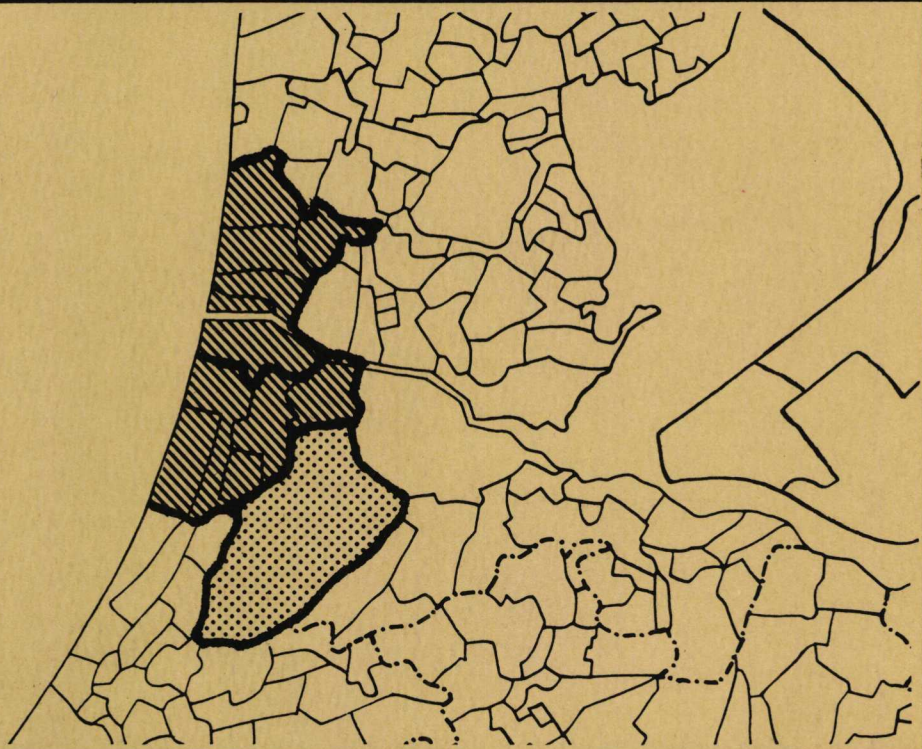


EVALUATIE INTEGRALE INVOERING
WET VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG
IN KENNEMERLAND

deel 3: november 1985~juni 1986

C.C.Schouten



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-TNO

Leiden

SO (492)
S 46

50 (492)
546

EVALUATIE INTEGRALE INVOERING
WET VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG
IN KENNEMERLAND

deel 3: november 1985~juni 1986

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT
VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO
POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

IBISSTAMBOEKNUMMER

5425/000

C.C.Schouten.

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TNO

oktober 1986

Inhoud

	pag.
Voorwoord	I
Lijst van afkortingen	II
Samenvatting.	III
1. Inleiding	1
1.1 Integrale invoering	1
1.2 Evaluatie integrale invoering WVG	1
1.2.1. Doelstelling	1
1.2.2. Onderzoeksgebied	2
1.2.3. Onderzoeksopzet.	4
1.2.4. Opbouw van het rapport	5
2. Integrale invoeringsproject Kennemerland	6
2.1. Procesbeschrijving	6
2.2. Inhoud ontwerp-besluit	11
2.3. Algemene afspraken	14
2.4. Verdeling verantwoordelijkheden, relatie planning- financiering	18
2.5. Marginale financiële kaders, lange termijn karakter plan, relatie planning-bouwbeleid.	19
2.6. Richtlijnen en kwaliteitseisen, minimum- en maximum- normen	27
2.7. Gebiedsindeling.	30
2.8. Reikwijdte en M.D.-voorzieningen	31
2.9. "Schuif" premie- en begrotingscircuit	34
2.10. Taakverdeling overheden, samenhang in beleid	39
2.11. Advies-, overleg- en goedkeuringsprocedure	43
2.12. Verdere procedure.	48
2.13. Financiële gevolgen AMvB	51
2.14. Informatievoorziening.	52
3. Nabeschouwing.	56
Literatuur	63
Bijlage	65

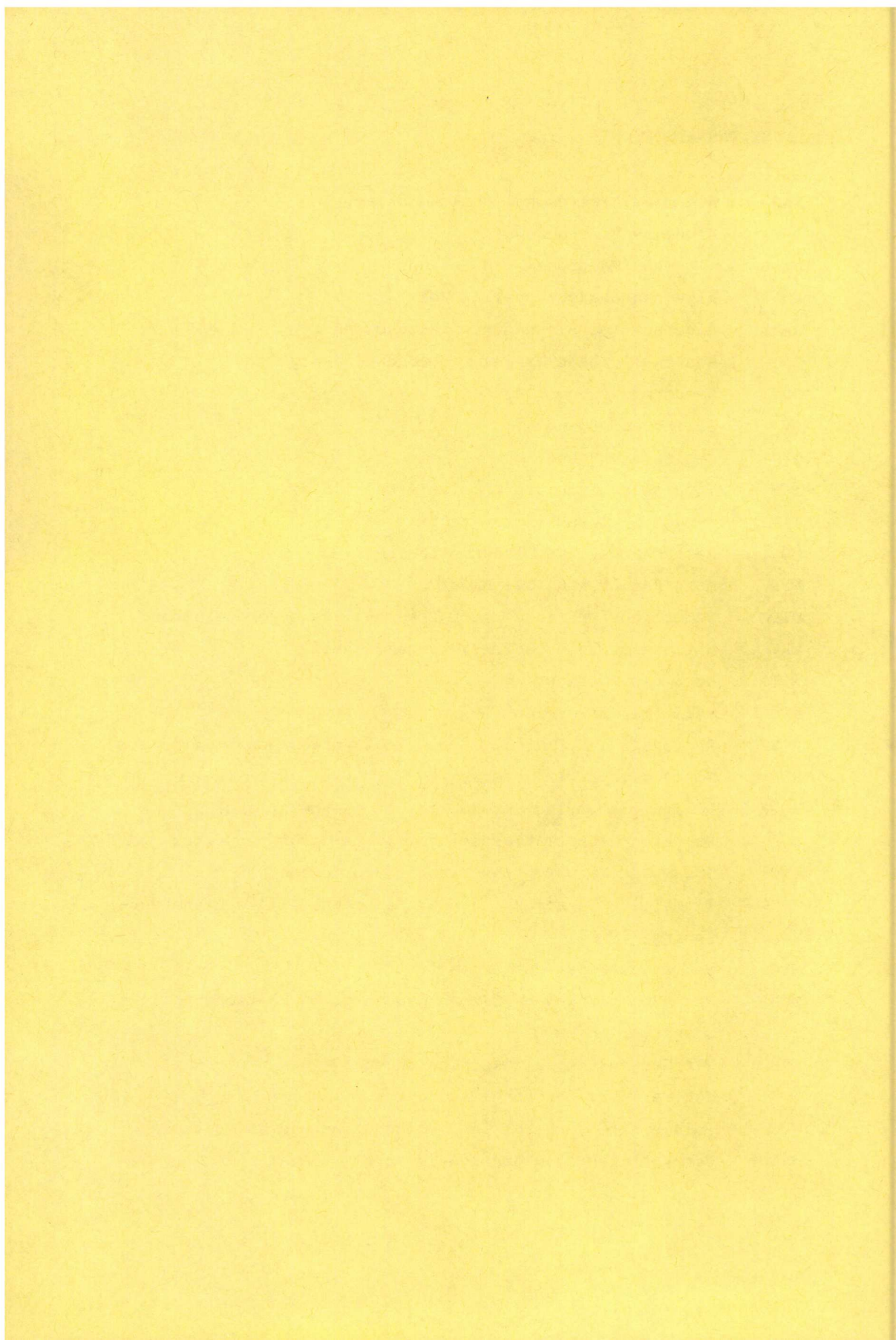
VOORWOORD

Voor u ligt het derde evaluatie-rapport over de integrale invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) in de regio Kennemerland. Het rapport betreft de evaluatieresultaten over de periode november 1985-juni 1986. Het onderzoek werd uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC). Het betreft hier een rapportage over een korte periode. Dit is een gevolg van de wijzigingen die het onderzoek in de toekomst zal ondergaan.

De auteur is voor hun kritisch commentaar dank verschuldigd aan de leden van de ambtelijke werkgroep Integraal Invoeringsproject WVG onder voorzitterschap van drs. H.F. Walta.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
ABW	Algemene Bijstandswet
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AMV	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
DVO	Dagverblijf voor Ouderen
GV	Gezinsverzorging
GVT	Gezinsvervangend tehuis
ICW	Interdepartementale Commissie Welzijn
IIP	Integraal Invoeringsproject
MD	Maatschappelijke Dienstverlening
MFK	Marginaal Financieel Kader
NIPG	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NvT	Nota van Toelichting
RFO	Regionaal Financieel Overzicht
RIVOG	Regionaal Informatie Voorzieningssysteem Gezondheidszorg
RL	Rijksuniversiteit Limburg
ROGK	Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland
SIG	Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TVMD	Tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstver- lening
WBO	Wet op de Bejaardenoorden
WGM	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening
WGR	Wet Gemeenschappelijke Regelingen
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WVC	(ministerie van) Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg.



SAMENVATTING

Hoofdstuk 1: Inleiding

In drie regio's in Nederland wordt nu ruim drie jaar geëxperimenteerd met de integrale invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). De drie regio's zijn Kennemerland, Eindhoven/Kempenland en de provincie Limburg. Deze integrale invoeringsprojecten WVG worden op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) door onderzoeksinstituten geëvalueerd. De evaluatie in Kennemerland vindt plaats door het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO (NIPG-TNO).

Dit derde rapport met betrekking tot de regio Kennemerland betreft de ontwikkelingen in de periode november 1985-juli 1986. In deze periode stonden de totstandkoming en openbaarmaking van het ontwerp-besluit integrale invoeringsprojecten WVG centraal. Het rapport moet worden beschouwd als een tussenrapport. Aangezien de onderzoeksopzet wordt gewijzigd, beperkt het zich tot een procesbeschrijving, waarbij wordt ingegaan op het ontwerp-besluit met Nota van Toelichting en de reacties uit de regio hierop.

Hoofdstuk 2: Integrale invoeringsproces Kennemerland

In overleg met betrokkenen uit de invoeringsregio's werd in het najaar van 1985 door de rijksoverheid een tekst geformuleerd voor het ontwerp-besluit en de Nota van Toelichting. Deze werden op 3 maart 1986 openbaar gemaakt, waarna gedurende drie maanden de gelegenheid werd geboden hierop te reageren.

Op 10 april 1986 vond er overleg plaats tussen de Staatssecretaris en betrokkenen uit de regio Kennemerland over een aantal onderwerpen. Tijdens dit overleg werd van de zijde van de

Staatssecretaris op een aantal punten de nodige duidelijkheid geboden. Zo zal in de eerste planperiode de intramurale sector (ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische inrichtingen, etc.) alleen meegenomen worden in de planning en niet in de financiering en zullen middelen die vrijkomen via het afbouwen van voorzieningen boven de maximum-normen naar het rijk terugvloeien. Deze duidelijkheid leidt tot de conclusie dat er gedurende de eerste planperiode weinig experimenteerruimte zal zijn. In de regio Kennemerland wensen lagere overheden zorginhoudelijk bezig te gaan. Ziektekostenverzekeraars en veld van gezondheidszorg zijn terughoudend voor wat betreft het verlenen van hun medewerking aan allerlei werkzaamheden. Eerst moet er een duidelijk wettelijk kader zijn vastgesteld.

In het vervolg van hoofdstuk twee wordt aandacht besteed aan de inhoud van het ontwerp-besluit en wordt aan de hand van de onderwerpen in de Nota van Toelichting reacties van betrokkenen uit de regio besproken.

Hoofstuk 3: Nabeschuiving

Ruim 3 jaar trachten overheden en functionele groeperingen de WVG nader in te vullen. Het is eindelijk zover dat een ontwerp-besluit in procedure is gebracht. Het IIP-WVG in Kennemerland is echter wederom in een kritieke fase beland. Er lijkt weinig experimenteerruimte te ontstaan, een groot aantal zaken is nog onvoldoende duidelijk geregeld.

De lagere overheden zullen op korte termijn op weerstand stuiten van de functionele groeperingen die voor werkzaamheden die beleidsinhoudelijke consequenties zullen hebben, willen wachten totdat het wettelijke kader is vastgesteld (o.m. ontwerp-besluit, richtlijnen en kwaliteitseisen). De mogelijkheid bestaat echter dat de lagere overheden reeds eerder tot de conclusie komen dat er voor eigen beleid te weinig mogelijkheden bestaan.

1 INLEIDING

Op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC) evalueert het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO de integrale invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) in de regio Kennemerland. Dit derde rapport beschrijft de ontwikkelingen gedurende de periode november 1985 - juni 1986.

1.1 Integrale invoering WVG

In drie gebieden in Nederland worden voorbereidingen getroffen om de WVG integraal in te voeren. De drie gebieden, ook wel aangeduid met proefregio's, zijn de regio's Kennemerland, Eindhoven/Kempenland en de provincie Limburg. In 1982/1983 gingen in deze drie gebieden de zogenaamde integrale invoeringsprojecten van start, met als doel op beperkte schaal ervaringen op te doen die gebruikt kunnen worden bij zowel de integrale invoering in deze drie gebieden als de uiteindelijke integrale invoering van de (eventueel gewijzigde) WVG in geheel Nederland.

1.2 Evaluatie integrale invoering WVG

1.2.1 Doelstelling

Ten behoeve van een optimale benutting van de ervaringen opgedaan in de drie integrale invoeringsprojecten evalueren onderzoeksinstituten de integrale invoering, nl.: de capaciteitsgroep Beleidswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg (RL) en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg - TNO (NIPG/TNO).

Deze evaluatie geschiedt tegen de achtergrond van de algemene probleemstelling: op welke wijze vindt de integrale invoering van de WVG plaats en wat zijn de effecten? (Rijksuniversiteit Limburg et al., 1984).

Doel van het onderzoek is om aanbevelingen te formuleren. Deze aanbevelingen kunnen meegenomen worden in de besluitvorming over de integrale invoering van de WVG zowel in Kennemerland als in geheel Nederland.

In het recente verleden verschenen van het NIPG/TNO twee rapporten over de ontwikkelingen in het integrale invoeringsproject Kennemerland. Het eerste rapport betreft de totstandkoming van een aantal zogenaamde bestuursorganisatorische maatregelen (periode juni 1983 - augustus 1984). Het tweede rapport besteedt met name aandacht aan een verdere in- en aanvulling van deze maatregelen en het overleg over de formalisering ervan (periode september 1984 - oktober 1985). In dit derde rapport wordt onder meer een aanzet tot een daadwerkelijke formalisering van maatregelen besproken (periode november 1985 - juni 1986).

Gezien de wijzigingen die de onderzoeksopzet zal ondergaan moet dit rapport worden beschouwd als een tussenrapport. De nadruk in dit rapport ligt op de procesbeschrijving.

Hoewel het rapport in eerste instantie is bedoeld voor (direct) betrokkenen, is het rapport ook geschreven voor overige geïnteresseerden. Dit betekent dat een middenweg is bewandeld tussen genuanceerdheid en compactheid.

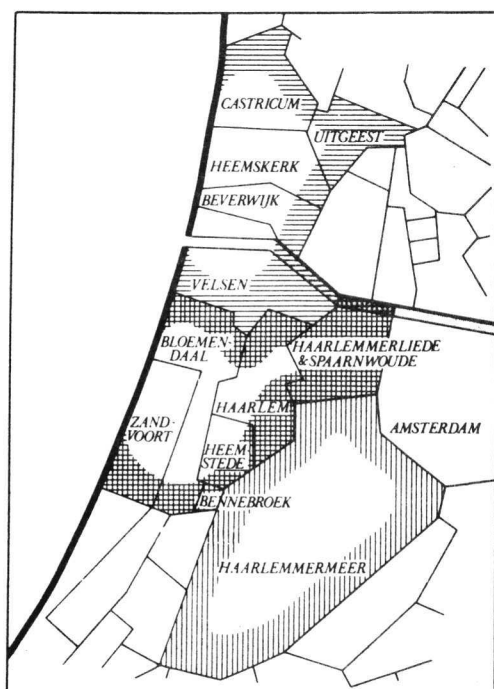
1.2.2 Onderzoeksgebied

Het onderzoeksgebied is de regio Kennemerland, zie kaart 1. Dit gebied bestaat uit Midden- en Zuid-Kennemerland. Midden-Kennemerland omvat de gemeenten Beverwijk, Castricum, Heemskerk,

Uitgeest en Velsen. Zuid-Kennemerland omvat de gemeenten Bennebroek, Bloemendaal, Haarlem, Haarlemmerliede en Spaarnwoude, Heemstede en Zandvoort. Ook de gemeente Haarlemmermeer is in het onderzoek betrokken (zie onder meer Schouten en Koch, 1984, blz. 53 en Schouten, 1986a, blz. 3).

In tabel 1.1 is aangegeven het aantal inwoners per gemeente.

Kaart 1.



Tabel 1 Aantal inwoners per gemeente in Midden- en Zuid-Kennemerland op 1-1-1985*

Midden-Kennemerland	inwoners	Zuid-Kennemerland	inwoners
Beverwijk	35.068	Bennebroek	5.656
Castricum	22.733	Bloemendaal	17.204
Heemskerk	31.595	Haarlem	151.025
Uitgeest	9.733	Haarlemmerliede	
Velsen	57.661	en Spaarnwoude	4.796
		Heemstede	25.571
		Zandvoort	15.853
totaal	156.790	totaal	220.105

*De gemeente Haarlemmermeer kende op 1-1-1985 85.050 inwoners.
Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1985.

1.2.3 Onderzoeksopzet

De derde rapportage strekt zich uit over de periode november 1985 - juni 1986. In deze onderzoeksperiode stonden de volgende vragen centraal:

1. Hoe is de totstandkoming van maatregelen c.q. voorstellen verlopen (proces)?
2. Hoe zien deze maatregelen c.q. voorstellen eruit (inhoud)?

Van een evaluatie van de maatregelen tegen de achtergrond van in de vorige twee rapporten gehanteerde criteria (decentraal, samenhangend, democratisch, efficiënt en eenvoudig) is afgezien. Deze criteria worden momenteel door de onderzoekers in overleg met betrokkenen uit de regio en ambtenaren van WVC bijgesteld. Naast bijstelling van de evaluatiecriteria zullen ook andere wijzigingen in de onderzoeksopzet in samenspraak met WVC door de onderzoekers worden aangebracht. Onder meer zal in de toekomst, sterker dan tot dusver het geval was, in het evaluatie-onderzoek de aandacht uitgaan naar de werking van afzonderlijke beleidsin-

strumenten. Het overleg over de onderzoeksopzet heeft onder meer tot gevolg dat deze derde rapportage valt in een periode van overgang van de oude naar de nieuwe onderzoeksopzet. In verband hiermee is de lijn in de vorige rapporten niet geheel gevolgd, bijvoorbeeld waar het de systematische evaluatie aan de hand van te voren opgestelde criteria betreft. Wel is reeds vooruitgelopen op de nieuwe opzet door de aandacht te richten op bepaalde instrumenten.

Voor beantwoording van de vragen is gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. Allereerst vond een systematische analyse van documenten plaats. Dit betrof zowel allerlei voorstellen voor maatregelen als notulen van diverse vergaderingen. Ten tweede is gebruik gemaakt van de observatiemethode. De onderzoekers werden in de gelegenheid gesteld vergaderingen en andere bijeenkomsten bij te wonen. Hierdoor werden zij in staat gesteld het proces van nabij te volgen.

1.2.4 Opbouw van het rapport

In dit derde rapport over de integrale invoering van de WVG in Kennemerland zal in hoofdstuk 2 worden ingegaan op diverse afspraken zoals die tussen rijk en betrokkenen in de regio zijn gemaakt en zijn geformaliseerd in het ontwerp-besluit integrale invoeringsprojecten WVG (AMvB ex art. 41 WVG). Het rapport wordt in hoofdstuk 3 afgesloten met een nabeschuiving.

In een bijlage wordt ingegaan op de aandachtspunten voor toekomstig evaluatie-onderzoek.

In dit hoofdstuk zal na een korte procesbeschrijving (par. 2.1) en een schets van de inhoud van het ontwerp-besluit (par. 2.2) een globale beschrijving worden gegeven van de in het ontwerp-besluit geregelde maatregelen. Deze zullen worden besproken aan de hand van de inhoudsopgave van de Nota van Toelichting (verder aangeduid met NvT) bij het ontwerp-besluit integrale invoeringsprojecten Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (par. 2.3 t/m 2.14). Hierbij zal ook in het kort worden aangegeven hoe de verschillende betrokkenen hebben gereageerd op het ontwerp-besluit. De provincie en gemeenten (Stuurgroep) hebben gezamenlijk één inhoudelijke reactie opgesteld. Ook het veld van gezondheidszorg, i.c. het Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland (ROGK), en de patiëntenorganisaties hebben inhoudelijk gereageerd. Het ROGK maakt overigens wel een algemeen voorbehoud ten aanzien van een aantal onderwerpen. Definitieve standpunten zullen eerst worden ingenomen als de visies van de landelijke organen bekend zijn, richtlijnen en kwaliteitseisen bekend zijn en duidelijkheid bestaat over de beleidsmarges. Overigens hebben de instellingen van algemeen maatschappelijk werk enerzijds en de instellingen voor gezinsverzorging anderzijds in overleg met hun landelijke koepelorganisaties ook reacties geformuleerd. De ziektekostenverzekeraars hebben gemeend (nog) geen oordeel te moeten geven over ontwerp-besluit en toelichting, gezien het aantal onduidelijkheden dat er nog ligt.

2.1 Procesbeschrijving

Na de gesprekken, in oktober 1985, met betrokkenen uit de integrale invoeringsprojecten over de formalisering van gemaakte afspraken, rapporteerde de Staatssecretaris van WVC in november

1985 aan de Tweede Kamer over de resultaten van deze gesprekken (kamerstukken 17.720, nrs. 10-11). De tekst van deze rapportage is nagenoeg volledig opgenomen in de NvT bij het ontwerp-besluit integrale invoeringsprojecten Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Dit concept van het ontwerp-besluit, waarin de gemaakte afspraken met de regio's zijn geformaliseerd, werd in december 1985 met de ambtelijke werkgroep IIP-WVG besproken. Vervolgens was het aan de rijksambtenaren de commentaren uit de drie integrale invoeringsprojecten te verwerken. Daarbij hadden zij de keus ontwerp-besluiten voor de drie integrale invoeringsprojecten afzonderlijk te formuleren dan wel één voor alle drie tezamen. In de NvT wordt meegedeeld dat het niet nodig is gebleken om met verschillende ontwerp-besluiten te werken.

In februari 1986 werd het ontwerp-besluit in de Interdepartementale Commissie Welzijn (ICW) besproken en vervolgens op de agenda gezet van de Ministerraad, die accoord is gegaan en vervolgens de goedkeuring tot openbaarmaking gaf. Op 3 maart 1986 verscheen het ontwerp-besluit met de Nota van Toelichting in het supplement van de Staatscourant (nr. 43). Tot 3 juni 1986 werd aan iedereen de mogelijkheid geboden zijn of haar reactie op het ontwerp-besluit kenbaar te maken. De reacties zullen tezamen met het ontwerp-besluit ter advisering worden voorgelegd aan verschillende adviesorganen en anderen.

Het ontwerp-besluit werd ook gezet op de agenda van het overleg van de Staatssecretaris van WVC met betrokkenen uit de regio Kennemerland, dat plaats vond op 10 april 1986. Officiële reacties van betrokkenen konden op dat moment nog niet worden gegeven aangezien nog geen terugkoppeling naar de diverse achterbanen had plaatsgevonden. Dit gold overigens niet alleen ten aanzien van dit agendapunt. Tijdens het overleg werd duidelijk dat een aantal onderwerpen dat op de agenda stond nog nader uitgewerkt zou moeten worden. Slechts een beperkt aantal onderwerpen kon daardoor inhoudelijk worden besproken. De meeste

onderwerpen werden doorgeschoven naar het volgende overleg, dat gepland was op 12 juni 1986. Dit overleg ging echter niet door. De Directeuren-Generaal Volksgezondheid en Welzijn zonden de betrokkenen bij de integrale invoeringsprojecten een brief d.d. 20 mei 1986, waarin zij aangaven dat het overleg zou worden verschoven naar augustus/september 1986. De reden die zij aangaven was dat de financiële overzichten van de premiegefinancierde voorzieningen en de pijplijn-effecten nog niet ter beschikking waren en dat de regio's voldoende tijd en gelegenheid moesten hebben om eigen voorstellen voor te bereiden en voor te bespreken. Ook in de regio Kennemerland was men het er over eens om het overleg geen doorgang te laten vinden, echter om geheel andere redenen. Als reactie op de bovengenoemde brief deelde de Gedeputeerde namens het bestuurlijke overleg in de regio de Directeuren-Generaal mee (brief van 5 juni 1986) in te kunnen stemmen met deze beslissing, omdat naar hun mening uit het tripartite overleg van 10 april 1986 was gebleken dat "de voorbereiding en interne meningsvorming ten departemente op een aantal punten nog onvoldoende gevorderd was om een effectief overleg te kunnen voeren". Bovendien wensten de provinciale en gemeentelijke vertegenwoordigers zich nader te bezinnen over de voortgang van het IIP en hun positie daarin. De argumentatie van de Directeuren-Generaal speelde volgens de Gedeputeerde een ondergeschikte rol. Overleg in augustus/september 1986 zal, aldus de Gedeputeerde, slechts worden aangegaan als dit naar het oordeel van de lagere overheden tot zinvolle resultaten zal leiden. De lagere overheden formuleerden naar aanleiding van het tripartite overleg een notitie over de voortgang van het IIP en het resultaat van het betreffende overleg. Zij bespraken deze notitie in de vergadering van de Stuurgroep van 18 juni. In deze notitie wordt nogmaals het onbehagen geuit over de afwezigheid van voldoende experimenteerruimte en gepleit voor het volgen van een "alternatieve strategie". Deze houdt in dat de aandacht

primair gericht wordt op de ontwikkeling van beleid voor het invoeringsgebied. Hierbij moet worden gedacht aan het opstellen van een intentieverklaring, verdere inventarisaties, ontwikkelen van een voorstel voor een concreet financieel kader op basis van de uitgangspunten die in Kennemerland zijn geformuleerd, onderzoek van kleinschalige zorg- en innovatieprojecten en een verdere ontwikkeling van de informatievoorziening. Verder overleg met het rijk zou betrekking moeten hebben op deze onderwerpen. Met name van de zijde van de ziektekostenverzekeraars en het veld van gezondheidszorg is op deze notitie kritiek geleverd. Deze kritiek komt hier op neer dat de genoemde groeperingen de lagere overheden verwijten nu van hun eerder gekozen beleidslijn af te wijken, nl. dat eerst een wettelijk kader moet zijn vastgesteld, waarover tussen betrokkenen overeenstemming moet bestaan, alvorens tot uitvoeringsactiviteiten over te gaan. Terwijl nu de vaststelling van het wettelijk kader (gedeeltelijk) in procedure is, wordt op het bestaan ervan al vooruit gelopen. De lagere overheden hebben op deze kritiek gereageerd met het argument dat in het verlengde van de gemaakte afspraken iets moet worden gedaan. Het IIP-WVG moet de kans krijgen om "het werk af te maken". De boot moet met andere woorden drijvende blijven in ieder geval totdat bekend is wie de nieuwe bewindsman c.q. -vrouw op Volksgezondheid is en welke beleidsvoornemens deze persoon heeft met betrekking tot de WVG, en in het bijzonder de integrale invoeringsprojecten. Weliswaar wordt gesproken van een "alternatieve strategie" maar in wezen is "slechts" sprake van een accentverschuiving. De activiteiten die hierboven genoemd worden, zullen ook ondernomen moeten worden indien niet van een accentverschuiving sprake zou zijn. De kwestie is echter dat de lagere overheden niet meer willen wachten op het noodzakelijke wettelijke kader alvorens er tot andere werkzaamheden wordt overgegaan. De ziektekostenverzekeraars en het veld van gezondheidszorg hebben duidelijk ge-

maakt dat zij, zo lang het wettelijk kader niet is vastgesteld, slechts mee willen werken aan voorbereidende werkzaamheden en niet aan werkzaamheden die beleidsinhoudelijke consequenties kunnen hebben.

Tenslotte kan onder meer nog worden vermeld dat op 24 april 1986 de Staatssecretaris van WVC mondeling overleg heeft gevoerd met leden van de Tweede Kamer en dat na afloop van de Stuurgroepvergadering op 18 juni 1986 informeel overleg is geweest tussen een delegatie van de Stuurgroep en de Commissie Integrale Invoeringsprojecten van de NRV over het ontwerp-besluit.

In schema 2.1 zijn de belangrijke gebeurtenissen in de afgelopen onderzoeksperiode nogmaals weergegeven.

Schema 2.1 Belangrijke gebeurtenissen in de periode november 1985-juni 1986

maand	gebeurtenis
november 1985	rapportage van de Staatssecretaris van WVC aan de Tweede Kamer over de in oktober 1985 met betrokkenen uit de regio gemaakte afspraken
december 1985/ januari 1986	ambtelijke voorbereiding van het ontwerp-besluit ex artikel 41 WVG
februari 1986	bespreking van het ontwerp-besluit in de Interdepartementale Commissie Welzijn en de Ministerraad
maart 1986	openbaarmaking van het ontwerp-besluit
april 1986	overleg tussen de Staatssecretaris van WVC en rijksambtenaren met betrokkenen uit de regio mondeling overleg tussen Staatssecretaris van WVC en leden van de Tweede Kamer
mei 1986	brief van de Directeuren-Generaal over verschuiving van het overleg tussen de Staatssecretaris van WVC en betrokkenen uit de regio gepland op 12 juni 1986

vervolg schema 2.1

maand	gebeurtenis
juni 1986	brief van de Gedeputeerde namens de lagere overheden over verschuiving van het overleg tussen de Staatssecretaris van WVC en betrokkenen uit de regio gepland op 12 juni 1986
	bespreking notitie over voortgang IIP en het overleg met de Staatssecretaris van WVC (10 april 1986) in de Stuurgroep
	overleg tussen een delegatie uit de Stuurgroep en de Commissie Integrale Invoeringsprojecten van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid over het ontwerp-besluit

2.2 Inhoud ontwerp-besluit

Het ontwerp-besluit kent vijf hoofdstukken, nl.:

1. Algemene Bepalingen
2. Plannen
3. Specifieke Uitkeringen
4. Bouw
5. Overige Bepalingen.

In het hoofdstuk "Algemene Bepalingen" (art. 1 t/m 4) worden in aanvulling op de WVG allereerst enkele begripsomschrijvingen gegeven, waarna vervolgens wordt aangegeven op welke gebieden het besluit van toepassing is. Voorzieningen van maatschappelijke dienstverlening (MD) zullen door de lagere overheid bij de integrale invoering worden betrokken via een opgave van voorzieningen. Ter financiering van deze voorzieningen zal het systeem van de specifieke uitkering gelden (zie hoofdstuk 3 van het ontwerp-besluit). In het geval van gemeentegrensoverschrijdende voorzieningen zijn gemeenten verplicht samen te werken op basis van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR). Tenslotte wordt in het eerste hoofdstuk vermeld welke hoofdstukken en artikelen van de WVG van toepassing zijn en welke wijzigingen zijn aangebracht.

In het hoofdstuk "Plannen" (art. 5 t/m 20) is nader ingevuld hoe de planning er uit zal zien. Het hoofdstuk kent twee titels, nl. "taak rijksoverheid" en "taak provincie en gemeente". De rijksoverheid zal onder meer bepalen:

- hoe groot de marginale financiële kaders zijn voor zowel premiebekostigde als begrotingsbekostigde voorzieningen;
- hoe groot de "schuif" is;
- hoe groot jaarlijks het provinciale bouwplafond is;
- welke criteria gelden voor de richtlijnen.

In het tweede deel van het hoofdstuk wordt aangegeven wat de taken van de provincie en de gemeente zijn. Zo moeten samenwerkende gemeenten in overleg met provincie en regionale vertegenwoordigingen regionale overzichten voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening opstellen.

In onderling overleg moeten provincie en gemeenten het financiële kader opdelen en afspraken maken met het oog op de samenhang en de onderlinge samenhang tussen plannen.

In het algemeen moeten de plannen voldoen aan de vastgestelde richtlijnen en kwaliteitseisen, passen binnen de financiële kaders en rekening houden met de pluriformiteit in de samenleving. Bij het ramen van de kosten moet gebruik gemaakt worden van door instellingen en ziektekostenverzekeraars verstrekte prijsopgaven.

Plannen worden vastgesteld door zowel provincie als gemeente. Regionale vertegenwoordigingen kunnen tegen deze plannen bezwaar maken bij de minister (geschillenprocedure), die de inwerkingtreding van het plan geheel of gedeeltelijk kan opschorten. Op verzoek van de gezamenlijke gemeenten en de provincie kan in plaats van een geschillenprocedure ook een goedkeuringsprocedure worden doorlopen. Hierbij moet een plan goedgekeurd worden door de naast-hogere overheid.

In het hoofdstuk "Specifieke Uitkeringen" (art. 21 t/m 29) wordt

bepaald dat de minister, onder bepaalde voorwaarden, elk jaar een specifieke uitkering verstrekt t.b.v.:

- basisgezondheidsdiensten;
- voorzieningen van maatschappelijke dienstverlening die door gemeenten c.q. provincie zijn opgegeven.

Provincie en gemeenten stellen t.a.v. deze voorzieningen verordeningen op, waarin onder meer is geregeld de wijze van bekostiging van de instelling van welke de voorziening uitgaat en de voorwaarden waaraan de instelling moet voldoen om in aanmerking te komen voor bekostiging. Een instelling kan aanspraak maken op bekostiging indien zij een erkenning heeft verkregen.

De minister stelt jaarlijks vóór 1 oktober de specifieke uitkering voorlopig vast. Binnen zes maanden na ontvangst van een deskundigenverklaring stelt de minister de specifieke uitkering definitief vast.

Naast de specifieke uitkering kan de minister ook nog uitkeringen verstrekken ter bevordering van de totstandkoming van nieuwe voorzieningen en van de werkgelegenheid.

In het hoofdstuk "Bouw" (art. 30) is bepaald dat ten aanzien van inrichtingen waarvan voorzieningen van gezondheidszorg uitgaan en waarop het ontwerp-besluit van toepassing is, het hoofdstuk Bouw van de WVG van toepassing is. In het ontwerp-besluit worden wel aanvullingen en wijzigingen aangegeven.

In het hoofdstuk "Overige Bepalingen" (art. 31 t/m 36) tenslotte zijn bepalingen opgenomen t.b.v. onder meer een soepele overgang van WZV-plannen in WVG-plannen en de waarborging van de continuïteit in beleid. Verder wordt aangegeven (artikel 34) dat de minister per provincie kan bepalen dat in plaats van de samenwerkende gemeenten de provincie regionale vertegenwoordigingen kan erkennen, aangezien ook de provinciale overheid met de regionale vertegenwoordigingen overleg pleegt. Tenslotte wordt de inwerkingtreding van het besluit geregeld. Het besluit kan wor-

den aangehaald als "Besluit Integrale Invoeringsprojecten Wet Voorzieningen Gezondheidszorg".

In de resterende paragrafen van dit hoofdstuk zullen aan de hand van de inhoudsopgave van de Nota van Toelichting de in het ontwerp-besluit geregelde maatregelen worden besproken.

2.3 Algemene afspraken

Met de integrale invoeringsprojecten is een aantal algemene afspraken gemaakt (NvT, blz. 21/22). Onder meer is opgenomen de afspraak dat het project, inclusief de planvoorbereidingsfase, vijf jaren zal duren. Voor de afloop van het project zal in gezamenlijk overleg worden besloten of het project het experimentele karakter zal behouden en op dezelfde wijze zal worden voortgezet of zal worden gebaseerd op reguliere wetgeving. Hierbij wordt er van uitgegaan dat het ontwerp-besluit eind 1986 in werking zal kunnen treden, waarna vier jaar met WVG-planning kan worden geëxperimenteerd. Overigens worden reeds nu door lagere overheden activiteiten ontplooid in het kader van de planning, nl. het formuleren van beleidsuitgangspunten, het voorbereiden van de intentieverklaring en het starten en uitvoeren van onderzoek. Het veld van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeraars heeft reeds laten blijken weliswaar aan allerlei voorbereidende werkzaamheden te willen meewerken maar niet aan activiteiten ten behoeve van de planning waarvoor eerst de wettelijke bases geregeld zouden moeten zijn (AMvB en planprocedures). Overigens heeft het ROGK in haar reactie te kennen gegeven geen voorstander te zijn van een sectorale invoering elders in het land op een termijn van één à twee jaar. Alleen in de drie experimenteergebieden dient geëxperimenteerd te worden en zal na een

zorgvuldige evaluatie moeten worden bekeken of verdere invoering gewenst is.

Andere algemene afspraken zijn onder meer dat de integrale invoeringsprojecten binnen de uitgangspunten van de WVG een zekere mate van experimenteervrijheid hebben en dat differentiatie tussen de projecten mogelijk is. Dit zou tot uitdrukking kunnen komen in afzonderlijke besluiten of aparte hoofdstukken of uitvoeringsbesluiten voor de drie projecten afzonderlijk. In de NvT (blz. 22) wordt opgemerkt dat het niet nodig is geweest om met verschillende besluiten te werken. Blijkbaar geven de verschillen in afspraken van de drie projecten geen aanleiding tot het opstellen van drie besluiten.

De afspraken met betrekking tot de relatie planning-financiering, financiële kaders, richtlijnen en kwaliteitseisen zijn voor de projecten gelijk. De afspraken zijn verschillend voor wat betreft de taakverdelingen tussen de overheden en de advies-, overleg- en goedkeuringsprocedures. Deze verschillen zijn in het ontwerp-besluit opgenomen door te werken met alternatieve procedures of door de mogelijkheid te openen van onderling verschillende uitvoeringsbesluiten. Het is niet verwonderlijk te constateren dat de afspraken over de maatregelen waarvan de verantwoordelijkheid voor de voorbereiding primair in de regio's lag onderling verschillen en de afspraken over maatregelen waarvan de verantwoordelijkheid voor de voorbereiding primair bij de rijksoverheid lag voor alle drie projecten overeenkomen. Het regio-specifieke element van de integrale invoering komt hierin tot uitdrukking.

In de reactie van de Stuurgroep op het ontwerp-besluit wordt als eerste algemene opmerking naar voren gebracht dat in de formulering van het ontwerp-besluit "niet volledig recht is gedaan aan met name enige afspraken die specifiek zijn voor het invoeringsgebied Kennemerland". Volgens de Stuurgroep "wreekt zich hier

het feit dat door de Staatssecretaris is gestreefd naar één tekst die voor alle drie invoeringsprojecten zou kunnen gelden". Ook het ROGK wijst in haar reactie op dit punt. Blijkbaar heeft het ministerie van WVC wel getracht rekening te houden met de regio-specifieke afspraken maar is dit in de formulering van het ontwerp-besluit niet volledig gebeurd.

De tweede algemene opmerking van de Stuurgroep betreft de relatie ontwerp-besluit enerzijds en vestigingsbeleid anderzijds. Getwijfeld wordt aan de veronderstelling, waarvan het ontwerp-besluit impliciet uitgaat, dat een te voeren integraal vestigingsbeleid voorhanden zal zijn op het moment dat het ontwerp-besluit van kracht zal worden. Hierop bestaat nog onvoldoende zicht.

Ook het ROGK maakt een opmerking met betrekking tot de relatie met het vestigingsbeleid. Zolang vestigingsregelingen voor andere hulpverleners dan huisartsen uitblijven, zal de vraag blijven bestaan of het ontwerp-besluit op dit punt voldoende kan worden uitgevoerd. En ook de beheersingsmogelijkheden van specialistische hulpverlening zijn onvoldoende. Financiële uitgaven ten aanzien van deze voorzieningen dienen dan, aldus het ROGK, ook niet te worden opgenomen in het marginale financiële kader, aangezien dit de planning van overige voorzieningen negatief kan beïnvloeden.

Met betrokkenen uit de integrale invoeringsprojecten is afgesproken dat ook het vestigingsbeleid onder de financiële kaders zal worden gebracht. Op rijksniveau wordt gewerkt aan het onder het vestigingsbeleid brengen van meerdere beroepsgroepen. Dit blijkt echter een technisch ingewikkelde zaak te zijn. Overigens heeft de Staatssecretaris in het overleg op 10 april 1986 met betrokkenen uit Kennemerland opgemerkt dat, als het systeem van het ontwerp-besluit wordt gevolgd (inclusief het regionale financiële kader) het vestigingsbeleid overbodig is geworden.

Hierover bestaat binnen het Ministerie echter (nog) geen over-eenstemming.

De derde algemene opmerking betreft de relatie met de WGM. De Stuurgroep acht de aanbieding van de ontwerp-WGM (februari 1986) aan de Tweede Kamer voor de integrale invoeringsprojecten geen goede zaak. De tekst van deze ontwerp-wet sluit in hoge mate aan bij de in 1985 verworpen concept-tekst voor de AMvB ex artikel 41 WVG. Opgemerkt moet worden dat de Staatssecretaris van WVC de ontwerp-WGM de Tweede kamer heeft aangeboden met de mededeling dat het ontwerp zal moeten worden aangepast indien de resultaten van de evaluatie van de drie integrale invoeringsprojecten WVG daar aanleiding toe geven.

Het ROGK merkt in haar reactie op dat de sector volksgezondheid de aanbieding van de ontwerp-WGM een ongelukkige gang van zaken vindt, de sector maatschappelijke dienstverlening binnen het ROGK kan daarentegen instemmen met de gedachte dat de IIP-en als "voorlopers worden beschouwd van de WGM".

Concluderend constateren de onderzoekers dat het naar de invoeringsregio's toe toch niet zo'n goede zet is geweest de ontwerp-WGM aan te bieden, aangezien zowel voor- als tegenstanders van een dergelijke wet hieruit hun gevolgtrekkingen maken die van negatieve invloed zijn op het invoeringsproces. De voorstanders hanteren de ontwerp-WGM als beoordelingskader voor de gedane voorstellen in het kader van het IIP-WVG. De tegenstanders worden aan het twijfelen gebracht omdat onduidelijk is of voorstellen in het kader van het IIP-WVG niet tevergeefs worden voorbereid gezien de mogelijke vervanging van de WVG door de WGM.

Het lijkt de onderzoekers vooralsnog niet wenselijk, gezien onder meer de opmerking van het ROGK, de kosten van alle vrijgevestigde hulpverleners, zoals in het ontwerp-besluit wordt voorgestaan, zonder meer in het taakstellende financiële kader op te nemen. Met het huidige instrumentarium zou dat er toe

kunnen leiden dat alle ruimte die er zou kunnen ontstaan, door vrijgevestigde hulpverleners zou kunnen worden opgesoupeerd.

2.4 Verdeling verantwoordelijkheden; relatie planning-financiering

Het tweede hoofdstuk van de NvT betreft de verdeling van verantwoordelijkheden en de relatie planning-financiering. Geruime tijd heeft er onduidelijkheid bestaan waar de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de lagere overheden nu precies betrekking op hebben. De WVG geeft daar geen voldoende antwoord op. Aan de lagere overheid wordt wel een planbevoegdheid toegekend, maar er wordt onder meer niet aangegeven waarop dat plan betrekking heeft. De afspraak is nu dat de verantwoordelijkheid van de lagere overheid zich uitstrekt tot het bepalen van functies, capaciteiten (inclusief investeringen en desinvesteringen), spreiding en samenhang (vergelijk artikel 10, lid 2).

De financiële vertaling van wijzigingen in functies, capaciteiten, etc., voorzover het om premiegefinancierde voorzieningen gaat, moet plaatsvinden op basis van de WVG-richtlijnen. Daarbij is de verplichting opgenomen dat betrokken instellingen en ziektekostenverzekeraars een prijsopgave aan de lagere overheid doen toekomen en dat de lagere overheid de financiële vertaling van het plan baseert op de prijsopgave (artikel 10, lid 4). Het COTG zal worden ingeschakeld indien instellingen en ziektekostenverzekeraars niet tot overeenstemming kunnen komen over een bepaalde prijsopgave (artikel 10, lid 4). De lagere overheid dient zich aan de prijsopgave te houden.

De Stuurgroep heeft een opmerking gemaakt in de reactie op het ontwerp-besluit met betrekking tot de omschrijving "binnen een redelijke termijn" waarin instellingen en ziektekostenverzekeraars prijsopgaven dienen te verstrekken. De omschrijving zou

exacter moeten of de beoordeling van wat redelijk is zou aan de lagere overheden moeten worden overgelaten. Dit zou dan geregeld worden in de gemeentelijke c.q. provinciale verordeningen waarin de planprocedures zijn neergelegd.

Ook het veld van gezondheidszorg, i.c. het ROGK, heeft verduidelijking gevraagd ten aanzien van het gebruik van het instrument prijsopgave. Vraagtekens worden gesteld bij de opmerking in de NvT dat de prijsopgave de planning aan de financiering koppelt. Ten eerste is het instrument nog niet ontwikkeld. Ten tweede zijn nog geen praktijkervaringen opgedaan. Nader onderzoek is noodzakelijk.

Conclusie

De praktijk zal moeten uitmaken of de prijsopgave een bruikbaar instrument is. Het lijkt aannemelijk aan het eind van de experimenteerperiode concreet vast te leggen wat onder een "redelijke termijn" moet worden verstaan. Eerst zal in de praktijk moeten worden bekeken hoeveel tijd nodig is voor het verstrekken van prijsopgaven. Dat de hantering in eerste instantie vlekkeloos zal zijn, moet niet worden verwacht.

2.5 Marginale financiële kaders, lange termijn karakter plan, relatie planning-bouwbeleid

In het derde hoofdstuk van de NvT wordt een drietal onderwerpen behandeld, nl.: de marginale financiële kaders, het lange termijn karakter van het plan en de relatie van de planning met het bouwbeleid. Hierover is een groot aantal afspraken met de regio's gemaakt dat ook in het ontwerp-besluit is opgenomen.

Het marginaal financieel kader (MFK) geeft aan, in welke omvang de kosten in een bepaald gebied mogen stijgen of moeten dalen

ten gevolge van wijzigingen in functies, capaciteiten, spreiding en samenhang. Het MFK zal tenminste dezelfde periode bestrijken als het FOGM. Ten behoeve van de vaststelling van MFK's door het Rijk zullen regionale financiële overzichten (RFO) worden opgesteld door samenwerkende gemeenten in overleg met de andere betrokkenen (art. 7). De hoofduitkomsten van deze overzichten zullen worden opgenomen in het FOGM.

Opstellen RFO

Met de Staatssecretaris van WVC was door de Stuurgroep de afspraak gemaakt voor april 1986 de eerste RFO's op te stellen. Begin 1986 werd duidelijk dat dit niet haalbaar was. Niet alle gegevens noodzakelijk voor het opstellen van het RFO voor Kennemerland waren voorhanden.

Tijdens de vergadering van de Stuurgroep op 27 maart 1986, de laatste vergadering voor het overleg met de Staatssecretaris (10 april 1986), werd geconstateerd dat er inmiddels een "redelijk volledig" inzicht bestond in het cijfermateriaal, echter dat een compleet RFO (op- en vastgesteld door betrokkenen uit de regio) nog niet voorhanden was. Daarom werd besloten het RFO niet inhoudelijk met de Staatssecretaris te bespreken. Dit punt zou op de agenda voor het volgende overleg met de Staatssecretaris worden geplaatst.

Op het punt van de opstelling van de RFO's is het Rijk de afspraak, die was gemaakt met de regio Kennemerland, niet nagekomen. De Stuurgroep maakt hier in haar reactie op het ontwerpbesluit ook melding van. De afspraak was dat de opstelling van deze overzichten een gemeenschappelijke activiteit van alle betrokken partijen zou zijn.

Het ROGK merkt in haar reactie op: "Willen de regionale overzichten een werkelijke bron van betekenis zijn voor de herstructurering van de gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, dan zullen daaraan hoge eisen moeten worden gesteld"

(blz. 5). De operationalisatie van een dergelijk regionaal overzicht zal nog jaren van studie vergen, aldus het ROGK. Overigens overhandigde het ROGK tijdens het overleg op 10 april 1986 de Staatssecretaris een exemplaar van het rapport "Regionale Financiële Overzichten. Experimenteel. 1982-1984 Zuid- en Midden-Kennemerland. De premiegefinancierde instellingen van gezondheidszorg", het eerste resultaat van het Project Regionale Begroting.

De instellingen van gezinsverzorging (GV) betreuren het dat de lagere overheden de verantwoordelijkheid krijgen om RFO's op te stellen en niet een, zoals in de ontwerp-WGM voorgesteld, regionaal overleg. De lagere overheden in Kennemerland wensen, zoals zij meermaals kenbaar hebben gemaakt, hun eigen advies- en overlegstructuur te regelen. Dit houdt onder meer in dat er géén regionaal overleg als orgaan zal gaan functioneren. Het geven van de verantwoordelijkheid voor het opstellen van RFO's aan een regionaal overleg is voor wat betreft het IIP-WVG in Kennemerland dan ook géén reële optie.

Vaststellen en verdelen MFK

In het ontwerp-besluit is opgenomen dat het MFK door de Minister per regio wordt vastgesteld (art. 6, lid 1). De provincie en de samenwerkende gemeenten verdelen dit kader, in overleg met de regionale vertegenwoordigingen, in een provinciaal en gemeentelijk deel (art. 8, lid 1). Het betreft hier het MFK voor premiegefinancierde voorzieningen. De verdeling van het MFK voor begrotingsgefinancierde voorzieningen (b.v. AMW, GV) in een provinciaal en een gemeentelijk deel gebeurt op rijksniveau. Tegelijkertijd zal hierbij worden aangegeven hoeveel er tussen premie- en begrotingsgelden geschoven mag worden (zie ook par. 2.9).

Indien bij de verdeling van het MFK voor de premiegefinancierde voorzieningen provincie en gemeenten er niet uitkomen, neemt het

rijk een beslissing. Is het kader voor de samenwerkende gemeenten eenmaal vastgesteld dan dienen zij hun kader te verdelen over sectoren en, indien gewenst, over de individuele gemeenten. In de NvT (blz. 37) wordt opgemerkt: "Voorzover nodig kunnen de lagere overheden in de gemeenschappelijke regeling een procedure opnemen die uitkomst biedt voor de gevallen, waarin de samenwerkende gemeenten terzake niet tot een beslissing kunnen komen". Het lijkt ons aan te bevelen, evenals bij de totstandkoming van plannen ten behoeve van subregionale voorzieningen, gemeenten te verplichten in de gemeenschappelijke regeling een procedure op te nemen, indien is vastgesteld dat hier noodzaak toe is, en dit niet facultatief te stellen.

Het ROGK vraagt zich af of de WGR-regio (= WVG-regio) niet te kleinschalig is voor het vaststellen van een MFK. Onduidelijk is ook nog hoe de Minister het financieel kader per regio zal vaststellen c.q. zal afleiden uit het landelijk financieel kader (FOGM), m.a.w. welk verdelingsmechanisme zinvol is.

Deze opmerking van het ROGK is terecht. Er is nog geen verdeelsleutel voorhanden met behulp waarvan het landelijk marginaal financieel kader over de regio's kan worden verdeeld. Afgesproken is in de toekomst voor wat betreft de premiegefinancierde voorzieningen uit te gaan van normatieve gegevens zoals bevolkingsaantal, aantal jeugdigen, aantal ouderen, urbanisatiegraad, enz. Hier zij opgemerkt dat in het verleden door onderzoekers van het NIPG-TNO (Koch en Mackenbach, april 1984) een poging is ondernomen om tot een dergelijke verdeelsleutel te komen voor wat betreft de provincies. Op basis van de uitgangspunten dat de toewijzing van regionale kaders op objectieve wijze dient plaats te kunnen vinden en dat bij de vaststelling van deze kaders rekening gehouden moet worden met eventuele regionale behoeften verschillen, is het technisch mogelijk gebleken een verdeelsleutel te ontwikkelen voor het grootste deel van de gezondheidszorg.

Van belang is, aldus een volgende opmerking van het ROGK, dat het financieel kader richting geeft aan de budgetten van de instellingen, omdat planningsbeslissingen (die nagenoeg altijd exploitatiegevolgen hebben) aan het financieel kader worden getoetst.

De MFK's geven de bovengrens aan van de toegestane kosten. Budgetten en productieafspraken moeten zo worden vastgesteld, dat zij binnen deze kaders blijven. Echter rechtens hebben de MFK's niet de betekenis dat zij beperkingen mogen leggen op het verstrekkingspakket.

De rechten van verzekerden voortvloeiend uit de AWBZ en Ziekenfondswet zullen worden gewaarborgd door de richtlijnen en kwaliteitseisen en de MFK's. Onduidelijk blijft wat het gevolg is als de kosten boven de MFK's zullen uitstijgen. Dit kan gebeuren aangezien de ziektekostenverzekeraars verplicht zijn, op basis van de AWBZ en de Ziekenfondswet, geleverde verstrekkingen te vergoeden. Deze wetten gelden onverkort.

Gezien bovenstaande opmerkingen van het ROGK over het MFK is het niet verwonderlijk dat het ROGK meent dat er meer inzicht dient te bestaan in de betekenis van de MFK's, vooraleer gebruik kan worden gemaakt van dit instrument. De onderzoekers menen dat duidelijkheid moet bestaan over de betekenis van het MFK, echter dit moet het experimenteren ermee niet uitsluiten.

De GV-instellingen hebben met betrekking tot het MFK kritiek geleverd ten aanzien van de opdeling van het kader in een deel voor premiegefinancierde voorzieningen en een deel voor begrotingsgefinancierde voorzieningen. Volgens hen komt deze opdeling niet ten goede aan de beoogde samenhang tussen de beide soorten voorzieningen. Daarnaast zal de looptijd van het MFK, nl. één jaar, voor begrotingsgefinancierde voorzieningen afbreuk doen aan een goede planning en aan de gelijkwaardigheid van gezondheidszorgvoorzieningen en MD-voorzieningen. Niet duidelijk is naar onze mening wat dat "afbreuk doen aan een goede planning"

precies inhoudt en waarom de opdeling "de gelijkwaardigheid" van beide soorten voorzieningen zou aantasten.

De GV-instellingen merken voorts op dat onvoldoende is aangegeven waarop de verdeling van het MFK gebaseerd dient te zijn. Dit vergroot volgens hen de onderlinge meningsverschillen (tussen de lagere overheden). De wijze van verdeling zal inderdaad nog nader moeten worden uitgewerkt. Dit zal geschieden in het overleg ten behoeve van de intentieverklaring. De praktijk zal naar onze mening duidelijk maken of de onderlinge verschillen tussen lagere overheden inderdaad vergroot worden.

De GV-instellingen zijn verder van mening dat overleg over de verdeling van het MFK dient plaats te vinden met alle betrokken partijen. Ten aanzien hiervan kan worden opgemerkt dat voordat de intentieverklaring door de lagere overheden zal worden vastgesteld overleg zal worden gepleegd met de functionele groeperingen, waaronder vertegenwoordigers van het veld van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Kleine verbouwinitiatieven

In het kader van de deregulering is het streven er op gericht voor zeer kleine (ver)bouwinitiatieven die niet gepaard gaan met wijzigingen in functies, capaciteiten of spreiding (en daarom niet in het plan behoeven voor te komen), niet meer te laten vallen onder de bouwprocedures en uitsluitend te toetsen in het kader van de budgettering (art. 30 onder b en NvT, blz. 41). Dit impliceert dat zij niet meer op het provinciaal bouwprioriteitenoverzicht worden geplaatst en dus geen provinciale verklaring krijgen. De Stuurgroep geeft aan dat hier slechts mee kan worden ingestemd als:

- a) de investeringskosten die met die initiatieven gepaard gaan niet ten laste komen van het provinciale bouwplafond;
- b) bij voorkeur een regeling wordt getroffen waardoor dit soort onderhoudsactiviteiten via de budgettering worden geregeld

(hetgeen zoals hierboven is opgemerkt, de bedoeling lijkt te zijn);

c) er wel op een of andere wijze een toetsing kan plaatsvinden op de planmatige relevantie van dergelijke activiteiten (bijv. door melding aan de planverantwoordelijke overheid).

Ook het ROGK heeft ten aanzien van dit punt een opmerking gemaakt. Met het afschaffen van de verklaring voor kleine projecten kan worden ingestemd, indien voor dit soort onderhoudsactiviteiten een regeling wordt getroffen waarin een opslag van het budget mogelijk wordt gemaakt.

Indien aan de door de Stuurgroep geformuleerde eisen tegemoet wordt gekomen, is er in zekere zin sprake van dubbele toetsing. Allereerst zal worden getoetst of het verbouwininitiatief past binnen het toegewezen budget. Ten tweede zal de planmatige relevantie van het initiatief worden getoetst (zie punt c. hierboven). Gesproken kan worden van een financiële en een inhoudelijke toetsing, respectievelijk uitgevoerd door de ziektekostenverzekeraars en de planverantwoordelijke overheid.

Men kan zich voorstellen dat een inhoudelijke toetsing overbodig lijkt aangezien het hier niet gaat om een activiteit (het verbouwininitiatief) welke consequenties heeft voor de aanwezige functies en capaciteiten en de bestaande spreiding en samenhang.

Aanwijzing met betrekking tot bouwprioriteiten overzicht

In het ontwerp-besluit is een bepaling opgenomen die het rijk (de Minister) de mogelijkheid biedt de provincie (Gedeputeerde Staten) een aanwijzing te geven met betrekking tot het provinciale bouwprioriteitenoverzicht (art. 30 onder d). De Stuurgroep vraagt zich af wat voor extra aanwijzingen - buiten de richtlijnen, kwaliteitseisen en het financiële (exploitatie- en investerings-) kader - de Minister nog meer zou moeten geven. Zolang daarover geen duidelijkheid én overeenstemming bestaat zou dit

artikel-onderdeel, aldus de Stuurgroep, achterwege moeten blijven. Het leidt alleen maar tot extra en onnodige regulering. Tijdens het overleg in de Stuurgroep op 27 maart 1986 werd van de zijde van het rijk enige duidelijkheid verschaft over het opnemen van deze bepaling. Deze bepaling biedt aan het rijk de mogelijkheid bepaalde prioriteiten te stellen in het geval van schaarse middelen. Dit is in het kader van de decentralisatie en deregulering een slechte zaak. De inhoudelijke prioriteitstelling zou op regionaal niveau moeten kunnen geschieden.

De Stuurgroep wijst verder in haar reactie op het ontwerp-besluit op de onduidelijkheid over de rechtskracht van een afgegeven verklaring (zie art. 30, onder e). Verder vraagt zij zich af op welke wijze de bouwvergunning niet als een extra-instrument voor een afwijkende fasering en uitvoering van een provinciaal bouwprioriteitenplan gaat functioneren. Wat voor mogelijkheden en redenen zijn er voor de Minister om geen bouwvergunning af te geven, indien de provincie met haar bouwprioriteiten binnen de gestelde kaders blijft en dus ook binnen haar deel van het bouwplafond? In principe zou volgens de Stuurgroep in een dergelijk geval een verklaring door een vergunning moeten worden gevolgd. Indien het rijk hiervan zou willen afwijken zou dit alleen na overleg met de provincie moeten kunnen.

Conclusie

De betekenis van het RFO en het MFK moet nader geëxpliciteerd worden. Hiervoor kan c.q. moet gebruik gemaakt worden van de ervaringen die in de IIP-en met deze instrumenten worden opgedaan.

Het lijkt een goede zaak kleine (ver)bouwinitiatieven uitsluitend nog te toetsen in het kader van de budgettering. Gezien het feit dat deze initiatieven nu buiten de budgetten vallen, zal een opslag van de budgetten noodzakelijk zijn.

Het is ongewenst dat de rijksoverheid zich na haar inhoudelijke en financiële kaderstelling verder bemoeit met de inhoudelijke prioriteitstelling in de regio, wil zij recht doen aan het regionalisatie- en decentralisatieprincipe.

2.6 Richtlijnen en kwaliteitseisen, minimum- en maximum-normen, regionale beleidsmarge

In het vierde hoofdstuk van de NvT wordt stilgestaan bij de richtlijnen en kwaliteitseisen, de minimum- en maximumnormen en de regionale beleidsmarge. In de afspraken met de proefgebieden is opgenomen dat de richtlijnen betrekking zullen hebben op:

- "- omschrijvingen van functies en capaciteiten;
 - minimum-capaciteitsnormen met betrekking tot alle voorzieningen en maximum-normen met betrekking tot de intramurale voorzieningen;
 - de functies, die dusdanig samenhangen, dat ze steeds binnen één organisatorisch verband moeten worden uitgevoerd;
 - de functies, die in elke provincie of regio moeten voorkomen"
- (NvT, blz. 45).

De minimumnormen zullen facultatief zijn voor begrotingsgefinancierde voorzieningen.

De functie- en capaciteitsomschrijvingen zullen uniform moeten zijn in verband met de onderlinge vergelijkbaarheid, de afstemming van plannen en met name ook om een relatie te kunnen leggen naar de kwaliteitseisen, de richtlijnen WTG en de verstrekkingenbesluiten.

Evenals voor de richtlijnen zijn in het ontwerp-besluit ook de onderwerpen opgenomen waartoe de kwaliteitseisen zich zullen beperken (art. 4 lid 1a). In de NvT worden deze onderwerpen nader toegelicht.

Richtlijnen en kwaliteitseisen

De gebruikersorganisaties in de regio hebben met name commentaar geleverd op het ontwerp-besluit terzake deze richtlijnen en kwaliteitseisen. Zij menen dat aan de afspraak dat in het ontwerp-besluit op gelijksoortige wijze als voor de richtlijnen criteria zouden worden opgenomen voor de kwaliteitseisen niet is tegemoet gekomen. In het ontwerp-besluit wordt een formulering gebruikt die facultatieve hantering van de criteria voor de kwaliteitseisen mogelijk maakt. Daadwerkelijke hantering wordt niet gegarandeerd. De gebruikersorganisaties brengen bovendien naar voren dat het facultatieve karakter van de formulering de naleving van kwaliteitseisen gezien vanuit de positie en rechten van patiënten, moeilijk afdwingbaar maakt.

De instellingen voor algemeen maatschappelijk werk (AMW) zouden de criteria voor kwaliteitseisen ook graag op hen van toepassing zien worden verklaard, waarbij ook de facultatieve formulering gewijzigd zou moeten worden. Zij zijn beducht voor gemeentelijke willekeur, indien dit niet zou gebeuren. Op basis van het ontwerp-besluit zouden gemeenten afzonderlijk en dus verschillend normen kunnen bepalen. De AMW-instellingen zien deze kwaliteits-eisen als een garantie voor de benedengrens van AMW. Vermoedelijk bedoelen ze hiermee dat als deze kwaliteitseisen gesteld worden door de rijksoverheid, deze ook de financiële vertaling ervan moet garanderen. Blijkbaar hebben de AMW-instellingen meer vertrouwen in de rijksoverheid dan in de lagere overheden, i.c. de gemeenten.

Niet duidelijk wordt waarom de rijksoverheid bij het formuleren van de inhoud van de kwaliteitseisen een facultatieve formulering heeft gebruikt, in ieder geval wat betreft artikel 4 lid 1a, ten eerste. Het moet toch mogelijk zijn minimum-kwaliteits-eisen aan te geven? Door een facultatieve formulering kan het waarborgen van kwaliteit een zaak worden van uitsluitend het veld van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeraars. Daar staat

tegenover dat het juist de ziektekostenverzekeraars zijn die de rechten van verzekerden, zoals die voortvloeien uit de Ziekenfondswet en de AWBZ en die op hun beurt gekoppeld zijn aan de richtlijnen en kwaliteitseisen, moeten waarborgen. Overigens biedt een facultatieve formulering de mogelijkheid de kwaliteitseisen te differentiëren naar voorzieningen, hetgeen ook voordelen kan hebben, zowel inhoudelijk als financieel, voor de uitvoering van de zorg.

Tenslotte moet worden opgemerkt dat als begrotingsgefinancierde voorzieningen bij het IIP-WVG worden betrokken dit zoveel mogelijk op dezelfde wijze zou moeten gebeuren als de premiegefinancierde voorzieningen teneinde toch zoveel mogelijk uniformiteit en rechtsgelijkheid (in het veld van gezondheidszorg) te bewerkstelligen.

Minimum- en maximumnormen

Op basis van de RFO's zullen minimum capaciteitsnormen en maximum-normen voor intramurale voorzieningen financieel worden vertaald. Hierdoor kan worden getoetst of er sprake is van een regionale beleids marge. Binnen deze marge kunnen provincies en gemeenten substitueren (NvT, blz. 45).

Een verdere uitwerking van dit onderwerp vond plaats in de toelichting bij de agenda voor het overleg van 10 april tussen betrokkenen uit de regio Kennemerland en de Staatssecretaris. De minimumcapaciteitsnormen dienen te worden gezien in relatie tot de totaal beschikbare ruimte. Deze totaal beschikbare ruimte wordt aangeduid met regionaal planbudget premiegefinancierd c.q. regionaal budget begrotingsgefinancierd.

Minimum capaciteitsnormen zijn alleen verantwoord in relatie tot dat regionale budget. Als uitgangspunt wordt namelijk genomen dat als een bepaalde voorziening op het minimum functioneert, binnen de totaal beschikbare ruimte elders complementaire zorg wordt geboden die boven dat minimum uitgaat.

De minimum capaciteitsnormen zullen op een zodanig niveau moeten worden vastgesteld dat er een regionale beleidsmarge ontstaat die ook voldoende substitutiemogelijkheden biedt.

Conclusie

Zolang de richtlijnen en kwaliteitseisen nog niet bekend zijn, blijft er grote inhoudelijke onduidelijkheid bestaan. Deze onduidelijkheid betreft zowel de rechten van verzekerden als de beleidsruimte die instellingen zullen krijgen c.q. behouden en de regionale beleidsmarge.

Overigens geldt ook hier dat er tevens grote onduidelijkheid blijft bestaan over wat onder bepaalde begrippen (instrumenten) moet worden verstaan en hoe zij in relatie tot elkaar staan. Duidelijk is wel dat een financieel systeem wordt opgebouwd dat zeer ingewikkeld in elkaar zit en slechts voor zeer direct betrokkenen te begrijpen en doorgronden valt. Dit impliceert naar onze mening dat de financiële consequenties bij gebruik van de aangereikte instrumenten slechts door weinigen kunnen worden ingeschat.

2.7 Gebiedsindeling

Het vijfde hoofdstuk van de NvT betreft de afbakening van de regio's waarin de WVG integraal zal worden ingevoerd (zie ook ontwerp-besluit: art. 1, lid 2).

Het streven van de rijksoverheid is de gebiedsindeling WVG te laten aansluiten op die van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR). Dit uitgangspunt is eerder vastgelegd in de richtlijnen voor de gebiedsindeling ten behoeve van de WVG.

Gezien de spraakverwarring die is ontstaan door het hanteren van het begrip subregio ex WVG is besloten de subregio's WVG aan te duiden als regio's. In het ontwerp-besluit is onder de begrips-

bepalingen daaraan een artikel gewijd. Voor het IIP-Kennemerland geldt dat de gebiedsindeling past in de richtlijnen. Voor de gemeente Haarlemmermeer is in het ontwerp-besluit een bepaling opgenomen die aangeeft dat het ontwerp-besluit alleen van toepassing is voorzover het de intramurale voorzieningen betreft (zie Schouten en Koch, 1984, blz. 53).

2.8 Reikwijdte en M.D.-voorzieningen

Door het ministerie van WVC is voorgesteld ook voorzieningen van maatschappelijke dienstverlening (MD) bij de invoering van de WVG te betrekken. Aangezien deze voorzieningen niet onder de reikwijdte van de WVG vallen, kan dit alleen maar als provincies en gemeenten hiermee instemmen (art. 2).

In het overleg van oktober 1985 tussen de Staatssecretaris en betrokkenen bij het IIP-WVG Kennemerland zijn voor deze regio's met betrekking tot de MD-voorzieningen verschillende afspraken gemaakt.

Zo heeft het project in beginsel betrekking op alle voorzieningen voor volksgezondheid en de daarmee functioneel samenhangende MD-voorzieningen. Deze MD-voorzieningen zijn op een lijst in de NvT aangegeven (blz. 56/57 aldaar). De voorzieningen voor volksgezondheid die op deze lijst staan worden zeker bij het IIP-WVG betrokken.

In gezamenlijk overleg tussen Staatssecretaris en integrale invoeringsprojecten zal worden bezien, wanneer, op welke wijze en welke op de lijst voorkomende MD-voorzieningen bij de integrale invoering worden betrokken. Het betrekken van bedoelde voorzieningen bij de integrale invoering WVG zal formeel-juridisch zijn beslag krijgen, doordat provincie en/of gemeenten een overeenkomst met het rijk aangaan.

In de Nota van Toelichting wordt een onderscheid aangegeven in MD-voorzieningen:

- a) voorzieningen die reeds onder een wet vallen, i.c. de Tijdelijke Verstrekkingswet Maatschappelijke Dienstverlening (TVMD) of de Wet op de Bejaardenoorden (WBO);
- b) voorzieningen die niet onder een wet maar onder een rijksbijdrage- of rijkssubsidieregeling vallen.

Ten behoeve van de onder b) genoemde voorzieningen zal in plaats van een rijksbijdrage- of rijkssubsidieregeling één nieuwe specifieke uitkering worden gecreëerd voor de integrale invoeringsprojecten WVG. Het is niet mogelijk ten behoeve van de onder a) genoemde voorzieningen een regime te creëren dat afwijkt van de TVMD en de WBO teneinde deze voorzieningen bij de invoering van de WVG te betrekken. Zowel de TVMD als de WBO kennen geen experimenteerartikel zoals de WVG dat kent.

De Stuurgroep constateert dat de wijze waarop nu de betrokkenheid van MD-voorzieningen in het ontwerp-besluit is geformuleerd, ertoe leidt dat slechts een beperkt aantal MD-voorzieningen op effectieve wijze bij het IIP-WVG kan worden betrokken. Zij verstaat onder een effectieve betrokkenheid:

- integratie binnen projectorganisatie IIP;
- onderwerp van planning;
- deel uitmakend van het taakstellend financieel kader en
- in principe - binnen de geldende minimum-normen en overige richtlijnen en kwaliteitseisen - substitueerbaar voor andere voorzieningen en vice versa (zodanig via het instrument van de "schuif").

De TVMD-voorzieningen, zoals gezinsvervangende tehuizen (GVT) en dagverblijven voor ouderen (DVO) en bejaardenoorden kunnen aldus niet effectief bij het IIP-WVG worden betrokken. Voor Kennemerland gelden de genoemde vier punten als criteria voor het bepalen van welke MD-voorzieningen bij het IIP-WVG in Kennemerland betrokken zullen worden.

Ook het ROGK is van mening dat de met de sector volksgezondheid samenhangende voorzieningen voor MD op effectieve wijze onder het regime van de WVG gepland dienen te worden. Dit zou geleidelijk en pragmatisch moeten gebeuren, via integrale planning. Ook het ROGK wijst op het feit dat een aantal voorzieningen niet effectief betrokken kan worden. De nu geboden mogelijkheden zouden dan ook tot verbrokkeling kunnen leiden.

Ook de AMW-instellingen in Kennemerland hebben gereageerd op de wijze waarop MD-voorzieningen bij het IIP-WVG worden betrokken. Zij achten het niet wenselijk dat het aan de samenwerkende gemeenten wordt overgelaten te bepalen welke MD-voorzieningen bij het IIP-WVG gehaald worden: "eenzijdige afhankelijkheid van de wilsverklaringen van de gemeenten in Kennemerland (is) een onjuiste vorm van participatie bij het experiment".

De GV-instellingen hebben in hun reactie kenbaar gemaakt dat samenhang tussen MD-voorzieningen en gezondheidszorgvoorzieningen (samenhang in de zorg) is te realiseren vooruitlopend op uniformering van de financiering. Er dient echter wel een relatie te worden gelegd tussen de verschillende financieringssystemen, opdat substitutie tussen voorzieningen mogelijk wordt. Met het oog op de samenhang in de zorg pleiten zij er ook voor de bejaardenoorden onder de reikwijdte van de WVG te brengen.

Het ROGK wijst in haar reactie op het feit dat in de sector MD instellingen gepland zullen worden, terwijl in de sector volksgezondheid de planning betrekking heeft op voorzieningen onder meer op basis van functieplanning. Dit zou kunnen leiden tot het losweken van bepaalde elementen (lees: functies) uit instellingen voor gezondheidszorg, waardoor er weleens verschillen in consequenties van de planning voor de onderscheiden sectoren kunnen ontstaan. Een dergelijke rechtsongelijkheid is voor het ROGK onaanvaardbaar.

Conclusie

Naar het nu lijkt, zullen slechts enkele MD-voorzieningen op effectieve wijze, zoals de Stuurgroep dit bedoelt, kunnen worden betrokken. Weliswaar is het mogelijk in onderling overleg tussen betrokkenen voorwaarden te creëren opdat de uitvoering van de WBO en TVMD in materiële zin overeenkomt of nauw is afgestemd op dat wat krachtens de WVG gebeurt of gaat gebeuren. Echter niet duidelijk is of dit ook kan worden gerealiseerd voor de financiering. Bovendien lijken de substitutiemogelijkheden te worden beperkt. Verschillende regelgeving voor verschillende voorzieningen kan een samenhangende uitvoering van zorg in de weg staan. Daarom kan het noodzakelijk blijken gedetailleerde afspraken te maken, indien het WVG-regime niet gaat gelden voor de voorzieningen die vallen onder de WBO en TVMD en toch wordt besloten de betreffende MD-voorzieningen erbij te betrekken. Rechtsongelijkheid tussen MD-voorzieningen en gezondheidszorgvoorzieningen moet worden voorkomen.

Tenslotte kan worden opgemerkt (naar aanleiding van de reactie van de AMW-instellingen) dat het opgeven van MD-voorzieningen ten behoeve van het betrekken bij het IIP-WVG niet alleen door samenwerkende gemeenten kan geschieden, maar ook door de provincie; dit hangt af van de grootte van het verzorgingsgebied van betreffende MD-voorzieningen.

2.9 "Schuif" premie- en begrotingscircuit

In het zevende hoofdstuk van de NvT wordt geconstateerd dat bestaande schotten tussen het premie- en begrotingscircuit een belemmering vormen om tot een samenhangend zorgbeleid te komen. In de WVG blijven deze schotten bestaan. Voorgesteld is van rijkszijde een zg. "schuif"-mogelijkheid aan te brengen tussen premie- en begrotingsgeld (art. 6, lid 1 onder b). Dit is een

nieuw instrument. Weliswaar kan er in de huidige opzet van de WVG ook geschoven worden maar alleen binnen het premiecircuït en binnen het begrotingscircuït en niet daartussen.

Met de introductie van de "schuif" moet het mogelijk worden gemaakt een verschuiving aan te brengen op basis van besluitvorming in de regio's. Elk jaar zal voor de "schuif" een maximumbedrag moeten worden vastgesteld. De introductie van de "schuif" impliceert dat ook voor begrotingsgefinancierde voorzieningen een specifieke doeluitkering nodig is. Een regio-specifieke verhoging of verlaging kan niet via het Provincie- of Gemeentefonds plaatsvinden, aangezien dan ook de rest van het land met een verhoging of verlaging te maken zou krijgen.

De middelen die middels de specifieke uitkering (art. 21) beschikbaar worden gesteld zullen worden "afgeschot" van de overige provinciale of gemeentelijke middelen. Dit gebeurt omdat bepaalde volksgezondheids- of MD-voorzieningen (bijv. basisgezondheidsdiensten, AMW), volledig of gedeeltelijk, bekostigd worden uit eigen provinciale of gemeentelijke middelen. Deze middelen komen uit het Gemeentefonds of Provinciefonds of uit eigen belastingheffing. De lagere overheden zijn in principe vrij (autonoom) in de besteding van de eigen middelen. In het ontwerp-besluit is een bepaling opgenomen die lagere overheden verplicht, voordat de "schuif" in werking kan treden, aan te geven hoe groot het eigen aandeel in de bekostiging van voorzieningen zal zijn. Dit aandeel wordt "afgeschot" van de overige eigen middelen.

Financiering MD-voorzieningen

De AMW-instellingen pleiten ervoor dat die gelden die door de lagere overheden worden verkregen uit de eigen middelen (uit de fondsen of via belastingheffing) en besteed worden aan het AMW, worden opgenomen in de specifieke uitkering. Ten gevolge hiervan zullen zij in dezelfde positie kunnen komen te verkeren als

andere begrotingsgefinancierde voorzieningen die (mogelijk) bij het IIP-WVG worden betrokken.

De AMW-instellingen menen ook dat het model van specifieke uitkeringen in zijn praktische toepassing onwerkbaar is; dit vanwege het feit dat de bestuurlijke besluitvorming over de autonome gemeentelijke geldstroom voor het AMW (\pm de helft van de exploitatiekosten) niet zou passen in de cyclus financiële overzichten - marginale financiële kaders - plannen, zoals die in het ontwerp-besluit wordt gepresenteerd (zie NvT, onder meer schema VI, blz. 98-100). Daarbij komt nog dat voor instellingen die regionaal werkzaam zijn, geldt dat zij te maken hebben met vaststelling van begrotingen van verschillende gemeenten op verschillende tijdstippen.

Ook GV-instellingen hebben opmerkingen gemaakt met betrekking tot hun financiering. De GV is grotendeels een begrotingsgefinancierde voorziening. Gedeeltelijk echter wordt zij gefinancierd uit de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) en de Algemene Bijstandswet (ABW). Dit gebeurt in het geval dat geïndiceerde cliënten geen of onvoldoende hulp kan worden geboden door GV-instellingen. Alsnog wordt dan onder bepaalde voorwaarden in hulp voorzien die dan gefinancierd wordt uit de AAW en uiteindelijk uit de ABW. De GV-instellingen wijzen erop dat in het ontwerp-besluit wel de relatie GV-AAW en de consequenties worden genoemd, maar niet die met de ABW.

De GV-instellingen maken bezwaar tegen de tekst van artikel 24 lid 1 van het ontwerp-besluit. Hierin staat onder meer dat de specifieke uitkering wordt besteed ter bestrijding van de kosten van voorzieningen die niet voor vergoeding krachtens enige wet of enige verzekering in aanmerking komen. Echter, zoals hierboven is gebleken, is juist de GV de voorliggende voorziening voor de AAW en ABW. Deze wetten vormen een vangnet voor cliënten die niet of onvoldoende kunnen worden geholpen, maar wel een geïndiceerde vraag hebben.

De werkelijkheid ligt dus andersom. Eerst zal hulp geboden kunnen worden met behulp van middelen uit de specifieke uitkering. Blijken deze onvoldoende te zijn, dan treden achtereenvolgens de AAW en de ABW in werking. De GV-instellingen maken dan ook naar onze mening terecht bezwaar tegen de tekst van bovengenoemd artikel.

Overigens staan de GV-instellingen een centrale financiering en een decentrale planning voor, hoewel zij vinden dat een centrale financiering niet past in het systeem van de specifieke uitkering. Niet duidelijk uit hun reactie wordt, waarom dit niet past. De specifieke uitkering is naar onze mening wel een wijze van centrale financiering. De hoogte van de middelen voor begrotingsgefinancierde voorzieningen wordt op rijksniveau bepaald en slechts door middel van een specifieke uitkering doorgegeven. Deze specifieke uitkering moet door de lagere overheden worden gebruikt voor de door hen aangemelde MD-voorzieningen. Het betreft een doeluitkering, m.a.w. de lagere overheden kunnen er geen andere bestemming aan geven. Van decentrale financiering is slechts sprake voorzover uit eigen middelen (gemeente- c.q. provinciefonds, eigen belastingheffing) voorzieningen worden gefinancierd, zoals gedeeltelijk bij het AMW.

Schuif

De GV-instellingen hebben ook opmerkingen gemaakt met betrekking tot de "schuif". Zij menen dat deze niet gericht dient te worden op de financiële relatie tussen premie- en begrotingsgefinancierde voorzieningen, maar op de zorginhoudelijke relatie tussen de eerste en tweede lijn. In zekere zin gebeurt dit naar onze mening natuurlijk ook als opgemerkt wordt dat de minimum capaciteitsnormen dienen te worden bezien in relatie tot de totaal beschikbare ruimte (regionaal planbudget premiegefinancierd c.q. regionaal budget begrotingsgefinancierd).

Conclusie

Lagere overheden zullen vermoedelijk met het rijk overeenkomsten willen sluiten en aldus de afschotting van de eigen middelen t.b.v. zorgvoorzieningen ten opzichte van de overige eigen middelen laten plaatsvinden teneinde substitutie tussen premie- en begrotingsbekostigde voorzieningen mogelijk te maken. Hoewel het afschotten op vrijwillige basis moet geschieden, is het reëel om te veronderstellen dat dit ook daadwerkelijk gebeurt, gezien hun behoefte om te substitueren. Of de lagere overheden, en met name de gemeenten, ook bereid zijn hun eigen middelen over te hevelen naar de specifieke uitkering lijkt niet aannemelijk, daar zij in dat geval afstand doen van een deel van hun autonomie. Problemen lijken te kunnen ontstaan indien lagere overheden niet van de "schuif" gebruik willen maken en middelen in het verleden gebruikt voor zorgvoorzieningen aan andere doeleinden willen besteden.

De AMW-instellingen wijzen, zoals reeds opgemerkt, op de (on)werkbaarheid van de specifieke uitkering in relatie tot de bestuurlijke besluitvorming over de autonome geldstroom voor het AMW. In het ontwerp-besluit is geen aandacht besteed hoe de aansluiting van de gemeentelijke begrotingscyclus op de cyclus genoemd in het ontwerp-besluit moet worden gerealiseerd. Het lijkt dan ook zinvol met name de middelen die door de gemeente voor het AMW worden uitgetrokken uit de begroting te halen en onder te brengen bij de specifieke uitkering dan wel het AMW volledig te laten financieren door de gemeenten. Overigens is duidelijk dat het AMW voor de laatstgenoemde mogelijkheid niet in zal zijn, aangezien op deze wijze de positie van het particulier initiatief zal verzwakken ten opzichte van de gemeenten.

Over de werking van het instrument van de "schuif" bestaat nog de nodige onduidelijkheid. Welke concrete mogelijkheden zal dit instrument geven om inhoudelijke doelstellingen mee te helpen verwezenlijken? Ook hier, zo menen de onderzoekers, moet de

praktijk uitkomst bieden. De in deze paragraaf genoemde knelpunten zullen echter wel moeten worden opgelost.

2.10 Taakverdeling overheden; samenhang in beleid

De taakverdeling tussen en de afstemming van beleid van de overheden zijn bestuursorganisatorische maatregelen waar de voorbereiding in het IIP-WVG in Kennemerland zich bij de start van het project op richtte. Hierover is in de nota bestuursorganisatorische maatregelen door de provincie gerapporteerd aan de Staatssecretaris (Provinciaal bestuur van Noord-Holland, juli 1984).

De taakverdeling tussen overheden in Kennemerland is in de NvT (blz. 67-69) aangegeven.

Taakverdeling

Alleen de GV-instellingen hebben in hun reactie opmerkingen gemaakt met betrekking tot de taakverdeling. Zij verwachten dat MD-voorzieningen aan het gemeentelijk niveau zullen worden toegedeeld, als ze betrokken worden. Dit sluit volgens hen niet aan bij bestaande samenhangen tussen GV en regionaal werkende tweedelijnsvoorzieningen, welke in Kennemerland zijn toebedeeld aan de provincie. Een samenhangende planning met GV zal hierdoor worden bemoeilijkt.

Het ontwerp-besluit gaat uit van toedeling van MD-voorzieningen aan de samenwerkende gemeenten of de provincie (art. 1, onder c.2^o). De GV-instellingen hebben weinig vertrouwen in samenwerking van gemeenten. De Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR) waarop deze samenwerking is gebaseerd biedt volgens hen onvoldoende waarborgen voor samenwerking. Teveel wordt in het ontwerp-besluit uitgegaan van goede bedoelingen. Zij pleitten dan ook voor een stringentere regeling voor samenwerking tussen

gemeenten en zelfs te overwegen de planningsbevoegdheid ten aanzien van MD-voorzieningen bij de provincie te leggen. Dit zou de mogelijkheid openen ook te experimenteren met samenwerking tussen GV, ziekenhuis, verpleeghuis en bejaardenhuis.

De onderzoekers menen dat als de GV wordt toebedeeld aan de samenwerkende gemeenten de samenwerking tussen de GV en tweede-lijnsvoorzieningen (b.v. ziekenhuis, verpleeghuis) inderdaad kan worden bemoeilijkt. Daar staat tegenover dat als de GV wordt toebedeeld aan de provincie de samenwerking tussen de eerste-lijnsvoorzieningen (b.v. huisarts, wijkverpleegster) kan worden bemoeilijkt. Ook hier moet de praktijk leren welke samenwerking het meest wordt beïnvloed door de taakverdeling tussen overheden.

Samenhang

Met het oog op de samenhang in beleid hebben de lagere overheden afgesproken voorafgaand aan de planontwikkeling een intentieverklaring op te stellen, hetgeen gezien moet worden als een bestuurlijke wilsovereenstemming. Volgens de voorstellen zal deze intentieverklaring naast afspraken over aan te vatten planningswerkzaamheden en de onderlinge afstemming en samenhang tussen de planontwikkeling op (inter)gemeentelijk en provinciaal niveau ook gaan bevatten:

- de verdeling van het marginaal financieel kader;
- voorstellen met betrekking tot de toepassing van de "schuif";
- eventuele afspraken met betrekking tot de regio-specifieke toepassing van richtlijnen.

Deze intentieverklaring zou moeten worden goedgekeurd door de Minister. De plannen van de provincie en gemeenten moeten passen binnen de intentieverklaring (zie ook Schouten, 1986a, blz. 82-84).

In het ontwerp-besluit wordt bepaald dat provincie (Gedeputeerde Staten) en samenwerkende gemeenten afspraken maken met het oog

op samenhang en onderlinge afstemming (art. 8, lid 3). De intentieverklaring wordt echter niet bij naam genoemd. Bovendien is niet opgenomen de regeling dat de Minister de intentieverklaring ter goedkeuring zal worden voorgelegd. Evenmin is geregeld dat zij als toetsingsgrond dient voor de plannen van gemeenten c.q. provincie. De Stuurgroep en ook het ROGK geven in hun reacties aan dat dit alsnog moet gebeuren.

Het ROGK voegt hier nog aan toe dat ook de regionale vertegenwoordiging van de zorgsector volwaardig moet worden betrokken bij het overleg over de inhoud van de intentieverklaring dat plaatsvindt voor de vaststelling door de lagere overheden.

Het lijkt erop dat ofwel het juridisch regelen van de goedkeuring van de intentieverklaring van de lagere overheden door de Minister voor het rijk enige problemen oplevert ofwel het rijk een differentiatie tussen de integrale invoeringsprojecten ten aanzien van dit onderwerp in het ontwerp-besluit niet gewenst acht (of beide!).

Doordecentralisatie

In de NvT wordt opgemerkt dat aan afspraken en regelingen met betrekking tot de samenhang in provinciaal en gemeentelijk beleid minder behoefte bestaat, naarmate de decentralisatie verder is gevorderd. In het ontwerp-besluit zijn bepalingen opgenomen die decentralisatie van planningsbevoegdheden van voorzieningen van het rijk naar provincie en/of van provincie naar (samenwerkende) gemeenten mogelijk maken. Een dergelijke zg. 'doordecentralisatie' behoort tot de mogelijkheden. Het ROGK acht doordecentralisatie niet wenselijk. De afgesproken taakverdeling is het maximale compromis. Het ROGK licht toe dat het liever een gefaseerdere decentralisatie ziet plaats vinden, waarbij de provincie planningsbevoegdheden krijgt. De materiële planning zou met name voor eerstelijnsvoorzieningen in intensief overleg met gemeenten moeten worden uitgevoerd.

Niet duidelijk is waarom de Minister met betrekking tot de planning aanwijzigingen zou moeten geven wanneer het provinciale c.q. boven-regionale voorzieningen betreft (artikel 9 onder a). Ook voor de Stuurgroep is dit een onduidelijk punt. Voorts vraagt zij zich af wat betekent "met het oog op de provinciale taak" c.q. "met het oog op de gemeentelijke taak" (respectievelijk art. 5 en 9). Betekent dit dat bedoelde voorzieningen binnen bepaalde kaders onderdeel gaan vormen van de provinciale respectievelijk gemeentelijke plannen?

Samenwerking gemeenten onderling en met veld

De GV-instellingen leveren kritiek op het feit dat gemeenten niet verplicht zouden zijn tot samenwerking, noch tot het gezamenlijk opstellen van een regionaal plan, zodat instellingen geconfronteerd kunnen worden met meerdere, mogelijk van elkaar afwijkende plannen. Dit is echter een onjuiste constatering. Gemeenten hebben zich verplicht met betrekking tot regionale voorzieningen een eensluidende regionale paragraaf in de plannen op te nemen. Desalniettemin uit het ROGK de waarschuwing dat moet worden voorkomen dat gemeentebesturen los van elkaar (autonom en willekeurig) beleid gaan voeren. Het ROGK tilt met het oog hierop dan ook zwaar aan de goedkeuringsbevoegdheid.

De GV-instellingen leveren ook kritiek op het feit dat overleg met GV-instellingen facultatief is gesteld bij de opstelling van gemeentelijke plannen. Echter, dit is slechts zo in die gevallen waarin meer gemeentelijke plannen in de regio worden opgesteld. De afzonderlijke gemeenten kunnen dan, maar hoeven niet, overleg voeren met de regionale vertegenwoordigers. Zij moeten in die gevallen echter wel overleg voeren over het totaal van de gemeentelijke plannen. De vrijblijvendheid van samenwerking tussen gemeenten waarop de GV-instellingen duiden, valt naar onze mening dan ook wel mee.

De AMW-instellingen wijzen er op dat bij het opstellen van gemeentelijke plannen enerzijds en intergemeentelijke plannen (c.q. paragrafen) anderzijds rekening gehouden moet worden met de werkplannen van hun instellingen. Deze werkplannen kunnen als zodanig een brugfunctie vervullen.

De onderzoekers willen ten aanzien hiervan er op wijzen dat voor de afzonderlijke AMW-instellingen òf gemeentelijke òf intergemeentelijke plannen zullen worden opgesteld afhankelijk van het verzorgingsgebied(en) van betreffende instelling(en). De dreiging die zij ervaren ten aanzien van het uiteenlopen van gemeentelijke en intergemeentelijke plannen lijkt dus ongegrond.

Conclusie

De taakverdeling is momenteel geen discussiepunt, alleen de GV-instellingen maken zich zorgen. Meer zorg echter gaat uit naar de samenhang in beleid. Afspraken met betrekking tot de intentieverklaring ten behoeve van de afstemming van beleid zijn in het ontwerp-besluit niet opgenomen. Dit zou alsnog moeten gebeuren. De intentieverklaring maakt onderdeel uit van de bestuursorganisatorische maatregelen, welke in principe voor de planning moeten worden vastgesteld. Doordecentralisatie wordt gedurende de eerste planperiode door de betrokkenen in de regio afgewezen. Het lijkt ons een goede zaak allereerst op basis van de afgesproken taakverdeling te experimenteren om vervolgens te kijken of de taakverdeling zou moeten worden bijgesteld.

2.11 Advies-, overleg- en goedkeuringsprocedure

Ook de advies-, overleg- en goedkeuringsprocedure is één van de onderwerpen waarover vanaf het begin van het IIP-WVG in Kennemerland overleg is gepleegd. De eerste aanzetten zijn opgenomen in de nota bestuursorganisatorische maatregelen (Provinciaal

bestuur van Noord-Holland, juli 1984). Door wijziging van het planningsconcept, in plaats van blokplannen voortrollende planning, zijn de lagere overheden verplicht geweest hun procedures te wijzigen.

In de NvT (blz. 73-75) is aangegeven dat juist met betrekking tot deze procedures verschillende afspraken zijn gemaakt in de proefregio's. In de afspraken is volgens de NVT een viertal gemeenschappelijke lijnen te ontdekken:

1. Provincies en gemeenten willen op regionaal niveau overleg plegen met de andere betrokken partijen.
2. Het overleg op regionaal niveau vindt plaats met vertegenwoordigers van de in de regio aanwezige instellingen/beroepsbeoefenaren, ziektekostenverzekeraars en gebruikersorganisaties.
3. Voorzover de gemeenten individueel plannen opstellen, hebben zij er behoefte aan over deze plannen allereerst overleg te plegen met het eigen locale veld.
4. De toetsingsgronden (voor plannen) moeten zo beperkt mogelijk blijven en zo duidelijk mogelijk in de wet omschreven worden, ongeacht of gekozen wordt voor een goedkeurings- dan wel geschillenprocedure.

Met de regio Kennemerland is ten aanzien van dit onderwerp een viertal afspraken gemaakt waarvan naar onze mening de belangrijkste is dat het aan de provincie en gemeenten wordt overgelaten de advies- en overlegstructuur in te richten.

Goedkeurings- of bezwaarprocedure

In Kennemerland wenst men voor het overleg op regionaal niveau geen apart orgaan en heeft men de voorkeur voor een goedkeuringsregeling. In het ontwerp-besluit zijn zowel een geschillenregeling (art. 17) als een goedkeuringsregeling (art. 19-20) opgenomen. De Stuurgroep en het ROGK vinden dat conform de af-

spraak in de tekst van het ontwerp-besluit moet worden vermeld dat de goedkeuringsregeling, m.a.w. de artikelen 19 en 20, voor Kennemerland gelden. Overigens merkt het ROGK in zijn reactie daarnaast op dat de MD-voorzieningen die deel uitmaken van het ROGK een bezwaarprocedure voorstaan in navolging van de landelijke koepels, Centrale Raad voor de Gezinszorg en JOINT.

De GV-instellingen zijn van mening dat waar gemeentelijke besluitvorming actueel is, betrokkenen gehoord dienen te worden. Zij wijzen erop dat ten aanzien van een aantal onderwerpen dit niet in het ontwerp-besluit geregeld is, nl.:

- het opgeven van MD-voorzieningen die uit de specifieke uitkeringen zouden moeten worden gefinancierd;
- het opstellen van het gemeentelijk plan;
- het verdelen van het regionale financiële kader;
- het vaststellen van de provinciale en gemeentelijke verordeningen waarin een aantal onderwerpen met betrekking tot de MD-voorzieningen moeten worden geregeld.

Hierover kan het volgende worden opgemerkt. De betrokkenheid van de MD-voorzieningen bij de opgave ten behoeve van de specifieke uitkeringen door lagere overheden zal via verordeningen nader moeten worden geregeld. Dit kan naar onze mening gebeuren in de verordening ex artikel 25 van het ontwerp-besluit of in de verordening waarin de planprocedures worden vastgelegd. Het betrekken van de functionele groeperingen bij het vaststellen (voorbeelden is een beter woord) van het gemeentelijk plan is geregeld in de gemeentelijke planprocedures. De regionale vertegenwoordigingen worden bij de verdeling van het financiële kader wel betrokken. Deze betrokkenheid is geregeld in artikel 8 van het ontwerp-besluit.

Voorts zien de GV-instellingen graag dat tegelijkertijd goedkeurings- en bezwaarschriftenprocedures worden gevolgd. Als onderzoekers zetten wij hier twee kanttekeningen bij. Ten eerste lijkt ons dit in strijd met het principe van deregulering. Dit

zou echter op zich nog niet zo erg zijn als niet de gronden waarop goedkeuring zal worden verleend en de gronden op basis waarvan een bezwaarschriftenprocedure in werking zou kunnen treden niet grote overeenkomsten zou vertonen. Overigens pleiten de GV-instellingen, indien beide procedures niet naast elkaar kunnen worden gevolgd, voor een bezwaarschriftenprocedure. De toetsingscriteria zouden hierin beter tot hun recht komen. De onderzoekers zouden gaarne beargumenteerd zien waarom de toetsingscriteria in een bezwaarschriftenprocedure beter tot hun recht komen, omdat volgens de onderzoekers de toetsingscriteria van beide procedures overeen zullen komen.

Regionale vertegenwoordigingen

In het ontwerp-besluit is de vertegenwoordiging van de in de regio aanwezige functionele groeperingen (veld van gezondheidszorg, ziektekostenverzekeraars en gebruikersorganisaties) geregeld (art. 1, lid 1h). De vertegenwoordigers moeten in eerste instantie door hun eigen achterbannen worden aangewezen. Omdat de vertegenwoordigers rechten en bevoegdheden verkrijgen, is voorzien in een regeling dat zij moeten worden erkend door de samenwerkende gemeenten of door de provincie in overeenstemming met gemeenten (art. 1, lid 1h en art. 34). In de NvT (blz. 74) is vermeld dat conform de huidige praktijk in Kennemerland de provincie de erkenning aan de regionale vertegenwoordigingen zal verstrekken.

De Stuurgroep wijst in haar reactie op het ontwerp-besluit op het feit dat de werkwijze via regionale vertegenwoordigingen in eerste instantie gedragen moet worden door de betrokken, te vertegenwoordigen partijen zelf. Dit komt volgens de Stuurgroep in de tekst van het ontwerp-besluit onvoldoende tot uitdrukking. Voorts wijzen zij op het feit dat de discussie over het al of niet accepteren van regionale vertegenwoordigingen in Kennemerland nog niet is afgesloten. Dit zal eerst moeten gebeuren voor-

dat überhaupt kan worden overlegd over wie de regionale vertegenwoordigingen zal erkennen.

Het ROGK geeft in haar reactie op het ontwerp-besluit aan dat de taken en bevoegdheden nog onvoldoende duidelijk zijn geregeld. Daarnaast wijst het ROGK erop dat voor Kennemerland provincie en gemeenten gezamenlijk regionale vertegenwoordigingen zullen gaan erkennen en wordt de wens uitgesproken dat uit oogpunt van samenhang voor elk van de onderscheiden functionele groeperingen één regionale vertegenwoordiging wordt aangewezen.

Overigens maken de GV-instellingen bezwaar tegen het feit dat gesproken wordt van één vertegenwoordiging voor het totale veld van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Dit zou niet stroken met de nieuwe ontwerp-WGM. Hier zij allereerst opgemerkt dat dit niet een terzake argument is. In het IIP-WVG wordt in eerste instantie gewerkt tegen de achtergrond van de WVG. Daarnaast zien we dat in het ontwerp-besluit niet gesproken wordt van één vertegenwoordiging voor het totale veld. Hierover wordt eerst in de artikelsgewijze toelichting gesproken (NvT, blz. 79): "Het is uitdrukkelijk de bedoeling dat elke sector niet meer dan één vertegenwoordiging kent, die het totaal van de sector bestrijkt". Met sectoren wordt bedoeld (NvT, blz. 79): het veld van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, de gebruikersorganisaties en de ziektekostenverzekeraars (eerder aangeduid als functionele groeperingen).

Conclusie

Zoals het nu lijkt, zal de vertegenwoordiging van met name het veld nog de nodige problemen opleveren. Er zijn signalen dat het veld in Midden-Kennemerland ook bereid is om te participeren in overlegsituaties buiten het ROGK om. Verder is de vraag of ook de bij het IIP-WVG betrokken MD-voorzieningen bereid zijn (en blijven) zich door het ROGK te laten vertegenwoordigen. Zij claimen, weliswaar binnen het verband van het ROGK, een aparte

vertegenwoordiger voor de Stuurgroep. Zij vrezen dat de zelfstandige positie van de MD in gevaar komt. Wij menen er op te moeten wijzen dat in principe elke categorie van zorgverleners zijn zelfstandige positie opgeeft indien deze zich laten vertegenwoordigen door één persoon c.q. organisatie die optreedt namens het totale veld van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Het voorstel van één vertegenwoordiging voor het totale veld van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening moet een stimulans zijn om tot afstemming van standpunten en samenwerking te komen alvorens overleg met andere participanten in de WVG-arena aan te gaan.

Over de participatie van de functionele groeperingen in allerlei overlegsituaties is het laatste woord nog niet gesproken. De discussie over het instituut regionale vertegenwoordigingen moet nog gevoerd worden. Als de lagere overheden beslissen om met regionale vertegenwoordigingen te gaan werken, dient vervolgens te worden besloten wie de erkenning van de regionale vertegenwoordigingen voor zijn rekening zal nemen. Onduidelijk is of aan de bevoegdheid van het verstrekken van de erkenning de verplichting tot financiering zal worden gekoppeld.

In Kennemerland is gekozen voor goedkeuringsprocedures. In de andere IIP-en voor een bezwaarschriftenprocedure. De ervaringen die in de IIP-en worden opgedaan zullen uiteindelijk antwoord moeten geven op de vraag met behulp van welke procedure de doelstellingen van de WVG het beste gediend zijn.

2.12 Verdere procedure

In het overleg van oktober 1985 is afgesproken dat de provincie in overleg met de andere betrokkenen een schema van werkzaamheden zou opstellen en bijhouden. Hierbij zou ook een tijdsplanning worden aangegeven.

In november 1985 stelde de provincie een dergelijk schematisch overzicht van werkzaamheden op. Dit overzicht is gebaseerd op de afsprakenlijst die tot stand kwam naar aanleiding van de gesprekken van de Staatssecretaris van WVC in oktober 1985 met betrokkenen uit de regio Kennemerland.

In dit overzicht is aangegeven welke activiteiten moeten worden verricht, wie de verantwoordelijkheid draagt voor de uitvoering, met wie in overleg moet worden getreden of moet worden samengewerkt en welk tijdspad moet c.q. zal worden aangehouden.

In de toelichting bij dit overzicht wordt opgemerkt dat het overzicht niet zozeer als een werkprogramma moet worden gezien maar meer als een soort checklist van allerlei werkzaamheden die zullen moeten worden verricht alvorens tot planning kan worden overgegaan.

In vervolg op dit schematisch overzicht is een nieuw overzicht van werkzaamheden opgesteld ten behoeve van de WVG-planvoorbereiding in Kennemerland. Deze notitie is op 27 maart 1986 door de Stuurgroep aanvaard. Het veld van gezondheidszorg, i.c. het ROGK, maakte wel de volgende kanttekening: het ROGK wil wel aan de voorbereidingen meewerken, maar indien rechtsgevolgen verbonden zijn aan vaststelling van elementen moet de wettelijke basis aanwezig zijn, m.a.w. moet de Algemene Maatregel van Bestuur van kracht zijn. Ook de ziektekostenverzekeraars lieten dit geluid horen.

Een dergelijk geluid had het ROGK ook reeds in oktober 1985 laten horen. Het stelde als uitgangspunt dat voorbereidende maatregelen konden worden getroffen (bijvoorbeeld inventariseren en opstellen van RFO's), maar dat er nog geen reden was om een plancommissie op te richten of te besluiten over een MFK. Ook toen had het ROGK al aangegeven dat er duidelijkheid moest komen over de te verrichten planningswerkzaamheden. Het nieuwe overzicht van werkzaamheden poogde de onduidelijkheid weg te nemen. Moeilijkheid hierbij was wel dat op het moment dat het overzicht

werd opgesteld het ontwerp-besluit nog niet openbaar was. Hierdoor kon onder meer niet worden aangegeven welke aanpassingen de planprocedures van lagere overheden zouden moeten ondergaan, of er wel tot instelling van adviescommissies zou moeten worden overgegaan en welke functies de regionale vertegenwoordigingen hierin zouden gaan vervullen.

Duidelijk was wel dát er tot aanpassing van de planprocedures moest worden overgegaan, gezien de overstap van blokplanning naar voortrollende planning (i.p.v. één maal in de vier jaar vaststelling van een nieuw plan elk jaar bijstelling van het plan, indien noodzakelijk).

Gemeenten en provincie hadden als uitgangspunt genomen er naar te streven in 1986 met de planvoorbereiding in materiële zin te beginnen. De achterliggende bedoeling hierbij was dat op het moment dat de AMvB van kracht zou worden de formele planvaststelling eigenlijk onmiddellijk daarna zou kunnen plaatsvinden.

In het overzicht van werkzaamheden wordt in concreto een aantal activiteiten aangegeven die in 1986 zullen worden verricht:

1. inventarisaties (t.b.v. het RFO en de eerste plannen);
2. opstellen van een intentieverklaring;
3. voorbereiding en vaststelling MFK;
4. voorbereiding en vaststelling nota's van uitgangspunten voor de plannen;
5. opstellen ontwerp-plannen;
6. voorbereiding van en besluitvorming over de informatievoorziening;
7. ontwerpen en uitvoeren van een voorlichtingsprogramma;
8. voorbereiding van de overdracht van het erkenningenbeleid.

Gezien de aard van de genoemde werkzaamheden en de stellingname van het veld van gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeraars met betrekking tot de aard van betrokkenheid bij de voorbereiding van de werkzaamheden, lijkt het ons dat zeer weinig van deze werkzaamheden voor 1987 zullen zijn afgerond. De voorberei-

ding van de werkzaamheden zal plaats moeten vinden volgens procedures die eerst nog wettelijk moeten worden vastgesteld.

Aangezien de informatievoorziening geen onderdeel uitmaakt van het ontwerp-besluit en wel activiteiten ten behoeve hiervan worden verricht, zal ook hieraan een aparte paragraaf worden gewijd (par. 2.14).

In het schematische overzicht van werkzaamheden en ook in het hierop gebaseerde nieuwe overzicht worden tijdspaden aangegeven waarvan men zich op z'n minst kan afvragen of deze realistisch zijn. Zoals bovenstaand reeds opgemerkt, bestaat er bij het veld van gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeraars in de regio enige reserve voor wat betreft hun medewerking aan activiteiten in het kader van de planvoorbereiding, zolang de AMvB (i.e. besluit integrale invoeringsprojecten WVG) nog niet van kracht is en de hierop gebaseerde planprocedures van lagere overheden niet zijn vastgesteld. In deze procedures moet hun participatie formeel worden geregeld. Bovendien kan niet met zekerheid worden bepaald of het tijdspad dat voor de AMvB wordt aangehouden haalbaar is. Uit reacties tijdens vergaderingen kan worden opgemaakt dat sommigen er aan twijfelen dat vaststelling van deze AMvB eind 1986/begin 1987 plaatsvindt.

2.13 Financiële gevolgen AMvB

Vanaf het begin van het IIP-WVG hebben gemeenten en provincie een z.g. plankostenvergoeding gekregen (beter zou zijn te spreken van projectkostenvergoeding; aan daadwerkelijke planning is men immers nog niet toegekomen). Deze vergoeding loopt door tot het einde van het project. Vanaf 1989 zal deze vergoeding overigens deel uit gaan maken van de algemene uitkering die provincies en gemeenten uit het Provinciefonds dan wel het Gemeente-

fonds ontvangen. Door de Stichting Management is een pilotstudie verricht naar de plankostenvergoeding. Het feit dat de lagere overheden nog niet aan planning zijn toegekomen maakt het naar onze mening overigens wel moeilijk de hoogte van de vergoeding te bepalen voor het moment dat er daadwerkelijk wordt gepland.

2.14 Informatievoorziening

Nadat op verzoek van het Ministerie van WVC de activiteiten van de projectgroep informatievoorziening, ruim anderhalf jaar waren opgeschort, begon op 17 september 1985 opnieuw overleg over de invulling van deze bestuursorganisatorische maatregel (zie ook Schouten, 1986a, blz. 53-57). Een eerste discussie in de Stuurgroep (25 september 1985) leverde op dat binnen de projectgroep naar een invulling van deze maatregel moest worden gezocht in plaats van dit te laten doen door een externe organisatie (de projectgroep deed in eerste instantie het voorstel de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG) onderzoek te laten doen naar de mogelijkheden voor het opzetten van een regionaal informatiepunt).

De projectgroep kwam op 13 november 1985 voor de tweede keer bijeen. Op tafel lag een notitie van de provincie, "Informatievoorziening/alternatieven voor het regionaal informatiepunt". Hierin was, ter vergroting van de haalbaarheid van de voorstellen, nagestreefd aan te sluiten bij de in juni 1985 verschenen nota van het Ministerie van WVC: "Uitvoeringsorganisatie voor de wettelijke gegevensstromen in de gezondheidszorg" (de z.g. "blauwe nota"). Bij de bespreking van de notitie van de provincie werd onder meer van de zijde van het veld van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeraars opgemerkt dat het wenselijk zou zijn wat meer afstand te houden van de blauwe nota, onder meer vanwege het feit dat op rijksniveau de gedachten over een regio-

naal informatiesysteem nog onvoldoende zouden zijn uitgekristalliseerd. Het zou in hun ogen dan ook beter zijn de opzet van het regionaal informatiesysteem niet op voorhand te koppelen aan de opzet van het in de blauwe nota voorgestelde groeimodel (blz. 44). De aanwezige leden waren het er, zo leek het, over eens dat het opzetten van een regionaal informatiepunt zou moeten starten vanuit de regionale behoefte aan gegevens. Aangezien de toekomstige informatiebehoefte zich niet liet voorspellen, zou niet moeten worden begonnen met een uitputtende analyse van de gegevensbehoefte. De discussie zou zich dan ook in eerste instantie niet moeten richten op de gegevensbehoefte maar op de gewenste structuur. Aldus geschiedde. In de vergaderingen van de projectgroep op 19 december 1985 en 26 februari 1986 werden notities besproken waarin de bestuurs- en beheersstructuur centraal stonden. Als belangrijke onderdelen werden genoemd:

- regionaal informatiepunt;
- bestuurscommissie;
- beheersorgaan;
- commissie van toezicht.

Als uitgangspunt voor de concrete invulling van de bestuurs- en beheersstructuur werd gekozen voor een zo beperkt mogelijke samenstelling van de verschillende organen, dit ter vergroting van de slagvaardigheid.

De discussie over de opzet van de regionale informatievoorziening is nog steeds gaande. Uit het feit dat de rijksoverheid deze bestuursorganisatorische maatregel eerst zelf wilde invullen, zou kunnen worden geconcludeerd dat deze er niets voor voelde (c.q. voelt) dat hiermee wordt geëxperimenteerd. De voorwaarde die de rijksoverheid stelde aan hernieuwd overleg in de regio over deze materie, nl. aansluiten bij haar blauwe nota, wijst ook in die richting.

Ten aanzien van de voorbereiding van de (regionale) informatievoorziening staat men voor een dilemma. Enerzijds heeft de rijksoverheid gegevens nodig om de bestuurs- en beheersorganisatie en informatiebehoefte formeel, op een adequate wijze, te regelen. Een mogelijkheid om duidelijkheid te verkrijgen over de informatieverwerving en -behoefte is door hiermee in de integrale invoeringsgebieden te experimenteren. Anderzijds zullen regionale organen, en daarbij kan in de eerste plaats aan de plannende overheden worden gedacht, behoefte hebben aan wettelijke regelingen om tot verwerving van de door hen gewenste en noodzakelijk voor de planning geachte informatie over te kunnen gaan.

In het kader van het verwerven van gegevens voor het opstellen van regionale financiële overzichten is reeds duidelijk geworden dat met name de gegevens die niet hoeven te worden verstrekt, moeilijk of niet kunnen worden verkregen. Een en ander hangt dus af van de mate waarin de gegevensverstrekkers, en hier wordt met name gedacht aan het veld van gezondheidszorg (hoewel natuurlijk ook de ziektekostenverzekeraars en ook de lagere overheden als zodanig kunnen worden gezien) bereid zijn vrijwillig gegevens af te staan.

Het lijkt aanbevelenswaardig dat bij de beleidsvoorbereiding van de informatievoorziening in Kennemerland gebruik gemaakt wordt van de resultaten van het RIVOG-project (Regionaal Informatievoorzieningssysteem Gezondheidszorg). In dit project, dat van start ging in 1980 en is beëindigd in december 1985, is het z.g. RIVOG-model ontwikkeld. Dit model is opgezet "ter structurering van de beleidsinformatievoorziening in een willekeurige organisatie, ongeacht of deze een (zorgverlenende) instelling, een (overheids)instantie of een groep van voor hun functioneren van elkaar afhankelijke organisaties betreft" (Stuurgroep RIVOG, december 1985, blz. 32).

In het eindverslag aan het RIVOG-project wordt opgemerkt dat de wijze waarop de organisatie- en beheersstructuur eruit zal zien mede bepaald worden door de (politieke) opvattingen van de overheden, het veld en de ziektekostenverzekeraars. Zij wijzen erop dat al deze partijen bij de definiëring van de structuur betrokken dienen te worden. In het IIP-WVG Limburg zijn discussiestukken ingebracht van het RIVOG-project en heeft beraadslaging plaatsgevonden over de meest wenselijke organisatie en het beheer van de informatievoorziening. Conclusies zijn samengevat en als advies aan de Staatssecretaris van WVC gezonden (Werkgroep Informatievoorziening Limburg, mei 1984).

In het eindverslag wordt verwezen naar een aantal deelrapporten over specifieke onderwerpen. Het is aan te raden deze deelrapporten bij de vormgeving van de regionale informatievoorziening te raadplegen, teneinde de opgedane ervaringen te gebruiken. Er moet voor worden gewaakt dat de discussie over de informatievoorziening in een impasse geraakt. Continue informatieverstrekking is noodzakelijk voor een flexibele, voortrollende planning. De structurele setting zal zodanig moeten zijn geregeld dat de flexibiliteit niet wordt ondergraven, m.a.w. gewaakt moet worden voor het optrekken van een nieuw bureaucratisch gebouw.

3. NABESCHOUWING

Ruim 3 jaar bestaat nu het integrale invoeringsproject WVG in Kennemerland. Door nauwe samenwerking en onderling overleg trachten de betrokken overheden en functionele groeperingen tot een nadere invulling van de WVG te komen.

In het eerste jaar (juni 1983 - juni 1984) stond het formuleren van bestuursorganisatorische maatregelen, zoals aangegeven in de nota Bouwstenen, centraal. De voorstellen voor deze maatregelen werden door de provincie aangeboden aan de Staatssecretaris in juli 1984. In het tweede jaar (juli 1984 - juni 1985) zaten betrokkenen in de regio, naast het vormgeven van andere maatregelen, te wachten op de wijze waarop het rijk de voorstellen zou formaliseren en bepaalde onduidelijkheden zou wegnemen (onder meer ten aanzien van de relatie planning-financiering en de financiële kaderstelling). Dit proces stond onder zware druk van onder meer ontwikkelingen als het doorvoeren van het dereguleringsprincipe en het voorbereiden van een ontwerp-WGM.

De eerste helft van het derde jaar (juli 1985 - december 1985) werd bijna volledig besteed aan het overleg ten behoeve van de totstandkoming van het ontwerp-besluit, de tweede helft (januari 1986-juni 1986) aan het bekritisieren van de versie van het ontwerp-besluit waarop formeel kon worden gereageerd. In het voorgaande hoofdstuk is uitgebreid aandacht besteed aan de inhoud van het ontwerp-besluit en de reacties uit de regio Kennemerland. De onderzoekers hebben naar aanleiding hiervan diverse opmerkingen gemaakt. We hebben gezien dat WVC het niet nodig heeft geacht voor de drie IIP-en afzonderlijke besluiten op te stellen, ondanks het feit dat de afspraken over bepaalde maatregelen, waarvan de verantwoordelijkheid voor de voorbereiding primair in de regio's lag, onderling verschillen. Het verwondert ons dan ook niet dat de Stuurgroep meent dat niet volledig recht is gedaan aan het regio-specifieke element van de integrale

invoering. Van de zijde van het rijk gezien natuurlijk een begrijpelijke zaak. Zij streeft toch naar een zekere mate van uniformiteit.

In het algemeen, uitgezonderd de vertegenwoordigers van MD-voorzieningen die in het IIP-WVG meepraten, hebben betrokkenen moeite gehad met de aanbieding van de Staatssecretaris van een ontwerp-WGM aan de Tweede Kamer. Wij menen dat dit geen goede zet is geweest van de Staatssecretaris. Het integrale invoeringsproces loopt op z'n zachtst gezegd niet bepaald op rolletjes. Acties die het proces negatief kunnen beïnvloeden, zoals b.v. het indienen van de ontwerp-WGM, zouden dan ook moeten worden voorkomen. In dit kader valt het ook toe te juichen dat in het nieuwe regeerakkoord de intrekking van de ontwerp-WGM is opgenomen. Experimenteren heeft geen zin als van tevoren reeds vaststaat wat de uitkomst zou moeten zijn.

In het ontwerp-besluit met zijn toelichting wordt een aantal nieuwe instrumenten geïntroduceerd, zoals: het regionale financiële overzicht (RFO), het marginale financiële kader (MFK), de prijsopgave en de "schuif". Of deze instrumenten ook daadwerkelijk op de gewenste wijze kunnen functioneren zal op experimentele wijze moeten worden uitgezocht. Praktisch gebruik zal tot antwoorden moeten leiden. Dat een en ander vlekkeloos zal verlopen, lijkt niet waarschijnlijk. Maar dat geeft ook niet. We bevinden ons in een experimenteerfase. Aan het eind van deze fase zullen echter de onduidelijkheden moeten zijn weggenomen. Overigens blijft grote inhoudelijke onduidelijkheid bestaan zolang de kwaliteitseisen en richtlijnen niet bekend zijn. Dit betreft zowel de rechten van verzekerden als de beleidsruimte van instellingen en de regionale beleidsmarge. Teneinde zoveel mogelijk uniformiteit te bereiken lijkt het ons noodzakelijk dat de kwaliteitseisen en richtlijnen gaan gelden voor alle, zowel premie-gefinancierde als begrotingsgefinancierde, voorzieningen. Ook vanuit het oogpunt van rechtsgelijkheid zouden de inhoud-

lijke en financiële kaders voor alle voorzieningen dienen te gelden.

Het lijkt er overigens op dat slechts enkele, veelal begrotings-gefinancierde, MD-voorzieningen op een effectieve wijze bij het IIP-WVG kunnen worden betrokken, d.w.z. dat hetzelfde regime (inhoudelijke en financiële kaders) zal gelden. Met het oog op de verbrokkeling die kan ontstaan door het gelden van verschillende regelingen voor verschillende voorzieningen, is het op z'n minst een zaak gedetailleerde afspraken te maken. Aldus zou rechtsongelijkheid tussen gezondheidszorg- en MD-voorzieningen tenminste in materiële zin kunnen worden tegengegaan.

Over de gebiedsindeling en de taakverdeling is met name in het eerste jaar van IIP-WVG Kennemerland gediscussieerd. Wij achten het niet gewenst, middels doordecentralisatie, gedurende de eerste planperiode verandering aan te brengen in de taakverdeling. De ervaringen die in de eerste planperioden met de nu voorgestelde taakverdeling worden opgedaan, zullen hiertoe aanleiding moeten geven.

Alvorens tot planning wordt overgegaan, is het noodzakelijk dat wettelijk is vastgelegd hoe de samenwerking tussen provincie en gemeenten is geregeld teneinde samenhang in beleid te bewerkstelligen (b.v. de intentieverklaring).

Ten behoeve van de samenhang in beleid kunnen de regionale vertegenwoordigingen van functionele groeperingen een belangrijke rol spelen. De plaats van regionale vertegenwoordigingen in de WVG-planning is in Kennemerland nog in discussie. Ten behoeve van de voortgang van het proces zullen binnenkort knopen moeten worden doorgenhakt. Wie zal de regionale vertegenwoordigingen erkennen? Wie worden erkend als regionale vertegenwoordigingen? Wie neemt de financiering van de regionale vertegenwoordigingen voor zijn of haar rekening?

In Kennemerland is in het kader van de planning gekozen voor een goedkeuringsprocedure in plaats van een bezwaarschriften (ge-

schillen) procedure. Ook ten aanzien hiervan geldt dat ervaringen moeten worden opgedaan teneinde antwoord te kunnen geven op de vraag met welke procedure de WVG-doelstellingen het beste gediend zijn.

Tenslotte wijzen we ook in deze rapportage op het belang c.q. noodzaak dat er duidelijkheid komt over de vormgeving van de informatievoorziening. Het ontbreken van een dergelijke voorziening zal naar onze mening problemen opleveren voor de aanvoer van gegevens die jaarlijks noodzakelijk zullen zijn ten behoeve van b.v. de regionale financiële overzichten.

Hoe ziet de toekomst van het integrale invoeringsproces er nu uit?

Op korte termijn zal zeker het effect van het overleg met de Staatssecretaris op 10 april j.l. zich manifesteren. Tijdens dit overleg stelde de Staatssecretaris onder meer dat:

- in de eerste planperiode in de intramurale sector weinig beleidsruimte zal zijn;
- middelen die vrijkomen via het afbouwen van voorzieningen boven de maximum-normen naar het rijk terug dienen te vloeien.

Dit betekent dus dat substitutie, zowel binnen het premiecircuit als tussen premie- en begrotingscircuit, tijdens de eerste planperiode vermoedelijk niet mogelijk zal zijn.

Naar aanleiding van het overleg is, zoals in par. 2.1 reeds is vermeld, door de provincie een voortgangsnotitie geschreven, waarin een aantal werkzaamheden wordt opgesomd waarop de aandacht zich in de toekomst primair zal richten. De lagere overheden willen zoals gezegd niet wachten op het noodzakelijke wettelijke kader alvorens tot andere werkzaamheden over te gaan. De ziektekostenverzekeraars en het veld van gezondheidszorg, i.c. het ROGK, voelen hier weinig voor. Zij hebben weerstand om

mee te werken aan werkzaamheden die beleidsinhoudelijke consequenties kunnen hebben.

Bezien we de werkzaamheden die in de voortgangsnotitie zijn aangegeven, dan blijkt dat zeker drie van de vijf genoemde werkzaamheden (opstellen intentieverklaring, verdere inventarisaties, ontwikkelen van een voorstel voor een concreet financieel kader, onderzoek van 'kleinschalige' zorg- en innovatieprojecten, ontwikkeling informatievoorziening) beleidsinhoudelijke consequenties zullen hebben. Voor het uitvoeren van deze werkzaamheden dienen in principe ook procedures te zijn vastgesteld waarin de formele betrokkenheid van de functionele groeperingen is geregeld. De onzekerheden waarmee deze groeperingen nu geconfronteerd worden, kunnen onder andere middels deze procedures worden gereduceerd. Vandaar ook hun terughoudendheid in het deelnemen aan werkzaamheden die beleidsinhoudelijk consequenties kunnen hebben en waarvoor de procedures nog niet zijn vastgesteld.

De onderzoekers verwachten dat de lagere overheden bij de voorbereiding van bepaalde werkzaamheden binnenkort op weerstand van de functionele groeperingen zullen stuiten, met name de ziektekostenverzekeraars en het veld van gezondheidszorg. Hierdoor zullen zij gedwongen worden een pas op de plaats te maken, totdat het wettelijk kader (inclusief richtlijnen en kwaliteitseisen) is vastgesteld. Echter, daarvoor reeds kunnen de lagere overheden gezien de beslissingen genomen op rijksniveau tot de conclusie komen dat voor het maken van eigen gezondheidszorgbeleid op gemeentelijk c.q. regionaal niveau weinig mogelijkheden bestaan. Het enige dat dan nog het project in stand kan houden zijn de mogelijkheden die de plankostenvergoedingen bieden om de bestaande gezondheidszorgsituatie(s) in kaart te brengen middels onderzoeken en inventarisaties. De functionele groeperingen zullen hieraan vermoedelijk meewerken voorzover zij het noodzakelijk zullen achten om de vinger aan de pols te houden.

Tenslotte moeten ook de activiteiten met betrekking tot het ontwikkelen van alternatieven voor de WVG niet uit het oog verloren worden. Zij kunnen een belangrijke beïnvloedende factor zijn op het integrale invoeringsproces. Een opmerking in de NvT (blz. 22) zoals onderstaand, zal dat niet kunnen voorkomen: "De invoeringsprojecten dienen ertoe uit te vinden hoe de WVG moet worden ingevoerd en niet of de WVG moet worden ingevoerd".

LITERATUUR

- BALEN, L.B.M. VAN. Wat willen gemeenten met gezondheidszorg? In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 63 (1985) nr. 25, blz. 1056-1058.
- EYDEN, A.P.J. VAN DER. Beoogde invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in strijd met bestaande wetgeving. In: Medisch Contact nr. 26, 27 juni 1986, blz. 817-818.
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1985, Staatsuitgeverij, 's Gravenhage, 1985.
- GODFROIJ, A.J.A. Zielenmassage en ontwijking of doeltreffendheid en samenhang. In: Acta Politica, 1986/2, blz. 149-168.
- GROENEWEGEN, P.P. en L. HINGSTMAN. Een wettelijk geregeld vestigingsbeleid en vestigingsmogelijkheden voor huisartsen. In: Medisch Contact nr. 15, 11 april 1986, blz. 469-473.
- HUURMAN, J.G.J. Verslag paneldiscussie 'Gezondheidszorg op lokaal niveau'. In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 63 (1985) nr. 25, blz. 1067-1070.
- KOCH, W.A. en J.P. MACKENBACH. Verdeelsleutels ter vaststelling van regionale financiële plafonds in de gezondheidszorg, NIPG-TNO, Leiden, april 1984.
- PROVINCIAAL BESTUUR VAN NOORD-HOLLAND. Integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de gezondheidsregio Midden- en Zuid-Kennemerland; bestuursorganisatorische maatregelen: advies aan Gedeputeerde Staten van Noord-Holland van de Stuurgroep Integraal Invoeringsproject WVG Kennemerland, Haarlem, juli 1984.
- RHEENEN, J. VAN. WVG: Oorlof mijn arme schapen. In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 63 (1985) nr. 25, blz. 1065-1067.
- RIJKSUNIVERSITEIT LIMBURG, NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO, KATHOLIEKE HOGESCHOOL TILBURG/IVA. Evaluatie integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg; ontwerp van onderzoek, NIPG-TNO, Leiden, maart 1984

SCHOUTEN, C.C. en W.A. KOCH. Evaluatie integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in Kennemerland; deel 1: bestuursorganisatorische maatregelen; verslag over de periode juni 1983-augustus 1984, NIPG-TNO, Leiden, december 1984.

SCHOUTEN, C.C. Reactie van het NIPG naar aanleiding van de commentaren op het rapport evaluatie integrale invoering WVG in Kennemerland, NIPG-TNO, Leiden, mei 1985a (interne publicatie).

SCHOUTEN, C.C. Evaluatie integrale invoering WVG in Kennemerland. In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 63 (1985b) nr. 15, blz. 673-674.

SCHOUTEN, C.C. Evaluatie integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in Kennemerland; deel 2: periode september 1984-oktober 1985, NIPG-TNO, Leiden, februari 1986a.

SCHOUTEN, C.C. Integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in Kennemerland. In: Beleid en Maatschappij 1986b/2, blz. 72-83.

SCHOUTEN, C.C. Evaluatie integrale invoering WVG in Kennemerland. In: Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 64 (1986c) nr. 13, blz. 436-438.

BIJLAGE

Bijlage 1. Aandachtspunten evaluatie-onderzoek

1. Inleiding

In de NvT bij het ontwerp-besluit zijn ook enkele opmerkingen gemaakt met betrekking tot het evaluatie-onderzoek. De bedoeling van het ministerie van WVC is "de evaluatie meer te richten op het gebruik en het effect van de verschillende bestuursinstrumenten" (blz. 22). De evaluatie dient antwoord te geven op de vraag of het gekozen systeem:

- a) voldoet c.q. bijstelling behoeft;
- b) in heel Nederland kan worden gehanteerd bij invoering van de WVG.

De nieuwe vraagstellingen hebben consequenties voor de onderzoeksofzet. Het ligt in de bedoeling dat de onderzoekers jaarlijks rapporteren over een van te voren vastgestelde lijst met aandachts-, vraag- en knelpunten. Deze lijst zal jaarlijks worden opgesteld, gewijzigd en aangepast door het ministerie van WVC in overleg met de klankbordgroepen en de onderzoeksinstituten. De klankbordgroepen zullen een bestuurlijke status moeten krijgen. Dit betekent voor Kennemerland dat de Stuurgroep IIP-WVG als zodanig zou kunnen functioneren.

Overigens is de evaluatie van het IIP-WVG een agendapunt op de eerstvolgende vergadering van de Stuurgroep. Deze is gepland op 24 september 1986.

2. Totstandkoming lijst van aandachtspunten

Het ministerie van WVC verzocht de onderzoeksinstituten een lijst met aandachts-, vraag- en knelpunten op te stellen ten behoeve van de derde evaluatie-rapportage. De onderzoekers van het NIPG-TNO stelden een concept-lijst op met punten die in de periode november 1985-juni 1986 in de regio Kennemerland onderwerp van gesprek waren of zouden zijn. Deze concept-lijst werd op 26 maart 1986 besproken met de ambtelijke werkgroep IIP-WVG die enige wijzigingen voorstelde. Deze werden door de onderzoekers overgenomen.

In overleg met het ministerie van WVC stelden de onderzoekers van het NIPG en de Rijksuniversiteit Limburg vervolgens een nieuwe lijst op, waarbij ook de inhoudsopgave van de Nota van Toelichting bij het ontwerp-besluit werd geraadpleegd.

Aangezien het overleg over de nieuwe opzet van het onderzoek de nodige voorbereidingen vergde, werd in het overleg tussen de onderzoekers en het ministerie van WVC besloten de nieuwe opzet nog niet van toepassing te laten zijn op de derde rapportage, maar eerst op de vierde rapportage (periode juli 1986 - juni

1987). Dit betekende ook dat de lijst van aandachts-, vraag- en knelpunten niet volledig was.

3. Inhoud lijst van aandachtspunten

Na het overleg in de ambtelijke werkgroep IIP-WVG is een nieuwe lijst van aandachts-, vraag- en knelpunten voor Kennemerland samengesteld. Hierbij werden ten aanzien van onderstaande onderwerpen de volgende vragen gesteld:

- Hebben zich knelpunten voorgedaan bij de totstandkoming c.q. in werking treding?
- Zo ja, welke?
- Zijn zij opgelost?
 - . Zo ja, hoe?
 - . Zo nee, waarom niet? Welke oplossingen zijn mogelijk?

De onderwerpen zijn:

- Algemene Maatregel van Bestuur ex artikel 41 WVG.
- Algemene Maatregel van Bestuur vestigingsbeleid huisartsen.
- Regionaal Financieel Overzicht (RFO).
- Intentieverklaring
- Planprocedures
- Activiteitenschema Kennemerland 1986.

Overigens kan worden opgemerkt dat een dergelijke lijst ook is gestuurd naar de regio Eindhoven/Kempenland.

Sedert april 1985 vindt er in de regio Eindhoven/Kempenland geen evaluatie-onderzoek meer plaats. In het kader van het overleg tussen WVC en de onderzoeksinstituten over de voortzetting van het evaluatie-onderzoek is dit onderwerp ook aan de orde geweest. Afgesproken is dat vanaf juli 1986 het evaluatie-onderzoek in de regio Eindhoven/Kempenland weer wordt opgepakt en zal worden verricht door onderzoekers van het NIPG-TNO.

Zoals onder punt 2 is opgemerkt, is in overleg met WVC door de betrokken onderzoeksinstituten een nieuwe lijst van aandachtspunten opgesteld. Deze lijst ziet er als volgt uit:

1. Verantwoordelijkheidsverdeling
2. Regionale financiële overzichten
3. Regionale financiële beleidsmarge
4. Marginale financiële kaders
5. Voortrollende planning
6. Bouwbeleid
7. Vestigingsbeleid
8. Prijsopgave
9. Reikwijdte planning en vestigingsbeleid
10. Richtlijnen en kwaliteitseisen

11. Gebiedsindeling
12. Informatievoorziening
13. Taakverdeling overheden
14. Samenwerking lagere overheden
 - samenwerking gemeenten
 - samenwerking provincie/gemeenten
15. Regionale vertegenwoordigingen
16. Regionaal overleg
17. Planprocedures
18. Toezicht
19. Voortgang
20. Differentiatie projecten
21. Reële beleidsmogelijkheden

De lijst zal ter goedkeuring worden voorgelegd aan de klankbordgroepen. Ook verdere wijzigingen in de onderzoeksopzet die door de onderzoekers worden voorgesteld, zullen met de klankbordgroepen worden besproken.

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO