

Gemeente en zorg: achtergrondstudie

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de
Volksgezondheid en Zorg bij het advies Gemeente en zorg

Zoetermeer, 2003

Inhoudsopgave

Inleiding	5
Achtergrondstudie 1 De RVZ over ‘Gemeente en zorg’	7
Achtergrondstudie 2 Uitgewerkte praktijkvoorbeelden	27
Achtergrondstudie 3 Positie en rol gemeente in beleid en financiering van de zorg	33
Achtergrondstudie 4 De zorg van het lokaal bestuur	37
Achtergrondstudie 5 Verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden in het lokale gezondheids- en zorgbeleid	107
Onderbouwing 6 Knelpunten voor burgers op het gebied van gezondheidszorg, zorg, welzijn, wonen en vervoer	147
Achtergrondstudie 7 Criteria toedeling zorgvoorzieningen c.q. aanspraken aan Standaardverzekering dan wel Voorzieningenwet	153
Achtergrondstudie 8 Integratie van Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) en een nieuwe Voorzieningenwet	171
Achtergrondstudie 9 Voorziening of verstrekking?	175
Onderbouwing 10 Indicatiestelling	201
Bijlage	
Overzicht publicaties RVZ	213

Inleiding

In deze publicatie zijn de achtergrondstudies bij het RVZ-advies Gemeente en zorg samengebracht. Deze studies zijn opgesteld aan de hand van materiaal van de RVZ zelf, interviews met derden en literatuurstudies van de leden van de projectgroep. Deze studies leveren ieder afzonderlijk een onderbouwing of een nadere uitwerking van (delen van) het advies. De hoofdstukken vormen dus geen geheel en beslaan zeer uiteenlopende onderwerpen. De hoofdstukken zijn telkens zo kort en bondig mogelijk geschreven.

In het advies zijn de verwijzingen naar de studies in deze publicatie terug te vinden.

De Raad wijst er op dat het materiaal in deze publicatie niet buiten de context van het advies geplaatst of gebruikt kan worden.

Achtergrondstudie 1

De RVZ over 'Gemeente en zorg'

Inventarisatie van uitspraken in adviezen 1996 – 2003

1 De problemen

In een aanhangsel zijn de RVZ-adviezen vermeld waarop deze achtergrondstudie is gebaseerd. De problemen op het terrein van de gemeente en zorg zijn vooral in de adviezen Openbare gezondheidszorg, Verslavingszorg, Care en cure en Community care geïnventariseerd.

Een deel van de door de RVZ gesignaleerde problemen is inmiddels opgelost (b.v. door de veranderingen in de Wcpv).

a. Rijk – gemeente

- De decentralisatie van zorgtaken heeft te weinig regie. Bijvoorbeeld: VWS en Justitie stemmen onderling te weinig af (over de financiering van de verslavingszorg); hetzelfde geldt binnen VWS.
- Mede hierdoor vindt onvoldoende doelstelling (op basis van een zorgvisie) plaats, inclusief prioriteiten (welke doelen en taken, welke doelgroepen). Een nationale strategie ontbreekt. Geen SEGV-beleid richting gemeente.
- Landelijk beleid ten aanzien van de openbare gezondheidszorg en dat ten aanzien van de curatieve zorg en de AWBZ vormt geen eenheid. Geen samenhangend VWS-beleid Standaardverzekering, AWBZ, gemeente. Vooral op grensvlak AWBZ – gemeente geen samenhang.
- Decentralisatie soms te ongeclausuleerd (Gemeentefonds).
- Vooral gehandicapten en chronisch zieken (vaak aangewezen op drie ‘zorgstelsels’) ontmoeten veel obstakels in de zorgketen en weinig continuïteit van zorg/integrale zorg. Beleid: niet in het teken van een ketenbenadering vanuit het perspectief van de gehandicapte burger.

b. Binnen de gemeente en tussen gemeenten

- Schaalproblemen: nog geen eenduidige gebiedsindeling (aantal verschillende indelingen); meeste gemeenten te klein om een rol in de zorg te kunnen spelen: te weinig deskundigheid en informatie, gebrek aan organiserend vermogen, (mede daardoor) onvoldoende gezag in de zorgsector.
- Rol en taken gemeente ten aanzien van ‘zorg’ niet geëxpliciteerd door rijk (zie onder a.).
- Verschillen tussen gemeenten zijn voor de zorgsector moeilijk te verteren.
- Gemeenten vaak nog te reactief (geen actief gezondheids- en zorgbeleid).

- De bestaande instrumenten zetten gemeenten te weinig aan tot actie, zijn onvoldoende prestatiegericht (zie ook bij a.). Het sturings- c.q. decentralisatie-instrumentarium is te veelomvattend en intern onvoldoende gestructureerd.
- c. Tussen gemeente en zorgverzekeraar*
- Het grijze gebied tussen gemeente en zorgverzekering (vooral de AWBZ) is onvoldoende afgedekt met een taakverdeling. De regiovisie speelt hier nauwelijks een coördinerende rol. Er is nog geen sluitend verdelingscriterium in gebruik.
 - Dit grijze gebied betreft:
 1. afstemming collectieve preventie – individuele preventie;
 2. afstemming gemeentelijke zorgtaken op AWBZ;
 3. de coördinerende rol van de gemeente ten aanzien van afstemming in de keten (b.v. bij schaarste).
- d. Wat gebeurt er (nog) niet?*
- In het algemeen bestaat het vermoeden dat de mogelijkheden voor een integraal lokaal zorgbeleid onvoldoende worden benut.
 - Tegelijkertijd bestaat de indruk dat steeds meer gezondheids- en zorgproblemen alleen nog maar op lokaal niveau effectief kunnen worden aangepakt. Bovendien stagneert het proces van community care.

2 Rol en functie gemeente (ten aanzien van de zorg)

- Algemeen: behartigen publiek belang op lokaal vlak (openbaar lokaal bestuur). Kan vanuit zijn brede en integrale verantwoordelijkheid voor het welzijn van de burger een groot aantal beleidsterreinen aansturen en met elkaar verbinden: arbeid, inkomen, onderwijs, recreatie, welzijnszorg, collectieve preventie, zorg. Kan hierin bindende factor, spin in het web zijn en initiator van afstemming en overleg (b.v. bij lokale problemen). De 'territoriale rol'.
- In een aantal opzichten en op een aantal terreinen : de regierol. Zou die rol in principe goed kunnen vervullen vanwege de brede verantwoordelijkheid (die ook een aantal zorgaspecten betreft, b.v. het functioneren van de keten). Bovendien: de gemeente is bij uitstek degene die gezondheid en zorg kan verbinden en die omgevingsfactoren zou kunnen beïnvloeden (facetbeleid).
- Uitvoerder van zorg- en preventieprogramma's voor specifieke groepen (verslaafden, allochtonen, jongeren, ouderen). Ook: SEGV-programma's (sociaal-economische gezondheidsverschillen) in combinatie met voorzieningen voor werk en bijstand.
- Ad hoc initiator van acties bij problemen in de zorgketen, b.v. in verband met schaarste.

3 Taken gemeente (op het terrein van de zorg)

a. *Wettelijke taken*

- Het instandhouden en aansturen van een GGD.
- De uitvoering van de WVG.
- Uitvoering Wet infectieziektebestrijding: vaccinatie, eerstelijnsvoorzieningen TBC, SOA, AIDS.
- Het instandhouden van een RIO (op grond van de AWBZ).
- Het instandhouden van een CPA (Wet ambulancevervoer). In feite een taak van de provincie.
- Uitvoering Wet jeugdzorg.
- Beleidsverantwoordelijk voor de (uitvoering van de) ambulante verslavingszorg (CAD's), vaak inclusief de methadonverstrekking (kader: de Welzijnswet).
- Beleidsverantwoordelijk voor de uitvoering van voorzieningen voor AMW, maatschappelijke opvang en ouderen (onder meer tafeltje-dek-je) (kader: de Welzijnswet).
- Het opstellen en uitvoeren van een (inter)gemeentelijk plan Volksgezondheid (in het kader van de Wcpv; betreft onder meer samenhang gezondheid en zorg).
- Het ontwikkelen en uitvoeren van lokale facetbeleid (Wcpv).
- Openbare geestelijke gezondheidszorg, OGGZ (Wcpv).

b. *Niet-wettelijke taken*

- De toegankelijkheid van de eerstelijnszorg. Algemeen: hiaten vullen en branden blussen (onder meer in acute ggz en in de eerste lijn). Ook: toegankelijkheid zorg voor specifieke groepen bewaken (onder meer allochtonen).
- Last resort voor dak- en thuislozen. Ook: OGGZ-taken.
- Afstemming collectieve preventie op secundaire/tertiaire preventie.
- Afstemming gemeentelijke zorgtaken (zie a) op AWBZ-voorzieningen.

4 Instrumenten, instrumentering, sturing

- a. *De feiten (wetten, regelingen, subsidies)*
- Algemeen: de financiële verhouding tussen rijk en gemeente. Hierin kan het rijk desgewenst, in het kader van de uitvoering van specifieke wetten als de Wcpv, sturend optreden (b.v. door prioriteiten of gezondheidsdoelen op te leggen). Het bestuurlijk overleg VWS – VNG c.q. gemeenten. Decentralisatie als bestuurlijk-financieel vehikel: instructie, overdracht, subsidie.
 - Gemeentewet en gemeentefonds.
 - WVG, o.m. een ‘zorgplicht’ van gemeenten: de gemeentelijke verordening (ter uitvoering van de wet); restitutie of in natura.
 - Welzijnswet, onder meer ten behoeve van uitvoering ambulante verslavingszorg, AMW en maatschappelijke opvangvoorzieningen. De gebiedsindeling ex Welzijnswet: 25 centrumgemeenten t.b.v. financiering.
 - GHOR: aanwijzingen etc. door gemeente aan zorgvoorzieningen.
 - Indiciestelling: RIO. Belang van de ICIDH.
 - Wcpv: (inter-)gemeentelijk gezondheidsplan; de GGD; informatieplicht en -bevoegdheid GGD; intergemeentelijke samenwerking(-sgebieden); de GES.
 - Kwaliteitswet: ook van toepassing op GGD, CAD. De IGZ als toezichthouder.
 - De regiovisie (geen wettelijke basis; NB: voornamelijk bedoeld voor provincies).
- b. *Wensen en opties in de adviezen*
- De WGBH/CZ: deze t.z.t. ook van toepassing op huisvesting, onderwijs en vervoer?
 - Een ‘investerings- en stimuleringsfonds’ voor meerjarige strategische plannen voor lokaal beleid (deels gevoed vanuit Wcpv). Eventueel dit fonds ook voeden vanuit ZFW/AWBZ.
 - Bij uitbesteding/uitvoering Wcpv-taken ook denken aan zorginstellingen, andere maatschappelijke organisaties en bedrijven (aanbesteding).
 - Een gemeentelijke Voorzieningswet, flankerend aan de basisverzekering. Deel AWBZ overhevelen naar zo’n wet (b.v. RIBW, dagstructurering en rehabilitatie ggz, community care (verstandelijk) gehandicapten, wonen en dienstverlening (WVG hierin opnemen). Rechten burger regelen conform ZFW/AWBZ.

- Minister van BZK verantwoordelijk voor centraal beleid ten aanzien van de community care.
- Gebiedsindeling: aansluiten bij de Veiligheidsrisico's. Schaalvergroting door middel van centrumgemeente. Pleidooi RVZ voor wijkzorgnetwerken voor 30.000 – 40.000 inwoners: eerstelijns en care, maar ook specialistische spreekuren in de wijk.
- Toezicht op kwaliteit: taken IGZ uitbreiden.
- Toezicht op financiën, rechtmatigheid, doelmatigheid: AR een CVZ.
- Bevoegdheden gemeente uitbreiden in samenwerking met zorgverzekeraar ten aanzien van walk-in centra etc..
- VWS stelt meetbare gezondheidsdoelen met prestatiecriteria en –metingen, gekoppeld aan financiële middelen. 'Zorgvisies' van VWS zijn het beleidskader hiervoor. Contracten. Rijk en gemeente complementair hierin. Pluriformiteit als mogelijk gevolg hiervan accepteren. Gemeente geen doorgeefluik.

5 Specifieke gemeentelijke zorgaspecten in RVZ-adviezen

Het nu volgende zijn aanbevelingen van de RVZ.

a. Algemeen/uitgangspunten/desiderata

- ‘Volksgezondheid’ (Wcpv) en (individuele gezondheids)‘Zorg’ horen functioneel bij elkaar, dus een integrale beleidsvisie (integratie op targetniveau t.w. ‘gezondheids-winst’) nodig (1 minister). Maar: financiële en beleidsmatige integratie niet nodig (niet gewenst).
Operationele loopbruggen slaan op de werkvloer. Dit heeft dubbel effect, namelijk goed voor de ogz én goed voor de individuele gezondheidszorg.
- Constatering: méér chroniciteit, méér complexe aandoe-ningen, méér deïstitutionalisering. Dus méér mensen aangewezen op coördinatie van zorgaanbod: integrale zorg, continuïteit van zorg (samenhang wonen, dienstver-ening, zorg). Dit vereist lokale keten- en netwerkbenade-ring.
- De twee vorige punten wijzen in de richting van verster-king van de zorgtaken van de gemeente. Daarbij drie waarschuwingen.
 - a. Als meer gemeentelijke zorgtaken, dan gemeenten binden aan algemeen gangbare wet- en regelgeving: Kwaliteitswet, toezicht, BIG, medezeggenschap pa-tiënten. Ook de professionele autonomie handhaven in een gemeentelijk regime.
 - b. Afwentelingsmechanismen (b.v. tussen AWBZ en gemeente) voorkomen. Gevaar hierop neemt in principe toe.
 - c. Waken voor verdringing zorgtaken door andere ‘be-langen’, b.v. justitiële: openbare orde (in de versla-vingszorg). Kan zich voordoen bij de zorg voor de onaantrekkelijke zorgvragers (verslaafden, psychia-trische patiënten). ‘Zorgethiek’ goed bewaken en bewaren.
- De RVZ constateert dat de animo in de gezondheidszorg om onder gemeentelijk regime te vallen niet groot is.

b. Concrete suggesties

- Call centers, walk-in centra etc. zie § 6. Ook: transmurale ‘wijkzorgnetwerken’. De wijk is een aantrekkelijke eenheid voor de zorg. De wijkverpleegkundige heeft de regie over de care (i.s.m. (1) de praktijkverpleegkundige en (2) de

transmuraalverpleegkundige. Dit kan men combineren met de ontwikkeling van Hagro's en Hoed's en met de mogelijke specialisatie van de huisarts daarbinnen.

- Categoriele ouderenvoorzieningen voor allochtonen: niet belemmeren.
 - Optreden allochtone zorgconsulenten stimuleren.
 - Community care als reëel alternatief voor de inrichtingszorg aanbieden en uitbreiden. Keuzemogelijkheden bieden. Dit impliceert wél vergroting toegankelijkheid van de algemene voorzieningen (in WVG b.v. ook akoestiek en verlichting opnemen; openbaar vervoer etc.) én van de reguliere zorgvoorzieningen (huisarts, thuiszorg, tandarts etc.).
- Dus de bestaande problemen wegnemen. En daartoe moet de gemeente ook over bevoegdheden beschikken. Community care is taak lokaal bestuur. Toegankelijkheid algemene voorzieningen ook (continu) monitoren.
- De AVG (arts voor verstandelijk gehandicapten) actief inschakelen bij verdere uitbouw community care, mede ter ondersteuning 1^e en 2^e lijn.
 - Meer algemeen: kennis en aandacht van het lokaal bestuur voor de gezondheidszorg moeten toenemen. Voldoende attentie voor medische aspecten is noodzakelijk. Bij toenemende vermaatschappelijking van de VG-zorg, de ggz en de ouderenzorg. Dit in de gaten houden.
 - Programmatische koppeling tot stand brengen tussen de secundaire en tertiaire preventie in het verzekeringsstelsel en de primaire preventie in de Wcpv. Aan verzekeraars een rapportageplicht opleggen à la het HEDIS-model (V.S.): resultaten laten zien, ook van de samenwerking met gemeenten.
 - SEGV: heel weinig concrete aanbevelingen in RVZ-adviezen (vormt wel een Wcpv-opdracht aan de gemeente). Wel adviseerde de Raad om zorgsuccessen (care of cure) bij psychiatrische patiënten met een lage SES extra te belonen (bonussen).
 - Gemeente bevordert totstandkomen (digitale) informatiepunten op plaatsen waar vaak/veel patiënten komen. Voorbeeld: NHS-direct. Dit kan ook gekoppeld worden aan een call center.
 - VWS stelt periodiek op basis van de VTV de preventieprioriteiten vast. Leidt daarvan af concrete programma's, uitgedrukt in DBC-achtige productie-eenheden. Verschillende typen aanbieders kunnen de programma's uitvoeren. In het stelsel van normuitkeringen 5% reserveren voor deze preventieprogramma's.

- In het algemeen geldt voor de lokale activiteiten: een programmatische en projectmatige uitvoering. Dit is een verschil met ZFW (en in mindere mate met AWBZ). Een en ander moet meetbare resultaten hebben voor gezondheidswinst. De RVZ vindt dat dit ook voor care en cure moet gelden. De performance van het zorgstelsel (mede) uitdrukken in volksgezondheidsdoelen.

6 Financiering(-stelsels) Relatie Gemeente – Zorgverzekering

Het onderstaande is deels een herhaling van het voorgaande.

a. De (gewenste) rol van de verzekeraar

- Verzekeraars zouden ook een actieve rol moeten spelen op het terrein van de preventie en zelfs public health. Er is vooral behoefte aan innovatieve programma's. Dit kan op twee manieren worden gestimuleerd. Door hiervoor extra middelen ter beschikking te stellen en goed presenterende verzekeraars extra te belonen. En door verzekeraars zich publiekelijk te laten verantwoorden over besteding, afstemming met gemeenten en ggd'en en resultaten (HE-DIS, V.S.).
- Dit impliceert waarschijnlijk een publiekrechtelijke verzekering met niet-commerciële uitvoerders (toegelaten zorgverzekeraars).

b. Indicatiestelling, loket, advies

- Financiers moeten ook de exploitatie van zelfstandige praktijken mogelijk maken (geldt ook voor gemeenten): huisvesting.
- Dit kan de vorm aannemen van walk-in centra, wijk- of gezondheidscentra, family medicine praktijken.
- Gemeenten moeten in de uitvoering van de WVG en in de ouderenzorg aansluiting zoeken met de Zorgadvieslijn (ZAL). Deze kan ook naar gemeentelijke zorgvoorzieningen, incl. het RIO, verwijzen. De ZAL moet 7 x 24-uur beschikbaar zijn.
- Over het RIO is de RVZ steeds erg kritisch geweest. Het RIO moet zich beperken tot zeer complexe problemen. Het RIO moet afstemming nastreven met de reguliere indicatiestelling qua professionele standaard, diagnostiek en triage. Het RIO zou in de EU wel eens op problemen in verband met mededingingswetgevers kunnen stuiten. Verder heeft de RVZ steeds gepleit voor een werkelijk (van de financiële belangen) onafhankelijke indicatiestelling. Deze moet bovendien een op een gekoppeld zijn aan zorgtoewijzing (met garantie op zorgverlening).

c. Ketenzorg

- Raakvlakken cure en vooral care (ZFW/AWBZ) met aanspalende zorgstelsels nemen toe door vermaatschappelijking en deconcentratie van de zorg. Geldt voor gehandi-

captenzorg, ouderenzorg en ggz (en chronisch ziekenzorg). Er ontstaan vaker aansluitproblemen in de keten. Zorg sluit niet aan op arbeidsrevalidatie, terminologie is niet identiek (b.v. wet REA). Bij zelfstandig wonen zijn extra voorzieningen nodig. Wie is hiervoor verantwoordelijk (financieel)?

- De noodzakelijke continuïteit van zorg en integrale zorg komt zo onvoldoende tot stand. Het is onduidelijk wie hiervoor verantwoordelijk is. Soms is het alleen de zorgaanbieder die een en ander realiseert. Maar wie betaalt?
- d. *Schotten, domeinen en knippen*
- Deze zijn soms nodig én nuttig. Zij markeren immers óók verantwoordelijkheden. Zij zijn ook goed voor de profilering en ontwikkeling van zorgstelsels. Sterker nog: een adequate nieuwe zorgverzekering is afhankelijk van een adequate Voorzieningswet voor gemeenten als complementair zorgregime.
 - De RVZ is door de jaren heen een groot voorstander van functioneel onderscheid, maar ook van financiële scheiding, van wonen, zorg en dienstverlening. Wél verbindt de Raad hieraan voorwaarden: borging van kwaliteit en toegankelijkheid; coördinatie van uitvoering en ook afstemming van beleid; garantie van financiële toegankelijkheid, b.v. in de vorm van een 'Integratietegemoetkoming' (België).
 - Dit betekent voor mensen met langdurige en ernstige beperkingen:
 - . objectieve en onafhankelijke indicatiestelling, waaraan een zorgrecht kan worden ontleend;
 - . een wettelijke aanspraak dienstverlening;
 - . een wettelijk geregelde beleidscoördinatie;
 - . een gemeentelijke zorgplicht;
 - . minimumeisen (wettelijk) voor kwaliteit en rechtsgelijkheid;
 - . vergelijkbaarheid van de twee zorgstelsels in een aantal opzichten.Een regiovisie is onvoldoende.
Verder is het van belang de overlap van deze twee stelsels te definiëren en af te bakenen, tot een gemeenschappelijk probleem te maken én beide stelsels een financieel belang bij coördinatie te geven. De rijksoverheid heeft hier de regierol.
 - In veel andere landen is dienstverlening (d.w.z. ouderenzorg, deels residentieel, gehandicaptenzorg, gezinsverzor-

ging, hulpmiddelen) de taak van het lokaal bestuur! Die is ook verantwoordelijk voor een integraal pakket vervoer, inkomensbeleid, maaltijdverstrekking, verzorging, dagopvang, woningaanpassing en beschermd/begeleid wonen. De begrippen 'zorg' en 'dienstverlening' heeft de RVZ omschreven door opsomming. Meer in het algemeen moet gelden: ziekte, aandoening, symptoom, stoornis zijn de taak van de gezondheidszorg; de gevolgen daarvan (uitgedrukt in beperkingen/activiteiten en in handicaps/participatie) behoren tot het domein van de dienstverlening.

- De ICIDH levert hier een goed onderscheidingscriterium. Zo kan men met behulp van deze classificatie de hulpmiddelen in twee groepen onderbrengen (stoornissen c.q. beperkingen in basale vaardigheden). De RVZ ziet desondanks ook een grijs gebied (hulpmiddelen die op beide terreinen een functie hebben, zoals een hoorapparaat).
- Wonen in instellingen (hotelfunctie): financieren via eigen betalingen.
- De thuiszorg splitsen in verpleegkundig en gezinsverzorgend deel.
- Altijd blijven uitgaan van het belang van de patiënt. Die wil b.v. een loket en ook garanties voor toegankelijkheid. Hogere zorglasten moet men compenseren (scheiding wonen en zorg zou duurder kunnen uitvallen), b.v. via de fiscus of een integratietegemoetkoming.
- Waarschuwing: een beperkte groep blijft aangewezen op een integrale verstrekking van én wonen én zorg én dienstverlening. De zorgaanbieder zal de drie functies dan dus integraal moeten kunnen aanbieden. Hier eventueel alleen een onderscheid in tariefstelling en in declaraties.

7 Conclusies

Het onderstaande gaat verder dan de tekst van de adviezen. Het zijn interpreterende conclusies en extrapolaties. Deze hebben betrekking op de zorgtaak van de gemeente.

a. De problemen

De bestaande problemen zijn groot, deze serieus nemen. Zoe-ken naar oplossingen. Er kán veel meer en er móét veel meer. De problemen liggen op drie bestuurlijke terreinen:

- tussen rijk en gemeenten;
- binnen en tussen gemeenten;
- tussen gemeenten en verzekeraars.

Inhoudelijk liggen de problemen ook op drie terreinen:

- in de preventieketen (afstemming collectieve op secundaire/tertiaire preventie; programmatische aanpak);
- de aansluiting van AWBZ op gemeentelijke taken (zorg én andere);
- het borgen van continuïteit van zorg en integrale zorg en van kwaliteit en toegankelijkheid in de zorgketen.

Constatering: het moet anders en het kan anders. Op zoek naar een nieuwe formule voor sturing en samenwerking.

b. Rol gemeente

Deze is onvoldoende geëxpliciteerd in de zorgsector én in de beleidscyclus. Waarschijnlijk ook te weinig in positieve en actieve zin geformuleerd. Er is in verschillende documenten sprake van een regierol, een vangnetfunctie, initiator bij rampen en lacunes, uitvoerder van zorg en dienstverlening, werkgever en administratiekantoor.

Hierin moet helderheid komen. Uitzuivering van functies/rollen is nodig. Functie/rol gemeente afleiden van bestuurlijke positie en van sterkte/zwakteanalyse.

In trefwoorden:

- openbaarbestuurlijke relatie met burger (en soms met een consument) en politieke verantwoording
- territoriaal
- collectief en basis
- integratie en samenhang volksgezondheid en zorg; ketens en programma's en facetbeleid

- idem zorg- en maatschappelijke voorzieningen: ketens (facetbeleid)
- achterwacht, vangnet, infrastructuur, stand-by (bij problemen in de samenleving, in de zorgsector dan wel in de markt).

c. Taken gemeente ten aanzien van zorg

Dit zijn wettelijke en niet-wettelijke. De eerste zijn talrijk, waarschijnlijk te versnipperd en vanuit te veel verschillende regimes aangestuurd. De tweede zijn in en voor de zorgsector essentieel en vitaal, maar tegelijkertijd ondergewaardeerd en onvoldoende geïnstrumenteerd. De tweede soort taken wettelijk regelen.

d. Instrumentering, decentralisatie en aansturing

Algemeen: de gemeente is onvoldoende geïnstrumenteerd voor haar veelvormige en talrijke taken. Het gaat daarbij om én bevoegdheden én verantwoordelijkheden. Het decentralisatiemechanisme (de financiële verhouding rijk – gemeente) functioneert niet effectief. Dit wordt ook onvoldoende aangepast aan veranderende omstandigheden. De decentralisatie als instrument voor sturing, overdracht van bevoegdheden en verantwoordelijkheden, informatie-uitwisseling wordt onvoldoende benut om maatschappelijke problemen op te lossen. Er is geen goed concept voor complementair bestuur. VWS is hierin niet inspirerend en richtinggevend. Er moeten landelijke ‘zorgvisies’ van VWS komen om dit te verbeteren.

In ieder geval moet het aantal wetten verminderen. Een Voorzieningenwet kan hier een sanerende en coördinerende rol spelen. Deze staat op ‘ooghoogte’ met de Standaardverzekering. Punt van discussie: ook Wcpv hierin opnemen? Náást (en boven) de Voorzieningenwet staat de WGBH/CZ (ten behoeve van rechtsgelijkheid en –bescherming).

Noodzakelijke bestuurlijke vernieuwingen:

- één gebiedsindeling; keuze voor de 25 veiligheidsregio’s (RAV); deze eventueel voor bijzondere zorgfuncties ‘stapelen’; per gebied een intergemeentelijk samenwerkingsverband met een centrumgemeente als budgethouder;
- VWS stelt meetbare zorgtargets vast met prioriteiten; lokaal bestuur hierop afrekenen én belonen; prestatiebeloning; openbaarheid en onafhankelijke meting;
- vergelijkbaarheid op aantal punten van Voorzieningenwet en Standaardverzekering: zorgaanpak en zorgplicht, informatievoorziening (EPD!), eigen betalingen, CAO’s,

professionele verantwoordelijkheid, medezeggenschap
consument, beroepsmogelijkheden.

Er is een gegeven spanning tussen de noodzakelijke beleidsruimte voor de gemeente én een minimale rechtszekerheid en rechtsgelijkheid voor de burger-zorgconsument (ten aanzien van kwaliteit en toegankelijkheid). Pluriformiteit accepteren als een fact of live, maar tegelijkertijd een aantal zaken toch centraal en wettelijk borgen. Een gemeentelijke zorgplicht opleggen en een indicatiestelling.

De GGD zou op het lokaal vlak de coördinerende instantie kunnen zijn voor de zorgtaken van de gemeente. Deze dienst zal dan zwaarder opgetuigd moeten worden (medisch en verpleegkundig).

e. De zorgtaken van de gemeente

Volksgezondheid en zorg meer aan elkaar koppelen in bekostiging/financiering. Loopbruggen op de werkvloer slaan. Wcpv-monopolie GGD opheffen. Volledig afschaffen beleidsmatige caesuur tussen preventie en zorg nog niet zeker.

Meer behoefte aan integraal lokaal gezondheids- en zorgbeleid en aan territoriaal gedefinieerde zorgketens en –netwerken. Dus: meer zorgtaken naar gemeente. Wel waarschuwingen: afwenteling tussen verzekeraar en gemeente; verdringing binnen gemeente; te weinig centrale sturing.

Concrete suggesties: call centers en walk –in centra, combinatie van eerstelijns en OGZ, allochtonenvoorzieningen, informatiepunten gekoppeld aan de ZAL. Ook: programmatische en wettelijke koppeling collectieve preventie aan preventie in ZFW/AWBZ, een SEGV-beleid, community care als reëel alternatief.

Gemeenten (b.v. via/bij GGD'en) moeten wel medische-zorginhoudelijke kennis en affiniteit ontwikkelen. Dit ten behoeve van een (nieuwe!) zorginkoopfunctie. Directe bekostigingsrelatie zorgaanbieder – gemeente. Zorgaanbieder levert dus niet alleen ten behoeve van de verzekering. De gemeente moet als regisseur en inkoper niet meer zelf zorg aanbieden (dus: privatiseren). Gemeente stuurt aan (inclusief aanbesteding en zorginkoop; visieontwikkeling), maar levert niet zelf zorg.

Voor iedere taak geldt: programmatische en projectmatige aanpak en dus ook: vooraf doelen bepalen en daarop afrekenen. Zorg altijd ook afrekenen op gezondheidswinst.

f. Relatie gemeente – zorgverzekering

De verzekeraar is in de ogen van de RVZ een publieke actor, uitvoerder van een systeem voor sociale zekerheid. Hij doet dit in samenwerking met rijk en gemeente. Hij dient ook een rol te spelen ten aanzien van public health en preventie en ten aanzien van infrastructurele voorzieningen en investeringen. Het rijk zal de twee zorgsystemen goed op elkaar moeten afstemmen met behulp van wetten en incentives. Een gemeenschappelijk fonds voor innovatie en investering kan hierbij helpen. Een en ander is bepalend voor de vormgeving van de Standardverzekering!

Aan de toegangspoort van de zorg een ZAL en een call- dan wel een walk-in center (combinatie 1^e lijn, AMW, OGZ). Transmuraal 'wijkzorgnetwerk': eerstelijns, care, specialistisch spreekuur. Met behulp van taakherschikking verantwoordelijkheid herverdelen. RIO's hierop aansluiten. RIO's conformeren aan hetgeen gangbaar is in de zorgsector. RIO beperken tot complexe en permanente zorgbehoeften. IGZ moet ook toezicht houden op RIO. De NHS als voorbeeld. Administratieve lastendruk omlaag brengen. ICIDH moet het conceptuele kader vormen voor de indicatiestelling en de zorgtoewijzing tussen gemeente en verzekering in. Deze dienen objectief, deskundig en onafhankelijk (van financiële belangen) te verlopen.

De zorg en de relevante aanpalende maatschappelijke voorzieningen (arbeid etc.) zien als complementair en dus beide beter dan nu op elkaar afstemmen. Gemeente is de enige die dit kan.

Een onderscheid wonen, zorg, dienstverlening is absoluut gewenst, maar wel beleggen met:

- wettelijke aanspraken ook voor dienstverlening en gemeentelijke zorgtaken;
- gemeentelijke zorgplicht (zie b.v. WVG);
- mogelijkheden voor burger-consument voor keuze, eigen verantwoordelijkheid, medezeggenschap, beroep; een gemeentelijke zorgbelasting als het complement van de nominale premie (als AWBZ wordt afgeschaft, dan AWBZ-premie hiervoor gebruiken);
- minimum eisen (wettelijk) voor kwaliteit en toegankelijkheid;

- wettelijke regeling van de beleidscoördinatie van de twee zorgstelsels (inclusief incentives voor afstemming etc.);
- een regiovisie is onvoldoende.

Verzekeraars en gemeenten prikkelen tot samenwerken o.a. door harmonisatie van wet- en regelgeving en van bestuur en beleid. Vraag is wel: hoe geef je vorm aan het óók noodzakelijke onderscheid tussen openbaar bestuur en verzekering (c.q. overheid en markt)? Een, wat dat betreft, noodzakelijke knip in zorgvoorzieningen – gemeente/verzekering – compenseren met behulp van

- een EPD
- de wijkverpleegkundige als liaison
- gemeenschappelijke indicatiestelling en zorgtoewijzing voor het grensgebied.

Aanhangsel

RVZ-adviezen waarop vorenstaande is gebaseerd

1. Thuis in de ggz (1996)
2. Met zorg wonen 1 en 2 (1997)
3. De toekomst van de AWBZ (1997)
4. Medische hulpmiddelen (1997)
5. Geestelijke gezondheidszorg in de 21^e eeuw (1997)
6. Redesign van de eerstelijns in transmurale perspectief (1998)
7. Samenwerken aan openbare gezondheidszorg (1998)
8. Verslavingszorg herijkt (1999)
9. Gezond zonder zorg (1999)
10. Interculturalisatie van de gezondheidszorg (1999)
11. Care en cure (1999)
12. De rollen verdeeld (2000)
13. Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren (2001)
14. Volksgezondheid en zorg (2001)
15. Samenleven in de samenleving (2002)
16. Gezondheid en gedrag (2002)
17. Taakherschikking in de gezondheidszorg (2002)

Achtergrondstudie 2

Uitgewerkte praktijkvoorbeelden

Casus A

Mevrouw A is na een CVA, tengevolge waarvan zij een halfzijdige verlamming opliep, weer thuis. Haar man is ook op leeftijd en kampt met ernstige artrose. Hij is dus maar beperkt in staat zijn vrouw te helpen. Het echtpaar heeft behoefte aan ondersteuning bij het aankleden en wassen van mevrouw.

Daarnaast is ook huishoudelijke hulp gewenst omdat meneer niet in staat is om complexe handelingen te verrichten als het openmaken van levensmiddelen. Ook is hij niet in staat om lichamelijke inspanning te leveren die toch wel nodig is bij een aantal huishoudelijke activiteiten. Er moet dus maaltijdvoorziening komen en huishoudelijke hulp.

Mevrouw moet, om te voorkomen dat haar mobiliteit achteruitgaat, fysiotherapie hebben. Gegeven het feit dat dit drie keer per week geïndiceerd is, komt de fysiotherapeut aan huis. Om goed te kunnen lopen, heeft mevrouw een looprek. Als laatste zijn aanpassingen in huis nodig. De wc moet omhoog en de douchecel moet aangepast worden. Ook heeft mevrouw een traplift nodig.

Procedure:

Op het moment dat ontslag uit de revalidatiekliniek in zicht is, start de indicatieprocedure bij het SPD-loket. Mevrouw krijgt alle aanpassingen toegewezen en ook de huishoudelijke hulp wordt door de gemeente geïndiceerd.

Regelingen (nieuwe situatie):

Voorziening/Dienst	Bron
Huishoudelijke hulp	Aanvullende verzekering
Aanpassingen aan huis	Voorzieningenwet
Looprek	Voorzieningenwet
Ondersteuning wassen en aankleden	Voorzieningenwet
Fysiotherapeut	Basisverzekering

Casus B

De heer B is 25 jaar en is geboren met een spina bifida ('open rug'). Tot nu toe heeft de heer B bij zijn ouders gewoond, maar hij wil nu graag zelfstandig gaan wonen. Door zijn aandoening heeft de heer B problemen met zijn blaasfunctie en is niet in staat zelf te lopen. Hij heeft een rolstoel. Hij werkt halve dagen op een kantoor dat 15 km van zijn huis vandaan

is. In zijn vrije tijd is hij lid van een schaakclub. In het weekend gaat hij uit. Tot nu toe namen zijn ouders veel taken voor hun rekening. Dit leidde echter tot steeds grotere spanningen en het is echt noodzakelijk dat de heer B zelfstandig gaat wonen.

De heer B is goed in staat om zich zelf te wassen en aan te kleden. Wel heeft hij huishoudelijke ondersteuning nodig. Ook is een achterwachtfunctie gewenst voor als er ineens iets mis gaat. Een tijdje geleden is hij gevallen in de douche en kon hij zelf niet meer overeind komen. Voor zijn blaasfunctie heeft hij een verblijfskatheter. De thuiszorgverpleegkundige komt deze vernieuwen. In zijn nieuwe huis zijn aanpassingen nodig. In de keuken, de badkamer en het toilet. Ook moeten de drempels weg. Uiteraard heeft hij zijn rolstoel. Het grootste probleem voor hem is het vervoer van en naar zijn werk en naar de club en in het weekend naar de binnenstad. Uiteraard bezoekt hij regelmatig zijn neuroloog en de uroloog.

Procedure:

De heer B vraagt een woning aan die minimale aanpassing vereist. Hiervoor gaat hij naar het SPD-loket. Een centrale indicatiestelling vond plaats. Hierbij worden ook de behoefte van hem op het gebied van vervoer meegenomen.

Regelingen (nieuwe situatie):

Voorzienig/Dienst	Bron
Huishoudelijke hulp	Voorzieningenwet
Aanpassingen aan huis	Voorzieningenwet
Rolstoel	Voorzieningenwet
Vervoer naar het werk	Voorzieningenwet
Verpleegkundige	Basisverzekering
Materiaal (blaaskatheter)	Basisverzekering
Uroloog/neuroloog	Basisverzekering

Casus C

De heer P is nu 43 jaar. Hij lijdt sinds zijn 18^e aan schizofrenie. Aanvankelijk werd de aandoening gekenmerkt door episodes van waanideeën (paranoïde) en hallucinaties. De diagnose werd door de huisarts gesteld en de heer P werd eerst door een psychiater poliklinisch behandeld met medicatie. Het lukte in het begin om hem goed in te stellen en hij nam redelijk trouw

zijn medicatie in. Gaandeweg verslechterde de situatie echter. De heer P werd meerdere malen in verwarde toestand opgenomen op de PAAZ van het naburige ziekenhuis. Na ontslag ging het steeds korte tijd goed, maar meer en meer vertoonde hij zwerfgedrag. De heer P woonde alleen en de burens gaven blijk van overlast. Regelmatig werd de politie gebeld, maar ook deze was niet in staat veel te doen. Eens per week kwam de SPV-er langs, maar ook deze had weinig invloed meer op hem. Deze situatie escaleerde in een ernstige “shub”. Hierbij was de heer P zo verward dat hij, na interventie van de huisarts en de dienstdoende psychiater van de plaatselijke ggz-instelling in deze instelling opgenomen werd. Dit overigens niet voordat hij een paar uren in een politiecel had gezeten en er eindeloos getouwtrek was tussen de politie en de ggz over wie waar verantwoordelijk voor was voor P.

De heer P verbleef lange tijd in de instelling. Door de gestructureerde aanpak verbeterde zijn toestand aanzienlijk. In overleg met hem werd besloten dat hij in een beschermde woonsituatie geplaatst zou worden. Hier was 24-uurs begeleiding. De heer P ging overdag naar de sociale werkplaats en bezocht 1x per maand zijn psychiater in de instelling.

Procedure:

Regelingen (nieuwe situatie):

Voorziening/Dienst	Bron
SPV-er	Basisverzekering
PAAZ	Basisverzekering
Poliklinische psychiatrische zorg	Basisverzekering
Beschermde wonen	Voorzieningenwet
Verpleegkundige zorg in de woonvorm (SPV)	Basisverzekering
Algemeen medische zorg: GGD'	Voorzieningenwet

Casus D

Mevrouw L is 83 jaar. Na het overlijden van haar man is het snel bergafwaarts gegaan met mevrouw. Het werd ineens duidelijk dat haar man veel taken van haar over had genomen en haar beginnende dementie voor de buitenwereld verhuld had. Mevrouw werd steeds vergeetachtiger en haar dag- en nachtritme was verstoord. Haar zoon, die in dezelfde stad woonde, uitte zijn bezorgdheid bij de huisarts. Deze bezocht mevrouw en maakte een afspraak bij de geriater. Bij onderzoek bleek

haar schildklierfunctie vertraagd te zijn en haar vitamine B-gehalte te laag. Mevrouw kreeg suppletie, maar dit leverde geen duidelijke verbetering van haar mentale toestand op. De geriatr regelde na intensieve bemiddeling een plaats op de dagbehandeling van het lokale verpleeghuis. Hier kreeg zij activerende begeleiding. Zij werd hiervoor vijf keer per week opgehaald door de taxi. Mevrouw kreeg daarnaast hulp in de huishouding die elke ochtend zorgde dat zij klaar stond voor de taxi. Haar zoon zorgde voor de opvang na de dagbehandeling. Dit had impact op zijn werk. Hij ontving hiervoor een compenserende vergoeding.

Procedure:

De indicatie werd gesteld door de geriatr RIO.

Regelingen (nieuwe situatie):

Voorziening/Dienst	Bron
Huisarts	Basisverzekering.
Geriatr	Basisverzekering
Dagbehandeling	Basisverzekering
Huishoudelijke hulp	Aanvullende verzekering

Achtergrondstudie 3

Positie en rol gemeente in beleid en financiering van de zorg

Positie en rol gemeente in de zorg

In het binnenlands bestuur speelt de gemeente de rol van lokaal bestuur. Dit betekent voor de zorg dat zij:

- dicht bij de burger staat, met hem interakteert, voor hem aanspraakbaar is, aan hem verantwoording schuldig is, idealiter het zelfbestuur der burgers is;
- een brede en algemene verantwoordelijkheid heeft voor het welzijn van de burger, dat mede omvat diens behoeften op het terrein van gezondheid en zorg, maar ook op de terreinen arbeid, inkomen, huisvesting, recreatie en mobiliteit;
- een territoriale taak heeft en dus onder meer verantwoordelijk is voor het welzijn van alle inwoners van haar bestuurlijk territorium, hetgeen collectieve en preventieve actie kan vereisen;
- uitvoerder van rijksbeleid kan zijn.

In dit kader is de gemeente in staat om namens 'zijn' burgers voorzieningen of dienstverlening in te kopen, waarbij of de wet of de behoefte van de burger leidend is. Zie achtergrondstudie 7 voor een verdere uitwerking van de positie en de rol van de gemeente in de zorgsector.

De Rijksoverheid speelt ten opzichte van de gemeente de rol van wetgever, behartiger van publieke belangen van alle Nederlanders (en dus ook steller van algemene gezondheids- en zorgdoelen) en financier (en soms aanstuurder) van gemeentelijke taken. Verder speelt het rijk een dominante rol in het sociaal-economisch, het internationaal en het veiligheidsbeleid. Met behulp van het stelsel van zorgverzekeringen (te zijner tijd de Standaardverzekering) probeert het rijk zijn grondwettelijke taken ten aanzien van kwaliteit en toegankelijkheid van zorg uit te voeren (functionele decentralisatie). Zijn grondwettelijke taak de gezondheid te bevorderen voert hij samen met de gemeenten uit (territoriale decentralisatie).

Op lokaal niveau (dat wil zeggen horizontaal-bestuurlijk) moet de bestuurlijke rol van de gemeente gecontrasteerd worden met die van de zorgverzekeraar en die van de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar is enerzijds ondernemer die op de verzekeringsmarkt een rechtstreekse relatie aangaat met een burger/verzekerde waarin polis en premie centraal staan. Dit is een individuele, civielrechtelijke relatie, overigens ingebed in de collectiviteit van het verzekerdenbestand. De zorgverzekeraar is anderzijds uitvoerder van een publiekrechtelijke, ver-

plichte zorgverzekering. Deze verzekering heeft (in de toekomst) in principe alleen betrekking op noodzakelijke medische zorg en niet op maatschappelijke voorzieningen. De zorgverzekeraar werkt landelijk en zijn verzekering omvat algemene zorgaanspraken bedoeld voor alle inwoners (dus niet voor specifieke doelgroepen). Hij koopt op de zorgaanbiedersmarkt de voor zijn verzekerde noodzakelijke zorg in als zorginkoper en daarmee als countervailing power namens de verzekerden ten opzichte van de zorgaanbieder.

De zorgaanbieder reageert op een maatschappelijke vraag naar zorg met een zorgaanbod. Hij is verantwoordelijk voor de kwaliteit en de exploitatie van het zorgaanbod. Omdat hij voor de exploitatie grotendeels afhankelijk is van collectieve middelen, moet hij publieke belangen respecteren en moet hij voldoen aan eisen van doelmatigheid en rechtmatigheid. De zorgaanbieder verwerft zijn exploitatiemiddelen op de bekostigingsmarkt door een overeenkomst aan te gaan met een verzekeraar of een gemeente.

Uit de bestuurlijke positie en rol van de gemeente vloeien vier gewenste taken op het vlak van gezondheid en zorg voort.

- Bescherming bevolking tegen actuele én potentiële gezondheidsrisico's, alsmede bevordering van de gezondheid, met behulp van onder meer preventie. Men zoekt de determinanten van gezondheid op een groot aantal maatschappelijke terreinen (arbeid, huisvesting, mobiliteit, inkomen, recreatie).
- Bevordering toegankelijkheid algemene voorzieningen voor mensen met beperkingen (community living).
- Borging van de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen op het terrein van maatschappelijke participatie, begeleiding, opvang en zelfstandig/beschermd wonen (community care). Dit door middel van zorginkoop namens (individuele c.q. groepen) burgers in het kader van een wettelijke zorgplicht.

Actief creëren van de voorwaarden voor samenhang tussen de drie hoofdfuncties van de zorg: voorkomen, herstellen en draaglijk maken en tussen collectieve en individuele preventie interventies/programma's. Het in dit verband onder meer fungeren als vangnet bij marktfalen.

Achtergrondstudie 4

De zorg van het lokaal bestuur

Naar een besturingsperspectief voor de verknoping van netwerken van zorg en dienstverlening

Dr. Kim Putters
Universiteit van Tilburg
Tilburgse School voor Politiek en Bestuur

“Men kan tot het arbeidsveld van geneeskundige en gezondheidsdiensten rekenen alles wat van overheidswege, alleen of in samenwerking met verenigingen, geschiedt op het gebied der geneeskundige armenverzorging, van het behoud of de bevordering van de volksgezondheid, dat is de gezondheidspolitie, in den ruimsten zin van het woord, de toepassing van de preventieve geneeskunde; voorts werkzaamheden in verband met aanstelling of ontslag van – en controle bij gemeentewerklieden en ambtenaren adviseeren aan maatschappelijke steun, en tenslotte het uitbrengen van rapporten en adviezen aan Burgemeester en Wetbouders.”

Bron: L. Heijermans, 1929. *Gemeentelijke gezondheidszorg in Nederland, NV Ontwikkeling, Amsterdam: 403.*

Inhoudsopgave

1	Inleiding	41
2	De gemeente in de volksgezondheid en zorg	43
2.1	Lokaal bestuur: begripsbepaling	43
2.2	De huidige rolverdeling in de volksgezondheid en zorg	44
3	Een bestuurskundig perspectief op de rol van de gemeente	50
3.1	Rolopvattingen en besturingsparadigma	50
3.2	Dynamiek en turbulentie in de omgeving	51
3.3	Regisseren naar integrale beleidsvorming	54
3.4	Rolbepaling langs drie dimensies	58
3.5	Roluitoefening tussen beleid en uitvoering	61
4	Bestuurlijk perspectief in de volksgezondheid, zorg en dienstverlening	65
4.1	Multi-level benadering	65
4.2	De rollen verdeeld	69
5	Van beleid naar uitvoering: implementatiestrategie	77
5.1	Aanbeveling 1: hanteer een multi-level sturingsperspectief	77
5.2	Aanbeveling 2: definieer de aard en reikwijdte van de bestuurlijke rollen	79
5.3	Aanbeveling 3: detecteer en realiseer noodzakelijke randvoorwaarden	81
5.4	Aanbeveling 4: hanteer een procesmatige benadering in de uitvoering	84
6	Conclusies	87
7	Slotwoord	92

Bijlagen

1	Argumenten voor en tegen decentralisatie	95
2	Gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en eerstelijnszorg: nadere positionering in lokaal bestuur	97
3	Herwaardering van het lokaal bestuur: enkele recente rapporten	99
4	Literatuur	103

1 Inleiding

De netwerken van zorg, volksgezondheid, maatschappelijke dienstverlening en welzijn zijn sterk in beweging. De omgeving van beleid en bestuur in die sectoren is dynamisch. Vraag en aanbod sluiten niet op elkaar aan, terwijl de technologische mogelijkheden voor en behoeften aan zorg op maat toenemen. De huidige bestuurlijke structuren en omgangspatronen zijn niet goed ingesteld op noodzakelijke nieuwe vormen van afstemming tussen de netwerken van zorg en dienstverlening.

Dat heeft enerzijds te maken met coördinatieproblemen en de vraag wie voor afstemming verantwoordelijk is. Anderzijds heeft het te maken met de mate waarin alle betrokkenen zich bewust zijn van de noodzaak en het belang van afstemming van voorzieningen en koppeling van netwerken. Ten aanzien van de coördinatieproblemen gaat het vooral om het afstemmen van financieringsstromen, taken en verantwoordelijkheden, de bestuurlijke organisaties en de uitvoeringstrajecten.

Ten aanzien van de bewustwordingsproblemen moet gewezen worden op de sterke mate van verkokering tussen sectoren van zorg, volksgezondheid, welzijn, maatschappelijke dienstverlening en bijvoorbeeld volkshuisvesting. Beleidsmakers en uitvoerders hebben moeite om de sectorgrenzen te overstijgen. Om aan de vraag van burgers tegemoet te komen is het echter van belang dat er bij alle betrokkenen een groeiend besef ontstaat dat ze met elkaar moeten samenwerken, naar afstemming moeten zoeken en de behoeften van burgers centraler moeten stellen dan het aanbod van voorzieningen en diensten.

Voor het bereiken van een meer integrale benadering van zorg op maat is het daarom van belang een bestuurlijk perspectief te ontwikkelen dat zowel de bestuurlijke structuren als de bestuurlijke cultuur in ogenschouw neemt. In de praktijk van de volksgezondheid, zorg en maatschappelijke dienstverlening zal vooral lokaal en regionaal samenhang en bewustwording bereikt moeten worden in de processen van organisatie en uitvoering. In deze notitie wordt de bestuurlijke rol van gemeenten bij het koppelen van lokale netwerken van zorg en dienstverlening wordt belicht, weliswaar in relatie tot andere bestuurlijke niveaus. Naast de *rolbepaling* voor de gemeenten zal in de notitie veel aandacht besteed worden aan de randvoorwaarden die van belang zijn voor de uiteindelijke *roluitoefening* in de praktijk. Voorkomen moet immers worden dat de wereld van

het beleid mijlenver afstaat van de wereld van de uitvoering. Deze notitie reikt dan ook handvatten aan voor de ontwikkeling van een implementatiestrategie bij het te schetsen bestuurlijk perspectief.

Drie vragen staan in het vervolg van deze notitie centraal:

1. Wat zijn de huidige en alternatieve rollen van de gemeentelijke overheid in het speelveld van lokale gezondheids- en zorgvoorzieningen?
2. Vanuit welke rol, en onder welke randvoorwaarden, kan de gemeentelijke overheid bijdragen aan de realisatie van integraal lokaal gezondheids- en zorgbeleid?
3. Wat betekent dit voor de bestuurlijke rolverdeling in de volksgezondheid en zorg?

In paragraaf 2 wordt begripsverheldering gegeven omtrent hetgeen we kunnen verstaan onder lokaal bestuur. Tevens wordt het speelveld geschetst waarbinnen de gemeente op dit moment haar rol in gezondheids- en zorgbeleid vervult. In paragraaf 3 wordt ingegaan op verschillende bestuurskundige perspectieven op de rol van gemeenten, alsmede op de wijze waarop die rol in de bestuurlijke praktijk uitwerkt. Paragraaf 4 schetst een bestuurlijk perspectief voor de volksgezondheid en zorg en schenkt daarbij zowel aandacht aan de bestuurlijke rolverdeling als aan de bestuurlijke relaties tussen de betrokken actoren. Paragraaf 5 stelt een aantal kwesties centraal die voor een succesvolle uitvoering van dit beleid opgehelderd moeten worden. Het betreft onder meer het doordenken van de haalbaarheid en verwachte effectiviteit van integrale beleidsvorming, de randvoorwaarden waaronder dit gerealiseerd zou moeten en kunnen worden, en de rol die de gemeentelijke overheid daarbij kan vervullen. Paragraaf 6 sluit af met enkele conclusies.

Met dank aan de heer Andres Dijkshoorn, student-assistent bij het Centrum voor Recht, Bestuur en Informatisering aan de Universiteit van Tilburg, voor de ondersteuning bij dit onderzoek.

2 De rol van de gemeente in de volksgezondheid en zorg

2.1 Lokaal bestuur: begripsbepaling

Alvorens te spreken over de rol die de gemeentelijke overheid speelt en kan spelen in gezondheids(zorg)beleid is het van belang de gemeente op zichzelf te positioneren. Waar gaat het om in deze studie als we spreken over de gemeente?

Box 1 Begripsbepaling lokaal bestuur

De gemeente bezit jurisdictie over een afgebakend gebied, dat wil zeggen dat ze binnen het eigen territoir de bevoegdheid heeft regels te stellen en verordeningen uit te vaardigen die voor alle burgers binnen dit gebied gelden. De gemeente is ondergeschikt aan een hogere autoriteit, de provincie, de nationale en Europese overheid. Het bestuur van de gemeente is democratisch gelegitimeerd door middel van verkiezingen. De gemeente heeft het recht belastingen te heffen. De gemeente heeft een open huishouding, in die zin dat het gemeentelijk takenpakket in principe onbeperkt is binnen de gemeentegrenzen (in tegenstelling tot bijvoorbeeld een waterschap dat een specifiek benoemde taak heeft). De gemeente is de laatste schakel tussen overheid en burger.

Bron: Derksen, 2001.

De verschillen tussen gemeenten zijn echter groot. Niet enkel op het terrein van aantallen inwoners en de professionaliteit van het ambtelijk apparaat, maar ook in termen van beleidsprestaties. In kleine gemeenten is men veelal financieel en bestuurlijk beperkter in staat alle voorzieningen te bieden op het terrein van zorg, welzijn, leefbaarheid, veiligheid en gezondheid dan in grote steden. Daartoe gaan deze gemeenten dan vaak samenwerken in regionaal verband. Naast de grootte van de gemeente en de bestuurlijke en financiële draagkracht is de bestuurlijke en politieke cultuur bepalend voor beleidsprestaties. Het gaat dan om diep gewortelde omgangspatronen, tot uiting komend in onder meer de omvang van het takenpakket van de burgemeester en de rol van de gemeentesecretaris. Als het gaat om volksgezondheid en zorg is opvallend dat in sommige gemeenten de verantwoordelijkheid daarvoor verspreid is over meerdere portefeuillehouders en soms bij een der wethouders thuishoort. In de volgende paragraaf wordt nader

ingegaan op de *rol* van het lokaal bestuur in de sectoren van de volksgezondheid en zorg.

2.2 De huidige rolverdeling in de volksgezondheid en zorg

De sector volksgezondheid en de sector zorg hebben zich relatief onafhankelijk van elkaar ontwikkeld als het gaat om overheidsbeleid, institutionele structuren en systemen. Om de werking van lokale netwerken van zorg, welzijn en preventie goed te begrijpen is het daarom relevant deze sectoren, en specifiek de overheidsbemoedienis daarbij, separaat te duiden alvorens gepoogd wordt oplossingen te genereren voor afstemmingsproblemen ertussen¹.

De sector volksgezondheid

In de Grondwet (artikel 22) is verankerd dat de overheid in Nederland 'maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid'. Dit betekent dat het de taak van de overheid is om enerzijds de bevolking te beschermen tegen gezondheidsrisico's en anderzijds de voorwaarden te realiseren waaronder een adequaat aanbod van zorgvoorzieningen tot stand kan komen. Dit leidt tot een aantal doelstellingen waarover een redelijke mate van overeenstemming bestaat. In de eerste plaats de doelstelling om een financieel en fysiek toegankelijke gezondheidszorg te waarborgen, alsmede een doelmatig georganiseerde en kwalitatief hoogstaande zorg te bieden. De Rijksoverheid regelt dit met wettelijke aanspraken van burgers op zorg, via de financiering daarvan, de geografische spreiding van voorzieningen, de regulering van het volume van de zorg en door het stellen van kwaliteitseisen. In de tweede plaats dient de overheid de gezondheidstoestand van de bevolking te bewaken te beschermen en te bevorderen. Daartoe formuleert de overheid doelstellingen die meer op het terrein van de volksgezondheid liggen: het verlengen van de levensverwachting, het verbeteren van de kwaliteit van leven en het beschermen van specifieke kwetsbare doelgroepen. Van oudsher wordt de uitvoering van het beleid d.m.v. collectieve preventieve zorg gedelegeerd aan de gemeente, die op hun beurt GGD'en in stand houden om deze taken te verrichten.

De collectieve preventie is echter onderhevig aan een 'preventieparadox': politieke steun voor investeringen is moeilijk te verkrijgen omdat de effecten van de collectieve preventie alleen op lange termijn en alleen op populatieniveau zichtbaar

zijn. Er is weinig betrokkenheid van burgers/patiënten, omdat ook voor hen de effecten vaak onzichtbaar blijven. Vroeger, bij het ontstaan van volksgezondheidsbeleid, bestond de collectieve preventie uit harde interventies met harde effecten, zoals riolering, sociale huisvesting, hygiëne. Daar valt sinds lange tijd nauwelijks meer winst in te behalen, waardoor veel interventies nu een 'zacht' karakter hebben gekregen (m.u.v. bijvoorbeeld de infectieziektebestrijding). De financiering verloopt via belastingheffingen, waardoor de sector vrijwel gescheiden is van de curatieve zorgsector.

De traditionele grenzen tussen de 1e lijn (preventieve zorg), 2e lijn (cure) en 3e lijn (care) vervagen echter, zoals bijvoorbeeld zichtbaar wordt met de ontwikkeling van de transmurale zorg. In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv, 2003) is bepaald dat gemeenten een nota gezondheidsbeleid moeten ontwikkelen, waarbij de vele facetten worden betrokken die van invloed zijn op de volksgezondheid. In die nota kunnen gemeenten trachten verschillende lijnen rond gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en zorg bijeen te nemen en af te stemmen. Een relatie naar wat er in de regionale en nationale (zelfs internationale) context gebeurt, is daarbij wel van belang. In sommige regio's wordt de nota gezondheidsbeleid ook door verscheidene gemeenten gezamenlijk ontwikkeld. Garretsen et al. (1994: 28) maken een belangrijke opmerking die hierbij relevant is: "Het politieke belang van het lokale gezondheidsbeleid kan (...) per gemeente verschillen, afhankelijk van de lokale gezondheidssituatie en afhankelijk van de plaatselijke en regionale verhoudingen met het zorgsysteem. Het is aannemelijk dat de gemeente op alle of de meeste van de genoemde deelgebieden beleidsvoerend of coördinerend kan optreden."

De sector zorg

Het systeem van de reguliere gezondheidszorg is ingebed in een wetgevingsdrieluik dat het aanbod van intramurale zorgvoorzieningen bepaalt en tevens een financieringsgarantie biedt. De achterliggende gedachte is er een van solidariteit: de patiënt dient te worden beschermd tegen onverzekerbare risico's. Het werkt als volgt. De Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) bepaalt via een systeem van planning en vergunningverlening voor bouw het aantal en de spreiding van intramurale zorgvoorzieningen. De regulering van topklinische zorg is afgesplitst in een aparte wet: de Wet op de Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV). De Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) bepalen

op welke zorg verzekerden rechten kunnen doen gelden en welke instellingen in welke mate gerechtigd zijn om deze zorg te leveren.

Via een koppeling tussen de WZV en de ZFW/AWBZ is geregeld dat instellingen die een vergunning hebben verkregen voor bouw tevens zijn toegelaten tot de ZFW en AWBZ. Het toegelaten zijn impliceert een betalingsgarantie vanuit de collectieve middelen. Daartoe leggen de ZFW en AWBZ met betrekking tot de ziekenhuiszorg een contracteerverplichting op aan de verzekeraars. De Wet Tarieven Gezondheidszorg bepaalt welke prijs instellingen voor de geleverde zorg in rekening mogen brengen. Door vergunning en toelating krijgen instellingen kapitaallasten nagecalculeerd en worden capaciteitsgebonden kosten (60%) vergoed in budgetten en tarieven. Over de productiegebonden kosten (40%) worden afspraken gemaakt met zorgverzekeraars.

De kwaliteit van de zorg wordt ook gewaarborgd met een aantal (kader)wetten. De Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) stelt regels vast voor o.a. professionals, voorbehouden handelingen en tuchtrecht. De Kwaliteitswet Zorginstellingen (KWZ) stelt eisen aan het kwaliteitssysteem van zorgaanbieders. De Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) stelt regels vast t.a.v. de relatie arts-patiënt. De BOPZ tenslotte legt regels vast voor het toepassen van dwangmaatregelen in de psychiatrie.

Samengevat heeft de gemeente momenteel zorgtaken in het kader van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid, de Welzijnswet, de Wet Voorzieningen Gehandicapten, de AWBZ en op terreinen zoals de Wet Werk en Bijstand, de Wet Gelijke Behandeling en de WSW. Het is daarmee een gevarieerd palet van activiteiten door Regionale Indicatie Organen, GGD-en, sociale werkplaatsen, woningcorporaties en bijvoorbeeld verzorgingshuizen waar gemeenten in meer of mindere mate sturing aan moeten en kunnen geven².

Uit de beknopte weergave van de belangrijkste wetten in de zorg wordt duidelijk dat het aanbod van voorzieningen in sterke mate gereguleerd wordt door de overheid. In de afgelopen jaren is duidelijk geworden dat, ondanks de waarborg voor toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid die het jarenlang is geweest, deze wetgeving geen waarborg biedt dat het aanbod van voorzieningen aan de almaar groeiende en veranderende vraag tegemoet komt, waardoor onder meer wachtlijsten zijn

ontstaan. De vraag verandert onder invloed van toenemende vergrijzing, toegenomen mondigheid van patiënten, een andere zorgvraag van allochtonen en een onvoldoende kostenbewustzijn onder verzekerden. Er is gebrekkige informatie voor de burger over het zorgaanbod, de zorgverlening is beperkt gericht op de maatschappelijke dienstverlening waar burgers ook van afhankelijk zijn en er zijn grote tekorten.

De overheid heeft haar beleid daarom verlegd naar vraagsturing. Dat betekent dat er meer mogelijkheden komen voor verzekeraars om bijvoorbeeld selectief te contracteren, voor instellingen om private initiatieven te beginnen en voor zorgvragers om te wisselen van verzekeraar en zelf de zorgvoorzieningen te kiezen die men wenst (desnoods over de grens). De overheid en het veld proberen om meer keuzemogelijkheden voor zorgvragers te bereiken, doelmatigheid te bevorderen en de zorg meer responsief te maken voor de zorgvraag. De hervorming van de systemen van aanbodregulering naar vraagsturing verloopt echter nog moeizaam (Putters, 2003). Hoe komt dat?

Diffuse grenzen tussen verschillende werelden

In algemene zin kan gesteld worden dat de relaties tussen de wereld van het gezondheids*beleid* en de wereld van de gezondheids*zorg* beperkt zijn. Dat komt enerzijds door verschillende financieringsregimes, namelijk het verzekeringensysteem dat in de zorg sturend is en financiering via belastingen in het gezondheidsbeleid. Anderzijds zijn er bestuurlijk gezien andere actoren, met andere taken en verantwoordelijkheden betrokken. De relaties tussen die actoren hebben zich historisch ontwikkeld in grotendeels gescheiden bestuurlijke regimes.

Ook sectoren buiten de volksgezondheid en zorg die wel van invloed zijn op de gezondheid, zoals de huisvesting, sociale zekerheid en het onderwijs, hebben zich in de wijze van besturing, financiering en organisatie door de tijd heen op een eigen wijze ontwikkeld. Dat maakt afstemming tot een complexe aangelegenheid, waarbij lokaal en regionaal verschillen bestaan in de wijze waarop dat gebeurt en met welk resultaat.

Door het naast elkaar bestaan van deze systemen komt pregnant het falen van de gemeenten en haar partners naar voren om op de veranderende vraag van burgers in te spelen. Dit schaadt ook het vertrouwen in de overheid dat ze de verantwoordelijkheden en daaraan gekoppelde doelstellingen realiseert en kan realiseren.

Ten aanzien van de zorgvoorzieningen lopen vraag en aanbod namelijk steeds meer uiteen en lijkt de overheid via het aanbodgereguleerde systeem niet in staat haar rol adequaat in te vullen. Daar komt recent de roep bij om de gemeentelijke overheid een meer coördinerende rol in het aanbod van zorgvoorzieningen te geven, bijvoorbeeld in de keten van zorg, wonen, welzijn en zekerheid. Ten aanzien van de volksgezondheid moet bovendien geconstateerd worden dat het bevorderen van de volksgezondheid een steeds ruimere interpretatie krijgt. Gezondheid hangt immers met vele zaken samen, waarvan we op het moment van besluitvorming soms niet eens weten dat ze effect op de gezondheid van mensen zullen hebben (Dekker en Van der Grinten, 1995). Het gebrek aan kennis over de oorzaken van ongezondheid en de gevolgen van beleid daarop maakt het sturen van volksgezondheidsbeleid diffuus en complex. De verwarring rond de recente risico's van Sars, BSE en de dioxinekippen laat zien dat de overheid moeite heeft met de sturing van dynamische en onverwachte vraagstukken.

Het gevolg is dat de onduidelijkheid toeneemt over wie welke verantwoordelijkheid draagt voor de volksgezondheid en zorg. Is het de nationale overheid, of juist de provinciale of lokale overheid? Tegelijk zien we dat steeds meer private actoren een rol gaan spelen in het gezondheidsbeleid. Bijvoorbeeld in de intersectorale beleidsvorming krijgen de ambtenaar en bestuurder volksgezondheid te maken met private actoren van de andere sector, zoals de woningbouwcorporaties van het woonbeleid. Gemeenten en private partijen (ook commerciële organisaties) doen hun intrede in de wereld van de zorg. De definitie van volksgezondheid wordt verbreed waardoor ook daar private initiatieven een rol gaan spelen.

Daarnaast is er een roep om de curatieve sector meer preventieve activiteiten te laten ondernemen, zeker omdat de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen van 2002 laten zien, dat de belangrijkste determinanten van gezondheid de leefstijlfactoren zijn. Deze worden het beste aangepakt binnen de één-op-één relatie in de zorg. Kortom, de grenzen tussen de sectoren zorg en volksgezondheid verschuiven en worden diffuser, terwijl tegelijk de verwachtingen ten aanzien van de resultaten van zowel het volksgezondheidsbeleid als in de zorg toeneemen. De sectoren groeien steeds verder naar elkaar, waardoor afstemming tussenbeide steeds belangrijker wordt voor de te leveren prestaties.

In de praktijk blijkt dat de aard en intensiteit van contacten over de 'kokers' heen daarbij voor een belangrijk deel meebe-
paald wordt door de GGD-en (bijvoorbeeld richting huisart-
sen). De relatie tussen de volksgezondheid en zorg komt daar
ook sterk naar voren en kan via GGD-en ook versterkt wor-
den. Dat roept de vraag op hoe de lokale overheid om kan
gaan met diffuser wordende grenzen tussen sectoren en hoe ze
noodzakelijke verbindingen kan stimuleren en realiseren. Een
bestuurskundig perspectief op de wijze waarop dit gecoördi-
neerd kan worden en op het stimuleren van de bewustwording
rond de noodzaak daarvan is hierbij relevant.

3 Een bestuurskundig perspectief op de rol van de gemeente

3.1 Rolopvattingen en besturingsparadigma

Om een passende rol van de gemeentelijke overheid bij het afstemmen van verscheidene netwerken van zorg en dienstverlening te bepalen is het van belang een aantal gangbare besturingsparadigma's naast elkaar te zetten. In een hiërarchisch bestuursparadigma is centrale coördinatie een wezenlijk mechanisme om te komen tot een optimale verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van een bepaald beleid en beleidsterrein. Het uitgangspunt is dus ook dat vanuit het centrale coördinatiepunt de inhoud van het beleid wordt en kan worden vastgesteld. De bestuurder neemt de beslissingen en er wordt vervolgens via controle en toezicht op toegezien dat de uitvoering volgens plan verloopt. Dit leidt tot de rol van de *bestuurder als planner* in een regelsysteem.

Box 2 Besturingsparadigma's en bijpassende rollen voor bestuurders

Paradigma	Hiërarchie	Markt	Politiek-maatschappelijk
<i>Aard koppelingen tussen actoren</i>	Centrale coördinatie	Invisible hand	Strategische interactie
<i>Kern van besturen</i>	Optimale taakverdeling	Aanpassen aan omgeving	Uitnodigen tot aandeel in gedeelde verantwoordelijkheid
<i>Bepaling inhoud beleid</i>	Vooraf en centraal bepaalde doelen	Resultaat van handelen afzonderlijke actoren	Resultaat van gestuurde interactie
<i>Kern van de besluitvorming</i>	Vorbereiding besluit	Aggregatie beslissingen afzonderlijke actoren	Vervlechting reeks beslissingen
<i>Sturingsdoel bestuurder</i>	Controle via regulering	Zelfsturing	Via initiatief uitnodigen tot bijdrage aan collectief doel
<i>Metafoor</i>	Regelsysteem	Marktplaats	Netwerk
<i>Rol bestuurder</i>	Planner	Marktpartij	Regisseur

Naar: Teisman, 1992; De Bruijn en Ten Heuvelhof, 1995; Hupe en Klijn, 1997.

De ideaaltype ‘onzichtbare hand’ van de markt als coördinatie-mechanisme functioneert en waarbinnen organisaties zich aan de dynamiek in hun omgeving aanpassen (vraag – aanbod). De inhoud en vorm van het beleid worden niet zozeer door een centrale actor bepaald als wel door de afzonderlijke met elkaar onderhandelende actoren. Beleid komt tot stand op een marktplaats, waarop de *bestuurder als marktpartij* functioneert.

Het derde paradigma betreft het politiek-maatschappelijk systeem. Daarin staan de verbindingen en koppelingen tussen verschillende en vaak ongelijksoortige actoren centraal die via strategische interacties met elkaar omgaan. Het formuleren en realiseren van publieke doelen is dan afhankelijk van de wijze waarop deze strategische interacties worden ingericht en plaatsvinden. De beleidsinhoud wordt niet top down opgelegd, maar onderling vastgesteld. De bestuurder kan hierbij wel de koers aangeven. Dat gebeurt niet als dogma van bovenaf, maar krijgt vorm in de reeksen van interacties en besluitvormingsronden die door de *bestuurder als regisseur* in netwerken worden aangestuurd.

De vraag naar de toekomstige rol van de gemeente in het gezondheids- en zorgbeleid betreft in de kern een ordeningsvraagstuk (Jeurissen en Putters, 2001). Het is sterk van de kenmerken van de omgeving afhankelijk welk type rol(len) passend is. Alvorens een keuze te maken is het daarom van belang de omgeving te duiden waarbinnen die rol geïntroduceerd wordt.

3.2 Dynamiek en turbulentie in de omgeving

Toegenomen complexiteit in beleidsnetwerken van volksgezondheid en zorg

Beleidsprocessen in gezondheids- en zorgbeleid zijn complex, omdat ze vorm krijgen binnen de context van verscheidene arena's, waarbinnen niet elke actor dezelfde probleemdefinitie heeft of aanvaardt. De traditionele rolopvatting ten aanzien van de overheid in de Nederlandse gezondheidszorg is een beperkte. Alhoewel de rol van de overheid grondwettelijk zwaar is verankerd is haar macht om haar verantwoordelijkheid waar te maken zeer beperkt wanneer ze niet samenwerkt met het particulier initiatief en marktpartijen.

De overheid beheert noch veel zorginstellingen, noch het grootste deel van het geld dat in de zorg omgaat (Van der Grinten en Kasdorp, 1999). Zoals eerder in deze notitie gesteld moet de rol van lokaal bestuur in deze bredere rolopvatting ten aanzien van de overheid in de zorg worden beschouwd. Tot op heden combineerden gemeenten vooral de rol van ‘plannende’ publieke dienstverlener bij zaken zoals preventie, jeugdzorg en welzijn, met de ‘faciliterende’ rol van makelaar of kwaliteitsbewaker bij zaken die meer met gezondheidszorg te maken hebben (zoals bij locatiekeuzen voor zorgvoorzieningen en kwaliteitswetgeving). De betrokkenheid bij de uitvoering, organisatie en financiering van gezondheidszorg is beperkt. De gemeente draagt daar geen verantwoordelijkheid voor, hetgeen anders ligt bij particuliere aanbieders, verzekeraars en hogere overheden. Institutioneel zijn de sectoren van zorg, volksgezondheid en welzijn daardoor separaat van elkaar ontwikkeld met eigen financieringsstructuren, uitvoeringsorganisaties, gedragscodes, bestuursstijlen en besturingssystemen. Beleid wordt binnen de eigen ‘kokers’ ontwikkeld en uitgevoerd. Juist in de uitvoering vertonen de verschillende netwerken steeds meer overlap, al dan niet daartoe gedwongen door de burgers en hun behoeften.

Op dit moment strijden vooral in de uitvoering verschillende institutionele regimes met elkaar en wordt de afstand tot de wereld van de beleidsuitvoering steeds groter. Er zijn grofweg twee kampen te onderscheiden:

1. Het regime van het gezondheids- en welzijnsbeleid, waarbinnen de gemeente als dienstverlener een meer plannende rol heeft, veelal werkt met vergunning- en subsidieverlening als beleidsinstrumenten en zelf voorzieningen uitvoert dan wel particuliere instellingen daartoe verzoekt. De aansturing gebeurt binnen dit regime meer top down vanuit de overheid en de interacties met het veld zijn daardoor in sterke mate hiërarchisch van aard. De overheid stuurt de diensten en instellingen aan.
2. Het regime van het gezondheidszorgbeleid wordt voornamelijk via het verzekeringensysteem geregeld. De gemeente speelt in de zorg een faciliterende rol als makelaar, kwaliteitsbewaker en soms als vangnet. De particuliere aanbieders en verzekeraars hebben hier de regisserende rol. De aansturing gebeurt binnen dit regime veel meer bottom up, op basis van zelfsturing in het particulier initiatief, gemengd met een overheid die sinds de Tweede Wereldoorlog steeds meer heeft gepoogd het geheel als bovengeschik-

te aan te sturen, maar momenteel faalt om op die wijze in de behoeften van burgers te voorzien.

De groeiende zorgvraag, de aanstaande bezuinigingsgolf, de achterblijvende vernieuwing in lokale zorg- en zekerheidsnetwerken en de noodzaak dit alles doelmatiger en inzichtelijker in te richten voeren de druk op de gescheiden bestuurlijke regimes, met name in de grensgebieden tussen sectoren, verder op.

Veranderingen in lokaal bestuur

Naast de druk tot integrale beleidsvoering is bovendien de rolverdeling in het gemeentebestuur, tussen gemeenteraad en college van B&W, fundamenteel gewijzigd door de invoering van het dualisme. In veel gemeenten zijn de betrokken partijen nog op zoek naar een passende invulling van de rollen van controleur en uitvoerder. Het contact met burgers moet beter worden georganiseerd, beleid moet meer interactief worden gevormd en voorzieningen moeten op maat en klantgericht worden aangeboden. Dat vergt een vorm van leiderschap bij politici en bestuurders die niet altijd past of automatisch aangemeten kan worden in de heersende bestuurlijke cultuur.

Veel lokale overheden zitten nog midden in dit bestuurlijke veranderingsproces. Tegelijkertijd breidt op vele beleidsvelden het taakgebied van gemeenten zich uit vanuit de veronderstelling dat de gemeente dichterbij burgers staat en doelmatiger en klantgerichter te werk kan gaan⁴. We zien dit terug in het grote stedenbeleid, ten aanzien van veiligheid en leefbaarheid, maar ook in de volksgezondheid, zorg en sociale zekerheid.

Ten aanzien van gezondheid in de grote steden constateert het RIVM bijvoorbeeld een aantal ernstige tekortkomingen en bedreigingen voor de volksgezondheid, waarbij het een versterking van het intersectoraal beleid gericht op de volksgezondheid door gemeenten bepleit. De roep om integraal gezondheids- en zorgbeleid neemt toe, met de uitdrukkelijke wens om burgers directer bij de vormgeving van beleid te betrekken en de beleving van gezondheid en ongezondheid als relevante factor mee te nemen.

Dit alles veronderstelt zowel een plannende als een regisserende rol van lokale overheden, de capaciteiten en middelen om deze in te vullen en enige vrijheid van handelen ten opzichte van de Rijksoverheid. Alvorens de vraag te stellen of deze randvoorwaarden voor integrale beleidsvorming op lokaal

niveau aanwezig zijn is het van belang het sturingsconcept van de ‘regierol bij integrale beleidsvorming’ nader toe te lichten.

3.3 Regisseren naar integrale beleidsvorming

Wat is regie?

Aangezien er sprake is van een breed veld van betrokken organisaties uit verscheidene sectoren, elk met eigen belangen, waarden en opvattingen over gezondheid en zorg, is het van belang dat bij het streven naar afstemming en samenhang in voorzieningen regie gevoerd wordt. Bij het begrip ‘regie’ is de vergelijking met het theater snel gelegd.

Box 3 De metafoor van het theater: de regierol

“Tussen de leidinggevende bevoegdheden van de producent en de artistieke vrijheid van de acteurs verricht de regisseur zijn taak. Regisseren betekent richtingaanwijzingen geven. Voor het maken van de voorstelling is de regisseur van zijn acteurs afhankelijk: als zij zich niet inzetten, is de opvoering mislukt. Anderzijds weet de regisseur waarop hij wil uitkomen. Vanuit een beeld van het te behalen eindresultaat behoudt hij zicht op het geheel. Hij kan de acteurs aansporen en stimuleren, maar alleen zij staan op de Bühne. In eendrachtig samenspel streven de acteurs ernaar de richting van het stuk duidelijk te maken. Als zij de regieaanwijzingen goed hebben verstaan, blijven die aanwijzingen in de voorstelling zelf onzichtbaar. Eerst dan is de voorstelling geslaagd.”

Bron: Hupe en Klijn, 1997: 9.

Volgens Hupe en Klijn is het voeren van regie te beschouwen als ‘een metafoor voor een wijze van besturen tussen enerzijds het hiërarchische streven naar regulering van de planner en anderzijds de laissez faire houding waarin primair op de markt wordt vertrouwd’. De rol van regisseur past bij de complexiteit van de beleidsnetwerken waarmee we te maken hebben als het gaat om gezondheid, zorg en welzijn. GGD-en, gemeentelijke diensten, woningcorporaties, welzijnsinstellingen, scholen, projectontwikkelaars, huisartsen, zorginstellingen en zorgverzekeraars; het is slechts een greep uit de reeks van betrokken organisaties bij zorg en volksgezondheid. De afhankelijkheden om te komen tot afstemming zijn groot, er is niet één actor die de macht heeft om zijn of haar wil aan andere op te leggen en er moet aan een veelheid aan belangen, doelen en waarden

recht gedaan worden. Er is dus sprake van een complex geheel van wederzijdse afhankelijkheden, ambiguïteit en dynamiek.

Hupe en Klijn (1997): “Voor een publieke actor als de gemeente gaat het erom actoren in de complexiteit van het netwerk tot samenwerking te brengen, ze te prikkelen hun taakuitoefening mede te richten op het bereiken van gemeenschappelijk te formuleren doelen en initiatieven te belonen’. In deze redenering staat de gemeente voor de ingewikkelde taak om tussen alle betrokken organisaties en individuen samenhang te realiseren. Dat gaat niet enkel via de traditionele weg waarin bevoegdheden wettelijk worden verankerd en de gemeente via hiërarchie, regels en controle bestuurt. Naast juridische en financiële beleidsinstrumenten zal de gemeente in sterke mate de communicatieve beleidsinstrumenten moeten inzetten en de nadruk moeten leggen op stimuleren, organiseren en belonen.”

De regisseursrol volgens het 5 S-model

Om een regierol op passende wijze in te vullen is het volgens het 5 S-model van belang om naast de juridische verankering van taken en verantwoordelijkheden de volgende activiteiten te verrichten.

Box 4 De regisseursrol volgens het 5 S-model

- De eerste S staat voor *stimuleren* en legt de nadruk op het nemen van initiatief door de gemeente. Dat begint bijvoorbeeld met het trekken van publieke aandacht voor zaken als woonzorgvoorzieningen, huisartsenposten, ketenzorg. Het vergt dus een actieve opstelling van de gemeentelijke overheid, waarbij het gemeentelijke initiatief niet het eindpunt is, maar het beginpunt. Dat wil zeggen dat de gemeente coördineert, partijen bijeenbrengt, zoekt naar gedeelde belangen en gezamenlijke doelstellingen. De uitkomst daarvan is niet op voorhand door de gemeente vastgesteld.
- De tweede S staat voor *situëren*, hetgeen de nadruk legt op het genereren van de kennis van en over het netwerk. De gemeente neemt hier het bestaande netwerk als uitgangspunt, brengt de zwakke en sterke punten ervan in kaart en neemt bestaande beleidsinitiatieven en projecten als basis of uitgangspunt voor nieuwe initiatieven. Hierbij moeten gelegenheden (‘windows of opportunity’) benut worden en is interne afstemming van belang voor het effectueren van een externe oriëntatie.

- De derde S staat voor *steun creëren* en richt zich op de organisatie van participatie. Het gaat om het realiseren van draagvlak door betrokkenheid. Het zoeken van doelen in plaats van het stellen van doelen is daarbij van belang. De overheid legt niet van bovenaf op, maar zoekt in gezamenlijke inspanning naar de doelen van het beleid. Dat betekent dat bottom up contact met de doelgroep en de uitvoerder van beleid van groot belang is.
- De vierde S staat voor *structureren*, waarbij de focus ligt op het realiseren van randvoorwaarden voor netwerkvorming. Daaronder kunnen we verstaan het onderhouden van relaties, het bieden van organisatorische ondersteuning, het ontwikkelen van conflictreguleringsmechanismen en het maken van afspraken over gewenste uitkomsten en het ontwikkelen en vastleggen van evaluatiecriteria.
- De vijfde S staat voor *sturen*, waarbij de nadruk gelegd wordt op het aanwijzen van richting. Dat betekent zogenoemde selectieve activering, prikkels om samen te werken, het verwelkomen van verscheidenheid en variatie, het geven van goede voorbeelden die doen volgen en het terugkoppelen en verantwoorden over verrichtte activiteiten.

Bron: Hupe en Klijn, 1997.

Duidelijk moet zijn dat, gezien de complexiteit van het veld van organisaties dat zich met gezondheid, zorg en welzijn bezig houdt, alsmede gezien de dynamiek in de omgeving van bestaande netwerken, geen eenduidig en uniform recept te geven valt voor 'de' rol van 'de' gemeentelijke overheid in 'de' netwerken van gezondheids- en zorgbeleid. Er is een grote verscheidenheid van lokale situaties, waarbij moet worden aangehaakt. Lokale regie is eerder de kunst van het aanhaken bij bestaande initiatieven en het prikkelen van samenwerking tussen organisaties, dan het eenduidig formuleren van de rol van gemeentelijke overheden in wet- en regelgeving als panacee voor alle problemen.

Dat betekent ook dat veelal het doel zoeken centraal staat en niet enkel doelbepaling vooraf en dat de regisseur de doelen niet enkel en alleen dwingend oplegt, maar open staat voor variatie en aanpassingen. De integraliteit van beleid wordt zo bepaald door de wijze waarop de partijen in netwerken met elkaar interacteren en doelen zoeken. Het proces van samenwerking beïnvloedt dus de doelbepaling en het resultaat. De regisseur moet daar richting aan geven.

Invulling lokale regie: planner én regisseur

De gemeente als planner gaat uit van geordende beleidsprocessen volgens de fasen van agendavorming, probleemformulering, beleidsbepaling, besluitvorming, uitvoering en evaluatie.

De gemeente als regisseur gaat uit van complexe interactieprocessen tussen wederzijds afhankelijke actoren, waarbij de verschillende fasen van besluitvorming niet per definitie rationeel verlopen. De gemeente als planner kan enkel succesvol zijn bij eenduidige problemen die in deelproblemen zijn op te knippen en over de schakels van de keten verdeeld kunnen worden. De regisseursrol is toepasselijk bij complexe problemen die vaak pas tijdens beleidsprocessen in volle omvang helder worden en waarvan de oplossing niet op voorhand vaststaat.

De gemeente als planner is veel meer een ‘system controller’ en de gemeente als regisseur een procesmanager die zich richt op het realiseren van condities om te komen tot succesvol beleid. De planner is vooral bezig de leiding te nemen, strategie en beleidsinhoud te bepalen en het proces daarop in te richten. De regisseur is vooral bezig netwerken te activeren, actoren bijeen te brengen, communicatie gaande te houden, en te zoeken naar consensus tussen ongelijksoortige organisaties en individuen. Met andere woorden, de planner is bezig met hiërarchische sturing en de regisseur met netwerkvorming en netwerkmanagement.

Huys en Klijn zien de gemeente als netwerk- en procesmanager: (...) als een soort actor die poogt het goed functioneren van het netwerk van organisaties te bevorderen. Dit is allesbehalve een eenvoudige rol en vereist van de gemeentelijke actoren veel skills, toewijding en een actieve instelling. Het betekent niet alleen dat de gemeente een overzicht heeft van het netwerk en contacten onderhoudt met de belangrijke organisaties uit dat netwerk, maar ook dat de gemeente zich bewust is van de beperkingen die de afhankelijkheden aan haar eigen optreden stellen.

Een combinatie van rollen – planner en regisseur - lijkt, zeker gezien de complexiteit en dynamiek van de volksgezondheid, zorg en dienstverlening, passend voor de lokale overheid. Het is van belang dat een aantal gemeentelijke verantwoordelijkheden wettelijk worden verankerd en dat gemeenten op het resultaat van de taakuitoefening kunnen worden aangesproken. Voor de effectivering van de wettelijk verankerde verantwoordelijkheden is het 5 S-model zinvol. Welke elementen moeten

bij een nadere afbakening van de rol van gemeenten betrokken worden?

3.4 Rolbepaling langs drie dimensies

Bij het bepalen van een gewenste rol voor gemeenten in de volksgezondheid en zorg moet met drie dimensies rekening worden gehouden. Dat zijn de volgende.

Aard van *verantwoordelijkheden*: autonomie en/of medebewind
“Gemeenten hebben in Nederland twee gezichten: autonoom bestuur van burgers ter plaatse en uitvoerder van rijksbeleid. (...) lokaal bestuur gaat daarmee ook over het binnenlands bestuur als geheel. (...) Het gaat hier over politiek op lokale schaal en over bestuur op lokale schaal en ten slotte over de relaties tussen bestuurslagen die vooral naar schaal van elkaar verschillen” (Derksen, 2003). Dit citaat kadert de discussie over de rol van de gemeente in gezondheids- en zorgvoorzieningen al voor een belangrijk deel in, omdat het in de context wordt geplaatst van de bredere rol van de overheid in zorg, volksgezondheid en welzijn.

Autonomie en medebewind zijn twee belangrijke pijlers in de roloppvattingen over de gemeentelijke overheid. Autonomie impliceert dat het gemeentebestuur vrij is regels te stellen, beleid te ontwikkelen, subsidies te verlenen en dergelijke. Wanneer taken in medebewind worden uitgevoerd is er sprake van uitvoering van rijksbeleid. De gedachte achter de taken in medebewind is veelal dat het effectiever en efficiënter is om wetgeving en beleid ter plaatse uit te voeren, alsmede dat er lokale beleidsvrijheid bestaat om in te spelen op behoeften, eisen en wensen van burgers.

In vroeger tijden was de lokale overheid veel meer met de lokale gemeenschap verbonden en had ze karaktertrekken van zelfbestuur, terwijl tegenwoordig de gemeente eerder het gezicht van de overheid ter plaatse is. Dat komt mede doordat veel taken door de nationale overheid in medebewind zijn overgedragen aan gemeenten. Daarbij moet echter ook de keerzijde worden aangegeven dat de kans bestaat dat lokale verschillen kunnen leiden tot rechtsongelijkheid en rechtsonzekerheid. Het gaat in een roloppvatting over gemeenten daarom over de balans tussen autonomie en medebewind.

Als vanzelfsprekend bestaan er continue competentieconflicten tussen lokale en hogere overheden en kunnen tegenstellingen ontstaan tussen lokale belangen en de formele grenzen waarbinnen de nationale overheid de mogelijkheden voor lokale beleidsvorming verankert.

Aard van de omgeving: staat, markt en/of maatschappelijk middenveld

Daarnaast is er sprake van een balans tussen particulier initiatief, overheidsbemoeienis en marktwerking. Binnen deze verhoudingen bestaat veel beweging de laatste tijd. Van oorsprong is de Nederlandse overheid pas betrokken geraakt bij volksgezondheid en zorg vanuit een oogpunt van preventie van ongezondheid, het tegengaan van ziekten (zoals de cholera-epidemie) en armenzorg. De verantwoordelijkheid voor de organisatie en uitvoering van gezondheidszorg heeft de overheid in Nederland nooit volledig gedragen. Die taak is vooral opgepakt door het particulier initiatief van voorheen verzuilde organisaties die ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere zorgvoorzieningen oprichtten (Van der Grinten en Kasdorp, 1999; Van de Donk, 2001).

Dat speelde zich lange tijd buiten de invloedssfeer van de overheid af en is er mede de oorzaak van dat deze voorzieningen onder een ander institutioneel regime zich ontwikkeld hebben dan de organisaties die zich met volksgezondheid en preventie houden. In de loop der tijd heeft de overheid de verantwoordelijkheid voor de doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen wel steeds meer naar zich toegetrokken, daarbij vooral gebruik makend van haar juridisch instrumentarium. Dit heeft - mede ingegeven door de noodzaak de kosten van de gezondheidszorg te beheersen - geresulteerd in een bouwwerk van wet- en regelgeving rond bouw, tarieven, prijzen, spreiding, kwaliteit en volume van zorg.

De taken die de overheid invult in de gezondheidszorg spelen zich voornamelijk op nationaal niveau af (stelselniveau). De verantwoordelijkheid van lokale overheden is vooralsnog grotendeels beperkt tot het realiseren van randvoorwaarden voor zorgvoorzieningen (met name ouderenzorg), het realiseren van bouwlocaties en het afgeven van vergunningen. De dominante rolopvatting over de gemeente en de gezondheidszorg is in corporatistisch Nederland dus altijd een terughoudende en faciliterende geweest in een speelveld van particuliere organisaties en professionele beroepsgroepen die de regie voeren bij de

organisatie en uitvoering van voorzieningen. Recentelijk mengt de marktsector zich wel steeds sterker in dit speelveld in de vorm van bijvoorbeeld private klinieken, centra en bedrijvenpoli's (Putters, 2003), terwijl ook de lokale overheid een grotere rol krijgt toebedeeld. Met andere woorden, de verhoudingen tussen markt, overheid en maatschappij verschuiven.

Aard van de beleidsprocessen: centralisatie en decentralisatie

In Nederland heeft de ontwikkeling van de verzorgingsstaat in belangrijke mate geleid tot processen van centralisatie van gemeentelijke taken naar de rijksoverheid. Vaak bleven gemeenten wel op de een of andere wijze betrokken bij de uitvoering van taken, waardoor eerder sprake leek te zijn van deconcentratie dan van een beweging terug naar decentralisatie. Het lijkt van belang de begrippen goed te omschrijven. Bij *functionele decentralisatie* worden taken en bevoegdheden van algemeen bestuur naar lichamen van functioneel bestuur overgeheveld. Bij *territoriale decentralisatie* worden taken en bevoegdheden van het rijk overgeheveld naar provincies of gemeenten. Voor het lokaal bestuur hebben beide vormen van decentralisatie verschillende gevolgen.

Bij functionele decentralisatie stoot het rijk taken af met voorbijgaan aan lokaal bestuur, ofwel het lokaal bestuur stoot zelf taken af, bijvoorbeeld aan gemeenschappelijke regelingen met andere gemeenten. Territoriale decentralisatie heeft een ander effect, er komen namelijk taken bij op lokaal niveau, die voornamelijk op provinciaal of nationaal niveau lagen. Van dat laatste nu lijkt in de Nederlandse context van integraal gezondheids- en zorgbeleid sprake te zijn. Een belangrijke nuancering van het voorgaande is dat decentralisatie niet per definitie hoeft te betekenen dat de ene overheid naar de andere overheid verantwoordelijkheden doorschuift. Taken kunnen ook worden uitbesteed of door particulier initiatief en de markt worden uitgevoerd en georganiseerd.

Kortom, de rol van de gemeente kan worden geduid langs verschillende dimensies. In het te schetsen bestuurlijk perspectief op de rol van de gemeente in de zorg en dienstverlening zal dus de verhouding tot de omgeving in de bestuurlijke praktijk een cruciale rol spelen.

3.5 Roluitoefening tussen beleid en uitvoering

De Algemene Rekenkamer (2003) bevestigde onlangs nog dat er wereld van verschil bestaat tussen de goede bedoelingen van het beleid en de daadwerkelijke uitvoering. Veelal bestaat, met name vanuit de kerndepartementen, nauwelijks zicht op de resultaten van beleid en de uitvoering door lagere overheden en particuliere organisaties. Om rekening te kunnen houden met de feitelijke uitoefening van rollen door de gemeente, alsmede om de resultaten daarvan te kunnen beoordelen, is het van belang zicht te krijgen en te houden op drie terreinen.

1. Het proces van decentralisatie

Er bestaat een onderscheid tussen decentralisatie als *proces* en decentralisatie als *toestand*. In het eerste geval spreken we van het overhevelen van taken en bevoegdheden naar bijvoorbeeld de gemeente en het afstemmingsproces dat daarbij nodig is tussen hogere en lagere overheden. Dat is het continue zoeken naar een balans tussen taken en verantwoordelijkheden. Decentralisatie betekent dan niet dat hogere overheden de verantwoordelijkheden ‘over de schutting’ zetten, maar betrokken zijn bij de wijze waarop de nieuwe verhouding met lagere overheden vormgegeven worden.

Dat betekent ook dat decentralisatie feitelijk pas vorm en inhoud krijgt tijdens de uitvoering van de decentralisatie-impuls. Bij decentralisatie als toestand gaat het daarentegen meer om het benoemen van de taken en verantwoordelijkheden die naar lagere overheden verplaatst worden. Op zichzelf zegt dit nog weinig over de wijze waarop deze worden uitgeoefend. De neiging is om de grotere *formele* beleidsvrijheid van gemeenten te benadrukken.

Tijdens het decentralisatieproces en de uitvoering van gedecentraliseerde taken wordt echter pas de nieuwe machtsverdeling tussen overheden duidelijk. Met andere woorden, de *materiële* beleidsvrijheid die ontstaat is vaak een andere dan de formele beleidsvrijheid. Kortom, voor de uitoefening van de nieuwe gemeentelijke taken is zowel een heldere formele verankering van taken in verantwoordelijkheden in wetgeving van belang, als wel inzicht in het uitvoeringsproces.

2. De verhouding tussen structuren én processen

Tenminste drie elementen zijn van belang om te bepalen of een taak decentraal uitgevoerd moet worden: schaal van de problemen, schaal van het bestuur en de schaal van de publie-

ke betrokkenheid. Te vaak worden deze drie elementen congruent verondersteld bij het ontwikkelen van decentralisatiebeleid. Daar waar de elementen niet met elkaar overeenkomen wordt hardnekkig gepoogd de eenheid te herstellen. We moeten onszelf de vraag stellen of dat een heilzame weg is in het denken over bestuurlijk Nederland en of het terecht is dat deze argumenten het decentralisatiebeleid onderbouwen.

In algemene zin is de gemeente volgens Derksen op drie niveaus namelijk verstrikt geraakt:

1. in de taakverdeling met andere overheden, waarbinnen de gemeentelijke identiteit verloren is gegaan;
2. er zijn geen heldere financiële verhoudingen en
3. de lokale politiek wordt door landelijke politiek gedomineerd.

Er is dus weinig over van een scheiding tussen nationaal en lokaal. Traditioneel decentralisatiebeleid voldoet dus niet, omdat het niet tegemoet komt aan de incongruentie tussen de schaal van de problemen, van het bestuur en van de publieke betrokkenheid (en democratische legitimiteit). Het CPB (1994: 49) stelt: “Het is wellicht beter de veronderstelling van de gemeente als bestuurlijk-geografische gemeenschap te laten vallen. Bestuurders kunnen zich dan meer richten op de afstemming van concurrerende aanspraken op ruimte en middelen in hun gemeenten vanuit overlappende gemeenschappen.” Die uitspraak relativeert het belang van de schaal als leidend beginsel voor de inrichting van het binnenlands bestuur, en ook als leidend beginsel voor de decentralisatie van voorzieningen en taken. Er zal een omslag gemaakt moeten worden van het denken in termen van structuren naar het denken in termen van processen.

Derksen stelt ook: “Als de keuze van grenzen voor nieuwe structuren (zoals een stadsprovincie) altijd arbitrair blijft, is het veel effectiever om de processen (van samenwerking) tussen bestaande lichamen te innoveren. Door de ontwikkeling van de verzorgingsstaat zijn de relaties tussen lokaal en nationaal niveau fundamenteel veranderd en vervlochten geraakt.” Door nieuwe eisen die aan het bestuur gesteld worden en de verwachtingen en wensen van burgers vindt er bovendien een belangrijke tendens naar regionalisering en schaalvergroting plaats. Er is kortom sprake van differentiatie van maatschappelijke schalen (Frissen, 2001), tot uiting komend in constructies van intergemeentelijke samenwerking en regionale besturen, waardoor de gemeente regelmatig verstrikt raakt in de

daarmee gewekte verwachtingen ten aanzien van het oplossen van de problemen van burgers en de complexiteit van de bestuurlijke praktijk.

3. Het wekken van verwachtingen en het bereiken van resultaten

Een groot probleem bij eerdere ervaringen met decentralisatie blijkt te zijn dat het beleid te uniform geformuleerd wordt. Het richt zich op alle gemeenten tegelijk. Daarmee bepaalt de zwakste schakel de mogelijkheden voor decentralisatie. Daarom is al vaker gepleit voor een gedifferentieerd decentralisatiebeleid: alleen bepaalde gemeenten zouden bepaalde taken, bevoegdheden en middelen overgedragen moeten krijgen. Bij de stadsvernieuwing is dat gebeurd. De reden dat dit er nooit op grote schaal van gekomen is moeten we zoeken in de weerstand tegen decentralisatie.

In algemene zin zijn politiek en bestuurlijk Nederland veelal voor decentralisatie, maar als het om separate beleidssectoren gaat krijgen zij de sectorspecialisten en belangengroepen en de publieke opinie vaak tegen zich gekeerd. Bovendien zijn gemeenten zelf niet altijd gecharmeerd van decentralisatie, vooral wanneer ze er wel een zorg bij krijgen maar niet de beleidsvrijheid en middelen die nodig zijn om de taken op maat uit te kunnen voeren. Dit risico is groot in een tijd van bezuinigingen. “Indien decentralisatie bedoeld is om op de rijksuitgaven te bezuinigen is het te begrijpen dat de natuurlijke bondgenoten van het beleid zich daarvan afzijdig gaan houden” (Derksen, 2003: 241).

Verder zijn teleurstellende resultaten ook vaak toe te schrijven aan te hoog gespannen verwachtingen van de decentralisatie-impuls. Burgers zijn steeds minder op hun eigen gemeente gericht. De wereld is klein geworden door media, infrastructuur en mobiliteit. Twee eeuwen geleden was het normaal dat burgers voor armenzorg en andere sociale voorzieningen op de gemeente waren aangewezen. De verzorgingsstaat heeft ervoor gezorgd dat de nationale overheid, ten koste van de lokale overheid, hierbij aan belang heeft gewonnen. Dat is de reden dat decentralisatie regelmatig publieke steun ontbeert.

Uit deze paragraaf blijkt dat een besturingsperspectief voor de volksgezondheid en zorg zowel inzicht moet bieden in de verdeling van verantwoordelijkheden tussen bestuurlijke actoren op verschillende niveaus, alsmede in de wijze waarop deze in uitvoeringsprocessen waargemaakt moeten worden. Dus: inhoud én proces, rolverdeling én uitvoeringsstrategie.

Hoe ziet vervolgens een bestuurlijk perspectief eruit dat zich zowel richt op de coördinatie van maatschappelijke en zorgvoorzieningen, als op de bewustwording bij stakeholders van de noodzaak hiervan in het licht van de behoeften van burgers?

4 Bestuurlijk perspectief in de volksgezondheid, zorg en dienstverlening

4.1 Multi-level benadering

Bestaande verantwoordelijkheidsverdeling vertoont scheurtjes

De gezondheidszorg laat zich lastig sturen vanuit eenduidige modellen, omdat historisch gegroeide omgangspatronen sterk sturend zijn. Van oudsher hebben de sectoren volksgezondheid en zorg zich institutioneel apart van elkaar ontwikkeld, met elk een andere verhouding tussen overheden en particulier initiatief en andere sturingsmechanismen. Lokale overheden worden echter steeds meer geacht netwerken van maatschappelijke voorzieningen aan elkaar te koppelen, zodat diensten op maat geleverd kunnen worden. Bovendien doen zowel in de volksgezondheid als in de zorg private en commerciële actoren steeds vaker hun intrede. Zij zijn vaak in staat preventie, zorg, recreatie, wonen en andere voorzieningen op maat aan elkaar te koppelen. Er ontstaan op verschillende fronten verbanden tussen institutioneel gescheiden werelden.

Dit brengt een aantal problemen met zich mee:

- Verantwoordelijkheidsverdeling: wie is waarvoor verantwoordelijk, met name voor de afstemming van voorzieningen en diensten, en hoe moet de verantwoording over resultaten en handelwijzen plaatsvinden?
- Ondoelmatigheden in de afstemming van voorzieningen, bij het gebruik van infrastructuur en in de uitvoering van volksgezondheids- en zorgprocessen.
- Gebrekkig draagvlak voor de uitvoering van voorzieningen op het terrein van volksgezondheid, zorg, welzijn, maar ook wonen en zekerheid, zolang geen diensten op maat gesneden geleverd kunnen worden. Burgers hebben niet het gevoel 'waar voor hun geld' te krijgen, waardoor de legitimiteit van de organisatie en financiering van deze voorzieningen afneemt.

Het voortbestaan van instituties is hardnekkig, maar ze vertonen door deze drie problemen nu scheuren. De groeiende zorgvraag, de aanstaande bezuinigingsgolf, de achterblijvende vernieuwing in lokale zorg- en zekerheidsnetwerken en de noodzaak dit alles doelmatiger en inzichtelijker in te richten voeren de druk flink op. Wat moet er gebeuren?

Multi level benadering ter borging van publieke belangen

De lokale overheid heeft al lange tijd belangrijke verantwoordelijkheden als het gaat om preventie en gezondheidsbeleid en krijgt steeds vaker een coördinerende rol in basiszorgvoorzieningen. Lokaal en regionaal kunnen de verschillen echter groot zijn als het gaat om de gemeentelijke betrokkenheid, de rol die private actoren spelen en de wijze waarop integraal beleid geformuleerd en uitgevoerd wordt. Minstens zo belangrijk als top down een nieuwe gemeentelijke plannende rol in deze netwerken te verankeren is om 'in de sfeer van randvoorwaarden de ontwikkelingen enigszins beheersbaar te houden'. De regisseursrol voor lokale overheden komt dan bij de vorming en uitvoering van integraal gezondheids- en zorgbeleid in netwerken van maatschappelijke groeperingen en marktpartijen naar voren.

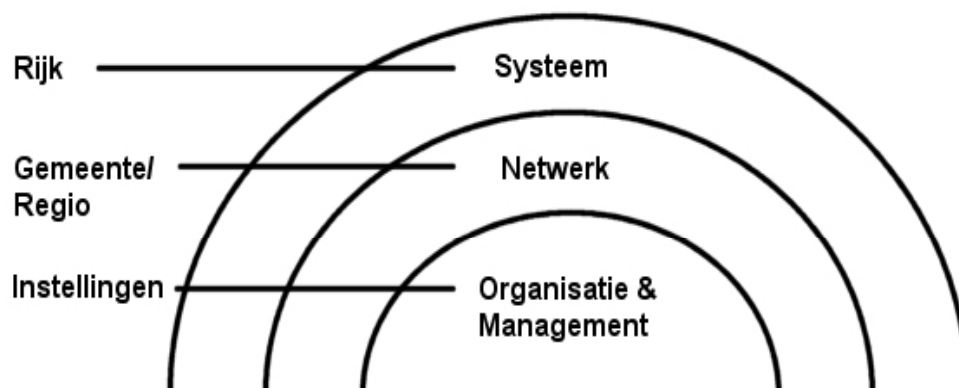
De gemeente kan verbindingen leggen tussen de verschillende netwerken van voorzieningen, prikkels tot samenwerking uitdelen (financieel, juridisch, communicatief) en aansluiten bij initiatieven die in de praktijk reeds bestaan (bottom up; best practices). De verantwoordelijkheid hiervoor kan door het rijk wettelijk verankerd worden, zodat de gemeente daarop ook aanspreekbaar is. Dit kan door bepaalde onderdelen uit de AWBZ (of bij de zorgverzekeraar weg) te halen en te verplaatsen naar een Dienstenwet waarbinnen de gemeente verantwoordelijk wordt daarvoor. Het gaat dan met name om die zaken die niet direct met de zorgverlening te maken hebben, maar met maatschappelijke dienstverlening, wonen en zekerheid.

Als het gaat om de doelmatigheid en legitimiteit van de uitvoering van die rol zullen echter aanvullende maatregelen genomen moeten worden. Zo is overleg met betrokkenen en belanghebbenden nodig om overeenstemming te bereiken over de uitwerking van doelen (bijvoorbeeld wat is zorg op maat?) en om draagvlak voor beleid te verwerven (steun). Dat is noodzakelijk omdat een complex geheel van ongelijksoortige publieke, private en professionele actoren verantwoordelijkheid draagt voor de organisatie en uitvoering van zorg, welzijn en bijvoorbeeld preventie. De gemeente is van hen afhankelijk.

De rol van de gemeente krijgt daardoor in de uitvoering het karakter van regisseren en processen managen. Communicatieve instrumenten vervullen dan een belangrijke rol bij de uit-

voering van de Dienstenwet, complementair aan de juridische verankering van verantwoordelijkheden.

Er bestaan dus verschillende verantwoordelijkheden op verschillende bestuurlijke niveaus. Schematisch ziet dat er als volgt uit.



Kortom, voor de verdere inkleuring van de bestuurlijke rolverdeling is een multi-level benadering verantwoordelijkheid van belang. Op verschillende bestuurlijke niveaus bestaan verschillende verantwoordelijkheden voor het bereiken van het uiteindelijke resultaat, namelijk de doelmatige, klantgerichte en kwalitatief goede zorg- en dienstverlening. Deze verantwoordelijkheden zien er als volgt uit:

- Op Rijksniveau ligt een systeemverantwoordelijkheid. Dit betreft het verankeren van taken en verantwoordelijkheden (rolbepaling) tussen overheid, markt en particulier initiatief. Dit kan via een wettelijke regeling (Wet op de Maatschappelijke Dienstverlening; Verzekeringenwet).
- Op het lokale en regionale bestuurlijke niveau ligt een netwerkverantwoordelijkheid: het verknopen van lokale netwerken van zorg, dienstverlening, volksgezondheid, zekerheid en wonen via regie en procesmanagement. Gemeenten faciliteren, sturen en regisseren en kunnen via geld, termijnen en mankracht ook prikkels en sancties uitdelen. De gemeente spreekt de omgangsregels af in het netwerk of de keten samen met de betrokken partijen. De netwerkverantwoordelijkheid betreft enerzijds dus het inrichten van de infrastructuur voor zorg en dienstverlening, maar anderzijds ook een medeverantwoordelijkheid voor de resultaten die dat oplevert. Het is van belang inzake die verantwoordelijkheid ook via inkoopbeleid en bijvoor-

- beeld de invulling van de voorlichtende functie richting burgers verantwoording af te leggen.
- Op het bestuurlijke niveau van de instellingen in de zorg en dienstverlening ligt de verantwoordelijkheid voor de organisatie, het management en de uitvoering van de taken.
 - Tenslotte is er nog de eigen verantwoordelijkheid van burgers om behandelingen af te maken, keuzes te maken (bij pgb's, vouchers, pakketten en polissen) en andere plichten na te komen, die zich verantwoordelijk weet voor de uiteindelijke resultaten in de uitvoering.

De systeemverantwoordelijkheid ligt dus vooral bij de Rijksoverheid, de netwerkverantwoordelijkheid bij (samenwerkende) gemeenten, de verantwoordelijkheid voor de organisatie en het management bij organisaties die voorzieningen uitvoeren en de eigen verantwoordelijkheid bij burgers. Daarmee blijft overigens een gezamenlijke verantwoordelijkheid bestaan voor de doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid van voorzieningen en dus voor het resultaat. De verschillende bestuurlijke niveaus zullen in het kader van de publieke taakuitoefening met elkaar moeten samenwerken. Het samenstel van en samenspel tussen verschillende stakeholders op verschillende bestuurlijke niveaus is in dat kader een kwestie van communicerende vaten. De afstemming van de interne organisatie van instellingen op de ontwikkelingen in de lokale en regionale netwerken vraagt op managementniveau om leiderschap door een procesmanager in het lokale publieke domein. Een effectieve en legitieme aansturing van de afstemming van voorzieningen behoeft vanwege dit alles een meervoudig besturingsmodel.

4.2 De rollen verdeeld

Een belangrijke conclusie uit dit onderzoek is dat de verbinding tussen beleid en uitvoering vooral afhankelijk is van het samenspel tussen vele partijen in nationale, regionale en lokale beleidsarena's. Binnen dat samenspel is het van belang dat twee zaken bereikt worden:

- de coördinatie van activiteiten binnen en tussen verschillende nationale, regionale en lokale netwerken die zich begeben op terreinen van zorg, volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening;
- bewustwording dat dit zowel zorginhoudelijk als logistiek tot innovatie en klantgerichtheid kan leiden.

Het is dus aan de ene kant van belang taken en verantwoordelijkheden op het terrein van zorg, volksgezondheid en maatschappelijke dienstverlening zo helder mogelijk te onderscheiden en bestuurlijke rollen te verankeren. Daarnaast moet echter ook de vraag beantwoord worden op welke wijze bestuurlijke verantwoordelijkheden en taken in de uitvoering tot het gewenste resultaat kunnen leiden. Uitspraken over de bestuurlijke rol van de gemeente moeten daarom ingaan op de verbindingen met andere bestuurlijke niveaus, waarbij zowel aandacht wordt besteed aan bestuursstructuren als aan bestuurscultuur.

Rolverdeling gebaseerd op proces én resultaat

Om ontkokering tussen sectoren te bevorderen wordt ernaar gestreefd om de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en financieringsstructuren, tussen het systeemniveau, het netwerkniveau en het organisatieniveau zodanig te verdelen dat de gemeentelijke overheid de verbindingen kan leggen tussen de gezondheids-, zorg- en maatschappelijke voorzieningen in een bepaald gebied. Hierbij is het verankeren van verantwoordelijkheden in wetgeving, toetsingsmomenten en het daarbij voegen van middelen cruciaal (dus nadruk op juridisch en financieel instrumentarium).

Het is daarbij van belang dat het rijk de kaders aangeeft waarbinnen de gemeenten de netwerken kunnen inrichten en faciliteren en waarbij de uitvoerende organisaties hun primaire proces zelf kunnen managen. Uit het onderstaande schema blijkt dat de rolverdeling tussen bestuurlijke niveaus dan erg belangrijk is. Het komt er kernachtig op neer dat helderheid gegeven moet worden omtrent de vraag wie wat moet doen, op welk moment en op welke plaats, onder welke condities. In

de laatste rij wordt aangegeven waartoe de rolverdeling moet leiden en waarover de actoren op verschillende bestuurlijke niveaus uiteindelijk verantwoording zouden moeten afleggen. In box 5 is een en ander verder verfijnd naar mogelijke instrumenten die daarbij gehanteerd kunnen worden. In het schema staan proces en resultaat steeds centraal. Dat betekent dat enerzijds bekeken is welke bijdrage elk van de actoren kan leveren aan het inrichten en onderhouden van het beleids- en uitvoeringsproces, maar tevens dat daarbij is aangegeven in welke activiteiten dit moet resulteren. Dat laatste is van belang om elk van de stakeholders verantwoording af te kunnen laten leggen over hun aandeel in het resultaat, de zorg en dienstverlening aan de burger. Dit voorkomt dat de stakeholders de verantwoordelijkheid voor het verloop en de uitkomsten van de uitvoering van zorg en dienstverlening naar de ander doorschuiven. Het is van belang ieders aandeel expliciet en controlebaar te maken, zodat ook inzichtelijk kan worden gemaakt welke keuzes waar en wanneer gemaakt zijn/worden.

Tabel 4.1 Rolverdeling in zorg en dienstverlening

Wie?	Rijk	Gemeente/regio	Instellingen	Burger
Wat?	Systeemniveau	Netwerkniveau: proces en resultaat	Organisatie- en managementniveau	Eigen verantwoordelijkheid; burgerschap
Wanneer?	Politieke proces	Bestuurlijk proces	Managementproces	Gebruikersproces
Hoe?	Kaderwetgeving; richtlijnen	Netwerkmanagement Outputsturing Overlegmechanismen	Proces- en ketenmanagement Ondernemerschap	Rechten & Plichten Eigen betalingen
Context?	Parlement, adviesorganen	Gemeentebestuur, regiogemeenten, publieke en private organisaties	Professionals uit verschillende sectoren, toezichhouders, burgers/klanten	Begeeft zich in verschillende netwerken van diensten en voorzieningen.
Rol	Kaderschepende rol	Regisseur en planner (procesarchitect)	Procesmanager	Co-producent

Wie?	Rijk	Gemeente/regio	Instellingen	Burger
Resultaat	Verankering van rechten & plichten stakeholders in wetgeving (Wet Maatschappelijke Dienstverlening; Verzekeringwet). Realisatie van randvoorwaarden zoals financiën en overlegstructuren.	Procesarchitectuur t.b.v. gezondheidsbescherming/ -bevordering/ -bewaking. Borgen toegankelijkheid zorg & dienstverlening via o.a. inkoopbeleid, prestatiecontracten, voorlichting aan burgers en inrichting keten.	Uitvoering prestatiecontracten. Verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de verantwoorde zorg en dienstverlening.	'Sociaal contract': de burger kan aanspraak maken op rechten, maar heeft ook plichten die nagekomen moeten worden t.a.v. het nakomen van gemaakte afspraken (bijv. afmaken behandeling).

In de uitvoering komt het er vervolgens op aan om de verbindingen tussen netwerken daadwerkelijk te realiseren en de doelmatigheid, kwaliteit en keuzemogelijkheden te verbeteren. De gemeente kan daartoe prikkels uitdelen tot samenwerking (financieel, juridisch, communicatief) en aansluiten bij initiatieven die in de praktijk reeds bestaan (best practices, bottom up). De uitvoering vraagt dan op netwerkniveau in de gemeenten en in regio's vooral om een doelzoekend proces, waarbij in overleg met betrokkenen en belanghebbenden wordt gezocht naar draagvlak voor beleid en goede praktijken. De rol van de gemeente krijgt daarbij meer het karakter van procesmanager op lokaal en regionaal niveau. Het gebruik van communicatieve instrumenten krijgt daarbij een impuls, zodat juridisch en financieel verankerde taken en verantwoordelijkheden geëffectueerd kunnen worden. De organisaties die uiteindelijk de voorzieningen moeten uitvoeren moeten afspraken maken over het procesmanagement en de samenspraak met de cliënt in de keten. Cruciaal is daarom dat gemeenten, ook in medebewind, voldoende beleidsruimte houden op lokaal en regionaal niveau om (deels nieuwe) taken te kunnen organiseren en uitvoeren.

Bestuurlijke relaties en interacties

De coördinatie van activiteiten vindt aldus plaats door de rollen op verschillende niveaus helder te onderscheiden en te verdelen. In een Diensten- of Voorzieningenwet kan dit via het normale politiek-bestuurlijke traject worden bereikt. Dat is echter slechts een kant van de medaille. Voor de uitvoeringspraktijk is het namelijk ook van belang dat er een zekere be-

wustwording bij de stakeholders aanwezig is, dat afstemming plaats dient te vinden en dat dit logistiek en zorginhoudelijk meerwaarde heeft. Die bewustwording vindt plaats in en tijdens de interacties tussen de stakeholders. Daarom is het van belang om de bestuurlijke rolverdeling ook op de volgende drie elementen te doordenken:

- de vormgeving van de relaties met de omgeving, bijvoorbeeld via juridische instrumenten, financiële prikkels en onderhandeling, of communicatieve instrumentaria;
- de aard van die relaties, zoals meer hiërarchisch (top down) of meer via onderhandeling en ruil op een marktplaats of op basis van wederzijds vertrouwen en loyaliteit;
- het te verwachten proces waarbinnen die relaties relevant zijn, bijvoorbeeld bij beleidsvormingsprocessen, bij uitvoerende processen of bij de verantwoordingsprocessen.

In het schema verderop zijn de relaties tussen de bestuurlijke niveaus in kaart gebracht en is aangegeven hoe de relatie kan worden vormgegeven, welk karakter de relatie heeft en welke processen relevant zijn voor het realiseren van de gewenste afstemming van voorzieningen.

In de geschetste rolverdeling staat het rijk op afstand en draagt *systeemverantwoordelijkheid*. Ze ziet er op toe dat een systeem tot stand komt waarbinnen de netwerken van de volksgezondheid en van de zorg aan elkaar gekoppeld kunnen worden. Deels kan dat door regulier toezicht op de uitoefening van medebewindtaken. Daarnaast moet gecontroleerd worden of gemeenten een netwerk lokaal/regionaal opbouwen en bijpassende netwerk- en interactieregels met de deelnemende partijen afspreken. Dat betreft afspraken over wie er een schakel in de keten vormen en aan tafel zitten, binnen welke termijnen afspraken tot stand moeten komen over afstemming van voorzieningen, over de planning en uitvoering van die afspraken, over de wijze waarop de informatievoorziening en communicatiepatronen binnen de keten vorm gaan krijgen en de wijze waarop naar burgers toe gecommuniceerd wordt.

Binnen het door de Rijksoverheid verankerde systeem van taken en verantwoordelijkheden voor decentrale overheden, hebben gemeenten dus de rol van procesarchitect. Dit betekent dat gemeenten in overleg met de relevante stakeholders bepalen wie er in de keten van de uitvoering van belang zijn en aan tafel moeten zitten om verdere productie- en resultaatsafspraken te maken. Dit noemen we de *constituering* van de arena. Daarnaast dienen de arenaregels opgesteld te worden. Dat gaat

over de wijze waarop men met elkaar om wenst te gaan, de wijze waarop verantwoording afgelegd moet worden en de wijze waarop de relatie met de burger ingericht wordt.

Gemeenten leggen verantwoording af aan de Rijksoverheid over de realisatie van een keten, de realisatie van noodzakelijke randvoorwaarden op het terrein van behoorlijk bestuur, ICT en patient empowerment. Aan de burger legt de gemeente verantwoording af via het loket waar advies, voorlichting en ondersteuning voor gebruikers geregeld wordt. Dit is de invulling van de een-loket-gedachte. Overigens kan de burger zich ook laten vertegenwoordigen wanneer hij via bijvoorbeeld pgb's zich een weg door de keten van voorzieningen wil banen. De gemeente draagt in dit model dus de *netwerkverantwoordelijkheid*, inclusief de verantwoordelijkheid om de burger wegwijs in het netwerk te maken.

Dat betekent dat het lokaal bestuur medeverantwoordelijk is voor het resultaat dat in de netwerken wordt bereikt voor de burger. Het lokaal bestuur is dan ook aanspreekbaar op bijvoorbeeld zaken als inkoopbeleid, het sluiten van prestatiecontracten en het inrichten van de voorlichtende functie richting burgers. Ze heeft daarbij beleidsvrijheid ten opzichte van de nationale overheid nodig. Het is van belang die ruimte ook via de wetgeving te bieden.

Tabel 4.2 Inrichting van bestuurlijke relaties, interacties en verantwoordingsmechanismen

	Vormgeving relatie	Inhoud/aard relatie	Proces van uitvoering en verantwoording
Rijk – gemeenten	<p>Autonomie en medebewind; taakstelling en richtlijnen voor beleidsvrije ruimte.</p> <p>Het gaat hier dus vooral om de juridische verankering van taken en verantwoordelijkheden in de Dienstenwet en de verzekeringswetgeving.</p> <p>Begeleiding en ondersteuning van gemeenten, zorgkantoren, GGD-en bij nieuwe taken en omvorming oude taken (bijvoorbeeld via een helpdeskfunctie).</p>	<p>Het rijk is verantwoordelijk voor de kaders, het macro-systeem. De gemeente voor: inrichten netwerk faciliteren ketens ontwerpen spelregels netwerk (wie zit aan tafel; omgangsregels) allocatie middelen realiseren countervailing power (patiënt) Daartoe heeft ze beleidsruimte nodig (ook in medebewind).</p> <p>Aansturing en vorming van de keten gebeurt in overleg met stakeholders, maar wel met de stok achter de deur dat de gemeente kan ingrijpen als resultaten mager zijn.</p>	<p>Verantwoording aan Ministerie t.a.v. inrichting van het systeem: behoorlijk bestuur informatievoorziening en communicatie Aan Inspectie t.a.v. : kwaliteit van de keten Aan burgers t.a.v.: keuzemogelijkheden klachten</p> <p>Gemeente speelt rol bij zowel beleidsvorming als verantwoording aan rijk.</p>
Rijk – instellingen	<p>Subsidies, richtlijnen, vergunningen, overleg.</p> <p>Het gaat hier om de combinatie van juridische en financiële relaties.</p>	<p>Instellingen zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van voorzieningen (verantwoorde zorg). Het rijk stelt werkbare kaders voor o.a. prijzen, mededinging, klachtenregelingen.</p>	<p>De instellingen zijn zelf verantwoordelijk voor uitvoeringsproces van verantwoorde zorg. Ten aanzien van klachten over kwaliteit, calamiteiten e.d. moeten zij zich richting overheid en burger verantwoorden.</p>
Rijk – burger	<p>Pgb's, vouchers.</p> <p>Het gaat om juridische verankering van rechten en plichten, en instrumenten die ruil op een marktplaats moeten realiseren.</p>	<p>Verankering rechten en plichten; sociaal contract. Via voorlichting burgerschap bevorderen (bijvoorbeeld rond verantwoord medicijngebruik).</p>	<p>Burger heeft recht op een aantal bij wet verankerde voorzieningen, maar heeft ook de plicht om bijv. behandelingstrajecten af te ronden, ongezondheid te voorkomen, zelf keuzes te maken (pgb). 'Sociaal contract' verankert dit.</p>

	Vormgeving relatie	Inhoud/aard relatie	Proces van uitvoering en verantwoording
Gemeenten – instellingen	Prestatiecontracten; zorginkoop door gemeenten; aanbesteding. Overleg in de keten over afstemming.	Kwaliteit, prijs, volume voorzieningen, zorgvuldigheid; behoorlijk bestuur; afspraken over transparantie en informatievoorziening.	Monitoring, tussentijdse evaluaties, optie van sanctionering door gemeenten (als ‘stok achter de deur’).
Gemeenten – burger	Lokaal loket voor zorg en dienstverlening.	Coaching, voorlichting, advies.	Tevredenheidsonderzoek; interactieve besluitvorming; electoraal proces; klachtencommissies.
Instellingen – burger	Kwaliteitshandvest; klachtenregelingen; inspraakprocedures; informatievoorziening (internet).	Afspraken over wachttijden, services, informatievoorziening.	Uitvoering/levering van voorzieningen Klachtencommissies. Tevredenheidsonderzoek.

Met de instellingen sluit de gemeente daarom, als inkoper van voorzieningen, zoals gezegd productie- en resultaatcontracten. Afspraken over levertermijnen, kwaliteitscriteria, mate van betrokkenheid van gebruikers en de wijze van verantwoording worden in deze contracten vastgelegd. Instellingen en professionals kunnen via openbare aanbesteding meedingen naar de inkoopcontracten. Dat betekent dat er prikkels geïntroduceerd worden om de keten van voorzieningen zo doelmatig mogelijk en kwalitatief hoogstaand in te richten zodat zorg op maat tegen een goede prijs geleverd kan worden.

Naast de nakoming van contractafspraken lopen gebruikelijke verantwoordingsprocessen richting klachtencommissies, Raden van Toezicht en de Inspectie voor de Gezondheidszorg als het gaat om de kwaliteit van de voorzieningen. De instellingen dragen op alle genoemde punten dus een *organisatie- en managementverantwoordelijkheid*. Dat is hun aandeel in de verantwoordelijkheid voor de output in termen van zorg en diensten. De burger heeft tenslotte uitdrukkelijk ook de *eigen verantwoordelijkheid* voor bijvoorbeeld het afronden van behandelingstrajecten en het voorkomen van ziekte en ongezondheid. Dit krijgt vorm via bijvoorbeeld eigen betalingen en contractafspraken bij het gebruik van pgb's en vouchers en in poliswaarden.

Het gaat aldus bij de bestuurlijke rolverdeling in dit meervoudige besturingsmodel om een subtiel samenspel tussen rijk,

gemeenten, instellingen (privaat, publiek en hybride), professionals en burgers in het kader van een gedeelde verantwoordelijkheid voor de realisatie van publieke diensten. Die gedeelde verantwoordelijkheid is in het bovenstaande opgesplitst in controleerbare en benoembare deelverantwoordelijkheden voor elk van de stakeholders.

Doordat de gemeente zowel een plannende als regisserende rol vervult zijn ook de interacties tussen de partijen waarmee de gemeente te maken heeft gevarieerd, namelijk:

- hiërarchische interacties, bijvoorbeeld vanuit het rijk via de kaderwetgeving (Dienstenwet) en vanuit de Gemeenten via het ontwikkelen van de procesarchitectuur van de keten van voorzieningen (verankering van netwerk- en interactieregels),
- interacties op basis van onderhandeling en ruil, bijvoorbeeld voor prestatiecontracten en bij de aanbesteding, en
- interacties op basis van vertrouwen en loyaliteit, bijvoorbeeld bij het gemeentelijk loket waarvan de burger mag verwachten dat onafhankelijke en geschikte informatie beschikbaar wordt gesteld om binnen de ketens van voorzieningen keuzes te kunnen maken.

Hierbij past ook een mix van respectievelijk juridische, financieel-economische en communicatieve sturingsinstrumenten.

Er werd al geconstateerd dat afstemming binnen de betrokken beleidsvelden, zelfs als de verdeling van taken en verantwoordelijkheden juridisch helder verankerd is, complex is. Dit neemt toe als ook tussen beleidsvelden de afstemming plaats moet vinden en er een gevarieerd palet van partijen betrokken is van overheden tot privaat initiatief, verzelfstandigde organisaties en commerciële partijen die in opdracht diensten verrichten en voorzieningen uitvoeren. Dat vraagt om een strategie die goed bedoeld beleid omzet in passende uitvoering.

5 Van beleid naar uitvoering: implementatiestrategie

In dit hoofdstuk wordt een aantal handreikingen gedaan voor de ontwikkeling van een uitvoeringsstrategie bij het geschetste bestuurlijke model.

5.1 Aanbeveling 1: hanteer een multi-level sturingsperspectief

Rollen zijn in principe snel verdeeld. De praktijk van de roluitoefening is echter weerbarstig. Uit de historie van de introductie van nieuwe ordeningen in de gezondheidszorg ten behoeve van een integraal samenhangend en doelmatig zorgaanbod, zoals de regionalisering, blijkt dat de werkelijkheid nooit overeenkwam met wat het (overheids)beleid ervan verwachtte (Grünwald en Van der Kwartel, 1996). Gewenste rolverdelingen dienen tegen die bestuurlijke werkelijkheid te worden gewogen. Lessen uit het verleden leren dat de werelden van volksgezondheid, zorg en welzijn worden gekenmerkt door de aanwezigheid van een grote variëteit van sociale, geografische, organisatorische, bestuurlijke, informatietechnologische en professionele netwerken. Deze netwerken zijn (groten)deels gescheiden van elkaar en binnen afzonderlijke institutionele regimes ontwikkeld, maar houden ook verband met het feit dat de geschikte functionele schaalgrootte voor verschillende voorzieningen varieert. Het levert per definitie problemen op wanneer organisaties zich volgens nieuwe ordeningsconcepten voor integrale beleidsvoering moeten gaan gedragen.

De verschillende sectoren raken wel, vooral door druk van buitenaf, steeds meer vervlochten met elkaar. Op knooppunten, bijvoorbeeld tussen wonen en zorg, verslavings- en jeugdzorg, preventie en cure, worden burgers, professionals en uitvoerders echter geconfronteerd met beperkte mogelijkheden om in te spelen op de behoeften. Die behoeften van burgers zijn, vanuit een bestuurskundig perspectief, niet of moeilijk objectief te kenschetsen en lastig te beheersen. De klassieke opvatting van sturing gaat er vanuit dat behoeften, bijpassend beleid en de gevolgen van dat beleid objectief kenbaar en lokaliseerbaar zijn.

In een tijd van financiële en beleidsinhoudelijke onzekerheid kan dit een aantrekkelijke gedachte lijken. Ondanks de onderkenning van afstemmingsproblemen tussen de schakels van zorg- en dienstverlening wordt vaak te snel overgegaan tot complexiteitsreductie via de introductie van nieuwe ordeningsprincipes. Dat risico bestaat ook wanneer concepten zoals integrale beleidsvorming en regie door de gemeente als panacee voor een veelzijdige problematiek worden gepresenteerd. Het risico is dat een aanbodgeoriënteerde benadering van de behoeften van burgers opnieuw het resultaat is. Beck spreekt in dit kader bij het ketenconcept van de illusie van voorspelbaarheid en beheersbaarheid. Het is namelijk zeer de vraag of het in samenhang zien en benoemen van allerlei verschillende activiteiten recht doet aan de complexiteit en dynamiek van de behoeften van burgers, aan de verschillende organisatorische en bestuurlijke schaalniveaus en de vervlechting van publieke en private verantwoordelijkheden.

Elk netwerk van voorzieningen dat bij de verknoping ervan betrokken is kent een set van eigen actoren, met eigen verantwoordelijkheden, doelen, waarden en belangen. Verschillende bestuurskundige leerstukken, zoals de wet van de vereiste variëteit, leren dat complexiteit enkel beheersbaar kan worden door de inzet van complexe en gevarieerde sturingsmechanismen. Dat relativeert het potentiële sturende vermogen van de lokale overheid in de beschreven netwerken van gezondheids- en zorgbeleid.

Belangrijk is daarom het hanteren van een procesbenadering in de uitoefening van bestuurlijke rollen, waarbij het realiseren van open relaties en het vermijden van in zichzelf gekeerdheid bij de betrokken organisaties centraal staat. In het geschetste bestuurlijk perspectief is dat gedaan. Zo'n model biedt geen sluitende oplossingen voor sturingsvraagstukken rond integraal gezondheids- en zorgbeleid in vervlochten netwerken, maar handvatten om met de complexe praktijk om te gaan. Grünwald en Van der Kwartel (1996) steunen dit en stellen dat de gezondheidszorg zich lastig laat sturen vanuit modellen, omdat historisch gegroeide omgangspatronen sterk sturend zijn. Sturingsmodellen die uitgaan van regionaal of lokaal afgebakende gebieden waarbinnen integraal beleid bereikt zou moeten worden zijn volgens hen in deze sectoren een hersenschim.

Het zou belangrijker zijn om 'in de sfeer van de randvoorwaarden de ontwikkelingen enigszins beheersbaar te houden' die de trend begeleiden richting decentrale (regionale en loka-

le) netwerken van voorzieningen. Het is kortom van belang de randvoorwaarden op verschillende bestuurlijke niveaus te realiseren die de processen van integrale beleidsvorming ondersteunen. Alvorens die randvoorwaarden nader in te vullen is het van belang om de rol van de gemeente nu nader te definiëren.

5.2 Aanbeveling 2: definieer de aard en reikwijdte van de bestuurlijke rollen

Een kwestie betreft de aard en reikwijdte van de regierol van de gemeente: hoever gaat die rol en welke consequenties heeft deze rol? In deze notitie zijn drie dimensies aangereikt die bij de beantwoording van die vragen in ogenschouw genomen moeten worden.

- a. De dimensie autonomie en medebewind. Het verdient aanbeveling helder te maken welke taken tot autonome gemeentelijke taken zouden moeten behoren, dan wel welke taken in medebewind moeten worden uitgevoerd. Met andere woorden, hoeveel beleidsvrijheid wordt gemeenten gelaten bij het invullen van een regierol? De relatie rijk-gemeenten staat hier centraal. Het rijk heeft een kader-scheppende rol en beoordeelt gemeenten op hun inspanningen om lokaal en regionaal netwerken te vormen van voorzieningen, ketens te realiseren en behoorlijk bestuur te leveren (zie tabel 1 en 2). De beleidsvrijheid van gemeenten zit in de wijze waarop ze dat doen, zoals bij het afspreken van omgangsregels en het sluiten van prestatiecontracten. Het is overigens steeds van belang te bezien of gemeenten een taak kunnen, willen en zullen uitvoeren. Daarbij zijn financiën, professionaliteit en politiek-bestuurlijk wil van grote invloed (zie de andere aanbevelingen).
- b. De dimensie staat, markt en middenveld. Veel zorg- en welzijnsvoorzieningen worden door particuliere organisaties geleverd en georganiseerd. Gaat de gemeente in de organisatie en uitvoering een meer dominante rol spelen en welke gevolgen heeft dat voor bijvoorbeeld de rol van zorgverzekeraars en zorgaanbieders? Wie beslist bijvoorbeeld welke zorgvoorzieningen waar moeten komen en wie financiert dat? Welke gevolgen kan dit hebben voor de scheiding tussen indicatiestelling en uitvoering? Het uitgangspunt is hier dat de instellingen zelf het proces- en ketenmanagement in de hand hebben, maar dat de gemeente de proces- en netwerkachitectuur aanstuurt. De

gemeente kan zorg(pakketten) inkopen bij instellingen die onderling via openbare aanbesteding strijden om inkoopcontracten. De gemeente is aanspreekbaar op het resultaat dat hiermee geboekt wordt. De gemeente kan ook zelf voorzieningen ter hand nemen, maar gezien de historisch gegroeide verhoudingen in de sector, de terughoudende rol van de overheid, ligt dit niet in eerste instantie voor de hand. Het kan wel als 'stok achter de deur' dienen om prikkels voor doelmatigheid en kwaliteit uit te delen (zie tabel 1 en 2).

- c. De dimensie centralisatie en decentralisatie. Het is niet automatisch zo dat zorg-, gezondheids- en welzijnsvoorzieningen doelmatiger, meer legitiem (democratisch) en op maat gerealiseerd kunnen en zullen worden op lokaal niveau. Er zal nauwgezet bekeken moeten worden welke voorzieningen, vanuit het belang van uniformiteit van beleid en gelijke behandeling, alsmede vanwege een passende functionele schaalgrootte, centraal dan wel decentraal georganiseerd en uitgevoerd kunnen worden door de overheid, het particulier initiatief of de markt. Het ligt in eerste instantie voor de hand die voorzieningen onder de aansturing van gemeenten te brengen die raken aan huidige gemeentelijke taken. Te denken valt dan aan wonen, preventie, maatschappelijke dienstverlening, gehandicaptenzorg en dergelijke.

Een onderliggende en deels normatieve vraag is of de lokale overheid de publieke belangen in gezondheid en zorg kan en moet waarmaken. Het al dan niet succesvol introduceren van een regierol voor gemeenten hangt nauwgezet samen met de vraag naar de (politiek en bestuurlijk) gewenste mate van autonomie van gemeenten, de (politiek en bestuurlijk) gewenste en haalbare taakafbakening met private partijen en het karakter van de voorzieningen. De introductie van een regierol voor gemeenten vraagt dus om een nadere inhoudelijke bepaling van de grenzen van integraal gezondheids- en zorgbeleid, alsmede om de bepaling ten koste van wat en wie de regie hierbij door de gemeente zal gaan. Aan te bevelen valt om daarbij niet op de uitersten van de pendule tussen markt en overheid terug te vallen, maar uit te gaan van het netwerkparadigma, waarin de gemeente de verbindingen tussen netwerken van zorg, volksgezondheid en welzijn legt. In de gepresenteerde box 5 met bestuurlijke rollen en relaties is dat gedaan. Zowel publieke als private (non profit en for profit) stakeholders spelen een rol.

5.3 Aanbeveling 3: detecteer en realiseer noodzakelijke randvoorwaarden

Naast een inhoudelijke uitspraak over de reikwijdte van de rol van gemeenten is het van belang de condities te schetsen waaronder een regierol werkt dan wel niet werkt. Het realiseren van randvoorwaarden voor afstemming van beleidsvelden is wellicht zelfs belangrijker dan het ontwerp van nieuwe ordeningen ‘as such’.

Politiek-bestuurlijke randvoorwaarden

De rol van procesarchitect suggereert dat de gemeente instrumenten in handen heeft om netwerken te construeren en te faciliteren, alsmede de omgangsregels daarbinnen te kunnen (bij)sturen. Wat is daar, naast deze wettelijke verankering in bijvoorbeeld een Wet op de Maatschappelijke Dienstverlening, voor nodig?

In termen van het eerder beschreven 5 S-model betekent dit dat de gemeente voelsprietten moet hebben om het huidige netwerk van voorzieningen in kaart te brengen, te kennen en te vertrouwen. Dat vergt veel van het communicatief instrumentarium (bijvoorbeeld via interactieve beleidsvorming) en om bestuurskracht. De vraag is of de situatie op dit moment in alle gemeenten zodanig is dat aan alle 5 de S-en in het model voldaan kan worden. Samenwerking op regionaal niveau zal noodzakelijk zijn, vooral wanneer kleine gemeenten individueel de professionaliteit en middelen ontberen om de taken adequaat uit te kunnen voeren.

Daarnaast zullen juridisch en financieel-economisch de bevoegdheden en middelen aangeleverd moeten worden bij de taak die de gemeente wordt toebedeeld. Juridisch kan een aantal regelingen beter op elkaar afgestemd worden. Financieel-economisch is van belang middelen bij verruiming van taken te voegen. Indien de gemeente (deels) zeggenschap krijgt over zorgvoorzieningen, wat betekent dit dan voor de verdeling van gemeentelijke middelen en wat betekent het voor de werking van het verzekeringensysteem? Aan te bevelen valt om voor het lokaal beleid een ‘gereedschapskist’ van juridische, financieel-economische en communicatieve instrumenten te voegen bij het verruimen van het gemeentelijk takenpakket, zodat lokaal bekeken kan worden welke ‘tools’ het meest bruikbaar zijn om effectief in te kunnen spelen op behoeften en trends.

Een belangrijke randvoorwaarde is ook politiek-bestuurlijk leiderschap. De bestuurders, managers en professionals moeten leidinggevende kwaliteiten hebben om ketens te realiseren, processen af te stemmen en met gezag te communiceren. Er zal dus aandacht moeten zijn voor de ontwikkeling van bestuurlijke competenties die de nadruk leggen op: procesmanagement, ketenmanagement, reputatie- en relatiemanagement en de betekenis van regisseren in de context van de volksgezondheid en zorg.

Financieel-economische randvoorwaarden

Bij de decentralisatie van taken naar gemeenten moet niet enkel de mate van beleidsvrijheid van gemeenten duidelijk omschreven zijn, maar moeten ook de middelen beschikbaar zijn of komen om deze taken uit te kunnen voeren. Decentralisatie in het kader van bezuinigingen, zo stelden we met een citaat van Derksen eerder in deze notitie, zal in zeer beperkte mate leiden tot commitment van de uitvoerders aan de doelen van het beleid. Daarmee komen we aan een andere randvoorwaarde, namelijk die van draagvlak. Dat is bij gemeenten beperkt indien decentralisatie niet gepaard gaat met financiële en beleidsinhoudelijke ruimte in de uitvoering.

Maatschappelijke randvoorwaarden

Hier moet vooral onder worden verstaan het draagvlak voor beleid. De vraag dient gesteld te worden in hoeverre er maatschappelijk draagvlak bestaat voor een andere rol voor gemeenten. Dat heeft namelijk gevolgen voor de rol die andere partijen spelen, zoals zorgverzekeraars, zorgaanbieders en burgers. Lokaal gezondheids- en zorgbeleid is slechts dan mogelijk als de betrokken partijen intensief met elkaar samenwerken (Van Dijk, 2001). Daar is wederzijds vertrouwen voor nodig. De vraag of draagvlak en vertrouwen bestaan moet vanuit verschillende perspectieven beantwoord worden:

- Vanuit het perspectief van de *burger* is de vraag gerechtvaardigd of en waarom het lokale overheidsperspectief te verkiezen valt boven bijvoorbeeld de individuele keuzevrijheid, de markt. De gemeente is weliswaar de overheidslaag die het dichtst bij de burger staat en waar burgers vaak bekend mee zijn, maar het is de vraag of burgers het eens zullen zijn met een gemeentelijk perspectief op zorg dat strijdt met hun individuele keuzevrijheid op de markt. Met andere woorden, helderheid is nodig over de rol van de burger. Hoe verhoudt de individuele keuzevrijheid voor de burger in zijn rol als 'klant' in meer marktconforme verhoudingen zich tot integraal lokaal zorgbe-

leid dat wordt geregisseerd door de gemeente? Is de burger klant, coproductent van beleid of passief onderdaan? In de ketens van voorzieningen is het vanuit een bestuurskundig perspectief aan te bevelen de burger te benaderen als coproductent van en in de keten. Door inspraak, beïnvloedingsmogelijkheden (aan tafel zitten door patiënten) en regels voor informatievoorziening en behoorlijk bestuur, krijgt de burger dan de kans om de voorzieningen mede vorm te geven. Dit vergroot de betrokkenheid bij en het draagvlak voor het beleid.

- Vanuit het perspectief van de (veelal *private*) organisaties die in de uitvoering actief werkzaam zijn is het de vraag in hoeverre draagvlak voor een meer regisserende gemeente aanwezig is, alsmede hoe dit zich verhoudt tot onder meer de rol van de zorgverzekeraar. Indien de gemeente treedt in de (regie)rol van zorgverzekeraars en aanbieders van zorg moet rekening gehouden worden met mogelijk gebrek aan draagvlak bij die partijen voor deze nieuwe gemeentelijke rol. Hier zullen de inrichting van de uitvoeringsprocessen in de keten en de wederzijdse communicatie over de taakuitoefening cruciaal zijn. Voor de wetgever is het van belang een nieuwe Wet op de Maatschappelijke Dienstverlening nauwkeurig af te stemmen op de Verzekeringswetten.
- Vanuit het perspectief van gemeenten zelf valt te stellen dat bij een uitbreiding van autonome taken en beleidsvrijheid op lokaal niveau, draagvlak pas ontstaat als ook de benodigde middelen bestaan om de taken uit te voeren. Indien het vooral zal gaan om taken in medebewind, op een zodanige wijze dat de gemeente tot een loket van nationaal beleid wordt, is het draagvlak bij lokale overheden beperkt.

Aangezien sprake is van een grote mate van variatie in actoren en belangen, en veel ambiguïteit omtrent de te bereiken doelen, is het realiseren van deze randvoorwaarden minstens zo belangrijk als een vooraf bedachte (ideaaltype) rolverdeling. Het gaat erom de variatie en onzekerheid hanteerbaar te maken in relaties en interacties tussen de stakeholders. In het eerder weergegeven schema van bestuurlijke relaties in het meervoudige besturingsperspectief is dat gedaan via mechanismen voor coördinatie, samenwerking en toezicht.

Technische randvoorwaarden

Technische condities die nodig zijn voor de geschetste rolverdeling zijn de aanwezigheid van de benodigde tools (beleidsin-

strumenten), beleidsvrijheid om met die instrumenten in te kunnen spelen op behoeften van burgers (dus niet automatisch een uitvoeringsloket van de centrale overheid) en het realiseren van transparantie, zodat de taken inzichtelijk uitgevoerd en gecontroleerd kunnen worden. Dat betekent ook het ontwikkelen van de inhoudelijke en bestuurlijke competenties bij gemeenten om zorgaanbod te beoordelen, voorzieningen af te stemmen en outputcriteria te ontwikkelen, bijvoorbeeld in termen van gezondheidswinst.

Om prestatiecriteria vast te stellen, meetbaar te maken en te koppelen aan financiële middelen is het van belang producten te kunnen typeren en daarover vakinhoudelijke en bestuurlijke consensus te vergaren. De fundamentele vraag is of elk product in dergelijke criteria valt onder te brengen en of we meten wat we willen meten. Transparantie tussen vakgebieden en sectoren is van belang om de ontschotting van de verscheidene institutionele regimes voor de organisatie, uitvoering en financiering te bevorderen. De inzet van ICT en de ontwikkeling van nieuwe organisatieconcepten daarbij zijn cruciaal, maar ook de uitwisseling van 'best practices' tussen gemeenten en de ontwikkeling van publiek leiderschap (Koomans et al., 1994; Oudendijk et al., 2002). De mate waarin met deze instrumenten afstemming bereikt kan worden tussen zorgverzekeraars, professionals en lokale overheden bepaalt in hoge mate de slaagkans van de nieuwe gemeentelijke rol bij het verkopen van lokale netwerken van voorzieningen.

5.4 Aanbeveling 4: hanteer een procesmatige benadering in de uitvoering

Tenslotte is er – naast de rolopvatting en de benodigde randvoorwaarden om tot roluitoefening te komen – de kwestie van de wijze waarop het uitvoeringsproces wordt ingericht. Dat gaat over de relatie tussen beleid en uitvoering. Indien decentralisatiebeleid wordt beschouwd door de centrale overheid als een 'toestand', waarbij taken van centraal naar decentraal niveau zijn verlegd, domineert het denken in verantwoordelijkheden, financieringsstructuren en systemen.

De verwachting daarbij is dat bij het verleggen van verantwoordelijkheden deze ook als zodanig uitgevoerd zullen worden. De realiteit is veelal dat die nieuwe taken en verantwoordelijkheden terecht komen in een bestuurlijke praktijk met reeds bestaande omgangsnormen, eigen codes en gewoonten

(cultuur). De wijze waarop de roluitoefening door gemeenten plaatsvindt hangt af van de lokale verhoudingen tussen woningcorporaties, welzijnsinstellingen, wethouders, lokale ondernemers en dergelijke. Persoonlijke verhoudingen zijn daarbij niet zelden onbelangrijk en sturen de wijze waarop het beleid uitwerkt.

Het is daarom aan te bevelen om het denken in structuren en uniformiteit van beleid te verleggen naar het denken in termen van het management van processen en variëteit. In het gepresenteerde besturingsperspectief is dat gedaan door de rolverdeling te koppelen aan verschillende typen verantwoordelijkheden en in te zoomen op de betekenis hiervan voor de relaties en interacties in netwerken en op verschillende bestuurlijke niveaus. Vanuit deze benadering is decentralisatie van verantwoordelijkheden naar gemeenten vooral een proces van aanpassing voor zowel hogere als lagere overheden, waarbij toespitsing op lokale omstandigheden de ruimte krijgt. Dat vraagt enerzijds om acceptatie van algemene kaders waarbinnen geopereerd moet worden en anderzijds om de acceptatie van verschillen in de uitvoeringsprocessen tussen lokale netwerken. De balans kan enkel worden gevonden als ook bij de uitvoering van taken in medebewind beleidsruimte bestaat voor gemeenten om in te spelen op lokale en regionale behoeften.

Naast het verankeren van verantwoordelijkheden en bevoegdheden is het daarom minstens zo belangrijk om de veranderingsprocessen te managen en procescriteria voor de uitvoering te ontwikkelen. Bijvoorbeeld omtrent behoorlijk bestuur, participatie door burgers en maatschappelijke groeperingen, kwaliteit van zorg en beleid, en de ontwikkeling van een (nieuwe) conceptie van gelijke toegankelijkheid. In de rol van procesarchitect kan de gemeente deze zaken centraal stellen. Vandaar dat – op basis van het multi-level sturingsperspectief – sprake is van een gemengd scenario voor gemeenten: de gemeente is zowel planner in de sfeer van de wettelijk verankerde taken en verantwoordelijkheden in zorg en dienstverlening, als procesarchitect als het gaat om het richting geven aan en managen van de relaties tussen bestuurslagen tijdens beleidsvormings-, uitvoerings- en verantwoordingsprocessen. In tabel 4.1 en 4.2 is aangegeven hoe beide rollen ingevuld kunnen worden.

Aan te bevelen valt om in de implementatiestrategie bij de introductie van de (deels) nieuwe rollen een stappenplan te hanteren. Gedacht kan worden aan de praktische invoering

van nieuwe wettelijke taken in tranches, zodat gemeenten ook hun deskundigheid kunnen ontwikkelen en middelen zo efficiënt mogelijk in kunnen zetten, zodat ook andere stakeholders zich aan veranderende rollen kunnen aanpassen. Te denken valt aan de mogelijke afbouw van de taken van zorgkantoren en indicatieorganen en aan het veranderende takenpakket van de GGD. Ondersteuning en begeleiding voor gemeenten, bijvoorbeeld via een helpdeskfunctie, is bij dit alles relevant.

6 Conclusies

Drie vragen stonden in deze notitie centraal. In de eerste plaats de vraag naar de huidige en alternatieve rollen van de gemeente in de volksgezondheid en zorg. In de tweede plaats de vraag naar de wijze waarop de gemeente bij kan dragen aan integrale beleidsvoering in dat speelveld. De derde vraag betrof de betekenis hiervan voor de rolverdeling met andere actoren. De invulling en uitvoering van een regierol voor gemeenten is vertaald naar een gecombineerde rol als planner en als procesarchitect. Dit combineert een meer hiërarchisch sturingsmodel waarin de gemeente als centrale beleidsvoerder doelstellend te werk gaat en regels in een netwerk stelt, met een sturingsmodel dat uitgaat van arena's waarbinnen wederzijdse afhankelijkheden centraal staan en de gemeente doelzoekend te werk moet gaan om samen met de stakeholders te bepalen hoe er met elkaar wordt omgegaan en welke resultaten geboekt moeten worden.

Aan de nieuwe bestuurlijke rolverdeling in de volksgezondheid en zorg zijn daardoor wel een aantal uitvoeringskwesties verbonden. Deze notitie biedt geen pasklare en uniforme oplossingen, maar wel handreikingen om die kwesties aan te pakken. Deze handreikingen liggen op het terrein van het te kiezen bestuurlijke perspectief, de definiëring van de rol van gemeenten (en de verwachtingen daarbij), de randvoorwaarden die nodig zijn om de rol en verwachtingen waar te maken en de implementatiestrategie bij dit alles. Enkele nadere conclusies zijn hieromtrent te trekken (hierbij worden successievelijk per deelvraag uit hoofdstuk 1 conclusies getrokken).

De gemeentelijke rol: planner én procesarchitect

De complexiteit en pluriformiteit van de wereld van gezondheids- en zorgbeleid leidt ertoe dat de rol van gemeenten zodanig ingevuld moet worden dat de focus komt te liggen op het aan elkaar verknopen van beleidsprocessen en netwerken met als doel het vinden van een werkbare balans tussen verschillende taken en verantwoordelijkheden van verschillende bestuurlijke actoren. De Rijksoverheid draagt een systeemverantwoordelijkheid en de gemeentelijke overheid de verantwoordelijkheid om dat systeem verder in te richten en de procesarchitectuur van de uitvoering in beleidsnetwerken te realiseren. De instellingen en organisaties die daarbinnen tot zorg op maat moeten komen zijn voor de verantwoorde zorg en dienstverlening verantwoordelijk.

De burger, tenslotte, draagt een eigen verantwoordelijkheid waar mogelijk. Elk van de stakeholders draagt zo haar deel in de verantwoordelijkheid voor het eindresultaat en is daarop aanspreekbaar. De gemeente moet daarbij kunnen switchen van een meer plannende en hiërarchisch sturende rol (bij het ontwikkelen van arenaregels en interactieregels) naar een procesmanagende rol (bij het beoordelen van criteria van behoorlijk bestuur, het vergroten van de betrokkenheid van burgers). De combinatie van beide rollen is belangrijk omdat:

- de behoefte aan *coördinatie* van voorzieningen groot is, hetgeen deels via planning, financiering, organisatie en uitvoering van voorzieningen binnen het systeem gerealiseerd moet worden;
- daarnaast de *bewustwording* bij stakeholders geprikkeld moet worden, namelijk dat verschillende culturen van werken, tradities en gewoonten, afgestemd zullen moeten worden en dat daar samenwerking en procesmanagement voor nodig is.

Succesvolle coördinatie kan niet zonder het op gang brengen van bewustwordingsprocessen. In deze nota is daarom een meervoudig besturingsperspectief gepresenteerd met een multi-level verantwoordelijkheidsverdeling en een bijpassende invulling van relaties en interacties tussen de stakeholders. Via systemen van toezicht en controle behouden zowel de overheid als beroepsorganisaties en cliënten mogelijkheden om in te grijpen als de verantwoordelijkheden verzaakt worden. De bewustwording kan worden gestimuleerd door onder meer het creëren van overlegsituaties omtrent gezamenlijke doelformulering en bijvoorbeeld door het sluiten van prestatiecontracten.

Randvoorwaarden realiseren

Een aantal voorzieningen, op terreinen zoals de preventie, jeugdzorg, verslavingszorg, en deels zaken zoals passende huisvesting voor doelgroepen, behoeven een meer plannende rol door gemeenten of met elkaar samenwerkende gemeenten (regionaal). Het verdient aanbeveling daar wettelijk de instrumenten toe te leveren, bijvoorbeeld door te bezien in hoeverre niet-zorgvoorzieningen die nu onder het verzekeringsstelsel vallen onder verantwoordelijkheid van gemeenten kunnen komen of op de markt beter afgestemd kunnen worden.

Te denken valt aan het woonbeleid, preventie of (ander) doelgroepenbeleid. De gemeente krijgt dan de taak contracten te sluiten met aanbieders omtrent de inkoop van voorzieningen, alsmede om hierbij inzichtelijk te maken welk product voor

welke prijs en kwaliteit aan de burger geleverd wordt. Echter, de rol als procesmanager is noodzakelijk om in de praktijk tot integrale afstemming te komen met alle partners in de volksgezondheid en zorg. Het is dan wel van belang om randvoorwaarden te realiseren, zoals de aanwezigheid van passend politiek-bestuurlijk instrumentarium, met name de afstemming tussen verscheidene juridische bevoegdheden en de ontwikkeling van communicatief instrumentarium, maatschappelijk draagvlak bij partners in volksgezondheid en zorg, financieel-economische mogelijkheden om taken lokaal uit te voeren en technische randvoorwaarden om het integraal gezondheids- en zorgbeleid op een transparante en voor burgers beïnvloedbare wijze te realiseren.

In deze nota zijn per type bestuurlijke relatie een aantal instrumenten en randvoorwaarden aangereikt die hiertoe bij kunnen dragen (zie schema met bestuurlijke relaties). Inspraak, ICT, behoorlijk bestuur en zorgvuldig procesmanagement zijn van groot belang, omdat elke nieuw ingestelde structuur vaak al achterhaald lijkt op het moment van inwerkingtreding. Een nieuw besturingsperspectief moet daarom flexibel in kunnen spelen op de veranderingen in de omgeving en de gemeente moet daarbinnen flexibel kunnen wisselen van rol.

Vraagpunten bij een uitvoeringsstrategie

Aan het einde van dit onderzoek blijven enkele onzekerheden met vraagpunten bestaan omtrent de uitvoerbaarheid van het geschetste bestuurlijk perspectief voor de volksgezondheid, zorg en dienstverlening, waarbij de gemeentelijke overheid een sterker sturende rol krijgt.

1. Om integrale beleidsvoering te bereiken is het noodzakelijk precies te weten waar de verknoppingen tussen de netwerken van volksgezondheid, zorg en welzijn bestaan, waar spanningen tussen taken en verantwoordelijkheden zich voordoen en hoe de betrokken partijen denken over integrale beleidsvoering en samenwerking. Pas dan kunnen alle consequenties van een andere rolverdeling worden overzien, voor zowel de verschillende overheden als het particulier initiatief en de markt. Het is van belang dit nader in kaart te brengen.
2. Vanuit politiek perspectief is het ook van belang om de rol van gemeenten te doordenken op de gevolgen voor de keuzevrijheid van burgers en voor de gewenste verhouding tussen staat, markt en maatschappij. De uitkomst van die afwegingen bepaalt mede de politiek ge-

- wenste en haalbare rolverdeling tussen alle stakeholders.
3. Vanuit een bestuurlijk perspectief is het daarnaast van belang te constateren dat het huidige speelveld sterk verkokerd is. Een nieuwe rolverdeling wordt niet in een nieuwe ‘blanco’ situatie ingevoerd, maar in een bestaand speelveld met gevestigde belangen en posities. De nieuwe rolverdeling wordt in die praktijk vertaald. Daardoor ontstaan lokaal verschillen en is beleidsruimte nodig om aan lokale omstandigheden tegemoet te komen. De wijze waarop een aantal partijen zich bestuurlijk vervolgens zal gaan gedragen verdient monitoring, zodat steeds beter ingespeeld kan worden op de uitvoering van integraal beleid en zodat ongewenste situaties in de zin van een onvoldoende taakuitoefening kunnen worden voorkomen of tegengegaan.
 4. Al te hoge verwachtingen van succesvolle integrale beleidsvorming als gevolg van de regie van gemeenten brengt risico's met zich mee. Schuyt stelde in 1980: “Integraal beleid is een mooi en soms moeilijk bereikbaar ideaal”. Immers, wat past er beter bij een situatie van vele beleidslijnen, verkokering en fragmentatie dan een heldere aanpak gericht op afstemming en coördinatie van beleid. Zeker als integraal beleid erop is gericht om vooraf te bepalen wat integraal is en hoe de schakels in een keten aan elkaar verbonden moeten worden is de onderliggende veronderstelling dat alle kennis en informatie aanwezig is om tot een dergelijke integraliteit te kunnen komen, dat er draagvlak en medewerking in het veld is om dit te bereiken, alsmede dat de techniek en vaardigheid om de schakels te verbinden aanwezig is. Dit is een ideaaltypische situatie die als mythe wordt aangeduid (Tjeenk Willink, 1984). Hupe en Klijn spreken vervolgens over het risico van de ‘decentralisatieval’: de veronderstelling dat sturingstekorten automatisch worden vermeden door sturingsambities op gemeenten te projecteren. Ook gemeenten kunnen deze ambities niet automatisch waarmaken. Gezien de variëteit van actoren, belangen en doelen die in de domeinen van zorg, gezondheid en welzijn aanwezig zijn, is een benadering gericht op uniformiteit, systematiek en overzicht niet de meest passende. Een aanpak gericht op variëteit, initiatief en leren van unieke gevallen en ‘best practices’ ligt meer voor de hand. Dat betekent voor de rol van de gemeente dat ze noodzakelijkerwijs in een aantal netwerken de spelers gezamenlijk naar passende

doelen laat zoeken en het integraal beleid van onderop tot ontwikkeling laat komen, weliswaar binnen een kader van criteria waaraan het eindresultaat getoetst zal worden.

5. Tenslotte nog een opmerking omtrent legitimiteit en verantwoording. Eerder is al opgemerkt dat vooral kleinere gemeenten de taken in de volksgezondheid, zorg en dienstverlening gezamenlijk met andere gemeenten zullen moeten organiseren en uitvoeren, vanwege te beperkte middelen en professionaliteit. Op vele andere beleidsterreinen zien we dezelfde ontwikkeling, van veiligheid tot sociale zekerheid. Dit heeft tot gevolg dat een uitdijende vierde bestuurslaag aan de horizon opdoemt tussen gemeenten en provincies in. Dit roept tenminste twee vragen op. Het vergt namelijk de nodige afstemming tussen meer bestuurslagen en het noopt tot nadenken omtrent de gewenste democratische controlebaarheid van de organisatie en uitvoering van publieke voorzieningen.

7 Slotwoord

Om blijvend zicht te krijgen en houden op de invulling en betekenis van een nieuwe rolverdeling in het speelveld van volksgezondheid en zorg is monitoring van de roluitoefening van belang. Noch een eenduidige gebiedsindeling, noch een juridisch afgebakende regierol voor gemeenten zal namelijk automatisch leiden tot integrale beleidsvoering. Om dat te bereiken is het cruciaal een situatie te creëren waarin ruimte ontstaat om in te spelen op lokale behoeften, gebruik te maken van ‘best practices’ en recht te doen aan de functionele schaal-grootte van afzonderlijke voorzieningen en historisch gegroeide werkverhoudingen. Het geschetste meervoudige bestu-ringsperspectief biedt die mogelijkheden, mits aan een aantal noodzakelijke randvoorwaarden, zoals juridische verankering van de geschetste rolverdeling, maatschappelijk draagvlak voor de meer prominente rol van gemeenten, passende instrumenta-ria per stakeholder en countervailing powers door patient empowerment, wordt voldaan. In dat geval kan een balans tussen de plannende rol en de rol van procesarchitect bij ge-meenten ontstaan, waardoor de aanwezige lokale variëteit en professionaliteit worden benut ten behoeve van een meer samenhangend netwerk van voorzieningen. Pas dan volgt het bestuur de zorg in plaats van andersom.

Noten

- ¹ Deze paragraaf is mede gebaseerd op K. Putters en M. Bekker (2003), ‘Verknoping van lokale netwerken van volksgezondheid en zorg’. Handboek voor de Sociale Sector. Elsevier (in druk).
- ² Zie de achtergrondstudie van mr. M. de Lint over taken en bevoegdheden in het lokale gezondheids- en zorgbeleid.
- ³ Zie bijlagen 2 en 3.
- ⁴ Zie bijlage 1 over argumenten pro en contra decentralisatie.

Bijlagen

Bijlage 1

Argumenten voor en tegen decentralisatie

Verschuivingen in rolopvattingen hebben vaak te maken met bewegingen op het terrein van functionele en territoriale decentralisatie. Er zijn verscheidene argumenten op te voeren contra dan wel pro decentralisatie van taken en verantwoordelijkheden. De argumenten voor decentralisatie van taken naar gemeenten (Decentralisatienota, 1980):

Argumenten pro decentralisatie

- bevorderen democratische legitimatie: dichtbij burgers;
- te sterke neiging tot overregulering bij centrale overheid;
- toegankelijkheid lokaal bestuur is groter;
- beleidsvoering op kleinere schaal is efficiënter;
- beleidsvoering op kleinere schaal is effectiever door meer; beschikbare informatie over doelgroepen;
- centrale overheid is overbelast.

Bronnen: RIVM, 2003; Derksen, 2001; Decentralisatienota, 1980.

In de huidige politiek-bestuurlijke en economische situatie zou hier nog de noodzaak van bezuinigingen voor de centrale overheid aan toegevoegd kunnen worden. De Decentralisatienota noemde ook argumenten tegen decentralisatie:

Argumenten contra decentralisatie

- wenselijkheid van uniformiteit van beleid;
- vraagstukken van (inter)nationale reikwijdte;
- noodzaak macro-economische (kosten)beheersing;
- gelijkheid burgers vraagt om gelijke behandeling;
- beleidsvoering op grote schaal is efficiënter;
- in het kader van rechtsbescherming blijft een beroepsinstantie op hoger niveau noodzakelijk, ook als de gemeenten taken uitvoeren.

Bronnen: RIVM, 2003; Derksen, 2001; Decentralisatienota, 1980.

De Commissie Franssen (1992) gaf soortgelijke argumenten aan. Voor decentralisatie noemde ze: participatie van burgers, maatwerk, vrijheid, variatie, bereikbaarheid, efficiëntie, beheersbaarheid, uitvoerbaarheid, democratische controle, bestuurbaarheid, integratiebeleid en uitvoering. Voor centralisatie pleitte volgens de commissie echter: uniformiteit, landelijke en externe effecten, rechtsgelijkheid, macro-economische sturing,

economische schaalvoordelen en ter wille van nationale politieke doelen. Het hangt dus sterk van het soort taak of voorziening af of het democratischer, dan wel effectiever en efficiënter is om deze centraal dan wel decentraal te organiseren en uit te voeren. Het kader van democratische legitimatie en beheersbaarheid is een normatief toetsingskader voor de keuze tussen decentraal-centraal. Dat betekent ook dat de uitkomsten niet eenduidig zijn. Het kan bijvoorbeeld vanuit het oogpunt van democratische legitimatie beter zijn om een taak op gemeentelijk niveau uit te oefenen, terwijl vanuit het oogpunt van beheersbaarheid de rijksoverheid de meest aangewezen partij is. Andersom kan ook, namelijk een landelijk beleid dat de gelijke toegang tot voorzieningen verankert, terwijl het doelmatiger is om het beleid decentraal op maat uit te voeren. Dit dilemma zorgt ervoor dat in Nederland de nationale overheid veelal kaders vaststelt waar de lokale overheid weinig aan kan tornen, en welke ze slechts uit kan voeren. De veel gehoorde klacht van gemeenten is daardoor dat ze verworden tot uitvoeringsloket zonder al te veel beleidsvrijheden.

Bijlage 2

Gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en eerstelijnszorg: nadere positionering in lokaal bestuur

Het overdragen van de verantwoordelijkheid voor zowel de beleidsvorming als uitvoering van beleid naar lagere overheden gebeurt op velerlei terreinen die van belang zijn voor de volksgezondheid. Bijvoorbeeld het jeugdbeleid, wonen, vervoer, veiligheid, milieubeleid en sociaal beleid (Booij-Fuite, 1989; Van Heffen en Kerkhoff, 1997). Een duidelijk voorbeeld is het beleid gericht op de collectieve preventie, infectiebestrijding en de jeugdzorg. Op het gebied van de gezondheidsbescherming is de gemeente vooral regelgevend en uitvoerend actief. Bij de gezondheidsbevordering en preventie gaat het vooral om diensten die door de GGD worden aangeboden en door sociaal-culturele en onderwijsinstellingen die in meer of mindere mate door de gemeenten worden aangestuurd via bijvoorbeeld juridische instrumenten zoals vergunningen en door financieel instrumentarium zoals de subsidie.

In het kader van de wettelijke verantwoordelijkheden van de gemeentelijke overheid voor gezondheidsbevordering en –bescherming beschikken gemeenten, al dan niet in het kader van een gemeenschappelijke regeling met andere gemeenten, over een GGD. Momenteel wordt daardoor vooral via de GGD een belangrijk deel van het gezondheidsbeleid gevormd en uitgevoerd. Als het gaat om de zorgvoorzieningen heeft de gemeentelijke overheid een beperkte taak. In de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg was destijds een plannende rol ten aanzien van eerstelijnsvoorzieningen voorzien, maar dat is er niet van gekomen. Desondanks kunnen gemeenten via bijvoorbeeld huisvestingsbeleid wel invloed uitoefenen op de vestiging van zorgcentra, huisartsen en andere zorgvoorzieningen. Via de indicatiefunctie en door overleg met lokale en regionale zorgaanbieders kan de gemeente ook de toegankelijkheid (fysiek en financieel) van zorgvoorzieningen in de gaten houden en de kwaliteit bevorderen. De afhankelijkheid van aanbieders, verzekeraars en professionals is echter groot.

De rol van gemeenten heeft zich in de loop der tijd ontwikkeld in de richting van een viertal varianten: de kwaliteitsbewaker,

de makelaar, de zorgaanbieder en de vangnetfunctie (Booij-Fuite, 1989; Van Heffen en Kerkhoff, 1997; Van de Donk, 1997; Van Dijk, 2001). Met name in het kader van gemeentelijk welzijnsbeleid, volkshuisvestingsbeleid, jeugdgezondheidszorg en de preventie worden gemeenten geconfronteerd met gebrekkige afstemming van voorzieningen voor bepaalde doelgroepen, zoals ouderen en jeugd. Via advisering door de GGD moeten deze afstemming en de kwaliteit van voorzieningen bewaakt worden.

De gemeente vult daarmee de rol als *kwaliteitsbewaker* in. Als *makelaar* proberen gemeenten zorgaanbieders, consumenten, verzekeraars en bijvoorbeeld woningcorporaties hun beleid op elkaar te laten afstemmen. Soms kan het voldoende zijn om het overleg te initiëren en soms doen gemeenten ook zelf voorstellen, bijvoorbeeld ten aanzien van de huisvesting van zorgvoorzieningen. In de rol als *zorgaanbieder* zijn gemeenten terughoudend. Dit komt veelal pas aan de orde als het private initiatief het laat liggen. Via deze rol kunnen gemeenten soms ook randvoorwaarden realiseren voor andere zorgaanbieders, bijvoorbeeld door de aanschaf en het beheer van gebouwen waardoor een basis voor betere samenwerking kan ontstaan. Dit kan een tijdelijke rol zijn, als gemeenten de voorzieningen later overdragen aan particulier initiatief. In de *vangnetfunctie* op terreinen als welzijn, huisvesting, werkgelegenheid en bijstand, welke nauw verbonden zijn met zorg en volksgezondheid, kunnen gemeenten vooral via doelgroepenbeleid achterstanden aanpakken. Dit kan een signaalfunctie hebben in het kader van de kwaliteitsbewaking ten aanzien van de voorzieningen voor die doelgroepen.

Bijlage 3

Herwaardering van het lokaal bestuur: enkele recente rapporten

De invoering van dualisme, integrale beleidsvoering en regierollen draagt het risico met zich dat hoge verwachtingen worden gewekt. De praktijk is veelal incrementeel en verandering gaat met kleine stappen gepaard. Het uitblijven van succes leidt dan snel tot het zoeken van het heil in een van de andere besturingsparadigma's. De herontdekking van lokaal bestuur komt na een periode van centralisatie richting rijksoverheid en een roep om het realiseren van klantgerichtheid en doelmatigheid via marktwerking.

Op lokaal niveau hebben privatisering en verzelfstandiging belangrijke consequenties gehad. Het realiseren van marktconforme verhoudingen, ook in sectoren van sport, welzijn en zorg, stond en staat deels nog centraal. Een belangrijke vraag is of de beweging nu weer richting meer lokale overheid gaat. Voor een betrouwbaar bestuur is ook consistentie nodig in rolopvattingen. Voorkomen moet worden dat de pendule naar uitersten doorschiet en zich van markt naar overheid beweegt.

We moeten in gedachten houden wat de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling in haar advies *Bevrijdende Kaders* zo pregnanter naar voren brengt, namelijk dat voorkomen moet worden dat de overheid in rolverwarring verstrikt raakt door aan de ene kant een appel op de rol van een der spelers in het maatschappelijk krachtenveld die op de achtergrond regisseert, en aan de andere kant de rol van de daadkrachtige sturende overheid. Het risico bestaat dat door deze verstriking verdere centralisatie optreedt. De RMO stelt (2003): "Het optreden van de overheid is zeker in het afgelopen decennium sterk geïnspireerd op semi-managementdenken. Dat heeft geleid tot een sterke instrumentalisering van bestuur en politiek en, merkwaardig genoeg, een sterk centralistische inslag van het overheidsbestuur. Gevolgen zijn onder meer een verlicht aanbodbestuur waar vraagsturing wordt beoogd, een opeenstapeling van sturingsinstrumenten, een meetindustrie die alle ruimte voor instellingen insnoert en een systeemlogica waar burgers nauwelijks iets van begrijpen".

De oplossing ziet de RMO – in algemene zin – in de combinatie van een kaderstellende overheid die op hoofdlijnen en volgens enkele kernregels stuurt en horizontalisering van verhoudingen waarbij instellingen en professionals zich vooral richten op burgers en elkaar en niet op de overheid. Horizontalisering vindt plaats binnen de aangegeven kaders, maar daarbinnen moet het mogelijk worden voor burgers om invloed uit te oefenen op de voorzieningen, onder meer door de mogelijkheid voorzieningen te vergelijken met elkaar. Daarvoor is het volgens de RMO nodig dat de centrale overheid dereguleert en lokale overheden meer beleidsruimte biedt, dat de overheid samen met veldpartijen prioriteiten stelt en verantwoordelijkheden toedeelt en gedifferentieerde verantwoordingsmogelijkheden realiseert, dat gestreefd wordt naar meer integraal beleid, dat er meer competitie ontstaat tussen publieke diensten om kwaliteit voor burgers te leveren, en dat burgers de mogelijkheid hebben invloed uit te oefenen op dienstverlening. De vraag is dus hoe dat te realiseren zonder een nieuwe vorm van centralistische aanbodsturing te stimuleren.

In het advies *Veiligheid op niveau* stelt de Raad voor het Openbaar Bestuur vergelijkbare vragen op het terrein van integraal lokaal en regionaal veiligheidsbeleid. De Rob komt ook tot de conclusie dat er een voortdurende druk bestaat richting verdergaande centralisatie, terwijl een beweging in de richting van de burger ontbreekt. De Rob stelt daarom een combinatie voor van schaalverkleining en schaalvergroting. De gedachte is dat gemeenten gezamenlijk een regionaal veiligheidsbestuur gaan vormen binnen de kaders van een wettelijk verplichte gemeenschappelijke regeling. Bij wet worden dan de minimum taken vastgesteld van zowel het regiobestuur als de gemeenten. Verschillende schakels van het veiligheidsbeleid, zoals brandweer, geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen en de politie, zouden hieronder moeten gaan vallen. De veiligheidsregio moet dan ook de middelen krijgen die nu bij de afzonderlijke schakels liggen, waarbij de centrale overheid de bedragen per inwoner vaststelt en de besteding lokaal geregeld kan worden.

De Rob zoekt de oplossing dus vooral in het verankeren van nieuwe verantwoordelijkheden en toedelen van middelen via de introductie van een nieuwe bestuurlijke actor met een centrale regisserende rol. De RMO vraagt meer aandacht voor de afstemming van bestaande werkwijzen en de betrokkenheid van actoren om doelen van integraal beleid te bepalen en de uitvoering vorm te geven (regisseren binnen centraal aangege-

ven beleidskaders). Hierbij sluit ook de WRR aan met het in 1997 verschenen rapport *Volksgesondheidszorg*. Naar de mening van de WRR moeten verantwoordelijkheden van overheden, verzekeraars, medici en klanten wel scherper worden omljnd. Gemeenten moeten daarbij vooral de regie voeren op het gebied van preventie en niet-medische vormen van zorg, de verzekeraars in de medische zorg (cure en care), de medici in de ontwikkeling van richtlijnen voor zorg en kwaliteit, en de patiëntenorganisaties zouden vooral een informerende rol naar elk van deze regisseurs in hun eigen domein moeten vervullen. Volgens de WRR kan deze verdeling van verantwoordelijkheden leiden tot samenhang in beleid en uitvoering.

Bijlage 4

Literatuur

Algemene Rekenkamer. Tussen beleid en uitvoering. Den Haag: Sdu Uitgevers, 2003.

Bekkers, V.J.J.M., et al. 2002. De keerzijde van verbonden netwerken: de relatie overheid-burger in de risicosamenleving. Delft: Eburon, 2002.

Beukenholdt-ter Mors, M.A., H.H.F.M. Daemen en L. Schaap. Participatiebevordering in het Nederlands openbaar bestuur 1975-2000. Rotterdam: Centre for Local Democracy, 2002.

Bijzondere Commissie Vraagpunten Decentralisatie (Commissie Franssen) 1992. Over decentralisatie is nog nooit een vers geschreven. Den Haag: Commissie-Fransen, 2002.

Booij-Fuite, A.M. Gemeenten en eerstelijnszorg. Den Haag: VNG, 1989.

Bruijn, J.A. de, E.F. ten Heuvelhof. Netwerkmanagement: strategieën, instrumenten en normen. Utrecht: Lemma, 1995.

Derksen, W. Lokaal Bestuur. Den Haag: Elsevier, 2001.

Dijk, J.P. van. Gemeentelijk gezondheidsbeleid: omvang en doelgerichtheid. Groningen: Northern Centre for Healthcare Research, 2001

Donk, W.B.H.J. De arena in schema: de betekenis van informatisering voor beleid en politiek inzake de verdeling van middelen onder verzorgingshuizen. Lelystad: Koninklijke Vermande, 1997.

Donk, W.B.H.J. De gedragen gemeenschap, Oratie. Tilburg: Universiteit Tilburg, 2001.

Frissen, P.H.A. 2001. De staat: een drieluik. Amsterdam: De Balie, 2001.

Garretsen, H., W. de Haes en M. Schrijver et al., 1994. Lokaal Gezondheidsbeleid.

- Grinten, T.E.D. van der, en J.P. Kasdorp. 'Choices in Dutch health care: mixing strategies and responsibilities'. *Health Policy*, 50, 1999, p. 105-122.
- Grünwald, C.A. en A.A.J. van der Kwartel. 1996. 'Orderingsprocessen in de gezondheidszorg: de ongreepbare regio'. *Beleid en Maatschappij*, 1996, no. 5, p. 223-263.
- Hakvoort, J.L.M. Territoriale decentralisatie: een onderzoek naar het functioneren van deelgemeenten te Rotterdam. Assen: Van Gorcum, 1980.
- Heffen, O. van en A.H.M. Kerkhoff. *Beleidsvoering in de algemene gezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum, 1997.
- Hupe, P.L. en E.H. Klijn. *De gemeente als regisseur van het preventief jeugdbeleid*. Utrecht: Sardes, 1997.
- Jeurissen, P.T.T. en K. Putters. *Orderingen in de Nederlandse gezondheidszorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2001.
- Koomans, L.P. *Bouwstenen voor gemeentelijk welzijnsbeleid: instrumenten voor de vorming van lokaal beleid*. Den Haag: Vuga, 1994
- Ministerie van Binnenlandse Zaken. *Decentralisatienota*. Den Haag: BiZa, 1980.
- Ministerie van VWS. *Beweging in de zorg*. Den Haag: VWS, 2002.
- Oudendijk N.C., et al. *Moderne patiëntenzorg in Nederland: van kennis naar actie*. Maarssen: Elsevier, 2002.
- Putters, K. *Anticiperen op marktwerking*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2003.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. *Gezondheid in de grote steden*. Den Haag: ROB, 2003.
- Veiligheid op niveau: een bestuurlijk perspectief op de toekomst van de veiligheidsregio's*. ROB: Den Haag, 2003.

Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling. Bevrijdende kaders: sturen op verantwoordelijkheid. Den Haag: RMO, 2003.

Raad voor het Openbaar Bestuur. Veiligheid op niveau: een bestuurlijk perspectief op de toekomst van de veiligheidsregio's. ROB: Den Haag, 2003.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. (o.a. De rollen verdeeld). Zoetermeer: RVZ, 1995-2003.

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Gezondheid in de grote steden: kernboodschappen. Bilthoven: RIVM, 2003.

Schrijvers, A.J.P. (eds). Health and healthcare in the Netherlands. Utrecht: De Tijdstroom, 1999.

Schuyt, C.J.M. De fragmentering van bestuur en beleid in de verzorgingsstaat. In: Gevers, J.K.M. en R.J. in 't Veld. Planning als maatschappelijke vormgeving. Deventer: s.n., 1980.

Teisman, G.T. Complexe besluitvorming: een pluricentrisch perspectief op besluitvorming over ruimtelijke investeringen. Den Haag: s.n., 1992.

Tjeenk Willink, H.D. De mythe van het samenhangend overheidsbeleid, Oratie. Zwolle: s.n., 1984.

Tops, P. en S. Zouridis. 2002. De binnenkant van de politiek. Amsterdam: Atlas, 2002.

Willems, D. en M. Veldhuis. Wegen in de zorg. Assen: Van Gorcum, 2002.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Volksgezondheidszorg. Den Haag: Sdu Uitgevers, 1997.

Achtergrondstudie 5

Verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden in het lokale gezondheids- en zorgbeleid

Mr. M. de Lint

1 Inleiding

Gegeven is de wens te komen tot een integraal lokaal gezondheids- en zorgbeleid. Een dergelijk beleid bestrijkt in beginsel alle aspecten van het maatschappelijk en sociaal-cultureel leven. Op bestuurlijk niveau zijn deze aspecten terug te vinden in de beleidsterreinen preventie, welzijn, zorg, wonen, mobiliteit, onderwijs/educatie, arbeid en bijstand. Hoewel deze aspecten vanuit de burger bezien onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden, blijkt de onderlinge samenhang op bestuurlijk niveau nogal eens te ontbreken. Dit hangt voor een deel samen met de toedeling van verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden, die per beleidsterrein en financiering verschilt. In deze studie wordt aan de hand van de vigerende wet- en regelgeving de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in kaart gebracht. Vervolgens wordt onderzocht in hoeverre deze toedeling in de weg staat aan een integraal lokaal gezondheids- en zorgbeleid.

Gezien de relatief korte termijn waarop de resultaten van deze studie beschikbaar moeten zijn, is het onderzoek beperkt tot de domeinen preventie, welzijn, wonen (inclusief mobiliteit) en zorg, omdat deze het meest relevant zijn voor de totstandkoming van het gewenste integrale beleid. Van het domein wonen (en mobiliteit) wordt bovendien in beginsel alleen het specifieke beleid in het onderzoek betrokken, dat wil zeggen het beleid dat is gericht op het behoud en/of de bevordering van zelfredzaamheid van mensen met een beperking.

De opbouw van deze studie is als volgt:

In de paragrafen 2 tot en met 5 wordt per beleidsterrein beschreven hoe de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden wettelijk is geregeld.

In deze beschrijving worden de volgende algemene bestuurlijke functies doorlopen:

- Beleidsontwikkeling: wie is verantwoordelijk voor de ontwikkeling van beleid, op centraal en op decentraal niveau? Welke mate van beleidsvrijheid is er op decentraal niveau?
- Uitvoering: wie voert het beleid uit en welke taken omvat dit? Hoe worden de taken uitgevoerd: in eigen beheer en/of door middel van diensten van derden?
- Toezicht: wie is formeel belast met het toezicht? En daarnaast: hoe is de rechtsbescherming van de burger ge-

regeld (ervan uitgaande dat ook de rechterlijke toetsing van het handelen van overheidsorganen en bestuursorganen een vorm van toezicht is)?

Daarnaast wordt, gezien de aan de adviesaanvraag onderliggende problematiek, specifiek in kaart gebracht of in de wettelijke toedeling van bestuurlijke functies ook is voorzien in een regiefunctie. Onderzocht wordt wie verantwoordelijk is voor de afstemming van het beleid en de uitvoering, zowel binnen het betreffende beleidsterrein als daarbuiten.

Behalve de verdeling van bestuurlijke functies wordt ook de wijze waarop de financiering en bekostiging per beleidsterrein is geregeld in beeld gebracht, aangezien dit gegeven onmiskenbaar van invloed is op de wijze waarop verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden kunnen worden waargemaakt.

Tenslotte wordt in kaart gebracht hoe de toegang tot de betreffende voorziening is geregeld. Het perspectief van waaruit dit onderwerp wordt belicht is nadrukkelijk dat van de burger, in tegenstelling tot de eerder genoemde aspecten, waar het perspectief uitgaat van het bestuurlijk niveau. Vragen die hierin aan de orde komen zijn:

- wie bepaalt de toegang tot de desbetreffende voorziening? (poortwachter, indicatiestelling of vrije toegang)?
- zijn er financiële drempels die de toegang (kunnen) beïnvloeden (eigen bijdragen)?
- is de toegang in rechte afdwingbaar?

Vervolgens wordt in hoofdstuk 6 de verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden over de verschillende beleidsterreinen in samenhang gezien. Daartoe wordt eerst aangegeven waar de raakvlakken zijn gelegen. Vervolgens wordt de vinger gelegd op de knelpunten die voortvloeien uit de 'kunstmatige' verdeling in verschillende domeinen. Daarin ligt het antwoord op de vraag in hoeverre de bestaande toedeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in de weg staat aan een integraal gezondheids- en zorgbeleid.

2 Collectieve preventie

2.1 Omschrijving beleidsterrein

Collectieve preventie is de bescherming en bevordering van de gezondheid van de bevolking of van specifieke groepen daaruit, alsmede het voorkomen en het vroegtijdig opsporen van ziekten onder die bevolking.

De Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (Wcpv) schept een wettelijk kader voor collectieve preventie en vormt tevens de grondslag voor het in medebewind roepen van gemeenten inzake collectieve preventie op het gebied van de volksgezondheid. De Wcpv geeft voorts een wettelijke basis aan de gemeentelijke gezondheidsdiensten (die tevoren ontbrak).

De Wcpv vormt aldus de basis voor het ontwikkelen van beleid op het gebied van collectieve preventie en voor de verdeling van taken en verantwoordelijkheden op dit terrein. In de Wcpv wordt in een aantal artikelen de grondslag gelegd om bij algemene maatregel van bestuur nadere bepalingen c.q. uitwerkingen te geven. Dit is gebeurd in het Besluit collectieve preventie volksgezondheid (Bcpv, Stb. 1992, 569). Daarnaast zijn er andere wetten in formele zin waarin bepaalde aspecten van de Wcpv nader zijn uitgewerkt, zoals de Wet op het Bevolkingsonderzoek en de Infectieziektenwet.

2.2 Verdeling van bestuurlijke functies

Op grond van de Wcpv is de *minister van VWS* op rijksniveau verantwoordelijk voor de kwaliteit en doelmatigheid van de collectieve preventie.

Beleidsontwikkeling

De *minister van VWS* dient op grond van de Wcpv (voor het eerst in 2002 en vervolgens elke vier jaar) bij nota landelijke prioriteiten op het gebied van collectieve preventie vast te stellen, alsmede een landelijk programma voor de uitvoering van onderzoek op dit terrein. De *gemeenteraad* is verplicht voor 1 juli 2003 en vervolgens elke vier jaar een nota gemeentelijk gezondheidsbeleid vast te stellen, waarin hij *tenminste* aangeeft hoe hij uitvoering geeft aan de hem bij/krachtens de Wcpv opgedragen taken.

Uitvoering

De uitvoering van de collectieve preventie is vrijwel geheel opgedragen aan de gemeenteraad. Hij heeft op grond van de Wcpv de volgende taken:

1. Het bevorderen van de totstandkoming en continuïteit van en de samenhang binnen collectieve preventie, alsmede de onderlinge afstemming tussen deze collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg. Ter verwezenlijking hiervan moet de Raad tenminste zorgdragen voor:
 - a. het verwerven van inzicht in de gezondheidssituatie van de bevolking. Deze taak omvat in ieder geval het eenmaal per vier jaar, voorafgaand aan de opstelling van de nota gemeentelijk gezondheidsbeleid, het op landelijk uniforme wijze verzamelen en analyseren van relevante gegevens (noot: nadere regeling in de Wet op het bevolkingsonderzoek);
 - b. het bewaken van gezondheidsaspecten in bestuurlijke beslissingen;
 - c. het bijdragen aan de opzet, uitvoering en afstemming van preventieprogramma's inclusief gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
 - d. het bevorderen van medisch-milieukundige zorg;
 - e. het bevorderen van technische hygiënezorg;
 - f. het bevorderen van de openbare geestelijke gezondheidszorg. Deze taak omvat in ieder geval het signaleren en bestrijden van risicofactoren op het gebied van de OGGZ, het bereiken en begeleiden van kwetsbare personen en risicogroepen, het functioneren als meldpunt voor signalen van crisis of dreiging van crisis bij kwetsbare personen en risicogroepen, het bieden van psychosociale hulp bij rampen en het tot stand brengen van afspraken tussen betrokken organisaties over de uitvoering van de OGGZ.
2. Het zorgdragen voor de uitvoering van de infectieziektebestrijding (noot: nadere regeling in de Infectieziektenwet). Deze taak omvat in ieder geval algemene infectieziektebestrijding, bestrijding van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA's) waaronder AIDS, tuberculosebestrijding, bron- en contactopsporing bij vermoeden op epidemieën van infectieziekten, het beantwoorden van vragen en geven van voorlichting en begeleiding.
3. Het zorg dragen voor de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg, dat wil zeggen de preventieve gezondheidszorg ten behoeve van personen in de leeftijd van 0 tot 19 jaar (noot: nadere regeling in c.q. raakvlak met het voorstel

van Wet op de Jeugdzorg). Ter verwezenlijking hiervan draagt de raad in ieder geval zorg voor:

- a. Het systematisch volgen/signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en –bedreigende factoren.
- b. Het ramen van behoeften aan zorg.
- c. Vroegtijdige opsporing en preventie van specifieke stoornissen met uitzondering van PKU, CHT en AGS en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma.
- d. Het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding.
- e. Het formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.

De gemeenteraad moet ter uitvoering van deze taken zorg dragen voor de instelling en instandhouding van een gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD). De GGD is een (inter-) gemeentelijke dienst. Juridisch gezien betekent dit dat de gemeenten de ingevolge de Wcpv op hen rustende taken in eigen beheer uitvoeren. De raad respectievelijk B&W is verplicht advies te vragen aan de GGD alvorens besluiten te nemen die belangrijke gevolgen kunnen hebben voor de collectieve preventie. De gemeenteraad moet ervoor zorgen dat de GGD in ieder geval beschikt over deskundigen op de volgende terreinen: geneeskunde; epidemiologie; verpleegkunde; gezondheidsvoorlichting en –opvoeding; tandzorg; gedragswetenschappen en informatica. In het Bcpv zijn regels gesteld met betrekking tot de door genoemde deskundigen gevolgde opleidingen/verlangde deskundigheidseisen.

Noot: de aanduiding *gemeentelijke* gezondheidsdienst is enigszins misleidend. Op basis van de (niet meer vigerende) Stimuleringsregeling Basisgezondheidsdiensten zijn na 1980 in het gehele land *intergemeentelijke* gezondheidsdiensten georganiseerd met aaneengesloten werkgebieden. Zij berusten op gemeenschappelijke regelingen op grond van de Wet gemeenschappelijke regelingen (Stb. 1984, 667).

Het staat de gemeenteraad overigens vrij om (onderdelen van) de taken genoemd onder 3a t/m d te laten uitvoeren door instellingen voor zorg aan ouder en kind als bedoeld in artikel 26a van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering (noot: zoals dat tot 1 april 2003 gold).

Artikel 26a Besluit zorgaanspraken (voor wijziging 1 april 2003)

Zorg aan ouder en kind omvat door een instelling te leveren begeleiding, voorlichting en andere zorg tijdens de zwangerschap en gedurende de eerste levensjaren van het kind, waaronder begrepen periodiek systematisch onderzoek naar de gezondheidstoestand van het kind, doch met uitzondering van kraamzorg als omschreven in artikel 17 van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering. Bij ministeriële regeling kunnen nadere regels worden gesteld met betrekking tot de inhoud, omvang en voorwaarden voor het verkrijgen van de zorg, bedoeld in het eerste lid.

In de praktijk wordt de uitvoering van deze taken door thuiszorgorganisaties ter hand genomen. Hiermee is een scheiding ontstaan in de preventieve gezondheidszorg voor 0 tot 4-jarigen en voor 4 tot 19-jarigen (*noot: met het voorstel van Wet op de Jeugdzorg wordt onder meer beoogd aan deze scheiding een einde te maken*).

Ook de *minister van VWS* heeft een taak op het gebied van de uitvoering van de Wcpv: hij moet zorg dragen voor de instandhouding en verbetering van de landelijke ondersteuningsstructuur.

Toezicht

Het toezicht op de naleving van het bij of krachtens de Wcpv bepaalde is opgedragen aan de ambtenaren van het Staatstoezicht op de volksgezondheid. Overigens bevatten noch de Wcpv, noch het Bcpv strafrechtelijke sancties. Uit het toezicht kunnen wel consequenties voortvloeien. Zo kan de minister van VWS een aanwijzing geven aan de gemeenteraad als deze niet of niet naar behoren maatregelen treft ter bestrijding van een epidemie van infectieziekten, terwijl ernstig gevaar voor volksgezondheid dreigt en een bovenregionale verspreiding te verwachten is. De Minister dient over zodanig voornemen overleg te plegen met de gemeenteraad en moet het nemen van de aanwijzing onder vermelding van redenen mededelen aan beide kamers der Staten-Generaal.

In gevallen waarin de Inspectie ernstige tekortkomingen van de gemeente heeft geconstateerd, kan dit zelfs leiden tot toepassing van de algemene taakverwaarlozingsregeling in de Gemeentewet (artikel 114). In dat geval voorziet Gedeputeerde Staten in deze taken, ten laste van de gemeente.

Afstemming/regie

Op grond van de Wcpv is de minister van VWS verantwoordelijk voor het bevorderen van de interdepartementale en internationale samenwerking op het gebied van collectieve preventie. Daarnaast is de minister van BZK op grond van de Gemeentewet (artikel 116) belast met de coördinatie van het rijksbeleid dat de gemeenten raakt. Hij dient daarbij de beleidsvrijheid van het gemeentebestuur te bevorderen, alsmede de decentralisatie ten behoeve van de gemeenten (art. 117 Gemeentewet).

Om activiteiten te coördineren en samenwerking te bevorderen, is het Nationaal Contract OGZ opgesteld. Dit is ondertekend door de ministers van VWS, BZK en de voorzitters van GGD Nederland en de VNG.

De Wcpv kent voorts expliciet een regiefunctie toe aan de gemeente waar het gaat om het bevorderen van de samenhang binnen de collectieve preventie en de onderlinge afstemming tussen de collectieve preventie en de curatieve gezondheidszorg.

2.3 Financiering/bekostiging

De herkomst van de benodigde financiële middelen vormt een geschakeerd beeld. Bronnen zijn de volgende:

Algemene uitkering Gemeentefonds

Aanvankelijk ontstonden in de sfeer van de collectieve preventie verschillende subsidieregelingen ten laste van de Rijksbegroting. Onder intrekking van die regelingen zijn in de periode 1982-1990 ten behoeve van Wcpv-taken de hiermee gemoeide gelden uit de Rijksbegroting naar het Gemeentefonds overgebracht. Aldus verdween de invloed van het rijk op de besteding van deze gelden. Bedoelde gelden zijn immers in de totale stroom die de gemeente uit het gemeentefonds ontvangt niet herkenbaar. Het gemeentefonds verdeelt middelen over de gemeenten volgens een eigen systematiek en de gemeenten zijn vrij te bepalen welk deel van hun middelen zij aan Wcpv-taken besteden, zij het met inachtneming van de randvoorwaarden van de Wcpv.

Specifieke uitkeringen

Op grond van de *Kaderwet volksgezondheidssubsidies* is de minister van VWS bevoegd subsidies te verlenen voor activiteiten

op het terrein van de volksgezondheid. Artikel 3 van deze wet geeft de grondslag voor nadere regelgeving. Op basis hiervan is het *Besluit volksgezondheidssubsidies* uitgevaardigd. Ingevolge dit besluit kunnen subsidies worden verstrekt voor activiteiten die gericht zijn op, dan wel liggen op het terrein van de volksgezondheid en zorg, waaronder (voorzover relevant voor de collectieve preventie) voeding en veterinair beleid; gezondheidsbevordering en ziektepreventie; consumentenveiligheid en omgevingsrisico's (artikel 2 eerste lid).

Aanvragen van een instelling (i.e. private rechtspersoon) voor een subsidie moeten onderbouwd zijn met een activiteitenplan en een begroting. In het activiteitenplan moeten aard en omvang van de voorgenomen activiteiten worden beschreven, de doelstellingen die de instelling nastreeft, de wijze waarop de activiteiten worden uitgevoerd en voor welke doelgroep ze bestemd zijn.

Op grond van dit besluit kan de Minister op aanvraag ook uitkeringen toekennen aan provincies en gemeenten ten behoeve van het door hen te voeren beleid op het terrein van de volksgezondheid. De provincie resp. gemeente moet aangeven welke activiteiten met betrekking tot de uitkering worden bekostigd, welke doelen worden nagestreefd en welke kosten met de activiteiten zijn gemoeid. Ze moeten ook schriftelijk verantwoording afleggen aan de Minister over de activiteiten waarvoor de uitkering is verstrekt. Provincie en gemeente zijn binnen de marges van de doelstellingen van de specifieke uitkering vrij ten aanzien van de wijze waarop ze de betreffende activiteiten wensen uit te voeren.

Volksverzekering

Een aantal preventieprogramma's wordt op grond van artikel 39 derde lid onder h van de *Wet financiering volksverzekeringen* gefinancierd uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, beheerd door het College van zorgverzekeringen (Cvz). Het Cvz kan op grond van dit artikel bovendien voor afzonderlijke vormen van preventieve gezondheidszorg subsidieregelingen vaststellen. Een voorbeeld hiervan is de Subsidieregeling geestelijke gezondheidszorg 1998 (voor OGZ en MO).

Eigen bijdragen

De gemeenteraad mag een bijdrage heffen voor het verrichten van werkzaamheden in het kader van de collectieve preventie, mits hij er zorg voor draagt dat dit niet ten koste gaat van het bereik van deze werkzaamheden. In beginsel mag geen bijdra-

ge worden geheven voor de bij of krachtens de Wcpv opgedragen taken op het gebied van de infectieziektebestrijding en de jeugdgezondheidszorg (tenzij bij Algemene maatregel van bestuur anders wordt bepaald).

2.4 Toegang tot de voorziening

Collectieve preventie is voor de gehele bevolking. Er is in beginsel geen poortwachter die de toegang bewaakt. In die zin is de toegang vrij. Tot voor kort werd (alleen) voor de preventieve jeugdzorg voor 0 tot 4-jarigen een toegangsbijdrage gehanteerd. Dit is sinds de laatste wijziging van de Wcpv evenwel verboden, zodat er thans evenmin financiële toegangsdrempels zijn.

Hier staat echter tegenover dat de burger geen individuele aanspraak heeft op collectieve preventie. Wel kan hij, zij het indirect, via de civiele rechter naleving van de verplichtingen ex Wcpv afdwingen. Een voorbeeld hiervan is de (civiele) schadevergoedingsactie tegen de (decentrale) overheid van enkele burgers die tijdens de Flora te Bovenkarspel besmet zijn geraakt met de Legionella bacterie. Zij stelden (met succes) dat de overheid in gebreke was gebleven met het treffen van adequate maatregelen om verspreiding van en besmetting met deze bacterie te voorkomen.

3 Welzijnsbeleid

3.1 Omschrijving beleidsterrein

Welzijnsbeleid is de gezamenlijke inspanning van de overheden op maatschappelijk en sociaal-cultureel terrein, die tot doel heeft, in samenwerking met het particulier initiatief en andere betrokkenen:

- de ontplooiingsmogelijkheden van mensen te vergroten en hun zelfredzaamheid, alsmede hun deelname aan de samenleving te stimuleren, mede om te voorkomen dat mensen in een achterstandspositie geraken;
- de personen die in een achterstandspositie zijn geraakt mogelijkheden te bieden hun positie te verbeteren;
- het welbevinden van personen in de samenleving op andere wijze te bevorderen.

De Welzijnswet vormt de grondslag voor beleid in deze. De wet is van toepassing op de volgende (deel)terreinen van welzijnsbeleid:

- a) welzijn jeugd, behoudens voorzover de Wet op de jeugdhulpverlening van toepassing is;
- b) kinderopvang;
- c) maatschappelijke dienstverlening;
- d) maatschappelijke opvang, waaronder sociale pensions en vrouwenopvang;
- e) verslavingsbeleid, behoudens voor zover de AWBZ van toepassing is;
- f) sociaal-cultureel werk;
- g) emancipatie;
- h) sport;
- i) welzijn ouderen, behoudens voor zover de AWBZ van toepassing is;
- j) welzijn gehandicapten;
- k) welzijn etnische minderheden en vergelijkbaren, behoudens voor zover de Wet inburgering nieuwkomers van toepassing is;
- l) dienstverlening ten behoeve van door WO II getroffen en;
- m) activiteiten in kader viering bevrijding, voorlichting over/herdenking WO II.

3.2 Verdeling van verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden

Op rijksniveau is de minister van VWS verantwoordelijk voor het (specifieke) welzijnsbeleid.

Beleidsontwikkeling

De minister van VWS dient eenmaal per vier jaar aan beide Kamers der Staten-Generaal een welzijnsnota te overleggen, waarin hij een beschrijving op hoofdlijnen geeft van het welzijnsbeleid van het rijk in de volgende vier jaren, inclusief te verwachten belangrijke ontwikkelingen die van invloed zijn op het maatschappelijk en sociaal-culturele leven in Nederland. Bij tussentijdse wijzigingen van de hoofdlijnen van het welzijnsbeleid van het rijk moet de Minister daarvan mededeling doen aan Eerste en Tweede kamer.

De Welzijnswet kent de gemeente geen expliciete taak toe op het gebied van beleidsontwikkeling, maar staat daar ook geenszins aan in de weg. Uit hoofde van de algemene verantwoordelijkheid die gemeenten op grond van de Gemeentewet hebben voor het welzijn van hun inwoners (vangnetfunctie) zijn gemeenten vrij aanvullend beleid te ontwikkelen.

Uitvoering

De taakverdeling tussen de verschillende overheidsniveaus is als volgt:

- Het rijk draagt zorg voor de uitvoering van de landelijke functie. Daaronder wordt verstaan:
 - a. het volgen, signaleren en analyseren van ontwikkelingen in samenleving;
 - b. het stimuleren van nieuw beleid, nieuwe voorzieningen en activiteiten;
 - c. het zorgdragen voor innovatieve projecten met landelijke betekenis;
 - d. het zorgdragen voor internationale uitwisselingen van informatie;
 - e. het zorg dragen voor een landelijke infrastructuur waaronder landelijke organisaties.
- De provincies voeren het zogenoemde steunfunctiewerk uit, dat wil zeggen het geheel van activiteiten die het uitvoerend werk ondersteunen.
- De gemeenten moeten zorg dragen voor het *uitvoerend werk* dat wil zeggen het geheel van maatschappelijke en sociaal-culturele activiteiten, rechtstreeks gericht op personen of groepen van personen in de samenleving.

Overigens kan de verantwoordelijkheid van gemeenten en provincies voor bepaalde beleidsonderdelen bij Amvb worden toebedeeld aan het naast-hoger gelegen overheidsniveau als dit doelmatiger en/of doeltreffender is en mits dit in overeenstemming gebeurt met de verantwoordelijke bestuurslaag. Bovendien geldt voor de grote steden (Amsterdam, Rotterdam, Den Haag en Utrecht) een afwijkende toedeling van taken/verantwoordelijkheden: zij zijn, net als provincies, verantwoordelijk voor het steunfunctiewerk, behoudens voor zover dit minderheden betreft.

De gemeente kan het lokale welzijnsbeleid zelf uitvoeren of kan daartoe gebruik maken van de diensten van derden. Het gaat steeds om een combinatie van collectieve voorzieningen en persoonlijke diensten, die op allerlei manieren georganiseerd kunnen zijn. De laatste jaren wordt steeds meer gebruik gemaakt van het instrument beleidsgestuurde contractfinanciering (WILL; Welzijns Informatie Landelijk en Lokaal).

Toezicht

Met het toezicht op de naleving van het bepaalde bij/krachtens de Welzijnswet zijn belast:

- voorzover betrekking hebbend op de taken van het rijk: de door de minister van VWS aangewezen ambtenaren;
- voorzover betrekking hebbend op de taken van provincies en gemeenten: de door Gedeputeerde Staten respectievelijk B&W aangewezen ambtenaren.

Afstemming/regie

De Welzijnswet kent een regiefunctie toe aan 'de gezamenlijke overheden': de minister van VWS, de provinciale besturen en de gemeentebesturen moeten op grond van artikel 3 een goede samenwerking bevorderen tussen de betrokken overheidsniveaus, het particulier initiatief op het terrein van het welzijnsbeleid en 'andere betrokkenen' in alle gevallen waarin een goede samenwerking nodig is om de doelstellingen van het welzijnsbeleid op een doelmatige en doeltreffende wijze te realiseren.

Op het gebied van maatschappelijke opvang en verslavingszorg hebben centrumgemeenten een tweevoudige regietaak: met andere beleidssectoren en intergemeentelijk.

Centrumgemeenten zijn grote steden en andere plaatsen met een duidelijke centrumfunctie. Zij hebben tot taak de middelen uit de doelmotivering in te zetten volgens een regionaal beleids-

plan, dat zij in overleg met de omliggende gemeenten en aanpalende sectoren vorm dienen te geven.

3.3 Financiering/bekostiging

Gemeentefonds

Gemeenten kunnen de algemene uitkering uit het Gemeentefonds aanwenden om de hun op grond van de Welzijnswet toebedeelde taken uit te voeren.

Specifieke uitkeringen/subsidies

Op grond van de Welzijnswet en het daarop gebaseerde *Bekostigingsbesluit welzijnsbeleid* kan de Minister subsidies verstrekken ten behoeve van activiteiten op beleidsterreinen die tot de verantwoordelijkheid van het rijk behoren. Kan dus zowel instellingen (dat wil zeggen private actoren) betreffen als de centrale overheden. De Minister maakt openbaar welke activiteiten van een provincie of gemeente voor een specifieke uitkering of subsidie in aanmerking komen, voorzover dit niet reeds blijkt uit de welzijnsnota, alsmede voorzover hij voornemens is af te wijken van het in die nota gestelde.

Voorbeeld: Tijdelijke Stimuleringsregeling Vrijwilligerswerk (mantelzorg); ingesteld door het ministerie van VWS. Gemeenten kunnen een bijdrage krijgen in de kosten van hun activiteiten om het lokale vrijwilligerswerk te stimuleren. Project wordt uitgevoerd door VNG (zie www.tsvproject.nl).

Verder is in de Welzijnswet opgenomen dat de Minister aan bij Algemene maatregel van bestuur aangewezen gemeenten een specifieke uitkering kan verstrekken ten behoeve van het beleid op het terrein van maatschappelijke opvang, verslavingsbeleid en op het terrein van vrouwenopvang. Deze bepaling vormt de grondslag van het *Besluit subsidiëring en stimulering voorzieningen van maatschappelijk en sociaal-cultureel welzijn*, op basis waarvan 43 centrumgemeenten een doeluitkering van het rijk ontvangen voor maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid; daarvan ontvangen er 35 bovendien een uitkering voor de vrouwenopvang. De centrumgemeenten dienen over de besteding van die uitkering met de omringende gemeenten te overleggen. Zij zijn verantwoordelijk voor het verzorgen van specifieke activiteiten en voorzieningen voor de eigen gemeente en de omliggende WZV-regio. Deze regio-indeling is gekozen in verband met de afstemming met de AWBZ gefinancierde zorg.

Verplichtingen/taken subsidieontvanger

Degene die subsidie ontvangt in de kosten van uitvoerend of steunfunctiewerk draagt er zorg voor dat dit werk van verantwoorde kwaliteit is d.w.z. werk dat in ieder geval doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht wordt verricht.

De subsidieverlener kan aan een subsidie verplichtingen verbinden met betrekking tot de kwaliteit, tenzij de subsidieontvanger deelneemt aan een door middel van zelfregulering tot stand gekomen landelijk kwaliteitssysteem. Omtrent een dergelijk landelijk kwaliteitssysteem dient overeenstemming te bestaan met vertegenwoordigende organisaties van de subsidiërende overheid dan wel met de Minister als de subsidie door hem wordt verstrekt (artikel 7, vierde lid).

In afwijking hiervan worden bij gemeentelijke verordening regels gesteld met betrekking tot de kwaliteit van bij Amvb aangewezen vormen van *kinderopvang* alsmede het toezicht op de naleving ervan. Bij Amvb kan worden bepaald welke kwaliteitsvoorschriften in ieder geval in de gemeentelijke verordening worden opgenomen. Deze verordening is van toepassing op zowel de gesubsidieerde kinderopvang als de niet-gesubsidieerde kinderopvang.

Volksverzekeringen

Een van de belangrijkste gevolgen van de modernisering van de AWBZ is dat de financiering van het aanbod van een aantal toegelaten instellingen wordt vervangen door het verzekeren van functionele aanspraken. Enkele van de te indiceren functies vallen grotendeels samen met activiteiten die momenteel door instellingen voor maatschappelijke opvang (MO) worden uitgevoerd en die door de gemeente worden gefinancierd; het gaat hierbij met name om de functies ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en verblijf. Voor mensen die in de maatschappelijke opvang verblijven en die in aanmerking komen voor een AWBZ-indicatie zal er na die individuele indicatie een andere financiering komen.

Eigen bijdragen

Het gaat in de Welzijnswet zowel om collectieve als individuele voorzieningen. De Welzijnswet voorziet niet in de mogelijkheid om eigen bijdragen te vragen voor welzijnswerk. Met het oog op de collectieve voorzieningen (b.v. buurthuizen, wijkcentra) is wel van belang dat de gemeente op grond van de Gemeentewet rechten kan heffen ter zake van (voorzover hier relevant):

- het gebruik van voor de openbare dienst bestemde gemeentebesittingen of van werken of inrichtingen die bij de gemeente in beheer of in onderhoud zijn;
- het genot van door of vanwege het gemeentebestuur verstrekte diensten.

De gemeente mag behalve de gemeentelijke belastingen waarvan de heffing krachtens andere wetten geschiedt geen andere belastingen heffen dan de (limitatief) in de Gemeentewet genoemde (i.c. geen van de genoemde belastingen relevant).

3.4 Toegang tot de voorziening(en)

De collectieve voorzieningen van het welzijnswerk zijn in beginsel voor iedereen vrij toegankelijk. Voor de individuele welzijnsvoorzieningen fungeert de instelling die de betreffende voorzieningen levert als poortwachter. Eigen bijdragen voor het gebruik van welzijnsvoorzieningen worden niet gevraagd. Welzijnswerk is echter moeilijk afdwingbaar. Als een gemeente besluit de subsidiëring van een collectieve welzijnsvoorziening (bijvoorbeeld een buurthuis) te staken, kunnen belanghebbenden daartegen opkomen op grond van de Algemene wet bestuursrecht. Belanghebbende is in ieder geval de exploitant van het buurthuis, maar ook de burger die gebruik maakt van het buurthuis. Als de gemeente kan aantonen de financiering van het betreffende welzijnswerk niet langer rond te krijgen en een redelijke overgangstermijn voor de afbouw van de subsidie in acht neemt, zal de actie weinig kans van slagen hebben.

Voor individuele welzijnsvoorzieningen ligt dit iets genuanceerder: als de gemeente een beleid voert inzake het verstrekken van maaltijdservice en de burger voldoet aan de criteria die de gemeente hanteert om voor toewijzing in aanmerking te komen, dan kan de betreffende burger deze voorziening (zo nodig via de rechter) afdwingen. De gemeente is namelijk gehouden om zijn beleid consequent toe te passen. Als de gemeente de betreffende voorziening in het geheel niet levert (en daar dus geen beleid voor heeft) ligt het moeilijker: de Welzijnswet verplicht niet tot het verstrekken van deze met name genoemde voorziening; er valt in dat geval voor de rechter niets (meer) te toetsen. Overigens kan de gemeente ook zijn beleid wijzigen en bijvoorbeeld de verstrekking van maaltijdservice staken, mits hij daartoe een redelijke overgangstermijn in acht neemt.

In de praktijk worden de zogenoemde basisdiensten (ook wel basisfuncties genoemd), te weten maaltijdverzorging, personenalarmering, klussendienst, informatie en advies in vrijwel alle gemeenten aangeboden.

4 Wonen en vervoer

4.1 Omschrijving beleidsterrein

De Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg) vormt de grondslag voor het specifieke beleid inzake wonen en vervoer. Het algemene en het specifieke beleid in deze zijn in zekere zin communicerende vaten: naarmate in het algemene beleid meer rekening wordt gehouden met mensen met beperkingen, is er minder behoefte aan specifiek beleid.

De Wvg verstaat onder gehandicapte: een persoon die ten gevolge van ziekte of gebrek aantoonbare beperkingen ondervindt op het gebied van het wonen of van het zich binnen of buiten de woning verplaatsen. Belangrijkste doelstelling(en) van de wet is het opheffen of verminderen van (ergonomische) beperkingen die een gehandicapte bij het normale gebruik van zijn woonruimte ondervindt, alsmede bij het vervoer buitenshuis.

4.2 Verdeling van verantwoordelijkheden en taken (c.q. beleidsfuncties)

Op rijksniveau is de minister van SZW verantwoordelijk voor uitvoering van de Wvg. Wat het algemene beleid betreft, is de minister van VROM op rijksniveau verantwoordelijk voor wonen, terwijl de minister van V&W verantwoordelijk is voor vervoer.

Beleidsontwikkeling

De Wvg kent de rijksoverheid geen expliciete taak toe op het gebied van de beleidsontwikkeling. Het gemeentebestuur moet op grond van de Wvg zorg dragen voor de verlening van woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen ten behoeve van de deelneming aan het maatschappelijk verkeer van in de gemeente woonachtige gehandicapten. Daartoe dient het gemeentebestuur regels vast te stellen bij verordening. De wet verlangt aldus van gemeenten wel dat zij - binnen de kaders van de wet - beleid ontwikkelen.

De Wvg bepaalt dat de betreffende verordening in ieder geval regels moet bevatten met betrekking tot:

- a. gevallen en vorm waarin voorzieningen *kunnen* worden verleend, met dien verstande dat daarin vastgelegd moet

worden dat woonvoorzieningen waarvan de kosten € 45378 of meer bedragen in beginsel niet worden verleend; de minister van SZW kan, na overleg met de minister van VROM, met ingang van een kalenderjaar het bedrag wijzigen indien daartoe aanleiding bestaat als gevolg van ontwikkeling prijzen van bouwkundige of woontechnische ingrepen (artikel 5, zesde lid);

- b. de hoogte van de financiële tegemoetkomingen;
- c. de procedure met betrekking tot toekenning, herziening, beëindiging en terugvordering van voorzieningen, inclusief het inwinnen van deskundigenadvies;
- d. de gronden waarop voorzieningen kunnen worden beëindigd dan wel teruggevorderd.

Deze verplichting geldt in beginsel niet voorzover het gehandicapten betreft die verblijven in een instelling die ingevolge artikel 8 AWBZ is toegelaten (inmiddels: voor zover het gehandicapten betreft die verblijven in een instelling die een of meer vormen van zorg verlenen, krachtens artikel 6a en in de artikelen 6k t/m 6n van de AWBZ). Overigens kan de minister van SZW in overleg met de minister van VWS ten aanzien van dit laatste afwijkende regels stellen.

Uitvoering

Het gemeentebestuur moet bij verordening regels vaststellen die zijn gericht op de realisatie en de vormgeving van cliëntenparticipatie bij de uitvoering van de wet (met inachtneming van hetgeen hieromtrent is bepaald in artikel 150 van de Gemeentewet).

De gemeente is vrij zelf te bepalen of zij de voorzieningen in natura levert dan wel via een financiële tegemoetkoming. Ook kan ze in beginsel zelf beslissen of ze de voorzieningen zelf levert dan wel door inschakeling van derden, met dien verstande dat uit hoofde van het algemene beleid inzake wonen en vervoer kan voortvloeien dat zij bepaalde voorzieningen niet mag leveren (bijvoorbeeld omdat zij niet de vereiste deskundigheden/kwalificaties heeft).

De Wvg bepaalt verder dat het gemeentebestuur, alvorens te kunnen beslissen op een aanvraag voor een woonvoorziening, waarvan de kosten € 20.420 of meer bedragen, het advies moet inwinnen van het regionaal indicatieorgaan omtrent de noodzaak van deze voorziening.

Voor de realisatie van woonvoorzieningen maakt de gemeente gebruik van de diensten van derden: woning(bouw)corporaties en/of projectontwikkelaars. Wat de verstrekking van vervoersvoorzieningen betreft zijn vele combinaties denkbaar: financiële tegemoetkomingen voor eigen vervoer, taxivervoer, openbaar vervoer en/of collectief vraagafhankelijk vervoer. Vooral in het laatste geval maakt zij gebruik van de diensten van derden door contracten te sluiten met vervoersbedrijven. Een voorbeeld is het contract met Traxx, dochter van Connexxion.

In dit verband is overigens in de nabije toekomst ook de Wet Gelijke Behandeling op grond van Handicap of Chronische Ziekte (WGBH/CZ) van belang. Deze nieuwe wet verbiedt ongelijk behandelen vanwege een handicap of chronische ziekte. Daartoe is het soms nodig om de omgeving van gehandicapten en chronisch zieken aan te passen, zodat zij gelijkwaardig kunnen deelnemen aan bijvoorbeeld arbeid, onderwijs en openbaar vervoer. Voorlopig is de wet alleen van toepassing bij de arbeid en het beroep, het beroepsonderwijs en in het openbaar vervoer. Werkgevers en het beroepsonderwijs kregen al op 1 december 2003 met de wet te maken; het openbaar vervoer krijgt uitstel, omdat de wet ertoe leidt dat bussen, trams en treinen moeten worden aangepast en stations verbouwd en dat kost tijd.

Toezicht

De Wvg bevat geen bepalingen over toezicht. In het uiterste geval, d.w.z. wanneer de gemeente haar verplichtingen uit hoofde van de Wvg niet nakomt, geldt ook hier als repressieve vorm van toezicht de taakverwaarlozingsregeling uit de Gemeentewet.

Afstemming/regie

De Wvg voorziet niet in een regiefunctie.

4.3 Financiering/bekostiging

Gemeentefonds

De gemeente dient de algemene uitkering uit het gemeentefonds aan te wenden voor de uitvoering van de Wvg.

Specifieke uitkeringen/subsidies

De minister van SZW kan ten laste van 's rijks kas aan de gemeente een uitkering verstrekken in de kosten van

- a. voorzieningen aan gehandicapten die verblijven in een instelling die ingevolge artikel 8 AWBZ is toegelaten. In het Besluit bijdrage AWBZ-gemeenten is bepaald dat per kalenderjaar een bijdrage wordt verleend ter bekostiging van vervoersvoorzieningen op grond van de Wvg aan een gemeente, waar gehandicapten woonachtig zijn in een instelling, die ingevolge artikel 8 AWBZ is toegelaten. Het totaalbedrag van deze bijdragen is € 20.148. Dit bedrag wordt verdeeld naar evenredigheid van de veronderstelde vervoersbehoefte in de genoemde instellingen (uitgedrukt in percentage van de beddencapaciteit van de instelling). De minister van SZW herzielt het totaalbedrag jaarlijks aan de hand van de prijsontwikkeling van materiele consumptieve bestedingen van de overheid, zoals door het CBS gepubliceerd. (N.B.: zie AWBZ-aanspraak vervoerskosten i.v.m. weekendverlof op therapeutische basis!);
- b. woonvoorzieningen waarvan de kosten gelijk zijn aan of meer bedragen dan € 20.420. Het Besluit rijksvergoeding Wvg-voorzieningen bepaalt dat de minister van SZW per kalenderjaar aan gemeenten een vergoeding verstrekt per verleende en uitbetaalde woonvoorziening, waarvan de kosten gelijk zijn of meer bedragen dan € 20.420. Deze vergoeding is gelijk aan de kosten van de in dat jaar verleende en uitbetaalde woonvoorzieningen, minus € 9.983 per verleende en uitbetaalde woonvoorziening en het totaal van de eigen bijdragen van gehandicapten voor deze voorzieningen. De Minister verleent per verleende en uitbetaalde woonvoorziening van € 20.420 of meer aan de gemeente een bedrag van € 454 als vergoeding in de uitvoeringskosten. N.B.: de gemeenten worden voor de eigen bijdrage van € 9.983 gecompenseerd middels een storting in het gemeentefonds.

Voor gemeenten met minder dan 25.000 inwoners wordt uitsluitend ten aanzien van de eerste verleende en uitbetaalde woonvoorziening waarvan de kosten € 20.420 of meer zijn, die in een periode van twee kalenderjaren is verleend, € 9.983 in mindering gebracht op de vergoeding.

Financiële tegemoetkomingen en eigen bijdragen

Het gemeentebestuur kan bij verordening bepalen dat een gehandicapte (voor zover de voorziening niet bestaat uit aan hem verleende financiële tegemoetkoming) een eigen bijdrage is verschuldigd. De hoogte van de eigen bijdrage mag worden afgestemd op het inkomen van de gehandicapte (en zijn eventuele echtgenoot), dan wel het gezamenlijk inkomen van de

(pleeg)ouders. De minister van SZW kan na overleg met de minister van VROM regels stellen met betrekking tot eigen bijdragen. Deze regels zijn vastgelegd in de Regeling inzake financiële tegemoetkomingen en eigen bijdragen Wvg.

4.4 Toegang

In de Wvg is bepaald dat het gemeentebestuur een gehandicapte kan oproepen in persoon te verschijnen en zich door een of meer daartoe aangewezen deskundigen te doen onderzoeken, voor zover dit van belang kan zijn voor de beoordeling van de aanspraak op een voorziening. Voor dure woningaanpassingen is indicatiestelling in ieder geval vereist.

Om de financiële gevolgen voor gehandicapten te beperken en de toegankelijkheid van de Wvg voor mensen met een laag inkomen te waarborgen heeft de Minister regels gesteld. Binnen de daarin gestelde kaders kunnen de tegemoetkomingen en de eigen bijdragen per gemeente verschillen.

Het gaat bij de Wvg om individuele voorzieningen. De aanspraak op voorzieningen is op het minimumniveau afdwingbaar, ongeacht de gemeente waarin men woont. Boven dat niveau kunnen voorzieningen alleen worden afgedwongen indien de betreffende gemeente een ruimhartig beleid voert; de burger mag verlangen dat dit beleid consequent wordt toegepast.

(Zie verder over dit thema achtergrondstudie 9, waarin een vergelijking wordt gemaakt tussen de Wvg en de sociale ziektekostenverzekeringen vanuit de beginselen van rechtsgelijkheid en rechtsgelijkheid.)

5 Zorg

5.1 Omschrijving beleidsterrein

Het gaat hier om die voorzieningen op het gebied van de individuele gezondheidszorg, die welzijnsgerelateerd zijn. Dat wil zeggen: gericht op behoud en/of verhoging van de zelfredzaamheid van de burger. De wettelijke grondslag voor deze voorzieningen is in de eerste plaats de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Daarnaast biedt ook de Ziekenfondswet (ZFW) een wettelijke basis voor deze voorzieningen.

Doelstelling van de AWBZ is regels te stellen inzake een algemene, de gehele bevolking omvattende verplichte verzekering tegen bijzondere ziektekosten. De ZFW stelt regels omtrent een verplichte werknemersverzekering tegen normaal verzekerbare ziektekosten.

AWBZ

Ingevolge de AWBZ (artikel 6) hebben verzekerden aanspraak op zorg ter voorkoming van ziekten en ter voorziening in hun geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging. Hieronder zijn begrepen voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden, alsmede maatschappelijke dienstverlening.

In het *Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekosten (BZA)* zijn de aard, inhoud en omvang van de zorg waarop aanspraak bestaat nader geregeld; daarbij zijn met betrekking tot de inhoud en omvang van de desbetreffende zorg beperkingen gesteld.

Op grond van het BZA (zoals dat m.i.v. 1 april 2003 van kracht is) heeft een verzekerde, behoudens voorzover het zorg betreft die kan worden bekostigd op grond van een andere wettelijke regeling (!), aanspraak op:

- a. huishoudelijke verzorging;
- b. persoonlijke verzorging;
- c. verpleging (omvat verpleging in verband met een somatische, psychogeriatrische of psychiatrische aandoening of beperking of een lichamelijke handicap, gericht op herstel of voorkoming van verergering van de aandoening, beperking of handicap);

- d. ondersteunende begeleiding (is gericht op bevordering of behoud van zelfredzaamheid of bevordering van de integratie van de verzekerde in de samenleving);
- e. activerende begeleiding (activiteiten gericht op herstel of voorkomen van verergering van gedrags- of psychische problematiek of op het omgaan met de gevolgen van een somatische of psychogeriatrische aandoening of beperking of een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap);
- f. behandeling (omvat behandeling van medisch-specialistische, gedragswetenschappelijke of specialistisch-paramedische aard, gericht op herstel of voorkoming van verergering van een somatische, psychogeriatrische of psychiatische aandoening, een verstandelijke, lichamelijke of zintuiglijke handicap, te verlenen door een instelling of door een psychiater of zenuwarts) (gemaximeerd in minuten);
- g. verblijf (is het verblijven in een instelling indien de eerder genoemde zorg noodzakelijkerwijs gepaard gaat met een beschermende woonomgeving, therapeutisch leefklimaat dan wel permanent toezicht);
- h. vervoer: als de verzekerde ondersteunende of activerende begeleiding gedurende een dagdeel in een instelling ontvangt omvat de zorg tevens het vervoer naar en van de instelling, indien daarvoor een medische noodzaak bestaat
- i. gebruik van een verpleegartikel is het door een instelling in bruikleen verstrekken van een verpleegartikel gedurende maximaal half jaar in verband met een somatische aandoening of beperking;
- j. dieetadvisering: voorlichting met een medisch doel over voeding en eetgewoonten;
- k. ziekenhuiszorg: verblijf in een instelling die als ziekenhuis is toegelaten voor zover dit verblijf een ononderbroken periode van 1 jaar in een of meer ziekenhuizen te boven gaat;
- l. revalidatiezorg: zelfde als ziekenhuiszorg. Op revalidatiezorg bestaat slechts aanspraak indien deze zorg is aangewezen ter voorkoming, vermindering of overwinning van een handicap die het gevolg is van stoornissen of beperkingen in het bewegingsvermogen; b indien verzekerde met deze zorg in staat is de mate van zelfstandigheid te bereiken/behouden die gegeven zijn beperkingen redelijkerwijs mogelijk is en indien met deze zorg spoedig betere resultaten te verwachten zijn dan revalidatie zonder verblijf in een instelling voor revalidatie;
- m. zorg: voorzover gepaard gaande met verblijf in dezelfde instelling omvat de zorg omschreven als behandeling, ziekenhuiszorg en revalidatiezorg tevens: a. geneeskundige

- zorg van algemeen medische aard, niet zijnde paramedische zorg; b. farmaceutische zorg; c. hulpmiddelen noodzakelijk in verband met de in de instelling gegeven zorg; d. tandheelkundige zorg; e. kleding, verband houdende met het karakter en doelstelling van de instelling; f. het individueel gebruik van een rolstoel. Deze zorg omvat niet het verkrijgen van onderwijs, kleedgeld en zakgeld.
- n. prenatale zorg: begeleiding, voorlichting en andere zorg die met de zwangerschap verband houdt, met uitzondering van kraamzorg
 - o. onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten
 - p. vaccinaties; omvat de vaccinaties opgenomen in een bij ministeriële regeling vast te stellen vaccinatieprogramma, waarin wordt aangegeven welke groepen van verzekerden voor vaccinatie in aanmerking komen, alsmede hoe uitvoering van dat programma plaatsvindt. Uitvoering geschiedt door bij ministeriële regeling aangewezen entadministraties.

Ziekenfondswet

Verzekerden hebben op grond van de Ziekenfondswet (artikel 8 eerste lid) voor hun geneeskundige verzorging aanspraak op *hulpmiddelen*, voorzover daarop geen aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Ingevolge het derde lid van artikel 8 ZFW zijn de inhoud en omvang van deze aanspraak, alsmede de voorwaarden voor het tot gelding brengen ervan, nader geregeld in een algemene maatregel van bestuur, te weten het *Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering* (Vb). In dat besluit (artikel 15) is onder meer vastgelegd dat hulpmiddelen de middelen omvatten die bij ministeriële regeling als zodanig zijn aangewezen.

De betreffende ministeriële regeling is de *Regeling hulpmiddelen 1996*. Op grond van artikel 2 van deze regeling omvat de aanspraak op hulpmiddelen de verschaffing in eigendom van:

- a. prothesen voor schouder, arm, hand, been of voet;
- b. mammaprothesen;
- c. gelaatsprothesen;
- d. oogprothesen;
- e. orthesen voor romp, arm, been, voet, hoofd of hals;
- f. gezichtshulpmiddelen;
- g. gehoorhulpmiddelen;
- h. verzorgingsmiddelen;
- i. hulpmiddelen voor anticonceptieve doeleinden;
- j. eenvoudige hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen;
- k. pruiken;

- l. injectiespuiten en toebehoren;
- m. elastische kousen;
- n. hulpmiddelen bij diabetes;
- o. apparatuur voor positieve uitademingsdruk;
- p. draagbare, uitwendige infuuspompen met toebehoren;
- q. schoenvoorzieningen, niet zijnde orthesen;
- r. hulpmiddelen voor het toedienen van voeding;
- s. allergeenvrije en stofdichte hoezen;
- t. hulpmiddelen voor communicatie, informatievoorziening en signalering;
- u. prothetische voorzieningen voor de onder- of bovenkaak.

Daarnaast omvat deze aanspraak de verschaffing in bruikleen van:

- a. zuurstofapparaten dan wel zuurstofconcentratoren;
- b. longvibrators;
- c. vernevelaars met toebehoren;
- d. tv-loupes;
- e. uitwendige elektrostimulators tegen chronische pijn;
- f. hulpmiddelen voor continue positieve luchtdruk tijdens het ademen (CPAP-apparatuur) met toebehoren;
- g. fotoapparatuur;
- h. tactiel leesapparatuur met toebehoren;
- i. hoortoestel dat kan worden aangesloten op een te implanteren beengeleider (Babahoortoestel);
- j. botgroeistimulatoren met toebehoren;
- k. hulpmiddelen voor de mobiliteit van personen;
- l. inrichtingselementen van woningen.

Op grond van artikel 8 tweede lid Ziekenfondswet (ZFW) juncto artikel 2 eerste lid onder a Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering (Vb) hebben verzekerden, voor zover daarop geen aanspraak bestaat ingevolge de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, ter voorziening in hun geneeskundige verzorging aanspraak op *ziekenvervoer*. Ingevolge artikel 16 eerste lid Vb omvat het ziekenvervoer vervoer per auto en vergoeding voor vervoer in de laagste klasse van een openbaar middel van vervoer in de omvang en onder de voorwaarden welke nader zijn vastgesteld door de minister van VWS in het *Besluit ziekenvervoer ziekenfondsverzekering 1980*. Ingevolge dit besluit (artikel 1 eerste lid) bestaat aanspraak op vervoer per auto voor zover het gaat om vervoer naar personen, inrichtingen etc. waar de verzekerde ten laste van de ziekenfondsverzekering een onderzoek, behandeling etc. ondergaat, alsmede het vervoer terug naar huis. De achterliggende

gedachte is dat verstrekkingen waarop aanspraak bestaat, voor de verzekerde bereikbaar moeten zijn.

5.2 Verdeling van verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden

Op rijksniveau is de minister van VWS verantwoordelijk voor de verplichte ziektekostenverzekeringswetten.

Beleidsontwikkeling

De AWBZ en ZFW kennen niet expliciet een taak toe op het gebied van beleidsontwikkeling; de wetten schrijven gedetailleerd voor hoe ze uitgevoerd moeten worden. De facto vindt intensieve beleidsontwikkeling op departementsniveau plaats. Dit komt door het sociale karakter van de ziektekostenverzekeringen en het feit dat de uitgaven voor zorg tot de collectieve lasten gerekend worden. Het is de overheid die beslist over de omvang en inhoud van het verzekerde pakket (op instigatie van de minister van VWS).

Uitvoering

In de uitvoering van de in deze wet geregelde verzekering wordt, voorzover bij/krachtens de wet niet anders is bepaald, voorzien door de uitvoeringsorganen (AWBZ), de ziekenfondsen (ZFW), hierna te noemen 'de zorgverzekeraars' en het College voor zorgverzekeringen (Cvz). (noot: Het Cvz heeft voornamelijk een bestuurstaak; hij bevordert dat de zorgverzekeraars, de ZFW en AWBZ rechtmatig en doelmatig uitvoeren, binnen de wettelijke en beleidskaders van de minister van VWS). Een zorgverzekeraar moet zijn 'toegelaten' door het Cvz.

De zorgverzekeraars moeten ervoor zorg dragen dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraak op zorg tot gelding kunnen brengen. De AWBZ en ZFW kennen het naturastelsel als hoofdregel. Inmiddels geldt evenwel voor de AWBZ dat de uitvoeringsorganen bij reglement moeten bepalen of de zorg als verstrekking wordt verleend dan wel dat aan de verzekerden uitkeringen in geld worden gedaan (of een combinatie van beide).

Het is een zorgverzekeraar en uitvoerend orgaan in beginsel verboden zelf diensten of zaken te leveren die behoren tot de zorg waarop aanspraak bestaat. Dit verbod geldt niet ten aanzien van het in gebruik geven van medische hulpmiddelen.

Overigens kan het Cvz ontheffing verlenen van dit verbod in bijzondere gevallen. Een zorgverzekeraar/uitvoeringsorgaan moet derhalve de zorg inkopen door middel van een overeenkomst met zorgverleners (instellingen en personen). De tarieven waarvoor zorg wordt ingekocht worden ingevolge de Wet Tarieven Gezondheidszorg op landelijk niveau vastgesteld.

In beginsel is een zorgverzekeraar/uitvoeringsorgaan verplicht met iedere instelling (binnen zijn statutair omschreven werkgebied) op zijn verzoek een overeenkomst te sluiten, tenzij het daartegen ernstige bezwaren heeft. Ten aanzien van personen is de contracteerplicht inmiddels opgeheven.

Een instelling moet als zodanig zijn toegelaten; het College zorgverzekeringen beslist over de toelating. Een toelating wordt geweigerd indien de instelling niet voldoet aan de (wettelijke) voorschriften inzake spreiding en behoefte. De instelling is in beginsel verplicht de werkzaamheden terzake van de verlening van de verzekerde zorg te verrichten op de wijze en in de omvang zoals bij de toelating aangegeven. Een instelling die met een uitvoeringsorgaan een overeenkomst heeft gesloten, is gehouden op daartoe door een ander uitvoeringsorgaan gedaan verzoek met deze een gelijke overeenkomst te sluiten, tenzij die instelling daartegen ernstige bedenkingen heeft.

Omtrent de inhoud van de overeenkomsten wordt overleg gepleegd tussen betrokken organisaties van ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars en een vertegenwoordiging van de uitvoerende organen enerzijds en van personen en instellingen anderzijds. Indien over de inhoud overeenstemming wordt bereikt, moet de uitkomst daarvan (UvO) onderworpen worden aan goedkeuring van het Cvz (m.u.v. het tarief). Indien geen UvO wordt bereikt (of deze niet wordt goedgekeurd) stelt het CVZ een modelovereenkomst vast; het hoort tevoren de daarbij betrokken organisaties. De individuele overeenkomsten moeten overeenstemmen met een goedgekeurde Uitkomst van Overleg of modelovereenkomst (het Cvz kan toestemming verlenen om hiervan af te wijken).

Toezicht

Het toezicht op de uitvoering van de sociale ziektekostenverzekeringen berust sinds 1 april 2001 bij het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ). Het CTZ is een zelfstandig bestuursorgaan. Het toezicht is duidelijk materieel van aard: het richt zich op een rechtmatige en doelmatige uitvoering van deze verzekeringen door de uitvoeringsorganen

AWBZ en de ziekenfondsen. Het Cvz legt rechtstreeks verantwoording af aan de minister en staat dus niet onder toezicht van het CTZ.

Regie/afstemming

De AWBZ en ZFW voorzien niet in een afstemmingsfunctie met andere beleidsterreinen (meenemen bij knelpunten: Impliciet ligt in deze wetten wel een afstemmingstaak besloten voor de uitvoeringsorganen.

5.3 Financiering en bekostiging

Premiegelden

De uitvoering van de sociale ziektekostenwetten wordt in belangrijke mate bekostigd uit door verzekerden opgebrachte premiegelden.

De premie voor de AWBZ is afhankelijk gesteld van het inkomen van de verzekerde. De premiegelden voor de AWBZ worden gestort in het AFBZ; daaruit ontvangen uitvoeringsorganen een aandeel volgens een vastgestelde systematiek. De premie voor de ZFW bestaat uit een procentueel deel, dat door de werkgever of uitkeringsinstantie wordt ingehouden op het loon resp. de uitkering en wordt afgedragen aan de zorgverzekeraar. Daarnaast bestaat deze premie uit een nominaal deel, dat door de verzekerde rechtstreeks aan de zorgverzekeraar moet worden voldaan. De hoogte van de nominale premie kan door de zorgverzekeraar zelf worden bepaald en kan dus per verzekeraar verschillen.

Eigen bijdragen

De AWBZ bepaalt dat bij of krachtens algemene maatregel van bestuur als voorwaarde voor het verkrijgen van een verstrekking kan worden gesteld dat de verzekerde bijdraagt in de kosten daarvan. Deze bijdrage kan verschillen naar gelang de groep waartoe de verzekerde behoort en de zorg en voorzieningen die verstrekt worden, en kan afhankelijk worden gesteld van het inkomen van de verzekerde (en diens echtgenoot). Bedoelde Amvb is het *Bijdragebesluit Zorg*.

Hoewel de ZFW als hoofdregel geen eigen bijdragen kent, geldt hierop een uitzondering voor zowel de hulpmiddelen als het zittend ziekenvervoer. In het Verstrekkingsbesluit ziektefondsverzekering (artikel 15 vierde lid) is geregeld dat bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde

voor een hulpmiddel een bijdrage in de kosten is verschuldigd. De hoogte van deze bijdrage kan bestaan uit een vast bedrag of een percentage van de aanschaffingskosten. (Noot: De regeling hulpmiddelen gaat uit van de goedkoopste adequate voorziening; eventuele meerkosten van bijvoorbeeld een luxere of modernere uitvoering van een bepaald hulpmiddel komen zonder meer voor rekening van de verzekerde). In het derde lid van artikel 16 Vb is geregeld dat bij ministeriële regeling kan worden bepaald dat de verzekerde voor ziekenvervoer een bijdrage in de kosten is verschuldigd tot een bij die regeling aangegeven maximum per 12 maanden voor zichzelf en zijn medeverzekerden te zamen. Hieraan is nadere uitwerking gegeven in het Besluit ziekenvervoer ziekenfondsverzekering 1980 (artikel 7).

Subsidies

Op grond van *het Besluit volksgezondheidssubsidies* kunnen subsidies worden verstrekt voor activiteiten die gericht zijn op, dan wel liggen op het terrein van (voorzover hier relevant): bevordering en instandhouding van de zorgverlening van de lichamelijke gezondheidssituatie; extramurale zorg; ambulanc-hulpverlening en ziekenvervoer; zorgvoorzieningen gehandicapten; medische hulpmiddelen; geestelijke gezondheidszorg; verslavingszorg en maatschappelijke opvang (behoudens voorzover de Welzijnswet van toepassing is); chronisch zieken; zorgvoorzieningen ouderen.

5.4 Toegang

Kring der verzekerden

De AWBZ is een volksverzekering: verzekerd is degene die ingezetene is (i.e. degene die in Nederland woont, hetgeen naar 'de omstandigheden' wordt beoordeeld) en degene die geen ingezetene is, maar terzake van in Nederland in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen. De ZFW is een werknemersverzekering: verzekerd zijn werknemers, gewezen werknemers en uitkeringsgerechtigden. Overigens geldt zowel voor de AWBZ als voor de ZFW dat de kring der verzekerden bij Amvb kan worden uitgebreid dan wel beperkt.

In beginsel is de keuze voor een zorgverzekeraar vrij, met dien verstande dat voor degene die is verzekerd in de zin van de ZFW en als zodanig is ingeschreven bij een ziekenfonds, dan wel in verband met zijn geneeskundige verzorging is verzekerd

bij een ziektekostenverzekeraar, de inschrijving bij het ziekenfonds respectievelijk ziektekostenverzekeraar tevens geldt als inschrijving voor de toepassing van de AWBZ (met andere woorden. AWBZ-inschrijving volgt inschrijving als ziekenfondsverzekerde respectievelijk als particulier verzekerde).

Indicatiestelling als toegangsvereiste

Aanspraak op AWBZ-zorg bestaat slechts indien en gedurende de periode waarvoor het bevoegde indicatieorgaan op een door verzekerde ingediende aanvraag heeft besloten dat deze naar aard, inhoud en omvang op die zorg is aangewezen. B&W dienen erin te voorzien dat in hun gemeente ten behoeve van de inwoners een onafhankelijk indicatieorgaan werkzaam is, dat kosteloos *besluit* of een inwoner is aangewezen op een van de bij het Besluit Zorgaanspraken bijzondere ziektekosten aangewezen vormen van zorg. In het Zorgindicatiebesluit zijn regels gesteld over de samenstelling en werkwijze van het indicatieorgaan, alsmede over de geldigheidsduur van besluiten van dit orgaan.

Een indicatieorgaan mag geen andere dan bij/krachtens de wet opgedragen taken verrichten. Bij/krachtens amvb kunnen aan indicatieorganen werkzaamheden worden opgedragen die verband houden met de taken die bij de wet zijn opgedragen. B&W kunnen het indicatieorgaan *advies* vragen omtrent toekenning van voorzieningen waarbij de gezondheid of het maatschappelijk functioneren van een persoon van belang is (overlap Wvg).

Voor aanspraken uit hoofde van de ZFW is geen externe indicatiestelling vereist; wel is voor de meeste aanspraken een medische verklaring omtrent de noodzaak als voorwaarde voor verstrekking gesteld.

Keuze zorgverlener

Een verzekerde die zijn aanspraak op zorg tot gelding wil brengen, wendt zich voor het ontvangen van de desbetreffende zorg in beginsel tot een persoon of instelling naar eigen keuze met wie of met welke het uitvoeringsorgaan waarbij hij is ingeschreven tot dat doel een overeenkomst heeft gesloten.

Een uitvoeringsorgaan kan aan een verzekerde toestemming verlenen zich voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak op zorg te wenden tot een andere persoon of instelling in Nederland, indien zulks voor de verkrijging van bedoelde zorg voor de verzekerde nodig is. Bij ministeriele regeling kan wor-

den bepaald in welke gevallen en onder welke voorwaarden aan een verzekerde ook toestemming kan worden verleend zich voor het tot gelding brengen van zijn aanspraak te wenden tot een persoon of inrichting buiten Nederland (betreffende regeling is de Regeling hulp in het buitenland).

Als de Minister van oordeel is dat alle of door hem aan te wijzen uitvoeringsorganen in de onmogelijkheid verkeren op voor hen aanvaardbare voorwaarden met een genoegzaam aantal personen of instellingen overeenkomsten te sluiten kan bij ministeriële regeling worden bepaald dat de verzekerden jegens het uitvoeringsorgaan aanspraak hebben op een uitkering in geld wegens gemaakte kosten ter zake van aan die verzekerden verleende zorg. Hierin wordt tevens bepaald onder welke voorwaarden en tot welk bedrag aanspraak op een uitkering bestaat.

6 Knelpunten in de samenhang tussen beleidsterreinen

6.1 Inleiding

De beschrijving in de voorgaande hoofdstukken van de wettelijke verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden op het gebied van het specifieke beleid voor mensen met een beperking/handicap toont een rijk geschakeerd beeld. Gezien de omvang en gedetailleerdheid van het wettelijke kader ontstaat wellicht de indruk dat de afbakening tussen de verschillende beleidsterreinen scherp is en dat die terreinen naadloos op elkaar aansluiten (d.w.z. complementair zijn aan elkaar). Dat is echter misleidend: de indeling in verschillende beleidsterreinen is kunstmatig. In werkelijkheid overlappen de verschillende beleidsterreinen elkaar, terwijl er vanuit het perspectief van de burger gezien ook lacunes zijn.

In dit hoofdstuk wordt eerst nader ingegaan op de samenhang tussen de beleidsterreinen; waar zijn raakvlakken gelegen en waar overlappen de verschillende terreinen elkaar? Vervolgens wordt gezien welke knelpunten voortvloeien uit de (kunstmatige) verdeling in verschillende (bestuurlijke) domeinen; eerst vanuit bestuurlijk perspectief, daarna vanuit het perspectief van de burger.

6.2 Samenhang tussen beleidsterreinen

Collectieve preventie en Zorg

Het is zonder meer duidelijk dat collectieve preventie de andere beleidsterreinen beïnvloedt. Echter ook omgekeerd is daarvan sprake: zo zijn het welzijnsbeleid, het beleid inzake wonen en vervoer en met name het beleid op het terrein van de zorg onmiskenbaar van invloed op de gezondheidstoestand van individuen en daarmee op die van de bevolking als geheel. De samenhang tussen collectieve preventie en zorg is waarschijnlijk het meest evident, althans het gemakkelijkst aantoonbaar. Een sprekend voorbeeld vormen de vaccinaties welke zijn opgenomen in het rijksprogramma. Vaccinatie draagt bij tot de bestrijding van infectieziekten. Rijksvaccinaties vormen tevens een aanspraak in het kader van de AWBZ. Deze AWBZ-aanspraak draagt aldus bij aan de verwezenlijking van een taak op het gebied van de collectieve preventie.

Ook voor andere aanspraken uit hoofde van de ziektekostenverzekeringen geldt dat zij bijdragen aan de uitvoering van collectieve preventie. In de onlangs in de AWBZ ingevoerde functionele omschrijvingen van de aanspraken vinden we het preventieaspect zelfs expliciet terug. Zo geeft het huidige Besluit Zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering aanspraak op ondersteunende en activerende begeleiding, voor zover deze activiteiten gericht zijn op bevordering van zelfredzaamheid dan wel 'het voorkomen van verergering van de onderliggende problematiek'.

Welzijn, wonen en zorg

De samenhang tussen welzijn, wonen en zorg is evident en heeft nauwelijks toelichting.

Welzijn en wonen

Het beleid inzake wonen (inclusief vervoer) is duidelijk van invloed op het welzijn van burgers en daarmee ook op het welzijnsbeleid: naarmate het woonbeleid meer rekening houdt met de specifieke behoeften van ingezetenen zullen minder (individuele) welzijnsvoorzieningen nodig zijn, en omgekeerd.

De overlap tussen welzijn en wonen blijkt bijvoorbeeld wanneer er in een gemeente een voornemen is een wijksteunpunt in een buurtcentrum (een collectieve welzijnsvoorziening) te vestigen. De initiatiefnemers kunnen bij de gemeente een subsidie uit hoofde van de Welzijnswet aanvragen, en kunnen tevens een beroep doen op de *woonzorgstimuleringsregeling (wzsr)* van VROM en VWS.

Welzijn en zorg

De samenhang/overlap tussen welzijn en zorg komt sinds de invoering van functioneel omschreven aanspraken in de AWBZ nadrukkelijk naar voren: Enkele van de functioneel omschreven aanspraken vallen namelijk grotendeels samen met activiteiten die momenteel door instellingen voor maatschappelijke opvang worden uitgevoerd en die door de gemeente uit hoofde van de Welzijnswet worden gefinancierd. Het gaat hierbij met name om de functies ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding en verblijf.

Overlap tussen de Welzijnswet en de AWBZ/ZFW is er ook op het gebied van hulpmiddelen. De AWBZ/ZFW bevatten onder meer aanspraak op hulpmiddelen die bedoeld zijn om de zelfredzaamheid van burgers/verzekerden te verhogen, zoals inrichtingselementen voor woningen (aangepast meubilair).

Het bevorderen van de zelfredzaamheid is één van de hoofd-doelstellingen van het welzijnsbeleid.

Wonen en zorg

De samenhang tussen de beleidsterreinen wonen en zorg komt steeds duidelijker naar voren door de toenemende extramuralisering van de zorg. Naarmate woningen (in het algemeen) beter zijn toegerust voor het leven met een beperking/handicap neemt de behoefte aan zorg af, met name aan intramurale zorgvoorzieningen en vice versa. In die verhouding deze beleidsterreinen zich tot elkaar als communicerende vaten.

Overigens is er ook binnen het domein wonen een onmiskenbare samenhang tussen het algemene en specifieke beleid. Ook hier geldt: naarmate het algemene beleid meer rekening houdt met mensen met beperkingen is minder specifiek beleid nodig.

Zo hebben gemeenten op grond van de Huisvestingswet (HVW) de mogelijkheid om regels op te stellen voor een rechtvaardige verdeling van de woningen in hun gemeente. In de Huisvestingsverordening kan gemeente ook woningen op grond van hun kenmerken afschermen t.b.v. toewijzing aan huishoudens die deze nodig hebben. Op grond van de Woningwet (WW) en het Bouwbesluit moet de gemeente een bouwverordening vaststellen. Daarin kan zij afspraken vastleggen over bijvoorbeeld aantallen te realiseren aanpasbare woningen, seniorenwoningen, levensloopbestendige woningen etc. Verder kunnen de gemeenten in hun verordening ook beleid uitstippelen ten aanzien van de uitgifte van parkeervergunningen en -plaatsen.

Voor een deel zijn de beleidsterreinen ook complementair: een huisaanpassing alleen is vaak niet voldoende om de burger met een bepaalde ondersteuningsbehoefte in staat te stellen zelfstandig te leven; vaak zijn tevens hulpmiddelen en/of vervoersvoorzieningen nodig. Wvg (huisaanpassingen, sociaal vervoer) en ziektekostenverzekeringen (hulpmiddelen, zittend ziekenvervoer) liggen in die zin in elkaars verlengde.

6.3 Knelpunten

Preventie en zorg

Gegeven het belang van de individuele gezondheidszorg voor de collectieve preventie en vice versa is het opmerkelijk dat aan de gemeente weliswaar expliciet een regiefunctie wordt toegekend waar het gaat om de onderlinge afstemming tussen beide beleidsterreinen, maar dat op generlei wijze geregeld is op welke wijze de gemeente deze taak kan vervullen. Zo heeft de gemeente met name geen zeggenschap over c.q. invloed op het zorgbeleid noch op het handelen van de zorgverzekeraar.

Welzijn, wonen en zorg

De Welzijnswet geeft weliswaar een vrij gedetailleerde opsomming van de deeltherreinen, maar is verder nauwelijks kaderstellend; ze bevat met name geen omschrijving van het soort voorzieningen. Daarbij komt dat welzijnswerk voornamelijk wordt bekostigd uit de algemene uitkering uit het gemeentefonds (Een uitzondering geldt voor maatschappelijke opvang en verslavingszorg, waarvoor een doeluitkering is ingesteld). De gemeenten hebben derhalve een zeer hoge mate van beleidsvrijheid bij de invulling van het lokale welzijnsbeleid.

Gezien de – potentieel - ruime werkingssfeer van de Welzijnswet (die de basis biedt voor zowel collectieve als individuele welzijnsvoorzieningen) is de overlap met andere beleidsterreinen groot: enerzijds met zowel het algemene als het specifieke beleid inzake wonen en vervoer, anderzijds met AWBZ en ZFW.

Welzijn en wonen

Wat betreft de overlap met het specifieke beleid inzake wonen: de voorzieningen die uit hoofde van de WVG kunnen worden toegekend dragen (tevens) bij aan het bereiken van de doelstellingen van de Welzijnswet. Hoewel dit tot afbakeningsproblemen kan leiden, leidt dit niet tot grote praktische bezwaren. De gemeente is immers zowel belast met de uitvoering van de WVG als van de Welzijnswet. Doordat de reikwijdte van de Welzijnswet in beginsel ruimer is dan die van de WVG, kan de Welzijnswet in de praktijk (tevens) als vangnet fungeren: wanneer een bepaalde voorziening niet uit hoofde van de Wvg kan worden toegekend kan de gemeente de voorziening veelal wel op grond van de Welzijnswet verstrekken. Een voorbeeld hiervan is de maaltijdservice aan ouderen (tafeltje-dek-je).

Welzijn en zorg

De overlap tussen welzijn en zorg kan in de praktijk wel tot problemen leiden. Tot voor kort werden bijvoorbeeld bepaalde instellingen voor maatschappelijke opvang bekostigd uit de Welzijnswet. Een (onbedoeld?) gevolg van de invoering van functionele omschrijvingen in de AWBZ is dat de betreffende voorzieningen feitelijk worden overgeheveld vanuit de Welzijnswet naar de AWBZ. Dit zal ongetwijfeld ook gevolgen hebben voor bestaande subsidieregelingen (zoals voor de ggz in de Maatschappelijke Opvang) en daarmee voor de bestaanszekerheid van gesubsidieerde instellingen.

Wonen en zorg

Gegeven het complementaire karakter van de beleidsterreinen wonen en zorg is het van belang dat een goede afstemming tussen beide plaatsvindt. Met name hier wreekt zich dat de uitvoering in verschillende handen ligt: het wonen bij de gemeente en de zorg bij de zorgverzekeraar. Complicerende factor is dat ook het wettelijk en bestuurlijke regime totaal verschillend is:

- Wonen: binnen het kader van de WVG is de gemeente in hoge mate vrij een eigen beleid te bepalen.
- Zorg: hoewel binnen het systeem van ziektekostenverzekeringen voor zorgverzekeraars vrijheidsgraden worden ingebouwd (om eigen beleid te voeren ten aanzien van bijvoorbeeld vervangingstermijnen voor hulpmiddelen) heeft de zorgverzekeraar overall weinig beleidsvrijheid: de verstrekkingen zijn minutieus en limitatief bij wet bepaald, evenals de voorwaarden waaronder aanspraak op de betreffende verstrekkingen bestaat. De zorgverzekeraar is dus in hoge mate 'uitvoeringsorgaan' in strikte zin.

Consequentie van deze totaal verschillende regimes is dat de afstemming tussen de beide beleidsterreinen nagenoeg ontbreekt.

Voor de burger met een bepaalde ondersteuningsbehoefte levert dit een aantal bezwaren op: hij heeft te maken met verschillende instanties (loketten), er vindt geen integrale beoordeling van de ondersteuningsbehoefte plaats, terwijl evenmin is gegarandeerd dat een op elkaar afgestemd geheel aan voorzieningen wordt geleverd. Daarnaast bestaat de kans dat hij van 'het kastje naar de muur gestuurd wordt' (lange doorlooptijden) en, wat nog erger is, 'tussen wal en schip geraakt'.

Een voorbeeld van dit laatste ter illustratie:

Een 70-jarige alleenstaande vrouw heeft als gevolg van een infantiele encephalopathie last van hypertonie en spasmen. De laatste jaren heeft zij daarbij ook wisselend optredende pijnklachten van nek en lumbale wervelkolom. Ze heeft hiervoor fysiotherapie ter ontspanning en pijnvermindering. In het verleden ging zij regelmatig zwemmen, maar dit is niet meer vol te houden gezien de bewerkelijke reis, en de moeite met aan- en uitkleden. De revalidatiearts acht het noodzakelijk dat zij dagelijks een warm bad neemt om de hypertonie en spasmen te doen verminderen, zodat ze langer zelfstandig in haar woning kan blijven functioneren. Ze is echter niet in staat zelfstandig een transfer te maken in/uit bad.

Ze dient een aanvraag in bij de gemeente voor de verstrekking uit hoofde van de Wvg van een zogenoemde bath-buddy – een hulpmiddel om zelfstandig transfers in en uit bad te kunnen maken. De gemeente wijst de aanvraag af op grond van de overweging dat het hier gaat om een voorziening die op medische gronden is geïndiceerd. Mevrouw dient zich derhalve – zo redeneert de gemeente – niet tot haar, maar tot de zorgverzekeraar te wenden.

In tweede instantie dient mevrouw X een aanvraag in voor de bath-buddy bij haar zorgverzekeraar. Ook deze wijst de aanvraag evenwel af, op grond van de overweging dat het aangevraagde niet behoort tot het wettelijke verstrekkingenpakket waarop aanspraak bestaat.

6.4 Samenvatting en conclusies

De scheiding in verschillende beleidsdomeinen is kunstmatig en leidt in de praktijk tot knelpunten. Die knelpunten zijn het grootst daar waar de uitvoering in verschillende handen is: van de gemeente of van de zorgverzekeraar. Voor de beleidsterreinen collectieve preventie, welzijn en wonen is de gemeente belast met de uitvoering. Ten aanzien van het domein mobiliteit zijn zowel de gemeente als de zorgverzekeraar uitvoerders, terwijl op het gebied van de (medische) zorg de uitvoering geheel berust in handen van de zorgverzekeraar.

De oorzaak hiervan ligt vooral in het bestaan van verschillen in taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden tussen de beide uitvoerders: De gemeente heeft bij de uitvoering van

haar wettelijke taken over het algemeen een hoge mate van beleidsvrijheid, terwijl de zorgverzekeraar veeleer uitvoerder in strikte zin is.

De burger met een maatschappelijke ondersteuningsbehoefte ondervindt de gevolgen van de knelpunten op bestuurlijk niveau:

- Hij moet bij verschillende loketten aankloppen.
- Zijn ondersteuningsbehoefte wordt niet integraal beoordeeld.
- De verschillende (deel)oplossingen zijn niet goed op elkaar afgestemd.
- Hij moet bureaucratie en afschuifgedrag tolereren.

Het ligt voor de hand de oplossing van de gesignaleerde problemen te zoeken in het onder hetzelfde wettelijk en bestuurlijk regime brengen van de verschillende voorzieningen die bijdragen aan de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van burgers met beperkingen: een Wet op de Maatschappelijke Participatie.

Onderbouwing 6

**Knelpunten voor burgers op het gebied
van gezondheidszorg, zorg, welzijn, wonen
en vervoer**

1 Inleiding

In het advies Gemeente en zorg wordt een aantal probleemgebieden genoemd. Het betreft het feit dat er onvoldoende mogelijkheden zijn voor community living by community care. Het gewenste zorgaanbod is er lang niet altijd, de ruimten tussen zorg, wonen, dienstverlening en arbeid zijn groot en vol obstakels. Dit komt tot uiting in een aantal operationele problemen die verminderde dienstverlening voor de burger tot gevolg hebben. In dit overzicht geeft de RVZ een overzicht van deze problemen voor de burger. De RVZ baseert zich hierbij op zijn eerdere adviezen.

Het overzicht is bedoeld als toetsingskader voor de oplossingen die de RVZ in dit advies aanreikt. Immers, het uiteindelijke doel van deze oplossingen is de dienstverlening aan de burger te verbeteren.

Niet alle problemen zijn voor alle doelgroepen en alle sectoren relevant. Daarom zal in dit overzicht, waar relevant, aangeven worden waar het probleem het meest speelt.

2 Problemen voor de burger/gebruiker

De overheid heeft op hoofdlijnen drie criteria waaraan dienst- en zorgverlening moet voldoen; kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid (d.w.z. doelmatigheid op microniveau, rechtvaardiging ten opzicht van de niet gebruiker, en macrobetaalbaarheid). Hierbij spelen ook innovatie, zorg op maat en vernieuwing een rol. Concreet treden bij de realisatie van deze doelstellingen de volgende problemen op.

1. *Absoluut tekort/capaciteitstekort (toegankelijkheid)*

Gebruikers worden in veel sectoren geconfronteerd met een absoluut tekort aan zorg en dienstverlening. Dit is waarneembaar in de verpleeghuiszorg en in de thuiszorg. Ook in de curatieve sector speelt dit probleem. Het tekort aan huisartsen is in een aantal gebieden in Nederland een belangrijk probleem. Zo vallen gaten in de zorgketen. Dit is uiteindelijk ook voor zorgverleners een probleem.

2. *Relatief tekort/deskundigheidstekort (kwaliteit)*

In sommige gevallen is er sprake van een tekort aan kennis bij de zorgverleners. Dit betekent dat gebruikers niet verzekerd zijn van kwalitatief goede dienstverlening of zorg. Dit probleem speelt in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Huisartsen zijn niet goed toegerust om de zorg voor deze groep te leveren. Ook voor de zorg voor verslaafden is deze problematiek relevant.

3. *Vertraagde toegankelijkheid/wachttijd*

Bij complexe indicatietrajecten treedt vaak grote vertraging op voor de cliënt. Vooral als de zorgvraag veelvormig is en de noodzakelijke aanpassingen groot en duur zijn, is de cliënt vaak (een tijd lang) niet van de juiste dienst voorzien. Aan dit probleem ligt een aantal oorzaken ten grondslag

- Trage indicatiestelling. Eerst moet indicatie plaatsvinden en daarna moet de aanvraag nog financieel beoordeeld worden. Pas daarna kan de zorg toegewezen worden. Er zitten weinig of geen automatisen in deze keten en er zijn te veel verschillende spelers bij het proces betrokken.
- Verschillende indicatieprocessen voor verschillende behoeften.
- Trage uitvoer van de levering van de dienst/ realisatie van de aanpassing.

Dit probleem speelt bij woning aanpassingen, vervoer en arbeid.

4. Afwezige toegankelijkheid/bemoediging

In een aantal gevallen is het (door bestaande wet en regelgeving) voor de zorgverleners moeilijk om de doelgroep goed te bereiken. Dit geldt bij voorbeeld voor de verslavingszorg en voor delen van de geestelijke gezondheidszorg. Het is discutabel of de cliënt dit zelf als een probleem ervaart, toch is het voor de samenleving als geheel wel belangrijk dat deze groep adequate opvang en hulp krijgt. Hier spelen ook vraagstukken van veiligheid en openbare orde, maar zeker ook van infectieziektebestrijding (HIV en TBC).

5. Afwezige toegankelijkheid voor algemene voorzieningen

In een aantal gevallen zijn de algemene voorzieningen niet goed toegankelijk voor de burger met een handicap. Het gaat daarbij om openbare gebouwen en vervoersvoorzieningen. Tevens gaat het hier om het reguliere onderwijs en de arbeidsmarkt.

6. Kwalitatief slechte dienstverlening/klantgerichtheid

Veel van de aangeboden diensten en zorg waar over hier gesproken wordt, zijn tot nu toe vanuit een aanbodperspectief en een monopolistische positie aangeboden. Dit betekent dat er te weinig keuzemogelijkheden voor de cliënt zijn; de aanbieders zijn niet toegerust om het aanbod toe te snijden op de specifieke behoeften van een cliënt. Het gaat hierbij om twee zaken:

- De attitude van de zorgverlener is niet voldoende vraaggericht en de zorgverleners hebben ook geen incentives om deze attitude te veranderen.
- Er zijn slechte klachtenregelingen en weinig mogelijkheden voor medezeggenschap.
- Het pakket aan diensten, voorzieningen en zorg is niet flexibel
- De financiering biedt geen mogelijkheden voor cliënten om eigen keuzes te maken.

Dit leidt voor de cliënt tot suboptimale oplossingen. Voorbeelden van deze problemen zijn te vinden op het gebied van vervoer en aanpassingen in de woon en werksituatie.

Achtergrondstudie 7

Criteria toedeling zorgvoorzieningen c.q. aanspraken aan Standaardverzekering dan wel Voorzieningenwet

1 Algemeen

Ziekte- en gezondheids(-zorg)kosten kan men op twee manieren collectief financieren: door middel van een verplichte c.q. sociale verzekering of vanaf een begroting. Niet-collectieve financieringsbronnen kunnen zijn een private, aanvullende verzekering, spaar- of pensioenregelingen en eigen betalingen.

Wij gaan hieronder uit van een ‘Standaardverzekering’, zoals bedoeld in het Regeerakkoord-Balkenende II, en een AWBZ als de vorm voor de verzekeringsfinanciering. Wij gaan er vervolgens vanuit dat een deel van de AWBZ-aanspraken, althans gedeeltelijk, zal worden overgeheveld naar de Standaardverzekering. Een ander deel wordt ondergebracht bij de gemeente en een derde deel kan worden geprivatiseerd. Als vorm voor de begrotingsgefinancierde ziekte- en gezondheids(-zorg)kosten kiezen wij voor een brede gemeentelijke Voorzieningenwet (in deze bijlage hanteren wij dit zorggebruik; alternatieve aanduidingen zijn Wet maatschappelijke zorg of Wet ondersteuning maatschappelijke participatie). Bij de verzekeringsfinanciering is sprake van functionele decentralisatie van verantwoordelijkheid van de overheid aan de verzekeraar. Bij de begrotingsfinanciering is er territoriale decentralisatie van rijk naar gemeente.

In het nu volgende probeert de RVZ criteria te ontwikkelen voor de toedeling van zorgvoorzieningen of –aanspraken aan een zorgverzekering dan wel aan een (gemeentelijke) voorzieningenwet.

2 Formele taken en kenmerken overheid c.q. verzekering op het terrein van de zorg

Overheid (rijk dan wel gemeente)

- a. Bescherming bevolking tegen actuele én toekomstige gezondheidsrisico's (inclusief rampen) en bevordering van gezondheid met behulp van onder meer preventie. Hierbij hanteert de overheid een brede definitie van gezondheid en gezondheidsindicatoren (d.w.z. inclusief welzijnsaspecten). De overheid rekent het tot haar taak onevenredig, niet medisch-verklaarbare grote gezondheidsverschillen tussen groepen burgers te verkleinen. Deze taak voeren rijk en gemeente gezamenlijk uit.
- b. Het creëren van de voorwaarden voor toegankelijkheid voor alle burgers van een stelsel van kwalitatief verantwoorde zorgvoorzieningen, gekoppeld aan wettelijke zorgaanpakken. Het borgen van de betaalbaarheid van dit zorgstelsel. Deze taak ligt, voor wat de medische zorg betreft, vrijwel volledig bij de rijksoverheid.
- c. Het dienstdoen als vangnet bij marktfalen, dat wil zeggen als ultimum remedium voor patiënten(-groepen) voor wie de markt geen natuurlijk zorgaanbod creëert en als garantiegever voor niet-exploiteerbare voorzieningen. Voorts ziet de overheid als marktmeester toe op gezonde marktverhoudingen, waarin de burger keuzemogelijkheden heeft (dit laatste geldt vooral voor de rijksoverheid). Tenslotte: als er op de verzekeringsmarkt voor bepaalde zorgvormen geen polissen worden aangeboden, zal de overheid de financiering ter hand moeten nemen. Dit geldt bijvoorbeeld voor gezondheidsrisico's die normaal gesproken niet 'verzekeraar' zijn (zoals ernstige, aangeboren en blijvende stoornissen of zeldzame aandoeningen danwel zorgbehoeften).

Algemene kenmerken van de overheid, van toepassing op diens bemoeienis met de zorgsector:

- het monopolie op het handhaven van de openbare orde;
- het territoriale karakter van de taakuitoefening;
- het a-selectieve van de zorg- en dienstverlening (voor alle burgers van een bepaald gebied);
- de politieke verantwoordelijkheid, de publieke verantwoordingsplicht (openbaarheid) en de relatie kiezer – gekozene;

- het handhaven van gezonde sociaal-economische verhoudingen (incl. EMU-normen) en een politiek/publiek budgethouderschap.

Verzekeraar

Het onderstaande geldt voor de huidige verplichte ziektekostenverzekering. De taak van de verzekeraar kan in de toekomst veranderen. Dit is afhankelijk van de vormgeving van de standaardverzekering.

De verzekeraar is formeel uitvoerder van een publiek- danwel privaat-rechtelijke, verplichte verzekering. Hij speelt hierin, als representant van de verzekerde, de rol van zorgplichtig inkooper van verzekerde zorg. Deze rol vervult hij binnen een door de overheid vastgesteld verzekeringskader (zorgaanspraken (basispakket), rechten verzekerden, premiestelling (verbod op premiedifferentiatie), acceptatieplicht, risicoverevening, toezicht en informatieplicht). Op die rol is hij voor de verzekerde aanspreekbaar. De wettelijke zorgaanspraken gelden tegenwoordig als een 'recht op zorg'. Omdat de verzekeraar zorgplichtig is, is de overheid dat niet (jurisprudentie).

De verzekeraar is daarnaast risicodragend ondernemer-uitvoerder van een verzekering met een privaatrechtelijke relatie tot zijn verzekerden (gebaseerd op een polis/premie). Hij heft in die rol een nominale premie bij zijn verzekerde. In de komende jaren zal duidelijkheid moeten ontstaan omtrent de verhouding tussen de publieke en de private taken van de verzekeraar. Borgt hij primair namens de overheid een publiek belang i.c. de volksgezondheid of is hij primair ondernemer?

De taak van de verzekeraar is niet territoriaal, maar functioneel bepaald.

3 Sterkte/zwakteanalyse gemeente – verzekeraar

Gemeente

Sterk	Zwak
1. In principe in staat een integraal welzijns- en gezondheidsbeleid te formuleren en uit te voeren. Focus op beperking (activiteit) en handicap (participatie). Relatie zorg – sociale infrastructuur.	1. Allocatieve doelmatigheid in afstemming aanbod op vraag. Beter in confectie dan in maatpak (one size must fit all).
2. In dat verband geëquipeerd om (volks)gezondheid en zorg met elkaar te verbinden. Kan een brug slaan tussen die twee met regionale behoeftebepalingen (en lokale plannen).	2. Klantgerichtheid en dienstverlening (in verband met ontbrekende concurrentie en door monopoliepositie). Zie ook punt 1.
3. Het territoriale en a-selectieve kenmerk creëert condities voor bevolkingsgerichte interventies (en dus: programmatisch denken, en doelgroepen-benadering).	3. Geen contractuele (leverings- c.q. resultaat-) relatie met een klant. N.B.: is bij wet in principe benaderbaar. In plaats van klant, is burger countervailing power.
4. Gaten dichten in een lek-kend marktmechanisme, last ressort. Achtervanger van de markt.	4. Rechtsongelijkheid burger (tussen gemeenten). N.B.: afhankelijk van de wettelijke regeling.
5. Kan soms zaken afdwingen bij burger of marktpartij.	5. Betaling/belasting burger is niet aan een bestemming gekoppeld. N.B.: afhankelijk van de wettelijke regeling. (Wcpv kent mogelijkheid van specifieke heffingen).
6. Politiek aanspreekbaar door gemeenteraad en door de burger. Nabijheid lokaal bestuur tot burger.	6. Kostenbeheersing bij moeilijk afgrensbare diensten (N.B.: geldt nog meer voor de zorgverzekering).

Verzekeraar

Sterk	Zwak
<p>1. Het sociale zekerheidskarakter en de verzekeringsvorm bieden een aantrekkelijke public-private mix. Ook: een adequate vorm van functionele decentralisatie als soms wenselijk sturingsprincipe (overheid op afstand).</p>	<p>1. Een verzekering kan niet in alle opzichten publieke belangen borgen. Publieke taken kunnen niet onbeperkt aan verzekeraars worden opgedragen (EU!). Functionele decentralisatie heeft zijn grenzen. Zijn public health en particuliere verzekering verenigbaar?</p>
<p>2. De individuele benadering (N.B.: náást het denken in collectiviteiten). De contractuele leveringsrelatie met de verzekerde (polis/premie/prestatie). N.B.: de zorgaanpak en de zorgplicht.</p>	<p>2. Weinig affiniteit met en mogelijkheden voor beperkingen en handicaps. Niet toegerust voor maatschappelijke participatie. Geen financieel belang bij collectieve preventie.</p>
<p>3. Focus op ziekte en stoornis en in principe zorg op maat. Allocatieve doelmatigheid. N.B.: dit is afhankelijk van het wettelijk verzekeringsarrangement.</p>	<p>3. Denken in verstrekkingen (de individuele verzekerde) in plaats van in programma's en ketens. Meer affiniteit met cure dan met care.</p>
<p>4. Countervailing power namens de verzekerde als zorgkoper ten opzichte van de zorgaanbieder. N.B.: afhankelijk van het financieel risico.</p>	<p>4. Concentratie op verzekerdenbestand (collectiviteit) als doelgroep (en op individuele risico's), niet op territoriale, sociaal-economische of demografische entiteiten.</p>
<p>5. Verzekerde kan stemmen met de voeten.</p>	<p>5. Natuurlijke geneigdheid tot risicoselectie. Daardoor constante neiging bij overheid tot reparatiewetgeving.</p>
<p>6. Als verzekeringsprestaties bestaan uit evidence based zorg bij goed indiceerbare ziekten, dan mogelijkheden voor vraagsturing en kostenbeheersing.</p>	<p>6. Huidige ziektekostenverzekering niet rendabel. Te veel publieke randvoorwaarden. Moral hazard.</p>

Vergelijking gemeente-verzekeraar

De sterkte/zwakteanalyse is toegepast op de huidige situatie, op de gemeente en de verzekeraar die wij nu kennen. Dit kan veranderen. Dat betekent dat wij aan de statische sterkte/zwakteanalyse iets moeten toevoegen: een dynamische prognose.

Eerst de status quo (voorzover daarvan sprake kan zijn). De zwakke punten van de gemeente hebben te maken met structurele en institutionele kenmerken. De gemeente heeft een brede (bijna onbegrensde) taak, moet die in een zekere autonomie (dat wil zeggen los van centrale regels) kunnen uitvoeren, wil zij effectief kunnen zijn. Hierdoor ontstaat een probleem met bestemmingen en budgetten. Veel gemeenten zijn relatief klein, vergeleken met de werkgebieden van zorginstellingen. Dit maakt de gemeente niet de eerst aangewezen regisseur-inkoper van medische zorg. Behalve structureel-institutionele, zijn daarvoor ook culturele argumenten. De cultuur van de gemeente (openbaar bestuur) is een wezenlijk andere dan die van de gezondheidszorg. De eerste cultuur is georiënteerd op rechtszekerheid, zorgvuldige procedures, de relatie kiezer-gekozenen, de competente burger, rechtshandhaving. De tweede op professionele autonomie, de vertrouwensrelatie arts-patiënt, differentiatie en individualiteit, de zieke.

De zwakke kanten van de verzekeraar zijn hieraan ten dele spiegelbeeldig. De verzekeraar is in principe niet sterk in de stelsel- en in de regionale kanten van de gezondheidszorg. Dit is min of meer inherent aan de verzekeringsbranche, zeker na de veranderingen sinds 1990 in het ziekenfondswezen. Verder is kostenbeheersing in deze branche een chronisch probleem (als het gaat om collectieve lasten). Om die reden is het onder meer nodig verzekeringsprestaties met een collectief karakter nauwkeurig te omschrijven, hetgeen in de zorgsector niet altijd mogelijk is. Steeds dreigt bovendien 'moral hazard', in feite te beschouwen als een stilzwijgende overeenkomst van verzekeraars, zorgaanbieders en verzekerden. De mate waarin 'moral hazard' dreigt is overigens recht evenredig met het collectief verplichte karakter van de verzekering.

Dan de prognose. Het is aannemelijk dat door ontwikkelingen in de verzekeringsbranche, de mogelijkheden om verzekeraars aan te sturen op publieke taken (bijvoorbeeld die op het vlak van public health en welzijn) zullen afnemen. Minder mogelijkheden voor functionele decentralisatie op dat vlak dus. Het is daarnaast mogelijk dat de rijksoverheid zich ten opzichte

van gemeenten meer kaderstellend en richtinggevend gaat opstellen. Mogelijk, zij het vooralsnog niet erg waarschijnlijk, is ook dat een formeel regionaal bestuur ontstaat in de openbaar bestuurlijke keten. Als deze twee bewegingen (d.w.z. de functionele en de territoriale) zich voordoen, dan ontstaat een nieuwe situatie. Daarin zou men in het collectieve domein de verzekeraar vooral moeten benutten in de meer electieve zorg, de overheid vooral in de zorg voor mensen met beperkingen (chronische zorg). Voor de acute zorg kan de overheid de verzekeraar opdragen als publiek inkoper te fungeren (dus niet als verzekeraar pur sang). Voor primaire/collectieve preventie, voor andere vormen van public health, voor infrastructurele voorzieningen en voor beslissingen rond ethische afwegingen zou de overheid zich wellicht robuuster moeten manifesteren als regisseur. Dit zou een wezenlijk andere situatie opleveren: een particuliere verzekering, naast een evenwaardige overheidsgestuurde zorg.

4 Toedeling zorgtaken aan gemeente c.q. verzekeraar

De beschrijving van de formele taken en kenmerken en de sterke en zwakke punten van gemeente en verzekeraar, stellen ons in staat de bestaande zorgaanspraken ex ZFW en AWBZ en de voorzieningen ex WVG, Welzijnswet en Wcpv te verdeelen over deze twee. Dit gebeurt in de nu volgende twee schema's.

Beide schema's bevatten op de verticale as de bestaande wettelijke kaders en op de horizontale as vier toekomstige financieringsbronnen, te weten:

- de Standaardverzekering (ruwweg de ZFW);
- de AWBZ;
- de beoogde gemeentelijke Voorzieningenwet;
- een aanvullende, private verzekering (dan wel out of own pocket betaling burger); dit kan ook een private spaar- of pensioenregeling zijn.

De twee schema's representeren twee 'stelselscenario's'. Het verschil tussen de scenario's zit in de inrichting van het verzekeringsstelsel. De gedachte hierachter is dat de nieuwe Voorzieningenwet deels afhankelijk is van die inrichting. Vooral nog is de (publieke, t.z.t. wellicht private) verzekering de dominante en preferente financieringsbron van veel zorgkosten. Aanpalend en complementair daaraan zou een Voorzieningenwet kunnen ontstaan voor gemeentelijke zorgtaken. Wij stellen dus de vorm en de inrichting van de verzekering variabel en maken van de Voorzieningenwet een daarvan afhankelijke (dus 'afgeleide') regeling.

1. *Scenario 1: 'de brede Basisverzekering'*
Hierin neemt de in het Regeerakkoord genoemde Standaardverzekering het karakter aan van een brede Basisverzekering (à la Paars II, CVZ en RVZ). Hierin zijn grosso modo ZFW en AWBZ opgegaan, al verhuist een deel van de AWBZ naar de gemeente en een (klein) deel van deze wet naar een aanvullende verzekering. Het karakter van de collectieve verzekering is preventief, curatief en zorgverlenend. De aanvullende verzekering is bescheiden van omvang. Met een substantiële procentuele premie geeft de overheid de Standaardverzekering ook een public health karakter ('zorgstelsel'). Er is een financieringsrelatie tussen

het verzekeringsstelsel en het “zorgstelsel”.

2. *Scenario 2: ‘de smalle Standaardverzekering’*
Hierin is de Standaardverzekering - Balkenende II - een relatief smal collectief arrangement voor catastrofale medische zorg, uitgevoerd door verzekeraars die relatief veel risico-dragen. Deze verzekering draagt een sterk curatief-electief karakter, waarin een relatief zwaar beroep wordt gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerde. De nadruk ligt op de verzekering van het individueel risico (dus op individuele transacties), niet op het public health- en het zorgstelselaspect. Vanuit de AWBZ worden alleen de curatieve aanspraken overgeheveld, dat wil zeggen een betrekkelijk klein deel (voornamelijk delen van ggz en thuiszorg). De overige zorgaanspraken blijven in de AWBZ.

Van belang is tenslotte te vermelden dat sinds april 2003 de zorgaanspraken AWBZ in functionele termen zijn omschreven. Dit maakt het moeilijk de aanspraak in kwestie in zijn geheel toe te delen aan een financieringsbron. Achter de transmurale functionele aanspraak verschuilen zich soms zeer verschillende zorgvoorzieningen.

Scenario 1: 'de brede basisverzekering'

A. Bestaand wettelijk kader	B. Toekomstige financieringsbronnen			
	B1 Standaardverzekering	B2 AWBZ	B3 Voorzieningenwet	B4 Aanvullende verzekering
A.1 ZFW	huidige verstrekkingen xcl. deel hulpmiddelen en vervoer	N.v.t.	<i>gedeeltelijk:</i> ziekenvervoer; welzijnsgerelateerde hulpmiddelen	<i>gedeeltelijk:</i> aantal ZFW-verstrekkingen of onderdelen
A.2 AWBZ	<i>geheel:</i> verpleging; behandeling; dieetadvisering; overige zorg bij verblijf in instelling; onderzoek aangeb. stofwisselingsziekten; ziekenhuiszorg > 365; revalidatie > 365 gebruik verpleegartikel <i>gedeeltelijk:</i> activerende begeleiding; verblijf	N.v.t.	<i>geheel:</i> vaccinaties; prenatale zorg <i>grotendeels:</i> huishoudelijke verzorging; persoonlijke verzorging; ondersteunende begeleiding; vervoer <i>klein deel:</i> activerende begeleiding; verblijf; verpleegartikelen	<i>klein deel:</i> huishoudelijke verzorging; persoonlijke verzorging; ondersteunende begeleiding; vervoer
A.3 Welzijnswet	<i>gedeeltelijk:</i> ambulante verslavingszorg	N.v.t.	<i>geheel:</i> alg. maatschappelijk werk; maatschappelijke opvang/ pensions; tafeltje-dek-je etc.; alarmering + vervolg <i>gedeeltelijk:</i> ambulante verslavingszorg	
A.4 WVG		N.v.t.	<i>alle bestaande voorzieningen:</i> woningaanpassing; rolstoel; vervoer	
A.5 Wcpv		N.v.t.	<i>geheel (t.z.t.)</i>	

Toelichting bij scenario 1

De toedeling van de zorgaanspraken AWBZ aan de Standaardverzekering, de Voorzieningenwet en de aanvullende verzekering behoeft enige toelichting.

Deze toedeling verloopt langs vier wegen:

1. *in zijn geheel* van AWBZ naar Standaardverzekering (A→S);
2. *in zijn geheel* van AWBZ naar Voorzieningenwet (A→V);
3. *deels* van AWBZ naar Standaardverzekering; *deels* van AWBZ naar Voorzieningenwet (A→S/A→V);
4. *deels* van AWBZ naar Voorzieningenwet; *deels* van AWBZ naar aanvullende verzekering (A→V/A→a).

In vier schema's (1: A→S; 2: A→V; 3: A→S/A→V; 4: A→V/A→a) zijn de relevante zorgaanspraken AWBZ opgenomen. Achter iedere aanspraak is aangegeven op welke concrete zorgvoorzieningen of –activiteiten deze betrekking heeft.

Schema 1: A→S

Zorgaanspraak AWBZ	Zorgvoorzieningen c.q. –activiteiten
1. Verpleging	Verpleeghuis (opneming en verblijf); thuisverpleging (thuiszorg); B- en Z-verpleging; dagverpleging (verpleeghuis)
2. Behandeling	PAAZ en APZ (opneming en verblijf); psychiatrische poli en deeltijdbehandeling; niet-klinische psychiatrie; RIAGG/psychotherapie; verpleeghuisarts; arts verstandelijk gehandicapten; ortho-pedagogiek; paramedische zorg
3. Dieetadvisering	Voorlichting met een medisch doel door een instelling
4. Ziekenhuiszorg	Opname > 365 dagen aaneengesloten in een ziekenhuis
5. Revalidatiezorg	Verblijf > 365 ononderbroken in een revalidatie-instelling
6. Overige zorg bij verblijf in een instelling	Onder meer tandheelkundige en farmaceutische hulp, gebruik rolstoel, hulpmiddelen bij verblijf in instelling voor verpleging

Zorgaanspraak AWBZ	Zorgvoorzieningen c.q. – activiteiten
7. Onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten	Hepatitis-B bij zwangeren; stofwisselingsziekten (GGD c.q. consultatiebureau-arts; verloskundige verwijst; huisartsenlab.
8. Gebruik van een verpleegartikel	Verstrekking in instelling verpleegartikel in verband met somatische ziekte

Schema 2: A→V

Zorgaanspraak AWBZ	Zorgvoorzieningen c.q. – activiteiten
9. Prenatale zorg	Thuiszorginstelling en/of GGD
10. Vaccinaties	Difterie, tetanus, kinderverlamming etc. (GGD/schoolarts)

Schema 3: A→S/A→V

Zorgaanspraak AWBZ	Zorgvoorzieningen c.q. –activiteiten	
	A→S	A→V
11. Activerende begeleiding	Riaggs/SPV (o.m. psychiatrische thuiszorg; dag- of deeltijdbehandeling (psychiatrisch; verpleeghuis); herstel en draaglijk maken	Arbeidsmatige dagbesteding en – activiteiten gehandicapten; begeleiding bij handicap, opvoeding en verzorging; draaglijk maken gevolgen
12. Verblijf	Observatie, therapeutische leefomgeving, verpleging en toezicht (APZ, verpleeghuis, inrichting gehandicapten (7x24 uur/CSLM); incl. (huishoudelijke) verzorging; psychiatrische woonvoorziening; deel KVT	Wonen/hotelfunctie met verzorging, begeleiding; delen van dagverblijf, (K)GVT, RIBW, sommige verzorgingshuizen (nadruk op wonen); deel KVT

Schema 4: A→V/A→a

Zorgaanspraak AWBZ	Zorgvoorzieningen c.q. -activiteiten	
	A→V	A→a
13. Huishoudelijke verzorging	Organisatie huishouding thuis bij ernstige chronische ziekte of beperking (HDL-ondersteuning); alphahulpverlening (thuiszorg deels), niet zijnde lichaamgebonden zorg (die naar 5)	Huishoudelijke werkzaamheden (afwassen e.d.) bij lichte chronische ziekte of beperking, niet bedlegerigen; inkomensgrens c.q. eigen bijdrage herverzekeren (thuiszorg deels)
14. Persoonlijke verzorging	Zorg aan bedlegerigen; ADL-hulp	Hulp bij ADL van lichtere aard (niet in een instelling)
15. Ondersteunende begeleiding	Ondersteuning bij dagindeling en maatschappelijke participatie; gezinsondersteuning; structurering/oefenen; ev. opvang in instelling; SPD; handhaven zelfredzaamheid bij blijvende beperkingen	Klein deel bij lichte beperking; eigen bijdrage herverzekeren
16. Vervoer	Van en naar dagbehandeling verpleeghuis of dagverblijf gehandicapten	Eigen bijdrage herverzekeren

Scenario 2: 'de smalle standaardverzekering'

A. Bestaand wettelijk kader	B. Toekomstige financieringsbronnen			
A.1 ZFW	<p>B1 Standaardverzekering</p> <p>huidige zorgaanpakken; excl. groot deel hulpmiddelen, fysiotherapie, tandarts, kraamzorg; hoge eigen bijdragen extramurale zorg; restrictief beleid geneesmiddelen; excl. deelziekenvervoer</p>	<p>B2 AWBZ</p>	<p>B3 Voorzieningenwet</p> <p><i>gedeeltelijk:</i> ziekenvervoer; welzijnsgerelateerde hulpmiddelen</p>	<p>B4 Aanvullende verzekering</p> <p>Zie onder B1 (fysio, tandzorg, hulpmiddelen, kraamzorg, Ivf, vervoer)</p>
A.2 AWBZ	<p><i>geheel:</i> behandeling (beperking t.a.v. psychotherapie)</p> <p><i>klein deel:</i> verpleging; activerende begeleiding; verblijf; dieetadviesering</p>	<p><i>geheel:</i> revalidatie > 365 ziekenhuis > 365; overige zorg in instelling; gebruik verpleegartikelen;</p> <p><i>groot deel van:</i> verblijf; verpleging; act. begeleiding; dieetadviesering;</p>	<p><i>geheel:</i> onderzoek aangeboren stofwisselingsziekten; vaccinaties; prenatale zorg</p> <p><i>grotendeels:</i> persoonlijke verzorging; ondersteunende begeleiding; vervoer; act. begeleiding</p> <p><i>klein deel:</i> huishoudelijke verzorging</p>	<p><i>grotendeels:</i> huishoudelijke verzorging;</p> <p><i>klein deel:</i> persoonlijke verzorging; ondersteunende begeleiding; vervoer; psychotherapie</p>
A.3 Welzijnswet			<p><i>geheel:</i> ambulante verslavingszorg; alg. maatschappelijk werk; maatschappelijke opvang/pensions</p>	<p>Tafeltje-dek-je etc.; alarmering</p>
A.4 WVG			<p><i>geheel:</i> bestaande voorzieningen</p>	
A.5 Wcpv			<p><i>geheel (t.z.t.)</i></p>	

5 Beoordeling van het resultaat: de twee scenario's

Voor het advies Gemeente en zorg is de vraag relevant: wat zijn de gevolgen van de scenario's voor de Voorzieningenwet? Er zijn twee soorten gevolgen:

- de gevolgen van de inrichting van het verzekeringsstelsel na een wijziging daarvan;
- de gevolgen van het totstandkomen van een substantiële aanvullende verzekering (d.w.z. van een beperking van het basispakket).

Daarnaast zijn vorm en inhoud van de Voorzieningenwet afhankelijk van de wijze waarop men de wettelijke zorgtaken van de gemeente inricht: de mate van integratie van Welzijnswet, WVG en Wcpv (en eventueel WAV en Wet op de jeugdzorg). Op dit laatste gaan wij in deze bijlage niet in.

a. De inrichting van het verzekeringsstelsel

In het scenario brede Basisverzekering bestaat er geen AWBZ. Dit betekent waarschijnlijk dat voor een deel van de AWBZ-aanspraken een bestemming moet worden gevonden buiten de basisverzekering (daarin past namelijk een groot deel van die aanspraken, maar zeker niet alles). Omdat het in dit scenario niet waarschijnlijk is dat een substantiële aanvullende verzekering ontstaat, zal de overheid de Voorzieningenwet gebruiken als vehikel voor (niet in de verzekering onder te brengen) AWBZ-aanspraken. De Voorzieningenwet omvat in dit scenario een deel van de bestaande AWBZ. In combinatie met de WVG en onderdelen van de Welzijnswet zal zo een brede wettelijke regeling voor lokale zorgtaken ontstaan. Daarnaast wordt een deel van de ZFW-verstrekingen, te weten hulpmiddelen en ziekenvervoer, in de Voorzieningenwet ondergebracht. De Wcpv wordt in haar geheel met de Voorzieningenwet geïntegreerd.

In het scenario smalle Standaardverzekering krijgt de Voorzieningenwet weliswaar een vergelijkbaar doel (maatschappelijke participatie, opvang), maar een andere reikwijdte. Het smalle pakket van de Standaardverzekering en het karakter van de verzekering, dwingen de overheid de AWBZ in stand te houden als een rompwet voor in ieder geval deze voorzieningen:

- de langdurige, complexe en intensieve psychiatrische zorg (in ieder geval het klinische deel maar ook een groot deel van de transmurale geestelijke gezondheidszorg);
- de zorg voor ernstig gehandicapte personen;
- de verpleeghuiszorg (NB: het is overigens verdedigbaar deze zorg (verpleging en verzorging) verzekeraar te noemen en derhalve wel in de standaardverzekering onder te brengen, exclusief de woonfunctie).

Hierdoor krijgt de Voorzieningenwet een beperkte reikwijdte: voornamelijk extramurale zorg met een lagere intensiteit. In het advies Gemeente en zorg presenteert de RVZ een mogelijke aanpak.

b. De aanvullende verzekering

In het eerste scenario is de aanvullende verzekering een optie, maar geen substantiële. Dit betekent dat de overheid ook op deze 'flank' van de Voorzieningenwet weinig substitutiemogelijkheden heeft. Zo ontstaan, naast elkaar, twee brede collectieve zorgarrangementen: de Basisverzekering en de Voorzieningenwet.

In het tweede scenario ontstaan wel mogelijkheden om naast de Voorzieningenwet een aanvullende verzekering te creëren voor een deel van een aantal AWBZ-aanspraken (en ook Welzijnswet- en WVG-voorzieningen). Hierdoor zal de Voorzieningenwet een beperkter karakter krijgen dan in scenario 1. Overigens zullen de gevolgen van het ontstaan van een substantiële aanvullende verzekering gedeeltelijk terechtkomen bij het lokaal bestuur (werk en bijstand).

Achtergrondstudie 8

Integratie van Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) en een nieuwe Voorzieningenwet

Integratie van Wcpv en Voorzieningenwet

1. De Wcpv is beschreven in achtergrondstudie 5, de Voorzieningenwet in hoofdstuk 6 van het advies.
Op die plaatsen zijn ook de in deze wetten geregelde of te regelen taken en voorzieningen genoemd.
2. Voor integratie van Wcpv en Voorzieningenwet pleiten deze argumenten.
 - a. De directe koppeling, ook in financiering en bekostiging van volksgezondheid en zorg c.q. de openbare en de individuele zorg. De mogelijkheid om programma's te ontwikkelen waarin gemeenschapsgerichte en individugerichte interventies samenkomen. Hetzelfde geldt voor targets als gezondheidswinst. Daar zou men in de vorm van prestatiebekostiging targets aan zorgaanbieders kunnen opleggen. In het gezondheidsplan ex Wcpv kan een en ander gestalte krijgen.
 - b. De Wcpv bevat een aantal taken die of rechtstreeks of indirect met zorg te maken hebben, te weten: de jeugdgezondheidszorg, de openbare geestelijke gezondheidszorg, maar ook de bevordering van de samenhang in lokale zorgketens.
 - c. Integratie leidt tot versimpeling van wet- en regelgeving. Bovendien leidt integratie tot eenvormiger aansturing van de ggd als beoogd uitvoerder van beide wetten.
 - d. Onderdelen van de Voorzieningenwet hebben een semi-collectief (doelgroepen-) karakter. Deze onderdelen zullen bovendien à la de Wcpv-taken programmatisch worden uitgevoerd. In zijn algemeenheid geldt dit argument voor 'community care'.
3. Tegen integratie van de twee wetten pleiten deze argumenten.
 - a. Integratie genereert onnodige beleidsdrukke. Deze kan worden voorkomen door schakel- of spiegelbepalingen in de afzonderlijke wetten op te nemen.
 - b. Hoe men het ook wendt of keert: uiteindelijk is de Wcpv toch bedoeld voor collectieven van burgers, de Voorzieningenwet voor tot op het individu herleidbare zorg. De ervaring met de AWBZ leert dat integratie tot gekunstelde constructies leidt, waarbij men probeert collectieve zorg te vertalen in individuele zorgproducten. Bovendien: doel zou moeten zijn de Voorzieningenwet qua systematiek zoveel mogelijk te laten lijken

op de zorgverzekering. Ook dat pleit tegen integratie met de Wcpv.

- c. De Wcpv is nu enkele malen geëvalueerd, er is over geadviseerd, hij is aangepast en aangescherpt. De uitvoering lijkt zich in de beoogde richting te ontwikkelen. De lokale gezondheidsplannen worden beter. Dit is niet het moment een ingrijpende verandering door te voeren.
4. Alles afwegende is er voor de RVZ reden om vóór integratie te pleiten. De Raad vindt het gewenst dat een geïntegreerd sturingsinstrumentarium ontstaat voor zorg, als bedoeld in dit advies, en de volgende in de Wcpv geregelde terreinen:
 - de GGD'en
 - de regio-indeling
 - gemeentelijke heffingen
 - de OGGZ
 - het lokaal gezondheidsplan en vooral ook de regionale behoeftebepaling (epidemiologie)
 - de afstemming in regionale zorgketens, in het bijzonder die tussen collectieve preventie en curatieve zorg.

Deze terreinen beslaan een groot deel van de Wcpv. Integratie van Wcpv en Voorzieningswet ligt dan ook voor de hand.

Achtergrondstudie 9

Voorziening of verstrekking?

Mr. M. de Lint

1 Inleiding

Een oplossing voor de in achtergrondstudie 5 gesignaleerde knelpunten is het samenbrengen van voorzieningen en verstrekkingen die primair gericht zijn op het bevorderen en/of in stand houden van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van burgers met een beperking onder hetzelfde wettelijke en bestuurlijke regime, een zogenoemd dienstverleningsstelsel.

De idee achter een dienstverleningswet (Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning) is bepaalde aanspraken uit de ziektekostenverzekeringen (AWBZ/ZFW) over te hevelen naar een nieuwe wet en daarin tevens de voorzieningen uit de Wet Voorzieningen Gehandicapten (Wvg) onder te brengen. Eventueel kunnen aan deze wet tevens voorzieningen worden toegevoegd die thans onder het bereik van de Welzijnswet vallen. Aldus ontstaat een wettelijke basis die een integraal aanbod aan voorzieningen voor mensen met een beperking mogelijk maakt. De Gemeente zal worden belast met de uitvoering van de Wet op de Maatschappelijke Ondersteuning.

In de discussie over de vormgeving van deze nieuwe wet speelt de vraag naar de wijze waarop rechtszekerheid en rechtsgelijkheid het beste kunnen worden gewaarborgd een prominente rol. Een opgeworpen bezwaar tegen de voorgestelde oplossing is namelijk dat een voorzieningenwet waarvan de gemeente uitvoerder is minder garanties biedt voor zowel de rechtszekerheid als rechtsgelijkheid dan een verstrekkingenwet, zoals de huidige AWBZ en ZFW. Dit bezwaar is voornamelijk gebaseerd op de veronderstelling dat de toewijzing van aanspraken uit hoofde van een voorzieningenwet afhankelijk is van de welwillendheid en de financiële mogelijkheden van de gemeente waarvan men ingezetene is, terwijl de aanspraken in het kader van een verstrekkingenwet zonder meer moeten worden toegewezen wanneer de verzekerde aan de verstrekkingvoorwaarden voldoet.

De vraag is of - c.q. in hoeverre - dit bezwaar terecht is. In dit hoofdstuk wordt deze vraag beantwoord aan de hand van een vergelijking tussen de thans vigerende 'verstrekkingenwetten' (AWBZ/ZFW) en de 'voorzieningenwet' (WVG). Daartoe worden eerst - in de paragrafen 2 en 3 - het karakter en de aard van de respectievelijke aanspraken in kaart gebracht, evenals de wijze waarop in de verschillende stelsels rechtsbe-

scherming wordt geboden aan de verzekerde/burger. De in een bepaald stelsel geboden rechtsbescherming is immers een belangrijke determinant van rechtszekerheid en rechtsgelijkheid. Vervolgens worden - in paragraaf 4 - de bevindingen met elkaar vergeleken op de aspecten rechtszekerheid en rechtsgelijkheid zijn geborgd. In paragraaf 5 tenslotte worden de belangrijkste conclusies op een rij gezet.

2 AWBZ en ZFW

Aard en karakter van de aanspraken

In het stelsel van de AWBZ en ZFW vormt een (privaatrechtelijke) overeenkomst tussen twee partijen – verzekerde en verzekeraar – de grondslag waaraan aanspraken kunnen worden ontleend. Dit gegeven impliceert dat de gewone bepalingen van het verbintenissenrecht, zoals opgenomen in het Burgerlijk Wetboek, van toepassing zijn op de overeenkomst tussen ziektekostenverzekeraar en verzekerde.

Hieruit volgt dat uit de verzekeringsovereenkomst voor beide partijen verplichtingen voortvloeien. De belangrijkste daarvan is zonder meer het leveren van de prestatie waartoe de partijen zich jegens elkaar hebben verbonden. De prestatie van de verzekerde bestaat uit het betalen van een premie, die van de verzekeraar uit het voor rekening nemen van het risico van een onzekere gebeurtenis en, wanneer deze gebeurtenis intreedt, het verstrekken van bepaalde voorzieningen of tegemoetkomingen.

Het Burgerlijk Wetboek voorziet tevens in de situatie dat één van de partijen haar verplichtingen uit de overeenkomst niet of onbehoorlijk nakomt. In dat geval mag de wederpartij de nakoming van zijn daartegenover staande verplichting opschorten of de overeenkomst ontbinden. De onbehoorlijk presterende partij is verplicht de schade die de wederpartij door de onbehoorlijke nakoming lijdt te vergoeden, tenzij de tekortkoming hem niet kan worden toegerekend.

Het feit dat de aanspraken ex AWBZ en ZFW zijn gestoeld op een overeenkomst naar privaatrecht betekent dus dat partijen nakoming van de overeenkomst (zo nodig via de rechter) kunnen afdwingen.

Overigens heeft niet altijd duidelijkheid bestaan over het karakter van de aanspraken uit hoofde van de sociale ziektekostenverzekeringswetten. Dit had voornamelijk te maken met het feit dat AWBZ en ZFW het naturastelsel als hoofdregel kennen.

Dit komt er in essentie op neer dat de verzekerde jegens de ziektekostenverzekeraar een wettelijke aanspraak heeft op bij wet omschreven vormen van hulp. Omdat ziekenfondsen op grond van ZFW en AWBZ (resp. art. 42 eerste lid en 41 eerste

lid) niet zelf diensten of zaken mogen leveren, tenzij daarvoor een ontheffing is verkregen, moeten zij overeenkomsten sluiten met hulpverleners, teneinde te kunnen voorzien in de aanspraken van hun verzekerden.

Lange tijd werd aangenomen dat hier sprake was van een inspanningsverbintenis. De ZFW en AWBZ bepalen immers dat ziekenfondsen er 'zorg voor dragen' dat de bij hen ingeschreven verzekerden hun aanspraken tot gelding kunnen brengen. Een ziekenfonds zou alleen iets te verwijten zijn als het in zijn taak – zorgen voor overeenkomsten met voldoende medewerkers – is tekortgeschoten. In de zgn. dotterzaak (waarin het ging om een patiënt die een noodzakelijke dotterbehandeling niet tijdig kon krijgen omdat het ziekenhuisbudget uitgeput was) verwierp de rechter deze opvatting. De rechter oordeelde dat het ziekenfonds jegens zijn verzekerden ook dient toe te zien op nakoming van de met instellingen en beroepsbeoefenaren gesloten overeenkomsten (Hof 's-Hertogenbosch 2 juli 1990, RZA 1990, 127). In latere rechtspraak is ondubbelzinnig komen vast te staan dat de verzekerde jegens het ziekenfonds een afdwingbare aanspraak heeft op de verstrekkingen waarvoor hij in aanmerking komt. Er is met andere woorden aan de zijde van het ziekenfonds sprake van een resultaatsverbintenis.

De resultaatsverplichting van de ziektekostenverzekeraar wordt ook wel aangeduid als zorgplicht. Ze houdt in dat de zorgverzekeraar te allen tijde verplicht is om 'zorg' (als verstrekking) te leveren, ongeacht eventuele capaciteitstekorten in de gezondheidszorg. Deze zorgplicht vloeit derhalve rechtstreeks voort uit het naturakarakter van de sociale ziektekostenverzekeringen. Wanneer de verzekering (tevens) ruimte biedt voor het verstrekken van uitkeringen in geld (pgb, restitutie van gemaakte kosten) dan rust op de verzekeraar niet de verantwoordelijkheid om eventuele aanbodtekorten op te lossen. De verzekeraar heeft in dat geval geen zorgplicht.

Het is in dit verband van belang te wijzen op de ontwikkeling in de sociale ziektekostenverzekeringen, waarbij in toenemende mate ruimte wordt geboden voor het verstrekken van uitkeringen in geld. Zo bepaalt de AWBZ (in het tweede lid van artikel 6) dat 'uitvoeringsorganen bij reglement bepalen of de zorg waarop krachtens de AWBZ aanspraak bestaat aan bij hen ingeschreven verzekerden als verstrekking wordt verleend, dan wel dat aan de verzekerden uitkeringen in geld worden gedaan wegens kosten die deze verzekerden hebben gemaakt voor de bedoelde zorg, of voor een in het reglement aangege-

ven deel daarvan, dan wel dat de verzekerden de keuze wordt gelaten tussen zorgverlening als verstrekking en een zodanige uitkering in geld' (noot: overigens kan bij Amvb met betrekking tot bij die maatregel aan te geven vormen van zorg worden bepaald dat deze uitsluitend als verstrekking aan de verzekerden worden verleend).

Deze ontwikkeling komt voort uit de wens om beter tegemoet te kunnen komen aan de vraag van cliënten. Zo is de introductie van pgb's vooral bedoeld om verzekerden meer keuzemogelijkheden te bieden en meer gelegenheid om te komen tot zorg op maat. Tegelijkertijd moet evenwel worden vastgesteld dat door deze ontwikkeling de zorgplicht aan betekenis inboet.

Het gegeven dat de (sociale) ziektekostenverzekeringen overigens in hoge mate door het publiekrecht worden beheerst, doet aan het privaatrechtelijke karakter van de verzekeringsovereenkomst als zodanig niet af. Het heeft wel consequenties.

Zo worden zowel de condities waaronder de overeenkomst tot stand komt als de inhoud van de overeenkomst - met name de wederzijdse prestaties - (noot: m.u.v. de nominale premie in de Ziekenfondswet) niet door partijen zelf, maar door de overheid bepaald. Dit betekent dat de aanspraken door de centrale overheid eenzijdig worden vastgesteld. Het betekent ook dat de inhoud en omvang van de aanspraken onderhevig zijn aan politieke besluitvorming; in economisch mindere tijden staat de inhoud en omvang van het wettelijke verstrekkingspakket onder druk.

Een ander gevolg is dat de uitvoeringsorganen van de sociale ziektekostenverzekeringen worden aangemerkt als bestuursorgaan in de zin van de Algemene wet bestuursrecht. Dit opent voor de verzekerde de mogelijkheid van administratief bezwaar en beroep.

Rechtsbescherming

Wanneer een zorgverzekeraar een aanvraag van een verzekerde voor een verstrekking ten laste van de sociale ziektekostenverzekeringen heeft afgewezen kan de verzekerde daartegen bezwaar instellen bij de betreffende verzekeraar. Deze is gehouden het afwijzende besluit te heroverwegen. Wanneer het bezwaar een medisch oordeel betreft is de zorgverzekeraar verplicht hiertoe het College van zorgverzekeringen (Cvz) om advies te vragen. Hiermee wordt bewerkstelligd dat de ver-

schillende zorgverzekeraars in vergelijkbare geschillen inhoudelijk tot gelijklopende beslissingen komen.

Indien de zorgverzekeraar volhardt in zijn afwijzing (al dan niet op grond van het advies van het Cvz) dan kan de verzekerde het geschil voorleggen aan de administratieve rechter. Deze toetst of de beslissing met de nodige zorgvuldigheid is genomen en of deze inhoudelijk juist is geweest.

Omdat zowel de aanspraken, als de voorwaarden waaronder aanspraak bestaat, limitatief en gedetailleerd in de wet zijn vastgelegd, heeft de verzekeraar nagenoeg geen beleidsvrijheid bij de uitvoering van de AWBZ/ZFW. De rechter kan de beslissing van de zorgverzekeraar dan ook ‘volledig’ toetsen; dat wil zeggen dat hij niet een door de verzekeraar gemaakte afweging van belangen hoeft te respecteren, maar ‘simpelweg’ nagaat of de verzekeraar de regelgeving juist heeft toegepast.

Een voorbeeld:

Mevrouw Z. kan als gevolg van ernstige rugklachten niet langdurig staan. Ze dient bij haar zorgverzekeraar een aanvraag in voor een trippelstoel waarmee ze tijdens huishoudelijke werkzaamheden, met name het koken, (langdurig) staan kan voorkomen. De zorgverzekeraar wijst de aanvraag af, omdat niet is voldaan aan de voorwaarden die de Regeling hulpmiddelen 1996 dienaangaande stelt. Het hierop ingediende bezwaarschrift wordt – op advies van het Cvz – ongegrond verklaard. Mevrouw Z. stelt beroep in bij de rechter.

De rechter stelt voorop dat de Ziekenfondswet en de daarop berustende regelingen een gesloten systeem behelzen, in die zin dat in beginsel op geen andere verstrekkingen aanspraak bestaat dan in deze regelgeving is bepaald. Ten aanzien van hulpmiddelen stelt de rechter voorts vast dat aan dit gesloten systeem vorm en inhoud is gegeven door het bepaalde in artikel 15 eerste lid van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering (Vb) en de daarop rustende Regeling hulpmiddelen 1996, waarin een limitatieve en nauw omschreven opsomming van hulpmiddelen is gegeven en de gevallen waarin daarop aanspraak bestaat.

Vervolgens stelt de rechter vast dat de Regeling hulpmiddelen in artikel 2, tweede lid onder k, in samenhang met artikel 26b, aanspraak geeft op verstrekking in bruikleen van stoelen voorzien van een trippelfunctie, mits sprake is van de indicatie zoals omschreven in het derde lid van artikel 26b (voor zover

relevant): “Aanspraak bestaat op de in het eerste lid onder a bedoelde middelen (= trippelstoel) indien verzekerde zich binnenshuis alleen zittend kan verplaatsen en niet beschikt over een in het huis bruikbare rolstoel ... “.

De rechter stelt verder vast dat mevrouw Z. zich binnenshuis wel lopend kan verplaatsen, maar dat ze moeite heeft met langdurig staan. Hij concludeert dan ook dat het ziekenfonds terecht heeft geconstateerd dat er bij mevrouw Z. geen indicatie bestaat voor een trippelstoel en dat de afwijzing van de aanvraag om die reden terecht is. Hij verklaart het ingestelde beroep ongegrond.

3 De Wvg

Aard en karakter van de aanspraken

Op grond van de Wvg heeft de gemeente tot taak ‘zorg te dragen voor de verlening van woonvoorzieningen, vervoersvoorzieningen en rolstoelen t.b.v. de deelneming aan het maatschappelijk verkeer van in de gemeente woonachtige gehandicapten’. Deze wettelijke taak houdt in dat het gemeentebestuur op aanvraag een beslissing neemt over het al dan niet toekennen van een bepaalde voorziening. In bestuursrechtelijke zin gaat het hier om een rechtshandeling van een openbaar ambt, dat – met gebruik van een speciale (publiekrechtelijke) bevoegdheid - in een individueel geval op het terrein van het openbaar bestuur *eenzijdig* beslist, ofwel ‘beschikt’. Met eenzijdig wordt tot uitdrukking gebracht dat het hier niet gaat om een overeenkomst, waarbij twee (of meer) partijen gezamenlijk iets afspreken met het oog op bepaalde uit de afspraak voortvloeiende rechtsgevolgen. Bij een beschikking wordt geen afspraak tussen partijen gemaakt; er is slechts één partij (de gemeente) die een besluit neemt.

Het is juist deze eenzijdigheid die de vraag oproept in hoeverre in het systeem van de Wvg is gewaarborgd dat de burger die op de daarin genoemde voorzieningen is aangewezen deze ook daadwerkelijk verstrekt krijgt. Voor het antwoord op deze vraag is met name van belang vast te stellen of de gemeente bij de uitvoering van de Wvg beleidsvrijheid heeft en zo ja waaruit deze vrijheid dan bestaat.

Ter toelichting het volgende: De bevoegdheid tot het geven van beschikkingen op een bepaald terrein kan door de wetgever aan een bestuursorgaan zijn geattribueerd zonder daarbij iets voor te schrijven omtrent het gebruik dat van die bevoegdheid mag of moet worden gemaakt. Voor zover het gebruik van een bevoegdheid niet aan wettelijke eisen is onderworpen wordt die bevoegdheid een (volledig) discretionaire genoemd. Het bestuursorgaan heeft volledige beleidsvrijheid: het is dan in zoverre vrij zelf uit te maken in welke gevallen en op welke wijze het zijn bevoegdheid zal uitoefenen. Deze vrijheid wordt in wettelijke voorschriften meestal tot uitdrukking gebracht met een formule waarin (een vorm van) het hulpwerkwoord ‘kunnen’ voorkomt, bijvoorbeeld: “B&W kunnen ontheffing verlenen van het bepaalde in”. Men spreekt in dit geval ook wel over vrije beschikkingen. Als andere uiterste staan hier gebonden beschikkingen tegenover:

Deze worden gegeven krachtens een bevoegdheid waarvan het gebruik strikt en gedetailleerd in wettelijke voorschriften is geregeld. Voorbeelden van gebonden beschikkingen zijn vooral te vinden op de terreinen van belastingen, pensioenen, sociale en volksverzekeringen.

Tussen deze twee uitersten bevindt zich een scala waarin de mate van gebondenheid van een bestuursorgaan uiteenloopt.

Op grond van de in de Wvg geformuleerde taakopdracht moet worden vastgesteld dat de gemeente niet vrij is zelf te besluiten of het van de haar toegekende bevoegdheid om woonvoorzieningen etc. te verlenen aan gehandicapten gebruik maakt. In zoverre heeft de gemeente geen beleidsvrijheid. De Wvg bevat overigens nauwelijks voorschriften omtrent de wijze waarop de gemeente van deze bevoegdheid gebruik moet maken, behalve dat de betreffende voorzieningen 'verantwoord' moeten zijn, d.w.z. doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht en dat voor dure woningaanpassingen advies gevraagd moet worden aan het RIO alvorens een besluit te kunnen nemen. De gemeente heeft dan ook op grond van de Wvg bij de uitoefening van de daarin toegekende bevoegdheid een hoge mate van beleidsvrijheid.

Geen vrijheid is evenwel rechtens onbeperkt; dit geldt ook voor de vrijheid van handelen van openbare ambten bij het gebruik van de hun toegekende rechten en bevoegdheden. Voor zover aan dat gebruik geen grenzen zijn gesteld bij de wet waarin de bevoegdheid is toegekend vindt het toch een begrenzing in de algemene beginselen van behoorlijk bestuur, zoals neergelegd in de Algemene wet bestuursrecht.

Binnen deze beginselen neemt *het verbod van willekeur* een fundamentele plaats in. Burgers verlangen een controleerbare overheid. Als het aan een ambt met beleidsvrijheid zou zijn toegestaan zijn bevoegdheid naar willekeur uit te oefenen dan zou het *carte blanche* hebben; dan kan het elke beslissing nemen die zijn gril hem ingeeft. Er valt dan niets te toetsen. Is beleidsvrijheid gegeven dan geldt derhalve een verbod van willekeur.

Dit verbod impliceert dat een ambt met beleidsvrijheid, telkens wanneer het in concreto voor de vraag staat of het gebruik zal maken van zijn bevoegdheid en zo ja, welk gebruik, criteria ter beschikking moet hebben. Zonder criteria vervalt het onvermijdelijk in willekeur. Voor zover zij niet aan de wet zijn te ontlenen, zullen de nodige criteria door het ambt zelf gekozen

moeten worden. Het vaststellen en (consequent) hanteren van criteria van eigen keuze, met het oog op het gebruik van een bevoegdheid door een ambt met beleidsvrijheid is 'beleid voeren'. Uit het verbod van willekeur volgt derhalve dat bij het bestaan van beleidsvrijheid een rechtsplicht tot het voeren van beleid moet worden aangenomen.

Uit het verbod van willekeur volgt wel dat beleid moet worden gevoerd, maar niet welk beleid. Het stelt op zichzelf aan de inhoud van het te voeren beleid geen enkele eis. Niettemin heeft dit verbod al vrij ingrijpende consequenties. De uit het verbod resulterende rechtsplicht om beleidscriteria te kiezen en te hanteren, lijdt namelijk geen uitzondering; ook niet in gevallen die zich nooit eerder hebben voorgedaan en waarvan niet is te verwachten dat zij zich ooit opnieuw zullen voordoen. Er dienen dan ook criteria te worden gekozen waarmee niet slechts in dat ene unieke geval kan worden beslist, maar ook in andere overeenkomstige gevallen. M.a.w. de gekozen criteria moeten naar hun aard voor herhaalde toepassing vatbaar zijn.

We vinden het verbod van willekeur en de daaruit voortvloeiende verplichting om beleid te voeren overigens ook (rechtstreeks) in de Wvg terug, en wel in artikel 2, eerste lid. Hierin is bepaald dat "het gemeentebestuur zorgt draagt voor de verlening van (...) voorzieningen aan ... gehandicapten *en daartoe regels vaststelt bij verordening*".

Bij de uitoefening van een bevoegdheid met beleidsvrijheid neemt naast het verbod van willekeur het gelijkheidsbeginsel een centrale positie in. Dit beginsel verlangt dat bestuursorganen op gelijke voet worden behandeld. Het houdt in dit verband in dat de burger aanspraak kan maken op toepassing van de beleidsnormen en dat de gemeente een bijzondere rechtvaardigingsgrond zal moeten hebben om die aanspraak niet te honoreren.

Een bijzondere rechtvaardigingsgrond om af te wijken van de beleidsnorm kan overigens zijn gelegen in de beginselen van redelijkheid en billijkheid:

- het is bijv. mogelijk dat een beleidsnorm niet (langer) als redelijk kan worden aangemerkt. Toepassing van een met het oog op de belangen van betrokken burgers *onredelijke* norm zal in principe niet mogen plaatsvinden;
- het kan ook zijn dat bijzondere omstandigheden in concreto tot afwijken van de (abstracte) beleidsnorm nopen. Wanneer vasthouden aan die norm in een individueel ge-

val tot een *onbillijk* resultaat leidt, zal de bestuurde mogen verlangen dat het beleid in zijn geval (incidenteel) wordt losgelaten.

Strijd met het gelijkheidsbeginsel is overigens alleen vast te stellen bij volledige kennis van het beleid. De enkele omstandigheid dat in een – zo op het oog volkomen gelijkliggend – eerder of later geval anders is beslist biedt daarvoor geen toereikende grond. Nog afgezien van 1) de mogelijkheid dat nu juist in dat andere geval een fout is gemaakt moet worden bedacht dat 2) het beleid inmiddels gewijzigd kan zijn en vooral 3) dat tussen gevallen die er zo op het oog gelijk uitzien niettemin een voor het beleid relevant en dus essentieel verschil kan bestaan.

Rechtsbescherming

Het (publiekrechtelijk) handelen van bestuursorganen, waaronder gemeenten, is onderworpen aan de bepalingen van de Algemene wet bestuursrecht. Op grond hiervan kan een burger administratief beroep instellen van een beschikking van de gemeente, waarin hij zich niet kan vinden. Voorafgaande aan zodanig beroep dient de burger evenwel eerst bezwaar in te stellen bij de gemeente die de betreffende beslissing heeft genomen. De gemeente is dan verplicht het besluit te heroverwegen. Wanneer de beslissing op het bezwaarschrift niet (volledig) tegemoet komt aan het bezwaar van de indiener staat de weg van het administratieve beroep open.

Het wettelijk toetsingskader voor de rechter is echter beperkt. Zoals eerder aangegeven bevat de Wvg weinig voorschriften omtrent het gebruik van de daarin aan de gemeente toegekende bevoegdheid. Bepaald is slechts dat de gemeente van deze bevoegdheid gebruik moet maken, en dat voorzieningen verantwoord (d.w.z. doelmatig, doeltreffend en cliëntgericht) moeten zijn. De nadere invulling van dit laatste begrip is aan de gemeenten overgelaten. De meeste gemeenten voeren een beleid dat is gericht op het verstrekken van de goedkoopste adequate voorziening. Met dit beleid voldoet de gemeente nog juist aan zijn wettelijke verplichtingen; het vormt een ondergrens. De beleidsvrijheid die gemeenten in deze hebben brengt met zich mee dat de rechter zich beperkt tot een marginale toetsing: hij toetst slechts of in het voorliggende geval (tenminste) aan de ondergrens wordt voldaan, maar meet zich voor het overige geen oordeel aan over het de facto gevoerde beleid. De rechter draagt immers geen politieke verantwoordelijkheid; het zou dan ook te ver gaan wanneer hij desgevraagd

zijn persoonlijke waardering in de plaats stelt van die van het bevoegde bestuursorgaan. Hij heeft alleen uit te maken of de verantwoordelijk bestuurder gegeven diens beleidsstandpunt in redelijkheid tot het voorliggende resultaat heeft kunnen komen. Hij toetst daartoe met name of het gevoerde beleid kenbaar en consistent is (d.w.z. of de criteria voor herhaalde toepassing vatbaar zijn), of het genomen besluit in het gevoerde algemene beleid past en, indien dit niet het geval is, of er bijzondere omstandigheden waren die (incidentele) afwijking van het beleid kunnen rechtvaardigen.

Een voorbeeld:

Mevrouw X heeft een verkeersongeval gehad en heeft daaraan nogal wat beperkingen overgehouden: ze kan slechts zo'n 200 meter lopen, kan geen trappen meer lopen en ondervindt problemen bij het koken. Door het ongeval zit ze noodgedwongen meestentijds binnen, terwijl ze vroeger altijd op pad was. Wil zij weer kunnen functioneren zoals voorheen dan moeten tenminste een traplift en aanpassingen in keuken en badkamer worden aangebracht, terwijl ook haar auto moet worden aangepast. De totale kosten van de huisaanpassingen worden geraamd op 10.000 euro. Mevrouw X dient een aanvraag in bij de gemeente. (Casus ontleend aan Vermaat, TvGR nr. 3/2003).

De woningaanpassing wordt geweigerd, omdat verhuizing naar een andere woning voor de gemeente goedkoper is. De gemeente heeft haar beleid neergelegd in een plaatselijke verordening. Daarin is vastgelegd dat de gemeente (zoals de meeste gemeenten), het zogenoemde 'primaat van de verhuizing' hanteert. Dit betekent dat als de kosten een zekere grens overschrijden ervan wordt uitgegaan dat verhuizen naar een reeds geschikte woning goedkoper is. Als woonvoorziening wordt dan een tegemoetkoming in de kosten van verhuizing geboden. De hoogte verschilt per gemeente, maar is meestal een bedrag van rond de 2000 Euro. Alles wat de verhuizing meer kost blijft voor rekening van mevrouw X. De CRvB is van oordeel dat hiermee aan de ondergrens is voldaan; het beleid is bovendien kenbaar en in het voorliggende geval consequent toegepast. Er is voorts niet gebleken van omstandigheden die nopen tot afwijking van het beleid. (ontleend aan uitspraak d.d. 18 augustus 1998)

Ook de aanpassing van de auto wordt geweigerd. De gemeente heeft een systeem van collectief vervoer opgericht en verwijst mevrouw X voor haar totale vervoersbehoefte naar het collec-

tieve vervoer. Volgens de CRvB kan daarmee nog in aanvaardbare mate worden deelgenomen aan het leven van alledag (zie uitspraak d.d. 11 april 1995). Bezoek aan elders wonende familie en vrienden kan buiten beschouwing blijven, tenzij 'er sprake is van dusdanig wezenlijke – en uitsluitend door persoonlijk bezoek in stand te houden – bovenregionale contacten dat beknotting daarvan onder de gegeven omstandigheden zou leiden tot sociaal isolement'. (CRvB 17 sept. 1996, 5 nov. 1996).

Uit dit voorbeeld blijkt dat de rechter, teneinde te kunnen vaststellen of in het voorliggende geval (tenminste) aan de ondergrens is voldaan het criterium hanteert of de burger met de geleverde voorziening 'nog in aanvaardbare mate kan deelnemen aan het leven van alledag'. Aldus is in de juridische praktijk een concrete invulling van de ondergrens van het voorzieningenniveau ex Wvg gegeven.

Zo heeft de CRvB de ondergrens van hetgeen als vervoersvoorziening moet worden geboden bepaald op '... een combinatie van vervoersvoorzieningen, die neerkomt op een aflegbare afstand in de bandbreedte van circa 1500 tot 2000 km per jaar ...' (12 maart 2002). Alleen als iemand minder dan 100 m kan lopen dient een aanvullende voorziening in natura en/of in de vorm van een extra financiële tegemoetkoming te worden getroffen (vaste jurisprudentie, o.a. CRVB 21 jan 97 en 12 mrt. 02).

Op dit niveau zijn de aanspraken die burgers aan de Wvg kunnen ontlene overal in den lande gelijk. Boven dit niveau ligt dit anders: het staat gemeenten immers vrij een ruimhartiger beleid te voeren, dan een beleid dat is gericht op de goedkoopste adequate voorziening. Daarmee neemt de kans op verschillen in voorzieningenniveau tussen gemeenten toe. Zo geeft de derde evaluatie van de Wvg een treffend voorbeeld (noot: Een verstrekkende wet, blz. 107) van de verschillende wijzen waarop vervoersvoorzieningen worden getroffen en tot welke verschillen dit leidt:

Een 70-jarige man met een inkomen ter hoogte van tweemaal het Abw-norminkomen, die slecht ter been is en alleen met een rustpauze een loopafstand van 800 meter (= afstand tot de bushalte) heeft, komt, afhankelijk van zijn woonplaats in aanmerking voor hetzij:

- geen vervoersvoorziening (kan gebruik maken van het openbaar vervoer)

- geen vervoersvoorziening omdat zijn inkomen te hoog is (een auto is in dat geval algemeen gebruikelijk)
- een forfaitaire taxikostenvergoeding
- een declarabele taxikostenvergoeding
- een collectief vervoerpas plus een forfaitair bedrag
- collectief vervoer met een x-aantal strippen t.b.v. vervoer door heel Nederland.

In alle gevallen (ook de eerste twee) handelt de gemeente in overeenstemming met zijn verplichtingen uit hoofde van de Wvg. Voor iedereen geldt dat hij tenminste een voorziening ter beschikking heeft resp. krijgt toegekend waarmee deelname aan het maatschappelijk verkeer nog in aanvaardbare mate mogelijk is (= ondergrens).

Het gegeven dat tussen gemeenten verschil in uitvoeringsniveau van de Wvg bestaat is op zichzelf toegestaan. Dit is echter anders als er binnen een gemeente grote verschillen zijn tussen de diverse (vervoers)voorzieningen.

Zo oordeelde de CRvB in een zaak waarbij een gemeente onbepakt collectief vervoer tegen openbaarvervoertarief in een gebied van 17 gemeenten bood en voor hen die daar geen gebruik van konden maken een forfaitaire vergoeding (goed voor maximaal 1000 km) ter beschikking stelde, dat binnen een gemeente variatie mag bestaan in het bereik tussen de diverse soorten vervoersvoorzieningen, maar dat grote verschillen niet door de beugel kunnen (CRvB 12 mrt. 02).

Nadere normstelling: het landelijk Wvg-protocol

Het bestaan van verschillen in voorzieningenniveau tussen gemeenten stuit in toenemende mate op maatschappelijke onvrede. Uit de derde evaluatie van de Wvg in 2001 is bovendien gebleken dat gemeentebesturen te weinig rekening houden met de wensen van cliënten (vooral op het gebied van de vervoersvoorzieningen). Dit heeft ertoe geleid dat de Minister van SZW in samenspraak met de VNG en gebruikersorganisaties (op verzoek van de Tweede Kamer) nadere normen heeft neergelegd in het zogenoemde Wvg-protocol voor een passender invulling van het in de wet neergelegde begrip 'verantwoorde voorzieningen'.

Volgens het protocol geldt als uitgangspunt dat het de cliënt zelf is die het beste kan aangeven op welke wijze zijn belemmeringen optimaal kunnen worden opgeheven of verminderd. Maatwerk impliceert immers dat de te verstrekken voorzienin-

gen zijn gericht op het individu en diens specifieke behoeften en omstandigheden; bij de beoordeling van een aanvraag dienen alle omstandigheden van de cliënt te worden betrokken die relevant kunnen zijn voor die aanvraag en bij de keuze voor een voorziening dient het gemeentebestuur rekening te houden met de wijze waarop de cliënt zijn leven wil inrichten. Mocht de cliënt een voorkeur hebben voor een duurdere voorziening dan de goedkoopste onder de adequate voorzieningen, dan moet het gemeentebestuur met de cliënt overleggen of deze een voorkeur heeft voor een financiële tegemoetkoming (gebaseerd op de goedkoopste adequate voorziening).

Vraag is thans welke consequenties deze nadere normstelling heeft voor het voorzieningenniveau ex Wvg en voor de rechtsbescherming van de burger. Een recente uitspraak van de Rechtbank Assen (4 juni 2003; Zaaknummer 03/112; LJN nummer: AF 9877) lijkt een ware ommekeer in te luiden:

Het ging in deze zaak om mevrouw Y, die zichzelf beperkt kan voortbewegen en gedeeltelijk rolstoelafhankelijk is. Binnenshuis loopt zij met een stok en buitenshuis verplaatst zij zich in een scootmobiel of in een aangepaste auto, bestuurd door haar echtgenoot. In het verleden ontving zij van de gemeente Coevorden – op grond van het aldaar gangbare keuzemodel – een individuele vervoersvergoeding. Na de gemeentelijke herindeling is deze vergoeding per 1 maart 2000 beëindigd en is aan mevrouw Y een pas voor het collectief vervoer toegekend. Zij heeft hier tegen bezwaar gemaakt bij de (nieuwe) gemeente Emmen, maar dat is ongegrond verklaard.

In september 2002 dient zij opnieuw een aanvraag in voor een individuele vervoersvergoeding. De gemeente heeft de GGD Zuid-Oost Drenthe verzocht te adviseren over de vraag of mevrouw Y is aangewezen op een individuele vervoersvergoeding. De GGD-arts heeft gerapporteerd dat er ten opzichte van het vorige advies geen verandering in de medische situatie is opgetreden (de klachten zijn wel iets verergerd; mevrouw Y is incontinent voor urine en dient zich om de één tot anderhalf uur te verschonen). Hij concludeert dat een individuele vervoersvoorziening niet geïndiceerd is, omdat mevrouw Y zelfstandig, d.w.z. zonder hulp, korte stukjes (0 tot 100 m) kan lopen en transfers kan maken. Bovendien kan zij in de scootmobiel, zonder begeleiding, gebruik maken van een rolstoel-taxi.

De gemeente wijst de aanvraag in november 2002 af op grond van artikel 3.2 tweede lid van haar ‘Verordening voorzieningen gehandicapten (Vvg)’, onder motivering dat er geen medische redenen zijn aan te wijzen als gevolg waarvan mevrouw Y geen gebruik zou kunnen maken van het collectief vervoer. Evenmin zou gebleken zijn dat zij in een sociaal isolement zal geraken wanneer wordt volstaan met deelname aan het collectief vervoer.

Artikel 3.2 tweede lid van deze Verordening luidt: “een gehandicapte kan voor een vervoersvoorziening als in artikel 3.1 onder b en c vermeld (= resp. een voorziening in natura in de vorm van een al dan niet aangepaste gesloten buitenwagen resp. een tegemoetkoming in de kosten van – onder meer – een eigen auto) in aanmerking komen, wanneer a) aantoonbare beperkingen als gevolg van ziekte of gebrek het gebruik van een collectief systeem onmogelijk maken dan wel b) een collectief systeem niet aanwezig is.” De verordening legt met andere woorden het primaat bij het collectief vervoer.

Mevrouw Y maakt bezwaar tegen dit besluit; zij stelt dat ten onrechte geen rekening is gehouden met haar omstandigheden en wensen, iets wat de gemeente – gelet op het *Landelijke Protocol Wvg* – wel had behoren te doen. De gemeente verklaart het bezwaar ongegrond.

Namens mevrouw Y is op 9 februari 2003 tegen dit besluit beroep ingesteld bij de rechtbank. Daarbij is het standpunt ingenomen dat mevrouw Y in principe kan reizen per rolstoel-taxi, maar dat de gemeente in het onderhavige geval geen rekening heeft gehouden met haar sociale situatie. Nu de wetgever op het punt van de hantering van het primaat van het collectief vervoer zijn bedoeling heeft verduidelijkt in het Wvg-protocol van 25 maart 2002, kan de gemeente dit protocol niet ongemotiveerd naast zich neerleggen. Door niet overeenkomstig (de geest van) het protocol te handelen miskent de gemeente een wezenlijk uitgangspunt van de Wvg, te weten “de gehandicapte in staat te stellen zo veel mogelijk zelf zijn leven in te richten en te bepalen hoe hij deelneemt aan het leven van alledag en het maatschappelijk verkeer”.

In haar verweerschrift stelt de gemeente dat het WVG-protocol slechts een beleidsadvies is en het de gemeente vrij staat dit advies al dan niet op te volgen. Op grond van de WVG heeft de gemeente de ruimte om het primaat te leggen bij het collectief vervoer. Nu in het geval van eiseres niet is

gebleken van enige medische beperking waardoor zij geen gebruik kan maken van het collectief vervoer, is haar terecht een individuele vervoersvergoeding geweigerd.

Beoordeling door de rechter.

De rechter overweegt dat niet in geding is dat eiseres in principe in staat is te reizen per rolstoeltaxi. Zij heeft echter aangevoerd dat de gemeente, door haar niet in aanmerking te brengen voor de verzochte individuele vervoersvoorziening, handelt in strijd met het Wvg-protocol.

De rechter is het niet eens met de opvatting van de gemeente dat het Wvg-protocol slechts een beleidsadvies is en dat het gemeenten derhalve zou vrijstaan dit advies naast zich neer te leggen. Het gaat hier namelijk om de uitleg van een wettelijke norm. Artikel 3 Wvg bepaalt immers dat

Dit betekent dat bij de invulling van de (vage) norm ‘verantwoorde voorziening’ geen belangenafweging van welke aard dan ook mag plaatsvinden, maar uitsluitend een objectiefrechtelijke interpretatie van die norm. (De beoordelingsruimte die het bestuur in deze gelaten is, is dus beduidend beperkter dan tot nu toe werd aangenomen). Het betekent ook dat deze interpretatie onder controle van de rechter staat, daar het immers tot diens taak behoort de uitleg van enig wettelijk voorschrift *volledig* te toetsen (in tegenstelling tot het resultaat van een belangenafweging als hierboven bedoeld, welke de rechter ‘slechts’ marginaal toetst).

Inherent daaraan is voorts dat niet voorbij gegaan kan worden aan maatschappelijke ontwikkelingen; algemeen maatschappelijke normen en waarden zijn immers mede bepalend voor de invulling en uitleg van wettelijke normen. Volgens de rechter dient het Wvg-protocol gezien te worden als de thans geldende normstelling voor de invulling van het begrip verantwoorde voorzieningen en derhalve de grondslag voor de objectiefrechtelijke invulling van dit begrip.

Uitgangspunt van het protocol is dat het de cliënt zelf is die het beste kan aangeven op welke wijze zijn belemmeringen optimaal kunnen worden opgeheven of verminderd. Het feit dat voorzieningen cliëntgericht moeten zijn impliceert immers dat de te verstrekken voorzieningen zijn gericht op het individu en diens specifieke behoeften en omstandigheden. Bij de beoordeling van een aanvraag dienen derhalve alle omstandigheden van de cliënt te worden betrokken die relevant kunnen zijn voor die aanvraag en bij de keuze voor een voorziening dient het gemeentebestuur rekening te houden met de wijze waarop de cliënt zijn leven wil inrichten.

Een en ander leidt ertoe dat de op grond van de in de betreffende gemeentelijke verordening genoemde criteria verstrekte voorzieningen thans niet langer zonder meer aangemerkt kunnen worden als ‘verantwoorde voorzieningen’ in de zin van de Wvg. Het stelsel van toekenning van voorzieningen zoals daarin neergelegd is – voor zover daarin nog steeds wordt uitgegaan van het primaat van het collectief vervoer zonder in relevante mate rekening te houden met de wensen van de cliënt – in zoverre derhalve in strijd met de Wvg. De aan eiseres toegekende voorziening voor collectief vervoer kan dus niet zonder meer als verantwoorde voorziening in de zin van de Wvg worden aangemerkt.

De Rechtbank vernietigt het bestreden besluit en draagt de gemeente op een nieuw besluit te nemen met inachtneming van de in het Wvg protocol neergelegde normen voor de invulling van het begrip verantwoorde voorzieningen.

Wanneer deze redenering stand houdt in hoger beroep (indien ingesteld) zijn de consequenties (om met de derde Wvg evaluatie te spreken) verstrekkend: het betekent een breuk met de tot nu toe gangbare praktijk, waarin de gehandicapte met de goedkoopst adequate oplossing tevreden moet zijn, ongeacht zijn persoonlijke omstandigheden, voorkeuren en keuzes.

4 Vergelijking

De vraag was of rechtszekerheid en rechtsgelijkheid in een verzekeringsstelsel beter geborgd zijn dan in een voorzieningenstelsel. Onder rechtszekerheid wordt verstaan 'zekerheid omtrent hetgeen als recht geldt'. Dit wordt met name bepaald door

- de helderheid van aanspraken: zijn deze duidelijk afgebakend of af te bakenen?
- de 'vastheid' van aanspraken: (in hoeverre) zijn de aanspraken in de tijd gezien onveranderlijk? Wie kan de aanspraken veranderen en wat is daarvoor nodig?
- de hardheid van aanspraken: kunnen aanspraken (zo nodig via de rechter) worden afgedwongen (= via rechtsbescherming)?

Rechtsgelijkheid is het beginsel dat 'gelijke gevallen gelijk behandeld moeten worden' en wordt daarom ook wel aangeduid als het gelijkheidsbeginsel.

Op het eerste gezicht lijken de rechtszekerheid en rechtsgelijkheid beter gediend in een verzekeringsstelsel:

- De aanspraken zijn immers minutieus en limitatief bij wet geregeld, evenals de voorwaarden waaronder aanspraak bestaat. De verzekerde weet derhalve op voorhand precies waarop hij in een bepaalde omstandigheid recht heeft.
- De aanspraken kunnen voorts niet eenzijdig door de wederpartij (de verzekeraar) worden gewijzigd; daarvoor is een overheidsbesluit nodig.
- Het feit dat het om een overeenkomst gaat geeft de verzekerde verder de nodige rechtsmiddelen in handen om naleving van de overeenkomst af te dwingen, zo nodig via de rechter: hij kan zijn prestatie (betalen premie) opschorten, de overeenkomst ontbinden en zelfs schadevergoeding eisen. De verplichte advisering door het Cvz bij geschillen tussen verzekerde en verzekeraar bevordert bovendien de uniformiteit van de uitkomsten van geschillen. Daarmee kunnen (belastende) beroepsprocedures worden voorkomen. Mocht het evenwel tot een beroepsprocedure komen dan kan de rechter besluiten van de verzekeraar volledig toetsen aan een gedetailleerd wettelijk toetsingskader.
- Door het publiekrechtelijke karakter van de verzekering zijn de aanspraken voor iedere inwoner van Nederland gelijk.

In een voorzieningenstelsel daarentegen zijn deze beginselen ogenschijnlijk niet – of beduidend slechter – geborgd:

- De voorzieningen die kunnen worden toegekend zijn in/bij wet slechts globaal omschreven, evenals de voorwaarde(n) waaraan voldaan moet zijn om voor een bepaalde voorziening in aanmerking te komen. Het is dus op voorhand niet duidelijk waaruit noch wanneer een aanspraak bestaat.
- Er bestaat geen individueel recht (c.q. aanspraak) op een bepaalde voorziening. De uitvoerende instantie heeft weliswaar een wettelijke opdracht om de uitvoering van het voorzieningenstelsel ter hand te nemen, maar is daarbinnen vrij om naar eigen inzicht invulling te geven aan deze taak. Hij kan ook naar eigen inzicht en eenzijdig het beleid wijzigen.
- De rechter moet de beleidsvrijheid van de gemeente respecteren en kan slechts marginaal toetsen. Alleen op het niveau van de ondergrens kunnen aanspraken worden afdgedwongen.
- Rechtsgelijkheid is er alleen op het niveau van de ondergrens. Daarboven kunnen grote verschillen in voorzieningenniveau tussen gemeenten bestaan.

Bij nader inzien blijkt een nuancering evenwel op zijn plaats:

1. Zo is in de eerste plaats de notie dat de aanspraken in het ziektekostenverzekeringsstelsel helder en concreet zijn afgebakend en de verzekerde dus op voorhand weet waarop hij aanspraak heeft in zekere zin achterhaald. Inmiddels zijn de aanspraken uit hoofde van de AWBZ in functionele termen omschreven. Daarmee 'kruipt' het ziektekostenverzekeringsstelsel als het ware naar het voorzieningenstelsel toe: ook in de Wvg zijn de voorzieningen niet (nader) gepreciseerd, maar voornamelijk omschreven in termen van het doel waartoe zij moeten dienen (namelijk maatschappelijke participatie).
2. In de tweede plaats is het verzekeringsstelsel weliswaar gebaseerd op een (privaatrechtelijke) overeenkomst tussen verzekeraar en verzekerde, maar dit betekent niet dat de verzekerde zeggenschap heeft over de inhoud van de overeenkomst, met name over de wederzijdse prestaties (verstrekkingen en premie). Het publiekrechtelijke karakter van de sociale ziektekostenverzekeringen brengt met zich mee dat ook hier – net als in het voorzieningensysteem van de Wvg – de aanspraken feitelijk eenzijdig door de overheid worden vastgesteld. Implicatie hiervan is dat de inhoud van de verzekeringsovereenkomst sterk onder-

- hevig is aan economische en politieke ontwikkelingen. De recentelijk als gevolg van de economische recessie (wederom) opgelaaide discussie over de omvang van het verzekerde pakket getuigt daarvan. Ook in een verzekeringsstelsel zoals AWBZ en ZFW zijn de aanspraken dus minder vast dan aanvankelijk werd aangenomen.
3. Voorts blijkt het verschil in de mate van beleidsvrijheid tussen de uitvoerders van enerzijds de ziektekostenverzekeringen en anderzijds de Wvg in de praktijk een minder groot contrast op te leveren dan op het eerste gezicht lijkt. De beleidsvrijheid van de gemeente bij de uitvoering van de Wvg is namelijk verre van onbegrensd, als gevolg van de van toepassing zijnde algemene beginselen van behoorlijk bestuur. Met name uit het verbod van willekeur en het gelijkheidsbeginsel vloeit bij het bestaan van beleidsvrijheid - paradoxaal - een rechtsplicht tot het voeren van beleid voort. Daarnaast stelt ook de Wvg zelf een ondergrens aan de beleidsvrijheid; de gemeente moet 'tenminste' verantwoorde voorzieningen verstrekken en kan daarop in rechte worden aangesproken.
 4. Zoals in het vorige punt reeds werd aangestipt is de ondergrens van het voorzieningenstelsel rechtens afdwingbaar, ongeacht de gemeente waarvan men ingezetene is. Die grens ligt op het niveau van de goedkoopste adequate voorziening. Daarin verschilt het voorzieningenstelsel van de Wvg niet van het verzekeringsstelsel: omdat de kosten van gezondheidszorg tot de collectieve lasten worden gerekend geldt ook in de sociale ziektekostenverzekeringwetten het uitgangspunt van de goedkoopste adequate voorziening.
 5. Het feit dat zowel de aanspraken als de voorwaarden waaronder aanspraak bestaat in de ziektekostenverzekeringwetten gedetailleerd zijn vastgelegd (noot: zie overigens hetgeen hieromtrent in het eerste punt t.a.v. de AWBZ-aanspraken is opgemerkt) leidt tot formele rechtsgelijkheid: een ieder die in een bepaalde omstandigheid verkeert krijgt hetzelfde toegekend. Nadeel hiervan is dat in de beoordeling van het recht op een verstrekking uitsluitend de in de wet genoemde omstandigheid(heden) in aanmerking worden genomen. In de praktijk blijkt vaak dat meerdere omstandigheden van invloed zijn op de behoefte aan ondersteuning. Daarmee is niet per se gegarandeerd dat ook alle relevante omstandigheden meewegen in de beslissing omtrent het al dan niet toekennen van een verstrekking. Met andere woorden: de aanspraken van het

verzekeringstelsel zijn sterk inputgericht, in beginsel ongeacht de uitkomst c.q. het effect daarvan.

De wettelijke taakopdracht aan gemeenten daarentegen is outputgericht: de gemeente moet zodanige voorzieningen verstrekken dat burgers met beperkingen in staat zijn tot maatschappelijke participatie. Het accent ligt hier derhalve op materiële rechtsgelijkheid: iedere burger met beperkingen krijgt (tenminste) die voorzieningen toegekend die nodig zijn om een wettelijk bepaald doel c.q. effect te bereiken. In de uitkomst of het doel moet er sprake zijn van gelijkheid. In deze vorm van rechtsgelijkheid komt tot uitdrukking dat 'gelijke gevallen veelal niet gelijk zijn', omdat de omstandigheden waarin iemand verkeert heel divers (kunnen) zijn. Of gevallen gelijk zijn is dus afhankelijk van het soort en de hoeveelheid omstandigheden die in de vergelijking worden meegenomen. Het formuleren van de zorgplicht van de gemeente in termen van output sluit goed aan bij noties als 'zorg op maat' en cliëntgerichtheid.

6. Tenslotte het punt van de landelijke uniformiteit van het voorzieningenniveau. Met het stelsel van de sociale ziektekostenverzekeringen is gegarandeerd dat de aanspraken en verstrekkingen landelijk uniform zijn. In het voorzieningensysteem van de Wvg bestaat op het niveau van de ondergrens weliswaar uniformiteit, maar dit sluit territoriale verschillen niet uit; gemeenten zijn immers vrij een ruimhartiger beleid te voeren. Het voorzieningensysteem sluit echter niet uit dat nadere normstelling van een wettelijk verankerde norm plaatsvindt (hetzij d.m.v. zelfbinding dan wel bij Amvb). Daarvan getuigt met name de recente uitspraak van de Rechtbank Assen inzake het begrip verantwoorde voorziening. Met deze nadere normstelling wordt de ondergrens van het voorzieningenniveau omhoog getild, waardoor de bandbreedte in verschillen tussen gemeenten wordt verkleind, zonder wezenlijk afbreuk te doen aan de beleidsvrijheid van gemeenten.

5 Conclusies

Al met al vloeien bestaande verschillen in rechtszekerheid en rechtsgelijkheid niet zozeer voort uit het (sociale) verzekerings- en voorzieningenkarakter an sich van respectievelijk AWBZ/ZFW en Wvg. Daarvoor is een ander aspect veel meer relevant, namelijk de wijze waarop vorm wordt gegeven aan de wettelijke inkadering van aanspraken. Er zijn in dit opzicht twee uitersten te onderscheiden:

- a. de wet stelt gedetailleerde voorschriften (vereisten) aan de (decentrale) uitvoering; de aanspraken worden limitatief omschreven;
- b. de wet is kaderstellend en laat de (decentrale) uitvoerder voor het overige vrij in de wijze waarop hij uitvoering geeft aan de wet².

De wijze waarop de huidige (wettelijke) verzekeringsaanspraken zijn geregeld vormt een uiting van het ene uiterste (a), terwijl de vormgeving van de aanspraken uit hoofde van de Wvg aanligt tegen het andere uiterste (b).

In beginsel is de rechtszekerheid in beide uiterste verschijningsvormen in dezelfde mate te borgen, zij het dat in het tweede geval daarin een wezenlijke rol is weggelegd voor de (administratieve) rechter die met zijn interpretatie van de wettelijke norm(en) een concrete invulling geeft aan het (minimale) voorzieningenniveau. De beide verschijningsvormen bergen wel een verschil in rechtsgelijkheid in zich: in geval a is er sprake van formele rechtsgelijkheid (input), in geval b van materiële rechtsgelijkheid (output).

In beginsel past materiele rechtsgelijkheid het beste in het huidige tijdsgewricht; het biedt de meeste ruimte voor zorg op maat, omdat rekening gehouden kan worden met alle relevante omstandigheden van het individuele geval. Een gegeven is wel dat daarmee onderlinge verschillen in voorzieningenniveau kunnen ontstaan tussen de verschillende decentrale uitvoerders. Dit kan als probleem worden ervaren, hetgeen mede is terug te voeren op het feit dat hier sprake is van territoriale (in plaats van functionele) decentralisatie. In beginsel is het voor de burger immers gemakkelijker om van verzekeraar te veranderen dan van gemeente. Anderzijds accepteren we in Nederland wel verschillen tussen gemeenten in bijv. onroerend zaakbelasting en andere lokale belastingen.

Voorzover het bestaan van territoriale verschillen in voorzieningenniveau als probleem wordt ervaren kan hieraan tegemoet gekomen worden door het wettelijk kader nauwgezet en eenduidig te definiëren; dat kader vormt immers de basis waaraan aanspraken kunnen worden ontleend en waaraan de rechter kan toetsen. Het zal in ieder geval in niet mis te verstane bewoordingen de (resultaats)verplichting van de gemeente moeten bevatten en het zal klip en klaar moeten aangeven waaraan de te verstrekken voorzieningen (tenminste) moeten voldoen. Naarmate deze eisen hoger worden opgeschroefd, wordt de bandbreedte van verschillen in decentrale uitvoering verkleind. Door te kiezen voor een doel- of functiegerichte omschrijving van de voorzieningen wordt tegelijkertijd recht gedaan aan de beleidsvrijheid van de decentrale uitvoerders.

Noten

- ¹ Gezien de thans bestaande consensus tussen overheid en relevante belangengroepering en het feit dat een wetswijziging tot uitbreiding van artikel 3 Wvg in voorbereiding is teneinde het protocol een wettelijke basis te verschaffen
- ² In de Bouwstenennotitie Wvg ... en nu verder? Wordt nog een derde mogelijkheid onderscheiden: een kaderstellende wet plus procedurele bepalingen. Is in feite overbodig (al geregeld in Awb)

Onderbouwing 10

Indicatiestelling

1 Inleiding

Het RVZ-advies Gemeente en zorg bevat het voorstel de Regionale Indicatie Organen (RIO's) op te heffen. De vraag is of dit voorstel een zorgvuldige toegang tot de zorg garandeert. Maar het voorstel roept nog een andere vraag op.

Stel dat de RIO's, naast hun wettelijk taak - 'indicatiestelling' -, in de praktijk de 'zorgtoewijzing' (dat wil zeggen de 'indicatiebeoordeling') uitvoeren en daar lijkt het op. Dan vervullen zij op regionaal niveau een rantsoeneringsfunctie voor verzekeraars en gemeenten. Zij verdelen met andere woorden de bestaande schaarste aan voorzieningen en middelen ex AWBZ en WVG. De oorspronkelijk als advies bedoelde uitspraak van de RIO over de indicatiestelling zou dan als een besluit ter zake moeten worden opgevat. In dit besluit gaan indicatiestelling en zorgtoewijzing (c.q. indicatiebeoordeling) vloeiend in elkaar over. Dit zou, in ieder geval in de beeldvorming, worden versterkt door de bestuurspraktijk: in de RIO-besturen zitten ook gemeenten en verzekeraars. Deze hebben een financieel belang.

Indien dit laatste de praktijk is - en dat is vaak zo -, moet men zich afvragen of met het opheffen van de RIO's niet een (politiek) belangrijke mogelijkheid de kosten van AWBZ en WVG te beheersen zou wegvallen. Is dat, in een tijd waarin de politiek de ontwikkeling van deze kosten als een groot probleem ziet, een verstandig advies aan die politiek?

2 De theorie van de indicatiestelling

Het zorgproces (in AWBZ en WVG) verloopt idealiter als volgt.

1. Door of namens de patiënt wordt een hulpbehoefte geuit. Deze komt in de vorm van een hulpvraag terecht bij de toegangspoort van de zorg.
2. Daar vindt verheldering van de zorgvraag plaats (anamnese, nader onderzoek) en vervolgens, op basis van een diagnose, vaststelling van de indicatie. Dit betekent concreet dat de stoornis of aandoening wordt bepaald, de beperking, die daarvan (mogelijk) het gevolg is wordt gemeten (gespecificeerd naar wonen, werken, bewegen, communiceren) en tenslotte een daaruit voortvloeiende zorgbehoefte wordt vastgesteld. Op basis daarvan legt de indicatiesteller vast wat aard, inhoud en omvang van de aangewezen zorg is. Het proces van indicatiestelling moet voldoen aan een aantal eisen:
 - de individuele hulpvraag moet als uitgangspunt worden genomen;
 - deze moet integraal worden benaderd;
 - het proces moet onafhankelijk (van belangen van derden) en ook geprotocolleerd (objectiveerbaar) verlopen;
 - het proces moet transparant zijn.Verder omvat indicatiestelling een urgentiebepaling, een houdbaarheidsdatum en een redelijk alternatief ten behoeve van de keuzemogelijkheid van de patiënt. Essentieel is tenslotte dat de indicatiesteller een deskundige zorgprofessional is en dat deze goed met de patiënt praat over de indicatie.
3. De indicatiestelling wordt gevolgd door de indicatiebeoordeling (het vaststellen van de rechtmatigheid van de aanspraak op zorg) en de zorgtoewijzing (de vertaling van de geïndiceerde zorg in concreet zorgaanbod). Hierbij speelt de beschikbaarheid van zorgaanbod een rol.
4. De zorgrealisatie.

Schematisch ziet het zorgproces in AWBZ en WVG er zo uit:

	Handeling	Resultaat
Patiënt	Hulpbehoefte uiten (aan juiste adres)	Zorgvraag geaccepteerd. Aanvraag gedeponeerd.
Primaire hulpverlener	Verheldering zorgvraag anamnese/onderzoek	Diagnose en verwijzing
Indicatiesteller = zorgprofessional	Beperking definiëren, zorgbehoefte vaststellen, noodzakelijke zorg beschrijven, overleg met patiënt	Indicatieadvies aan patiënt
Beoordelaar indicatieadvies en toewijzer zorg = gemeente of verzekeraar	Rechtmatigheid advies vaststellen in verband met financiering; toewijzing patiënt aan zorgverlener of -instelling; effectivering plaatsing	Aanvraag gehonoreerd. Toegang tot zorg zeker gesteld; zorg kan starten.

3 De praktijk van de indicatiestelling

In de praktijk (de RIO's bestaan nu 6 jaar) wijkt de indicatiestelling op enkele wezenlijke punten af van de theorie.

1. *De wijze waarop zorgaanpakken zijn omschreven*

In de AWBZ zijn (sinds 1 april 2003) de aanspraken van de patiënt op zorg in functionele termen omschreven. Dit betekent ten eerste dat de zorg niet meer in concrete eenheden (bijvoorbeeld opname en verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis) is vastgelegd in de wet, maar in algemene termen, gerelateerd aan het doel van de zorg (bijvoorbeeld activerende begeleiding). Ten tweede is de zorg niet meer in sectorale of categoriale termen aangeduid (bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg of verpleeghuiszorg). 'Verblijf' kan dus betrekking hebben op een psychiatrisch ziekenhuis of op een verpleeghuis.

Deze, op zichzelf goede, verandering kan er in de praktijk toe leiden dat de indicatiesteller zich, meer dan vroeger, verplicht voelt de zorgtoewijzing een plaats te geven in zijn indicatieadvies. Hij heeft hier het belang van de patiënt voor ogen.

2. *AWBZ- en WVG-indicaties zijn vaak anders dan medische indicaties*

De indicaties die in de AWBZ en in de WVG worden gesteld verschillen vaak van de medische, die in de ZFW worden gesteld.

- De sociale factor weegt aanzienlijk zwaarder; in feite is deze factor voor het advies over de aangewezen zorg (aard, inhoud, omvang) bepalend, méér dan de biopsychische factoren.
- De (professionele) zorg als bedoeld in AWBZ en WVG is, in vergelijking tot die in de ZFW, moeilijker objectief af te grenzen van de mantelzorg. Dit betekent in de praktijk dat de indicatiesteller niet rechtstreeks indiceert voor een professionele zorgvorm, maar in eerste instantie beoordeelt of de mantelzorg voldoende is (deze praktijk is alweer enige tijd geformaliseerd). Pas nadat hij tot het oordeel is gekomen dat dit niet het geval is, indiceert hij voor professionele zorg.
- Hetzelfde geldt voor de 'algemene' maatschappelijke voorzieningen (openbaar vervoer, wonen etc.) in relatie tot professionele zorgvoorzieningen. Indiceren ten behoeve van 'community care' versterkt dit.

Dit brengt met zich mee dat de indicatiesteller in AWBZ en WVG, veel meer dan zijn collega in de ZFW, ook een oordeel geeft over ‘gepastheid’ en ‘doelmatigheid’ van de te indiceren zorg. Hij weegt meer af.

3. Bestaande schaarste aan zorgaanbod

De RIO's zijn van start gegaan in een periode van schaarste. De in sommige regio's bestaande ernstige tekorten aan thuiszorg- en verpleeghuiscapaciteit dwong hen zich óók met zorgtoewijzing en plaatsing te bemoeien. De omstandigheden besproken onder 2. droegen hiertoe bij. De RIO's deden dit onder druk van de publieke opinie en met instemming van verzekeraars en gemeenten. Zij beoogden hiermee de belangen van patiënt, zorgaanbieder en financier op een lijn te brengen.

In de praktijk zijn zij zo van indicatiesteller, als bedoeld in § 2, rantsoeneerder geworden, enigszins vergelijkbaar met de Health Authorities in het Verenigd Koninkrijk.

4. Het bestuur van de RIO

Mede door de ontwikkeling beschreven onder 3., hebben gaandeweg de financiers van de AWBZ en de WVG (verzekeraars resp. gemeenten) zitting genomen in de besturen van de RIO. Dit heeft de indruk versterkt dat de RIO in feite een verdeler van schaarste is.

4 Conclusie

De indruk bestaat dat RIO's in de praktijk de oorspronkelijke taak - indicatiestellingadviezen geven – gaandeweg, naar bevind van zaken handelend en min of meer gedwongen, hebben gecombineerd met zorgtoewijzing (c.q. indicatiebeoordeling). Hierdoor zijn zij rantsoneerder van schaarse zorg geworden, legitimeerder van schaarstebeleid van de overheid en in de praktijk dus eerder een toegangsdrempel dan een toegangspoort. Opdrachtgever lijkt dus niet meer te zijn de patiënt, maar de financieel verantwoordelijke: (lokale) overheid of verzekeraar. In feite is dit ook een (zij het impliciete) erkenning dat de te indiceren zorg in kwestie niet goed objectiveerbaar is in termen van noodzakelijkheid en onvermijdelijkheid.

Aangetekend moet wel worden dat de rantsoneering door de RIO's niet plaatsvindt in het kader van een formele financiële taakstelling. De RIO's zijn niet gebudgetteerd.

5 Gevolgtrekkingen

- De gemeente is onverkort verantwoordelijk voor de indicatiebeoordeling en de zorgtoewijzing.
- In een indicatiebesluit (Algemene maatregel van bestuur bij de Voorzieningenwet (c.q. WMZ c.q. WOMP)) is vastgelegd dat de gemeente de indicatiebeoordeling en de zorgtoewijzing baseert op een indicatieadvies van een (van haar) onafhankelijke en deskundige (dat wil zeggen ‘zorg-professionele’) indicatiesteller.
- Het indicatieadvies is opgesteld op verzoek van een zorgvrager. Deze heeft het advies nodig bij het indienen van een zorgaanvraag bij de gemeente.
- In het besluit is ook de indicatieprocedure vastgelegd (informatievoorziening, beroep, termijn). De gehele procedure dient in ca. 2 weken te zijn doorlopen (afwijking van de Algemeen wet bestuursrecht). Het besluit draagt de gemeente verder op de beschikbaarheid van deskundige indicatiestellers te borgen door het inkopen bij zorgaanbieders voor deze functie. De GGD/SPD coördineert het proces.
- In het besluit is verder vastgelegd welke factoren en omstandigheden in het indicatieadvies moeten worden meegenomen:
 1. volstaat mantelzorg?
 2. is ondersteuning van de mantelzorg nodig?
 3. volstaan de algemene voorzieningen (te specificeren) en zo niet, waarin schieten zij tekort?
 4. moet betrokkene worden ondersteund bij het gebruik van de algemene voorzieningen?
 5. indien mantelzorg en algemene voorzieningen niet voldoende zijn, gegeven de beperking, welke professionele zorg en ondersteuning is dan in aanvulling daarop nodig?
- Het indicatieadvies dient specifiek gericht te zijn op het bevorderen van de maatschappelijke participatie van de hulpvrager (nader te specificeren; toetsbaar maken voor de rechter). Het advies bevat criteria voor maatschappelijke participatie.
- Spoedeisende hulp kan te allen tijde worden geboden. De indicatiebeoordeling vindt hier achteraf plaats.
- Het indicatieadvies dient, zoals gezegd, een oordeel te bevatten over de mate waarin de algemene voorzieningen toegankelijk zijn voor de zorgvrager met zijn beperking. Indien dit niet het geval is, bevat het advies in feite de

verplichting voor de gemeente deze toegankelijkheid te borgen. Indien hieraan niet wordt voldaan (termijn etc.), verkrijgt de zorgvrager daarmee recht op compenserende professionele zorg.

- De gemeente legt de zorgvrager de keus voor tussen pgb of ZIN (zorg in natura). Situaties waarin de openbare orde, de zorgvrager of diens omgeving bedreigd worden, laten een keuze voor pgb niet toe. Ingeval van wilsonbekwaamheid van de zorgvrager geldt hetzelfde. De wet bevat ter zake bepalingen.
- Bij een keuze voor pgb is de gemeente uitkeringsorgaan (bij gebleken rechtmatigheid). Regelmatig vindt herindicering plaats.
- Bij een keuze voor ZIN is de gemeente zorginkoper namens de zorgvrager. De zorginkoop is gebaseerd op de in de wet vastgelegde rechten van de burger.
- Financiering van pgb en ZIN vindt plaats vanuit het gemeentefonds.
- De bijdrage van het rijk aan het Gemeentefonds ten behoeve van de uitvoering van de Voorzieningswet en de uitkeringen daaruit aan individuele gemeenten zijn gebaseerd op bestaande praktijk. De kostenontwikkeling is genormeerd op basis van objectieveerbare gegevens (vergrijzing, epidemiologie, werkloosheid, inkomen).
- Er is een systeem van benchmarking van gemeenten. Hierin staat het resultaat, te weten maatschappelijke participatie (te specificeren) centraal. Dit systeem is openbaar. De uitkomsten van de benchmarking spelen een rol in de toewijzing van middelen uit het Gemeentefonds aan gemeenten.

Bijlage

Bijlage

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties t/m 02/08 zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op bankrekeningnummer 19.23.24.322 t.n.v. VWS te Den Haag, o.v.v. RVZ en het desbetreffende publicatienummer (zolang de voorraad strekt). M.i.v. publicatienummer 02/09 zijn de publicaties te bestellen via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11).

Adviezen en achtergrondstudies

03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€	15,00
03/14	Acute zorg	€	15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€	15,00
03/12	Gemeente en zorg	€	15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuis zorg)	€	15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€	15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€	15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€	15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€	15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€	15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00

02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€	15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€	15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€	15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€	15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€	15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€	15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€	15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€	15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€	15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€	15,00
02/05	E-health in zicht	€	15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€	15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€	15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€	13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€	13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/08	Verzekerbare van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	€	11,34
01/04E	Healthy without care	€	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€	19,29

00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€	13,61
00/03	De rollen verdeeld	€	13,61
Bijzondere publicaties			
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34
Signalementen			
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00
Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid			
	Signalering Ethiek en Gezondheid 2003		gratis

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantas, Rijswijk
Uitgave: 2003
ISBN: 90-5732-125-4

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 3 68 73 11) onder vermelding van publicatienummer 03/13. De prijs van de publicatie is € 15,00.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg