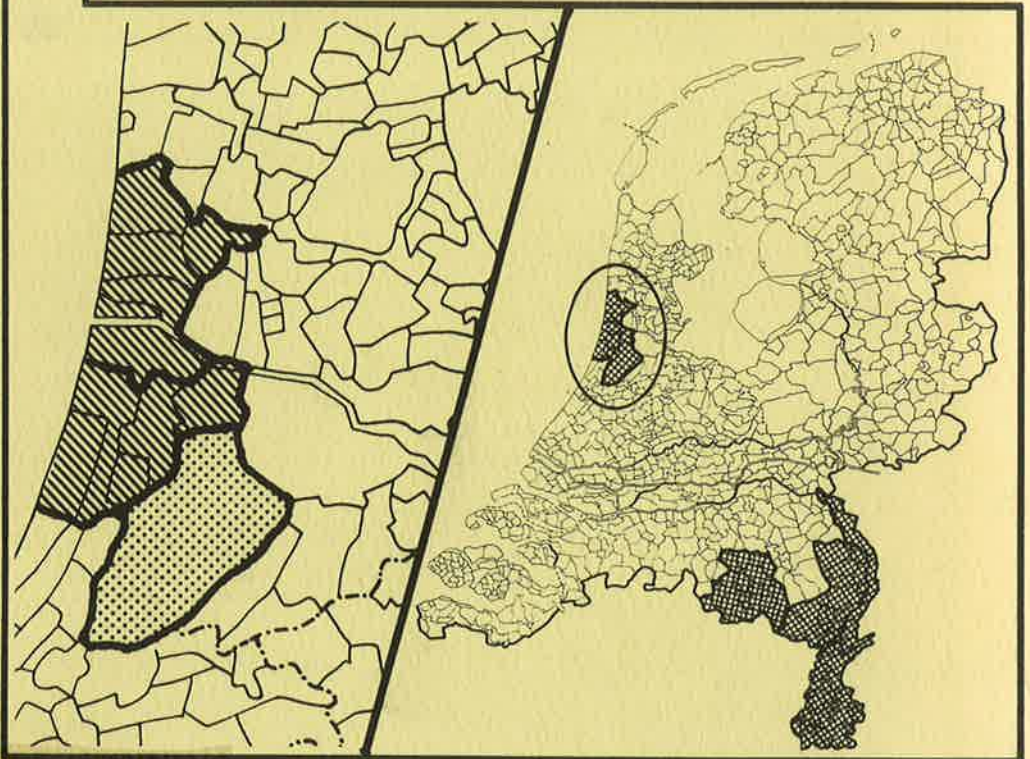


INTEGRALE INVOERING WVG IN KENNEMERLAND

evaluatie van voortgang en beleidsinstrumenten

periode juli 1986 - juni 1987

M.I.M.Schuurman/A.B.Wessels



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-TNO

Leiden

SO
S 52 (3)

(492)

50
552(3)

INTEGRALE INVOERING WVG IN KENNEMERLAND

evaluatie van voortgang en beleidsinstrumenten

periode juli 1986 - juni 1987

(deel 4)

IBESTAMBOEK NUMMER:

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

2606/000

M.I.M.Schuurman
A.B.Wessels

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TNO

september 1987

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC Leiden

Telefoon: 071-178888

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 26,25 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 87023.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Schuurman, M.I.M.

Integrale invoering WVG in Kennemerland: evaluatie van voortgang en beleidsinstrumenten : periode juli 1986-juni 1987 / M.I.M. Schuurman, A.B. Wessels. - Leiden : Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO. - Krt.

Met lit.opg.

ISBN 90-6743-111-7

SISO: 601 UDC 34:614(492.624)

Trefw.: gezondheidszorg ; Kennemerland.

© 1987 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 87023

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke wijze ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIPG-TNO.

INHOUD

	blz.
VOORWOORD	I
1. INLEIDING	1
2. HET EVALUATIEONDERZOEK	5
3. LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN OMTRENT DE INVOERING VAN DE WVG	9
3.1 Inleiding	9
3.2 Landelijke ontwikkelingen	9
3.3 Evaluatie landelijke ontwikkelingen	20
3.4 Conclusies en aanbevelingen	25
4. VOORTGANG INTEGRALE INVOERINGSPROJECT WVG IN KENNE- MERLAND	29
4.1 Inleiding	29
4.2 Het Integrale Invoeringsproject Kennemerland	29
4.3 Het beleidsnetwerk	32
4.4 Conclusies en aanbevelingen	36
5. HET REGIONAAL FINANCIËEL OVERZICHT	37
5.1 Inleiding	37
5.2 Het RFO algemeen	37
5.3 Het RFO in Kennemerland	42
5.4 Evaluatie beleidsinstrument RFO	48
5.5 Conclusies en aanbevelingen	58
6. HET VESTIGINGSBELEID HUISARTSEN	61
6.1 Inleiding	61
6.2 De vestigingsregeling huisartsen	62
6.3 Het vestigingsbeleid huisartsen in Kennemerland .	65
6.4 Evaluatie beleidsinstrument vestigingsbeleid huisartsen	68
6.5 Conclusies en aanbevelingen	82

7.	WVG-ONDERZOEK IN KENNEMERLAND	86
7.1	Inleiding	86
7.2	Overzicht van verricht onderzoek	86
7.3	Nadere beschouwing van het onderzoek	92
7.4	Conclusies en aanbevelingen	97
8.	NABESCHOUWING	100
	LITERATUURLIJST	107
	LIJST VAN AFKORTINGEN	111

VOORWOORD

Sinds 1983 evalueert het NIPG-TNO in opdracht van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de Integrale Invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) in Kennemerland. Door middel van dit evaluatie-onderzoek wordt inzicht verkregen in het beleidsproces dat zich in deze regio voordoet en in de werking van de door de WVG geboden instrumenten. Daarnaast wordt gepoogd de factoren, zowel binnen als buiten de regio, die op dit proces en deze instrumenten van invloed zijn, te onderkennen en bloot te leggen.

In dit vierde rapport wordt verslag gedaan van de periode juli 1986 - juni 1987. Ook in deze periode werden de onderzoekers optimaal in de gelegenheid gesteld om, door middel van het bezoeken van vergaderingen, het verkrijgen van inzage in documenten en het houden van interviews of enquêtes, de benodigde informatie te verzamelen. De bereidheid tot medewerking bij betrokkenen in de regio was groot.

Behalve door beide auteurs werd bij de samenstelling van het rapport een bijdrage geleverd door mevr. A. Visser, projectmedewerker. De conceptversie van het rapport werd becommentarieerd door de Ambtelijke Werkgroep van het Integrale Invoeringsproject.

Verwacht mag worden dat dit rapport de beleidsvoerders tot steun zal zijn in het nemen van besluiten over de verdere voortgang van het Integrale Invoeringsproject WVG in Kennemerland.

Dr. A. Dijkstra,
onderdirecteur NIPG-TNO

1. INLEIDING

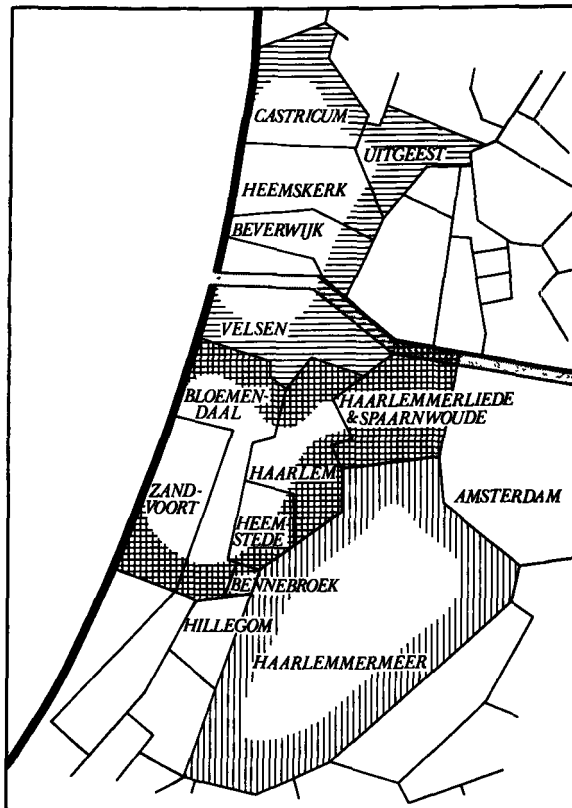
In 1982 werd de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) door het parlement aangenomen. Ter voorbereiding van een landelijke integrale invoering van deze wet zijn in 1983 in drie proefgebieden Integrale Invoeringsprojecten WVG van start gegaan. Het doel van deze projecten is om op beperkte schaal ervaringen op te doen die gebruikt kunnen worden bij zowel de invoering van de wet in deze drie gebieden als de uiteindelijke integrale invoering in geheel Nederland. De proefgebieden zijn de regio's Kennemerland en Eindhoven/Kempenland en de provincie Limburg.

Om de ervaringen in de drie proefgebieden zoveel mogelijk te benutten wordt de integrale invoering in deze gebieden geëvalueerd. De evaluatie-onderzoeken worden uitgevoerd door de vakgroep Beleidswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg, welke de evaluatie in Limburg voor haar rekening neemt, en het NIPG, welke de evaluaties in Kennemerland en Eindhoven/Kempenland verzorgt.

In dit rapport wordt de invoering van de WVG in Kennemerland geëvalueerd over de periode juli 1986 - juni 1987. Eerder verschenen rapporten over de perioden juni 1983 - augustus 1984 (Schouten & Koch, 1984), september 1984 - oktober 1985 (Schouten, 1986a) en november 1985 - juni 1986 (Schouten, 1986b). Gelijktijdig met dit rapport verschijnt het evaluatierapport van het NIPG over Eindhoven/Kempenland, eveneens betrekking hebbend op de periode juli 1986 - juni 1987 (Schuurman & Wessels, 1987). De regio Kennemerland bestaat uit Midden- en Zuid-Kennemerland. Midden-Kennemerland omvat de gemeenten Beverwijk, Castricum, Heemskerk, Uitgeest en Velsen. Tot Zuid-Kennemerland behoren de gemeenten Bennebroek, Bloemendaal, Haarlem, Haarlemmerliede en Spaarnwoude, Heemstede en Zandvoort. Ter informatie zijn in tabel 1 de inwonersaantallen van deze gemeenten weergegeven.

Tabel 1 Aantal inwoners per gemeente in Midden- en Zuid-Kennemerland op 1 januari 1987 (Centraal Bureau voor de Statistiek)

Midden-Kennemerland	inwoners	Zuid-Kennemerland	inwoners
Beverwijk	34.805	Bennebroek	5.650
Castricum	22.658	Bloemendaal	17.575
Heemskerk	32.492	Haarlem	149.060
Uitgeest	9.688	Haarlemmerliede en Spaarnwoude	4.898
Velsen	56.801	Heemstede	26.394
		Zandvoort	15.712
totaal	156.444	totaal	219.289



Tevens is een kaart van het gebied toegevoegd. Hoewel niet behorend tot Kennemerland is in het evaluatieonderzoek ook Haarlemmermeer betrokken (per 1 januari 1987 89.447 inwoners). Reden hiervoor is het feit dat deze gemeente wat betreft intramurale voorzieningen tot de regio Kennemerland wordt gerekend. Omdat de gemeente zelf geen intramurale voorzieningen heeft, is de bevolking hiervoor sterk op Kennemerland gericht.

Daadwerkelijke integrale invoering van de WVG in Kennemerland heeft nog niet plaatsgevonden. Wel werden binnen de regio bestuurlijke voorbereidingen getroffen. Deze waren in 1985 in feite afgerond. Sindsdien, dus ook de afgelopen periode, wordt gewacht op uitvoeringsbesluiten van het Rijk welke de invoering wettelijk mogelijk moeten maken. In het afgelopen jaar was wat deze besluiten betreft sprake van een stilstand.

Deze stilstand houdt verband met het feit dat de WVG in discussie is. In de loop der jaren is de kritiek op de pretenties van de wet gegroeid en zijn twijfels ontstaan over de haalbaarheid van de integrale invoering. Daar komt wat de afgelopen periode betreft nog bij dat, onder invloed van het bestaan en de rapportage van de Commissie Dekker, veel aandacht is geschonken aan de mogelijkheden die een meer marktgerichte gezondheidszorg zou bieden om problemen van samenhang en kostenbeheersing op te lossen. In zo'n marktgerichte gezondheidszorg zou een planningswet als de WVG slecht passen. Door de Commissie Dekker is zelfs voorgesteld de WVG in te trekken.

De stilstand in de integrale invoering en de achterliggende maatschappelijke ontwikkelingen hebben vanzelfsprekend hun weerslag op het evaluatie-onderzoek. Noodgedwongen waren de evaluaties tot dusver nogal gericht op het proces van invoering. Van evaluatie van de werking van aan de WVG ontleende beleidsinstru-

menten in de praktijk (bijv. de door de lagere overheden te maken plannen) kon nog geen sprake zijn. Het afgelopen jaar lag de situatie iets anders. Een tweetal beleidsinstrumenten, te weten het vestigingsbeleid huisartsen en het Regionaal Financieel Overzicht, werd al in die mate in de praktijk toegepast dat evaluatie mogelijk was. In dit rapport wordt op deze twee beleidsinstrumenten dan ook uitvoerig ingegaan. Ook wordt, voor het eerst, aandacht geschonken aan onderzoek dat in het kader van de WVG in Kennemerland zelf wordt verricht. Voor de redenen hiervan wordt verwezen naar het betreffende hoofdstuk.

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de vraagstelling en de opzet van het evaluatie-onderzoek. Vervolgens komt in de hoofdstukken 3 en 4 de voortgang van de WVG-invoering aan de orde. Hierbij is een scheiding gemaakt tussen de landelijke ontwikkelingen en de voortgang binnen Kennemerland. Daarna volgt de bespreking van de beleidsinstrumenten Regionaal Financieel Overzicht (hoofdstuk 5) en vestigingsbeleid huisartsen (hoofdstuk 6). In hoofdstuk 7 wordt ingegaan op het door Kennemerland in het kader van de WVG verrichte onderzoek. Het rapport wordt in hoofdstuk 8 afgesloten met een beschouwing over de toekomst van het integrale invoeringsproject.

Op basis van de evaluatie worden aanbevelingen gedaan. Er is voor gekozen deze aanbevelingen direct te koppelen aan de besprekingen van de afzonderlijke hoofdstukken. Mede hierdoor hebben de hoofdstukken 3 t/m 7 eenzelfde opbouw: begonnen wordt met een korte inleiding waarin een plaatsbepaling van het hoofdstuk wordt gegeven, daarna volgt de eigenlijke evaluatie en tenslotte worden, in de slotparagraaf, conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

2. HET EVALUATIEONDERZOEK

De evaluatie van de integrale invoering van de WVG in Kennemerland vindt plaats in opdracht van het ministerie van WVC. De aanvankelijke vraagstelling was algemeen en betrof de wijze waarop de invoering, fasegewijs, verloopt. Later ontstond de behoefte het onderzoek meer te richten op specifieke onderdelen van de invoering. Dit leidde tot bijstelling van de opdracht. In zijn brief van 14 juli 1986 werd door de Staatssecretaris gesteld dat de evaluatie zich nu specifiek zou moeten richten op een aantal aandachtspunten en knelpunten in het in de WVG en de afspraken neergelegde systeem en, ten behoeve van de bestuurlijke en politieke besluitvorming, antwoord diende te geven op de vraag of het gekozen systeem a. voldoet c.q. bijstelling behoeft, b. in heel Nederland kan worden gehanteerd bij de invoering van de WVG.

De in de opdracht genoemde aandachtspunten en knelpunten betreffen bestuursorganisatorische maatregelen en uit de WVG voortvloeiende beleidsinstrumenten, te regelen via uitvoeringsbesluiten. Het gaat bijv. om de verantwoordelijkheidsverdeling en taakverdeling tussen verschillende partijen, het Regionaal Financieel Overzicht, het Marginaal Financieel Kader, de planning, het bouwbeleid, de Richtlijnen en Kwaliteitseisen, de advies- en overlegstructuur en het vestigingsbeleid. In feite betreft het de inzetbaarheid van deze instrumenten in termen van de bijdrage die zij leveren tot het bereiken van de doelen van de WVG. In dit opzicht is het evaluatie-onderzoek dus een onderzoek naar effecten en effectiviteit van deze instrumenten.

Naast de werking van beleidsinstrumenten is en blijft ook de voortgang van de integrale invoering een belangrijk evaluatie-object. Binnen die voortgang gaat de aandacht in het bijzonder uit naar het functioneren van het beleidsnetwerk. Dit laatste wordt gevormd door de participanten van het invoeringsproces, te

weten de overheden, het regionaal overleg van de gezondheidszorg, de financiers en de gebruikersorganisaties.

De hiervoor genoemde onderzoeksopdracht is met andere woorden dus vertaald in de volgende twee vraagstellingen.

1. Wat is de inzetbaarheid van de bestuurlijke instrumenten die zijn ontworpen ten behoeve van de planning in het kader van de WVG, in termen van de bijdrage die zij leveren aan het bereiken van de doelen van de WVG, en op welke wijze kan deze inzetbaarheid worden verbeterd?
2. Hoe is de voortgang van de invoering van de WVG en hoe functioneert het beleidsnetwerk binnen het invoeringsgebied? Op welke wijze kan worden voldaan aan de voorwaarden, die nodig zijn om het beleidsnetwerk goed te doen functioneren?

Deze vraagstellingen hebben betrekking op het bestuurlijk systeem, dat wil zeggen het systeem dat het zorgsysteem bestuurt. Daarnaast zijn ook vraagstellingen geformuleerd met betrekking tot het zorgsysteem zelf. Zij betreffen de ontwikkelingen die in het zorgsysteem van het invoeringsgebied in de richting van de beleidsinhoudelijke doelstellingen van de WVG te signaleren zijn en de mate waarin deze ontwikkelingen zijn toe te schrijven aan de werking van de bestuurlijke instrumenten van de WVG en het beleidsnetwerk. Deze vragen kunnen pas aan de orde komen wanneer de WVG daadwerkelijk is ingevoerd.

Voor de beantwoording van de eerste vraagstelling is het nodig evaluatiecriteria te formuleren welke ontleend zijn aan de doeleinden van de WVG. De belangrijkste doeleinden zijn: afstemming van de zorg op de behoeften van de bevolking en het verkrijgen van een samenhangende en doelmatige gezondheidszorg. Het willen realiseren van het doel 'afstemming van de zorg op de behoeften' betekent voor het bestuurlijk systeem dat het decentraal en democratisch dient te zijn ingericht. Het realiseren van de

doelen 'samenhang' en 'doelmatigheid' houdt in dat ook in het bestuurlijk systeem sprake is van samenhang en doelmatigheid. Aldus ontstaan vier evaluatiecriteria. Voor de omschrijving ervan wordt verwezen naar schema 1.

Schema 1 De evaluatiecriteria in het onderzoek

beleidsinhoudelijke doel WVG	evaluatiecriterium m.b.t. het bestuurlijk systeem	omschrijving evaluatiecriterium
afstemming van zorg op behoeften bevolking	decentraal	het toekennen door hoger gerangschikte openbare lichamen aan lager gerangschikte openbare lichamen van bevoegdheden om in een zekere onafhankelijkheid en op grond van een eigen belangenafweging besluiten van regeling en bestuur te nemen, alsmede de daaruit voortvloeiende bevoegdhedenstructuur
	democratisch	de aanwezigheid van mogelijkheden voor betrokkenen om, direct of indirect, invloed te kunnen uitoefenen op inhoud, totstandkoming en effecten van beleidsvoering: <ul style="list-style-type: none"> - intern: invloed van politieke representatieve organen in het kader van hun controlerende functie; - extern: invloed van verstrekkers, gebruikers en verzekeraars van zorg
samenhang in de gezondheidszorg	samenhangend	het procedureel en inhoudelijk op elkaar afstemmen van beleid, instrumenten en adviezen
doelmatigheid in de gezondheidszorg	doelmatig	het bereiken van beleidsdoeleinden met zo goed mogelijk gebruik van beschikbare middelen

Deze criteria worden toegepast op de van de WVG afgeleide beleidsinstrumenten. Zoals in de inleiding gezegd, zijn op dit moment slechts twee instrumenten zodanig in de praktijk werkzaam dat de evaluatie-criteria er op kunnen worden toegepast. Het

zijn het Regionaal Financieel Overzicht en het vestigingsbeleid huisartsen. In de betreffende hoofdstukken worden de evaluatiecriteria voor deze instrumenten geoperationaliseerd.

Voor de beantwoording van de tweede vraagstelling - over de voortgang van de invoering van de WVG en het functioneren van het beleidsnetwerk - is het allereerst nodig een zo nauwkeurig mogelijke beschrijving te geven van wat, zowel landelijk als binnen het invoeringsgebied, het afgelopen jaar heeft plaatsgevonden. Evaluatie van de voortgang houdt in het trekken van lijnen in de reeks gebeurtenissen en het aanwijzen van gunstige en ongunstige ontwikkelingen. Het functioneren van het beleidsnetwerk wordt geëvalueerd aan de hand van de doeltreffendheid van het netwerk. Voor de uitwerking hiervan wordt verwezen naar par. 4.3.

Het laatste onderwerp van dit hoofdstuk betreft de in het onderzoek gevolgde methoden van gegevensverzameling. Van diverse methoden is gebruik gemaakt. In de eerste plaats vond een systematische analyse van tal van documenten plaats. Het betreft hier zowel documenten uit het invoeringsgebied als publicaties en beleidstukken van het ministerie van WVC. In de tweede plaats werden vergaderingen en andere bijeenkomsten in de regio bijgewoond. Hierin werd informatie verzameld over niet alleen de besluitvorming en de genomen besluiten maar ook het groepsproces. Daarnaast werd een aantal landelijke bijeenkomsten bezocht. In de derde plaats werden interviews gehouden, grotendeels telefonisch. In de vierde plaats werden twee schriftelijke enquêtes afgenomen, te weten onder de leden van de werkgroep inventarisatie en onder een aantal betrokkenen bij het vestigingsbeleid huisartsen. In de inleidingen van de diverse hoofdstukken wordt vermeld welke van deze vier methoden voor de inhoud van het betreffende hoofdstuk werden toegepast.

3. LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN OMTRENT DE INVOERING VAN DE WVG

3.1 Inleiding

Evenals in de voorafgaande jaren hebben zich ook in de afgelopen evaluatieperiode landelijk belangrijke ontwikkelingen voorgedaan met betrekking tot zowel het gezondheidszorgbeleid in het algemeen als de invoering van de WVG. In dit hoofdstuk wordt aan deze ontwikkelingen aandacht geschonken. Zij worden hierna (par. 3.2) beschreven en vervolgens (par. 3.3) geëvalueerd. Op basis van de evaluatie worden (par. 3.4) conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan.

Voor dit hoofdstuk werd voornamelijk gebruik gemaakt van beschikbare documentatie. Aanvullende informatie werd verkregen door het bijwonen van bijeenkomsten, zowel binnen het integrale invoeringsgebied als daarbuiten.

3.2 Landelijke ontwikkelingen

De belangrijkste gebeurtenissen met betrekking tot de integrale invoering van de WVG waren het afgelopen jaar de volgende (zie overzicht 1).

In de zomer van 1986 was, waar het de invoering van de WVG betreft, alle aandacht nog gericht op het Ontwerp Besluit Integrale Invoeringsprojecten WVG (de AMvB ex art. 41 WVG). In dit ontwerp-besluit werden diverse afspraken tussen Rijk en integrale invoeringsgebieden geformaliseerd (zie voor een overzicht van de inhoud Schouten, 1986, pag. 11 e.v.). In juli en augustus kwamen de reacties van landelijke adviesorganen op dit ontwerp bij het ministerie van WVC binnen. Over het algemeen werd afwijzend gereageerd. Het belangrijkste bezwaar betrof het feit dat

Overzicht 1 Belangrijkste gebeurtenissen op landelijk niveau met betrekking tot de integrale invoering van de WVG

tijdstip	gebeurtenis
juli/augustus 1986	reacties adviesorganen op het Ontwerp Besluit Integrale Invoeringsprojecten WVG (AMvB ex art. 41 WVG)
juli 1986	publicatie Ontwerp Richtlijnen en Kwaliteitseisen WZV-WVG
25 augustus 1986	installatie Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker)
16 oktober 1986	brief van Staatssecretaris WVC aan voorzitter Tweede Kamer over invoering WVG
21 oktober 1986	brief van Staatssecretaris WVC aan betrokkenen integrale invoeringsgebieden over invoering WVG
11 december 1986	mondeling overleg tussen de vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer en de Staatssecretaris WVC over invoering WVG
9 maart 1987	bestuurlijk overleg tussen Staatssecretaris WVC en de provincies van de integrale invoeringsgebieden
19 maart 1987	brief van Staatssecretaris WVC aan betrokkenen bij de integrale invoering WVG over de invoering van de WVG
26 maart 1987	aanbieding van het rapport 'Bereidheid tot verandering' door de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie Dekker) aan Staatssecretaris WVC
april/mei/juni 1987	ambtelijk overleg tussen WVC en diverse groepen van betrokkenen bij de integrale invoering WVG (bilateraal)
	toespraken Hoofddirecteur Planning en Financiering WVC en Directeur-Generaal Volksgezondheid WVC
5 juni 1987	regeringsverklaring over de voorstellen van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg
15 juni 1987	bestuurlijk overleg tussen bij de integrale invoering WVG betrokken gemeenten

het ontwerp al te zeer in het verlengde lag van het inmiddels ingetrokken ontwerp Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (WGM).

Het tweede uitvoeringsbesluit dat die zomer werd uitgebracht was het Ontwerp Richtlijnen en Kwaliteitseisen WVG-WZV. De bedoeling was dit ontwerp in het najaar met de invoeringsgebieden te bespreken en het vervolgens aan de adviesorganen voor te leggen.

Van belang is voorts dat op 25 augustus 1986 de installatie plaatsvond van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (de Commissie Dekker). Deze kreeg als opdracht om binnen 6 maanden in hoofdlijnen te adviseren over de mogelijkheden tot beheersing van de volume-ontwikkeling, tot verdere herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en tot deregulering. De commissie bracht op 26 maart 1987 haar rapport uit.

In het najaar nam in de integrale invoeringsgebieden de onduidelijkheid, en daardoor de onzekerheid, over de voortgang van de WVG-invoering toe. Het ontwerp-besluit, dat de wettelijke basis had moeten vormen voor de integrale invoering in de proefregio's, was afgewezen en de vraag was hoe het nu verder moest. Inmiddels was er een nieuwe Staatssecretaris Volksgezondheid. Deze richtte zich op 16 en 21 oktober 1986 schriftelijk tot resp. de Tweede Kamer en de invoeringsprojecten. In deze brieven stelde hij onder meer dat:

- de WVG in een minder hoog tempo diende te worden ingevoerd dan aanvankelijk was beoogd; er zou geen nieuwe wetgeving aanhangig worden gemaakt vooraleer de WVG in de integrale invoeringsgebieden was ingevoerd en deze invoering zou zijn geëvalueerd;
- de bij de (integrale) invoering ondervonden knelpunten binnen het kader van de WVG zelf konden worden opgelost en

een AMvB ex art. 41 niet meer nodig was, anders dan als overgangsmaatregel en/of ten behoeve van de regeling van enkele technische punten; dit betekende wel dat de eerder gemaakte afspraken tussen het Rijk en de invoeringsgebieden moesten worden aangepast, met name waar het ging om onderdelen die afweken van de WVG (vervanging van geschillenregeling door goedkeuring en van regionaal overleg door regionale commissie, hantering van de 'schuif' tussen premie- en begrotingscircuit niet op regionaal niveau doch enkel op nationaal niveau);

- ondanks de intrekking van het ontwerp WGM blijvend aandacht zou worden geschonken aan de integratie en samenhang tussen volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening; het zou mogelijk moeten zijn in de invoeringsgebieden gestalte te geven aan een samenhangend beleid;
- in de invoeringsgebieden sprake zou zijn van integrale planning, dat wil zeggen 'één onderling afgestemd geheel van plannen met betrekking tot in beginsel alle voorzieningen voor volksgezondheid'; één financieel kader voor alle sectoren zou substitutie tussen sectoren mogelijk maken;
- de integrale invoeringsgebieden door dienden te gaan met de voorbereiding van de invoering van de WVG en medewerking dienden te blijven verlenen aan de totstandkoming van de door de Staatssecretaris te treffen uitvoeringsmaatregelen (als bijlage bij de brief aan de invoeringsgebieden was een lijst opgenomen met door het Rijk te verrichten voorbereidingsactiviteiten).

Naar aanleiding van deze brieven vond op 11 december mondeling overleg plaats tussen de Staatssecretaris en de vaste kamercommissie voor volksgezondheid. Hoewel door verschillende commissieleden vraagtekens en kanttekeningen werden geplaatst bij de intenties van de Staatssecretaris (onder meer ten aanzien van de financiering en het tijdstip van evaluatie) kon worden geconclu-

deerd dat 'in de commissie geen fundamentele bezwaren bestaan tegen de gekozen algemene beleidslijn' (verslag van het mondelinge overleg, 20 januari 1987). Door de bewindsman werd overigens toegezegd dat de commissie in februari 1987 een volgende brief tegemoet kon zien waarin de hoofdlijnen van het beleid nader zouden worden geconcretiseerd.

Ten aanzien van de uitvoeringsmaatregelen, nodig om binnen de projecten daadwerkelijk met de invoering te beginnen, deed zich een probleem voor. Doordat er voor was gekozen de route van de AMvB ex art. 41 WVG niet te vervolgen en terug te gaan naar de WVG zelf, dienden nieuwe AMvB's te worden ontworpen die de gehele adviesprocedure zouden moeten doorlopen. Naar schatting, aldus de Staatssecretaris in het mondelinge overleg, zou het nog een jaar duren voordat de belangrijkste regelingen (de planingsrichtlijnen, de financiële richtlijnen en de gebiedsindeling) van kracht zouden kunnen worden. Om de invoeringsprojecten niet nog meer tijdsverlies te laten lijden zou 'een bescheiden AMvB ex art. 41 WVG worden opgesteld die de proefgebieden gedurende de overgangsperiode de ruimte zal bieden om het invoeringsproces op gang te brengen'.

De bedoeling was deze overgangs-AMvB, tezamen met enkele andere uitvoeringsbesluiten, begin 1987 aan de ministerraad aan te bieden. De voorstellen werden echter aangehouden, naar steeds duidelijker werd, tot na de rapportage van de commissie Dekker. Opnieuw ontstond hierdoor onzekerheid over de voortgang van de invoeringsprojecten. De Staatssecretaris riep voor 9 maart de Gedeputeerden Volksgezondheid van de drie provincies bijeen voor overleg. Tijdens dit overleg werd door de Staatssecretaris gesteld dat hij politiek gezien de ruimte had om door te gaan met de invoering van de WVG. Hij bracht naar voren dat op het ministerie op dat moment uitvoeringsbesluiten WVG werden voorbereid die eind mei in de ministerraad aan de orde zouden komen.

De bedoeling was in juni/juli, nadat de regering haar standpunt over het advies van de Commissie Dekker had uitgebracht, overleg te laten plaatsvinden tussen Staatssecretaris en integrale invoeringsgebieden over de verdere gang van zaken en de wijzigingen in de afsprakenlijst. In de periode tussen de rapportage van de Commissie Dekker en de regeringsverklaring zou opnieuw overleg worden gevoerd tussen Staatssecretaris en Gedeputeerden, ditmaal echter aangevuld met één gemeentelijke bestuurder per invoeringsgebied. Dit laatste was onder meer het gevolg van de protesten die door de gemeenten waren aangetekend bij het overleg van 9 maart: zij voelden zich gepasseerd. Ook door de Gedeputeerde van Noord-Holland zelf was trouwens tijdens het overleg van 9 maart naar voren gebracht dat de gemeenten bij vervolgoverleg aanwezig dienden te zijn. In dit vervolgoverleg zouden de mogelijkheden besproken worden om in de invoeringsgebieden het marktmechanisme ruimte te geven. Duidelijk was immers al dat in de voorstellen van de Commissie Dekker sterk voor de werking van het marktmechanisme in de gezondheidszorg zou worden gepleit en de regering dit advies ter harte zou nemen.

Tijdens het overleg van 9 maart werd eveneens afgesproken dat de Staatssecretaris op zeer korte termijn alle betrokkenen bij de integrale invoeringsprojecten schriftelijk over de verdere gang van zaken zou informeren. Dit gebeurde bij brief van 19 maart. Hierin werd bevestigd dat het de bedoeling was de (nieuwe) uitvoeringsmaatregelen eind mei in de ministerraad aan de orde te stellen. Van belang was dat dit gebeurde na het regeringsstandpunt over het advies van de Commissie Dekker, want 'het kan immers zijn dat dit regeringsstandpunt van invloed is op de invoering van de WVG; vandaar dat beide data aan elkaar gekoppeld zijn'. Voorts werden in de brief de uitgangspunten van het te voeren beleid nog eens op een rijtje gezet: er moet zo spoedig mogelijk duidelijkheid komen over de verdere gang van zaken

met de invoeringsprojecten; de discussie over de bestuursorganisatorische maatregelen dient te worden afgerond en begonnen moet worden met inhoudelijke activiteiten; de integrale invoering zal worden geregeld op basis van reguliere uitvoeringsbesluiten (met daarbinnen, voor zover nodig, bijzondere bepalingen met betrekking tot de integrale invoering); een aangepaste AMvB ex art. 41 WVG, die komt te vervallen als de reguliere uitvoeringsbesluiten gereed zijn, moet er voor zorgen dat de invoeringsgebieden snel aan de slag kunnen; bij de invoering dienen ook de met de gezondheidszorg samenhangende voorzieningen voor maatschappelijke dienstverlening te worden betrokken. Vervolgens constateerde de Staatssecretaris dat het aspiratieniveau van het integrale invoeringsproject tot dusver erg hoog was geweest en wellicht getracht was teveel doelstellingen tegelijkertijd en in gelijke mate te realiseren. Een gefaseerde aanpak had zijns inziens meer kans van slagen. Als belangrijkste doelstelling van de WVG beschouwde hij het brengen van samenhang tussen intra- en extramurale voorzieningen: 'Aan deze doelstelling zou ik alle aandacht willen schenken. Daarbij wil ik zoveel mogelijk uitgaan van de bestaande regelingen, welke gelden op de betreffende (intra- en extramurale) terreinen, en zou ik deze eerst geleidelijk aan willen integreren. Alsdan is veeleer sprake van een ontwikkelingsmodel, waarin getracht wordt vanuit het bestaande het nieuwe op te bouwen. Integrale planning is dan niet het begin, maar veeleer het eindproduct van het proces, waar stap voor stap naar wordt toegewerkt. Om een dergelijk ontwikkelingsmodel te doen slagen, zal wel moeten worden voorzien in experimenteerruimte voor de integrale invoeringsprojecten, zowel in juridische als financiële zin'.

In het laatste deel van zijn brief voegde de Staatssecretaris aan de eerdergenoemde beleidsuitgangspunten de volgende toe:

- prioriteit wordt toegekend aan de samenhang tussen intra- en extramurale voorzieningen en in verband daarmee aan

regionalisatie en substitutie; van belang is dat het provinciaal bestuur een coördinerende functie heeft en dat er sprake zal zijn van regionale planning en regionale samenwerking tussen instellingen en beroepsbeoefenaren;

- er komt een gecombineerde aanwijzing WZV/WVG voor de planning van intra- en extramurale voorzieningen; hierin zal worden aangegeven dat provincie en gemeenten een gezamenlijke beleidsvisie dienen op te stellen onder coördinatie van het provinciaal bestuur;
- er komt één financieel kader en één financieel overzicht; onder financieel kader wordt verstaan het financieel overzicht plus het marginaal financieel kader; het financieel overzicht, regionaal en provinciaal, geeft het feitelijke kostenniveau weer; het marginaal kader vormt het voor de provincie-regio bestemde deel van de volumeposten uit het FOGM; het marginaal financieel kader dient, volgens de WVG, door de Minister per provincie te worden vastgesteld; het provinciaal bestuur dient hieruit de marginale kaders per regio af te leiden; de gemeentebesturen hebben de mogelijkheid tegen deze provinciale beslissing in beroep te gaan bij de Kroon.

Vanaf eind maart is de discussie rond de toekomst van de integrale invoeringsprojecten direct gekoppeld aan de voorstellen van de Commissie Dekker, welke op 26 maart openbaar werden gemaakt. In het kader van dit evaluatierapport zal op deze voorstellen verder niet worden ingegaan. We beperken ons tot de constatering dat de commissie sterk pleit voor een marktgerichte gezondheidszorg en voor vereenvoudiging van de wet- en regelgeving. De WVG zou volgens de commissie dienen te worden ingetrokken.

In de maanden april, mei en juni van dit jaar vonden tal van activiteiten plaats. Op het ministerie van WVC werd het door de

Staatssecretaris genoemde regionale ontwikkelingsmodel nader uitgewerkt. Getracht werd om in dit model ideeën van de Commissie Dekker en onderdelen van de WVG zodanig met elkaar te verwechten dat van een nieuw evenwicht tussen overheid en markt sprake zou zijn. De gedachtenvorming binnen het ministerie leidde ertoe dat een aantal uitgangspunten voor het model werd geformuleerd. Deze uitgangspunten laten zich als volgt samenvatten.

1. Regionalisatie. De vraag naar voorzieningen doet zich doorgaans op regionale schaal voor terwijl, mede hierdoor, ook de voorzieningen per regio worden aangeboden. In het besef daarvan hebben instellingen steeds getracht hun onderlinge relaties per regio af te stemmen en heeft de overheid getracht juist op regionaal niveau een samenhangend en doelmatig voorzieningssysteem tot stand te brengen. Regionalisatie is en blijft dus een belangrijke beleidsdoelstelling.
2. Meer markt en minder planning. Planning zal in de toekomst plaats moeten vinden op twee niveaus: kaderplannen (lange termijnplannen, bevatten uitgangspunten en wenselijkheden per regio) en voorzieningenplannen/functieplannen (hebben een middellange termijnkarakter, bevatten de concrete verdeling van functies en capaciteiten over instellingen). In het perspectief van de voorstellen van de Commissie Dekker dient de overheid de kaderplannen vast te stellen en de instellingen en verzekeraars binnen de betreffende regio het voorzieningenplan (zij zouden zich overigens kunnen beperken tot een collectieve overeenkomst). Aldus ontstaat een marktsituatie op regionaal niveau.
3. Terugtrekkende overheid. De overheid gaat op de achterhand zitten, toetst de collectieve overeenkomsten aan bestaande richtlijnen en kwaliteitseisen en treedt enkel op wanneer instellingen en verzekeraars er niet uitkomen. Genoemde toetsing, alsook het opstellen van kaderplannen, zijn taken

van de provincie. De gemeenten beperken zich tot het ontwikkelen en voeren van een zogenaamd openbaar gezondheidsbeleid (basisgezondheidszorg, collectieve preventie, opstellen van regionale gezondheidsprofielen, signaleren van knelpunten, bevordering van de samenwerking van het veld, innovatie en projectbegeleiding, optreden als de markt er niet uitkomt).

4. Regionale financiële kaders. Deze vormen de bovengrens, waarvan instellingen en verzekeraars moeten uitgaan bij de opstelling van een collectieve overeenkomst c.q. een voorzieningenplan.

Het ministerie speelde met de gedachte dat het regionale ontwikkelingsmodel in de integrale invoeringsgebieden de komende jaren versneld uitgeprobeerd zou kunnen worden. In de loop van het voorjaar werden de denkbeelden ambtelijk met diverse groeperingen besproken: provincie, gemeenten, gebruikers en veldorganisaties. Ook tijdens studiedagen en congressen werden zij uitgedragen. Te noemen zijn in dit verband de voordracht van de Hoofddirecteur Planning en Financiering van het ministerie op het symposium 'Regionaal begroten' te Roermond (26 mei) en die van de Directeur-Generaal Volksgezondheid op de studiedag van het ROGK te Beverwijk (26 juni). Beiden legden sterk de nadruk op de regionalisatie van de gezondheidszorg, niet in de laatste plaats, naar het leek, om vermoedens als zou regionalisatie als beleidsdoelstelling zijn verlaten (door de Commissie Dekker werd op de regionalisatie niet ingegaan) uit de wereld te helpen. Overigens werd in dezelfde periode ook door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid in een brief aan de Minister-President een sterk pleidooi gehouden vóór regionalisatie in de gezondheidszorg.

Ondertussen werd ook binnen de integrale invoeringsgebieden zelf gewerkt aan voorstellen over de toekomst van de invoeringspro-

jecten. Vooral de gemeenten bleken teleurgesteld over de plannen van het Rijk. Deze plannen betekenden voor hen immers het verdwijnen van planningsbevoegdheden en dus een stap terug. De voorstellen vanuit de invoeringsprojecten waren met name geformuleerd met het oog op het toegezegde overleg tussen Staatssecretaris, Gedeputeerden en gemeentelijke bestuurders. Dit overleg was gepland op 25 mei en zou gaan over 'de gevolgen van de rapportage van de Commissie Dekker voor het invoeringsproject alsmede over mogelijkheden om te komen tot een nieuw evenwicht tussen c.q. het combineren van overheidsregulering en marktwerking' (brief Directeur-Generaal Volksgezondheid aan de Colleges van Gedeputeerde Staten). Het gesprek werd niet zonder spanning tegemoet gezien. Enkele dagen voor genoemde datum werd het door de Staatssecretaris echter afgezegd.

De regeringsverklaring van 5 juni ging zoals verwacht niet in op de consequenties van het standpunt over de voorstellen van de Commissie Dekker op de wet- en regelgeving. Dit werd doorgeschoven tot na het zomerreces.

De laatste gebeurtenis welke vermeld dient te worden is het bestuurlijk overleg tussen de bij de integrale invoering betrokken gemeenten. Dit overleg vond op 15 juni plaats. Men constateerde dat de gemeenten het afgelopen jaar als onderhandelingspartner zijn genegeerd en dat de Staatssecretaris sinds zijn benoeming slechts overleg heeft gevoerd met de provincies. Men was van mening dat met de WVG dient te worden doorgegaan. Besloten werd tot een actievere opstelling en tot het benaderen van de volksgezondheidsspecialisten van de grote kamerfracties te benaderen, actief te lobbyen binnen de politieke partijen en sterker met de VNG samen te werken. Tevens besloten de gemeenten (met uitzondering van een aantal Limburgse) samen met de VNG de Staatssecretaris een brief te sturen. In deze brief werd:

- de bewindsman herinnerd aan de in zijn brieven aan de Integrale Invoeringsprojecten gedane toezeggingen om niet af te wijken van de WVG en om overleg te voeren, ook met de gemeentelijke bestuurders;
- gememoreerd dat binnen de (samenwerkende) gemeenten de afgelopen jaren veel tot stand is gebracht: opbouw van overlegstructuren en deskundigheid, uitvoering van het vestigingsbeleid huisartsen, het verrichten van onderzoek, werken aan de totstandkoming van regionale beleidsvisies, kaderplannen, financiële kaders e.d.;
- benadrukt dat de gemeentelijke overheid een onmisbare partner is bij de regionale aanpak van de gezondheidszorg en een kans dient te krijgen bij het ontwikkelen van een beleid met behulp van de instrumenten welke een gedereguleerde en aangepaste WVG, aangevuld met marktelementen, biedt.

3.3 Evaluatie landelijke ontwikkelingen

Tot zover deze beschrijving van de belangrijkste ontwikkelingen en gebeurtenissen in de afgelopen evaluatieperiode. Het geheel overziende kan naar onze mening het volgende worden opgemerkt.

Wat de *inhoudelijke* kant van de integrale invoering betreft stonden het afgelopen jaar twee zaken centraal. In de eerste plaats werd door het Rijk gekozen voor een lager aspiratieniveau: een meer geleidelijke invoering van de WVG dan in eerdere instantie beoogd en een invoering die niet meer gebaseerd is op een zware, complexe AMvB ex art. 41 WVG, doch op relatief eenvoudige uitvoeringsbesluiten, direct gekoppeld aan de WVG zelf. In de tweede plaats vond in de loop van het jaar een verschuiving plaats in het model dat volgens het Rijk in de invoerings-

gebieden getest zou kunnen worden. Betrof het aanvankelijk nog een model waarin de planning van de gezondheidszorg binnen regio's vrijwel volledig in handen is van de lagere overheden, geleidelijk aan werd het zgn. regionale ontwikkelingsmodel naar voren geschoven. Hierin wordt een synthese beoogd tussen overheidsplanning en werking van het marktmechanisme. Wie de documentatie chronologisch bestudeerd kan tot geen andere conclusie komen dan dat bij de verschuiving van het ene model naar het andere de voorstellen van de Commissie Dekker een essentiële rol hebben gespeeld. Ook de geleidelijkheid van die verschuiving wordt dan zichtbaar: begin 1987 wordt nog slechts binnenskamers en in vertrouwelijke notities over het nieuwe model nagedacht, vervolgens worden, vooruitlopend op de rapportage van de Commissie Dekker, ideeën expliciet verwoord (zie bijvoorbeeld de opmerkingen over de rol van de provincie in de brief van de Staatssecretaris aan de invoeringsgebieden van 19 maart), waarna in de loop van het voorjaar het nieuwe model steeds duidelijker wordt gepresenteerd.

Deze geleidelijkheid in het komen tot een nieuw model kan positief worden beoordeeld. Zij droeg er toe bij dat over het geheel genomen meer lijn in de beleidsvorming van het Rijk aanwezig was dan in de voorafgaande jaren.

Van groot belang voor de integrale invoeringsgebieden - die wellicht worden verzocht als eerste een dergelijk model uit te proberen - is het feit dat in vergelijking tot het eerdere model de verdeling van taken en bevoegdheden tussen provincie en gemeenten, en dus de machtsverhouding, wordt gewijzigd. In de gedachten van het Rijk blijft bij de provincie een belangrijke planningstaak (kaderplannen) aanwezig, de gemeenten verliezen hun planningstaak vrijwel volledig. De taken die zij wel hebben zijn samen te vatten met: het voeren van een openbaar gezondheidsbeleid. Dit houdt in dat zij de regionale markt kritisch in de gaten houden, knelpunten in het zorgsysteem signaleren, on-

derzoek doen (opstellen van gezondheidsprofielen) en slechts waar het de basisgezondheidszorg betreft plannen en uitvoeren. Het Rijk lijkt van mening dat deze rol de gemeenten beter zal liggen - dichter aansluit bij hun mogelijkheden - dan die waarin zij een grote mate van verantwoordelijkheid dragen voor de planning van tal van voorzieningen waarmee zij tot dusver weinig te maken hadden. Vanzelfsprekend zou deze nieuwe rol van de gemeenten (evenals die van de provincie overigens) duidelijk dienen te worden geformuleerd. Bevoegdheden inzake het adviseren aan en toezicht houden op de regionale markt en het leveren van een bijdrage aan het door de provincie op te stellen kaderplan dienen wettelijk te worden vastgelegd.

Ten aanzien van de *procedurele* kant van de integrale invoering valt allereerst op de voortdurende discrepantie die ook dit jaar aanwezig was tussen het door het Rijk beoogde tijdschema en de realiteit. Zomer 1986 werd verwacht dat, na overleg met de invoeringsgebieden, eind van dat jaar de belangrijkste uitvoeringsbesluiten genomen zouden kunnen worden. Al snel bleek dit niet haalbaar. In het najaar werd door het ministerie een nieuw tijdschema naar voren gebracht waarin was opgenomen dat februari 1987 een pakket van besluiten naar de ministerraad zou gaan. Ook dit bleek te optimistisch. In maart (brief van de Staatssecretaris aan de invoeringsgebieden) werd gemeld dat het de bedoeling was het pakket eind mei in de ministerraad aan de orde te stellen. In de loop van het voorjaar bleek ook dit niet haalbaar. Eind juni tenslotte werd door de Directeur-Generaal Volksgezondheid de verwachting uitgesproken dat besluitvorming rond de integrale invoeringsgebieden eind 1987 zou kunnen plaatsvinden. Het bijstellen van verwachtingen en tijdschema's moge enigszins inherent zijn aan de politieke betekenis van het Integrale Invoeringsproject, en dus tot op zekere hoogte acceptabel, wat

hieromtrent het afgelopen jaar is gebeurd overschrijdt naar onze mening de grens van wat acceptabel is ruimschoots.

De belangrijkste reden lijkt dat de voortgang van het invoeringsproject in toenemende mate afhankelijk is gemaakt van haar context. Het project lijkt steeds meer een speelbal geworden van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen. Illustratief is de wijze waarop het bestaan en de rapportage van de Commissie Dekker op de voortgang van de projecten heeft ingewerkt. Van een koppeling tussen beide was aanvankelijk geen sprake. In de brieven van de Staatssecretaris aan de Tweede Kamer en invoeringsgebieden van oktober 1986 werd met geen woord over de Commissie Dekker gerept. De verwachting werd gewekt dat de zaak van de integrale invoering vóór de rapportage van de Commissie geregeld zou zijn. Pas op 9 maart van dit jaar, in het gesprek met de Gedeputeerden Volksgezondheid van de drie provincies, werd door de Staatssecretaris expliciet de afhankelijkheid van de voortgang van de projecten van de standpuntbepalingen over de voorstellen van de Commissie aangegeven.

Tegen die koppeling op zich behoeft men weinig bezwaren te hebben. Voor de kwaliteit van een experiment kan het goed zijn met de uiteindelijke invulling ervan te wachten tot meningsvorming over de inhoud van zo een belangrijk rapport als dat van de Commissie Dekker heeft plaatsgevonden. Wel is het een kwalijke zaak dat die koppeling niet in een vroeger stadium is onderkend en in tijdschema's opgenomen. Meer in het algemeen kan men zeggen dat het op rijksniveau ontbroken heeft aan een beheersing van de invloeden op het Integrale Invoeringsprojecten. Voor de kwaliteit van deze projecten is het van groot belang dat zij in hun voortgang weliswaar onder invloed staan van belangrijke maatschappelijke en politieke ontwikkelingen, anderzijds echter worden beschermd tegen al te veel invloeden. Het stellen van grenzen hieromtrent is een zaak van beheersing.

In het verlengde van de zojuist genoemde bijstellingen van verwachtingen en tijdschema's ligt het feit dat het afgelopen jaar door de Staatssecretaris toezeggingen zijn gedaan die vooralsnog niet zijn waargemaakt. Verschillende malen is verzekerd dat de Integrale Invoeringsprojecten dóór zullen gaan. Ook is diverse malen overleg met de invoeringsgebieden toegezegd. Daarnaast is de invoeringsgebieden verzocht zelf zoveel mogelijk door te gaan en medewerking te blijven verlenen. Tegenover deze toezeggingen en verzoeken zijn door het Rijk tot dusver intenties op het inhoudelijke vlak gesteld, geen daden. Deze intenties zijn ambtelijk weliswaar in de loop van het voorjaar met diverse groeperingen uit de invoeringsprojecten besproken, zij kwamen 'van bovenaf' en waren niet het gevolg van eerdere gesprekken met de invoeringsprojecten (met uitzondering wellicht van de provincies). Inhoudelijk mogen deze ideeën wellicht een goede basis vormen voor een interessante invulling van de invoeringsprojecten, naar onze mening zijn bij de gedachtenvorming de projecten zelf onvoldoende in de gelegenheid gesteld een duidelijke inbreng te hebben.

Een laatste opmerking over de gang van zaken in het afgelopen jaar betreft de opstelling van provincies en gemeenten. Beide partijen hebben met veel belangstelling de landelijke ontwikkelingen gevolgd. Door de gemeenten werd de provincies niet in dank afgenomen dat zij zonder hen dit overleg zijn aangegaan. Aangenomen mag worden dat de Staatssecretaris zich uitsluitend tot de provincies heeft gewend omdat deze in het zich wijzigende invoeringsconcept een belangrijke positie zouden verkrijgen. Velen bleken de opvatting toegedaan dat de provincie hiermee dubbel spel speelde: met de gemeenten samen in het invoeringsproject, met de Staatssecretaris overleggen over een nieuw model waarin vooral de gemeenten terrein prijs dienden te geven. Positief was dan ook de afspraak dat bij volgend overleg ook gemeen-

telijke bestuurders aanwezig konden zijn. Helaas ging dat vervolgoverleg, gepland op 25 mei, niet door.

Ten aanzien van de gemeenten dient nog te worden opgemerkt dat zij dit voorjaar lang hebben gewacht alvorens gezamenlijk op te treden. Weliswaar werd op 24 april door de VNG, mede namens de gemeenten van de integrale invoeringsgebieden, aan de Staatssecretaris een brief geschreven waarin onder meer werd ingegaan op de relatie tussen de WVG-invoering en de rapportage van de Commissie Dekker, tussen de gemeenten zelf vond pas half juni van dit jaar bestuurlijk overleg plaats over de consequenties van het regionale ontwikkelingsmodel en over de te volgen strategie. Het zou de overtuigingskracht en slagvaardigheid van de gemeenten ten goede zijn gekomen indien dit overleg aanzienlijk eerder had plaatsgevonden.

3.4 Conclusies en aanbevelingen

Ook de afgelopen evaluatieperiode hebben zich op landelijk niveau gebeurtenissen voorgedaan welke van invloed waren op de voortgang van de integrale invoering van de WVG. De belangrijkste waren de intrekking van de AMvB ex art. 41 WVG en het bestaan van de Commissie Dekker. Eind maart verscheen het rapport van deze commissie. In het rapport wordt gepleit voor een gezondheidszorg die in grote mate marktgericht is. Naar aanleiding van de voorstellen werd op het ministerie van WVC in de loop van de eerste helft van 1987 een model ontwikkeld waarin ideeën van de Commissie Dekker en onderdelen van de WVG met elkaar werden vervlecht. In dit zogenaamde regionale ontwikkelingsmodel wordt de nadruk gelegd op regionalisatie, méér markt en minder planning, een terugtrekkende overheid en de aanwezigheid van regionale financiële kaders. In de integrale invoeringsgebieden zou dit model de komende jaren uitgeprobeerd kunnen worden.

Naar de integrale invoeringsgebieden werd door de Staatssecretaris dit jaar tweemaal een brief verzonden waarin hij het voortbestaan van de Integrale Invoeringsprojecten garandeerde. Eénmaal vond, tot groot ongenoegen van de gemeenten uit de invoeringsgebieden, bestuurlijk overleg plaats tussen Staatssecretaris en Gedeputeerden Staten van de drie provincies. Afspraken voor bestuurlijk overleg tussen het Rijk en de gezamenlijke partijen van de invoeringsprojecten werden tot tweemaal toe door de Staatssecretaris afgezegd.

Het afgelopen jaar overziende kan worden geconstateerd dat er inhoudelijk méér lijn in de beleidsvorming van het Rijk is geweest dan in de voorafgaande jaren. De verschuiving van het model van planning door de lagere overheden naar het regionale ontwikkelingsmodel vond geleidelijk plaats. Van grote betekenis voor de integrale invoeringsgebieden is het feit dat in het nieuwe model de verdeling van taken en bevoegdheden tussen provincie en gemeenten grondig zou worden gewijzigd. De gemeenten zouden hun planningstaak vrijwel volledig verliezen. Daarvoor in de plaats komt het voeren van een openbaar gezondheidsbeleid. Door het Rijk wordt gesuggereerd dat deze rol de gemeenten, gezien hun mogelijkheden, beter zal liggen dan die waarin zij een grote mate van verantwoordelijkheid dragen voor de planning van voorzieningen waarmee zij tot dusver weinig te maken hebben. Wat de procedurele kant betreft valt op dat er ook het afgelopen jaar een voortdurende discrepantie was tussen het door het Rijk beoogde tijdschema voor de invoering van de WVG in de integrale invoeringsgebieden en de realiteit. Tijdschema's en verwachtingen dienden herhaaldelijk te worden bijgesteld. De grens van wat hieromtrent acceptabel is werd naar onze mening overschreden. De belangrijkste reden lijkt dat de voortgang van het integrale invoeringsproject in toenemende mate afhankelijk is gemaakt van invloeden van buiten. Het project lijkt een speelbal geworden van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen. Dit is een

slechte zaak. Een zekere mate van invloed van externe ontwikkelingen op het project is voorstelbaar en ook nodig, deze invloed dient echter duidelijk te worden onderkend en vooraf te worden afgebakend. Met betrekking tot de invloed van de voorstellen van de Commissie Dekker en de daarop volgende politieke reacties op het invoeringsproject was hiervan geen sprake.

Op basis van het voorafgaande kunnen de volgende aanbevelingen worden gedaan.

1. Voor de geloofwaardigheid van de Integrale Invoeringsprojecten is het van groot belang dat door het Rijk zo spoedig mogelijk duidelijkheid wordt geboden over het model van gezondheidszorg dat in de toekomst binnen regio's wordt gehanteerd en over de rol die de Integrale Invoeringsprojecten in het uitproberen van een bepaald model gaan spelen.
2. Voor de kwaliteit en voortgang van de Integrale Invoeringsprojecten is het noodzakelijk dat de invloed van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen op de projecten vooraf duidelijk wordt afgebakend.
3. Het Rijk dient de integrale invoering van de WVG, met inbegrip van de invloed van bepaalde politieke ontwikkelingen, beter te plannen en gedane toezeggingen waar te maken.
4. Ingeval de integrale invoeringsgebieden worden gebruikt om het zogenaamde regionale ontwikkelingsmodel uit te proberen dienen de bevoegdheden van de gemeenten vooraf duidelijk te worden vastgelegd. Met het oog op een goed evenwicht in de relatie tussen provincie en gemeenten is het van belang de invulling van deze bevoegdheden niet aan de provincie over te laten.
5. De gemeenten van de drie invoeringsgebieden dienen hun gezamenlijke belangen beter te behartigen. Mogelijke wegen hiertoe zijn het verhogen van de frequentie van ambtelijk

en bestuurlijk overleg en het sneller onderkennen van en reageren op landelijke ontwikkelingen.

4. VOORTGANG INTEGRALE INVOERINGSPROJECT WVG IN KENNEMERLAND

4.1 Inleiding

Onder invloed van de zojuist geschetste landelijke ontwikkelingen werd het Integrale Invoeringsproject WVG in Kennemerland het afgelopen jaar voortgezet. In het nu volgende wordt hiervan verslag gedaan. Onderscheid is gemaakt tussen de beschrijving van de feiten en gebeurtenissen (par. 4.2) en de evaluatie van het beleidsnetwerk dat zich met betrekking tot de WVG-invoering in deze regio voordoet (par. 4.3). Op basis van beide besprekingen worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan (par. 4.4).

Voor de inhoud van dit hoofdstuk is uitgebreid gebruik gemaakt van informatie, verzameld tijdens de aanwezigheid bij vergaderingen in de regio, en van beschikbare documentatie. Aanvullende informatie werd verkregen door middel van telefonische interviews.

4.2 Het Integrale Invoeringsproject Kennemerland

Het Integrale Invoeringsproject Kennemerland bestaat sinds 1983. In schema 2 is de overlegstructuur van het project weergegeven. De Stuurgroep vormt het hoogste orgaan. Zij bewaakt de voortgang van het project en neemt waar nodig initiatieven. De Stuurgroep wordt ondersteund door de Ambtelijke Werkgroep, die werkzaamheden met betrekking tot inventarisatie van gegevens en informatievoorziening heeft gedelegeerd naar een werkgroep en een projectgroep. De hier gepresenteerde structuur is die op regionaal niveau. Binnen de twee subregio's Midden-Kennemerland en Zuid-Kennemerland vindt bestuurlijk overleg over WVG-zaken plaats in

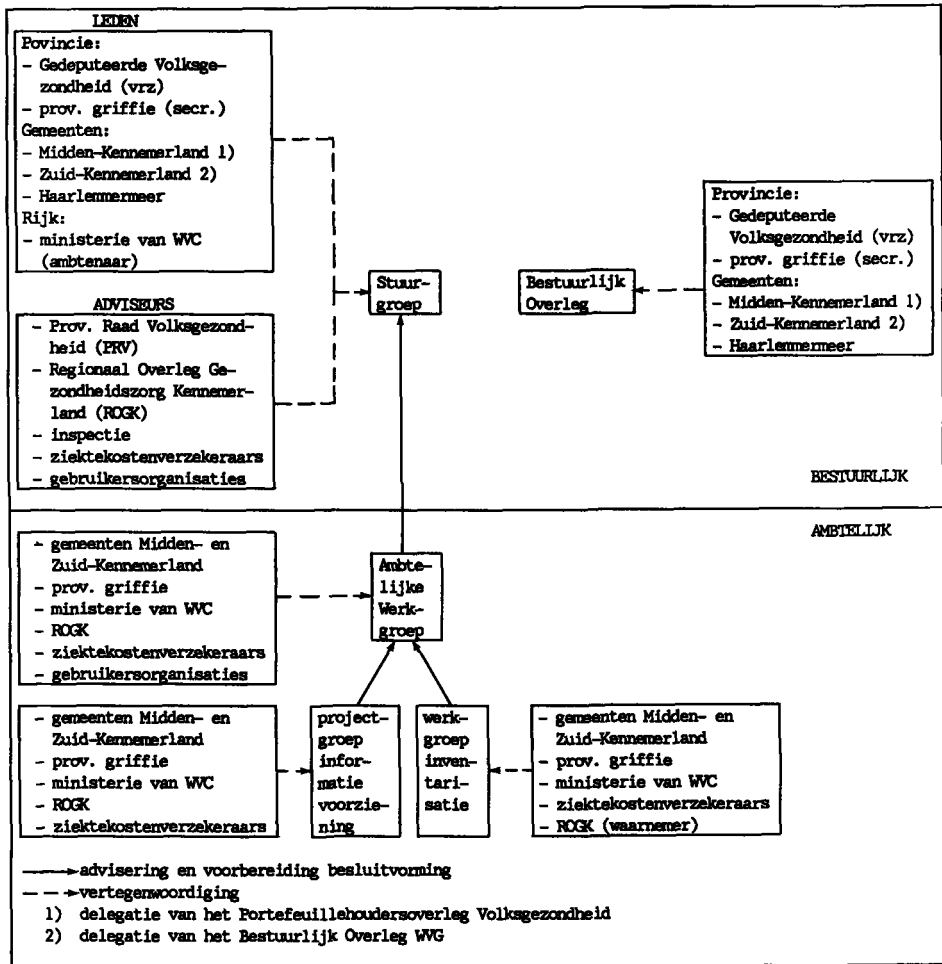
resp. het Portefeuillehouderscontact Volksgezondheid en het Bestuurlijk Overleg WVG (BOW). In beide subregio's is een bureau WVG aanwezig met als taken het verlenen van ambtelijke ondersteuning aan de bestuurders en het uitvoeren van werkzaamheden.

De afgelopen evaluatieperiode stond voor de diverse partijen van het invoeringsproject voornamelijk in het teken van afwachten en reageren op landelijke ontwikkelingen en initiatieven van het Rijk. Binnen het project als zodanig was het tamelijk rustig. De Stuurgroep kwam éénmaal bijeen. Haar belangrijkste werkzaamheden betroffen het vaststellen van het Regionaal Financieel Overzicht (RFO) 1982-1984 Kennemerland en het leveren van commentaar op het Ontwerp Richtlijnen en Kwaliteitseisen. De Ambtelijke Werkgroep vergaderde vijfmaal en hield zich behalve met het bespreken van de stand van zaken rond de wetgeving onder meer bezig met de actualisatie van het RFO, de reactie op het Ontwerp Richtlijnen en Kwaliteitseisen en het nieuwe planningsconcept zoals dat in de loop van het voorjaar zichtbaar werd. De Werkgroep Inventarisatie vergaderde diverse malen over genoemde actualisatie van het RFO (zie ook hoofdstuk 5). De Projectgroep Informatievoorziening kwam niet bijeen.

Op subregionaal niveau kwam het afgelopen jaar zowel in het Portefeuillehouderscontact Volksgezondheid als in het BOW verschillende malen de voortgang van het invoeringsproject aan de orde (bijvoorbeeld in de voorbereiding van het overleg met de Staatssecretaris). In beide organen werd tevens aandacht geschonken aan het vestigingsbeleid huisartsen en de subsidieregeling met betrekking tot ROGK en gebruikersorganisaties. Door het Portefeuillehouderscontact werd bovendien de 'Invoeringsnota WVG' uitgebracht, waarin een uitwerking wordt geboden van de in deze subregio te doorlopen procedure bij de planning ex WVG. Door de buro's WVG werd voortgegaan met het verrichten van onderzoek (zie ook hoofdstuk 7).

Tenslotte was op regionaal niveau nog tweemaal sprake van Bestuurlijk Overleg tussen provincie en gemeenten (de Stuurgroep zonder het ministerie en adviseurs). Dit overleg, begin april en half mei, vond plaats ter voorbereiding van het geplande overleg met de Staatssecretaris.

Schema 2 Overlegstructuur Integraal Invoeringsproject WVG Kennemerland



Inhoudelijk speelden binnen Kennemerland vooral het vestigingsbeleid en het RFO. Aan beide onderwerpen worden in dit rapport afzonderlijke hoofdstukken gewijd. Daarnaast kwam het Ontwerp Richtlijnen en Kwaliteitseisen aan de orde. In het commentaar dat hierop door de Stuurgroep naar de Staatssecretaris werd verzonden werd op diverse onderdelen van het ontwerp ingegaan. Verschillende partijen waren van mening dat het ontwerp de lagere overheden slechts uitvoerders doet zijn van de vele in het ontwerp neergelegde regels.

Door het uitblijven van uitvoeringsbesluiten van het Rijk kon ook dit jaar niet daadwerkelijk worden begonnen met de invoering van de WVG. Dit veroorzaakte in de regio wel eens een gelaten stemming, doch er was daarnaast een voortdurende betrokkenheid bij de landelijke ontwikkelingen. Men was zeker niet passief. In de loop van het voorjaar werd op gemeentelijk nivo ambtelijk de notitie 'uitgangspunten voor een nieuw evenwicht tussen overheidsregulering ex WVG en marktwerking in de integrale invoeringsgebieden WVG' uitgebracht waarin werd gereageerd op voorstellen van de Commissie Dekker en de daaruit voortvloeiende plannen van het Rijk rond het regionale ontwikkelingsmodel. Deze notitie werd in het bestuurlijk overleg van de gemeenten van de drie invoeringsprojecten op 15 juni door vrijwel alle deelnemers als gezamenlijk document gaccepteerd.

4.3 Het beleidsnetwerk

Behalve naar wat er het afgelopen jaar feitelijk in Kennemerland heeft plaatsgevonden, gaat de aandacht in dit hoofdstuk uit naar het functioneren van het invoeringsproject op zich. Aan dit functioneren kunnen twee aspecten worden onderscheiden, te weten enerzijds het projectmanagement, anderzijds de omgang van de partijen met elkaar. Over het eerste aspect is de afgelopen

periode onderzoek verricht door het onderzoeksburo Twijnstra Gudde. Op de door dit buro getrokken conclusies wordt hier niet ingegaan, aangezien de betreffende rapportage tot dusver niet openbaar is gemaakt. Wij beperken ons dan ook tot het tweede aspect.

Om uitspraken te kunnen doen over de omgang van de bij het invoeringsproject betrokkenen met elkaar dient te worden beschikt over een theoretisch kader. Dit kader wordt vastgesteld met behulp van het concept beleidsnetwerk. Hieronder kan worden verstaan het 'geraamte' van op afhankelijkheid gebaseerde betrekkingen en normatieve verhoudingen tussen organisaties (Wasenberg, 1980). Een netwerk kenmerkt zich door een veelheid van actoren die vanuit uiteenlopende visies, probleemdefinities en belangen, en met verschillende beïnvloedingsmogelijkheden, aan de besluitvorming bijdragen. Voorts vormen zowel het verwezenlijken van officiële doelen als het uiteenlopen van visies en belangen bestaansgrond van het netwerk. Een derde kenmerk is het feit dat er sprake is van een onderhandelingsproces waarin onzekerheidsreductie en het vastleggen en inperken van macht veelal de boventoon voeren.

De vraag die bij de bestudering van een netwerk vooral interessant is, is of het netwerk doeltreffend is (Godfroi, 1986). Van dit laatste is sprake indien en voor zover partijen in staat zijn om met het oog op collectieve doeleinden en interdependentievraagstukken (vraagstukken over de onderlinge afhankelijkheid of samenhang) beslissingen te nemen tegen relatief bescheiden inspanningen en kosten. Voorwaarden voor doeltreffendheid zijn, aldus Godfroi:

- a. een minimale oriëntatie op particularistische belangen en doeleinden; het besef dat het netwerk is gericht op legitieme, collectieve belangen;
- b. het serieus nemen van visies, belangen en bijdragen van

- afzonderlijke partijen; het respecteren van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en deskundigheden;
- c. helderheid en overzichtelijkheid van agenda's, procedures, verantwoordelijkheden en besluiten.

De vraag die wij willen beantwoorden is of het WVG-netwerk in Kennemerland het afgelopen jaar doeltreffend functioneerde. Daaraan vooraf gaat de vraag of hier van een netwerk wel sprake is. Ons inziens is dit het geval. Als actoren van het netwerk kunnen de in schema 2 genoemde partijen worden aangemerkt. Al deze partijen dragen vanuit uiteenlopende visies, probleemdefinities en belangen, en met verschillende beïnvloedingsmogelijkheden, aan de besluitvorming over de voorbereidingen van de WVG-invoering in de regio bij. Ook is duidelijk dat de bestaansgrond van hun overleg niet alleen gevormd wordt door het collectieve doel 'een meer samenhangende en doelmatige gezondheidszorg' doch ook door het uiteenlopen van visies en belangen (juist daarom wil men er bij zijn). Tenslotte laat ook het onderhandelingsproces (bijvoorbeeld in de totstandkoming van de bestuursorganisatorische maatregelen) zich duidelijk zien.

De volgende vraag is in hoeverre het netwerk het afgelopen jaar heeft gefunctioneerd. Onderscheid dient hierbij te worden gemaakt tussen ambtelijk en bestuurlijk niveau. Ambtelijk is men, enerzijds in de Ambtelijke Werkgroep, anderzijds in de Werkgroep Inventarisatie, herhaaldelijk bijeen geweest. Bestuurlijk werd éénmaal vergaderd. Daarnaast werd enkele malen (te weten bij het geven van commentaar op het ontwerp Richtlijnen en Kwaliteitseisen en het geven van een reactie op het vorige evaluatierapport van het NIPG) een bestuurlijk standpunt ingenomen na schriftelijke raadpleging van de leden van de Stuurgroep. Voor een juiste beoordeling van de wijze van omgang tussen de partijen is voorts van belang dat aan het begin van het jaar een reeks van stuurgroepvergaderingen werd gepland en als principe werd gehan-

teerd dat de vergadering, indien er onvoldoende aanleiding was bijeen te komen, enkele weken daarvoor werd geannuleerd. Het uitblijven van uitvoeringsbesluiten van het Rijk en de afwezigheid van bestuurlijk overleg tussen Rijk en invoeringsgebied zorgden ervoor dat vrijwel alle vergaderingen na september 1986 konden worden afgezegd.

Naast dit netwerk van alle partijen functioneerden in Kennemerland het afgelopen jaar twee deelnetwerken, bestaande uit de gemeenten van resp. Zuid- en Midden Kennemerland. Het begrip netwerk is op deze twee groepen van toepassing omdat ook hier sprake is van uiteenlopende visies en belangen (grote gemeenten tegenover kleine bijvoorbeeld) en naast het verwezenlijken van collectieve doelen het uiteenlopen van visies en belangen motiveert om bijeen te zijn. Van een onderhandelingsproces (bijvoorbeeld in de uitvoering van het vestigingsbeleid huisartsen) is op gezette tijden sprake.

De doeltreffendheid van een netwerk is door ons omschreven als de mate waarin de partijen in staat zijn, met het oog op collectieve doeleinden en vraagstukken over onderlinge afhankelijkheid of samenhang, beslissingen te nemen tegen relatief bescheiden inspanningen en kosten. Ten aanzien van de Stuurgroep kan worden gezegd dat, voor zover zich zaken voor overleg aanboden, deze op efficiënte wijze werden behandeld en er zonder problemen gezamenlijke besluiten werden genomen. In het algemeen gold hetzelfde voor de Ambtelijke Werkgroep en de Werkgroep Inventarisatie (zie met betrekking tot deze laatste hoofdstuk 5). De conclusie is dan ook dat het netwerk doeltreffend heeft gefunctioneerd.

Was er op regionaal niveau, gezien de stilstand in de invoering van de WVG, relatief weinig aan de orde, dit gold zeker ook op subregionaal niveau. Weliswaar heeft men niet stil gezeten en gewerkt aan zaken als het nieuwe RFO (over 1985), vestigingsbe-

leid huisartsen, onderzoek en aan de Invoeringsnota WVG (dit laatste in Midden-Kennemerland), bestuurlijk behoefden er geen belangrijke besluiten met betrekking tot de integrale invoering te worden genomen. Een beoordeling van de doeltreffendheid van de twee deelnetwerken is dan ook moeilijk te geven. Aan de voorwaarden voor doeltreffendheid werd in het algemeen voldaan, zij het dat op onderdelen (bijvoorbeeld het vestigingsbeleid, zie hoofdstuk 6) enkele kanttekeningen zijn te maken.

4.4 Conclusies en aanbevelingen

Door het uitblijven van uitvoeringsbesluiten van het Rijk kon in Kennemerland ook het afgelopen jaar niet worden begonnen met de daadwerkelijke invoering van de WVG. Binnen het Integrale Invoeringsproject was het dan ook tamelijk rustig. Overleg vond voornamelijk plaats binnen de Ambtelijke Werkgroep en de Werkgroep Inventarisatie. De Stuurgroep behoefte slechts éénmaal bijeen te komen. Inhoudelijk speelden in Kennemerland vooral het vestigingsbeleid huisartsen en het Regionaal Financieel Overzicht een rol. Landelijke ontwikkelingen rond de WVG-invoering werden met belangstelling gevolgd. Waar nodig werd gereageerd.

Voor zover het WVG-beleidsnetwerk in Kennemerland behoefde te functioneren, deed het dat op doeltreffende wijze. Aan de voorwaarden voor doeltreffendheid werd, zowel op regionaal niveau als binnen Midden- en Zuid-Kennemerland, over het algemeen voldaan.

Het is van belang dat de partijen in Kennemerland ook in de toekomst veel nadruk blijven leggen op de doeltreffendheid van hun netwerk, hetgeen betekent dat zij ernaar blijven streven om, in het spanningsveld van collectieve doeleinden en eigenbelang, zo doelmatig mogelijk te functioneren.

5. HET REGIONAAL FINANCIËEL OVERZICHT

5.1 Inleiding

Vanaf 1984 worden in Kennemerland werkzaamheden verricht met betrekking tot het Regionaal Financieel Overzicht (RFO). In dit hoofdstuk worden deze werkzaamheden besproken en het RFO als beleidsinstrument geëvalueerd. Eerst (par. 5.2) wordt ingegaan op de doelstellingen en uitgangspunten van het RFO en wordt de betrokkenheid van het Rijk beschreven. Vervolgens (par. 5.3) worden de bezigheden in Kennemerland geschetst. Daarna (par. 5.4) volgt de eigenlijke evaluatie. Het hoofdstuk wordt afgesloten (par. 5.5) met conclusies en aanbevelingen.

De informatie die nodig was om dit hoofdstuk samen te stellen werd allereerst verkregen door het bezoeken van de vergaderingen van de Werkgroep Inventarisatie, onder wiens verantwoordelijkheid de RFO-en in Kennemerland tot stand komen. Daarnaast werden documenten bestudeerd. Tenslotte werd gebruik gemaakt van de resultaten van een schriftelijke enquête onder de leden van de werkgroep. Deze enquête werd mei/juni 1987 gehouden.

5.2 Het RFO algemeen

Het RFO kan worden beschouwd als een belangrijk instrument voor het maken van plannen volgens de WVG. Vrijwel vanaf de start van de invoeringsprojecten heeft het instrument aandacht gekregen. Doordat het om een betrekkelijk nieuw beleidsinstrument ging, waarvan de formeel-juridische positie vooraf niet duidelijk was gedefinieerd, is de toepassing ervan in de invoeringsgebieden met de nodige onzekerheden en problemen gepaard gegaan. Mede hierdoor zijn in de loop der jaren externe onderzoeksinstituten bij de vormgeving en toepassing van het instrument betrokken. Zo

is medio 1985 door het ministerie van WVC aan de Rijksuniversiteit Utrecht (vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie) en de Rijksuniversiteit Limburg (vakgroep Economie van de Gezondheidszorg) advies gevraagd over het opstellen van RFO-en. Dit advies werd najaar 1985 uitgebracht. De betrokkenheid van de Rijksuniversiteit Limburg heeft tevens geleid tot een advies over een bij het opstellen van RFO-en te gebruiken Handleiding (1987).

In het RFO wordt, aldus Freens & De Kubber (1986), uitgaande van de in de regio aanwezige voorzieningen voor gezondheidszorg, de feitelijke situatie weergegeven met betrekking tot kosten en capaciteiten van de instellingen van gezondheidszorg en de aantallen en kosten van de vrije beroepsbeoefenaren. Daarnaast wordt in het RFO, uitgaande van reeds genomen planningsbeslissingen, ingegaan op de te verwachten financieel-economische situatie in de regio. Tenslotte wordt zicht gegeven op de demografische situatie (bevolkingsomvang en -samenstelling) en de interregionale patiëntenstromen. Het RFO moet worden beschouwd als een louter *statistische verkenning* van de feitelijke situatie in de regio.

Het doel van het RFO is drieledig. In de eerste plaats geeft het RFO informatie ten behoeve van de regionale beleidsvorming en planning. In de tweede plaats draagt het bouwstenen aan voor het landelijk FOGM (Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn) en voor de bepaling van de regionale marginale financiële kaders. Deze laatste betreffen de financiële ruimte (additioneel beschikbare gelden voor planning en bouw en voor volumegroei) voor de onder de WVG vallende voorzieningen. In de derde plaats bevordert het RFO de samenhang tussen planning en budgettering; in het regionale overzicht komen beide circuits tezamen.

Over de wijze waarop RFO-en moeten worden opgesteld kan het volgende worden gezegd (Rijksuniversiteit Limburg, 1987). Zeer belangrijk is dat de overzichten in samenwerking met alle partijen, te weten gemeenten, provincie, (samenwerkende) instellingen, beroepsbeoefenaren, gebruikersorganisaties en ziektekostenverzekeraars, worden opgesteld. Voorts is het van belang dat de RFO-en aanvaard en gedragen worden door alle instellingen en instanties van gezondheidszorg in de regio. Dit uitgangspunt resulteert in een zgn. 'bottum-up' benadering van de inventarisatie op basis van met name jaarrekeningen.

In concreto betekenen deze uitgangspunten onder meer dat:

- a. alvorens met een inventarisatie wordt begonnen, afspraken worden gemaakt over wie wat inventariseert en wanneer inbrengt bij de instantie die voor de opstelling van het RFO de eindverantwoordelijkheid heeft;
- b. de gegevens over instellingen door die instellingen op hun juistheid zijn gecontroleerd en geaccordeerd;
- c. het RFO qua systematiek van indeling zoveel mogelijk dient aan te sluiten bij elders gehanteerde functionele indelingen, zoals die van het landelijk FOGM, de WZV-richtlijnen (ex art. 3) en de richtlijnen en kwaliteitseisen ex WVG (waarvan juli 1986 een concept verscheen).

De belangrijkste gebeurtenissen met betrekking tot het RFO zijn de volgende (zie overzicht 2).

De start voor het maken van de RFO-en vond plaats in januari 1984. In die maand verzocht de Directeur-Generaal Volksgezondheid van WVC de Integrale Invoeringsprojecten een inventarisatie uit te voeren met het oog op de berekening van financiële kaders. In het ontwerp-schema van werkzaamheden d.d. mei 1984 werd aan provincie en gemeenten voorgesteld deze inventarisatie te verrichten in samenwerking met financiers, instellingen en (organisaties van) beroepsbeoefenaren. Verzocht werd per subregio

een ambtelijke Werkgroep Inventarisatie te vormen. De inventarisatie zou vooralsnog betrekking hebben op het jaar 1982.

Overzicht 2 Belangrijkste gebeurtenissen (landelijk) met betrekking tot het Regionaal Financieel Overzicht

<u>tijdstip</u>	<u>gebeurtenis</u>
januari 1984	brief van Directeur-Generaal aan Integrale Invoeringsprojecten met het verzoek te starten met inventarisaties
mei 1984	voorstel aan provincies en gemeenten (in ontwerp-schema van werkzaamheden) ten aanzien van de uitvoering van de inventarisatie
najaar 1984	eerste vergaderingen van de Werkgroepen Inventarisatie
eerste helft 1985	stagnatie van werkzaamheden Werkgroepen Inventarisatie, onder meer vanwege het uitblijven van aanwijzingen over methode en definities
september 1985	advies Rijksuniversiteiten Utrecht en Limburg over opzet RFO
oktober 1985	bestuurlijk overleg Staatssecretaris en Integrale Invoeringsprojecten, onder andere over opstellen RFO-en
december 1985	technisch overleg over RFO-en
februari 1986	brief van Directeur-Generaal aan Integrale Invoeringsprojecten met aanwijzingen over voortgang werkzaamheden RFO-en en overzicht van te hanteren definities
maart 1986	openbaarmaking van het Concept-besluit Integrale Invoeringsprojecten WVG
tweede helft 1986	RFO-en 1982-1984 worden in invoeringsgebieden vastgesteld en aan Staatssecretaris aangeboden
eind 1986/eerste helft 1987	in invoeringsgebieden wordt gewerkt aan RFO 1985
maart 1987	verschijning concept Handleiding Regionaal Financieel Overzicht Gezondheidszorg (Rijksuniversiteit Limburg)

De eerste helft van 1984 werd in de invoeringsgebieden besteed aan voorbereidende besprekingen over taakopdracht, status en samenstelling van de werkgroep en haar relatie tot andere organen. In de meeste (sub)regio's vond in dat najaar de eerste vergadering van de werkgroep plaats.

In de loop van 1985 stagneerden de werkzaamheden rond de RFO-en, onder meer vanwege het uitblijven van aanwijzingen over de te volgen methode en te hanteren definities. Zoals gezegd werden de Rijksuniversiteiten Utrecht en Limburg gevraagd advies uit te brengen over het opstellen van RFO-en. Dit advies verscheen najaar 1985. In oktober van dat jaar vond bestuurlijk overleg plaats tussen Staatssecretaris en invoeringsgebieden. Tijdens dit overleg werd van de zijde van het departement de toezegging gedaan dat verdere duidelijkheid zou worden verschaft over definities en opzet van het RFO. Nadat in december technisch overleg had plaatsgevonden werd op 12 februari 1986 door de Directeur-Generaal bij brief aan de invoeringsgebieden duidelijkheid verschaft over de opzet van het RFO. In deze brief werd onder meer gesteld dat:

- de RFO-en voor wat betreft het overzicht van kosten en capaciteiten niet alleen op het jaar 1982, maar ook op 1983 en 1984 betrekking dienden te hebben;
- zij, gezien het geplande bestuurlijk overleg, vóór 1 april 1986 gereed zouden moeten zijn;
- de RFO-en van de drie invoeringsgebieden in ieder geval een minimumset aan gegevens dienden te bevatten (in de bijlage van de brief nader omschreven);
- bij het verzamelen van gegevens over patiënten in- en uitstroom, gezien de technische problemen die zich daarbij voordeden, volstaan kon worden met een globale aanpak en men zich vooralsnog kon beperken tot een kwalitatieve beschrijving;
- het ramingsgedeelte van het RFO (periode 1985 t/m 1990) een

inventarisatie van geplande bouwactiviteiten zou moeten bevatten.

Bij de brief werd tevens een overzicht gevoegd van te hanteren definities.

Op 3 maart 1966 verscheen het Concept-besluit Integrale Invoeringsprojecten WVG (AMvB ex art. 41 WVG). Hierin, en in de bijbehorende Nota van Toelichting, werden functie en status van het RFO omschreven.

De datum van 1 april als moment waarop de RFO-en 1982-1984 gereed dienden te zijn, bleek niet haalbaar. Er was méér tijd nodig. Pas in de tweede helft van 1986 werden in de invoeringsgebieden de RFO-en vastgesteld en aan de Staatssecretaris aangeboden. Korte tijd daarna werden de werkzaamheden gestart voor het samenstellen van het RFO over 1985. Deze werkzaamheden duurden in de eerste helft van 1987 voort. Maart 1987 verscheen het concept van de al eerder genoemde Handleiding Regionaal Financieel Overzicht Gezondheidszorg van de vakgroep Economie van de Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit Limburg.

5.3 Het RFO in Kennemerland

In Kennemerland had men begin 1984 weinig moeite met het verzoek van de Directeur-Generaal de inventarisatie ten behoeve van het RFO uit te voeren in gezamenlijk overleg met alle bij de WVG-invoering betrokken partijen. Men was binnen het invoeringsgebied aan samenwerking gewend. De inventarisatie werd uitgevoerd als co-productie van de provincie en de gemeenten, die bij de verzameling van gegevens een beroep konden doen op gegevensbestanden van het ziekenfonds Spaarneland, op het ROGK en op de medewerking van instellingen voor gezondheidszorg en maatschap-

pelijke dienstverlening in de regio. Als uitgangspunten voor de inventarisatie werden gehanteerd:

- elk overheidsniveau zou in eerste instantie die voorzieningen inventariseren die op basis van de taakverdeling uit de Nota Bestuursorganisatorische Maatregelen (de BOM-nota) tot zijn planningsverantwoordelijkheid zouden gaan behoren;
- het RFO zou vooralsnog uitsluitend bestaan uit kwantitatieve gegevens over kosten en capaciteiten; een nadere weging van deze feitelijkheden met specifieke regionale factoren (leef-tijdsopbouw, patiëntenstromen), waardoor correctie van de gegevens kon plaatsvinden, zou pas gemaakt kunnen worden nadat hierover voldoende gegevens voorhanden waren;
- bij de presentatie van het RFO zou de indeling van het FOGM als model worden genomen.

Wat de reikwijdte betreft werd als principe gehanteerd dat het RFO een weergave van kosten en capaciteiten zou geven binnen de grenzen van het invoeringsgebied. Ten aanzien van de maatschappelijke dienstverlening werd besloten om, in afwachting van nadere aanwijzingen over wat hieronder verstaan diende te worden, een voorzichtig beleid te voeren en uit deze sector slechts die voorzieningen op te nemen, welke van oorsprong reeds een functionele samenhang vertoonden met delen van de gezondheidszorg. In concreto werden gegevens over algemeen maatschappelijk werk, gezinszorg, delen van de verslaafdenzorg, gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven wél opgenomen en gegevens over bejaardenoorden, ambulancevervoer en ondersteuning (GVO, RIGG's, laboratoria, bloedbanken) niet.

Door de Stuurgroep werd voor geheel Kennemerland één Werkgroep Inventarisatie ingesteld. Dit gebeurde begin 1984. In deze werkgroep participeren vertegenwoordigers van provincie, gemeenten, rijk, ziekenfonds Spaarneland en het ROGK. Haar taak is het coördineren en op elkaar afstemmen van de deelinventarisaties en

deze laatste samen te voegen tot één regionaal overzicht van kosten en capaciteiten van alle onder de WVG vallende voorzieningen in het invoeringsgebied.

Overeenkomstig de wens van het ministerie van WVC richtte ook in Kennemerland de aandacht van de werkgroep zich aanvankelijk op de inventarisatie over het jaar 1982. Het uiteindelijke RFO bevatte gegevens over zowel 1982 als 1984.

In overzicht 3 zijn de belangrijkste gebeurtenissen rond het RFO in Kennemerland weergegeven. De deelinventarisaties leidden tot een concept-RFO dat juni 1986 in de Stuurgroep werd besproken en in november van dat jaar formeel vastgesteld (Provinciaal Bestuur van Noord-Holland, 1986). Het ROGK bracht in het voorjaar van 1986 de resultaten van haar inventarisaties ook zelfstandig uit, in september gevolgd door een regionale begroting (ROGK, 1986). Deze laatste kwam tot stand in samenwerking met de al eerder genoemde vakgroep Economie van de Gezondheidszorg van de Rijksuniversiteit Limburg. In de toelichting op de regionale begroting wordt opgemerkt dat het hier gaat om informatie en inzichten welke aanvullend zijn op die van het RFO. Waar deze laatste "betrekking heeft op voorzieningen en is toegespitst op planning en samenhang van de voorzieningen op basis van de planningswetgeving" staan bij de regionale begroting "de instellingen centraal, is de regionale begroting veel meer gespecificeerd en omvat zij ook meer aspecten omdat zij gebaseerd is op integrale budgetten van de instellingen waar een synthese tussen WTG en WVG gevonden wordt" (pag. 7).

In het RFO 1982-1984 wordt gerept van een drietal knelpunten bij de samenstelling van het RFO. In de eerste plaats ervaart men nog onvoldoende inzicht op het gebied van de te hanteren methodiek. De aanzet die daartoe door het ministerie, ondersteund door de Rijksuniversiteiten van Utrecht en Limburg, is gegeven vindt men hier weinig aan afdoen. In de tweede plaats is in de

Overzicht 3 Belangrijkste gebeurtenissen met betrekking tot het opstellen van het Regionaal Financieel Overzicht in Kennemerland.

<u>tijdstip</u>	<u>gebeurtenis</u>
1985	inventarisaties over 1982 worden verricht.
maart 1986	concept RFO 1984 in Zuid-Kennemerland gereed Regionaal Financieel Overzicht, Experimenteel 1982-1984 Zuid- en Midden-Kennemerland (premiegefinancierde instellingen van gezondheidszorg) door het ROGK gepubliceerd.
mei 1986	inventarisatie van voorzieningen voor gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in Midden-Kennemerland gereed.
juni 1986	Regionaal Financieel Overzicht, Experimenteel 1982-1984 Zuid- en Midden-Kennemerland (AMW, gezinsverzorging en patiëntenstromen) door het ROGK gepubliceerd. concept RFO 1982-1984 Kennemerland in Stuurgroep besproken.
september 1986	Regionale Begroting Zuid- en Midden-Kennemerland, bevindingen eerste fase, door het ROGK gepubliceerd.
november 1986	RFO 1982-1984 Kennemerland formeel in Stuurgroep vastgesteld. RFO 1982-1984 Kennemerland aangeboden aan Staatssecretaris.
najaar 1986/ eerste helft 1987	werkzaamheden ten behoeve van RFO 1985 Kennemerland.

praktijk gebleken dat gegevens over de extramurale sector veel moeilijker zijn te vergaren dan gegevens over de intramurale sector. Dit heeft sommige gemeenten ertoe gebracht om ten behoeve van de inventarisatie over 1982 externe deskundigheid in te schakelen. Actualisering van de gegevens over 1984 is daarna in eigen beheer uitgevoerd. In de derde plaats ontbreekt het nog

steeds aan voldoende zekerheid over de inhoud van de WVG-plannen en de wijze waarop deze tot stand zullen komen. Zo is er nog geen zicht op de gewenste mate van gedetailleerdheid van de planning waardoor onduidelijk is welke gegevens t.b.v. het RFO precies verzameld dienen te worden en hoe ze moeten worden bewerkt.

Al in augustus 1986 ging binnen de Werkgroep Inventarisatie de aandacht uit naar het RFO over 1985. Ondanks het feit dat de benodigde uitvoeringsbesluiten van de WVG (met name het besluit Richtlijnen Financiële Kaders) nog niet beschikbaar waren, was men overtuigd van de zin van actualisatie van het RFO. Twee overwegingen speelden hierbij een rol. In de eerste plaats was men van mening dat voor het vaststellen van financiële kaders - wat ten aanzien van Kennemerland op termijn hoe dan ook zou dienen te gebeuren - zo actueel mogelijke gegevens nodig zijn over de situatie in de regio. In de tweede plaats zou door het niet beschikbaar zijn van een RFO voor een volgend jaar de mogelijkheid wegvallen in onderscheiden zorgsectoren trends te ontdekken.

Unaniem was men in de werkgroep van mening dat de gegevensverzameling voor het RFO 1985 zo efficiënt mogelijk plaats zou moeten vinden. Overlapping en doublures in de werkzaamheden, de vorige maal geaccepteerd vanwege het verkennende karakter van de inventarisatie, dienden te worden voorkomen. Uiteindelijk kwam men tot de volgende afspraken.

1. Kwantitatieve gegevens over kosten en capaciteiten worden door het ziekenfonds Spaarneland en de gemeenten in de Werkgroep Inventarisatie ingebracht. Hierbij wordt een taakverdeling gehanteerd (zie schema 3, waarin tevens de taakverdeling met betrekking tot het vorige RFO is weergegeven). De provincie verzamelt de overige gegevens (over patiëntenstro-

Schema 3 Taakverdeling in de verzameling van gegevens met betrekking tot kosten en capaciteiten ten behoeve van het RFO 1982-1984 en het RFO 1985 in Kennemerland (bron: vergaderstukken Werkgroep Inventarisatie).

voorzieningen	RFO 1982-1984				RFO 1985			
	gemeenten	provincie	ziekenfonds	ROGK	gemeenten	provincie ³	ziekenfonds	ROGK ⁴
<u>extramuraal</u>								
huisarts	x		x				x	
verloskundige	x		x				x	
tandarts	x		x				x	
uitwend.geneesw.:								
- fysiotherapie	x		x				x	
- mensendieck/césar	x		x				x	
- logopedist			x				x	
genees-, kunst- en hulpmiddelen								
kruiswerk	x		x	x			x	
kraamzorg	x		x	x			x	
AGGZ	x		x	x			x	
CAD	x				x			
collectieve/preventieve zorg:								
- gezondheidsbescherming	x				x			
- basisgezondh.z.	x				x			
- bedrijfsgez.z.	x				x			
gezinsverzorging	x			x	x			
Alg.Maatsch.Werk	x			x	x			
<u>intra- en semi-muraal</u>								
alg. en categor.								
ziekenhuizen		x ¹	x ²	x			x	
pysch.ziekenhuiz.inrichting voor		x ¹	x ²	x			x	
zwakzinnigen		x ¹	x ²	x			x	
verpleeghuizen		x ¹	x ²	x			x	
medische kindertehuizen en kleuterdagverblijven				x	x		x	
dagverbl. voor gehandicapten			x	x			x	
gezinsvervangende tehuizen			x	x			x	
1 exploitatiekosten	3 verzamelt 'overige gegevens'							
2 budgetten	4 taak uitsluitend toetsend							

men intramuraal, beddenreductie, bouwinitiatieven en bevolkingssamenstelling).

2. Het ROGK toetst de gegevens op hun feitelijke juistheid (overigens was de Werkgroep Inventarisatie het hierover niet unaniem eens; de voorkeur van Midden-Kennemerland ging er aanvankelijk naar uit de verzamelde gegevens via direct contact met instellingen, dus zonder tussenkomst van het ROGK, te toetsen).
3. Kommentaren van kwalitatieve en/of interpretatieve aard worden op werkgroepniveau opgesteld met inbreng van alle participanten.
4. Het RFO wordt eerst op werkgroepniveau vastgesteld, vervolgens op stuurgroepniveau en tenslotte door het Provinciaal Bestuur aan de Staatssecretaris aangeboden.

In feite zijn er door middel van deze afspraken twee wezenlijke verschillen met de procedure die bij het opstellen van het RFO 1982-1984 werd gevolgd. Enerzijds is de rol van het ROGK gewijzigd: van (mede)verzamelend naar toetsend. Anderzijds zouden volgens deze procedure geen doublures en overlappingen meer plaats vinden in de gegevensverzameling.

5.4 Evaluatie beleidsinstrument RFO

Bij de evaluatie van het beleidsinstrument RFO in Kennemerland wordt onderscheid gemaakt tussen de procedurele kant (de totstandkoming van het RFO, de werkwijze binnen de Werkgroep Inventarisatie) en de inhoudelijke (het product RFO). Beide zijn geëvalueerd op de criteria samenhangend en doelmatig. De criteria decentraal en democratisch zijn uitsluitend toegepast op de procedurele kant.

Vooraf dienen nog enkele opmerkingen te worden gemaakt. De eerste betreft de aard van de bespreking. Hoewel het hier vooral

gaat om de werking van het instrument RFO in Kennemerland zal zo nu en dan vanzelfsprekend ook worden ingegaan op de mogelijkheden die het instrument formeel/wettelijk biedt. De tweede opmerking betreft het evaluatieobject. De evaluatie van de procedure van het RFO is gericht op de totstandkoming van zowel het RFO 1982-1984 als het RFO 1985. Aangezien het RFO 1985 nog niet is vastgesteld heeft de productevaluatie uitsluitend betrekking op het RFO 1982-1984. Tenslotte wordt opgemerkt dat bij de evaluatie van de procedure in ruime mate gebruik is gemaakt van de resultaten van de schriftelijke enquête die onder de leden van de Werkgroep Inventarisatie werd gehouden. Aan hen zijn ook enkele vragen gesteld die niet direct betrekking hadden op één van de evaluatiecriteria; het betreft onder meer vragen over de betekenis en bruikbaarheid van het RFO. De antwoorden hierop worden aan het eind van de paragraaf kort besproken.

Procedure-decentraal

Worden in de totstandkoming van het RFO aan provincie en gemeenten bevoegdheden gegeven om in een zekere onafhankelijkheid en op grond van een eigen belangenafweging besluiten van regeling en bestuur te nemen?

De opstelling van het RFO is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van provincie en gemeenten, waarbij elk overheidsnivo die voorzieningen dient te inventariseren welke, op basis van de afgesproken taakverdeling in de BOM-nota, tot zijn planningsverantwoordelijkheid zouden gaan behoren. Er is dus sprake van verantwoordelijkheden, maar is er ook sprake van bevoegdheden? Kunnen gemeenten en provincie bijvoorbeeld, indien dat nodig zou zijn, voor het RFO onmisbare informatie afdwingen van personen of instellingen? De wettelijke basis hiervoor ontbreekt vooralsnog. Ook in andere opzichten ontbreekt zij: ten aanzien van genoemde taakverdeling in de planningsverantwoordelijkheid (men was van plan dit te regelen in de AMvB ex art. 41 WVG), de in-

houd van het RFO (bijvoorbeeld in hoeverre ook maatschappelijke dienstverlening moet worden meegenomen of correcties op bevolkingssamenstelling en patiëntenstromen worden uitgevoerd) alsook ten aanzien van de functie van het RFO bij het vaststellen van financiële kaders. Over sommige van deze zaken zijn in het verleden weliswaar uitspraken gedaan (bijvoorbeeld in brieven van het Rijk aan de invoeringsgebieden) doch zij zijn niet wettelijk geregeld. Een oordeel over de bevoegdheden, die met betrekking tot het RFO aan de lagere overheden worden gegeven, is in feite pas mogelijk wanneer dit is gebeurd.

Een tweede aspect van decentralisatie is de onafhankelijkheid en eigen belangenafweging van de lagere overheden. In Kennemerland wordt het RFO door de Stuurgroep vastgesteld. Ten aanzien van de informatieverzameling voor het RFO 1985 is de afspraak gemaakt (zie schema 3) dat de gemeenten over een aantal eerstelijnsvoorzieningen geen gegevens meer verzamelen (voor het RFO 1982-1984 deden zij dit nog wel). In de taak van de provincie vond een verschuiving plaats van het verzamelen van gegevens over de intramurale sector naar het verzamelen van gegevens met een ondersteunend en beleidsbepalend karakter. Het accent bij de gegevensverzameling is dus komen te liggen bij het ziekenfonds. De taak van het ROGK verschoof van een verzamelende naar een toetsende. Hoewel in de praktijk tot dusver geen problemen zijn ontstaan wordt door met name gemeentelijke vertegenwoordigers in de werkgroep een afhankelijkheid ervaren van het ziekenfonds.

Samengevat: het RFO moge de lagere overheden in staat stellen meer zicht te krijgen op wat zich binnen de regio afspeelt, vooralsnog is bij de opstelling van het RFO meer sprake van verantwoordelijkheden dan van bevoegdheden. Wettelijk is rond het RFO nog te weinig geregeld. In Kennemerland ervaren de gemeenten bij de samenstelling van het RFO een afhankelijkheid van het ziekenfonds.

Procedure-democratisch

Zijn er voor enerzijds politieke representatieve organen, anderzijds betrokkenen in het veld van de gezondheidszorg mogelijkheden om, direct of indirect, invloed te kunnen uitoefenen op de totstandkoming van het RFO?

De opstelling van het RFO vormt een onderdeel van de werkzaamheden van het Integrale Invoeringsproject. Gemeenteraden en Provinciale Staten hebben dit project goedgekeurd. Zij worden, naar mag worden aangenomen, op de hoogte gehouden van de voortgang van het project en, voor zover dat door henzelf of door de bestuurders van belang wordt gevonden, de totstandkoming van het RFO. Indien men dat wenst kan men, door middel van suggesties, kanttekeningen, commentaar of zelfs het ter verantwoording roepen van de bestuurder invloed uitoefenen. Er is dan ook sprake van een (intern-)democratische procedure.

Wat de invloed van betrokkenen in de gezondheidszorg betreft (de externe democratie) kan allereerst worden opgemerkt dat ook hierover wettelijk nog niets is geregeld. Wel is indertijd, bij het opstellen van het schema van werkzaamheden van het invoeringsproject, de inbreng van betrokkenen bij de opstelling van het RFO vastgelegd. In Kennemerland is tot dusver vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid aan de RFO-en gewerkt. Volgens de leden van de Werkgroep Inventarisatie hebben alle partijen in ongeveer gelijke mate invloed kunnen uitoefenen, zowel op de vaststelling van de te volgen procedure als op de inhoud van het RFO. Men constateert bij vrijwel alle partijen betrokkenheid bij het RFO. Slechts de betrokkenheid van het Rijk laat volgens enkelen te wensen over. Overigens zij opgemerkt dat de gebruikersorganisaties, vanwege gebrek aan menskracht, niet in de werkgroep zijn vertegenwoordigd.

Samengevat: de opstelling van het RFO in Kennemerland is tot dusver op een democratische wijze verlopen.

Procedure-samenhangend

Zijn bij de totstandkoming van het RFO taken en overleg op elkaar afgestemd?

Door de leden van de Werkgroep Inventarisatie wordt hierin een groot verschil geconstateerd tussen de periode waarin werd gewerkt aan het RFO 1982-1984 en die waarin het RFO 1985 werd voorbereid. In eerstgenoemde periode was de taakverdeling op zich weliswaar duidelijk, de taken waren echter slecht op elkaar afgestemd. Instellingen bijvoorbeeld werden door verschillende partijen benaderd (zie schema 3). Doordat niet dezelfde informatie werd verzameld (bijvoorbeeld exploitatiekosten naast budgetcijfers) ontstonden soms onvergelykbare inventarisaties. In de tweede periode daarentegen waren, aldus de werkgroepleden, de taken goed op elkaar afgestemd.

Samengevat: in Kennemerland is in de totstandkoming van het RFO 1985 van méér samenhang sprake dan in de totstandkoming van het RFO 1982-1984.

Procedure-doelmatig

Vindt de samenstelling van het RFO plaats met zo goed mogelijk gebruik van beschikbare middelen?

Zojuist is al gewezen op het feit dat in de Werkgroep Inventarisatie bij de opstelling van het RFO 1982-1984 de taken slecht op elkaar waren afgestemd. Uiteraard had dit een negatieve invloed op de doelmatigheid. In relatie hiermee worden door de werkgroepleden ook andere tekenen van ondoelmatigheid genoemd: de niet gehaalde tijdsplanning, een inefficiënte werkwijze en een procedure die niet eenvoudig was. Ook deze zaken vond men bij de opstelling van het RFO 1985 verbeterd, zij het dat door een aantal werkgroepleden naar voren wordt gebracht dat de procedure nog steeds eenvoudiger kan zijn en ook ditmaal de opgestelde tijdsplanning niet is gehaald. Ook wordt melding gemaakt van het feit dat sommige gegevens veel eerder beschikbaar komen

dan andere, alsook van afhankelijkheid in de taakuitvoering, met name van ziekenfonds en instellingen.

Op de mate van doelmatigheid van de totstandkoming van het RFO zijn bepaalde omstandigheden van invloed. Als minder gunstig werkende omstandigheden worden door werkgroepleden genoemd de meningsverschillen tussen ROGK en Midden-Kennemerland over de rol van het ROGK, de soms aarzelende houding van het ziekenfonds, het tekort aan financieel-economische deskundigheid binnen eigen gelederen en het ontbreken van duidelijkheid van de kant van het Rijk. Vooral dit laatste wordt benadrukt. De onduidelijkheid betreft de relatie tussen het RFO en de door het Rijk vast te stellen financiële kaders (waarover nog steeds geen richtlijnen zijn verschenen), de invoering van de WVG in het algemeen (en de gevolgen van de voorstellen van de Commissie Dekker daarvoor) en de methodiek van het RFO. Als gunstig werkende omstandigheden worden genoemd de goede vergadersfeer, het wederzijdse begrip bij de leden van de werkgroep en het feit dat de coördinatie van het opstellen van het RFO in handen is van de provincie.

Samengevat: ook in de doelmatigheid van de in Kennemerland gevolgde procedure is er een verschil tussen de situatie van het RFO 1982-1984 en die van het RFO 1985. De procedure van het RFO 1985 verliep tot dusver doelmatiger dan die van het RFO 1982-1984. Niettemin is er op verschillende punten nog verbetering mogelijk.

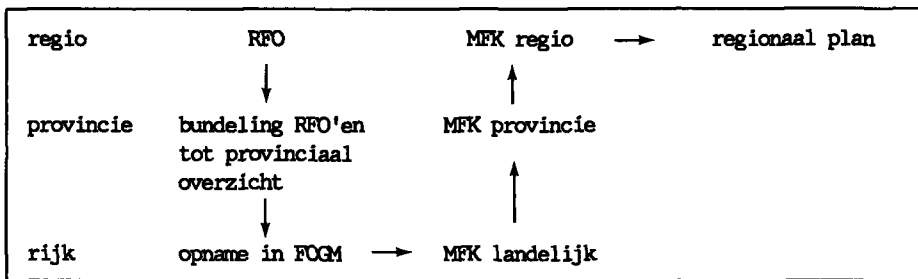
Product-samenhangend

Levert het RFO 1982-1984 een bijdrage tot een méér samenhangende gezondheidszorg, d.w.z. tot het verkrijgen van een grotere afstemming op elkaar van beleid, instrumenten en adviezen? Is het RFO zelf een samenhangend product?

Het is de bedoeling van het Rijk het RFO een belangrijk hulpmiddel te laten zijn bij de vaststelling van het Marginaal Financi-

eel Kader (MFK) voor de regio. De route die dan zou worden gevolgd is weergegeven in schema 4. Indien dit wordt gerealiseerd, is zeker van een samenhangende beleidsvoering sprake. De beleidsinstrumenten RFO, FOGM, MFK en regionaal plan sluiten dan immers op elkaar aan en vormen één geheel. Feitelijk is deze route nog niet doorlopen. Evenmin zijn de status van het RFO en de relaties tussen het RFO en de overige hier vermelde instrumenten al wettelijk vastgelegd. Samenhang is dus in potentie aanwezig, feitelijk nog niet.

Schema 4 De beoogde samenhang tussen Regionaal Financieel Overzicht (RFO) en Margaal Financieel Kader (MFK)



Kan over de samenhang tussen het RFO en andere beleidsinstrumenten dus nog geen oordeel worden uitgesproken, anders ligt het met de samenhang binnen het RFO. Onderscheid kan worden gemaakt tussen de samenhang in de presentatie en de inhoudelijke samenhang.

Bij de samenhang in de presentatie kan worden gekeken naar de indeling van het RFO, de opzet van de tabellen en de algehele lay out. Geconstateerd moet worden dat het RFO Kennemerland op deze punten enigszins tekort schiet. Het rapport bevat een algemeen deel en bijlagen. Deze laatste bestaan uit de drie afzonderlijke deelinventarisaties van resp. provincie, Zuid-Kennemerland en Midden-Kennemerland. Elk heeft zijn eigen indeling,

wijze van presentatie en lay out. Zij sluiten slecht op elkaar aan. De toegankelijkheid van de stukken is naar onze mening niet groot.

Bij de inhoudelijke samenhang gaat het allereerst om de samenhang tussen voorzieningen. Daaraan is aandacht geschonken. Zo werden uit de sector van de maatschappelijke dienstverlening slechts die voorzieningen opgenomen welke van oorsprong reeds een functionele samenhang vertonen met delen van de gezondheidszorg. Inhoudelijke samenhang van een RFO kan voorts blijken uit de opname van stroomcijfers, zowel geografisch (patiëntenverkeer tussen gemeenten en regio's) als zorginhoudelijk (bijv. patiëntenstromen tussen eerste- en tweedelijns). Het RFO Kennemerland is in dit opzicht beperkt. Alleen aan interregionaal patiëntenverkeer van ziekenhuizen is aandacht geschonken. Een derde aspect van inhoudelijke samenhang is het presenteren van financiële cijfers in de tijd. In het RFO wordt dit gedaan, zij het uitsluitend met betrekking tot de consequenties van bestaande bouwplannen.

Samengevat: over de bijdrage van het RFO tot het brengen van méér samenhang in de gezondheidszorg kan, gezien het feit dat het RFO nog niet daadwerkelijk is gebruikt bij de vaststelling van Marginale Financiële Kaders, weinig worden gezegd. De samenhang binnen het RFO Kennemerland zelf laat te wensen over. Zij kan worden vergroot o.a. door de deelinventarisaties te integreren tot één overzicht en meer aandacht te schenken aan stroomcijfers.

Product-doelmatig

Levert het RFO 1982-1984 een bijdrage tot het verkrijgen van een méér doelmatige gezondheidszorg, d.w.z. tot een doelbereiking met zo goed mogelijk gebruik van beschikbare middelen? Is het RFO zelf een doelmatig product?

De door het RFO aangedragen informatie kan inzicht geven in het doelmatig functioneren van instellingen en beroepsbeoefenaars (bijv. door vermelding van verhoudingen tussen verpleegkosten en overheadkosten). Op basis hiervan kan beleid worden ontwikkeld gericht op een grotere doelmatigheid in de zorgverlening. Als zodanig kan het RFO dus een belangrijke bijdrage leveren. Voorwaarde is wel dat het type gegevens van het RFO hierop is toegesneden. In het RFO van Kennemerland is dit nog niet het geval. Of het RFO 1982-1984 zelf een doelmatig product is blijkt door na te gaan of met dit product de doelen van het RFO (zie par. 5.2) worden bereikt. Het eerste doel van het RFO is het aandragen van informatie ten behoeve van regionale beleidsvorming en planning. Het RFO 1982-1984 geeft een overzicht van feitelijkheden over het aanbod van voorzieningen in Kennemerland, echter zonder dat gewogen werd naar variabelen als bevolkingssamenstelling en patiëntenstromen. Het betreft 'naakte' cijfers, niet gevolgd door analyses of nadere beschouwingen. Dit maakt de bruikbaarheid voor beleidsvorming en planning beperkt. Een bijkomend aspect is het gebruikte meetinstrumentarium. Binnen de Werkgroep Inventarisatie is ervoor gekozen de exploitatiekosten van instellingen te bepalen aan de hand van het goedgekeurde budget, dat wil zeggen de uiteindelijke financiële overeenkomst tussen instelling en ziekenfonds. Niet alle instellingen echter beschikten al over een goedgekeurd budget over 1984. In die gevallen waarin over een goedgekeurd budget niet werd beschikt, werd voor een ander meetinstrument gekozen. Dit legt beperkingen op aan de bruikbaarheid van het RFO.

Het tweede doel van het RFO is het aandragen van bouwstenen voor het landelijk FOGM. Aangezien in het RFO 1982-1984 dezelfde indeling is gekozen als die van het FOGM wordt dit doel grotendeels bereikt. Bepaalde gegevens behoeven voor de opname in het FOGM wellicht enige aanpassing.

Het derde doel van het RFO is het bevorderen van de samenhang tussen planning en budgettering. Gezien het feit dat planning op basis van het RFO 1982-1984 beperkt mogelijk is, wordt ook dit doel slechts in geringe mate bereikt.

Tenslotte de vraag of bij de doelbereiking van het RFO in Kennemerland, c.q. het streven daarnaar, zo goed mogelijk gebruik is gemaakt van beschikbare middelen. Eerder werd geconstateerd dat zich in de inhoud van het RFO overlappingsen voordoen en de onderdelen niet goed op elkaar zijn afgestemd. Ook bleek dat de gevolgde procedure wat betreft samenhang en doelmatigheid nog voor verbetering vatbaar is. Hieruit kan worden afgeleid dat bij de doelbereiking van het RFO niet optimaal van de beschikbare middelen gebruik is gemaakt.

Samengevat: op zich kan een RFO een bijdrage leveren tot het verkrijgen van méér doelmatigheid in de gezondheidszorg. Het RFO 1982-1984 van Kennemerland levert deze bijdrage nog niet. De doelmatigheid van dit RFO is gering: het bereikt de doelen die aan RFO-en kunnen worden gesteld slechts in geringe mate. Bij het streven om deze doelen te bereiken is van de beschikbare middelen niet optimaal gebruik gemaakt.

Tot slot van deze paragraaf wordt kort ingegaan op de meer algemene betekenis en bruikbaarheid van het beleidsinstrument RFO. Aan de leden van de Werkgroep Inventarisatie zijn hierover in de enquête vragen gesteld. De betekenis van het RFO 1982-1984 is volgens de leden gelegen in het zicht dat het geeft op kosten, capaciteiten en spreiding van voorzieningen. Het wordt bruikbaar genoemd vanwege de mogelijkheden voor gemeenten om in hun beleid resultaten van de inventarisaties een rol te laten spelen, alsook vanwege het feit dat ter uitdieping van de resultaten verder onderzoek in de regio is opgezet.

Meer in het algemeen wordt naar voren gebracht dat voor de beleidsvoering in de regio het RFO een zinvol instrument is, dat

noodzakelijke basisinformatie kan verschaffen. De vraag of het RFO een functie zou kunnen hebben in een gezondheidszorg waarin sterker dan nu marktelementen zijn vertegenwoordigd, werd door vrijwel iedereen bevestigend beantwoord. Ook dan heeft het RFO een belangrijke functie: als instrument voor de vaststelling van financiële kaders, als instrument om kwantitatief en kwalitatief te kunnen sturen binnen de regio of om de partijen binnen de markt (verzekeraars en instellingen) ten dienste te staan.

Tenslotte werd gevraagd naar de betekenis en het gebruik van de in dit voorjaar verschenen Handleiding (Rijksuniversiteit Limburg, 1987). Alle leden van de werkgroep hadden van deze Handleiding kennis genomen. Vrijwel iedereen vond het voor het opstellen van het RFO een bruikbaar instrument. Enkelen hadden er daadwerkelijk gebruik van gemaakt.

5.5 Conclusies en aanbevelingen

Vanaf 1984 wordt in Kennemerland gewerkt aan Regionale Financiële Overzichten. De samenstelling van deze overzichten is in handen van de Werkgroep Inventarisatie. In deze werkgroep zijn de diverse partijen van het Integrale Invoeringsproject, met uitzondering van de gebruikers, vertegenwoordigd. Tot medio 1986 werd gewerkt aan het RFO 1982-1984, daarna aan het RFO 1985. Vooral de eerste periode moet worden beschouwd als een tijd van verkenning van werkwijze en opzet van het RFO.

In de taakverdeling die bij het opstellen van het RFO werd gevolgd doen zich enkele wezenlijke verschillen voor tussen het RFO 1982-1984 en het RFO 1985. Was bij de totstandkoming van het eerste RFO nog sprake van doublures en overlappingsen in de taakverdeling, bij de samenstelling van het tweede RFO werd getracht deze zoveel mogelijk te vermijden. Gemeenten en provincie verzamelden de tweede maal minder gegevens en de rol van het ROGK

verschoof van verzamelend naar toetsend. Het accent in de gegevensverzameling kwam te liggen bij het ziekenfonds.

Bij de evaluatie van het beleidsinstrument RFO is onderscheid gemaakt tussen de procedurele kant (de totstandkoming) en de inhoudelijke (het product RFO). Beide zijn geëvalueerd op de criteria samenhangend en doelmatig; de criteria decentraal en democratisch zijn uitsluitend toegepast op de procedure.

Met betrekking tot de procedurele kant kan het volgende worden vastgesteld. Het opstellen van het RFO biedt weliswaar mogelijkheden voor een decentrale beleidsvoering, aangezien met betrekking tot de opstelling wettelijk nog maar weinig is geregeld, is voor de lagere overheden vooralsnog meer sprake van verantwoordelijkheden dan van bevoegdheden; in Kennemerland wordt het decentrale karakter van het RFO afgezwakt door de afhankelijkheid die er in de gegevensverzameling voor gemeenten is van het ziekenfonds. Wel is de opstelling van het RFO in Kennemerland tot dusver op een democratische wijze verlopen. De samenhang en doelmatigheid van de gevolgde procedure zijn bij het tweede RFO weliswaar groter dan bij het eerste, zij zijn nog voor verbetering vatbaar.

Over het RFO als product kan het volgende worden gezegd. Met name door zijn relatie met het vaststellen van het Marginaal Financieel Kader kan het RFO een bijdrage leveren tot het verkrijgen van méér samenhang in de gezondheidszorg. In de praktijk heeft die relatie echter nog geen gestalte gekregen. Ook kan het RFO, bijvoorbeeld door gegevens te tonen over het doelmatig functioneren van instellingen, een bijdrage leveren tot een meer doelmatige zorgverlening. Het RFO 1982-1984 van Kennemerland (het RFO 1985 was nog niet beschikbaar) doet dit laatste nog niet. Het is een product dat weinig samenhang vertoont: de onderdelen staan erg op zichzelf en er worden te weinig stroomcijfers en tijdreeksen gepresenteerd. De doelen die voor een RFO gelden, worden in dit RFO slechts in geringe mate bereikt.

Volgens de leden van de Werkgroep Inventarisatie in Kennemerland is het RFO, ook in een gezondheidszorg met marktelementen, een waardevol beleidsinstrument. Het kan onder meer dienen als instrument bij het vaststellen van financiële kaders en als hulpmiddel voor de marktpartijen.

Op basis van deze conclusies worden de volgende aanbevelingen gedaan.

1. Door het Rijk dienen op korte termijn de functie en status van het beleidsinstrument RFO, alsook de bevoegdheden van de lagere overheden bij de opstelling van het RFO, wettelijk te worden geregeld. Ook dient duidelijkheid te worden gegeven over de rol van de onlangs gepubliceerde Handleiding Regionaal Financieel Overzicht Gezondheidszorg.
2. Het verdient aanbeveling om bij de samenstelling van het volgend RFO in Kennemerland te streven naar méér doelmatigheid.
3. Een eigen inbreng van de gebruikersorganisaties bij de opstelling van het RFO is, gezien hun specifieke deskundigheid, zinvol. Het verdient aanbeveling dat de gebruikersorganisaties deel gaan uitmaken van de Werkgroep Inventarisatie.
4. Om te komen tot een méér samenhangend product dienen bij de samenstelling van het RFO in Kennemerland, méér dan tot dusver het geval was, afzonderlijke inventarisaties geïntegreerd te worden tot één geheel, stroomcijfers en tijdreeksen te worden opgenomen, uitkomsten te worden gewogen naar bevolkingssamenstelling en patiëntenstromen en cijfers te worden gevolgd door nadere beschouwingen. Hiermee zou de bruikbaarheid van het RFO voor beleidsvorming en planning worden vergroot.

6. HET VESTIGINGSBELEID HUISARTSEN

6.1 Inleiding

Door de vaststelling van het Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen is de huisartsenhulp de eerste voorziening die onder de werking van de WVG is gebracht. Alleen al hierom is het van groot belang na te gaan hoe het vestigingsbeleid in de praktijk functioneert. Een andere reden is de toekomst van het vestigingsbeleid. Het is geenzins zeker dat de nu opgezette regeling zal blijven bestaan. Immers, in het eerder geschetste 'regionale ontwikkelingsmodel' (zie par. 3.2) is voor een vestigingsbeleid huisartsen, naar het zich laat aanzien, geen plaats. Deze evaluatie van het functioneren van de huidige regeling in de praktijk kan er wellicht toe bijdragen dat ten aanzien van de toekomst van het vestigingsbeleid een juiste beslissing wordt genomen.

In dit hoofdstuk wordt nagegaan hoe het vestigingsbeleid huisartsen in Kennemerland functioneert en in hoeverre door dit beleidsinstrument mogelijkheden worden geboden voor een meer decentrale, democratische, samenhangende en doelmatige gezondheidszorg. Het hoofdstuk kan een goede aanvulling zijn op de meer globale evaluatie van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, waarover onlangs, bij brief van 11 juni 1987, door de Staatssecretaris werd gerapporteerd.

Voor de inhoud van dit hoofdstuk werd allereerst gebruik gemaakt van diverse documenten, zowel landelijk als vanuit Kennemerland. Daarnaast werd informatie over het vestigingsbeleid verzameld door participatie in bestuurlijk en ambtelijk overleg. Aanvullende informatie werd verkregen door middel van een schriftelijke enquête onder de secretarissen van de vestigingscommissies (met uitzondering van die van Zuid-Kennemerland) en de beide buro's WVG in Kennemerland.

In het nu volgende wordt eerst (par. 6.2) ingegaan op de regeling zelf. Vervolgens (par. 6.3) wordt een beknopte beschrijving gegeven van de situatie rond het vestigingsbeleid huisartsen in Kennemerland. Daarna (par. 6.4) volgt de toetsing van het vestigingsbeleid aan de vier evaluatiecriteria. Ook dit hoofdstuk wordt afgesloten (par. 6.5) met conclusies en aanbevelingen.

6.2 De vestigingsregeling huisartsen

In 1980 werd de nota 'Schets van de Eerstelijnsgezondheidszorg' aan de Tweede Kamer aangeboden. In deze nota zette de regering haar beleid, gericht op een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg, uiteen. Een vestigingsbeleid voor huisartsen werd genoemd als één der noodzakelijke instrumenten voor deze versterking. Het voeren van een wettelijk vestigingsbeleid werd echter pas mogelijk nadat de WVG van kracht was geworden. Deze immers biedt (in hoofdstuk 8) de grondslag voor een dergelijk beleid. Op 15 juli 1983 werd het Ontwerp Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen gepubliceerd. Het Besluit kreeg oktober 1985 zijn definitieve vorm en werd als AMvB aan de Tweede Kamer aangeboden. Het is per 1 februari 1986 van kracht geworden.

De doelstellingen van de in het Besluit neergelegde vestigingsregeling zijn (Nota van Toelichting):

1. beheersing van het volume, en daarmee van de kosten, van de huisartsenhulp;
2. optimalisering van de spreiding van de huisartsenhulp;
3. het uit doelmatigheidsoverwegingen voorkómen van te grote of te kleine praktijken;
4. beheersing van de instroom van nieuwe huisartsen.

De regeling geldt voor geheel Nederland. De bepalingen hebben allereerst betrekking op de vergunningverlening aan nieuwe

huisartsen. Degene die voor een vergunning in aanmerking wil komen dient zijn verzoek te richten aan het College van Burgemeester en Wethouders van de gemeente waar hij zich wil vestigen. Het verzoek moet echter worden ingediend bij de door de gemeente in te stellen vestigingscommissie. Andere bepalingen van de regeling hebben betrekking op maximum- en minimumomvang van praktijken (resp. 2750 en 800) en gelden voor alle huisartsen. Tenslotte bevat de regeling normen voor spreiding van huisartsenhulp en voorschriften omtrent de verkleining van praktijken die groter zijn dan de toegestane norm.

De gemeenten kunnen bij de vaststelling van beschikkingen aangaande het vestigingsbeleid samenwerken in gebieden volgens de bepalingen van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen. Zij hebben de bevoegdheid om door middel van het verlenen van vergunningen zorg te dragen voor een beheersing van het aantal praktijkvestigingen en hebben de mogelijkheid om, wanneer zij dat nodig achten, een grotere dan wel kleinere praktijkomvang toe te staan dan de algemene norm. Zij hebben tevens de mogelijkheid om een spreidingsbeleid te voeren door vergunningverlening te koppelen aan een bepaald geografisch gebied.

De door de gemeente of groep van samenwerkende gemeenten in te stellen vestigingscommissie heeft als voornaamste taak het College van Burgemeester en Wethouders te adviseren over vergunningsaanvragen. De commissie dient binnen een maand na een aanvraag dit advies uit te brengen; indien zij dit nodig acht kan zij die termijn met twee maanden verlengen. Burgemeester en Wethouders dienen vervolgens binnen zes weken nadat het advies is uitgebracht, over het verzoek om een vergunning te beslissen. Indien B en W haar deze ruimte wil geven kan de commissie tevens een rol spelen in het verder gestalte geven aan het vestigingsbeleid (bijvoorbeeld door het in kaart brengen van de situatie rond de huisartsenhulp in de gemeente(n) en te adviseren over te

nemen maatregelen) en in het uitwerken van de door haarzelf te hanteren toetsingscriteria en te volgen werkwijze.

Overigens doen zich met betrekking tot de vestigingsregeling nog wel enkele problemen voor. Een eerste probleem betreft het feit dat nog niet alle artikelen van de AMvB in werken zijn getreden. Dit geldt bijvoorbeeld voor het artikel dat de afbouw van boven-tallige praktijken moet regelen (die zou per 1 januari 1991 van kracht moeten worden). Gemeentebesturen hebben op dit moment dus geen machtsmiddel om artsen te dwingen hun praktijk af te bouwen. Overigens hebben ook de huisartsen zelf in het verleden gepleit voor een kleinere normpraktijk. Verkleining van de praktijk werd financieel gecompenseerd door verhoging van de vaste bijdrage per (ziekenfonds)patiënt. Dit had tot gevolg dat huisartsen met een bovenmodale praktijkomvang hun inkomsten hebben zien stijgen.

Een tweede probleem betreft de definitie van de personen of organisaties die tenminste in de vestigingscommissie zitting moeten hebben. Er is ruimte voor interpretatieverschillen, bijvoorbeeld over de zwaarte van de huisartsenvertegenwoordiging en over de samenstelling van de delegatie 'aanverwante beroepsgroepen'.

Een derde probleem betreft de vergunningaanvraag. Het vestigingsbesluit is opgezet vanuit de gedachte dat in principe iedere arts die dat wenst, of er nu een duidelijke vacature is gesteld of niet, een vergunning kan aanvragen. In een markt met veel praktijk-zoekenden is een dergelijk systeem onwerkbaar vanwege de vele aanvragen die zich kunnen voordoen. Een vacaturestelling met een open sollicitatieprocedure vormt een alternatief dat wellicht beter zou werken.

Een vierde probleem tenslotte betreft de schaal van de uitvoering van de vestigingsregeling. De regeling zelf is hierover onduidelijk. In het Besluit wordt naar voren gebracht dat ge-

meenten bij de uitvoering samen dienen te werken in gebieden op basis van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen. In de Nota van Toelichting wordt echter ruimte gegeven voor lokaal vestigingsbeleid.

6.3 Het vestigingsbeleid huisartsen in Kennemerland

Vanaf begin 1986 wordt in Kennemerland uitvoering gegeven aan de in het Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen neergelegde regelingen. Veel tijd en inspanning is geïnvesteerd in de discussie over de schaal van de uitvoering en de aard van de vestigingscommissie. In Zuid-kennemerland is gekozen voor één regionale commissie. In Midden-Kennemerland hebben Heemskerk en Beverwijk een gezamenlijke commissie en de overige gemeenten elk een lokale.

Wat betreft de samenstelling van de vestigingscommissies is in Kennemerland in op één na alle gevallen voldaan aan de eisen die het Besluit stelt, namelijk dat de volgende vier groeperingen vertegenwoordigd moeten zijn: huisartsen, aanverwante beroepsgroepen, personen of organisaties die de belangen van de gebruikers behartigen en de verzekeringsinstellingen. Het aantal leden van de commissies wisselt van 5 tot 12. De commissie van Zuid-Kennemerland bestaat uit een te variëren aantal leden. Dit is een gevolg van het feit dat naast de 8 vaste commissieleden er per gemeente zogenaamde ad-hoc leden worden aangewezen, die uitsluitend participeren wanneer het om een vestiging in die gemeente gaat. Het betreft één of twee huisartsen en ten hoogste twee vertegenwoordigers van de gebruikers. Hierdoor kunnen de afzonderlijke gemeenten sturen in de stemverhouding tussen huisartsen en overigen (men kan de huisartsen zelfs een meerderheidspositie geven). In Midden-Kennemerland is het aantal leden van de vestigingscommissie Heemskerk/Beverwijk relatief groot,

namelijk 12. Dit heeft te maken met het feit dat men de commissie op termijn een adviescommissie wil laten zijn voor alle voorzieningen vallend onder de WVG. Voor alle commissies in Midden-Kennemerland geldt overigens dat een Portefeuillehouder Volksgezondheid voorzitter is.

Schema 5 Overzicht van de vestigingscommissies huisartsen in Kennemerland

gemeente(n)	aard commissie	aantal leden	aantal huisartsen	samenstelling aanverwante beroepsgroep	datum van instelling	taken	formele mogelijkheid tot voorselectie door de beroepsgroep
<u>Zuid-Kennemerland</u>	intergemeentelijk voor gehele sub-regio	9-12	max. 5	vertegenwoordiger eerstelijns, apotheker	oktober 1986	1. advisering vergunningaanvragen 2. advisering toetsingscriteria/werkwijze commissie	nee, wel zware inbreng
<u>Midden-Kennemerland</u>							
Velsen	gemeentelijk	10	2	apotheker, fysiotherapeut, kruiswerk, maatsch. dienstverlening	juni 1986	1. advisering vergunningaanvragen 2. advisering verdere uitvoering vestigingsbeleid	indirect (ad-hoc commissie beroepsgroep adviseert aan vestigingscommissie).
Heemskerk/Beverwijk	intergemeentelijk	12	2	apotheker, fysiotherapeut, kruiswerk, maatsch. dienstverlening	januari 1987	1. advisering vergunningaanvragen 2. advisering verdere uitvoering vestigingsbeleid	nee
Castricum	gemeentelijk	9	3	fysiotherapeut, kruiswerk, maatsch. dienstverlening	december 1986	advisering over vergunningaanvragen	nog geen afspraak over gemaakt
Uitgeest	gemeentelijk	5	1	fysiotherapeut	september 1986	advisering over vergunningaanvragen	nee, wel zware inbreng

In schema 5 is van de vestigingscommissies in Kennemerland een overzicht gegeven. Verschillen tussen de commissies doen zich niet alleen voor in aard, aantal leden, samenstelling, datum van instelling en de feitelijke mogelijkheid van voorselectie door de beroepsgroep, maar ook in de formeel toegewezen taken. Advi--

sering over vergunningaanvragen is een taak van alle commissies. Twee van de vier commissies van Midden-Kennemerland is daarnaast tot taak gegeven te adviseren over allerlei andere zaken rond het vestigingsbeleid (zoals ruimte voor nieuwe vestigingen en toetsing van praktijkoverdrachten). Dat beide andere commissies geen ruimere taakstelling is gegeven hangt samen met het beperkt aantal inwoners van de betreffende gemeenten (dat een uitgebreid vestigingsbeleid niet nodig maakt) en de politieke opvattingen van de betrokken Colleges van Burgemeester en Wethouders. De commissie van Zuid-Kennemerland heeft als toegevoegde taak het adviseren over toetsingscriteria en werkwijze van de commissie.

Over de tot nu toe (juli 1987) verrichtte werkzaamheden kan het volgende worden gezegd. In Zuid-kennemerland komt de vestigingscommissie éénmaal in de drie weken bijeen. De werkzaamheden lagen tot dusver in de voorbereidende sfeer (o.a. komen tot een vaststelling van de werkwijze van de commissie). Men is nog niet bijeen geweest om een College volgens de formele regels over een af te geven vergunning te adviseren. Wel is een aantal malen een zgn. noodprocedure toegepast. Dit houdt in dat de vertrekkende huisarts zelf een kandidaat aanwijst en aan de gemeente doorgeeft. Deze laatste vraagt vervolgens aan de commissie of men met deze kandidaat accoord gaat. De vestigingcommissie in Velsen is een aantal malen bijeen geweest en bracht twee adviezen aan de gemeente uit. De commissie Heemskerk/Beverwijk hield zich eveneens met twee vacatures bezig (maken van een profielschets en vaststelling van de plaats van vestiging). In Castricum vergaderde de commissie tweemaal om de werkwijze te bespreken. In Uitgeest tenslotte kwam men eveneens tweemaal bijeen, de eerste maal ter introductie, de tweede maal voor het horen van sollicitanten.

6.4 Evaluatie beleidsinstrument vestigingsbeleid huisartsen

De evaluatie van het vestigingsbeleid huisartsen, zoals dat in Kennemerland functioneert, vindt plaats aan de hand van het eerder gepresenteerde viertal evaluatiecriteria: decentraal, democratisch, samemhangend en doelmatig (zie hoofdstuk 2). In het nu volgende zullen zij achtereenvolgens worden toegepast.

Decentraal

De vraag die hier moet worden beantwoord is of in de vestigingsregeling, en in de werking ervan in de praktijk, sprake is van het toekennen aan de gemeenten van bevoegdheden om in een zekere onafhankelijkheid en op grond van eigen belangenafweging besluiten te nemen over de vestiging van huisartsen, alsmede de uit die toekenning voortvloeiende bevoeghedenstructuur. Met andere woorden: heeft de gemeentelijke overheid door middel van het vestigingsbesluit werkelijk wat te vertellen over de vestiging van huisartsen?

Deze algemene vraag is in de volgende twee vragen geoperationaaliseerd.

1. Welke zijn de formeel aan de gemeente toegekende bevoegdheden in het kader van het vestigingsbeleid? Zijn de gemeenten de aangewezen instanties om de vestiging te regelen?
2. Welke beleidsruimte hebben de gemeenten in de praktijk?

Wat de beantwoording van de eerste vraag betreft, de bevoegdheden van de gemeenten hebben betrekking op het verlenen van vergunningen, het instellen van een vestigingscommissie en het reguleren, binnen de door het Rijk gestelde normen, van praktijkomvang en spreiding. Gezegd moet worden dat de gemeente inderdaad het meest aangewezen overheidsniveau is om dergelijke zaken te regelen. De gemeente is immers het dichtstbijzijnde

aanspreekpunt voor huisartsen en patiënten en kent de plaatselijke gezondheids situatie betrekkelijk goed. Ook heeft zij reeds beleidsverantwoordelijkheid voor andere eerstelijnsvoorzieningen. Er is dan ook terecht door de wetgever voor gekozen deze bevoegdheden in handen te geven van de gemeente.

De tweede vraag, over de feitelijke beleidsruimte, laat zich minder gemakkelijk beantwoorden. Belangrijke aspecten in de beantwoording zijn: de reikwijdte van de bevoegdheden, de gedetailleerdheid van de voorschriften, de aanwezigheid van toezicht op de uitvoering, de toekenning van financiële middelen (als voorwaarde om de regeling als zodanig uit te voeren) en de informatieverzameling (eveneens een voorwaarde). Deze aspecten worden achtereenvolgens besproken.

De vraag of de Colleges van B en W voldoende bevoegdheden hebben om het vestigingsbeleid van de grond te doen komen en te laten functioneren werd door twee gemeenten van Midden-Kennemerland bevestigend beantwoord. Bij deze gemeenten speelden respectievelijk politieke opvattingen (gemeenten behoren niet al te veel bevoegdheden te hebben) en de geringe omvang van de gemeente (waardoor niet veel bevoegdheden nodig) een rol. De overige gemeenten, alsook Zuid-Kennemerland, antwoordden ontkennend. Als beperkingen werden ervaren dat a) spreiding het enige criterium is waarop een vergunningaanvraag getoetst kan worden; o.a. kwaliteitseisen kunnen niet worden gesteld, b) eenmaal verleende vergunningen niet kunnen worden ingetrokken, c) afbouw van te grote praktijken niet mogelijk is, d) er geen formele bevoegdheden zijn om informatie van huisartsen te verkrijgen die verder gaat dan de opgave van de praktijkgrootte en om in de praktijk op te treden bij (het vermoeden van) onjuiste opgaven.

Gedetailleerdheid van de voorschriften van het Rijk wordt in Kennemerland vrijwel niet ervaren. De voorschriften als zodanig geven daar ook weinig aanleiding voor. De gemeenten worden in het vormgeven van de procedure rond de vergunningverlening

vrijgelaten. Accenten kunnen worden gelegd en verschoven al naar gelang de behoeften van de gemeenten. Tevens laat het besluit het aan de gemeenten over om te beoordelen welke maatstaven zij hanteren als er een kandidaat moet worden gekozen.

In het Besluit zijn geen bepalingen opgenomen over toezicht op de gemeenten in de aanpak van het vestigingsbeleid. Indirect wordt toezicht gehouden door de Minister, die voor de uitvoering aanwijzingen kan geven of nadere regelingen kan vaststellen. Ook het Staatstoezicht op de Volksgezondheid kan de naleving in de gaten houden. Met betrekking tot de naleving in de praktijk (bijvoorbeeld het functioneren van de vestigingscommissie) kunnen door het College van Burgemeester en Wethouders personen worden aangewezen die op de naleving van de regeling toezicht houden.

De financiële middelen die de gemeenten voor de uitvoering van het vestigingsbeleid van het Rijk ontvangen, hebben de vorm van een bijdrage per inwoner. Deze bedraagt momenteel f 1,60 per jaar. Zij vormt een onderdeel van de totale plankostenvergoeding in het kader van de experimentele invoering van de WVG. Op den duur zal deze bijdrage worden omgezet in een verhoging van de uitkering aan het gemeentefonds. De gemeenten in Kennemerland hebben naar eigen zeggen door deze bijdrage voldoende financiële ruimte om het vestigingsbeleid gestalte te geven.

Wat de informatie betreft die de gemeenten nodig hebben om een vestigingsbeleid op te zetten, hiervóór is al gezegd dat de bevoegdheden van de gemeenten zich beperken tot het inwinnen van informatie over de praktijkgrootte. Formeel worden de zittende artsen gedwongen deze informatie ter beschikking te stellen omdat ze anders na de ingangsdatum van het besluit een vergunning tot vestiging zouden moeten aanvragen. Een praktisch probleem is echter dat foutieve opgaven, met name over het bestand aan particulier verzekerde patiënten, vrijwel niet kunnen worden opgespoord. Gemeenten zijn dus afhankelijk van de goede wil van

de zittende huisartsen. Andersoortige informatie - bijvoorbeeld over patiëntenstromen naar de tweede lijn - behoeft door de huisartsen in het geheel niet te worden verstrekt. In Kennemerland is de informatieverstrekking over praktijkgrootte overigens niet problematisch geweest. In één gemeente bleken de door de huisartsen verstrekte gegevens af te wijken van die van het ziekenfonds en maakten de huisartsen bezwaar tegen het verstrekken van informatie door de gemeente aan de vestigingscommissie. Samengevat kan met betrekking tot dit evaluatiecriterium het volgende worden gezegd. Door middel van het beleidsinstrument vestigingsbeleid huisartsen zijn door het Rijk bevoegdheden aan de gemeenten toegekend, welke deze laatste in staat stellen om in een zekere onafhankelijkheid en op grond van eigen belangenafweging besluiten te nemen over de vestiging van huisartsen. Het decentrale karakter is in de praktijk in twee opzichten echter beperkt. In de eerste plaats is de reikwijdte van de bevoegdheden gering. Kwaliteitseisen bijvoorbeeld kunnen aan de huisartsen niet worden gesteld. In de tweede plaats zijn de gemeenten in de uitvoering van het beleid sterk afhankelijk van de zittende huisartsen, vooral waar het benodigde informatie betreft.

Democratisch

De vraag is of de wijze waarop het vestigingsbeleid huisartsen gestalte heeft gekregen, aan betrokkenen mogelijkheden biedt c.q. heeft geboden om op inhoud, totstandkoming en effecten van de beleidsvoering invloed uit te oefenen. Onderscheid kan worden gemaakt tussen twee aspecten.

1. De invloed van politiek representatieve organen, in dit geval de gemeenteraad (interne democratie).
2. De invloed van verstrekkers van de zorg, de gebruikers en de verzekeraars (externe democratie).

Wat het eerste aspect betreft, de gemeenteraad is, althans volgens de Gemeentewet, formeel bij het vestigingsbeleid betrokken doordat hij op voorstel van het College van B en W de vestigingscommissie instelt. Voor het overige is het vestigingsbeleid een zaak van het College zelf. In Kennemerland hebben de gemeenteraadsleden zich, met name via de raadscommissies, bezig gehouden met het vestigingsbeleid. Door veel raden zijn er wijzigingen aangebracht in de samenstelling alsook in de werkwijze van de commissie.

Wat de invloed van verstrekkers, gebruikers en verzekeraars betreft kan worden voortgegaan op wat in de vorige paragraaf over de samenstelling en het functioneren van de vestigingscommissies is gezegd. De participatie van de zojuist genoemde drie groeperingen in de commissie is wettelijk vastgelegd en in Kennemerland zijn zij, op één uitzondering na, inderdaad vertegenwoordigd. De invloed van de commissie kan zich, indien het College van B en W dat wenst, echter beperken tot de voordracht van kandidaten en zich verder niet uitstrekken tot andere onderdelen van het beleid. In dit opzicht kan het democratisch gehalte van de beleidsvoering dus gering zijn. Voorts werd vermeld dat in Midden-Kennemerland de commissies een gemeentebestuurder als (niet stemhebbende) voorzitter hebben. Achtergrond hiervan is het feit dat de gemeenten zich voor het feitelijk functioneren van de vestigingscommissie verantwoordelijk voelen. Met het oog op de onafhankelijkheid van de commissie ten opzichte van de gemeente (hetgeen naar onze mening een voorwaarde is voor het democratisch functioneren) lijkt een dergelijke constructie ons echter niet gewenst. In Zuid-Kennemerland zijn noch bestuurders, noch ambtenaren in de commissie opgenomen.

Naast de samenstelling van de vestigingscommissie zijn ook de wijze van benadering van de leden, de invloed van de diverse leden en de reële mogelijkheden van de commissie om te functioneren indicatoren van het extern-democratisch gehalte van het

beleidsinstrument. De benadering van leden vond in Kennemerland plaats via lokale en regionale belangenorganisaties en koepelorganisaties. In Midden-Kennemerland werden deze laatste benaderd door de Colleges van B en W, in Zuid-Kennemerland door het bureau WVG. Hierbij is door de gemeenten meestal de eis gesteld dat de voor te dragen leden uit het werkgebied van de commissie dienden te komen. Door een aantal gemeenten zijn specifieke wensen geuit, met name wat betreft de samenstelling van de huisartsenvertegenwoordiging (alternatief en traditioneel werkenden beide vertegenwoordigd, alsook landelijk en stedelijk werkenden). Wensen ten aanzien van geslacht en culturele afkomst van de leden werden in een aantal gevallen door de gemeenten wel naar voren gebracht doch niet altijd verwezenlijkt, gezien de afwezigheid van bepaalde groepen of de geringe belangstelling om te participeren.

Niet alle leden van de vestigingscommissies in Kennemerland vertegenwoordigen een achterban. De huisartsen participeren meestal wel namens een achterban, apothekers veelal niet. Er zijn gemeenten waar de belangen van de huisartsen in de commissie door twee groepen worden behartigd, omdat zij elkaar niet als vertegenwoordiger van de totale beroepsgroep ervaren. Wat de invloed binnen de commissie betreft, het blijkt dat door de leden van de vestigingscommissies in de vergaderingen veel invloed wordt toegekend aan de delegatie van de huisartsen, vooral aan de mening van de waarneemgroep en de overdragende arts. Verschillende geënquêteerden waren van mening dat met name de vertegenwoordigers van de gebruikers veelal een geringe ervaring in het vergaderen hebben, een tekort aan informatie over praktijken en in bepaalde gevallen te weinig menskracht. Het is in dit verband van groot belang dat deze groepering vanuit de overheid gestimuleerd blijft worden en financieel ondersteund om een eventuele achterstand in kennis en ervaring zo snel mogelijk in te lopen. Overigens worden minderheidsstandpunten binnen de

commissies veelal in het advies aan het College vermeld, zodat deze laatste de invloed van afzonderlijke partijen in zijn standpuntbepaling kan vergroten of verkleinen.

De reële mogelijkheden van de vestigingscommissies in Kennemerland om hun taken uit te oefenen zijn nagegaan op een aantal onderdelen:

- de tijd die men in de procedure heeft om advies te kunnen uitbrengen. Over het algemeen wordt deze als voldoende ervaren.
- de tijd die van de leden wordt gevraagd. Ambtelijk blijkt er veel voorbereid en uitgewerkt te worden, zodat de leden naast de vergaderingen aan het commissiewerk slechts weinig tijd behoeven te besteden.
- de honorering van de leden. In twee van de zes commissies krijgen de leden presentiegeld. Deze ongelijkheid zou in de toekomst tot problemen kunnen leiden. Het is niet ondenkbaar dat commissieleden aan wie geen gelden worden toegekend zich achtergesteld zullen voelen, hetgeen een negatieve invloed kan hebben op hun inzet.
- de invloed van de beroepsgroep. Van formele regelingen die de beroepsgroep in staat stellen een voorselectie van kandidaten uit te voeren is geen sprake. In de praktijk blijken zittende huisartsen (met name de waarnemersgroep) een relatief zware stem in de selectie te hebben en in bepaalde gebieden via 'noodprocedures' voorselectie te kunnen uitoefenen.
- het toezicht op de naleving van de regeling. Dit berust feitelijk bij de Colleges van B en W. In Midden-Kennemerland wordt via het voorzitterschap van de Portefeuillehouders Volksgezondheid controle uitgeoefend. Noch in Midden-Kennemerland, noch in Zuid-Kennemerland zijn ten behoeve van de toezichthoudende functie verdere initiatieven ontplooid. Wel is afgesproken het vestigingsbeleid na ongeveer één jaar te evalueren.

De geënqueteerden is gevraagd welke begunstigende c.q. belemmerende factoren de taakvervulling beïnvloeden. Als begunstigend worden genoemd de kleine schaalgrootte van de gemeente(n) waarbinnen het vestigingsbeleid wordt gevoerd en het ervaren van de vestigingscommissie als een ontmoetingsplatform waarin de leden door met elkaar te praten een positief klimaat kunnen scheppen. Als belemmerend worden ervaren: het niet ontvangen van presentiegelden door de leden van bepaalde commissies, het niet altijd ontvangen, althans niet door ieder lid, van vertrouwelijke informatie over huisartsenpraktijken en het feit dat zich in de commissies te weinig werkers uit het veld bevinden.

Samenvattend kan worden gezegd dat het instrument vestigingsbeleid huisartsen, zoals dat in Kennemerland functioneert, in een aantal opzichten bijdraagt tot een meer democratische beleidsvoering. Met name gaat het dan om de samenstelling en wijze van benadering van de leden van de vestigingscommissies, het bestaan van mogelijkheden tot goed functioneren van de commissies en de bemoeienissen van de gemeenteraad. Sommige zaken daarentegen beperken het democratisch gehalte van het beleidsinstrument. Genoemd kunnen worden het feit dat het voorzitterschap van de commissies in Midden-Kennemerland wordt bekleed door Portefeuillehouders, de onevenredig grote invloed in de commissies van de huisartsen en de onevenredig kleine invloed van gebruikers, de niet optimale beschikbaarheid van informatie voor gemeenten en sommige commissieleden en het feit dat de commissie waar het de omvang van haar takenpakket betreft nogal afhankelijk is van het gemeentebestuur.

Samenhangend

De vraag is in hoeverre in het vestigingsbeleid huisartsen beleid en instrumenten procedureel en inhoudelijk op elkaar zijn afgestemd. Het gaat hierbij vooral om afstemming binnen de eerstelijnszorg.

Deze algemene vraag kan in een viertal specifieke vragen worden opgesplitst.

1. In hoeverre biedt het vestigingsbeleid mogelijkheden voor een integrale benadering van de eerstelijnszorg?
2. Hoe is de aansluiting van het Besluit op andere beleidsinstrumenten?
3. Op welk niveau wordt het vestigingsbeleid uitgevoerd?
4. In hoeverre worden in de uitvoering van het vestigingsbeleid bestuurlijke activiteiten op elkaar afgestemd?

Van een integrale planning van de eerstelijnszorg is (nog) geen sprake omdat het vestigingsbeleid zich beperkt tot de huisartsen. De regulering van bijvoorbeeld tandartsen en fysiotherapeuten vindt plaats via de Ziekenfondswet. Dit laatste gebeurt overigens in afwachting van het volledig in werking treden van hoofdstuk 8 van de WVG. Verwacht zou dus mogen worden dat er een vestigingsbeleid voor fysiotherapeuten en tandartsen tot stand komt naar het model van het vestigingsbesluit huisartsen. Door het ministerie van WVC werd begin 1986 naar voren gebracht dat het dit door technische en procedurele problemen tot dusver niet had kunnen verwezenlijken. De wil zou er dus in principe wel zijn. Enkele maanden later werd door de Staatssecretaris echter verklaard dat een en ander politiek onhaalbaar was.

Ten aanzien van de vraag naar de aansluiting van het Besluit vestigingsbeleid op andere beleidsinstrumenten kan allereerst gekeken worden naar de WVG zelf. Artikel 61 van de WVG staat de gemeenten toe eisen te stellen aan de samenhang in de gezondheidszorg. Dit artikel is nog niet in werking getreden en kan dus niet door de gemeenten worden gebruikt. Het Besluit zelf, alsook de Memorie van Toelichting, schenkt aan dit artikel geen aandacht. Er is hier dus geen aansluiting. Dit laatste is er wel ten aanzien van de informatieverstrekking, te regelen in de AMvB ex art. 79 WVG. Wanneer deze AMvB van kracht wordt, vervallen de artikelen 10 en 11 van het Besluit, welke nu de informatiever-

strekking regelen. Aansluiting met de Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR) is er ten aanzien van de gebiedsindeling. In de Memorie van Toelichting wordt gesteld dat vaststelling van de gebiedsindeling ten behoeve van de planning van de eerstelijns geschiedt overeenkomstig artikel 7 van de WGR. Een onduidelijke aansluiting vervolgens is er met de Gemeentewet en wel op het punt van de instelling van de vestigingscommissie. Het artikel van de WVG dat dit regelt spreekt van instelling door het College van B en W. De Gemeentewet (art. 62) daarentegen stelt dat het College een voorstel doet aan de gemeenteraad en deze laatste de commissie instelt. Een slechte afstemming tenslotte was er tussen het inwerkingtreden van het Besluit en de zgn. Goodwill-regeling. Deze laatste was niet tijdig van kracht zodat in de eerste jaren van het bestaan van de vestigingsregeling nog steeds de beschikbare hoeveelheid kapitaal van de aspirant huisarts een grote rol kon spelen bij de overname van een praktijk. Wat het niveau van de uitvoering van het vestigingsbeleid betreft lijkt de zaak duidelijk geregeld. De uitvoering is in handen van de gemeenten; provincies hebben er geen enkele taak in. Uit oogpunt van samenhang van eerstelijnsvoorzieningen is dit een goede zaak. Uit de Nota van Toelichting bij het Besluit kan worden afgeleid dat gemeenten bij het voeren van hun beleid dienen samen te werken, afhankelijk van het inwonertal van het verzorgingsgebied. Samenwerking is dus niet verplicht als het draagvlak van de gemeente maar groot genoeg is. Uit oogpunt van samenhang kan het naar onze mening gewenst zijn dat, los van het inwonertal, het vestigingsbeleid zoveel mogelijk (sub)regionaal wordt uitgevoerd met een (sub)regionale vestigingscommissie. Deze dient er dan wel voor te waken dat zij zoveel mogelijk zicht heeft op lokale situaties. In Kennemerland treft men deze situatie slechts in het zuidelijk gedeelte aan. Net als in Midden-Kennemerland is het telgebied echter ook daar lokaal. Vooral in Midden-Kennemerland zijn er gemeenten die erg vasthouden aan

hun autonomie en kozen voor een lokaal telgebied en een lokale vestigingscommissie. Afstemming op andere gemeenten vindt er nauwelijks plaats. Wel tracht men samenhang in de planning van eerstelijnsvoorzieningen in het algemeen te bereiken via een gezamenlijke intentieverklaring en gezamenlijke beleidsuitgangspunten.

Afstemming van bestuurlijke activiteiten in de uitvoering van het vestigingsbeleid vindt in Zuid-Kennemerland plaats door het ambtelijk overleg dat het BOW (Bestuurlijk Overleg WVG) voorbereid. Elke ambtenaar heeft voorafgaand aan de BOW-vergaderingen gesproken met zijn bestuurder. In het BOW worden vervolgens besluiten genomen over gemeenschappelijke zaken (zoals de eventueel toe te kennen presentiegelden aan leden van de vestigingscommissie). Het bureau WVG heeft bij dit alles een coördinerende taak.

In Midden-Kennemerland informeren de bestuurders elkaar in het Portefeuillehouderscontact Volksgezondheid, het reguliere overleg van de Portefeuillehouders, over de ontwikkelingen in de eigen gemeente, zodat waar nodig afstemming kan plaatsvinden. Het vestigingsbeleid neemt thans, medio 1987, nadat de gemeenten voor een groot gedeelte hun eigen weg insloegen, tijdens zowel dit overleg als het eraan voorafgaand ambtelijk overleg een marginale plaats in. Het bureau WVG heeft momenteel geen coördinerende taak ten aanzien van het vestigingsbeleid huisartsen.

Samenvattend kan met betrekking tot dit evaluatiecriterium het volgende worden gezegd. Op zich kan het vestigingsbeleid huisartsen de samenhang in de beleidsvoering dichterbij brengen. Indien het vestigingsbeleid niet tot andere beroepsgroepen wordt uitgebreid is de winst aan samenhang echter zeer beperkt. Voorts is de bereikte samenhang afhankelijk van de praktische invulling, met name waar het gaat om uitvoeringsnivo en bestuurlijke afstemming. De situatie in Kennemerland, vooral Midden-kennemerland, is in dit opzicht voor verbetering vatbaar. De gemeenten

in dat gebied hechten nog teveel aan de eigen autonomie om werkelijke samenhang tot stand te kunnen brengen.

Doelmatig

De vraag luidt in hoeverre door middel van het vestigingsbeleid huisartsen met zo gering mogelijk gebruik van beschikbare middelen beleidsdoeleinden worden bereikt. De doeleinden waarom het gaat zijn (zie par. 5.2): beheersing van het volume van de huisartsenhulp, optimalisering van de spreiding en beheersing van praktijkomvang en instroom. De middelen betreffen het geheel van voorschriften, procedures en werkwijzen, hetzij neergelegd in het Besluit vestigingsbeleid, hetzij door gemeenten ontworpen bij de uitvoering van het Besluit. Ten aanzien van doelmatigheid worden drie aspecten onderscheiden.

1. De inzichtelijkheid in doelen en middelen van het vestigingsbeleid.
2. De werking van het vestigingsbeleid in de praktijk: welke doeleinden zijn het afgelopen jaar, en in welk tempo, gerealiseerd? Gebeurde dit met middelen die op elkaar zijn afgestemd en eenvoudig zijn?
3. Zijn er andere middelen die wellicht doelmatiger zijn?

Inzichtelijkheid in doelen en middelen van het vestigingsbeleid wordt in de diverse documenten (het Besluit zelf, de Nota van Toelichting, publicaties zoals die van de VNG, 1986) meestal geboden.

Wat betreft de werking van het vestigingsbeleid in de praktijk kan worden vermeld dat in Kennemerland het afgelopen jaar het volgende is gerealiseerd: de overlegstructuur is, met name door de instelling van de vestigingscommissies, aangebracht, de ruimte voor vestiging is bepaald, de praktijkgrootte wordt, althans naar beneden toe, beheerst, de werkwijze van de vestigingscommissies is voor het merendeel vastgesteld en in één gemeente heeft de commissie adviezen over te kiezen kandidaten

volgens de formele procedure uitgebracht. Ook met betrekking tot de spreiding van huisartsen is in sommige gevallen al resultaat geboekt. Opvulling van geconstateerde ruimte door middel van extra praktijken heeft daarentegen nog niet vaak plaatsgevonden. Zittende huisartsen trachten deze opvulling op directe of indirecte wijze te voorkomen. Zij anticiperen daarbij op het mogelijke intrekken van het vestigingsbeleid huisartsen.

Het tempo van de uitvoering van het vestigingsbeleid heeft over het algemeen niet hoog gelegen. Deels kwam dit voort uit de onzekerheid die ontstond of déze regeling dan wel de Ziekenfondswet zorg moest gaan dragen over het huisartsenvestigingsbeleid. Een andere reden van de vertraging ligt in het feit dat er door de gemeenten veel overleg is gevoerd, intern en extern, over de meest gewenste invulling van het beleid (schaal, samenstelling commissie e.d.).

Wat de eenvoud van de uitwerking van het vestigingsbeleid betreft, achtergrond en consequenties van bepaalde overwegingen en besluiten van bestuurders zijn in Kennemerland niet altijd even helder geformuleerd. Duidelijke overwegingen, gebaseerd op zakelijke argumenten, zijn niet altijd op papier gezet. Afwegingen van voor- en nadelen van de keuzes ontbraken wel eens. Daarnaast blijkt het Besluit in de praktijk toch nog wel eens ingewikkeld. Met name bij conflictsituaties doet zich dit gelden (bijv. bij Arob-procedures).

Ten aanzien van de doelmatigheid van het instrument vestigingsbeleid worden binnen Kennemerland onder meer de volgende knelpunten genoemd:

- in de praktijk is het voor gemeenten niet mogelijk gebleken op te treden tegen huisartsen die geen wettelijk verplichte gegevens wilden verstrekken of niet de juiste gegevens verstrekken; verdere gegevens, nodig voor gemeentelijk beleid (bijvoorbeeld over patiëntenstromen) worden niet verstrekt;

- er is soms de historisch gegroeide situatie dat huisartsen in het verleden onderling afspraken hebben gemaakt over vestiging in hun gebied; het vast willen houden aan deze afspraken belemmert de overlegsituatie;
- verzekeraars willen veelal twee zetels in de vestigingscommissie, één voor het ziekenfonds, één voor de particuliere verzekeraar; in een van de gebieden leidde dit tot een boycot door de verzekeraars;
- gebruikers zijn in een enkele vestigingscommissie nog afwezig en beschikken, voor zover aanwezig, soms over te weinig inhoudelijke kennis; de te geringe aanwezigheid van werkers in het veld vormt eveneens een probleem;
- de politiek maakt, indien de huisartsen tegenwerken, meestal geen gebruik van haar mogelijkheden om bepaalde zaken af te dwingen (bijvoorbeeld bij het opvullen van ruimte).

Tenslotte de vraag of het vestigingsbeleid huisartsen op een andere, wellicht meer doelmatige, wijze geregeld zou kunnen worden. De ervaringen in Kennemerland zijn nog te beperkt om deze vraag vanuit de praktijk te kunnen beantwoorden. In zijn algemeenheid kan worden gezegd dat als alternatief voor de wijze waarop de vestiging nu is geregeld, regeling via de Ziekenfondswet geldt. Weliswaar was dan overeenstemming geweest met de vestigingsregelingen voor fysiotherapeuten en tandartsen, van een effectief volumebeleid zou geen sprake zijn geweest omdat de regeling dan alleen op ziekenfondspatiënten van toepassing was geweest. De gemeente zou geen rol hebben kunnen spelen. Een ander alternatief zou een regeling vanuit de beroepsgroep zijn. Deze was er, doch zij bleek niet te functioneren, met name omdat zij voor niet-leden van de Landelijke Huisartsenvereniging niet gold.

Samenvattend kan worden gezegd dat het vestigingsbeleid huisartsen nog niet doelmatig functioneert. De regeling op zich is weliswaar inzichtelijk, in de praktijk blijkt zij ingewikkeld.

In Kennemerland is het afgelopen jaar rond het vestigingsbeleid huisartsen het nodige bereikt, doch het tempo van beleidsvoering lag niet hoog en er werden veel knelpunten ervaren, onder meer betrekking hebbend op de houding van zittende huisartsen.

6.5 Conclusies en aanbevelingen

Ruim een jaar wordt in Kennemerland, net als in andere delen van het land, uitvoering gegeven aan het vestigingsbeleid huisartsen. Dit is een te korte tijd om volledig zicht te kunnen hebben op de werking van dit beleidsinstrument, laat staan om de vraag te beantwoorden in hoeverre het een adequaat instrument is ter bereiking van achterliggende beleidsdoelen. Niettemin is in de voorafgaande paragrafen getracht één jaar ervaring met het vestigingsbeleid in kaart te brengen en - met alle voorzichtigheid - te evalueren aan de hand van de aan de WVG-doelen ontleende criteria.

Wanneer onderscheid wordt gemaakt tussen mogelijkheden van de formele regeling van het vestigingsbeleid en het functioneren van het vestigingsbeleid in Kennemerland kan concluderend het volgende worden gezegd.

1. Het vestigingsbeleid huisartsen, zoals neergelegd in het Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen en de daarbij behorende Nota van Toelichting, biedt mogelijkheden tot een decentrale en democratische beleidsvoering. Aan de gemeenten zijn immers bevoegdheden gegeven om in een zekere onafhankelijkheid en op grond van eigen belangenafweging besluiten te nemen over de vestiging van huisartsen. Aan politiek representatieve organen en betrokkenen bij de gezondheidszorg is gelegenheid gegeven hierop invloed uit te oefenen. Voor een samenhangende beleidsvoering geeft het instrument, gezien het isolement van de regeling ten opzichte van die van andere

eerstelijnsvoorzieningen en de onduidelijkheid over intergemeentelijke samenwerking, slechts zeer beperkte mogelijkheden. Of de regeling uitzicht geeft op een doelmatige beleidsvoering is een vraag die vooral in de praktijk is te beantwoorden. Op zich lijkt de regeling inzichtelijk, bij toepassing in de praktijk blijkt zij toch wel ingewikkeld.

2. In de wijze waarop het vestigingsbeleid tot dusver in Kennemerland functioneert wordt het decentrale karakter van het beleidsinstrument bevestigd. Niettemin blijkt dat uitbreiding van de bevoegdheden van de gemeentelijke overheid op zijn plaats is. Van een democratische beleidsvoering is in de praktijk slechts tot op zekere hoogte sprake. Samenhangend kan de beleidsvoering, vooral in Midden-Kennemerland, niet worden genoemd. De gemeenten in dat gebied hechten nog te veel aan de eigen autonomie om werkelijke samenhang mogelijk te maken. Van een doelmatige beleidsvoering tenslotte is in Kennemerland eveneens nog geen sprake.

De conclusies zijn in schema 6 samengevat. Wellicht ten overvloede dient bij deze conclusies te worden aangetekend dat zij betrekking hebben op een jaar waarin een start gemaakt diende te worden en de mogelijkheden tot het voeren van een vestigingsbeleid huisartsen - bijvoorbeeld door de houding van zittende huisartsen - vooralsnog beperkt waren.

Aan de nu volgende aanbevelingen ligt de veronderstelling ten grondslag dat de regeling over het vestigingsbeleid huisartsen blijft bestaan. Op de mogelijkheden voor het voeren van een vestigingsbeleid in een meer marktgerichte opzet van de gezondheidszorg (c.q. een regionaal ontwikkelingsmodel) wordt hier niet ingegaan.

Schema 6 Samenvatting van de evaluatie van het instrument vestigingsbeleid huisartsen

evaluatiecriterium	mogelijkheden formele regeling vestigingsbeleid	functioneren vestigingsbeleid in Kennemerland
decentraal	+	±
democratisch	+	±
samenhangend	-	-
doelmatig	±	-

De aanbevelingen zijn de volgende.

1. Het Rijk moet op korte termijn duidelijkheid geven over de continuering van het vestigingsbeleid huisartsen.
2. De gemeenten moeten met betrekking tot het voeren van een vestigingsbeleid huisartsen meer bevoegdheden hebben, onder meer tot de afbouw van boventallige praktijken, het verkrijgen van informatie van huisartsen, het uitoefenen van controle op door huisartsen verstrekte gegevens, het afdwingen van een waarneemregeling en het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening.
3. Het dient gemeentebestuurders formeel onmogelijk te worden gemaakt als lid te participeren in een vestigingscommissie. Gemeenten kunnen volstaan met een ambtelijke vertegenwoordiger als waarnemer/secretaris.
4. Gestreefd moet worden naar een meer evenredige invloed van de verschillende partijen in de vestigingscommissie. Middelen zijn o.a. de informatieverstrekking formeel te regelen en de voorselectie van kandidaat-huisartsen door de beroepsgroep op geen enkele wijze toe te laten.
5. De autonomie van de kleinere gemeenten in het voeren van een vestigingsbeleid moet worden doorbroken. Er moet gestreefd worden naar een (sub)regionaal vestigingsbeleid met een

(sub)regionale commissie. Er zal een norm moeten worden gesteld betreffende het aantal inwoners, dat een gemeente minimaal dient te hebben om een eigen vestigingsbeleid te kunnen voeren.

6. Aan de leden van de vestigingscommissie moeten presentiegelden worden aangeboden.
7. De buro's WVG in Kennemerland moeten ten aanzien van het vestigingsbeleid huisartsen een coördinerende rol (blijven) spelen.

7. WVG-ONDERZOEK IN KENNEMERLAND

7.1 Inleiding

Al geruime tijd worden in Kennemerland onderzoeken verricht in het kader van de WVG. Met deze onderzoeken wordt beoogd bouwstenen aan te dragen voor de planning die, vanaf het moment dat de WVG is ingevoerd, zal moeten plaatsvinden. Een belangrijk deel van het onderzoek heeft betrekking op de leefsituatie en behoeften aan voorzieningen van de bevolking. Het wordt grotendeels bekostigd uit de plankostenvergoeding die door Kennemerland in verband met de status van proefgebied van het rijk wordt ontvangen.

Vanwege de nauwe relatie met de WVG-invoering vormen deze onderzoeken object van evaluatie. In het nu volgende (par. 7.2) wordt eerst een overzicht gegeven van het betreffende onderzoek, althans voor zover het tijdens de afgelopen evaluatieperiode werd verricht. Daarna (par. 7.3) wordt het onderzoek nader bekeken. Met name komt hierbij de vraag aan de orde in hoeverre inderdaad bouwstenen worden aangedragen voor planning volgens de WVG. Het hoofdstuk wordt afgesloten (par. 7.4) met conclusies en aanbevelingen.

7.2 Overzicht van verricht onderzoek

In totaal werden negen WVG-onderzoeken in Kennemerland als zodanig geregistreerd. In schema 7 wordt van deze onderzoeken een overzicht gegeven. In dit schema wordt achtereenvolgens melding gemaakt van de titel van het onderzoek, de vraagstelling, de gevolgde methodiek, de uitvoerende instantie en het moment van rapportage. In de meeste gevallen werd het onderzoek uitgevoerd door één van de twee buro's WVG. Meestal vond het plaats in

opdracht van het bestuurlijk overleg (het BOW of het Portefeuillehouderscontact Volksgezondheid). In sommige gevallen is niet geheel duidelijk of er een opdrachtgever was dan wel het onderzoek op eigen initiatief van het bureau WVG werd uitgevoerd.

De vraagstellingen van het onderzoek betreffen vrijwel steeds de eerstelijnsgezondheidszorg. Om duidelijker te kunnen vaststellen waarnaar de aandacht in het onderzoek uitgaat, werden de onderzoeksthema's gerangschikt naar vraag- en aanbodkant van de gezondheidszorg en werd vervolgens een verdeling van de onderzoeken naar thema's gemaakt. Het resultaat hiervan is gegeven in schema 8. Het blijkt dat in de WVG-onderzoeken in Kennemerland de meeste aandacht uitgaat naar de vraagkant van de gezondheidszorg en daarbinnen naar het gebruik van en/of de tevredenheid over voorzieningen.

Schema 8 WVG-onderzoek in Kennemerland, naar onderwerp (nummers verwijzen naar overzicht in schema 7)

gezondheidszorg - vraag		gezondheidszorg - aanbod	
onderwerp	onderzoek	onderwerp	onderzoek
leefsituaties/klachten/problemen	1, 3, 4	functioneren van voorzieningen	3, 4, 6, 7
gebruik en/of tevredenheid voorzieningen	1, 2, 3, 5, 8, 9		
wensen, verlangens, behoeften aan voorzieningen	1, 5, 8		

Ook in de gevolgde methodiek wordt een breed terrein bestreken. Gebruik is gemaakt van literatuurstudies, interviews (waaronder telefonische), analyse van documenten, groepsgesprekken en schriftelijke enquêtes. In vrijwel alle onderzoeken werden interviews gehouden. In drie gevallen werd gebruik gemaakt van een

Schema 7 Onderzoeken in het kader van de WVG in Kennemerland

Titel onderzoek	Vraagstelling	Methodiek	Uitvoering	Rapportage
1. Leefsituatie van ouderen in Midden-Kennemerland	<p>1. Hoe is de leefsituatie van ouderen t.a.v. algemene aspecten (huisvesting, integratie, gezondheidsbeleving, financiële positie)?</p> <p>2. In welke mate wordt door ouderen gebruik gemaakt van voorzieningen?</p> <p>3. Welke wensen/verlangens hebben ouderen m.b.t. hun leefsituatie?</p>	<p>Mondelinge afname van vragenlijst met gesloten antwoordcategorieën bij gemeentelijke steekproeven van 267 personen boven de 65 jaar, uitgevoerd door 33 enquêteurs/erquetrices</p>	<p>Buro WVG Midden-Kennemerland, bijgegaan door een begeleidingscommissie</p>	<p>najaar 1986</p>
2. Patiëntenstromen in Midden-Kennemerland	<p>Is er in Midden-Kennemerland sprake van intergemeentelijke patiëntenstromen in de eerstelijnsgezondheidszorg? Zo ja, in welke opzichten onderscheiden de grensoverschrijdende patiënten zich van de overigen?</p>	<p>Telefonische enquête bij een steekproef (gestratificeerd naar gemeenten) van 600 personen in de regio</p>	<p>Buro WVG Midden-Kennemerland, Rijksuniversiteit Utrecht</p>	<p>augustus 1986</p>
3. Inventarisatie van knelpunten in extramurale gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening voor buitenlandse inwoners in Midden-Kennemerland	<p>In hoeverre zijn voorzieningen onder buitenlanders bekend; maken deze er gebruik van en doen zich taalproblemen voor? Welke problemen doen zich in het contact met hulpverleners voor; welke gezondheidsproblemen hebben buitenlanders; welke oplossingen voor knelpunten zijn wenselijk en mogelijk?</p>	<p>Literatuurstudie; gesprekken met personen werkzaam in gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (zowel instellingen als vrije beroepsbeoefenaars); gesprekken met sleutelfiguren</p>	<p>Buro WVG Midden-Kennemerland</p>	<p>juni 1987</p>
4. Inventarisatie van knelpunten in de zorgverlening aan vrouwen in Midden-Kennemerland	<p>Wat zijn de specifieke problemen van vrouwen; wordt hieraan in de reguliere gezondheidszorg voldoende aandacht besteed; wat is de plaats van vrijwilligers en zelfhulpgroepen in de vrouwenhulpverlening; moet de gezondheidszorg worden aangepast, en zo ja, hoe?</p>	<p>Literatuurstudie; inventarisatie van voorzieningen die specifieke hulp aan vrouwen geven; verzameling van gegevens over gebruik van deze voorzieningen</p>	<p>Buro WVG Midden-Kennemerland, bijgegaan door een begeleidingscommissie</p>	<p>loop van 1987</p>

Literatuurstudie naar be-
grip 'behoefte'; inter-
visies (met zowel open als
gesloten vragen) bij een
naar leeftijd gestratifi-
ceerde steekproef (179
personen) uit de burger-
lijke stand van Vogelen-
zang

Van welke voorzieningen
maken de inwoners van Vo-
gelenzang gebruik; zijn
zij over de geboden zorg
tevreden; bestaat er be-
hoefte aan eerstelijns-
voorzieningen in Vogelen-
zang zelf?

5. Behoeften en satis-
factie met betrekking
tot gezondheidszorg in
de kern Vogelenzang

Voeren van gesprekken met
besturen en beroepskrach-
ten van instellingen uit
de eerstelijnszorg en van
groeps gesprekken met
vrije beroepsbeoefenaren;
terugrapportage van uit-
komsten; inspraakavond
voor gebruikers eerste-
lijnszorg

Wie is de feitelijke sa-
menwerking in de eerste-
lijnszorg in Bloemendaal
op dit moment; welke wer-
sen bestaan er met betrek-
king tot die samenwerking
en kunnen die wensen
'ruimtelijk' worden ver-
taald?

6. Het nieuwe kruisgebou
en de eerstelijnszorg
in Bloemendaal

Schriftelijke enquête
onder instellingen en
zelfstandige beroepsbe-
oefenaren in eerstelijns-
zorg over onderlinge
samenwerking en verwachte
gevolgen WVG; enkele
aanvullende gesprekken
met beroepsbeoefenaren

Wat is de inhoud - kwan-
titatief, zorginhoudelijk
en organisatorisch - van
de voorzieningen in de
eerstelijnsgezondheidszorg
in Bennebroek?

7. Analyse hulpaanbod
eerstelijnsvoorzie-
ningen gemeente Benne-
broek

Mondelinge en schrift-
elijke enquêtes bij een
steekproef (iedere tiende
inwoner) uit het bevol-
kingsregister

1. Van welke voorzieningen
maken de inwoners van
de gemeente Bennebroek
gebruik, in welke mate
zijn deze voorzieningen
gevestigd?

8. Analyse hulpvraag
eerstelijnsvoorzie-
ningen gemeente Benne-
broek

2. Zijn de inwoners tevre-
den over deze voorzie-
ningen?
3. Bestaat er behoefte aan
uitbreiding, c.q. kwa-
liteitsverbetering van
het bestaande voorzie-
ningsaanbod?

Telefonische enquête on-
der een asselct uit het
telefonboek gekozen
steekproef (815 geedge-
keurde vraaggesprekken)

Wat is het gebruik van en
de tevredenheid over ge-
zondheidszorgvoorzienin-
gen, met name in de eer-
stelijns, in de gemeente
Heemstede? (vraagstelling
in onderzoeksrapport niet
als zodanig vermeld)

9. Gezondheidszorg in de
gemeente Heemstede

literatuurstudie, in twee gevallen van een schriftelijke enquête.

Op de resultaten en conclusies van het WVG-onderzoek kan hier slechts beknopt worden ingegaan. De onderzoeken langs lopend ontstaat het volgende beeld (tussen haakjes de nummers van de onderzoeken, zoals vermeld in schema 7).

De rapportage van het ouderenonderzoek in Midden-Kennemerland (1) - ongetwijfeld het meest omvangrijke onderzoek dat in Kennemerland de afgelopen jaren is verricht - bestaat uit 7 deelrapporten. Vijf ervan bevatten de resultaten over de afzonderlijke gemeenten (o.a. afgezet tegen Midden-Kennemerland als geheel), in de twee overige worden resultaten gepresenteerd met betrekking tot resp. zelfstandig wonende ouderen en bewoners van verzorgingstehuizen. In deze laatste twee rapporten worden vergelijkingen gemaakt tussen Midden-kennemerland en Nederland. De resultaten geven concrete antwoorden op de vragen van het onderzoek. Op basis van de resultaten worden aanbevelingen gedaan. Met betrekking tot de leefsituatie van de zelfstandig wonende ouderen bijvoorbeeld wordt aanbevolen in het beleid de gemeentelijke invalshoek meer centraal te stellen, de bereikbaarheid van de ziekenhuisvoorziening te verbeteren, gezamenlijke initiatieven te ontwikkelen om de integratie van ouderen te bevorderen en tegemoet te komen aan hun behoefte aan informatie, meer inzicht te verkrijgen in het medicijngebruik, meer aandacht te besteden aan de voorziening pedicure en, voor de verdere uitbouw van het ouderenbeleid, nadere analyses te laten uitvoeren op de in dit onderzoek verzamelde gegevens. Met betrekking tot de bewoners van verzorgingstehuizen worden eveneens aanbevelingen gedaan over de bereikbaarheid van ziekenhuizen, het verkrijgen van inzicht in het medicijngebruik en de pedicure. Daarnaast wordt de beleidsvoerders aanbevolen tehuisbewoners meer woonruimte ter beschikking te stellen, mogelijkheden te scheppen om

ouderen die dat wensen opnieuw zelfstandig te kunnen laten wonen, contactmogelijkheden met mensen buiten het tehuis te bevorderen en in het beleid niet alleen uit te gaan van de toekomstige situatie maar ook van de (leefwereld van de) huidige bewoners.

In het onderzoek naar patiëntenstromen (2) was de belangrijkste conclusie dat zich tussen de gemeenten van Midden-Kennemerland in de eerstelijns méér patiëntenverkeer voordoet dan werd aangenomen. Er wordt voor gepleit bij de verdere planning van eerstelijnsvoorzieningen hiermee rekening te houden. Ook het onderzoek naar de zorg voor buitenlanders (3) bevat tal van conclusies en aanbevelingen, alle op concreet niveau en direct aansluitend bij de onderzoeksvragen. Over de inventaristie van de knelpunten in de zorgverlening aan vrouwen (4) zijn nog geen resultaten bekend.

Wat Zuid-Kennemerland betreft wees het behoeften- en satisfactieonderzoek in Vogelenzang (5) uit dat zich in de keuze van eerstelijnsvoorzieningen een dilemma voordoet tussen bereikbaarheid en het vertrouwen in de hulpverlener; met name is dit het geval bij de huisarts. Aanbevolen wordt dat tussen de gemeente Bloemendaal, waarvan Vogelenzang een kern is, de gemeente Bennebroek, van wiens eerstelijnsvoorzieningen de bewoners van Vogelenzang het meest gebruik maken, en de eerstelijns-hulpverleners van Bennebroek overleg zal plaatsvinden.

In het onderzoek naar het nieuwe kruisgebouw in Bloemendaal (6) kwam naar voren dat een samenwerkingsideologie bij de eerstelijnsberoepsgroepen aldaar nauwelijks aanwezig is. De invulling van het gebouw werd door de zorgverleners tamelijk los gezien van de samenwerkingsrelatie. In de studie naar het aanbod van eerstelijnsvoorzieningen in Bennebroek (7) wordt geconcludeerd dat de situatie goed is: er worden geen knelpunten ervaren, er is bereidheid tot het maken van werkafspraken en er bestaan goede voorwaarden voor de totstandkoming van een eerstelijns-

platform. Wel bestaat er scepsis over de bevoegdheden van de gemeente in het plannen van de eerstelijns. Aanbevolen wordt deze scepsis door onder andere veelvuldig overleg weg te nemen. Het onderzoek onder de bevolking van Bennebroek (8) bracht tal van informatie aan het licht over het gebruik van voorzieningen in de eerstelijns. De aanbevelingen betreffen voornamelijk het laten verrichten van verder onderzoek, onder andere naar behoeften van ouderen en de preventieve zorg. In het onderzoek naar de gezondheidszorg in de gemeente Heemstede tenslotte (9) worden in het geheel geen conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan. In de rapportage beperkt men zich tot het geven van tabellen.

7.3 Nadere beschouwing van het onderzoek

De belangrijkste reden om aandacht te schenken aan het WVG-onderzoek in Kennemerland is het feit dat met dit onderzoek wordt beoogd bouwstenen aan te dragen voor planning en beleid. In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag in hoeverre de hier gepresenteerde onderzoeken deze bouwstenen hebben geleverd. Daaraan voorafgaand worden enkele opmerkingen gemaakt over de kwaliteit van het onderzoek in methodologisch en methodisch opzicht.

Het is niet de bedoeling over deze aspecten een uitputtende bespreking te houden en al te zeer op afzonderlijke onderzoeken in te gaan. Beoogd wordt in het kort enige algemene signaleringen te doen. Hierbij wordt louter uitgegaan van de rapportages die van de onderzoeken zijn verschenen. Aangezien met betrekking tot het onderzoek naar de zorgverlening aan vrouwen (4) nog niet over een rapport werd beschikt, is dit onderzoek niet in de beschouwing betrokken.

Bij methodische en methodologische kwaliteit gaat het er om of de onderzoeken goed zijn opgezet, of zij betrouwbare en valide

gegevens opleveren, of de overgang van resultaten naar conclusies en die van conclusies naar aanbevelingen correct verloopt en of verantwoording is afgelegd over vraagstelling, gekozen opzet en methodiek. Hierover kan wat betreft het onderzoek in Kennemerland het volgende worden gezegd.

1. Over het algemeen wordt in de rapporten verantwoording afgelegd over opzet en methodiek. Het onderzoek naar het nieuwe kruisgebouw in Bloemendaal (6) laat op dit punt te wensen over. In het onderzoek naar de gezondheidszorg in Heemstede (9) wordt in het geheel geen verantwoording gegeven.
2. Van betrouwbaarheid en validiteit van de verzamelde gegevens lijkt in de meeste onderzoeken sprake. Ten aanzien van één aspect dient echter een kanttekening te worden gemaakt. In alle onderzoeken wordt bij de dataverzameling gebruik gemaakt van de interviewmethode of het houden van een schriftelijke enquête. In de meeste gevallen is hierbij gebruik gemaakt van een steekproef. Niet altijd echter wordt inzicht gegeven in de mate waarin de gekozen steekproef representatief kan worden geacht voor de onderzoekspopulatie. Ook wordt niet altijd informatie verstrekt over de non-respons. Voor zover dat laatste gebeurt volgt geen nadere studie van de betreffende groep. Het gevolg is dat twijfels ontstaan over de generaliseerbaarheid, en dus de validiteit, van de uitkomsten.
3. Met uitzondering van het onderzoek in Heemstede (9) worden in alle onderzoeken conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan. Het valt op dat in vrijwel alle gevallen in de aanbevelingen rechtstreeks de inhoud van de conclusies wordt gevolgd zonder dat een kritische beschouwing van de conclusies heeft plaatsgevonden. Zo wordt in het onderzoek naar de patiëntenstromen (2) op basis van de uitkomsten geconstateerd dat het van belang is bij de planning van

eerstelijnsvoorzieningen met intergemeentelijke patiëntenstromen rekening te houden. Afgezien van het algemene karakter van deze uitspraak is het de vraag of de gevonden patiëntenstromen zo sterk zijn dat het een reële aanbeveling is dat er rekening mee gehouden moet worden. In het onderzoek naar buitenlanders (3) wordt op basis van de geconstateerde wens tot méér informatie de aanbeveling gedaan meer voorlichting te geven. Stilzwijgend wordt er van uitgegaan dat een wens tot meer informatie betekent dat men ook slecht is geïnformeerd. Dit laatste is de vraag. In het onderzoek in Bennebroek tenslotte (7) wordt op grond van ontevredenheid over avond- en weekenddiensten geadviseerd deze diensten te verbeteren. Een bezinning op de redelijkheid van deze ontevredenheid ontbreekt. In al deze voorbeelden is de fase tussen conclusies en aanbevelingen - een fase waarin de conclusies worden gewogen - overgeslagen.

Met deze laatste opmerking zijn we in feite al aangekomen bij de betekenis van de diverse onderzoeken voor planning en beleid. Alle onderzoeken hebben de pretentie bouwstenen aan te dragen voor de beleidsvoerders. In de meeste wordt dit ook benadrukt en wordt de relevantie van het onderzoek voor de planning in het kader van de WVG vooraf geëxpliciteerd. De vraag of deze pretentie is waargemaakt is in het kader van dit hoofdstuk uiteraard niet volledig te beantwoorden. Wel kunnen enkele aanwijzingen worden gegeven.

Of een onderzoek bouwstenen voor het beleid kan aandragen blijkt voor een groot deel uit de bruikbaarheid van de aanbevelingen. Ons inziens zijn er enkele voorwaarden waaraan een aanbeveling met het oog op die bruikbaarheid moet voldoen. In de eerste plaats is het nodig dat de aanbeveling, zowel wat betreft onderwerp als nivo van formulering, aansluit bij de beleidsvoering.

In het WVG-onderzoek van Kennemerland is naar onze mening van een dergelijke aansluiting sprake: in de diverse onderzoeken worden de aanbevelingen concreet gesteld en zij hebben betrekking op thema's die in de regio als relevant gelden.

In de tweede plaats lijkt het ons voor de bruikbaarheid van de aanbeveling gewenst dat in de inhoud getracht wordt te anticiperen op afwegingen die in de beleidsvoering dienen te worden gemaakt. De onderzoeker zal de bestuurder het meest behulpzaam zijn indien in de aanbeveling een relatie wordt gelegd tussen enerzijds het onderzoeksresultaat, anderzijds de uitgangspunten die voor het beleid kunnen worden gehanteerd. Op zich kan dit leiden tot een meervoudige aanbeveling. Zo kan het onderzoeksresultaat, dat mensen ontevreden zijn over de beschikbaarheid van huisartsen op avonden en in weekends, in combinatie met het uitgangspunt 'de huisarts behoort altijd klaar te staan' leiden tot de aanbeveling aan het gemeentebestuur (als opdrachtgever van het onderzoek) dat deze er voor dient te zorgen dat het waarneemstelsel in de gemeente wordt herzien; bij het uitgangspunt 'de mens dient zoveel mogelijk voor zichzelf te zorgen, de huisarts staat op de achtergrond' kan hetzelfde resultaat leiden tot de aanbeveling er bij de gezamenlijke huisartsen op aan te dringen via voorlichting en persoonlijk contact dit uitgangspunt uit te dragen. Het is voorstelbaar dat de onderzoeker in de aanbeveling beide wegen aanduidt. De bruikbaarheid van het onderzoek (en de kans dat de resultaten daadwerkelijk worden gebruikt) wordt hiermee vergroot.

Het onderzoek van Kennemerland laat op dit punt naar onze mening te wensen over. Zoals hiervóór al gezegd ontbreekt het in vrijwel al het onderzoek aan een tussenfase waarin afstand wordt genomen tot de resultaten en deze kritisch worden gewogen alvorens aanbevelingen worden geformuleerd. Dit betekent overigens niet dat in het formuleren van aanbevelingen beleidsuitgangspunten in het geheel geen rol spelen. Dat doen zij wel, echter

stilzwijgend en impliciet (zie het in het vorige deel van deze paragraaf genoemd drietal voorbeelden).

Over het feitelijk gebruik van de onderzoeksresultaten is ons weinig bekend. Over het algemeen is in het bestuurlijk overleg van zowel Midden- als Zuid-Kennemerland het afgelopen jaar niet veel aandacht aan resultaten van onderzoek besteed. Slechts met betrekking tot het ouderenonderzoek in Midden-Kennemerland werd door het Portefeuillehouderscontact Volksgezondheid een procedure voor verdere behandeling van de resultaten afgesproken. De indruk bestaat dat de follow up van de diverse onderzoeken vooralsnog gering is. Wellicht hangt dit samen met het zojuist genoemde gebrek aan 'afgewogen' aanbevelingen. Daarnaast speelt het feit dat planning volgens de WVG formeel nog niet mogelijk is waarschijnlijk ook een rol.

De laatste opmerking van deze paragraaf betreft de relaties tussen de onderzoeken. Opgevallen is dat de onderzoeken tamelijk op zichzelf staan en dat er, noch in vraagstelling of meetinstrumentarium, noch in conclusies of aanbevelingen, relaties worden gelegd met ander onderzoek. Er worden geen dwarsverbanden gelegd. Dit laatste zou op grond van gemeenschappelijkheid van onderzoeksthema's (zie schema 8) wel mogen worden verwacht. Zo was een relatie voorstelbaar tussen het onderzoek naar patiëntenstromen (2) en dat naar de zorg in Vogelenzang (5). Of tussen de onderzoeken die zich richten op gebruik van en tevredenheid over voorzieningen. Illustratief is dat in het onderzoek naar de hulpvraag in Bennebroek (8) werd aanbevolen onderzoek onder ouderen te doen, terwijl in Midden-Kennemerland zojuist een omvangrijk onderzoek naar de leefsituatie van ouderen was afgerond. Wellicht is de afwezigheid van dwarsverbanden mede een gevolg van het bestaan van twee afzonderlijk buro's WVG voor Midden- en Zuid-Kennemerland.

7.4 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk is een negental WVG-onderzoeken in Kennemerland besproken. Deze onderzoeken zijn uitgevoerd met het oog op de planningswerkzaamheden welke, bij invoering van de WVG, door de lagere overheden moeten worden verricht. De meeste hebben betrekking op het gebruik van en/of de tevredenheid over bestaande eerstelijnsvoorzieningen. In vrijwel alle onderzoeken worden aanbevelingen geformuleerd voor de beleidsvoering over de gezondheidszorg in Kennemerland.

Nadere beschouwing van de onderzoeken leert dat het in de meeste gevallen gaat om studies, die qua thema en niveau van formulering van de aanbevelingen aansluiten bij de beleidsvoering. Vrijwel steeds is sprake van steekproeven uit de bevolking. In verschillende onderzoeken wordt geen of weinig inzicht gegeven in de mate waarin de steekproef representatief kan worden geacht voor de onderzoekspopulatie. Ook wordt weinig inzicht gegeven in de non-respons. Hierdoor ontstaan twijfels over de generaliseerbaarheid, en dus de validiteit, van de uitkomsten. Verder is opvallend dat in vrijwel geen enkel onderzoek tussen het trekken van conclusies en het doen van aanbevelingen een fase is waarin de conclusies nader worden bekeken en gewogen op uitgangspunten die door de bestuurders kunnen worden gehanteerd. Dit beperkt de bruikbaarheid van het onderzoek, alsook de kans op gebruik van de resultaten. De indruk bestaat dat het gebruik dat tot dusver van de onderzoeken is gemaakt, nogal gering is.

Voorts kan worden geconstateerd dat de diverse onderzoeken tamelijk op zichzelf staan en er weinig dwarsverbanden - in vraagstelling, meetinstrumentarium, bespreking van resultaten of aanbevelingen - worden gelegd met ander onderzoek. Dit laatste zou, gezien de gemeenschappelijkheid van de onderzoeksthema's, wel te verwachten zijn geweest.

Op basis van deze conclusies worden de volgende aanbevelingen gedaan.

1. Het is van belang dat in Kennemerland met het verrichten van WVG-onderzoek wordt doorgegaan, echter onder de volgende voorwaarden:
 - . in de onderzoeken dient méér aandacht te worden besteed aan de vraag of de te kiezen steekproef wel representatief is voor de beoogde onderzoekspopulatie.
 - . om de bruikbaarheid van het onderzoek te vergroten is het nodig dat, alvorens aanbevelingen worden geformuleerd, een bezinning op de conclusies plaatsvindt. Belangrijk onderdeel van deze bezinning vormt de weging van de conclusies op uitgangspunten die door de bestuurders (zouden kunnen) worden gehanteerd bij het op basis van de onderzoeksuitkomsten te voeren beleid.
 - . er moet méér samenhang zijn tussen de diverse WVG-onderzoeken. Wegen hiertoe zijn: waar mogelijk gebruik maken van dezelfde meetinstrumenten en voortbouwen op resultaten van eerder onderzoek.
2. Ook andere, meer specifieke onderwerpen dan die waaraan de afgelopen jaren aandacht is besteed, lenen zich voor onderzoek in Kennemerland. Genoemd kunnen worden: zelfzorg, thuishulp, chronische ziekten, relatie tussen eerste- en tweedelij, aspecten van het RFO.
3. In het opzetten en verrichten van WVG-onderzoek zou méér afstemming en overleg kunnen zijn tussen de WVG-buro's van Midden- en Zuid-Kennemerland.
4. In het bestuurlijk overleg van Zuid-kennemerland (BOW) en Midden-kennemerland (Portefeuillehouderscontact Volksgezondheid) zou méér aandacht dienen te worden besteed aan het WVG-onderzoek, zowel waar het de beginfase van het onderzoek betreft (kenbaar maken van relevante vraagstellingen, toetsen van de kwaliteit), als ten aanzien van de

eindfase (aangeven van de betekenis van de resultaten voor de beleidsvoering). De bestuurders zouden kunnen overwegen een commissie van deskundigen in te stellen die hen adviseert over de keuze van onderzoeksthema's en de kwaliteit van het onderzoek bewaakt.

8. NABESCHOUWING

Het Integrale Invoeringsproject WVG in Kennemerland heeft een betrekkelijk rustig jaar achter de rug. Gewacht werd op de uitvoeringsbesluiten van het Rijk, welke de integrale invoering van de WVG wettelijk mogelijk dienden te maken. Anders was het gesteld met de omgeving van het project. Hierin deden zich ontwikkelingen voor die mogelijk zullen leiden tot een fundamentele wijziging van de opzet en de inhoud van het project. Vooral onder invloed van het bestaan en de rapportage van de Commissie Dekker werd landelijk steeds sterker gedacht in een richting die betrekkelijk nieuw is: het vormgeven van de gezondheidszorg door middel van regionale markten. In deze nieuwe opzet, samen te vatten met het begrip 'regionaal marktmodel', zitten elementen die ook in de WVG aanwezig zijn: het regionalisatieprincipe en het beleidsinstrument regionaal financieel kader. Andere onderdelen, met name de terugtrekkende overheid, minder planning en meer markt, zijn nieuw. Met een dergelijk model zouden overigens soortgelijke doelen bereikt moeten worden als met de WVG: een samenhangende en doelmatige gezondheidszorg, op democratische en decentrale wijze bestuurd. De WVG-doelen op zich lijken dus niet ter discussie te staan, wel de weg waarlangs zij gerealiseerd moeten worden.

Het belangrijkste element van het WVG-denken dat niet erg past in dit model, is dat van de plannende overheid. Binnen het WVG-proefgebied zijn dat provincie en (samenwerkende) gemeenten. Voor de provincie zou, in het maken van kaderplannen, een planningstaak blijven weggelegd, de gemeenten zouden hun volgens de WVG gegeven planningstaak inleveren. Wat er van de overheden wordt verwacht is bondig geformuleerd door de Directeur-Generaal Volksgezondheid op de studiedag van het ROGK in Beverwijk (26 juni 1987). Het gaat volgens hem vooral om het stellen van randvoorwaarden. Deze kunnen betrekking hebben op de kwaliteit en op

teit en op het tenminste of ten hoogste gewenste verzorgingsnivo (in termen van benodigde capaciteitseenheden, niet in termen van instellingen; dit laatste is dan immers een zaak van de regionale overeenkomst die verzekeraars en veld met elkaar zouden sluiten). Het is hierbij voorstelbaar dat 'het Rijk via richtlijnen algemene normen formuleert m.b.t. het gewenste zorgniveau, doch dat de provincie deze normen via de kaderplannen vertaalt in kaders per regio, waarbinnen partijen een regionale overeenkomst sluiten. Deze normen en kaders kunnen in beginsel zowel betrekking hebben op de intramurale- als op de semi- en extramurale zorg. Ten opzichte van de huidige situatie betekent dit globaliseren van de planning en concentreren van planningstaken op provinciaal niveau'. Toekenning van deze globale planningstaken aan de gemeenten, aldus de Directeur-Generaal, 'ligt niet voor de hand, gelet op de omvang ervan, los van de vraag of dit theoretisch al zou kunnen; het gaat immers om kaders per regio'. Het ligt meer voor de hand dat de gemeenten 'hun kracht zoeken in het tot ontwikkeling brengen van openbaar gezondheidsbeleid: het waken over de gezondheidssituatie van de bevolking en van daaruit gezondheidsnota's opstellen, participeren in provinciale kaderplanning en regionale overeenkomsten, collectieve preventie en facetbeleid tot ontwikkeling brengen etc.'.

De Gedeputeerde Volksgezondheid van de provincie Noord-Holland stemde, eveneens op de studiedag van het ROGK, met de gedachten van de Directeur-Generaal in. Indien er een nieuwe structuur voor de volksgezondheid moet komen, zal deze wat hem betreft 'de doelstellingen van de WVG moeten overnemen en zou het marktmechanisme onder strikte voorwaarden een zekere speelruimte mogen hebben'. De rol van de overheid 'zou in zekere zin die van de marktmeester kunnen zijn: het is aan de overheid om te bepalen welke regels er op de markt gelden, welke partijen er toegang hebben aan de aanbodskant. Het is ook aan de overheid om te

zorgen dat de klanten vrijelijk toegang hebben tot die markt. In zorg-termen betekent dat laatste dat de overheid uiteindelijk verantwoordelijk moet kunnen worden gesteld voor spreiding en toegankelijkheid van de noodzakelijke voorzieningen. Zó is de overheid meer arbiter, niet in de eerste plaats administrateur'. Ook in zijn visie op de taken van de gemeenten sloot de Gedeputeerde zich aan bij de Directeur-Generaal: gemeenten zouden zich kunnen richten op het behartigen van de gezondheidsbelangen van hun inwoners. Met name het verzamelen van informatie over de gezondheidstoestand van de inwoners is dan een belangrijke taak. De gemeenten moeten hiertoe, aldus de Gedeputeerde, wel de mogelijkheden hebben. Deze informatie 'moet de gemeente in kunnen brengen, zowel op het niveau waarop de kaderplannen worden voorbereid en vastgesteld als op het niveau waarop de voorzieningenplannen worden uitgewerkt. Daarover moet de provincie met de gemeenten afspraken maken'.

Door de gezamenlijke gemeenten in Kennemerland is binnen de regio zelf tot dusver niet op het nieuwe planningsconcept gereageerd. Wel hebben zij, tezamen met vrijwel alle gemeenten van de twee andere integrale invoeringsgebieden via de VNG, de Staatssecretaris hun visie gegeven op de toekomstige rol van de gemeenten (zie ook het slot van par. 3.2). Het is goed te constateren dat ook de gemeenten het 'creëren van afstemming tussen vraag en aanbod door het vergroten van de marktwerking' (bijlage brief aan de Staatssecretaris) een acceptabel uitgangspunt vinden. Daarbinnen echter achten zij voor zichzelf wel degelijk een planningstaak weggelegd. Het opstellen van kaderplannen vinden zij - althans het onderdeel dat voorzieningen betreft waarvoor zij, uitgaande van de met de vorige Staatssecretaris gemaakte taakverdeling, zouden zorgen - een taak van de gemeenten. Datzelfde geldt voor het toetsen van de voorzieningenplannen aan dat onderdeel van de kaderplannen.

Met het voorafgaande zijn naar onze mening de belangrijkste bestanddelen gegeven van de situatie medio 1987. Het is goed mogelijk dat de plannen van het Rijk zich verder zullen ontwikkelen in de richting van een regionaal marktmodel. Verwacht wordt dat in het najaar over een dergelijk model politiek en maatschappelijk consensus wordt bereikt en besloten wordt het, voorlopig via WZV, WVG en WTG tezamen, ten uitvoer te brengen. In Kennemerland zou het model dan met voorrang kunnen worden toegepast. De belangrijkste vraag is of de gemeenten uit deze regio hier welwillend tegenover zullen staan. Dat zij enige weerstand hebben is begrijpelijk. Deze weerstand komt overigens niet alleen voort uit de beoordeling van de inhoud van het model (het verdwijnen van planningsbevoegdheden) maar zeker ook uit de wijze waarop zij als gemeenten het afgelopen jaar zijn behandeld, zowel door de Staatssecretaris (die in zijn brieven van oktober en maart toezeggingen over de voortgang van de WVG-invoering deed, maar overleg afhield en nu met een ander model lijkt te gaan komen) als door de provincie (die de gemeenten het gevoel heeft gegeven hen in de steek te laten). Van groot belang lijkt ons dat de gemeenten nieuwe plannen van het Rijk een zakelijke beoordeling geven. Essentieel zal zijn hoe het door de gemeenten 'participeren in provinciale kaderplanning en regionale overeenkomsten' (zoals de Directeur-Generaal dat uitdrukte) zal zijn uitgewerkt, c.q. welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan deze participatie zijn verbonden. Voorts lijkt het ons van belang dat bij het toekennen van taken aan de gemeenten (en bij de beoordeling door de gemeenten van voorstellen hieromtrent) als uitgangspunt worden gehanteerd de specifieke deskundigheid, kennis en mogelijkheden die de gemeenten als laagste overheidsnivo hebben.

Dat Kennemerland een belangrijke rol blijft spelen in het zoeken naar de meest geschikte opzet van de gezondheidszorg in ons

land, lijkt ons gewenst. Als regio heeft Kennemerland veel te bieden. Met het oog op de WVG-invoering is de bestuurlijke infrastructuur uitgebouwd. Het beleidsnetwerk voldoet aan de voorwaarden om doeltreffend te kunnen functioneren. De bereidheid tot samenwerking bij de diverse partijen is betrekkelijk groot. Bovendien is er de afgelopen jaren, ondanks het uitblijven van uitvoeringsbesluiten, ervaring opgedaan, die ook in een enigszins gewijzigd gezondheidszorgmodel van pas kan komen. Genoemd kunnen worden de werkzaamheden voor het Regionaal Financieel Overzicht en voor het vestigingsbeleid huisartsen, alsook het eigen onderzoek. Het RFO zal in de toekomst waarschijnlijk een belangrijk beleidsinstrument worden. En wat het vestigingsbeleid huisartsen betreft, de huidige regeling moge in een regionaal marktmodel misschien niet zo passen, ook in een dergelijk model kan het van belang zijn gemeenten randvoorwaarden te laten stellen - en de eventuele marktpartijen daarop te toetsen - over omvang en spreiding van huisartsenpraktijken en over de afstemming van de zorgverlening op behoeften en wensen van de bevolking.

Naar mag worden aangenomen zal Kennemerland zich niet zonder meer beschikbaar (blijven) stellen als gebied waarin een bepaald gezondheidszorgmodel versneld wordt ingevoerd. Wij zouden ons kunnen voorstellen dat men het in de besluitvorming met elkaar eens wordt over het stellen van enkele condities. Zo zal men waarschijnlijk wensen direct aan de slag te kunnen. Het steeds weer op de lange baan schuiven van uitvoeringsbesluiten door het Rijk heeft in het verleden zo niet frustrerend dan toch wel teleurstellend gewerkt. Voorts zal men niet louter koploper willen zijn. Het tempoverschil met andere regio's moet betekenis hebben: er moet het een en ander uit te proberen zijn. Er dient met andere woorden experimenteerruimte te zijn. Deze kan op veel onderdelen betrekking hebben, bijvoorbeeld op de inhoud van de

kaderplannen, de bevoegdheden van de gemeenten en de ruimte van de marktpartijen.

Bij dit alles mag niet worden vergeten dat het toe te passen model, welke het ook zal zijn, geacht wordt een middel te zijn voor het bereiken van doelen die onveranderd lijken te zijn: het verkrijgen van een doelmatige en samenhangende gezondheidszorg, op een democratische en decentrale wijze bestuurd. Vooral de laatste twee doelen zouden in een regionaal marktmodel onder druk kunnen komen te staan, maar ook over het bereik van de eerste twee in zo'n model bestaan twijfels. Het lijkt ons van groot belang dat het bereik van deze doelen een voortdurend aandachtspunt blijft.

LITERATUURLIJST

COMMISSIE STRUCTUUR EN FINANCIERING GEZONDHEIDSZORG. Bereidheid tot verandering. Rijswijk, 1987.

FREENS, R.J.M. & P. DE KUBBER. Regionale financiële overzichten van de gezondheidszorg. Medisch Contact 41 (1986) nr. 43, 1395-1397.

GODFROIJ, A.J.A. Zielenmassage en ontwijking of doeltreffendheid en samenhang. Een tussentijdse evaluatie van ontwikkelingen in de planning van gezondheidszorgvoorzieningen. Acta Politica 1986/2, 149-168.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Wet voorzieningen Gezondheidszorg. Leidschendam, maart 1983.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen. Leidschendam, oktober 1985.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota van Toelichting bij het Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen. Leidschendam, oktober 1985.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Ontwerp Besluit Integrale Invoeringsprojecten WVG. Supplement bij de Nederlandse Staatscourant van maandag 3 maart 1986, nr. 43.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Ontwerp Richtlijnen en Kwaliteitseisen WVG-WZV. Rijswijk, juli 1986.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Regeringsstandpunt inzake het advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Rijswijk, 5 juni 1987.

NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Regionalisatie in de gezondheidszorg. Brief aan de Minister-President. Zoetermeer, 20 mei 1987.

PROVINCIAAL BESTUUR VAN NOORD-HOLLAND. Regionaal financieel overzicht van onder de AMvB ex. art. 41 WVG vallende voorzieningen voor gezondheidszorg in Kennemerland 1982-1984. Haarlem, november 1986.

RIJKSUNIVERSITEIT LIMBURG. Regionaal financieel overzicht gezondheidszorg; een advies voor een handleiding. Maastricht, 1987.

RIJKSUNIVERSITEITEN LIMBURG EN UTRECHT. Het opstellen van Regionale Financiële Overzichten. Advies aan de Staatssecretaris van WVC. Maastricht/Utrecht, september 1985.

ROGK, REGIONAAL OVERLEG GEZONDHEIDSZORG KENNEMERLAND. Regionale begroting Zuid- en Midden-Kennemerland. Bevindingen eerste fase. Bloemendaal, september 1986.

SCHOUTEN, C.C. & 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, 1984.

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

SCHOUTEN, C.C. Evaluatie integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in Kennemerland. Deel 3: november 1985-juni 1986. NIPG-TNO, Leiden, oktober 1986.

SCHUURMAN, M.I.M. & A.B. WESSELS. Integrale invoering WVG in Eindhoven/Kempenland. Evaluatie van voortgang en beleidsinstrumenten. Periode juli 1986-juni 1987. NIPG-TNO, Leiden, oktober 1987.

STAATSSECRETARIS VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer over de invoering van de WVG. Rijswijk, 16 oktober 1986.

STAATSSECRETARIS VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Brief aan betrokkenen bij de integrale invoering WVG over de invoering van de WVG. Rijswijk, 21 oktober 1986.

STAATSSECRETARIS VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Brief aan betrokkenen bij de integrale invoering van de WVG over de invoering van de WVG. Rijswijk, 19 maart 1987.

STAATSSECRETARIS VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Brief en notitie 'Eerste evaluatie vestigingsregeling huisartsen'. Rijswijk, 11 juni 1987.

TWEDE KAMER DER STATEN-GENERAAL. Verslag van het mondeling overleg tussen de Staatssecretaris van WVC en de vaste Commissie voor de Volksgezondheid op 11 december 1986. Vergaderjaar 1986-1987, 19700 hfdst. XVI, nr. 132. 20 januari 1987.

VNG, VERENIGING VAN NEDERLANDSE GEMEENTEN. Vestiging en praktijkomvang huisartsen. Groene reeks nr. 81. 's Gravenhage, februari 1986.

WASSENBERG, A. (red.). Netwerken: organisatie en strategie. Meppel, 1980.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
BOM	Bestuursorganisatorische Maatregelen
BOW	Bestuurlijk Overleg WVG (Zuid-Kennemerland)
FOGM	Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn
MFK	Marginaal Financieel Kader
NIPG	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
PRV	Provinciale Raad voor de Volksgezondheid
RFO	Regionaal Financieel Overzicht
ROGK	Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
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
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO

ISBN 90-6743-098-6
86028