50 (492)
M 93

evaluatie
integrale invoering
wet voorzieningen gezondheidszorg

in de provincie Limburg

Deel 5:
juli 1987 tot juni 1988
eindevaluatie

© TNO – All rights reserved

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

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar gemaakt, en/of verspreid op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

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

IBISSTAMBOEKNUMMER
4508/000

Rijksuniversiteit Limburg
Vakgroep Beleidswetenschap
Dr. I.M. Mur-Veenman
Drs. J.J.F. de Groot
Drs. G.M.C.A. Jongerius-de Gier

Rijksuniversiteit Limburg
Maastricht
oktober 1988

Rijksuniversiteit Limburg
Vakgroep Beleidswetenschap
Pr. Bisschopsingel 22
Maastricht

Postadres:
Vakgroep Beleidswetenschap
Postbus 616
6200 MD MAASTRICHT

Telefoon 043-210221 tst. 34/35

Deze uitgave is telefonisch of schriftelijk bij de vakgroep Beleidswetenschap te bestellen. telefoon 043-254550 tst. 34/35
Kosten: ƒ 20,-- per ex. (incl. B.T.W. en verzendkosten)

INHOUDSOPGAVE

Voorwoord 1

Hoofdstuk 1: Inleiding 3
1.1. Stand van zaken bij aanvang verslagperiode 3
1.2. De opzet van dit rapport 3
1.3. Onderzoekwerkzaamheden 5

Hoofdstuk 2: Procesverloop 6
2.1. Inleiding 6
2.2. Beschrijving procesverloop op landelijk niveau 6
2.2.1. Politieke ontwikkelingen 6
2.2.2. Ontwikkelingen op het departement van WVC 10
2.3. Beschrijving procesverloop op regionaal niveau 13
2.3.1. De gemeenten 13
2.3.2. De algemene samenwerkingsverbanden van het veld 21
2.4. Analyse procesverloop 28
2.4.1. Conceptueel model 28
2.4.2. Voorwaarden voor beëindiging in het geval van de WVG 30
2.4.3. Terugblik 32

Hoofdstuk 3: Beleidsinstrumenten 34
3.1. Inleiding 34
3.2. Regionale Financiële Overzichten 34
3.3. Vestigingsbeleid huisartsen 36
3.3.1. Decentralisatie 36
3.3.2. Democratisering 38
3.3.3. De toekomst van het vestigingsbeleid 39

Hoofdstuk 4: Eindevaluatie 41
4.1. Inleiding 41
4.2. Beschrijving resultaten integrale invoering WVG 41
4.3. Verklaring resultaten integrale invoering WVG 43
4.3.1. Doelgerichtheid beleid 44
4.3.2. Informatie beleid 45
4.3.3. Macht beleid 47
4.3.4. Integratie beleid 48
4.3.5. Doelgerichtheid actoren 48
4.3.6. Informatie actoren 49
4.3.7. Macht actoren 50
4.3.8. Integratie actoren 51
4.4. Slot 52

Hoofdstuk 5: Evaluatie van het onderzoek 54
5.1. Inleiding 54
5.2. Kenmerken van beleidsevaluatieonderzoek 54
5.3. Functies van het evaluatieonderzoek 56
5.4. Rol van en relatie tot de opdrachtgever 60
5.5. Slot 62

Bijlage 1: Noten 66
Bijlage 2: Leerpunten 70
Bijlage 3: Tweetal artikelen Medisch Contact 72

VOORWOORD

Dit vijfde en tevens laatste rapport over de integrale invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de provincie Limburg beslaat meer dan alleen de verslagperiode juli 1987 tot en met juni 1988. In de ontwikkelingen gedurende deze periode vonden wij voldoende redenen om ook terug te blikken op de gehele achter ons liggende invoeringsperiode. Deze terugblik zal vooral analyserend van aard zijn.

Het kabinet besloot in maart 1988 definitief de planning ex WVG te beëindigen en de integrale invoeringsprojecten niet in uitvoering te nemen. Formeel werden de betrokkenen hiervan in juni 1988 door de staatssecretaris van WVC op de hoogte gesteld. De reacties in de provincie Limburg op deze besluitvorming peilend constateerden wij voornamelijk instemming en opluchting, bij sommigen weemoed. Niettemin proefden wij bij allen toch ook nog steeds een overheersend gevoel van onduidelijkheid en onzekerheid over de toekomst. In hoeverre deze gevoelens gegrond zijn, kan op dit moment moeilijk worden ingeschat. Wij wijzen de betrokkenen bij de WVG in dit verband slechts op het feit dat Kickert[1] een zestal opeenvolgende fasen van planning heeft geciteerd:

1 enthousiasme
2 verwarring
3 ontnuchtering
4 het zoeken naar de schuldigen
5 het bestraffen van de onschuldigen
6 het belonen van degenen die er niets mee te maken hadden.

Wij menen de drie eerstgenoemde fasen inderdaad ook in het invoeringsproces van de WVG aangetroffen te hebben. Dat zou mogelijk kunnen impliceren dat wij thans beland zijn bij de drie volgende fasen. Daarin worden een drietal categorieën onderscheiden: schuldigen, onschuldigen en degenen die er niets mee te maken hadden. Afhankelijk van het antwoord op de vraag tot welke categorie de diverse betrokkenen zichzelf

wensen te rekenen geeft deze indeling wellicht een indicatie van wat hen in de toekomst te wachten staat.

Maastricht, juli 1988
Dr. I.M. Mur-Veeman
Drs. J.J.F. de Groot
Drs. G.M.C.A. Jongerius-de Gier

Hoofdstuk 1: INLEIDING

1.1. Stand van zaken bij aanvang verslagperiode

In ons vorige verslag (deel 4) beschreven wij hoe ontwikkelingen op landelijk niveau de voortgang van de integrale invoering van de WVG blokkeerden. Vooral het verschijnen van het rapport van de commissie-Dekker had gezorgd voor verdere onzekerheid in de proefgebieden. Onzekerheid nu niet zozeer- zoals in daaraan voorafgaande jaren - betreffende de vraag **hoe**, maar eerder betreffende de vraag **of** de WVG uitgevoerd zou gaan worden. Dekker c.s. hadden deze laatste vraag immers eenduidig ontkennend beantwoord.

Steeds meer hadden betrokkenen dan ook een afwachtende houding aangenomen, was de motivatie om aan het invoeringsproject deel te nemen gedaald en waren activiteiten zelfs geheel stil komen te liggen. Het wachten was op dat moment op politieke duidelijkheid.

Tegelijkertijd werkten ambtenaren op het departement van WVC in de lijn van de voorstellen van de commissie-Dekker reeds modellen uit voor een 'nieuw evenwicht tussen marktwerking en overheidsbemoeienis'. De directeur-generaal Volksgezondheid[2] bracht de hoofdlijnen van deze gedachtenvorming naar voren als zou er sprake zijn van een toenemende consensus aangaande een drietal aspecten:

- terugtredende overheid; meer markt- c.q. zelfregulering;
- handhaving regionalisatie als ordeningsprincipe;
- gefaseerde aanpak en geleidelijke ontwikkeling.

Een en ander zou resulteren in een model waarin veld en verzekeraars zogenaamde regionale overeenkomsten sluiten, te vergelijken met de voorzieningenplannen ex WVG. Voor de gemeenten zouden er geen planningstaken meer zijn. Zij zouden zich meer dienen te gaan toeleggen op zaken als openbaar gezondheidsbeleid, collectieve preventie en facetbeleid.

1.2. De opzet van dit rapport

Bovenstaande uitgangssituatie had als consequentie dat wij ook gedurende de afgelopen verslagperiode **ontwikkelingen-**

zowel politiek als ambtelijk - **op landelijk niveau** nauwlettend volgden. In **hoofdstuk 2** bekijken we allereerst in hoeverre het tweede en derde regeringsstandpunt ten aanzien van het rapport-Dekker de gewenste politieke duidelijkheid met betrekking tot de WVG konden verschaffen.
Vervolgens beschrijven we hoe de verdere gedachtenvorming op het departement van WVC mede gebaseerd was op de gedachte dat na circa vijf jaren integrale invoering WVG de bestuurlijke doelstellingen van die wet weliswaar aan een grondige revisie toewaren, maar dat tegelijkertijd de inhoudelijke doelstellingen kaarsrecht overeind waren gebleven. Bijvoorbeeld door middel van zogenaamde 'regionale vernieuwings- en ontwikkelingsprojecten' zou concreet gewerkt kunnen worden aan 'een samenhangend en doelmatig geheel van voorzieningen per regio, afgestemd op de behoefte van de bevolking'.
In hoofdstuk 2 bezien wij vervolgens de **ontwikkelingen op regionaal niveau**. Zo blikten bijvoorbeeld de gemeenten terug op de WVG-periode en constateerden zij dat deze, ondanks alle negatieve geluiden, toch ook positieve effecten had gehad. Daarnaast echter trachtten zij zich ook meer dan voorheen zorginhoudelijk te profileren door projectvoorstellen te ontwikkelen.
Ook de samenwerkingsverbanden van het veld hadden redenen om terug en/of vooruit te blikken. De mogelijke intrekking van de WVG impliceerde voor hen immers een potentiële bedreiging van hun eigen (financiële) voortbestaan.
Voor onze aansluitende **analyse** kozen wij als uitgangspunt het begrip 'beleidsbeëindiging'. Met de toepassing hiervan op de eerder beschreven ontwikkelingen sluiten wij hoofdstuk 2 af.

In **hoofdstuk 3** beschrijven we de stand van zaken met betrekking tot de **beleidsinstrumenten** 'Regionaal Financieel Overzicht' en 'Vestigingsbeleid huisartsen'. Beide zijn in onze voorgaande rapportage meer uitgebreid geëvalueerd. Bezien zal worden in hoeverre eerdere conclusies om bijstelling vragen.

Hoofdstuk 4 bevat een nabeschouwing van de **totale invoeringsperiode van de WVG in Limburg**. Allereerst zullen de resultaten van de integrale invoering beschreven worden. Het accent zal echter vooral komen te liggen op een analyse - een verklaring van de resultaten - vanuit theorieën over succes- en faalfactoren bij overheidsbeleid.

Tot slot komt in **hoofdstuk 5** de **'evaluatie van de evaluatie'** aan bod. Hierin analyseren we onze eigen studies met betrekking tot de integrale invoering WVG in Limburg als een casus van beleidsevaluatieonderzoek. Thema's die daarbij aan de orde komen betreffen de kenmerken van beleidsevaluatieonderzoek, de kenmerken van het onderzoekobject en de rol van en de relatie met de opdrachtgever.

1.3. Onderzoekwerkzaamheden

Onze informatie ten behoeve van de hoofdstukken 2 en 3 vergaarden wij hoofdzakelijk door middel van participerende observatie en documentstudie. In tegenstelling tot voorgaande jaren vond geen uitgebreide gespreksronde plaats.
De hoofdstukken 4 en 5 zijn het resultaat van reeds eerder verrichte onderzoekwerkzaamheden, aangevuld met literatuurstudie.

Hoofdstuk 2: PROCESVERLOOP

2.1. Inleiding

In dit tweede hoofdstuk komt een drietal zaken aan de orde. Allereerst beschrijven we in §2.2. de ontwikkelingen op landelijk niveau, waarbij we onderscheid maken tussen de politieke ontwikkelingen en de (ambtelijke) ontwikkelingen op het departement van WVC. Vervolgens beschrijven we in §2.3. de activiteiten van de Limburgse gemeenten en algemene samenwerkingsverbanden van het veld. De keuze voor juist deze twee groepen actoren vloeit voort uit het feit dat de andere betrokkenen gedurende het afgelopen jaar in het geheel niet of slechts terloops direct verwikkeld waren in de afloop van het WVG-invoeringsproces. Dat geld ook voor de provincie die zich hoofdzakelijk bezighield met WZV-planning (verpleeghuizen, beddenreductie) en voor de toekomst rekende op continuering van deze activiteiten.
Tot slot van dit hoofdstuk analyseren we het voorafgaande met behulp van het begrip 'beleidsbeëindiging'.

2.2. Beschrijving procesverloop op landelijk niveau

2.2.1. Politieke ontwikkelingen

Zoals gesteld in hoofdstuk 1, was bij aanvang van de verslagperiode het wachten op politieke duidelijkheid omtrent het verdere lot van de WVG.
Echter ook de tweede 'Dekker-brief' (dd. 3 november 1987) kon deze duidelijkheid niet verschaffen. De brief schetste immers hoofdzakelijk de contouren van een nieuw verzekeringsstelsel. Het kabinet stelde zich voor begin 1988 nadere invulling te geven aan de nieuwe structuur van de gezondheidszorg.
Aansluitend op de tweede Dekker-brief liet staatssecretaris Dees de betrokkenen bij de WVG dan ook weten[3] hen pas uit te nodigen voor overleg zodra op politiek niveau duidelijkheid zou zijn verkregen over een nieuw evenwicht tussen overheids- en marktregulering, en de regering terzake tot beslissingen zou zijn gekomen.

Dat laatste gebeurde uiteindelijk begin maart 1988. Uit de nota "Verandering verzekerd - Stapsgewijs op weg naar een nieuw stelsel van zorg" (de derde Dekker-brief) bleek dat het kabinet besloten had zowel de integrale als de sectorale planning ex WVG te beëindigen:

"In de opzet van het nieuwe stelsel van zorg is geen plaats meer voor een systeem van planning als ontworpen in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Het kabinet stemt daarom in met het voorstel van de commissie Dekker deze wet niet verder in werking te brengen en op termijn in te trekken"[4].

De beslissing van het kabinet was mede gebaseerd op de resultaten van de evaluaties van de integrale invoeringsprojecten. Daaruit waren vooral twee belangrijke knelpunten naar voren gekomen.

Het eerste knelpunt betrof de scheiding van planning en financiering. In de WVG zouden immers de planningsbevoegdheden berusten bij de lagere overheden, terwijl de financiering zou (blijven) geschieden door verzekeraars. Uitgangspunt was dat de financiering de planning zou volgen. Er bleek echter een groot aantal ingewikkelde constructies nodig te zijn om dit uitgangspunt te kunnen realiseren zonder de in diverse wetten reeds vastgelegde verantwoordelijkheden van partijen aan te tasten.

Het tweede knelpunt had betrekking op de splitsing van planningsverantwoordelijkheden over meerdere bestuurslagen (provincies en gemeenten). Ook hier bleken complexe constructies nodig om ondanks deze splitsing toch de gewenste samenhang en substitutie te kunnen realiseren.

In concreto betekende bovenstaande beslissing dat reeds in 1988 de activiteiten ten behoeve van de invoering van de WVG beëindigd zouden worden. De WVG zou voorlopig enkel nog gebruikt worden als tijdelijke basis voor enkele onderdelen van beleid die elders geen juridisch onderdak konden vinden (basisgezondheidsdiensten, informatievoorziening) c.q. van aflopende aard waren (vestigingsbeleid huisartsen). Zodra vervanging respectievelijk beëindiging had plaatsgevonden, zou de WVG - in 1992 - definitief worden ingetrokken.

Ondanks de intrekking van de WVG bleef het kabinet ook in de toekomst streven naar een samenhangend en doelmatig geheel van voorzieningen per regio, afgestemd op de behoefte van de bevolking. Kortom: de zorginhoudelijke doelstelling van de WVG bleef gehandhaafd. Het verdwijnen van de WVG betekende in dat perspectief slechts het einde van de regionalisatie via de territoriaal-bestuurlijke lijn, dat wil zeggen een gedecentraliseerde (en gedetailleerde) overheidsplanning van het volume aan zorg. De verwezenlijking van regionalisatie in inhoudelijke zin werd nu allereerst een zaak van aanbieders van zorg en verzekeraars. Het kabinet koos hiermee dus uitdrukkelijk voor functionele regionalisatie. Voornoemde partijen dienden onderling tot overeenkomsten te komen. Deze moesten onder meer betrekking hebben op de kwaliteit van en het volume aan zorg. Het kabinet achtte het niet noodzakelijk om voor te schrijven dat in alle regio's dergelijke overeenkomsten (regionale plannen) tot stand moesten worden gebracht. Via de opzet van het nieuwe verzekeringsstelsel zouden verzekeraars en aanbieders immers zelf belang hebben bij het aanbieden van voldoende zorg en bij de spreiding van en de samenhang in die zorg. Men veronderstelde dat regionalisatie in inhoudelijke zin vanzelf zou ontstaan ten gevolge van marktwerking en zelfregulering. Het kabinet gaf hieraan dan ook de voorkeur boven het van overheidswege opleggen van commissies als middel tot bevordering van de inhoudelijke regionalisatie. Er waren immers ook reeds tekenen die er op wezen dat de marktpartijen inderdaad zelf hun verantwoordelijkheden op dit vlak verstonden. Met name wees men daarbij op de oprichting van samenwerkingsverbanden van dienstverleners op privaatrechtelijke grondslag welke mogelijk als organisatorisch kader zouden kunnen dienen voor de functionele regionalisatie.

Uit het voorgaande bleek dat het kabinet met betrekking tot inhoudelijke regionalisatie een 'ontwikkelingsmodel' voorstond. Binnen dit model kon de provincie wellicht bepaalde stimulerende taken uitoefenen. Tevens overwoog het kabinet om een aantal experimenten en innovatieprojecten met betrekking

tot regionalisatie in functionele zin te ondersteunen, in de verwachting dat van deze projecten een voorbeeldwerking zou uitgaan.

Tijdens de behandeling van de derde Dekker-brief in de Tweede Kamer bleek het kabinetsbesluit om de planning ex WVG te beëindigen door een meerderheid van die Kamer te worden ondersteund.
Op 21 juni 1988 stelde de staatssecretaris dan ook door middel van een circulaire alle provincie- en gemeentebesturen formeel op de hoogte van voornoemde ontwikkelingen alsmede de consequenties daarvan. Door het overeenkomstenstelsel tussen dienstverleners en verzekeraars voorop te plaatsen, kan de overheid terugtreden. Het principe van de terugtredende overheid betekent dat de resterende taken van de provincies betrekking hebben op de uitvoering van de - sterk vereenvoudigde - WZV, en op het stimuleren en ondersteunen van regionalisatie via het initiëren van regionale samenwerking en overleg. Voor de gemeenten zal het in de toekomst gaan om collectieve preventie zoals bedoeld in de Nota 2000 en om het in stand houden van daarop gerichte basisgezondheidsdiensten.
In verband met het bovenstaande kan de plankostenvergoeding aan provincies en gemeenten worden aangepast. Deze aanpassing zal ingaan per 1 januari 1989. Vanaf die datum zullen de resterende middelen (f 4,5, miljoen voor de provincies en 2,5 miljoen voor de gemeenten) via het Provinciefonds respectievelijk het Gemeentefonds worden geleid.
Ten aanzien van het personeel belast met werkzaamheden ten behoeve van de WVG verzocht de bewindsman provincies en gemeenten maatregelen te treffen die leiden tot herplaatsing. Voor personeel waarvoor dergelijke maatregelen niet tot resultaat leiden zal worden nagegaan of de wachtgelduitkeringen ten laste van het departement kunnen worden gebracht.

Naast voornoemde circulaire verzond de staatssecretaris tegelijkertijd een brief gericht aan alle betrokkenen bij de integrale invoering WVG. In de Tweede Kamer was aandacht

gevraagd voor de verworvenheden en ervaring van deze gebieden op het terrein van de regionale samenwerking. Deze zouden benut kunnen worden bij de invoering van het nieuwe systeem zoals beschreven in de derde Dekker-brief. De betrokkenen werden daarom uitgenodigd projectvoorstellen in te dienen met betrekking tot functionele regionalisatie en openbaar gezondheidsbeleid. Voor wat betreft de provincies zou het kunnen gaan om projecten gericht op het opstellen van regiovisies, het stimuleren van functionele regionalisatie en/of het voeren van facetbeleid. De gemeenten zouden zich dienen te richten op projecten met betrekking tot collectieve preventie en/of facetbeleid. Projecten waarbij via regionale overeenkomsten afspraken worden gemaakt over functieverdeling, substitutie en samenhang zouden tot het domein van verzekeraars en dienstverleners behoren. De regionale patiëntenplatforms tot slot zouden, in het zicht van een structurele financieringsregeling, via projecten ervaring kunnen opdoen met taken, financiering en samenwerking van regionale platforms.
Alle genoemde projecten dienen een vernieuwend karakter te hebben en er dient een voorbeeldwerking van uit te gaan voor de rest van het land. Indien nodig kan daarbij van bestaande regelingen worden afgeweken.
De subsidiëring van de regionale samenwerkingsverbanden van dienstverleners zullen voorshands, in afwachting van de verdere uitwerking van functionele regionalisatie, gehandhaafd blijven. Op termijn zullen de kosten van deze verbanden echter door de dienstverleners zelf moeten worden gedragen.

2.2.2. Ontwikkelingen op het departement van WVC

De in het voorgaande beschreven uitkomsten van het politieke proces blijken in hoofdlijnen overeen te stemmen met de ambtelijke voorstellen zoals die er reeds waren bij aanvang van de verslagperiode (zie paragraaf 1.1.). In een overleg tussen de provincies uit de integrale invoeringsgebieden en WVC (dd. 9 juli 1987) was ook al aangegeven dat de uitspraken van de ambtelijke top beschouwd konden worden als een voor-

schot op het standpunt van het ministerie, inclusief de staatssecretaris.
Ook de ambtelijk coördinator van de integrale invoering WVG op het departement van WVC schetste reeds geruime tijd vóór het verschijnen van de derde Dekker-brief publiekelijk de contouren van de nieuwe koers in een "post-WVG" tijdperk[5].
Terugblikkend op vijf jaren integrale invoering constateerde Stevens dat van het begin af aan in bepaalde kringen al twijfels waren geweest betreffende de bestuurlijke doelstellingen van de wet: democratisering, decentralisatie, samenhang in beleid. Niettemin had zowel in de politiek als bij de participanten in de invoeringsregio's vrij lang de bereidheid bestaan om een ingewikkeld bestuursmodel te accepteren vanwege de relatie naar de inhoudelijke doelstellingen van de WVG: samenhang, doelmatigheid, inhoudelijke regionalisatie. Vooral de lagere overheden echter hadden zich daarbij aanvankelijk te zeer gefixeerd op alléén de bestuurlijke doelstellingen van de WVG en de problematiek van de bestuurlijke structuur.
Tegelijkertijd had zich een kentering voltrokken in de politieke opvattingen. De gedachte dat de overheden in de gezondheidszorg zouden moeten terugtreden was min of meer gemeengoed geworden. Functionele in plaats van territoriale decentralisatie was het alternatief. Deze omslag in het denken had uiteindelijk mede geleid tot het nagenoeg stilvallen van de activiteiten in de integrale invoeringsgebieden.

Uit bovenstaande ervaringen met de integrale invoering waren volgens dezelfde auteur een aantal zinnige lessen te trekken met het oog op mogelijke toekomstige veranderingsprocessen. Deze dienden zoveel mogelijk uit te gaan van algemeen geformuleerde doelstellingen waarover maatschappelijke en politieke consensus bestond. De gedachte ging hierbij natuurlijk uit naar de inhoudelijke doelstellingen van de WVG, te realiseren door middel van door hulpverleners en verzekeraars te sluiten overeenkomsten met betrekking tot aanbod, kwaliteit en prijs van de zorg.

Binnen deze algemeen aanvaarde doelstelling zou men vervolgens stapsgewijs en op basis van een goede analyse van de feitelijke situatie te werk dienen te gaan. Er zou een programma gemaakt kunnen worden van inhoudelijke projecten, zorgvernieuwingen, aanpassing regels etcetera. Op basis van deze inhoudelijke benadering zouden tot slot - eveneens stapsgewijs - veranderingen in de bestuurlijke structuur kunnen worden doorgevoerd. De bestuurlijke structuur in de gezondheidszorg zou dus uitdrukkelijk afgeleid dienen te worden uit wat inhoudelijk noodzakelijk was.

Uit het bovenstaande blijkt dat de uiteindelijke standpuntbepaling van het kabinet ten aanzien van de WVG door betrokkenen onmogelijk nog als een echte verrassing kon worden ervaren. Reeds lang was duidelijk dat vooral de gemeenten aan invloed op de inrichting van het voorzieningenstelsel zouden inboeten. De rol van de gemeenten zou in dit opzicht in ieder geval een beperktere zijn dan was voorzien in de WVG. Ook hiervoor was evenwel op het departement reeds in een vroeg stadium een alternatief ontwikkeld. Er werd een tweetal conferenties[6] belegd om de aandacht te vestigen op nieuwe ontwikkelingen en gemeente- (én provincie-)besturen op te wekken in hun eigen regio's initiatieven te nemen met betrekking tot gezondheidsbeleid. De bedoelde nieuwe ontwikkelingen betekenden namelijk een verschuiving van gezondheidszorgbeleid naar gezondheidsbeleid. Tijdens de tweede conferentie deed de directeur-generaal van de volksgezondheid de toezegging te zullen bevorderen, dat er tijdelijk extra middelen ter beschikking zouden worden gesteld voor het opzetten van projecten met betrekking tot gezondheidsbeleid. Daaropvolgend liet hij in een brief[7] weten dat beëindiging van de integrale invoeringsprojecten uiteraard ook beëindiging van de in verband hiermee toegekende subsidies en andere faciliteiten zou betekenen; maar dat in plaats daarvan projectsubsidies met betrekking tot openbaar gezondheidsbeleid zouden kunnen komen. Betrokkenen werden dan ook opgeroepen projectvoorstellen voor openbaar gezondheidsbeleid in te

dienen.

2.3. Beschrijving procesverloop op regionaal niveau

2.3.1. De gemeenten

Bij de activiteiten van de gemeenten uit de integrale invoeringsgebieden gedurende de afgelopen verslagperiode kunnen we onderscheid maken tussen:

a activiteiten op landelijk niveau, waarbij gemeenten pleitten voor handhaving van taken en verantwoordelijkheden op het terrein van de gezondheidszorg;

b activiteiten op regionaal niveau, waarbij vooral zorginhoudelijke zaken centraal stonden.

We zullen beide categorieën achtereenvolgens bespreken.

- Activiteiten op landelijk niveau -

Op 10 juli 1987 verzonden VNG en gemeenten uit de integrale invoeringsgebieden gezamenlijk een brief aan staatssecretaris Dees. Daaruit bleek dat de gemeenten bereid waren te zoeken naar mogelijkheden om onder andere doelmatigheid en flexibiliteit te verbeteren. De invoeringsprojecten WVG zouden, op grond van de daar opgebouwde deskundigheid en overlegkaders, een uitstekende basis bieden voor de invoering van nieuwe elementen. De gemeenten in de invoeringsgebieden hadden daartoe zelf reeds een aantal uitgangspunten geformuleerd. Deze kwamen er in hoofdlijnen op neer dat de betreffende gemeenten op basis van de met de vorige staatssecretaris Van der Reijden overeengekomen taakverdeling globale kaderplannen op zouden stellen. Daarin zou beleid opgenomen worden zoals geformuleerd in de Nota 2000. De betrokkenheid van belanghebbenden bij de opstelling van kaderplannen zou kunnen worden gewaarborgd door een Regionaal Overleg tussen overheden, consumenten, aanbieders en verzekeraars. Concrete voorzieningenplannen voor de regio zouden gestalte dienen te krijgen door middel van het afsluiten van overeenkomsten tussen ziektekostenverzekeraars en aanbieders van zorg. Deze zouden vervolgens worden getoetst aan de kaderplannen en vastgesteld

door de gemeenten.

Het pleidooi van de invoeringsgebieden WVG voor het opstellen en toepassen van kaderplannen door gemeenten werd niet onderschreven door de gemeenten in Heuvelland. Zij zetten hun opvattingen uiteen in een aparte brief (dd.10 juli 1987). Het verschil tussen de opvatting van Heuvelland en die van de andere invoeringsgebieden spitste zich toe op twee punten:

a de betekenis van de WVG voor de toekomst en

b de toekomstige rol van de lokale overheid in de gezondheidszorg.

Heuvelland verwachtte stellig dat de WVG, zeker wat het rollenpatroon van de lokale overheid betreft, nimmer landelijk ingevoerd zou worden. Deze verwachting diende bepalend te zijn bij de beantwoording van de vraag naar de voortgang van de in de integrale invoeringsgebieden ontworpen programma's en de vraag hoe de gemaakte afspraken in de nieuwe situatie dienden te worden vertaald. De sleutel voor deze vertaling zocht men zoals gezegd niet in het opstellen en toepassen van kaderplannen, maar veel meer in de constatering dat de ontwikkeling van een samenhangend stelsel van eerstelijnsvoorzieningen ook in het toekomstige beleid een van de pijlers zou blijven. De gemeenten zouden, gebruik makend van de in het invoeringsgebied opgebouwde netwerken, samenwerkingsprocessen kunnen initiëren en stimuleren. Zodra de samenwerking begon te lopen, zou de lokale overheid zich terugtrekken en het verdere beleid aan het veld zelf overlaten.

In oktober 1987 organiseerde het Gewest Noord-Limburg in samenwerking met de Rijksuniversiteit Utrecht een tweetal studiedagen voor de gemeentelijke samenwerkingsverbanden binnen de integrale invoeringsgebieden[8] . Daarbij hielden zij zich bezig met de vraag op welke wijze de gemeenten hun verantwoordelijkheid ten aanzien van de gezondheidszorg zouden kunnen blijven bevestigen.

Terugblikkend op de achterliggende periode constateerden zij

dat teveel energie was gestoken in activiteiten gericht op de bestuurlijke infrastructuur: samenwerking tussen gemeenten onderling, samenwerking gemeenten - provincie, samenwerking gemeenten - andere regionale partijen (veld, verzekeraars, consumenten). Niettemin hadden de gemeenten daarnaast tijdens de invoering van de WVG wel degelijk ook gewerkt aan zorginhoudelijke vraagstukken. Echter, deze zorginhoudelijke activiteiten waren - evenals andere positieve effecten in de invoeringsgemeenten - onderbelicht gebleven in de discussies naar aanleiding van het rapport-Dekker. Ten onrechte was het beeld ontstaan van een lokale overheid die alleen maar oog zou hebben voor bestuurlijke structuren en niet voor zorginhoudelijke aspecten. Bovendien mocht niet vergeten worden dat de gemeenten met uitzondering van het vestigingsbeleid huisartsen nooit feitelijke bevoegdheden gekregen hadden en derhalve geen echte kans om inhoudelijk aan de slag te gaan.
Samenvattend leverde de beoordeling van de in het verleden opgedane ervaringen het beeld op van een groter geworden gemeentelijke betrokkenheid bij de gezondheidszorg en van meer contacten met de partijen in de regio. Daartegenover stonden als negatieve ervaringen het inconsequente beleid van het rijk en de vele structuurdiscussies. Niettemin waren er argumenten vóór handhaving van een gemeentelijke rol op het terrein van de gezondheidszorg, zoals de kennis over de regio, de openbaarheid van (democratisch) bestuur en de brede optiek waardoor vanuit meerdere terreinen gezondheids(zorg)-beleid gevoerd zou kunnen worden (facet-beleid). Handicap hierbij was evenwel dikwijls de autonome opstelling van afzonderlijke gemeenten waardoor het moeilijk was intergemeentelijk c.q. regionaal te opereren.
Aan het slot van de studiedagen formuleerde men een aantal elementen waaruit de boodschap van de gemeenten naar de landelijke politiek zou moeten bestaan. Voor wat betreft de rol van de lagere overheden zou verwezen kunnen worden naar de Structuurnota Gezondheidszorg, de in het verleden gemaakte afspraken omtrent de integrale invoeringsprojecten alsmede hetgeen daarover in het regeerakkoord was opgenomen. Daar-

naast zou de positie van de gemeenten verduidelijkt moeten worden in het kader van het streven naar behoud van regionalisatie ten behoeve van een samenhangend voorzieningenstelsel. Gemeenten zouden moeten deelnemen aan het proces van beleidsontwikkeling gericht op het bereiken van regionale samenhang en daarbij problemen dienen op te pakken die zonder gemeenten zouden blijven liggen. In dit kader paste tevens het opstarten van concrete projecten aansluitend op de Nota 2000, zoals het opstellen van gezondheidsprofielen. Tot slot zouden de positieve resultaten van de integrale invoeringsprojecten, zowel ten aanzien van de bestuurlijke infrastructuur als ook ten aanzien van inhoudelijke activiteiten, benadrukt dienen te worden.

Over de ontwikkelingen rondom het rapport-Dekker en de betekenis daarvan voor de integrale invoeringsprojecten voerden de gemeentelijke vertegenwoordigers eind 1987 overleg met de drie grootste kamerfracties. Deze gesprekken leverden niet veel meer op dan het reeds bekende gegeven dat de landelijke politiek op dat moment niet toe was aan afronding van de discussies over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg.

De invoeringsgemeenten onderling pleegden overleg op 27 januari 1988. Hiervoor was naar aanleiding van het gesprek met de VVD-fractie een notitie opgesteld waarin de gemeenten beargumenteerden waarom zij bij de inrichting van de gezondheidszorg betrokken dienden te zijn en op welke wijze deze betrokkenheid gestalte diende te krijgen. Ten aanzien van het laatstgenoemde waren de afgelopen jaren reeds vele discussies gevoerd. In de inhoud van die discussies had een verschuiving plaatsgevonden van zeer intensieve betrokkenheid naar geen enkele betrokkenheid. In dit laatste geval werd de rol van de gemeenten beperkt tot het terrein van de openbare gezondheidszorg. De gemeenten uit de integrale invoeringsgebieden achtten deze rol echter niet voldoende. Wanneer gemeenten alleen verantwoordelijk zouden zijn voor de openbare gezond-

heidszorg en de inrichting van de verdere gezondheidszorg over gelaten zou worden aan veld en verzekeraars, zouden twee aparte circuits worden gecreëerd, waarbinnen los van elkaar ontwikkelingen in gang zouden worden gezet. Om dit te voorkomen was het noodzakelijk tussen beide circuits een koppeling tot stand te brengen. Hierdoor zou een optimale afstemming verkregen worden tussen vraag en aanbod, met als uiteindelijke doelstelling de realisering van een samenhangende zorg op maat. De beoogde koppeling zou gerealiseerd kunnen worden door gemeenten een rol toe te kennen bij de inrichting van de gezondheidszorg. De beleidsontwikkeling met betrekking tot de gezondheidszorg vereiste samenwerking tussen veld,verzekeraars,gebruikers en gemeenten. De gemeenten zouden als taak hebben om bouwstenen aan te dragen voor deze beleidsontwikkeling. Daarnaast zouden zij de bevoegdheid moeten hebben om randvoorwaarden te stellen met betrekking tot de inrichting van de gezondheidszorg betreffende samenhang, toegankelijkheid en spreiding. Ook zouden zij moeten kunnen toetsen in hoeverre aan deze randvoorwaarden wordt voldaan. De zorginhoudelijke kant zou primair een verantwoordelijkheid van het veld zijn.
De betreffende notitie "Gezondheid, gezondheidszorg en gemeentelijke overheid" verzonden de gemeenten naar de staatssecretaris. Ook de kamerfracties mochten de notitie in ontvangst nemen.

Vervolgens werd op 23 maart 1988, twee weken na het verschijnen van de derde Dekker-brief, de brochure "De gezondheidszorg is in goede handen bij de gemeenten" aangeboden aan de voorzitter van de vaste commissie voor volksgezondheid van de Tweede Kamer. In deze brochure gaven de gemeenten uit de integrale invoeringsgebieden nogmaals aan wat naar hun mening de rol van de gemeente in de gezondheidszorg was en zou moeten zijn. De gemeenten wensten vooraf bij het gezondheidsbeleid betrokken te blijven in plaats van alleen achteraf de scherven te hoeven ruimen. In dat verband zouden de gemeenten een drietal functies kunnen vervullen:

1 **beleidsfunctie**, dat wil zeggen het formuleren en uitvoeren van het gemeentelijk gezondheidsbeleid alsmede het aangeven van kaders voor het voorzieningenbeleid;
2 **makelaarsfunctie**, hetgeen inhoudt het bij elkaar brengen van vraag en aanbod, het zorgen voor contacten tussen patiënten en het ondersteunen en stimuleren van initiatieven;
3 **toezichtsfunctie**, oftewel het nemen van maatregelen tegen onjuist geachte activiteiten van zorgverleners en financiers, alsmede het bewaken van de kwaliteit en de beschikbaarheid van de gezondheidszorg.

De gemeenten bepleitten - met of zonder de WVG - een formele basis voor het uitoefenen van dergelijke functies.

- Activiteiten op regionaal niveau -

De **Noordlimburgse** gemeenten werkten verder aan de voltooiing van het Kaderplan Gezondheidszorg Noord-Limburg. Dit kaderplan kende[9] vanaf het begin twee functies:

a inzicht - in termen van functies, capaciteiten, spreiding, samenhang en kosten - in het bestaande voorzieningenstelsel;
b inzicht in de toekomstige behoefte van de regionale bevolking. Bij invulling van deze functie maakte men gebruik van twee methodieken, te weten het referentiescenario en het gezondheidsprofiel.

Voornoemde werkzaamheden zouden moeten leiden tot een globaal beeld, op basis waarvan men tot meer concrete werkzaamheden zou kunnen komen. Mogelijke projecten om innovaties en substitutie in gang te zetten en knelpunten aan te pakken zouden gekoppeld kunnen worden aan het kaderplan. Het kaderplan zou hiermee een andere status krijgen dan oorspronkelijk (ex WVG) beoogd. Het plan zou meer het karakter krijgen van een intergemeentelijke beleidsnota met betrekking tot de gezondheidszorg. Een eerste concept van het plan is inmiddels gereed.

Naast het kaderplan werkten de betreffende gemeenten c.q. het Gewest tevens aan de voorbereiding van een aantal concrete projecten zoals een spuitomruilsysteem voor drugsverslaafden

in het kader van AIDS-preventie en een alcoholmatigingsbeleid.
In april 1988 lag er een projectvoorstel AIDS-preventie drugsverslaafden op tafel alsmede een concept-subsidieaanvraag voor dit project, gericht aan het ministerie van WVC.
Tevens was er, als reactie op de eerdergenoemde (zie §2.2.2.) brief van Van Londen, een projectvoorstel Gezondheidsbeleid Noord-Limburg. Het voorstel behelst enerzijds de ontwikkeling van algemeen gezondheidsbeleid gericht op de langere termijn (onder andere vaststelling zorgbehoeften en gezondheidsdeterminanten), anderzijds een 'risicogroepen-beleid'. Bij dit laatste wenst men zich in eerste instantie vooral te richten op ouderen en alcohol- en drugsverslaafden. Binnen dit laatste kan ook het eerdergenoemde projectvoorstel AIDS-preventie geplaatst worden.
Het totaalproject zou per 1 januari 1989 van start kunnen gaan en vooralsnog een looptijd hebben van vijf jaar.

De **Middenlimburgse** gemeenten presenteerden het afgelopen jaar de resultaten van een drietal in opdracht van hen verrichte onderzoeken. Dit gebeurde tijdens een symposium op 3 december 1987 te Roermond.
Op 28 augustus 1987 verzond men voor het desbetreffende symposium reeds een vooraankondiging waarin men aangaf dat gedurende de afgelopen jaren in Limburg intensief gewerkt was aan de voorbereiding van de integrale invoering WVG. De (tot 1 maart 1988 beide[10]) Middenlimburgse gewesten hadden het tot een van hun belangrijkste taken gerekend om zoveel mogelijk inhoudelijke kennis te verzamelen over die onderdelen van zorg die eventueel tot de planningsbevoegdheden van de gemeenten zouden gaan behoren. Eind 1985, toen het er naar uitzag dat de WVG op korte termijn zou worden ingevoerd, hadden de gewesten daarom opdracht verleend tot een drietal onderzoeken die tesamen een zo volledig mogelijk beeld zouden moeten geven van de desbetreffende zorgsectoren.
Zo was aan het NIVEL gevraagd om de structuur en het functioneren van de eerstelijnszorg en aanverwante onderdelen van de

maatschappelijke dienstverlening te inventariseren en te vergelijken met de vraagkenmerken van de regio. Het RIGG Midden-Limburg verrichtte vervolgens onderzoek naar de zorg voor probleemdrinkers en druggebruikers in de regio. Tot slot deed de Rijksuniversiteit Utrecht onderzoek naar de behoefte aan zorg van de bevolking.
Op het moment dat de gemeenten over de resultaten van de onderzoeken konden beschikken en derhalve goed gedocumenteerd een aanvang zouden kunnen maken met de planning, was de invoering van de WVG ter discussie komen te staan. Van het verzamelde materiaal zou echter ook zonder wettelijk planningsregime zinvol gebruik kunnen worden gemaakt. Doel van het symposium was dan ook mede om de gemeenten aan te spreken om vervolg te geven aan de onderzoeken teneinde knelpunten op te heffen. Naar aanleiding hiervan zijn inmiddels vooral de mogelijkheden onderzocht voor een (inter)gemeentelijk alcoholmatigingsbeleid. Tot een concreet projectvoorstel is het echter tot dusver niet gekomen, mede als gevolg van de onduidelijkheid - aldus de gemeenten - omtrent de voorwaarden welke het ministerie van WVC aan dergelijke projecten stelt.
De Middenlimburgse activiteiten met betrekking tot de uitvoering van het huisartsenvestigingsbeleid zullen in hoofdstuk 3 ter sprake komen.

De gemeenten in de **Westelijke Mijnstreek** stelden een beleidsplan op voor het vestigingsbeleid huisartsen. Dit plan werd echter nog niet vastgesteld. Voor het overige werden ook in deze regio geen specifieke WVG-activiteiten meer verricht. Momenteel beraadt men zich over de mogelijkheden op het terrein van het openbaar gezondheidsbeleid.

Ook de gemeenten in **Oostelijk Zuid-Limburg** oriënteren zich op het laatstgenoemde terrein. Men wil proberen een gezondheidsplan voor de regio op te stellen. Allereerst zal daarvoor een gezondheidsprofiel van de regionale bevolking moeten worden geschetst.

Zoals reeds vermeld hadden de gemeenten in **Heuvelland** reeds in juli 1987 laten blijken niet langer vast te willen houden aan de invoering van de WVG. In plaats daarvan dacht men aan het opzetten van zorginhoudelijke projecten vanuit bestaande behoeften. De gemeenten wilden als 'makelaar' optreden in de eerste lijn, opdat deze goed georganiseerd en afgestemd zou zijn. Vanuit deze gedachte kwam men begin januari 1988 met een schets voor een project 'substituerende thuiszorg'. Doelstelling van dit project is het concreet bevorderen van substitutie van intramurale door eerstelijnszorg, of met andere woorden: het voorkomen of verkorten van intramurale opname. Men wenst pragmatisch te zoeken naar de daartoe optimale wijze van werken, waarbij met name samenwerkingsprocessen tussen bestaande regionale instellingen op gang gebracht dienen te worden. Voor de verdere uitwerking van het project functioneert een initiatiefgroep waarin naast de gemeenten tevens DGD, ziekenfonds, kruiswerk en gezinszorg zijn vertegenwoordigd. Ziekenfonds en het ministerie van WVC hebben reeds financiële steun toegezegd. De gemeenten verwachten per 1 september 1988[11] met het project van start te kunnen gaan.

2.3.2. De algemene samenwerkingsverbanden van het veld

Ook voor de algemene samenwerkingverbanden van het veld (ASV-en) was er reden om stil te staan bij mogelijke consequenties van de intrede van het "post-WVG"-tijdperk. Deze consequenties zouden voor hen vooral financieel van aard kunnen zijn. Met de WVG stonden immers ook de daaruit voortvloeiende subsidieregelingen van rijk en provincie voor de ASV-en op de tocht. Weliswaar had de Directeur-Generaal van het ministerie van WVC per brief (dd.29 september 1987) in ieder geval voor 1988 continuering van de bestaande Rijkssubsidieregeling toegezegd, de onzekerheid over de toekomst bleef groot.
De Limburgse gedeputeerde Mastenbroek liet weten (dd.20 januari 1988) dat de ASV-en zich zouden moeten blijven bewijzen. Men kon immers niet voorbij gaan aan het feit dat

de WVG-subsidies hun langste tijd hadden gehad, hetgeen ongetwijfeld ook zou leiden tot herbezinning op het provinciale subsidie-beleid ten aanzien van de gezondheidszorg-samenwerkingsverbanden. Bij de afweging van het provinciale belang, verbonden aan subsidiëring van deze instituten, zouden onder andere initiatieven in de richting van substitutie- c.q. vernieuwingsprojecten als toetsingskader kunnen dienen. Daarbij dacht de gedeputeerde in het bijzonder aan gerichte experimenten waarin thuiszorg en ziekenhuiszorg in elkaar overliepen. Hem was ter ore gekomen dat in het kader van de afbouw van de WVG-invoeringsprojecten door WVC inmiddels voorzichtige stappen gezet werden om te komen tot dergelijke projecten.

Op 9 februari 1988 verzond de voorzitter van het Bureau Algemene Samenwerkingsverbanden (BAS) een brief naar de Directeur-Generaal Van Londen. Daarin signaleerde hij dat noch in het advies van de commissie-Dekker noch in de tot dan toe door de regering ingenomen standpunten daarover het begrip regionale samenwerking voorkwam. Bovendien was van de kant van het departement medegedeeld dat overwogen werd om de subsidiëring van ASV-en geheel te beëindigen. De voorzitter sprak zijn verontrusting uit over de situatie die zo geleidelijk aan was ontstaan. Hij nodigde de DG dan ook uit voor overleg op zeer korte termijn. Hierin zou een aantal fundamentele vraagstukken die betrekking hadden op het beleid inzake de ASV-en aan de orde moeten komen.

Inmiddels is de subsidiëring van de ASV-en in ieder geval verlengd tot en met 1989. Dit betekent dat de ASV-en pas vanaf 1 januari 1990 op projectbasis gefinancierd zullen worden. In de derde Dekker-brief zijn - zoals reeds aangegeven in paragraaf 2.2.1. - de ASV-en aangeduid als mogelijk organisatorisch kader voor de functionele regionalisatie.

In het najaar zal in dit verband een 'werkconferentie' worden georganiseerd, om deze gedachtengang nader uit te werken. Enkele vertegenwoordigers van de samenwerkingsverbanden zullen in samenwerking met het ministerie van WVC ter voorbereiding op deze conferentie een probleemanalyse maken om aan

te geven welke regelgeving aangepast of (tijdelijk) afgeschaft dient te worden om te komen tot regionale overeenkomsten. Op basis hiervan zou WVC, in overleg met de koepelorganisaties, een algemeen ontheffingsplan op dienen te stellen. Dit plan zou vervolgens neergelegd kunnen worden in een Algemene Maatregel van Bestuur.

Het Samenwerkingsverband Gezondheidszorg **Noord-Limburg** (SGNL) zag in voornoemde ontwikkelingen in eerste instantie geen aanleiding haar eigen koers te veranderen. Tegenover het streven naar inhoudelijke regionalisatie stond men in beginsel weliswaar positief, doch er bestonden nog te veel onduidelijkheden om op grond hiervan de zelf ingeslagen weg te verlaten.
In februari 1988 concludeerde het Dagelijks Bestuur dat het samenspel binnen het SGNL, nu ook het Cluster Eerste Lijn operationeel was, steeds meer vorm begon te krijgen. Pas nu de structuur zijn deugdelijkheid had bewezen, zou het initiatief genomen kunnen worden om over te gaan op inhoudelijke zaken die projectmatig en mogelijk met financiële ondersteuning van de rijksoverheid op te zetten waren. In het Algemeen Bestuur zou gesproken kunnen gaan worden over de wijze van aanpak: formulering van uitgangspunten, inventarisatie van sectorale vraagstellingen, bereidheid tot medewerking etcetera.
Een eerste aanzet hiervoor betrof een 'Notitie Ouderenbeleid Noord-Limburg'. Het Dagelijks Bestuur zal de ontwikkelingen op het terrein van het ouderenbeleid bestuderen en waar nodig een coördinerende rol op zich nemen.
Tot slot zal het SGNL pogingen ondernemen om het landelijk bestuurlijk overleg van regionale samenwerkingsverbanden gezondheidszorg nieuw leven in te blazen.

Het Samenwerkingsverband Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening **Midden-Limburg** (SGMD) reageerde aanvankelijk enthousiaster. De integrale invoeringsgebieden zou de mogelijkheid geboden worden door te gaan volgens de nieuwe koers,

gericht op inhoudelijke c.q. functionele regionalisatie. Dit was de weg die het SGMD steeds had willen bewandelen, maar die gedurende de afgelopen jaren steeds meer was overschaduwd door de bestuurlijke regionalisatie in het kader van het integrale invoeringsproject WVG.

In het Middenlimburgse veld van gezondheidszorg bleek meer animo te bestaan om te werken aan concrete, zorginhoudelijke thema's dan aan abstracte onderwerpen. Een eerste inventarisatie van knelpunten in december 1987 leverde als mogelijke onderwerpen voor projecten ouderenzorg, thuiszorg en opleidingen op.

In het licht van een project ouderenzorg werd (maart 1988) overgegaan tot instelling van een werkgroep geriatrie ziekenen verpleeghuizen Midden-Limburg, met als opdracht "de ontwikkeling van een voorontwerp voor de profilering van de (poli)klinische geriatrische hulpverlening in Midden-Limburg uitgaande van een desbetreffende integrale optiek, welke resulteert in dienovereenkomstige bijstelling van de conceptnota 'Op weg naar een integrale benadering van de geriatrie in Midden-Limburg'". De werkgroep werd samengesteld uit vertegenwoordigers van de zieken- en verpleeghuizen in Midden-Limburg, waarbij de mogelijkheid aanwezig is om op ad hoc basis vertegenwoordigers vanuit andere instellingen/organisaties bij de uitvoering van de activiteiten van de werkgroep te betrekken. De werkgroep dient zich primair te richten op de geriatrische hulpverlening ten behoeve van somatische patiënten. De afbakening met het psychogeriatrische zorgcircuit kan daarbij wel als een aandachtspunt worden beschouwd.

Ten aanzien van de thuiszorg achtte men het wenselijk om, voordat men zou overgaan tot uitwerking van enig projectvoorstel, allereerst de reeds bestaande activiteiten en afspraken alsook de desbetreffende prioriteiten en mogelijkheden te inventariseren.

Het projectvoorstel opleidingen tot slot - een initiatief van de ziekenhuizen - werd later (eveneens maart 1988) weer ingetrokken. De verpleeghuizen voelden er vooralsnog niet

voor deel te nemen aan een voorgestelde projectgroep. Het cluster zwakzinnigenzorg had vervolgens geen behoefte om alléén met de ziekenhuizen samen een kleinere projectgroep te starten.

Het Algemeen Samenwerkingsverband in de **Westelijke Mijnstreek** (ASV-WM) zag in de gesignaleerde veranderingen in het toekomstperspectief een aanleiding zichzelf serieus door te lichten. Men wilde weten hoe de leden dachten over de tot dan toe bereikte resultaten ten aanzien van de onderlinge samenwerking en welke verwachtingen men daaromtrent had voor de toekomst. Alle leden van het Algemeen Bestuur bood men de gelegenheid zich via een enquete en interviewronde uit te spreken over zaken als het algemeen functioneren, de procedures, de samenstelling en de eventuele wijze van voortzetting. Over het algemeen bleek er nog steeds een bereidheid te leven om samen te werken. De samenwerking moest dan wel verbeterd worden. Tot dusver vond men het rendement van de samenwerking te gering. De oorzaak hiervan zocht men deels in het eigente passieve, te reactieve - functioneren, maar voor een belangrijk deel ook in het wisselende, onduidelijke overheidsbeleid. Zo werden bijvoorbeeld de geëigende wegen en vastgelegde termijnen in het kader van adviesprocedures herhaaldelijk met voeten getreden. Een eerste illustratie hiervoor was het feit dat, toen er in september 1987 een adviesaanvraag lag inzake de vestiging van een buitenkliniek voor epileptici in de Westelijke Mijnstreek, deze buitenkliniek in praktijk reeds enkele maanden in bedrijf was. Een andere treffende illustratie was een verzoek van de PRV aan het ASV-WM om binnen een week advies uit te brengen aangaande de ontwikkeling van de GAAZ in Limburg. In de Westelijke Mijnstreek was men van mening dat men hiermee enerzijds de plangroep langerdurende gezondheidszorg buitenspel zette, terwijl het anderzijds voor het ASV zelf onmogelijk was om binnen een week te adviseren. Deze mening werd als zodanig ook aan de desbetreffende instanties kenbaar gemaakt.
Wat betreft het eigen functioneren in de toekomst vond men

dat de samenwerking zich meer zou moeten gaan richten op inhoudelijke in plaats van procedurele aspecten. In die richting worden dan ook momenteel initiatieven ontplooid. Zowel vanuit het bureau van het ASV alsook vanuit de afzonderlijke deelnemers worden ideeën naar voren gebracht om te komen tot innovatie- en substitutieprojecten. Deze ideeën zullen als bouwstenen dienen om op korte termijn een beleidsplan op te stellen. Op basis hiervan kunnen vervolgens concrete projecten worden opgestart. Daarnaast wordt gewerkt aan een voorstel met betrekking tot de melding van beleidsvoornemens van de afzonderlijke leden van het samenwerkingsverband.

Ook het Algemeen Samenwerkingsverband in **Oostelijk Zuid-Limburg** (ASGM-OZL) bezon zich op zijn functioneren en toekomst. Men constateerde dat er vaak in afzonderlijke werkvelden werd geopereerd, hetgeen niet bevorderlijk was voor de algehele samenwerking. Zo was bijvoorbeeld de opkomst tijdens de algemene bestuursvergaderingen gering. In de toekomst zou het samenwerkingsverband moeten signaleren wat er in de diverse werkvelden aan de orde was om te bezien wat de raakvlakken waren met andere werkvelden. Na een inventarisatie van beleidsmatige knelpunten zou men wellicht tot gezamenlijke oplossingen kunnen komen. Daarbij was het feit dat de positie van de samenwerkingsverbanden als adviesorgaan voor de toekomst onzeker bleef een reden te meer om zelf concrete beleidsinitiatieven te ontwikkelen.
Het was immers ook in Oostelijk Zuid-Limburg niet onopgemerkt gebleven dat het de laatste tijd steeds meer gebruikelijk was geworden om de geijkte adviesprocedures uit te hollen. Ook hier volgde afkeuring op deze tendens.
In november 1987 werd de Stichting Eerstelijn Oostelijke Mijnstreek opgericht, die onder andere zowel juridisch alsook inhoudelijk werkgever zou kunnen zijn voor de eerstelijnsondersteuningsfunctionarissen.

Tot slot beraadde men zich ook binnen het Algemeen Samenwer-

kingsverband **Heuvelland** (ASGM-HL) op het voortbestaan. Uit een interviewronde onder de deelnemers bleek dat het hen niet duidelijk was wat het ASV voor 'meerwaarde' voor de afzonderlijke instellingen kon bieden. De taak voor een ASV op langere termijn was onduidelijk. Zo kwam het bijvoorbeeld ook voor dat, naast de reeds eerder gesignaleerde uitholling van de adviestaak van buitenaf, instellingen zelf adviesaanvragen bilateraal wensten af te werken en ook daadwerkelijk pogingen daartoe ondernamen. Voorshands was men dan ook niet bereid het samenwerkingsverband eventueel door middel van financiële steun in stand te houden. Op korte termijn was men het er wel over eens dat het veld de wil moest hebben om projecten te starten. Het BAS zou hierbij dienstig kunnen zijn en tevens informatie kunnen verstrekken aan de deelnemers. Uiteindelijk zou deze wil mogelijk het bestaansrecht van het ASV kunnen zijn, en niet andersom.

Nu de toekomst van de ASV-en in het algemeen mede afhing van de medewerking aan projecten in de zorg werd ook de aanvankelijke aarzeling ten opzichte van het door de gezamenlijke gemeenten in Heuvelland opgezette project 'substituerende thuiszorg' voorzichtig terzijde geschoven. Deze aarzeling kon voor een groot deel verklaard worden uit de starre houding van de gemeenten in het verleden. Ondanks herhaalde vragen hadden de gemeenten het ASV immers nooit willen subsidiëren. Maar mede onder invloed van de wankele positie van het samenwerkingsverband werd men iets toeschietelijker; men was wel bereid tot medewerking, doch niet enthousiast. Concrete resultaten hebben de voorzichtige toenaderingspogingen tot dusver dan ook niet opgeleverd. Zo blijven de gemeenten in relatie tot het thuiszorg-project vooralsnog de voorkeur geven aan directe, rechtstreekse contacten met de betrokken eerstelijnsdisciplines.

2.4. Analyse procesverloop

2.4.1. Conceptueel model

Belangrijkste gebeurtenis gedurende de afgelopen verslagperiode was zonder enige twijfel het verschijnen van de derde Dekker-brief met daarin vervat het voltooide regeringsstandpunt ten aanzien van het rapport "Bereidheid tot verandering". Daaruit bleek immers dat voor het kabinet de knoop definitief was doorgehakt: de WVG zou worden ingetrokken; de activiteiten ten behoeve van de integrale invoering zouden worden beëindigd.

Alle reden dus om het procesverloop van het afgelopen jaar te analyseren met behulp van het concept 'beleidsbeëindiging', door Korsten[12] omschreven als "het geheel of gedeeltelijk stoppen van de uitoefening van een door de overheid te vervullen functie, het beëindigen van het voortbestaan van een organisatie of organisatiedeel, een beleid(s)(sector), een operationeel beleidsprogramma of een nog kleiner onderdeel, bij voorbeeld een project of een regeling".

Gezien het feit dat we tot voor kort geleerd hadden te leven met de expansie van beleid, was de aandacht van (sociale) wetenschapppers voor het verschijnsel beleidsbeëindiging tot dan toe ook vrij gering[13]. Definitieve beleidsbeëindiging kwam in praktijk zelden voor; en als er al voorbeelden waren van geslaagde beëindigingspogingen bleken deze doorgaans erg moeilijk wetenschappelijk te analyseren. Dit laatste had veelal te maken met de langdurigheid en de verhulling van de desbetreffende pogingen. Deze kenmerken van beëindigingsprocessen konden mede toegeschreven worden aan de strategische voorkeur van beleidsvoerders om de beëindiging decrementeel (fasegewijs) te doen plaatsvinden. In dat geval namelijk zou zich het verschijnsel kunnen voordoen van de 'self fulfilling prophecy'. Betrokkenen zouden zelf in hun gedrag zodanig gaan anticiperen, rekening gaan houden met beëindiging, dat daadwerkelijke beëindiging op den duur inderdaad niet meer tegen te houden zou zijn. Voor de beleidsvoerder was het dan nauwelijks nog nodig enige druk uit te oefenen.

De decrementele methode houdt dus kortweg in een langzame aantasting van een bestaand beleid, waardoor de weerstand van de betrokkenen bij dat beleid wordt aangetast. Langzaam maar zeker wordt zodoende het aantal belanghebbenden steeds kleiner, hetgeen de definitieve stopzetting van het desbetreffende beleid vergemakkelijkt. Deze methode heeft als 'voordeel' dat de werkelijke intenties van de beleidsvoerder min of meer versluierd kunnen blijven, niet expliciet hoeven te worden gemaakt. En, zoals reeds gezegd, juist hierdoor is het moeilijk beëindigingsprocessen te analyseren.
Ondanks deze moeilijkheden, kan niettemin uit de inmiddels verschenen literatuur over beleidsbeëindiging een aantal voorwaarden worden afgeleid, waaraan minimaal voldaan moet zijn om tot beëindiging te komen[14]. Een eerste voorwaarde is dat er evaluatie-resultaten beschikbaar moeten zijn welke een negatief beeld schetsen (in termen van effectiviteit, efficiency) van het te beëindigen object. Vervolgens dient ook de heersende ideologie, het ideologisch denken over het desbetreffende beleidsterrein, positief te staan ten opzichte van beëindiging. Anders uitgedrukt: de argumentatie vóór beëindiging dient in politiek-ideologisch perspectief verankerd te zijn. Als laatste voorwaarde wordt genoemd de aanwezigheid van een alternatief voor het te beëindigen object, waardoor eventuele tegenstanders van beëindiging de wind uit de zeilen wordt genomen en een sterke anti-beëindigingscoalitie weinig kans heeft om te ontstaan. In concreto gaat het hierbij om de vraag welke compensatie eventuele verliezers bij beleidsbeëindiging geboden wordt.
In het resterende deel van dit hoofdstuk zullen we nagaan in hoeverre bij de WVG voldaan was aan deze drie voorwaarden, en hoe de gebeurtenissen gedurende de afgelopen verslagperiode in dit licht te plaatsen zijn.

2.4.2. Voorwaarden voor beëindiging in het geval van de WVG

- Evaluatie -

Zoals reeds vermeld in paragraaf 2.2.1. was de beslissing van het kabinet om de integrale invoering te beëindigen mede gebaseerd op de resultaten van de evaluaties van de invoeringsprojecten.

Deze evaluaties vonden reeds plaats vanaf 1982, en betroffen zowel het procesverloop (op welke wijze vindt de invoering plaats?) als de resultaten (wat zijn de effecten van de invoering?). Later kreeg het evaluatieonderzoek tevens het karakter van een middelenevaluatie.

De resultaten van het betreffende onderzoek zijn vanaf het begin niet bemoedigend geweest. Zo meldden wij reeds in onze eerste rapportage (december 1984) dat het invoeringsproces door de meeste betrokkenen in Limburg als moeizaam werd ervaren. Als oorzaken voor dit moeizame verloop werden toen reeds genoemd onduidelijkheid en machtsstrijd. Mede hierdoor was destijds al bij velen het enthousiasme tot medewerking aan de invoering van de wet sterk verminderd. Het derde evaluatierapport (augustus 1986) over de provincie Limburg leerde vervolgens "dat de voortgang van het proces nog niet versneld is en dat nog veel onduidelijkheden en onzekerheden bestaan" (p.75). Binnen het invoeringsproject viel het verschijnsel te constateren dat knelpunten niet werden opgelost of telkens in een iets andere vorm terugkeerden.

Kortom, aan de eerste voorwaarde voor beleidsbeëindiging kon in feite reeds lang voor het daadwerkelijke besluit tot definitieve beëindiging van de invoering worden voldaan. Deze voorwaarde was derhalve wellicht noodzakelijk, doch zeker niet voldoende. Aan de besluitvorming in 1988 dienen dus nog andere overwegingen ten grondslag te liggen. Een van die overwegingen zou het veranderde politiek-ideologisch klimaat kunnen zijn.

- Ideologisch perspectief -

Een tweede door het kabinet aangegeven reden om te besluiten tot beëindiging van de invoering WVG was het verlangen te komen tot vermindering van de vrij grote overheidsinvloed op de gezondheidszorg ten faveure van vergroting van marktwerking en zelfregulering. Hoewel dit verlangen veelal in een adem met de naam van de commissie-Dekker werd uitgesproken, is het duidelijk dat ook hier sprake was van een reeds langer bestaande tendens. Het rapport-Dekker past bij het algemeen overheersende politiek-ideologische klimaat van de jaren tachtig, waarin begrippen als deregulering en privatisering de boventoon voeren. Zo hadden ook al geruime tijd voor de commissie-Dekker andere commissies (Geelhoed, Vonhoff) vanuit bovenstaand gedachtengoed hun twijfels uitgesproken over de WVG. Ook aan deze tweede voorwaarde voor beleidsbeëindiging was dus reeds lang voor de onderhavige verslagperiode voldaan. We zullen daarom tot slot bekijken of het afgelopen jaar iets nieuws opleverde met betrekking tot de derde en laatste voorwaarde.

- Alternatief voor beëindiging -

Een alternatief voor het te beëindigen object kan nuttig zijn om eventuele weerstand van potentiële tegenstanders van die beëindiging bij voorbaat te doorbreken. Verliezers moet compensatie geboden worden.

Over eventuele alternatieven voor de WVG was men eigenlijk pas aan het eind van de voorgaande verslagperiode, na het verschijnen van het rapport-Dekker, publiekelijk gaan filosoferen. De in paragraaf 1.1. genoemde gedachtengang getuigt hiervan. De destijds geventileerde ideeën omtrent functionele regionalisatie en regionale overeenkomsten betroffen echter hoofdzakelijk veld en financiers. Maar de grootste verliezers bij intrekking van de WVG zouden waarschijnlijk de gemeenten zijn. We zien dan ook dat gedurende de afgelopen verslagperiode ook het ontwikkelen van een alternatief voor gemeenten veel aandacht heeft gekregen van het departement van WVC. Het resultaat - samengevat onder de noemer 'openbaar gezond-

heidsbeleid' - werd vervolgens aangeprezen[15] als zijnde veel breder dan gezondheidszorgbeleid (zoals het beoogde beleid ex WVG). Het laatste had immers enkel betrekking op de gezondheidszorgvoorzieningen.
Medio 1988 was een groot deel van de bij de integrale invoering van de WVG betrokken gemeenten druk doende met het voorbereiden van projecten op het terrein van het openbaar gezondheidsbeleid. Wellicht is dit de belangrijkste bijdrage geweest van het afgelopen jaar aan de - naar het er thans uitziet geslaagde - poging tot beëindiging van de WVG.

2.4.3. Terugblik

Gelet op het voorgaande lijkt ons de term 'decrementele beleidsbeëindiging' zeer wel passend bij de gang van zaken met betrekking tot beëindiging van de WVG. We hebben immers gezien dat reeds langere tijd aan een aantal voorwaarden voor beëindiging was voldaan, doch dat niet eerder dan in maart 1988 tot daadwerkelijke beëindiging werd besloten. De WVG is - achteraf beschouwd - inderdaad langzaam, stapsgewijs aangetast. Eerst bijvoorbeeld door de instelling van een commissie-Dekker die als opdracht onder meer meekreeg mogelijkheden tot deregulering en tot vermindering van de bureaucratie te bezien. Bij de installatie van de commissie (25 augustus 1986) vroeg staatssecretaris Dees de aandacht voor innovaties in besluitvormingsprocessen. De besluitvorming over de gezondheidszorg verliep tot dan ingewikkeld, moeizaam en was weerbarstig en te weinig slagvaardig. Dat kwam onder meer omdat er sprake was van territoriale (zoals de WVG!) en functionele decentralisatie, van wettelijk verankerde bevoegdheden en verantwoordelijkheden van partijen met zeer verschillende belangen. Kortom: spanningsvelden en krachtenvelden die belemmerend zouden kunnen werken voor veranderingen en vernieuwingen in de gezondheidszorg.
Een tweede stap was vervolgens om - rond het verschijnen van het gevraagde advies van de hierboven genoemde commissie- aan de betrokkenen in de integrale invoeringsgebieden te melden[16] dat het in de bedoeling lag om de benodigde uitvoe-

ringsmaatregelen ten behoeve van de WVG pas in de ministerraad aan de orde te willen stellen na vaststelling van het regeringsstandpunt over het desbetreffende advies. Het zou immers kunnen zijn dat dit regeringsstandpunt van invloed was op de invoering van de WVG; vandaar dat beide aan elkaar werden gekoppeld. Vooruitlopend daarop zou echter reeds tussen departement en betrokkenen overlegd kunnen worden over eventuele wijzigingen in de richting van een 'nieuw evenwicht tussen c.q. het combineren van overheidregulering en marktwerking'.

Vervolgens - derde fase - was het langdurig wachten op een daadwerkelijk definitief regeringsstandpunt en op de daaraan gekoppelde duidelijkheid omtrent het lot van de WVG. Uit de tussentijdse activiteiten op het departement - zoals beschreven in deze rapportage - kon evenwel al duidelijk afgeleid worden dat dit lot ongunstig uit zou vallen. De 'self fulfilling prophecy' voltooide vervolgens definitief het einde. Betrokkenen gingen inderdaad reeds rekening houden met beëindiging en hierop anticiperen. Activiteiten in WVG-verband werden niet of nauwelijks meer ondernomen. De aandacht werd verschoven naar invulling van het nieuwe alternatief: openbaar gezondheidsbeleid voor de gemeenten; functionele regionalisatie en regionale overeenkomsten voor veld en verzekeraars, ofschoon laatstgenoemde betrokkenen toch al weinig moeite hadden met het intrekken van de WVG. Op dat moment was stopzetting van het tot dan toe bestaande beleid relatief eenvoudig. Ook de provincie had daartegen tot dan toe geen zwaarwegende bezwaren geuit, omdat zij uitging van handhaving van haar WZV-activiteiten.

Hoofdstuk 3: BELEIDSINSTRUMENTEN

3.1. Inleiding

Onze bespreking van de beleidsinstrumenten RFO's en Vestigingsbeleid is aanzienlijk globaler van aard dan de uitgebreide analyse in de voorgaande rapportage. We beschrijven kort de belangrijkste ontwikkelingen van het afgelopen jaar en waar nodig geven we aan in hoeverre deze ontwikkelingen aanleiding waren om eerdere conclusies te herzien.

3.2. Regionaal Financiële Overzichten

Het instrument Regionaal Financieel Overzicht (RFO) hebben wij in onze voorgaande rapportage uitvoerig beschreven en geanalyseerd. Aanleiding hiervoor was de voltooiing van het instrument begin 1987, toen een handleiding voor het opstellen van een RFO als advies aan de staatssecretaris werd uitgebracht. Deze handleiding was ontwikkeld door het Project Regionale Begroting van de RL.

De verantwoordelijkheid voor het inventariseren en opstellen van de overzichten lag vervolgens bij de algemene samenwerkingsverbanden van het veld. In het afgelopen jaar is slechts in Zuid-Limburg daadwerkelijk een financieel overzicht vervaardigd. Dit gebeurde door de Financieel Economische Kerngroep (FEK), een ondersteunend en adviserend orgaan ten behoeve van het BAS. Het opgestelde RFO dient meer gezien te worden als een vingeroefening om het ontwikkelde instrument als zodanig in tact te houden, dan als een bruikbaar statistisch product. Met andere woorden: de waarde ervan ligt meer in het opstellen van het overzicht sec dan in de inhoud ervan. In het overzicht zijn de gezondheidszorginstellingen opgenomen waarvan jaarrekeningen voorhanden waren. Derhalve ontbreken diverse instellingen, evenals de totale maatschappelijke dienstverleningssector alsmede (de gegevens van) de vrije beroepsbeoefenaren. Meest voor de hand liggende reden voor deze onvolledigheid is het feit dat de WVG het afgelopen jaar op een dood spoor stond, inclusief alle in dat verband ontwikkelde instrumenten en structuren. Ook de onderlinge

verhoudingen tussen partijen ondergingen belangrijke veranderingen. Deze gingen onder andere gepaard met de reeds eerder vermelde afname van (WVG-)werkzaamheden op gemeentelijk niveau, met onzekerheden voor de instellingen en hun samenwerkingsverbanden, en met een sterker wordende positie van de verzekeraars. Gezien deze ontwikkelingen zag de FEK bij de opstelling van het RFO dan ook af van een vraag om hulp bij het inventariseren van de gegevens in de richting van lagere overheden en ziekenfondsen.

Naast het opstellen van het RFO, hield de FEK zich het afgelopen jaar eveneens bezig met een bezinning op de voortgang van het project Regionale Begroting. In juli 1987 was het rapport 'Regionale begroting van de gezondheidszorg Zuid-Limburg, waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1988' verschenen. Hiermee was de uitvoering van het project door de Rijksuniversiteit Limburg beëindigd. Het project zou in de toekomst worden gecoördineerd en (ten dele) uitgevoerd door het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI). De bedoeling was ondermeer een infrastructuur aan te bieden voor de ondersteuning van het veld. In dat verband streefde men bijvoorbeeld naar het ontwikkelen van een passend computerprogramma waarmee de toekomstige opstelling van regionale begrotingen vergemakkelijkt zou kunnen worden.

Binnen de FEK was men van mening dat ook in een marktmodel zoals door de commissie-Dekker beoogd, regionale begrotingen een belangrijke functie zouden kunnen vervullen bij de beleidsvorming. Onder andere had men belangstelling voor de ontwikkeling van functionele circuitbegrotingen. Men kon de diverse betrokkenen evenwel niet bewegen tot het werkelijk starten van projecten op dit terrein. Zo wachtten ziekenfondsen en ziekenhuizen vooralsnog de ontwikkelingen rondom Dekker af. Hetzelfde gold overigens de regio's Noord- en Midden-Limburg. Ook daar werden nog geen concrete initiatieven ontwikkeld gericht op de voortgang van het project.

3.3. Vestigingsbeleid huisartsen

De ontwikkelingen met betrekking tot het vestigingsbeleid huisartsen gedurende de afgelopen verslagperiode noopten ons de conclusies uit het vorige rapport ten aanzien van een tweetal aspecten nader te specificeren. Het betreft hier de doelstellingen **decentralisatie** en **democratisering**.

3.3.1. Decentralisatie

In onze vorige rapportage merkten wij op dat het voor de beoordeling in hoeverre het vestigingsbesluit bijdroeg tot meer decentralisatie van belang was aandacht te besteden aan de mate van **beleidsvrijheid** voor gemeenten. Wij constateerden dat uitvoerders een deel van hun beleidsvrijheid ontleenden aan het feit, dat de regels die zij tijdens de uitvoering dienden na te leven altijd uitdrukkingen bevatten die een nadere interpretatie vroegen. Wij wezen hierbij onder meer (p.75) op de belangrijke rol die de jurisprudentie in dit verband zou kunnen spelen.

Uit de AROB-jurisprudentie tot dusver blijkt[17] de uitleg van de in het vestigingsbesluit gehanteerde begrippen inderdaad een van de twee belangrijkste onderwerpen te zijn geweest. De tweede belangrijke bron van jurisprudentie bleek de procedureregeling ex artikel 8 van het besluit.

De uitkomsten van de betreffende jurisprudentie hadden gevolgen voor de gemeentelijke beleidsruimte, zoals o.a. betoogd door de secretaris van de Heerlense vestigingsadviescommissie[18].

Deze constateerde allereerst - vooral in kleinere gemeenten- een zekere bestuurlijke behoedzaamheid bij de invulling van de beleidsruimte door gemeenten. De verklaring hiervoor zou liggen in de behoefte aan een goede verstandhouding met de gevestigde huisartsen. Deze beroepsgroep zou nog steeds veel in het werk stellen om door middel van coöptatie vrijgekomen vestigingsplaatsen zelf in te vullen. Maar, de huisartsen zouden zich moeten realiseren dat het door henzelf gewenste wettelijke vestigingsbeleid nu eenmaal de beslissingsverantwoordelijkheid van gemeenten met zich meebracht. Dat beteken-

de, zo bleek uit een AROB-uitspraak in het geval Oud-Beijerland, onder andere dat gemeenten - mits toereikend gemotiveerd - mochten afwijken van adviezen van de vestigingsadviescommissie. Nog belangrijker in deze uitspraak - in relatie tot de gemeentelijke beleidsruimte - was evenwel de constatering dat er naast het hanteren van getalsmatige of spreidingscriteria ook plaats was voor overwegingen van inhoudelijke aard bij het maken van een keuze uit personen die in aanmerking wensten te komen voor een vestigingsvergunning. Gemeenten zouden dus via het vestigingsbeleid hun specifieke wensen inzake het huisartsenaanbod gestalte kunnen geven, vooropgesteld dat deze wensen in een reële behoefte zouden voorzien. Daarmee was de beleidsruimte voor de gemeenten vergroot.

Niet alle interpretatieproblemen konden via AROB-procedures worden verholpen. Om bij te dragen tot verheldering zond de staatssecretaris een brief (dd.17 december 1987) aan alle gemeenten waarin hij zijn standpunten op een aantal onderdelen betreffende de uitvoering van de vestigingsregeling kenbaar maakte. Allereerst deelde hij - naar aanleiding van de onduidelijkheid die was ontstaan na het verschijnen van het rapport-Dekker - mee dat de vestigingsregeling nog voor vermoedelijk een periode van enkele jaren van kracht zou blijven. Vervolgens ging hij in op de onduidelijkheid over de vraag wat in verband met de samenstelling van de vestigingsadviescommissies bedoeld werd met "aanverwante beroepen". De staatssecretaris bleek dit begrip zo te verstaan dat daarmee de disciplines waren aangeduid met wie de huisarts bij de uitoefening van zijn beroep samenwerkte. In concreto dacht hij hierbij aan functionarissen uit de kringen van het kruiswerk, de gezinsverzorging, het algemeen maatschappelijk werk, de fysiotherapeuten en oefentherapeuten, de apothekers, het gecoordineerd bejaardenwerk, de tandartsen én de tweedelijnsgezondheidszorg. Degenen die zich de in ons voorgaande rapport beschreven discussies hieromtrent in Midden-Limburg herinneren[19], zullen ongetwijfeld opmerken dat de duidelijkheid als gevolg van deze uitspraak van de staatssecretaris

nauwelijks kon zijn toegenomen. Wel duidelijker was het antwoord op de vraag in hoeverre een echtgeno(o)t(e) van een huisarts - of artsen in dienst van huisartsen - die meewerkten in de praktijk wel of niet onder de werking van de regeling vielen en dientengevolge wel of niet meegeteld dienden te worden bij de capaciteitsbepaling. In dit verband wees de staatssecretaris er namelijk op dat voor de vestigingsregeling uitsluitend relevant was de vraag of iemand het beroep van huisarts uitoefende dan wel wilde gaan uitoefenen. De hoedanigheid waarin dat gebeurde was hierbij niet van belang.

3.3.2. Democratisering

Het aspect van de democratisering speelde vooral in Midden-Limburg, waar de vestigingsadviescommissie zelf het huisartsenvestigingsbeleid en de daarbij gevolgde procedures evalueerde. Een dergelijke evaluatie was destijds bij de instelling van de VAC reeds afgesproken. Een tweede aanleiding om te evalueren vormde de samenvoeging per 1 maart 1988 van het voormalige Stadsgewest Roermond en Streekgewest Weert tot één Gewest Midden-Limburg. Door deze samenvoeging zou de VAC opnieuw samengesteld en geinstalleerd dienen te worden. Tevens zou een nieuwe verordening inzake samenstelling, taken en werkwijze van de VAC moeten worden vastgesteld.
Kritiek ten aanzien van de bereikte mate van democratisering bij de uitvoering van het vestigingsbeleid in de eigen regio tot dusver kwam vooral van de kant van verzekeraars en patiëntenvertegenwoordigers. De laatste vonden dat - ondanks de goede sfeer en openheid die op dat moment bestond - de procedure hen niet voldoende mogelijkheden bood om hun belangen te behartigen. Ook de verzekeraars - zowel particulier als ziekenfonds - pleitten voor een meer open procedure waarbij alle participanten in een eerder stadium betrokken werden bij de selectie van kandidaten.
De huisartsen stelden hier tegenover het primaat van de waarneemgroep alsmede de vertrouwelijkheid van de afhandeling van de selectie.

In juni 1988 werden de betrokkenen in de VAC het eens over een nieuwe procedure ten aanzien van de selectie. Een eerste belangrijke verschilpunt met de oude procedure is dat voortaan een open werving van kandidaten (door middel van het plaatsen van advertenties) zal plaatsvinden. Tot nu toe was het zo dat kandidaten geselecteerd werden uit een door de PHV bijgehouden register. Een tweede wijziging is dat er een selectiegroep zal komen waarin naast een vertegenwoordiger namens de waarneemgroep álle geledingen uit de VAC vertegenwoordigd zullen zijn.

3.3.3. De toekomst van het vestigingsbeleid

In de eerder besproken brief van 17 december 1987 gaf de staatssecretaris te kennen dat de vestigingsregeling pas op termijn (N.B: in de derde Dekker-brief van maart 1988 is de periode 1990-1992 genoemd) zou worden ingetrokken. Ondanks dit vooruitzicht zou binnenkort de regeling zelfs in volle omvang van kracht worden. De artikelen 3, eerste lid, en 12, eerste lid - beide betrekking hebbend op **regulering van de praktijkomvang** - waren tot dusver nog niet in werking getreden, omdat de daartoe benodigde regels nog niet tot stand konden worden gebracht. Het verplichte horen van de LHV over het ontwerp-Besluit beperking praktijkomvang huisartsen zou echter op korte termijn gaan plaatsvinden. Zo spoedig mogelijk daarna zou een definitief besluit getroffen kunnen worden en zouden de desbetreffende artikels uit de vestigingsregeling in werking kunnen treden.
Tot slot zou ook een Besluit gegevens huisartsen zo spoedig mogelijk ingevoerd worden.

Per 15 april 1988 trad inderdaad een Besluit beperking praktijkomvang in werking. De resterende periode tot het einde van de verslagperiode was uiteraard te kort om nu al empirisch onderbouwde uitspraken te kunnen doen over de werking en eventuele effecten van het besluit. Praktijkverkleining zal hoofdzakelijk het gevolg moeten zijn van natuurlijk verloop. Een eerste indruk van veel gemeenten was dat

het besluit de huisartsen veel ontsnappingsmogelijkheden liet. Men vond het overigens veelal terecht dat patiënten niet gedwongen zouden moeten worden om bij hun huisarts weg te gaan. Dit zou in strijd zijn met het recht op vrije artsenkeuze. Problemen voorzagen de gemeenten vooral in de sfeer van de verzameling van gegevens omtrent de exacte praktijkomvang.

Hoofdstuk 4: EINDEVALUATIE

4.1. Inleiding

In dit hoofdstuk willen we verder terugblikken dan alleen op de afgelopen verslagperiode. Gezien het feit dat het doek thans definitief gevallen is voor de integrale invoering van de WVG geven we een nabeschouwing van de totale invoeringsperiode in de provincie Limburg. De nadruk zal hierbij liggen op de analyse. In paragraaf 4.3. zullen we daarom de resultaten van deze achterliggende periode verklaren met behulp van theorieën omtrent 'succes- en faalfactoren'. Daaraan voorafgaand zullen we eerst de opbrengst kort beschrijven.

4.2. Beschrijving resultaten integrale invoering WVG

De vijf achterliggende jaren zijn grotendeels besteed aan het aanbrengen van veranderingen in het bestuurlijk systeem in de regio's. Derhalve richten we onze aandacht op de vraag: wat is er in bestuurlijk opzicht bereikt?
Elders[20] hebben wij deze vraag reeds uitvoerig beantwoord. We beperken ons hier tot een korte samenvatting van ons eerder betoog.
Van belang voor de integrale invoering van de WVG waren in de eerste plaats de zogenaamde bestuursorganisatorische maatregelen: gebiedsindeling, informatievoorziening, taakverdeling en samenwerking tussen overheden, advies- en overlegstructuur. Vooral de voorbereiding van de twee laatstgenoemde maatregelen gaf in Limburg problemen. De stroeve verhouding tussen (samenwerkende) gemeenten en provincie speelde hierbij een voorname rol. Niettemin konden voor al de genoemde maatregelen afspraken worden gemaakt. Deze zijn echter nooit met een afrondend besluit bekrachtigd.
Hetzelfde geldt voor een aantal andere werkzaamheden die verricht dienden te worden voordat de WVG in werking zou kunnen treden: richtlijnen, kwaliteitseisen, financiële kaders. Verschillende concept-richtlijnen en kwaliteitseisen werden openbaar gemaakt, doch tot vaststelling daarvan is men nooit gekomen. De vaststelling van financiële kaders strui-

kelde over de onenigheid tussen betrokkenen omtrent de berekenings- en verdelingsmethodiek van het kader.
De WVG kende ook een groot aantal beleidsinstrumenten. Het merendeel hiervan is echter nooit in de praktijk toegepast. Uitzondering hierop was het vestigingsbesluit voor huisartsen, dat op 1 februari 1986 van kracht werd. Dit besluit gold evenwel ook de gemeenten buiten de integrale invoeringsgebieden. Een tweede instrument - het Regionaal Financieel Overzicht - werd weliswaar tot ontwikkeling gebracht, maar de daadwerkelijk opgestelde overzichten hebben niet, zoals wel beoogd, geleid tot het vaststellen van marginale financiële kaders.

Het voorgaande overziend komen wij ten aanzien van de bestuurlijke doelstellingen van de WVG tot de volgende conclusies. Wat de **decentralisatie** betreft leverde de WVG de provincies en gemeenten in theorie een uitbreiding van taken op. Zoals opgemerkt is deze taakuitbreiding echter nooit formeel vastgesteld en daarmee niet voorzien van bijbehorende bevoegdheden. Daarnaast heeft voortdurend de vrees geleefd dat bij werkelijke taakuitoefening de beleidsruimte voor de lagere overheden gering zou zijn.
Een zekere mate van **democratisering** leek bereikt doordat de beïnvloedingsmogelijkheden van het veld en van politiek vertegenwoordigende organen in de planning van de gezondheidszorg tamelijk groot zou zijn. Deze invloed zou ondermeer gestalte krijgen via participatie in advies- en overlegstructuren. Ook de gebruikers van gezondheidszorgvoorzieningen zouden hierin vertegenwoordigd zijn. Daar echter ook de advies- en overlegstructuren nooit formeel zijn vastgesteld en in werking getreden, konden wij niet vaststellen hoe een en ander in praktijk werkte.
Ten aanzien van de bestuurlijke **samenhang** constateerden wij een toename van het overleg en de samenwerking tussen overheden, binnen het veld en tussen overheden en veld. Dit overleg kende evenwel ook veel doublures en overlappingen. Daarnaast verloren veel van de voorheen moeizaam opgebouwde structuren

en netwerken tijdens het 'Dekker-tijdperk' weer snel aan betekenis. Over de instrumentele **samenhang** konden wij gezien het gering aantal daadwerkelijk toegepaste instrumenten - geen uitspraak doen.
Met betrekking tot de bestuurlijke doelstelling van de **eenvoud** merkten wij tot slot op dat democratisering en decentralisatie juist leidden tot bestuurlijke complexiteit in plaats van de beoogde eenvoud. Het groot aantal overlegstructuren was hiervan een duidelijk indicatie.

Op grond van het bovenstaande kon onze afsluitende conclusie niet anders luiden dan dat het bereik van de bestuurlijke doelstellingen van de integrale invoering van de WVG in Limburg gering was. In het vervolg van dit hoofdstuk zullen wij trachten vanuit een theoretische invalshoek verklaringen te geven voor dit geringe doelbereik.

4.3. Verklaring resultaten integrale invoering WVG

De diagnose van de problemen en gebreken van de Nederlandse gezondheidszorg anno 1987 (het rapport van de commissie-Dekker) bleek in hoofdlijnen overeen te komen met die van 1974 (de Structuurnota Gezondheidszorg). Blijkbaar hebben de tussentijds aangewende therapieën niet de destijds beoogde effecten kunnen sorteren.
Een van die achteraf onheilzaam gebleken therapieën was (het beleid met betrekking tot) de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Voor het 'falen' van dit beleid, in termen van het niet bereiken van de doeleinden, willen wij thans enige verklaringen aanreiken. Conform Hoogerwerf[21] onderscheiden wij daarvoor een viertal mogelijke faalfactoren: doelgerichtheid, informatie, macht en integratie. Deze factoren kunnen op meerdere niveaus worden geanalyseerd, zoals op het niveau van (de inhoud van) het beleid en het niveau van de bij het beleid betrokken actoren[22].
Op basis van deze indelingen komen wij tot een achttal door ons verder toe te lichten factoren welke mogelijk van belang kunnen zijn voor het verklaren van het 'falen' van de inte-

grale invoering van de WVG:

Schema 1: Faalfactoren bij de integrale invoering WVG

	Beleid	Actoren
Doelgerichtheid	1	5
Informatie	2	6
Macht	3	7
Integratie	4	8

In het vervolg van deze paragraaf willen we de integrale invoering van de WVG achtereenvolgens beoordelen in het licht van elk van de acht onderscheiden factoren. Daaruit zal overigens blijken dat bepaalde factoren met elkaar samenhangen of elkaar gedeeltelijk overlappen.

4.3.1. Doelgerichtheid beleid

De mate van doelgerichtheid van een beleid kunnen we afmeten aan:

1 de mate waarin de doeleinden helder geformuleerd en gerangschikt zijn;
2 de mate waarin de middelen (het beleidsinstrumentarium) op de doeleinden zijn afgestemd.

Zoals zo vaak in de praktijk van het openbaar bestuur[23] kenmerkten ook de doelstellingen van de WVG zich door onderlinge strijdigheid, vaagheid en verandering. Wij wezen hier ook reeds op in onze eerste evaluatierapportage. Wat te denken bijvoorbeeld van een besturend systeem dat samenhangend, gedecentraliseerd en democratisch diende te zijn, maar tegelijkertijd ook eenvoudig en efficiënt? Naarmate de tijd verstreek werd de prioriteit steeds meer verschoven in de richting van laatstgenoemde doelstellingen. Tevens werden in

dat kader tussentijds nieuwe doelen als deregulering en flexibiliteit toegevoegd.
Deze verschuivende prioriteiten en/in doelstellingen stonden daarnaast ook in schril contrast met een aantal typische eigenschappen van het instrumentarium. Planning wordt veelal geassocieerd met kenmerken als zorgvuldigheid en rechtszekerheid, hoge beleidskosten en beperkte flexibiliteit; integrale planning met complexiteit. Daarbij ging het bij de WVG ook nog eens om een voorbeeld van planning over meer bestuurslagen. Stevens[24] heeft er ons inziens terecht op gewezen dat, gezien de bestuurlijke verhoudingen in ons land, de doelstelling 'samenhang' dan ook welhaast niet anders bereikt kon worden dan via ingewikkelde structuren en procedures en dus in strijd met de doelstellingen eenvoud en efficiëncy. Uit de derde Dekker-brief is overigens gebleken dat dit voor het kabinet ook een van de belangrijkste overwegingen is geweest om de integrale invoering WVG te beëindigen.
Afsluitend mogen we vaststellen dat er in plaats van doelgerichtheid van beleid sprake was van een **dubbele inconsistentie**: tussen doelstellingen onderling alsook tussen doelstellingen en intrinsieke eigenschappen van de daarbij gekozen middelen.

4.3.2. Informatie beleid

Bij deze factor gaat het om de veronderstellingen die aan het beleid ten grondslag ligggen. Hoogerwerf spreekt in dit verband over de 'beleidstheorie'[25]. Een goede beleidstheorie wordt veelal gezien als een noodzakelijke voorwaarde voor effectief beleid. Het falen van veel overheidsbeleid zou dan onder meer kunnen voortkomen uit het feit dat beleid berust op verkeerde veronderstellingen (verkeerde informatie), bijvoorbeeld ten aanzien van de relatie tussen het toepassen van bepaalde middelen en de doelbereiking.
Zo beoogde men in het geval van de WVG door middel van integrale planning van het aanbod aan zorg te komen tot herstructurering: verschuivingen in de zorg van tweede naar eerstelijn, van curatie naar preventie enz. Kostenbeheersing

zou hiervan het logische gevolg zijn. Hieraan lag derhalve de veronderstelling ten grondslag dat het aanbod voor een belangrijk deel bepalend zou zijn voor de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg. In publieke discussies viel deze stellingname veelvuldig te beluisteren. Daarbij werd zij vaak als vaststaand feit gepresenteerd.

De vraag welke factoren daadwerkelijk de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg in Nederland bepalen en in welke mate deze factoren manipuleerbaar zijn, is recentelijk uitvoerig aan de orde gesteld door Grünwald[26]. Uit haar onderzoek komen als meest dominante componenten van de kostenontwikkeling gedurende de periode 1970-1983 naar voren de inflatie, demografische ontwikkelingen (vergrijzing), loonkosten en kosten van andere 'resources'. Toegspitst op de periode 1975-1983 constateert zij:

"Van elke 100 gulden die men in 1983 meer aan de gezondheidszorg heeft besteed dan in 1975 zijn 69 gulden bijgekomen door de waardevermindering van de gulden; de overige 31 gulden zijn het gevolg van de reële uitgavenverhoging voor de gezondheidszorg. Hiervan werden 12 gulden besteed doordat er meer behandelingen plaatsvonden (toename van gebruik, resp.vraag). De resterende 19 gulden werden veroorzaakt door hogere kosten per behandeling, waarvan 9,5 gulden voor meer loon (als gevolg van personeelstoename en niet door reële loonstijgingen per arbeidsjaar) en eveneens 9,5 gulden voor meer kosten van de andere resources: (rente voor) installaties, energiekosten, de kosten van medische verzorgingsmiddelen en de administratie etc. Van de 12 gulden die te wijten zijn aan een toename van de vraag, zijn 11,5 gulden door demografische verschuivingen te verklaren (vergrijzing)".

Zaken als de - ook in de veronderstellingen achter de WVG - gesuggereerde overconsumptie en vraagverhoging door prikkels aan aanbodzijde bleken dus slechts een zeer geringe rol te spelen bij de kostenontwikkeling (lees: stijging). Met het oog op de beheersbaarheid tot slot constateerde Grünwald dan ook dat hoofdzakelijk externe factoren debet waren aan de kostenstijging. De betreffende factoren konden vanuit de gezondheidszorgsector zelf ofwel niet (inflatie, demografische ontwikkelingen) ofwel slechts ten dele (personeels- en loonontwikkelingen) beïnvloed worden.

De WVG bouwde grotendeels op de optimistische maakbaar-, stuurbaar- en beheersbaarheidsgedachten uit de jaren zeven-

tig. Met de informatie uit het onderzoek van Grünwald- overigens zeker niet de enige die in deze richting wees - kon de onjuistheid van deze gedachten gevoeglijk worden aangetoond. Bovendien gingen de veronderstellingen gemakshalve ook nog voorbij aan de bij de uitvoering van de planning ex WVG te verwachten grote weerstand in het veld. Kortom, planning van aanbod bleek niet het geëigende instrument om de beoogde doelstellingen te realiseren. Waarmee we een volgende daadwerkelijk werkzame faalfactor hebben achterhaald.

4.3.3. Macht beleid

Eveneens van belang voor de uiteindelijke effectiviteit van beleid is de mate waarin het beleid zelf i.c. de beleidsvoerder in staat is doelconform gedrag (bij de uitvoerders en/of de doelgroep) te bevorderen. Globaal genomen staan hiertoe drie mechanismen ter beschikking: normen, middelen (incentives) en sancties. Deze driedeling komt overeen met Etzioni's indeling van macht: normatief, renumeratief en dwang. De normatieve benadering omvat socialisatie- en overtuigingsprocessen, de stimulerende benadering bestaat uit het verlenen van hulp in de vorm van geld, kennis, personeel e.d. Dwang kan uiteenlopen van de verplichting tot het opstellen van plannen door de uitvoerders tot het dreigen met sancties in de vorm van het intrekken van financiële hulp.
In het geval van de WVG was er - gezien de verplichting voor lagere overheden om plannen vast te stellen - inderdaad sprake van enige potentiële dwang. Van echte sancties was evenwel geen sprake. In praktijk overheerste een meer stimulerende benadering, welke zich het meest duidelijk uitte in de plankostenvergoeding. Ook de subsidiëring van algemene samenwerkingsverbanden van het veld en van patiëntenorganisaties kunnen in dit licht bezien worden: als prikkel om daadwerkelijk mee te werken aan de uitvoering van de WVG.

Kuijpers en Glasbergen[27] hebben betoogd dat het gebruik van instrumenten met een geringe mate van imperativiteit (zoals bijvoorbeeld ook overleg en informatievoorziening) vooral

effect zullen sorteren in beleidssituaties waarin onder andere sprake is van een grote mate van overeenstemming van de belangen van de betrokkenen. Van een dergelijke situatie was - zoals zal blijken in paragraaf 4.3.5. - in het geval van de WVG absoluut geen sprake. De combinatie van weinig verplichtend beleid met een heterogeen uitvoeringsnetwerk bleek dan ook inderdaad weinig doeltreffend. Een veel gehoorde kritiek in dit verband was het ontbreken van een sterk bestuurlijk centrum met toereikende bevoegdheden om knopen door te kunnen hakken.

4.3.4. Integratie beleid

Hierbij gaat het om wat Kuijpers en Glasbergen[28] aanduiden als 'het samenhangende karakter van beleidsproblemen'. Zij doelen hiermee op het feit dat beleidsproblemen veelal meerdere oorzaken en bronnen kennen. Een deel van de oplossing valt derhalve vaak buiten de perken van de beleidsvoerder die met de problemen wordt geconfronteerd. Indien een beleidsvoerder inderdaad slechts ten dele oorzaken van problemen kan beinvloeden, is de kans groot dat de effecten van het beleid 'weglekken'.
In paragraaf 4.3.2. bleek reeds hoezeer van een dergelijke situatie sprake was in het geval van de WVG. De problematiek die de WVG beoogde op te lossen vloeide inderdaad grotendeels voort uit bronnen die volledig buiten de desbetreffende beleidsvoerder (in casu het ministerie van WVC) omgingen.

4.3.5. Doelgerichtheid actoren

Bij deze faalfactor gaat het met name om de vraag naar de mate waarin de doeleinden van de verschillende actoren in het uitvoeringsproces elkaar al dan niet doorkruisen, met andere woorden: de mate van conflict of consensus over de doeleinden. Een situatie van volledige overeenstemming zal waarschijnlijk zelden voorkomen. In het algemeen kan echter gesteld worden dat de kans op uiteenlopende doelstellingen groter wordt naarmate méér actoren betrokken zijn in het proces. Verder speelt hierbij ook de mate van verandering die

het beleid beoogt een belangrijke rol.
Om met dit laatste te beginnen, de beoogde verandering was bepaald niet gering te noemen. Niet het voorheen gehanteerde principe van de functionele decentralisatie, maar het principe van de territoriale decentralisatie zou uitgangspunt worden voor de vormgeving van het nieuwe bestuurlijk systeem. Belangrijke machtsverschuivingen tussen de betrokkenen zouden hiervan het onvermijdelijke gevolg zijn. Financiers en veld zouden aan zeggenschap verliezen ten gunste van de lagere overheden.
Maar ook het zorgsysteem zou veranderingen ondergaan wanneer de WVG geheel volgens haar intenties uitgevoerd zou worden. De WVG was immers mede bedoeld als instrument om bijvoorbeeld verschuivingen van intramurale naar extramurale zorg mogelijk te maken.
Naarmate grotere veranderingen gevraagd worden zal de weerstand hiertegen toenemen. Dat deze weerstand zich het meest duidelijk uitte bij verzekeraars en grotere intramurale instellingen hoeft gezien het voorafgaande dan ook geen verwondering te wekken. Laatstgenoemde bevonden zich daarbij in de comfortabele positie om als doelgroep van beleid tevens deel uit te maken van het uitvoeringsnetwerk. Dit uitvoeringsnetwerk kenmerkte zich naast de zojuist genoemde dubbelrol van het veld vooral ook door haar heterogeniteit. Een groot aantal betrokkenen, ieder met eigen motieven en belangen, was hierin vertegenwoordigd. Kortom, geen gunstige voedingsbodem voor collectieve doelstellingen.

4.3.6. Informatie actoren

Naast de betekenis van informatie voor de juistheid van de veronderstellingen die aan beleid ten grondslag liggen, is informatie tevens van belang voor de uitvoering van beleid. Idenburg[29] heeft gewezen op de consequenties van informatieoverlast en de daarmee samenhangende verwerkingsproblemen bij organisaties. Als eerste mogelijke gevolg noemt hij besluitvormingsachterstanden. Hiermee doelt de auteur op het feit dat naarmate we meer weten, het gat tussen de gepercipieerde

problemen en de daarvoor bedachte oplossingen steeds groter wordt. Een tweede gevolg is een groeiende achterstand in de vorming van gemeenschappelijke oordelen. Deze vertraging ('consensus lags') leidt in veel gevallen ook weer tot een vertraging in de besluitvorming. Tot slot schuilt voor organisaties een probleem in de achterstand in zingeving, bij het interpreteren van de betekenis van informatie. Veel nieuwe informatie betekent het vervangen van 'subjectieve zekerheid' door 'objectieve onzekerheid'.
Het organisatieadviesbureau Twijnstra Gudde[30] constateerde ten aanzien van de WVG dat de betrokkenen weliswaar over het algemeen over alle benodigde informatie konden beschikken, maar dat veel informatie te complex en te uitgebreid bleek om efficiënt verwerkt te kunnen worden. Daarbij was inderdaad het interpreteren van nieuwe informatie vaak een probleem. Zo was bijvoorbeeld veelal onduidelijk wat de status was van bepaalde stukken. Deze tekortkomingen in de informatievoorziening hadden ondermeer nadelige gevolgen voor de betrokkenheid van de participanten. Een van hen sprak in dit verband van een 'papierkrieg', die de motivatie om deel te blijven nemen aan het proces bepaald niet bevorderde.

4.3.7. Macht actoren

Het zal gezien het voorgaande geen verbazing wekken dat de bereidheid om daadwerkelijk aan de uitvoering van de WVG mee te werken niet bij alle participanten even groot was. In hoeverre waren deze betrokkenen echter in staat effectieve barrières op te bouwen, weerstand te bieden tegen ongewenste beleidsvoering?
Onder 4.3.5. wezen wij reeds op de weerstand van vooral grotere intramurale voorzieningen en verzekeraars. Eerstgenoemde bleek een zeer invloedrijke doelgroep te zijn die goed in staat was de invoering van de wet te vertragen of om te buigen in een door hen gewenste richting. Deze invloed berustte onder meer op haar eerdergenoemde 'bestuurlijke dubbelrol' (als doelgroep tevens deel uitmakend van het uitvoeringsnetwerk) en op haar relatief sterke organisatie-

graad. Deze laatste ging veelal ten koste van de algemene samenwerkingsverbanden van het veld. Deze waren bedoeld als verbindend element in de vaak naast elkaar opererende zorgorganisaties, als forum om als veld gezamenlijk te werken aan de totstandkoming van een samenhangende zorg. Als zodanig waren de ASV-en een potentieel belangrijk instrument in het kader van de WVG. De reeds genoemde grotere intramurale organisaties (zoals ziekenhuizen) namen echter in deze algemene samenwerkingsverbanden een nogal ambivalente houding aan. Daarmee slaagden zij erin de beoogde werking van de samenwerkingsverbanden in het kader van de WVG voor een aanzienlijk deel te frustreren.
Bij dit alles was overigens tevens van belang dat de sterksten in het veld zich steeds meer gesteund voelden door een andere belangrijke partij: de verzekeraars. Ook zij achtten het op een gegeven moment niet meer nodig nog mee te werken binnen WVG-kaders en voelden zich daarin gesterkt door hun reeds eerder toegekende wettelijk vastgelegde bevoegdheden en hun grote know-how[31].
Uiteindelijk werkte ook de omslag in het denken over de rol van de overheid bij de sturing van de gezondheidszorg in het voordeel van (vooral het intramurale) veld en financiers. Deze veranderende opvattingen zorgden ervoor dat een sterk sturende rol van de overheid niet meer werd geaccepteerd en gelegitimeerd. Ook hierdoor was het voor veld en financiers mogelijk een steeds afwijzender houding aan te nemen ten opzichte van de WVG.

4.3.8. Integratie actoren

Tot slot gaat het bij de laatste mogelijke faalfactor om de mate van samenwerking, afstemming en coördinatie tussen de betrokkenen bij de uitvoering. Hoogerwerf[32] heeft hierbij onderscheid gemaakt tussen structurele en culturele integratie. Laatstgenoemde sluit aan bij wat door ons omschreven is onder de noemer 'doelgerichtheid actoren'. Wij zullen ons hier derhalve beperken tot de structurele integratie, welke op haar beurt weer gesplitst kan worden in horizontale en

verticale integratie.
Bij horizontale integratie kan vervolgens gedacht worden aan de mate van onderlinge samenwerking/coöperatie tussen bijvoorbeeld ministeries, tussen gemeenten of tussen instellingen en beroepsbeoefenaren in het veld. In de voorgaande paragraaf wezen wij reeds op de ambivalente houding van bijvoorbeeld de ziekenhuizen ten aanzien van de algemene samenwerkingsverbanden van het veld. Eerder in dit rapport noemden wij eveneens de dikwijls autonome opstelling van afzonderlijke gemeenten waardoor het moeilijk was intergemeentelijk te opereren. Dat tot slot ook de samenwerking tussen verschillende ministeries te wensen overliet en het verloop van het invoeringsproces bemoeilijkte, illustreerden wij elders[33] aan de hand van het voorbeeld van de bemoeienis van het departement van Binnenlandse Zaken met de gebiedsindeling. Ook oud-staatssecretaris Van der Reijden heeft hiervan treffende voorbeelden geschetst[34].
Hoogerwerf's opvatting[35] dat een gebrekkige horizontale coördinatie gevolgen heeft voor de verticale coördinatie kunnen wij op grond van de ervaringen met de WVG zonder meer onderschrijven. Als bijvoorbeeld harde afspraken tussen ministeries ontbreken kunnen, aldus Hoogerwerf, aan lagere overheden geen toezeggingen worden gedaan over zaken die (ook) op het terrein van een ander ministerie liggen.
Daardoor kunnen met andere woorden ook verticaal geen harde afspraken worden gemaakt. Dit is mogelijk een van de redenen waarom betrokkenen in de integrale invoeringsgebieden met staatssecretaris Van der Reijden wel overeenstemming konden bereiken over zaken als de gebiedsindeling, doch dat deze overeenstemming nooit formeel werd bekrachtigd in de vorm van een noodzakelijk uitvoeringsbesluit. Daarnaast konden overigens ook de lagere overheden (provincies en gemeenten) onderling moeilijk tot afspraken komen.

4.4. Slot

In dit hoofdstuk hebben wij via een analyse aan de hand van het model van Hoogerwerf de problematiek ten aanzien van de

integrale invoering WVG trachten te ontleden. De belangrijkste hieruit af te leiden 'leermomenten' hebben wij in bijlage 2 kort samengevat. Een aantal hieruit voortvloeiende aanbevelingen hebben we reeds eerder elders gepubliceerd[36]. De betreffende publicatie is eveneens als bijlage aan deze rapportage toegevoegd (bijlage 3).

Hoofdstuk 5: EVALUATIE VAN HET ONDERZOEK

5.1. Inleiding

Het is zinvol om bij de afsluiting van een onderzoek ook een evaluatie van dat onderzoek zelf uit te voeren. Een kritische reflectie met betrekking tot de verrichte onderzoeksactiviteiten kan leerzame resultaten opleveren voor onderzoekers en opdrachtgevers.

De literatuur over beleidsevaluatieonderzoek - het type onderzoek waar het hier om ging - bracht ons ertoe een drietal thema's nader uit te diepen, namelijk:

- kenmerken van beleidsevaluatieonderzoek
- functies van beleidsevaluatieonderzoek
- rol van de opdrachtgever en de relatie tussen opdrachtgever en onderzoekers

In de onderstaande paragrafen komen deze thema's achtereenvolgens aan de orde.

5.2. Kenmerken van beleidsevaluatieonderzoek

Bij beleidsevaluatieonderzoek gaat het om de beoordeling of waardering van een bepaald beleid, hetgeen inhoudt dat altijd sprake moet zijn van evaluatiecriteria. Voorts kent het beleidsevaluatieonderzoek in principe twee varianten, de effectevaluatie en de procesevaluatie[37]. Op grond van de thans voorhanden zijnde literatuur kan men concluderen dat het overgrote deel van het beleidsevaluatieonderzoek zich heeft gericht op de effecten van het overheidsbeleid[38]. Daarbij valt op dat de gehanteerde criteria meestal zijn ontleend aan de doelen van het beleid. Grünwald en Kraan[39] spreken in dat geval van effectiviteitsonderzoek c.q. de klassieke benaderingswijze: men vergelijkt de beleidsdoeleinden, zoals bijvoorbeeld opgetekend in officiële stukken met de feitelijke effecten voor zover beoogd.

Ook het evaluatieonderzoek WVG droeg de kenmerken van een effectiviteitsstudie, omdat bij de aanvang van het onderzoek de officiële beleidsdoelen samenhang, decentralisatie, democratisering, eenvoud en efficiëntie tot evaluatiecriteria

waren gekozen. Daardoor werden wij met problemen geconfronteerd die ook in de literatuur beschreven staan als inherent aan de effectiviteitsstudie.
Om te beginnen kregen wij te maken met, wat Herweyer[40] noemt, de dynamiek van doelstellend gedrag. Onze criteria bleken namelijk betrekking te hebben op zeer vage algemene beleidsdoelstellingen, waaraan de verschillende participanten uiteenlopende betekenissen toekenden. Bovendien bleken daarin ook nog veschuivingen door de tijd heen op te treden. Het operationaliseringsprobleem doemde daardoor levensgroot op. Toch slaagden wij er nog wel in tamelijk concrete indicatoren op te stellen[41]. Maar het ontwikkelen van maatstaven om te bepalen of een geïndiceerd verschijnsel nu veel of weinig voorkwam, resp. toe- of afnam leverde schier onoverkomelijke problemen op. Via intensieve discussies in het onderzoekteam werd wel geprobeerd dergelijke maatstaven vast te stellen, maar dit kon niet leiden tot uitbanning van het subjectieve element.

De gevolgen van het ontbreken van een causale theorie leverde eveneens een probleem op. Dit probleem valt te typeren als de zogenaamde netto-bruto-problematiek[42], ook wel het probleem van de causale toerekening genoemd[43]. Wat is het geval? Bij een effectiviteitsstudie moet de onderzoeker de gevolgen van de interventie sec, c.q. de netto-effecten onderscheiden van de gevolgen van de interventie in combinatie met andere factoren, c.q. de bruto-effecten. De onderzoeker is dus op zoek naar een causale relatie tussen beleid en de gevolgen van beleid. Causaliteit is echter een zeer moeilijk te onderzoeken verschijnsel. Bressers en Hoogerwerf[44] wijzen er op dat de wetenschapper zich op zijn minst moet baseren op een theorie, waarin bepaalde samenhangen worden voorspeld en causaal geïnterpreteerd, wanneer hij wil aantonen dat een geconstateerde samenhang tussen verschijnselen inderdaad een causale relatie is. Bij het ontbreken van zo'n theorie wordt het buitengewoon moeilijk de invloed van andere factoren dan het beleid op de waargenomen veranderingen op te sporen.

Omdat wij vooraf geen causale theorie hadden ontwikkeld, werden wij telkens geconfronteerd met de eerdervermelde bruto-netto-problematiek. Wij slaagden er uiteindelijk niet in de gevolgen van het invoeringsprogramma enerzijds en de gevolgen van andere factoren goed van elkaar te onderscheiden. Slechts de algemene, meer globale conclusie was mogelijk dat het falen van het experiment was te wijten aan een combinatie van nader benoemde externe en interne, dat wil zeggen experimentele, factoren.

Een derde kanttekening valt te maken bij de procesevaluatie die wij naast de effectiviteitsstudie hebben uitgevoerd. Wij gingen daarbij uit van de veronderstelling dat de kwaliteit van het uitvoeringsproces van invloed zou zijn op de effectiviteit van het beleid: hoe beter die kwaliteit zou zijn, des te meer de werkelijke effecten het beoogde resultaat zouden benaderen. Het is evenwel de vraag of de uit oogpunt van effectiviteit weinig succesvolle integrale invoering van de WVG wel geslaagd zou zijn als dit proces vlekkeloos zou zijn verlopen. Gebleken is immers dat niet alleen procesintrinsieke factoren, maar ook externe ontwikkelingen een belangrijke bijdrage hebben geleverd aan de door het rijk oorspronkelijk niet gewenste afloop van het experiment.

5.3. Functies van het evaluatieonderzoek

Wanneer een onderzoeker zich bezighoudt met de evaluatie van overheidsbeleid betreft zijn onderzoek per definitie een politiek gevoelig onderwerp. In geval van contractonderzoek heeft dit tot gevolg dat politieke argumenten en ontwikkelingen van invloed zijn op de onderzoekopdracht, de voortgang van het onderzoek en het gebruik en de bruikbaarheid van de onderzoekresultaten. Daarom is het van belang dat de onderzoeker zich de vraag stelt met welke bedoeling een onderzoekopdracht wordt verleend, met andere woorden welke functie het onderzoek in het beleidsproces zal krijgen. Men kan in dit verband onderscheid maken tussen **conceptuele functies**, **instrumentele functies** en **overredingsfuncties**[45]. Conceptuele

functies zijn gericht op vergroting van kennis en inzicht op het onderzochte beleidsterrein. Als zodanig sluiten zij uitstekend aan bij de bedoelingen van onderzoekers. Voorbeelden zijn de informatiefunctie en de evaluatiefuncie. Instrumentele functies duiden op de direct waarneembare relatie tussen de uitkomsten van een onderzoek en beleidsbeslissingen terzake. Deze functies hebben dus betrekking op het gebruik van beleidsonderzoek in het beleidscircuit. Overredingsfuncties zijn meer politiek van aard. Zij dienen de meer specifieke doelen en belangen van de bij het beleid betrokkenen. Bressers en Hoogerwerf[46] noemen in dit verband de ijskastfunctie (het willen uitstellen van een moeilijke beslissing), de alibifunctie (de verantwoordelijkheid voor een beslissing op anderen willen afschuiven) en de legitimatiefunctie (de intentie een beslissing beter verdedigbaar te maken).

Wij twijfelen er niet aan of de opdrachtgever en de betrokken partijen hebben wel degelijk de genoemde conceptuele functies aan het onderzoek toegekend. Het ging immers om een zeer gecompliceerde en omvangrijke operatie, waarvan veel te leren zou zijn. Informatie vanuit de regio's en evaluatie van het proces en de resultaten zouden dan ook zeer relevant zijn. Wij menen de werking van deze functies te hebben waargenomen in het frequente overleg tussen onderzoekers en ambtenaren van WVC. Wij zagen de kritische reflectie van de ambtenaren op de beleidsvoering groeien. Ook nam de ontvankelijkheid bij WVC voor de gedachtengang en argumentatie van de onderzoekers toe. Het behoeft welhaast geen betoog dat deze meer indirecte invloed van beleidsonderzoek van grote betekenis kan zijn voor de richting waarin het beleid wordt ontwikkeld.

De mate waarin de instrumentele functies een rol speelden is af te leiden uit de mate waarin het onderzoek en de resultaten ervan het beleid direct hebben beïnvloed. Een geheel afgerond beeld kunnen wij in deze niet geven, omdat het hier om zaken gaat die moeilijk zijn hard te maken en/of pas op langere termijn zichtbaar worden. In elk geval was in de

beginperiode nog weinig te merken van enige invloed van het onderzoek op het beleid. Geleidelijk aan kwam hierin verandering. Niet alleen werden conclusies uit de rapporten aangehaald tijdens de debatten in de Tweede Kamer, maar ook in ambtelijke brieven en notities vonden wij bepaalde aanbevelingen en ideeën uit de onderzoeksrapporten terug. Bij navraag bij de betrokken ambtenaren bleken onze rapporten inderdaad de bron hiervan te zijn geweest. Vermeldenswaard is ook dat de resultaten van de evaluatie als argument werden gebruikt in de derde "Dekkerbrief" aan de Tweede Kamer, waarin het kabinetsvoornemen om de WVG in te trekken is neergelegd.

Hier past enige relativering. Sociaal wetenschappelijk onderzoek is voor beleidsvoerders slechts een van de bronnen ter informatie op hun beleidsterrein en ter legitimatie van hun beleidsbeslissingen. Dergelijk onderzoek krijgt dan vooral betekenis als de resultaten ervan sporen met de informatie uit andere bronnen. Ook onze onderzoekresultaten moeten gezien worden als een deel van dat groter geheel van informatiebronnen, een deel dat inhoudelijk heel goed in dat geheel paste.

Behalve de tot dusver besproken functies vervulde het onderzoek ons inziens ook verschillende overredingsfuncties. Voor de opdrachtgever kan dit aanvankelijk de legitimatiefunctie zijn geweest. Het onderzoek kon immers gegevens opleveren met behulp waarvan de invoering van de WVG beter verdedigbaar gemaakt zou kunnen worden. We moeten namelijk niet vergeten dat de WVG en de daaraan verbonden integrale planningsconceptie en functionele decentalisatiegedachte nogal wat tegenstanders kende, zowel bij (een deel van) de uitvoerders als ten departemente.

Voor de betrokkenen in de proefgebieden zou wel eens de alibifunctie een rol gespeeld kunnen hebben. Mogelijk zou het onderzoek gegevens opleveren die de verantwoordelijkheid voor de gang van zaken in geval het mis zou gaan bij anderen zouden leggen. Wij moeten ook constateren dat de regio's voortdurend een beschuldigende vinger naar het rijk hebben

opgestoken om de weinig bevredigende gang van zaken te verklaren. Uit ons onderzoek blijkt dat dit in veel gevallen niet onterecht gebeurde, maar ook dat de betrokken partijen verzuimden de hand in eigen boezem te steken wanneer daartoe wel aanleiding bestond. Tenslotte menen wij dat de intenties van de opdrachtgever enige wijziging ondergingen in een later stadium van het proces. De twijfels aan de uitvoerbaarheid van de WVG waren alom, ook bij het rijk, dermate aan het toenemen dat er niet veel meer viel te legitimeren. Wel kon het onderzoek naar de integrale invoering een andere functie vervullen, namelijk ten behoeve van het uitstellen van de moeilijke beslissing omtrent de invoering van de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening (WGM). Zo zien wij in het regeeraccoord de passage verschijnen dat de voorbereiding van de WGM wordt stopgezet in afwachting van de evaluatie van de integrale invoering van de WVG in de proefgebieden. De legitimatiefunctie maakte plaats voor de ijskastfunctie.

Hoe zijn wij als onderzoekers nu omgegaan met de politieke functies die het onderzoek vervulde?

In de eerste plaats hebben wij vanaf de eerste rapportage niet geschroomd kritiek uit te oefenen op de WVG zelf. Onze kanttekeningen richtten zich bijvoorbeeld op de inconsistente doelstellingen van de wet, het integrale planningsconcept en het raamwetkarakter. Gaandeweg leek de opdrachtgever ook meer open te staan voor deze kritiek. Dit hield ons inziens verband met de eerdervermelde afnemende betekenis van de legitimatiefunctie en de grotere gevoeligheid van de ambtenaren voor de gedachtengang van de onderzoekers. Voor wat betreft de alibifunctie die is toe te schrijven aan de intenties van (delen van) het proefgebied, hebben wij steeds gestreefd naar een objectieve weergave van het verloop van het proces en de rol van alle participanten. Niet te ontkennen valt dat vanuit de regio wel eens druk op ons is uitgeoefend om de eigen rol mooier en die van anderen minder fraai voor te stellen dan in de concept-rapportage was beschreven. Wij hebben hieraan uiteraard geen gevolg gegeven. De gevolgen

daarvan hadden nadelig kunnen zijn voor het onderzoek, omdat wij voor de gegevensverzameling afhankelijk bleven van de betrokkenen in de proefregio. Er is dan ook het nodige overleg met de betrokkenen aan gewijd.

5.4. Rol van en relatie tot de opdrachtgever

De invloed van de opdrachtgever op een onderzoek kan op zeker drie momenten duidelijk naar voren komen, en wel bij de formulering van de probleemstelling, de keuze van de onderzoekopzet en de opstelling van de rapportage. Van belang is dus welke rol hij dan speelt. Dit zal mede afhangen van de relatie tussen onderzoekers en opdrachtgever. Wanneer deze relatie goed is zal dit het verloop van de het onderzoek en het gebruik van de onderzoekresultaten ten goede komen. Immers, de opdrachtgever heeft de onderzoekers heel wat te bieden, zoals Herweyer[47] stelt. Bressers en Hoogerwerf[48] geven hieraan een nadere invulling. In de eerste plaats heeft de onderzoeker de medewerking van de beleidsinstantie nodig om onderzoekgegevens te verzamelen en te verwerken. Ten tweede kunnen beleidsmensen met hun deskundigheid een goede bijdrage leveren aan opzet en uitvoering van het onderzoek. Ten derde zal een goed contact tussen onderzoeker en beleidsinstantie de kans doen toenemen dat de onderzoekresultaten in het beleidsproces ook gebruikt gaan worden. Bressers en Hoogerwerf wijzen in dit verband nog op de adviezen van Patton, dat de onderzoeker dient na te gaan wie bij de beleidsinstantie de belangrijkste informatiegebruikers en besluitvormers zijn en aan welke informatie deze strategisch belangrijke personen behoefte hebben.

Met betrekking tot het WVG-onderzoek valt over de rol van het ministerie van WVC als opdrachtgever en over de relatie tussen het ministerie en de onderzoekers het volgende te zeggen.

Om te beginnen was de opdrachtgever nadrukkelijk aanwezig bij de formulering van de onderzoekvraagstelling bij de start en de herformulering daarvan in de loop van het onderzoek.

Vooral bij de herformulering ging dit in goed overleg met de onderzoekers. Daarbij konden wij inderdaad profiteren van de kennis en deskundigheid van de beleidsmensen op het onderzochte beleidsterrein.
De bemoeienissen van de opdrachtgever met de onderzoekopzet bleken enkele minder gunstige gevolgen voor het onderzoek te hebben. De eis dat de drie instituten in korte tijd een gezamenlijke opzet dienden te maken heeft de start van het onderzoek vertraagd en de theorievorming toch wel belemmerd.
Voorts is het onderzoek enigszins gehinderd door het feit dat de opdrachtgever, voor zover het de eigen interne verhoudingen en processen betrof, geen object van onderzoek wilde zijn. Wij kregen daarom geen toegang tot interne departementale vergaderingen inzake de invoering van de WVG. Later bleek, onder meer uit het advies van Twijnstra en Gudde[49], dat faalfactoren ook in de interne departementale verhoudingen gezocht moesten worden.
Met betrekking tot de rol van de opdrachtgever bij de rapportage valt op te merken dat steeds weinig fundamentele kritiek werd uitgeoefend op de onderzoekrapporten; fundamenteel in die zin dat wij onze rapporten grondig zouden moeten bijstellen. Wij veronderstellen dat dit samenhing met de gevoeligheid van de opdrachtgever voor de argumentaties van de onderzoekers en met het feit dat de onderzoekresultaten convenieerden met informaties uit andere bronnen.
Op dit punt zijn we bij de relatie tussen onderzoekers en opdrachtgever beland. Deze relatie was bij de aanvang van het onderzoek minder goed dan in een later stadium. In het begin was er voornamelijk contact met ambtenaren die geen directe bemoeienis hadden met het invoeringsproces. De wat stroeve verhoudingen verbeterden toen het contact tot stand kwam met de ambtenaar die in deze de meest rechtstreekse verantwoordelijkheid had. Er ontstond een relatief frequent en intensief overleg, evenals meer wederzijds begrip waarbij de betrokken ambtenaren ook vaker te kennen gaven de onderzoekresultaten bruikbaar te achten. Uit eigen ervaring kunnen wij de adviezen van Patton dan ook onderschrijven.

5.5. Slot

Het onderzoek overziende menen wij te moeten stellen dat op het wetenschappelijk karakter en de methodologische merites van dit onderzoek wel wat valt af te dingen. Dit hangt nauw samen met het feit dat wij het onderzoek, in overleg met de opdrachtgever, het karakter hebben gegeven van een effectiviteitsstudie, terwijl het hiervoor vereiste wetenschappelijk instrumentarium om een dergelijk onderzoek verantwoord uit te voeren parallel aan andere onderzoekwerkzaamheden nog ontwikkeld moest worden. Ook voldeed het onderzoekobject zelf niet aan alle voorwaarden waaraan het zou moeten voldoen om een effectiviteitsstudie te kunnen realiseren[50].

Ten gevolge hiervan werden wij geconfronteerd met twee hoofdproblemen. In de eerste plaats kregen wij te maken met vage en multi-interpretabele beleidsdoeleinden, die moeilijk operationaliseerbaar en niet goed meetbaar bleken te zijn. In de tweede plaats stonden wij voor de opdracht een causale theorie te ontwerpen, hetgeen ons om verschillende redenen niet echt gelukt is. Het is ook de vraag of het onderzoekobject zich hiervoor leende. In het onderstaande komen wij hierop nog terug. Bovendien bleek ons onderzoekobject en daarmee ook ons onderzoek zeer afhankelijk te zijn van politieke en maatschappelijke ontwikkelingen. Het is dan wel zeer moeilijk op wetenschappelijk verantwoorde wijze onderzoek te doen, althans wanneer men wil blijven uitgaan van het analytisch-rationele beleidsmodel. In de literatuur[51] wordt al langere tijd gediscussieerd over de vraag of het zinvol is dit model als uitgangspunt voor beleidsonderzoek te nemen, omdat het zo slecht aansluit bij de werkelijkheid. Hoewel wij dit een zeer relevante discussie achten zullen wij hierop in het kader van dit rapport niet ingaan.

Welke lessen kan men nu trekken uit de ervaringen die met het WVG-beleidsevaluatieonderzoek zijn opgedaan?

Op de allereerste plaats menen wij te moeten opmerken dat onze ervaringen aansluiten bij de ervaring van andere onder-

zoekers dat de klassieke effectiviteitsstudie voor veel beleidssituaties niet adequaat is[52]. Dit komt omdat deze benadering te weinig rekening houdt met het karakter van beleid in pluriforme en complexe maatschappelijke stelsels, waarin de causale relaties tussen de talloze verschijnselen en factoren niet eenduidig vastliggen. Het is dan ook niet zo verwonderlijk dat wetenschappers thans op zoek zijn naar andere evaluatievormen, zoals effectenonderzoek, doeleinden-evaluatie, inspanningsevaluatie en dergelijke meer. Men komt dan op heel andere evaluatiecriteria dan die welke ontleend zijn aan de dikwijls algemene en vage doeleinden van het te evalueren beleid. Men denke hier bijvoorbeeld aan criteria zoals de mate waarin effecten van beleid tegemoet komen aan maatschappelijke behoeften, de mate van output en de mate waarin de beleidsdoeleinden consistent zijn met hogere doelen. Wij veronderstellen dat resultaten van dergelijk beleidsonderzoek niet alleen voor de evaluatieonderzoeker, maar ook voor de beleidsinstantie interessant zouden kunnen zijn. De beleidsevaluatieonderzoeker zou zich dit bij het overleg met de beleidsinstantie over de onderzoekopdracht eens moeten realiseren. Mogelijk valt de opdrachtgever dan te overtuigen van het standpunt dat hij zelf wel eens meer baat kan hebben bij een ander soort evaluatieonderzoek dan bij een effectiviteitsstudie volgens het klassieke model.

Naast deze meer principiële overweging zijn ook nog enkele praktische aanbevelingen te doen.

In het geval van het WVG-onderzoek moest door beleidsonderzoekers van verschillende "komaf" (NIPG, KHT, RL) een gezamenlijke onderzoekopdracht worden uitgewerkt. Een dergelijke gezamenlijke aanpak kan grote voordelen bieden. Het bekijken van eenzelfde vraagstelling vanuit meerdere invalshoeken zal meer inzicht bieden in de complexe werkelijkheid en leiden tot een veelzijdiger onderzoeksontwerp dat die werkelijkheid ook meer recht doet. De ontwikkeling van zo'n onderzoeksontwerp is evenwel geen sinecure en zal slechts onder bepaalde condities in een aanvaardbaar resultaat uitmonden. Zo dienen de onderzoekers te beschikken over een ruime voorbereidings-

tijd, maar niet over een onbeperkte mate van vrijblijvendheid. Een van hen dient erkend te zijn als degene die de voortgang van het onderzoek bewaakt en beslissingen neemt over de te volgen conceptuele koers wanneer de onderzoekers er niet uit komen. De onderzoekers behoeven overigens niet in alle opzichten gelijkgericht bezig te zijn, integendeel zelfs, maar zij dienen wel consensus te bereiken over de betekenis van de gehanteerde begrippen, zodat eenieder ook over hetzelfde praat.

Een ander punt is dat de evaluatieonderzoeker, die worstelt met het operationaliseringsprobleem en het opstellen van maatstaven om geïndiceerde verschijnselen te meten, eens wat vaker mag bedenken dat al veel evaluatieonderzoek is verricht dat mogelijk ook voor hem bruikbare operationaliseringen en maatstaven heeft opgeleverd.

Waar het de uitvoering van het onderzoek betreft menen wij dat de evaluatieonderzoeker dient na te gaan wie bij de beleidsinstantie de belangrijkste informatiegebruikers en besluitvormers zijn. Het is zaak dat hij met deze personen het overleg over zijn onderzoek voert.

Tenslotte achten wij het van belang dat de beleidsevaluatieonderzoeker zich realiseert dat zijn onderzoek per definitie een politiek gevoelige materie betreft. Dit houdt onder meer in dat hij zeer afhankelijk is van politieke en maatschappelijke veranderingen. Ook doet hij er goed aan te proberen de intenties van de opdrachtgever en andere betrokken beleidsinstanties te doorgronden. Dit kan teleurstellingen voorkomen over het verloop van zijn onderzoek en het gebruik dat van de onderzoekresultaten wordt gemaakt. Ten aanzien van dit gebruik dient de onderzoeker geen overspannen verwachtingen te koesteren. Zijn werkzaamheden, resultaten en aanbevelingen zullen doorgaans niet onmiddellijk en letterlijk in het beleid zijn terug te vinden. Het is een wijdverbreid misverstand dat dit zo zou behoren te zijn, hetgeen ons inziens heeft geleid tot de even wijdverbreide misvatting dat sociaal-wetenschappelijk onderzoek van geen enkele betekenis voor het beleid zou zijn. Echter, omdat de invloed van dit soort

onderzoek meestal niet rechtstreeks en op korte termijn aantoonbaar is, wil dit nog niet zeggen dat die invloed ook niet bestaat. Er is wel degelijk sprake van invloed van sociale- en beleidswetenschappers op het beleid, al was het alleen maar via hun participatie in het overleg met talloze beleidsvoerende en adviserende instanties. Wij menen overigens dat die invloed verder gaat dan dat. Resultaten van onderzoek worden in de beleidspraktijk herhaaldelijk meegenomen in de overwegingen die tot beslissingen leiden, al is dit soms pas na jaren het geval. De beleidsonderzoeker moet evenwel niet de verwachting koesteren dat zijn onderzoek de enige basis is waarop beleidsbeslissingen zijn gestoeld. Zijn werkzaamheden, conclusies en aanbevelingen vormen altijd een onderdeel van een heel scala van informatiebronnen en politieke afwegingen die bij het nemen van beleidsbeslissingen een rol spelen. Wanneer de onderzoeker zich dat realiseert krijgt hij een veel reëler beeld van de betekenis van zijn onderzoek voor de beleidspraktijk.

Bijlage 1: Noten

1. W.J.M. Kickert, 'Overheidsplanning - Theorieën, technieken en beperkingen', Assen/Maastricht 1986.

2. J. van Londen, Lezing tijdens de Studiedag van het Regionaal Overleg Gezondheidszorg te Beverwijk, dd. 26 juni 1987.

3. Brief dd. 12 november 1987.

4. "Verandering verzekerd", p.43.

5. Zie: P. Stevens, 'Vijf jaren integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg', in: Medisch Contact nr.46 - 13 november 1987.

6. Deze zijn bekend onder de naam "Vinkeveen II" (8 juli 1987) en "Vinkeveen III" (25 januari 1988)

7. Brief aan de provincie- en gemeentebesturen betrokken bij de integrale invoering WVG, dd. 9 februari 1988, betreffende openbaar gezondheidsbeleid.

8. Zie voor een uitgebreid verslag het rapport 'Gemeenten: gezondheid en gezondheidszorg' (november 1987).

9. Zie: P.J.M. Fiselier en H.W.M. Linders, 'Gemeentelijk gezondheids(zorg)beleid in de integrale invoeringsgebieden WVG - een verslag uit Noord-Limburg', in: Medisch Contact nr. 46, 13 november 1987.

10. Met ingang van 1 maart 1988 zijn het Stadsgewest Roermond en het Streekgewest Weert samengevoegd tot één Gewest Midden-Limburg.

11. Inmiddels is de beoogde startdatum weer verschoven naar 1 januari 1989.

12. A.F.A. Korsten, 'De uitvoering van beleidsbeëindiging', in: Bestuurswetenschappen, 1983, p.5.

13. Zie: P. Glasbergen, 'Visies op beleid', 1984, p.33/34.

14. Zie A.F.A. Korsten (red.), Module 'Succes en falen bij deregulering', Nijmegen 1984.

15. Zie noot 7.

16. Brief van de staatssecretaris aan betrokkenen dd.19 maart 1987.

17. Zie: A.W.M. Bijloos, 'Arob-jurisprudentie over de Vestigingsregeling huisartsen', in: Gemeentestem, 13 november 1987.

18. P. Vanderheyden, 'Gevraagd: huisarts (V/V) - Over de beleidsruimte van de gemeente in het vestigingsbeleid voor huisartsen', in: Medisch Contact, nr.7 - 19 februari 1988.

19. Zie: evaluatierapport deel 4, p.70/71.

20. J. de Groot, G. Jongerius-de Gier, I. Mur-Veeman en M. Schuurman, 'De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de regio - Verloop en opbrengst van de integrale invoering in de proefgebieden', in: Medisch Contact, 1988/9.

21. A. Hoogerwerf, 'Succes en falen van overheidbeleid in Nederland', in: A. Hoogerwerf (red.), Succes en falen van overheidsbeleid, 1983.

22. Zie M. Honigh, 'Doeltreffend beleid', 1985.

23. Zie o.a. M. Herweyer, 'De dynamiek van doelstellend gedrag: een struikelblok voor evaluatieonderzoek', in: P.B. Lehning en J.B.D. Simonis, Handboek beleidswetenschap, 1987.

24. Zie noot 5.

25. A. Hoogerwerf, 'Beleid berust op veronderstellingen: De beleidstheorie', in: Acta Politica, 1984.

26. C.A. Grünwald, 'Beheersing van de gezondheidszorg', 1987.

27. C.B.F. Kuijpers en P. Glasbergen, 'Het instrumentariumvraagstuk in het milieubeleid - Aanzet tot een bestuurswetenschappelijke benadering', in: Bestuurswetenschappen 1987/1 .

28. Zie noot 27.

29. Ph.A. Idenburg, 'Informatie-overlast', rede ter afsluiting van een gasthoogleraarschap aan de KHT, 1985.

30. Twijnstra Gudde nv., 'Project-audit integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg', 1987.

31. Zie J.de Groot, G. Jongerius-de Gier, I. Mur-Veeman en M. Schuurman, 'De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de regio: enige verklaringen voor verloop en opbrengst van de integrale invoering in de proefgebieden', in: Medisch Contact, 1988/10.

32. Zie noot 19.

33. Zie noot 28.

34. J.P. van der Reijden, 'Onze kostelijke gezondheid', Amsterdam 1987.

35. Zie noot 19.

36. Zie onder andere noot 28.

37. Procesevaluatie richt zich op de beoordeling van de tot standkoming en/of de uitvoering van een beleid. Bij effectevaluatie gaat het om de beoordeling van de resulta ten van een beleid.
Bij het procesonderzoek kan het onderzoekfocus zich op diverse aspecten richten, zoals de beleidsinhoud, de procedures ten behoeve van de tot standkoming, vaststel ling, implementatie en uitvoering van een beleid. Ook het effectonderzoek kent diverse varianten. Deze worden in de hoofdtekst nader belicht.

38. Maarse, J.A.M., "Analyse en evaluatie van beleidsprocessen", in: H.J. Blommestein e.a. (red.), Handboek Beleidsevaluatie. Alphen aan de Rijn, 1984.

39. Grünwald-Schindl, C.A. en A. Kraan-Jetten, "Evaluatie van en voor overheidsbeleid: Een overzicht van vormen en benaderingen", in: Beleid en Maatschappij, 1985/5.

40. Herweyer, M, "Evaluaties van beleidsevaluatie en de arbeidsongeschiktheidsverzekering", Deventer, 1985.

41. Deze indicatoren zijn beschreven in ons rapport "Evaluatie van de integrale invoering van de WVG in Limburg", deel 2.

42. Zie: Grünwald-Schindl C.A. en A. Kraan-Jetten, op. cit. (noot 37).

43. Zie bijvoorbeeld Maarse, J.A.M., op.cit. (noot 36).

44. Bressers, J.Th.A. en A. Hoogerwerf, "Inleiding tot de beleidsevaluatie", in: H.J. Blommestein e.a. (red.), Handboek Beleidsevaluatie. Alphen aan de Rijn, 1984.

45. Tijssen, I.M.G., "Kwaliteit noodt tot meer gebruik", Nijmegen 1988 (diss.).

46. Bressers J.T. en A. Hoogerwerf, "Evaluatie van de beleidsevaluatie", in: H.J. Blommestein e.a. (red.), Handboek beleidsevaluatie, Alphen aan de Rijn, 1984.

47. Herweyer, M., op. cit. (noot 38).

48. Bressers J.T. en A. Hoogerwerf, op. cit. (noot 44).

49. Raadgevend bureau Twijnstra en Gudde, "De nieuwe kleren van de keizer", Deventer, 1987.

50. In 't Veld-Langeveld en Hoogerwerf stellen in dit verband dat een dergelijke effectiviteitsstudie nog wel realiseerbaar kan zijn als:
- het een korte-termijn-programma betreft: er is dan weinig kans op veranderingen van het veld tijdens het beleidsproces,
- het doel nauw omschreven is,
- het doel operationaliseerbaar is in "harde" indicatoren: de doelvariabele is gemakkelijk vast te stellen,
- de doelpopulatie homogeen is: dit beperkt het aantal veldvariabelen,
- het veld waarin het beleid opereert ruimtelijk en sociaal duidelijk afgebakend is: ook dit beperkt de veldvariabelen.

51. Deze discussie vindt men onder andere bij I.Th. Snellen in zijn artikel "Beleidsontwerpen tussen bureaucratisch ambacht en politiek bedrijf", in: Bestuurswetenschappen, 38 (1984) 6 en in het eerder geciteerde artikel van Grünwald en Kraan (noot 37).

52. Grünwald-Schindl C.A. en A. Kraan-Jetten, op.cit. (noot 37).

Bijlage 2: Leerpunten

Uit de analyse van de integrale invoering WVG aan de hand van het model van Hoogerwerf blijkt dat beleid méér kans heeft om te slagen (= effectief te zijn) naarmate:

- doeleinden helder geformuleerd en gerangschikt zijn, en niet onderling tegenstrijdig. Practisch gezien betekent dit dat niet teveel doelen tegelijkertijd nagestreefd dienen te worden.
- eigenschappen van de middelen/het instrumentarium passen bij de gekozen doeleinden. Integrale planning over meerdere bestuurslagen is moeilijk te verenigen met doelstellingen als eenvoud en efficiëncy.
- het beleid gebaseerd is op juiste veronderstellingen omtrent de causale relaties op het betreffende beleidsterrein. Anders gesteld: kàn het betreffende beleid als zodanig, dus los gezien van eventuele uitvoeringsproblemen, bijdragen tot doelbereiking? Richt het beleid zich op die factoren die daadwerkelijk het aan te pakken probleem teweeg brengen?
- het beleid de in het voorgaande genoemde factoren ook feitelijk - en àllemaal - kan manipuleren.
- het beleid c.q. de beleidvoerder meer in staat is doelconform gedrag bij uitvoerders en/of doelgroep te bevorderen. In hoeverre beschikt men in dit verband over sanctiemogelijkheden?
- minder actoren bij het uitvoeringsproces betrokken zijn, waardoor de kans op conflicten (o.a. over doeleinden) vermindert, terwijl samenwerking, afstemming en coördinatie daarentegen soepeler en sneller tot stand gebracht kunnen worden.
- de mate van verandering die het beleid beoogt aan te brengen in de status quo minder is. Hoe groter de nagestreefde veranderingen, des te groter ook de kansen op weerstand.
- informatie voor de betrokken actoren zowel qua inhoud als

qua status duidelijker, overzichtelijker is, en beter te plaatsen in bestaande 'denkkaders'.

Bijlage 3

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de regio

Verloop en opbrengst van de integrale invoering in de proefgebieden

Drs. J. de Groot,
Drs. G. Jongerius-de Gier,
Dr. I. Mur-Veeman en
Dr. M. Schuurman*

Een meer vanuit de optiek van de regio geschreven aanvulling op 'Vijf jaren integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg' (MC nr. 46/1987) van ambtenaar-invoeringscoördinator Dr. P. Stevens. Deze bijdrage is gebaseerd op de evaluatierapporten inzake de proefgebieden voor de integrale invoering van de WVG, vervaardigd op de Rijksuniversiteit Limburg, het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg en (toen nog) de Katholieke Hogeschool Tilburg.

In het afgelopen jaar is de proef met de integrale invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG), waarmee eind 1982 was begonnen, geleidelijk aan tot stilstand gekomen. Deze proef vond plaats in drie gebieden, te weten Eindhoven/Kempenland, Kennemerland en Limburg. Recentelijk heeft Stevens deze integrale invoering besproken vanuit de optiek van het departement van WVC[1]. Een beschrijving vanuit de optiek van de regio zal onderwerp zijn van deze beschouwing. De uitgebreidheid van het onderwerp maakt een tweedeling noodzakelijk. In dit artikel staat een drietal vragen centraal:

1. Hoe was de uitgangssituatie in de integrale invoeringsgebieden?
2. Hoe verliep het invoeringsproces in deze gebieden?
3. Wat was de opbrengst van de invoering in termen van het bereiken van de WVG-doelen?

Deze vragen zullen in de drie volgende paragrafen aan de orde komen. In een volgend artikel zullen we aandacht besteden aan mogelijke verklaringen voor verloop en opbrengst en de lessen die daaruit kunnen worden getrokken.

UITGANGSSITUATIE

Doel van de eerste fase van de invoering van de WVG was vooral het tot stand brengen van een nieuw 'besturingssysteem'. Het gewijzigde besturingssysteem zou vervolgens de beoogde veranderingen in de zorg dienen te bewerkstelligen. Onder 'besturingssysteem' verstaan we in dit verband de structuur waarin betrokkenen trachten invloed uit te oefenen op zowel de beleidsvorming als de beleidsuitvoering met betrekking tot het stelsel van gezondheidsvoorzieningen[2].

Om later te kunnen beoordelen in hoeverre er daadwerkelijk sprake was van veranderingen in de richting van een nieuw besturingssysteem was het zaak vooraf de bestaande uitgangssituatie te beschrijven. Deze uitgangssituatie zou bovendien te zijner tijd een verklaring kunnen geven voor eventuele knelpunten tijdens de invoering van de wet, alsmede voor mogelijke verschillen tussen de drie invoeringsgebieden.

De situatie in de regio's was een belangrijk motief geweest voor de keuze van deze gebieden. Immers, de 'Nota Bouwstenen'[3], die aan de invoering van de WVG ten grondslag lag, sprak van regio's waar reeds het nodige voorwerk was verricht. Het ging daarbij met name om de proefregio's volksgezondheid (vanwege hun ervaring met de regionalisatie) en de ontwikkelingsprojecten Kaderwet Specifiek Welzijn (vanwege hun ervaring met de welzijnsplanning). Tevens zou er bij de keuze op zijn gelet dat álle betrokkenen met de integrale invoering zouden instemmen.

Op basis van de voorgaande redenering zou men dus mogen verwachten dat Eindhoven/Kempenland, Kennemerland en Limburg aan deze voorwaarden voldeden. Bij de eerder genoemde beschrijving van de uitgangssituatie door de evaluatieonderzoekers bleek deze veronderstelling slechts ten dele waar te zijn.

Het meest in strijd met de gewenste en verwachte situatie bleek de realiteit in Eindhoven/Kempenland[4]. De invoering van een nieuw besturingssysteem werd daar nogal belemmerd door een aantal 'erfstukken' uit het verleden, zoals de ingewikkelde en veelal stroeve bestuurlijke verhoudingen en de ambities van de gemeente Eindhoven. Het gebied was inderdaad 'proefregio volksgezondheid' geweest, maar de ervaringen daarmee hadden volgens een aantal betrokkenen nu juist geleerd dat regionale samenwerking een buitengewoon moeizaam proces is, dat voortdurend wordt doorkruist door belangentegenstellingen en machtsstrategieën. Dit had dan ook een reden kunnen zijn om deze regio juist niet als integraal invoeringsgebied te kiezen: Van provinciale zijde bestond er dan ook – vooral op ambtelijk niveau – aanzienlijke aarzeling ten aanzien van de keuze. Ook het veld toonde een grote mate van scepsis. Van een enthousiaste en onvoorwaardelijke instemming van álle betrokkenen was dus geen sprake. Bovendien hadden de meeste betrokkenen op het moment van instemming slechts een beperkt inzicht in de WVG en de implicaties daarvan. Deze laatste opmerking gold overigens voor alle invoeringsgebieden.

Een andere situatie deed zich voor in oostelijk Zuid-Limburg, een proefgebied in het kader van het bestuurlijk experiment Kaderwet Specifiek Welzijn. Tegelijk met de invulling van de samenwerking tussen de gemeenten speelde daar de bestuurlijke herindeling. De gemeenten werden groter en raakten daardoor zeer gesteld op hun autonomie. Dit bemoeilijkte het overdragen van bevoegdheden aan een samenwerkingsverband in het kader van de WVG. Bovendien zou de taakverdeling ex WVG de op grond van de Kaderwet Specifiek Welzijn reeds gerealiseerde decentralisatie in deze re-

* De drie eerste auteurs zijn werkzaam bij de vakgroep Beleidswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg: Drs. J. de Groot en Drs. G. Jongerius-de Gier als toegevoegd onderzoeker, Dr. I. Mur-Veeman als universitair hoofddocent. Dr. M. Schuurman is wetenschappelijk medewerker bij de sector Gezondheidszorg en Epidemiologie van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg te Leiden.

gio niet moeten doorkruisen. Sommige gemeenten vreesden evenwel dat uniformiteit in de gemeentelijke taken inzake de WVG-planning voor hen een stap terug zou betekenen.
De twee zojuist besproken voorbeelden tonen aan dat de werkelijke uitgangssituatie niet overal voldeed aan de gestelde verwachtingen. Overigens waren er ook gebieden waar de uitgangssituatie wél als gunstig werd ervaren. Een duidelijk voorbeeld hiervan is de regio Kennemerland, die geheel aan de gestelde criteria voldeed. Dit is overigens tevens de regio die op het ogenblik als het meest succesvol wordt beschouwd.

INVOERINGSPROCES

In de loop van de jaren is het procesverloop in de integrale invoeringsgebieden uitvoerig beschreven in een aantal rapporten[5]. In het kader van dit artikel beperken wij de beschrijving van het procesverloop tot de factoren die naar onze mening het belangrijkst en invloedrijkst waren voor de loop der gebeurtenissen. Dit waren met zoveel woorden: het beleidsnetwerk dat de integrale invoering tot stand moest brengen, de projectbeheersing en de omgevingsfactoren.

Beleidsnetwerk

In de integrale invoeringsgebieden was sprake van een aantal partijen: provincie, (samenwerkende) gemeenten, veld, verzekeraars en gebruikersorganisaties. Deze partijen vormden, gezien hun op wederzijdse afhankelijkheid gebaseerde betrekkingen, een netwerk: het WVG-beleidsnetwerk[6]. Vrijwel alle partijen ervoeren het proces van de voorbereiding van het invoeren van de WVG als ongeordend of zelfs chaotisch. De veelheid van instrumenten, procedures, participanten en overlegsituaties vroeg om talloze afstemmingsmomenten. Het netwerk probeerde het proces in goede banen te leiden met verdere afspraken, nadere regelingen en meer verfijnde procedures. Zo ontstond een toenemende *bureaucratisering en specialisering,* waardoor het proces steeds ontoegankelijker werd. Voortdurende veranderingen van voorstellen, modellen en begrippen, alsook het telkens vooruitschuiven van de datum waarop de feitelijke invoering van de WVG zou plaatsvinden, versterkten dit proces. Daarbij was er niemand die het geheel leiding gaf c.q. kon geven.
Naast deze algemene lijn zijn er meer specifieke lijnen in het procesverloop:

- In sommige invoeringsgebieden (delen van Limburg bijvoorbeeld) is het draagvlak van de WVG-invoering in de loop der jaren versmald. Men beschouwde de invoering daar niet (meer) als een gezamenlijk project van de verschillende partijen. Er is teleurstelling ontstaan over de resultaten in de proefregio's, een teleurstelling die onder andere voortkwam uit het feit dat er te veel tijd is besteed aan bestuurlijke en procedurele zaken en te weinig tijd aan zorginhoudelijke aspecten; uit de voortdurende onduidelijkheid (vooral van de kant van de rijksoverheid); uit de traagheid van de invoering; uit het alsmaar achterwege blijven van bevoegdheden voor de invoeringsgebieden; en, waar het veld en verzekeraars in sommige gebieden betreft, uit te weinig betrokkenheid bij voorbereidende activiteiten.

- De omgang tussen de partijen was in Kennemerland doorgaans goed; alle partijen voelden zich steeds verantwoordelijk voor het verloop van het invoeringsproject. In Eindhoven/Kempenland en Limburg is de omgang van partijen met elkaar nogal gedomineerd door onderling wantrouwen, zowel tussen overheden onderling als tussen overheden en veld. Er was sprake van een dominantie van deelbelangen. Hierdoor gingen partijen tijdens het proces veel tijd en energie steken in allerlei machtsstrategieën. Als gevolg daarvan werden zorginhoudelijke doelen nog meer uit het oog verloren.

- Vanaf medio 1986 was er in de invoeringsgebieden sprake van een afname van werkzaamheden, hier en daar zelfs van stilstand. In Limburg besloten de gemeenten in één van de vijf regio's hun medewerking aan het project te staken. In andere regio's waren verzekeraars en ziekenhuizen hun hierin al voorgegaan. In Eindhoven/Kempenland werd de vorming van het samenwerkingsorgaan van de gemeenten juist nu formeel afgerond; tevens werd door de partijen overleg gestart in het kader van de planning voor de psychiatrie. In Kennemerland werd voortgegaan met reeds aangevangen werkzaamheden.

Projectbeheersing

De beheersmatige activiteiten van het invoeringsproject betreffen die activiteiten die zijn gericht op het doelmatig en doelgericht beheersen en sturen van alle inhoudelijke activiteiten. De projectbeheersing van de integrale invoering is onderzocht[7], waarbij onderscheid is gemaakt tussen de categorieën tijd, geld, kwaliteit, informatie en organisatie.

Naast elkaar bestonden een formeel *tijdpad* (de volgorde van activiteiten zoals neergelegd in documenten en afspraken) en een informeel (de door betrokkenen in de regio's feitelijk gehanteerde volgorde) tijdpad. Het formele tijdpad bijvoorbeeld stelde als eerste datum voor gedecentraliseerde planningsactiviteiten januari 1984. Daarna werd dit (formele) tijdstip steeds weer verschoven; eind 1987 was de planning ex WVG nog niet tot stand gekomen. De verschillende en voortdurend veranderende tijdpaden leidden tot onduidelijkheid, hetgeen in feite iedereen de mogelijkheid gaf een tijdpad te kiezen dat hem of haar het meest juiste leek.

De *geldstromen* naar de regio's in het kader van de zogeheten plankostenvergoeding vonden plaats volgens een verdeelsleutel. In totaal ontvingen de invoeringsgebieden meer dan *f* 7,5 miljoen per jaar. Hiervan ging respectievelijk *f* 1,— en *f* 3,— per inwoner naar provincie en gemeenten. Aan deze vergoeding werden geen voorwaarden verbonden. Of en in hoeverre WVG-gelden ook werkelijk aan de WVG werden besteed is niet exact na te gaan; de indruk bestaat dat dit niet altijd gebeurde.

Kwaliteitsnormen (normen die vooraf aangeven waaraan resultaten van activiteiten dienen te voldoen) zijn nooit vastgesteld. Ook door het 'zwalkend' beleid van WVC was het voor betrokkenen vooraf niet duidelijk aan welke inhoudelijke eisen hun activiteiten en maatregelen moesten voldoen.

Over het algemeen konden de invoeringsgebieden over alle benodigde *informatie* beschikken. Veel informatie bleek echter te complex en te uitgebreid om efficiënt te kunnen worden verwerkt. Ook de status (voorstel, concept, besluit) van beleidsstukken was niet altijd even duidelijk.

Tot slot bleef ook de positie van het ministerie van WVC, met name van de stafafdeling Beleidsontwikkeling (Stabo), in de *projectorganisatie* onduidelijk. Het betrof hier enerzijds de vraag in hoeverre Stabo opdrachtgever dan wel dienstverlener was, anderzijds de wijze waarop deze afdeling bij het oplossen van problemen op regionaal niveau was

betrokken. Op dit laatste aspect zullen we nog terugkomen.

Omgevingsfactoren

Op het procesverloop in de integrale invoeringsgebieden waren tevens externe factoren van invloed. De belangrijkste factoren betroffen de onduidelijke opstelling van de rijksoverheid en bepaalde maatschappelijke en politieke ontwikkelingen.
Op het niveau van het *Rijk* vormde de situatie binnen het ministerie van WVC een belangrijke factor. De invoering van de WVG was, ondanks het feit dat deze wet Kamerbreed was aangenomen, onderwerp van een belangenstrijd binnen het departement: aan de ene kant de stafafdeling Beleidsontwikkeling, die zorg diende te dragen voor het bestuurlijk deel van de invoering, aan de andere kant de beleidsdirecties die signaleerden dat Stabo zich daarbij ook op hun (inhoudelijk) terrein begaf. Mede hierdoor is in het algemeen met betrekking tot de WVG-invoering een beleid gevoerd met een sterk ad hoc-karakter. Dit bood, zoals we al hebben aangegeven bij de bespreking van de projectorganisatie, de invoeringsgebieden weinig houvast. Onduidelijkheden bleven bestaan ten aanzien van tal van maatregelen en instrumenten; onduidelijk was zelfs wélke maatregelen überhaupt vereist waren om concreet met de planning te beginnen. Aanvankelijk dacht men hierbij slechts aan bestuursorganisatorische maatregelen en richtlijnen en kwaliteitseisen. Later werden weer nieuwe maatregelen geïntroduceerd, die noodzakelijk zouden zijn voor de planning. Een aantal daarvan, bijvoorbeeld de prijsopgave, verdween ook weer. Eind 1987 was er nog steeds geen overeenstemming over de vraag welke maatregelen tot stand moesten zijn gebracht. Onduidelijkheid bestond er verder ook met betrekking tot de wettelijke status van de integrale invoeringsprojecten. Problemen deden zich in dit verband voor rond de Algemene Maatregel van Bestuur ex artikel 41 en rond het verschijnen van de ontwerp-Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (WGM).

In de *maatschappelijke* en *politieke* context was een belangrijke ontwikkeling vooral de toenemende aandacht voor de mogelijkheden van een meer marktgerichte gezondheidszorg om aan problemen van samenhang en kostenbeheersing het hoofd te bieden. Het advies van de commissie-Dekker vormde een weerslag van deze ontwikkeling. Het voorstel de WVG in te trekken en de daaropvolgende discussie over een nieuw (regionaal) gezondheidszorgmodel waren de aanleiding tot een vrijwel volledige stilstand van het invoeringsproces. De toekomst van de integrale invoeringsprojecten is van de uitkomst van deze discussie afhankelijk gemaakt.

Het voorafgaande samenvattend komen we tot de conclusie dat het proces van integrale invoering tot dusver zeer *moeizaam* is verlopen. Tal van onduidelijkheden leidden tot een ongeordend proces, dat steeds ontoegankelijker werd. In de eerste plaats werd het beleidsnetwerk dat de invoering tot stand moest brengen niet geleid door de gedachte aan collectieve doelstellingen waaraan in onderling vertrouwen gezamenlijk werd gewerkt. Dit leidde de aandacht en energie af van het bereiken van inhoudelijke doelstellingen. Energie werd eerder gestoken in het bestuurlijk proces zelf, hetgeen uitmondde in allerlei machtsstrategieën. Aangetekend zij dat deze situatie vooral tekenend was voor Eindhoven/Kempenland en Limburg. Ten tweede liet ook de projectbeheersing te wensen over. Tenslotte bleek in de loop van het proces dat de invoeringsprojecten sterk afhankelijk waren van externe ontwikkelingen.

OPBRENGST

Het is steeds de bedoeling geweest de resultaten van de integrale invoering te bekijken in het licht van de twee categorieën doelstellingen van de WVG: de bestuurlijke en de zorginhoudelijke. Laatstgenoemde doelstellingen zijn gericht op het tot stand brengen van een doelmatig en samenhangend geheel van voorzieningen per regio, afgestemd op de behoeften van de bevolking. Bij de eerstgenoemde doelstellingen gaat het erom meer decentralisatie, democratisering, samenhang en eenvoud aan te brengen in het systeem dat de zorg moet gaan besturen. De evaluatie in het licht van de zorginhoudelijke doelstellingen heeft nog niet kunnen plaatsvinden, omdat de wet slechts op enkele onderdelen in uitvoering is genomen. De vijf achterliggende jaren zijn grotendeels besteed aan het in de regio's aanbrengen van veranderingen in het bestuurlijk systeem. Dit werk was nog niet afgerond toen het invoeringsproces nagenoeg stil kwam te liggen. Niettemin stelden wij ons de vraag: wat is er in bestuurlijk opzicht nu bereikt?

Bestuurlijke doelstellingen

Van belang voor de integrale invoering waren in de eerste plaats de zogenaamde *bestuursorganisatorische maatregelen*, zoals genoemd in de 'Nota Bouwstenen' van het departement[3]. Deze betroffen de gebiedsindeling, de taakverdeling en samenwerking tussen de overheden, de advies- en overlegstructuur en de informatievoorziening. Voor al deze maatregelen werden afspraken gemaakt in de drie proefgebieden. Al deze afspraken zijn echter nooit met een afrondend besluit bekrachtigd.
Een analyse van de per regio overeengekomen afspraken leert dat er in het bijzonder ten aanzien van de taakverdeling en advies- en overlegstructuren nogal wat regionale verschillen bestaan. Zo toont de in een afsprakenlijst van eind 1985 opgenomen taakverdeling met betrekking tot de gemeenten in Eindhoven/Kempenland dat deze gemeenten, in tegenstelling tot de gemeenten in de andere regio's, al meteen een gedeelte van de langer durende zorg zouden mogen gaan plannen. Hetzelfde zou gelden voor de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en een aantal zogenoemde steunfuncties. Ook ten aanzien van de advies- en overlegstructuur werden voor de verschillende invoeringsgebieden verschillende afspraken gemaakt. Voor Limburg bijvoorbeeld kwamen deze erop neer dat provinciale en gemeentelijke overheden weliswaar werden verplicht het veld bij de planning te betrekken, maar dat hun een zekere vrijheid werd gelaten met betrekking tot de wijze waarop zij dit zouden willen doen. Een belangrijk onderdeel van de afspraken in dit verband was de erkenning door gemeenten van de algemene samenwerkingsverbanden gezondheidszorg als vertegenwoordigers van het veld in het zogeheten regionaal overleg. In oostelijk Zuid-Limburg echter kwam deze erkenning als zodanig niet tot stand. Reeds (op grond van de Kaderwet Specifiek Welzijn) bestaande overlegstructuren, alsmede de angst bij gemeenten dat erkenning van het samenwerkingsverband wel eens tot financiële aanspraken zou kunnen leiden, verhinderden dit.
Bij het ontwerpen van de constructie van het regionaal overleg was hetgeen in Kennemerland al bestond in de vorm van een stuurgroep tot voorbeeld genomen. In Limburg kon evenwel een soortgelijke constructie niet tot stand worden gebracht, onder andere vanwege de weigering van de provincie aan regionaal over-

leg in elk der regio's afzonderlijk deel te nemen; de afstemming tussen de provinciale en de gemeentelijke planprocedures verliep hierdoor moeizaam.
Naast de bestuursorganisatorische maatregelen noemde de 'Nota Bouwstenen' nog verschillende andere werkzaamheden die dienden te worden verricht alvorens de WVG in werking zou kunnen treden; deze werkzaamheden betroffen onder meer de ontwikkeling en vaststelling van *richtlijnen, kwaliteitseisen en normen*. In relatie tot de richtlijnen werden tevens *financiële kaders* geïntroduceerd. Een uitgebreide discussie, zowel op landelijk niveau als in de proefgebieden, vond plaats over de vraag hoe gedetailleerd de richtlijnen en kwaliteitseisen zouden moeten zijn. Verschillende concepten werden openbaar gemaakt. Tot vaststelling is men evenwel nooit gekomen. Ook de vaststelling van de (marginale) financiële kaders heeft nooit plaatsgehad, in het bijzonder vanwege de onenigheid tussen betrokkenen omtrent de berekenings- en verdelingsmethodiek van het kader.
Vervolgens kent de WVG nog een flink aantal *beleidsinstrumenten*. Het merendeel hiervan is echter nooit in de praktijk toegepast. Voorbeelden hiervan zijn de voortrollende planning, het bouwbeleid en de prijsopgave.
Slechts twee instrumenten zijn daadwerkelijk ontwikkeld en toegepast. In de eerste plaats het Regionaal Financieel Overzicht (RFO), waarvan de ontwikkeling werd afgerond met het verschijnen – in februari 1987 – van een advies voor een handleiding voor het opstellen van dergelijke overzichten[8]. De tot dusver opgestelde regionale financiële overzichten hebben niet geleid tot het vaststellen van marginale financiële kaders, hetgeen wel de bedoeling was. Het tweede instrument betreft het vestigingsbesluit voor huisartsen, dat per 1 februari 1986 in werking trad. In dit instrument wordt het voeren van een vestigingsbeleid aan de gemeenten opgedragen, zowel in de proefgebieden als in de rest van het land.

Van de eerdergenoemde bestuurlijke doelstellingen: decentralisatie, democratisering, samenhang en eenvoud, zijn door de voorbereiding van de integrale invoering van de WVG in het bijzonder de doelstellingen 'decentralisatie' en 'democratisering' enigszins bereikt.
Wat de *decentralisatie* betreft: provincies en gemeenten kregen extra, nieuwe taken toegewezen. Zoals opgemerkt, is deze taaktoedeling evenwel nooit formeel vastgesteld en bijgevolg ook nooit echt in werking getreden. Wel is er voortdurend de vrees geweest dat de werkelijke beleidsruimte voor de lagere overheden gering zou zijn, onder meer als gevolg van de richtlijnen en kwaliteitseisen en financiële kaders.
Een zekere mate van *democratisering* leek bereikt doordat de beïnvloedingsmogelijkheden van het veld en van politiek vertegenwoordigende organen in de planning van de gezondheidszorg tamelijk groot zouden zijn. Hun invloed zou onder andere gestalte krijgen via participatie in de advies- en overlegstructuren. Daar deze structuren nooit formeel zijn vastgesteld en in werking getreden, hebben wij niet kunnen vaststellen hoe een en ander in praktijk heeft gewerkt.
Ten aanzien van de *samenhang* valt te constateren dat de bestuurlijke samenhang in de regio's enigermate is toegenomen, gezien het overleg en de samenwerking tussen overheden, binnen het veld en tussen overheden en veld. Dit overleg kende evenwel ook veel doublures en overlappingen. Over samenhang tussen instrumenten kan weinig worden gezegd vanwege het geringe aantal daadwerkelijk toegepaste instrumenten. Hooguit kan men zeggen dat het regionaal financieel overzicht, vanwege zijn beoogde relatie met het marginaal financieel kader, een bijdrage zou kunnen leveren tot het verkrijgen van meer samenhang.
Met betrekking tot de bestuurlijke doelstelling van de *eenvoud* zij opgemerkt dat democratisering en decentralisatie juist hebben geleid tot bestuurlijke complexiteit en dus tot afnemende eenvoud. Het grote aantal overlegstructuren is hier een duidelijke indicatie.
Het voorgaande overziende kan onze conclusie niet anders luiden dan dat het bereik van de bestuurlijke doelstellingen van de integrale invoering van de WVG in de proefgebieden gering is geweest.

Zorginhoudelijke doelstellingen

Over het bereik van de zorginhoudelijke doelstellingen kan niets worden gezegd, aangezien deze nog niet aan de orde waren. In een volgend artikel zullen wij trachten enige verklaringen te geven voor dit geringe doelbereik en het trage, moeizame verloop van het invoeringsproces. □

NIET ROKEN

Onderzoek heeft aangetoond dat passief roken schadelijk is voor de gezondheid, alsmede dat de voorbeeldfunctie van de arts in verband met niet roken grote invloed heeft op het (niet)rookgedrag van patiënten. Derhalve is het roken door artsen en door onder hun verantwoordelijkheid werkend personeel in het bijzijn van patiënten geen gezondheidsbevorderend gedrag.
De Algemene Vergadering van de KNMG heeft dan ook besloten de volgende gedragsregel in de 'Gedragsregels voor artsen' op te nemen onder het hoofd 'Gedragsregels in relatie tot patiënten', punt 41A:

Artsen wordt het zwaarwegend advies gegeven in het bijzijn van patiënten niet te roken. Van onder de verantwoordelijkheid van artsen werkend personeel en van patiënten kunnen artsen in beginsel hetzelfde vragen, opdat er geen overlast ontstaat door roken in behandel- en spreekkamers.

Noten

1. Medisch Contact nr. 46/1987, blz. 1459.

2. Evaluatie integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Ontwerp van onderzoek. RL, KHT/TVA, NIPG-TNO, maart 1981.

3. Nota Bouwstenen. Tweede kamer, zitting 1982/1983, 17720, nrs. 1 en 2.

4. A. J. A. Godfroij en R. Verstegen. Evaluatie integrale invoering WVG Eindhoven/Kempenland, deel 1. Tilburg, december 1984.

5. Voor *Eindhoven/Kempenland:*
- deel 1: tot september 1984. KHT/TVA, december 1984;
- Evaluatie van voortgang en beleidsinstrumenten periode juli 1986-juni 1987 NIPG, oktober 1987.

Voor *Kennemerland:*
- deel 1: juni 1983-augustus 1984. NIPG, december 1984;
- deel 2: september 1984-oktober 1985. NIPG, februari 1986;
- deel 3: november 1985-juni 1986. NIPG, oktober 1986;
- deel 4: juli 1986-juni 1987. NIPG, september 1987.

Voor *Limburg:*
- deel 1: tot september 1984. RL, december 1984;
- deel 2: september 1984-december 1985. RL, februari 1986;
- deel 3: januari 1986-juni 1986. RL, augustus 1986;
- deel 4: juli 1986-juni 1987. RL, september 1987.

6. Zie: A. Wassenberg (red.), 'Netwerken: organisatie en strategie', Meppel 1980.

7. Twijnstra Gudde nv. Project-audit integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Deventer, 1987.

8. Rijksuniversiteit Limburg (Project Regionale Begroting). 'Regionaal Financieel Overzicht Gezondheidszorg. Een advies voor een handleiding', Maastricht, februari 1987.

De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de regio

Enige verklaringen voor verloop en opbrengst van de integrale invoering

Drs. J. de Groot,
Drs. G. Jongerius-de Gier,
Dr. I. Mur-Veeman en
Dr. M. Schuurman*

Tussen 1982 en 1987 is in een drietal gebieden geëxperimenteerd met de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Een moeizaam proces, met – in termen van het bereiken van de doelen van de wet – een beperkte opbrengst: zie Medisch Contact van de vorige week. Hier en nu een poging tot verklaring.

In een voorgaand artikel hebben wij aangegeven dat het doelbereik van de integrale invoering van de WVG in de proefgebieden gering is geweest. Na een voorbereidingsperiode van vijf jaar waren de zorginhoudelijke doelstellingen niet en de bestuurlijke doelstellingen slechts zeer ten dele gerealiseerd. Tevens verliep het invoeringsproces uitermate traag en vol onduidelijkheden. Typerend voor de traagheid is dat men bij de start van het experiment, eind 1982, dacht de voorbereidingsperiode binnen een jaar te kunnen afronden; vijf jaar voorbereiding zonder afrondende resultaten staat hiermee in schril contrast.
In dit tweede artikel willen we antwoord geven op de vraag: hoe opbrengst en procesverloop kunnen worden verklaard. Uit de bevindingen die ons zoeken naar een antwoord op deze vraag oplevert zullen we tot slot trachten enkele lessen te trekken voor de toekomst.

OPBRENGST EN PROCES

De geringe opbrengst van de integrale invoering en het trage procesverloop in de regio's zijn naar onze mening onder meer te verklaren uit de aard van de wet en de wijze waarop men de wet wenste in te voeren. Ten aanzien van de aard van de wet kan onderscheid worden gemaakt tussen de in de wet verankerde rol van de overheid, de bestuurlijke structuur waarop uitvoering van de wet diende te zijn gebaseerd en het 'raamwet'karakter van de wet.
De *rol van de overheid* in de gezondheidszorg is lange tijd van ondergeschikt belang geweest. De zorg was een terrein waarop vrijwel uitsluitend het particulier initiatief zich begaf. Veld en financiers maakten hoofdzakelijk de dienst uit. Met de invoering in de jaren zeventig van de planningswetgeving werd de rol van de overheid echter vergroot. In eerste instantie gebeurde dat via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), later via de WVG en de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening (de WGM, die overigens nooit verder dan het ontwerpstadium is gekomen). Dit betekende het toekennen van steeds meer planningsbevoegdheden aan de overheid, aanvankelijk alleen op intramuraal terrein (WZV), later ook op extramuraal terrein (WVG) en voor het totale veld van gezondheidszorg én de maatschappelijke dienstverlening (WGM).
De invoering van de planningswetgeving impliceerde aanzienlijke machtsverschuivingen, door middel van herverdeling van bevoegdheden binnen de driehoek overheid-financiers-veld, ten gunste van vooral de lagere overheden. Het kon niet anders of de invoering moest in de praktijk wel op weerstand van de overige partijen stuiten. Het duidelijkst uitte het streven naar domeinbehoud zich in de problematiek van de afstemming tussen planning en financiering. Veel meer dan alleen een technische kwestie was dit bovenal een object van machtsstrijd, met als inzet de vraag: volgt de planning (lees: de overheid) de financiering (lees: de financiers), of andersom? Deze machtstrijd werd in de integrale invoeringsgebieden goed zichtbaar. Zo wezen bijvoorbeeld de Limburgse ziekenfondsen er in een brief van mei 1983 aan het provinciebestuur op dat alléén de ziekenfondsen met behulp van het in de Ziekenfondswet en de AWBZ verankerde overeenkomstenstelsel en de in de Wet Tarieven Gezondheidszorg neergelegde procedures in staat zijn invloed uit te oefenen op instellingsbudgetten en tarieven. Zij reageerden hiermee op de (in de 'Nota Bouwstenen'[1]) voorgestelde koppeling tussen de financiële kaders van de lagere overheden en het budgetteringssysteem. Wijzigingen in de financiële kaders zouden dan via het plannings- en erkenningensysteem worden doorgegeven aan de instellingen, die dan op hun beurt de eigen begroting weer zouden kunnen aanpassen. Uit de eerdergenoemde brief bleek dat financiers hiertegen bezwaren hadden: zij zagen de beoogde koppeling als een aantasting van hun bevoegdheden en verantwoordelijkheden. Van de kant van de lagere overheden daarentegen werd een toetsende rol van de financiers, die (het resultaat van) de planning alsnog zou kunnen doorkruisen, afgewezen; dit zou een beperking van hun beleidsvrijheid kunnen betekenen.
Bovenstaand ogenschijnlijk onoplosbaar probleem is een van de voorbeelden van situaties waaruit blijkt hoezeer de oorspronkelijke zorginhoudelijke doelstellingen van de WVG steeds meer uit het oog raakten. Men stak de energie immers liever in het reduceren van de vele onzekerheden via procedureafspraken en procedureregels. Dit vooruitschuiven van inhoudelijke regelgeving ten gunste van procedurele regelgeving wordt wel als beleidsontwijking aangeduid[2]. Dit verschijnsel werkte uiteindelijk in het voordeel van veld en (vooral) financiers, in het bijzonder ook doordat zich inmiddels een omslag had voltrokken in het denken over de rol van de overheid bij de sturing van de gezondheidszorg. Immers, nadat er in de jaren zeventig – het tijdperk waarin de planningswetgeving voor de gezondheidszorg tot stand kwam – nog steun was voor een intensieve overheidsbemoeienis door middel van integrale planning, stonden de jaren tach-

* De eerste drie auteurs zijn werkzaam bij de vakgroep Beleidswetenschap van de Rijksuniversiteit Limburg: Drs. J. de Groot en Drs. G. Jongerius-de Gier als toegevoegd onderzoeker, Dr. I. Mur-Veeman als universitair hoofddocent. Dr. M. Schuurman is wetenschappelijk medewerker bij de sector Gezondheidszorg en Epidemiologie van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg te Leiden.

tig – de periode waarin de planningswetgeving diende te worden uitgevoerd – in het teken van deregulering en privatisering. Daarmee was de WVG al ten tijde van haar invoering gebaseerd op achterhaalde opvattingen over de gewenste rolverdeling, in het bijzonder de taak van de overheid daarin. Het rapport van de commissie-Dekker kan worden gezien als de neerslag van deze koersverlegging ten aanzien van de beheersing van de gezondheidszorg, die reeds eerder had ingezet: marktwerking en particulier initiatief dienden (weer) te worden gestimuleerd, de overheid kan zich dan terugtrekken.
Veranderende opvattingen zorgden ervoor dat een sturende rol van de overheid niet meer werd geaccepteerd en gelegitimeerd. Financiers en veld namen een steeds afwijzender houding aan ten opzichte van een alles regelende en plannende overheid. De verzekeraars in Eindhoven/Kempenland schortten (september 1986) de medewerking van de WVG-invoering op. Drie maanden later zetten ook de gezamenlijke ziekenhuizen uit de regio hun medewerking stop. Tot soortgelijke acties gingen ook de Limburgse ziekenfondsen en ziekenhuizen over (december 1986). Het algemeen samenwerkingsverband van het veld in Noord-Limburg trok zich terug uit de voorbereidende werkzaamheden ten behoeve van het kaderplan, alsmede uit het bestuurlijk Regionaal Overleg Gezondheidszorg (maart 1987). Met name de financiers grepen terug op hun eerder toegekende wettelijk vastgelegde bevoegdheden; zij voelden zich daarbij gesterkt door hun rol bij de budgettering en hun toenemende know-how.

Wat de *bestuurlijke structuur* van de gezondheidszorg betreft kan allereerst worden gewezen op de Structuurnota Gezondheidszorg van 1974, de bakermat van de WVG. Het daarin vervatte pleidooi voor regionalisatie sloot aan bij in die tijd levende bestuurlijke reorganisatieplannen, gericht op invoering van een sterke gewestelijke structuur. Deze structuur zou de basis kunnen bieden voor een regionale planningstaak voor lagere overheden. Ten tijde van de invoering van de WVG was men echter al weer van de reorganisatieplannen afgestapt.
Toch was de WVG wel op dit – oorspronkelijk beoogde – concept gebaseerd. Hiermee kreeg de invoering een sterk bestuurlijk karakter: voor de gezondheidszorg moest nu een speciale bestuurlijke structuur worden geschapen, als basis voor de beoogde regionale planning. Deze status van bestuurlijk in plaats van zorginhoudelijk experiment leidde onder andere tot de bemoeienis van andere departementen, zoals Binnenlandse Zaken, bijvoorbeeld daar waar het ging om de gebiedsindeling; dit bleek een extra complicerende factor in het verloop van het invoeringsproces.

Als derde invloedrijke factor kan worden genoemd het *raamwet-karakter van de WVG*. De wet was gericht op het creëren van een wettelijk voorwaardenscheppend kader voor de uiteindelijke regelgeving, die onder andere via Algemene Maatregelen van Bestuur gestalte zou krijgen. Het ging hier zelfs om een wet die op vrijwel alle onderdelen nog moest worden ingevuld. De (principiële) keuze vooraf, samen met de invoeringsgebieden deze invulling te doen plaatsvinden, bood ruime mogelijkheden voor het fenomeen 'goal displacement' (doelverschuiving)[3].
Wanneer een wet immers tijdens de invoering en door de invoerenden zelf nader wordt geformuleerd, kan in de loop van de concretisering gemakkelijk een toenemende aanpassing aan de wensen van betrokkenen plaatsvinden. Deze aanpassing kan de intentie van de oorspronkelijk slechts algemeen geformuleerde wet naar de achtergrond doen verdwijnen. Iedere betrokkene probeert dan invloed uit te oefenen op de inhoud van de uiteindelijk uitgewerkte versie van de wet en de daarin op de nemen condities voor de uitvoering. Hiermee hoopt ieder voor zich de randvoorwaarden voor de uitvoering zó te kunnen structureren dat ze voor hemzelf berekenbaar worden en bijdragen aan domeinbehoud of domeinuitbreiding.

Tenslotte was de *invoeringsstrategie* van belang. Wanneer een wet nader wordt ingevuld met medewerking van de uitvoerenden is vooral de onderlinge overeenstemming zeer belangrijk. In zo'n systeem van gemeenschappelijke besluitvorming is de waarschijnlijkheid dat men het onderling niet eens wordt afhankelijk van[4]:
– het aantal betrokkenen dat het onderling eens moet zien te worden: hoe groter dit aantal, des te kleiner de kans op overeenstemming;
– de complexiteit van het object van besluitvorming; deze is groter naarmate het aantal aan elkaar gerelateerde beslissingen dat op één en hetzelfde moment moet worden genomen, toeneemt. Grotere complexiteit betekent dat de waarschijnlijkheid dat men het eens wordt vermindert.
Het zal op grond van bovenstaande overwegingen duidelijk zijn dat een omvangrijk, ambitieus en complex proces als de *integrale* invoering van de WVG bepaald niet probleemloos zou kunnen verlopen. De kans dat men het niet eens zou worden was groot, zowel vanwege het grote aantal betrokkenen als vanwege het grote aantal zaken waarover al deze betrokkenen overeenstemming zouden moeten bereiken.
Een extra belemmering hierbij was dat de integrale invoering in de proefregio's geschiedde bij wijze van *experiment*, hoewel dit aanvankelijk niet in de bedoeling lag. Bij de aanzet tot de invoering van de WVG, vastgelegd in de 'Nota Bouwstenen'[1], was de oorspronkelijke bedoeling immers ervaring op te doen ten bate van de uiteindelijke invoering van de WVG in geheel Nederland. Van 'experimenteren' was in die fase nog geen sprake. Dat veranderde toen in september 1983, mede onder invloed van de deregulerings-golf, werd aangekondigd dat men de Wet Voorzieningen *Gezondheidszorg* wilde omvormen tot een Wet *Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening*. De in het kader van de WVG ontwikkelde activiteiten, zo was nu de bedoeling, zouden doorgang moeten vinden om te zijner tijd aansluiting te vinden bij de nieuwe wet. Om de voorbereidingen in het kader van de WVG ook werkelijk van nut te kunnen laten zijn voor de WGM zou de invoering van de WVG geschieden op basis van het 'experimenteerartikel' (artikel 41), zodat van de oorspronkelijke wettekst zou kunnen worden afgeweken.
De gedachte dat gebeurtenissen in het experiment maatgevend zouden worden voor de uiteindelijke wetgeving had belangrijke consequenties. Zo konden de proefgebieden niet geïsoleerd functioneren, vooral doordat – begrijpelijkerwijs – nu ook koepels en adviesorganen de ontwikkelingen in de regio's, die zij als onomkeerbare beleidsvorming taxeerden, probeerden te beïnvloeden. Ook de rijksoverheid speelde een dubbelrol: enerzijds werd een beroep gedaan op de regio's om, in gezamenlijk overleg, onderdelen van de WVG zelf in te vullen; anderzijds werden voorstellen en ideeën uit de regio's door het ministerie van WVC zwaar getoetst en op tal van randvoorwaarden beoordeeld. Met andere woorden: van de in theorie aanwezige experimenteerruimte (decentralisatie, plurifor-

miteit) was in de praktijk geen sprake (centralisatie, uniformiteit).
Dit alles gaf voor de betrokkenen in de integrale invoeringsgebieden bovenal onduidelijkheid en onzekerheid. Als gevolg hiervan bestond de reeds eerder genoemde neiging steeds meer en steeds gedetailleerder te willen regelen. Immers, regelingen brengen (al dan niet vermeende) zekerheden met zich mee.

LESSEN VOOR DE TOEKOMST

Welke lessen zijn er nu te trekken op basis van de ervaringen opgedaan met de integrale invoering van de WVG? In hoeverre zijn hieruit aanbevelingen te destilleren met het oog op de thans – mede in het licht van het rapport van de commissie-Dekker – ingezette veranderingen?
Allereerst lijkt het van belang de huidige structuur van de gezondheidszorg te erkennen als zijnde zeer complex: er is sprake van een groot aantal ongelijksoortige functies en organisaties. Daarbij zijn de relaties tussen deze functies of organisaties talrijk en divers. Processen die zich binnen een dergelijke structuur voltrekken zijn welhaast per definitie gecompliceerd en moeilijk te overzien[5], mede daardoor zijn ze ook beperkt stuurbaar.
Deze complexe structuur is een gegeven dat is terug te voeren op een jarenlange historie. Men kan en mag niet de illusie koesteren het resultaat hiervan – een bepaalde constellatie van machts- en belangenposities – op korte termijn en in één keer teniet te kunnen doen. De zogeheten integrale benadering is in de geschetste context dan ook bepaald geen gelukkige keuze: de WVG heeft ons dat duidelijk geleerd. Het door Dekker c.s. beoogde invoeringstraject voor hun plannen voor een meer marktgerichte gezondheidszorg lijkt in dit verband vrij naïef en gespeend van inzicht in de bestaande gang van zaken binnen de gezondheidszorg; een snelle in- en uitvoering van een totaalvisie is hierin onmogelijk, praktisch haalbaar zijn slechts 'incrementele' (stap voor stap) veranderingen.
Critici van het incrementele model hebben vaak beweerd dat het conservatief zou zijn en anti-innovatief. Bovendien zou het, volgens diezelfde critici, moeilijk zijn coördinatie tussen de verschillende stappen tot stand te brengen. Wij zouden daartegenover willen stellen dat het daadwerkelijk realiseren van een aantal opeenvolgende kleine stappen – gericht op de aanpak van specifieke problemen – uiteindelijk meer significante veranderingen kan teweegbrengen dan het jarenlang vergeefs nastreven van idealistische voorstellingen door middel van grootschalige innovatieprocessen. Daarnaast hoeft het willen veranderen via kleine stapjes zeker niet te betekenen dat er geen visie zou bestaan op een groter geheel.
Aansluitend op het voorgaande kan worden gezegd dat de bedoelde incrementele veranderingsprocessen gericht dienen te zijn op specifieke zaken, dus niet op algemeen geformuleerde doelstellingen, zoals Stevens onlangs in dit tijdschrift naar voren heeft gebracht[6]. Het slechts algemeen formuleren van doelstellingen betekent in praktijk veelal niets anders dan het vooruitschuiven van problemen en conflicten. Zogeheten kaderwetgeving zal in de gezondheidszorg steeds op knelpunten stuiten in de uitvoeringsfase. Daardoor duurt de invoering ervan meestal ook veel langer dan verwacht. De kans is dan groot dat uiteindelijk weer beleid wordt ingevoerd, gebaseerd op inmiddels weer achterhaalde ideeën; ook dat gevaar bedreigt Dekker en de zijnen.
Ons pleidooi voor een 'kleinschaliger', (want) realistischer aanpak van veranderingsprocessen betekent tevens een keuze voor duidelijke projectorganisaties: duidelijk qua doelen, bevoegdheden, betrokkenen, afspraken en randvoorwaarden. Bovendien is het voor een voorspoedig verloop van dergelijke processen noodzakelijk een duidelijk herkenbare, met bevoegdheden toebedeelde 'trekker' aan te wijzen. Idealiter zou deze 'trekker', behalve een procesbewakende functie te vervullen, vooral ook bevoegd moeten zijn om knopen door te hakken. De eerder in deze paragraaf geschetste structuur kenmerkte zich juist door het ontbreken van een dergelijk 'bestuurlijk centrum'.

Wat betekent dit alles nu voor het veld van de gezondheidszorg?
Vermoedelijk gaan we een periode tegemoet waarin de jarenlang gevoerde bestuurlijke structuurdiscussies naar de zijlijn worden verplaatst. De inhoud en de kwaliteit van de zorg komen weer in het middelpunt van de belangstelling te staan.
Velen in het veld zullen dit als een positieve ontwikkeling kwalificeren. Deze omslag kent tevens naast baten voor het veld ook kosten. Zo is al gewezen op het feit dat men zich in de toekomst minder zal kunnen verschuilen achter regels en bestuurlijke discussies dan in het verleden in sommige gevallen is gebeurd[7].
Met de nieuwe situatie zullen ongetwijfeld nieuwe problemen, verantwoordelijkheden en onzekerheden opdoemen. Men zal er daarbij niet langer meer aan ontkomen zich te bezinnen op – toch al zo lang nodig geachte – fundamentele veranderingen in de visie (het stelsel van) de zorg. □

Literatuur

1. Nota Bouwstenen. Tweede Kamer, zitting 1982/1983, 11720, nrs. 1 en 2.

2. P. Glasbergen en C. B. F. Kuijpers, 'Beleidsontwijking: de case van het grondwaterbeleid', Beleid en Maatschappij 1985/12.

3. R. Mayntz, 'Die Implementation politischer Programma. Theoretische Uberlegungen zu einem neuen Forschungsgebied', *in:* R. Mayntz (Hrsg.), Implementation politischer Programma, 1980.

4. F. W. Scharpf, 'The probability of disagreement in multilevel decisions', paper voor IIM-conferentie, Berlijn 1975.

5. C. A. Grünwald, 'Beheersing van de gezondheidszorg', Den Haag 1987.

6. P. Stevens, 'Vijf jaren integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg', MC nr. 46/1987, blz. 1459.

7. J. A. M. Maarse, 'Het rapport-Dekker en de instellingen; een ander perspectief', MC nr. 45/1987, blz. 1431; 6 november 1987 – 42.

I. M. Mur-Veeman, 'De managementproblematiek van de gezondheidszorginstelling; bieden de voorstellen van de commissie-Dekker een oplossing?' (te verschijnen).

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO