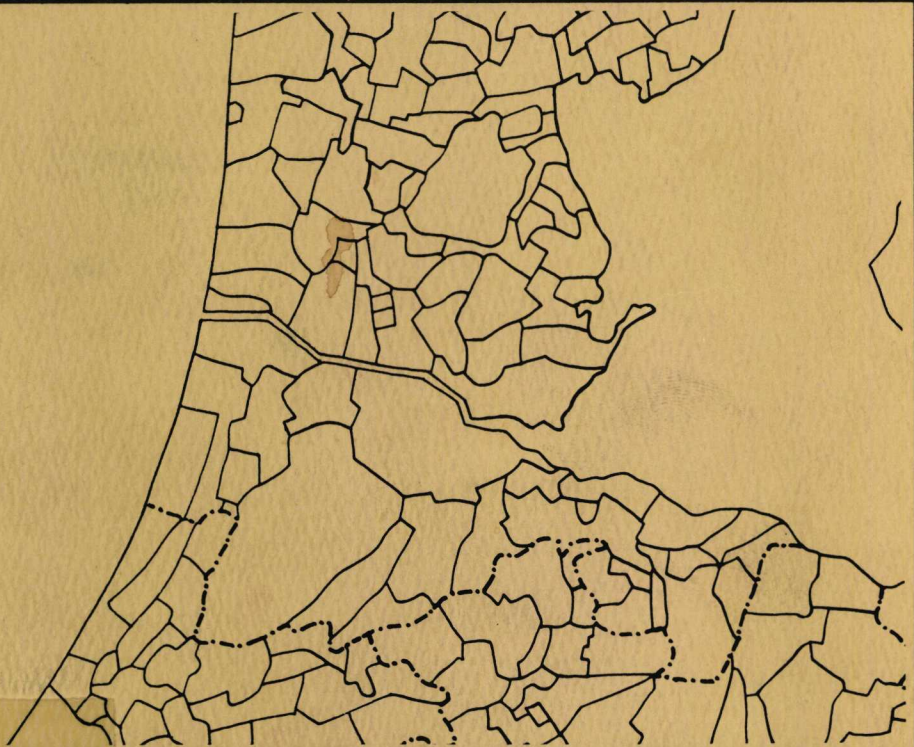


EVALUATIE INTEGRALE INVOERING WET VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG IN KENNEMERLAND

deel 1: bestuursorganisatorische maatregelen;
verslag over de periode juni 1983~augustus 1984

C.C.Schouten/W.A.Koch



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TO

Leiden

SO(492)
S 46 (2)

50 (492)
546
(2)

EVALUATIE INTEGRALE INVOERING WET VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG IN KENNEMERLAND

deel 1: bestuursorganisatorische maatregelen;
verslag over de periode juni 1983~augustus 1984

IBIS STAMPBOEK NR.
1049 / 000

C.C. Schouten
W.A. Koch

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

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TNO

december 1984

50 / 5 / 85

13/2/84

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124 2300 AC Leiden

Telefoon: 071 - 170441

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f.36,75 op post-
girorekening 20 22 77 t.n.v. het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding
van bestelnummer 84030.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Schouten, C.C.

Evaluatie integrale invoering wet voorzieningen gezondheidszorg in
Kennemerland / C.C. Schouten, W.A. Koch. - Leiden : Nederlands Insti-
tuut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO

Met lit. opg.

ISBN 90-6743-049-8

SISO 601 UDC 34:614(492.624)

Trefw.: gezondheidszorg ; Kennemerland.

© 1984 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 84030

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

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

LIJST VAN AFKORTINGEN	I
SAMENVATTING	III
1. INLEIDING	1
1.1 Integrale invoering WVG	1
1.2 Evaluatie invoering WVG	3
1.2.1 Doelstelling	3
1.2.2 Onderzoeksgebied	3
1.2.3 Onderzoeksopzet	4
1.2.4 Opbouw van de rapportage	6
2. UITGANGSSITUATIE BESTURINGSSYSTEEM	8
2.1 Provincie	8
2.2 Provinciale Raad voor de Volksgezondheid	9
2.3 Intergemeentelijke samenwerking	10
2.4 Gemeenten	11
2.5 ROGK	13
2.6 Samenwerking binnen het veld van de gezondheidszorg	14
2.7 Ziektekostenverzekeraars	14
2.8 Gebruikers(organisaties)	15
3. STRUCTUUR INTEGRAAL INVOERINGSPROJECT	17
4. VERLOOP VOORBEREIDINGSPROCES	24
4.1 Beschrijving van voorbereidingsproces	24
4.2 Verklarende factoren	29
4.2.1 Uitgangssituatie besturingssysteem	29
4.2.2 Informatie	30
4.2.3 Middelen	32
4.2.4 Macht	33
4.2.5 Opvattingen	37
4.3 Evaluatie voorbereidingsproces	40
5. GEBIEDSINDELING	44
5.1 Uitgangssituatie	44
5.2 Regio- en subregio-afbakening	47
5.3 Uitgangspunten en consequenties van de indeling	48
5.4 Procedure	50
5.5 Knelpunten	52
5.6 Toetsing	53
5.7 Evaluatie gebiedsindeling	55

6.	TAAKVERDELING EN SAMENWERKING TUSSEN OVERHEDEN	58
6.1	Uitgangspunten taakverdeling	58
6.2	Vorgestelde taakverdeling	61
6.3	Knelpunten	62
6.4	Samenwerking tussen overheden	64
6.4.1	Verticale coördinatie	64
6.4.2	Horizontale coördinatie	65
6.5	Evaluatie taakverdeling en samenwerking tussen overheden	67
7.	PLANNINGS- EN ADVIESSTRUCTUUR	70
7.1	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg	70
7.2	Provinciale adviesstructuur	73
7.3	(Inter)gemeentelijke adviesstructuur	76
7.4	Gebruikersparticipatie	80
7.5	Evaluatie plannings- en adviesstructuur	81
8.	INFORMATIEVOORZIENING	84
8.1	Informatiebehoefte	84
8.2	Beheersorganisatie	84
9.	AMBTELIJKE ONDERSTEUNING EN ONDERSTEUNING ADVIESORGANEN.	86
9.1	Ambtelijke ondersteuning	86
9.2	Ondersteuning adviesorganen	88
10.	OVERIGE MAATREGELEN TEN BEHOEVE VAN PLANFASE	89
10.1	Richtlijnen, kwaliteitseisen, normen	89
10.2	Financiële kaders	90
10.3	Relatie planning-financiering	91
10.4	Relatie voorzieningenplanning-vestigingsbeleid . .	93
10.5	Overgangsmaatregelen	94
11.	NABESCHOUWING EN AANBEVELINGEN	95
11.1	Procesverloop	96
11.2	Bestuursorganisatorische maatregelen	96
11.3	Evaluatie besturingssysteem	98
11.3.1	Decentrale beleidsvoering	99
11.3.2	Samenhangende beleidsvoering	102
11.3.3	Democratische beleidsvoering	107
11.3.4	Efficiënte en eenvoudige beleidsvoering . .	109
11.4	Aanbevelingen	110
	LITERATUUR	115
	BIJLAGEN	117

LIJST VAN AFKORTINGEN

. AGZ	Algemene Gezondheidszorg
. AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
. CAD	Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs
. CHV	Circuit Hulpverlening Verslaafden
. CPA	Centrale Post Ambulancevervoer
. DGD	Districtsgezondheidsdienst
. FOG	Financieel Overzicht Gezondheidszorg
. GVO	Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding
. GVT	Gezinsvervangend Tehuis
. GS	Gedeputeerde Staten
. IPO	Interprovinciaal Overleg
. JGZ	Jeugdgezondheidszorg
. KOGIM	Kennemer Overleg Gezondheidszorg Intramurale Insti- tuten
. NIPG-TNO	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheids- zorg TNO
. PAAZ	Psychiatrische Afdeling Algemeen Ziekenhuis
. PRV	Provinciale Raad voor de Volksgezondheid
. P.v.d.A.	Partij van de Arbeid
. RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Ge- zondheidszorg
. RIGG	Regionaal Instituut voor Geestelijke Gezondheidszorg
. ROGK	Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland
. ROZZK	Regionaal Overleg Zwakzinnigenzorg Zuid-Kennemerland
. ROZIJ	Regionaal Overleg Zwakzinnigenzorg IJmond
. RPB	Regionaal Patiëntenberaad Kennemerland
. SSKZ	Stichting Samenwerkende Kennemer Ziekenhuizen
. SVK	Stichting Samenwerkende Verpleeghuizen Kennemerland e.O.
. TBR	Ter Beschikkingstelling van de Regering
. UCV	Uitgebreide Commissie Vergadering van de Tweede Kamer
. VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten

- . WAV Wet Ambulancevervoer
- . WGM Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening
- . WGR Wet Gemeenschappelijke Regelingen
- . WTG Wet Tarieven Gezondheidszorg
- . WVC Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
- . WVG Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
- . WZV Wet Ziekenhuisvoorzieningen
- . ZFW Ziekenfondswet

SAMENVATTING

Hoofdstuk 1: Inleiding

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) beoogt een belangrijke bijdrage te leveren aan de herstructurering van de gezondheidszorg. Naast een landelijke sectorale invoering zal deze wet, ter voorbereiding van een landelijke integrale invoering, in drie gebieden bij wijze van experiment integraal worden ingevoerd, te weten in de regio's Kennemerland, Eindhoven/Kempenland en de provincie Limburg. Het doel van dit experiment is op beperkte schaal ervaringen op te doen die gebruikt kunnen worden bij zowel de integrale invoering in deze drie gebieden als de uiteindelijke integrale invoering van deze wet in geheel Nederland. Om deze ervaringen zoveel mogelijk te benutten, wordt de integrale invoering door onderzoeksinstituten geëvalueerd. Deze evaluatie gebeurt tegen de achtergrond van de algemene probleemstelling: op welke wijze vindt de integrale invoering van de WVG plaats en wat zijn de effecten? (zie ontwerp van onderzoek; Rijksuniversiteit Limburg, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, Katholieke Hogeschool Tilburg/Instituut voor Arbeidsvraagstukken, maart 1984, blz. 2)

Deze rapportage is een beschrijving van de ontwikkelingen in het kader van het integrale invoeringsproject in de regio Kennemerland tot en met augustus 1984. In het bijzonder betreft het hier de fase waarin de adviezen zijn voorbereid met betrekking tot de bestuursorganisatorische maatregelen. Deze maatregelen moeten worden voorbereid door overheden en functionele groeperingen en door het rijk vastgesteld, voordat met de invoering van de wet kan worden begonnen. Hier wordt met name aandacht besteed aan de vraag of en in hoeverre de voorstellen kunnen bijdragen aan een decentrale, samenhangende, democratische, efficiënte en eenvoudige beleidsvoering. Voor zover het in dit stadium van het evalua-

tie-onderzoek mogelijk is, worden eventuele knelpunten gesignaleerd en voorlopige aanbevelingen gedaan.

Hoofdstuk 2: Uitgangssituatie besturingssysteem

Een beschrijving van de uitgangssituatie is om verschillende redenen van belang. Deze situatie is niet alleen van invloed op de invulling van de bestuursorganisatorische maatregelen, maar kan ook te zijner tijd een verklaring zijn voor eventuele knelpunten tijdens de voorbereiding en de invoering van de wet. Daarnaast kan een beschrijving van de uitgangssituatie van het besturingssysteem differentiërende factoren zichtbaar maken die verschillen in invulling van bestuursorganisatorische maatregelen tussen de drie regio's kunnen verklaren. De uitgangssituatie kan als volgt schetsmatig worden weergegeven.

De provincie Noord-Holland heeft ervaring opgedaan op het terrein van de planning in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet Ambulancevervoer (WAV). In het kader van de WZV heeft de provincie een planprocedure opgesteld waarbij geanticipeerd is op de werkingssfeer van de WVG. Als adviesorgaan op provinciaal niveau kent de provincie de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (PRV).

Aan intergemeentelijke samenwerking treffen wij in de regio aan het overleg tussen de gemeenten uit Midden-Kennemerland (Beverwijk, Castricum, Heemskerk, Uitgeest en Velsen) en tussen de gemeenten van Zuid-Kennemerland (Bennebroek, Bloemendaal, Haarlem, Haarlemmerliede en Spaarnwoude, Heemstede en Zandvoort). Voor de volledigheid moet worden opgemerkt dat de gemeente Haarlemmermeer intergemeentelijk samenwerkt in Amstel- en Meerlandenverband en de gemeente Hillegom met andere gemeenten uit de Bollenstreek. In tegenstelling tot de provincie hebben de gemeenten geen of zeer weinig ervaring op het terrein van het ontwikkelen van een

gezondheidszorgbeleid. Alleen in de twee grotere gemeenten (Haarlem en Velsen) zijn uitgewerkte aanzetten tot beleidsontwikkeling op het terrein van de - eerstelijns - gezondheidszorg te vinden. De bestaande overlegsituaties van gemeenten met het veld zijn zeer beperkt.

De regio kent een Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland (ROGK), een samenwerkingsverband van instellingen en personen werkzaam in de gezondheidszorg. Hierbij zijn ook aangesloten een aantal sectorale samenwerkingsorganen. Van de ziektekostenverzekeraars treedt Het Ziekenfonds Spaarneland op de voorgrond als vertegenwoordiger van de ziektekostenverzekeraars in de regio. Door de invoering van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) is zijn positie binnen het regionale gezondheidszorgbeleid aanzienlijk versterkt.

Naast het Regionaal Patiëntenberaad Kennemerland (RPB), een overlegplatform van ongeveer 20 gebruikersorganisaties, treffen wij in de regio ook aan het Regionaal Platform Geestelijke Gezondheidszorg en een aantal gebruikersorganisaties uit Zuid- en Midden-Kennemerland die niet zijn aangesloten bij het RPB.

Hoofdstuk 3: Structuur integraal invoeringsproject

Ten behoeve van het integrale invoeringsproject is door het provinciaal bestuur van Noord-Holland een Stuurgroep ingesteld, die adviezen opstelt ten behoeve van betrokken overheden.

Deze Stuurgroep kent als leden vertegenwoordigers van de rijks- en provinciale overheid en van de gemeentelijke overheden in de regio. Als adviseurs zijn aan de Stuurgroep toegevoegd vertegenwoordigers van de PRV, het ROGK, de ziektekostenverzekeraars en de Geneeskundige Inspecties. Over deelname van gebruikers(organisaties) vindt overleg plaats.

De Stuurgroep wordt bijgestaan door een ambtelijke werkgroep.

Deze bereidt de vergaderingen van de Stuurgroep voor. Voorts functioneert onder verantwoordelijkheid van de ambtelijke werkgroep een projectgroep informatievoorziening en een werkgroep inventarisatie.

In december 1983 is een bestuurlijk overleg tussen provincie en gemeenten in het leven geroepen waarin bestuurlijke afstemming onderwerp van gesprek is.

Naast deze specifiek voor het integrale invoeringsproject in het leven geroepen overlegsituaties, treffen we in de regio nog enige vormen van overleg aan, waarin de invoering van de WVG onderwerp van gesprek is. In Midden-Kennemerland is dit een intergemeentelijk portefeuillehoudersoverleg, aangeduid met de naam Regioberaad Volksgezondheid IJmond. In Zuid-Kennemerland is dit portefeuillehoudersoverleg aangeduid met het Bestuurlijk Overleg WVG. Tenslotte kan nog worden genoemd het overleg in het bestuur van het ROGK.

Hoofdstuk 4: Verloop voorbereidingsproces

Op 21 juni 1983 vond de installatie en eerste bijeenkomst van de Stuurgroep plaats. In deze Stuurgroep moesten de bestuursorganisatorische maatregelen worden voorbereid. Eind 1983 raakte het overleg in de Stuurgroep in een impasse. Een door de ambtelijke werkgroep voorbereide nota werd door de Stuurgroep niet aanvaard. Deze nota betrof de invulling van de planprocedure en de taakverdeling. Gemeenten en provincie hadden dienaangaande uiteenlopende visies. De impasse werd opgeheven na bilateraal overleg van de voorzitter van de Stuurgroep (de Gedeputeerde van Volksgezondheid) met onder andere de gemeenten en het veld.

Dit resulteerde in het voorstel om, alvorens tot planning van voorzieningen over te gaan, provincie en gemeenten overleg te laten plegen. Dit overleg zal resulteren in een intentieverkla-

ring. Voor de vaststelling van deze verklaring door provincie en gemeenten zal gestructureerd overleg gevoerd worden met de functionele groeperingen, nl. het veld van gezondheidszorg, de ziektekostenverzekeraars en de gebruikers(organisaties). Om dergelijke impasses in de toekomst te vermijden werd verder afgesproken dat voorafgaand aan Stuurgroepvergaderingen tussen provincie en gemeenten bestuurlijk overleg zal plaatsvinden.

In de vergadering van de Stuurgroep d.d. 17 april 1984 is de nota bestuursorganisatorische maatregelen Wet Voorzieningen Gezondheidszorg vastgesteld en aan Gedeputeerde Staten aangeboden ten behoeve van de rapportage van dit College aan de Staatssecretaris van WVC.

Vervolgens werd de nota voor een inspraakronde aan betrokkenen in de regio gezonden. De besluitvorming over deze nota is door de afzonderlijke gemeentebesturen en het provinciaal bestuur op eigen wijze ingevuld. Alle gemeenten in Midden-Kennemerland hebben de nota aanvaard, uitgezonderd de gemeente Velsen die een voorbehoud maakt ten aanzien van de advies- en overlegstructuur. Van de gemeenten in Zuid-Kennemerland heeft alleen de gemeente Bloemendaal de nota niet aanvaard. Deze gemeente heeft de aanvaarding gekoppeld aan nieuw overleg over de toekomst van de "burgerbedden" van het Marinehospitaal.

In de rapportage van het College van Gedeputeerde Staten aan de Staatssecretaris van WVC, begin juli 1984, heeft zij verslag gedaan van het advies van de Stuurgroep, het besluit van Provinciale Staten, de reactie van de PRV, visies/standpunten en reacties uit de inspraak en het commentaar van Gedeputeerde Staten op de inspraakreacties.

Hoofdstuk 5: Gebiedsindeling

De gebiedsindeling is vastgesteld door Provinciale Staten van

Noord-Holland op 9 januari 1984 en ter goedkeuring aangeboden aan de Staatssecretaris van WVC. De gebiedsindeling vormde geen onderwerp van bespreking in de Stuurgroep. De gezondheidsregio Kennemerland is opgedeeld in de gemeente Haarlemmermeer en twee subregio's: Midden- en Zuid-Kennemerland. Bij de beschrijving van de uitgangssituatie van het besturingssysteem is aangegeven welke gemeenten tot deze subregio's behoren.

Gedeputeerde Staten signaleren met betrekking tot de gebiedsindeling twee knelpunten, nl. de gemeenten Haarlemmermeer en Hillegom. Beide gemeenten kennen onder meer een oriëntatie van hun inwoners op de intramurale voorzieningen gelegen in Haarlem en Heemstede. De bestuurlijke oplossingen die zijn gekozen zijn verschillend. Hillegom, als gemeente in de provincie Zuid-Holland, blijft tot de gezondheidsregio Leiden behoren. Het provinciaal bestuur van Zuid-Holland wees reeds in een vroeg stadium een bestuurlijke herindeling van de hand en wenste bovendien geen medewerking te verlenen aan deelname van Hillegom aan het integraal invoeringsproject Kennemerland. De gemeente Haarlemmermeer daarentegen is wel bij het integraal invoeringsproject betrokken. Het provinciaal bestuur van Noord-Holland kiest om een tweetal redenen voor het voorlopig betrekken van deze gemeente bij de provinciale beleidsvorming ten aanzien van gezondheidszorgvoorzieningen in de regio Kennemerland en de gemeente erbuiten te laten wat betreft de gemeentelijke beleidsvorming. Deze redenen zijn:

- De ontwikkeling van het Amstel- en Meerlandengebied, waartoe de gemeente Haarlemmermeer behoort, tot een subregio mag niet worden gestagneerd.
- De gegroeide samenwerking op extramuraal gebied in de Amstel- en Meerlanden mag niet worden bemoeilijkt.

Met uitzondering van de wijze waarop met de gemeente Haarlemmermeer rekening is gehouden, kan de gebiedsindeling als logisch worden beschouwd. In tegenstelling tot de gemeenten in Midden- en Zuid-Kennemerland beschikt de gemeente Haarlemmermeer voor de

voorzieningen op gemeentelijk niveau slechts over instrumenten die op basis van de sectorale invoering van de WVG worden aange-reikt. Een samenhangende planning van intramurale en extramurale voorzieningen zal hierdoor vermoedelijk worden doorkruist. Verder rest de vraag, of en op welke wijze de gekozen oplossing in de toekomst een storende invloed zal hebben op het verdere verloop van het invoeringsproject.

Hoofdstuk 6: Taakverdeling en samenwerking tussen over- heden

Met uitzondering van de voorzieningen waarvan de definitieve toe-delung onderdeel zal uitmaken van een intentieverklaring van pro-vincie en gemeenten (zie ook hoofdstuk 4), zijn de voorzieningen toegedeeld aan de bestuurlijke niveaus overeenkomstig de schaal-groottes van de verzorgingsgebieden van betreffende voorzieningen. Hierbij is gekeken naar het niveau waarop taken worden uitgevoerd en niet zozeer naar de organisatiestructuur van de instellingen. De voorgestelde taakverdeling geldt in principe voor de eerste planperiode. De taakverdeling is in zoverre flexibel dat wanneer blijkt dat een bepaalde voorziening beter aan een ander over-heidsniveau kan worden toebedeeld, dit ook kan gebeuren. De knelpunten die zich bij de bepaling van de taakverdeling in de regio voordoen, hebben betrekking op de volgende voorzieningen: de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de ambulante verslaaf-denzorg en de verpleeghuizen en bejaardenoordelen. Deze voorzie-ningen zullen definitief worden toebedeeld in het overleg dat zal resulteren in een intentieverklaring van provincie en (samenwer-kende) gemeenten. Deze intentieverklaring moet worden gezien als een instrument ten behoeve van de samenhang tussen de provinciale en de gemeentelijke planning. De intentieverklaring is te be-schouwen als een bestuurlijke wilsovereenstemming. Naast deze

intentieverklaring kan ook het provinciale beleidsplan, dat als toetsingskader voor de goedkeuring van de gemeentelijke beleids- en voorzieningenplannen dient, als een instrument worden beschouwd om tot verticale afstemming van beleid te komen. Tenslotte kan nog worden genoemd de "waarnemerspositie" die de gemeenten verkrijgen in de provinciale plancommissie en het horen van gemeenten over het ontwerp-provinciaal beleidsplan door Gedeputeerde Staten (zie over de planprocedure hoofdstuk 7).

De coördinatie van activiteiten van gemeenten ten behoeve van de horizontale samenwerking vindt in Midden-Kennemerland plaats op basis van een gemeenschappelijke regeling, in Zuid-Kennemerland binnen het bestuurlijke kader van het gewest Kennemerland. Gezien de grote scepsis die er bestaat ten aanzien van de samenwerking tussen gemeenten, vragen wij ons af of de conflictregelingen voldoende zullen zijn. Verder betwijfelen wij dat de instrumenten die in het planningsconcept (zie hoofdstuk 7) worden aangedragen voldoende waarborgen bieden voor een samenhangende en efficiënte beleidsvoering.

Hoofdstuk 7: Plannings- en adviesstructuur

In de regio Kennemerland is gekozen voor een planningsconcept, waarbij onderscheid wordt gemaakt in intentieverklaring - beleidsplan - voorzieningenplan. In de intentieverklaring, een bestuurlijke wilsovereenstemming tussen provincie en gemeenten, wordt onder meer de samenhang tussen de planningsniveaus geregeld. In de beleidsplannen zijn de beleidsuitgangspunten neergelegd, in de voorzieningenplannen vindt per sector een concrete uitwerking van betreffende beleidsplannen plaats. Zowel provincie als (samenwerkende) gemeenten zullen volgens de voorstellen beleidsplannen en voorzieningenplannen vaststellen.

De adviesstructuur maakt onderdeel uit van de planningsstructuur.

De (inter)gemeentelijke adviesstructuren dragen nog een voorlopig karakter. Van de zijde van het veld van gezondheidszorg is er de nodige kritiek op gegeven. Zij worden als te ingewikkeld (Zuid-Kennemerland) dan wel te summier (Midden-Kennemerland) bestempeld. Gedeputeerde Staten hebben de voorgestelde intergemeentelijke adviesstructuren niet aanvaard en besloten in het najaar van 1984 met de betrokken gemeentebesturen nader te overleggen.

Voorafgaand aan de provinciale en (inter)gemeentelijke planning zal overleg plaatsvinden tussen provincie en gemeenten, resulterend in een intentieverklaring. Voordat deze intentieverklaring door provincie en gemeenten zal worden vastgesteld, zullen functionele groeperingen gelegenheid krijgen om zich hierover uit te spreken. Voor wat betreft de verdere provinciale adviesstructuur blijkt dat de provinciale beleidsplannen zullen worden opgesteld door een plancommissie, waarin ook de functionele groeperingen zijn vertegenwoordigd. Voorgesteld is dat het ROGK (ook wel ROGK-nieuwe stijl of regioberaad genoemd) uitvoering geeft aan een of meer in het beleidsplan genoemde knelpunten. Dit resulteert in een voorstel voor een ontwerp-voorzieningenplan (voorontwerp-voorzieningenplan).

De PRV in Noord-Holland zal worden verzocht te adviseren over de (functionele) uitgangspunten voor het provinciaal beleid, het ontwerp-beleidsplan en het voorontwerp-voorzieningenplan.

Gemeenten zullen worden gehoord over het ontwerp-beleidsplan en het voorontwerp-voorzieningenplan. Ten aanzien van het ontwerp-beleidsplan zal een inspraakronde worden gehouden, het ontwerp-voorzieningenplan wordt 6 weken ter visie gelegd.

De Statencommissie voor Gezondheidszorg wordt verzocht te adviseren over de nota van uitgangspunten (waaruit de hiervoor reeds genoemde intentieverklaring voortvloeit), het ontwerp-beleidsplan en het ontwerp-voorzieningenplan.

De provinciale plan- en/of adviesprocedure heeft weinig kritiek ontvangen. Alleen de dubbele advisering van het PRV heeft vragen

opgeroepen. Ook wij vragen ons af of het in het kader van een efficiënte beleidsvoering niet wenselijk is de PRV op te nemen als een volwaardig lid van de provinciale plancommissie. Met het oog op een meer efficiënte en samenhangende beleidsvoering zou dit ook kunnen worden bepleit voor de gemeenten in de regio. Gemeenten hebben nu een waarnemersfunctie in de provinciale plancommissie en zij worden gehoord over het ontwerp-provinciaal beleidsplan.

Het onderscheid intentieverklaring - beleidsplan - voorzieningenplan bergt het gevaar in zich dat een adviesprocedure wordt ontwikkeld die te ingewikkeld is.

Ten aanzien van de positie van de gebruiker dienen nog de nodige problemen te worden opgelost. Voordat zij in adviessituaties een met de andere participanten in het WVG-gebeuren vergelijkbare positie kunnen innemen, zullen nog grote investeringen moeten worden gedaan.

Hoofdstuk 8: Informatievoorziening

De Staatssecretaris van WVC heeft de informatievoorziening uit de context van de bestuursorganisatorische maatregelen gelicht en de voorbereiding op het landelijke niveau getild.

Onderscheid wordt gemaakt tussen de inhoudelijke informatiebehoefte en de beheersorganisatie. Wat betreft de informatiebehoefte lijkt te worden uitgegaan van de Handleiding Regionale Gegevensoverzichten Gezondheidszorg (NIPG-TNO, 1984). In de projectgroep informatievoorziening is geconcludeerd dat de handleiding in behoorlijke mate voldoet aan de gegevensbehoefte van provincie en gemeenten. In afwachting van de landelijke ontwikkelingen zijn in Kennemerland met betrekking tot een beheersorganisatie geen verdere activiteiten ontplooid.

Hoofdstuk 9: Ambtelijke ondersteuning en ondersteuning adviesorganen

Ten behoeve van de integrale invoering zullen door het rijk bedragen worden verstrekt van ± f 1,-- per inwoner per jaar aan de provincies en ± f 3,-- per inwoner per jaar voor de gemeenten. Deze middelen zijn bestemd voor zowel de ambtelijke ondersteuning als de ondersteuning van de adviesorganen. Bij de definitieve vaststelling van de bedragen zal rekening worden gehouden met de taakverdeling tussen de provincie en gemeenten.

Ten behoeve van de planning in het kader van de integrale invoering van de WVG zullen zowel de gemeenten in Midden-Kennemerland als in Zuid-Kennemerland deskundigheidspools instellen. In Midden-Kennemerland zal de deskundigheidspool worden ondergebracht in een nieuwe gemeenschappelijke regeling, in Zuid-Kennemerland bij het gewest Kennemerland. De provincie zal in eerste instantie (voorbereidingsfase) gebruik maken van het bestaande ambtenaren-apparaat.

In het kader van de ondersteuning van de adviesorganen zal de provincie financiële middelen ter beschikking stellen aan het ROGK nieuwe stijl. De gewestgemeenten zullen dit doen voor wat betreft de secretariële werkzaamheden die het ROGK nieuwe stijl zal uitvoeren ten behoeve van de intergemeentelijke adviescommissie. De IJmondgemeenten hebben aan het ROGK geen specifieke plaats toegekend en dienovereenkomstig geen financiële toezeggingen gedaan.

In de regio acht men de plankostenvergoeding voldoende tot ruim voldoende om een ambtelijk apparaat op te bouwen ten behoeve van de beleidsvoering in het kader van de WVG.

Hoofdstuk 10: Overige maatregelen ten behoeve van de planfase

In mei 1984 verscheen van de zijde van de rijksoverheid het ontwerp-schema van werkzaamheden integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Dit ontwerp-schema bevat een eerste inventarisatie van de werkzaamheden die in de komende tijd ten behoeve van de integrale invoering moeten worden verricht. Eventuele op- en aanmerkingen over dit ontwerp-schema kunnen voor 1 december 1984 aan de Staatssecretaris van WVC worden gezonden. De werkzaamheden die onder meer moeten worden verricht, hebben betrekking op richtlijnen, kwaliteitseisen en normen van de rijksoverheid, de financiële kaders, de relatie planning - financiering, de relatie voorzieningenbeleid - vestigingsbeleid en de overgang van de huidige planning in de nieuwe planning. Aanzetten zijn reeds gegeven, maar een en ander moet nog verder worden uitgewerkt.

Hoofdstuk 11: Nabeschuwing en aanbevelingen

Begin juli 1984 is door Gedeputeerde Staten van Noord-Holland aan de Staatssecretaris van WVC geadviseerd over de invulling van de bestuursorganisatorische maatregelen inzake de taakverdeling en samenwerking tussen overheden en de advies- en overlegstructuur. Deze advisering betreft een onderdeel van de voorbereiding van de integrale invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de regio Kennemerland. Afzonderlijk is gerapporteerd over de gebiedsindeling. De informatievoorziening is in afwachting van landelijke ontwikkelingen op verzoek van de Staatssecretaris van WVC buiten beschouwing gebleven.

De voorbereiding van de bestuursorganisatorische maatregelen heeft ongeveer een jaar geduurd. Bij nadere analyse van het voor-

bereidingsproces zijn een aantal positieve en negatieve factoren aan te geven die het proces hebben beïnvloed. Aan de belangrijkste basisvoorwaarde is voldaan, te weten de bereidheid van betrokkenen om hun medewerking te verlenen aan het integrale invoeringsproject. Verder kunnen wij als belangrijke positieve factoren noemen: de planningservaring van de provincie opgedaan bij de planning in het kader van de WZV en WAV, de gestructureerdheid en openheid van het overleg, de grote betrokkenheid van de Gedeputeerde bij dit invoeringsproject. Als belangrijkste negatieve factoren beschouwen wij: het niet of te laat verstrekken van informatie door de rijksoverheid, het tekort aan planningsdeskundigheid bij de gemeenten en de uiteenlopende visies van provincie en gemeenten over de invulling van de planprocedure en de taakverdeling.

In de ogen van betrokkenen hebben de negatieve invloeden de overhand gehad. Ruim tweederde van de door ons in de maanden juni/juli 1984 geïnterviewde personen karakteriseert het voorbereidingsproces namelijk als moeizaam en/of te veel bepaald door bestuurlijke en persoonlijke verhoudingen of is van mening dat het proces te lang heeft geduurd. Wij zijn van mening dat het voorbereidingsproces in een redelijk tempo is verlopen, ondanks de bestuurlijke problemen waarvoor oplossingen gevonden moesten worden. Wel moet worden opgemerkt dat een aantal maatregelen nog onvoldoende zijn ingevuld. Hoewel het voorbereidingsproces door een groot aantal betrokkenen als negatief is ervaren, kan bijna een ieder instemmen met de voorgestelde bestuursorganisatorische maatregelen.

Zoals in het inleidende hoofdstuk al is opgemerkt, is met name aandacht besteed aan de vraag of en in hoeverre de voorstellen kunnen bijdragen aan een decentrale, samenhangende, democratische, efficiënte en eenvoudige beleidsvoering.

De decentralisatie-optiek komt naar onze mening in de voorstellen voldoende tot uiting. Over de beleidsruimte die lagere overheden

zullen krijgen, kunnen slechts voorlopige uitspraken worden gedaan die bovendien in vele gevallen een tentatief karakter hebben. Ter voorkóming van een door de regio als ongewenst ervaren beperking van de eigen beleidsruimte van lagere overheden, verdient het aanbeveling de door provincie en gemeenten gevraagde experimenteerruimte te honoreren.

Met het oog op een samenhangende beleidsvoering lijken de voorstellen om tot afstemming van provinciaal en gemeentelijk beleid te komen onvoldoende garanties te bieden. De inschakeling van deskundigheidspools biedt naar onze mening wel mogelijkheden om tot een samenhangende beleidsvoering te komen op subregionaal niveau. Nog onduidelijk is wat de consequenties zijn van het vasthouden aan gemeentelijke autonomie ten aanzien van de planvaststelling. De gemeenten verschillen onderling aanzienlijk in omvang en politieke samenstelling. Dit is van invloed op de prioriteit die aan gezondheidszorg wordt toegekend binnen het gemeentelijk beleid en op de invulling van het lokale gezondheidszorgstelsel.

Op een democratische beleidsvoering bieden de voorstellen op zich perspectief. Door betrokkenen wordt wel de vrees uitgesproken dat raadsleden weinig tegenspel kunnen bieden aan de portefeuillehouders van gezondheidszorg en dat de politieke representatieve organen door de arbitrageregelingen buiten spel kunnen worden gezet. Voorts spreekt het veld van gezondheidszorg de vrees uit dat de functionele groeperingen te laat worden betrokken bij de gemeentelijke planning. Ten aanzien van het vervullen van een volwaardige rol van de gebruikers(organisaties) in de planning hebben wij onze twijfels. De kritiek wat betreft een democratische beleidsvoering gaat voornamelijk uit naar de gemeentelijke plan- en/of adviesprocedures. De provincie krijgt weinig kritiek, het enige punt betreft de dubbele advisering van de PRV.

Tenslotte zijn wij van mening dat deze voorgestelde maatregelen geen vooruitzicht bieden op een efficiënte en eenvoudige beleids-

voering. Het onderscheid intentieverklaring - beleidsplan - voorzieningenplan bergt het gevaar in zich dat plan- en adviesprocedures worden opgesteld die te ingewikkeld zijn.

Naar onze mening zullen de bestuursorganisatorische maatregelen uiteindelijk beoordeeld worden op de mate waarin zij bijdragen aan het realiseren van de doelstellingen van het zorgsysteem (samenhang tussen voorzieningen; het bevorderen van de bereikbaarheid, continuïteit en kwaliteit van de zorg; verschuiving tweede naar eerste lijn; kostenbeheersing).

De ontwikkelingen in de regio Kennemerland in beschouwing nemend, komen wij tot onderstaande aanbevelingen. Voor de volledigheid merken wij nog op dat géén aanbevelingen zijn geformuleerd ten behoeve van de integrale invoering in geheel Nederland. De ontwikkelingen in de andere integrale invoeringsprojecten zijn nog niet zo ver gevorderd dat de onderzoeksinstituten gezamenlijk tot aanbevelingen kunnen komen voor de integrale invoering in geheel Nederland.

Aanbevelingen voor de integrale invoering in de regio Kennemerland:

1. Op korte termijn dient - ook van de zijde van de rijksoverheid - duidelijkheid te worden verschaft ten aanzien van de definitieve gebiedsindeling in het kader van de WVG, met name wat betreft de positie van de gemeente Haarlemmermeer.
2. Met het oog op een samenhangende planontwikkeling ten aanzien van intra- en extramurale voorzieningen is het noodzakelijk noch gewenst de gemeente Haarlemmermeer verder bij het integrale invoeringsproject te betrekken. Naar onze mening zal dit ook stimulerend werken op de intergemeentelijke samenwerking van deze gemeente in het kader van het Amstel- en Meerlandenoverleg.
3. Op korte termijn dient tussen de Ministeries van Defensie en WVC overleg plaats te vinden over de toekomst van de "burger-

bedden" van het Marinehospitaal (eventueel) in aanwezigheid van de portefeuillehouders volksgezondheid van de gemeenten Bloemendaal en Zandvoort en de Gedeputeerde van volksgezondheid van de provincie Noord-Holland.

4. Lagere overheden dienen hun overlegsituaties met het veld van gezondheidszorg en (delen van de) maatschappelijke dienstverlening uit te breiden en te structureren.
5. De ontwikkeling van het ROGK als spreekbuis van het gehele veld van gezondheidszorg en (delen van de) maatschappelijke dienstverlening moet worden gestimuleerd. Dit impliceert onder meer een constructieve opstelling van de lagere overheden ten opzichte van het ROGK.
6. De beleidsuitgangspunten uit de intentieverklaring dienen in de beleidsplannen te worden opgenomen om meer garanties te bieden voor een samenhangende beleidsvoering. Voorts lijkt het ons zinvol tegen de achtergrond van een samenhangende beleidsvoering nogmaals te overwegen één beleidsplan per subregio door provincie en gemeenten gezamenlijk op te laten stellen. Vanzelfsprekend is de wenselijkheid hiervan afhankelijk van de betekenis en de inhoud van de gezamenlijk opgestelde intentieverklaring. Het verdient aanbeveling de rijksoverheid bij het vaststellen van de intentieverklaring een rol te laten vervullen.
7. Het is gewenst dat de rijksoverheid op korte termijn komt met een globaal beleidsplan waarin haar beleidsuitgangspunten zijn vastgelegd.
8. Tegen de achtergrond van de bestaande samenwerkingscultuur (behoud van gemeentelijke autonomie) dienen de voorgestelde gemeentelijke conflictregelingen verder te worden uitgewerkt en dient aangegeven te worden wanneer deze regelingen in werking treden.
9. Een dubbel adviseursschap door de PRV, eenmaal als waarnemer in de plancommissie die het voorontwerp-beleidsplan opstelt

en eenmaal als adviseur van Gedeputeerde Staten ten aanzien van het ontwerp-beleidsplan, lijkt ons niet gewenst. Wij stellen voor alle participanten in de plancommissie, leden en adviseurs en waarnemers, de gelegenheid te geven schriftelijk hun commentaar bij het voorontwerp-beleidsplan te voegen. Verder dient, tegen de achtergrond van een efficiënte beleidsvoering te worden overwogen de PRV als onafhankelijk en volwaardig lid op te nemen in de plancommissie. Dit kan ook worden bepleit voor gemeenten met het oog op meer garanties voor een samenhangende en efficiënte beleidsvoering.

10. Deelnemers aan overlegsituaties dienen oog te (blijven) houden voor een goede terugkoppeling. Dit betreft zowel de overheden als de functionele groeperingen. Politiek representatieve organen dienen bij de voorbereiding van bestuursorganisatorische maatregelen regelmatig door middel van voortgangsverslagen van de zijde van portefeuillehouders van volksgezondheid op de hoogte te worden gehouden over de stand van zaken en belangrijke ontwikkelingen met betrekking tot de integrale invoering.
11. Op de korte termijn dienen de gemeentelijke overheden hun deskundigheid op het terrein van de gezondheidszorg te vergroten.
12. Op de korte termijn dient aandacht te worden besteed aan participatiestimulering in de zin van voorlichting, inschakeling van organisaties ten behoeve van gebruikers, etc.
13. De informatievoorziening dient te zijn geregeld voordat het planningsproces aanvangt.
14. De rijksoverheid dient op de korte termijn duidelijkheid te verschaffen ten aanzien van:
 - de toekomstige beleidsruimte voor lagere overheden;
 - de relatie integraal invoeringsproject WVG-WGM;
 - de relatie lagere overheden-ziektekostenverzekeraars.

15. De maatregelen betreffende richtlijnen, kwaliteitseisen en normen van de rijksoverheid, de financiële kaders, de relatie planning-financiering, de relatie voorzieningenbeleid - vestigingsbeleid en de overgang van de huidige planning in de nieuwe planning dienen in hun onderlinge samenhang te worden gezien. De consequenties van deze maatregelen voor de toekomstige beleidsruimte in het invoeringsproces dienen nadrukkelijk bij de voorbereiding te worden betrokken.
16. De rijksoverheid dient duidelijkheid te verschaffen over de status van de adviezen, i.c. de nota's bestuursorganisatorische maatregelen uit de drie integrale invoeringsprojecten.
17. De gevraagde experimenteerruimte door provincie en gemeenten dient te worden gehonoreerd.

I. INLEIDING

Op verzoek van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur evalueert het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO de integrale invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de regio Kennemerland. Dit eerste rapport is te beschouwen als een tussentijds verslag over de voorbereiding van de bestuursorganisatorische maatregelen ten behoeve van de invoering van deze wet.

1.1 Integrale invoering WVG

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) is in 1982 door het parlement aangenomen. Deze wet beoogt een belangrijke bijdrage te leveren aan de herstructurering van de gezondheidszorg. Hij is gericht op volumeregeling, spreiding en samenhang in het zorgstelsel en het waarborgen van kwaliteit. Uitgangspunt hierbij is decentrale beleidsvoering. Naast een landelijke sectorale invoering zal deze wet, ter voorbereiding van een landelijke integrale invoering, in drie gebieden bij wijze van experiment (zie WVG, Hoofdstuk VI: Bijzondere regelen voor experimenten) integraal worden ingevoerd. Deze gebieden zijn de regio's Kennemerland en Eindhoven/Kempenland en de provincie Limburg. Het doel van dit experiment is op beperkte schaal ervaringen op te doen die gebruikt kunnen worden bij zowel de integrale invoering in deze drie gebieden als de uiteindelijke integrale invoering van deze wet in geheel Nederland.

De invoering van de WVG verloopt gefaseerd. In de eerste fase - de voorbereidings- of opstartfase - dienen de voorwaarden gescha- pen te worden die de betrokken overheden en organen in staat moeten stellen beleid te gaan voeren. In de volgende fase - de plan- fase - kunnen dan plannen worden opgesteld en kan een vestigings-

beleid worden ontwikkeld. Ten slotte wordt in de derde fase - de implementatiefase - het in het kader van de WVG vastgestelde beleid voor het eerst uitgevoerd.

In de voorbereidingsfase dient onder meer de bestuurlijke infrastructuur te worden aangepast. Met name zullen bestuursorganisatorische maatregelen worden genomen met betrekking tot:

- de gebiedsindeling;
- de taakverdeling en samenwerking tussen overheden;
- de advies- en overlegstructuur;
- de informatievoorziening.

Door de rijksoverheid is aan de betrokken Colleges van Gedeputeerde Staten gevraagd de coördinatie van de voorbereiding van maatregelen op bovengenoemde terreinen op zich te nemen (brief van de Staatssecretaris van WVC aan de Colleges van Gedeputeerde Staten van Noord-Brabant, Limburg en Noord-Holland d.d. 15 maart 1983). Hiernaast worden in deze fase verschillende maatregelen voorbereid met betrekking tot de relatie planning-financiering, de vaststelling van financiële kaders, richtlijnen, kwaliteitseisen en normen, en de samenhang tussen voorzieningenplanning en vestigingsbeleid.

Oorspronkelijk lag het in de bedoeling het voorbereidingsproces eind 1983 af te ronden. Op 1 januari 1984 zou de wet dan kunnen worden ingevoerd. Omdat de voorbereiding door de verschillende overheden evenwel meer tijd kostte dan gepland, werd de invoeringsdatum in eerste instantie verschoven naar 1 juli 1984. Toen ook deze datum niet haalbaar bleek, heeft de Staatssecretaris van WVC besloten geen nieuwe ingangsdatum meer te noemen (brief van de Staatssecretaris aan de Colleges van Gedeputeerde Staten en aan de Colleges van Burgemeester en Wethouders d.d. 19 april 1984).

1.2 Evaluatie invoering WVG

1.2.1 Doelstelling

Om de ervaringen in de drie integrale invoeringsprojecten zoveel mogelijk te benutten wordt de integrale invoering geëvalueerd door onderzoeksinstituten, te weten: Rijksuniversiteit Limburg, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO en de Katholieke Hogeschool Tilburg/IVA. Deze evaluatie gebeurt tegen de achtergrond van de algemene probleemstelling: op welke wijze vindt de integrale invoering van de WVG plaats en wat zijn de effecten? (zie ontwerp van onderzoek; Rijksuniversiteit Limburg, Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, Katholieke Hogeschool Tilburg/Instituut voor Arbeidsvraagstukken, maart 1984, blz. 2) Zoals opgemerkt evalueert het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO de invoering in de regio Kennemerland. Deze eerste rapportage betreft de adviezen uit de regio Kennemerland met betrekking tot het nieuwe bestuursstelsel, i.c. de bestuursorganisatorische maatregelen. Daarbij zal aandacht worden besteed aan de vraag of en in hoeverre de voorstellen kunnen bijdragen aan een samenhangende, decentrale, democratische, efficiënte en eenvoudige beleidsvoering (evaluatiecriteria van het onderzoek).

1.2.2 Onderzoeksgebied

Alhoewel de gebiedsindeling een van de bestuursorganisatorische maatregelen is, lijkt het gewenst hier kort aandacht te besteden aan de afbakening van het gebied waarin het evaluatie-onderzoek zich afspeelt. In paragraaf 1.2.1 is al opgemerkt dat de integrale invoering van de WVG plaatsvindt in de regio Kennemerland. Dit gebied bestaat uit Midden-Kennemerland (bestaande uit de gemeen-

ten: Beverwijk, Castricum, Heemskerk, Uitgeest en Velsen) en Zuid-Kennemerland (de gemeenten: Bennebroek, Bloemendaal, Haarlem, Haarlemmerliede en Spaarnwoude, Heemstede en Zandvoort).

Hiernaast worden ook in het onderzoek betrokken de gemeenten Hillegom (formeel erbij genomen) en Haarlemmermeer. Dit is onder meer ingegeven door de omstandigheid dat de gemeente Haarlemmermeer tot de gezondheidsregio Kennemerland wordt gerekend en door de oriëntatie van de inwoners van deze gemeenten op met name de intramurale voorzieningen in Zuid-Kennemerland. Op de bestuurlijke overwegingen die leiden tot een gebiedsindeling voor het integrale invoeringsproject zal uitvoerig worden ingegaan in hoofdstuk 5.

1.2.3 Onderzoeksopzet

Evenals de invoering van de WVG verloopt het evaluatie-onderzoek gefaseerd. In de eerste fase staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Hoe zijn de bestuursorganisatorische maatregelen tot stand gekomen? Het betreft hier een analyse van het proces dat tot invoering van de bestuursorganisatorische maatregelen zal leiden. Hierbij zal met name aandacht worden besteed aan de factoren: middelen, informatie, opvattingen en macht. (Deze worden in bijlage 4 nader uitgewerkt.)
2. Hoe zien de bestuursorganisatorische maatregelen eruit en wat verandert er door een eventuele invoering van de bestuursorganisatorische maatregelen in het licht van de evaluatiecriteria? Met andere woorden: in hoeverre kunnen en zullen de bestuursorganisatorische maatregelen bijdragen aan het tot stand komen van een samenhangende, decentrale, democratische, efficiënte en eenvoudige beleidsvoering.

Voor een uitvoerige beschrijving van de aan het onderzoek ten grondslag liggende evaluatiecriteria verwijzen wij naar bijlage 5 en het ontwerp van onderzoek (Rijksuniversiteit Limburg/Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO/Katholieke Hogeschool/IVA, maart 1984).

Voor de beantwoording van gestelde onderzoeksvragen wordt gebruik gemaakt van verschillende onderzoeksmethoden. In de eerste plaats vindt een systematische documentanalyse plaats. Deze analyse verschaft ons inzicht in de in schriftelijke stukken neergelegde informatie over de integrale invoering van de WVG in Kennemerland. In de tweede plaats worden periodiek interviewrondes gehouden. Deze interviews bieden enerzijds mogelijkheden het inzicht te verbreden dat verkregen is via documentanalyse en anderzijds inzicht te krijgen in opvattingen en verwachtingen van betrokkenen. Na het afronden van het advies over de bestuursorganisatorische maatregelen is in de maanden juni/juli 1984 een eerste interviewronde gehouden. Op basis van het in bijlage 6 opgenomen interviewschema zijn uitvoerige gesprekken gevoerd met een vijftigtal personen uit alle categorieën direct of indirect betrokkenen bij het integrale invoeringsproject Kennemerland. Voor een uitgebreidere verantwoording van de steekproef verwijzen wij naar bijlage 7. Hierbij is ingegaan op opvattingen en verwachtingen betreffende onder meer de doelstellingen en de uitvoerbaarheid van de wet, de voorgestelde bestuursorganisatorische maatregelen en het verloop van het voorbereidingsproces. Zoveel mogelijk is bij alle geïnterviewden het schema gevolgd. De in principe open antwoordcategorieën zijn achteraf gerubriceerd. Tenslotte wordt gebruik gemaakt van de observatiemethode. Dit houdt in dat de onderzoekers als toehoorder vergaderingen en andere bijeenkomsten in de regio bijwonen. Hiermee wordt met name inzicht verkregen in de besluitvormingsprocedures. Opgemerkt kan worden dat de onderzoekers hierdoor in staat zijn het proces van zeer nabij te volgen.

Dat dit mogelijk is danken wij niet in de laatste plaats aan de grote openheid en openhartigheid waarmee betrokkenen in de regio Kennemerland de onderzoekers benaderen.

De doelstelling van het evaluatie-onderzoek is om aanbevelingen te formuleren voor de integrale invoeringsprojecten. Met deze - tussentijdse - aanbevelingen kan rekening worden gehouden bij het verdere invoeringsproces in de regio Kennemerland. Daarnaast kunnen de ervaringen die opgedaan zijn in de integrale invoeringsprojecten gebruikt worden ten behoeve van de integrale invoering van de WVG in geheel Nederland.

1.2.4 Opbouw van de rapportage

De rapportage is als volgt opgebouwd. Allereerst zal in hoofdstuk 2 aandacht worden besteed aan de uitgangssituatie van het besturingssysteem. Een beschrijving van de uitgangssituatie is gewenst enerzijds om mogelijke oorzaken van eventuele knelpunten tijdens het invoeringsproces, die te herleiden zijn tot de uitgangssituatie, te signaleren en anderzijds om mogelijke effecten van de wet op te sporen. Hiertoe is onder meer inzicht noodzakelijk in de ervaringen van lagere overheden op het terrein van de planning in de gezondheidszorg.

In hoofdstuk 3 geven wij aan hoe de structuur van het integrale invoeringsproject in de regio Kennemerland er uit ziet. Kennis van de structurele inbedding van het integrale invoeringsproject in de regio is niet alleen van belang voor een verklaring van het procesverloop, maar ook voor de toekomstige vergelijking van de drie integrale invoeringsprojecten.

Het verloop van het voorbereidingsproces wordt in hoofdstuk 4 behandeld. Een afzonderlijke beschrijving van het verloop van het voorbereidingsproces is gewenst om inzicht te verkrijgen in de wijze waarop de uitkomsten tot stand zijn gekomen en om daarmee

de invloed van het verloop van het voorbereidingsproces op de uitkomsten te kunnen aangeven. Dit inzicht kan in de toekomst bijdragen tot het verklaren van het verdere invoeringsproces.

In de hoofdstukken 5, 6, 7 en 8 wordt ingegaan op de totstandkoming en inhoud van de bestuursorganisatorische maatregelen, respectievelijk de gebiedsindeling, de taakverdeling en samenwerking tussen overheden, de plannings- en adviesstructuur en de informatievoorziening. In deze hoofdstukken wordt over het algemeen als volgorde aangehouden: beschrijving van de maatregel, mening van de geïnterviewden (over eventuele knelpunten), evaluatie door de onderzoekers.

De ambtelijke ondersteuning en de ondersteuning van adviesorganen worden in hoofdstuk 9 behandeld, de overige maatregelen in het kader van de voorbereiding van de planfase in hoofdstuk 10. De rapportage wordt afgesloten met een nabeschuiving en een aantal aanbevelingen in hoofdstuk 11. In dit laatste hoofdstuk zal met name worden ingegaan op de bijdragen die de via de regio Kennemerland ontwikkelde voorstellen kunnen leveren aan een decentrale, samenhangende, democratische, efficiënte en eenvoudige beleidsvoering.

Tenslotte zij nog opgemerkt dat deze rapportage een beschrijving is van de ontwikkelingen in het kader van het integrale invoeringsproject tot en met augustus 1984.

2. UITGANGSSITUATIE BESTURINGSSYSTEEM

Een beschrijving van de uitgangssituatie kan om verschillende redenen van belang worden geacht. Zo zal deze situatie niet alleen van invloed zijn op de invulling van een nieuw besturingssysteem door middel van bestuursorganisatorische maatregelen maar te zijner tijd ook een verklaring kunnen zijn voor eventuele knelpunten tijdens de voorbereiding en de invoering van de wet. Hiernaast biedt een dergelijke beschrijving mogelijkheden differentiërende factoren zichtbaar te maken die verschillen in invulling van bestuursorganisatorische maatregelen tussen de drie invoeringsregio's kunnen verklaren. Tenslotte zij nog opgemerkt dat wij de uitgangssituatie van het zorgsysteem niet beschrijven, aangezien de overheden in de regio zelf recentelijk met een inventarisatie van het voorzieningensysteem zijn gestart.

2.1 Provincie

De provincie heeft ervaring opgedaan op het terrein van planning in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet Ambulancevervoer (WAV). Ingevolge deze wetten heeft de provincie de bevoegdheid de planning van intramurale gezondheidszorgvoorzieningen respectievelijk de planning van het ambulancevervoer ter hand te nemen.

In het kader van de WZV heeft de provincie een planprocedure opgesteld, waarbij geanticipeerd is op de werkingssfeer van de WVG. In voorkomende gevallen worden plancommissies ingesteld met als taak het maken van een voorstel voor een (voor-)ontwerpplan ten behoeve van Gedeputeerde Staten.

De leden van een plancommissie zijn afkomstig uit:

- provincie;
- koepelorganisaties c.q. samenwerkingsverbanden van de be-

- trokken gezondheidssector;
- belendende sectoren;
- ziekenfondsen;
- patiëntenverenigingen;
- gemeenten.

Als adviseurs participeren de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland (PRV) en de Geneeskundige Inspectie. Tijdens het opstellen van het ontwerpplan vindt politieke controle met name plaats via de Statencommissie voor de Gezondheidszorg, wordt advies gevraagd aan de PRV, worden gemeenten gehoord en vindt een inspraakronde plaats. Bij de voorbereiding van de inspraak vindt overleg plaats met het Ondersteuningsinstituut Noord-Holland.

Binnen het provinciale overheidsniveau kunnen we de volgende organen en personen onderscheiden:

- het College van Gedeputeerde Staten;
- de Gedeputeerde voor de Volksgezondheid;
- de Provinciale Staten;
- de Statencommissie voor de Gezondheidszorg;
- (de ambtenaren van) het bureau volksgezondheid van de Provinciale Griffie.

2.2 Provinciale Raad voor de Volksgezondheid

De Gezondheidswet van 1956 stelt dat in elke provincie door Provinciale Staten een Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (PRV) wordt ingesteld. Zijn samenstelling is paritair overheid-particulier initiatief. Hierbij worden in Noord-Holland de basisgezondheidsdiensten tot de overheid en de ziekenfondsen tot het particulier initiatief gerekend.

Deze functionele raad heeft onder meer als taken:

- het uitbrengen van adviezen omtrent de gezondheidszorg;

- het bevorderen van de coördinatie van activiteiten op het terrein van de volksgezondheid.

De plaats die de PRV in Noord-Holland in het (provinciale) gezondheidszorgbeleid inneemt, is een beleidsadviserende. De plan-c.q. beleidsvoorbereiding is nadrukkelijk voorbehouden aan het ambtelijk apparaat van de griffie dan wel aan de door de provincie in te stellen plancommissies. In de nota "Planning en regionalisatie van de gezondheidszorg" (april 1983) heeft de PRV het standpunt ingenomen dat de Raad in gewijzigde samenstelling als plancommissie zou kunnen functioneren.

De PRV heeft de mogelijkheid districtscommissies in te stellen. In Noord-Holland kent de PRV geen districtscommissies en zal deze evenmin instellen.

2.3 Intergemeentelijke samenwerking

In de regio Kennemerland is sprake van samenwerking tussen de IJmondgemeenten (Beverwijk, Castricum, Heemskerk, Uitgeest en Velsen) en tussen de gemeenten die het gewest Kennemerland vormen (Bennebroek, Bloemendaal, Haarlem, Haarlemmerliede en Spaarnwoude, Heemstede en Zandvoort). Hierbij kunnen we onderscheid maken tussen bestuurlijk of ambtelijk, formeel of informeel en periodiek of incidenteel overleg.

De portefeuillehouders van volksgezondheid van de IJmondgemeenten voeren overleg in het Regioberaad Volksgezondheid IJmond. Dit is te typeren als een informeel bestuurlijk overleg. Tevens is er formeel bestuurlijk overleg in het kader van de gemeenschappelijke regelingen Districtsgezondheidsdienst Midden-Kennemerland en Dienst voor de geestelijke volksgezondheid Midden Kennemerland. Hiernaast is er nog sprake van een informeel overleg tussen ambtenaren volksgezondheid van de IJmondgemeenten.

Het gewest Kennemerland kent een Gewestraad die door de leden van de afzonderlijke gemeenteraden wordt gekozen. Vanuit de Gewestraad is een Commissie van advies en bijstand voor de volksgezondheid gevormd. Voorts is er sprake van een formeel bestuurlijk overleg tussen de portefeuillehouders volksgezondheid, aangeduid met de naam Kring Volksgezondheid. Voorzitter van dit overleg is de gewest-bestuurder voor volksgezondheid. Hiernaast is er een gestructureerd overleg tussen de ambtenaren volksgezondheid van de gewestgemeenten en de desbetreffende ambtenaar bij het gewest. Het gewest heeft geen ervaring op het terrein van de planning van de gezondheidszorg. Beleidsvoorbereidende c.q. stimulerende activiteiten zijn ontplooid met betrekking tot onder meer de totstandbrenging van een RIAGG, de realisatie van een crisisinterventiecentrum en een basisgezondheidsdienst.

Voor zover het gewest ervaring heeft met inspraak is geen gebruik gemaakt van een ondersteuningsinstituut.

In het kader van de gemeenschappelijke regeling Centrale Post Ambulancevervoer vindt overleg plaats tussen de gezamenlijke IJmond- en gewestgemeenten.

Voor de volledigheid zij opgemerkt dat de gemeente Haarlemmermeer intergemeentelijk samenwerkt in Amstel- en Meerlandenverband en Hillegom met andere gemeenten uit de Bollenstreek.

2.4 Gemeenten

Binnen het gemeentelijk overheidsniveau kunnen de volgende organen en personen worden onderscheiden:

- het College van Burgemeester en Wethouders;
- de wethouder met volksgezondheid in de portefeuille;
- de Gemeenteraad;
- een Commissie van advies en bijstand voor de volksgezondheid;

- de ambtenaren volksgezondheid.

Alleen Haarlem kent in dit verband een afzonderlijke Commissie van advies en bijstand voor de volksgezondheid.

In tegenstelling tot de provincie hebben de gemeenten in de regio Kennemerland geen of ternauwernood enige ervaring op het terrein van het ontwikkelen van een gezondheidszorgbeleid. Dit brengt met zich mee dat er binnen het ambtelijke apparaat een zeer beperkte deskundigheid op dit terrein aanwezig is. Gegeven het wettelijk kader waarbinnen gemeenten moe(s)ten opereren wekt dat geen verbazing. Alleen in de twee grotere gemeenten (Haarlem en Velsen) zijn uitgewerkte aanzetten tot een beleidsontwikkeling op het terrein van de - eerstelijns - gezondheidszorg te vinden.

De bemoeienis van de gemeenten met gezondheidszorg betreft naast de wettelijk vastgelegde toezichthoudende en uitvoerende taken met name stimulerende activiteiten. Evenals het gewest Kennemerland hebben de gemeenten bijgedragen aan het totstandbrengen van voorzieningen (RIAGG, basisgezondheidsdienst, e.d.).

Ook de bestaande overlegsituaties met het veld zijn zeer beperkt. In zes gemeenten vindt geen of slechts zeer incidenteel overleg plaats. In twee gemeenten vindt incidenteel bestuurlijk overleg met het veld plaats; in het ene geval uitsluitend met de huisartsen en in het andere geval zowel met de huisartsen als met een ziekenhuis. In drie gemeenten vindt periodiek bestuurlijk overleg plaats met respectievelijk huisartsen, huisartsen en ziekenhuis, en kruiswerk.

Wat betreft de inspraak kan worden opgemerkt dat vrijwel alle gemeenten hier ervaring mee hebben opgedaan. Veelal zijn hiervoor vaste inspraakprocedures in inspraakverordeningen neergelegd. In vijf gemeenten kan voor de ondersteuning de deskundigheid van derden worden ingeschakeld.

2.5 ROGK

Het Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland (ROGK) is een regionaal samenwerkingsverband van instellingen en personen werkzaam in de gezondheidszorg, dat functioneert sinds 1974. De afgelopen jaren heeft het ROGK op basis van overleg en informatie-uitwisseling samenwerkingsafspraken tot stand gebracht tussen de verschillende gezondheidszorgvoorzieningen in de regio.

Het werkgebied is te onderscheiden in drie subregio's:

- Midden-Kennemerland: Beverwijk, Castricum, Heemskerk, Uitgeest en Velsen;
- Zuid-Kennemerland: Bennebroek, Bloemendaal, Haarlem, Haarlemmerliede en Spaarnwoude, Heemstede, Hillegom, Zandvoort;
- Haarlemmermeer.

Het ROGK heeft - oorspronkelijk tegen de achtergrond van Kennemerland als proefregio - als doelstelling de samenhang in het veld van de gezondheidszorg te bevorderen op basis van onderzoek, overleg en advies.

In het ROGK participeren:

- de kruisverenigingen;
- de huisartsen;
- de ambulante geestelijke gezondheidszorg;
- de ziektekostenverzekeraars;
- de intramurale voorzieningen;
- de gemeenten.

Vanuit het ROGK wordt deelgenomen aan de in paragraaf 2.1 genoemde plancommissies. Het ROGK onderhoudt contacten met de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (PRV), de Inspectie voor respectievelijk de Volksgezondheid en Geestelijke Volksgezondheid, het Provinciaal Bestuur en het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur (WVC).

In het kader van een op handen zijnde herstructurering van het

ROGK (ROGK nieuwe stijl) wordt getracht het aantal deelnemers hieraan uit te breiden.

2.6 Samenwerking binnen het veld van de gezondheidszorg

In de regio Kennemerland treffen we onder meer de volgende geformaliseerde sectorale samenwerkingsorganen binnen het veld van de gezondheidszorg aan:

- Kennemer Overleg Gezondheidszorg Intramurale Instituten (KOGIM);
- Stichting Samenwerkende Kennemer Ziekenhuizen (SSKZ);
- Stichting Samenwerkende Verpleeghuizen Kennemerland e.o. (SVK);
- Regionaal Overleg Zwakzinnigenzorg Zuid-Kennemerland (ROZZK);
- Regionaal Overleg Zwakzinnigenzorg IJmond (ROZIJ).

Bijna alle hierboven genoemde organen zijn direct of indirect vertegenwoordigd in het ROGK. Het ROZZK en het ROZIJ participeren momenteel niet in het ROGK.

2.7 Ziektekostenverzekeraars

Als belangrijke participanten in het besturingssysteem kunnen eveneens de ziektekostenverzekeraars worden genoemd. In de regio Kennemerland treedt met name het Ziekenfonds Spaarneland op de voorgrond, als vertegenwoordiger van de in de regio functionerende ziektekostenverzekeraars.

Dit ziekenfonds heeft periodiek bilateraal overleg met intramurale instellingen. Voor zover het regionale vraagstukken betreft vindt overleg plaats met koepelorganisaties. In het kader van - wijzi-

gingen van - erkenningsbeschikkingen is sprake van ad-hoc overleg met specialisten in de regio om te komen tot productie-afspraken. Periodiek overleg vindt verder plaats met de tandartsen in de regio in het kader van het reguleren van nieuwe vestigingen. Hierbij worden tegelijkertijd afspraken gemaakt over de inhoudelijke invulling van de tandheelkundige zorg. Dit overleg vloeit voort uit de toepassing van een ontheffingsbesluit ex artikel 47 lid 3 van de Ziekenfondswet. Het voornemen bestaat om tot een vergelijkbaar overleg met de fysiotherapeuten te komen.

De invoering van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) heeft de positie van het ziekenfonds binnen het regionale gezondheidszorgbeleid aanzienlijk versterkt. Instellingen en ziekenfonds hebben tot taak productie-afspraken te maken. Daarnaast heeft het ziekenfonds een contrôlerende functie met betrekking tot deze afspraken.

2.8 Gebruikers (organisaties)

Het Regionaal Patiëntenberaad Kennemerland (RPB) is een op initiatief van het ROGK geformeerd overlegplatform waar regelmatig ongeveer 20 gebruikersorganisaties bij elkaar komen. Het betreft hier categorale organisaties, lokale algemene patiëntenraden, algemene organisaties en georganiseerd vrouwenwerk. Een groot aantal organisaties neemt (nog) niet deel aan dit overleg.

Het werkgebied komt overeen met dat van het ROGK. De activiteiten richten zich enerzijds op de versterking van de positie van de patiënt in de hulpverleningssituatie en anderzijds op de versterking van de positie van de gebruikers bij het maken van plannen en beleid voor de gezondheidszorg. In dat kader is een inspraakreactie geformuleerd ten aanzien van het ziekenhuisplan Kennemerland en is vanuit het RPB geparticipeerd in de verpleeghuisplancommissie.

Informatie wordt verkregen van verschillende instanties. Hierbij

is met name de secretariële koppeling met het ROGK van belang. Het ROGK financiert de administratieve ondersteuning en zorgt voor vergaderlokaties. Bovendien verleent het ROGK inhoudelijke ondersteuning door een medewerker part-time ter beschikking te stellen.

Hoewel het werkgebied overeenkomt met dat van het ROGK, ligt de nadruk op de subregio Zuid-Kennemerland.

Naast het RPB treffen we in de regio ook het Regionaal Gebruikersplatform in de Geestelijke Gezondheidszorg Kennemerland aan.

In Midden-Kennemerland zien we eveneens een aantal gebruikersorganisaties die niet zijn aangesloten bij het RPB. Dit betreft onder andere de Patiëntenraad Velsen, de Vereniging Patiëntenbelangen Beverwijk en de Vereniging Patiëntenbelangen Heemskerk i.o. Tenslotte kan nog worden vermeld dat in de IJmond een patiëntenplatform in oprichting is.

Na deze korte schets van de uitgangssituatie zal in het volgende hoofdstuk aandacht worden besteed aan de speciaal voor het integrale invoeringsproject in Kennemerland in het leven geroepen structuren.

3. STRUCTUUR INTEGRAAL INVOERINGSPROJECT

Ten behoeve van het Integraal Invoeringsproject is door het provinciaal bestuur van Noord-Holland een Stuurgroep ingesteld. Deze Stuurgroep is een bestuurlijk overleg tussen overheden. Zij heeft de volgende taken:

- voorbereiding van de totstandkoming van het project;
- bewaken en begeleiden van de voortgang van het project;
- bewerkstelligen van afstemming tussen de betrokken overheidsniveaus van de werkzaamheden, die in het kader van het project moeten worden verricht;
- taaktoedeling en in het verlengde daarvan advisering over vast te stellen richtlijnen, aanwijzingen en maatregelen door de afzonderlijke bestuurslagen;
- het opstellen van een procedureschema met tijdplanning en prioriteitschema ten aanzien van aan te pakken zaken;
- evaluatie van het project dan wel begeleiding van eventueel door derden te verrichten evaluatie.

Er dient te worden opgemerkt dat de taak van de Stuurgroep een beleidsvoorbereidende is; de uiteindelijke besluitvorming vindt niet plaats in de Stuurgroep, maar door de betrokken overheden. In deze Stuurgroep hebben in principe zitting:

a. Namens de provincie

- het lid van Gedeputeerde Staten dat primair belast is met de volksgezondheid (voorzitter);
- het hoofd van het bureau volksgezondheid van de Provinciale Griffie.

Zij kunnen elk een plaatsvervanger aanwijzen en zich in de Stuurgroep laten bijstaan door een ambtenaar.

b. Namens de gemeenten vijf bestuurlijke vertegenwoordigers, waarvan:

- twee afkomstig uit Midden-Kennemerland;
- twee afkomstig uit Zuid-Kennemerland;

- een afkomstig uit de gemeente Haarlemmermeer.

Zij kunnen elk een plaatsvervanger aanwijzen en zich in de Stuurgroep laten bijstaan door een ambtenaar.

c. Namens het Ministerie van WVC een ambtelijke delegatie, bestaande uit twee personen.

d. Als adviseurs vertegenwoordigers van:

- de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (PRV);
- het Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland (ROGK);
- de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid in Noord-Holland;
- de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland en Utrecht.

Tijdens de voorbereiding van de bestuursorganisatorische maatregelen is aan de Stuurgroep een adviseur toegevoegd: een vertegenwoordiger namens de ziektekostenverzekeraars. Oorspronkelijk was deze de vertegenwoordiger van het ROGK. Namens het ROGK is een nieuwe adviseur benoemd. Over de deelname van gebruikers(organisaties) vindt overleg plaats.

Voor het secretariaat van de Stuurgroep wordt zorggedragen door de provincie.

De Stuurgroep bepaalt zijn eigen werkwijze. Hij wordt bijgestaan door een ambtelijke werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van de drie overheden en de adviseurs, onder leiding van een projectcoördinator. In daarvoor in aanmerking komende gevallen kan de Stuurgroep zich laten adviseren door andere functionele organen op het terrein van de gezondheidszorg.

In de ambtelijke werkgroep hebben in principe vertegenwoordigers zitting namens:

- de gemeenten in de subregio Midden-Kennemerland;
- de gemeenten in de subregio Zuid-Kennemerland;
- de Provinciale Griffie, onder wie de projectcoördinator;
- het Ministerie van WVC;

- het ROGK;
- de ziektekostenverzekeraars;
- de Geneeskundige Inspectie voor de Volksgezondheid in Noord-Holland;
- de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid in Noord-Holland en Utrecht.

De deelnemers in de werkgroep kunnen zich zo nodig laten vervangen. De taak van deze werkgroep kan in het algemeen worden geformuleerd als: het voorbereiden van de vergaderingen en van de besluitvorming in de Stuurgroep.

Meer in het bijzonder betreft dit:

- de informatieverzameling;
- de afstemming op ambtelijk niveau;
- het overleg met betrokkenen;
- het formuleren van concept-besluiten voor de Stuurgroep;
- de coördinatie van de projectgroep informatievoorziening.

In het kader van de bestuursorganisatorische maatregelen dienen onder meer voorzieningen te worden getroffen voor het verzamelen, beheren, verwerken en presenteren van de informatie die benodigd is voor een goede uitvoering van de WVG. Gezien het specifieke karakter van het onderwerp is een projectgroep informatievoorziening ingesteld, die onder verantwoordelijkheid van de ambtelijke werkgroep functioneert.

In deze projectgroep hebben vertegenwoordigers zitting van:

- het Ministerie van WVC;
- de provincie;
- de gemeenten;
- de ziekenfondsen;
- het ROGK;
- het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO, (NIPG-TNO).

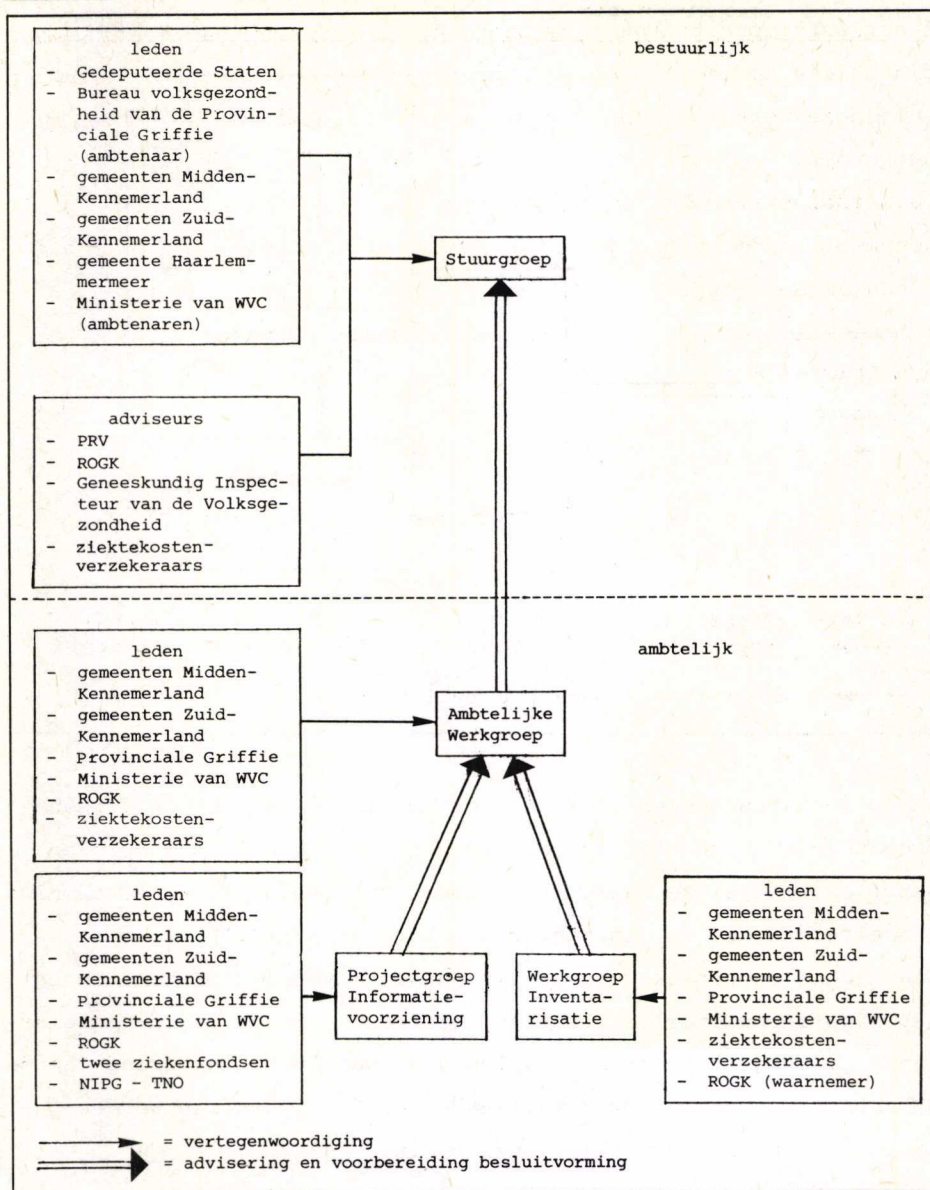
Tenslotte is begin 1984 (februari) een werkgroep inventarisatie in het leven geroepen die overzichten maakt ten behoeve van de plan-

ontwikkeling: bijvoorbeeld van instellingen en personen, van functies, capaciteiten en verzorgingsgebieden en van feitelijke financiële kaders. Evenals de projectgroep informatievoorziening valt deze werkgroep onder verantwoordelijkheid van de ambtelijke werkgroep.

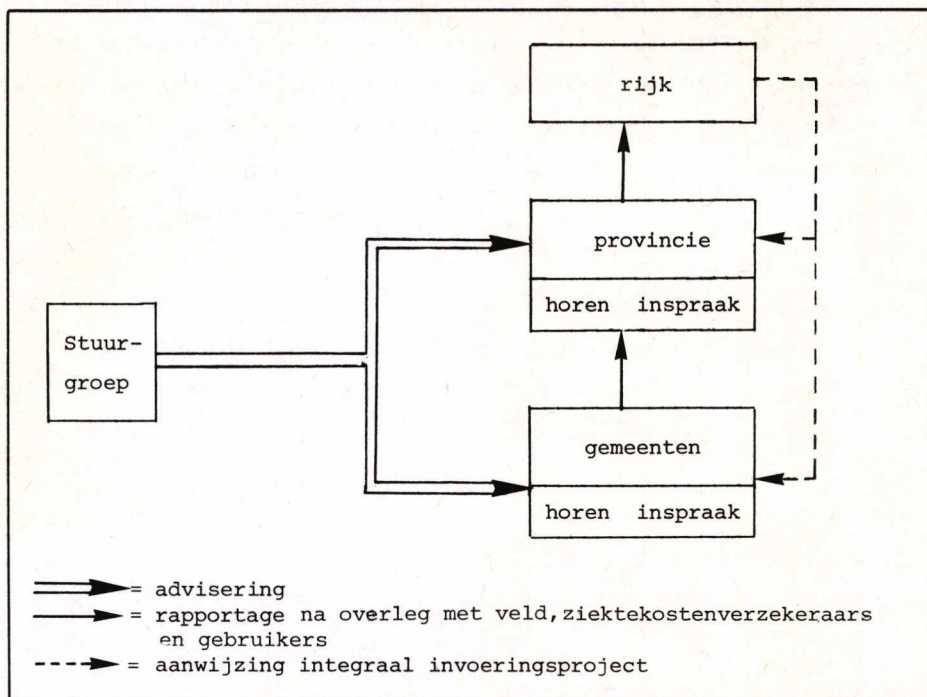
De structuur van het integrale invoeringsproject WVG in de regio Kennemerland is weergegeven in schema 3.1. Hierin zijn de betrokkenen aangegeven die werkelijk deelnemen aan het project.

Schema 3.2 geeft de structuur van de besluitvorming over de aanwijzing van de integrale invoeringsregio weer.

Schema 3.1 Structuur Integraal invoeringsproject WVG regio Kennemerland



Schema 3.2 Besluitvormingsstructuur bij de aanwijzing van de integrale invoeringsregio



In de loop van december 1983 is een bestuurlijk overleg tussen provincie en gemeenten in het leven geroepen, waarin gesproken wordt over de wijze waarop het proces van bestuurlijke afstemming gestalte kan worden gegeven (zie ook paragraaf 4.1).

Naast deze specifiek voor het integrale invoeringsproject in het leven geroepen overlegsituaties, treffen we in de regio Kennemerland nog enige vormen van overleg aan, waarin de invoering van de WVG onderwerp van gesprek is. In de eerste plaats kan worden genoemd het intergemeentelijk overleg in:

a. Midden-Kennemerland.

Het betreft hier het in hoofdstuk 2 genoemde portefeuillehoudersoverleg; het secretariaat is in handen van een ambtenaar van een der deelnemende gemeenten, namelijk de gemeente Castricum (Regioberaad Volksgezondheid IJmond).

b. Zuid-Kennemerland.

Het betreft hier een portefeuillehoudersoverleg (Kring Volksgezondheid) van gemeenten en gewest; de ambtelijke coördinatie is in handen van een ambtenaar van het gewest Kennemerland. Dit overleg wordt, voor zover het het integrale invoeringsproject betreft, aangeduid met Bestuurlijk Overleg WVG. De Kring Volksgezondheid fungeert als adviesorgaan voor het dagelijks bestuur van het gewest; het Bestuurlijk Overleg WVG is een portefeuillehoudersoverleg van en ten behoeve van de deelnemende gemeenten.

Zowel in Midden-Kennemerland als in Zuid-Kennemerland wordt door de portefeuillehouders teruggekoppeld naar de afzonderlijke Gemeenteraden en/of Commissies van advies en bijstand. In beide subregio's is aan het overleg tussen portefeuillehouders een ambtelijk overleg gekoppeld.

In de tweede plaats kan het overleg in het bestuur van het ROGK worden genoemd. Ook hier wordt periodiek de voortgang besproken en worden standpunten ingenomen.

Tenslotte kan nog worden opgemerkt dat er frequent informeel overleg plaatsvindt tussen ambtenaren van de drie overheden.

4. VERLOOP VOORBEREIDINGSPROCES

In dit hoofdstuk zal het verloop van het voorbereidingsproces worden beschreven voor zover dit van invloed kan worden geacht op de uitkomsten van het proces dan wel op de toekomstige ontwikkelingen. Hierbij zal onder meer worden aangegeven, met behulp van de gegevens die zijn verkregen uit de interviews, hoe het voorbereidingsproces door betrokkenen is ervaren.

4.1 Beschrijving van voorbereidingsproces

In een brief d.d. 17 november 1981 verzocht de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid aan het College van Gedeputeerde Staten van Noord-Holland om medewerking te verlenen aan het totstandbrengen van een integraal invoeringsproject Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de provincie Noord-Holland. In een brief d.d. 2 maart 1982 aan de toenmalige Minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne sprak het College de bereidheid uit in beginsel medewerking te verlenen.

Na onder meer besprekingen met het veld van de gezondheidszorg, i.c. het ROGK, en de Kennemer gemeenten deed het provinciaal bestuur van Noord-Holland aan de Staatssecretaris van WVC het voorstel de regio Kennemerland aan te wijzen als het integraal invoeringsproject WVG (21 december 1982). Tijdens deze besprekingen hebben de betrokkenen hun medewerking aan een integraal invoeringsproject toegezegd. De Staatssecretaris van WVC ging in beginsel accoord met deze keuze. Vervolgens verschenen van de zijde van het Ministerie van WVC de notitie "Invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg; Bouwstenen voor een invoeringsplan" (december 1982) en de brief van 15 maart 1983 waarin ten behoeve van de integrale invoeringsprojecten de nog te verrichten werkzaamheden nader zijn gepreciseerd en een tijdslimiet van 1 januari 1984 is

aangegeven voor wat betreft de uit te brengen adviezen over de bestuursorganisatorische maatregelen. Gedeputeerde Staten besloten de in het voorgaande hoofdstuk genoemde Stuurgroep Integraal Invoeringsproject Wet Voorzieningen Gezondheidszorg Kennemerland in te stellen. Op 21 juni 1983 vond de installatie en eerste bijeenkomst van de Stuurgroep plaats. In deze Stuurgroep worden de bestuursorganisatorische maatregelen voorbereid en uitgewerkt. Overeenstemming over deze maatregelen is noodzakelijk om de definitieve aanwijzing als invoeringsregio van de Minister van WVC te verkrijgen.

Na de beginsteltoezegging om mee te werken aan het invoeringsproject startte verder onder meer intergemeentelijk overleg tussen de IJmondgemeenten en tussen de gewestgemeenten ten behoeve van de nadere uitwerking van de bestuursorganisatorische maatregelen. Het bestuurlijk overleg in de IJmondgemeenten vindt plaats in het Regioberaad Volksgezondheid IJmond. Hier zijn voorstellen ontwikkeld voor de (inter)gemeentelijke invulling van de bestuursorganisatorische maatregelen. Tevens worden hier standpunten bepaald voor het overleg in de Stuurgroep.

In het najaar van 1983 is het "intrekken" van de Kaderwet Specifiek Welzijn aanleiding voor de IJmondgemeenten hun medewerking aan het integrale invoeringsproject tijdelijk op te schorten totdat voldoende duidelijkheid is verkregen over de toekomst van de WVG. Eind februari 1984 is binnen dit overleg overeenstemming bereikt over de (inter)gemeentelijke adviesstructuur, taakverdeling, planprocedure en conflictregeling. Ook wordt ingestemd met de voorstellen van de Stuurgroep. Aangezien het hier informeel overleg betreft is terugkoppeling en in voorkomende gevallen goedkeuring naar de Gemeenteraden noodzakelijk.

Het overleg tussen de gewestgemeenten in het Bestuurlijk Overleg WVG was met name gebaseerd op de beleidsuitgangspunten uit de nota inzake een schets van een gewestelijk gezondheidszorgbeleid

(november 1981). Bij de nadere uitwerking hebben de beleidsnota's van de gemeente Haarlem een belangrijke rol gespeeld. September 1983 verscheen een nota waarin een voorlopig standpunt is neergelegd over de bestuursorganisatorische maatregelen. Deze nota is het uitgangspunt van de gewestgemeenten voor het overleg in de Stuurgroep.

Eind 1983 raakte het overleg in de Stuurgroep in een impasse. Een door de ambtelijke werkgroep voorbereide nota "Planningsstructuur, planvoorbereiding en taakverdeling" werd door de Stuurgroep niet aanvaard. Dit had tot gevolg dat de definitieve voorstellen voor de bestuursorganisatorische maatregelen niet voor 1 januari 1984 konden worden gedaan. Deze nota betrof de invulling van de planprocedure en van de taakverdeling. Gemeenten en provincie hadden dienaangaande uiteenlopende visies. De impasse werd opgeheven na bilateraal overleg van de voorzitter van de Stuurgroep (de Gedeputeerde voor de Volksgezondheid) met onder andere de gemeenten en het veld. Dit resulteerde in het voorstel om, alvorens tot de planning van voorzieningen over te gaan, de gemeenten en provincie overleg te laten plegen. Dit overleg zal resulteren in een intentieverklaring. Vóór de vaststelling van deze intentieverklaring zal gestructureerd overleg gevoerd worden met het veld van de gezondheidszorg, ziektekostenverzekeraars en gebruikers(organisaties).

Het genoemde bilaterale overleg heeft geresulteerd in een eerste intentieverklaring waarin nadere voorwaarden aan de rijksoverheid zijn gesteld. Deze voorwaarden hebben betrekking op experimenteer-ruimte, financiële kaders, aangeven van sectoren waar bezuinigd moet worden en aanwending van middelen die uit besparingen worden verkregen. Deze eerste intentieverklaring is verwerkt in een nieuwe nota bestuursorganisatorische maatregelen. Hierbij zij opgemerkt dat de gemeente Haarlemmermeer niet deelnam aan het bestuurlijk overleg ten behoeve van het opstellen van de intentieverklaring.

Afgesproken is dat voorafgaand aan vergaderingen van de Stuurgroep, tussen provincie en gemeenten bestuurlijk vooroverleg zal plaatsvinden, indien er behoefte aan is. Naar onze mening heeft dit vooroverleg een positieve invloed op de besluitvorming in de Stuurgroep. Hierbij maken wij de kanttekening dat het niet deelnemen van de gemeente Haarlemmermeer aan dit overleg de vertegenwoordigers hiervan in de Stuurgroep in een uitzonderingspositie plaatst.

In de vergadering van de Stuurgroep d.d. 17 april 1984 is de nota bestuursorganisatorische maatregelen Wet Voorzieningen Gezondheidszorg vastgesteld en aan Gedeputeerde Staten aangeboden ten behoeve van de rapportage van dit College aan de Staatssecretaris van WVC. In diezelfde vergadering besloten de vertegenwoordigers van het provinciaal bestuur en van de gemeentebesturen gezamenlijk een inspraakronde te organiseren. In dit kader is de nota aan betrokkenen in de regio toegezonden. Het verzoek om commentaar leverde ruim 20 schriftelijke reacties op. Op 22 mei 1984 is bovendien een hoorzitting gehouden, waar reacties zo nodig nog konden worden toegelicht.

Aangezien de voorzitter van de Stuurgroep vast wilde houden aan 1 juli 1984 als datum waarop gerapporteerd zou worden aan de Staatssecretaris van WVC, kon "slechts" gedurende ongeveer een maand worden ingesproken. Dit heeft met name van de kant van het veld, ziektekostenverzekeraars en gebruikersorganisaties geleid tot kritische opmerkingen over een te korte inspraakperiode.

De besluitvorming over deze nota is door de afzonderlijke gemeentebesturen en het provinciaal bestuur op eigen wijze ingevuld.

De gemeentebesturen in Midden-Kennemerland hebben met uitzondering van de gemeente Castricum teruggekoppeld naar zowel de raadscommissies als de Gemeenteraden. Alle IJmondgemeenten hebben de nota vastgesteld, uitgezonderd de gemeente Velsen. Deze maakt een voorbehoud ten aanzien van de advies- en overlegstructuur.

In Zuid-Kennemerland heeft alleen de gemeente Haarlem teruggekop-

peld naar zowel raadscommissies als Gemeenteraden. De andere gemeenten hebben de besluitvorming beperkt tot de raadscommissies. Van de gewestgemeenten heeft alleen de gemeente Bloemendaal de nota niet vastgesteld. De gemeente Bloemendaal heeft bij het bepalen van een standpunt ten aanzien van de nota een voorbehoud gemaakt. Deze gemeente heeft de vaststelling van deze nota (lees: verdere deelname aan het integrale invoeringsproject) gekoppeld aan nieuw overleg over de toekomst van de burgerbedden van het Marinehospitaal (zie ook paragraaf 10.5).

Gedeputeerde Staten hebben de nota zowel ingebracht in de Statencommissie voor de Gezondheidszorg als in de Statenvergadering. Op de fractie van de P.v.d.A. na, hebben de leden van de Statencommissie zich hun standpunt over de nota voorbehouden tot de Statenvergadering d.d. 2 juli 1984. In die vergadering is de nota unaniem aanvaard door Provinciale Staten.

Vervolgens hebben Gedeputeerde Staten in hun rapportage aan de Staatssecretaris van WVC verslag gedaan van:

- het advies van de Stuurgroep aan het College van Gedeputeerde Staten;
- het besluit van Provinciale Staten van 2 juli 1984 met bijbehorende voordracht;
- de visies en standpunten van het veld, de financiers en de gebruikers, zoals naar voren gekomen in de inspraak;
- het commentaar van het College van Gedeputeerde Staten op de inspraakreacties;
- de reacties van een aantal bij het Invoeringsproject betrokken gemeenten.

Daarbij is ook nog toegevoegd de reactie van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland d.d. 4 juli 1984 op het advies van de Stuurgroep, waarin wordt ingestemd met de voorgestelde maatregelen.

4.2 Verklaring procesverloop

Ter verklaring van het verloop van het voorbereidingsproces is zowel naar de uitgangssituatie van het besturingssysteem gekeken als naar een viertal factoren die daarop van invloed worden geacht, te weten: informatie, middelen, macht en opvattingen (zie ontwerp van onderzoek; Rijksuniversiteit Limburg e.a., maart 1984, blz. 18). Voor een nadere omschrijving van deze begrippen wordt verwezen naar bijlage 4.

Hier kan nog worden opgemerkt dat om inzicht te krijgen in de betekenis van deze factoren op het verloop verschillende onderzoeksmethoden zijn gehanteerd. Met name hebben bij deze analyse de uitkomsten van het in hoofdstuk 1 genoemde interview een belangrijke rol gespeeld.

4.2.1 Uitgangssituatie besturingssysteem

In deze paragraaf zullen we eerst ingaan op positieve en vervolgens op negatieve invloeden op het procesverloop voorzover zij te herleiden zijn tot de uitgangssituatie van het besturingssysteem. Uit het feit dat de provincie reeds de nodige ervaring heeft opgedaan met de planning in het kader van de WZV en de WAV, mag worden verondersteld dat dit het procesverloop in positieve zin heeft beïnvloed. Diverse planningsconcepten zullen met betrekking tot de planning in het kader van bovengenoemde wetten reeds de revue zijn gepasseerd, voor- en nadelen zullen zijn afgewogen. Deze afwegingen zullen in mindere mate nodig zijn geweest ten behoeve van de planning in het kader van de WVG.

Zowel de IJmondgemeenten als de gewestgemeenten kenden op het terrein van de volksgezondheid reeds een intergemeentelijke samenwerking. Zij hoefden aldus geen nieuw overleg te initiëren, met andere woorden hier hoefde geen tijd aan te worden besteed.

Verschillende gemeenten kenden uitgewerkte aanzetten tot beleidsontwikkeling op het terrein van de (eerste lijns)gezondheidszorg. Deze aanzetten hebben bijgedragen tot een snelle standpuntbepaling. Het ROGK slaagde er in grote mate in de meningen in het veld van de gezondheidszorg te bundelen en als spreekbuis van dit veld te fungeren. Dit hield voor het voorbereidingsproces in dat raadpleging van het veld voortdurend via het ROGK kon plaatsvinden en niet iedere afzonderlijke voorziening moest worden benaderd. Als belangrijkste positieve invloed moet naar onze mening worden gezien de bereidheid/motivatie van betrokkenen bij het integrale invoeringsproject om hun medewerking te verlenen aan dit project. Als negatieve invloeden op het procesverloop, weliswaar van marginale aard, zien wij de in beperkte mate aanwezige bestuurlijke contacten tussen de twee subregio's en de gereserveerde houding van de IJmondgemeenten ten opzichte van het ROGK. Dit komt tot uiting in de beperkte bereidheid om zaken gezamenlijk te regelen. Door één der betrokkenen werd over de relatie IJmondgemeenten - ROGK opgemerkt, dat deze gemeenten de indruk hebben dat het ROGK zich weinig betrokken voelt bij de subregio Midden-Kennemerland. Dit zou naar onze mening een verklaring kunnen zijn voor het feit dat de IJmondgemeenten in tegenstelling tot de gewestgemeenten aan het ROGK (nog) geen toezeggingen hebben gedaan wat betreft financiële ondersteuning.

4.2.2 Informatie

Over het algemeen kan worden gesproken van een overvloed aan informatie die tijdens het voorbereidingsproces is uitgewisseld. Slechts enkelen vonden dat ze te weinig informatie hebben gehad. Dit betreft leden van Provinciale Staten en Gemeenteraden. Alleen op momenten waarop besluitvorming in deze organen moest plaatsvinden was er sprake van integrale informatie-overdracht. Een

ander kritisch geluid kwam van de kant van een bestuurder. Deze meende te weinig informatie te verkrijgen van de Stuurgroep en/of Ambtelijke Werkgroepleden. Voorts noemde een vertegenwoordiger van een patiëntenvereniging dat deze te weinig informatie heeft gehad van de lokale overheid.

24% van de geïnterviewden vond dat informatie soms te laat werd verstrekt. Hierbij wees men vooral op de nota bestuursorganisatorische maatregelen waarop binnen een maand moest worden gereageerd. Overigens, slechts enkelen meenden dat het in een te laat stadium verspreiden van de nota, of anders gezegd de geringe tijd om in te spreken, de uitkomsten heeft beïnvloed.

Het zal duidelijk zijn dat met name de leden van de Stuurgroep en de Ambtelijke Werkgroep goed zijn ingevoerd in de problematiek van de integrale invoering van de WVG en op de hoogte zijn van de ontwikkelingen zoals die zich tot nu toe hebben voorgedaan. De vraag is of de overige betrokkenen en hierbij denken wij aan de leden van de Provinciale Staten en de Gemeenteraden ook voldoende op de hoogte zijn en de consequenties van de door hen aanvaarde nota bestuursorganisatorische maatregelen overzien. Opmerkingen gedaan in de interviewronde rechtvaardigen deze twijfel: "Gemeenteraadsleden weten amper waar het over gaat; geen gemeenteraads-lid die in dit soort zaken spel kan bieden tegen de wethouder". Tenslotte moeten wij in dit kader nog opmerken dat met name de rijksoverheid tijdens het voorbereidingsproces soms laat met (onduidelijke) en soms niet met informatie naar buiten is gekomen, dit tengevolge van het feit dat de besluitvorming op rijksniveau nog niet was afgerond.

Dit betreft onder meer informatie over de volgende onderwerpen:

- definitieve gebiedsindeling;
- plankostenvergoeding voor gemeenten en provincie betrokken bij de integrale invoering van de WVG;
- beleidsruimte voor lagere overheden;
- de relatie integraal invoeringsproject WVG - WGM;

- relatie lagere overheden - ziektekostenverzekeraars.

Een bestuurder merkte op dat het rijk over het algemeen voldoende informatie verschaft, echter dat de beantwoording van vragen naar aanleiding van deze informatie veelal te lang op zich laat wachten.

Het niet of te laat verstrekken van de zijde van de rijksoverheid van informatie over hierbovengenoemde onderwerpen heeft geresulteerd in een terughoudende en afwachtende houding van de gemeenten. Genoemde onderwerpen vergden veel vergadertijd van de gemeenten waardoor minder tijd overbleef om inhoudelijk over de nadere invulling van de bestuursorganisatorische maatregelen te discussiëren.

Tenslotte kan in dit kader nog worden vermeld dat, zoals we in paragraaf 4.1 reeds hebben gezien, het "intrekken" van de Kaderwet Specifiek Welzijn aanleiding is geweest voor de IJmondgemeenten hun medewerking aan het integrale invoeringsproject tijdelijk op te schorten totdat voldoende duidelijkheid zou zijn verkregen over de toekomst van de WVG.

4.2.3 Middelen

Omtrent de middelen viel met name op dat 20% geïnterviewden zeiden onvoldoende menskracht ter beschikking te hebben. Het betreft hier allen bestuurders of ambtenaren van gemeenten. Vermoedelijk gaat het niet zozeer om te weinig ambtenaren maar om het ontbreken van de nodige deskundigheid bij de gemeenten op het gebied (van planning) van de gezondheidszorg. Van deze 20% denkt meer dan de helft (60%) dat het ontbreken van voldoende middelen de voorgestelde bestuursorganisatorische maatregelen in negatieve zin heeft beïnvloed.

Ruim een kwart van de geïnterviewden (28%) vindt dat ze onvoldoende tijd hebben gehad om de bestuursorganisatorische maatregelen

len voor te bereiden respectievelijk over de voorstellen te adviseren/in te spreken; van deze 28% vindt ongeveer een vijfde (21%) dat dit de uitkomsten heeft beïnvloed. Met name de geïnterviewde ambtenaren menen dat de materie dermate ingewikkeld is dat meer tijd een zorgvuldiger beleidsvoorbereiding mogelijk zou hebben gemaakt.

Naar onze mening is met name het ontbreken van de nodige deskundigheid bij het merendeel der gemeenten van invloed geweest op de voortgang van het voorbereidingsproces.

4.2.4 Macht

Met behulp van verschillende meetmethoden (zie bijlage 4) proberen wij tot enige conclusies te komen met betrekking tot macht en invloed van personen en/of organen tijdens het voorbereidingsproces. Beschouwen wij hoe de bevoegdheden formeel zijn verdeeld dan kunnen wij het volgende constateren. Aangezien sprake was van gemeentelijke en provinciale autonomie ten aanzien van het uit te brengen advies inzake de bestuursorganisatorische maatregelen, konden de lagere overheden zelf bepalen hoe de nadere invulling van en de besluitvorming over de bestuursorganisatorische maatregelen zouden moeten plaatsvinden (zie paragraaf 4.1). Op grond hiervan zouden wij kunnen concluderen dat de lagere overheden evenveel macht hadden als het rijk. De rijksoverheid neemt echter een machtige positie in omdat zij, in de persoon van de Staatssecretaris van WVC, de bevoegdheid heeft om de voorstellen goed of af te keuren, ongeacht of de lagere overheden de voorstellen hebben aanvaard.

De brieven die de Staatssecretaris van WVC tijdens het voorbereidingsproces naar betrokkenen in de regio heeft toegestuurd (met name die van 19 april, 3 en 4 juli 1984), geven aan dat er tijdens het proces sprake is van invloed uitoefenen. Zij gaven aan-

leiding tot discussies. Dit betrof met name de positie van de ziektekostenverzekeraars en hun mogelijke adviserende en toetsende rol in het kader van WVG-planning (zie ook paragraaf 10.3). Overigens hebben ook de leden die namens WVC zitting hebben in de Stuurgroep, tijdens het proces invloed uitgeoefend.

Er is een groep personen te onderscheiden die meer dan anderen tijdens het voorbereidingsproces met elkaar communiceerden, zowel formeel als naar grote waarschijnlijkheid informeel. Dit betreft met name de leden van de Stuurgroep en de Ambtelijke Werkgroep, waarbij vooral de vertegenwoordigers van de provincie op de voorgrond treden, onder meer door hun rol als coördinator van het invoeringsproject. Ten behoeve van de voortgang van het project is het een aantal keren noodzakelijk geweest dat zij door overleg met de diverse participanten oplossingen moesten zoeken om uit impasses te komen. In deze context heeft de Gedeputeerde de nodige invloed gehad. Daarnaast speelt, zoals uit de interviewronde duidelijk is geworden, ook de relatie tussen de Gedeputeerde en de wethouder van Haarlem (beiden lid van dezelfde politieke partij) een rol. Het is gebruikelijk dat communicatielijnen in de politiek via deze relaties lopen. De gemeente Haarlem had bovendien reeds een kant en klaar standpunt over de gezondheidszorg in een nota neergelegd, toen zij ging deelnemen aan het invoeringsproject (zie ook paragraaf 4.1). Mede hierdoor en het feit dat een zeer groot aantal gezondheidsvoorzieningen binnen de grenzen van deze gemeente ligt, verkeerde deze gemeente volgens ons in een sterke onderhandelingspositie en daarmee in een positie om invloed uit te oefenen.

Dit beeld wordt bevestigd door de resultaten uit de interviewronde, tabel 4.1. Opgemerkt moet worden dat de vraag over de invloed van Stuurgroepleden aan 20% van de geïnterviewden niet is gesteld, omdat door de onderzoekers is aangenomen dat zij te weinig kijk op het Stuurgroepgebeuren hebben gehad. Zij behoren hoofdzakelijk

tot de categorieën gebruikers(organisaties) en veld van de gezondheidszorg. De beslissing om deze vraag niet te stellen is in de loop van elk interview genomen op grond van de antwoorden die werden gegeven op de overige vragen. Het informatieprobleem kwam hier duidelijk naar voren.

Tabel 4.1 Percentages geïnterviewden die aan categorieën Stuurgroep- leden de meeste respectievelijk de minste invloed toeschrijven

Stuurgroepleden	percentage van de geïnterviewden dat de	
	meeste invloed toeschrijft aan (n=40)	minste invloed toeschrijft aan (n=40)
Rijk	2,5	0
Rijk en provincie	2,5	0
Provincie	35	0
Provincie en gewestgemeenten	27,5	0
Gewestgemeenten	20	0
IJmondgemeenten	0	15
Haarlemmermeer	0	32,5
weet niet/geen mening	12,5	52,5
totaal	100	100

Uit deze tabel blijkt dat de provincie en/of gewestgemeenten de reputatie (zie bijlage 4) hebben dat zij de meeste invloed en de gemeente Haarlemmermeer en de IJmondgemeenten de minste invloed hebben gehad.

Naast onder meer de reputatie, hebben wij ook gekeken naar het aantal overlegsituaties dat in het kader van de integrale invoering van de WVG tot nu toe is bijgewoond. Hier treden zowel een viertal bestuurders als een viertal ambtenaren, van zowel provincie als gemeenten, op de voorgrond. Deze ambtenaren wonen zowel de Stuurgroep- als de Ambtelijke Werkgroepvergaderingen bij en zijn inhoudelijk en procedureel het best geïnformeerd over het

invoeringsproject, hetgeen op zich mogelijkheden biedt om invloed uit te oefenen.

De voorstellen zoals die zijn ontwikkeld om uit de impasse van december 1983 te komen, geven aan dat in de persoon van de Gedeputeerde, de provincie de gemeenten de ruimte heeft gelaten met eigen oplossingen te komen. Hier achter ligt mogelijk het idee dat beleidsvorming een continu proces is, hetgeen impliceert dat altijd nog veranderingen mogelijk zijn (vergelijk Glasbergen, 1984, blz. 49). Voorts hebben wij hier vermoedelijk met het verschijnsel te maken dat in de beleidsliteratuur de machtsparadox wordt genoemd (zie onder meer Glasbergen, 1984, blz. 71). Doordat tussen provincie en gemeenten een groot verschil bestaat in machtsmiddelen/-bronnen (informatie, deskundigheid, ervaring met planningsprocessen, relaties, formele bevoegdheden (zie hoofdstuk 2)), stelt de provincie zich voorzichtig en terughoudend op; de gemeenten anticiperen hierop. Deze terughoudendheid van de provincie heeft ook te maken met de democratische politieke cultuur: wij kunnen constateren dat onderhandelen en een open overleg hier tot norm zijn verheven. Deze opstelling van de provincie, in de persoon van de Gedeputeerde, heeft ertoe geleid dat gesproken kan worden van goede contacten van de provincie met rijk, gemeenten, veld en ziektekostenverzekeraars. Vermoedelijk manifesteert zich hier ook de politieke rationaliteit in de zin van bijvoorbeeld het verwerven van politieke steun, versterking eigen positie, het naar de toekomst verschuiven van "moeilijke beslissingen" (vergelijk Scheerens, 1983, blz. 73-74).

Resumerend menen wij dat de provincie de meeste invloed heeft gehad op de uitkomsten van het voorbereidingsproces. Daarnaast hebben de gewestgemeenten, met name de gemeente Haarlem, een duidelijke rol gespeeld.

Als machtsbronnen van de provincie kunnen worden aangewezen: formele bevoegdheid om het invoeringsproject te coördineren*), be-

*) De betrokkenheid en motivatie van de Gedeputeerde reikt verder dan alleen de formele taakopdracht.

schikbare informatie, deskundigheid en ervaring met planningsprocessen.

Voor de gemeente Haarlem geldt dat zij een ingang heeft bij de provincie, een duidelijk standpunt over de gezondheidszorg inneemt (neergelegd in een nota) en een groot aantal gezondheidszorgvoorzieningen binnen haar gemeentegrenzen heeft (mogelijk valt de sterke betrokkenheid bij het invoeringsproject hieruit voor een groot gedeelte te verklaren).

Door het geven van de nodige ruimte aan de gemeenten om met eigen oplossingen te komen, heeft de provincie, in de persoon van de Gedeputeerde, ervoor gezorgd dat het invoeringsproces zijn voortgang behield.

4.2.5 Opvattingen

Tenslotte willen wij enige aandacht besteden aan de opvattingen van diverse betrokkenen bij het invoeringsproject voorzover zij bijdragen tot een verklaring van het voorbereidingsproces.

De doelstellingen zoals die met de WVG worden nagestreefd, worden door bijna alle geïnterviewden onderschreven. Nadruk valt hierbij op de kostenbeheersing en de samenhang.

Ten aanzien van de uitvoerbaarheid van de WVG signaleren wij daarentegen andere opvattingen. Naast 20% die niet weet of de WVG uitvoerbaar is, blijkt bijna tweederde der geïnterviewden (64%) twijfels hierover te hebben. Sommigen achten de wet helemaal niet uitvoerbaar (10%), anderen slechts onder bepaalde voorwaarden (54%). Voorwaarden die genoemd worden zijn:

- adequate invulling van de Algemene Maatregelen van Bestuur;
- medewerking van alle betrokkenen (met name het veld van gezondheidszorg);
- deskundigheidsontwikkeling (met name van ambtenaren van

gemeenten);

- beleidsruimte voor lagere overheden;
- betrokkenheid van lokaal bestuur (het blijkt dat sommigen vinden dat die te wensen overlaat);
- duidelijkheid ten aanzien van de financiering (stromen).

Bijna alle geïnterviewden zijn tijdens het voorbereidingsproces sceptischer gaan denken over de uitvoerbaarheid van de WVG. Slechts een enkele geïnterviewde heeft meer vertrouwen gekregen. Daarnaast kunnen wij constateren dat bij sommigen tijdens het proces de inzichten dieper en de voorwaarden waaronder de invoering zal moeten plaatsvinden, duidelijker zijn geworden. Dat een groot deel der betrokkenen sceptisch is, wordt nog eens duidelijk als we kijken naar de verwachtingen van de geïnterviewden ten aanzien van de invoeringsdatum van de WVG via artikel 41.

Tabel 4.2 Verwachtingen van percentages geïnterviewden ten aanzien van de invoeringsdatum van de WVG via artikel 41

verwachte datum van invoering	percentage geïnterviewden (n=50)
op 1 januari 1985 of eerder	22
in 1985	20
in 1986 of later	36
weet niet/geen mening	22
totaal	100

Uit de tabel 4.2 kunnen we aflezen dat ruim een derde denkt dat de WVG op z'n vroegst in 1986 wordt ingevoerd. Sommigen van hen maken daarbij nog het voorbehoud: "als deze wet überhaupt wordt ingevoerd". Bovendien heeft meer dan een vijfde (22%) geen mening of weet niet wanneer de WVG wordt ingevoerd. Opsplitsing van de geïnterviewden in twee categorieën, te weten overheid/functionele groeperingen, levert in beide categorieën dezelfde percentages op.

De scepsis is dus alom aanwezig.

De vraag is of en in hoeverre de door ons gesignaleerde scepsis ten aanzien van de uitvoerbaarheid van invloed is geweest op het proces.

Tenslotte merken wij op dat het verschil in visie van provincie enerzijds en gemeenten anderzijds over de invulling van de plan-procedure en taakverdeling het voorbereidingsproces in negatieve zin heeft beïnvloed. Extra overleg was noodzakelijk om de voortgang in het invoeringsproces te behouden (zie ook paragraaf 4.1).

Hoewel uit de voorgaande subparagrafen blijkt dat een groot aantal geïnterviewden vindt over onder meer voldoende informatie en middelen te beschikken, wordt toch op de vraag wat samenvattend de mening is over het procesverloop en de besluitvorming negatief gereageerd. In tabel 4.3 kunnen we aflezen hoe de geïnterviewden het procesverloop en de besluitvorming hebben ervaren.

Tabel 4.3 Percentages geïnterviewden die een positief of negatief oordeel gaven over hun ervaringen met het procesverloop en de besluitvorming

oordeel van geïnterviewden	percentage geïnterviewden (n=50)
positief	26
negatief	68
weet niet/geen mening	6
totaal	100

Meer dan tweederde van de geïnterviewden heeft het procesverloop en de besluitvorming negatief ervaren. Zij hanteerden termen als moeizaam, te lang geduurd, teveel bepaald door bestuurlijke en persoonlijke verhoudingen (wantrouwen, achterdocht). De indeling in categorieën positief en negatief is door de onderzoekers ge-beurd.

4.3 Evaluatie verloop voorbereidingsproces

Tegen de achtergrond van het grote aantal participanten met verschillende belangen en de complexiteit van de materie menen wij dat het voorbereidingsproces in een redelijk tempo is verlopen. De inspraakprocedure ten aanzien van de nota bestuursorganisatorische maatregelen heeft echter te kort geduurd.

Wij zijn desalniettemin van mening dat alle participanten, uitgezonderd de gebruikers(organisaties), voldoende mogelijkheden hebben gehad om hun zienswijzen kenbaar te maken betreffende de opstelling van de bestuursorganisatorische maatregelen.

In de voorbereiding van de bestuursorganisatorische maatregelen hebben de gebruikers(organisaties) geen deel uitgemaakt van de Stuurgroep, in tegenstelling tot de andere participanten zoals die in de WVG worden genoemd, te weten: ziektekostenverzekeraars en het veld van gezondheidszorg. Het is de bedoeling dat de gebruikers(organisaties) ook zullen gaan participeren in de Stuurgroep. De Stuurgroep heeft in haar vergadering van 29 juni 1984 besloten 2 plaatsen beschikbaar te stellen voor gebruikersgroeperingen. De gebruikers(organisaties) dienen zelf uit te maken wie deze plaatsen zullen innemen. Evenals de vertegenwoordigers van de ziektekostenverzekeraars en het veld van gezondheidszorg, zullen zij de status krijgen van adviseur.

In paragraaf 4.2 hebben wij gekeken naar de uitgangssituatie van het besturingssysteem en vier factoren aan de hand waarvan wij het procesverloop hebben trachten te verklaren. Resumerend zijn in schema 4.1 de invloeden aangegeven die volgens ons kunnen worden onderscheiden.

Alhoewel wij menen dat het voorbereidingsproces van de bestuursorganisatorische maatregelen in een redelijk tempo is verlopen, willen wij er tenslotte op wijzen dat een aantal maatregelen nog onvoldoende is ingevuld. Dit lijkt een compromisformule om conflicten die zich tijdens de voorbereiding van de bestuursorgani-

satorische maatregelen voordoen, door te schuiven naar de planfase. Hierop zal in de volgende hoofdstukken nader worden ingegaan.

Schema 4.1 Invloeden op het procesverloop

Verklarende factoren	Positieve invloeden	Negatieve invloeden
Uitgangssituatie:	- De bereidheid/motivatie van veel betrokkenen om hun medewerking te verlenen aan het integrale invoeringsproject. - De in het kader van de WZV en WAV door de provincie opgedane planningservaring. - De beschikbare nota's over de gezondheidszorg van de gemeente Haarlem en in het verlengde hiervan die van het gewest. - De reeds bestaande intergemeentelijke samenwerking op het terrein van de gezondheidszorg. - De mogelijkheden die het ROGK bood om te fungeren als spreekbuis van het veld van gezondheidszorg.	- De in beperkte mate aanwezige bestuurlijke contacten tussen de twee subregio's - De gereserveerde houding van de IJmondgemeenten ten opzichte van het ROGK.
Informatie:	- Het gestructureerde en open overleg dat is gevoerd, waardoor er goede contacten zijn ontstaan (voorzover die er al niet waren) tussen provincie en rijk, gemeenten, veld en ziektekostenverzekeraars. - De grote mate van informatie-uitwisseling.	- Het uitblijven van de vaststelling van de definitieve gebiedsindeling. - De onzekerheid die er bestond omtrent het structurele karakter van de plankostenvergoeding bij de lagere overheden. - De onzekerheid die er bestaat bij de lagere overheden over de beleidsruimte, de relatie integraal invoeringsproject WVG en WGM en de relatie lagere overheden - ziektekostenverzekeraars. - Het intrekken van de Kaderwet Specifiek Welzijn.
Middelen:	- De deskundigheid van het ambtelijk apparaat van de provincie en het gewest.	- Het tekort aan deskundigheid bij de gemeenten.

Macht: - De grote betrokkenheid van de Gedeputeerde bij het invoeringsproject die zich manifesteerde bij het invloed uitoefenen ten behoeve van de voortgang van het voorbereidingsproces.	- De door alle gemeenten gewenste handhaving van de gemeentelijke autonomie. Dit betekende dat er teruggekoppeld moest worden naar de afzonderlijke gemeenten, waarbij de Commissies van advies en bijstand of de volledige Gemeenteraden werden gehoord, alvorens besluitvorming kon plaatsvinden. - De uiteenlopende termijnen van besluitvorming van provincie en afzonderlijke gemeenten.
Opvattingen:	- De uiteenlopende visies van provincie en gemeenten over de invulling van de planprocedure en taakverdeling. - Het vooroverleg tussen provincie en gemeenten ten behoeve van de Stuurgroepvergaderingen.

5. GEBIEDSINDELING

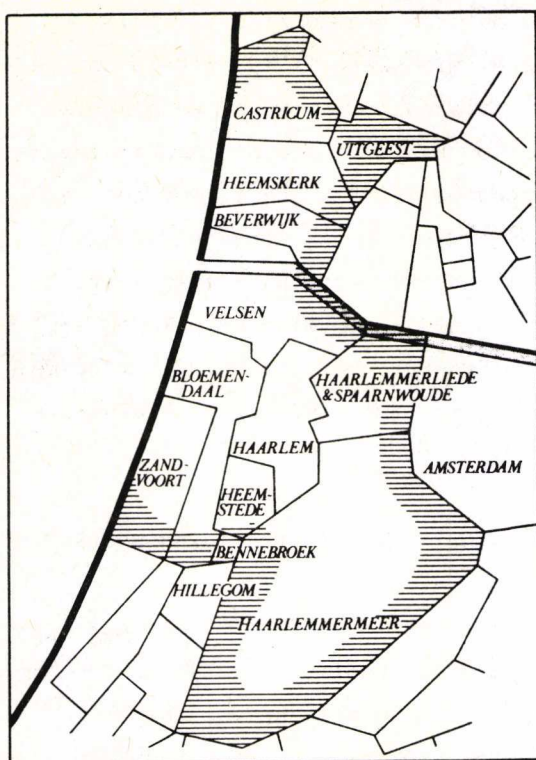
In dit hoofdstuk geven we een beschrijving van de gebiedsindeling zoals die door de Provinciale Staten is vastgesteld en ter goedkeuring aan de Staatssecretaris van WVC is aangeboden.

Voor een goed begrip dient hierbij een tweetal kanttekeningen te worden gemaakt. In de eerste plaats is dit indelingsproces al geruime tijd in gang gezet voordat er sprake was van een integraal invoeringsproject in Kennemerland. In de tweede plaats vormt de gebiedsindeling als zodanig geen onderwerp van bespreking in de Stuurgroep. Voor zover de gebiedsindeling consequenties mocht hebben voor het invoeringsproject, worden die wel in de Stuurgroep aan de orde gesteld.

5.1 Uitgangssituatie

Alvorens Gedeputeerde Staten het verzoek kregen de integrale invoering van de WVG voor te bereiden, diende duidelijk te zijn welke regiegrenzen voor een mogelijk integraal invoeringsproject zouden worden gehanteerd. Gedeputeerde Staten hebben te kennen gegeven dat hiertoe in eerste instantie uitgegaan zal worden van de gezondheidsregio Kennemerland (zie kaart 1). Hierbij heeft een belangrijke rol gespeeld dat deze regio als proefregio voor de volksgezondheid heeft gefunctioneerd.

Kaart 1. Gezondheidsregio Kennemerland



Binnen het geheel van bestuursorganisatorische maatregelen neemt de gebiedsindeling een soort spilfunctie in. Deze bepaalt namelijk in hoge mate hoe de taakverdeling en de samenwerking tussen overheden eruit zal zien.

Zowel op het terrein van de gezondheidszorg als algemeen bestuurlijk is een tweetal typen gebiedsindelingen ontstaan, te weten:

- een indeling in verzorgingsgebieden;
- een indeling in beleidsgebieden.

Met de indeling in verzorgingsgebieden wordt bedoeld op de gebieden waarbinnen de voorzieningen voor gezondheidszorg hun diensten leveren. Voor een gedeelte zijn deze indelingen wettelijk vastgelegd, voor een gedeelte bestaan zij op basis van afspraken of ge-

groeide situaties. Krachtens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) is Noord-Holland onderverdeeld in vier gezondheidsregio's. De gezondheidsregio Kennemerland (zie kaart 1) is er een. Bij de indeling in deze plangebieden is rekening gehouden met historisch gegroeide patiëntenoriëntaties. Op basis van de Wet Ambulancevervoer (WAV) is Noord-Holland ingedeeld in 8 regio's. Tot een van deze regio's behoren de gemeenten die ook de gezondheidsregio Kennemerland vormen, uitgezonderd de gemeente Haarlemmermeer. Naast deze wettelijk vastgelegde indelingen zijn er ook nog een aantal die bestaan op basis van afspraken of gegroeide situaties. Daarbij kunnen onder meer de volgende indelingen worden aangegeven (zie bijlage 1):

- RIAGG-gebieden;
- werkgebieden van de provinciale kruisvereniging Noord-Holland;
- verzorgingsgebieden van de basisgezondheidsdiensten;
- regio-indeling van het maatschappelijk welzijn;
- verzorgingsgebieden van de schoolartsendiensten;
- verzorgingsgebieden voor wat betreft de jeugdtandzorg.

Naast een indeling in verzorgingsgebieden is er een indeling in beleidsgebieden. Dit zijn de gebieden waarbinnen de beleidsvorming met betrekking tot de voorzieningen plaatsvindt. De huidige bestuurlijke indeling van ons land in provincies en gemeenten is min of meer een gegeven. Provincies en gemeenten kunnen wel samenwerken.

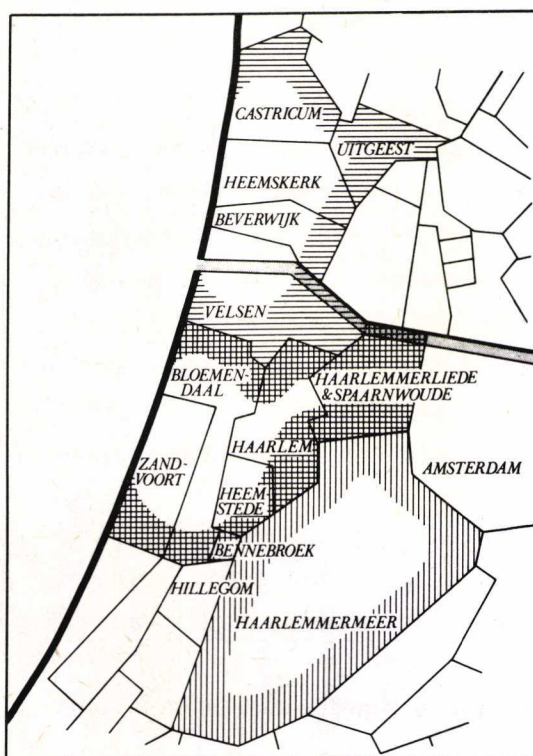
Beschouwen we de huidige bestuurlijke c.q. ambtelijke samenwerking dan treffen we in de gezondheidsregio Kennemerland de volgende samenwerkingsverbanden aan (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 1983):

- Gewest Kennemerland (Kring Volksgezondheid/Bestuurlijk Overleg WVG);
- Regionaal Overleg IJmond (Regioberaad Volksgezondheid IJmond);

5.2 Regio- en subregio-afbakening

De gezondheidsregio Kennemerland is opgedeeld in de gemeente Haarlemmermeer en twee subregio's (zie kaart 2): Midden- en Zuid-Kennemerland. Voor de subregio Zuid-Kennemerland zijn de grenzen van het bestuurlijke gewest Kennemerland aangehouden, voor de subregio Midden-Kennemerland de grenzen van het Regionaal Overleg IJmond.

Kaart 2. Regio- en subregio-afbakening



Beschouwen we de inwonersaantallen dan krijgen we het volgende beeld:

Tabel 5.1 Aantal inwoners per gemeente in de subregio's Midden- en Zuid-Kennemerland op 1-1-1983

Midden-Kennemerland	inwoners	Zuid-Kennemerland	inwoners
Beverwijk	35.238	Bennebroek	5.736
Castricum	22.625	Bloemendaal	17.414
Heemskerk	31.753	Haarlem	154.347
Uitgeest	9.666	Haarlemmerliede en	
Velsen	59.118	Spaarnwoude	4.701
		Heemstede	25.758
		Zandvoort	16.068
totaal	158.400	totaal	224.024

Bron: Provinciale Griffie van Noord-Holland

Alhoewel de gemeente Haarlemmermeer (1-1-1983: 82.261 inwoners) tot de gezondheidsregio Kennemerland wordt gerekend is hiervoor een uitzondering gemaakt. Slechts voor zover het de voorzieningen betreft die tot de provinciale bemoeienis behoren, is deze gemeente bij het integrale invoeringsproject betrokken.

Hiernaast kan worden opgemerkt dat de rijksoverheid in het kader van de sectorale invoering van de WVG in de bijlage bij artikel 5 van het concept-Besluit Werkingssfeer WVG 1984 geen uitzondering maakt voor de gemeente Haarlemmermeer.

5.3 Uitgangspunten en consequenties van de indeling

Als voornaamste uitgangspunten van de provincie bij het opstellen van de gebiedsindeling ex WVG worden genoemd:

- de bestaande overheidsorganisatie en draagvlakken van overheden;

- de oriëntatie van de bevolking op de voorzieningen;
- het functiegebied van de voorzieningen;
- de indeling in niveaus volgens het kubusprincipe; dit betekent dat er geen indeling komt op één niveau, maar een indeling op meerdere niveaus, waarbij de grenzen van het hogere niveau niet overschreden worden door die van lagere niveaus.

De provincie gaat zoveel mogelijk uit van de bestaande bestuurlijke samenwerkingsverbanden. Dit is in overeenstemming met de intentie van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR). "Deze samenwerkingsgebieden zullen het territoriale kader voor het gemeenschappelijk behartigen van belangen op regionale schaal moeten leveren" (nota "Provinciale gebiedsindeling op het terrein van de gezondheidszorg", 1983, blz. 8). Indien mogelijk wordt aansluiting gezocht bij de in Noord-Holland functionerende territoriale samenwerkingsorganen. Voorts is aan deze uitgangspunten nog toegevoegd dat:

- doorsnijding van provincie- en gemeentegrenzen in beginsel wordt afgewezen;
- de oriëntatie van de bevolking op ziekenhuisvoorzieningen niet van doorslaggevend gewicht is.

De gebiedsindeling is bepalend voor het bestuurlijk draagvlak en voor bestuurlijke samenwerking. De indeling in een regio en twee subregio's heeft als consequentie dat de beleidsvorming ten aanzien van:

- voorzieningen die op het lokale niveau functioneren door de afzonderlijke gemeenten geschiedt;
- voorzieningen die op het subregionale niveau functioneren door intergemeentelijke samenwerkingsverbanden gebeurt, eventueel door de provincie;
- voorzieningen die op het regionale niveau functioneren door de provincie ter hand wordt genomen.

Afhankelijk van het verzorgingsgebied van een bepaalde voorzie-

ning kan in principe worden nagegaan welke overheid de beleidsvorming doet.

5.4 Procedure

Met betrekking tot de gebiedsindeling kunnen de volgende stappen worden onderscheiden:

1. Vaststelling uitgangspunten en procedure: In januari 1978 hebben Provinciale Staten de "Notitie Regionalisatie Gezondheidszorg, december 1977" aanvaard. In deze notitie zijn de hoofdlijnen aangegeven waarlangs het proces van regionalisatie van de gezondheidszorg in Noord-Holland gestalte kan krijgen. In oktober 1978 stellen de Gedeputeerde Staten de procedure vast welke gevolgd moet worden voor het tot stand brengen van een subregionale indeling ("Notitie Grensvaststelling gezondheidsregio's in het kader van het regionalisatieproces/procedurevoorstel").
2. Vaststelling concept-gebiedsindeling: Op basis van de uitgangspunten is een concept-gebiedsindeling gemaakt. Hiertoe verschijnt in mei 1982 het "Voorontwerp provinciale gebiedsindeling op het terrein van de gezondheidszorg", welke een inventarisatie en knelpuntenanalyse bevat van regionale samenwerkingsverbanden op het terrein van de volksgezondheid in een beperkt aantal regio's: IJmondgemeenten, Amstel- en Meerlandengebied, het gebied Zaanstreek/Waterland, Flevoland en de gemeenten Hillegom en Graft-De Rijp. Dit voorontwerp is ter advisering voorgelegd aan de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid. Met dit advies, uitgebracht aan de Gedeputeerde Staten, is in het "Ontwerp provinciale gebiedsindeling op het terrein van de gezondheidszorg" (maart 1983) rekening gehouden. Dit ontwerp is in januari 1983 door de Statencommissie voor de Gezondheidszorg aanvaard.

3. Inspraak: Ter becommentariëring is het ontwerp gezonden aan alle op het gebied van de volksgezondheid relevante bestuurlijke en functionele organisaties. De inspraakronde leverde 57 reacties op. Na de inspraaktermijn is begin juli 1983 door de Statencommissie een hoorzitting georganiseerd. Hierbij is gelegenheid gegeven de eventuele schriftelijke reactie nader toe te lichten dan wel alsnog een definitieve reactie te geven op het ontwerp. Vervolgens hebben Gedeputeerde Staten commentaar geleverd op de inspraakreacties (september 1983) en is de tekst van het ontwerp aangepast (notitie van wijzigingen).
4. Vaststelling gebiedsindeling: Het ontwerp met notitie van wijzigingen is nadat de Statencommissie zijn mening heeft gegeven, voorgelegd aan Provinciale Staten. Zij hebben de voorgestelde gebiedsindeling op 9 januari 1984 vastgesteld, met een voorbehoud voor de gemeente Haarlemmermeer en voor de gemeente Diemen. De gebiedsindeling is als afzonderlijk planonderdeel vervolgens ter goedkeuring aan het rijk gezonden.

Enige opmerkingen ten aanzien van de reacties in de inspraakronde zijn hier nog op hun plaats. De gevolgde techniek en wijze waarop de gegevens zijn verwerkt, zijn bijna geen aanleiding geweest tot het maken van opmerkingen. Beschouwen we de reacties die inhoudelijk kritiek leveren, dan zien we dat deze zich in hoofdzaak concentreren op het uitgangspunt dat de gebiedsindeling moet aansluiten bij de bestaande overheidsorganisatie en draagvlakken van overheden. Als nadelige consequenties worden genoemd:

- doorsnijding van huidige werkgebieden van instellingen;
- de noodzaak tot veranderen van natuurlijk gegroeide oriëntatiepatronen;
- het moeten opbouwen van nieuwe samenwerkingsvormen en relaties;

- bemoeilijking van het reeds in gang gezette regionalisatieproces.

Opgemerkt kan worden dat met betrekking tot de regio Kennemerland met name kritiek komt uit het veld van gezondheidszorg. De kritiek richt zich voornamelijk op het feit dat niet zozeer volksgezondheidsaspecten maar bestuurlijke overwegingen van doorslaggevend gewicht zijn bij de vaststelling van de gebiedsindeling.

5.5 Knelpunten

Gedeputeerde Staten signaleren de volgende knelpunten voor wat betreft de gebiedsindeling met betrekking tot de regio Kennemerland:

- Hillegom;
- Haarlemmermeer.

Hillegom. Als een gemeente in de provincie Zuid-Holland, behoort Hillegom tot de gezondheidsregio Leiden. Bij de beleidsvorming voor de intramurale voorzieningen in de regio Kennemerland wordt de bevolking van Hillegom echter tot de te verzorgen bevolking in de regio Kennemerland gerekend. Ongeveer 85% van de bevolking van Hillegom is georiënteerd op de ziekenhuizen in Haarlem en Heemstede. Deze oriëntatie zal volgens de provincie waarschijnlijk in de komende jaren niet veranderen. Ook het feitelijke ambulancevervoer is gericht op Haarlem. Het ambulancevervoer en de oriëntatie van de bevolking op de intramurale voorzieningen pleiten ervoor Hillegom op te nemen in de subregio Zuid-Kennemerland. Dit noodzaakt tot bestuurlijke herindeling (provinciegrenzen worden overschreden). Het provinciaal bestuur van Zuid-Holland wijst dit af; het is bovendien niet bereid tot het verlenen van medewerking aan deelname van deze gemeente aan het Integraal Invoeringsproject Kennemerland. De gemeenteraad van Hillegom heeft zich voor een

overgang naar de provincie Noord-Holland uitgesproken (zie brief d.d. 28 juni 1983 van de gemeente Hillegom aan Gedeputeerde Staten van Noord-Holland). Bestuurlijke overwegingen hebben echter geprevaleerd boven volksgezondheidsoverwegingen (de gemeente Hillegom neemt immers deel aan bestuurlijke samenwerking met Zuid-Hollandse gemeenten (Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 1983)).

Haarlemmermeer. Met name de situatie van Haarlemmermeer lijkt tot onduidelijkheden aanleiding te kunnen geven. De gemeente Haarlemmermeer vormt samen met de gemeenten Aalsmeer, Ouder-Amstel, Uithoorn en Amstelveen het Amstel- en Meerlandengebied. Aangezien in dit gebied intramurale gezondheidszorgvoorzieningen nagenoeg ontbreken, kan dit gebied moeilijk worden aangemerkt als subregio. Dit heeft geleid tot een ziekenhuisoriëntatie op buiten het gebied liggende centra. Voor de gemeente Haarlemmermeer zijn dit met name Heemstede en Haarlem. Het provinciaal bestuur van Noord-Holland kiest om een tweetal redenen voor het voorlopig betrekken van de gemeente Haarlemmermeer bij de gezondheidsregio Kennemerland wat betreft de provinciale beleidsvorming ten aanzien van voorzieningen en de gemeente erbuiten te laten wat betreft de gemeentelijke beleidsvorming. Deze redenen zijn:

- de ontwikkeling van het Amstel- en Meerlandengebied tot een subregio mag niet worden gestagneerd;
- de gegroeide samenwerking op extramuraal gebied in de Amstel- en Meerlanden mag niet worden bemoeilijkt.

5.6 Toetsing

In een brief d.d. 3 november 1983 toegezonden aan de Colleges van Gedeputeerde Staten betrokken bij de integrale invoering van de WVG geeft de Staatssecretaris van WVC enkele richtlijnen waaraan de door de provincie vastgestelde gebiedsindeling in het kader

van de plangoedkeuring zal worden getoetst.

Het betreft de volgende richtlijnen:

- De gebiedsindeling is een indeling op meerdere niveaus; tenminste dienen te worden ingetekend de regio's en subregio's.
- De grenzen van de gemeenten doorsnijden nergens de grenzen van de subregio's; de grenzen van de subregio's doorsnijden nergens de grenzen van de regio's.
- De subregio's geven de buitengrens aan van de intergemeentelijke samenwerkingsgebieden; zij komen zoveel mogelijk overeen met de gebieden, welke op basis van de gewijzigde WGR door de provincies moeten worden vastgesteld.
- Het regionaal niveau komt overeen met het niveau van de huidige indeling in het kader van de WZV; splitsing of samenvoeging van WZV-regio's is dus in beginsel niet mogelijk. Grenscorrecties zijn wel mogelijk.
- Bij de opstelling van de gebiedsindeling wordt rekening gehouden met de functionele samenhang van gezondheidszorgvoorzieningen, de historisch gegroeide structuur en de huidige vast te stellen toekomstige verzorgingsgebieden van de voorzieningen. Hierbij dient onder meer gelet te worden op factoren als bevolkingsaantal en -dichtheid, bereikbaarheid en spreiding, aard en omvang van voorzieningen en keuzemogelijkheden van de bevolking en bestaan de vormen van regionale samenhang.
- Indien de huidige of toekomstige verzorgingsgebieden de grenzen van de gebiedsindeling overschrijden, wordt dit bij de gebiedsindeling aangegeven. Voorts dient, in dat geval, tussen de betrokken overheden overeenstemming bereikt te zijn over de huidige en toekomstige verzorgingsgebieden, alsmede de mate waarin de bevolking gebruik maakt of zal maken van deze voorzieningen.

Voorts heeft de Minister van Binnenlandse Zaken in een brief aan

de besturen van provincies en gemeenten d.d. 24 mei 1984 kenbaar gemaakt dat regio's en subregio's in meer dan één provincie kunnen zijn gelegen. In het geval dat een regio in meer dan één provincie is gelegen, overleggen de betrokken provinciale besturen bij de planvoorbereiding.

Het voorstel om de gemeente Haarlemmermeer enerzijds bij het integrale invoeringsproject te betrekken en anderzijds voor wat betreft de intergemeentelijke samenwerking aan te laten sluiten bij het bestaande Amstel- en Meerlandenoverleg, lijkt niet in overeenstemming te brengen met deze richtlijnen. Het kubusprincipe gaat niet op. Het is duidelijk dat is gekozen voor een pragmatische oplossing.

Van de door ons geïnterviewde personen denkt 64% dat er zich knelpunten zullen voordoen die te herleiden zijn tot de gebiedsindeling, met name de positie van de gemeente Haarlemmermeer. Over de mate van betrokkenheid van de gemeente Haarlemmermeer bij het integrale invoeringsproject wordt verschillend gedacht.

Sommigen zien de positie van de gemeente Haarlemmermeer als een "structureel onoplosbaar probleem", rigoreuze oplossingen achten zij niet mogelijk. Het blijven gekunstelde oplossingen.

5.7 Evaluatie gebiedsindeling

Met uitzondering van de wijze waarop met de gemeente Haarlemmermeer rekening is gehouden, kan de gebiedsindeling als logisch worden getypeerd. De gemeente Haarlemmermeer is en blijft voor wat betreft de gebiedsindeling het probleemkind van het integrale invoeringsproject. De indeling is op dit punt niet volledig in overeenstemming met de richtlijnen (zie paragraaf 5.6).

Ook lijkt de samenhang in beleid hier moeilijk te realiseren, met name de inhoudelijke samenhang. In tegenstelling tot de gemeenten

van Midden- en Zuid-Kennemerland beschikt de gemeente Haarlemmermeer voor wat betreft de voorzieningen op gemeentelijk niveau slechts over beleidsinstrumenten die op basis van een sectorale invoering van de WVG worden aangereikt. Dit zal de mogelijkheden om een samenhangende planontwikkeling ten aanzien van intra- en extramurale voorzieningen, waarvan inwoners van deze gemeente gebruik maken, beperken en van een integrale uitvoering van beleidsplannen zal geen sprake zijn. De inspraakreacties van met name ziektekostenverzekeraars en het ROGK gaan in dezelfde richting. Gedeputeerde Staten merken op in hun commentaar op de inspraakreacties dat "de deelname van de gemeente Haarlemmermeer is ingegeven door de praktische situatie, de doelstelling van integrale planning is daarbij nooit aan de orde geweest, evenmin als dat het geval is bij de overige delen van de provincie die niet onder de integrale invoering vallen" (Gedeputeerde Staten van Noord-Holland, Bestuursorganisatorische Maatregelen: commentaar op inspraakreacties, mei 1984). Dit betekent dat in eerste instantie niet gestreefd is naar een samenhang tussen het provinciale beleid ten aanzien van Kennemerland en het beleid van de gemeente Haarlemmermeer. De vraag blijft of en op welke wijze de gekozen "oplossing" in de toekomst van invloed zal zijn op het verdere verloop van het integrale invoeringsproject. Opvallend is dat betrokkenen de gekozen oplossing veelal zien als een pragmatische korte termijnoplossing. Op langere termijn gezien achten velen het gewenst dat de gemeente Haarlemmermeer ook voor wat betreft het gezondheidszorgbeleid aansluit bij de intergemeentelijke samenwerking in het kader van het Amstel- en Meerlandenoverleg. Een dergelijke verschuiving zal consequenties moeten hebben voor de planning in de subregio Zuid-Kennemerland en daarmee voor de taakverdeling en samenwerking tussen gemeenten.

Grensoverschrijdend verkeer is niet alleen vanuit de Haarlemmermeer te verwachten. Ook de inwoners van de gemeente Hillegom zijn georiënteerd op intramurale voorzieningen in Zuid-Kennemerland.

De bestuurlijk gekozen oplossing is hier evenwel duidelijker dan die ten aanzien van de gemeente Haarlemmermeer.

Ondanks de gemaakte kanttekeningen menen wij samenvattend te kunnen concluderen dat de voorgestelde gebiedsindeling in de toekomst weinig problemen op zal leveren. Dit hangt in belangrijke mate samen enerzijds met de geografische spreiding en de verzorgingsgebieden van de aanwezige voorzieningen en anderzijds met de historisch gegroeide intergemeentelijke samenwerking. Op dit laatste zal in het volgende hoofdstuk worden ingegaan.

6. TAAKVERDELING EN SAMENWERKING TUSSEN OVERHEDEN

In dit hoofdstuk wordt aandacht besteed aan de voorstellen inzake de toewijzing van voorzieningen aan de te onderscheiden bestuurlijke niveaus. Een mogelijke consequentie van deze taakverdeling is dat afstemmingsproblemen ontstaan in de samenhang. Om dit te voorkomen zijn in Kennemerland tegelijkertijd voorstellen gedaan betreffende de samenwerking tussen overheden. Deze voorstellen zullen eveneens in dit hoofdstuk ter sprake komen.

Het is verder van belang dat de gebiedsindeling en daarmee het bestuurlijk draagvlak als gegeven dienen te worden beschouwd.

6.1 Uitgangspunten taakverdeling

De WVG kent bepalingen waarin een aantal zaken met betrekking tot de taakverdeling zijn vastgelegd:

- a. Bij Algemene Maatregel van Bestuur wordt bepaald welke voorzieningen worden toegewezen aan rijk, provincie of gemeente en de mate waarin dit gebeurt (artikel 1 lid 2).
- b. Bij toewijzing aan de gemeente kan tevens worden aangegeven een aantal inwoners, dan wel een bepaalde omvang van het gebied waarover de bemoeienis van de gemeente zich dient uit te strekken (artikel 1 lid 2).
- c. De gemeenten dragen zorg voor de instelling en instandhouding van basisgezondheidsdiensten (artikel 57).
- d. Aan de provincie wordt in elk geval het ambulancevervoer toegewezen, aan het rijk in ieder geval de academische ziekenhuizen c.q. militaire ziekenhuizen, rijks- en justitiële inrichtingen (artikel 1 lid 3 en 4).
- e. De Minister van WVC, Gedeputeerde Staten of Burgemeester en Wethouders beslissen over het verlenen van een vergunning voor het uitoefenen van een beroep ten behoeve van

een voorziening voor gezondheidszorg - uitgaande van een instelling of betrokkene zelf - naar gelang de voorziening behoort tot de bemoeiing van het rijk, de provincie of de gemeente. Over gemeentegrensoverschrijdende of subregionale voorzieningen beslissen de samenwerkende gemeenten. De Minister van WVC beslist over het verlenen van vergunningen ten behoeve van bijzondere voorzieningen (artikel 52 lid 3).

Hiernaast worden door het rijk ten aanzien van de taakverdeling de volgende uitgangspunten gehanteerd (Brief d.d. 3 november 1983 van de Staatssecretaris van WVC aan de Colleges van Gedeputeerde Staten en Burgemeester en Wethouders betrokken bij de integrale invoering WVG):

- Bij de taaktoedeling wordt uitgegaan van de gebiedsindeling, waarbij de subregio's de bovengrens aangeven van de gemeentelijke bemoeienis en de regio's de ondergrens van de provinciale bemoeienis.
- Rekening wordt gehouden met de huidige en toekomstige verzorgingsgebieden van de voorzieningen, waarbij voorzieningen met een subregionaal of kleiner verzorgingsgebied behoren tot de bemoeienis van de gemeentebesturen en voorzieningen met een regionaal of provinciaal verzorgingsgebied behoren tot de bemoeienis van de provinciale besturen.
- Rekening wordt daarnaast gehouden met samenhang tussen voorzieningen waarbij sommige voorzieningen voor wat betreft toedeling als een geheel worden beschouwd.
- Indien een subregio uit meer dan een gemeente bestaat, dienen de gemeenten met betrekking tot de voorzieningen die een verzorgingsgebied hebben, dat groter is dan een gemeente, onderling samen te werken binnen een gebied dat tenminste gelijk is aan dat verzorgingsgebied. De wijze waarop de samenwerking wordt geregeld, is uiteraard een

zaak van de gemeenten, mits zij met betrekking tot de betrokken voorzieningen samen één plan kunnen vaststellen, één erkenning kunnen afgeven, etc.

Deze uitgangspunten kunnen worden gezien als toetsingscriteria voor de voorstellen die door de provincie worden gedaan met betrekking tot de taakverdeling.

Naast deze meer algemene uitgangspunten hebben in de Stuurgroep de volgende overwegingen eveneens een rol gespeeld:

- Voor de bepaling van verzorgingsgebieden van voorzieningen wordt uitgegaan van de huidige verzorgingsgebieden, met inachtnaam van wenselijke en te verwachten ontwikkelingen in die verzorgingsgebieden.
- Bij het gebruik van verzorgingsgebieden als toedelingsgrondslag gaat het primair om de schaal waarop en de samenhang waarin voorzieningen maximaal functioneren c.q. zouden moeten functioneren.
- De toedeling vindt in principe plaats naar vier niveaus: rijk, provincie, subregio (samenwerkende gemeenten), gemeente. Een onderverdeling binnen het gemeentelijk/intergemeentelijk niveau is afhankelijk van voorstellen van de zijde van de (samenwerkende) gemeenten. Uitgangspunt daarbij is dat voorzieningen die het gemeentelijk niveau te boven gaan niet aan een afzonderlijke gemeente kunnen worden toebedeeld.
- Bij de taakverdeling ten behoeve van de integrale invoering van de WVG in Kennemerland wordt - als structurerend beginsel - voorshands uitgegaan van de toedeling van actueel voorkomende organisatorische verbanden waarvan voorzieningen uitgaan.
- De taaktoedeling voor de eerste planperiode kan afwijken van de toedeling die op langere termijn zal gelden.

6.2 Voorgestelde taakverdeling

Zoals al opgemerkt is, zal de rijksoverheid op grond van artikel 1 lid 2 ex WVG taken toewijzen. Hiertoe is door de Stuurgroep Integraal Invoeringsproject een voorstel gedaan.

In bijlage 2 valt af te lezen welke voorzieningen volgens dit voorstel aan rijk, provincie of (samenwerkende) gemeenten moeten worden toegewezen (zie ook nota bestuursorganisatorische maatregelen, blz. 16-18).

De afzonderlijke gemeenten nemen de planning van de eerstelijnszorg ter hand, de samenwerkende gemeenten de basisgezondheidszorg uitgezonderd de bovenregionale taken als bijvoorbeeld TBC-bestrijding (provincie), ambulante geestelijke gezondheidszorg en ambulante verslaafdenzorg. Aan de provincie zijn de volgende sectoren toegewezen:

- gespecialiseerde somatische gezondheidszorg;
- langer durende gezondheidszorg (verpleeghuizen en bejaardenoordelen);
- kinder- en jeugdzorg;
- geestelijke gezondheidszorg (uitgezonderd de ambulante geestelijke gezondheidszorg);
- geestelijke gehandicaptenzorg;
- klinische verslaafdenzorg;
- ambulancevervoer;
- inhoudelijke ondersteuning (RIGG's, samenwerkingsverbanden GVO en CHV);
- technische ondersteuning (laboratoria en bloedbanken).

Enkele voorzieningen die tot bovenstaande sectoren behoren, zijn aan het rijk toegewezen, nl.: artikel 18 voorzieningen, academische ziekenhuizen, TBR-klinieken en supra-regionale debieleninternaten. Voorts zijn laboratoria toebedeeld aan samenwerkende gemeenten. Tenslotte moet worden opgemerkt dat de toedeling van een aantal voorzieningen nog in discussie is. In de volgende pa-

ragraaf gaan we hier nader op in.

6.3 Knelpunten

In de regio doen zich bij de bepaling van de taakverdeling knelpunten voor die betrekking hebben op de volgende voorzieningen:

- de ambulante geestelijke gezondheidszorg;
- de ambulante verslaafdenzorg;
- de verpleeghuizen en bejaardenoord.

De ambulante geestelijke gezondheidszorg is in het voorstel voorlopig aan gemeenten toegewezen op grond van de overweging dat de werkgebieden samenvallen met de subregio's en gezien de omstandigheid dat de gemeenten veel activiteiten op dit terrein hebben ontplooid.

Het bestuur van de RIAGG Zuid-Kennemerland heeft eind 1983 in een brief aan de Stuurgroep te kennen gegeven dat de planning van de ambulante geestelijke gezondheidszorg het beste zal kunnen plaatsvinden op subregionaal niveau, ervan uitgaande dat de samenhang met intramurale voorzieningen wordt gewaarborgd.

Dit uitgangspunt, het in het kader van samenhang aansluiten bij de intramurale psychiatrie (RIGG-vorming); zou naar onze mening echter betekenen dat de provincie de planbevoegdheid krijgt.

Ook de ambulante verslaafdenzorg is in het voorstel voorlopig toegewezen aan de gemeenten gezien de schaalgrootte waarop deze zorg functioneert. Als tegenargumenten worden naar voren gebracht de onzekerheid van de zijde van de gemeenten wat betreft de financiering, de samenhang met de klinische zorgverlening, de overschrijding van het werkgebied van de gemeente- en subregiogrenzen en de mobiliteit van de verslaafden, waarbij gemeentegrenzen gemakkelijk worden overschreden. Deze argumenten pleiten voor een planning op provinciaal niveau.

Dat de verpleeghuizen en bejaardenoordens ondanks de subregionale

schaalgrootte voorlopig aan de provincie zijn toegewezen komt doordat er momenteel in het kader van de WZV-planning een - provinciale - plancommissie bezig is een verpleeghuisplan voor de regio Kennemerland op te stellen. Vooralsnog zal de taakverdeling voor wat betreft deze voorzieningen een onderdeel vormen van een gezamenlijke intentieverklaring van provincie en (samenwerkende) gemeenten (zie voor de betekenis van de intentieverklaring paragraaf 6.4.1).

Naast deze voorzieningen die nog definitief moeten worden toege-deeld, zijn van de zijde van de Provinciale Kruisvereniging Noord-Holland in hun inspraakreactie op de nota bestuursorganisatorische maatregelen bezwaren geuit tegen het toedelen van kruiswerk, gezins-verzorging, maatschappelijke dienstverlening (i.c. algemeen maatschappelijk werk) en kraamzorg aan het gemeentelijk niveau. Gedeputeerde Staten merken op dat een intergemeentelijke organisatorische structuur, dit bij bovenstaande voorzieningen het geval, niet automatisch planning op intergemeentelijk niveau inhoudt. Gemeenten zullen bij hun planning wel rekening moeten houden met bovengemeentelijke aspecten (Bestuursorganisatorische maatregelen: commentaar op inspraakreacties, Gedeputeerde Staten, mei 1984, blz. 11). Voorts maken Gedeputeerde Staten een voorbehoud wat betreft het betrekken van voorzieningen van maatschappelijke dienstverlening bij het integrale invoeringsproject en willen zij zich nader beraden over de vraag welke voorzieningen uit deze sector inderdaad erbij zouden moeten worden betrokken en de wijze waarop dit dan zou moeten gebeuren. Deze taakverdeling geldt in principe voor de eerste planperiode. Bovendien is de taakverdeling in zoverre flexibel dat wanneer blijkt dat een bepaalde voorziening beter aan een ander overheidsniveau kan worden toebedeeld, dit ook kan gebeuren.

Meer dan de helft van de door ons geïnterviewde personen denkt dat er zich in de (nabije) toekomst problemen zullen voordoen voor wat betreft de taakverdeling (56%). Deze betreffen hoofdzakelijk de hierboven reeds gesignaleerde knelpunten.

6.4 Samenwerking tussen overheden

Ingevolgde de WVG moeten de drie overheden plannen opstellen. Gesproken wordt van een rijksplan en provinciale en gemeentelijke plannen. De plannen hebben betrekking op voorzieningen voorzover zij uitgaan van instellingen. Bij personen wordt niet gewerkt met plannen, maar met richtlijnen en verordeningen betreffende vestigingen en omvang beroepswerkzaamheden.

Bij het plannen van voorzieningen worden de overheden geacht samen te werken. Hierbij kunnen we onderscheid maken in verticale en horizontale coördinatie van activiteiten.

6.4.1 Verticale coördinatie

Het provinciaal bestuur en de gemeenten van Midden- en Zuid-Kennemerland zijn overeengekomen een intentieverklaring op te stellen alvorens zij met de feitelijke planning van voorzieningen beginnen. De intentieverklaring is te beschouwen als een bestuurlijke wilsovereenstemming. In deze intentieverklaring leggen de provincie en de gemeenten onder meer de voorwaarden vast om voldoende samenhang te waarborgen tussen de plannen die op beide niveaus worden ontwikkeld en vastgesteld. Voordat deze intentieverklaring wordt vastgesteld, vindt over de inhoud gestructureerd overleg plaats met het veld van de gezondheidszorg, de ziektekostenverzekeraars en de gebruikers(organisaties).

Hiernaast ligt het in de bedoeling een provinciaal beleidsplan op te stellen. Hierin worden de provinciale beleidsuitgangspunten vastgelegd. Dit beleidsplan vormt het ontwerp- en toetsingskader voor de op te stellen provinciale voorzieningenplannen (binnen door het rijk vastgestelde kaders). Het provinciaal beleidsplan is voor het provinciaal bestuur bovendien het toetsingskader voor de goedkeuring van de gemeentelijke beleids- en voorzieningenplan-

nen. Overigens heeft het ROGK voorgesteld om tot één regionaal beleidsplan van provincie en gemeenten te komen. Op basis van dit beleidsplan zouden beide overheidsniveaus hun eigen voorzieningen-plannen kunnen opstellen. Het ROGK wil bij de voorbereiding van het beleidsplan en ook bij subregiogrensoverschrijdende voorzieningen het veld van de gezondheidszorg, de ziektekostenverzekeraars en gebruikers(organisaties) betrekken door hen deel uit te laten maken van een te vormen plancommissie. Ook dit voorstel van het ROGK is in het Stuurgroepoverleg uitvoerig besproken, maar de Stuurgroep heeft uiteindelijk gekozen voor de thans voorgestelde procedures.

Van de geïnterviewden denkt 26% (zowel bestuurders, ambtenaren, raads- en statenleden als personen die tot de functionele groeperingen worden gerekend) dat er zich knelpunten zullen voordoen voor wat betreft de verticale samenwerking. Deze zullen onder meer voortvloeien uit het feit dat er nog onduidelijkheden bestaan ten aanzien van de taakverdeling en de constructie van de intentieverklaring, die in principe weinig garanties zou bieden tot samenwerking. Ook in de inspraakreacties van het veld van gezondheidszorg worden uitlatingen gedaan die in deze richting gaan.

6.4.2 Horizontale Coördinatie

Ten behoeve van de op subregionaal niveau te plannen voorzieningen moeten gemeenten gaan samenwerken. Omdat evenwel de plannen door de afzonderlijke gemeenten worden vastgesteld, moet ten aanzien van deze voorzieningen een - eensluidende - subregionale paragraaf in de afzonderlijke gemeentelijke plannen worden opgenomen. In de subregio Midden-Kennemerland is voorgesteld de intergemeentelijke samenwerking plaats te laten vinden op basis van een gemeenschappelijke regeling. Het dagelijks bestuur van deze gemeen-

schappelijke regeling is verantwoordelijk voor het bevorderen van het subregionale plan. Dit plan wordt ter fiattering aan de afzonderlijke gemeentebesturen voorgelegd, om op deze wijze de eigen verantwoordelijkheid van elke gemeente tot zijn recht te laten komen. De bedoeling is dat de vijf gemeenten die gezamenlijk de subregio Midden-Kennemerland vormen tot eenzelfde standpunt komen. In die gevallen dat geen overeenstemming kan worden bereikt, wordt een arbitragecommissie ingeschakeld, bestaande uit drie onafhankelijke personen, die een bindend advies uit kan brengen.

In het voorstel in de subregio Zuid-Kennemerland geschiedt de afstemming en coördinatie van gemeentelijke plannen binnen het bestuurlijk kader van het gewest Kennemerland. Hierbij verplichten de gewestgemeenten zich te komen tot een eensluidende planning ten aanzien van gemeentegrensoverschrijdende en subregionale voorzieningen. Het dagelijks bestuur van het gewest Kennemerland draagt de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de bevordering van de totstandkoming van de eensluidende subregionale paragraaf en is daarop aanspreekbaar. Echter ook hier geldt dat de afzonderlijke gemeenten uiteindelijk de plannen vaststellen. Indien niet tot vaststelling van de subregionale paragraaf in de plannen wordt gekomen, zal ook hier een conflictregeling in werking treden. Als arbitragecommissie zal in deze subregio de gewestraad optreden.

In de inspraakreacties op de nota bestuursorganisatorische maatregelen van met name het veld van gezondheidszorg worden vraagtekens gezet bij de intergemeentelijke samenwerking.

In de interviewronde zijn over de voorstellen de nodige twijfels geuit. Zo denkt 64% van de geïnterviewden dat er zich knelpunten zullen voordoen wat betreft de horizontale samenwerking zowel tussen de IJmondgemeenten als tussen de gewestgemeenten. Bezien wij de verschillende categorieën geïnterviewden afzonderlijk dan valt het relatief grote aantal ambtenaren op dat knelpunten ver-

wacht. Deze verwachting is dan veelal gebaseerd op eerdere ervaringen. Daarnaast bestaat onzekerheid over waar het verschil in grootte van de gemeenten in de praktijk toe zal leiden. In het algemeen wil het voorkomen dat grote gemeenten gaan domineren ten opzichte van kleinere gemeenten.

6.5 Evaluatie taakverdeling en samenwerking

Met uitzondering van de voorzieningen waarvan de definitieve toedeling onderdeel zal uitmaken van de intentieverklaring van provincie en gemeenten, zijn de voorzieningen toegedeeld aan de bestuurlijke niveaus overeenkomstig de schaalgroottes van de verzorgingsgebieden van betreffende voorzieningen. Hierbij is gekeken naar het uitvoeringsniveau van de voorzieningen en niet zozeer naar de organisatiestructuur van de instellingen van waaruit de voorzieningen worden geleverd.

De taakverdeling tussen de drie overheidsniveaus biedt mogelijkheden tot een decentrale beleidsvoering. Een en ander is afhankelijk van de nadere invulling van richtlijnen door de rijksoverheid ten behoeve van de beleidsvoering van de provinciale en gemeentelijke overheden en door de provinciale overheid ten behoeve van de beleidsvoering van de gemeentelijke overheden. De vraag is of en in hoeverre er in de toekomst van een werkelijke decentrale beleidsvoering sprake zal zijn. Dit is immers in belangrijke mate afhankelijk van de beleidsruimte die lagere overheden krijgen. Deze beleidsruimte wordt niet alleen beïnvloed door richtlijnen en normen, maar is bovendien afhankelijk van de financiële mogelijkheden (lees: kaders), goedkeuringsprocedures, overige regelgeving op het terrein van de gezondheidszorg en ook op andere terreinen, de mogelijkheden van het veld van gezondheidszorg om invloed uit te oefenen, etc. (zie ontwerp van onderzoek; Rijksuniversiteit Limburg e.a., maart 1984).

De coördinatie van activiteiten ten behoeve van de verticale samenwerking vindt plaats in de vorm van:

- het overleg ten behoeve van de intentieverklaring van provincie en gemeenten;
- de "waarnemerspositie" van de gemeenten in de provinciale plancommissie;
- het horen van gemeenten over het ontwerp-beleidsplan door Gedeputeerde Staten;
- de goedkeuring van gemeentelijke en provinciale plannen door respectievelijk Gedeputeerde Staten en de rijksoverheid.

Dit biedt op zich uitzicht op een samenhangende beleidsvoering, zowel inhoudelijk als procedureel. Op het eerste gezicht wordt de mogelijkheid gecreëerd om te komen tot een integrale benadering van het gezondheidszorgsysteem, een inhoudelijke aansluiting van beleid, een aansluiting van beleidsinstrumenten (intentieverklaring, beleids- en voorzieningenplannen, goedkeuringsbevoegdheid), een simultane beleidsvoering en aansluiting van verschillende fasen in de beleidsvoering van rijk, provincie en (samenwerkende) gemeenten.

Echter veel is afhankelijk van hoe bepaalde afspraken in de praktijk zullen werken. Hierbij denken wij met name aan de intentieverklaring. Garanties voor samenhang biedt deze verklaring niet. In tegenstelling tot de procedure bij de beleids- en voorzieningenplannen van provincie en gemeenten vindt geen formele goedkeuring door een hogere overheid plaats. Aangezien ten behoeve van de samenhang in deze intentieverklaring wezenlijke zaken worden geregeld, vragen wij ons af of het niet noodzakelijk is om de beleidsuitgangspunten uit de intentieverklaring op te nemen in de beleidsplannen (van zowel provincie als van de gemeenten).

De coördinatie van activiteiten van gemeenten ten behoeve van de horizontale samenwerking vindt in Midden-Kennemerland plaats op basis van een gemeenschappelijke regeling; in Zuid-Kennemerland

binnen het bestuurlijk kader van het gewest Kennemerland. De gewestgemeenten hebben voorts het voornemen uitgesproken om in het najaar van 1984 een uitgewerkte conflictregeling vast te stellen (zie bijlage 5 van de nota bestuursorganisatorische maatregelen). Gezien de grote scepsis die er heerst ten aanzien van de samenwerking tussen gemeenten, vragen wij ons af of de conflictregelingen voldoende zullen zijn. Met name bestaat de kans dat conflicten die door middel van conflictregelingen zijn opgelost, sporen nalaten en van invloed zijn op de intergemeentelijke samenwerking in de toekomst.

Met het oog op een samenhangende, efficiënte en eenvoudige beleidsvoering en tegen de achtergrond van de ervaringen die gemeenten (bestuurders en ambtenaren) hebben met intergemeentelijke samenwerking, vragen wij ons ook in dit verband af of het zinvol is de beleidsuitgangspunten uit de intentieverklaring in de beleidsplannen van gemeenten en provincie op te nemen, omdat dit meer garantie zal bieden. Daarnaast zou het zin kunnen hebben één subregionaal beleidsplan door gemeenten en provincie gezamenlijk op te laten stellen, waarbij in het geval van conflicten de Statencommissie van Gezondheidszorg als arbitragecommissie zou kunnen optreden.

Deze werkwijze zou zowel de besluitvormingsprocedure kunnen inkorten als kostenbesparend zijn, aangezien gemeenten gebruik zouden kunnen maken van de aanwezige deskundigheid bij de provincie. Bovendien zou dit ten goede komen aan de samenhang in het beleid; één bestuursniveau krijgt de verantwoordelijkheid voor een samenhangende beleidsvoering. Voorts zou dit voor het veld een aanzienlijke besparing van tijd opleveren aangezien met de (samenwerkende) gemeenten geen afzonderlijk overleg noodzakelijk is. Er zou dan meer tijd beschikbaar komen om de kwaliteit van de zorg zelf te verbeteren. Duidelijk hiermee verbonden is de invulling van de adviesstructuur. Deze zullen we in het volgende hoofdstuk aan de orde stellen.

7. PLANNINGS- EN ADVIESSTRUCTUUR

In dit hoofdstuk geven we een overzicht van de voorstellen die zijn gedaan ten aanzien van de adviesstructuur in het kader van de integrale invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de regio Kennemerland. Hierbij zullen we onder meer aangeven wie wie adviseert, waarover en op welk moment in de planfase. Aangezien het van invloed is geweest op de voorstellen die zijn gedaan ten aanzien van de adviesstructuur, is het hier op zijn plaats nogmaals te wijzen op het feit dat de provincie en gemeenten tot een intentieverklaring moeten komen alvorens zij met de planning kunnen aanvangen. Deze houdt in een bestuurlijke wils-overeenstemming waarin onder meer de samenhang tussen de planningsniveaus wordt geregeld. Daarnaast wordt door zowel de provincie als de gemeenten een onderscheid gemaakt tussen beleidsplannen, waarin de beleidsuitgangspunten zijn neergelegd, en voorzieningenplannen, waarin per sector een concrete uitwerking van het beleidsplan plaatsvindt.

7.1 Wet Voorzieningen Gezondheidszorg

De rijksoverheid bepleit een eenvoudige en doorzichtige adviesstructuur. De WVG geeft wat de adviesstructuur betreft slechts een aantal hoofdlijnen (artikelen 13, 14, 15, 21, 23 en 24). Het is aan de provincie en de gemeenten deze hoofdlijnen nader uit te werken; zij zijn betrekkelijk vrij wat betreft de inrichting van de adviesstructuur.

De WVG regelt primair de taken van de rijks-, provinciale en gemeentelijke overheid. De taken van het veld zijn slechts indirect aan de orde. Ten behoeve van de kwaliteit en uitvoerbaarheid van het beleid acht de rijksoverheid goed overleg met het veld noodzakelijk. Met het oog hierop noemt de WVG een aantal adviesorga-

nen: de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, een provinciale commissie voor de volksgezondheid, een provinciale commissie vestigingsbeleid, een gemeentelijke commissie voor de volksgezondheid en een gemeentelijke commissie vestigingsbeleid. Daarnaast kan de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid districtscommissies instellen.

De rijksoverheid doet ten aanzien van de adviesstructuur de volgende suggesties: één adviesorgaan ten behoeve van de gemeente in één subregio of één adviesorgaan waarvan zowel gemeenten als provincie gebruik maken (nota "Invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg; Bouwstenen voor een invoeringsplan", december 1982). Voorts wordt gesuggereerd aansluiting te zoeken bij bestaande samenwerkingsverbanden in de gezondheidszorg.

De adviesstructuur die in de WVG wordt voorgesteld, ziet er als volgt uit:

a. rijksplan

- Advisering door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid aan de minister ten aanzien van het (ontwerp)plan (artikel 3 lid 1).

b. provinciale plannen

- Advisering door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid aan de minister ten aanzien van de richtlijnen opgesteld door de minister met betrekking tot het ontwerpen en vaststellen van plannen (artikel 3 lid 1).
- Advisering door de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid aan de Provinciale Staten ten aanzien van de nadere richtlijnen met betrekking tot de samenhang tussen provinciale en gemeentelijke plannen (artikel 10 lid 6).
- Advisering door belanghebbende gemeentebesturen aan de Gedeputeerde Staten ten aanzien van het ontwerpen van het plan (artikel 13 lid 1).
- Advisering door de commissie ex artikel 14 of Provinci-

- ale Raad voor de Volksgezondheid of districtscommissie aan de Provinciale Staten indien dit nog niet is ge-
beurd bij de voorbereiding van het plan (artikel 15).
- Advisering door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid aan de minister wat betreft de voordracht tot het besluit omtrent de goedkeuring van het plan aan de Kroon (artikel 19 lid 1).

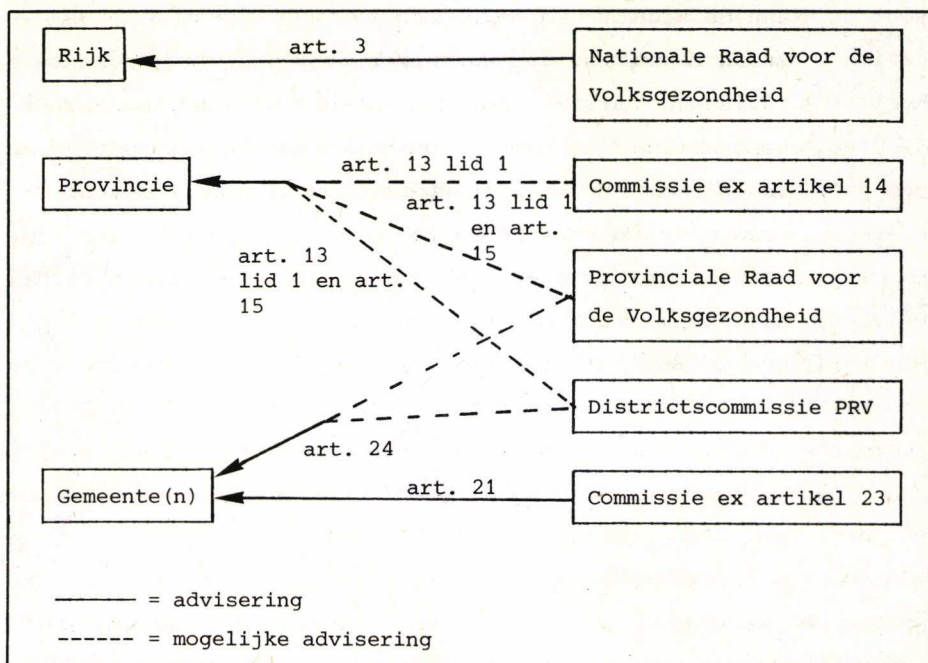
c. gemeentelijke plannen

- Advisering door de commissie ex artikel 23 aan Burgemeester en Wethouders wat betreft het ontwerpplan (artikel 21).
- Advisering van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid of een districtscommissie wat betreft het ontwerpplan (artikel 24).

In schema 7.1 zijn de betrokken organen nogmaals aangegeven. De commissies ex artikel 56 WVG ten behoeve van de advisering over het vestigingsbeleid zijn in dit schema niet opgenomen. In bijlage 3 kunnen we aflezen op welk moment volgens de WVG advisering dient plaats te vinden.

Gezien het streven naar deregulering - met name wordt door de rijksoverheid een vereenvoudiging van de adviesstructuur voorgestaan - is het nog onduidelijk of en in hoeverre een toepassing van artikel 41 WVG zal aansluiten bij de hierboven weergegeven adviesstructuur.

Schema 7.1 Adviesstructuur volgens WVG



7.2 Provinciale adviesstructuur

In het voorstel van de provincie omtrent de provinciale adviesstructuur spelen de volgende organen en/of personen in de advisering een rol:

- een plancommissie (commissie ex artikel 14 WVG);
- de PRV in Noord-Holland;
- betrokken gemeenten (horen);
- belanghebbenden en belangstellenden (inspraak);
- Statencommissie voor de Gezondheidszorg;
- het regioberaad (ROGK nieuwe stijl).

De samenstelling van de plancommissie komt minimaal overeen met de in artikel 14 van de WVG genoemde groeperingen, exclusief de

gemeenten. Als adviseurs worden toegevoegd de beide inspecties voor de volksgezondheid. De gemeenten en de PRV kunnen de vergaderingen van de commissie als waarnemer bijwonen. Deze commissie heeft tot taak een voorstel voor een ontwerp-beleidsplan aan Gedeputeerde Staten voor te leggen, op basis van het rijkskader en een nota van uitgangspunten. Dit voorstel bevat bij voorkeur meerdere alternatieven voor de wijze waarop het ontwerpplan kan worden ingevuld. Daarbij geeft de commissie een beargumenteerde voorkeur aan, dat wil zeggen: zij brengt een advies uit. Het regioberaad (ROGK nieuwe stijl) wordt door Gedeputeerde Staten benaderd om over de uit de nota van uitgangspunten voortvloeiende intentieverklaring gestructureerd overleg te plegen, deel te nemen aan de plancommissie en uitvoering te geven aan een of meer van de in het beleidsplan genoemde knelpunten; dit resulteert in een voorstel voor een ontwerp-voorzieningenplan. In dit voorstel worden meerdere alternatieven genoemd, waarvan het regioberaad een voorkeur zal moeten aangeven. Het regioberaad kan zich desgewenst bij laten staan door een sectorale koepel. "Een gestructureerde relatie tussen het regioberaad en de betreffende sector van het veld ligt hierbij in de lijn der verwachting" (nota bestuursorganisatorische maatregelen Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, mei 1984, blz. 20).

De ziektekostenverzekeraars zullen met provincie en gemeenten overleg voeren over de intentieverklaring en deelnemen aan de plancommissie.

De PRV in Noord-Holland zal worden gevraagd te adviseren over de (functionele) uitgangspunten ten behoeve van het provinciaal beleid; tevens zal deze Raad gevraagd worden te adviseren over het ontwerp-beleidsplan en voorontwerp-voorzieningenplan.

De betrokken gemeenten zullen worden gehoord wat betreft het ontwerp-beleidsplan en het voorontwerp-voorzieningenplan.

Ten aanzien van het ontwerp-beleidsplan zal een inspraakronde worden gehouden. In het begin van deze inspraakronde zullen Gede-

puteerde Staten het ontwerp-beleidsplan in de subregio('s) presenteren en toelichten. Ten aanzien van het ontwerp-voorzieningenplan zal geen inspraakronde worden gehouden. Wel zal het plan 6 weken ter visie worden gelegd.

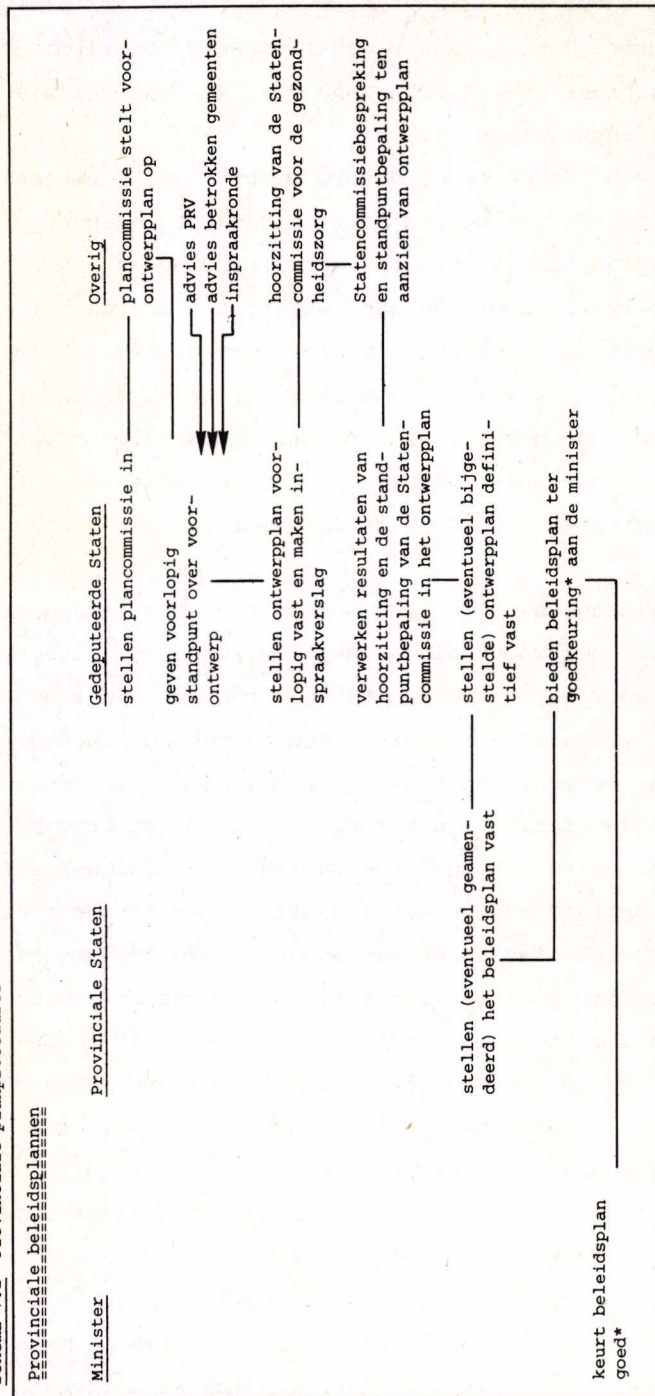
De Statencommissie voor de Gezondheidszorg wordt door Gedeputeerde Staten gevraagd te adviseren over de nota van uitgangspunten, het ontwerp-beleidsplan en het ontwerp-voorzieningenplan.

Het voorstel van de PRV in Noord-Holland wijkt niet af van het voorstel van de provincie (voorlopige reactie discussienota, 15 december 1983). De PRV doet wel de suggestie, gelet op de onderlinge taakafbakening tussen overheden, bij de samenstelling van de provinciale adviescommissie (door de provincie aangeduid met "plancommissie") nadruk te leggen op de intramurale gezondheidszorg.

Het voorstel van het Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland wijkt wel af van het voorstel van de provincie. In dit voorstel wordt gepleit voor het opstellen van één regionaal ontwerp-beleidsplan (in het voorstel strategisch meerjarenplan genoemd) voor provincie en gemeenten. Dit zou moeten geschieden in een zogenoemde plancommissie waarin zijn vertegenwoordigd het provinciaal bestuur, de gemeenten uit de drie subregio's (Midden-Kennemerland, Zuid-Kennemerland, de gemeente Haarlemmermeer), de voorzieningensector (gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening), de gebruikers(organisaties), ziektekostenverzekeraars en enige adviseurs. In dit voorstel wordt nog opgemerkt dat in deze adviesstructuur de PRV in Noord-Holland niet is verwerkt. Als reden hiervoor wordt gewezen op het feit dat over deze instantie in het invoeringsproject nog niet is gesproken (december 1983).

Ook de gewestgemeenten hebben een voorstel gedaan dat enigszins afwijkt van het voorstel van de provincie. Zij stelden namelijk voor ook de gemeenten, overeenkomstig het voorstel van het ROGK, deel uit te laten maken van de provinciale adviescommissie ex artikel 14 WVG. Dit voorstel is in een later stadium weer terugge-

Schema 7.2 Provinciale planprocedures

Provinciale beleidsplannen

Provinciale voorzieningenplannen

Minister

Provinciale Staten

Gedeputeerde Staten

Overig

verzoeken Regionaal beraad
Kennemerland uitvoering te
geven aan knelpunten genoemd
in beleidsplan

Regionaal Beraad Kennemer-
land of projectplancommissie
pakken knelpunten aan

toetsen voorontwerp aan be-
leidsplan en geven voorlopig
standpunt

Regionaal Beraad Kennemer-
land stelt voorontwerp
voorzieningenplan op
(eventueel bijgestaan door
sectorale koepels)

leggen (bijgestelde) ontwerp-
plan gedurende 6 weken ter
visie

advies PRV
advies betrokken gemeenten

Statencommissie voor de
gezondheidszorg brengt ad-
vies uit over het aan hem
voorgelegde ontwerpplan
'het advies van de PRV', de
reacties van gemeenten en
eventuele reacties uit de
periode van de ter visie
legging met commentaar van
Gedeputeerde Staten

stellen het ontwerpplan (waarin
standpunt Statencommissie is
verwerkt) definitief vast en
leggen dit P.S. voor

stellen voorzieningen-
plan vast

bieden plan te zamen met
advies van PRV, de gemeenten
en derden, en commentaar van
G.S. ter goedkeuring aan aan
de minister en zenden set
stukken naar Nationale Raad
voor de Volksgezondheid

keurt plan goed

advies Nationale Raad voor
de Volksgezondheid

* In de nota bestuursorganisatorische maatregelen staat in bijlage 2 ten onrechte: "ter kennisneming".

nomen, omdat een aparte overlegronde is gecreëerd tussen provincie en gemeenten over het provinciaal beleidsplan.

Zowel uit de inspraakreacties als tijdens het overleg tussen Ge-deputeerde Staten met de Statencommissie voor de Gezondheidszorg is gebleken dat de provinciale advies- en overlegstructuur positief wordt beoordeeld. De reacties zijn over het algemeen gunstig.

7.3 (Inter)gemeentelijke adviesstructuur

De gewestgemeenten stellen een permanente intergemeentelijke adviescommissie ex artikel 21/23 WVG voor, waarvan personen, organisaties en instellingen op het terrein van gezondheidszorg deel uitmaken. Zij stellen ook nog de mogelijkheid voor ad hoc twee deskundigen toe te voegen, afhankelijk van het deelplan of gemeentelijk plan waarover moet worden geadviseerd. De commissie moet in een vroegtijdig stadium bij de planvoorbereiding worden betrokken. Dit wordt bepaald door de (samenwerkende) gemeenten. In tegenstelling tot de provinciale plancommissie zal deze intergemeentelijke adviescommissie geen ontwerp-beleidsplannen opstellen, maar een puur adviserende taak hebben. Deze commissie moet ook functioneren als recruteringskader voor een intergemeentelijke commissie voor het vestigingsbeleid (conform artikel 56 WVG). In het voorstel van de IJmondgemeenten zullen, evenals in de voorstellen van de provincie en gewestgemeenten, ontwerp-beleidsplannen worden voorgelegd aan een intergemeentelijke adviescommissie. In deze vast commissie zullen in ieder geval vertegenwoordigers van veld, ziektekostenverzekeraars en gebruikers(organisaties) zitting hebben. Ook voor deze commissie geldt dat zij "slechts" adviseert over de ontwerp-beleidsplannen. Over de voorzieningenplannen zal uitsluitend advies worden gevraagd aan de betrokken beroepsgroep en de direct belanghebbende. Er dient hier te worden opgemerkt dat dit het enige voorstel is waarin het ROGK nieuwe

stijl geen plaats krijgt. De gemeenten staan hier op het standpunt dat wanneer het veld van de gezondheidszorg zich wil laten representeren door het ROGK nieuwe stijl dit een zaak is die het veld zelf zal moeten regelen.

De PRV in Noord-Holland is voorstander van het instellen van een intergemeentelijke c.q. subregionale adviescommissie, waarbij voor wat betreft de recrutering gedacht moet worden aan het regio-beraad. In tegenstelling tot de provincie stelt de PRV voor ook de PRV te laten adviseren ten aanzien van de gemeentelijke voorzieningenplannen. Ten aanzien van de samenstelling van de (inter) gemeentelijke adviescommissie stelt de PRV voor de nadruk te leggen op de extramurale en ambulante zorgsectoren.

Zoals we reeds bij de voorstellen voor de provinciale adviesstructuur hebben opgemerkt, stelt het Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland voor één regionaal beleidsplan op te stellen voor zowel de provincie als de gemeenten. Provincie en gemeenten stellen afzonderlijk voorzieningenplannen op en vast. Inspraak is in dit voorstel mogelijk via een hoorprocedure.

In tegenstelling tot de provinciale planprocedure, waarvan de adviesprocedure een onderdeel uitmaakt, hebben de gemeentelijke planprocedures aanleiding gegeven tot het maken van een voorbehoud van de zijde van Gedeputeerde Staten. Zij zijn voornemens om in het najaar van 1984 met betrokken gemeentebesturen nog nader in overleg te treden. Tot deze beslissing hebben onder meer bijgedragen een aantal inspraakreacties op de nota bestuursorganisatorische maatregelen. Hierin wordt aangegeven dat de plan- en/of adviesprocedure van de gewestgemeenten te ingewikkeld is en die van de IJmondgemeenten te summier. De voorlopige gemeentelijke plan- en adviesprocedures zijn overigens wél in bijlage 3 en 4 van de nota bestuursorganisatorische maatregelen opgenomen.

Van de geïnterviewden denkt 46% dat er zich knelpunten zullen voordoen die betrekking hebben op de plan- en/of adviesprocedure.

Genoemd worden o.a.:

- de te lange procedures, waardoor tijdnood zal optreden;
- de te lichte conflictregelingen in de gemeentelijke procedures.

7.4 Gebruikersparticipatie

Ongeacht de voornemens die geuit zijn ten aanzien van de gebruikers(organisaties), blijft het een vraag op welke wijze de gebruikersparticipatie in het gezondheidszorgbeleid zal moeten worden ingevuld. Op een aantal zaken met betrekking tot de gebruikersparticipatie in het kader van de WVG willen wij hieronder nader ingaan.

De WVG noemt als één van de kringen, waaruit leden voor de provinciale en gemeentelijke adviescommissies worden gekozen "personen of organisaties, die de belangen van de gebruikers van voorzieningen voor gezondheidszorg in algemene zin behartigen" (artikel 14 en 23).

Vragen die bij ons rijzen naar aanleiding van deze wettekst zijn:

- Wat houdt het "in algemene zin" behartigen van belangen van gebruikers op het terrein van de planning van gezondheidszorgvoorzieningen in?
- Worden deze belangen al niet door anderen in algemene zin behartigd?
- Welke specifieke inbreng kunnen gebruikers(organisaties) hebben in de planning van gezondheidszorgvoorzieningen?

In de interviewronde hebben wij aan vertegenwoordigers van gebruikersorganisaties deze vragen voorgelegd. Wij hebben echter geen bevredigende antwoorden gekregen.

Het feit dat de WVG de participatie van de gebruiker expliciet aangeeft, maakt duidelijk dat de participatie op zich in principe een onomstreden zaak is. Dit neemt niet weg dat met betrekking

tot de gebruikersparticipatie wel enige knelpunten kunnen worden aangegeven, met name wat betreft de representatie. Uit de interviewronde blijkt dat bijna 90% van de geïnterviewden de representativiteit van de gebruikers problematisch acht. De genoemde problemen vinden we ook in de literatuur terug o.a. bij Boot en Knapen (1983, blz. 182-183). Met name kunnen worden genoemd:

- a) de continuïteit van gebruikersorganisaties is niet gegarandeerd;
- b) de omvang, samenstelling, doelstelling en taakopvatting van diverse gebruikersorganisaties;
- c) de benodigde tijd en deskundigheid die vereist is;
- d) de ruim beschikbare tijd, middelen en bestaande deskundigheid van andere participanten, zoals de ziektekostenverzekeraars en het veld van de gezondheidszorg;
- d) de mogelijkheid die bestaat dat (op den duur) er een discrepantie ontstaat of bestaat tussen vertegenwoordiging en achterban, waardoor de representativiteit in het geding komt.

Het bovenstaande maakt duidelijk dat de gebruikers in een zwakke positie verkeren ten opzichte van anderen die zijn betrokken bij de invoering van de WVG. Alleen wat betreft de ondersteuning lijkt een oplossing op korte termijn te kunnen worden verkregen door inschakeling van het Ondersteuningsinstituut Noord-Holland. Dit instituut heeft hieraan aandacht besteed in haar reactie op de nota bestuursorganisatorische maatregelen (brief d.d. 16 mei 1984). Het lijkt in ieder geval gewenst dat democratiseringsprocessen, zoals deze, door externe deskundigen worden begeleid.

7.5 Evaluatie plannings- en adviesstructuur

Het lijkt ons op dit moment (augustus 1984) niet zinvol om de voorstellen voor de gemeentelijke adviesstructuren aan een uitge-

breide evaluatie te onderwerpen, aangezien in deze voorstellen nog veranderingen worden aangebracht. De nadruk ligt in deze paragraaf dan ook op de evaluatie van de provinciale adviesstructuur.

Wij menen dat door het onderscheid intentieverklaring-beleidsplan-voorzieningenplan het gevaar bestaat dat een adviesprocedure wordt ontwikkeld die te ingewikkeld is. Dit wordt overigens naar onze mening in de voorstellen van de provincie gedeeltelijk ondervangen door een plancommissie een vaste plaats in deze procedure toe te kennen. Voordat de intentieverklaring door provincie en gemeenten wordt vastgesteld, zullen provincie en gemeenten gezamenlijk in overleg treden met de afzonderlijke functionele groeperingen (veld van gezondheidszorg, ziektekostenverzekeraars en de gebruikersorganisaties). Het argument dat wordt gebruikt om de groeperingen afzonderlijk te benaderen, is dat de groeperingen "gescheiden taken en verantwoordelijkheden" hebben (nota bestuursorganisatorische maatregelen, blz. 19). Vreemd is dat dit argument blijkbaar niet meer geldt wanneer de provinciale beleidsplannen moeten worden voorbereid. De vertegenwoordigers van de functionele groeperingen moeten de provinciale beleidsplannen dan gezamenlijk voorbereiden in de plancommissie. Gelden hier de gescheiden taken en verantwoordelijkheden niet?

In de fase waarin de provinciale voorzieningenplannen moeten worden opgesteld, wordt alleen het veld, i.c. het regioberaad als vertegenwoordigend orgaan van het veld, via een gestructureerde relatie ingeschakeld. Gebruikers en ziektekostenverzekeraars hebben dan "slechts" recht van inspreken tijdens de ter visielegging van het voorlopig ontwerpplan. In het kader van de externe democratisering is naar onze mening alleen het gelijkwaardig betrekken van verschillende functionele groeperingen bij het opstellen van voorzieningenplannen acceptabel, tenzij het opstellen van deze plannen slechts een invuloefening van beleidsplannen is.

Het is nu nog onduidelijk wat uiteindelijk de inhoud van beleidsplannen respectievelijk voorzieningenplannen zal worden en waar de grenzen tussen beleidsplannen en voorzieningenplannen zullen liggen. Een ander punt is dat van de plaats en taak van de PRV in de provinciale planprocedure. Wij constateren dat hier sprake is van een dubbele adviesstructuur. De plancommissie, waarin de PRV als waarnemer zitting heeft, stelt een ontwerp-beleidsplan op. Na vaststelling door Gedeputeerde Staten brengt de PRV advies uit. Wij vragen ons af, tegen de achtergrond van een efficiënte beleidsvoering, of het niet mogelijk is de PRV als onafhankelijk en volwaardig lid in de plancommissie op te nemen en hem en de andere participanten de gelegenheid te geven bij het aanbieden van het voorstel voor een ontwerp-beleidsplan hun afzonderlijk commentaar schriftelijk toe te voegen. Mondelinge reacties kunnen vervolgens in de hoorzitting van de Statencommissie voor de Gezondheidszorg worden gegeven (Artikel 15 ex WVG zou hierdoor kunnen komen te vervallen).

Dit volwaardig lidmaatschap zou ook kunnen worden bepleit voor de gemeenten in de regio. Dit met name met het oog op meer garanties voor een samenhangende en efficiënte beleidsvoering. De gemeenten hebben nu de functie van waarnemer in de provinciale plancommissie en worden gehoord over het ontwerp-provinciaal beleidsplan.

Ten aanzien van de rol van de gebruiker dienen nog de nodige problemen te worden opgelost (continuïteit, representativiteit, deskundigheid e.d.), alvorens zij qua functioneren in plancommissies en andere adviessituaties uiteindelijk een met de andere participanten in de WVG-beleidsarena vergelijkbare positie zullen kunnen innemen. Dit vergt een grote investering ten behoeve van de versterking van de gebruikerspositie.

8. INFORMATIEVOORZIENING

De Staatssecretaris van WVC heeft de informatievoorziening uit de context van de bestuursorganisatorische maatregelen gelicht (zie brief Staatssecretaris van WVC aan Voorzitter Tweede Kamer d.d. 16 december 1983). Naar aanleiding hiervan zijn de activiteiten van de projectgroep informatievoorziening WVG op verzoek van een van de departementale vertegenwoordigers in de Stuurgroep tijdelijk opgeschort. Desalniettemin willen wij hier toch enige opmerkingen over de stand van zaken met betrekking tot de informatievoorziening maken. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen enerzijds de inhoudelijke behoefte aan informatie en anderzijds de beheersorganisatie.

8.1 Informatiebehoefte

Wat betreft de informatiebehoefte lijkt te zullen worden uitgegaan van de Handleiding Regionale Gegevensoverzichten Gezondheidszorg (NIPG-TNO, 1984). In Kennemerland zal gedurende het invoeringsproces een nadere toetsing van de inhoud van deze handleiding plaatsvinden tegen de achtergrond van de in de praktijk blijken de behoefte aan informatie van provincie en gemeenten. Hiertoe zijn in de projectgroep informatievoorziening WVG (zie hoofdstuk 3) aanzetten gedaan, waarbij is uitgegaan van een veronderstelde taakverdeling tussen provincies en gemeenten. Geconcludeerd is dat de handleiding in behoorlijke mate voldoet aan de gegevensbehoefte van provincie respectievelijk gemeente.

8.2 Beheersorganisatie

Het Ziekenfonds Spaarneland heeft aangeboden als regionaal coör-

dinatiepunt voor de informatievoorziening in Kennemerland te willen functioneren. Aangezien evenwel de gehele beheersorganisatie nog een onderdeel vormt van het drie-overhedenoverleg in het kader van de invoering WVG (WVC, IPO en VNG) en bovendien aan het Regionaal Informatievoorzieningssysteem Gezondheidszorg (RIVOG) verzocht is een beheersorganisatie te ontwikkelen, zijn geen verdere voorstellen gedaan. In afwachting van landelijke ontwikkelingen worden in Kennemerland geen verdere activiteiten ontplooid.

9. AMBTELIJKE ONDERSTEUNING EN ONDERSTEUNING ADVIES- ORGANEN

Ten behoeve van de integrale invoering zullen door het rijk bedragen worden verstrekt van ± f 1,- per inwoner aan de provincies en maximaal f 3,- per inwoner aan de gemeenten. Deze middelen zijn bestemd voor zowel de ambtelijke ondersteuning als de ondersteuning van de adviesorganen. Bij de definitieve vaststelling van de bijdragen zal rekening worden gehouden met de taakverdeling tussen provincie en gemeenten. Deze middelen zullen aan de provincie en de (samenwerkende) gemeenten ter beschikking worden gesteld. De (samenwerkende) gemeenten zullen zelf tot een verdeling van deze middelen moeten komen.

9.1 Ambtelijke ondersteuning

Bij de provincie houden momenteel (augustus '84) twee ambtenaren waaronder de ambtelijk coördinator, zich nagenoeg full-time bezig met het integraal invoeringsproject. De bedoeling is dat bij de voorbereiding van de invoering in voorkomende gevallen gebruik wordt gemaakt van de kennis die bij de Provinciale Griffie aanwezig is.

In de subregio Midden-Kennemerland zal gebruik gemaakt worden van een deskundigheidspool die zal worden ingesteld ten behoeve van de planning van subregionale voorzieningen. De IJmondgemeenten zijn van mening dat de lokale taken door het eigen ambtelijk apparaat van de afzonderlijke gemeenten moeten worden uitgevoerd. Evenals bij de provincie is in de subregio Midden-Kennemerland een ambtelijke coördinator aangesteld. De deskundigheidspool zal worden ondergebracht in een nieuwe gemeenschappelijke regeling die tevens betrekking heeft op de basisgezondheidsdienst en de dienst geestelijke volksgezondheid.

In de subregio Zuid-Kennemerland zal eveneens gebruik worden gemaakt van een deskundigheidspool. Deze deskundigheidspool is organisatorisch ondergebracht bij het gewest Kennemerland. Het dagelijks bestuur van het gewest draagt de verantwoordelijkheid voor deze pool in rechtspositionele zin, niet voor het inhoudelijk functioneren. Desgewenst kunnen de gewestgemeenten de pool opdracht geven ten behoeve van de betreffende gemeente(n) de voorbereiding en het ontwerpen van vierjarenplannen uit te voeren. Daarnaast is de pool belast, in samenwerking met de ambtenaren van de gewestgemeenten, met de voorbereiding en het ontwerpen van een eensluitende subregionale paragraaf in de gemeentelijke plannen voor subregionale en/of gemeentegrensoverschrijdende voorzieningen. Voor het inhoudelijk functioneren van de pool is het college van de betreffende gemeente verantwoordelijk, voor zover het de planning van lokale voorzieningen betreft; voor zover het de planning van subregionale voorzieningen betreft zijn de colleges van de gewestgemeenten gezamenlijk verantwoordelijk. Ook in deze subregio functioneert reeds een ambtelijk coördinator.

Van de geïnterviewde personen verwacht bijna de helft (48%) dat er zich problemen zullen voordoen wat betreft de ambtelijke ondersteuning. Dit betreft niet de financiën die door de rijksoverheid beschikbaar worden gesteld. In de regio acht men de plankostenvergoeding voldoende tot ruim voldoende om een ambtelijk apparaat op te bouwen ten behoeve van de beleidsvoering in het kader van de WVG.

Als problemen die zich met betrekking tot de ambtelijke ondersteuning kunnen voordoen, zijn genoemd:

- Nieuwe ambtenaren bij gemeenten moeten ten behoeve van de planopstelling deskundigheid opbouwen.
- De WVG-materie is van dien aard dat bestuurders afhankelijk worden van ambtenaren (vierde macht), de ambtenaren kunnen het beleid gaan sturen. Van de andere kant lopen

deze ambtenaren ook het gevaar dat zij door een gebrek aan kennis bij bestuurders verantwoordelijk worden gesteld voor een bepaald beleid.

- Het gevaar dat de deskundigheidspools ten opzichte van de gemeenten - zowel bestuurlijk als ambtelijk - een te zelfstandige positie gaan innemen.

9.2 Ondersteuning adviesorganen

Ook hier is sprake van verschillende voorlopige voorstellen. Het provinciale standpunt is dat de veldvertegenwoordiging in de provinciale plancommissie een adequate ondersteuning behoeft. Hiertoe zullen financiële middelen ter beschikking worden gesteld aan het ROGK nieuwe stijl (het regioberaad). Het secretariaat van de provinciale plancommissie ligt bij de Provinciale Griffie.

De gewestgemeenten zijn van mening dat het ROGK nieuwe stijl c.q. een regioberaad uitsluitend secretariële werkzaamheden kan uitvoeren ten behoeve van een intergemeentelijke adviescommissie.

De IJmondgemeenten staan op het standpunt dat de wijze waarop het veld zich organiseert ten behoeve van intergemeentelijke advisering een zaak van het veld zelf is. Of en in hoeverre een ROGK nieuwe stijl hierin een ondersteunende rol vervult, zal daarmee afhangen van de ideeën die het veld zelf ontwikkelt. De IJmondgemeenten hebben aan het ROGK geen specifieke plaats toegekend en dienovereenkomstig geen financiële toezeggingen gedaan.

De gemeente Haarlemmermeer heeft het voornemen geuit een WVG-functionaris bij het ROGK te detacheren.

10. OVERIGE MAATREGELEN TEN BEHOEVE VAN PLANFASE

In mei 1984 verscheen van de zijde van de rijksoverheid het ontwerp-schema van werkzaamheden integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Dit ontwerp bevat een eerste inventarisatie van werkzaamheden welke door het rijk, de provincie, (samenwerkende) gemeenten en functionele groeperingen in de komende tijd moeten worden verricht ten behoeve van de integrale invoering.

Aan de betrokkenen in de regio Kennemerland is gevraagd hun eventuele op- en aanmerkingen voor 1 december 1984 aan de Staatssecretaris van WVC te doen toekomen. Vervolgens kan dit schema een leidraad zijn voor de werkzaamheden in de komende tijd.

In dit hoofdstuk besteden we in het kort aandacht aan een aantal van deze werkzaamheden.

10.1 Richtlijnen, kwaliteitseisen, normen

Tot op heden zijn nog specifieke WVG-richtlijnen, kwaliteitseisen en normen door het rijk bekend gemaakt. De Stuurgroep vindt dat ter voorbereiding op de eerste planontwikkeling tripartite overleg moet worden gevoerd over het kader dat door het rijk voor de gemeentelijke en provinciale plannen zal worden gehanteerd (zie nota Bestuursorganisatorische maatregelen).

De voorbereiding van dit tripartite overleg kan plaatsvinden binnen de Stuurgroep. Dit biedt ook aan veld, ziektekostenverzekeraars en gebruikers(organisaties) de mogelijkheid als adviseurs te participeren.

10.2 Financiële kaders

In de WVG (art. 10 lid 2) staat onder meer dat onze Minister voor elke provincie aangeeft welk beslag de voorzieningen in de desbetreffende planperioden mogen leggen op financiële middelen. Deze zogenaamde financiële kaders geven de totaal beschikbare financiële ruimte aan voor de gehele gezondheidszorg in een bepaald gebied (volgens notitie "Invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg; Bouwstenen voor een invoeringsplan", december 1982). Dit betekent dat de planning van de gezondheidszorg zich af moet gaan spelen binnen gegeven financiële kaders.

Ten behoeve van de regio Kennemerland is door het ziekenfonds Spaarneland een aantal berekeningen gemaakt (zie nota "Regio Budget Kennemerland" d.d. 13 juni 1984). Uitgangspunt hierbij was dat een regionale toerekening van het (taakstellend) financieel kader voor de gezondheidszorg in Nederland zoals aangegeven in het financieel overzicht van de gezondheidszorg (FOG) plaats moest vinden op zodanige wijze dat met regionale omstandigheden die voor de planning en financiering van belang zijn, rekening wordt gehouden. Het regio budget Kennemerland is berekend op basis van (normatieve) kosten per capaciteitseenheid gekoppeld aan vigerende planningsrichtlijnen en normen, en de werkelijke of toelaatbare kosten van rente en afschrijvingen.

Deze benadering roept bij ons verschillende vragen op. Deze vragen hebben betrekking op de gehanteerde berekeningsmethodiek dan wel op mogelijke beleidsimplicaties, te weten:

- is voldoende rekening gehouden met behoefte(verschillen)?
- sommeren de op deze wijze berekende regionale kaders wel tot het FOG?
- zijn de juiste regiogrenzen gehanteerd en is voldoende rekening gehouden met transregionaal verkeer?
- zijn planningsrichtlijnen en -normen wel een juist uitgangspunt en gaan deze niet een eigen leven leiden?

- hoe vindt verdeling plaats over de betrokken overheden, i.c. provincie en betrokken gemeenten?
- wat is de invloed op de beleidsruimte van betrokken overheden en wat zijn mogelijkheden voor herallocatie?
- waar liggen verantwoordelijkheden voor wat betreft controle?

De Staatssecretaris van WVC heeft opgemerkt (o.a. tijdens de UCV-vergadering van 6 februari 1984) dat eerst dan tot invoering van de WVG in de integrale invoeringsgebieden kan worden overgegaan nadat duidelijkheid is verkregen over de omvang van de financiële middelen, die voor het planningsproces ter beschikking worden gesteld. Wat dit betreft bestaat er overeenstemming met de ideeën dienaangaande in het integrale invoeringsproject in Kennemerland. In de nota Bestuursorganisatorische maatregelen wordt namelijk als noodzakelijke voorwaarde gesteld dat voordat met planontwikkeling kan worden begonnen van rijkswege duidelijkheid moet zijn verkregen over onder meer de financiële kaders die ten behoeve van de gemeentelijke en provinciale planontwikkeling worden vastgesteld.

10.3 Relatie planning-financiering

De invoering van de WVG betekent niet alleen het toekennen van nieuwe bevoegdheden aan lagere overheden maar ook een verschuiving in machtsposities. Dit laatste blijkt met name het geval op het raakvlak van planning en financiering waar de positie van de (regionale) ziektekostenverzekeraars in het geding is. De opvatting van de Staatssecretaris van WVC is dat (brief d.d. 19 april 1984):

- binnen de financiële kaders vastgestelde plannen en afgegeven erkenningen tot financiering dienen te leiden, ook als het gaat om financiering krachtens de Algemene

Wet Bijzondere Ziektekosten en Ziekenfondswet, mits het om voorzieningen gaat die tevens verstrekking zijn ingevolge beide wetten en het verzekerden betreft;

- binnen de financiële kaders een zekere mate van substitutie mogelijk is, los van de vraag uit welke bron de betreffende voorzieningen worden gefinancierd.

Wanneer deze lijn consequent wordt doorgetrokken dan lijken de lagere overheden - gegeven een financieel kader - via planning, erkenning en vestigingsbeleid het aanbod van gezondheidszorg in een bepaald gebied te kunnen bepalen. Of en in hoeverre de ziektekostenverzekeraars en dan met name de regionale ziekenfondsen de hun toebedeelde (financieel-technische) verantwoordelijkheden accepteren en voldoende achten zal nog moeten blijken. Dit zal mede afhankelijk zijn van de nadere invulling van de adviserende en toetsende rol van de ziektekostenverzekeraars (vergelijk brieven van Staatssecretaris van WVC d.d. 19 april en 3 en 4 juli 1984 en de reacties hierop van ziektekostenverzekeraars en lagere overheden). Wel is nu al duidelijk dat er een spanningsveld zal ontstaan tussen enerzijds het volumebeleid en anderzijds het prijsbeleid. Beide zullen immers consequenties hebben voor de mogelijkheden die door het financiële kader worden geboden.

Hiernaast speelt een meer technisch vraagstuk. Dit heeft betrekking op de koppeling tussen volumewetgeving en prijs- en financieringswetgeving. In essentie gaat het hier om een afstemming van diensten die gepland, gefinancierd en getarifieerd moeten worden. De verschillende wetten (WVG, ZFW, AWBZ en WTG) hanteren verschillende begrippen. Hieraan is onder meer aandacht besteed door de departementale werkgroep Functieplanning en Financiering (Interimrapportage: Naar een geïntegreerde en gedereguleerde uitvoering van de AWBZ, WTG, WVG, WZV en ZFW, 20 april 1984). Deze departementale werkgroep heeft voorgesteld om consequent van het begrip functie uit te gaan. In het verlengde hiervan heeft de departementale werkgroep geconcludeerd dat de integratie van ver-

schillende wetten dient plaats te vinden met behulp van een nieuw planningsmodel, nl. de functieplanning. In de regio deed zich vervolgens de vraag voor of de integrale invoering van de WVG afhankelijk moest worden gesteld van het gereed zijn van dit nieuwe planningsmodel. De ambtelijke werkgroep uit de regio heeft daarom een voorstel aan de Stuurgroep voorgelegd om de integrale invoering van de WVG langs twee sporen te laten verlopen aangezien het operationaliseren van functieplanning vertraging zou kunnen betekenen. Dit voorstel werd in de Stuurgroepvergadering van 29 juni 1984 aanvaard. De ambtelijke werkgroep kreeg de opdracht dit tweesporenbeleid op te zetten en nader uit te werken. In een volgende fase van het onderzoek komen we hier nader op terug.

10.4 Relatie voorzieningenplanning-vestigingsbeleid

De WVG maakt onderscheid tussen voorzieningen die uitgaan van instellingen en voorzieningen die uitgaan van personen. Onder het planningsregiem van de WVG vallen volgens de tekst van de wet alleen de voorzieningen die uitgaan van instellingen. Op de voorzieningen die uitgaan van personen is het vestigingsbeleid van toepassing dat in een apart hoofdstuk van de WVG is geformuleerd (hoofdstuk VIII).

Het vestigingsbeleid is als zodanig geen onderwerp van advies aan de Staatssecretaris van WVC. Met het oog op de samenhang tussen planning en vestigingsbeleid achten Stuurgroep en Gedeputeerde Staten het wenselijk ook de voorzieningen uitgaande van personen tenminste op te nemen in de beleidsplannen en daarmee ook onder het financiële kader te laten vallen.

10.5 Overgangsmaatregelen

De Stuurgroep stelt in de nota Bestuursorganisatorische maatregelen voor de lopende planningen en het in gang zetten van nieuwe voorzieningenplannen niet uit te stellen tot het gereedkomen van de eerste beleidsplannen die de volledige plancycli, zoals die in de nota worden beschreven, hebben doorlopen, maar ten behoeve hiervan interim-beleidsplannen op te stellen via verkorte procedures. Deze interim-beleidsplannen zouden moeten worden opgesteld op basis van een inventarisatie van de aanwezige gezondheidszorgvoorzieningen die door de drie overheden, onder coördinatie van de provincie, momenteel wordt uitgevoerd.

Met de lopende planningen doelt de Stuurgroep op de plannen die in het kader van de WZV zijn ontwikkeld of in een voorbereidend stadium verkeren o.a. op het terrein van de verpleeghuizen en de ziekenhuizen. De bedoeling is dat deze zo snel en zo goed mogelijk worden ingepast in het integrale invoeringsproces.

De meningen over het inpassen van de WZV in de WVG lopen nogal uiteen. Er is een groep geïnterviewden die verwacht dat het allemaal heel moeilijk zal verlopen. Daarbij wordt o.a. gewezen op het huidige probleem dat het Marinehospitaal in Bloemendaal vormt (zie ook paragraaf 4.1). Volgens het Ziekenhuisplan moet dit ziekenhuis dicht. In het kader van het integrale invoeringsproject achten sommigen het gewenst plannen die in het kader van de WZV zijn opgesteld, open te breken, met name met het oog op de samenhang tussen 1e en 2e lijnszorg.

Wij menen dat hier inderdaad iets voor valt te zeggen, omdat toch de samenhang tussen de voorzieningen één van de hoofddoelstellingen van de WVG is.

Een andere groep geïnterviewden verwacht dat de overgang van de WZV in de WVG soepel zal verlopen, juist omdat de WZV nog nauwelijks gewerkt heeft.

Begin juli 1984 is door Gedeputeerde Staten van Noord-Holland aan de Staatssecretaris van WVC geadviseerd over de invulling van de bestuursorganisatorische maatregelen inzake de taakverdeling en samenwerking tussen overheden en de advies- en overlegstructuur. Deze advisering betreft een onderdeel van de voorbereiding van de integrale invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de regio Kennemerland. Afzonderlijk is gerapporteerd over de gebiedsindeling. De informatievoorziening is in afwachting van landelijke ontwikkelingen op verzoek van het Ministerie van WVC buiten beschouwing gebleven. In de voorgaande hoofdstukken is aandacht besteed aan achtereenvolgens de uitgangssituatie, de structuur van het integrale invoeringsproject Kennemerland, het voorbereidingsproces, de bestuursorganisatorische maatregelen en de ambtelijke ondersteuning en de ondersteuning van adviesorganen. Ook is summier ingegaan op enige overige maatregelen ten behoeve van de volgende fase van de integrale invoering.

De beschrijving van de uitgangssituatie heeft duidelijk gemaakt dat de verschillende (groepen) actoren die deelnemen aan het invoeringsproces in een verschillende uitgangspositie verkeerden. Met name zien we verschillen in de ervaring van betrokkenen op het beleidsterrein gezondheidszorg (planning, participatie). Deze verschillen in uitgangspositie zijn van invloed geweest op het verloop en de uitkomsten van het voorbereidingsproces.

In dit laatste hoofdstuk gaan we, op evaluatieve wijze, in het kort in op het procesverloop (paragraaf 11.1) en de bestuursorganisatorische maatregelen (paragraaf 11.2). Vervolgens besteden wij uitgebreid aandacht aan de vraag of de bestuursorganisatorische maatregelen kunnen bijdragen aan een beleidsvoering overeenkomstig de evaluatiecriteria (paragraaf 11.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal aanbevelingen voor de regio Kennemerland (paragraaf 11.4).

11.1 Procesverloop

De voorbereiding van de bestuursorganisatorische maatregelen heeft ongeveer een jaar geduurd.

In paragraaf 4.3 (schema 4.1) hebben wij de positieve en negatieve invloeden op het procesverloop aangegeven, welke naar onze mening kunnen worden onderscheiden.

In de ogen van betrokkenen hebben de negatieve invloeden de overhand gehad. Ruim tweederde van de door ons geïnterviewde personen karakteriseert het voorbereidingsproces namelijk als moeizaam en/of teveel bepaald door bestuurlijke en persoonlijke verhoudingen of is van mening dat het proces te lang heeft geduurd.

Desalniettemin zijn wij van mening dat - gegeven de bestuurlijke verhoudingen en de gekozen overlegprocedure - het voorbereidingsproces in een redelijk tempo is verlopen. Hierbij moet evenwel worden vermeld dat een aantal maatregelen nog onvoldoende is ingevuld. Hieraan besteden we in de volgende paragraaf aandacht.

11.2 Bestuursorganisatorische maatregelen

In deze paragraaf gaan wij kort in op de bestuursorganisatorische maatregelen en geven wij aan welke factoren van invloed zijn geweest op de invulling ervan.

Hoewel - zoals bovenstaand nog eens is aangegeven - het voorbereidingsproces door een groot aantal betrokkenen als negatief is ervaren, blijkt toch bijna iedereen (92%) te kunnen instemmen met de resultaten van dit proces: de voorgestelde bestuursorganisatorische maatregelen.

De gebiedsindeling kan als logisch worden getypeerd. Alleen ten aanzien van de gemeente Haarlemmermeer wijkt de indeling af van de toetsingscriteria. Bepalend voor deze indeling is geweest de bestaande oriëntatiepatronen van de inwoners van de gemeente

Haarlemmermeer op de intramurale voorzieningen in Zuid-Kennemerland. Gezien de geografische spreiding van de voorzieningen en de bestaande intergemeentelijke samenwerking, verwachten wij echter weinig problemen in de toekomst.

De voorzieningen zijn toegedeeld aan de bestuurlijke niveaus overeenkomstig de schaalgroottes van de betreffende voorzieningen. Uitzondering hierop zijn de voorzieningen die definitief worden toegedeeld in het overleg ten behoeve van de intentieverklaring. Het verschuiven van het definitief toedelen van een aantal voorzieningen naar de toekomst is onder meer voortgekomen uit de behoefte van de Gedeputeerde de voortgang in het invoeringsproces te behouden.

Voor de samenwerking is een aantal afspraken gemaakt (zie ook paragraaf 11.3.2). Of deze ook de samenhang in het beleid garanderen moet de praktijk uitwijzen. Gezien de bestaande samenwerkingscultuur, vragen wij ons af of de conflictregelingen wel voldoende zullen zijn. Bepalend voor de aard van de samenwerkingsafspraken is de behoefte aan behoud van gemeentelijke autonomie.

Naar onze mening bestaat het gevaar, onder meer door het onderscheid van intentieverklaring - beleidsplan - voorzieningenplan, dat een adviesprocedure wordt ontwikkeld die te ingewikkeld is. Voor de provinciale adviesstructuur geldt bovendien dat er sprake is van dubbele advisering (van de zijde van de PRV). De evaluatie van de gemeentelijke adviesstructuren is in deze rapportage buiten beschouwing gelaten, omdat de voorgestelde structuren nog een te voorlopig karakter hebben. De provincie ging in eerste instantie niet accoord met de voorstellen van de gemeenten, mede op basis van inspraakreacties op de nota bestuursorganisatorische maatregelen door functionele groeperingen. Wij willen hier echter wel opmerken dat de gemeentelijke adviesstructuren afwijken van de provinciale op het punt van de rol die het veld in het geheel heeft. In de provinciale adviesstructuur heeft nl. het veld een beleidsvoorbereidende rol, in die van de gemeenten een puur be-

leidsadviserende. Naar onze mening vloeit dit enerzijds voort uit het feit dat de IJmondgemeenten twijfelden aan de betrokkenheid van het ROGK met Midden-Kennemerland en anderzijds uit het verschil in deskundigheid op het terrein van de planning van gezondheidszorgvoorzieningen tussen het veld en de gemeentelijke overheden in Midden- en Zuid-Kennemerland.

De participatie van "de gebruiker" blijft een probleem. Naar onze mening dienen de gebruikers(organisaties) in ieder geval begeleid te worden door externe deskundigen.

Tenslotte merken wij op dat de informatievoorziening nog niet is geregeld. Dit zal wel het geval moeten zijn op het moment dat met de planning van voorzieningen wordt gestart.

11.3 Evaluatie besturingssysteem

De WVG kent een aantal doelstellingen. Zij dienen als evaluatiecriteria voor het besturingssysteem, i.c. de bestuursorganisatorische maatregelen. In het inleidende hoofdstuk is al opgemerkt dat met name aandacht zal worden besteed aan de vraag of en in hoeverre de voorstellen kunnen bijdragen aan een decentrale, samenhangende, democratische en efficiënte en eenvoudige beleidsvoering zijnde de evaluatiecriteria voor dit onderzoek. Dit betekent dat aangegeven moet worden of en in hoeverre de bestuursorganisatorische maatregelen resulteren in een zodanige bestuurlijke infrastructuur dat mogelijkheden worden geboden om te komen tot een dergelijke beleidsvoering. Tegen de achtergrond van het onderzoeksmodel zal hieraan in de volgende paragrafen aandacht worden besteed.

11.3.1 Decentrale beleidsvoering

De beleidsoptie inzake de decentralisatie van het gezondheidszorg-beleid is dat de bestuurlijke verantwoordelijkheden met betrekking tot onder meer planning, erkenning en vestigings- en bouwvergunningen in beginsel dienen te liggen bij het overheidsniveau dat qua draagvlak overeenkomt met het draagvlak van de betrokken voorziening. De gebiedsindeling en daarmee het bestuurlijk draagvlak worden als gegeven beschouwd. Dit betekent dat het subregionale niveau de bovengrens vormt van de gemeentelijke bemoeienis en het regionale niveau de ondergrens van de provinciale bemoeienis. In hoofdstuk 6 en in bijlage 2 is aangegeven dat met name de huidige verzorgingsgebieden van voorzieningen ten grondslag hebben gelegen aan de voorgestelde taakverdeling tussen de betrokken overheden. Deze taakverdeling wijst dan ook in de richting van een decentrale beleidsvoering. Dit sluit aan bij de opvattingen van vrijwel alle geïnterviewden. Zij zijn van mening dat de bestuursorganisatorische maatregelen en met name de voorgestelde taakverdeling voldoende zijn gezien vanuit de decentralisatie-optiek.

Vraagtekens betreffen de gemaakte uitzonderingen met betrekking tot de verpleeghuizen en bejaardenoorden. Ondanks het subregionale draagvlak zullen deze sectoren in ieder geval gedurende de eerste planperiode tot de provinciale verantwoordelijkheid worden gerekend. Gegeven de voorgestelde taakverdeling is het vervolgens de vraag of en in hoeverre de lagere overheden over eigen beleidsruimte op dit terrein beschikken. Hierbij kan gedacht worden aan beleidsruimte ten aanzien van:

- de inhoud van het beleid;
- de uitvoering van het beleid;
- de inrichting van het besturingssysteem;
- de aanwending van eigen materiële en personele middelen;
- het betrekken van de bevolking en politieke representa-

tieve organen bij het beleid;

- de coördinatie ten aanzien van overige regelgeving.

Gezien het stadium waarin de voorbereiding van de integrale invoering van de WVG zich bevindt, kunnen hierover momenteel slechts voorlopige uitspraken worden gedaan die bovendien in veel gevallen een tentatief karakter hebben. Niet alleen moeten immers de bestuursorganisatorische maatregelen door de Minister van WVC nog worden vastgesteld, maar ook bestaan er nog veel onduidelikheden.

Wat betreft de inhoud van het beleid bestaat volgens ons de mogelijkheid dat het rijk via richtlijnen, normen, kwaliteitseisen e.d. sturend zal optreden in de richting van provincie en gemeenten. De wijze waarop de financiële kaders waarschijnlijk zullen worden berekend - via capaciteitsnormen en normprijzen - duidt naar onze mening eveneens in deze richting.

Hiernaast is de provincie in staat via aanvullende richtlijnen ten aanzien van samenhang tussen provinciale en gemeentelijke plannen in de richting van gemeenten sturend op te treden. Ook de goedkeuring van plannen door de naast-hogere overheid biedt mogelijkheden de inhoud van het beleid te beïnvloeden. Daartegenover staat dat aan gemeenten in de voorgestelde provinciale planprocedure ruimte wordt geboden via een gezamenlijke intentieverklaring de beleidsuitgangspunten van de provincie te beïnvloeden. De belangrijkste beperkingen lijken buiten de bestuursorganisatorische maatregelen te moeten worden gezocht. Zo zal de beleidsruimte van de lagere overheden worden beperkt door wetten als de Ziekenfondswet, de AWBZ en de WVG. Deze wetten regelen respectievelijk de landelijke uniforme aanspraken van verzekerden en de prijsstelling in de gezondheidszorg. Tenslotte lijkt hier nog van belang op te merken dat de mogelijkheden, die het georganiseerde veld heeft om invloed uit te oefenen, niet mogen worden onderschat.

Ten aanzien van de uitvoering van het beleid verwachten wij dat de ziektekostenverzekeraars mogelijk een contrôlerende en eventu-

eel een sturende rol krijgen. Bovendien is het de vraag of lagere overheden in staat worden gesteld beleid uit te voeren indien dit verschuivingen tussen financieringsbronnen impliceert. Hiernaast blijft de Geneeskundige Inspectie een rol houden bij de kwaliteitscontrôle. Niet in de laatste plaats geldt dat het veld van de gezondheidszorg een belangrijke invloed zal kunnen uitoefenen op de beleidsuitvoering. Dit moet niet los worden gezien van de functie die het veld in de beleidsvoorbereiding is toegekend. In hoeverre de betrokken lagere overheden zelfstandig het besturingssysteem kunnen inrichten is nog onvoldoende duidelijk. De bestuursorganisatorische maatregelen moeten immers nog door de Staatssecretaris van WVC worden vastgesteld of goedgekeurd. Hierbij zal naar onze verwachting niet alleen rekening worden gehouden met de voorstellen uit de regio Kennemerland, maar evenzeer met de voorstellen uit de andere integrale invoeringsprojecten en met de aan nationale adviesorganen gevraagde adviezen inzake notitie bouwstenen, deregulering van de adviesstructuur, concept-schema van werkzaamheden, ontwerp-financiële kaders en uitgangspunten van beleid. Binnen de regio blijkt de provincie nu al sturend op te treden bij de gemeentelijke adviesstructuur. Hiernaast treedt het rijk sturend op voor wat betreft de plaats van de ziektekostenverzekeraars in het planningsproces. Verder is het hier nog van belang op te merken dat de samenwerking tussen gemeenten onder meer gebaseerd dient te zijn op de uitgangspunten van de WGR.

Met betrekking tot de aanwending van eigen materiële en personele middelen kennen de lagere overheden een grote vrijheid. Dit met dien verstande dat de plankostenvergoeding niet alleen bestemd is voor de ambtelijke ondersteuning maar ook voor de ondersteuning van adviesorganen.

Bij de inspraak moet worden opgemerkt dat dit een onderdeel vormt waarover in het kader van de deregulering naar vereenvoudiging zal worden gestreefd. Het ligt in de bedoeling de desbetreffende

artikelen uit de WVG te schrappen. De mogelijkheden voor politieke controle worden enigszins beperkt doordat gemeenten op het subregionale planningsniveau tot eensluidende paragrafen moeten komen. De coördinatie ten aanzien van de overige regelgeving is op het niveau van de lagere overheden niet of ternauwernood mogelijk. Genoemd zijn al de WVG, Ziekenfondswet, AWBZ en WGR. Afstemming lijkt wel mogelijk op het terrein van andere planningswetten als WZV en WAV.

Het geheel overziende menen wij dat het gevaar niet denkbeeldig is dat de eigen beleidsruimte van lagere overheden aanzienlijk wordt beperkt. Het verdient dan ook aanbeveling de door provincie en gemeenten gevraagde experimenteerruimte te honoreren. In het verdere verloop van het evaluatie-onderzoek zullen wij hieraan vanzelfsprekend bijzondere aandacht besteden.

11.3.2 Samenhangende beleidsvoering

In de voorgaande hoofdstukken is op verschillende plaatsen direct of indirect aandacht besteed aan bestuurlijke samenhang. Hieronder wordt verstaan het via coördinatie procedureel en inhoudelijk op elkaar afstemmen van beleid, instrumenten en adviezen. Hiermee wordt dan tevens bedoeld het voorkomen van lacunes of doublures in de verdeling van (plan-)taken over overheden en/of adviesorganen. Bij de verdere bespreking zal een onderscheid worden gemaakt tussen interne coördinatie en externe coördinatie. De interne coördinatie heeft betrekking op de beleidsvoering binnen een bestuursorgaan. Deze veronderstelt enerzijds dat onderlinge samenhangende beleidsbeslissingen gelijktijdig worden genomen en anderzijds dat bij het nemen van een beslissing rekening wordt gehouden met zowel de invloed daarvan op de toekomstige beleidsruimte als de afstemming op het vroegere beleid. Bij de externe coördinatie wordt een nader onderscheid gemaakt tussen horizonta-

le coördinatie en verticale coördinatie. De horizontale coördinatie betreft de procedurele en inhoudelijke afstemming tussen nevensgeschikte eenheden en de verticale coördinatie tussen boven elkaar gerangschikte eenheden. Voor de beoordeling van de interne coördinatie kijken we naar beslissingen ten aanzien van:

- de deelname aan het integraal invoeringsproject;
- de bestuursorganisatorische maatregelen;
- de ambtelijke ondersteuning;
- de planvoorbereiding;
- de overige maatregelen.

Als eerste valt ons op dat de verschillende bestuursorganen de consequenties van de beslissing om deel te nemen aan het integrale invoeringsproject niet volledig hebben (kunnen) overzien. Dit blijkt onder meer uit het feit dat het advies (dit is de nota bestuursorganisatorische maatregelen) niet gezien wordt als één van de adviezen. Dit is het echter wel (zie ook paragraaf 11.3.1). De rijksoverheid is overigens naar onze mening tot nu toe onduidelijk gebleven ten aanzien van de status van de adviezen uit de drie integrale invoeringsprojecten. Voorts is onvoldoende gezien welke maatregelen voor de invoering van de WVG allemaal noodzakelijk waren en de tijd die de voorbereiding in beslag zou nemen. Enerzijds kan dit herleid worden tot onduidelijkheden van de zijde van het departement en anderzijds tot de gesignaleerde complexiteit van de materie. Verder lijkt evenmin voldoende voorzien dat intergemeentelijke samenwerking ten koste gaat van de gemeentelijke autonomie. Reeds nu moeten compromissen worden gesloten. In de tweede plaats signaleren wij dat de bestuursorganisatorische maatregelen niet gelijktijdig zijn voorbereid en vastgesteld. De gebiedsindeling volgde een eigen traject. De vraag is of de nog steeds onduidelijke positie van de gemeente Haarlemmermeer geen nadelige gevolgen zal hebben voor het verloop van het verdere invoeringsproces. De taakverdeling en de advies- en overlegstructuur zijn daarentegen wel weer in onderlinge samenhang be-

schouwd en gerelateerd aan toekomstige planprocedures. Bij deze procedures is voorgesteld beleidsplannen betrekking te laten hebben op zowel voorzieningen uitgaande van instellingen als die uitgaande van personen. De informatievoorziening is weer als los onderdeel beschouwd en zelfs uit de context van de bestuursorganisatorische maatregelen gelicht. Aangezien de informatievoorziening een op zichzelf staande maatregel is, heeft dit niet storend gewerkt. Wel vragen wij ons af of de consequenties van het uitblijven van een adequate regeling wel voldoende doordacht zijn. De planvoorbereiding kan immers vertraagd worden door het onvoldoende beschikbaar zijn van informatie.

Een derde probleem doet zich voor bij de ambtelijke ondersteuning. De ernstige vertraging bij het aantrekken van nieuwe medewerkers heeft ongetwijfeld invloed op het verdere procesverloop. Hierbij denken wij met name aan de gevolgen voor de planvoorbereiding. Tenslotte moet hier nog worden opgemerkt dat de overige beleidsmaatregelen (zie hoofdstuk 10) nog betrekkelijk geïsoleerd zijn behandeld. Gezien het stadium waarin de voorbereiding hiervan zich bevindt, kan slechts de aanbeveling gedaan worden de consequenties van deze maatregelen voor de toekomstige beleidsruimte in het verdere invoeringsproces nadrukkelijker te betrekken en deze maatregelen in hun onderlinge samenhang te bezien. Dit is wel onderkend bij het voorstel de financiële kaders voor de gehele gezondheidszorg in de regio vast te stellen.

Op het terrein van de toe te passen instrumenten signaleren wij een - overigens wettelijke - discrepantie. Plannen hebben betrekking op voorzieningen uitgaande van instellingen terwijl bij personen wordt gewerkt met normen en vestigingsverordeningen. Met het oog op samenhang is vanuit de regio voorgesteld beide typen voorzieningen op te nemen in beleidsplannen. Teneinde de gewenste samenhang te realiseren lijkt dit ten zeerste gewenst.

Zoals al is opgemerkt maken we bij externe coördinatie een onderscheid tussen horizontale coördinatie (afstemming tussen nevenge-

schikte eenheden) en verticale coördinatie (afstemming tussen boven elkaar gerangschikte eenheden). Deze coördinatie zal gericht zijn op inhoudelijke samenhang en/of op procedurele samenhang. Aangezien een van de doelstellingen van de WVG is het tot stand brengen respectievelijk in stand houden van een samenhangend stelsel van voorzieningen, is het noodzakelijk dat de bij de beleidsvoering betrokken overheden streven naar afstemming van gezichtspunten, uitgangspunten, intenties e.d. In de regio Kennemerland zijn voorstellen in die richting ontwikkeld. In hoofdstuk 6 is hieraan aandacht besteed bij de bespreking van de samenwerking tussen overheden. De daar genoemde intentieverklaring dient onder meer om voorwaarden vast te leggen ten behoeve van de samenhang tussen het gemeentelijke en provinciale beleid. Het eveneens in dat hoofdstuk genoemde provinciale beleidsplan vormt een toetsingskader voor de goedkeuring van de gemeentelijke plannen. Het provinciale beleidsplan vervult dus eveneens een rol in de coördinatie ten behoeve van de samenhang tussen provinciaal en gemeentelijk beleid. In dat verband lijkt het gewenst dat gemeenten een belangrijke stem krijgen in het opstellen van het provinciale beleidsplan. Met de intentieverklaring en het provinciale beleidsplan zijn de twee belangrijkste instrumenten genoemd in het kader van de verticale coördinatie. In hoofdstuk 6 hebben wij voorgesteld om gemeenten en provincie gezamenlijk subregionale beleidsplannen op te laten stellen. De wenselijkheid hiervan is vanzelfsprekend afhankelijk van de betekenis en de inhoud van de gezamenlijk opgestelde intentieverklaring.

Van de geïnterviewden was 26% van mening dat deze voorstellen onvoldoende garanties bieden voor het bereiken van samenhang. Met name betwijfelt men of de gekozen oplossingen voldoende mogelijkheden bieden samenhang binnen de geestelijke gezondheidszorg tot stand te brengen en verschuivingen tussen intramurale en extramurale voorzieningen te realiseren. Ook hier resteert de vraag wat er uiteindelijk in de intentieverklaring wordt vastgelegd en

welke betekenis daar door de verschillende overheden aan zal worden toegekend. Om misverstanden te voorkomen pleiten wij voor het opnemen van de beleidsuitgangspunten uit de intentieverklaring in zowel de provinciale als de gemeentelijke beleidsplannen.

Opvallend is dat hier de centrale overheid nog niet genoemd kan worden. Gezien de in Kennemerland gekozen overlegsituatie lijkt het aanbeveling te verdienen dat bij het vaststellen van de intentieverklaring ook de rijksoverheid een rol vervult. Bovendien lijkt het ons gewenst dat de rijksoverheid tot een globaal beleidsplan komt waarin haar beleidsuitgangspunten voor de regio zijn vastgelegd.

Ten behoeve van de op subregionaal niveau te plannen voorzieningen zijn in de regio Kennemerland twee voorstellen ontwikkeld voor de horizontale coördinatie. Hierbij is het van belang een onderscheid te maken tussen beleidsvoorbereiding, beleidsvaststelling en beleidsuitvoering. In beide subregio's zal de beleidsvoorbereiding geschieden door op subregionaal niveau werkende ambtelijke deskundigheidspools. De planvaststelling blijft in beide regio's voorbehouden aan de afzonderlijke gemeenten. Met name hier kunnen naar onze mening bestuurlijke afstemmingsproblemen ontstaan. De mogelijkheid bestaat immers dat niet tot een eensluidend subregionaal plan - de zogenaamde subregionale paragraaf in de gemeentelijke plannen - kan worden gekomen. Door de IJmondgemeenten is voorgesteld een arbitragecommissie in te stellen die in voorkomende gevallen een bindend advies uit kan brengen. De gewestgemeenten zijn voornemens de gewestraad in dergelijke situaties een beslissende stem te geven. Onze twijfels over de conflictregelingen hebben we in paragraaf 6.5 reeds geuit. Tenslotte is het bij de beleidsuitvoering noodzakelijk dat samenwerkende gemeenten één erkenning, één vergunning e.d. kunnen afgeven. Hiervoor dienen door de betrokken subregio's nog regels te worden vastgesteld.

Overzien we het bovenstaande dan lijkt met name door de inschake-

ling van deskundigheidspools de mogelijkheid te worden geboden dat op subregionaal niveau tot een samenhangende beleidsvoorbereiding kan worden gekomen. Nog onduidelijk is wat de consequenties zijn van het vasthouden aan de gemeentelijke autonomie ten aanzien van de planvaststelling. De gemeenten verschillen onderling aanzienlijk ten aanzien van zowel omvang als politieke samenstelling. Dit is van invloed op de prioriteit die aan gezondheidszorg wordt toegekend binnen het gemeentelijke beleid en op de invulling van het lokale gezondheidszorgstelsel. Bovendien kan dit een rol gaan spelen bij de naleving van de gedane toezeggingen in de intentieverklaring. Immers nieuwe besturen zijn in principe niet gehouden aan dergelijke bestuurlijke wilsovereenstemmingen.

11.3.3 Democratische beleidsvoering

Wij verstaan onder een democratische beleidsvoering enerzijds het betrekken van politieke representatieve organen (Gemeenteraden, Provinciale Staten) bij de beleidsvoering, waarbij zij de mogelijkheid krijgen hun contrôlerende functie te vervullen (interne democratisering) en anderzijds het betrekken van functionele groeperingen, namelijk het veld van gezondheidszorg, ziektekostenverzekeraars en gebruikers(organisaties), bij de beleidsvoering, waarbij zij de mogelijkheid krijgen invloed uit te oefenen, eventueel via adviesorganen (externe democratisering). De voorgestelde plan- en/of adviesprocedure van de provincie biedt aan de politieke representatieve organen en de functionele groeperingen de mogelijkheid te participeren in de beleidsvoering. Dit biedt perspectief op een democratische beleidsvoering.

Van de geïnterviewden meent overigens 14% respectievelijk 28% dat er geen sprake zal zijn van interne respectievelijk externe democratisering. Ten aanzien van de interne democratie gaan de twijfels met name uit naar de gemeentelijke procedures, welke nog

aangepast zullen worden. Door enkele geïnterviewden is de vrees uitgesproken dat raadsleden geen tegenspel kunnen bieden tegen de portefeuillehouders van gezondheidszorg, met andere woorden te weinig kennis hebben, en dat de politieke representatieve organen door de arbitrageregeling buiten spel worden gezet. Ten aanzien van de externe democratie wordt vooral getwijfeld aan de rol die gebruikers(organisaties) zullen gaan spelen. Het veld spreekt hiernaast de vrees uit dat de functionele groeperingen te laat betrokken worden bij de gemeentelijke planning. We zien dat de kritiek voornamelijk uitgaat naar de gemeentelijke plan- en/of adviesprocedures. De provinciale plan- en/of adviesprocedure krijgt weinig kritiek.

Wij menen dat de provinciale plan- en/of adviesprocedure perspectief biedt op een democratische beleidsvoering omdat:

- de advisering geïnstitutionaliseerd is (plancommissie);
- de functionele groeperingen reeds in een vroeg stadium bij de beleidsvoorbereiding worden betrokken;
- de adviezen van deze functionele groeperingen door hun vroege inschakeling een groter gewicht krijgen (status);
- de participatieladder van Arnstein in beschouwing nemend (zie ontwerp van onderzoek, maart 1984, blz. 30), ons laat zien dat de politiek representatieve organen zeggenschap krijgen, met andere woorden op de bovenste sport staan, en dat de functionele groeperingen twee sporten lager zitten, namelijk op die van de directe beïnvloeding (advies als lid van de plancommissie aan Provinciale Staten).

De voorgestelde provinciale procedure biedt aldus een groot scala van participatiemogelijkheden, met name voor de functionele groeperingen. Formele regelingen (van rijk, provincie of gemeenten) betekenen echter nog niet dat de praktische uitwerking ook vol doet. Daarnaast is van een aantal zaken nog niet duidelijk of en zo ja hoe ze geregeld zullen worden. Hierbij denken wij aan: par-

ticipatiestimulering (door middel van voorlichting, inschakeling van organisaties ten behoeve van gebruikers, etc.), openbaarheid van bestuur en terugkoppeling van participatieresultaten. Bovenstaande zaken dienen voldoende geregeld te worden, wil het perspectief op een democratische beleidsvoering ook werkelijkheid worden. Dit zullen wij dan ook in de volgende fasen van het onderzoek blijven volgen.

11.3.4 Efficiënte en eenvoudige beleidsvoering

Wij hebben aan een efficiënte beleidsvoering twee aspecten onderscheiden, namelijk: een efficiënte structuur van een besturings-systeem en een efficiënt gebruik van middelen/instrumenten.

Over het eerste aspect valt op dit moment nog weinig te zeggen.

Het is nog te vroeg om te kunnen oordelen over het feit of het besturingssysteem in praktijk werkt en in staat is om knelpunten beperkt te houden dan wel op te lossen. Een en ander is onder meer afhankelijk van de medewerking die betrokkenen in de toekomst willen verlenen.

Bij het tweede aspect, het efficiënte gebruik van middelen/instrumenten, en dan in samenhang bekeken met een eenvoudige beleidsvoering, zetten we de nodige vraagtekens. Het onderscheid intentieverklaring - beleidsplan - voorzieningenplan bergt het gevaar in zich dat adviesprocedures worden opgesteld die relatief ingewikkeld zijn. Dit sluit aan bij de opvattingen van bijna driekwart van de geïnterviewden. Zij zijn van mening dat de procedures geen bijdrage zullen leveren aan een efficiënte en eenvoudige beleidsvoering. De procedures zouden te ondoorzichtig, tijdrovend en bureaucratisch zijn. Ook in de inspraakreacties op de nota bestuursorganisatorische maatregelen vinden wij deze geluiden terug.

Bezien wij de provinciale procedures dan blijkt er sprake te zijn

van een dubbele advisering door de PRV (zie ook paragraaf 7.5). Wij zijn van mening dat dit niet gewenst is in het kader van een efficiënte beleidsvoering.

Wil de rol van de gebruiker in de WVG-beleidsarena inhoud krijgen dan vergt dit een grote investering. Vraagtekens kunnen gesteld worden bij het rendement van deze investering, gezien de grote problemen die moeten worden opgelost, zoals de continuïteit, representativiteit, deskundigheid, e.d. (zie paragraaf 7.4).

Uit het bovenstaande zal duidelijk zijn geworden dat wij geen prioriteit in de evaluatiecriteria aangeven. Voorts zal naar onze mening het besturingssysteem uiteindelijk beoordeeld worden op de mate waarin het bijdraagt aan het realiseren van de doelstellingen met betrekking tot het zorgsysteem (samenhang tussen voorzieningen; het bevorderen van de bereikbaarheid, continuïteit en kwaliteit van de zorg; verschuiving van tweede naar eerste lijn; kostenbeheersing). Opvallend is dat voor alle participanten kostenbeheersing, als een van de doelstellingen van het zorgsysteem, een hoge prioriteit heeft. Wij vragen ons af wat de consequenties zijn voor het besturings- en zorgsysteem indien kostenbeheersing faalt.

11.4 Aanbevelingen

De doelstelling van het evaluatie-onderzoek is om aanbevelingen te formuleren ten behoeve van de integrale invoering van de WVG in de regio Kennemerland. Met tussentijdse aanbevelingen kan rekening worden gehouden bij het verdere invoeringsproces in de regio Kennemerland. Daarnaast kunnen de ervaringen die zijn opgedaan in de integrale invoeringsprojecten gebruikt worden ten behoeve van de integrale invoering van de WVG in geheel Nederland. Voor de volledigheid merken wij nog op dat geen aanbevelingen zijn geformuleerd ten behoeve van de integrale invoering in geheel Neder-

land. De ontwikkelingen in de andere integrale invoeringsprojecten zijn nog niet zover gevorderd dat de onderzoeksinstituten gezamenlijk tot aanbevelingen voor de integrale invoering in geheel Nederland kunnen komen.

De ontwikkelingen in de regio Kennemerland in beschouwing nemend, komen wij tot onderstaande aanbevelingen:

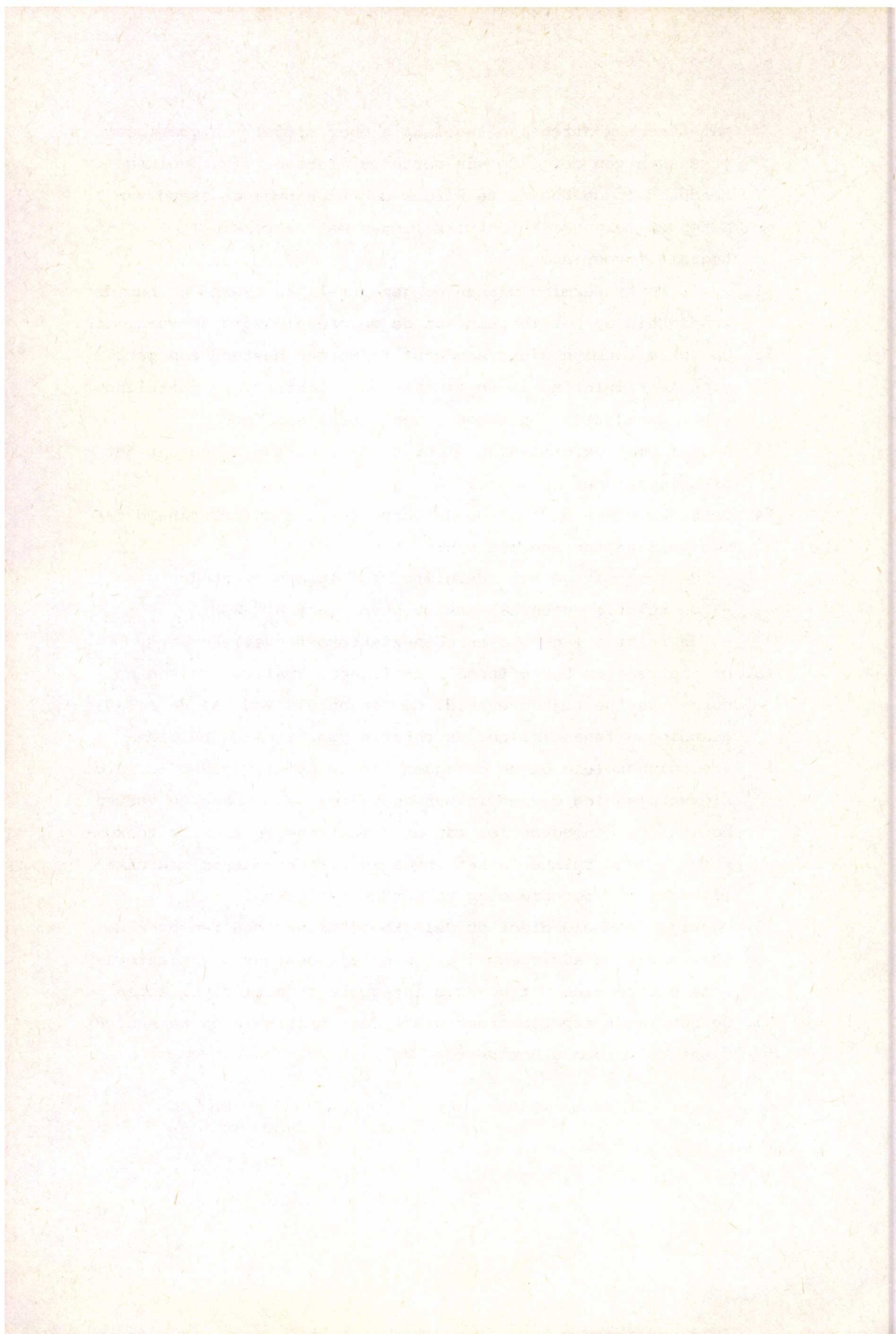
1. Op korte termijn dient - ook van de zijde van de rijksoverheid - duidelijkheid te worden verschaft ten aanzien van de definitieve gebiedsindeling in het kader van de WVG, met name wat betreft de positie van de gemeente Haarlemmermeer.
2. Met het oog op een samenhangende planontwikkeling ten aanzien van intra- en extramurale voorzieningen is het noodzakelijk noch gewenst de gemeente Haarlemmermeer verder bij het integrale invoeringsproject te betrekken. Naar onze mening zal dit ook stimulerend werken op de intergemeentelijke samenwerking van deze gemeente in het kader van het Amstel- en Meerlandenoverleg.
3. Op korte termijn dient tussen de Ministeries van Defensie en WVC overleg plaats te vinden over de toekomst van de "burgerbedden" van het Marinehospitaal (eventueel) in aanwezigheid van de portefeuillehouders volksgezondheid van de gemeenten Bloemendaal en Zandvoort en de Gedeputeerde van volksgezondheid van de provincie Noord-Holland.
4. Lagere overheden dienen hun overlegsituaties met het veld van gezondheidszorg en (delen van de) maatschappelijke dienstverlening uit te breiden en te structureren.
5. De ontwikkeling van het ROGK als spreekbuis van het gehele veld van gezondheidszorg en (delen van de) maatschappelijke dienstverlening moet worden gestimuleerd. Dit impliceert onder meer een constructieve opstelling van de lagere overheden ten opzichte van het ROGK.
6. De beleidsuitgangspunten uit de intentieverklaring dienen in de beleidsplannen te worden opgenomen om meer garanties te

bieden voor een samenhangende beleidsvoering. Voorts lijkt het ons zinvol tegen de achtergrond van een samenhangende beleidsvoering nogmaals te overwegen één beleidsplan per subregio door provincie en gemeenten gezamenlijk op te laten stellen. Vanzelfsprekend is de wenselijkheid hiervan afhankelijk van de betekenis en de inhoud van de gezamenlijke opgestelde intentieverklaring. Het verdient aanbeveling de rijksoverheid bij het vaststellen van de intentieverklaring een rol te laten vervullen.

7. Het is gewenst dat de rijksoverheid op korte termijn komt met een globaal beleidsplan waarin haar beleidsuitgangspunten zijn vastgelegd.
8. Tegen de achtergrond van de bestaande samenwerkingscultuur (behoud van gemeentelijke autonomie) dienen de voorgestelde gemeentelijke conflictregelingen verder te worden uitgewerkt en dient aangegeven te worden wanneer deze regelingen in werking treden.
9. Een dubbel adviseursschap door de PRV, eenmaal als waarnemer in de plancommissie die het voorontwerp-beleidsplan opstelt en eenmaal als adviseur van Gedeputeerde Staten ten aanzien van het ontwerp-beleidsplan, lijkt ons niet gewenst. Wij stellen voor alle participanten in de plancommissie, leden en adviseurs en waarnemers, de gelegenheid te geven schriftelijk hun commentaar bij het voorontwerp-beleidsplan te voegen. Verder dient, tegen de achtergrond van een efficiënte beleidsvoering, te worden overwogen de PRV als onafhankelijk en volwaardig lid op te nemen in de plancommissie. Dit kan ook worden bepleit voor gemeenten met het oog op meer garanties voor een samenhangende en efficiënte beleidsvoering.
10. Deelnemers aan overlegsituaties dienen oog te (blijven) houden voor een goede terugkoppeling. Dit betreft zowel de overheden als de functionele groeperingen. Politiek representatieve organen dienen bij de voorbereiding van bestuursorgani-

satorische maatregelen regelmatig door middel van voortgangsverslagen van de zijde van portefeuillehouders van volksgezondheid op de hoogte te worden gehouden over de stand van zaken en belangrijke ontwikkelingen met betrekking tot de integrale invoering.

11. Op de korte termijn dienen de gemeentelijke overheden hun deskundigheid op het terrein van de gezondheidszorg te vergroten.
12. Op korte termijn dient aandacht te worden besteed aan participatiestimulering in de zin van voorlichting, inschakeling van organisaties ten behoeve van gebruikers, etc.
13. De informatievoorziening dient te zijn geregeld voordat het planningsproces aanvangt.
14. De rijksoverheid dient op de korte termijn duidelijkheid te verschaffen ten aanzien van:
 - de toekomstige beleidsruimte voor lagere overheden;
 - de relatie integraal invoeringsproject WVG-WGM;
 - de relatie lagere overheden-ziektekostenverzekeraars.
15. De maatregelen betreffende richtlijnen, kwaliteitseisen en normen van de rijksoverheid, de financiële kaders, de relatie planning - financiering, de relatie voorzieningenbeleid - vestigingsbeleid en de overgang van de huidige planning in de nieuwe planning dienen in hun onderlinge samenhang te worden gezien. De consequenties van deze maatregelen voor de toekomstige beleidsruimte in het invoeringsproces dienen nadrukkelijk bij de voorbereiding te worden betrokken.
16. De rijksoverheid dient duidelijkheid te verschaffen over de status van de adviezen, i.c. de nota's bestuursorganisatorische maatregelen uit de drie integrale invoeringsprojecten.
17. De gevraagde experimenteerruimte door provincie en gemeenten dient te worden gehonoreerd.



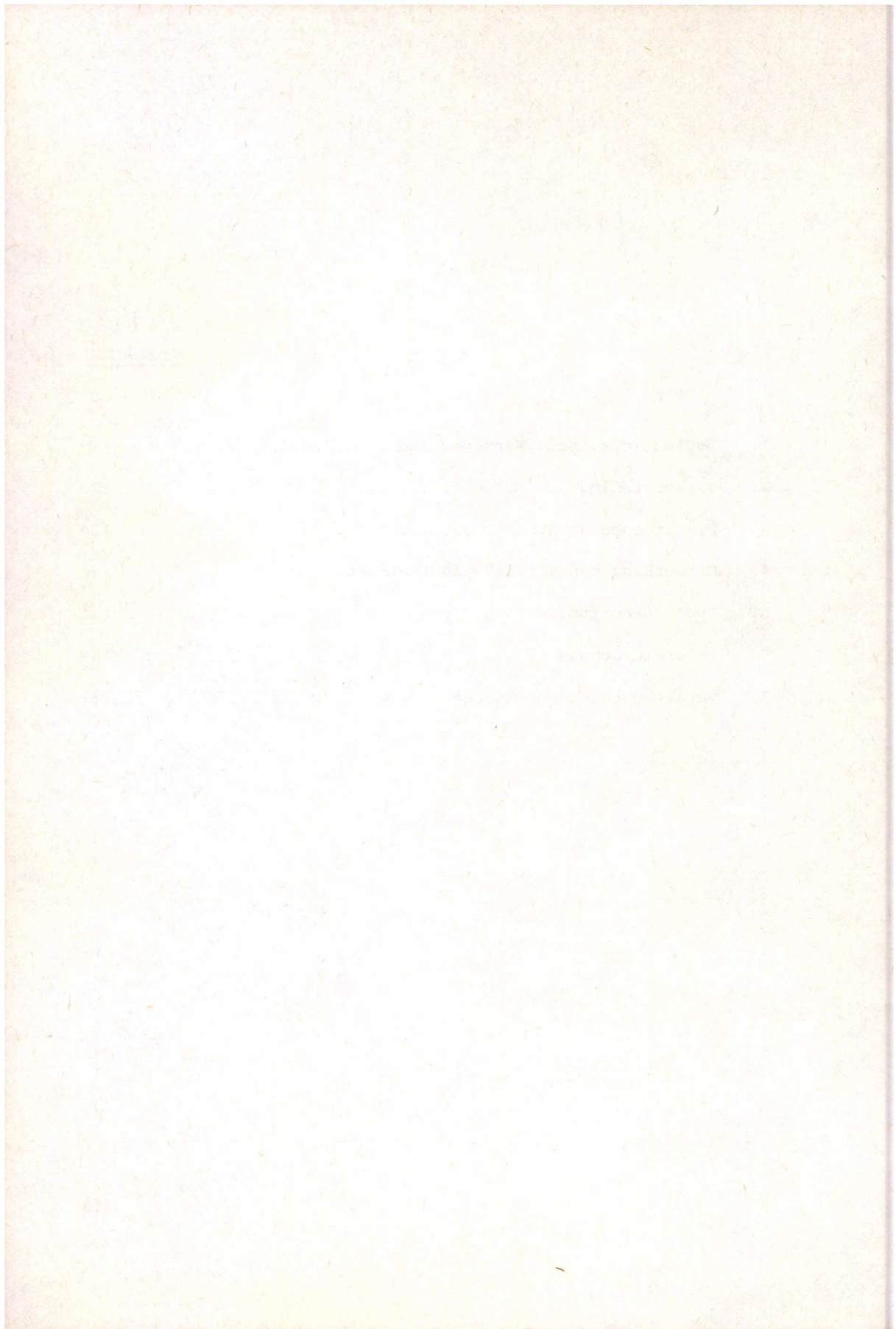
LITERATUUR

- BAAKMAN, N.A.A., L. EUSER, W.J.M. KICKERT et al. Democratische planning, Nijmegen, 1982.
- BERG, J.Th.J. VAN DEN. De machteloze wetgever. In: Beleid en Maatschappij, 1983/3, blz. 55-64.
- BOOT, J.M. en M.H.J.M. KNAPEN. De Nederlandse Gezondheidszorg, Utrecht, 1983.
- BRAAM, G.P.A. Invloed van bedrijven op de overheid; Een empirische studie over de verdeling van maatschappelijke invloed, Meppel, 1973.
- DOORN, J. VAN en F. VAN VUGHT. Planning, Amsterdam, 1978.
- DOORN, J.A.A. VAN en C.J. LAMMERS. Moderne Sociologie, 1959, blz. 118-120.
- ELSINGA, E. De politieke representativiteit van politieke participatie. In: Beleid en Maatschappij, 1984/6, blz. 173-181.
- GLASBERGEN, P. Visies op beleid: Sociaal-wetenschappelijke analyse van overheidsbeleid, Amsterdam, 1984.
- HOED, P. DEN. Visies op besturing in de verzorgingsstaat: eenheid en verscheidenheid. In: Beleid en Maatschappij, 1979/11, blz. 319-329.
- HOOGERWERF, A. Politicologie; Begrippen en problemen, Alphen a/d Rijn, 1972.
- HOOGERWERF, A. Intern of extern georiënteerd onderzoek naar beleid? In: Beleid en Maatschappij, 1979/11, blz. 345-351.
- HOOGERWERF, A. Effecten van Overheidsbeleid. In: Beleid en Maatschappij, 1977/11, blz. 302-315.
- HOOGERWERF, A. (red.) Succes en falen van overheidsbeleid, Alphen a/d Rijn, 1983.
- KOTTMAN, R.H.P.W. Horizontale taakverdeling en coördinatie. In: Hoogerwerf, A. (red.), Overheidsbeleid, Alphen a/d Rijn, 1982.
- LEENEN, H.J.J. Regulering en deregulering in de gezondheidszorg. In: Tijdschrift voor de Sociale Gezondheidszorg, 62 (1984) 10, blz. 403-407.
- MAARSE, J.A.M. Uitvoering en effecten van arbeidsmarktbeleid, Enschede, 1983.
- MIJN, W.B. VAN DER. Deregulering, gezien vanuit de hulpverleners. In: Tijdschrift voor de Sociale Gezondheidszorg, 62 (1984) 10, blz. 408-411.

- MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR. Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, Leidschendam, maart 1983.
- NEDERLANDS GESPREK CENTRUM. Gezondheid(szorg) en democratisering, Baarn, 1979.
- NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG. Handleiding regionale gegevensoverzichten gezondheidszorg, Leiden, 1984.
- ROSENTHAL, U. Discussie over beleidsonderzoek: Maatschappelijke, ambtelijke en politieke effectiviteit; Twents effecten-onderzoek noodzakelijk, niet voldoende. In: Beleid en Maatschappij, 1979/11, blz. 336-344.
- ROSENTHAL, U., M.P.C.M. VAN SCHENDELEN en A.B. RINGELING. Openbaar Bestuur; Organisatie, beleid en politieke omgeving, Alphen a/d Rijn, derde druk, 1982.
- RIJKSUNIVERSITEIT LIMBURG, NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO, KATHOLIEKE HOGESCHOOL TILBURG/INSTITUUT VOOR ARBEIDSVRAAGSTUKKEN. Evaluatie integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg; ontwerp van onderzoek, Leiden, maart 1984.
- RUITER, D.W.P. Centralisatie en decentralisatie. In: Hoogerwerf, A. (red.), Overheidsbeleid, Alphen a/d Rijn, 1982.
- RUTTEN, F.F.H. Deregulering en privatisering vanuit economische invalshoek. In: Tijdschrift voor de Sociale Gezondheidszorg, 62 (1984) 10, blz. 411-415.
- SCHEERENS, J. Evaluatie-onderzoek en bias. In: Kennis en Methode, 1984/1, blz. 41-52.
- SCHEERENS, J. Evaluatie-onderzoek en beleid; Methodologische en organisatorische aspecten, Harlingen, 1983.
- SCHENDELEN, M.P.C.M. VAN (red.), Kernthema's van de politicologie, Meppel/Amsterdam, 1976, blz. 130-133.
- SIMONIS, J.B.D. De betekenis van implementatie-onderzoek voor de theorievorming en de beleidspraktijk. In: Beleid en Maatschappij, 1982/11, blz. 311-318.
- VELD, R.J. IN 'T, W.J.M. KICKERT, M.Th. MASTIK-SONNEVELDT et al. Planning over meer bestuurslagen, 's-Gravenhage, 1983.
- VERENIGING VAN NEDERLANDSE GEMEENTEN. Afdeling Sociaal-Geografisch en Bestuurskundig Onderzoek, Plangebieden in de gezondheidszorg, 's-Gravenhage, 1983.

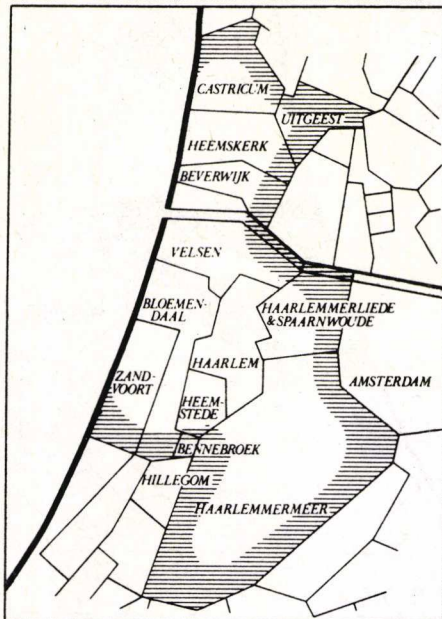
BIJLAGEN

1.	Gebiedsindelingen Kennemerland	119
2.	Taakverdeling	122
3.	Planprocedures WVG	124
4.	Uitwerking van verklarende factoren	126
5.	Evaluatiecriteria	131
6.	Interviewschema	135
7.	Verantwoording steekproef	141

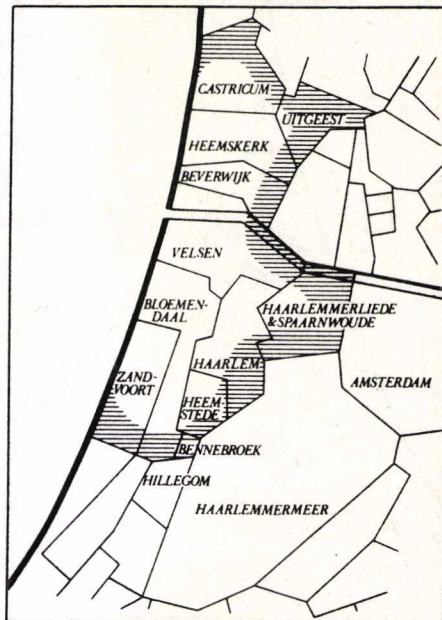


Bijlage 1. Gebiedsindelingen Kennemerland

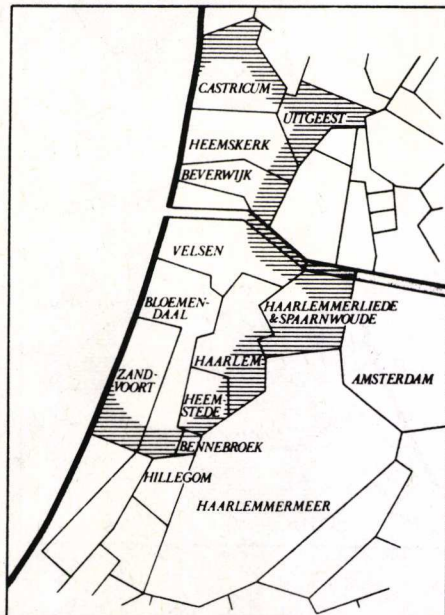
1 WET ZIEKENHUISVOORZIENINGEN



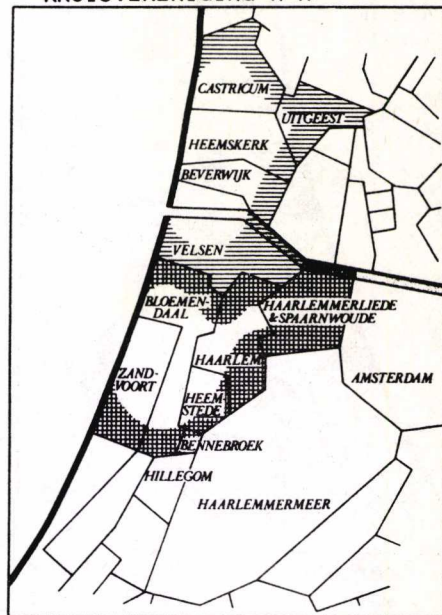
2 WET AMBULANCE VERVOER



3 R I A G G GEBIEDEN



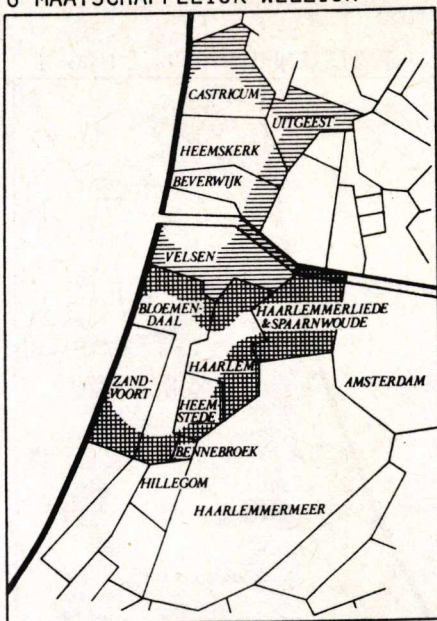
4 WERKGEBIEDEN PROVINCIALE KRUISVERENIGING N-H



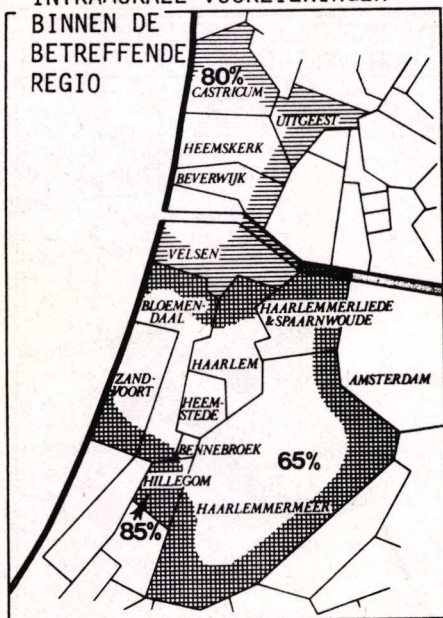
5 BASISGEZONDHEIDSDIENSTEN



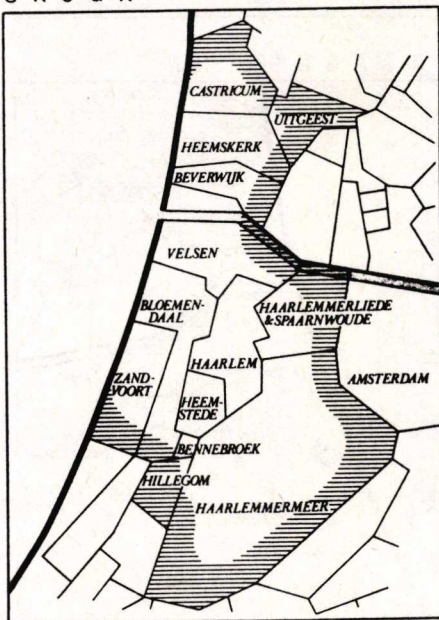
6 MAATSCHAPPELIJK WELZIJN



7 ORIENTATIE BEVOLKING OP INTRAMURALE VOORZIENINGEN BINNEN DE BETREFFENDE REGIO

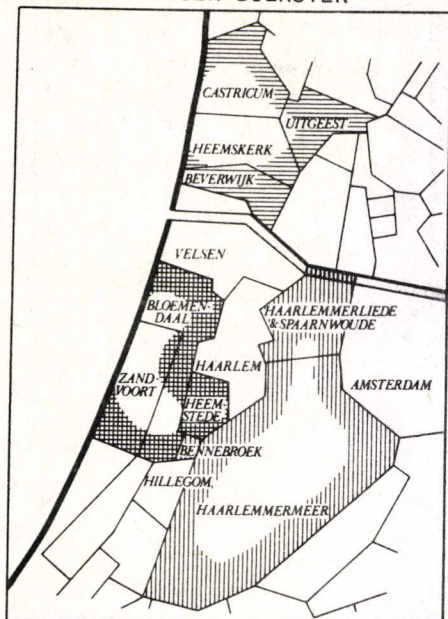


8 R O G K

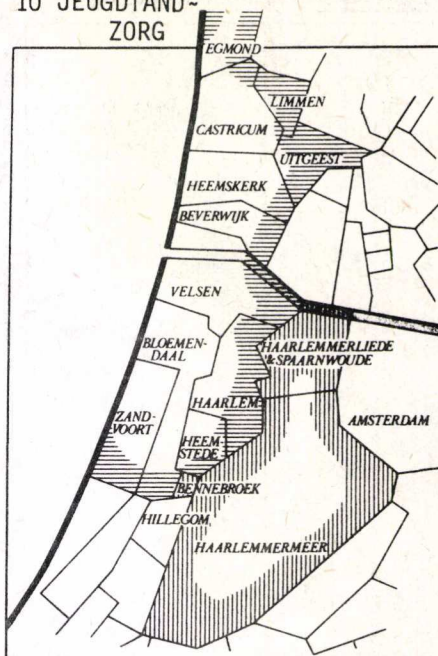


% = percentage van de bevolking met orientatie op de regio

9 SCHOOLARTSEN DIENSTEN

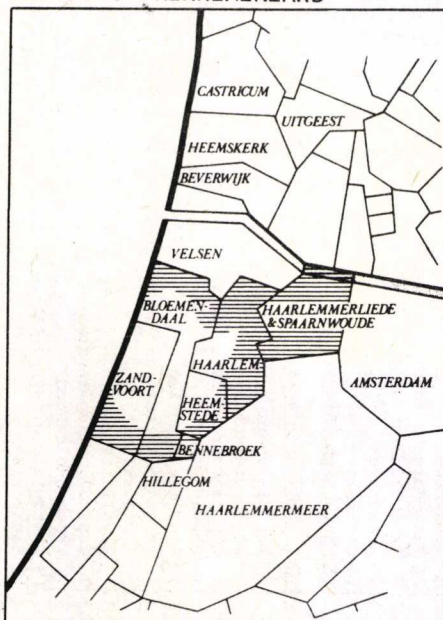


10 JEUGDTAND- ZORG

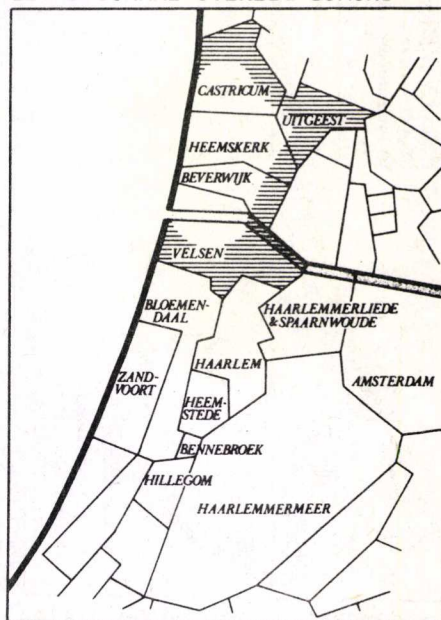


BESTUURLIJKE / AMBTELIJKE SAMENWERKING

11 GEWEST KENNEMERLAND



12 REGIONAAL OVERLEG IJMOND



Bijlage 2. Taakverdeling

Sektoren en voorzieningen	Niveau van planvaststelling/ afgift erkenning/vergunning gedurende de eerste planperi- ode		Schaaalgrootte verzorgingsgebied	
	gem.	inter- provincie	rijk	gem.
1. <u>Basisgezondheidszorg</u>				
1.1 D.G.D. standaardpakket (agz en jgz)	x			
1.2 Bovenregionale taken (epid. TBC bestr.)		x		
2. <u>Eerstelijnszorg</u>				
2.1 Kruisorganisaties	x			
2.2 Gezondheidscentra	x			
2.3 Tandheelkundige centra	x			
2.4 Apothekers	x			
2.5 Huisartsen	x			
2.6 Tandartsen	x			
2.7 Paramedische zorg	x			
2.8 Verloskundige hulp	x			
2.9 Kraamzorg	x			
2.10 Gezinszorg	x			
2.11 Maatschapp. dienstverl.	x			
3. <u>Gespec. som. gez. zorg</u>				
3.1 Art. 18 voorz.			x	
3.2 Acad. ziekenhuizen			x	
3.3 Centra voor dialyse radio- therapie e.d.				
3.4 Alg. ziekenhuizen		x		
3.5 Buitenpoliklinieken		x		
3.6 Abortusklinieken		x		
3.7 Revalidatiecentra		x		
3.8 Centra voor epilepsie		x		
3.9 Trombosediensten		x		
3.10 Categoriele ziekenhuizen		x		
3.11 Sanatoria		x		
3.12 Inr. voor zintuig. gehand.		x		
3.13 G.V.T. lich. gehand.		x		

lokaal tot sub-reg. verzorgings-
gebied. Enkele van de aan DGD's
toegevoegde taken kunnen liggen
op niveau van gezondheidsregio
resp. provincie.

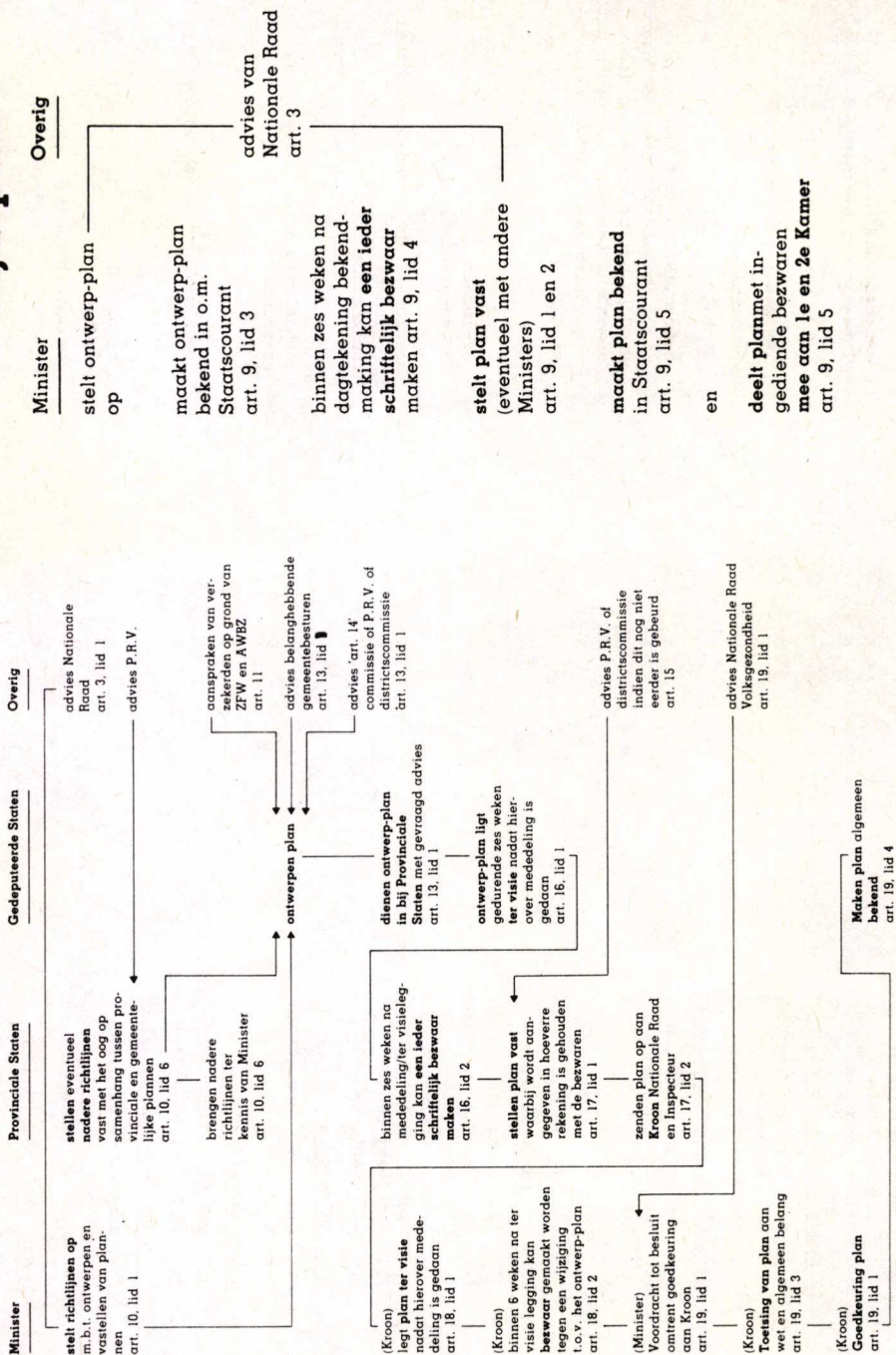
bovenregionaal tot landelijk

bovenregionaal

functies basisziek. sub-regionaal
centrum/topfuncties reg. of prov.
bovenregionaal

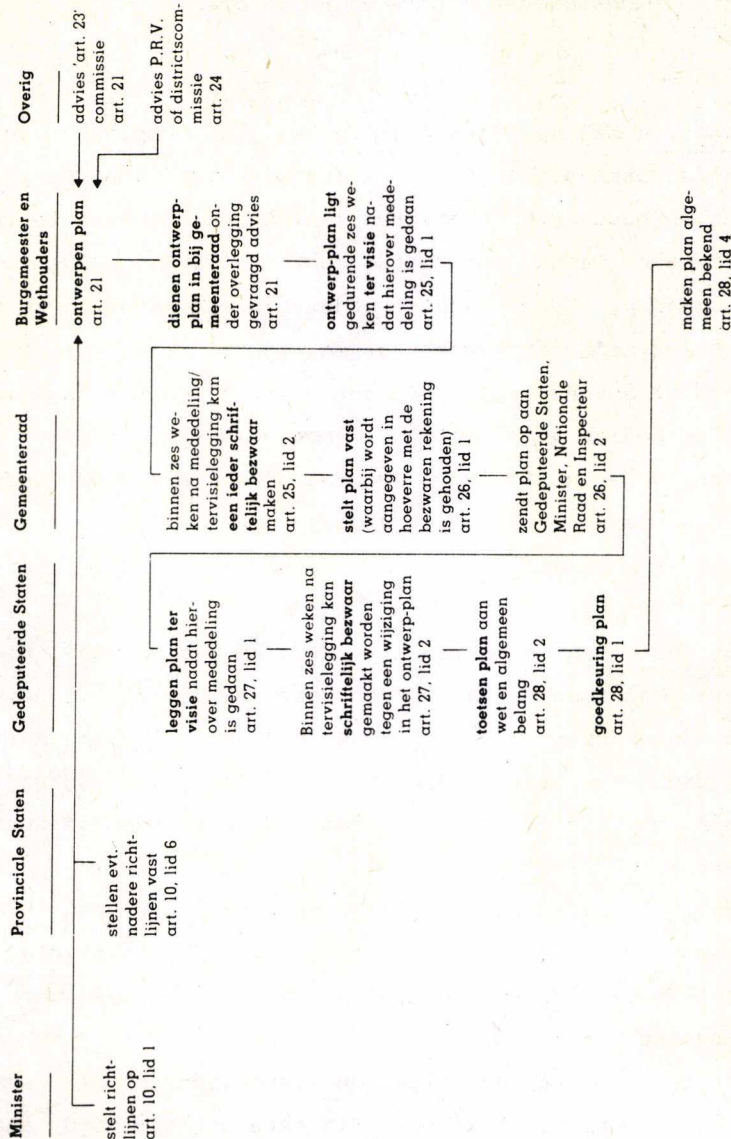
(boven-) provinciaal

PROVINCIALE PLANNEN



N.B. de Minister kan een aanwijzing geven tot het maken van een plan (art. 13)

GEMEENTELIJKE PLANNEN



N.B. de Minister kan een aanwijzing geven tot het maken van een plan (art. 13).

Bron: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, Leidschendam, maart 1983, blz. 73-75.

Bijlage 4. Uitwerking van verklarende factoren

In navolging van Maarse onderscheiden wij vier complexen van bestuurlijke factoren aan de hand waarvan wij het invoeringsproces beschrijven en bestaande en ervaren knelpunten trachten te verklaren, te weten: macht, informatie, opvattingen en middelen (vergelijk Maarse, 1983). Aangezien deze in ons ontwerp van onderzoek niet nader zijn uitgewerkt, geven wij van deze begrippen hier een nadere omschrijving. Bij het vaststellen van causale relaties zal de nodige voorzichtigheid moeten worden betracht daar er geen mogelijkheden zijn voor een (quasi-)experimentele onderzoeksoepzet.

Macht

Macht wordt vaak, ten onrechte, als synoniem gezien van invloed, en omgekeerd. Onder macht kan worden verstaan de mogelijkheid om het gedrag van anderen te beïnvloeden in overeenstemming met de doeleinden van de actor. Invloed doet zich voor, als gedrag leidt tot wijziging van gedrag. Macht is met andere woorden potentiële invloed (Braam, 1973; Hoogerwerf, 1972).

Zowel macht als invloed zijn moeilijk te meten begrippen. Vrijwel alle vigerende meetmethoden hebben betrekking op potentiële invloed (macht). Over feitelijke invloed verschaffen deze methoden slechts beperkte informatie.

De volgende methoden kunnen worden onderscheiden:

- a) formele positie methode. Bij deze methode wordt aan de hand van de verdeling van formele bevoegdheden bepaald wie de meeste macht heeft.
- b) netwerk- en participatiemethode. Bij de netwerkmethode wordt gekeken naar de interactie en communicatie tussen actoren, wie gaat met wie om. Bij de participatiemethode wordt gekeken naar de deelname aan het besluitvormingsproces. Hierbij wordt aangenomen dat de actor die aan

het besluitvormingsproces meedoet ook invloed heeft.

- c) reputatiemethode. De procedure bij deze methode is dat de onderzoeker als waarnemer terugtreedt en de respondenten in het veld vraagt wie naar hun mening veel invloed heeft. Voorondersteld wordt dat de ervaring van de respondenten met betreffende invloedssituatie leidt tot kennis van die situatie en dus voldoende betrouwbaar en geldig is.
- d) besluitvormingsmethode. Bij deze methode wordt niet alleen gekeken naar de actoren die aan het besluitvormingsproces deelnemen (participatiemethode) maar wordt ook gelet op het verschillende invloedsgewicht van al of niet direct participerende actoren op de uitkomsten van het besluitvormingsproces. De meeste invloed wordt aan die actor toegeschreven, wiens eisen het dichtst bij de uitkomsten van het besluitvormingsproces liggen.

Aan alle genoemde methoden kleven bezwaren. Een formele positie betekent niet altijd dat men ook invloed heeft, ook zonder te participeren kan een actor invloed hebben op een ander (anticipatie), de reputatie van invloed betekent niet altijd dat een actor inderdaad invloed heeft, eisen van actoren (kunnen) veranderen in de loop van de tijd en soms worden er geen beslissingen genomen (zie onder meer: Hoogerwerf, 1972, blz. 84-89; Van Schendelen (red), 1976, blz. 129-133; Rosenthal c.s., 1982, blz. 305).

Afhankelijk van de probleemstelling kan worden bepaald of een meetmethode zinvol of juist is. Aangezien elke methode een andere dimensie van het invloedsverschijnsel meet, is het aanbevelenswaardig verschillende methoden tegelijk te gebruiken.

In het onderzoek bezien wij het machts- en/of invloedsverschijnsel vanuit verschillende invalshoeken nl.: de formele positiemethode, de netwerk- en participatiemethode en de reputatiemethode. Deze keuze is gebaseerd op de methodische mogelijkheden en de bijdragen die zij kunnen leveren om het invoeringsproces te beschrij-

ven en bestaande en ervaren knelpunten te verklaren. Met het oog op de decentralisatie en democratisering, die veranderingen in machtsposities met zich meebrengen, is de formele positiemethode van belang. De netwerk- en participatiemethode kunnen de resultaten van het gebruik van de formele positiemethode ondersteunen. De reputatiemethode die naar opvattingen over de macht(sverdeling) vraagt, is gekozen, omdat opvattingen in het algemeen van invloed kunnen zijn op gedragingen en dus op het beleidsvoeringsproces. De besluitvormingsmethode wordt niet toegepast met name vanwege de bewerkelijkheid en het uiteindelijke rendement dat de toepassing oplevert.

Informatie

Voor een goed verlopend beleidsvoeringsproces is informatie een essentiële voorwaarde. Zij wordt vaak gezien als het verbindende element tussen actoren, tussen systeemelementen (bijv. afdelingen, departementen) en tussen systeem en omgeving (bijv. overheid en "het veld"). Zij is het verbindende element omdat zij zorgt voor vermindering van onzekerheden. Indien wij over meer informatie beschikken nemen de onzekerheden af. Wij kunnen dan ook onder informatie verstaan "een (verzameling van) bericht(en), waardoor op een of andere manier onzekerheid wordt opgeheven" (Van Doorn en Van Vught, 1978, blz. 224).

Hoogerwerf ziet informatie als de essentiële en misschien wel meest manipuleerbare factor van het succes of falen van overheidsbeleid (Hoogerwerf, 1983, blz. 39). Op zich is dit niet verwonderlijk omdat achter informatie zaken als wensen, eisen, conflicten, invloeds pogingen, etc., schuilgaan (zie onder meer Rosenthal c.s., 1982, blz. 144).

Ten behoeve van de beleidsvoering zijn verschillende categorieën van informatie noodzakelijk. Om aan verschillende categorieën informatie te komen, kunnen de volgende activiteiten worden onderscheiden die moeten worden verricht (Van Doorn en Van Vught, 1978,

blz. 226):

- opsporing van informatie;
- bepaling van de informatiebehoefte;
- structurering van informatie;
- verschaffing van informatie.

Door middel van het verrichten van deze activiteiten wordt het mogelijk de gewenste informatie ten behoeve van de beleidsvoering te verkrijgen. Dat deze activiteiten niet altijd naar wens kunnen worden uitgevoerd, blijkt uit de vele informatieproblemen die zich tijdens beleidsvoeringsprocessen voordoen, zoals:

- informatietekorten tengevolge van manipulatie (achterhouden van informatie, het doorspelen van onjuiste informatie);
- vage en/of conflicterende informatie (inconsistent beleid);
- onvoldoende deskundigheid om met informatie om te gaan (onder meer bureaucratische (in)competentie);
- storingen in interne communicatiestructuren;
- het hanteren van een onjuiste beleidstheorie (lees: informatie) (Vergelijk Maarse, 1983, blz. 61-65; Hoogerwerf, 1983, blz. 32-35).

Met behulp van interviews trachten wij te achterhalen of de betrokken actoren voldoende en tijdig informatie hebben verkregen.

Opvattingen

Opvattingen zijn medebepalend voor het verloop van het beleidsvoeringsproces. Er kan een onderscheid gemaakt worden in opvattingen over hetgeen behoort (normen), hetgeen zal gebeuren (verwachtingen), over wat juist of onjuist is (waarden) en over wat wenselijk is (doeleinden) (Van Doorn en Lammers, 1959, blz. 118-120). Overeenstemming in opvattingen is niet altijd vanzelfsprekend. Opvattingen zijn geen vaststaande gegevens, maar kunnen tijdens het beleidsvoeringsproces veranderen. Dit geldt zowel

voor normen als voor verwachtingen, waarden en doeleinden. Doeleinden kunnen volgens verscheidene gezichtspunten worden ingedeeld (Hoogerwerf (red), 1982, blz. 31-34). Zo kunnen doeleinden verschillende functies hebben, bijvoorbeeld een symboolfunctie. Verder kunnen doeleinden verdeelde actoren verenigen. De symboliek die aan (de doeleinden van) het beleid is verbonden, telt als maatstaf voor succes (Zie onder meer Rosenthal c.s., 1982, blz. 212; Maarse, 1983, blz. 31; Korsten, 1983, blz. 216-238). Om de opvattingen van actoren te bepalen maken wij gebruik van interviews, documentanalyse en de observatiemethode.

Middelen

Een middel kan worden omschreven als al datgene wat een actor gebruikt of kan gebruiken om het bereiken van één of meer doeleinden te bevorderen (Hoogerwerf, 1982, blz. 35).

Evenals doeleinden kunnen middelen volgens vele gezichtspunten worden ingedeeld. Wij maken onderscheid in personele, financiële en materiële middelen. De schaarste van deze middelen leggen beperkingen (randvoorwaarden) op aan de beleidsruimte van een actor. In dit onderzoek gaan wij na of het ontbreken van of het onvoldoende aanwezig zijn van middelen van invloed is geweest op het beleidsvoeringsproces. Dit gebeurt aan de hand van interviews en documentanalyse.

Bijlage 5. Evaluatiecriteria

De beleidsvoering in het kader van de WVG wordt geacht de volgende kenmerken te krijgen: decentraal, samenhangend, democratisch, efficiënt en eenvoudig. In de eerste fase van het onderzoek is gekeken of en in hoeverre de bestuursorganisatorische maatregelen resulteren in een zodanige bestuurlijke infrastructuur dat mogelijkheden worden geboden om te komen tot een beleidsvoering die bovenstaande kenmerken vertoont. Als aanvulling op hetgeen wij daarover hebben opgemerkt in het ontwerp van onderzoek (Rijksuniversiteit Limburg e.a., 1984, blz. 21-34), geven wij in deze bijlage aan hoe wij deze kenmerken, evaluatiecriteria, omschrijven.

a. Decentrale beleidsvoering

Decentralisatie kan worden omschreven als "het erkennen of 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 voortvloeien- de bevoegdheden structuur" (Ruiter, 1982).

Bij de invoering van de WVG is sprake van een territoriale decentralisatie.

De beleidsoptie inzake decentrale beleidsvoering is dat de bestuurlijke verantwoordelijkheid ter zake van een voorziening in beginsel dient te liggen bij het overheidsniveau dat overeenkomt met het draagvlak van de betrokken voorziening.

Naast bovengenoemde randvoorwaarde ten aanzien van de bevoegdheden van lagere overheden moet tevens geanalyseerd worden of lagere overheden in een zekere onafhankelijkheid en op grond van een eigen belangenafweging prioriteiten kunnen stellen in het kader van het beleid ter zake van de hun toegewezen voorzieningen. Met andere woorden: in hoeverre is er sprake van eigen beleidsruimte bij lagere overheden. Hiertoe is het noodzakelijk enerzijds kenmerken

van zelfstandig functioneren van lagere overheden aan te geven en anderzijds inzicht te hebben in de factoren die dit zelfstandig functioneren in positieve of negatieve zin beïnvloeden.

b. Samenhangende beleidsvoering

Samenhangende beleidsvoering is gericht op het voorkómen van - formele en gepercipieerde - lacunes of doublures in de verdeling van (plan-)taken over de overheden en/of adviesorganen, het op elkaar afstemmen - zowel inhoudelijk als procedureel - van beleid, instrumenten en adviezen.

Een middel hiertoe is coördinatie, hetgeen kan worden omschreven als "het onderling afstemmen van meerdere eenheden met betrekking tot hun activiteiten op een bepaald terrein" (Kottman, 1982). Hierbij hanteren wij het onderscheid tussen interne en externe coördinatie en tussen horizontale en verticale coördinatie. De afstemming van activiteiten kan plaatsvinden tussen nevensgeschikte eenheden (horizontale coördinatie) en tussen boven elkaar gerangschikte eenheden (verticale coördinatie). Inzicht in de bestuurlijke samenhang tussen bestuurlijke organen kan worden verkregen door kenmerken van samenhang te confronteren met kenmerken van externe coördinatie.

c. Democratische beleidsvoering

Democratie duidt op de mogelijkheden die (groepen van) mensen hebben om invloed uit te oefenen op de invulling van hun leven in de samenleving. Democratie is een gradueel begrip; er kan meer of minder democratie zijn. Niet alleen de mate van democratie, maar ook vele variabelen die ermee kunnen samenhangen zijn moeilijk meetbaar. Democratisering duidt op het proces dat tot "meer" democratie leidt.

In principe kunnen we onderscheid maken tussen interne en externe democratisering. Wij spreken van interne democratisering indien politiek representatieve organen bij de beleidsvoering zijn be-

trokken en hun contrôlerende functie vervullen. Bij externe democratisering gaat het met name om de invloed van adviesorganen waaraan een rol is toegekend teneinde het veld van gezondheidszorg, ziektekostenverzekeraars en gebruikers(organisaties) bij de beleidsvoering te betrekken. Daarnaast betreft dit ook de bezwaarschriftenprocedure. In dit onderzoek ligt de nadruk op de externe democratisering: het geheel van uiteenlopende activiteiten van (groepen van) burgers met het doel om overheidsbeleid te beïnvloeden (vergelijk Baakman et al., 1982).

d. Efficiënte beleidsvoering

Wanneer wij spreken van efficiënte beleidsvoering dan kunnen wij doelen op twee aspecten, namelijk: een efficiënte structuur van een besturingssysteem of een efficiënt gebruik van middelen/instrumenten.

Een besturingssysteem heeft een efficiënte structuur als het in praktijk werkt en het vermogen heeft om het aantal knelpunten beperkt te houden dan wel knelpunten op te lossen. Knelpunten kunnen zich voordoen in het besturingssysteem, in het besturingsproces en voortvloeien uit randvoorwaarden.

We spreken van een efficiënt gebruik van middelen indien met die (gegeven) middelen een grotere output wordt bereikt dan wel de gegeven output met minder middelen. Het betreft hier de aanwending van middelen met het oog op de doeleinden van het systeem. Door na te gaan in welke mate de verschillende middelen (instrumenten) bijdragen tot het bereiken van de doeleinden waarvoor ze worden ingezet, kan de instrumentele efficiëntie worden bepaald.

Tegen de achtergrond van de overige gewenste kenmerken van het besturingssysteem (decentraal, samenhangend en democratisch) kan deze informatie gebruikt worden voor een nadere analyse. Deze analyse kan een oordeel mogelijk maken over de efficiëntie van de beleidsvoering.

e. Eenvoudige beleidsvoering

De beleidsvoering kan als eenvoudig worden gekenmerkt indien deze inzichtelijk is, dit wil zeggen dat het voor betrokkenen duidelijk is wie wat doet en waarom en wanneer, en wat de consequenties ervan zijn.

Bijlage 6. Interviewschema

INTERVIEW SCHEMA AFRONDING
BESTUURSORGANISATORISCHE MAATREGELEN
KENNEMERLAND

interview met:
datum :

NIPG/TNO

13 juni 1984

ALGEMEEN WVG

1. Wat zijn uw *opvattingen*
 - a. betreffende de *doelstellingen* van de WVG,
 - b. betreffende de *uitvoerbaarheid* van de WVG?
2. Zijn in de loop van het voorbereidingsproces uw *opvattingen* veranderd
 - a. voor wat betreft de *doelstellingen* van de WVG,
 - b. voor wat betreft de *uitvoerbaarheid* van de WVG?
3. Wat is uw *mening* over, en voorziet u *knelpunten* (en zo ja, welke) voor wat betreft de *uitvoerbaarheid* liggende op het terrein van:
 - a. financiële kaders (met name invloed op beleidsruimte)
 - b. relatie planning-financiering (met name beleidsruimte)
 - c. relatie voorzieningenplanning-vestigingsbeleid (met name samenhang)
 - d. richtlijnen, kwaliteitseisen en normen (met name beleidsruimte),
 - e. toetsing op naasthogere bestuurlijke niveau (met name beleidsruimte)
 - f. insluiting WZV in WVG
 - g. ambtelijke ondersteuning?
4. Wanneer denkt u dat in Kennemerland de WVG integraal wordt ingevoerd via artikel 41?

BESTUURSORGANISATORISCHE MAATREGELEN

1. Wanneer u kijkt naar de resultaten van het voorbereidingsproces, kunt u dan instemmen met de voorstellen?

☐ ja ☐ nee
2. Vindt u dat deze voorstellen bijdragen tot het bereiken van de beleidsdoelstellingen die de wetgever heeft ten aanzien van het besturingssysteem, te weten dat de beleidsvoering de volgende kenmerken dient te hebben:
 - a. decentraal ☐ ja ☐ nee, te weten:

- b. samenhangend ☐ ja ☐ nee, te weten
- c. democratisch
- c.1. intern ☐ ja ☐ nee, te weten
- c.2. extern ☐ ja ☐ nee, te weten
- d. efficiënt ☐ ja ☐ nee, te weten
- e. eenvoudig ☐ ja ☐ nee, te weten

3. Denkt u dat de voorstellen bij de uitvoering van de wet knelpunten zullen opleveren samenhangend met:

- a. gebiedsindeling ☐ nee ☐ ja
- b. taakverdeling ☐ nee ☐ ja
- c. bestuurlijke samenwerking
- c.1. horizontaal ☐ nee ☐ ja
- c.2. verticaal ☐ nee ☐ ja
- d. planprocedure ☐ nee ☐ ja
- e. advies- en overlegstructuur
- e.1. taken ☐ nee ☐ ja
- e.2. procedures ☐ nee ☐ ja
- e.3. ondersteuning ☐ nee ☐ ja
- e.4. representativiteit vertegenwoordigers ☐ nee ☐ ja

VOORBEREIDINGSPROCES

1.a. Vindt u dat u voldoende of onvoldoende *middelen* tot uw beschikking had ten behoeve van de voorbereiding van resp. de advisering over de bestuursorganisatorische maatregelen:

- financiën ☐ voldoende ☐ onvoldoende
- mankracht ☐ voldoende ☐ onvoldoende
- materiële middelen ☐ voldoende ☐ onvoldoende

b. Indien onvoldoende, heeft dit het besluitvormingsproces in de voorbereidingsfase beïnvloed: ☐ ja ☐ nee
 ↳ in welk opzicht?

c. Indien onvoldoende, heeft dit de uitkomsten beïnvloed: ☐ ja ☐ nee
 ↳ in welk opzicht?

- 2.a. Vindt u dat u voldoende of onvoldoende *tijd* heeft gehad om de bestuursorganisatorische maatregelen voor te bereiden resp. over de voorstellen te adviseren/in te spreken:
☐ voldoende ☐ onvoldoende
- b. Indien onvoldoende, heeft dit het besluitvormingsproces in de voorbereidingsfase resp. uw advisering beïnvloed:
☐ ja ☐ nee
↳ in welk opzicht?
- c. Indien onvoldoende, heeft dit de uitkomsten beïnvloed:
☐ ja ☐ nee
↳ in welk opzicht?
- 3.a. Ontvangt u voldoende of onvoldoende *informatie* om een bijdrage aan het voorbereidingsproces te leveren resp. te adviseren over de bestuursorganisatorische maatregelen:
☐ voldoende ☐ onvoldoende
- b. Ontvangt u de informatie op het juiste tijdstip :
☐ ja ☐ nee (onderwerpen, informanten)
- c. Indien onvoldoende of niet tijdig, heeft dit het besluitvormingsproces in de voorbereidingsfase resp. uw advisering beïnvloed:
☐ ja ☐ nee
↳ in welk opzicht?
- d. Indien onvoldoende of niet tijdig, heeft dit de uitkomsten beïnvloed:
☐ ja ☐ nee
↳ in welk opzicht?
4. Aan welke overlegsituaties in het kader van de invoering van de WVG neemt u deel?
Wat zijn de onderwerpen die hierin aan de orde komen?

5.a. Hoeveel invloed heeft u gehad tijdens de voorbereiding van de bestuursorganisatorische maatregelen?

☐ onvoldoende ☐ voldoende ☐ ruim voldoende ☐ grote

b. Waar is uw invloed op gebaseerd?

- ☐ bevoegdheden
- ☐ beschikbare middelen
- ☐ informatie
- ☐ deskundigheid
- ☐ relaties
- ☐ overige, te weten:

6.a. Wie van de Stuurgroepleden heeft volgens u de meeste invloed gehad op de uitkomsten van het voorbereidingsproces en wie de minste?

☐ rijk ☐ provincie ☐ Ymond ☐ Gewest ☐ Haarlemmermeer

b. Betreft dit nog bepaalde personen?

☐ ja, te weten ☐ nee

c. Waar is hun invloed op gebaseerd

- ☐ bevoegdheden
- ☐ beschikbare middelen
- ☐ informatie
- ☐ deskundigheid
- ☐ relaties
- ☐ overige, te weten:

7.a. Wie van de Stuurgroepadviseurs heeft volgens u de meeste invloed gehad op de uitkomsten van het voorbereidingsproces en wie de minste?

☐ PRV ☐ ROGK ☐ verzekeraars ☐ Geneeskundige inspectie

b. Waar is hun invloed op gebaseerd?

- ☐ bevoegdheden
- ☐ beschikbare middelen
- ☐ informatie
- ☐ deskundigheid
- ☐ relaties
- ☐ overige, te weten:

DIVERSEN

1.a. Acht u het gewenst de WVG te dereguleren ?

☐ ja ☐ nee
 ↳ welke onderdelen?

b. Hoe beoordeelt u de voorstellen tegen de achtergrond van deregulering?

2. Wat is samenvattend uw mening over het procesverloop en de besluitvorming?

3. Vindt u al met al de voorstellen acceptabel?

☐ ja ☐ nee

Bijlage 7. Verantwoording steekproef

Bij de samenstelling van de steekproef zijn twee criteria gehanteerd:

1. de te onderscheiden categorieën belanghebbenden moeten in de steekproef vertegenwoordigd zijn;
2. de steekproefpersonen moeten relevante informatie kunnen geven over het integrale invoeringsproject.

In de steekproef hebben wij een onderscheid gemaakt in de categorieën: bestuur van overheden, ambtelijk apparaat, politiek representatieve organen, ziektekostenverzekeraars, veld van de gezondheidszorg en gebruikers(organisaties).

Het tweede criterium impliceert dat de steekproefpersonen selectief zijn bepaald. We hebben gekeken naar deelnemers aan overlegsituaties waarin het integrale invoeringsproject onderwerp van gesprek is. De selectie geldt in mindere mate voor de personen die behoren tot de categorie politiek representatieve organen; zij zijn aselect bepaald uit de leden van Raads- en Statencommissies die zich (ook) met het terrein van de volksgezondheid bezighouden. Voorts moet worden opgemerkt dat het tweede criterium niet impliceert dat elke steekproefpersoon evenveel kennis van zaken heeft met betrekking tot het integrale invoeringsproject.

In deze eerste fase van het integrale invoeringsproject gaat het om het creëren van een bestuurlijke infrastructuur. De primaire verantwoordelijkheid hiervoor ligt bij de overheden. Daarom zijn uit de categorieën die we tot de overheid rekenen, relatief meer personen benaderd dan uit de andere categorieën. Een en ander houdt in dat bijna alle portefeuillehouders en ambtenaren volksgezondheid van provincie en gemeenten zijn geïnterviewd. Ook de twee in de regio opererende ziekenfondsen zijn benaderd. Van het veld van gezondheidszorg en gebruikers(organisaties) zijn relatief een gering aantal personen geïnterviewd.

Onderstaand kan worden afgelezen hoeveel personen uit de door ons onderscheiden categorieën in de interviewronde zijn benaderd.

Aantal geïnterviewden per categorie belanghebbende

categorie	aantal geïnterviewden
bestuur	13
ambtelijk apparaat	14
politiek representatieve organen	9
ziektekostenverzekeraars	2
veld van de gezondheidszorg	9
gebruikers(organisaties)	3
totaal	50