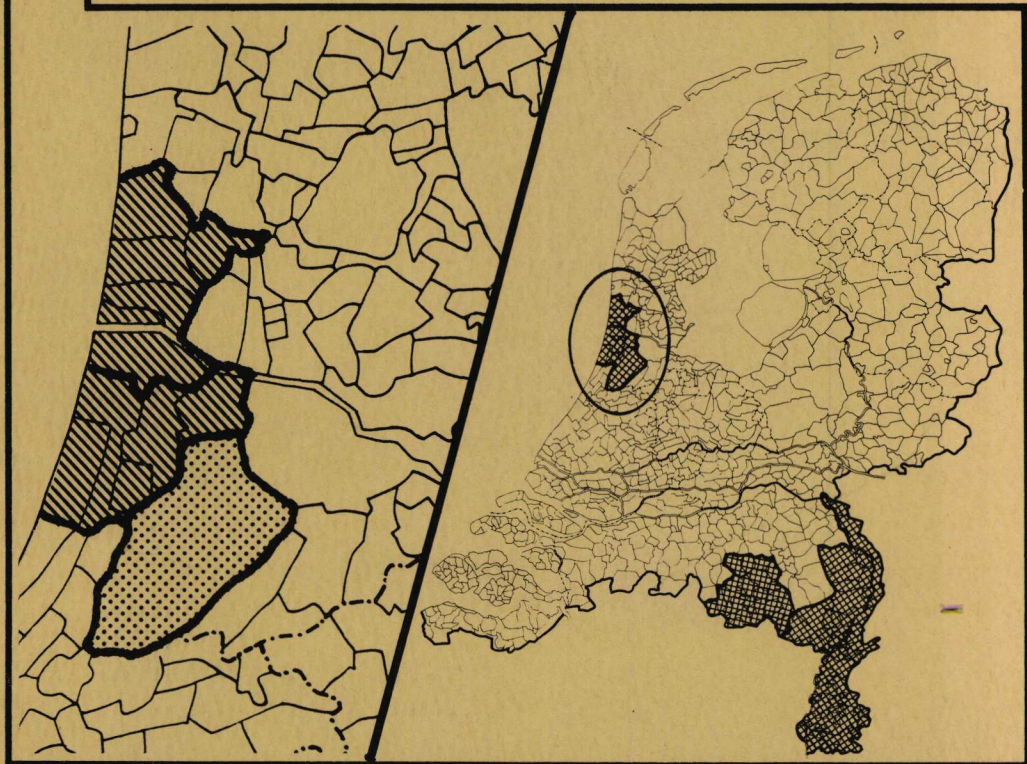


INTEGRALE INVOERING WVG IN KENNEMERLAND

evaluatie van voortgang en slotrapportage

periode juli 1987 - juni 1988

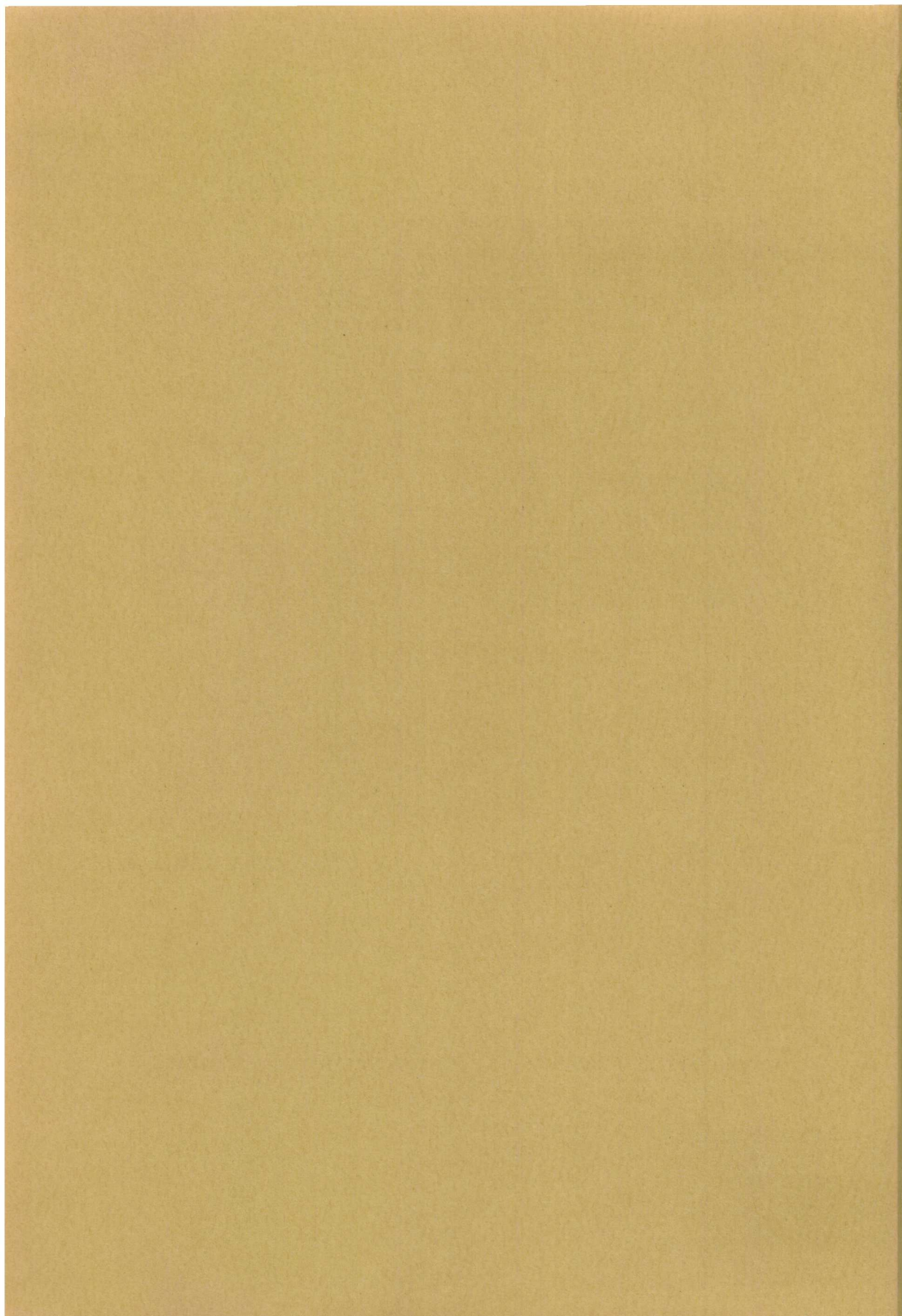
A.B. Wessels / M.I.M. Schuurman



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

SO (492
W 52 (3

NPG-TO
Leiden



50 (492)

W 52

(3)

INTEGRALE INVOERING WVG IN KENNEMERLAND

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

evaluatie van voortgang en slotrapportage

periode juli 1987-- juni 1988

IBISSTAMBOEKNUMMER

4704/000

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

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NIPG-TNO

januari 1989

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 26,50
(incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO te Leiden
onder vermelding van bestelnummer 88042.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Wessels, A.B.

Integrale invoering WVG in Kennemerland : evaluatie van voort-
gang en slotrapportage : periode juli 1987 - juni 1988 / A.B.
Wessels, M.I.M. Schuurman. - Leiden : Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Met lit. opg.

ISBN 90-6743-131-1

SISO: 601 UDC [34:614](492.624)

Trefw.: gezondheidszorg ; Kennemerland

© 1988 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
TNO Publikatienummer 88042

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

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

INHOUD

	blz.
VOORWOORD	I
LIJST VAN AFKORTINGEN	III
1. INLEIDING	1
1.1 Het evaluatieonderzoek	2
1.2 De plaatsbepaling van de WVG en de opbouw van de rapportage	6
2. LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Landelijke ontwikkelingen	10
2.3 Beschouwing en conclusies	15
3. VOORTGANG INTEGRALE INVOERINGSPROJECT WVG IN KENNEMER- LAND	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Het Integrale Invoeringsproject Kennemerland	22
3.3 Beschrijving van feiten en gebeurtenissen	25
3.4 Positie en opstelling van de betrokken partijen ten aanzien van het IIP-WVG	30
3.5 Het beleidsnetwerk	39
3.6 Conclusies en aanbevelingen	46
4. DE POSITIE VAN DE GEMEENTEN IN HET LICHT VAN DE LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN	49
4.1 Inleiding	49
4.2 Integrale invoering WVG vanuit gemeentelijk perspectief	49
4.3 Samenvatting	57
5. HET REGIONAAL FINANCIËEL OVERZICHT	58
5.1 Inleiding	58
5.2 Het RFO algemeen	59
5.3 De belangrijkste gebeurtenissen met betrekking tot de opstelling van het RFO 1985	60
5.4 Evaluatie beleidsinstrument RFO	64
5.5 Conclusies en aanbevelingen	73

6.	HET VESTIGINGSBELEID HUISARTSEN	75
6.1	Inleiding	75
6.2	De weergave van de situatie in Kennemerland	76
6.3	Evaluatie van het vestigingsbeleid huisartsen ...	80
6.4	Conclusies en aanbevelingen	87
7.	NABESCHOUWING OVER DE INTEGRALE INVOERING WVG	91
7.1	Inleiding	91
7.2	De invoering van de Wet Voorzieningen Gezond- heidszorg	92
7.3	Resultaten van de evaluatie	96
7.3.1	Procesevaluatie	97
7.3.2	Effectiviteitsonderzoek	105
7.3.3	Middelenevaluatie	107
7.4	Nabeschuwing	109
	LITERATUURLIJST	115
	BIJLAGEN	121

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 de regio Kennemerland. Dit evaluatie-onderzoek beschrijft de voortgang van de integrale invoering van de WVG en het functioneren van het beleidsnetwerk over de periode juli 1987 - juni 1988. Tevens wordt de werking van enkele door de WVG geboden instrumenten weergegeven.

In juni 1988 sprak een meerderheid in de Tweede Kamer zich uit voor het intrekken van de WVG en het beëindigen van de integrale invoeringsprojecten. Daardoor is dit vijfde rapport het laatste in de reeks.

In de afgelopen jaren zijn de onderzoekers optimaal in de gelegenheid gesteld om de benodigde informatie te verzamelen. De bereidheid bij de betrokkenen in de regio om mee te werken was groot. De conceptversie van het rapport werd becommentarieerd door de ambtelijke werkgroep in Kennemerland.

Verwacht mag worden dat dit rapport de beleidsvoerders zal steunen in het nemen van verdere besluiten over de herinrichting van de gezondheidszorg in Nederland.

Dr. A. Dijkstra,
onderdirecteur NIPG-TNO.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOM	Bestuursorganisatorische Maatregelen
BOW	Bestuurlijk Overleg WVG (Zuid-Kennemerland)
FOGM	Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn
IIP	Integrale Invoeringsproject(en)
KPP	Kennemer Patiënten Platforms
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
Stabo	Stafafdeling Beleidsontwikkeling (Ministerie van WVC)
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
ZFW	Ziekenfondswet

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 (IIP-WVG) van start gegaan. Het doel van deze projecten was om op beperkte schaal ervaringen op te doen die gebruikt zouden 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, Eindhoven/Kempenland en de provincie Limburg.

Om de ervaringen in de drie proefgebieden zoveel mogelijk te benutten werd de integrale invoering in deze gebieden geëvalueerd. De evaluatie-onderzoeken werden uitgevoerd door de vakgroep Beleidswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg, welke de evaluatie in Limburg voor haar rekening nam, en het NIPG, welke de evaluaties in de regio's Kennemerland en Eindhoven/Kempenland verzorgde.

In dit rapport wordt de integrale invoering van de WVG in de regio Kennemerland geëvalueerd over de periode juli 1987 tot en met juni 1988. Eerder verschenen rapporten over de perioden juni 1983 tot en met augustus 1984 (Schouten & Koch, 1984), september 1984 tot en met oktober 1985 (Schouten, 1986a), november 1985 tot en met juni 1986 (Schouten, 1986b) en juli 1986 tot en met juni 1987 (Schuurman & Wessels, 1987). Gelijktijdig met dit rapport verschijnt het evaluatierapport van het NIPG over de regio Eindhoven/Kempenland, eveneens betrekking hebbend op de periode juli 1987 tot en met juni 1988 (Wessels & Schuurman, 1988).

1.1 Het evaluatieonderzoek

De evaluatie van de integrale invoering van de WVG in Kennemerland vond plaats in opdracht van het Ministerie van WVC. De aanvankelijke vraagstelling 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. Ten behoeve van de bestuurlijke en politieke besluitvorming diende de evaluatie tevens antwoord 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 de bestuursorganisatorische maatregelen en de uit de WVG voortvloeiende beleidsinstrumenten, te regelen via uitvoeringsbesluiten. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de verantwoordelijkheidsen 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 zouden kunnen leveren aan 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 was ook de voortgang van de integrale invoering een belangrijk evaluatie-object. Binnen die voortgang ging de aandacht in het bijzonder uit naar het functioneren van het beleidsnetwerk. Dit laatste werd ge-

vormd door de participanten van het invoeringsproces, te weten de overheden, de zorgaanbieders, de financiers en de gebruikersorganisaties.

De hiervoor genoemde onderzoeksopdracht is met andere woorden 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? De inzetbaarheid betreft de bijdragen die zij leveren aan het bereiken van de doelen van de WVG en de wijze waarop deze inzetbaarheid zou kunnen worden verbeterd.
2. Hoe staat het met 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. Enerzijds betreffen zij de ontwikkelingen die in het zorgsysteem van het invoeringsgebied in de richting van de beleidsinhoudelijke doelstellingen van de WVG te signaleren zijn. Anderzijds betreffen zij de mate waarin deze ontwikkelingen zijn toe te schrijven aan de werking van de bestuurlijke instrumenten van de WVG en het beleidsnetwerk. Deze vragen zouden pas aan de orde zijn gekomen wanneer de WVG daadwerkelijk zou zijn ingevoerd. Van dit laatste zal echter - naar dit jaar is gebleken - geen sprake zijn. Deze rapportage is dan ook een eindrapportage, omdat de integrale invoeringsprojecten en daarmee de evaluaties per juli 1988 beëindigd zijn verklaard.

Voor de beantwoording van de eerste vraagstelling is het nodig evaluatiecriteria te formuleren welke ontleend zijn aan de doel-

einden 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 moet zijn van samenhang en doelmatigheid. Aldus ontstaan vier evaluatiecriteria, die door de onderzoekers zijn omschreven. Voor de omschrijving wordt verwezen naar schema 1.1.

Schema 1.1 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: - 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

De evaluatie-criteria zijn toegepast op de van de WVG afgeleide beleidsinstrumenten. Op dit moment zijn slechts twee instrumenten in de praktijk werkzaam. Het betreft het Regionaal Financieel Overzicht (RFO) en het vestigingsbeleid huisartsen. In deze rapportage is het RFO 1985 uitgebreid geëvalueerd. Het vestigingsbeleid huisartsen kreeg minder aandacht gezien de evaluatie daarvan in de vorige rapportage en de geringe ontwikkeling ten aanzien van dit beleid gedurende de afgelopen evaluatieperiode.

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 geweest in navolging van de vorige rapportage, om een zo nauwkeurig mogelijke beschrijving te geven van wat, zowel landelijk als binnen het invoeringsgebied, het afgelopen jaar aan activiteiten en gebeurtenissen heeft plaatsgevonden. Evaluatie van de voortgang betekent in deze rapportage het trekken van lijnen in de reeks gebeurtenissen en het aanwijzen van gunstige en ongunstige ontwikkelingen. Het functioneren van het beleidsnetwerk is geëvalueerd aan de hand van de doeltreffendheid van het netwerk. Voor de uitwerking hiervan wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Het laatste onderwerp van deze paragraaf 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 zijn vergaderingen en andere bijeenkomsten in de regio bijgewoond. Hierbij is informatie verzameld over de genomen besluiten en over het groepsproces, waardoor de besluitvorming tot stand kwam. Tevens werd een aantal landelijke bijeenkomsten bezocht. Daarnaast is gebruik gemaakt van de resultaten van de in oktober

1988 gehouden interviewronde met de vertegenwoordigers van de betrokken partijen in de regio Kennemerland (zie voor de vragenlijst bijlage 3). In de inleidingen van de diverse hoofdstukken wordt vermeld welke van deze methoden voor de inhoud van het betreffende hoofdstuk werden toegepast.

1.2 De plaatsbepaling van de WVG en de opbouw van de rapportage

In 1985 zijn in Kennemerland de bestuurlijke voorbereidingen afgerond. Sindsdien, dus ook de afgelopen periode, is gewacht op uitvoeringsbesluiten van het Ministerie van WVC die de invoering van de WVG wettelijk mogelijk moesten maken. In het afgelopen jaar is wat deze besluiten betreft dus sprake geweest van een stilstand. Koppelen we dit aan het gegeven dat op ambtelijk niveau het Ministerie van WVC eind 1987 aan betrokkenen in de regio meedeelde dat de WVG ingetrokken zou worden en daarmee het Integrale Invoeringsproject (IIP)-Kennemerland zou worden beëindigd, dan is het niet verwonderlijk dat er met betrekking tot de WVG-invoering binnen de regio in deze evaluatieperiode sprake was van een stilstand.

In de loop der jaren is de kritiek op de pretenties van de WVG 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 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 voorgesteld de WVG in te trekken. Dit voorstel is door het kabinet overgenomen. Het parlement

besloot in juni 1988 de WVG op termijn in te trekken en de integrale invoeringsprojecten op 1 januari 1989 te beëindigen.

De stilstand in de integrale invoering en de achterliggende maatschappelijke ontwikkelingen hebben vanzelfsprekend hun weerslag op het evaluatie-onderzoek. Noodgedwongen waren daarvoor de eerste evaluaties nogal gericht op het proces van invoering. Van een evaluatie van de werking in de praktijk van aan de WVG ontleende beleidsinstrumenten (bijvoorbeeld de door de lagere overheden te maken plannen) kon geen sprake zijn, omdat deze instrumenten niet werden toegepast. In de vorige evaluatieperiode lag de situatie iets anders. Een tweetal beleidsinstrumenten, te weten het vestigingsbesluit huisartsen en het Regionaal Financieel Overzicht, werd al in die mate in de praktijk toegepast dat evaluatie mogelijk was. In dit rapport wordt opnieuw naar deze twee beleidsinstrumenten gekeken.

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de landelijke ontwikkelingen die van invloed zijn geweest op de WVG-invoering. De ontwikkelingen binnen de regio komen in hoofdstuk 3 aan de orde. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 de positie van de gemeenten in het licht van de landelijke ontwikkelingen weergegeven. In hoofdstuk 5 wordt het beleidsinstrument Regionaal Financieel Overzicht besproken. Hoofdstuk 6 schetst het vestigingsbeleid huisartsen. In hoofdstuk 7 tenslotte wordt een nabeschouwing gegeven over de integrale invoering WVG in de regio Eindhoven/Kempenland en de regio Kennemerland. Bijlage 1 geeft een samenvatting van de factoren die het niet lukken van de integrale invoering van de WVG mede trachten te verklaren. Tevens worden enkele leerpunten weergegeven. Bijlage 2 geeft de brief weer ter bevestiging van de geplande inter-

views. Bijlage 3 geeft de vragenlijst weer van de in oktober 1988 gehouden interviewronde in Kennemerland.

2. LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN

2.1 Inleiding

In de afgelopen evaluatieperiode hebben zich op landelijk niveau met betrekking tot het gezondheids(zorg)beleid in het algemeen en de integrale invoering van de WVG in het bijzonder, belangrijke ontwikkelingen voorgedaan. In dit hoofdstuk wordt aan deze ontwikkelingen aandacht geschonken.

Begonnen wordt met de beschrijving van de ontwikkelingen (paragraaf 2.2). Daarna worden deze geëvalueerd en op basis van de evaluatie worden conclusies getrokken (paragraaf 2.3).

Voor het schrijven van dit hoofdstuk is met name gebruik gemaakt van beschikbare documentatie (zie literatuurlijst). Aanvullende informatie werd verkregen door het bijwonen van voor de integrale invoering van de WVG relevante bijeenkomsten en vergaderingen. In principe werden alle vergaderingen waarin de integrale invoering van de WVG centraal stond bezocht, voorzover toegankelijk voor de onderzoekers.

In Eindhoven/Kempenland waren dat vergaderingen van het Algemeen Bestuur van het Samenwerkingsorgaan WVG, het Dagelijks Bestuur van het Samenwerkingsorgaan WVG, het Ambtelijk Planoverleg WVG, de Algemene Vergadering van de Regionale Raad Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen en de Plancommissie Psychiatrie.

In Kennemerland werden de vergaderingen bijgewoond van het Bestuurlijk Overleg WVG, het Portefeuillehouderscontact Volksgezondheid Midden-Kennemerland, de ambtelijke werkgroep IIP-WVG, de Werkgroep Inventarisatie, het Dagelijks Bestuur van het Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland en het bestuurlijk overleg.

Op landelijk niveau werden de vergaderingen bezocht van de gezamenlijke gemeenten uit de invoeringsgebieden en de vergade-

ringen van de provincie-ambtenaren uit de invoeringsgebieden met de betrokken WVC-ambtenaren.

Per vergadering en bijeenkomst zijn gestandaardiseerde verslag-formulieren ingevuld over het verloop en de inhoud daarvan.

2.2 Landelijke ontwikkelingen

De belangrijkste gebeurtenissen die zich in deze evaluatieperiode hebben afgespeeld en welke invloed hebben gehad op voortgang van de integrale invoering van de WVG in de regio's Kennemerland en Eindhoven/Kempenland worden in overzicht 2.1 weergegeven. Daarna zullen die gebeurtenissen worden beschreven.

Overzicht 2.1 Belangrijkste gebeurtenissen op landelijk niveau met betrekking tot de integrale invoering van de WVG

Tijdstip	Gebeurtenis
31 augustus 1987	Hoorzitting van de "Vaste Commissie voor Volksgezondheid" uit de Tweede Kamer over het advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg en het regeeringsstandpunt daarover
medio september	Discussie binnen WVC over "model Van Londen" en "model De Beer"
3 november 1987	Tweede regeringsverklaring over het advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg
4 november 1987	Ambtelijke mededeling vanuit WVC dat er met de integrale planning ex WVG opgehouden zal worden en het integrale invoeringsproject zal worden stopgezet
25 januari 1988	De Directeur-Generaal Volksgezondheid schetst in Vinkeveen het gemeentelijk openbaar gezondheidsbeleid
4 maart 1988	Besluit van de Ministerraad om de integrale en sectorale planning ex WVG te beëindigen
7 maart 1988	Derde regeringsverklaring over het advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg

april 1988	Plankostenvergoeding van onder andere de WVG zal worden opgenomen in de provincie- en gemeentefondsen
juni 1988	Kamerdebat, voorafgegaan door kamervragen aan het kabinet, over de "derde regeringsverklaring" uitmondend in de ondersteuning door een meerderheid in de Tweede Kamer om de WVG op termijn in te trekken en de invoeringsprojecten te beëindigen De staatssecretaris nodigt de betrokkenen bij de integrale invoering WVG uit om projectvoorstellen in te dienen met betrekking tot de functionele regionalisatie en het openbaar gezondheidsbeleid

De vorige evaluatieperiode (juli 1986 tot en met juni 1987) stond in het teken van de onduidelijkheid, en daarmee de onzekerheid, over de voortgang van de WVG-invoering. Daarvan was ook in deze evaluatieperiode sprake. Tot maart 1988 werd op bestuurlijk niveau door het Ministerie van WVC niet over een mogelijke intrekking van de WVG gesproken, wel op ambtelijke niveau. Betrokkenen bij de Integrale Invoeringsprojecten hoopten meer duidelijkheid te krijgen over de bestaanszekerheid van de WVG door middel van de eerste regeringsverklaring van juni 1987 over de voorstellen van de Commissie Stuctuur en Financiering Gezondheidszorg ("Commissie Dekker"). Deze regeringsverklaring gaat vooral in op de uitgangspunten die de Commissie Dekker heeft geformuleerd met betrekking tot de gewenste veranderingen in de structuur en de financiering van de zorg. Het kabinet ging echter niet in op de consequenties van de voorstellen van de commissie Dekker op de wet- en regelgeving. Uitspraken hierover werden uitgesteld tot na het zomerreces. Wel stelt de eerste regeringsverklaring onder meer dat de rol van de lagere overheden nader zal worden bepaald en dat het vestigingsbesluit huisartsen ingetrokken zal worden.

Onder andere door de rapportage van de Commissie Dekker, de eerste regeringsverklaring daarover en de ambtelijke mededelin-

gen vanuit het Ministerie van WVC werd het de participanten in de integrale invoeringsgebieden duidelijk dat het vasthouden aan de WVG in ongewijzigde vorm, in het nieuwe stelsel niet meer reëel zou zijn.

Terwijl de politiek en dus ook het kabinet de aandacht met name richtte op de financiële gevolgen van de voorstellen van de commissie Dekker, speelden zich in de nazomer van 1987 binnen het Ministerie van WVC discussies af over twee te volgen modellen. Beide modellen gaan uit van de regionalisatie als orderingsprincipe van de zorg. Regionalisatie zou op basis van de marktwerking tussen aanbieders van zorg en de verzekeraars moeten gaan plaatsvinden. In het "model van Londen" (zie het verslag van de toespraak van de Directeur-Generaal Volksgezondheid in Beverwijk, 26 juni 1987) blijft de mogelijkheid bestaan de gebiedsindeling WZV/WVG (zoals die in ontwerp gereed is) te hanteren indien de regionalisatie via het veld niet lukt. In dat kader noemt de Directeur-Generaal Volksgezondheid expliciet het voortbestaan van de WVG. In het "model de Beer" (zie het verslag van de toespraak van de plaatsvervangend Directeur-Generaal Volksgezondheid in Roermond, 26 mei 1987) wordt de regionalisatie gezien als een proces waarbij de verzekeraars en aanbieders van zorg op basis van de marktwerking tussen vraag en aanbod gaan samenwerken en/of concurreren. Gesteld kan worden dat het "model van Londen" de territoriale regionalisatie benadert. Het "model de Beer" kan synoniem genoemd worden aan de functionele regionalisatie.

Een aantal maanden later bleek dat de regering het concept van de functionele regionalisatie over had genomen.

Op 3 november 1987 werd de tweede regeringsverklaring over het advies van de "Commissie Dekker" aan de Tweede Kamer aangeboden. Deze verklaring behandelt de herziening van het verzeke-

ringsstelsel. De feitelijke invulling van de nieuwe wettelijke structuur van de gezondheidszorg blijft buiten beschouwing. Het kabinet zal - aldus de verklaring - begin 1988 nadere invulling aan de nieuwe structuur van de gezondheidszorg geven.

Op 4 maart 1988 viel het besluit in de Ministerraad om de integrale en sectorale planning ex WVG te beëindigen. Vooruitlopend daarop heeft de Directeur-Generaal Volksgezondheid dit een maand eerder, middels een brief aan de invoeringsgebieden, laten weten.

De derde en laatste regeringsverklaring over het advies van de Commissie "Dekker" werd op 7 maart 1988 gepresenteerd. Deze verklaring behandelt de financiering en de structuur van de gezondheidszorg.

De maatregelen die het kabinet terzake voorstelt zullen in 1992 moeten leiden tot een versterking van de markt- en zelfregulering in de gezondheidszorg. De zorginhoudelijke doelstellingen die voor de WVG golden blijven gehandhaafd, alleen de wijze waarop die worden nagestreefd is hiermee veranderd. Het kabinet stelt voor de WVG op termijn in te trekken en in 1988 te stoppen met de sectorale en integrale invoering van de WVG. De verklaring geeft drie factoren aan die hebben bijgedragen tot het besluit de integrale en de sectorale invoeringsprojecten WVG te beëindigen.

1. scheiding tussen planning en financiering.
2. verdeelde planningverantwoordelijkheid tussen provincies en gemeenten, welke de samenhang in de zorg en de substitutie in de weg staat.
3. in de opzet van het nieuwe stelsel van zorg is geen plaats meer voor een systeem van planning als ontworpen in de WVG.

Tevens werd besloten de Wet Ziekenhuisvoorziening (WZV) te vereenvoudigen en zoveel mogelijk te decentraliseren naar de provincie. Voor het nemen van beslissingen zal in de nieuwe constellatie het maken van een globale regio-visie door de Provincie, zonder rechtskracht, voldoende zijn. Het provinciaal bestuur zorgt voor de uitvoering en is vrij de gemeenten te betrekken bij haar WZV-taken. De Provincie zal tevens een stimulerende rol moeten spelen bij de verwezenlijking van de functionele regionalisatie door het bevorderen van onderlinge afstemming en overleg waar dat mogelijk en noodzakelijk is. De functionele regionalisatie blijft echter in eerste instantie een zaak van de regionale dienstverleners en verzekeraars. Zij sluiten onderling contracten over de zorgverlening. De rijksoverheid stelt financiële kaders en 'zonodig' landelijke planningsnormen vast. De gemeenten zullen terug moeten treden tot die taken die er voor hen zijn weggelegd op het terrein van het openbaar gezondheidsbeleid. De basis daarvoor is het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Van daaruit kunnen preventieve en gezondheidsbevorderende activiteiten ondernomen worden, mede in het kader van het facetbeleid. De gemeenten zullen zorg blijven dragen voor de instandhouding van basisgezondheidsdiensten. Ten behoeve daarvan zal een afzonderlijke wet worden ingevoerd. Totdat deze wet wordt aangenomen zal de WVG tijdelijk als basis worden gebruikt voor de basisgezondheidsdiensten en enkele andere lopende en aflopende zaken als het huisartsenvestigingsbeleid (in te trekken over ± drie jaren). Voor de patiënten/consumentenorganisaties betekent de intrekking van de WVG, het verlies van een formele positie. De brief noemt de wenselijkheid van een versterking van de invloed van verzekerden op het beleid en functioneren van de verzekeraars. De regering stelt in de verklaring de patiënten/consumentenorganisaties te willen versterken.

Tot zover de samenvatting van de inhoud van de regeringsverklaring van 7 maart 1988.

Medio juni zijn er, voorafgaand aan het kamerdebat, vele vragen door de leden van de Tweede Kamer gesteld aan het kabinet over de "derde Dekkerbrief". Daaruit bleek dat er nog vele onduidelijkheden aanwezig zijn over de veronderstelde werking van de komende gezondheidszorgstructuur in Nederland. De meerderheid van de Tweede Kamer sprak zich bij deze gelegenheid uit voor de intrekking van de WVG en de stopzetting van de integrale invoeringsprojecten WVG.

2.3 Beschouwing en conclusies

In deze analyse wordt door de onderzoekers onderscheidt gemaakt tussen de inhoudelijke en procedurele kant van de integrale invoering van de WVG in de regio's, voorzover de in de vorige paragraaf beschreven landelijke ontwikkelingen daarop van invloed zijn geweest.

De inhoudelijke kant

Reeds voordat het rapport van de Commissie Dekker op 26 maart 1987 aan de staatssecretaris van WVC werd aangeboden, was het kabinet van plan:

1. de WVG geleidelijker in te voeren;
2. de WVG niet meer te baseren op zware, complexe AMvB ex art. 41 WVG, maar op relatief eenvoudige uitvoeringsbesluiten;
3. een synthese tussen overheidsplanning en de werking van het marktmechanisme tot stand te brengen.

Met het verstrijken van de tijd werd aan de aanbevelingen van de commissie Dekker, zowel binnen het Ministerie van WVC als binnen het kabinet, steeds meer belang gehecht. Hoewel in de tweede regeringsverklaring (7 november 1987) niet op de consequenties van het standpunt over de voorstellen van de Commissie Dekker op de wet- en regelgeving werd ingegaan, heerste op het Ministerie van WVC de verwachting dat de WVG zou worden ingetrokken. Ambtelijk werd daarom korte tijd daarna aan de invoeringsgebieden medegedeeld dat de WVG zou worden ingetrokken.

Formele zekerheid over de toekomst van de WVG bracht de derde regeringsverklaring van 7 maart 1988. Daarbij werd duidelijk dat de discussies binnen de ministeries en het kabinet veelal in het voordeel van Dekker-aanhangers waren afgerond. De WVG zou op termijn worden ingetrokken.

Tevens werd gekozen voor de 'functionele regionalisatie'. In dit model dienen de zorgaanbieders en de financiers samenwerkingsrelaties aan te gaan op basis van het marktmechanisme tussen vraag en aanbod. Voor de provinciale overheden zal dan een toezichthoudende taak zijn weggelegd op het terrein van infrastructuurle voorzieningen, welke de provincies door middel van een bouwbeleid vorm kunnen geven. De gemeenten zullen zich niet meer met de planning bezig kunnen houden. Het rest een taak met betrekking tot het "Openbaar Gezondheidsbeleid".

De in de vorige rapportage genoemde geleidelijkheid in het komen tot een nieuw model inzake de (her)ordering van de gezondheidszorg met minder overheidsinvloed en méér marktwerking, werd door de onderzoekers positief beoordeeld. Zij droeg toen bij tot het verkrijgen van duidelijkheid in de beleidsvorming. De geleidelijkheid die ook kenmerkend was voor de huidige evaluatieperiode wordt nu door de onderzoekers negatief beoordeeld. De geleidelijkheid betekende in deze periode namelijk onzekerheid over de beleidsvorming. Het kabinet moest een beleidslijn ontwikkelen

die het parlement zou moeten goedkeuren en die (dus) tevens gesteund zou moeten worden door de maatschappelijke organisaties. Ambtelijk werd er door het Ministerie van WVC aan verschillende modellen gewerkt, die tegenover elkaar stonden. Mede debet daaraan was het niet aanwezig zijn van een duidelijke politieke beleidslijn over het betreffende onderwerp. Voor de invoeringsgebieden betekende dit onzekerheid over hun status als integraal invoeringsproject en onzekerheid over de toekomstige ontwikkelingen. Door dit laatste was het moeilijk voorstellen te ontwikkelen ter bijstelling van het project. Een ander probleem daarbij was het gegeven dat de invoeringsgebieden wel eens onjuist werden geïnformeerd. Ambtelijke mededelingen van het Ministerie van WVC over plankostenvergoedingen en over de richting van de beleidsvorming op Rijksniveau (het Ministerie van WVC en het kabinet) inzake het voortbestaan van de WVG bleken, mede door de onduidelijkheid op politiek niveau, niet altijd juist te zijn. Door de verschillende invoeringsgebieden is vele malen gepoogd om in een gezamenlijk onderhoud met de staatssecretaris duidelijkheid te krijgen over de toekomst van het project. Die bestuurlijke duidelijkheid bleef tot maart 1988 uit.

De staatssecretaris noemde in juni 1988 als reden voor de beëindiging van de WVG de reeds genoemde, ingewikkelde bestuursstructuur van de WVG. Hij lichtte dit toe door de oorzaak daarvan te zoeken bij de scheiding tussen planning en financiering en de verdeling van de planningsverantwoordelijkheid over provincies en gemeenten. Deze scheiding tussen planning en financiering en de bevoegdhedenverdeling behoeft volgens de onderzoekers op zich echter de bestuursstructuur niet erg ingewikkeld te maken. In ieder geval niet ingewikkelder dan de bestuursstructuur die zou kunnen gaan ontstaan bij de toepassing van het model van de functionele regionalisatie. Opgemerkt dient te worden dat de participanten aan het invoeringsproject in Kenne-

merland voor deze technische problemen een oplossing hadden gevonden in de vorm van geformaliseerde taakverdelings- en financieringsafspraken. Deze oplossing is door het Ministerie van WVC niet overgenomen. De ingewikkeldheid lag eigenlijk in het feit (de staatssecretaris noemde dat ook als reden) dat de bepleitte WVG-invoering, welke een machtsverschuiving zou hebben betekend voor de betrokkenen in de gezondheidszorg, haaks stond op de in diverse wetten vastgelegde verantwoordelijkheden van partijen. Om het uitgangspunt van de WVG te realiseren, namelijk dat de financiering de planning zou volgen, bleek een groot aantal ingewikkelde constructies nodig om de in de diverse wetten vastgelegde verantwoordelijkheden van partijen niet aan te tasten.

De staatssecretaris lijkt te concluderen dat de verantwoordelijkheidsverdeling ex WVG niet opportuun zou zijn. Er kan ook geconcludeerd worden dat de buiten de WVG vastgelegde verantwoordelijkheden van partijen losgelaten had moeten worden.

Tevens dient te worden opgemerkt dat in de Notitie Bouwstenen, waardoor de WVG ten dele is geïnspireerd, werd aanbevolen de financiering het erkenningencircuit te laten volgen, om zo de problemen met betrekking tot de scheiding tussen financiering en planning te voorkomen. Bij de WVG-invoering is dat idee niet overgenomen. Aan de problematiek is dus in het verleden - ook in ander verband - uitgebreid aandacht besteed.

Met betrekking tot de verdeling van de planningsverantwoordelijkheid over gemeenten en provincies noemde de staatssecretaris in de brief van juni 1988, dat die de samenhang en substitutie in de zorg in de weg staat.

Dat is echter in de praktijk niet altijd het geval gebleken. De ervaringen in de proefgebieden Kennemerland en Eindhoven/Kempenland geven daar blijk van. Wat de substitutie daar in de weg stond bleek samen te hangen met de onzekerheid over de invoering van de WVG, wat ten dele de voortgang van het project remde en

het daaraan gekoppelde, minder optimaal functioneren van alle betrokkenen met elkaar. (Dit laatste geldt alleen voor de regio Eindhoven/Kempenland). Substitutie en samenhang zouden wel degelijk bevorderd kunnen worden bij een verdeling van de planningsverantwoordelijkheid tussen gemeenten en provincies. Net zo goed als dat die nu waarschijnlijk gestalte gaan krijgen bij de verdeling van de planningsverantwoordelijkheid in het "Dekker" systeem tussen de provincies (grote intramurale instellingen), de ziektekostenverzekeraars, de zorgaanbieders en de gemeenten (basisgezondheidsdiensten). Daar zal op termijn, net als bij de WVG, ook sprake kunnen zijn van ingewikkelde structuren. Zij het dat de publiekrechtelijke overeenkomsten uitgebreid zullen gaan worden met privaatrechterlijke overeenkomsten.

De feitelijke reden van de beëindiging van de WVG lijkt dan ook gezocht te moeten worden in de door de saatssecretaris genoemde wens van het Kabinet tot vergroting van de marktwerking en de zelfregulering. De WVG is als experiment ter hand genomen in een tijd dat overheidsplanning als minder doeltreffend wordt ervaren en men de markt als beter instrument ziet om doelstellingen te verwezenlijken.

De procedurele kant

De in juni 1987 uitgesproken verwachting van de Directeur-Generaal Volksgezondheid, dat de besluitvorming rond de integrale invoeringsgebieden eind 1987 zou kunnen plaatsvinden, bleek onhaalbaar. De reeds beschreven complexiteit van de materie, het belang van het onderwerp en de afwezigheid van een consistente beleidsvisie op Rijksniveau waren hier de oorzaak van. De belangrijkste reden van de vertraging lijkt te liggen in het feit dat de voortgang en het besluit tot stopzetting van het invoeringsproject opnieuw afhankelijk is gemaakt van haar con-

text. De maatschappelijke en politieke ontwikkelingen hebben het project eerst op sleeptouw genomen en daarna de das omgedaan. Met name het rapport van de commissie Dekker -waarvan het WVG experiment afhankelijk is gemaakt- heeft daarop zijn invloed gehad. De koppeling van maatschappelijke en politieke ontwikkelingen aan de voortgang van het WVG-project had voor de haalbaarheid en kwaliteit van dat project positief kunnen uitwerken. Hierbij kan men zich afvragen of die koppeling niet in een vroeger stadium door de beleidsmakers onderkend had kunnen worden, zodanig dat er een aanpassing in de beleidslijn en tijdschema's had kunnen plaatsvinden.

3. VOORTGANG INTEGRALE INVOERINGSPROJECT WVG IN KENNEMER- LAND

3.1 Inleiding

Onder invloed van een groot aantal landelijke ontwikkelingen werd het Integrale Invoeringsproject WVG in Kennemerland het afgelopen jaar voortgezet. In dit hoofdstuk wordt hiervan verslag gedaan. Onderscheid is gemaakt tussen de weergave van de plaats die het project in Kennemerland inneemt (par. 3.2), de globale beschrijving van de feiten en gebeurtenissen (par. 3.3), de positie en opstelling van de betrokken partijen ten aanzien van het IIP-WVG (par. 3.4) en de evaluatie van het beleidsnetwerk dat zich met betrekking tot de WVG-invoering in deze regio voordeed (par. 3.5). Op basis van de besprekingen worden conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan (par. 3.6).

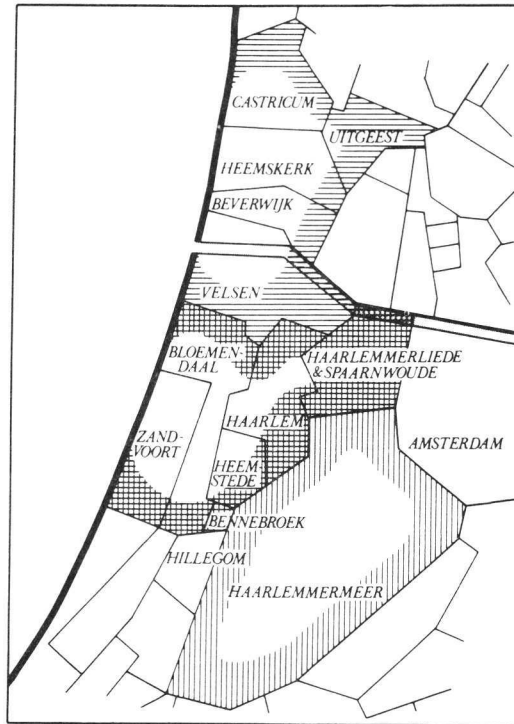
Voor de inhoud van dit hoofdstuk is uitgebreid gebruik gemaakt van informatie, die verkregen is tijdens het systematisch bezoeken van vergaderingen. Tijdens deze vergaderingen zijn gestandaardiseerde verslagformulieren ingevuld over het verloop en de inhoud van de vergaderingen. Tevens is van beschikbare documentatie gebruik gemaakt. Het gaat hier vooral om officiële verslagen van de vergaderingen en de stukken die daarbij horen. Ook is gebruik gemaakt van in het verleden gehouden interviews en enquêtes bij de betrokken partijen in de regio. Tot slot is gebruik gemaakt van de resultaten van de in oktober 1988 gehouden interviewronde met vertegenwoordigers van de betrokken partijen in de regio Kennemerland (zie voor de vragenlijst bijlage 3).

3.2 Het Integrale Invoeringsproject Kennemerland

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 3.1 de inwonersaantallen van deze gemeenten weergegeven. Tevens is een kaart van het gebied toegevoegd.

Tabel 3.1 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	
Velsen	56.801	Spaarnwoude	4.898
		Heemstede	26.394
		Zandvoort	15.712
totaal	156.444	totaal	219.289



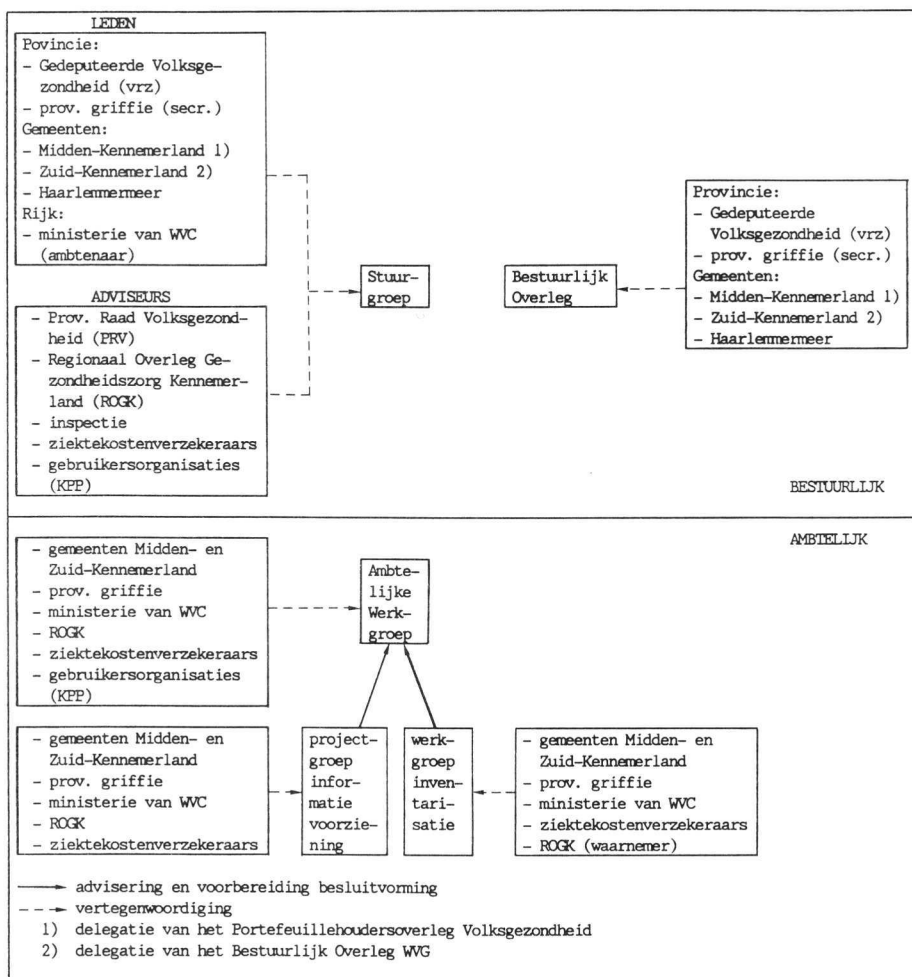
Hoewel niet behorend tot Kennemerland is (waar het gaat over het Regionaal Financieel Kader 1985) ook Haarlemmermeer in de evaluatie betrokken (per 1 januari 1987 89.447 inwoners). Reden hiervoor is het feit dat deze gemeente wat betreft de intramurale voorzieningen tot de regio Kennemerland werd gerekend. Omdat de gemeente zelf geen intramurale voorzieningen heeft, is de bevolking hiervoor sterk op Kennemerland gericht. Per 18 december 1987 is Haarlemmermeer ingedeeld in de gezondheidsregio Amsterdam.

Het Integrale Invoeringsproject Kennemerland bestaat sinds 1983. Een daadwerkelijke integrale invoering van de WVG in Kennemerland heeft niet plaats kunnen vinden. Wel zijn er binnen de regio bestuurlijke voorbereidingen getroffen. Deze zijn in 1985 in feite afgerond. Sindsdien is gewacht op uitvoeringsbesluiten

van het Rijk welke de invoering wettelijk mogelijk moesten maken.

In schema 3.1 is de formele overlegstructuur van het project weergegeven. De Stuurgroep vormde het hoogste orgaan. Deze bewaakte de voortgang van het project en nam waar nodig initiatieven. De Stuurgroep werd ondersteund door de Ambtelijke Werkgroep, die werkzaamheden met betrekking tot de inventarisatie van gegevens en de informatievoorziening kon delegeren naar een werkgroep en een projectgroep. De in schema 3.1 gepresenteerde structuur had betrekking op regionaal niveau. Binnen de twee subregio's Midden-Kennemerland en Zuid-Kennemerland vond intergemeentelijk bestuurlijk overleg over WVG-zaken plaats in respectievelijk het Portefeuillehouderscontact Volksgezondheid en het Bestuurlijk Overleg WVG (BOW). In beide subregio's was een bureau WVG aanwezig met als taken het verlenen van ambtelijke ondersteuning aan de bestuurders en het uitvoeren van werkzaamheden.

Schema 3.1 Overlegstructuur Integraal Invoeringsproject WVG Kennemerland



3.3 Beschrijving van feiten en gebeurtenissen

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 Ministerie van WVC en het kabinet.

De Stuurgroep kwam niet bijeen. De gemeenten binnen het IIP en de Kennemer Patiënten Platforms (KPP) hadden behoefte aan een Stuurgroepbijeenkomst. Dit omdat zij duidelijkheid wensten over de positie van de provincie Noord-Holland ten aanzien van de WVG. Tevens vonden ze het van belang dat de regio gezamenlijk naar buiten zou treden. Het feit dat de Stuurgroep ruim een jaar niet bijeen was geweest om lopende activiteiten te bespreken was hun laatste reden om ernaar te streven in stuurgroepverband bijeen te komen. De Gedeputeerde gaf de gewenste duidelijkheid over de positie van de provincie ten aanzien van de WVG, maar zag geen reden om een Stuurgroepvergadering uit te schrijven omdat er op dat moment geen duidelijkheid was over het voortbestaan van de WVG. Wel is er in november 1987 en in maart 1988 'breed' bestuurlijk overleg gehouden, waarin het in eerste instantie de bedoeling was aftastend te overleggen over de besluitvorming ten aanzien van de WVG. Tevens zou worden gezien hoe een regionale samenwerking tot stand zou kunnen komen die zou voldoen aan de toekomstige veranderde positie van de afzonderlijke partijen binnen de gezondheidszorg, als gevolg van de regeringsstandpunten over "Dekker". De participanten in het breed bestuurlijke overleg bestonden uit vertegenwoordigers (bestuurlijk en ambtelijk) van het Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland (ROGK), de verzekeraars, de gemeenten, de provincie Noord-Holland en de Kennemer Patiënten Platforms.

Op ambtelijk niveau werd er om de regio regelmatig vergaderd. Men hield zich behalve met het bespreken van de stand van zaken rond de wetgeving onder meer bezig met de actualisatie van het Regionaal Financieel Overzicht (RFO) 1985, de toekomst van het invoeringsproject WVG en de toekomstige regionale samenwerking en de structurering daarvan in een op te zetten regionaal beiraad, welke als tijdelijk overlegkader zou moeten gaan dienen ter overbrugging van de huidige onzekere periode. 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. In beide organen werd tevens aandacht geschonken aan het vestigingsbeleid huisartsen en de subsidieregeling met betrekking tot het ROGK en de gebruikersorganisaties. De door het Portefeuillehouderscontact uitgebrachte 'Invoeringsnota WVG', waarin een uitwerking wordt geboden van de in de subregio Midden-Kennemerland te doorlopen procedure bij de planning ex WVG, werd door de onzekerheid over de WVG aangehouden.

De bureaus WVG hielden zich met name bezig met zorgprojecten en met bestuurlijke ontwikkelingen als bijvoorbeeld subsidiëring, de ontwikkeling van een GGD tot DGD en het trachten te komen tot een aanpassing van het WVG-experiment.

Het ROGK hield zich in deze periode met name bezig met zorginhoudelijke onderzoeken.

Inhoudelijk speelden binnen Kennemerland vooral de ontwikkelingen met betrekking tot de rapportage van de Commissie Dekker en de regeringsstandpunten daarover een grote rol, althans voorzover dat van invloed was op de voortgang van het experiment. In april 1988 - voor het plenaire debat in de Tweede Kamer betreffende het kabinetsstandpunt inzake het advies van de "Commissie Dekker" - stuurden de provincie Noord-Holland en de gemeenten in het invoeringsgebied Kennemerland gezamenlijk een brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Ze schetsten daarin niet alleen hun visie op de taak van de lagere overheden binnen de gezondheidszorg en de daarvoor benodigde instrumenten (bijvoorbeeld een aangepaste WZV). Ze noemden tevens de voor hen onbevredigende gang van zaken in verband met het achterwege

blijven van het door de staatssecretaris toegezegde overleg met de partijen die betrokken waren bij de WVG-invoering.

Zowel op ambtelijk als op bestuurlijk niveau was het alle partijen duidelijk dat het WVG-experiment niet als zodanig kon blijven voortbestaan. Samen met de andere invoeringsgebieden ontwikkelden de gemeenten in Kennemerland een voorstel waarin het IIP-WVG naar de inhoud ten dele was aangepast aan de voorstellen van de "Commissie Dekker". Deze gemeenten pleitten voor meer marktinvloeden op de gezondheidszorgstructuur en minder overheidsinvloed. Ook de KPP hebben door middel van lobby-activiteiten getracht om een vorm van experimentele status voor het IIP te behouden. Het is gebleken dat deze gedachtengang niet door het kabinet en het parlement werd overgenomen.

Op 7 juli 1988 stuurde het Dagelijks Bestuur van het Gewest Zuid-Kennemerland een open brief aan de staatssecretaris van Volksgezondheid. Deze brief vatte samen wat er in het invoeringsgebied bij de gemeenten leefde, waar het de betrokkenheid van de staatssecretaris bij het IIP-WVG betrof. De brief had tot doel het "licht van de publiciteit te doen schijnen op uw beleid inzake de liquidatie van het integrale invoeringsproject WVG in met name Kennemerland". De brief draagt de mening uit dat de gemeenten een toezichthoudende taak, op met name de extramurale voorzieningen, binnen de gezondheidszorg moeten blijven behouden. De brief gaat met name in op de wijze waarop de staatssecretaris is omgegaan met de invoeringsgebieden. Tegenover een grote inzet van ambtelijke medewerkers en bestuurders van betrokken partijen uit de regio wordt geconstateerd dat de staatssecretaris aanwezig was bij het IIP-WVG. De brief beschuldigt de staatssecretaris van hooghartigheid, afwezigheid, bestuurlijk onfatsoen, bestuurlijke lafheid en het ontbreken van enige beleids-indicatie van de kant van de staatssecretaris naar de WVG-invoeringsgebieden toe. Met betrekking tot de door de

staatssecretaris voorgenomen verlaging van de plankostenvergoeding per 1 januari 1989 en de wachtgeldovernname door de gemeenten waarschuwt het Dagelijks Bestuur van het gewest de staatssecretaris. Indien deze laatste zijn plan doorzet zegt het Dagelijks Bestuur dat aan de rechter voor te zullen leggen. In het verleden is namelijk afgesproken dat het Ministerie van WVC na 1991 de wachtgeldverplichting voor zijn rekening zou nemen indien het IIP-WVG niet zou worden verlengd. In juli 1988 hebben de gemeenten in Zuid- en Midden-Kennemerland Arob-beroep tegen het besluit van de staatssecretaris aangetekend.

Concluderend kan worden gezegd dat de onzekerheid over de voortgang van het experiment en de WVG-invoering de werkzaamheden van de betrokkenen in de regio Kennemerland negatief heeft beïnvloed. Alhoewel men in de regio al in 1985 klaar was voor een daadwerkelijke invoering van de WVG vond dit niet plaats. Enkele WVG-werkzaamheden (bijvoorbeeld de behandeling van de inspraakreacties op de invoeringsnota WVG in Midden-Kennemerland) werden uitgesteld totdat er meer duidelijkheid bij de betrokkenen over de WVG zou zijn verkregen. Andere werkzaamheden werden minder precies afgedaan. (Zie hiervoor bijvoorbeeld hoofdstuk 5 dat handelt over de werkzaamheden rond het Regionaal Financieel Overzicht 1985).

Er is niet een bepaald moment aan te wijzen naar aanleiding waarvan het de partijen duidelijk werd dat de planningsrol voor de gemeenten en de WVG zouden worden ingetrokken. Dat het voortbestaan van de WVG op 9 maart 1987 door de staatssecretaris expliciet afhankelijk werd gemaakt van de voorstellen van de Commissie Dekker, kwam voor de meeste partijen als verrassing. Toen de Commissie in maart 1987 rapporteerde, was voor de verzekeraars duidelijk geworden dat de WVG zou worden ingetrokken. Anderen begonnen aan de WVG invoering te twifelen. De brief van

19 april 1987, waarin de staatssecretaris stelde dat de WVG zou blijven voortbestaan, en de toespraak van de Directeur-Generaal Volksgezondheid eind juni 1987 waarin deze het voortbestaan van de WVG noemde, deed enkele partijen weer geloven in het voortbestaan van de WVG. Door de ambtelijke mededelingen vanuit het Ministerie van WVC over de intrekking van de WVG, werd dit weer teniet gedaan. De gemeenten bleven echter geloven in een eventuele voortgang van het (aan te passen) project.

De Stuurgroep werd in de loop van deze evaluatieperiode als regionaal overleginstituut voor de toekomst niet meer als meest geëigend ervaren. Een intrekking van het IIP-WVG zou het wegval- len van de taak van de Stuurgroep hebben betekend, namelijk de voortgangsbewaking van het project. Tevens betekende de inhoud van de regeringsverklaringen een toekomstige verschuiving van de machtspositie van de partijen op het terrein van de gezondheids- zorg. Daarom werd er in de regio gewerkt aan een overlegvorm waar de nieuwe zeggenschapsverhoudingen tussen de partijen beter tot hun recht zouden kunnen komen.

3.4 Positie en opstelling van de betrokken partijen ten aanzien van het IIP-WVG

Hier zal achtereenvolgend de positie en opstelling van de parti- cipanten bij de integrale invoering van de WVG in Kennemerland worden weergegeven. Het betreft met name de periode vanaf 1987. Bij deze weergave is onder andere gebruik gemaakt van de inter- views die in oktober 1988 zijn gehouden met vertegenwoordigers van de betrokken partijen in de regio. Deze paragraaf geeft een korte weergave van de positie van elke partij ten aanzien van zijn achterban. Vervolgens wordt de opstelling van elke partij ten aanzien van de WVG en de WVG-invoering weergegeven. Met

betrekking tot dit laatste onderwerp komen de partijen zelf aan het woord.

De ziektekostenverzekeraars

De ziektekostenverzekeraars in de regio Kennemerland werden door het Ziekenfonds Spaarneland vertegenwoordigd in het invoeringsproject.

De verzekeraar zei in de WVG als planningsinstrument weinig vertrouwen te hebben gehad. Men vond er een "planningskronkel" in zitten. Toch zei Spaarneland zich sterk gemaakt te hebben om het integrale invoeringsproject juist in deze regio te laten plaatsvinden. Ze zeggen verder loyaal aan het project te hebben mee gewerkt. Spaarneland noemde als reden om aan het IIP-WVG medewerking te verlenen, het zich nadrukkelijk met het beleid te willen bezighouden en het willen opdoen en/of uitbreiden van contacten met betrokkenen.

Met name door de opstelling van de staatssecretaris waren volgens de verzekeraar de activiteiten van de meeste partijen in het project de laatste tijd sterk gereduceerd. De gemeenten probeerden volgens de verzekeraar het IIP-WVG in stand te houden, terwijl de overige partijen het IIP-WVG, door de landelijke ontwikkelingen, als achterhaald zagen.

De verzekeraar vond het een goede zaak dat de WVG wordt ingetrokken.

Een nieuw te creëren bestuurlijk overleg, waarvan alle partijen die betrokken zijn geweest bij het IIP deel van uit zouden moeten maken, werd in verband met de huidige onduidelijkheid over het te voeren beleid als weinig zinvol ervaren. Dit in tegenstelling tot de overige partijen.

Enkele partijen vonden dat de verzekeraar vanaf het begin een ambivalente houding aannam. Tegen de WVG en toch meedoen. Zij vinden de uitdrukking; "if you can't beat them, join them" van toepassing. Enkele geïnterviewden gaven aan dat bepaalde koepelorganisaties de standpunten van de verzekeraar over de WVG invoering gebruikten om oppositie tegen de WVG te voeren.

ROGK

Het Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland (ROGK) trad op als spreekbuis van het veld binnen de gezondheidszorg. Het ROGK is een regionaal samenwerkingsverband van instellingen en personen werkzaam in de gezondheidszorg, alsmede verwante sectoren van maatschappelijke dienstverlening.

De achterban van het ROGK was bij de aanvang van het experiment verdeeld over de WVG. Die verdeeldheid nam gedurende de laatste twee jaren toe. Het ROGK deelde mee dat de intramurale sector globaal gesproken de WVG liever zag verdwijnen, dan ingevoerd te zien. De extramurale sector zou vóór invoering van de WVG zijn geweest. Het ROGK in zijn totaliteit is de WVG langzamerhand als minder positief gaan zien. Het overleg verklaarde dit uit het feit dat de tegenstanders van de WVG hun opvattingen steeds meer bevestigd zagen (het moeizame proces van invoering en de problemen ten aanzien van de wet zelf) en uit het feit dat een groot aantal leden in de voorstellen van de "Commissie Dekker" een uitdaging ziet. Het ROGK deelde mee dan ook niet te hebben geprobeerd het WVG project te redden, door het bijvoorbeeld aan te passen.

Het ROGK werd door de overige partijen als een constructieve actor gezien, waar het gaat om de WVG invoering.

KPP

Het project Kennemer Patiënten Platforms (KPP) is een samenwerkingsverband van drie regionale patiëntenorganisaties in de regio Kennemerland. Het is ontstaan in 1986 toen de drie platforms subsidie kregen voor de ondersteuning van hun gezamenlijke inbreng in het IIP-WVG. Het werkplan van de KPP vermeldt twee onderdelen: inspraak en participatie in het kader van het overheidsbeleid en projecten rondom de invoering van het nieuwe verzekeringsstelsel. De KPP zijn pas later, in 1986 bij het IIP betrokken geraakt.

De KPP zeiden pro WVG te zijn omdat deze wet aan hen een formele positie toekent. Daarvoor voelden ze zich overgeleverd aan het veld en de verzekeraars.

De KPP hebben in deze evaluatieperiode niet geprobeerd het IIP-WVG in stand te houden. Wél zijn pogingen ondernomen de experimentele status van de regio te handhaven. Als reden voerden ze het inschatten van de landelijke politieke ontwikkelingen aan. De haalbaarheid van de voortgang van het WVG project werd negatief beoordeeld. De KPP deelden mee deze evaluatieperiode met name actief bezig te zijn geweest met een bezinning op de rol die er voor hen weggelegd zou kunnen zijn in de "Dekker" periode.

De inbreng van de patiëntenorganisaties werd door de meeste partijen in het IIP, met name in de eerste periode van hun participatie, niet als optimaal gezien. De patiëntenorganisaties zouden in die beginperiode slecht georganiseerd zijn geweest. Tevens zou het niet makkelijk geweest zijn personen te vinden die representatief waren en er voldoende tijd in wilden (en konden) steken.

Enkele partijen vonden dat de bestuurskracht binnen het KPP niet sterk ontwikkeld was. Aan het KPP werd dan ook door gebrek aan

menskracht, bestuurskracht en de late participatie, een geringe invloed toegekend aan de integrale invoering van de WVG.

De KPP brengen in dit licht naar voren dat de participatie in de Stuurgroep een voor hen nieuwe situatie betekende en een doorbraak vormde voor de positie van de patiëntenverenigingen. Vandaar dat de organisatie en de rol van de KPP zich pas in de loop van de tijd kan uitkristalliseren.

De KPP vond men loyaal en opbouwend participeren aan het IIP-WVG. De KPP besteedde veel aandacht volgens de geïnterviewden aan de rechtszekerheid voor patiënten en aan structurele zaken in het algemeen.

De Provincie

De provincie Noord-Holland werd op bestuurlijk niveau vertegenwoordigd door de gedeputeerde van volksgezondheid. Op ambtelijk niveau door twee beleidsmedewerkers van de provinciale griffie.

De Provincie zei de WVG een goed instrument te vinden om de gezondheidszorg te structureren. Gezien de landelijke ontwikkelingen achtte ze de toepassing van de WVG op dit moment echter niet opportuun. De provincie zei zich in de loop van 1987 (na de eerste regeringsverklaring in juni) neer te hebben gelegd bij een mogelijke intrekking van de WVG.

De provincie zei niet te hebben geprobeerd het IIP-WVG te behouden. Ze verklaarde dit door te wijzen op de standpunten van het kabinet ten aanzien van de WVG en die van andere organisaties. Het commiteren aan het standpunt van het Inter Provinciaal Overleg (IPO) werd ook als reden genoemd.

De Provincie zei wel geprobeerd te hebben een nieuwe overlegvorm te creëren om het beleidsnetwerk van relaties tussen de partijen voor de toekomst veilig te stellen en op deze wijze tegemoet te

komen aan de komende ontwikkelingen in de gezondheidszorgstructuur. Een definitieve vormgeving wilde ze afhankelijk stellen van de komende politieke besluitvorming ten aanzien van de inrichting van de gezondheidszorg.

De Provincie werd door de overige geïnterviewden als trekker van het project aangemerkt. Een aantal partijen vond het daarom des te opvallender dat de provincie Noord-Holland zich in de laatste evaluatieperiode bestuurlijk en ambtelijk minder actief toonde. Deze partijen vonden dat de Provincie zich sterk maakte voor de WZV in plaats van de WVG en een afwachtende houding aannam.

De gemeenten

Voor de beschrijving van de gemeentelijke overlegstructuur wordt verwezen naar paragraaf 3.2.

De WVG kende aan de gemeenten een nieuwe en duidelijke rol toe ten aanzien van de planning van de gezondheidszorg. Ondanks dat waren er in de beginperiode van het project gemeentebestuurders die de invoering van de WVG als bezuinigingsmaatregel zagen. Gedurende de loop van het project zijn de meeste gemeenten binnen de regio de WVG blijven zien als instrument om de gezondheidszorg te structureren en te plannen.

Er heerste bij de gemeentebestuurders ongeduld over de voortgang van de invoering. Tevens waren ze teleurgesteld over het feit dat men nog niet in de fase was terecht gekomen waarin het zorgsysteem aan bod kwam. Niettemin was men ten aanzien van de WVG zelf positief gestemd. De WVG werd als middel gezien om een eigen beleid te realiseren.

Bij bepaalde partijen leefde de gedachte dat met name de kleinere gemeenten angst hadden zich aan de WVG te overeten.

Opvallend is dat de gemeenten in Midden-Kennemerland zeiden het geloof in de WVG niet te hebben verloren, terwijl de gemeenten in Zuid-Kennemerland kenbaar maakten de WVG niet meer te zien als effectief instrument om veranderingen in het functioneren van de gezondheidszorg door te voeren. Met name werden daarbij de knelpunten in de wet aangeduid en de veranderde kijk in Nederland over de maakbaarheid van de gezondheidszorg.

De gemeenten probeerden volgens de partijen in deze laatste evaluatieperiode praktisch als enigen het IIP-WVG in stand te houden. Ze kwamen met veranderingsvoorstellen waarbij elementen uit de voorstellen van de "Commissie Dekker" en de WVG werden geïntegreerd. De gemeenten stonden steeds meer alleen in hun poging het project te redden. Enkele partijen brachten naar voren dat de gemeenten niet werkelijk gesteund leken te zijn door de VNG. Als verklaringsgrond daarvoor werd genoemd de aantasting van bevoegdheden en beleidsruimte bij koepelorganisaties als de VNG bij een daadwerkelijke invoering van de WVG. Pas toen de intrekking van de WVG politiek beklonken leek, steunde de VNG de gemeenten in de invoeringsgebieden.

De gehele tijdspanne van het IIP-WVG overziend, vinden enkele participanten in het IIP, dat de gemeenten zich met betrekking tot hun planningsmogelijkheden afwachtend naar de provincie toe hebben opgesteld. De gemeenten hebben in hun ogen ook niet altijd als blok geopereerd, met name zou dat gelden voor de gemeenten in Midden-Kenemerland waar sprake was van een grote gehechtheid aan gemeentelijke autonomie.

WVC-Stabo

Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur werd vertegenwoordigd door de Stafafdeling Beleidsontwikkeling (Stabo).

In deze evaluatieperiode zei Stabo haar taak beperkt te hebben tot het plegen van overleg met betrokkenen over de situatie ten aanzien van de WVG en hen op de intrekking van de WVG te hebben willen voorbereiden. Tevens wilde Stabo informatie geven over projectmogelijkheden na de intrekking van de WVG.

Stabo gaf aan dat door de politieke onduidelijkheid er niet altijd een ambtelijk consistent beleid gevoerd kon worden.

Politiek eenduidige beleidsvorming in het kabinet was er toen nog niet, ook niet binnen het Ministerie van WVC. In november 1987 - ten tijde van de besprekingen binnen het Ministerie van WVC over de opstelling van de tweede regeringsverklaring over het rapport van de "Commissie Dekker" - werd het Stabo duidelijk dat de WVG zijn langste tijd gehad zou hebben. Stabo legde zich daarbij neer. De ingewikkelde structuur, onwil van partijen om aan oplossingen te werken, de moeilijkheden rond de technische uitvoerbaarheid en het verminderde politieke draagvlak waren daar de belangrijkste redenen voor.

Stabo constateerde dat er in het verleden, wanneer er nieuwe ideeën door hen werden gelanceerd die afbreuk deden aan de formele bevoegdheden van de partijen, bij bepaalde partijen onwil te constateren was om aan oplossingen te werken die in de richting voerde die Stabo hen had voorgesteld.

De participanten zagen de bijdrage van het Ministerie van WVC als een negatieve factor voor het slagen van het IIP.

In de beginperiode van het IIP hadden de meeste partijen het gevoel dat het Ministerie van WVC (Stabo) met hun mee dacht over

de invulling van het project. Men werd deelgenoot van de gedachten en twijfels op het Ministerie over hoe het IIP-WVG zich verder zou moeten ontwikkelen. Men had het gevoel dat Stabo wilde leren van het invoeringsproces. De omslag zou zijn gekomen toen de voormalige staatssecretaris de WGM optie naar voren bracht. Het proces zou voor de betrokken partijen, met name vanaf dat moment, onoverzichtelijk zijn geworden. Het ministerie zou toen een andere koers zijn gaan varen. Van boven af werden ideeën en informatie gedropt.

De beleidsvorming op het Ministerie van WVC werd door veel partijen als inconsistent gezien. Als verklaringsgrond werd het management genoemd, dat onvoldoende gekwalificeerd zou zijn geweest. Stabo, zo vond men, roeide tegen de politieke stroom op. (Binnen het ministerie zou door andere afdelingen gepoogd zijn Stabo onderuit te halen.) Het management zou deze situatie te lang hebben laten voortduren. Het sluiten van politieke compromissen werd als andere factor gezien voor de inconsistente beleidsvorming.

De taak van Stabo bestond volgens de geïnterviewden met name in de laatste jaren uit het aandragen van bestuurlijke informatie over de ontwikkelingen binnen het ministerie, voorzover dat van invloed zou kunnen zijn op de voortgang en werkzaamheden van het IIP. Verschillende partijen vonden dat Stabo de besluitvorming in de regio, in ieder geval ambtelijk, masseerde en stuurde. De informatie die Stabo uitdroeg werd niet altijd als eenduidig en juist ervaren. Men verklaarde dit uit het feit dat Stabo vrij geïsoleerd leek te staan binnen het ministerie.

Stabo heeft dus volgens de geïnterviewden niet kunnen bewerkstelligen dat er een logisch consistente uitvoering aan het WVG project werd gegeven. Samenvattend droegen de geïnterviewden drie redenen aan. Ten eerste; het onoverzichtelijke procesverloop. Ten tweede; de inconsistente beleidsvorming op het minis-

terie (voortkomend uit het management en de sluiting van compromissen). Ten derde; de inadequate informatieverstrekking.

3.5 Het beleidsnetwerk

In deze paragraaf zal allereerst het theoretisch kader worden weergegeven waarbinnen de analyse van het beleidsnetwerk is geplaatst. Daarna wordt het functioneren van het beleidsnetwerk weergegeven. Deze paragraaf betreft de gehele tijdspanne van het IIP-WVG.

Om uitspraken te kunnen doen over de omgang met elkaar van de betrokkenen bij het invoeringsproject, 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:

- a. een veelheid aan actoren, die vanuit uiteenlopende visies, probleemdefinities en belangen, en met verschillende beïnvloedingsmogelijkheden, aan de besluitvorming bijdragen;
- b. de verwezenlijking van officiële doelen en het uiteenlopen van visies en belangen, voorzover die de bestaansgrond vormen van het netwerk;
- c. het aanwezig zijn van een onderhandelingsproces, waarin onzekerheidsreductie en het vastleggen en inperken van macht veelal de boventoon voeren.

Bij de bestudering van een netwerk is het vooral interessant of het netwerk doeltreffend is (Godfroij, 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:

1. een minimale oriëntatie op particularistische belangen en doeleinden; het besef dat het netwerk is gericht op legitieme, collectieve belangen;
2. het serieus nemen van visies, belangen en bijdragen van afzonderlijke partijen; het respecteren van verantwoordelijkheden, bevoegdheden en deskundigheden;
3. helderheid en overzichtelijkheid van agenda's, procedures, verantwoordelijkheden en besluiten.

Feitelijk functioneren van het beleidsnetwerk

De te beantwoorden vraag is of het WVG-netwerk in Kennemerland het afgelopen jaar doeltreffend functioneerde. Allereerst zal dan moeten worden nagegaan of hier wel sprake was van een netwerk. In zijn algemeenheid was dit het geval.

Meer specifiek worden de drie genoemde kenmerken van een netwerk in de praktijk als volgt ingedeeld.

ad.a. De actoren bestaan uit de gemeenten, de provincie Noord-Holland, het Ziekenfonds Spaarneland, de Kennemer Patiënten Platforms (KPP), het Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland (ROGK).

Deze actoren hebben ten aanzien van de WVG-invoering verschillende visies, probleemdefinities en belangen. De bestaansgrond van het overleg tussen de partijen werd niet alleen gevormd door het streven het collectieve doel (een meer samenhangende en doelmatige gezondheidszorg) te bereiken. Ook het uiteenlopen van visies en belangen ten aanzien van de wijze van doelbereiking, namelijk middels het instrument van de WVG, was aanleiding voor betrokkenen om juist bij het IIP-WVG aanwezig te zijn.

De belangen voor de partijen lagen als volgt. Voor de verzoekers zou een eventuele WVG-invoering tot machtsverlies hebben geleid. Zij zouden aan invloed op het terrein van de gezond-

heidszorg hebben ingeboet en zijn gedegradeerd tot kaskantoren. De belangen van het veld in Kennemerland waren ten aanzien van de WVG verdeeld. Intramurale instellingen zijn nooit voorstanders van de WVG geweest. Een deel van de extramurale voorzieningen en beroepsbeoefenaren was gematigd positief over de WVG. De drie platforms van gebruikersorganisaties in Kennemerland, vertegenwoordigd in de Kennemer Patiënten Platforms, zagen in de WVG een belangrijk instrument om de belangen van de gebruikers te behartigen. Expliciet wordt er namelijk in de WVG een rol aan de gebruiker toebedeeld. De gemeenten binnen het invoeringsgebied stonden uiteraard erg positief tegenover de WVG. Door deze wet zouden de gemeenten een nieuwe en duidelijke rol krijgen ten aanzien van de planning binnen de gezondheidszorg. De Provincie Noord-Holland was in de beginperiode één van de trekkers van het experiment. Vanuit haar visie op de gezondheidszorg was het provinciaal bestuur en haar ambtelijk apparaat voorstander van het WVG-experiment. Ook het Ministerie van WVC maakte deel uit van het regionale beleidskader. Ambtenaren van het Ministerie van WVC maakte deel uit van verschillende overlegfora. Het belang van het Rijk was in het begin van het experiment gelegen in het welslagen daarvan. Toen duidelijk werd dat het kabinet een andere koers op wilde, waren zij hun rugdekking kwijt en konden zij het experiment niet meer zo van belang vinden. Concluderend kan dus worden gezegd dat de belangen ten aanzien van de WVG-invoering niet parallel liepen.

De partijen hebben met verschillende beïnvloedingsmogelijkheden aan de besluitvorming bijgedragen. De gemeenten hadden in de beginperiode van het experiment weliswaar de beschikking over formele wettelijke bevoegdheden, de kennis over het nieuwe object van zeggenschap moest voor een groot deel nog worden verworven. De beïnvloedingsmogelijkheden van de Gemeenten werden verder beperkt door de onzekerheid over de vormgeving van komende uitwerkingsbesluiten en over de feitelijke mogelijkheden

welke bepaalde besluiten de gemeenten boden (zie onze vorige en huidige rapportage over het vestigingsbesluit huisartsen en het Regionaal Financieel Overzicht). Het veld putte haar beïnvloedingsmogelijkheid uit het feit dat het planobject was en daardoor hun mening over bepaalde zaken zwaar woog. Tevens kon het over bepaalde informatie beschikken waarvan andere partijen afhankelijk waren (bijvoorbeeld gegevens nodig voor het opstellen van het RFO). De verzekeraar ontleende zijn beïnvloedingsmogelijkheid uit zijn specifieke deskundigheid op het terrein van de financiering en de afhankelijkheid van andere partijen van deze deskundigheid. De gebruikersorganisaties konden zich met name in de beginperiode niet duidelijk in hun beïnvloedingsmogelijkheden profileren. Redenen daarvoor zijn te vinden in het feit dat het experiment in eerste instantie betrekking had op structurele zaken zoals advies- en overlegstructuren. Van zorginhoudelijke beleidsadvisering, waarop de gebruikersorganisaties zich met name wilden richten, is vooral in de beginperiode geen sprake geweest. Een andere reden is het, eveneens met name in de beginperiode, ontbreken van de traditie van beleidsadvisering en gezamenlijke belangenbehartiging. Naarmate de tijd verstreek konden de gebruikersorganisaties zich meer profileren. Door middel van subsidies kon er kennis worden ingekocht. Tevens kregen de personen die voor deze organisaties werkten meer inzicht in de gezondheidszorg. De Provincie putte zijn beïnvloedingsmogelijkheden enerzijds uit de wettelijke bevoegdheden die de WVG de provincie gaf en anderzijds uit de rol van projectcoördinator. De Provincie schreef vergaderingen uit en op het Provinciehuis werden van belang bevonden activiteiten gezamenlijk besproken en geïnitieerd. De Provincie ontleende later in het experiment tevens beïnvloedingsmogelijkheden uit de positie die zij in zou blijven nemen bij de veranderingen in de gezondheidszorgstructuur zoals het kabinet deze voorstond. Het ministerie tenslotte putte beïnvloedingsmogelijkheden uit het feit

dat het opdrachtgever en subsidiegever was. Tevens doordat de ambtenaren van het ministerie over van belang geachte informatie beschikten. (Informatie die, met name later in de tijd van het project, door de wisselende en soms ontbrekende beleids-ideeën in het kabinet niet altijd juist bleken te zijn.) Concluderend kan dus gezegd worden dat de beïnvloedingsmogelijkheden waarover de partijen beschikten verschilden.

ad.b. Het officiële doel was feitelijk de experimentele invoering van de WVG. Deze laatste had tot doel het verkrijgen van een meer samenhangende en doelmatige gezondheidszorg. Het doel van de WVG was collectief gemeengoed. Het middel om dat te bereiken, namelijk de WVG, werd weliswaar door de verzekeraar en het veld niet als het meest wenselijke instrument gezien, maar er werd door hen toch loyaal aan het experiment meegewerkt. Zoals reeds genoemd vormde ook het uiteenlopen van belangen en visies bij de partijen bestaansgrond van het netwerk.

ad.c. Het onderhandelingsproces waarin onzekerheidsreductie en het vastleggen en inperken van de markt veelal de boventoon voerden heeft in Kennemerland voornamelijk in het verleden plaatsgevonden. Dit vond plaats tijdens de bestuurlijke voorbereidingen welke in 1985 zijn afgerond.

Concluderend kan worden gezegd dat gedurende de gehele tijdspanne van het IIP-WVG er in Kennemerland zeker sprake was van een netwerk. Of deze doeltreffend was kan worden gezien aan de praktijk van de laatste jaren. Bekeken wordt of dit voldoet aan de criteria die gesteld zijn om een netwerk als doeltreffend te beschouwen.

ad. 1. Er was bij de betrokkenen het besef aanwezig dat het netwerk was gericht op legitieme, collectieve belangen: een meer samenhangende en doelmatige gezondheidszorg, te verwezenlijken via de WVG. Daarbij heeft in zijn totaliteit een minimale oriëntatie op particularistische belangen en doeleinden plaatsgevon-

den. Als uitzondering is te noemen het in Midden-Kennemerland vormgegeven vestigingsbeleid huisartsen waar enkele gemeenten hun autonomie vooropstelden (zie hoofdstuk 6). Er dient wel een kanttekening te worden geplaatst. De bestuurlijke doeleinden (zie hoofdstuk 1) werden op de voorgrond geplaatst. Zorginhoudelijke doeleinden, ontleend aan de WVG kwamen daardoor lange tijd niet aan de orde. Voor de betrokkenen was dat, met name in de beginperiode, geen groot probleem.

ad. 2. De partijen leken over het algemeen de verantwoordelijkheden en de bevoegdheden van elkaar gerespecteerd te hebben. Een uitzondering daarop vormden de portefeuillehouders in Midden-Kennemerland toen dezen aan het ROGK niet die bevoegdheden en financiën toe wilden kennen die het ROGK van hen had willen hebben. Zij zagen het ROGK niet als representatief voor het veld.

De partijen hebben elkaar niet als ondeskundig benaderd. Visies, belangen en bijdragen van de afzonderlijke partijen werden in het algemeen serieus genomen.

ad. 3. De derde en laatste categorie voorwaarden voor de doeltreffendheid van het netwerk betreft de helderheid en overzichtelijkheid van agenda's, procedures, verantwoordelijkheden en besluiten voor de betrokken partijen. De procedures voor de verschillende beleidsonderwerpen leken veelal helder en overzichtelijk. Er werd immers langdurig over procedures gepraat en afspraken werden op schrift gesteld. Ook agenda's waren helder en duidelijk. Datzelfde gold voor de verantwoordelijkheden van de partijen en de genomen besluiten.

Voor wat betreft de helderheid van procedures, verantwoordelijkheden en besluiten op het niveau buiten de regio, dus landelijk, lag het geheel heel anders. Het rapport van Twijnstra en Gudde aanhalend kan gesteld worden dat zowel ten aanzien van de informatie als zodanig als ten aanzien van de te volgen procedures duidelijkheid bij de betrokkenen ontbrak. Betrokkenen be-

schikten veelal niet, of niet tijdig, over noodzakelijke geachte informatie.

Concluderend kan worden gezegd dat er in Kennemerland sprake is geweest van een minimale oriëntatie op particularistische belangen en doeleinden. Het besef dat het netwerk gericht was op de realisering van collectieve, legitieme belangen was aanwezig. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden werden door de partijen gerespecteerd. Visies, belangen en bijdragen van de afzonderlijke partijen werden serieus genomen. De agenda's, procedures en verantwoordelijkheden op het niveau van de regio waren in het algemeen helder en overzichtelijk. Er kan dus in zijn totaliteit gezegd worden dat aan de voorwaarden voor doeltreffendheid van het regionale netwerk is voldaan.

Er is door de geïnterviewden een aantal redenen genoemd waarom volgens hen het beleidsnetwerk in de regio, ook in deze evaluatieperiode bijeen is gebleven. Ondanks de deels verschillende belangen tussen de participanten en de tegenslagen waarmee het integrale invoeringsproject WVG in Kennemerland te kampen heeft gehad. Te denken valt hierbij aan het niet tijdig aanwezig zijn van doelmatige instrumenten ter invulling van de WVG en de onzekerheid over de toekomst van de WVG.

1. Reeds voordat het IIP-WVG van start ging was er al overleg tussen de meeste partijen. Men kende elkaar en wilde loyaliteit aan elkaar en aan het project tonen.
2. Het onderhouden van de contacten met het oog op de toekomst.
3. De belangenbehartiging en het consolideren van machtsposities.
4. De financiële vergoedingen die direct en/of indirect te maken hadden met het participeren aan het project. Provincie en

gemeenten kregen een plankostenvergoeding, waarvan de KPP en het ROGK financieel afhankelijk waren.

Over de toekomst van het beleidsnetwerk wordt door de partijen verschillend gedacht.

De verzekeraars pleiten voor het oppakken van de oude draad, namelijk het bilaterale overleg tussen partijen. Het overleg zou dan resultaat gericht moeten zijn. Stabo ziet de toekomst van het beleidsnetwerk met name liggen in de contacten tussen veld, verzekeraars en de patiëntengroeperingen. Doordat de WVG verdwijnt is het immers niet meer vanzelfsprekend dat de lagere overheden aan dat overleg zullen deelnemen. De KPP zien de toekomst in het handhaven van een regionale overlegvorm waar informatie uitgewisseld dient te worden. Bilateraal zouden dan de zorginhoudelijke zaken besproken kunnen worden. De gemeenten in Zuid-Kennemerland pleiten voor een overleg tussen alle participanten die betrokken waren bij het IIP-WVG. De gemeenten in Midden-Kennemerland willen onderling verder gaan met de ontwikkeling van hun gezondheidsbeleid en pas contact zoeken met andere partijen indien dat nodig zou zijn. Het ROGK wil eerst de ontwikkelingen afwachten waarmee ze in de gezondheidszorg geconfronteerd wordt, voordat ze zich uit wil spreken hoe het netwerk er in de toekomst uit zal dienen te zien.

3.6 Conclusies en aanbevelingen

Sinds 1983 zijn de betrokken partijen in Kennemerland bezig met het Integrale Invoeringsproject WVG. Een daadwerkelijke integrale invoering van de WVG in Kennemerland heeft niet plaats kunnen vinden. Aan Kennemerland lag dat zeker niet. In 1985 waren in de regio de bestuurlijke voorbereidingen afgerond. Sindsdien werd gewacht op de uitvoeringsbesluiten van het Rijk, welke de invoe-

ring wettelijk mogelijk moesten maken. Volgens de onderzoekers kwamen deze besluiten er niet omdat de WVG niet meer overeen kwam met de heersende opvattingen over de gewenste inrichting van de gezondheidszorg.

De afgelopen evaluatieperiode stond dan ook in het teken van afwachten en reageren op landelijke ontwikkelingen en initiatieven van het Ministerie van WVC. Binnen het project als zodanig was het tamelijk rustig. De betrokken partijen hielden zich verder bezig met het bespreken van de stand van zaken rond de wetgeving, de actualisatie van het RFO, de toekomst van het invoeringsproject en de toekomstige regionale samenwerking en de structurering daarvan in een op te zetten regionaal beraad. Inhoudelijke aspecten met betrekking tot de zorgbehoeften en zorgvoorzieningen kwamen bij de afzonderlijke partijen steeds meer aan bod. De onzekerheid over de voortgang van het experiment en de WVG-invoering heeft de werkzaamheden van de betrokkenen in de regio negatief beïnvloed.

Het omgaan met elkaar van de bij het invoeringsproject betrokkenen, is aan de hand van het theoretische concept "netwerk" aan een nadere beschouwing onderworpen. In Kennemerland was sprake van een, in zijn totaliteit genomen, doeltreffend netwerk.

Dit netwerk in Kennemerland heeft een aantal positieve zaken opgeleverd. Er is een goede infrastructuur met betrekking tot de samenwerking ontstaan tussen alle betrokken regionale partijen. Partijen hebben kennis kunnen nemen van belangen en posities van de overige participanten. Tevens heeft men geleerd compromissen te sluiten. De gemeenten hebben meer inzicht gekregen in de lokale gezondheidszorgvoorzieningen. De Provincie in de regionale gezondheidszorgvoorzieningen. De gebruikersorganisaties hebben de patiëntenparticipatie vorm kunnen geven. De verzekeraar heeft zijn contacten met de partijen verstevigd, hetgeen van pas zal komen in de nieuwe gezondheidszorgstructuur, waar regionale overeenkomsten deel van uit zullen maken. Als

laatste positief aspect kan genoemd worden dat de bundeling van de patiëntenorganisaties in de KPP versneld heeft plaatsgevonden.

Kennemerland zou een belangrijke rol hebben kunnen spelen bij het zoeken naar de meest geschikte opzet van de gezondheidszorg in Nederland. Als regio heeft ze veel te bieden. Het beleidsnetwerk voldoet aan de voorwaarden om doeltreffend te kunnen functioneren. Met name lijkt de bereidheid bij de diverse partijen om te blijven samenwerken betrekkelijk groot. Bovendien zijn er de afgelopen jaren ervaringen opgedaan die ook in een gewijzigd gezondheidsmodel van pas kunnen komen.

4. DE POSITIE VAN DE GEMEENTEN IN HET LICHT VAN DE LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN

4.1 Inleiding

Zoals in de voorgaande hoofdstukken is beschreven hebben zich in de afgelopen evaluatieperiode op landelijk niveau met betrekking tot het gezondheids(zorg)beleid in het algemeen en de invoering van de WVG in het bijzonder, belangrijke ontwikkelingen voorgedaan. Deze ontwikkelingen zijn reeds in hoofdstuk twee en drie besproken. Uit de gepresenteerde informatie blijkt dat met name de positie van de gemeenten ten aanzien van de planningsbevoegdheden op het terrein van de gezondheidszorg door de landelijke ontwikkelingen sterk is gewijzigd. Vanuit de gemeenten is in de afgelopen evaluatieperiode dan ook veel aandacht aan deze ontwikkelingen gegeven en zijn diverse pogingen in het werk gesteld de integrale invoering van de WVG (in al dan niet gewijzigde vorm) te handhaven. Daarom zal in dit hoofdstuk apart op de ondernomen activiteiten van de gemeenten in beide invoeringsgebieden worden ingegaan (par. 4.2). Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting (par. 4.3).

De gevolgde procedure bij de dataverzameling is identiek aan die van hoofdstuk twee.

4.2 Integrale invoering WVG vanuit gemeentelijk perspectief

De belangrijkste gebeurtenissen die zich in de evaluatieperiode hebben afgespeeld en welke invloed hebben gehad op de positie van de gemeenten in de integrale invoeringsgebieden van de WVG zijn in hoofdstuk twee en drie weergegeven. In deze paragraaf

zal daar nader op worden ingegaan in relatie tot de ondernomen activiteiten van de gemeenten.

Onder andere door de rapportage van de Commissie Dekker, de eerste regeringsverklaring daarover en de signalen vanuit het Ministerie van WVC, werd het de gemeenten in de integrale invoeringsgebieden duidelijk dat het vasthouden aan taken en bevoegdheden, die de gemeenten op basis van de WVG zouden toekomen, in het nieuwe stelsel niet meer reëel zou zijn. De betrokken gemeenten maakten een voorstel met uitgangspunten voor een nieuw evenwicht tussen de overheidsregulering ex WVG en de marktwerking. Dit zou volgens hen bij wijze van proefneming in de integrale invoeringsgebieden WVG, versneld uitgeprobeerd kunnen worden. De VNG maakte dit voorstel in juli 1987 per brief aan de staatssecretaris bekend. Deze voorstellen werden onderschreven door alle betrokken gemeenten, behalve de gemeenten binnen het Samenwerkingsverband Heuvelland (een van de vijf regio's in de provincie Limburg). De uitgangspunten laten zich als volgt samenvatten.

1. Ten aanzien van de taken en verantwoordelijkheden van de gemeenten op het terrein van de gezondheidszorg: a. het behartigen van het openbaar belang, b. het vervullen van de rol als makelaar en aanbieder van zorg en c. het uitoefenen van een vangnetfunctie voor het gezondheidssysteem. Voor de gemeenten uit de Integrale Invoeringsprojecten (IIP) zou ruimte gecreëerd moeten worden om te experimenteren met regionale gezondheidsprofielen, preventie- en facetbeleid en globale planning.
2. De betrokken gemeenten stellen indicatieve, globale kaderplannen op waarin eisen met betrekking tot capaciteiten, spreiding en samenhang te vinden zijn.
3. Met behulp van globale richtlijnen en kwaliteitseisen kunnen de kaderplannen worden ingevuld. Zo mogelijk kunnen

bepalingen worden opgenomen om te experimenteren met afwijkende functie-omschrijvingen en normen gebaseerd op de regionale zorgbehoeften.

4. De ziektekostenverzekeraars en aanbieders van zorg sluiten overeenkomsten af waardoor concrete voorzieningenplannen gestalte krijgen. De verzekeraars krijgen substitutie bevoegdheden.
5. Voorzieningenplannen worden getoetst aan de kaderplannen en vervolgens door de samenwerkende gemeenten vastgesteld op basis van de taakverdeling tussen de overheden.
6. Binnen de kaderplannen wordt de betrokkenheid van de gemeenten bij de gezondheidszorg gebaseerd op het beleid zoals geformuleerd in de Nota 2000.
7. Regionale/provinciale financiële kaders, waarbinnen op regionaal niveau overeenkomsten worden afgesloten, blijven op grond van beheersmotieven noodzakelijk.
8. Het overleg tussen overheden, consumenten, aanbieders en verzekeraars van zorg krijgt gestalte in een regionaal overleg. Op dit niveau vindt afstemming plaats tussen voorzieningenplannen en financiële kaders en wordt de betrokkenheid van iedere belanghebbende gewaarborgd.
9. Voor iedere sector zal in de beginfase een kaderplan worden vastgesteld. Integratie van de kaderplannen zal met behulp van een ontwikkelingsmodel plaats vinden welke gebaseerd is op de WVG vanwege de noodzaak tot samenhangende planning. De WVG dient als basis voor de opstelling van de kaderplannen voor de eerstelijnszorg en de basisgezondheidszorg.

Concreet zouden deze uitgangspunten kunnen leiden tot de volgende taken, buiten die van de reguliere basisgezondheidszorg-taken: a) het opstellen van regionale gezondheidsprofielen en het uitvoeren van behoeftenonderzoek en knelpuntenanalyses op basis waarvan preventiebeleid gevoerd kan worden, b) het opstel-

len van kaderplannen en het toetsen en vaststellen van voorzieningenplannen, c) het zorgdragen voor een adviesstructuur, d) het adviseren over bepaalde aspecten bijvoorbeeld indicatiestelling, substitutiebepalingen, e) het voeren van een vestigingsbeleid huisartsen.

Behalve de mededeling van de genoemde uitgangspunten, vroeg de VNG in haar brief aan de staatssecretaris om een aanpassing van het experiment en om een gesprek op korte termijn. Dit gesprek zou vóór de hoorzitting van de "Vaste Commissie voor Volksgezondheid" uit de Tweede Kamer moeten plaatsvinden. Dit verzoek van de gemeenten werd niet gehonoreerd.

Tijdens de hoorzitting van eind augustus 1987 van de "Vaste Commissie voor Volksgezondheid" werden partijen, die waren uitgenodigd om over de aanbeveling van de commissie Dekker te spreken, in de gelegenheid gesteld hun visies naar voren te brengen. Het IPO en de VNG kregen gezamenlijk spreektijd. De gemeenten uit de integrale invoeringsprojecten hebben op de VNG druk uitgeoefend om op één lijn te komen met betrekking tot hun gezamenlijke standpuntbepaling ten aanzien van de WVG. Met de VNG werd overeengekomen dat deze voor verdere experimenten zou pleiten en vast zou houden aan de mening van de gemeenten in de invoeringsgebieden.

De verhouding tussen WVC en de gemeenten verslechterde toen in september 1987 de gemeenten binnen de integrale invoeringsgebieden vernamen dat er ambtelijk vanuit WVC gewerkt was aan een concept-subsidieverordening voor de in de regio aanwezige patiëntenorganisaties en voor de samenwerkingsverbanden van instellingen en beroepsbeoefenaars. Dit vonden de gemeenten in strijd met eerdere afspraken, gemaakt met de voorganger van de staatssecretaris. Deze had toegezegd dat het ministerie, de

provincies en de gemeenten gezamenlijk een regeling zouden treffen voor de financiële ondersteuning.

Het samenwerkingsorgaan WVG in de regio Eindhoven/Kempenland stuurde de staatssecretaris hierover een brief waarin het concludeerde dat de staatssecretaris geen invulling wenste te geven aan de rol van de gemeenten, ondanks gemaakte afspraken. Het invoeringsgebied verklaarde de afwezigheid van de financiële regeling uit de weigering van de staatssecretaris met de betrokken gemeentelijke vertegenwoordigers te overleggen. In dit overleg hadden procedure-afspraken, ook over de onderhavige materie, aan de orde moeten komen.

De uitkomst van de discussie binnen WVC over de inrichting van de gezondheidszorg (najaar 1987) leek weinig tot geen ruimte voor gemeenten over te laten.

Mede daarom kwamen in oktober 1987 de vertegenwoordigers van de gemeenten uit de IIP bijeen. Dit als vervolg op een eerdere bijeenkomst in juni 1987 en de daarna gevoerde ambtelijke contacten. De gemeenten realiseerden zich dat het in het verleden ontbroken had aan een actief public-relations beleid. Daarom werd tot gezamenlijke actie besloten naar de afzonderlijke achterbannen (gemeentebestuurders), de VNG, de provinciale bestuurders, de overige partijen binnen het experiment (het veld, de verzekeraars en de consumenten) en de grote politieke partijen. Deze actie bestond uit het voeren van overleg, het informeren over de verworvenheden van het experiment en het schrijven van artikelen en een informatie-actie brochure.

De VNG heeft zich aan de standpunten van de gemeenten geconformeerd, ook waar het ging om een verder experiment. Dit kwam mede door het feit dat de gemeenten, in hun alternatieve voorstellen over de structurering van de gezondheidszorg, op dezelfde lijn zaten als de VNG. Ook de drie grootste landelijke politieke partijen zijn door een vertegenwoordiging van de gemeenten

binnen de invoeringsgebieden geïnformeerd over de resultaten van het WVG-experiment en het mogelijke vervolg daarop. De uitkomst van de gesprekken tussen de vertegenwoordigers van de politieke partijen en de gemeenten gaf aan dat de politiek op dat moment nog niet wist wat de rol van de overheden in de gezondheidszorg zou gaan inhouden. Dat vormde voor de gemeenten aanleiding om verder te lobbyen. Zij zetten hun activiteiten voort door middel van het verspreiden van een informatiebrochure. Doel van de brochure was aan alle belanghebbenden en belangstellenden (in het bijzonder de leden van de Tweede Kamer en het kabinet) duidelijk te maken welke taak de gemeente volgens de opstellers heeft en zou kunnen hebben op het terrein van de gezondheidszorg.

Op 3 november 1987 werd de tweede regeringsverklaring over het advies van de Commissie "Dekker" aan de Tweede Kamer aangeboden. Op ambtelijk niveau werd er door het ministerie medegedeeld dat er met de integrale planning ex WVG opgehouden zal worden. De integrale invoeringsprojecten en de plankostenvergoeding zouden per 1 januari 1989 worden stopgezet. Bij met name de gemeenten steeg de onvrede met de gang van zaken daardoor tot grote hoogte. Na herhaalde malen te zijn afgewezen voor een gesprek met de staatssecretaris, werd het betreurd dat volstaan werd met een ambtelijke mededeling het WVG project stop te zetten.

In een bestuurlijk overleg in januari 1988 tussen gemeentelijke vertegenwoordigers van de IIP werd daarover gesproken. De invoeringsregio Eindhoven/Kempenland heeft naar aanleiding van deze ambtelijke mededelingen haar onvrede met deze gang van zaken, naar de staatssecretaris toe, kenbaar gemaakt. De andere invoeringsgebieden reageerden niet omdat de brief geen bestuurlijke-, maar een ambtelijke status bezat.

Eind januari 1988 werd er in Vinkeveen een symposium gehouden over het gemeentelijk openbaar gezondheidsbeleid. Naar sommigen zeggen met als doel de gemeenten te laten wennen aan haar nieuwe taken in het komende bestel. Voor het Ministerie van WVC was dit symposium een middel om de gemeenten mede te delen dat de WVG zou worden ingetrokken. In reactie daarop beriepen de invoeringsgebieden (met name de gemeenten) zich op de schriftelijk vastgelegde afspraken met de staatssecretaris, dat de WVG zou worden ingevoerd. Enige tijd na die vastgelegde afspraak met de staatssecretaris deelde deze echter mee dat de voortgang van de WVG-invoering expliciet afhankelijk zou worden gemaakt van de rapportage van de Commissie Dekker. Deze commissie oordeelde dat de WVG zou moeten verdwijnen. Tevens werd er op ambtelijk niveau vanuit het Ministerie van WVC medegedeeld dat de WVG-invoering zou worden stopgezet. De invoeringsgebieden wilden duidelijkheid van de staatssecretaris over deze in hun ogen bestuurlijke onduidelijkheid. Deze bestuurlijke duidelijkheid bleef enige tijd uit.

Ook de ambtenaren op het departement leken er moeite mee te hebben dat de staatssecretaris deze duidelijkheid niet kon geven. De staatssecretaris meende dat niet te kunnen doen omdat het kabinet nog geen definitief standpunt had ingenomen. Het symposium in Vinkeveen was voor het Ministerie van WVC dan ook bedoeld als middel om die duidelijkheid aan de gemeenten te geven.

Op 4 maart 1988 valt het besluit in de Ministerraad om de integrale en sectorale planning ex WVG te beëindigen. Vooruitlopend daarop heeft de Directeur-Generaal Volksgezondheid dit een maand eerder aan de betrokkenen in de regio's, middels een brief, laten weten. Als redenen voor de beëindiging van de WVG noemt de staatssecretaris de ingewikkelde bestuursstructuur. Dit specificeert hij door te stellen dat de problemen daarbij lagen in de

scheiding van planning en financiering en doordat de planningsverantwoordelijkheid was verdeeld over provincies en gemeenten. Daarnaast noemt de staatssecretaris de keuze van het Kabinet voor vergroting van de marktwerking als reden tot intrekking.

In juni 1988 nodigde de staatssecretaris per brief de betrokken gemeenten bij de integrale invoering WVG uit om projectvoorstellen over openbaar gezondheidsbeleid en functionele regionalisatie in te dienen. Omdat tot eind juni 1988 de criteria voor de toekenning van de projecten over het openbaar gezondheidsbeleid niet duidelijk waren, hebben de gemeenten daar geen gebruik van kunnen maken. In dezelfde brief kondigde de staatssecretaris de beëindiging aan van de integrale invoeringsprojecten WVG en de plankostenvergoeding per 1 januari 1989. De gemeenten in Kennemerland en Eindhoven/Kempenland waren over de intrekking van de plankostenvergoeding ontstemd. Zij vonden dat de huidige staatssecretaris de afspraken niet nakwam die de invoeringsgebieden met zijn voorganger hebben gemaakt, namelijk handhaving van de plankostenvergoeding tot tenminste 1 januari 1991.

De gemeenten in Kennemerland hebben via een Arob procedure beroep tegen het besluit van de staatssecretaris aangetekend. De gemeenten in Eindhoven/Kempenland kondigden aan in laatste instantie via een ander rechterlijk kanaal stappen te zullen ondernemen. In oktober 1988 heeft de voorzitter van de afdeling Rechtspraak van de Raad van State het besluit van de staatssecretaris, om de subsidiëring met ingang van 1 januari 1989 te staken, geschorst. "Daarbij is tevens de voorlopige voorziening getroffen dat de staatssecretaris de subsidiëring op de oude voet dient voort te zetten, totdat de Afdeling Rechtspraak van de Raad van State op het beroepsschrift heeft beslist dan wel totdat 30 dagen zijn verstreken nadat de staatssecretaris heeft beslist op het eventueel door hem als bezwaarschrift aan te

merken beroepsschrift." (brief d.d. 14 oktober 1988 aan het Gewest Zuid-Kennemerland van hun advocaat).

Naar aanleiding van de motivering van de voorzitter van de afdeling Rechtspraak van de Raad van State heeft de staatssecretaris in december 1988 betrokken gemeenten uitgenodigd om project-voorstellen in te dienen.

4.3 Samenvatting

Deze evaluatieperiode stond voor de gemeenten in het teken van de onduidelijkheid over het voortbestaan van het IIP-WVG.

Ofschoon er bestuurlijk met de staatssecretaris in maart 1987 een afspraak gemaakt was dat de WVG zou blijven bestaan, werd de WVG steeds meer afhankelijk gemaakt van haar context.

Ondanks de onduidelijkheid bij het Ministerie van WVC op bestuurlijk niveau, deelden ambtenaren van het ministerie aan de invoeringsprojecten mee dat de WVG zou worden ingetrokken.

De gemeenten ondernamen in deze periode veel activiteiten om het IIP-WVG te redden en om bestuurlijke zekerheid te krijgen.

Ondanks alle ondernomen activiteiten zijn de gemeenten er niet in geslaagd het IIP-WVG in al dan niet gewijzigde vorm voort zetten.

Gezien de teleurstelling over een daadwerkelijke invoering en het als onduidelijk ervaren rijksbeleid waren er steeds meer gemeentebestuurders van wie de WVG niet meer zo nodig hoefde. De betreffende portefeuillehouders raakten WVG-vermoeid. Tevens werden hun gemeenteraden kritischer zodat de portefeuillehouders zich niet altijd gedekt voelden. Voor de gemeenten dreigde de WVG-invoering in deze evaluatieperiode een zaak van individuen te worden.

5. HET REGIONAAL FINANCIËEL OVERZICHT

5.1 Inleiding

In 1984 is de Werkgroep Inventarisatie in Kennemerland begonnen met het opstellen van een Regionaal Financieel Overzicht (RFO) over de jaren 1982 tot en met 1984. Aanleiding hiervoor was het verzoek van de Directeur-Generaal Volksgezondheid van het Ministerie van WVC aan de Integrale Invoeringsprojecten, een inventarisatie uit te voeren met het oog op de berekening van financiële kaders. In de tweede helft van 1986 is dit RFO en aan de staatssecretaris aangeboden.

In dit hoofdstuk worden de werkzaamheden besproken welke leidden tot de opstelling van het RFO over het jaar 1985. Tevens wordt het RFO als product geëvalueerd. Een beschouwing over de plaats en de mogelijkheden van het RFO binnen het kader van de WVG is in de vorige rapportage van het NIPG gegeven (Schuurman & Wessels, 1987).

Vandaar dat slechts kort wordt ingegaan op de inhoud, doelstellingen en uitgangspunten van het RFO (par. 5.2). Vervolgens worden de activiteiten in Kennemerland weergegeven die uitmonden in het RFO 1985 (par. 5.3). Daarna wordt de evaluatie van het beleidsinstrument RFO weergegeven (par. 5.4). Het hoofdstuk wordt afgesloten met conclusies en aanbevelingen (par. 5.5).

De informatie die nodig was om dit hoofdstuk samen te stellen werd verkregen door het bezoeken van de vergaderingen van de Werkgroep Inventarisatie. Daarnaast werden documenten bestudeerd.

5.2 Het RFO algemeen

Het RFO geeft de feitelijke situatie weer met betrekking tot kosten en capaciteiten van de instellingen van gezondheidszorg en de aantallen en kosten van de vrije beroepsbeoefenaren. Daarnaast wordt er - uitgaande van reeds genomen planningsbeslissingen - ingegaan op de te verwachten toekomstige financieel-economische situatie in de regio. Tenslotte geeft het RFO zicht op de demografische situatie en de interregionale patiëntenstromen. Het RFO moet dus opgevat worden als een statistische verkenning van de feitelijke situatie in de regio.

Het RFO kent drie doelen. Ten eerste zou het RFO informatie ten behoeve van de regionale beleidsvorming en planning moeten geven. Ten tweede dient het RFO bouwstenen aan te dragen voor het Landelijk Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn (FOGM) en voor de bepaling van de regionale marginale financiële kaders. (Marginale Financiële kaders geven de financiële ruimte weer van de onder de WVG vallende voorzieningen). In de derde plaats zou het RFO de samenhang tussen planning en budgettering moeten bevorderen. In het regionale overzicht komen beide circuits tezamen. (Freens en De Kubber 1986).

Over de wijze waarop RFO-en moeten worden opgesteld kan het volgende worden gezegd (Rijksuniversiteit Limburg, 1987).

1. De opstelling moet plaatsvinden in samenwerking met alle partijen.
2. Van tevoren moeten afspraken zijn gemaakt over de taakverdeling (wie inventariseert wat).
3. De RFO-en moeten gedragen worden door alle instellingen en instanties van gezondheidszorg in de regio, via de "bottum-up" benadering op basis van met name jaarrekeningen.

4. De RFO-en dienen qua systematiek van indeling zoveel mogelijk aan te sluiten bij het FOGM, de WZV richtlijnen en de richtlijnen en kwaliteitseisen ex WVG.

Of het RFO 1985 in Kennemerland aan de zojuist geschetste inhoud, doelen en voorwaarden voldoet, zal in par. 5.4 worden nagegaan.

5.3 De belangrijkste gebeurtenissen met betrekking tot de opstelling van het RFO 1985

De aanleiding voor het maken van RFO-en is uitgebreid behandeld in onze vorige rapportage (Schuurman & Wessels, 1987). Daar zijn ook de problemen beschreven waar men bij de opstelling van het RFO 1982-1984 mee te kampen had. In deze paragraaf zullen de belangrijkste gebeurtenissen worden geschetst met betrekking tot de opstelling van het RFO 1985.

Na het aanbieden van het RFO 1982-1984 aan de staatssecretaris werd vanaf augustus 1986 gewerkt aan de actualisatie van het RFO over 1985.

Gezien het feit dat de benodigde uitvoeringsbesluiten van de WVG - met name het besluit Richtlijnen Financiële Kaders - nog steeds niet beschikbaar waren en er met het RFO 1982-1984 door het ministerie nog niets concreets was gedaan, was niet elke deelnemer van de werkgroep inventarisatie direct bereid om aan de inventarisatie over 1985 mee te werken.

Uiteindelijk is men in maart 1987 toch tot actualisatie van het RFO overgegaan. Enerzijds gebeurde dit omdat er vanuit het Ministerie van WVC werd toegezegd dat het RFO de basis zou blijven van het MFK, anderzijds omdat iedereen toch wel overtuigd was van het nut om te actualiseren.

Twee overwegingen speelden bij dit laatste een rol.

1. Men was van mening dat voor het vaststellen van financiële kaders - wat ten aanzien van de WVG invoering in Kennemerland op termijn hoe dan ook zou dienen te gebeuren - zo actueel mogelijke gegevens over de situatie in de regio nodig zouden zijn.
2. Door het niet beschikbaar zijn van een RFO zou 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 kwamen in april 1987 de volgende afspraken tot stand.

1. Kwantitatieve gegevens over kosten en capaciteiten zouden door het ziekenfonds Spaarneland en de gemeenten worden ingebracht. Hierbij werd een taakverdeling gehanteerd (zie schema 5.1 waarin tevens de taakverdeling met betrekking tot het vorige RFO is weergegeven). De provincie zou de overige gegevens verzamelen (patiëntenstromen intramuraal, beddenreductie, bouwinitiatieven en bevolkingssamenstelling).
2. Het ROGK zou de gegevens op hun feitelijke juistheid toetsen (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. Commentaren van kwalitatieve en/of interpretatieve aard zouden op werkgroepniveau worden opgesteld met inbreng van alle participanten.
4. Het RFO zou eerst op werkgroepniveau worden vastgesteld, vervolgens op stuurgroepniveau en tenslotte door het Provinciaal Bestuur aan de staatssecretaris worden aangeboden.

Schema 5.1 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			ROGK	RFO 1985			ROGK ⁴
	gemeenten	provincie	ziekenfonds		gemeenten	provincie ³	ziekenfonds	
<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.		x ¹	x ²	x			x	
inrichting voor 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

2 budgetten

3 verzamelt 'overige gegevens'

4 taak uitsluitend toetsend

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 overlappingsen meer plaats vinden in de gegevensverzameling.

In schema 5.1 is de taakverdeling in de gegevensverzameling weergegeven met betrekking tot kosten en capaciteiten ten behoeve van het RFO 1982-1984 en het RFO 1985 in Kennemerland.

Het concept RFO 1985 werd op 18 december 1987 vastgesteld. Vervolgens is het RFO aan de Stuurgroep toegezonden, welke het in februari 1988 schriftelijk heeft vastgesteld. Toezending aan de staatssecretaris volgde daarna.

In overzicht 5.1 zijn de belangrijkste gebeurtenissen ten aanzien van de opstelling van het RFO chronologisch weergegeven.

Overzicht 5.1 Belangrijkste gebeurtenissen met betrekking tot het opstellen van het RFO 1985 in Kennemerland

augustus 1986	- Bespreking over het actualiseren van het RFO over 1985.
maart 1987	- Besluit van de werkgroep inventarisatie om te actualiseren. - Verschijnen concept "Handleiding Regionaal Financieel Overzicht Gezondheidszorg" (Rijksuniversiteit Limburg).
april 1987	- Afspraken omtrent de werkwijze van de werkgroep en de inhoud van het RFO 1985.
december 1987	- De werkgroep inventarisatie stelt het RFO 1985 in haar vergadering vast. Toezending aan de Stuurgroep.
februari 1988	- Stuurgroep stelt het RFO 1985 vast en stuurt het aan de staatssecretaris.

Bij de evaluatie van het beleidsinstrument RFO wordt onderscheid gemaakt tussen de procedurele kant (de totstandkoming van het RFO en de werkwijze binnen de Werkgroep Inventarisatie) en de inhoudelijke kant (het RFO als product). Beide zijn geëvalueerd op de criteria die ontleend zijn aan de doelen van de WVG; samenhangend en doelmatig. De criteria decentraal en democratisch zijn uitsluitend toegepast op de procedurele kant. De criteria zijn naar hun betekenis uitgewerkt in de vorige rapportage. Schema 1.1 laat de door de onderzoekers uitgewerkte omschrijving zien. Hier wordt volstaan met het weergeven van de vragen die voortkomen uit de evaluatiecriteria.

Allereerst volgt de procedurele kant van het beleidsinstrument RFO 1985.

Procedure-decentraal

Om te beoordelen of de procedure decentraal van aard is geweest dient de vraag te worden beantwoord of bij de totstandkoming van het RFO aan provincie en gemeenten bevoegdheden zijn gegeven om in een zekere onafhankelijkheid en op grond van een eigen belangenafweging besluiten van regeling en bestuur te nemen.

Het RFO stelt de lagere overheden in staat meer inzicht te krijgen in wat er zich binnen de regio afspeelt. Het RFO spreekt echter alleen over verantwoordelijkheden, niet over bevoegdheden. Wettelijk is rond het RFO weinig geregeld. Gezien de onzekerheid over de uiteindelijke inrichting van de gezondheidszorg, was een (wettelijke) regeling van het RFO op dat moment ook niet opportuun.

Conclusie: de procedure ter verkrijgen van een RFO kan gezien het ontbreken van een (wettelijke) regeling daaromtrent niet voldoen aan de kwalificatie "decentraal".

Procedure-democratisch

De vraag luidt of er voor de politieke representatieve organen enerzijds en de betrokkenen in het veld van de gezondheidszorg anderzijds, mogelijkheden waren om invloed uit te kunnen oefenen op de totstandkoming van het RFO.

Wettelijk is de mogelijkheid tot beïnvloeding niet geregeld. De handleiding gaat uit van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van provincie en gemeenten, met betrokkenheid van alle partijen. Ook die van de patiëntenorganisaties. In Kennemerland zijn deze laatsten niet bij de opstelling van het RFO betrokken geweest. De aanbeveling uit de vorige rapportage om de patiëntenorganisaties bij de opstelling van het RFO te betrekken is niet opgevolgd. Redenen hiervoor kunnen liggen in het feit dat de politieke betekenis van een RFO door de onzekerheid over de toekomst van de WVG was afgenomen. Ook kan bij de patiëntenorganisaties het gebrek aan menskracht een rol hebben gespeeld.

De partijen hebben vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid aan het RFO 1985 gewerkt. Alle partijen lijken in ongeveer dezelfde mate invloed te hebben kunnen uitoefenen. Zowel op de vaststelling van de te volgen procedure als op de inhoud van het RFO. Alle partijen voelden zich betrokken.

Conclusie: de procedure ter verkrijging van het RFO 1985 is democratisch geweest.

Procedure-samenhangend

De vraag is hier of bij de totstandkoming van het RFO taken en overleg op elkaar afgestemd zijn geweest.

In de totstandkoming van het RFO 1985 werd een goede taakverdeling gemaakt. Tevens werd er regelmatig overlegd. Er is dan ook sprake van procedurele samenhang.

Procedure-doelmatig

De vraag luidt hier of de samenstelling van het RFO plaats vond met zo goed mogelijk gebruik van beschikbare middelen.

De in het verleden ervaren problemen met de te hanteren methode zijn bij de actualisatie van het RFO over 1985 grotendeels verdwenen door de verschijning van het concept "Handleiding Regionaal Financieel Overzicht Gezondheidszorg".

Deze Handleiding werd veelal gevolgd. De handleiding gaat uit van het inventariseren van alle voorzieningen van de gezondheidszorg, los van de vraag of deze onder de WVG vallen. De werkgroep beperkte zich in het RFO tot premie- en begrotingsgefinancierde voorzieningen van gezondheidszorg en delen van de maatschappelijke dienstverlening welke van oorsprong een functionele samenhang vertonen met delen van de gezondheidszorg, in het gebied van het IIP-Kennemerland.

De aanvankelijke tijdplanning werd door de werkgroep niet gehaald. De handleiding geeft de suggestie om het RFO jaarlijks, in juni van het tweede jaar volgend op het jaar waarop het RFO betrekking heeft, vast te stellen. In navolging daarvan streefde de werkgroep naar vaststelling van het RFO 1985 omstreeks juni/juli 1987 door de Stuurgroep. Het werd februari 1988.

De vertraging had enkele oorzaken.

1. De ontvangen cijfermatige gegevens betreffende de kosten en capaciteiten van de instellingen waren veelal voorlopig of onvolledig. Een aantal instellingen liet met het sturen van gegevens lang op zich wachten en reageerde niet binnen de gestelde termijn. Als reden hiervoor kan worden genoemd dat de COTG-rekenstaat als uitgangspunt voor de door het ziekenfonds geïnventariseerde premiegefinancierde voorzieningen is genomen. Dit was voor de instellingen lastig om mee te werken. Opgegeven bedragen zouden voorts door de instellingen veelal moeilijk te achterhalen zijn. Zij gaven de voorkeur aan jaarrekeningen (waar overigens ook de Handlei-

ding van uit gaat). De jaarrekening is immers een vast gegeven en biedt inzicht in de werkelijke kostenverdeling.

2. Bepaalde instellingen namen gegevens op kasbasis (= werkelijk uitgaven in 1985), andere op transactiebasis (= de aangegane verplichtingen over 1985). Voor de werkgroep was daar lastig mee te werken en het kostte tijd gegevens op elkaar af te stemmen.

In de vorige rapportage hebben de onderzoekers een aantal minder gunstig werkende omstandigheden weergegeven die de doelmatigheid hebben beïnvloed. Deze waren: de meningsverschillen tussen het ROGK en Midden-Kennemerland over de rol van het ROGK, de soms aarzelende houding van het ziekenfonds, het tekort aan financieel-economische deskundigheid binnen de eigen gelederen van de werkgroep en het ontbreken van duidelijkheid van de kant van het Rijk.

In deze rapportageperiode speelde alleen het laatste. Regelmatig werd er stilgestaan bij het nut van de werkzaamheden, vooral vanwege de onzekerheid die heerste over het voortbestaan van de WVG. Hierdoor was er onduidelijkheid over de relatie tussen het RFO en de door het Rijk vast te stellen financiële kaders.

Als positief werkende omstandigheden, betreffende de doelmatigheid van de procedure, kunnen worden genoemd: de goede vergadersfeer, de goede taakverdeling, de aanwezigheid van de handleiding en de coördinatie bij het opstellen van het RFO door de provincie Noord-Holland.

Conclusie: er is sprake geweest van een doelmatiger procedure dan vorig jaar. De onzekerheid omtrent het voortbestaan van de WVG stond de doelmatigheid in de weg.

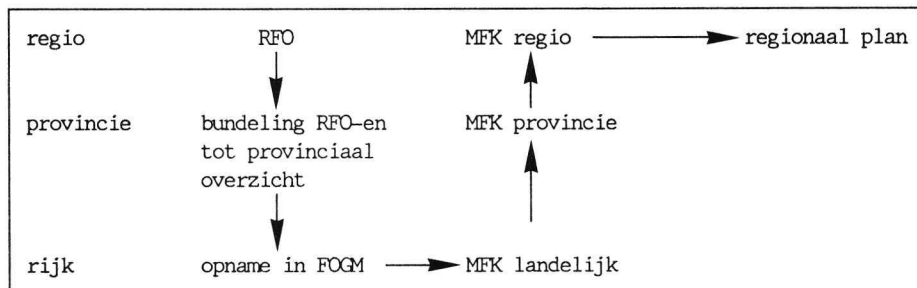
Nadat de procedurele kant van het beleidsinstrument RFO is weergegeven volgt nu de inhoudelijke kant.

Product-samenhangend

Twee vragen staan hier centraal. 1. Levert het RFO een bijdrage tot een méér samenhangende gezondheidszorg, dat wil zeggen tot het verkrijgen van een grotere afstemming op elkaar van beleid, instrumenten en adviezen. 2. Is het RFO zelf een samenhangend product.

Het is in de loop van deze rapportageperiode duidelijk geworden dat het niet meer reëel was te veronderstellen dat de status van het RFO en de relaties tussen het RFO en andere instrumenten (FOGM, MFK en regionaal plan) wettelijk geregeld zouden gaan worden. Dit gezien de onzekerheid op politiek niveau over de inrichting van de gezondheidszorg. Wettelijke vastlegging was in het verleden wel de bedoeling. Indien dat had plaatsgevonden was er van potentiële samenhang sprake geweest. Schema 5.2 laat dat zien.

Schema 5.2 De beoogde samenhang tussen Regionaal Financieel Overzicht (RFO) en Margaal Financieel Kader (MFK)



Bij de beantwoording van de tweede vraag (of het RFO zelf een samenhangend product is) is onderscheid gemaakt tussen de samenhang in de presentatie en de inhoudelijke samenhang.

Bij de samenhang in de presentatie is gekeken naar de indeling van het RFO, de opzet van de tabellen en de algehele lay-out. De indeling van het RFO is duidelijk en kent een logische volgorde

van de onderwerpen. De opzet van de tabellen is inzichtelijk, net als de algehele lay-out.

Bij de inhoudelijke samenhang gaat het om de samenhang tussen voorzieningen, tussen (financiële) gegevens in de tijd en de opname van stroomcijfers.

1. Samenhang tussen voorzieningen

De inventarisatie omvat de onder de WVG vallende voorzieningen voor gezondheidszorg en delen van de maatschappelijke dienstverlening, welke een functionele samenhang vertonen met de gezondheidszorg. De inventarisatie van de bejaardenoorden is echter achterwege gelaten net als die van de bloedbanken, de trombosedienst, de laboratoria, de RIGG's en de samenwerkingsverbanden voor GVO en de verlaafdenzorg. De bejaardenoorden zijn weggelaten omdat de Wet op de Bejaardenoorden naast de WVG zou blijven bestaan met eigen financiële kaders. Gezien het feit dat er sprake is van functionele samenhang, is het spijtig dat deze (in 1986 premiegefinancierde voorziening) niet in het RFO 1985 is opgenomen. Over de andere voorzieningen had de werkgroep onvoldoende gegevens voorhanden. Een deel van de kosten welke die voorzieningen met zich mee brengen is opgenomen binnen de kostenopgave van andere instellingen.

2. Opname van stroomcijfers.

Deze opname heeft zich niet beperkt tot geografische patiëntenstromen. Naast patiëntenverkeer tussen gemeenten en regio's is er ook aan interregionaal patiëntenverkeer van ziekenhuizen, algemene psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen en verpleeghuizen aandacht geschonken. De laatste drie patiëntenstromen zijn echter gebaseerd op cijfers uit 1983 cq. 1984. Wat ontbreekt in het RFO is informatie over patiëntenstromen tussen de eerste en de tweede lijn.

3. De weergave van de samenhang tussen (financiële) gegevens in de tijd.

De onderlinge samenhang tussen de door de werkgroep gemaakte inventarisaties (bouwinitiatieven, bevolkingsaantallen, samenstelling van de bevolking naar leeftijd, kosten en capaciteiten van voorzieningen) wordt in het RFO niet voldoende belicht. De relevantie van de door de instellingen opgegeven bouw-initiatieven is niet op haar merites getoetst. Op basis van de gegevens in het RFO had een analyse van reële noodzaak daarvan kunnen plaatsvinden.

De werkgroep heeft wel een overzicht gemaakt van door andere instanties gemaakte planontwikkelingen, waarvan de voorzieningen onder de WZV vallen. Ten aanzien hiervan kan worden opgemerkt dat een kritische analyse, van de overeenkomst tussen de uitkomsten van de door de werkgroep naar voren gehaalde gegevens en die uit de hierboven genoemde planontwikkelingen, ontbreekt. Er is niet duidelijk gemaakt of de uitkomsten van beiden elkaar ondersteunen of tegenspreken.

Concluderend kan over de samenhang het volgende worden gezegd.

1. Indien de status van het RFO en de relaties tussen het RFO en andere instrumenten wettelijk geregeld zouden zijn geweest, zou dat een meer samenhangende gezondheidszorg hebben opgeleverd. Wettelijke regeling is echter achterwege gebleven.
- 2a. Bij het RFO 1985 als product, is sprake van samenhang in de presentatie.
- b. Van een volledige inhoudelijke samenhang is geen sprake. Een aantal voorzieningen is niet meegenomen, bij de opname van stroomcijfers zijn deze cijfers niet gebaseerd op hetzelfde basisjaar en de onderlinge samenhang tussen de door

de werkgroep gemaakte inventarisaties is onvoldoende belicht.

Als eindconclusie kan worden genoemd dat van een samenhangend RFO 1985 geen sprake had kunnen zijn en dit dus ook niet het geval is.

Product doelmatig

De vraag is hier of het RFO 1985 een bijdrage levert tot het verkrijgen van een meer doelmatige gezondheidszorg, dat wil zeggen tot een doelbereiking met zo goed mogelijk gebruik van beschikbare middelen.

Beantwoording van deze vraag zal plaatsvinden door na te gaan of de doelen van het RFO worden bereikt.

Het eerste doel van het RFO is het aandragen van informatie ten behoeve van regionale beleidsvorming en planning. Het RFO 1985 geeft hieraan onvoldoende gevolg. Dit leidt ertoe dat er uit het cijfermateriaal geen of beperkte beleidsmatige conclusies kunnen worden getrokken. Vijf redenen daarvoor worden hier kort weergegeven.

1. De door het RFO aangedragen informatie kan inzicht geven in het doelmatig functioneren van instellingen en beroepsbeoefenaars (bijvoorbeeld door vermelding van de verhouding 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 1985 van Kennemerland is dit niet het geval.
2. Bij het overzicht van capaciteiten over de jaren 1982, 1984 en 1985 ontbreken gegevens over de collectieve preventieve zorg en over het beleid, beheer en administratie. Voor het ontbreken van die gegevens wordt geen verklaring gegeven.

Bij het overzicht van de feitelijke kosten zijn de gegevens met betrekking tot genoemde voorzieningen veelal wel aanwezig.

3. De consequenties van vastgesteld regionaal beleid, in- en uitstroom van patiënten, de feitelijke bevolkingsopbouw, de verzorgingsgebieden van instellingen en de feitelijke zorgbehoefte is niet diepgaand onderzocht. Verbanden tussen bovengenoemde aspecten zijn niet getrokken.
4. Men heeft afgezien van een inventarisatie van kosten en capaciteiten van voorzieningen die buiten het invoeringsgebied gevestigd zijn en waar een deel van de bevolking in Kennemerland gebruik van maakt.
5. Het RFO 1985 geeft een overzicht van feitelijkheden over het aanbod van voorzieningen in Kennemerland, echter zonder dat gewogen werd voor variabelen als bevolkingssamenstelling en patiëntenstromen. Het RFO 1985 geeft ongewogen cijfers, die niet door analyse of nadere beschouwingen worden ondersteund.

Overigens is in december 1987 de nieuwe WZV regio-indeling van toepassing geworden. Haarlemmermeer is aan een andere gezondheidsregio toegewezen. Daardoor verviel de formele noodzaak om Haarlemmermeer bij de WVG activiteiten in Kennemerland te betrekken. Informeel was Haarlemmermeer tijdens deze rapportageperiode zijdelings bij de IIP-werkzaamheden betrokken. Het zou kunnen lijken dat vanwege deze regio-mutatie de uitkomsten van het RFO 1985 voor de beleidsvoering in 1988 niet direct toepasbaar zouden zijn. Ondanks het opnemen van Haarlemmermeer bij een andere WZV-regio, is haar bevolking echter vrijwel volledig voor de intramurale voorzieningen aangewezen op Zuid-Kennemerland. Er vindt dus een grote instroom plaats van patiënten naar Zuid-Kennemerland. Daarom zullen de beleidsvoerders in Kennemerland de in het RFO 1985 genoemde gegevens over Haarlemmermeer blijven betrekken in hun beschouwingen.

Het tweede doel van het RFO is het aandragen van bouwstenen voor het landelijk FOGM. Aangezien voor het RFO 1985 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 1985 slechts zeer beperkt mogelijk is, kan dit doel niet bereikt worden.

Samengevat kan worden gezegd dat het RFO 1985 een grotere bijdrage had kunnen leveren aan het verkrijgen van meer doelmatige gezondheidszorg dan het in feite heeft gedaan.

5.5 Conclusies en aanbevelingen

Naarmate de werkzaamheden met de opstelling van het RFO 1985 vorderden, nam de twijfel omtrent de invoering van de WVG toe. Deze onzekerheid heeft het product RFO 1985 in negatieve zin beïnvloed.

Aan de onzekerheid werd begin november een einde gemaakt door de ambtelijke mededeling vanuit het Ministerie van WVC dat de WVG definitief zou worden ingetrokken. Indien er aan de opstelling van het RFO gevolgen waren verbonden in de vorm van de vaststelling van een MFK, had het RFO er misschien qua inhoud anders uitgezien. De ongewogen cijfers zouden dan misschien gewogen zijn voor regionale kenmerken. Waarschijnlijk zouden dan ook de nu ontbrekende voorzieningen, zoals de verzorgingstehuizen, meegenomen zijn. Kortom, het product RFO 1985 zou wellicht meer aan de evaluatiecriteria samenhangend en doelmatig tegemoet zijn gekomen.

Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een overzicht van de evaluatie-criteria welke toegepast zijn op het product RFO en de procedure om daartoe te komen. In het overzicht is weergegeven of het beleidsinstrument wel, niet, of ten dele (respectievelijk +, - , ±) voldoet aan de criteria.

Overzicht 5.2 Samenvatting van de evaluatie van het beleidsinstrument RFO

evaluatiecriterium	procedure	product RFO 1985
decentraal	-	n.v.t.
democratisch	+	n.v.t.
samenhangend	+	-
doelmatig	±	-

Ook in een gezondheidszorgstructuur met marktelementen zal het RFO een functie kunnen vervullen. Het zal kunnen dienen als instrument voor de vaststelling van financiële kaders en als sturingsinstrument voor de kwaliteit en kwantiteit van voorzieningen. Het instrument heeft voldoende mogelijkheden in zich om tot een meer doelmatige en samenhangende zorg te komen. In een marktgerichte gezondheidszorg zal het geen instrument voor met name de lagere overheden zijn, maar ten dienste kunnen staan van de verzekeraars en zorgaanbieders.

Opgemerkt moet worden dat het vervaardigen van een RFO (of iets wat daar op lijkt) erg veel tijd van betrokkenen vraagt. Een jaarlijks te maken overzicht vergt daardoor misschien wat te veel inspanning.

Indien de inrichting van de gezondheidszorg bekend is verdient het aanbeveling om de mogelijkheden van het RFO daarin na te gaan.

6. HET VESTIGINGSBELEID HUISARTSEN

6.1 Inleiding

Door de vaststelling van het Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen is de huisartsenhulp de eerste en enige voorziening die onder de werking van de WVG is gebracht. Alleen al hierom is het van belang om na te gaan hoe het vestigingsbeleid in de praktijk functioneert. Daarnaast heeft het Ministerie van WVC in het verleden expliciet gevraagd het vestigingsbeleid object van onderzoek te doen zijn. Uiteraard betreft deze evaluatie ook hier een evaluatie van het bestuurlijk systeem en niet van het zorgsysteem.

In dit hoofdstuk worden de belangrijkste bevindingen over het vestigingsbeleid voor huisartsen in Kennemerland besproken. Eerst wordt de situatie met betrekking tot dit beleidsinstrument in de regio beschreven (par. 6.2). Daarna wordt het vestigingsbeleid geëvalueerd aan de hand van de criteria die zijn ontleend aan de doelen van de WVG (par. 6.3). Tenslotte volgt een korte afsluitende paragraaf met conclusies en aanbevelingen (par. 6.4).

Voor de inhoud van dit hoofdstuk werd gebruik gemaakt van diverse documenten. Daarnaast werd informatie over het vestigingsbeleid verzameld door participatie in bestuurlijk en ambtelijk overleg.

De onderzoekers hebben in hun vorige evaluatierapport (juli 1986-juni 1987) reeds uitgebreid stilgestaan bij het vestigingsbeleid. Niet alleen de totstandkoming van het besluit op landelijk niveau en de situatie in Kennemerland, maar vooral ook de (wettelijke) mogelijkheden welke het besluit biedt werden aan de orde gesteld. Dit hoofdstuk wil slechts een beknopte beschou-

wing geven over het vestigingsbeleid in Kennemerland zoals dat thans in de praktijk plaatsvindt. Voor een meer uitgebreide beschouwing over de mogelijkheden van het vestigingsbeleid wordt verwezen naar het vorige evaluatierapport (Schuurman & Wessels, 1987). Tevens wordt gewezen op een elders uitgebrachte publicatie over dit onderwerp (Schuurman & Wessels, 1988).

6.2 De weergave van de situatie in Kennemerland

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

Wat betreft de samenstelling van de vestigingscommissies is in Kennemerland, op één vestigingscommissie na, 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 ziektekostenverzekeraars. Het aantal leden van de commissies wisselt van vijf tot twaalf. De commissie in Zuid-Kennemerland bestaat uit een te variëren aantal leden. Dit betekent dat naast de acht 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 huis-

artsen en overigen. Men kan de huisartsen zelfs een meerderheidspositie geven (waardoor de beroepsgroep in principe de mogelijkheid wordt geboden aan voorselectie te doen). Kenmerkend voor de commissies in Midden-Kennemerland is dat een Portefeuillehouder Volksgezondheid voorzitter is. In Zuid-Kennemerland zijn noch gemeentelijke bestuurders noch ambtenaren in de commissie opgenomen.

In schema 6.1 is van de vestigingscommissies in Kennemerland een overzicht gegeven. Uit dit schema blijkt dat de commissies niet alleen verschillen in aard, aantal leden, samenstelling, datum van instelling en de feitelijke mogelijkheid voorselectie door de beroepsgroep te laten plegen, maar ook in de formeel toegevoegde taken. Advisering over vergunningenaanvragen is een taak van alle commissies. Twee van de vier commissies in Midden-Kennemerland hebben daarnaast als taak het adviseren over allerlei andere zaken rond het vestigingsbeleid (zoals het adviseren over 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 in één geval met de politieke opvattingen van het betrokken College van Burgemeester en Wethouders. De commissie in Zuid-Kennemerland heeft als toegevoegde taak het adviseren over toetsingscriteria en werkwijze van de commissie. Over de tot midden 1988 verrichte werkzaamheden kan het volgende worden gezegd.

In Zuid-Kennemerland komt de vestigingscommissie ongeveer éénmaal in de drie weken bijeen. De werkzaamheden lagen in de beginperiode met name in de voorbereidende sfeer (onder andere komen tot een vaststelling van de werkwijze van de commissie). Men is sinds ongeveer anderhalf jaar een aantal malen bijeen geweest om een College, volgens de formele regels over een af te geven vergunning, te adviseren. Voordat de commissie met haar

werkzaamheden kan beginnen is een aantal malen een zogenaamde noodprocedure toegepast. Dit houdt in dat de vertrekkende huisarts zelf een kandidaat aanwijst en dit aan de gemeente mededeelt. De gemeente vraagt vervolgens aan de commissie of men met deze kandidaat accoord gaat.

De vestigingscommissie in Velsen is een aantal malen bijeen geweest; zij heeft enkele adviezen aan de gemeente uitgebracht. De commissie Heemskerk/Beverwijk hield zich eveneens met enkele 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 een aantal keren bijeen.

Schema 6.1 Overzicht van enkele aspecten van de vestigingscommissies huisartsen in Kennemerland

gemeente(n)	aantal inwoners*	aard commissie	aantal leden	aantal huisartsen	samenstelling aanverwante beroepsgroep	datum van instelling	taken	formele mogelijkheid tot voorselectie door de beroepsgroep
Zuid-Kennemerland	219.289	intergemeentelijk voor gehele sub-regio	9-12	max. 5	vertegenwoordiger eerste lijn, apotheker	oktober 1986	1. advisering vergunningaanvragen 2. advisering toetsingscriteria/werkwijze commissie	nee, wel indirect (afhankelijk van aantal huisartsen in cie.)
<u>Midden-Kennemerland</u>								
Velzen	56.801	gemeentelijk	10	2	apotheker, fysiotherapeut, kruiswerk, maatsch. dienstverlening	juni 1986	1. advisering vergunningaanvragen 2. advisering verdere uitvoering vestigingsbeleid	indirect (afhankelijk van beroepsgroep adviseert aan vestigingscie.)
Heenskerk/Beverwijk	67.297	intergemeentelijk	12	2	apotheker, fysiotherapeut, kruiswerk, maatsch. dienstverlening	januari 1987	1. advisering vergunningaanvragen 2. advisering verdere uitvoering vestigingsbeleid	nee
Castricum	22.658	gemeentelijk	9	3	fysiotherapeut, kruiswerk, maatsch. dienstverlening	december 1986	advisering over vergunningaanvragen	nog geen afspraak over gemaakt
Uitgeest	9.688	gemeentelijk	5	1	fysiotherapeut	september 1986	advisering over vergunningaanvragen	nee, wel zware inbreng

* per 1 januari 1987 (bron: CBS)

De evaluatie van het vestigingsbeleid huisartsen vindt plaats aan de hand van criteria die ontleend zijn aan de doelen van de WVG. De criteria zijn naar hun betekenis uitgewerkt in de vorige rapportage. Schema 1.1 laat de door de onderzoekers uitgewerkte omschrijving zien. Hier wordt volstaan met het weergeven van de vragen die voortkomen uit de evaluatiecriteria.

De tweeëneenhalf jaar dat men in Kennemerland aan het vestigingsbeleid huisartsen uitvoering geeft, vormt een te korte tijd om een volledig antwoord te kunnen geven op de vraag of het een adequaat instrument is om achterliggende beleidsdoelen te bereiken. De door ons uitgevoerde evaluatie moet gezien worden als een tussentijdse evaluatie. De criteria van deze evaluatie zijn ontleend aan de doelen van de WVG: het verkrijgen van een gezondheidszorg die doelmatig, samenhangend en afgestemd is op de behoeften van de bevolking. De waarde van het vestigingsbeleid wordt verbonden aan de mate waarin de regeling, en de werking ervan in de praktijk, een bijdrage levert aan het bereiken van juist deze doelen.

Vooraf moet hierbij wel worden beseft dat het eventueel niet werken van het beleid in de praktijk het gevolg kan zijn van die praktijk (hoe men de regeling invult, bepaalde omstandigheden) maar ook van de regeling zelf. Deze laatste kan elementen in zich hebben die de kans op een succesvolle toepassing al bij voorbaat gering doet zijn. Vandaar dat in het onderzoek onderscheid is gemaakt tussen de mogelijkheden van de formele regeling van de instrumenten en het feitelijk functioneren daarvan. In het overzicht wordt weergegeven of het beleidsinstrument wel, niet, of ten dele (respectievelijk +, -, ±) voldoet aan de criteria.

In dit hoofdstuk bespreken we de hoofdlijnen van de onderzoeks-

resultaten. Een samenvatting van de resultaten is weergegeven in schema 6.2.

Schema 6.2 Samenvatting van de evaluatie van het instrument vestigingsbeleid huisartsen in Kennemerland

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

Decentraal

De vraag naar de bijdrage van het vestigingsbeleid huisartsen tot het verkrijgen van een meer decentrale gezondheidszorg laat zich vertalen in de volgende vraag. Is er door de regeling sprake van het toekennen aan de gemeenten van bevoegdheden om in een zekere onafhankelijkheid en op grond van een eigen belangenafweging besluiten te nemen over de vestiging van huisartsen, alsmede de uit die toekenning voortvloeiende bevoegdhedenstructuur. Met andere woorden: hebben de gemeenten op dit punt werkelijk wat te vertellen?

Uitgaande van de formele regeling kan deze vraag bevestigend worden beantwoord. De gemeenten hebben tal van bevoegdheden gekregen. Deze hebben betrekking op het verlenen van vergunningen, het instellen van een vestigingscommissie en het, binnen door het rijk gestelde normen, reguleren van praktijkomvang en spreiding. De gemeenten lijken ook het meest aangewezen overheidsniveau om dergelijke zaken te regelen.

In Kennemerland is het decentrale karakter duidelijk zichtbaar. Wel wordt in de praktijk de reikwijdte van de bevoegdheden in

twee opzichten als beperkt ervaren. In de eerste plaats kan de toetsing van een vergunningaanvraag van een huisarts slechts plaatsvinden aan het criterium van de spreiding van de zorg. Andere criteria, bijvoorbeeld kwaliteitseisen, mogen niet worden toegepast. In de tweede plaats worden formele bevoegdheden gemist om van huisartsen informatie te verkrijgen die verder gaat dan de praktijkgrootte, om op te treden bij (het vermoeden van) onjuiste opgaven en om de vergunning in te trekken bij het niet nakomen van afspraken.

Democratisch

De vraag bij dit criterium betreft de wijze waarop het vestigingsbeleid huisartsen gestalte heeft gekregen, aan allerlei betrokkenen mogelijkheden bood om op inhoud, totstandkoming en effecten van de beleidsvoering invloed uit te oefenen. Bij betrokkenen moet dan worden gedacht aan enerzijds politiek representatieve organen (interne democratie), anderzijds aan verstrekkers, gebruikers en verzekeraars van de zorg (externe democratie).

Ook hier kan de regeling op zich positief worden beoordeeld. De gemeenteraad is formeel bij het vestigingsbeleid betrokken doordat hij op voorstel van het College van B & W de vestigingscommissie instelt. De mogelijkheid tot invloed van verstrekkers, gebruikers en verzekeraars is gegarandeerd doordat hun deelname aan de vestigingscommissie wettelijk is vastgelegd.

De praktijk in Kennemerland in dit opzicht is als volgt.

Wat de politiek representatieve organen betreft, in de gehele regio hebben gemeenteraadsleden, met name via de raadscommissies, zich met het vestigingsbeleid bezig gehouden. Door veel raden zijn er wijzigingen aangebracht in de samenstelling en werkwijze van de vestigingscommissie. Opmerkelijk in dit verband is dat de vestigingscommissie in Zuid-Kennemerland zelf regels heeft vastgesteld met betrekking tot haar interne werkwijze en

vervolgens ter kennisname heeft verzonden naar de gemeentelijke bestuurders. Deze laatsten besloten de interne werkwijze op termijn te evalueren om vervolgens - eventueel - in te grijpen.

Voor een beoordeling van de invloed van verstrekkers, gebruikers en verzekeraars kan worden gekeken naar hun vertegenwoordiging in de vestigingscommissie, de wijze waarop zij werden benaderd, de invloed van de commissie en haar functioneren. Alle drie genoemde groeperingen zijn in de commissies vertegenwoordigd. De benadering van de commissieleden vond plaats via lokale belangenorganisaties en koepelorganisaties. De invloed van de commissie kan zich, indien het College van B & W dat wenst, echter beperken tot de voordracht van kandidaten en zich verder niet uitstrekken tot andere beleidsaspecten. Voorts werd al vermeld dat in Midden-Kennemerland de commissies een gemeentebestuurder als (niet stemhebbende) voorzitter hebben. De achtergrond hiervan is het feit dat de gemeenten zich voor het functioneren van de vestigingscommissie verantwoordelijk voelen. Met het oog op de onafhankelijkheid van de commissie ten opzichte van de gemeente (hetgeen een voorwaarde is voor het democratisch functioneren) lijkt een dergelijke constructie de onderzoekers echter niet gewenst. Ten aanzien van het functioneren van de vestigingscommissies zelf kan worden opgemerkt dat tijdens de vergaderingen de delegatie van de huisartsen, vooral de waarneemgroep en de overdragende arts, veel invloed had. Met name de vertegenwoordigers van de gebruikers bleken veelal een geringere ervaring in het vergaderen te hebben, te weinig informatie over praktijken te krijgen en in bepaalde gevallen te weinig menskracht te kunnen inzetten.

De conclusie is overeenkomstig die bij het criterium 'decentraal'. De formele regeling vormt een goed uitgangspunt voor het verkrijgen van een democratische beleidsvoering, bij de uitwerking van de regeling in de praktijk zijn echter nog verschillende verbeteringen mogelijk.

Samenhangend

In hoeverre draagt het vestigingsbeleid huisartsen ertoe bij dat binnen de gezondheidszorg zaken procedureel en inhoudelijk op elkaar zijn afgestemd?

De formele regeling van het vestigingsbeleid is weinig gericht op het verkrijgen van méér afstemming. In de eerste plaats beperkt de regeling zich tot de beroepsgroep huisartsen. De regulering van de vestiging van bijvoorbeeld tandartsen en fysiotherapeuten vindt nog steeds plaats via de Ziekenfondswet. De mogelijkheden tot het voeren van een samenhangend beleid voor alle eerstelijnsvoorzieningen zijn hierdoor beperkt. In de tweede plaats sluit de regeling slecht aan op sommige andere beleidsinstrumenten. Zo staat artikel 61 van de WVG 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 Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen, alsook de Memorie van Toelichting, schenkt aan dit artikel echter geen aandacht. Een ander punt is de aansluiting van de regeling op de Gemeentewet, en wel ten aanzien van de instelling van de vestigingscommissie. Het artikel van de WVG dat dit regelt spreekt van instelling door het College van B & W. De Gemeentewet (art. 62) daarentegen stelt dat het College een voorstel doet aan de gemeenteraad en deze laatste een vaste commissie instelt. In de derde plaats schiet de regeling in het bereiken van samenhang tekort doordat het de gemeenten niet verplicht om in het voeren van het vestigingsbeleid in principe samen te werken.

Dit alles zorgt er uiteraard voor dat de mogelijkheden van het vestigingsbeleid om meer samenhang binnen de gezondheidszorg tot stand te brengen beperkt zijn. Zo kon in Kennemerland de vestiging van huisartsen niet worden afgestemd op die van andere eerstelijnsvoorzieningen. Voorts waren er vooral in Midden-Kennemerland gemeenten die in hoge mate gehecht waren aan hun

autonomie en kozen voor een lokaal telgebied en een lokale vestigingscommissie. Afstemming op het beleid van andere gemeenten vond daar nauwelijks plaats. De bestuurders informeerden elkaar in het Portefeuillehouderscontact Volksgezondheid (het reguliere overleg van de Portefeuillehouders) over de ontwikkelingen in de eigen gemeente, zodat waar nodig afstemming kon plaatsvinden. Het vestigingsbeleid nam gedurende deze evaluatieperiode (nadat de gemeenten voor een groot gedeelte hun eigen weg insloegen) tijdens zowel dit overleg als het eraan voorafgaand ambtelijk overleg niettemin een marginale plaats in. In Zuid-Kennemerland was wèl sprake van een min of meer regionaal vestigingsbeleid. Bestuurlijke afstemming vond daar plaats in het overleg van de Portefeuillehouders Volksgezondheid.

Doelmatig

De vraag luidt hier in hoeverre bij het voeren van het vestigingsbeleid huisartsen, met een zo gering mogelijk gebruik van beschikbare middelen, beleidsdoeleinden worden bereikt. De doeleinden waarom het gaat zijn: beheersing van het volume van de huisartsenhulp, optimalisering van de spreiding en beheersing van de praktijkomvang en de instroom. De middelen betreffen het geheel van voorschriften, procedures en werkwijzen, hetzij neergelegd in het Besluit Vestigingsbeleid en Praktijkomvang Huisartsen, hetzij door gemeenten ontworpen bij de uitvoering van het Besluit.

De bijdrage van de formele regeling aan het voeren van een doelmatig vestigingsbeleid ligt allereerst in de middelen die in de regeling worden aangereikt. Van zo mogelijk nog groter belang is het inzicht dat in doelen en middelen van het beleid wordt geboden. Hoewel van inzichtelijkheid sprake is blijkt de regeling in de praktijk nog wel eens ingewikkeld. Met name bij conflictsituaties doet dit probleem zich voor (bijvoorbeeld bij Arob-procedures).

Over de doelmatigheid van het vestigingsbeleid in de praktijk kan het volgende worden gezegd. De eerste tweeënehalf jaar is in Kennemerland het een en ander 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 vastgesteld. In een aantal gemeenten 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 resultaat geboekt. Over de beheersing van het volume van huisartsenhulp kan in dit stadium nog niets worden gezegd. De wijze waarop één en ander gerealiseerd is kan weinig doelmatig worden genoemd. Zo is het tempo van de uitvoering van het vestigingsbeleid over het algemeen laag geweest. Voor een groot deel kwam dit voort uit de voortdurende onzekerheid over het voortbestaan van de regeling. Steeds was onduidelijk of de regeling op langere termijn wel zou blijven bestaan. Ook onduidelijk was of deze regeling dan wel de Ziekenfondswet zorg moest gaan dragen over het huisartsenvestigingsbeleid. Andere redenen van de vertraging liggen binnen de regio zelf. Door de gemeenten is veel overleg gevoerd, intern en extern, over de meest gewenste invulling van het beleid (schaal, samenstelling commissie en dergelijke). Daarnaast werden bij de uitwerking van het vestigingsbeleid de achtergrond en consequenties van bepaalde overwegingen en besluiten van bestuurders niet altijd even helder geformuleerd. Duidelijke overwegingen, gebaseerd op zakelijke argumenten, werden niet altijd op papier gezet. Afwegingen van voor- en nadelen van de keuzen ontbraken wel eens.

Tenslotte werd het voeren van een doelmatig beleid in de weg gestaan door de huisartsen. Zo kon opvulling van geconstateerde ruimte door middel van extra praktijken niet altijd plaatsvinden. Zittende huisartsen trachtten deze opvulling op directe of

indirecte wijze te voorkomen. Zij anticipeerden daarbij op het op termijn intrekken van de regeling. Ook werden overlegsituaties wel eens belemmerd doordat de huisartsen vast wilden houden aan de in het verleden (onderling) gemaakte afspraken over vestiging in hun gebied. Overigens werd door de gemeenten niet altijd gebruik gemaakt van hun mogelijkheden om de geconstateerde ruimte ook daadwerkelijk in te vullen.

Buiten de opstartperikelen om tot een vestigingsbeleid te komen en de niet altijd meewerkende zittende huisartsen, functioneerde het vestigingsbeleid vrij goed voor wat betreft het criterium doelmatigheid.

6.4 Conclusies en aanbevelingen

Het vestigingsbeleid huisartsen heeft tot dusver zeker het één en ander opgeleverd. De formele regeling biedt goede mogelijkheden tot een meer *decentrale* en *democratische* beleidsvoering in de eerstelijnsgezondheidszorg. In de wijze waarop het vestigingsbeleid tot dusver in Kennemerland functioneert wordt het decentrale en democratische karakter van het beleidsinstrument bevestigd. Niettemin is de uitvoering nog voor verbetering vatbaar. Hierbij kan gedacht worden aan:

- het geven aan de gemeenten van méér bevoegdheden, met name tot de afbouw van boventallige praktijken, het verkrijgen van informatie van huisartsen, het uitoefenen van controle op door huisartsen verstrekte gegevens en het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening;
- de mogelijkheid uitsluiten dat gemeentebestuurders deel kunnen uitmaken van een vestigingscommissie. Gemeenten zouden kunnen volstaan met het sturen van een ambtelijke vertegenwoordiger als waarnemer/secretaris;

- streven naar een meer evenredige invloed van de verschillende partijen in de vestigingscommissie. Middelen hierbij zijn onder andere het formeel regelen van de informatieverstrekking, de voorselectie van kandidaat-huisartsen door de beroepsgroep niet toe te laten en het zo nodig extra ondersteunen van de gebruikersorganisatie om een eventuele achterstand in kennis en ervaring zo snel mogelijk in te lopen.

Tot het verkrijgen van een *samenhangende* beleidsvoering levert het instrument slechts een zeer beperkte bijdrage. Als redenen kunnen genoemd worden het isolement van de regeling ten opzichte van die welke de vestiging van andere eerstelijnsvoorzieningen regelt en de onduidelijkheid over de plicht tot intergemeentelijke samenwerking.

De mogelijkheden van het instrument in dit opzicht zouden kunnen worden verbeterd wanneer:

- voor andere eerstelijnsvoorzieningen een soortgelijke vestigingsregeling als die voor huisartsen zou gelden;
- de autonomie van de kleinere gemeenten in het voeren van een vestigingsbeleid doorbroken zou worden. Gestreefd zou moeten worden naar een (sub)regionaal vestigingsbeleid met een (sub)regionale commissie. Het zou goed zijn een norm te stellen voor het aantal inwoners, dat een gemeente minimaal dient te hebben om een eigen vestigingsbeleid te kunnen voeren.

Of het vestigingsbeleid leidt tot een *doelmatiger* beleidsvoering is een vraag die beantwoord is aan de hand van de praktijk. In Kennemerland was van doelmatigheid in de beginperiode maar weinig sprake. Momenteel functioneert het vestigingsbeleid op het criterium doelmatigheid vrij goed.

Naar onze mening kan op basis van de onderzoeksresultaten worden gesteld dat intrekking van de vestigingsregeling huisartsen, behalve teleurstelling bij hen die zich de afgelopen jaren voor de

toepassing ervan in de praktijk inspannen, ook inhoudelijke verliesposten oplevert met het oog op het bereik van de doelen van de WVG. Een instrument zou worden weggeworpen dat een aantoonbare bijdrage levert tot het verkrijgen van een meer decentrale en democratische beleidsvoering in de gezondheidszorg. Mits aan de hiervoor genoemde voorwaarden wordt voldaan zou het instrument in de toekomst zeker ook een bijdrage kunnen leveren om te komen tot een meer samenhangende en doelmatige beleidsvoering.

Tenslotte is het interessant een korte beschouwing te geven over de bruikbaarheid van (bepaalde onderdelen van) de vestigingsregeling huisartsen in een marktmodel zoals de commissie Dekker dat heeft voorgesteld en dat deels door het kabinet is overgenomen. Het kabinet vindt dat het vestigingsbeleid en het marktmodel van de commissie Dekker niet te verenigen zijn. Onderdeel van dit model is immers de afschaffing van de contracteerplicht. Bij handhaving van de vestigingsregeling zou de situatie kunnen ontstaan dat de gemeente een vestigingsvergunning verleent, terwijl betrokkene geen contract heeft met een ziektekostenverzekeraar. Daarom zal rond 1992 het Besluit worden ingetrokken. De gemeenten lijken die tijdsperiode te gebruiken om een aantal zaken te regelen in verband met de door hen gewenste structuur van huisartsenzorg. Afschaffing van zowel de contracteerplicht als het vestigingsbeleid is echter niet noodzakelijk. Afschaffing van de contracteerplicht zou kunnen samengaan met een globale vestigingsregeling voor huisartsen. Het lijkt voorstelbaar dat het afsluiten van contracten tussen huisartsen en verzekeraars plaatsvindt binnen bepaalde randvoorwaarden. Deze voorwaarden kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op omvang en spreiding van praktijken en op de afstemming van de zorgverlening op behoeften en wensen van de bevolking. Gemeenten zouden over deze voorwaarden kunnen waken en naar de 'marktpartijen' een globale, toetsende rol achteraf kunnen vervullen. Een andere

mogelijkheid is de verzekeraars enkele bevoegdheden toe te kennen voortkomend uit de letter en de geest van het Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen en zo tegemoet komend aan de realisering van de doelstellingen die voor de WVG golden en die nu nog steeds lijken te gelden.

7. NABESCHOUWING OVER DE INTEGRALE INVOERING WVG

7.1 Inleiding

In 1982 werd de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) door de Tweede Kamer aangenomen. Deze wet vormde de neerslag van opvattingen over de gewenste structuur van de gezondheidszorg zoals deze in de jaren zeventig waren gevormd: een gezondheidszorg op regionaal niveau, gepland door de overheid en met veel aandacht voor samenhang en doelmatigheid. De WVG is een kaderwet. Dit wil zeggen dat er specifieke besluiten vereist zijn om onderdelen van de WVG operationeel te maken. Op deze wijze zou de WVG geleidelijk aan ingevoerd kunnen worden, afhankelijk van de mogelijkheden op dat moment. Ter voorbereiding van de landelijke invoering van de wet gingen in 1983 in drie proefgebieden Integrale Invoeringsprojecten WVG van start.

Een daadwerkelijke integrale invoering van de WVG in de proefgebieden heeft niet plaats gevonden. Het bleef bij het treffen van bestuurlijke voorbereidingen. De afgelopen jaren werd gewacht op uitvoeringsbesluiten van het rijk, welke de invoering wettelijk mogelijk moest maken. De stilstand van de kant van het rijk hield verband met het feit dat de WVG steeds méér object van discussie was geworden. In de loop der jaren was de kritiek op de pretenties van de wet gegroeid en waren twijfels ontstaan over de haalbaarheid van het integrale karakter. Daar kwam bij dat, met name onder invloed van het bestaan en de rapportage van de Commissie Dekker, steeds meer aandacht werd geschonken aan de mogelijkheden die een meer marktgerichte gezondheidszorg zou bieden om de huidige problemen van samenhang en kostenbeheersing op te lossen. In zo'n marktgerichte gezondheidszorg zou een planingswet als de WVG slecht passen. Op 4 maart 1988 besloot de Ministerraad de WVG op termijn in te trekken. Een meerderheid in

de Tweede Kamer besloot daartoe in juni van dat jaar. Tevens werd besloten de integrale invoeringsprojecten te beëindigen en de plankostenvergoedingen per 1 januari 1989 stop te zetten. De beëindiging van de integrale invoeringsprojecten vormt een goed moment voor een terugblik op de afgelopen vijf jaren. In dit hoofdstuk wordt een dergelijke terugblik gegeven. Daarbij worden de regio Eindhoven/Kempenland en de regio Kennemerland betrokken. Allereerst wordt kort ingegaan op de WVG zelf (par. 7.2). Daarna worden de belangrijkste resultaten van het evaluatieonderzoek van het NIPG gepresenteerd (par. 7.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte nabeschuwing (par. 7.4). Voor de inhoud van dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van in het verleden gehouden enquêtes en interviews met de vertegenwoordigers van de betrokken partijen. Ook zijn de afsluitende interviews gebruikt die in oktober 1988 in Kennemerland zijn gehouden. Verder is gebruik gemaakt van beschikbare documentatie in de vorm van eerder door het NIPG-TNO uitgebrachte evaluaties over de WVG invoering, onderzoeksopzetten, nota's, verslagen van vergaderingen van de betrokken partijen en overige publicatie's.

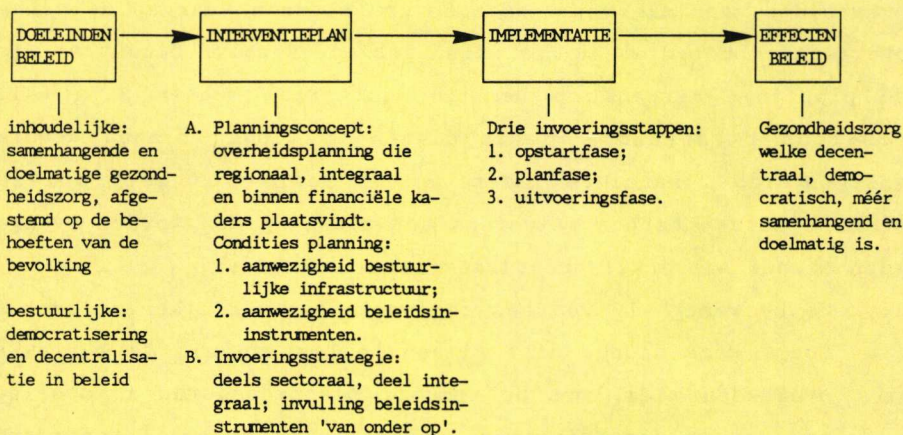
7.2 De invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg

De WVG is een uitvloeisel van de Structuurnota Gezondheidszorg (1974). De bedoeling was dat de WVG een onderdeel zou vormen van een wettelijk drieluik, betrekking hebbend op:

- a. het aanbod van voorzieningen (Wet Voorzieningen Gezondheidszorg);
- b. de prijsvorming/budgettering (Wet Tarieven Gezondheidszorg);
- c. de bekostiging (deze wet kwam er tot dusver niet, zodat er gewerkt wordt met de ZFW, de AWBZ en de particuliere ziektekostenverzekeraars).

De invoering van de WVG kan worden beschouwd als een beleidsproces. In navolging van Grünwald-Schindl en Kraan-Jetten (1985) kunnen in een beleidsproces vier componenten worden onderscheiden: (a) de *doeleinden* van een beleid, (b) het *interventieplan*, gericht op de realisering van de doeleinden, (c) de *implementatie*, de feitelijke uitvoering van het plan, en (d) de *effecten* van het beleid. Wanneer deze componenten op de WVG worden toegepast ontstaat het volgende beeld (zie ook figuur 7.1).

Figuur 7.1 Het achterliggende beleidsproces van de integrale invoering van de WVG



Doeleinden

De WVG kent twee soorten doeleinden, te weten inhoudelijke en bestuurlijke doeleinden. Inhoudelijk wordt beoogd een doelmatig en samenhangend geheel van voorzieningen mogelijk te maken, per regio en afgestemd op de behoeften van de bevolking. De bestuurlijke doeleinden van de wet zijn democratisering en decentralisatie in beleid.

Interventieplan

Ten aanzien van de wijze van realisering van de doeleinden (interventieplan), kan onderscheid worden gemaakt tussen het planningsconcept en de invoeringsstrategie.

De planning die de beleidsvoerders voor ogen stond was een gedecentraliseerde overheidsplanning. Dat wil zeggen dat het samenhangend en doelmatig geheel van voorzieningen tot stand zou moeten worden gebracht via provinciale en (inter)gemeentelijke planning van het aanbod van zorg. Uitgangspunt in de taakverdeling tussen provincie en (samenwerkende) gemeenten was dat elk overheidsniveau die voorzieningen zou plannen waarvan de schaal overeenkwam met die van het eigen gebied. Behalve decentraal zou de planning, althans op termijn, integraal moeten zijn (alle echelons omvattend), plaats dienen te vinden binnen tevoren vastgestelde financiële kaders en de regio als geografische eenheid moeten hebben. Alvorens tot planning kon worden overgegaan diende aan enkele condities te zijn voldaan:

1. de aanwezigheid van een regionale bestuurlijke infrastructuur. Deze diende niet alleen te bestaan uit de betrokken overheden maar, met het oog op planprocedures en overleg, ook uit veldorganisaties, verzekeraars en patiëntenorganisaties.
2. de beschikbaarheid van beleidsinstrumenten. De WVG was een raamwet en kon dus slechts functioneren bij de gratie van instrumenten (AMvB's) waarin beleidsvoornemens waren uitgewerkt. Zo diende onder meer de relatie tussen planning en financiering nader te worden aangegeven, richtlijnen en kwaliteitseisen voor de voorzieningen te worden vastgesteld, planprocedures te worden ontworpen en de taken en verantwoordelijkheden van de diverse partijen te worden bepaald.

Wat de invoeringsstrategie betreft, deze ging uit van een onderscheid tussen sectorale en integrale invoering van de WVG. Integrale invoering zou vooralsnog beperkt blijven tot de drie proefgebieden. Sectorale invoering (betrekking hebbend op extramurale voorzieningen als basisgezondheidsdiensten en eerstelijnszorg) zou in het gehele land plaatsvinden. Verder werd er veel waarde gehecht aan de geleidelijke invulling van de verschillende beleidsinstrumenten. De invoeringsgebieden moesten deze zelf, al uitproberend, tot stand brengen.

Het interventieplan hield een machtsverschuiving in (Stevens, 1987): van het rijk naar provincies en gemeenten, maar ook van verzekeraars en dienstverleners naar de overheid. Een machtsverschuiving die door de aanvaarding van de wet in 1982 weliswaar politiek werd gewild, maar nog niet was ingevuld.

Implementatie

Van de uitvoering van het interventieplan was in feite sprake vanaf het moment waarop de WVG was aanvaard. Er stonden het rijk drie invoeringsstappen voor ogen: 1. de opstartfase (de inrichting van het bestuurlijke systeem), 2. de planfase (vaststelling van de beoogde inrichting van het zorgsysteem door middel van door de lagere overheden gemaakte plannen) en 3. de uitvoeringsfase (de feitelijke inrichting van het zorgsysteem). De aanvankelijke verwachting was dat al na enkele jaren deze fasen doorlopen konden zijn.

Effecten

De beleidseffecten van de WVG zouden uiteraard pas op lange termijn, na de volledige implementatie van het interventieplan, te zien zijn. De beoogde effecten waren gekoppeld aan de doeleinden van de WVG: het verkrijgen van een gezondheidszorg die méér samenhang en doelmatigheid zou vertonen en afgestemd zou zijn op de behoeften van de bevolking.

7.3 Resultaten van de evaluatie

De eerder genoemde vraagstelling van het evaluatieonderzoek kan aan de hand van het zojuist geschetste beleidsproces nader worden gespecificeerd. De vraag naar de voortgang van de invoering van de WVG is in feite de vraag naar de implementatie van het interventieplan: in hoeverre hebben zich discrepanties voorgedaan tussen geplande en feitelijke uitvoering? Het gaat hier om een *procesevaluatie*. De vraag naar de inzetbaarheid van de bestuurlijke instrumenten laat zich in twee richtingen specificeren. De ene richting is die van de effecten van de beleidsinstrumenten: in hoeverre creëren deze instrumenten inderdaad een gezondheidszorg die méér samenhang en doelmatigheid vertoont en op een democratische en decentrale wijze wordt bestuurd? Het betreft hier een *effectiviteitsonderzoek*. De andere richting is die van het interventieplan: was realisering van de WVG-doelen te verwachten bij de inzet van de gekozen middelen? Hier gaat het om een *middelenevaluatie*.

In het nu volgende worden de resultaten van het onderzoek kort weergegeven. Voor een uitgebreidere bespreking van de resultaten wordt verwezen naar de al eerder genoemde publicaties (Schuurman & Wessels, 1987a, 1987b) en de hiervoor weergegeven hoofdstukken.

7.3.1 Procesevaluatie

Zoals gezegd betreft de procesevaluatie de vraag naar de eventuele discrepanties tussen interventieplan en implementatie van dit plan. In de afgelopen jaren stonden de volgende twee elementen van het interventieplan op de voorgrond:

- de ontwikkeling van een regionale bestuurlijke infrastructuur;
- het beschikbaar komen van beleidsinstrumenten via de hiervoor gekozen strategie (geleidelijk aan, van onderop).

Evaluatie van de voortgang op deze aspecten vond plaats door het trekken van lijnen in de reeksen van gebeurtenissen op landelijk en regionaal niveau en het aanwijzen van gunstige en ongunstige ontwikkelingen. Bij de beoordeling van de ontwikkeling van de regionale bestuurlijke infrastructuur werd gebruik gemaakt van het concept beleidsnetwerk. Onder beleidsnetwerk wordt verstaan het 'geraamte' van op afhankelijkheid gebaseerde betrekkingen en normatieve verhoudingen tussen organisaties (Wassenberg, 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. Zowel het verwezenlijken van officiële doelen als het uiteenlopen van visies en belangen zijn bestaansgrond van een netwerk. Doorgaans is er binnen een netwerk sprake van een onderhandelingsproces waarin onzekerheidsreductie en het vastleggen en inperken van macht veelal de boventoon voeren. In de procesevaluatie werd nagegaan of de WVG-netwerken doeltreffend functioneerden. 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 onafhankelijkheid of samenhang) beslissingen te nemen tegen relatief bescheiden inspanningen (Godfroij, 1986).

Bij de beoordeling van het tweede element van het interventieplan, het beschikbaar komen van beleidsinstrumenten, werd enerzijds gekeken naar de beschikbaar gekomen instrumenten, anderzijds naar de wijze waarop aan de beschikbaarheid werd gewerkt. Gebeurde dit laatste via heldere procedures en met duidelijke verantwoordelijkheden, volgens vooraf vastgestelde tijdschema's en inderdaad, zoals de bedoeling was, van onderop? De resultaten van de procesevaluatie kunnen als volgt worden samengevat.

Ontwikkeling regionale bestuurlijke infrastructuur

In Kennemerland werd vanaf 1983 tamelijk vlot en zonder al te veel problemen de voor de invoering van de WVG benodigde bestuurlijke infrastructuur gecreëerd. Samenwerkende gemeenten, provincie, verzekeraars, regionaal overleg van het veld en gebruikersorganisaties waren gewend om samen te werken. Van groot belang was hierbij het feit dat men de persoonlijke verhoudingen als positief ervoer. Ondanks de bezwaren die bijvoorbeeld de verzekeraars en delen van het veld hadden tegen de WVG als wet, deden ze loyaal met het invoeringsproject mee. Tesamen met ambtenaren van het Ministerie van WVC vormden de betrokken partijen een stuurgroep. Tevens werd een apparaat van ambtelijke ondersteuning opgebouwd. Het WVG-beleidsnetwerk in deze regio functioneerde over het algemeen op doeltreffende wijze met de provincie als initiator.

In Eindhoven/Kempenland lag dat anders. Vanaf het begin was er tussen de partijen, met name tussen gemeenten en ziektekostenverzekeraars, veel wantrouwen. Ook tussen gemeenten onderling deden zich problemen voor. Dit had betrekking op de samenwerking tussen de gemeenten.

Pas in het voorjaar van 1987 was het regionale samenwerkingsorgaan van de gemeenten een feit. De samenwerking tussen de betrokken partijen in Eindhoven/Kempenland verslechterde naarmate de WVG meer object van discussie werd. Vooral na de rapportage van de Commissie Dekker en de onzekerheid over de WVG-invoering die daarmee gecreëerd was. De ziekenhuizen en de verzekeraars hadden zich al in 1986 uit het project teruggetrokken. De eersten deden dit omdat de integrale invoering van de WVG geen reëel belang zou dienen. De verzekeraars zeiden inhoudelijke en procedurele bezwaren te hebben. De onderzoekers hebben de indruk dat deze twee partijen getracht hebben de WVG-invoering te remmen. Dit is niet expliciet door hen verkondigd, maar blijkt uit hun opstelling ten aanzien van verschillende WVG-activiteiten. (De onderzoekers baseren dit op basis van door hen bestudeerde vergaderingen, schriftelijke stukken en de gehouden gesprekken met de participanten betrokken bij de WVG-invoering.) Het beleidsnetwerk functioneerde dus vanaf het begin niet doeltreffend, onder meer doordat de invoering van de WVG geen gemeenschappelijk doel was. Voorzover men tot gezamenlijke standpuntbepalingen over de koers van de WVG-invoering kwam, gebeurde dit ten koste van grote inspanningen. Het deelnetwerk dat werd gevormd door de samenwerkende gemeenten ging daarentegen steeds beter functioneren. De relatie tussen de gemeenten en de provincie Noord-Brabant liet te wensen over. De contacten tussen beide waren doorgaans meer gericht op eigenbelang en profilering van zichzelf dan op gemeenschappelijkheid en samenwerking. Dit lag voor een deel aan de slechte persoonlijke contacten tussen de bestuurders. Eindhoven liet in het verleden regelmatig aan de provincie weten dat ze veel zaken zelf wel kon regelen en dat ze daar de provincie niet voor nodig had. In het bijzonder was in de regio Eindhoven/Kempenland sprake van de volgende twee verschijnselen.

- a. Naast elkaar bestonden een formeel tijdpad (de volgorde van activiteiten zoals neergelegd in documenten en afspraken) en een informeel tijdpad (de door de betrokkenen feitelijk gehanteerde volgorde). Afhankelijk van het belang dat men bij de WVG-invoering had, kozen de betrokken partijen voor het formele tijdpad (met name verzekeraars deden dit) of voor het informele (de gemeenten).
- b. In het overleg tussen de partijen was voortdurend sprake van een dominantie van particularistische belangen. Deze dominantie en het gebrek aan onderling vertrouwen maakten dat partijen tijdens het proces veel tijd en energie staken in het ontwikkelen en uitvoeren van allerlei machtsstrategieën (zoals het tegenwerken van voorstellen of het dreigen met tegenwerking), het vertragen van beslissingen, het aannemen van een afwachtende houding of het zoeken naar regelingen die niet tot het inleveren van invloed zouden leiden.

Concluderend kan gezegd worden dat de ontwikkeling van de regionale bestuurlijke infrastructuur van de grond is gekomen in de regio Kennemerland, maar niet in de regio Eindhoven/Kempenland. Goede respectievelijk minder goede persoonlijke verhoudingen lijken hierbij een belangrijke rol te hebben gespeeld.

Beschikbaar komen van beleidsinstrumenten

De voor de feitelijke invoering van de WVG benodigde beleidsinstrumenten zijn er, op het Besluit Vestiging en Praktijkomvang Huisartsen na, niet gekomen. In de loop der jaren verschenen diverse concepten (bijvoorbeeld van de Richtlijnen en Kwaliteitseisen) doch deze haalden de eindstreep niet.

Op de achtergrond speelden verschillende zaken een rol. De belangrijkste verklaringsfactor is dat de WVG een kaderwet is. Dit bood de mogelijkheid de wet geleidelijk aan in te voeren. Dit fasegewijs invoeren was nodig omdat het technisch niet mogelijk was de wet integraal in te voeren omdat te veel onderdelen van de wet niet gereed waren. Deze waren in voorbereiding. Dit betekende in de eerste plaats dat de instrumentenontwikkeling omvangrijke werkzaamheden met zich mee bracht. Elk onderdeel van de wet moest apart worden ingevuld. Deze concept-voorstellen dienden een lange procedure te doorlopen en te worden voorgelegd aan landelijke koepels en adviesorganen met elk verschillende belangen die men krachtig verdedigde. Zodoende had men de mogelijkheid de voor hen niet positief werkende onderdelen van de wet tegen te werken. In de tweede plaats leverde de invoeringsstrategie (deels sectoraal, deels integraal en de invulling van beleidsinstrumenten van onder op) een negatieve bijdrage. Het principe dat de instrumenten 'van onderop' moesten worden ingevuld werkte niet zo goed. Het procesverloop was ongeordend en soms zelfs chaotisch. De veelheid aan te realiseren beleidsinstrumenten, procedures, participanten en overlegsituaties vroeg om talloze afstemmingsmomenten. Problemen werden opgelost met verdere afspraken, nadere regelingen en meer verfijnde procedures. Dit leidde tot een eveneens toenemende bureaucratisering en detaillering waardoor het proces voor diverse betrokkenen steeds ontoegankelijker werd. Voortdurende veranderingen, met name vanuit het Ministerie van WVC, van voorstellen, modellen en begrippen, alsook het telkens vooruitschuiven van de datum waarop de feitelijke invoering van de WVG zou plaatsvinden, versterkten dit proces. Vervolgens was er onduidelijkheid over verantwoordelijkheden. Vooral over de bevoegdheden van de stafafdeling van het Ministerie van WVC die met de ontwikkeling en uitvoering van de WVG-plannen was belast, was voortdurend veel onzekerheid. Daarbij bestond de indruk dat de betreffende

afdeling Stabo niet alleen niet geholpen werd door andere afdelingen, maar soms ook direct tegengewerkt. Dit blijkt uit mededelingen van enkele participanten aan de invoering (zie ook Twijnstra en Gudde). Deze interne tegenwerking werd bijvoorbeeld gesignaleerd waar het ging om het werken aan de financiële kaders. Ook was er meerdere malen sprake van onduidelijkheid over de inbreng van de proefgebieden zelf. Zo werd enerzijds een beroep op de invoeringsgebieden gedaan om, in gezamenlijk overleg, onderdelen van de WVG in te vullen. Anderzijds werden voorstellen en ideeën uit de proefgebieden door het Ministerie van WVC zwaar getoetst en beoordeeld op tal van randvoorwaarden. Men was dus dubbel: er was experimenteerruimte, maar tegelijkertijd ook weer niet.

Concluderend kan gezegd worden dat de beleidsinstrumenten in kwantitatieve en kwalitatieve zin niet beschikbaar zijn gekomen.

De conclusie van de procesevaluatie kan geen andere zijn als dat de implementatie van het interventieplan met betrekking tot de integrale invoering van de WVG niet is gelukt. De implementatie van het interventieplan is in de WVG regio Eindhoven/Kempenland blijven steken in de opstartfase. In de regio Kennemerland in de planfase. Aan de condities van de planning is in de invoeringsgebieden niet voldaan. In Kennemerland is een doeltreffend functionerend bestuurlijke infrastructuur tot stand gekomen. In Eindhoven/Kempenland functioneerde het beleidsnetwerk ten aanzien van de WVG invoering niet doeltreffend. Het planningsconcept (een overheidsplanning die regionaal, integraal en binnen financiële kaders plaatsvindt) kon mede door het niet functioneren van de invoeringsstrategie (deels sectoraal, deels integraal en de invulling van beleidsinstrumenten van onder op) niet gerealiseerd worden. Door Grünwald-Schindl en Kraan-Jetten (1985) worden drie mogelijke redenen voor een gebrekkige im-

plementatie genoemd, te weten een tekort aan informatie, onvoldoende steun bij de uitvoerders van het beleid en weerstanden bij hen op wie het beleid is gericht (met in het verlengde van dit laatste de geringe sanctiemogelijkheden voor de uitvoerders om dergelijke weerstanden op te heffen). Hier gelden alle drie redenen. De weerstand tegen de invoering van de WVG was, met name bij de verzekeraars maar ook bij de veldorganisaties in de regio Eindhoven/Kempenland, groot. Verwachtingen over machtsverlies, maar ook de juridische en pragmatische implicaties, speelden bij de partijen in die regio een grote rol. De uitvoerders van het beleid, te weten de lagere overheden en de eerdergenoemde stafafdeling van het Ministerie van WVC, stonden weinig of geen sanctiemogelijkheden ter beschikking. De tweede reden, het krijgen van onvoldoende steun voor de uitvoerders van het beleid, was een belangrijke reden van de niet gelukte implementatie. Het Rijk was niet in staat om aan de condities van de planning in de invoeringsgebieden te voldoen. De beleidsinstrumenten bleven namelijk uit of voldeden niet aan de te stellen kwaliteitseisen. Tevens was er door het zwalkend Rijksbeleid (de regering en het Ministerie van WVC) ten aanzien van het voortbestaan van de WVG, een rem op de ontwikkeling van de doeltreffendheid van het beleidsnetwerk gezet.

De derde reden, een tekort aan juiste informatie deed zich ook voor. Het rapport van Twijnstra en Gudde aanhalend kan gezegd worden dat zowel ten aanzien van de informatie als zodanig als ten aanzien van te volgen procedures duidelijkheid bij betrokkenen ontbrak. "Daarbij komt dat veel betrokkenen vaak niet, of niet tijdig, over noodzakelijke informatie beschikken".

De vraag doet zich voor of de implementatie van het interventieplan wel had kunnen lukken. Een interventieplan moet aansluiten op de doeleinden die ze tracht te verwezenlijken. De doeleinden

van de WVG zijn pas achteraf geoperationaliseerd in de "Notitie Bouwstenen".

De vraag die beantwoord moet worden is of het interventieplan aansluit bij de gestelde doelen. Het gekozen interventieplan is, zoals uit bovenstaande uiteenzetting blijkt, niet uitvoerbaar gebleken en sloot dus niet aan op de doelen. De voorgenomen overheidsplanning op het terrein van de gezondheidszorg, middels de WVG, is niet gelukt. Aan de planningscondities is in het algemeen niet voldaan en de invoeringsstrategie bleek te ingewikkeld. De vraag dringt zich op of de Rijksoverheid, voordat de WVG door het parlement was aangenomen, zich voldoende heeft gebogen over de vraag of het interventieplan wel de juiste inhoud had. Dat deel van het Ministerie van WVC dat zich met de WVG-ontwikkelingen bezig hield heeft zich onvoldoende gerealiseerd dat de inhoud van het interventieplan onjuist was.

Immers de redenen die de staatssecretaris noemt voor de intrekking van de WVG (te weten de scheiding tussen planning en financiering, de verdeling van de planningsverantwoordelijkheid en het niet meer passen van de sterke overheidsregulering in de huidige cultuur) had men rond 1982, toen de WVG door het parlement werd aangenomen, ook kunnen constateren. Dit is schijnbaar niet gebeurd. Een verklaring daarvoor kan zijn dat diegenen binnen het Ministerie van WVC die belast zijn geweest met het ontwikkelen van de WVG niet werden betrokken bij datgene wat er zich verder op het ministerie afspeelde. Door het gebrek aan coördinatie binnen het ministerie kon het gebeuren dat er op het ministerie visies ontwikkeld zijn, ten aanzien van de structuur en de gezondheidszorgplanning, die soms haaks stonden op de WVG-gedachten. Ook kreeg de afdeling binnen het ministerie die verantwoordelijk was voor de projectbeheersing (Stabo) onvoldoende steun van de drie hoofddirecties binnen het ministerie (Twijnstra en Gudde, De nieuwe kleren van de keizer). Daardoor ontbrak het Stabo aan instrumenten om de WVG-invoering te be-

heersen. De WVG stond vanaf het begin ter discussie binnen het Ministerie van WVC en mede daardoor was de implementatie bij voorbaat kansarm.

7.3.2 Effectiviteitsonderzoek

Al in een vroeg stadium werden in het onderzoek criteria geformuleerd met behulp waarvan de beleidsinstrumenten van de WVG op hun effectiviteit konden worden getoetst. Deze criteria werden ontleend aan de doelen van de WVG. Nagegaan zou worden in hoeverre de gekozen beleidsinstrumenten bijdroegen tot het bereiken van een decentrale, democratische, samenhangende en doelmatige gezondheidszorg. Er werd door de onderzoekers gekozen de criteria op algemeen niveau te omschrijven en ze voor elk van de te toetsen beleidsinstrumenten afzonderlijk te operationaliseren. Zoals bleek in de vorige paragraaf slaagde men er niet in de WVG-instrumenten (op een uitzondering na) daadwerkelijk vast te stellen. Hierdoor heeft binnen het evaluatie-onderzoek de effectiviteitsstudie maar zeer beperkt kunnen plaatsvinden. Slechts in een tweetal gevallen werden de evaluatiecriteria toegepast. Het eerste betrof de samenstelling van het Regionaal Financieel Overzicht, een activiteit binnen de invoeringsgebieden ter voorbereiding van de vaststelling van het zogenaamde Marginaal Financieel Kader. Dit laatste zou een belangrijk instrument voor de planning dienen te zijn. Het tweede geval betrof het Besluit Vestiging- en Praktijkomvang Huisartsen. De regeling hieromtrent, in de vorm van een AMvB ex WVG, werd per 1 februari 1986 van kracht. Hiermee was de huisartsenhulp naast de basisgezondheidsdiensten de enige voorziening die onder de werking van de WVG was gebracht.

Voor de beschrijving van de uitkomsten van de twee evaluaties wordt verwezen naar de hoofdstukken 5 en 6 van deze rapportage

en naar elders (Schuurman & Wessels, Integrale Invoering WVG in Kennemerland, 1987; Schuurman & Wessels, Integrale invoering WVG in Eindhoven/Kempenland, 1987). Ten aanzien van beide instrumenten wordt hieronder een samenvatting gegeven van de resultaten met betrekking tot Kennemerland. In dit overzicht is weergegeven of de beleidsinstrumenten wel, niet, of ten dele (respectievelijk +, -, ±) voldoen aan de criteria. Op het RFO zijn de criteria "decentraal" en "democratisch" niet toepasbaar gezien de aard van het instrument. In dit overzicht wordt een onderscheid gemaakt tussen de mogelijkheden die de instrumenten formeel bieden en het functioneren van die instrumenten in de praktijk.

Overzicht 7.1 Evaluatiecriteria toegepast op 2 beleidsinstrumenten

beleidsinstrument	vestigingsbeleid huisartsen		RFO	
evaluatiecriterium	formeel	practisch	formeel	practisch
decentraal	+	±	n.v.t.	n.v.t.
democratisch	+	±	n.v.t.	n.v.t.
samenhangend	-	-	+	-
doelmatig	±	±	+	-

Het feit dat er veel "minnen" staan is het gevolg van een tweetal factoren. Ten eerste behoren de beide instrumenten om goed te kunnen functioneren deel uit te maken van een meeromvattend kader waarbinnen andere instrumenten zouden moeten bestaan. Dit ontbrak. Daardoor stonden de onderzochte instrumenten op zichzelf. Ten tweede konden de invoeringsgebieden niet altijd terugvallen op duidelijke regelingen, ze hadden nog weinig of geen ervaring met betrekking tot het werken aan en met de instrumenten en anticipeerden in een later stadium op de mogelijke in-trekking van de WVG.

De conclusie van het effectiviteitsonderzoek luidt als volgt. De beleidsinstrumenten hebben slechts beperkt bij kunnen dragen aan

een gezondheidszorg die méér samenhang en doelmatigheid vertoont en op een democratische en decentrale wijze wordt bestuurd.

7.3.3 Middelenevaluatie

Het derde onderdeel van de evaluatie betrof de vraag naar het interventieplan zelf: was realisering van de WVG-doelen te verwachten bij de inzet van de gekozen middelen?

Door Grünwald-Schindl en Kraan-Jetten (1985) worden voor de beantwoording van deze vraag vier aspecten aangereikt:

- 1) de juistheid van het impactmodel (de theoretische veronderstellingen die aan het beleid ten grondslag liggen);
- 2) de correctheid van de operationalisatie van abstracte noties tot concrete interventiemaatregelen;
- 3) het toepasbaar zijn van het impactmodel;
- 4) de verandering van omstandigheden gedurende de interventieperiode.

Wat het impactmodel van de WVG betreft, door de beleidsvoerders is vooraf niet een duidelijke beleidstheorie met betrekking tot de WVG geformuleerd. Achteraf zijn enkele elementen van het impactmodel aan te geven. Het belangrijkste element is de veronderstelling dat voor het bereiken van de WVG-doelen overheidsplanning een effectief middel is. Twee andere belangrijke veronderstellingen zijn dat deze planning het best integraal kan plaatsvinden en geschieden op regionaal niveau.

Achteraf kan gezegd worden dat dit geen juist impactmodel is gebleken. Had men dat voordat de WVG zou worden aangenomen kunnen weten? Een antwoord daarop is moeilijk te geven. Het geven van invloed aan de lagere overheden op het terrein van de gezondheidszorg (decentralisatie) in die mate waarin de WVG dat deed, was in ons land binnen de gezondheidszorg betrekkelijk

nieuw. Datzelfde geldt voor het integrale aspect van de planning. Het ontbreekt tezeer aan eerdere ervaringen en onderzoeksresultaten om over de juistheid van dit deel van het model met zekerheid uitspraken te kunnen doen. Van te voren hadden de beleidsmakers en -voorbereiders echter kunnen weten dat de WVG een machtsverschuiving zou impliceren. Met de nodige gevolgen van dien.

Verzekeraars en delen van het veld zouden namelijk een deel van hun autonomie verliezen en daarom direct of indirect kunnen trachten de invoering van de WVG te houden. Het is mogelijk dat men dat wist, maar de consequenties er niet van heeft onderkend. Anders ligt het met de veronderstelling over het regionale niveau. In het besef dat de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen zich in de regio voordoet en dat de burger zich voor de meeste van zijn voorzieningen oriënteert op de regio, hebben instellingen en verzekeraars altijd al getracht hun aanbod en onderlinge relaties per regio op elkaar af te stemmen en heeft ook de overheid steeds geprobeerd op regionaal niveau een samenhangend en doelmatig voorzieningssysteem tot stand te brengen. Dit onderdeel van het impactmodel lijkt dus juist.

Van de andere drie zojuist genoemde aspecten heeft vooral de toepasbaarheid van het impactmodel een rol gespeeld. In de eerste plaats ging het bij de WVG om een wet waarvan de doelen in zeer algemene termen waren geformuleerd. Het was een raamwet die op vrijwel alle onderdelen nog moest worden ingevuld en daardoor moeilijk toepasbaar was. Bij de constructie van het interventieplan ontbrak het aan een fase waarin de algemene doelen van de WVG werden geoperationaliseerd om zo het meest doelmatige en meest toepasbare interventieplan te verkrijgen. In de tweede plaats was het plan slecht toepasbaar vanwege de keuze voor het middel van integrale overheidsplanning. Voor zover op andere beleidsterreinen ervaring met integrale planning was

opgebouwd had deze duidelijk gemaakt dat juist het integrale aspect veel complexiteit met zich meebrengt. Daar komt bij dat de planningsbevoegdheden met name in handen van de lagere overheden werden gelegd. Deze laatste hadden echter weinig of geen ervaring met planning van de gezondheidszorg. Dit gebrek woog des te zwaarder omdat de lagere overheden werden geacht zelf over de invulling van deze bevoegdheden voorstellen te doen. In de derde plaats bleek het interventieplan slecht toepasbaar vanwege de complexiteit van het beleidsnetwerk binnen de invoeringsgebieden. Het plan zelf had met die complexiteit onvoldoende rekening gehouden.

Tenslotte speelde ook het laatstgenoemde aspect, de verandering van de omstandigheden, een rol van betekenis. Met name gaat het hier om de maatschappelijke en politieke ontwikkelingen die zich in de eindjaren zeventig en de jaren tachtig met betrekking tot de structuur van de gezondheidszorg voordeden. De belangrijkste ontwikkeling was de toenemende aandacht voor de mogelijkheden van een meer marktgerichte gezondheidszorg. In feite werd hiermee het fundament van de WVG geleidelijk aan steeds meer aangetast. Sterker nog; van een hecht fundament is nooit sprake geweest. De WVG stond vanaf het begin af aan sterk ter discussie. Binnen en buiten het Ministerie van WVC.

7.4 Nabeschouwing

De integrale invoering van de WVG in Kennemerland en Eindhoven/Kempenland lijkt een voorbeeld van beleidsvoering waarbij de stappen van het beoogde beleidsproces onvoldoende vooraf zijn geëxpliciteerd. De doeleinden van het beleid werden niet in de beginfase van het denken over de WVG geoperationaliseerd maar pas nadat de WVG al uitgewerkt was. Tevens was de operationalisatie vaag en niet eenduidig te herleiden naar de doeleinden van

WVG. Het interventieplan bleek niet goed toepasbaar en bij voorbaat al kansarm. De implementatie lukte niet vanwege de afwezigheid van de noodzakelijke beleidsinstrumenten, de invloed en de complexiteit van het regionaal beleidsnetwerk en de niet juist gekozen invoeringsstrategie. Aan de fase van de beleids-effecten tenslotte werd nauwelijks toegekomen.

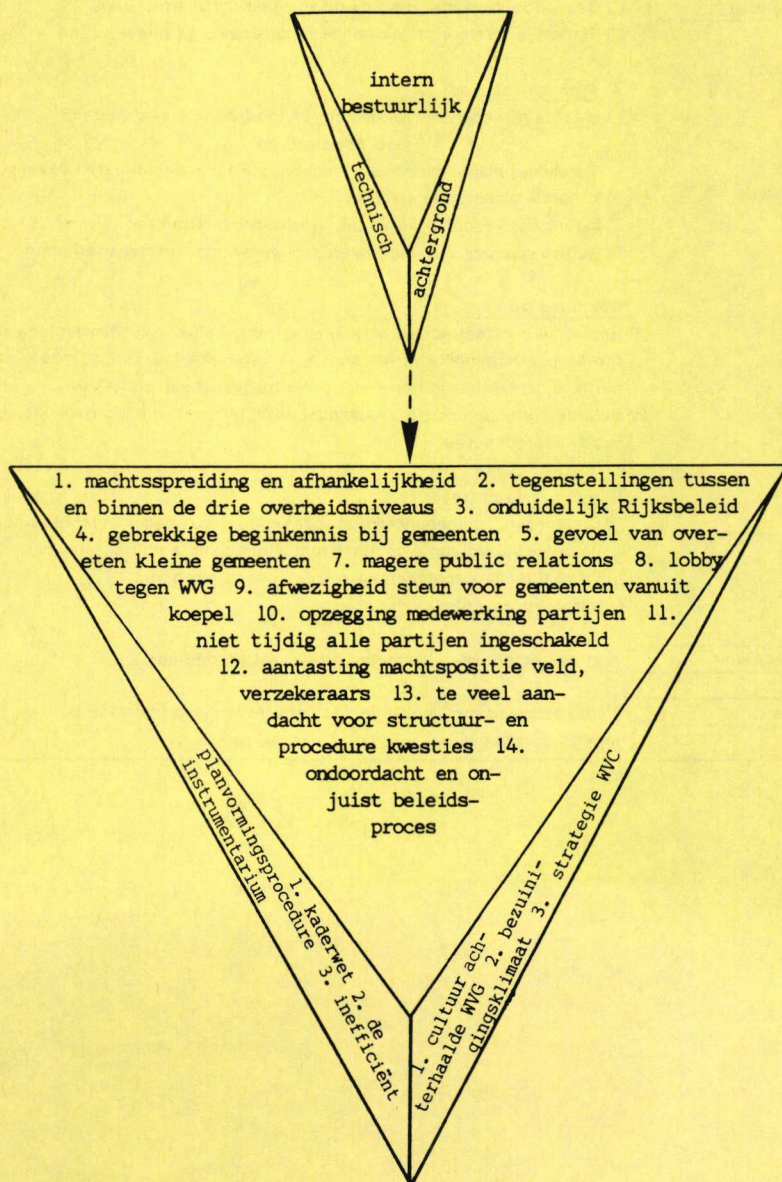
Maatschappelijke en politieke ontwikkelingen zijn, waarschijnlijk mede doordat het beleidsproces vooraf niet voldoende was geëxpliciteerd, in de loop der jaren steeds méér invloed op de integrale invoeringsprojecten gaan uitoefenen. Illustratief is de wijze waarop het bestaan en de rapportage van de Commissie Dekker op de voortgang van de projecten hebben ingewerkt. Van een afhankelijkheid tussen beide was aanvankelijk geen sprake. De verwachting werd gewekt dat regelingen rond de integrale invoering vóór de rapportage van de commissie getroffen zouden worden. Pas in maart 1987, enkele weken voor de rapportage van de Commissie Dekker, werd door de staatssecretaris van WVC de voortgang van de projecten expliciet afhankelijk gemaakt van de standpuntbepaling van de regering over de voorstellen van de commissie.

Tegen een koppeling tussen een experiment en externe ontwikkelingen behoeft men op zichzelf weinig bezwaren te hebben. Voor de kwaliteit van een experiment kan het goed zijn wanneer met de uiteindelijke invulling ervan wordt gewacht tot de meningsvorming over de inhoud van zo een belangrijk rapport als dat van de Commissie Dekker heeft plaatsgevonden. Die koppeling had echter in een zo vroeg mogelijk stadium onderkend en in tijdschema's opgenomen dienen te worden.

Om de factoren, die hebben geleid tot het niet lukken van de integrale invoering van de WVG, schematisch weer te geven is gekozen voor figuur 7.2. De factoren zijn niet gewogen. De uitwerking van de factoren is in bijlage 1 te vinden.

Figuur 7.3 geeft een samenvatting van de redenen waarom de implementatie van het interventieplan niet is gelukt.

Figuur 7.2 Schematische weergave van de gecategoriseerde factoren die het niet lukken van de integrale invoering van de WVG mede kunnen verklaren



Figuur 7.3 Samenvatting van het niet lukken van de implementatie van het interventieplan

Doeleinden	☐ Te algemeen geoperationaliseerd ☐ Consequenties onvoldoende op waarde geschat
Interventieplan	☐ Onvoldoende aansluiting bij de te realiseren doeleinden ☐ Planningsconcept onvoldoende onderbouwd en ondersteund <u>A. Planningsconcept</u> ☐ Machtsverschuiving: vergroting invloed lagere overheden, riep oppositie op ☐ Verouderd planningsconcept: maakbaarheids-gedachte jaren zeventig ☐ Integrale planning: te complex ☐ Financiële kaders: ervaren als bezuinigingsinstrument ☐ Regionalisering: veronderstelde samenwerking, tussen overheden <u>Conditie planning</u> 1. Bestuurlijke infrastructuur; ontwikkeling afhankelijk van stimulerende rol provincie, persoonlijke verhoudingen, samenwerkingservaring, medewerking partijen, conflictbemiddeling en positie partijen t.a.v. de WVG 2. Beleidsinstrumenten; op vestigingsbesluit huisartsen na, blijven steken in adviesprocedures <u>B. Invoeringsstrategie</u> ☐ Ongeordend, ontoegankelijk procesverloop, met name ontstaan door de afwezigheid van een consistente beleidsvisie op Rijksniveau ☐ Onvoldoende experimenteerruimte voor invulling van beleidsinstrumenten 'van onder op'
Implementatie	Niet gelukt, het interventieplan bleek niet uitvoerbaar
Effecten	Na de volledige implementatie van het interventieplan zouden die meetbaar zijn geweest. Zover is het niet gekomen

Ter afsluiting van dit hoofdstuk wordt kort stilgestaan bij het evaluatie-onderzoek.

De WVG-evaluatie kan worden getypeerd als een beleidsonderzoek behorend tot de zogenaamde klassieke benadering. Eenvoudig gezegd gaat men in deze benadering uit van een volledige beheersbaarheid van de sociale en maatschappelijke werkelijkheid (Grünwald-Schindl & Kraan-Jetten, 1985). De WVG-evaluatie past in deze benadering. Niet alleen vanwege de gekozen evaluatietypen (effectiviteitsonderzoek en proces- en middelenevaluatie), maar ook door de ideeën en bedoelingen die de opdrachtgever met het onderzoek had: bestudering van proefprojecten met als input de WVG en als output effecten in de zorgverlening. Men ging impliciet uit van de beheersbaarheid van zowel politieke krachten als krachten vanuit het veld van de invoeringsgebieden.

De praktijk bleek anders. In de loop der jaren werd de integrale invoering steeds méér een operatie waarin men gedwongen werd tot een voortdurende aanpassing van het beleid aan de werking van regionale netwerken en politieke omstandigheden. Het maatschappelijk krachtenveld diende zich in steeds sterkere mate aan. Hierdoor moest men het beleid steeds méér gaan zien als een wordingsproces: een proces dat zich ontwikkelt in interactie met de context. Als gevolg hiervan werd van de kant van de opdrachtgever steeds duidelijker de behoefte aan een bredere evaluatie uitgesproken, dat wil zeggen niet alleen evaluatie van proces, middelen en effectiviteit van beleidsinstrumenten maar ook onderzoek naar de neveneffecten van deze instrumenten en evaluatie van de invloed op de zorgverlening van andere variabelen dan de WVG-instrumenten (bijvoorbeeld de politieke en maatschappelijke context, financieel-economische omstandigheden en beleidsnetwerken binnen de regio). Plannen om het evaluatie-onderzoek in deze richting uit te bouwen werden door de politieke realiteit, te weten de voorgenomen intrekking van de WVG ten gunste van het scheppen van mogelijkheden voor een meer marktgerichte

gezondheidszorg, achterhaald. De op zichzelf interessante verschuiving in evaluatievormen binnen het onderzoek kon hierdoor geen gestalte krijgen.

LITERATUURLIJST

BEER, DE. Verslag van de toespraak gehouden op het symposium "regionale begroting". Roermond, 26 mei 1987.

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.

GEMEENTEN UIT DE INTEGRALE INVOERINGSGEBIEDEN WVG. De gezondheidszorg is in goede handen bij de gemeenten, een pleidooi vanuit de invoeringsgebieden. Castricum, januari 1988.

GEWEST ZUID-KENNEMERLAND. Open brief van de staatssecretaris over de beëindiging integrale invoering WVG, kenmerk 830b, Haarlem, 17 juli 1988

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.

GRÜNWALD-SCHINDL, C.A. & A. KRAAN-JETTEN, Evaluatie van en voor overheidsbeleid: een overzicht van vormen en benaderingen, Beleid en Maatschappij 1985/2, 128-136

LONDEN, VAN. Verslag van de toespraak gehouden op de ROGK-studiedag. Beverwijk, 26 juni 1987.

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.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Regeringsstandpunt inzake het advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Rijswijk, 3 november 1987.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Nota "Verandering verzekerd, stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg". Regeringsstandpunt inzake het advies van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Rijswijk, 7 maart 1988.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Brief betrekking hebbend op de beëindiging integrale en sectorale invoering ex WVG. Kenmerk: DGVGZ/STABO - 10371, Rijswijk, 21 juni 1988.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Brief betrekking hebbend op de beëindiging integrale en sectorale invoering ex WVG. Kenmerk: DGVGZ/STABO - 10375, Rijswijk, 21 juni 1988.

MUR-VEEMAN, I.M., M.A.H. BREMERS, J.J.F. DE GROOT & C.M.C.A. JONGERIUS-DE GIER. Evaluatie integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de provincie Limburg. Deel 4: juli 1986 tot en met juni 1987, Rijksuniversiteit Limburg, 1987.

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO EN KATHOLIEKE HOGESCHOOL TILBURG. Ontwerp van onderzoek evaluatie integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg van Rijksuniversiteit Limburg, NIPG-TNO, Leiden, 1984.

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 beleidinstrumenten. Periode juli 1986-juni 1987. NIPG-TNO, Leiden, oktober 1987.

SCHUURMAN, M.I.M. & A.B. WESSELS. Het huisartsenvetigingsbeleid in de praktijk. Medisch Contact 43 (1988) nr. 7, 199-203

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.

STEVENS, P. Vijf jaren integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, Medisch Contact, 42 (1987) 46, 1459-1463

TWEEDE 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.

TWIJNSTRA GUDDE NV. Notitie inzake de planning en voortgang van het project integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Deventer, 6 augustus 1986.

TWIJNSTRA GUDDE NV. De nieuwe kleren van de keizer, project-audit integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Deventer, 3 juli 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.

WESSELS, A.B. & M.I.M. SCHUURMAN. Integrale invoering WVG in Eindhoven/Kempenland. Evaluatie van voortgang en slotrapportage. Periode juli 1987 - juni 1988, NIPG/TNO, Leiden, september 1988.

B I J L A G E N

Bijlage 1.

SAMENVATTING VAN HET NIET LUKKEN VAN INTEGRALE INVOERING VAN DE WVG EN DE WEERGAVE VAN LEERPUNTEN

Ter afsluiting van deze rapportage worden de factoren aangegeven welke het niet lukken van de integrale invoering van de WVG mede kunnen verklaren. De redenen staan verspreid over het rapport maar worden met name in het laatste hoofdstuk genoemd.

Voor deze samenvatting is niet alleen gebruik gemaakt van vorige hoofdstukken maar ook van de gesprekken en interviews gehouden met de participanten in het WVG-invoeringsproject. Vanuit de opsomming van de factoren van het niet lukken van de integrale invoering van de WVG worden vervolgens leerpunten weergegeven.

Factoren waardoor de integrale invoering van de WVG niet is gelukt

De factoren die genoemd kunnen worden voor het niet lukken van de integrale invoering van de WVG hangen veelal samen. Het is een complex verband tussen directe en indirecte oorzaken. In deze context is het niet mogelijk de relatieve bijdrage van elk van de factoren aan te geven waarin deze hebben bijgedragen tot het niet slagen van de invoering. Het is wel mogelijk de factoren te categoriseren. Te onderscheiden zijn de bestuurlijke en de technische factoren.

De technische factoren hebben te maken met de WVG als wet. De bestuurlijke factoren betreffen enerzijds de factoren die te maken hebben met het bestuurlijk systeem in ruime zin (niet op het specifieke terrein van de integrale invoering van de WVG) en in enge zin (op het terrein van de integrale invoering van de WVG).

De externe bestuurlijke factoren

1. De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is gebaseerd op het planningsdenken uit de jaren zeventig. De maakbaarheid van gezondheidszorg zou gestalte moeten krijgen door het instrument planning. Deze planning zou in de proefgebieden door de overheden ter hand worden genomen. In 1982 is de WVG door het parlement aangenomen als resultaat van jaren praten en discussiëren. Vanaf het begin van de ontwikkeling van de WVG stond de wet ter discussie. Al in deze beginjaren begon het denken over de maakbaarheid van de samenleving en haar onderdelen te veranderen. Er werd ook in de gezondheidszorg steeds sterker getwijfeld aan de mogelijkheden van de overheid om te komen tot een samenhangende en doelmatige gezondheidszorg welke afgestemd zou moeten zijn op de behoeften van de bevolking. Privatiserings- en dere-

guleringsgedachten wonnen steeds meer terrein. De integrale planning als middel daartoe werd steeds meer als ongewenst en onjuist gezien. Daarvoor in de plaats werd steeds meer invloed en betekenis toegedacht aan de marktwerking, waarbij de overheid niet als marktpartij werd gezien.

Door het bovengenoemde veranderend denken over de rol van de overheid in de begin jaren tachtig, kan gezegd worden dat de WVG niet overeen komt met de heersende normen en waarden. Vooral daardoor is het mogelijk geweest dat de WVG steeds meer object van discussie is geworden. De cultuur in de samenleving heeft de gedachte achter de WVG achterhaald.

2. Ook ten tijde van de aanname van de WVG in 1982 was er sprake van onrust in de gezondheidszorg. Er moesten bezuinigingen worden doorgevoerd om de gezondheidszorg beheersbaar te maken. Dit klimaat en het feit dat de WVG door sommige bestuurders in het veld werd gezien als bezuinigingsinstrument schiep niet de meest optimale situatie waarin het verstandig was proefprojecten als de integrale invoering van de WVG uit te voeren.
3. In het politieke steekspel over de aanbevelingen van de Commissie Dekker en het regeringsstandpunt daarover, lijkt de intrekking van de WVG een strategische overweging te zijn geweest.
Abstraherend gesteld kan gezegd worden dat de VVD niet accoord ging met een basisverzekering, de PvdA niet met de concurrentie en het CDA tenslotte wel een bepaalde vorm van concurrentie, basisverzekering en regionalisering wenste. De tactiek van WVC lijkt erop gericht te zijn geweest zoveel mogelijk onderdelen van "Dekker" te realiseren door achter "Dekker" als geheel te gaan staan. Dat impliceerde dus onder andere de intrekking van de WVG.

De interne bestuurlijke factoren

3. Door het toekennen van planningsbevoegdheden aan de gemeentelijke overheden werd er een nieuwe partij toegevoegd aan het toch al ingewikkelde netwerk binnen de gezondheidszorg. Er werd een partij toegevoegd, aan welke planningbevoegdheden in het vooruitzicht werden gesteld, zonder aan deze gemeentelijke overheden in de integrale invoeringsgebieden voldoende macht te geven. Deze macht was nodig om uitvoering aan het project te geven. In de situatie van de invoeringsgebieden lag de formele macht welliswaar bij de lagere overheden, zij waren echter in hoge mate afhankelijk van het veld, de ziektekostenverzekeraars en de rijksoverheid. In wat mindere mate van de patientenverenigingen. Van de rijksoverheid was men bijvoorbeeld afhankelijk wanneer het

ging over het tijdig aanwezig zijn van effectieve beleidsinstrumenten, kortom de invulling van de WVG als kaderwet. Van de verzekeraars en het veld waren de lagere overheden afhankelijk waar het ging om het leveren van informatie over het te voeren beleid. Er kon in de praktijk niets afgedwongen worden. Voor het slagen van het project was het nodig dat alle partijen loyaal meewerkten. Naarmate de WVG op landelijk niveau steeds meer ter discussie stond gold dat des te meer. Negatieve publiciteit moest vermeden worden. Dat schept afhankelijkheid tussen de partijen. Er was geen enkele partij die over voldoende macht beschikte om het invoeringsproces te sturen. Daarentegen was de explicite of implicite tegenwerking van één of enkele partijen (die niet allemaal gebaat waren bij een WVG invoering) al voldoende om het invoeringsproces te vertragen. Tevens betekende de machtspreiding over de partijen een grote investering in onderhandelingsinspanning om op deze wijze consensus te verkrijgen.

4. De WVG gaat er vanuit dat de drie overheden in staat zijn goed samen te werken. In de WVG worden drie planningsniveau's onderscheiden. Aan samenwerking en afstemming tussen de overheidsniveau's schortte nog wel eens het één en ander.
 - a. De intergemeentelijke samenwerking kwam met name in de regio Eindhoven/Kemperland moeizaam van de grond. Men wanstoude elkaar nogal eens waar het ging om gemeentelijke samenwerking. Men groeide daar wel overheen, maar pas tegen het einde van het project.
 - b. De betrokkenheid van de provincies bij het project was verschillend. Geconstateerd is dat de provincie Noord-Holland de stimulator is geweest in de regio Kennemerland. Dat kan van de provincie Noord-Brabant niet worden gezegd. De provincie liet de gemeenten hun gang gaan.
 - c. Het Ministerie van WVC had een niet zo 'n positieve invloed op de voortgang van het project. Binnen het ministerie werden verschillende winkels gedreven, zonder dat de WVG winkel was afgestemd op de anderen en andersom. Sterker: er is wel eens tegenwerking geconstateerd. Daardoor kon het gebeuren dat maatregelen naar voren werden gebracht die haaks stonden op de WVG. Het Ministerie van WVC had ook geen duidelijke beleidsvisie waar het, met de gezondheidszorg in het algemeen en de invoering van de WVG in het bijzonder, heen wilde. Nieuwe ideeën over uitvoeringsmaatregelen werden gelanceerd, veranderd en weer ingetrokken. Het ging zelfs zover dat er een geheel nieuw wetsontwerp [de WGM] werd gelanceerd. Kortom: WVC had geen gemeenschappelijk doel voor

ogen en dus ook geen duidelijke koers om een bepaald doel te bereiken.

Door deze ontwikkelingen werden de participanten in het project "beleids-vermoeid". Hun motivatie nam af. Bestuurders kregen moeite met hun achterban en de onzekerheid over de WVG invoering nam toe. Concluderend kan gezegd worden dat niet zozeer het feit dat de macht over de overheden verdeeld was reden voor het niet lukken van de WVG invoering is geweest, maar: de opstelling van de gemeenten met betrekking tot gemeentelijke samenwerking, de afwezigheid van een actieve provincie [alleen in Eindhoven/Kempenland gelden deze twee redenen] maar vooral de houding van het Ministerie van WVC.

5. De gemeenten waren practisch nieuwkomers op het beleids-terrein van de gezondheidszorg. Het kan dus geen verwondering wekken dat er in de beginperiode navenant weinig kennis aanwezig was. Dat moest worden opgebouwd. Ze zijn daardoor misschien niet in staat geweest lange termijn plannen te maken op het terrein van de gezondheidszorg, anders dan dit over te nemen van de provinciale en rijks-overheid. Creatief oplossingen voor problemen aandragen, bijvoorbeeld over de wijze waarop er verder zou moeten worden gegaan met de WVG-invoering, werd door veel partijen gemist.
6. Bij veel kleinere gemeenten leek men het gevoel te hebben zich te overeten aan de WVG. Men leek te twifelen aan hun mogelijkheden om de bevoegdheden (die de WVG hen zou geven) daadwerkelijk uit te kunnen oefenen.
7. De betrokkenheid van de gemeenten bij de WVG invoering bleef veelal steken bij de gemeentelijke portefeuillehouders. Feed-back van en naar de gemeenteraad lijkt onvoldoende te hebben plaatsgevonden. Ten tijde van het einde van het project leek het draagvlak bij veel gemeenten voor een voortzetting van de WVG invoering niet altijd aanwezig.
8. Niet alleen intern maar ook extern hebben de gemeenten te laat aan hun public relations gewerkt. Het tij "meer markt, minder overheid" was niet meer te keren. De negatieve beeldvorming over de WVG-invoering die bij sommigen heerste was niet meer stop te zetten.
9. De meeste participanten merkten op dat de gemeenten niet veel steun ondervonden bij de VNG waar het ging om de WVG invoering. Toen de besluitvorming van het kabinet ten aanzien van de "Dekker rapportage" was afgerond steunde de VNG de gemeenten in hun streven het project te behouden.

10. In de regio Eindhoven/Kempenland hebben de verzekeraars en de ziekenhuizen zich in de loop van het project teruggetrokken. Dat deed de WVG invoering daar geen goed. Het samenwerkingsorgaan van het veld kwam steeds meer op gespannen voet te staan met de gemeenten. Ook hier is het uitblijven van efficiënte conflictbemiddeling niet stimulerend geweest voor de voortgang van het project.
11. In de regio Eindhoven/Kempenland zijn niet alle partijen bij de voorbereidingen van de daadwerkelijke WVG invoering betrokken geweest. Dat deed de motivatie van het veld en de verzekeraars geen goed.
12. De betrokkenen in de regio (in de ene regio wat meer dan in de andere) hebben zich in de zes jaren dat het project heeft geduurd overwegend bezig gehouden met structuur en procedure kwesties. Een ieder wilde duidelijkheid en niet in de laatste plaats over de positie van zichzelf. Toen het leek dat er vanuit het Ministerie van WVC en het kabinet niets meer te verwachten was met betrekking tot de voortgang van het project, hielden partijen zich meer bezig met zorginhoudelijke aspecten. Het vooral bezig zijn met structuur en procedurekwesties heeft niet stimulerend gewerkt voor de motivatie van betrokkenen. Het heeft bepaalde partijen de gelegenheid te geven dit als argument te hantieren om op de WVG-invoering kritiek uit te oefenen.
13. Er lijkt onvoldoende goed door het Ministerie van WVC te zijn nagedacht over hoe de doelen van WVG zouden kunnen worden bereikt. De doelen zijn pas achteraf geoperationaliiseerd. Het interventieplan bleek onjuist en sloot niet aan op de gestelde doelen. Kortom de stappen van het beoogde beleidsproces zijn vooraf onvoldoende geëxpliciteerd.
14. De WVG tastte de belangen en machtsposities van de verzekeraars en van het veld aan terwijl deze vonden dat ze er niets voor terug kregen. Deze konden vervolgens hun medewerking opzeggen of op een laag pitje zetten. (Dit opzeggen heeft niet in Kennemerland plaats gevonden.) Tevens konden zij tegen de WVG lobbyen.

Technische factoren

1. De WVG is een kaderwet. Dat wil zeggen dat er specifieke uitvoeringsbesluiten nodig zijn om onderdelen van de wet in werking te stellen. Bij een kaderwet behoeven de onderdelen van die wet niet van te voren vast te staan. Zo ook bij de WVG. Verscheidene onderdelen van de wet waren in voorbereiding of moesten voorbereid worden. Dit zou fasegewijs en

"van onderop" dienen te gebeuren. In de praktijk bleek dat moeilijk realiseerbaar. Er diende veelvuldig overlegd te worden tussen de partijen in de regio. Overleg en onderhandelingen vergden veel tijd. Ook omdat voor elke Algemene Maatregel van Bestuur het hele besluitvormingsproces doorlopen diende te worden. Consensus ontstond veelal niet. Partijen konden besluiten tegenhouden. Van uitstel kwam afstel (Bijvoorbeeld de AMVB en artikel 41)

2. De WVG kende teveel fasen in de planvormingsprocedure. Dit was ook een reden waardoor de uitvoering van de WVG werd vertraagd.
3. De scheiding tussen planning en financiering is door de staatssecretaris als reden genoemd om de WVG in te trekken. Dit probleem is in de beginperiode van de invoering reeds geconstateerd. (later onder andere nog eens door de Adviescommissie Sanering Planprocedures). Feitelijk is dit in de invoeringsgebieden geen reden geweest tot het niet lukken van het project. Door de instrumenten van de prijsopgave en de regionale financiële kaders is de problematiek van de scheiding tussen planning en financiering feitelijk opgelost.
4. Het instrumentarium van de WVG voldeed niet.

Leerpunten

Aan de hand van de geconstuleerde knelpunten wordt hier een aantal leerpunten geschetst. Dit heeft tot doel beleidsmakers en participanten aan dat beleid suggesties te geven waarmee zij rekening zouden kunnen houden bij het projectmatig invoeren van veranderingen in de structuren van de gezondheidszorg.

1. Een project niet langdurig afhankelijk maken van externe fasen, in casu een nieuwe tijdgeest. Indien een project in zijn geheel niet meer passend lijkt te zijn binnen heersende normen en waarden moet er snel beslist worden over de voortgang van het project.
2. De door te voeren veranderingen moeten een duidelijk doel hebben. Ze dienen beperkt van omvang zijn en niet te veel tijd vergen. Enerzijds om eventuele weerstanden te beperken, anderzijds de betrokkenen duidelijk voor ogen te laten houden waar ze mee bezig zijn.
3. De door te voeren veranderingen moeten niet tegelijkertijd plaatsvinden maar op een logische, consistente wijze na

elkaar. Elke verandering kan dan geëvalueerd en eventueel aangepast worden zodat het einddoel realiseerbaar blijft.

4. Het hanteren van adequate veranderingsstrategieën, toegespitst op de situatie en mogelijkheden en altijd zo eenvoudig mogelijk.
5. De activiteiten die door de partijen dienen te worden ondernomen om de veranderingen te realiseren en de activiteiten die er door de partijen in de nieuwe constellatie ter hand moeten worden genomen moeten aansluiten bij hun mogelijkheden. Het doel moet op de middelen zijn afgestemd, de middelen op het doel. Het gevoel van "overeten" moet worden voorkomen.
6. De voorgenomen veranderingen of de weg waarlangs dat zal geschieden mogen niet in strijd zijn met het wettelijk kader. Of er dient, voordat aan de veranderingen wordt begonnen, toestemming te zijn om van dat wettelijk kader af te mogen wijken.
7. Kaderwetten als de WVG bieden de mogelijkheid het besluitvormingsproces te vertragen en stop te zetten. Kaderwetten zijn voor grootschalige veranderingsoperaties in de gezondheidszorg af te raden.
8. Bij het invoeren en uitproberen van nieuwe wettelijke bevoegdheden van welke aard dan ook moet er een eenduidige juridische basis zijn.
9. Het projectmatig doorvoeren van veranderingen heeft meer succes indien de doelstellingen door alle partijen worden onderschreven.
10. Het met succes doorvoeren van veranderingen zal in principe meer kans van slagen hebben indien de betrokken partijen zo homogeen mogelijk van samenstelling zijn.
11. Het met succes doorvoeren van veranderingen zal in principe meer kans van slagen hebben indien een betrokken partij intern niet verdeeld is en steun van haar onderdelen krijgt in de vorm van menskracht, gelden en bijvoorbeeld instrumentarium.
12. Het met succes doorvoeren van veranderingen zal in principe meer kans van slagen hebben indien er zo weinig mogelijk betrokken partijen zijn.

13. Het met succes doorvoeren van veranderingen zal in principe meer kans van slagen hebben indien de partijen zo min mogelijk in hun belangen aangetast worden.
14. Het met succes doorvoeren van veranderingen zal in principe meer kans van slagen hebben indien de partijen een beloning in het vooruitzicht gesteld wordt bij het slagen van het project. Bezuinigingen vormen geen goed kader waarin veranderingen plaats moeten vinden.
15. De keuze welk geografisch gebied eventueel een proefproject zou kunnen krijgen moet goed doordacht en weloverwogen zijn. Met name dient er gelet te worden op de verhoudingen tussen organisaties en personen.
16. De tijd tussen de voorbereidings- en de uitvoeringsfase van een project moet zo kort mogelijk gehouden worden. Het risico dat een projectgedachte niet meer overeenkomt met de heersende waarden en normen in de samenleving wordt dan beperkt.
17. Veranderingen moeten er niet toe leiden dat er onnodig nieuwe partijen in de gezondheidszorg gecreëerd worden. Het beleidsterrein is reeds te verbrokken.
18. Veranderingen en/of projecten moeten gebaseerd zijn op de te realiseren doelen. De doelen dienen vooraf geoperationaaliseerd te zijn. Politieke consensus daarover is een voorwaarde. De implementatie dient te zijn uitwerkt en behoeft consensus.
19. De projectcondities (financiële middelen, tijd, kwaliteits-eisen, informatie en organisatie) moeten voordat het project van start gaat geformuleerd zijn, uitvoerbaar lijken en toetsbaar zijn.
20. Er dienen bij de projectleiders sanctiesmogelijkheden aanwezig te zijn. Tegenwerking van betrokken partijen in welk stadium dan ook dient daarmee te worden tegengegaan.
21. Een betrokken partij dient in de vorm van een contactpersoon een aanspreekpunt te hebben. Deze moet intern over voldoende macht en gezag beschikken om medewerking te kunnen garanderen.
22. De betrokken partijen dienen het interne draagvlak van de activiteiten te stimuleren.

23. Alle partijen dienen vanaf de voorbereiding bij de verandingsprocessen betrokken te zijn. Zij dienen deelgenoot te worden gemaakt.
24. Het opbouwen en in stand houden van goede bestuurlijke en ambtelijke contacten verdient veel aandacht en werkt zeer stimulerend bij het ter hand nemen van voorgenomen werkzaamheden.

Bijlage 2. De brief die de telefonisch gemaakte afspraken bevestigde luidt als volgt.

14 oktober 1988

BW/jh - 4438/3428

In overleg met het Ministerie van WVC heeft het NIPG besloten om als afronding van de evaluatie van het Integrale Invoerings Project WVG in de regio Kennemerland een afsluitende interviewronde te houden.

In eerste instantie leek aan het houden van een interviewronde een lage prioriteit te worden toegeschreven. Bij de bestudering van de rapportage werd echter geconcludeerd dat het houden van interviews met een aantal betrokkenen in het project in de regio Kennemerland een meerwaarde zou kunnen hebben. Niet alleen voor wat betreft de voortgang van de invoering van de WVG in het laatste jaar, maar ook voor wat betreft de lering die men kan trekken uit het totaal van de ervaringen opgedaan tijdens het totale project.

Doel van de interviewronde is het verkrijgen van de visie van de participanten in het project inzake:

- de voortgang van het project tijdens deze evaluatieperiode in het licht van de landelijke ontwikkelingen met betrekking tot de wet- en regelgeving op het terrein van de volksgezondheid;
- het functioneren van het beleidsnetwerk, zowel op ambtelijk als bestuurlijk niveau;
- de evaluatie van de nu afgesloten periode van integrale invoering van de WVG zoals dat is ervaren vanuit de eigen specifieke positie.

De resultaten van de interviewronde zullen in de rapportage worden verwerkt.

Het ligt in de bedoeling dat de volgende 'partijen' worden gehoord: het Ministerie van WVC (afdeling STABO), de gemeenten, de provincie Noord-Holland, de ziektekostenverzekeraar Spaarneland, het ROGK en het Kennemer Patiënten Platform.

Indien alleen de ambtelijke medewerkers van de partijen zullen worden geïnterviewd, zal er van uitgegaan worden dat zij de bestuurlijke standpunten zullen uitspreken.

Het te houden interview, zoals door ons telefonisch is afgesproken, zal op op uw kantoor plaatsvinden om uur en zal ongeveer 60 minuten bedragen.

Mocht u naar aanleiding van deze brief iets willen vragen dan kunt u mij telefonisch via nummer 071 - 178 761 bereiken.

In de hoop dat u hiermee voldoende bent geïnformeerd, verblijf ik,

hoogachtend,

A.B. Wessels.

Bijlage 3. Vragenlijst interviewronde in Kennemerland (oktober 1988)

A. Het intrekken van de WVG

1. a. Op welk moment en naar aanleiding van welke gebeurtenis was het voor uw organisatie duidelijk dat de planningsrol voor de gemeenten zou worden ingetrokken.
- b. Op welk moment en naar aanleiding van welke gebeurtenis was het voor uw organisatie duidelijk dat de WVG zou worden ingetrokken.
2. Had dit gevolgen voor de wijze waarop uw organisatie participeerde aan de integrale invoering van de WVG in Kennemerland.
3. Had dit volgens u gevolgen voor de wijze waarop de andere partijen participeerden aan de invoering?
4. Wat waren voor uw organisatie de belangrijkste redenen om deel uit te blijven maken van het regionale beleidsnetwerk (i.c. ambtelijke werkgroep en de Stuurgroep).
5. Wat waren volgens u de belangrijkste redenen voor de andere partijen om deel uit te blijven maken van het regionale beleidsnetwerk.
6. Welke factoren hebben volgens u bijgedragen tot de afkondiging van het besluit de WVG in te trekken.
7. Nu noem ik een aantal mogelijke redenen die een rol zouden kunnen hebben gespeeld bij het besluit door de meerderheid van de Tweede Kamer genomen, de WVG in te trekken. Geef aan in hoeverre u het met die mogelijke redenen eens bent.

Volledig mee eens, mee eens, niet mee eens, volledig mee oneens, weet niet.

- de ervaringen uit de proefgebieden waren negatief
- de WVG als ordeningsinstrument sluit niet meer aan op de huidige wijze waarop we in Nederland denken over de maakbaarheid van de samenleving in het algemeen en de gezondheidszorg in het bijzonder
- de WVG biedt als wet geen effectieve instrumenten om de doelstellingen van die wet te realiseren
- er zijn partijen en instanties aan te wijzen die met succes de WVG invoering in Nederland hebben weten tegen te houden.
- Indien "volledig mee eens" of "mee eens" geantwoord, vragen om toelichting.

B. De WVG

Blijkend uit een enquête in augustus 1985 door het NIPG afgenomen was 87,5% van de geïnterviewden in Kennemerland van mening dat de WVG in de regio integraal ingevoerd diende te worden. Van de geïnterviewden was 45% van mening dat de WVG ook daadwerkelijk zou worden ingevoerd in Kennemerland; 22,5% twijfelde of wist het niet.

1. Hoe luidde uw standpunt in die tijd over de WVG als instrument om te komen tot een verandering in het functioneren van de gezondheidszorg?
2. Hoe kijkt u daar momenteel tegen aan?
3. Indien uw mening is veranderd, wat is daar de oorzaak van geweest.
4. Wat heeft het integrale invoeringsproject in Kennemerland aan positieve en of negatieve zaken opgeleverd (te denken valt aan het effect op de zorg in de regio, het beleidsnetwerk, etc.).
5. Wat hebben de integrale invoeringsprojecten voor Nederland in zijn totaliteit aan positieve en of negatieve zaken opgeleverd?
6. Welke zijn volgens u de leerpunten die uit de WVG geschiedenis te trekken vallen en waar men rekening mee zou moeten houden bij een zo'n grootschalige verandering van de gezondheidszorg.

C. Het beleidsnetwerk

1. Ondanks de tegenslagen waarmee het integrale invoeringsproject WVG in Kennemerland te kampen heeft gehad (te denken valt aan het niet tijdig aanwezig zijn van doelmatige instrumenten en de onzekerheid over de toekomst van de WVG) en de deels verschillende belangen tussen de participanten, is het beleidsnetwerk bijeen gebleven (i.c. de ambtelijke werkgroep, de Stuurgroep). Hoe verklaart u dat.
2. Wat vindt u van de positie en opstelling van de zo dadelijk te noemen partijen waar het gaat om de WVG-invoering in Kennemerland
 - de gezamenlijke gemeenten in Kennemerland
 - de provincie Noord-Holland
 - het veld vertegenwoordigd in het ROGK
 - de verzekeraars vertegenwoordigd door Spaarneland
 - de patiënten/consumentenorganisaties vertegenwoordigd in het Kennemer Patiënten Platform
 - het Ministerie van WVC, STABO
3. Het beleidsnetwerk is het afgelopen jaar op bestuurlijk niveau niet in Stuurgroepverband bijeen geweest. Bent u van mening dat er inderdaad geen redenen waren om bijeen te komen, of had u toch bepaalde onderwerpen wel willen bespreken?
Zo ja, welke onderwerpen?
4. Hoe ziet u de toekomst van het beleidsnetwerk?
5. Waaruit bestond de bijdrage aan het invoeringsproject van het Ministerie van WVC en hoe beoordeelt u deze bijdragen.
6. Wat vond u van de beleidsvorming van de kant van het Ministerie van WVC betreffende het gezondheidszorgbeleid in het algemeen en de toekomst van de WVG-invoering in het bijzonder.

- D. Activiteiten in de evaluatieperiode juli 1987 tot en met juni 1988 ondernomen
1. Welke activiteiten zijn er door uw partij ondernomen in het kader van de integrale invoering van de WVG in Kennemerland gedurende de periode juli 1987 tot en met juni 1988.
 2. Waaruit bestonden de afzonderlijke activiteiten (doel en de wijze van realiseren).
 3. Zijn er andere partijen betrokken geweest bij de afzonderlijke activiteiten, zo ja welke partijen (excl. RFO + huisartsenvestigingsbeleid).
 4. Waaruit bestonden de bijdragen van de afzonderlijke partijen per deelactiviteit.
 5. Hoe beoordeelt uw organisatie deze bijdragen in het licht van het hebben van een gemeenschappelijk doel (de WVG-invoering).
 6. Een van de ondernomen activiteiten in het kader van het integrale invoeringsproject is het in de regio ontwikkelde RFO 1985. Wat is de mening van uw organisatie omtrent het belang van de opstelling van een RFO nu de WVG wordt ingetrokken.
 7. Hoe oordeelt u over de activiteiten die de gemeenten ondernemen in het kader van het vestigingsbesluit huisartsen nu de WVG en het huisartsenvestigingsbesluit over enkele jaren worden ingetrokken.

E. Landelijke ontwikkelingen

1. Zijn er volgens u landelijke ontwikkelingen geweest die de voortgang van de integrale invoering van de WVG (in Kennemerland) hebben vertraagd. Zo ja, welke ontwikkelingen waren dat en op welke wijze hebben die de WVG-invoering (in Kennemerland) vertraagd.
2. In augustus 1986 werd de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg ("Commissie Dekker") geïnstalleerd. Het voortbestaan van de WVG werd afhankelijk gemaakt van de rapportage van de commissie Dekker. Heeft dat (totdat in maart 1987 de commissie adviseerde de WVG in te trekken) naar uw mening invloed gehad op de voortgang van het integrale invoeringsproces in Kennemerland.
Zo ja, op welke wijze heeft dit invloed gehad.
3. In juni 1987, november 1987 en maart 1988 zijn respectievelijk de eerste, tweede en derde regeringsverklaring over het advies van de Commissie Dekker verschenen. Hebben deze invloed gehad op de voortgang van het integrale invoeringsproject in Kennemerland.
Zo ja, op welke wijze heeft dit invloed gehad.

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO