

Berg, G. R. van der en anderen. Ik, jij, wij, allemaal. Kosmos, Amsterdam, 1975.
 Berne, E. Sex in human loving, Pocket Books New York, 1971.
 Berne, E. Principles of group treatment, Grove Press, New York, 1966.
 Tiger, L. & R. Rox. The imperial animal, Secker & Warburg, London, 1971.
 Aanbevolen literatuur:
 Berne, E. Transactional analysis in psychotherapy, Grove press, New York, 1961

Berne, E. The structure and dynamics of organisations and groups. Grove press, New York, 1963.
 Berne, E. Games people play (onder meer) Grove press, New York, 1964.
 Dubos, R. So human an animal, Scribner, New York, 1968.
 Fast, J. Body language, Souvenir press, Londen, 1970.
 Harris, T.A.I.'m OK, you're OK. Harper and Row, Londen, 1967.

Laing, R. D. The politics of the family. Tavistock, Londen, 1969.
 Morris, D. Intimate behaviour. Jonathan Cape, Londen, 1971.
 Perls, F. Gestalttherapie verbatim. Alpha boek, Bert Bakker, Den Haag, 1973.
 Ssasz, T. S. The myth of mental illness. Delta books, New York, 1961.
 Watzlawick, P. en anderen. Pragmatics of human communication. Norton, New York, 1967.

Het dienstverband voor de groepspraktijk Ommoord bij de gemeente Rotterdam

DOOR DR. H. LAMBERTS, HUISARTS TE ROTTERDAM-OMMOORD*

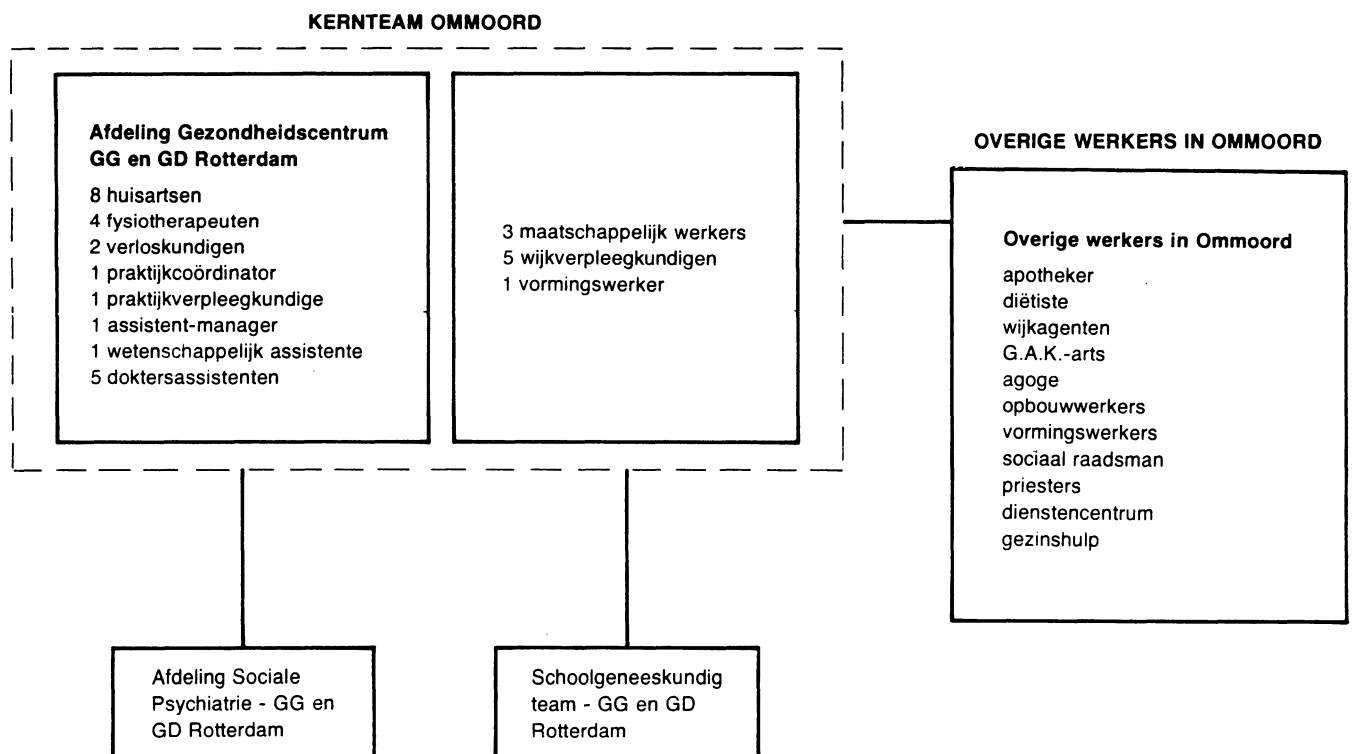
De acht huisartsen van de in het gezondheidscentrum Ommoord gevestigde groepspraktijk zijn gemeente-ambtenaar geworden en met hen ook vier fysiotherapeuten, twee verloskundigen, de praktijkmanager, de praktijkverpleegkundige, laborante, wetenschappelijk assistente, assistent manager en vier

doktersassistenten. Daarmee is in Rotterdam een forse en zelfstandige GG en GD-afdeling gecreëerd met 23 mensen. Nu is er geen enkele vrije beroepsbeoefenaar meer in dit gezondheidscentrum werkzaam en voor niemand in ons kernteam – zie het *schema* – bestaat nog een directe relatie tussen het al dan niet geven van hulp en het meer of minder ontvangen van geld. Het aangaan van dit dienstverband heeft een storm van emoties gewekt – vooral in Rotterdam –

waaraan voorlopig wel geen eind zal komen. Dat is allerm minst verwonderlijk, want wat in Ommoord is gebeurd, houdt een zeer principiële structuurverandering in, waarmee een aantal schijnbaar onaantastbare grondbeginselen van de vloer van de gezondheidszorg is geveegd.

In Rotterdam is een gezondheidszorgbeleid bedreven op basis van een aantal helder geformuleerde uitgangstellingen, waarbij de discussie niet, zoals gewoonlijk, is gevoerd binnen de veste van de

* Uit de afdeling Gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst.



belanghebbenden in de gezondheidszorg maar daarentegen in de arena van de parlementaire democratie. Voor vele artsen en bestuurders van instellingen zoals ziekenfondsen, kruisverenigingen, instellingen voor maatschappelijk werk is dit een nogal ongewone ervaring geweest.

De discussie over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland en over bijvoorbeeld de structuurnota, de wet gezondheidsvoorzieningen, de beroepspensioenregeling en een regeling voor een volksverzekering kan nu iets duidelijker worden gevoerd omdat er in Ommoord een principiële precedent is geschapen. Helaas is de informatie, welke daarover in gemakkelijk toegankelijke vorm beschikbaar is tot nu toe weinig adequaat (zie (1975) Medisch Contact 30, 17). Daarom dit artikel, dat allermindst een blauwdruk bevat voor een zonder meer algemeen in Nederland toepasbare structuurwijziging, maar wel aangeeft wat er feitelijk door het aangaan van dit dienstverband is veranderd.

VOORGESCHIEDENIS

„Bij de behandeling van de gemeentebegroting 1955 in de Rotterdamse gemeenteraad stelde Dr. J. H. Lamberts voor in de nieuwe woonwijken in Rotterdam-Zuid medische centra te stichten. In een dergelijk centrum zouden enkele (vier tot vijf) huisartsen hun praktijk uitoefenen en daarbij de beschikking krijgen over een goed ingerichte spreekkamer met de nodige outillage en de nodige hulpkrachten. Gestreefd zou moeten worden naar nauwe samenwerking tussen deze artsen, liefst in teamverband. De huisartsen zouden zoveel mogelijk medewerken aan preventieve gezondheidszorg. Aangezien de uitvoering van dit plan vrij aanzienlijke financiële consequenties zou meebrengen, was subsidiëring door de gemeente noodzakelijk. In het wijkgebouw diende ook plaats te komen voor een aantal specialisten, voor sociale werkers en eventueel ook voor een apotheker. Dr. Lamberts vroeg de gemeenteraad een commissie in te stellen ter bestudering van dit plan. Aldus werd besloten”.

Het bovenstaande is een citaat uit het

rapport van de door de gemeenteraad ingestelde commissie inzake het medisch wijkcentrum in Zuidwijk te Rotterdam. Deze commissie adviseerde in mei 1959 negatief over de mogelijkheden om een gezondheidscentrum in Zuidwijk tot stand te brengen. Onder de leden van de commissie, goeddeels vertegenwoordigers van de verschillende bij het plan betrokken partijen, bleek een grote divergentie van opvattingen te bestaan. De commissie achtte het plan praktisch niet uitvoerbaar. Min of meer geïrriteerd beschreef de voorzitter der commissie in dit advies een reden tot de negatieve uitspraak onder meer als volgt: „De in deze voorwaarden vervatte beginselen vertolken de traditionele opvattingen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Door deze opvattingen in het onderhavige verband principiële op de voorgrond te plaatsen sluit men echter de mogelijkheid uit niet-traditionele wegen te bewandelen, hetgeen juist de quintessens van dit wijkcentrumplan is. Reeds vele jaren wordt door de huisartsen geklaagd dat ze zich min of meer in een impasse bevinden. De wijze waarop zij, door de omstandigheden gedwongen, hun praktijk uitoefenen, kan hen niet meer bevredigen. Ook wensen vele huisartsen aan de preventieve gezondheidszorg mee te werken. In het midden latende of een wijkcentrum in het plan Lamberts gedacht, een in alle opzichten bevredigende oplossing zou kunnen geven, zou het nemen van een proef, „ergens in ons land” en in zo’n bescheiden omvang als hier zou geschieden, stellig aanbeveling verdienen. Door het vasthouden aan oude tradities wordt de uitvoering van het wijkcentrumplan praktisch onmogelijk gemaakt.”

Nadat de poging om in Rotterdam te komen tot een groepspraktijk en later een wijkgezondheidscentrum in 1959 schipbreuk had geleden binnen de veste van de belanghebbenden in de Rotterdamse gezondheidszorg, ontstond in de Maasstad in 1965 opnieuw een plan om toch te komen tot een structuurverandering in de eerstelijnsgezondheidszorg. Een aantal jonge huisartsen besloot gezamenlijk te pogen een wijkgezondheidscentrum te stichten. Eind 1968 stelde de

Rotterdamse commissie huisvesting medische en para-medische beroepen, met medewerking van de beherende woningstichting, aan drie van deze jonge artsen vier woningwetwoningen op één rij in Ommoord ter beschikking, drie ervan bestemd om in te wonen, één om in te praktiseren. Expliciet werd dit door alle betrokkenen gezien als een begin van de realisering van hun in 1965 opgevat plan tot het stichten van een wijkgezondheidscentrum in Ommoord.

In september 1968 vestigde de eerste van de huisartsgroep zich vrij in Ommoord. Hij was volstrekt onafhankelijk van de omringende huisartsen in andere wijken omdat hij samen met zijn zich in april 1969 en januari 1970 vrij vestigende burens de waarneming kon regelen. Al snel volgde een vierde partner in een ander deel van de wijk. Deze gang van zaken is naar mijn mening doorslaggevend geweest voor het tot stand komen van het latere wijkgezondheidscentrum. Steeds was er sprake van vrije vestiging, er behoefde geen huis en goodwill te worden gekocht, de waarneming was gewaarborgd binnen de eigen groep.

Het feit dat van het begin af aan de vier „oudste” leden van onze groep konden rekenen op een duidelijke steun van de kant van de gemeente is bijzonder belangrijk geweest. Reeds in 1966 en 1967 was uitvoerig gesproken over de mogelijkheden om te komen tot het stichten van een wijkgezondheidscentrum in Ommoord. Vooral van de kant van de GG en GD, in de persoon van Prof. Dr. L. Burema, werd steeds alle denkbare steun ontvangen. Ook het feit dat de doelstelling van onze groep ten nauwste aansloot op de politieke opvattingen van de grootste partij in Rotterdam, de Partij van de Arbeid, en op de denkwijze over gezondheidszorg in de Tweede Kamerfractie van de Partij van de Arbeid en op de rapportage over de gezondheidszorg door de Wiardi Beckmann Stichting, maakte dat het maatschappelijk engagement van de huisartsen een vruchtbare bodem vond. Er bestaat van oudsher in de kring der artsen nog wel eens de opvatting dat de betrokkenheid bij het maatschappelijk gebeuren voldoende cachet krijgt wanneer de arts met min of meer empathie luistert naar de zorgelijk-

heden van zijn patiënten. Directe en actieve betrokkenheid bij de machtsstrijd, waarin onze patiënten zo vaak worden fijngemengeld, lijkt echter een instelling te zijn, waarvan de arts zich verre moet houden. Onze opvatting echter is steeds geweest dat de betrokkenheid bij politiek voor een huisarts niet ophoudt bij de strijd over de hoogte van het abonnementshonorarium.

Ook het feit dat het eerste experiment met een gezamenlijke, dus ontzuilde presentatie van de kruisverenigingen en van de instellingen voor maatschappelijk werk in Ommoord plaatsvond, was geen op de sterke betrokkenheid van het Rotterdamse gezondheidsbeleid bij de mogelijkheden welke zich in beginsel in Ommoord konden gaan voordoen. Er is onzerzijds nooit geheimzinnig gedaan over onze bedoelingen en met een achteraf soms meer vertederende dan tactische openhartigheid is daarvan vooral in de plaatselijke pers getuigd.

In een zeer hoog tempo is vervolgens Ommoord bevolkt en ons team uitgebreid. De plannen om een gezondheidscentrum neer te zetten werden steeds meer gedetailleerd en tastbaar. Het Praeventiefonds stelde de groepspraktijk in 1970 een investeringssubsidie van f 300.000,— in het vooruitzicht, de toenmalige staatssecretaris Kruisinga kende ons gedurende vijf jaar (1969 tot en met 1973) een exploitatie-subsidiëring toe van f 40.000,— per jaar. Als tegenprestatie hiervoor is de morbiditeitsanalyse door ons uitgevoerd. Achteraf bezien hebben deze bedragen in kwantitatieve zin een ondergeschikte rol gespeeld, kwalitatief echter was er een enorm belang mee gemoeid; de Rijksoverheid immers gaf ons daadwerkelijk steun om lokaal een gezondheidscentrum tot stand te brengen.

In oktober 1969 besloot de Rotterdamse gemeenteraad officieel een wijkgezondheidscentrum in Ommoord te bouwen en daarin ruimte voor een huisartsgroepspraktijk, verloskundigen en fysiotherapeuten op te nemen. Weer een jaar later heeft dezelfde raad een huursubsidie aan de huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten toegekend. In *bijlage 1* vindt men een deel van het voorstel aan de gemeenteraad, waarin

wordt gesproken over de berekening van de huurprijs. Tevens vindt men daarnaast artikel 2 van het huurcontract, dat met de huisartsgroepspraktijk tot stand kwam.

Intussen groeide ons team in omvang en werkte het over de wijk verspreid op zolders, in een sta-caravan, een flat, een omgebouwde kelder en in ééngezinswoningen. Er is in die tijd veel gepresteerd, zowel bij het zoeken naar de inhoud van samenwerkingen bij het opbouwen van een team, dat ook werkelijk die naam verdient, alsook bij het wetenschappelijk werk dat met dit alles ten nauwste samenhangt.

In november 1972 was het zo ver: het gebouw kon worden betrokken. Daarmee was een eind gekomen aan een fase met veel onzekerheid, waarin wij ons steeds in het defensief hebben gevoeld. Steeds leek het vooral op onze weg te liggen om onze ideeën te verdedigen en om uit te leggen waarom de eerstelijns gezondheidszorg moest veranderen en dan nog wel op een manier zoals dat in ons team werd gepropageerd. De jaren 1973 en 1974 vormden een duidelijke overgangsfase welke is afgesloten met het tot stand komen van een dienstverband per 1 januari 1975. Daarmee is een nieuwe fase ingegaan, waarin — en dat is de afgelopen maanden bijzonder duidelijk geworden — de critici van vroeger nu in het defensief zijn. Het behoeft nu geen uitleg meer als men in een team wil werken of de kwaliteit van zijn werk wil verbeteren. Het behoeft nu duidelijk wel verdediging als men op de oude voet, solitair werkend, gefixeerd in de oude rolopvattingen over patiënt en arts en over hulpvragen en hulpgeven, wil blijven vechten tegen wat in onze ogen de bierkaai is.

DE GROEPSPRAKTIJK

Tot 1 januari 1973 hebben de huisartsen ieder voor eigen rekening gewerkt. Op 1 januari 1973 kwam een maatschapscontract tot stand tussen Bakker, Braams, Lamberts en Riphagen, waarbij ieder recht had op een gelijk deel van de winst. Met ingang van dezelfde datum ging de maatschap twee samenwerkingsovereenkomsten aan, een met me-

vrouw Schulten-Lukassen en een met mevrouw Van der Schoot-van Venrooy, die beiden een kleinere praktijk hadden.

Financiële problemen waren er tot op dat moment, mede door de zogeheten Kruisingapot, in onze ogen nooit geweest. Dit is uiteraard een subjectieve conclusie. Ons woongenot was uiterst beperkt en de paraferalia, welke behoren bij de opsmuk van de huisarts als vanzelfsprekend middelpunt van een leefgemeenschap, ontbraken. De moeilijkheden begonnen echter na het betrekken van het gezondheidscentrum. De werkelijke kosten welke wij tot op dat moment moesten dragen, lagen onder de zogenaamde kostenfractie van het ziekenfondshonorarium. In het centrum echter ontstonden snel liquiditeitstekorten die groter waren dan wij hadden geraamd, de personeelskosten stegen explosief met name ook door het wegvallen van onze echtgenotes als onbetaalde werkneemsters, de overige kosten stegen sterk en de door ons betaalde huur, hoewel reëel, was veel hoger dan wij gewend waren.

Onze reacties op deze bevindingen waren die van de kleine ondernemer: productieverhoging, vooral door praktijkvergroting, en de broekriem aanhalen. Inderdaad lukte dat wonderwel. Uiteindelijk bleek dat het winstaandeel over 1973 voor de vier partners van de maatschap bijzonder bevredigend uitviel. Maar inmiddels waren de praktijken veel te groot geworden (3200-3800 mensen) en de daaruit voortvloeiende werkbelasting belemmerde onze mogelijkheden om het extra ontwikkelingswerk de vereiste vorm te geven.

Op 1 januari 1974 trad Van Weel als vijfde partner tot de maatschap toe met als voornaamste bedoeling te komen tot een praktijkverdunding in afwachting van het tot stand komen van het dienstverband. Met hetzelfde doel kwam op 1 november 1974 Wolgast erbij en ten slotte op 1 januari 1975 Van Dijk. Om tal van redenen ambieerde mevrouw Schulten-Lukassen het dienstverband niet en vestigde zich op 1 januari 1975 in Ommoord vrij als solo-huisarts.

Onlangs alle uitbreidingen bleek toch dat ook 1974 een zeer gunstig financieel resultaat voor de huisartsen opleverde.

Niet een financieel probleem heeft ons primair gemotiveerd zo hardnekkig naar een dienstverband te streven, maar wij werden vooral gedreven door motieven, voortkomende uit onze opvattingen over hulpverlening in de eerstelijns en over de persoonlijke vrijheid, welke wij niet alleen onze patiënten maar ook onszelf toewensen, de vrijheid namelijk om niet in een massale hoeveelheid werk en spanningen ten onder te gaan.

WAAROM EEN DIENSTVERBAND?

In het voorjaar van 1973 formuleerde de groepspraktijk haar uitgangspunt voor het verzoek aan de gemeente om te komen tot een dienstverband. Het uitvoerige rapport, op 17 mei 1974 van de hand van de directeur van de Rotterdamse GG en GD verschenen, vindt men terug in (1975) *Medisch Contact* 30, 17, waarnaar hierbij wordt verwezen. Op 30 juli 1974 formuleerde de groepspraktijk een aantal aspecten van het dienstverband nog eens meer in detail en in *bijlage 2* zijn fragmenten daaruit, voor dit artikel relevant, terug te vinden. In beginsel draait het allemaal steeds weer om hetzelfde. Het is voor vrije beroepsbeoefenaren in de eerstelijns hulpverlening praktisch onmogelijk een acceptabel evenwicht tot stand te brengen tussen enerzijds de wens om met voldoende arbeidsvreugde, in samenwerking goed werk af te leveren, nieuwe ontwikkelingen op gang te brengen, het werk te evalueren en de doelstellingen uit te voeren, anderzijds de noodzaak om het „bedrijf” gaande te houden. De balans slaat steeds verder door in de richting van de noodzaak een veel te grote praktijkomvang aan te houden (ongeveer 3000 mensen in plaats van de gewenste en acceptabele 2200), veel te lang te werken, de doelstelling onvoldoende in het geheel van het werk tot haar recht te laten komen (met name in het samenwerkingsverband) en van het ontstaan van financiële problemen. De kern van onze motivatie is van het begin af aan gericht op kwaliteit en inhoud van de hulpverlening en niet primair op materiële verbetering. Het is immers duidelijk dat, in welke vorm het dienstverband ook wordt gegoten, het inkomen – in elk geval voor de huisart-

sen – zal dalen. Het was eveneens van het begin af aan de bedoeling dat het inkomen van de verloskundigen, van de fysiotherapeuten en van het personeel der groepspraktijk niet door een dienstverband zou verminderen.

WAAROM EEN DIENSTVERBAND BIJ DE GEMEENTE?

In *bijlage 3* vindt men opnieuw een fragment uit onze brief van 30 juli 1974 waarin wordt aangegeven waarom een dienstverband voor ons bij de GG en GD wordt geprefereerd. De lezer, die hierin in het bijzonder is geïnteresseerd, wordt daarnaar verwezen.

DE PROCEDURE

Nadat de groepspraktijk in de zomer van 1973 actief was gaan overleggen met verschillende vertegenwoordigers van de gemeente Rotterdam, besloot het college van B. en W. in december 1973 dat ons initiatief hem aansprak en daarmee werd de weg naar de uitwerking van tal van details geopend. Deze weg verloopt vrijwel van het begin af aan langs twee gescheiden routes. Onzerzijds was er de behoefte om tal van ingewikkelde en min of meer principiële aspecten te onderzoeken en voor beide partijen acceptabele oplossingen te vinden en daarbij was een duidelijk onderhandelingsaspect te onderkennen. De andere route verliep binnen de aan schijven rijke structuur, welke als „de georganiseerde gezondheidszorg” in het bijzonder belichaamd is in de Rotterdamse Raad voor de Volksgezondheid.

Ieder, die bij de tot standkoming van het dienstverband in de een of andere vorm betrokken is geweest, zal achteraf wel zijn eigen exegese daarover hebben. Zelf heb ik sterk de indruk gekregen dat men binnen de structuur van het particuliere initiatief aanvankelijk dacht – op een min of meer met de gang van zaken in 1959 vergelijkbare wijze – aan het voorkomen van de dreigende structuurwijziging een halt te kunnen toeroepen. Echte paniek ontstond er toen bleek dat de Rotterdamse Gemeenteraad niet alleen in naam een politiek orgaan is maar ook bereid bleek praktische gezondheidspo-

litiek te bedrijven. Het feit dat er in Rotterdam inmiddels een programcollege tot stand was gekomen speelt daarbij zeker mede een rol. Ook de inhoud van het verkiezingsprogramma van de linkse partijen laat weinig onduidelijkheid bestaan over de politieke opvattingen rondom de wijkgezondheidszorg en rondom dienstverbanden voor hulpverleners.

Het is hier niet de juiste plaats om uitvoerig in te gaan op het hele gebeuren rondom het debat in de Rotterdamse Raad op 23 januari 1975. Trouwens, ieder die dat wil kan zich daarover zelf een oordeel vormen omdat een van de aspecten van de meningsvorming in Rotterdam is geweest dat praktisch alles wat er op papier verscheen ook snel in de openbaarheid werd gebracht. Ik kan mij niet herinneren ooit met een politieke beslissing te maken te hebben gehad waarbij zo consequent alles, wat ook maar in de verste verte een relatie met de besluitvorming kon onderhouden, openbaar is gemaakt.

HET GEMEENTERAADSBSLUIT

Op 14 januari 1975 verscheen het voorstel van Burgemeester en Wethouders aan de gemeenteraad tot een dienstverband voor huisartsen en andere medewerkers van het gezondheidscentrum Ommoord (zie *bijlage 4*, waarin de voor dit artikel belangrijkste fragmenten uit dit voorstel zijn opgenomen). Na uitvoerige behandeling in de gemeenteraad werd dit voorstel tenslotte aangenomen met een veel grotere meerderheid dan aanvankelijk kon worden verwacht. De steun uit de progressieve hoek werd aangevuld door een groot deel van het C.D.A.. Een opmerkelijke motie – de motie Simons – vond tenslotte evenzeer genade in de ogen van de raad. Deze motie spreekt uit dat de eerste aanzet, gegeven in het voorstel van het college, verdere uitbreiding behoeft, zulks bij voorkeur in een of meer oudere stadswijken, waarbij als overweging dient dat de kwaliteit van de eerstelijns gezondheidszorg kan worden verbeterd door het onderbrengen van huisartsen in gemeentelijk dienstverband.

Als sluitstuk werd een motie aangenomen waarin wordt gevraagd om de

instelling van een breed samengestelde evaluatie-commissie. Uit de toelichting van de wethouder blijkt dat het duidelijk tot de opdracht van deze commissie zal behoren de werkwijze binnen verschillende hulpverleningsvormen met elkaar te vergelijken. Naast de gang van zaken in Ommoord, die overigens al zeer uitvoerige analyse heeft ondergaan, kan dan bijvoorbeeld de werkwijze van de solo-huisarts in Rotterdam, van wijkverpleegkundigen die niet in een samenwerkingsverband zijn opgenomen, van maatschappelijke werkers die alleen in een wijk opereren en van alleenwerkende fysiotherapeuten worden geanalyseerd. Samenvattend kan niet anders worden gezegd dan dat na een duidelijke en consequent geplande ontwikkelingsgang de politieke opvatting over de noodzaak tot her-structurering van de eerstelijns gezondheidszorg een overwinning heeft behaald.

DE POSITIE VAN DE HUISARTSEN

Bijlage 5 geeft een beeld van de begroting van de groepspraktijk voor 1975 zoals die bij het collegevoorstel was gevoegd. De bruto-loonsom voor de acht huisartsen samen, inclusief de geraamde loonstijging in 1975, vindt men daarin terug. Er is voor de vaststelling van de salarisklasse in een aantal opzichten afgeweken van de algemeen in Nederland geldende norm van schaal 151 maximaal BBRA op basis van een normatieve praktijk met 2600 mensen. De twee jongste huisartsen zijn ingeschaald in het begin van gemeentelijke klasse 27. De vijf volgende huisartsen zijn eveneens in klasse 27 geplaatst doch met meer periodieken variërend van twee tot zeven voor de oudsten. De oudste huisarts is de positie van „team-oudste” toegekend, waarbij hij in klasse 28 is ingeschaald.

Een en ander betekent in concreto dat de beginnende huisartsen met praktisch geen eigen praktijk in dit systeem starten met een honorering, die is te vergelijken met het begin van schaal 149 BBRA. Voor de huisartsen met een langer bestaande, volledige praktijk is een inschaling gekozen liggende tussen het midden van schaal 151 en het begin van schaal 152. De oudste huisarts heeft een inscha-

ling die globaal overeenkomt met 151 maximaal. Het dan bestaande verschil voor de oudere huisartsen met wat globaal 151 maximaal inhoudt, is opgevangen door de zogenaamde toelage (zie *bijlage 5*). Deze toelage daalt de komende jaren naarmate de inschaling stijgt.

Het grote voordeel van deze differentiatie is er in gelegen dat, in tegenstelling tot wat tot op heden voor huisartsen de gewoonte is, een duidelijke „carrièrestructuur” is geschapen, die kan beginnen beneden het traditionele „schaal 151 maximaal”-niveau maar er in de loop der jaren ook beduidend boven kan uitlopen. Een en ander valt daarbij volledig in de alom bestaande honoreringsregelingen voor ambtenaar-artsen. Elke vorm van emotie omtrent de overeengekomen honoreringsstructuur heeft dan ook – met uitzondering van de overgangsregeling in de vorm van de toelage – per se slechts betrekking op de sinds jaar en dag bestaande honorering van ambtenaar-artsen en op de erkenning van de betekenis van de huisartsgeneeskunde als een professionele bezigheid, vergelijkbaar met bijvoorbeeld de verzekeringsgeneeskunde en de schoolartsgeneeskunde.

De pensioenvoorziening met de daaraan gekoppelde sociale zekerheden is natuurlijk uiterst belangrijk. Het behoeft weinig betoog dat het praktisch uitgesloten is als zelfstandig beroepsbeoefenaar een voorziening te treffen, die zelfs maar kan worden vergeleken met de voorzieningen, welke met het dienstverband worden verkregen. Ook de collectieve pensioenregeling voor huisartsen – waar wij nu niet meer onder vallen – van de afgelopen jaren verandert niets aan de conclusie dat de afgelopen zeven tot acht jaren in Ommoord voor ons, pensioentechnisch gesproken, verloren jaren zijn geweest.

Aanvankelijk hebben wij in de onderhandelingen het element „uitkering ineens” ingebracht als een tegemoetkoming voor door ons gemaakte praktijkkosten en voor verloren pensioenjaren. Deze door ons gemaakte kosten (in het bijzonder die bij de vrije vestiging) zijn betrekkelijk laag omdat er, met één uitzondering, nimmer sprake is geweest van een „goodwill-procedure”. Geleidelijk aan is deze „uitkering ineens” onder de

tafel gezakt toen bleek dat er over de hoogte van de honorering volledig overeenstemming kon worden bereikt. Een punt, dat nog nader overleg behoeft, is in welke mate er nog werkelijke praktijkkosten op de artsen blijven drukken nadat de overname van de inventaris is geregeld.

Hoe staat het nu met de vrijheid en de rechtspositie van de huisartsen? Laat ik voorop stellen dat voor ons de principiële stap van de „ongebondenheid” en „maximale vrijheid” van de zelfstandige huisarts naar een positie in onderlinge afhankelijkheid, met gedeelde verantwoordelijkheid en explicitering van rechten en plichten, reeds is gezet toen wij besloten in een groepspraktijk te gaan samenwerken. De stap van de groepspraktijk naar het dienstverband als ambtenaar betekent voor ons ten hoogste een versterking van onze positie – zo men wil van onze rechtspositie – en een toeneming van onze vrijheid. De meest onvrije periode welke wij hebben meegemaakt is, toen de maatschap zich in alle bochten moest wringen om enerzijds het bedrijf te runnen en anderzijds de ontwikkeling van de doelstelling te bevorderen, dit alles onder de druk van tal van aanvallen en structurele belemmeringen in de samenwerking. Continue zorg is daarenboven nog altijd een allerm minst loos begrip en perkt de vrijheden van de huisarts zeer wezenlijk in.

Als ambtenaar heeft de huisarts met deze continue zorg evenzeer te maken doch dan toch wel op een wat andere basis. De groepspraktijk – nu als afdeling van de GG en GD – garandeert de continuïteit in de zorg. In beginsel geldt dat een werkweek van 60 of 70 uur niet tot de normale taakomschrijving van de huisarts in dienstverband behoort. Dat wil allerm minst zeggen dat een 40-urige werkweek – niet meegerekend de nachten weekendiensten – nu direct ons voorland is. Wel betekent dit dat nu is erkend dat niet alleen de „gewone” patiëntenzorg maar ook de samenwerking, de evaluatie en het wetenschappelijk werk tot onze dagelijkse taak behoren en de daarvoor nodige tijd niet meer hoeft te worden weggeknabbeld van vooral weekends, vakanties en avonden. Dit maakt ook de hele discussie over de

praktijknorm, 2200 of 2600, tot een betrekkelijke. Voorlopig zijn de meesten van ons aan 2600 of minder patiënten nog niet toe. Een acceptabel dagtaak-principe, waarbij de kwaliteit van de geboden zorg richtsnoer is, zal in de toekomst als vanzelfsprekend een – wellicht geïndividualiseerde – norm voor een praktijkgrootte kunnen opleveren.

Het spreekt vanzelf dat de professionele verantwoordelijkheid van de huisarts onverlet blijft. Daarnaast heeft hij ook de verantwoordelijkheid om mede de doelstelling van het samenwerkingsverband te realiseren, want dat is nu precies de titel waarop de gemeente Rotterdam een dienstverband met hem is aangegaan. Dit betekent in concreto dat onze vrijheid om het werk te doen op de wijze zoals die in de loop der jaren in Ommoord is ontwikkeld, duidelijk groter is geworden omdat de bestaansonzekerheid, die daaraan tevoren voor ons was gekoppeld, is vervallen.

Hoe komt het beleid in ons team tot stand? In beginsel maakt het kernteam het beleid. Wat de bij de GG en GD in dienst zijnde werkers betreft, legt de oudste huisarts als team-oudste de liason naar de directeur van deze dienst. Deze heeft op zijn beurt te maken met de wethouder voor Sociale Zaken en Volksgezondheid. Tenslotte maakt de Rotterdamse gemeenteraad uit of onze werkwijze past in zijn opvattingen over de gezondheidszorg en of ons voortbestaan als team aansluit op de bestaande politieke opvattingen. Wanneer men streeft naar inspraak van de bevolking in de gezondheidszorg dan is een gemeenteraad het eerste daartoe aangewezen platform. In elk geval is de daarmee aan de orde komende democratische structuur naar onze mening veel duidelijker en verre te verkiezen boven bijvoorbeeld het benoemen van twee of drie „patiënten” of wijkvertegenwoordigers in een Stichtingsbestuur. Tenslotte is de rechtspositie van een gemeente-ambtenaar veel beter beschermd dan die van een huisarts in dienst bij een Stichting. Ook al zou blijken dat het gezondheidscentrum in de loop der jaren zijn bestaansrecht verliest dan nog behoeven de huisartsen, fysiotherapeuten, verloskundigen en de overige medewerkers van onze afdeling

zich geen enkele zorg te maken over het „naakte bestaan”.

DE TOEKOMST

Voor het eerst is er in de historie van ons team een periode aangebroken waarin sprake kan zijn van consolidatie. Voor het eerst staat ons geen direct doel voor ogen dat betrekking heeft op een principiële wijziging in de structuur van het samenwerkingsverband. Wel zal er in de komende periode een discussie moeten worden voortgezet over de wijze waarop de wijkverpleegkundigen en de maatschappelijk werkers binnen de ingewikkelde structuur, die op dit moment nog bestaat, het best binnen het kernteam kunnen functioneren. Trouwens ook de uitvoering van de zogenaamde „voorlopige stimuleringsregeling gezondheidscentra” maakt dat deze discussie vrijwel nergens in Nederland uit de weg kan worden gegaan.

Achteraf gezien is het verbazingwekkend dat wij binnen een toch nog betrekkelijk kort tijdsbestek – nog geen tien jaar – volstrekt consequent werkend vanuit een bepaalde conceptie, van niets zijn gekomen tot praktisch volledig datgene wat ons van het begin af aan voor ogen stond. Een van de huisartsen is inmiddels begonnen met een analyse van onze historie in de hoop meer inzicht te krijgen in de manier waarop onze groep er uiteindelijk in is geslaagd deze „succes-story” te schrijven.

BIJLAGE 1*

Verzameling 1970.

Volgnr. 384.

V.G. nr. 2346

Toekennen subsidie groepspraktijk huisartsen in het gezondheidscentrum Ommoord.

Rotterdam, 21 oktober 1970

De huurprijs voor ruimte in het centrum bedraagt op kostprijbasis f 212,79 per m² per jaar. De voor de deelnemers aan de groepspraktijk bestemde ruimte neemt 582 m² in beslag, zodat voor deze oppervlakte de huurvergoeding f 123.844,— bedraagt. Dit bedrag dient verminderd te worden met het investeringssubsidie van het Praeventiefonds, dat uitsluitend aan de groepspraktijk ten

* Spelling en schrijfwijze bijlagen conform de originelen

goede komt en dat door de huisartsen aan de gemeente zal worden afgedragen. Op jaarbasis bedraagt dit subsidie f 23.184,—, zodat voor de deelnemers aan de groepspraktijk een huurbedrag ad f 100.660,— resteert. In rekening valt nog te brengen, dat niet de gehele ruimte door de huisartsen gebruikt wordt: 117,6 m² is bestemd voor aan de groepspraktijk deelnemende fysiotherapeut(en) en verloskundige(n) en dient voorts gedeeltelijk als reserveruimte. De huurwaarde van dit gedeelte kan gesteld worden op f 20.340,— zodat het huurbedrag voor de vijf huisartsen f 80.320,— bedraagt.

De aan de groepspraktijk deelnemende huisartsen stellen zich op het standpunt dat zij geen beduidend hogere exploitatiekosten kunnen opbrengen dan geldend voor de gemiddelde huisarts met een vergelijkbare praktijkomvang, omdat ò door het arbeidsintensieve werken in teamverband ò door het preventieve en het wetenschappelijk werk slechts een beperkte praktijkgrootte toelaatbaar is.

Indien u met ons van oordeel bent, dat de gemeente evenals het Praeventiefonds en het rijk – dat weliswaar niet de groepspraktijk zelf, doch wel de in het kader daarvan geëntameerde bijzondere activiteiten subsidieert – het experiment van de groepspraktijk in Ommoord dient te steunen, lijkt het ons gerechtvaardigd, hierbij als uitgangspunt te nemen, dat de huisartsen in ieder geval zelf de normale huisvestingskosten van een praktijkruimte voor hun rekening dienen te nemen, zijnde een bedrag van f 37.675,—. De resterende ruimte heeft zoals gezegd een huurwaarde van ruim f 20.000,—. Aangezien er rekening mede gehouden moet worden dat deze gehele ruimte niet continu in gebruik zal zijn, wordt de huuropbrengst voorlopig geraamd op f 12.000,—. Derhalve bedraagt de totale huuropbrengst van de ruimte van de groepspraktijk f 49.675,— per jaar, zodat nog rond f 50.000,— per jaar (f 100.660,— - f 49.675,—) gedekt zal moeten worden. Dit betekent in feite het aan de deelnemers toekennen van een huursubsidie van 50%.

Artikel 2 van de huurovereenkomst

De huurprijs zal in beginsel niet hoger zijn dan de gemiddelde huisvestingskosten voor een huisartsenpraktijk van 2600 zielen, zoals deze kosten landelijk bij de berekening van het door de ziekenfondsen aan huisartsen te betalen abonnementshonorarium worden vastgesteld. Deze kosten omvatten de componenten: huur, loon werkster, verwarming, gas, elektriciteit, wachtkameruimte en tweederde deel van de telefoonkosten, vermeld in het calculatieschema voor de door de Ziekenfondsraad goed te keuren honorariumberekening. De huurprijs wordt telkens voor een periode van drie jaar vastgelegd. Voor de eerste periode, omvattende het tijdvak 1 januari 1973 tot en met 31 december 1975, bedraagt de huurprijs f 9.000,— per arts per jaar. Het verschil tussen de werkelijke huurkosten der

onderhavige lokaliteiten en genoemde huurprijs, zijnde f 10.989,— per arts, zal door de gemeente Rotterdam worden gedragen. Bij niet-volledige praktijkvoering kan de huurprijs per jaar in onderling overleg tussen de huurder en de verhuurster worden bepaald naar rato van het aantal uren, dat de lokaliteiten door de verhuurster ter beschikking worden gesteld.

BIJLAGE 2

Brief d.d. 30 juli 1974 van de groepspraktijk aan de directeur van de GG en GD.

„Degenen die sinds langere tijd nauw bij „Ommoord” betrokken zijn, weten dat er hier sprake is van een vloeiende ontwikkelingslijn, welke nog steeds het uitgangspunt vindt in de oorspronkelijke doelstelling: het tot stand brengen van een goede en moderne eerstelijnsgezondheidszorg, professioneel beoefend in een nauw multidisciplinair teamverband, gericht op de leefsituatie van de mensen die om hulp vragen. Het was toen en het is nog steeds een ideale, op de kwaliteit en de inhoud van de hulpverlening gerichte filosofie. Het is geen economisch georiënteerd organisatiebeginsel.

Voor de buitenstaander springen wat Ommoord betreft vooral de „nieuwjes” in het oog: het dienstverband voor huisartsen is er daar één van. Men kan dan de indruk krijgen als zou er sprake zijn van een veranderde filosofie of van een andere taakvervulling, terwijl daarvan in het geheel geen sprake is.

De totstandkoming van een gezondheidscentrum als dat in Ommoord is gebaseerd op een maatschappelijke ontwikkeling welke in eerste aanzet in de zestiger jaren zichtbaar werd.

Ommoord is daar steeds op vooruitgelopen. Nu is in de zeventiger jaren wat de gezondheidszorg betreft opnieuw sprake van een ontwikkeling waar het gaat om de financiering en de stijgende kosten in de gezondheidszorg, de rol van de extramurale zorg, de relatie arts-patiënt en de structuur van de gezondheidszorg. Opnieuw loopt de ontwikkeling in ons gezondheidscentrum vóór op de bovengenoemde ontwikkeling.

Het is duidelijk geworden dat een team als het onze functioneert en dat het vitaal is. Even duidelijk is dat de hulpverlening getrokken moet worden uit de sfeer van het vrije ondernemerschap, gebaseerd op „fee for service” van de individuele hulpverleners t.o.v. de individuele hulpvrager.

En de verhoudingen binnen het team én de maatschappelijke ontwikkeling én de toenemende spanning tussen doelstelling en persoonlijk financieel belang én de toenemende werkbelasting maken een structuurverandering voor onze groepspraktijk noodzakelijk.

Deze structuurverandering is erin gelegen dat het z.g. kernteam (bestaande uit huisartsen, doktersassistenten, fysiotherapeuten, verloskundigen, maatschappelijk werkers en

wijkverpleegsters) organisatorisch meer homogeen gemaakt wordt met als opdracht de doelstelling in gezamenlijke verantwoording gestalte te geven. Daartoe is onvermijdelijk dat de keuze wie samen met wie welke hulp aan wie verleent losgemaakt wordt van de vraag welk financieel voordeel of nadeel daaruit voor de individuele werkers voortkomt. Met name voor de huisartsengroepspraktijk en voor de groep fysiotherapeuten is de verhouding tussen de hoeveelheid verrichte arbeid en het daaruit voortkomend inkomen zoek. Daar komt bij dat de essentiële inspanning voor management, teamoverleg, gezamenlijke behandeling, experimenten, evaluatie en wetenschappelijke arbeid toeneemt in het gedrang komen.

De vrije ondernemer, op basis van het winstprincipe werkend, heeft in een moderne gezondheidszorg zijn langste tijd gehad. Alle mogelijke oplossingen om deze problemen te benaderen in de sfeer van de vrije beroepsuitoefening zijn in strijd met de doelstellingen van ons samenwerkingsverband. Een structuur welke in essentie aan de bovengenoemde bezwaren tegemoet komt en welke de verantwoordelijkheid voor de organisatorische en financiële consequenties daar legt waar zij naar onze mening hoort, is een dienstverband met een representant van de overheid, in dit geval met de GG en GD.”

BIJLAGE 3

Brief d.d. 30 juli 1974 van de groepspraktijk aan de directeur van de GG en GD.

En verderop:

„Met wie een dienstverband?

Er bestaat vanaf de aanvang een zeer goede en intensieve relatie tussen de GG en GD en de groepspraktijk.

Deze relatie wordt nog eens benadrukt door de wijze waarop het gebouw beheerd wordt en de gemeentelijke huursubsidie, die aan de huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen ten goede komt. De taakopvatting van een moderne en goed functionerende GG en GD als de Rotterdamse, het gedifferentieerde hulpverleningspakket dat er aanwezig is, de grote „know-how” waarop een beroep gedaan kan worden en de sfeer waarin samengewerkt wordt, maakt onze voorkeur voor een dienstverband met de GG en GD tot een vanzelfsprekende en een op natuurlijke wijze op onze ontwikkeling aansluitende wens.

Wij delen dan ook geheel de opvatting, welke op blz. 8 t/m 10 van de GG en GD-nota beschreven staat:

„Door de GG en GD worden o.a. een groot aantal medische, sociaal medische, medisch-hygiënische en sociaal-psychiatrische taken vervuld, alle behorende tot de extramurale gezondheidszorg. Deze taken liggen voor een belangrijk deel in het eerste echelon. Voor zover de taken tot hogere echelons behoren bestaat er een nauw contact met het eerste echelon. Mede doordat verschillende werk-

zaamheden gedecentraliseerd plaatsvinden of zullen gaan plaatsvinden (school gezondheidszorg, sociale psychiatrie, medisch maatschappelijk werk) in samenwerking met andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg in de wijken (huisartsen, wijkverpleging, maatschappelijk werk, gezinsverzorging) bestaat er reeds een goede functionele samenwerking tussen GG en GD en huisartsen. De GG en GD kan goede mogelijkheden bieden voor een dienstverband van huisartsen, à fortiori van huisartsen samenwerkend in een gezondheidscentrum.

Bij deze dienst is immers het ambtelijk apparaat aanwezig om dit dienstverband te realiseren (o.a. personeels- en salarisadministratie, huishoudelijke dienst en boekhouding), om eventuele faciliteiten en samenwerkingspatronen mogelijk te maken (bijvoorbeeld d.m.v. de afdelingen wetenschappelijk onderzoek en centrale statistiek, gezondheidsvoorlichting en opvoeding, geneeskundig schooltoezicht, sociale psychiatrie en geestelijke hygiëne, enz.).

Bovendien bezit deze dienst de mogelijkheid, binnen de eigen setting structuren te scheppen voor de organisatorische, medische en maatschappelijke verantwoordelijkheden van een organisatie voor huisartsen in dienstverband.”

En verderop:

„Alternatieve Dienstverbanden.”

Het beste en meest voor de hand liggende alternatief voor een dienstverband met de GG en GD is de oplossing met de functionele raadscommissie. In wezen is dit geen alternatief maar een verdere groei in de samenwerkingsmogelijkheden van ons team wanneer uitgegaan wordt van een dienstverband met de gemeente.

Wij hebben zeer uitvoerig de mogelijkheden van een functionele commissie in ons kernteam besproken en in beginsel heeft deze oplossing in sterke mate onze sympathie, gelet ook op de argumenten genoemd in de GG en GD-nota en op de werkzaamheden van de gemeentelijke studiec ommissie „Integratie Sociale Dienstverlening”.

Het is echter duidelijk dat nog zeer veel overleg — met name ook binnen de Raad voor de Volksgezondheid en met de verschillende instellingen (i.h.b. de kruisverenigingen) — zal moeten plaatsvinden voordat zelfs maar een concrete vorm van een relatie tussen het gehele kernteam en een functionele commissie besproken kan worden.

Deze discussie wordt geenszins doorkruist door een dienstverband met de GG en GD, integendeel.

Wanneer echter de discussie over de functionele commissie door ons gezien wordt als een moeilijke en tijdrovende, dan ligt het voor de hand dat een discussie over een dienstverband met b.v. de kruisverenigingen, minstens zo moeilijk en tijdrovend is. Los van het feit dat wij juist vanuit onze werksituatie zo duidelijk zien met welke ontwikkelingsproblemen en bestaansonzekerheden de Kruisver-

enigingen te kampen hebben, is het moeilijk als rationeel te zien dat een gesubsidieerde instelling voor een dienstverband, dat geen natuurlijke aansluiting heeft op de bestaande werkzaamheden der Kruisverenigingen, opnieuw van – ondermeer – de gemeente subsidie ontvangt, terwijl de mogelijkheden van de subsidiegever om actief invloed op de gang van zaken uit te oefenen op z'n minst beperkt zijn.

Een dienstverband met een particulier ziekenhuis is wezensvreemd voor onze opzet en introduceert tal van ongewenste en voor ons irrelevante problemen.

Een dienstverband bij een Stichting heeft een aantal nadelen. (De Stichtingsvorm ondervindt niet ten onrechte in de huidige maatschappelijke ontwikkeling toenemend kritiek).

Er bestaan wat Ommoord betreft reeds twee Stichtingen, welke in beginsel voor een dienstverband geschikt gemaakt kunnen worden. Dat zijn de sinds 1970 bestaande Stichting Groepspraktijk Ommoord en de Stichting Gezondheidscentrum Ommoord.

Wanneer het er nu slechts om zou gaan een rechtspersoonlijkheid te vinden welke als een ontvangadres kan fungeren voor gelden van b.v. de gemeente en de ziekenfondsen en voor het voortbestaan waarvan zonder veel problemen garanties gevonden kunnen worden, dan voldoen bovengenoemde Stichtingen in beginsel.

Wanneer het er echter om gaat een verbetering aan te brengen in de reeds bestaande, ingewikkelde organisatorische structuur in Ommoord, waarbij behoefte is aan veel inzicht én in de problemen van de extramurale gezondheidszorg én aan gedifferentieerde „service” – verlening en daadwerkelijke steun, dan schieten deze Stichtingen tekort. Dit geldt nog eens à fortiori voor nieuw te creëren Stichtingen-ad hoc of Stichtingen in het kader van de Raad voor de Volksgezondheid. Deze Raad heeft praktisch geen „body” en een onzekere toekomst. Het zou onverantwoordelijk zijn daar de toekomst van een experiment zoals Ommoord aan te koppelen.”

BIJLAGE 4

Dienstverband huisartsen en andere medewerkers van het gezondheidscentrum Ommoord Rotterdam 14-1-1975

„Aan de Gemeenteraad.

„Zoals ook in uw midden o.a. bij de bespreking van de uitvoerige beleidsnota van de vorige wethouder van Volksgezondheid voor de begrotingsjaren 1972 en 1973 reeds meermalen ter sprake is gekomen, zijn in de gezondheidszorg belangrijke nieuwe ontwikkelingen gaande. Een essentieel onderdeel daarvan vormt de verbreding en versterking van het zogenaamde eerste echelon, de directe extra-murale hulpverlening. Het gaat daarbij niet alleen om opheffing van tekorten aan

BIJLAGE 5

Begroting groepspraktijk Ommoord voor 1975

Artsen:

8 artsen wedden	f 426.520,—
toelagen 6 x f 11.172	f 67.032,—
kinderbijslag	f 8.430,—
vakantietoelage	f 41.126,—
pensioenlasten	f 82.838,—
AOW/AKW/AWBZ/IZA	f 53.320,—
wachtdiensten	f 40.000,—
vergoeding auto- en telefoonkosten (raming)	f 35.840,—

f 757.106,—

Praktijkpersoneel:

1 praktijkcoördinator (5/8x)	
1 assistentcoördinator (30/41x)	
1 wetenschappelijk assistente (42 u)	
4 doktersassistenten (1x1/2 taak)	
1 praktijkverpleegkundige (3x42 u)	
totaal	f 130.337,—
vakantietoelage	f 9.778,—
pensioenlasten	f 28.066,—
AOW/AKW/AWBZ/IZA	f 26.832,—
auto- en telefoonvergoeding	
(praktijkverpleegkundigen (raming))	f 3.360,—

f 198.373,—

f 955.479,—

f 95.548,—

f 1.051.027,—

raming loonstijging 1975 - 10%

Overige praktijkkosten:

huisvesting	f 184.000,—
afschrijving, rente inventaris	f 16.000,—
algemene praktijkkosten	f 35.000,—

f 255.000,—

f 1.286.027,—

f 1.144.208,—

Verwachte inkomsten uit de praktijk

Geraamd tekort

f 141.819,—

Fysiotherapeuten

3 fysiotherapeuten	
4e medewerker per 1/4/75	
1 assistente	
totaal wedden	f 121.575,—
toelagen	f 15.750,—
wachtdiensten	f 9.000,—
auto- en telefoonkosten (raming)	f 13.050,—
kinderbijslag	f 5.037,—
vakantietoelage	f 11.564,—
pensioenlasten	f 26.566,—
AOW/AKW/AWBZ/IZA	f 28.317,—

f 230.859,—

f 23.086,—

raming loonstijging 1975 - 10%

f 253.945,—

Overige praktijkkosten

huisvesting	f 50.000,—
rente/afschrijving inventaris	f 2.000,—
waarneming tijdens ziekte e.d.	f 6.000,—
algemene praktijkkosten	f 4.000,—

f 62.000,—

f 315.945,—

f 357.000,—

Verwachte inkomsten uit de praktijk

Verwacht batig saldo

f 41.055,—

<i>Verloskundigen</i>	
2 verloskundigen - wedden	f 40.920,—
toelagen	f 4.560,—
vakantietoelage	f 3.411,—
pensioenlasten	f 8.894,—
AOW/AKW/AWBZ/IZA	f 10.389,—
auto- en telefoonkosten (raming)	f 6.960,—
	<hr/>
raming loonstijging 1975 - 10%	f 75.134,—
	f 7.513,—
	<hr/>
	f 82.647,—
<i>Praktijkkosten</i>	
huisvesting	f 6.000,—
algemene praktijkkosten	f 4.000,—
	<hr/>
	f 10.000,—
	<hr/>
	f 92.647,—
	<hr/>
Verwachte inkomsten uit de praktijk.....	f 62.370,—
	<hr/>
Geraamd tekort	f 30.277,—
	<hr/>

artsen en andere werkers in de gezondheidszorg, maar om een wezenlijke structuurverandering, waardoor veel intensievere aandacht aan de hulpzoekende mens geschonken kan worden. In het kader van deze ontwikkelingen zijn o.m. de groepspraktijken en de wijkgezondheidscentra ontstaan. Het eerste voorbeeld hiervan in onze gemeente vormde het gezondheidscentrum Ommoord, waarin naast wijkvoorzieningen van de gemeentelijke Geneeskundige- en Gezondheidsdienst een groepspraktijk van huisartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten alsmede een post van de kruisverenigingen zijn ondergebracht. Dit centrum is door de gemeente gesticht (zie verzameling 1969, volgnr. 276). De kruisverenigingen ontvangen voor hun activiteiten aldaar uiteraard het gebruikelijke subsidie. Aan de deelnemers in de groepspraktijk is een subsidie in de huisvestingskosten toegekend (Verzameling 1970, volgnr. 384 en 1972, volgnr. 89).

Inmiddels begint het steeds duidelijker te worden dat de wens om uitvoeriger en diepgaander aandacht aan de patiënt te kunnen besteden het voor de huisartsen noodzakelijk maakt tot verkleining van hun praktijk te komen, veroorzaakt echter bij het huidige honoreringssysteem financiële consequenties voor de desbetreffende huisartsen. O.m. om deze tot aanvaardbare proporties te beperken hebben de aan het thans twee jaar functionerende gezondheidscentrum Ommoord verbonden huisartsen zich ruim een jaar geleden tot de gemeente gewend met het verzoek in gemeentelijke dienst te kunnen treden. Een belangrijk motief voor dit verzoek vormde tevens de verwachting dat het binnen gemeentelijk verband beter mogelijk zal zijn het gezondheidscentrum tot verdere ontwikkeling te brengen. In verband hiermede werd het aanvankelijke verzoek later uitgebreid in die zin dat alle medewerkers van het centrum in dienst van de gemeente waren te nemen en dat, in de gevallen waarin dit niet mogelijk is, de gemeente detachingsovereenkomsten zal

sluiten met de reeds in het centrum werkzame instellingen t.w. de kruisverenigingen en enige instellingen voor maatschappelijk werk. Een aldus te bereiken zoveel mogelijk gelijke rechtspositie van alle medewerkers zou goed passen bij de voorgestane multidisciplinaire samenwerking”.

En verderop:

„Ons college heeft bij het overnemen van de verantwoordelijkheid van het vorige, gemeend de reeds op gang gekomen ontwikkelingen rond de wijkgezondheidscentra met kracht te moeten bevorderen; het ter tafel liggende voorstel achten wij in dit verband van groot belang omdat door het honoreren van het onderhavige verzoek de mogelijkheid ontstaat na te gaan of een positie-regeling in de vorm van een dienstverband een bijdrage kan zijn tot het optimaal functioneren van werkers in de eerstelijnsgezondheidszorg en daardoor dus ook van deze gezondheidszorg zelf ten bate van de patiënten. Door dit dienstverband bij de gemeente te vestigen geeft de gemeentelijke overheid voor haar deel gestalte aan haar verantwoordelijkheid voor het scheppen van zo goed mogelijke ontplooiingskansen voor deze vorm van dienstverlening. De gezondheidszorg is vrijwel de enige vorm van ideële dienstverlening waar nog, in tegenstelling bijvoorbeeld tot het onderwijs en de maatschappelijke dienstverlening, het vrije ondernemerschap beoefend wordt. Uiteraard wil hiermede niets ten nadele van de positieve instelling van betrokkenen ten opzichte van hun patiënten worden gezegd. Wij betwijfelen echter wel of een in het economisch productieproces gangbare beroepsvorm met de daaraan inherente besommingen en beperkingen voldoende ruimte en mogelijkheden biedt om de eerstelijnsgezondheidszorg tot verdere ontplooiing te brengen op een wijze die beantwoordt aan de in de huidige maatschappij bestaande inzichten en behoeften. Een onderzoek naar de mogelijkheden tot verbetering van de gezondheidszorg met be-

hulp van een dienstverband bij de gemeente achten wij dan ook zeker een experiment waard. Met het begrip „experiment” bedoelen wij niet dat zij die het dienstverband aangaan slechts voor een proefperiode zouden worden aangesteld. Volgens de ambtelijke rechtspositieregeling is dit trouwens slechts mogelijk voor een zeer beperkte termijn. Wat wij met het gebruik van de term „experiment” op het oog hebben is dat het functioneren van het gezondheidscentrum dient te worden begeleid en onderzocht, zodat na een aantal jaren uit een evaluatie kan blijken of het aanbeveling verdient de gekozen organisatievorm te handhaven en eventueel meer gemeentelijke gezondheidscentra te stichten. Wij houden er hierbij wel rekening mee dat tijdens de evaluatie kan blijken dat het ter wille van een goede beoordeling noodzakelijk is aan het experiment ter vergelijking nog een of enkele gemeentelijke gezondheidscentra toe te voegen. Het initiatief hiertoe zal echter slechts van de gemeente kunnen uitgaan en verband moeten houden met de eisen van het experiment. Er kan derhalve geen sprake van zijn dat thans voor iedere arts of andere werker in de gezondheidszorg het recht ontstaat een dienstverband bij de gemeente te claimen. Eerst na afloop van het experiment zal, indien op grond daarvan tot stichting van meer gemeentelijke gezondheidscentra wordt besloten, dienen te worden gezien of en zo ja, welke maatregelen nodig zijn om een billijke verhouding te scheppen tussen deze centra en de beoefenaars van de vrije praktijk. Wij achten dit thans nog niet aan de orde, omdat het in het leven roepen van een enkel gemeentelijk gezondheidscentrum in de wijk Ommoord voor deze verhouding geen verstoring betekent.”

En verderop:

„Na de bespreking in de commissies hebben wij met inachtneming van de daar gemaakte opmerkingen ons standpunt bepaald t.a.v. de voorwaarden, waaronder het dienstverband kan worden aangegaan en deze, onder voorbehoud van uw instemming met dit project, aan de medewerkers van het gezondheidscentrum kenbaar gemaakt. Wij hebben als uitgangspunt genomen dat de medewerkers dienen te worden ingepast binnen het geldende rangstelsel en de honoreringsregelingen van de gemeente, daarbij binnen deze grenzen zoveel mogelijk aansluiting zoekende bij het huidige inkomen van betrokkenen. Met het gezondheidscentrum is inmiddels volledige overeenstemming bereikt. Van het vragen van de zogenaamde eenmalige betaling hebben de artsen afgezien. Voorhands zal voor wat de praktijkomvang betreft worden uitgegaan van 2.600 zielen. Voor een verdere verkleining van de praktijken tot, in eerste instantie, 2.200 zielen, zal voorlopig de landelijke ontwikkeling worden afgewacht. Een punt van overleg met de kruisverenigingen en het gezondheidscentrum vormt nog de aanstelling van een praktijkverpleegster bij het gezondheidscentrum.”