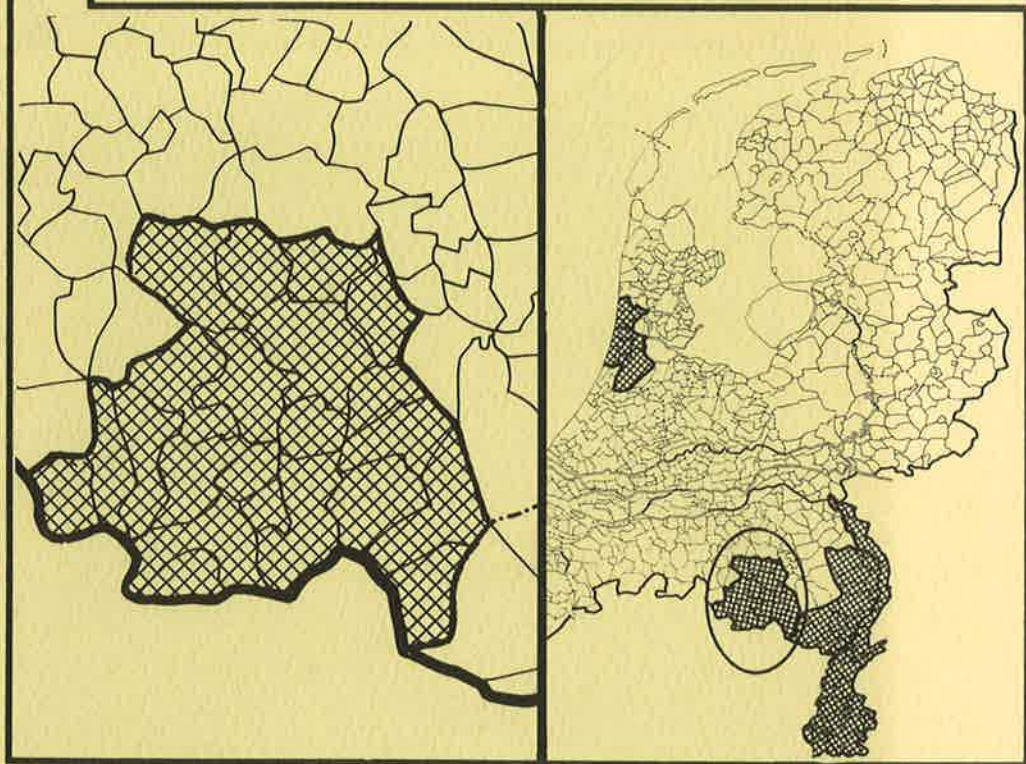


INTEGRALE INVOERING WVG IN EINDHOVEN / KEMPENLAND

evaluatie van voortgang en beleidsinstrumenten

periode juli 1986 - juni 1987

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



Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TO

Leiden

SO
S 52 (3

(492)

50
552(3)

INTEGRALE INVOERING WVG IN EINDHOVEN / KEMPENLAND

evaluatie van voortgang en beleidsinstrumenten

periode juli 1986 - juni 1987

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

IBISS in BOEK NUMMER: 2609 / 000

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

Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg

NPG-TNO

oktober 1987

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC Leiden

Telefoon: 071-178888

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 26,25 (incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 87024.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Schuurman, M.I.M.

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

Met lit.opg.

ISBN 90-6743-110-9

SISO: 601 UDC 34:614(492.624)

Trefw.: gezondheidszorg ; Eindhoven; Kempenland.

© 1987 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Publikatienummer 87024

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

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

INHOUD

blz.

VOORWOORD	I
1. INLEIDING	1
2. HET EVALUATIEONDERZOEK	5
3. LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN OMTRENT DE INVOERING VAN DE WVG	9
3.1 Inleiding	9
3.2 Landelijke ontwikkelingen	9
3.3 Evaluatie landelijke ontwikkelingen	20
3.4 Conclusies en aanbevelingen	25
4. VOORTGANG INTEGRALE INVOERINGSPROJECT WVG IN EIND- HOVEN/KEMPENLAND	29
4.1 Inleiding	29
4.2 Het Integrale Invoeringsproject	29
4.3 Het beleidsnetwerk	39
4.4 Conclusies en aanbevelingen	45
5. HET REGIONAAL FINANCIËEL OVERZICHT	47
5.1 Inleiding	47
5.2 Het RFO formeel	47
5.3 Het RFO in Eindhoven/Kempenland	52
5.4 Evaluatie beleidsinstrument RFO	55
5.5 Conclusies en aanbevelingen	63
6. PLANNING PSYCHIATRIE IN EINDHOVEN/KEMPENLAND	66
6.1 Inleiding	66
6.2 Overzicht van feiten en gebeurtenissen	67
6.3 Nadere beschouwing van de planning psychiatrie ..	73
6.4 Conclusies	77
7. NABESCHOUWING	80
LITERATUURLIJST	87
LIJST VAN AFKORTINGEN	89

VOORWOORD

Vanaf 1983 is Eindhoven/Kempenland een proefgebied voor de Integrale Invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG). Voorjaar 1986 werd het NIPG-TNO door het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur gevraagd de evaluatie van deze invoering op zich te nemen. Mede gezien de ervaring die het NIPG reeds had door de evaluatie van de Integrale Invoering van de WVG in Kennemerland werd op dit verzoek ingegaan. Het voorliggende rapport is het eerste dat het NIPG over Eindhoven/Kempenland uitbrengt. Het behandelt de periode juli 1986 - juni 1987. Door middel van dit evaluatie-onderzoek wordt inzicht verkregen in het beleidsproces dat zich in deze regio ten aanzien van de WVG-invoering voordoet en in de werking van de door de WVG geboden beleidsinstrumenten. Daarnaast wordt gepoogd de factoren, zowel binnen als buiten de regio, die op dit proces en deze instrumenten van invloed zijn, te onderkennen en bloot te leggen. Voor de kwaliteit van een evaluatie-onderzoek is het van groot belang dat de onderzoekers optimaal in de gelegenheid worden gesteld om, door middel van het bezoeken van vergaderingen, het verkrijgen van inzage in documenten of het houden van interviews of enquêtes, de benodigde informatie te verzamelen. In Eindhoven/Kempenland was deze gelegenheid vanaf het begin aanwezig. De bereidheid tot medewerking was groot. Behalve door de beide auteurs werd bij de samenstelling van dit rapport een bijdrage geleverd door mevr. A. Visser, projectmedewerker. De conceptversie van het rapport werd door betrokkenen bij het Integrale Invoeringsproject becommentarieerd. Verwacht mag worden dat dit rapport de beleidsvoerders tot steun zal zijn in het nemen van besluiten over de verdere voortgang van het Integrale Invoeringsproject WVG in Eindhoven/Kempenland.

Dr. A. Dijkstra,
onderdirecteur

1. INLEIDING

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

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

In dit rapport wordt de invoering van de WVG in Eindhoven/Kempenland geëvalueerd over de periode juli 1986 - juni 1987. Het is het eerste rapport dat het NIPG over deze regio uitbrengt, aangezien het pas sinds medio 1986 bij de integrale invoering in Eindhoven/Kempenland is betrokken. Tussen 1984 en 1986 werd in dit gebied geen evaluatie-onderzoek uitgevoerd. Over het eerste jaar van het invoeringsproject (1983-1984) werd geëvalueerd door de toenmalige Katholieke Hogeschool Tilburg (zie Godfroij & Verstegen, 1984). Gelijktijdig met dit huidige rapport verschijnt overigens het evaluatie-rapport van het NIPG over Kennemerland, eveneens betrekking hebbend op de periode juli 1986-juni 1987 (Schuurman & Wessels, 1987).

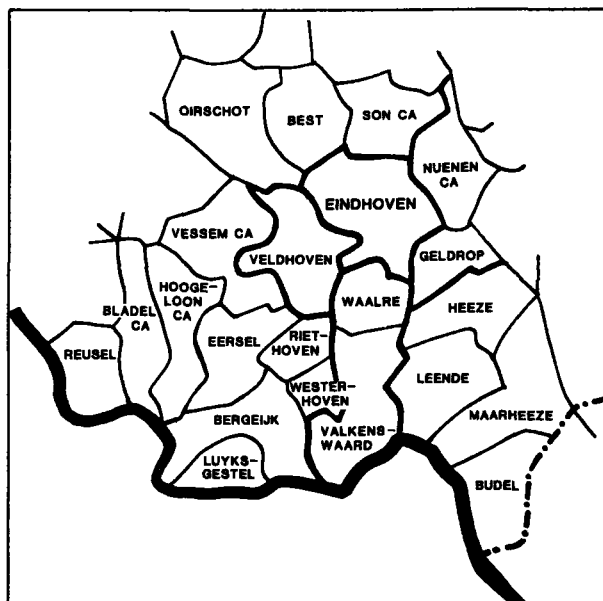
De regio Eindhoven/Kempenland bestaat uit 22 gemeenten, die met elkaar 7 subregio's vormen. Ter informatie zijn in tabel 1 de

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

Tabel 1 Aantal inwoners per gemeente in Eindhoven/Kempenland, naar subregio, op 1 januari 1987 (Centraal Bureau voor de Statistiek)*

gemeente	inwoners	gemeente	inwoners
Waalre	15.013	Vessem CA	4.795
Valkenswaard	29.396	Hoogeloon CA	8.071
		Bladel CA	9.742
Oirschot	10.992	Reusel	7.615
Best	20.601	Eersel	12.166
Son CA	14.726	Bergeijk	9.874
		Luyksgestel	2.765
Nuenen CA	20.610	Riethoven	2.223
Geldrop	25.729	Westerhoven	1.725
Heeze	8.895	Eindhoven	190.913
Leende	4.026		
Maarheze	8.611		
Budel	11.658	Veldhoven	37.127

*) Totaal aantal inwoners 457.273



Daadwerkelijke integrale invoering van de WVG heeft in Eindhoven/Kempenland nog niet plaatsgevonden. Wel werden binnen de regio bestuurlijke voorbereidingen getroffen. Momenteel wordt gewacht op uitvoeringsbesluiten van het Rijk welke de invoering wettelijk mogelijk moeten maken. In het afgelopen jaar was wat deze besluiten betreft sprake van een stilstand.

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

De stilstand in de integrale invoering en de achterliggende maatschappelijke ontwikkelingen hebben vanzelfsprekend hun weerslag op het evaluatie-onderzoek. Noodgedwongen is de evaluatie grotendeels gericht op de voortgang van het invoeringsproces. Van evaluatie van de werking van aan de WVG ontleende beleidsinstrumenten in de praktijk (bijv. de door de lagere overheden te maken plannen) kon nog geen sprake zijn. Het enige instrument dat in Eindhoven/Kempenland zodanig in de praktijk is toegepast dat evaluatie enigszins mogelijk was, is het Regionaal Financieel Overzicht. In dit rapport wordt op dit instrument dan ook uitvoerig ingegaan.

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de vraagstelling en de opzet van het evaluatie-onder-

zoek. Vervolgens komt in de hoofdstukken 3 en 4 de voortgang van de WVG-invoering aan de orde. Hierbij is een scheiding gemaakt tussen de landelijke ontwikkelingen en de voortgang binnen Eindhoven/Kempenland zelf. Daarna (hoofdstuk 5) volgt de bespreking van het beleidsinstrument Regionaal Financieel Overzicht. In hoofdstuk 6 wordt ingegaan op de planning psychiatrie in Eindhoven/Kempenland. Weliswaar wordt aan deze planning gewerkt in het kader van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, elementen van de WVG zijn zodanig in deze planning verweven dat het, mede met het oog op de toekomst, verstandig werd gevonden hieraan apart aandacht te schenken. Het rapport wordt in hoofdstuk 7 afgesloten met een beschouwing over de toekomst van het integrale invoeringsproject.

Op basis van de evaluatie worden aanbevelingen gedaan. Er is voor gekozen deze aanbevelingen direct te koppelen aan de besprekingen van de afzonderlijke hoofdstukken. Mede hierdoor hebben de hoofdstukken 3 t/m 6 eenzelfde opbouw: begonnen wordt met een korte inleiding waarin een plaatsbepaling van het hoofdstuk wordt gegeven, daarna volgt de eigenlijke evaluatie en tenslotte worden, in de slotparagraaf, conclusies getrokken en aanbevelingen gedaan. In hoofdstuk 6 worden in de laatste paragraaf uitsluitend conclusies gepresenteerd.

2. HET EVALUATIEONDERZOEK

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Schema 1 De evaluatiecriteria in het onderzoek

beleidsinhoudelijke doel WVG	evaluatiecriterium m.b.t. het bestuurlijk systeem	omschrijving evaluatiecriterium
afstemming van zorg op behoeften bevolking	decentraal	het toekennen door hoger gerangschikte openbare lichamen aan lager gerangschikte openbare lichamen van bevoegdheden om in een zekere onafhankelijkheid en op grond van een eigen belangenafweging besluiten van regeling en bestuur te nemen, alsmede de daaruit voortvloeiende bevoegdhedenstructuur
	democratisch	de aanwezigheid van mogelijkheden voor betrokkenen om, direct of indirect, invloed te kunnen uitoefenen op inhoud, totstandkoming en effecten van beleidsvoering: - intern: invloed van politieke representatieve organen in het kader van hun controlerende functie; - extern: invloed van verstrekkers, gebruikers en verzekeraars van zorg
samenhang in de gezondheidszorg	samenhangend	het procedureel en inhoudelijk op elkaar afstemmen van beleid, instrumenten en adviezen
doelmatigheid in de gezondheidszorg	doelmatig	het bereiken van beleidsdoeleinden met zo goed mogelijk gebruik van beschikbare middelen

Deze criteria worden toegepast op de van de WVG afgeleide beleidsinstrumenten. Zoals in de inleiding gezegd, is op dit moment slechts één instrument zodanig in de praktijk werkzaam dat

de evaluatiecriteria er op kunnen worden toegepast. Het is het Regionaal Financieel Overzicht. In het betreffende hoofdstuk worden de evaluatiecriteria voor dit instrument geoperationaliseerd.

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

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

3. LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN OMTRENT DE INVOERING VAN DE WVG

3.1 Inleiding

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

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

3.2 Landelijke ontwikkelingen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 Evaluatie landelijke ontwikkelingen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4 Conclusies en aanbevelingen

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

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

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

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

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

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

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

4. VOORTGANG INTEGRALE INVOERINGSPROJECT WVG IN EINDHOVEN/KEMPENLAND

4.1 Inleiding

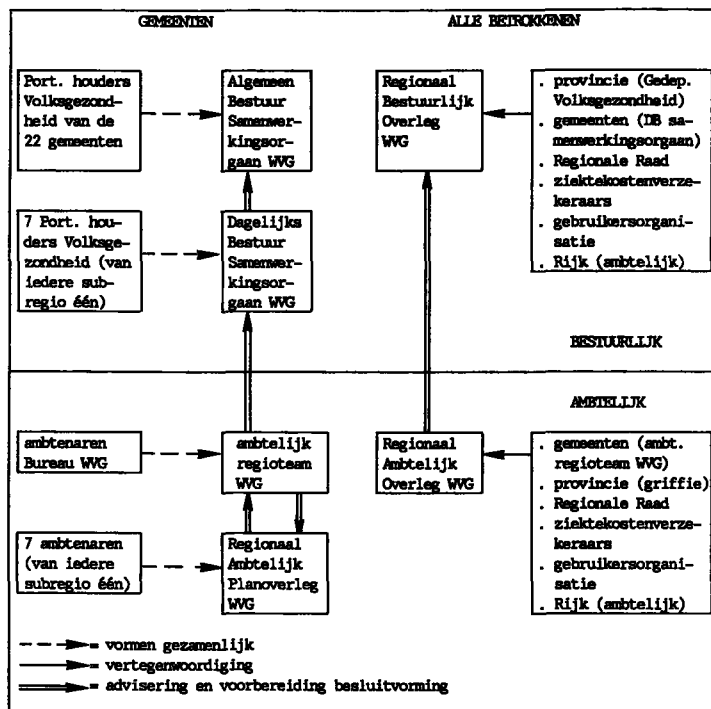
Onder invloed van de zojuist geschetste landelijke ontwikkelingen werd het Integrale Invoeringsproject WVG in Eindhoven/Kempenland het afgelopen jaar voortgezet. In het nu volgende wordt hiervan verslag gedaan. Onderscheid is gemaakt tussen de beschrijving van feiten en gebeurtenissen (par. 4.2) en de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

Voor de inhoud van dit hoofdstuk is uitgebreid gebruik gemaakt van informatie, verzameld tijdens de aanwezigheid bij vergaderingen in de regio, en van beschikbare documentatie. Aanvullende informatie werd verkregen via telefonische interviews, alsook door middel van vraaggesprekken met de Gedeputeerde Volksgezondheid en de Directeur Dienst Economische Zaken, Bestuurlijke Verhoudingen en Welzijn van de provincie Noord-Brabant.

4.2 Het Integrale Invoeringsproject

Het Integrale Invoeringsproject WVG Eindhoven/Kempenland bestaat sinds 1983. In schema 2 is de overlegstructuur binnen het project weergegeven. Om te beginnen is sprake van een overlegstructuur van de gemeenten (het linkergedeelte van het schema). Op basis van een gemeenschappelijke regeling hebben de 22 tot de regio behorende gemeenten in maart 1987 een samenwerkingsorgaan WVG gevormd dat als doel heeft enerzijds 'het behartigen van gemeenschappelijke dienstverlening' en anderzijds 'het bevoorde-

Schema 2 Overlegstructuur Integraal Invoeringsproject WVG regio Eindhoven/Kempenland



ren van een samenhangend stelsel van voorzieningen in de regio' (Gemeenschappelijke Regeling, 1987). Het samenwerkingsorgaan heeft een Algemeen Bestuur (voorheen Portefeuillehoudersoverleg WVG), waarin alle portefeuillehouders Volksgezondheid van de aangesloten gemeenten zitting hebben. Een deel ervan (van elk van de zeven subregio's één portefeuillehouder) vormt het Dagelijks Bestuur (voorheen Kerngroep). Het Algemeen Bestuur komt ongeveer éénmaal in de vier maanden bijeen, het Dagelijks Bestuur maandelijks. Ambtelijk wordt het invoeringsproject gedragen door een regioteam dat gedetacheerd is bij het samenwerkingsorgaan. Dit regioteam staat in contact met het Regionaal Ambtelijk Planoverleg WVG, bestaande uit WVG-ambtenaren, werkzaam op subregionaal niveau. Dit overleg vindt maandelijks

plaats onder voorzitterschap van de coördinator van het regio-team. Belangrijkste taak van het overleg is het streven naar afstemming tussen subregionale planactiviteiten en tussen subregionale en regionale planactiviteiten. Voorts worden besluiten van Algemeen Bestuur en Dagelijks Bestuur uitgewerkt en ten uitvoer gebracht, terwijl tevens standpunten worden ingenomen over zaken die op korte termijn in het Bestuur aan de orde (kunnen) komen.

Naast de overlegstructuur van de gemeenten is er in Eindhoven/-Kempenland een overlegstructuur van alle bij het invoeringsproject betrokkenen (het rechtergedeelte van het schema). Er is een Regionaal Bestuurlijk Overleg WVG, waaraan door bestuurders van provincie, gemeenten, Regionale Raad, ziektekostenverzekeraars en gebruikersorganisatie wordt deelgenomen, alsook door een ambtenaar van het ministerie van WVC. Dit overleg wordt voorbereid door het Regionaal Ambtelijk Overleg WVG, waarin genoemde organen ambtelijk participeren. Het Regionaal Bestuurlijk Overleg kwam de afgelopen evaluatieperiode niet bijeen, het Regionaal Ambtelijk Overleg éénmaal.

Op het verleden van het Integrale Invoeringsproject - dat wil zeggen de periode voorafgaand aan het afgelopen jaar - is maar beperkt zicht. Over de beginfase van het project (1983-1984) is het een en ander bekend vanwege de evaluatie uitgevoerd door de toenmalige Katholieke Hogeschool Tilburg (Godfroij & Verstegen, 1984). De jaren daarna is in Eindhoven/Kempenland geen evaluatie-onderzoek verricht. Op basis van interviews met betrokkenen werden door het NIPG in het najaar van 1986 de volgende lijnen uit het verleden getrokken (Schoorman, 1986).

1. De teleurstelling over de resultaten van het invoeringsproject is in de loop der jaren toegenomen. Bij instellingen, beroepsbeoefenaars en verzekeraars komt deze teleurstelling voort uit de ervaring dat er teveel tijd is besteed aan

procedurele en bestuurlijke zaken en de zorginhoudelijke kant tezeer buiten de aandacht is gebleven, uit het feit dat men te weinig bij de voorbereidende activiteiten van de lagere overheden is betrokken en uit de achterstand die in de (WZV)-planning is ontstaan. De teleurstelling bij de gemeenten betreft de voortdurende onduidelijkheid van het Rijk rond de integrale invoering en het alsmaar achterwege blijven van bevoegdheden om daadwerkelijk met planning te kunnen beginnen. Als positief ervaart men de geleidelijke totstandkoming van de intergemeentelijke samenwerking. De teleurstelling van de gebruikersorganisatie tenslotte betreft eveneens de traagheid van de invoering en de onduidelijkheden van de kant van het Rijk.

2. Dat men in Eindhoven/Kempenland met de voorbereidingen van de invoering van de WVG niet zo snel gevorderd is als elders wordt geweten aan regionale factoren. Met name het agglomeratieverleden zou de voorbereidingen voor de WVG-invoering geen goed hebben gedaan en, zowel ambtelijk als bestuurlijk, een situatie hebben geschapen met veel wederzijds wantrouwen tussen Eindhoven en de overige gemeenten. Pas in de loop van 1986 voelde men zich hier.
3. Het beeld dat enerzijds gemeenten, anderzijds veld en verzekeraars van elkaar hebben, laat zien dat men weinig vertrouwen in elkaar heeft. De gemeenten ervaren bij veld en verzekeraars een gevoel van bedreiging door de WVG, angst voor verstriking, het willen benadrukken van het eigenbelang en een strategie gericht op het tegenhouden van de invoering van de WVG. Veld en verzekeraars zien de gemeenten als weinig deskundig in het plannen van de gezondheidszorg, haastig, te weinig bereid om de andere partijen in het invoeringsproces te betrekken en vooralsnog niet in staat om een bestuurlijk geheel te vormen.

4. Ambtelijk stond de provincie, vooral vanwege het agglomeratieverleden van Eindhoven/Kempenland, afwijzend tegenover de keuze van deze regio als WVG-proefgebied (Provinciale Staten echter gingen accoord). Hierdoor heeft zij zich, na een actieve houding in de beginfase te hebben gehad, jarenlang weinig betrokken gevoeld bij het invoeringsproject en veel aan de regio zelf overgelaten. In de loop van 1986 is men op deze houding enigszins teruggekomen en zich weer wat actiever gaan opstellen.

In de nu afgelopen evaluatieperiode zorgde het voortdurend aanhouden van uitvoeringsbesluiten door het Rijk (zie het vorige hoofdstuk) voor betrekkelijke rust binnen het invoeringsproject. Het Regionaal Bestuurlijk Overleg kwam, zoals eerder opgemerkt, geen enkele maal bijeen. Ook schriftelijk werd niet gecommuniceerd. Het Regionaal Ambtelijk Overleg vergaderde in september 1986. Op tafel lagen een provinciale notitie over de overgang van de WZV naar de WVG en de 'Handleiding bij de invoering van de WVG'. In dit laatste werd ingegaan op enerzijds de bij de invoering van de WVG te hanteren planprocedure, anderzijds het te doorlopen proces (o.a. ambtelijke organisatie en betrokkenheid participanten). De inhoud van het stuk werd niet besproken. Vertegenwoordigers van Regionale Raad en verzekeraars toonden zich zeer verstoord over het feit dat deze zo belangrijke notitie pas nu, nadat zij in de Kerngroep van het Portefeuillehoudersoverleg was besproken en vastgesteld, hier aan de orde kwam. De afspraak dat ieder voor zich schriftelijk op de inhoud zou reageren werd enige weken later geannuleerd, mede vanwege de onduidelijke landelijke situatie. Ambtelijk overleg vond sindsdien niet meer plaats.

Verzekeraars en Regionale Raad waren hierdoor de rest van het jaar niet meer bij formeel overleg over de WVG-invoering betrokken. Voor de verzekeraars zou dat ook om een andere reden het

geval zijn geweest. Eind september immers zonden zij naar alle overige bij het invoeringsproject betrokken partijen een brief waarin zij te kennen gaven voorlopig niet meer aan experimentele integrale invoering van de WVG te willen meewerken. Dit standpunt werd ingenomen op basis van inhoudelijke en procedurele bezwaren tegen de bestaande voorstellen (zoals neergelegd in het ontwerp AMvB ex art. 41 WVG). Men schortte deelname aan de WVG-invoering op tot het moment waarop 'op basis van de wet consistente en enige continuïteit in de planning verschaffende wettelijke uitvoeringsmaatregelen ontwikkeld en vastgesteld zullen worden'. Drie maanden later werd ook door de gezamenlijke ziekenhuizen uit de regio, in een brief aan de staatssecretaris, de medewerking aan het invoeringsproject stopgezet. Men stelde de staatssecretaris voor om, aangezien 'het integraal invoeren van de WVG geen reëel belang dient', de invoering van de WVG in de regio te doen beëindigen.

Voor de Regionale Raad had de status van Eindhoven/Kempenland als proefgebied voor de integrale invoering van de WVG het afgelopen jaar gevolgen voor de interne organisatie. De WVG gaat er van uit dat veld, gebruikersorganisatie en verzekeraars afzonderlijke partijen zijn. De Regionale Raad, van oudsher gevormd door deze partijen gezamenlijk, diende dus omgevormd te worden tot een orgaan van uitsluitend het veld. Deze omvorming kreeg begin 1987 haar beslag. Sinds dat moment hebben verzekeraars en gebruikersorganisatie binnen de Regionale Raad de status van adviseur.

De provincie overlegde het afgelopen jaar met Regionale Raad en gebruikersorganisatie over de subsidieregeling. Met de gemeenten voerde zij overleg over enerzijds het met de Staatssecretaris geplande gesprek van mei j.l., anderzijds de planning psychiatrie in de regio. Voor deze laatste had de provincie van het Rijk een aanwijzing gekregen. Hoewel het een WZV-aanwijzing betrof werd zij door provincie en gemeenten in relatie gebracht

met de integrale invoering van de WVG (zie verder hoofdstuk 6). Naast dit overleg met de gemeenten voerde de provincie ook direct overleg met de Staatssecretaris (het gesprek van 9 maart 1987).

Van alle betrokken partijen waren de gemeenten de afgelopen verslagperiode het meest actief in het invoeringsproject. Samengevat zijn hun werkzaamheden in de volgende vier categorieën onder te brengen.

1. Verder gestalte geven aan het samenwerkingsverband. Najaar 1986 werd de laatste hand gelegd aan de Gemeenschappelijke Regeling betreffende de uitvoering van de WVG. Het ontwerp van deze regeling passeerde begin 1987 alle 22 gemeenteraden en werd in maart door Gedeputeerde Staten bekrachtigd. In april werden het nieuwe Algemene Bestuur en Dagelijks Bestuur geïnstalleerd. Tal van zaken met betrekking tot de uitwerking van deze regeling en de interne organisatie van het samenwerkingsverband (zoals de verdeling van de plankostenvergoeding, de begroting en de samenstelling en taakverdeling van het ambtelijk regioteam) kwamen in de loop van het jaar aan de orde.
2. Bijhouden van landelijke ontwikkelingen met betrekking tot de WVG. Gevolgd werd wat door het Rijk aan plannen werd ontwikkeld en indien nodig werd gereageerd. De met de Staatssecretaris geplande gesprekken werden voorbereid. Ten aanzien van het in juli 1986 uitgebrachte Ontwerp Richtlijnen en Kwaliteitseisen werd geen eigen commentaar uitgebracht. Men sloot zich aan bij de door de VNG verzonden reactie.
3. Uitvoerende werkzaamheden met betrekking tot de WVG. In de zomer van 1986 kwam de eerdergenoemde 'Handleiding bij de invoering van de WVG' in de Kerngroep van het Portefeuillehoudersoverleg aan de orde. Ook ging in die tijd enige aandacht uit naar het Regionaal Financieel Overzicht. Het

vestigingsbeleid huisartsen, het enige thema ten aanzien waarvan de WVG al wordt uitgevoerd, wordt in Eindhoven/-Kempenland beschouwd als een zaak van de subregio's en is het afgelopen jaar, zij het frequent, voornamelijk aan de orde geweest binnen het Regionaal Ambtelijk Planoverleg.

4. Uitvoerende werkzaamheden met betrekking tot de WZV. In de eerste plaats kan hier worden genoemd de planning psychiatrie. Na enig onderhandelen met provincie en partijen binnen de regio stelde het Dagelijks Bestuur januari 1987 de plancommissie psychiatrie in. Inmiddels speelt binnen de regio eveneens de planning verpleeghuizen.

Van de onder 3. en 4. genoemde inhoudelijke thema's komen er twee in hierna volgende hoofdstukken aan de orde, te weten het Regionaal Financieel Overzicht (hoofdstuk 5) en de planning psychiatrie (hoofdstuk 6). Op twee andere thema's, vestigingsbeleid huisartsen en planning verpleeghuizen, wordt hieronder in het kort ingegaan.

Vestigingsbeleid huisartsen

Het vestigingsbeleid huisartsen krijgt in Eindhoven/Kempenland gestalte op subregionaal niveau. Als telgebied worden de subregio's gehanteerd en ook de spreiding van praktijken vindt binnen subregio's plaats. Vergunningen voor huisartsen worden door afzonderlijke gemeenten afgegeven.

In het opzetten van het vestigingsbeleid is men over het algemeen nog niet zo ver gevorderd. In zes van de zeven subregio's zijn weliswaar vestigingscommissies ingesteld, bijna nergens zijn al procedures voor nieuwe vestigingen vastgesteld. Voorts doen zich in het ontwikkelen van het vestigingsbeleid tal van verschillen voor tussen de subregio's. Zo is in een aantal subregio's de vestigingscommissie ingesteld op basis van de Gemeentewet (art. 62), in andere op basis van de WVG. Onafhankelijk van de juridische status ontvangen in de ene subregio de leden

wel presentiegeld, in de andere niet. Het aantal leden van de commissie varieert van 6 tot 14. Ook in de rol van de bestuurders lopen de subregio's uiteen: in een enkele commissie is een Portefeuillehouder Volksgezondheid voorzitter, in andere is hij/zij toehoorder of adviseur of in het geheel niet aanwezig. Andere verschillen tussen de subregio's betreffen de houding van de gemeenten (actief of passief), het karakter van de vergaderingen van de vestigingscommissies (openbaar of besloten) en de mogelijkheid die de beroepsgroep wordt geboden tot voorselectie van kandidaten. In sommige subregio's loopt het vestigingsbeleid ook aanmerkelijk soepeler dan in andere. Van belang voor de voortgang blijkt de opstelling van de huisarsen. In bepaalde subregio's zouden zij, door de uitvoering van het beleid zoveel mogelijk te vertragen, vooruit hebben gelopen op het eventueel intrekken van de vestigingsregeling.

De diversiteit in het opzetten van het vestigingsbeleid en de problemen die werden geconstateerd hebben er toe geleid dat leden van het Dagelijks Bestuur van het regionale samenwerkingsverband hebben gepleit voor een meer uniforme aanpak. Een eerste aanzet daartoe is het besluit van het Dagelijks Bestuur het vestigingsbeleid regelmatig op de agenda te plaatsen.

Planning verpleeghuizen

In mei 1986 ontving de provincie Noord-Brabant de voorlopige aanwijzing van het Rijk voor het opstellen van een plan ex WZV voor de verpleeghuizen in de gezondheidsregio Eindhoven. De WVG-regio Eindhoven/Kempenland maakt van deze regio deel uit. De provincie besloot afzonderlijke uitwerkingsplannen te laten maken door de WVG-regio en het overige gedeelte van de gezondheidsregio. Men richtte in oktober 1986 een verzoek tot het Dagelijks Bestuur van het samenwerkingsverband. Deze laatste verklaarde zich in december bereid het uitwerkingsplan voor te bereiden. Hoewel het om een WZV-plan gaat vond de provincie het

geen probleem dat vooruitgelopen zou worden op de WVG-invoering in dit gebied. Afstemming van de voorziening verpleeghuizen op andere voorzieningen, alsook de onderlinge samemhang tussen voorzieningen, zouden aan bod moeten komen. Eventuele onderdelen van het plan, betrekking hebbend op voorzieningen die buiten de WZV-richtlijnen vallen, zouden weliswaar formeel opzij dienen te worden geschoven, maar toch nader bekeken kunnen worden. In feite kreeg de planning verpleeghuizen hiermee een soortgelijke status als de planning psychiatrie.

In juni 1987 werd door het Dagelijks Bestuur de volgende werkwijze vastgesteld. Door de subregio's, of de gemeenten daarbinnen, worden uitgangspunten geformuleerd voor een geïntegreerd ouderenbeleid. Tegelijkertijd worden door het samenwerkingsorgaan uitgangspunten geformuleerd voor verpleeghuizen en bejaardenoorden. Het Algemeen Bestuur cq. Dagelijks Bestuur voegt al deze uitgangspunten bijeen, stelt ze zo nodig bij en stelt ze daarna vast. Zij vormen de basis van het op te stellen plan verpleeghuizen en worden aan de in te stellen plancommissie, waaraan door alle in de regio betrokkenen wordt deelgenomen, overhandigd. Deze commissie betreft bij het opstellen van het plan tevens inventarisaties van knelpunten rond de voorziening verpleeghuizen, uitgevoerd door enerzijds de subregio's (bij de bevolking ervaren knelpunten) anderzijds de plancommissie zelf (door regionale voorzieningen ervaren knelpunten met betrekking tot de verpleeghuizen). Het ontwerpplan wordt vervolgens aangeboden aan het Algemeen Bestuur van het samenwerkingsverband, dat het ontwerp de inspraakprocedure laat doorlopen.

Begin juni 1987 vond er over de planning verpleeghuizen een eerste gesprek plaats tussen vertegenwoordigers van het Algemeen Bestuur, veld en verzekeraars. De verpleeghuizen brachten hierin naar voren reeds over een plan, opgesteld in het verleden, te beschikken. Het Algemeen Bestuur besloot toen te wachten met het starten van de planprocedure en de verpleeghuizen de gelegenheid

te geven na te gaan of het plan door het gehele veld zou worden gedragen. Dit laatste vond in juli en augustus plaats. Inhoudelijk bleek het Algemeen Bestuur het overigens niet zo eens te zijn met het plan, met name omdat er een uitbreiding van de capaciteit van de instellingen werd voorgesteld. Zijzelf wilden meer nadruk leggen op de spreiding van voorzieningen en op alternatieven (waaronder het inschakelen van de eerstelijns en de overdracht naar verzorgingstehuizen).

4.3 Het beleidsnetwerk

Behalve naar wat er het afgelopen jaar feitelijk in Eindhoven/-Kempenland heeft plaatsgevonden, gaat de aandacht in dit hoofdstuk uit naar het functioneren van het invoeringsproject op zich. Aan dit functioneren kunnen twee aspecten worden onderscheiden, te weten enerzijds het projectmanagement, anderzijds de omgang van de partijen met elkaar. Over het eerste aspect is de afgelopen periode onderzoek verricht door het onderzoeksburo Twijnstra Gudde. Op de door dit buro getrokken conclusies wordt hier niet ingegaan, aangezien de betreffende rapportage tot dusver niet openbaar is gemaakt. Wij beperken ons dan ook tot het tweede aspect.

Om uitspraken te kunnen doen over de omgang met elkaar van de bij het invoeringsproject betrokkenen dient te worden beschikt over een theoretisch kader. Dit kader wordt vastgesteld met behulp van het concept beleidsnetwerk. Hieronder kan worden verstaan het 'geraamte' van op afhankelijkheid gebaseerde betrekkingen en normatieve verhoudingen tussen organisaties (Wasenberg, 1980). Een netwerk kenmerkt zich door een veelheid van actoren die vanuit uiteenlopende visies, probleemdefinities en belangen, en met verschillende beïnvloedingsmogelijkheden, aan de besluitvorming bijdragen. Voorts vormen zowel het verwezen-

lijken van officiële doelen als het uiteenlopen van visies, en belangen bestaansgrond van het netwerk. Een derde kenmerk is het feit dat er sprake is van een onderhandelingsproces waarin onzekerheidsreductie en het vastleggen en inperken van macht veelal de boventoon voeren.

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

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

De te beantwoorden vraag is of het WVG-netwerk in Eindhoven/Kempenland het afgelopen jaar doeltreffend functioneerde. Allereerst zal dan moeten worden nagegaan of hier wel van een netwerk sprake is. In zijn algemeenheid, dat wil zeggen het invoeringsproject over de afgelopen vier jaar overziende, is dit het geval. Als actoren van het netwerk kunnen de in schema 2 genoemde partijen worden aangemerkt. Al deze actoren dragen vanuit uiteenlopende visies, probleemdefinities en belangen, en met verschillende beïnvloedingsmogelijkheden, aan de besluitvorming over de WVG-invoering bij. Ook is duidelijk dat de bestaansgrond van hun overleg niet alleen gevormd wordt door het verwezenlij-

ken van het collectieve doel 'een meer samenhangende en doelmatige gezondheidszorg' doch ook door het uiteenlopen van visies en belangen (juist daarom wil men erbij zijn). Tenslotte laat ook het onderhandelingsproces (bijvoorbeeld over taakverdeling en planprocedures) zich duidelijk zien.

Heeft dit WVG-netwerk het afgelopen jaar eigenlijk wel gefunctioneerd? Op het eerste gezicht niet. In hun totaliteit zijn de partijen in bestuurlijk of ambtelijk overleg niet of nauwelijks bijeen geweest. Ook schriftelijk was er vrijwel geen contact. Toch heeft het netwerk zich ons inziens laten zien. Zo wordt in de regio Eindhoven/Kempenland min of meer als uitgangspunt gehanteerd dat men bijeenkomt wanneer er aanleiding voor is. Die was er het afgelopen jaar blijkbaar niet. Men kan zich echter voorstellen dat men, zoals ook elders gebruikelijk is, een reeks overlegvergaderingen had vastgelegd en met elkaar had afgesproken een vergadering te annuleren wanneer er onvoldoende aanleiding was bijeen te komen. Hoewel deze opzet er wellicht evenzeer toe zou hebben geleid dat, over het gehele jaar genomen, niet of nauwelijks bijeen was gekomen, is hier een principieel andere omgangswijze aan de orde dan degene waarvan nu sprake was. Daarbij is het maar zeer de vraag of er inderdaad geen aanleiding is geweest, zo niet voor bestuurlijk dan wel voor ambtelijk overleg. Aanleiding had bijvoorbeeld kunnen zijn de beantwoording van de vraag hoe verder gegaan diende te worden met het RFO Eindhoven/Kempenland of de vraag welke strategie er door de regio gevolgd zou moeten worden naar het Rijk. Deze aanleidingen werden niet aangegrepen.

Het netwerk heeft dus zeker wel gefunctioneerd. Sterker dan dit netwerk functioneerde het afgelopen jaar echter een deelnetwerk, bestaande uit de gemeenten van het invoeringsgebied. Dit netwerk heeft een bestuurlijke en een ambtelijke component. In feite betreft het hier het linker gedeelte van schema 2. Naar onze mening is op de groep gemeenten het begrip netwerk van toepas-

sing omdat ook hier sprake is van soms uiteenlopende visies en belangen (grote gemeenten tegenover kleine bijvoorbeeld) en naast het verwezenlijken van collectieve doelen het uiteenlopen van visies en belangen mede motiveert om bijeen te zijn. Van een onderhandelingsproces (bijvoorbeeld ten aanzien van het vaststellen van de verdeelsleutel van de plankostenvergoeding) is eveneens sprake.

De doeltreffendheid van een netwerk is door ons omschreven als de mate waarin de partijen in staat zijn om, met het oog op collectieve doeleinden en vraagstukken over onderlinge afhankelijkheid of samenhang, beslissingen te nemen tegen relatief bescheiden inspanningen en kosten. Door het totale netwerk in Eindhoven/Kempenland zijn het afgelopen jaar vrijwel geen beslissingen genomen. Onderwerpen voor besluitvorming (het RFO of de voortgang van het invoeringsproject) hebben zich wel aangediend. Het WVG-netwerk is dus niet doeltreffend geweest, echter niet omdat beslissingen werden genomen tegen hoge kosten en inspanningen doch omdat in het geheel geen beslissingen werden genomen. Van de drie voorwaarden voor doeltreffendheid die door ons werden onderscheiden is in feite dan ook alleen de eerste aan de orde, de overige twee veronderstellen contact en communicatie tussen de partijen en hiervan was geen sprake. Aan deze eerste voorwaarde - minimale oriëntatie op particularistische belangen en doeleinden en het besef dat het netwerk is gericht op legitieme, collectieve belangen - is het afgelopen jaar niet voldaan. Door een tweetal partijen, te weten de verzekeraars en de ziekenhuizen, werd zelfs nadrukkelijk afstand genomen van het Integrale Invoeringsproject (zie hun brieven in de tweede helft van 1986).

Door het deelnetwerk van de lokale overheden zijn het afgelopen jaar wel beslissingen genomen met het oog op collectieve doeleinden en onderlinge relaties. Verreweg het voornaamste onder-

werp waarop deze beslissingen betrekking hadden betrof het regionale samenwerkingsverband. Daarnaast waren inhoudelijke onderwerpen (planning psychiatrie en verpleeghuizen) en landelijke ontwikkelingen aan de orde. Vaak werden beslissingen niet tegen 'relatief bescheiden kosten en inspanningen' genomen: ook het afgelopen jaar deden zich tussen de bestuurders wel eens spanningen voor en liepen, in het Algemeen Bestuur méér dan in het Dagelijks Bestuur, meningen uiteen. De doeltreffendheid van dit deelnetwerk was dan ook nog beperkt. Aan de voorwaarden van doeltreffendheid werd echter in aanzienlijk grotere mate voldaan dan door het totale WVG-netwerk: vooral door de vorming van het regionale samenwerkingsorgaan was er in vergelijking tot voorafgaande jaren een tamelijk sterke gerichtheid op collectieve belangen; visies, belangen en bijdragen van de afzonderlijke gemeenten werden over het algemeen serieus genomen en gerespecteerd; agenda's, procedures, verantwoordelijkheden en besluiten waren over het algemeen helder en overzichtelijk.

Vanuit dit gemeentelijke deelnetwerk werden contacten onderhouden met de provinciale overheid. Deze contacten hadden een grillig karakter en waren ons inziens van beide kanten meer gericht op eigenbelang en profilering van zichzelf dan op gemeenschappelijkheid en samenwerking. Regionaal, zowel door het projectteam als door het Dagelijks Bestuur, werd de door de provincie voorgestane strategie, welke in de loop van het jaar steeds duidelijker naar voren werd gebracht - liever via een uitbouw van de WZV dan door directe invoering van de WVG komen tot een meer samenhangende en doelmatige gezondheidszorg - fel bekritiseerd. Daarnaast was er veel irritatie in de regio over het door de provincie afhouden van overleg. Wanneer de gemeentelijke overheid tezamen met de provincie als één netwerk wordt opgevat kan beslist niet worden gezegd dat dit netwerk doeltreffend functioneerde.

Ook het afgelopen jaar is de omgang tussen de partijen in Eindhoven/Kempenland al met al moeizaam verlopen. De slotvraag van deze paragraaf is welke vooruitzichten er zijn voor de komende tijd. Vanzelfsprekend hangt de omgang met elkaar in de toekomst sterk af van de inhoud van het model waarvoor door het Rijk ten aanzien van de gezondheidszorg op regionaal niveau wordt gekozen. De bereidheid tot samenwerking zal voor een groot deel worden bepaald door de mate waarin men zich in dit model kan vinden. Binnen de regio zelf zijn naar onze mening twee zaken aan te wijzen die op de omgang binnen het netwerk een positieve invloed kunnen uitoefenen. In de eerste plaats betreft dit de formalisering van de gemeentelijke samenwerking. De totstandkoming van het samenwerkingsorgaan Eindhoven/Kempenland achten wij van groot belang voor de regio. Een proces van jaren is hiermee afgerond. Binnen de regio is dit een rustgevend element. Mogelijkerwijs heeft het tot gevolg dat de gemeenten, die nu bewezen hebben tot overeenstemming te kunnen komen, zich meer met zorginhoudelijke zaken bezig zullen gaan houden en zich meer naar andere partijen richten. De tekenen wijzen erop dat van dit laatste sprake zal zijn. De huidige Portefeuillehouders Volksgezondheid, met name die van het Dagelijks Bestuur, hechten veel belang aan regionale samenwerking. Een tweede stimulerende factor kunnen de werkzaamheden rond de planning psychiatrie en verpleeghuizen zijn. Het Dagelijks Bestuur van het samenwerkingsorgaan, verzekeraars en veld hebben elkaar kunnen vinden in een opzet waarin weliswaar formeel wordt uitgegaan van de WZV doch ruimte is voor elementen uit de WVG (namelijk: in de plancommissie ook vertegenwoordigers uit de extramurale sectoren, in het ontwerpplan ook uitspraken op te nemen over de planning van aan de psychiatrie verwante voorzieningen). Het zou kunnen dat de samenwerking die op dit terrein ontwikkeld wordt een positieve uitstraling heeft naar de onderlinge relaties in ruimer verband.

Het Integrale Invoeringsproject WVG in Eindhoven/Kempenland bestaat sinds 1983. In de loop der jaren is binnen de regio teleurstelling ontstaan over de resultaten van het project. Het vertrouwen in elkaar van enerzijds gemeenten, anderzijds veld en verzekeraars, was gering.

In de afgelopen evaluatieperiode zorgde het uitblijven van uitvoeringsbesluiten van het Rijk voor een betrekkelijke rust in het invoeringsproject. De verzekeraars en de gezamenlijke ziekenhuizen schortten hun deelname aan het project, uit onvrede over het achterwege blijven van uitvoeringsbesluiten van het Rijk, op. Van alle partijen waren de gemeenten het meest actief. Zij legden de laatste hand aan de totstandkoming van hun samenwerkingsorgaan. Voorts ging hun aandacht uit naar de planning van de psychiatrie en van de verpleeghuizen in de regio. Het vestigingsbeleid huisartsen, dat in Eindhoven/Kempenland als een zaak van de (sub)regio's wordt beschouwd, is nog niet ver gevorderd. De diversiteit in de aanpak van dit beleid is groot.

Het beleidsnetwerk rond de WVG-invoering in Eindhoven/Kempenland, dat bestaat uit gemeenten, provincie, veld, verzekeraars en gebruikersorganisatie, heeft het afgelopen jaar niet op een positieve wijze gefunctioneerd. Men vond geen aanleiding aanwezig om, ambtelijk dan wel bestuurlijk, bijeen te komen. Aan de voorwaarden voor doeltreffendheid - met name de oriëntatie op collectieve belangen - werd niet voldaan. De doeltreffendheid van het deelnetwerk dat wordt gevormd door de samenwerkende gemeenten was het afgelopen jaar beperkt. Niettemin werd aan de voorwaarden van doeltreffendheid, zeker in vergelijking tot de voorafgaande jaren, voldaan. De relatie tussen gemeenten en provincie liet te wensen over. De contacten tussen beide leken meer gericht op eigenbelang en profilering van zichzelf dan op gemeenschappelijkheid en samenwerking.

Binnen het invoeringsgebied zijn twee positieve zaken aan te wijzen, namelijk de totstandkoming van het samenwerkingsorgaan van de gemeenten en de werkzaamheden rond de planning van de psychiatrie en de verpleeghuizen. Zij kunnen in de nabije toekomst een stimulerende rol spelen in het verbeteren van de relaties tussen de partijen van het invoeringsproject.

Op basis van deze conclusies worden de volgende aanbevelingen gedaan.

1. Indien men in de regio Eindhoven/Kempenland verder wenst te gaan met de invoering van de WVG dient in aanzienlijk grotere mate dan nu het geval is te worden voldaan aan de voorwaarden die gelden voor het doeltreffend functioneren van het beleidsnetwerk: de invoering van de WVG dient een gemeenschappelijk doel te worden, de visies, belangen en bijdragen van de afzonderlijke partijen dienen door iedereen serieus genomen te worden en de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en deskundigheden gerespecteerd. Wegen hiertoe kunnen zijn:
 - het op korte termijn zowel ambtelijk als bestuurlijk hervatten van het regionaal overleg; mogelijke onderwerpen van overleg zijn de voortgang van het project en de toekomst van het Regionaal Financieel Overzicht; voorwaarde voor het hervatten van dit overleg is dat verzekeraars en gezamenlijke ziekenhuizen hun standpunt over deelname aan het invoeringsproject herzien;
 - continueren en verstevigen van de samenwerking die rond de planning psychiatrie en planning verpleeghuizen is ontstaan.
2. De samenwerkende gemeenten dienen zich, nu de werkzaamheden om te komen tot een samenwerkingsorgaan zijn afgerond, meer dan tot dusver naar de andere partijen van het invoeringsproject te richten en zich bezig te houden met zorginhoudelijke onderwerpen.

5. HET REGIONAAL FINANCIËEL OVERZICHT

5.1 Inleiding

Tussen april 1984 en november 1986 werden in Eindhoven/Kempenland werkzaamheden verricht met betrekking tot het Regionaal Financieel Overzicht (RFO). In dit hoofdstuk worden deze werkzaamheden besproken en het RFO als beleidsinstrument geëvalueerd. Eerst (par. 5.2) wordt ingegaan op de doelstellingen en uitgangspunten van het RFO en wordt de betrokkenheid van het Rijk beschreven. Vervolgens (par. 5.3) worden de bezigheden in Eindhoven/Kempenland geschetst. Daarna (par. 5.4) volgt de eigenlijke evaluatie. Het hoofdstuk wordt afgesloten (par. 5.5) met conclusies en aanbevelingen.

De informatie die nodig was om dit hoofdstuk samen te stellen werd voornamelijk verkregen door bestudering van documenten. Daarnaast werden enkele korte telefonische interviews gehouden.

5.2 Het RFO formeel

Het RFO kan worden beschouwd als een belangrijk instrument voor het maken van plannen volgens de WVG. Vrijwel vanaf de start van de invoeringsprojecten heeft het instrument aandacht gekregen. Doordat het om een betrekkelijk nieuw beleidsinstrument ging, waarvan de formeel-juridische positie vooraf niet duidelijk was gedefinieerd, is de toepassing ervan in de invoeringsgebieden met de nodige onzekerheden en problemen gepaard gegaan. Mede hierdoor zijn in de loop der jaren externe onderzoeksinstituten bij de vormgeving en toepassing van het instrument betrokken. Zo is medio 1985 door het ministerie van WVC aan de Rijksuniversiteit Utrecht (vakgroep Algemene Gezondheidszorg en Epidemiologie) en de Rijksuniversiteit Limburg (vakgroep Economie van de

Gezondheidszorg) advies gevraagd over het opstellen van RFO-en. Dit advies werd najaar 1985 uitgebracht. De betrokkenheid van de Rijksuniversiteit Limburg heeft tevens geleid tot een advies over een bij het opstellen van RFO-en te gebruiken Handleiding (1987).

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

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

Over de wijze waarop RFO-en moeten worden opgesteld kan het volgende worden gezegd (Rijksuniversiteit Limburg, 1987). Zeer belangrijk is dat de overzichten in samenwerking met alle partijen, te weten gemeenten, provincie, (samenwerkende) instellingen,

gen, beroepsbeoefenaren, gebruikersorganisaties en ziektekostenverzekeraars, worden opgesteld. Voorts is het van belang dat de RFO-en aanvaard en gedragen worden door alle instellingen en instanties van gezondheidszorg in de regio. Dit uitgangspunt resulteert in een zgn. 'bottum-up' benadering van de inventarisatie op basis van met name jaarrekeningen.

In concreto betekenen deze uitgangspunten onder meer dat:

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

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

De start voor het maken van de RFO-en vond plaats in januari 1984. In die maand verzocht de Directeur-Generaal Volksgezondheid van WVC de Integrale Invoeringsprojecten een inventarisatie uit te voeren met het oog op de berekening van financiële kaders. In het ontwerp-schema van werkzaamheden d.d. mei 1984 werd aan provincie en gemeenten voorgesteld deze inventarisatie te verrichten in samenwerking met financiers, instellingen en (organisaties van) beroepsbeoefenaren. Verzocht werd per subregio een ambtelijke Werkgroep Inventarisatie te vormen. De inventarisatie zou vooralsnog betrekking hebben op het jaar 1982.

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

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

De eerste helft van 1984 werd in de invoeringsgebieden besteed aan voorbereidende besprekingen over taakopdracht, status en samenstelling van de werkgroep en haar relatie tot andere orga-

nen. In de meeste (sub)regio's vond in dat najaar de eerste vergadering van de werkgroep plaats.

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

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

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

Op 3 maart 1986 verscheen het Concept-besluit Integrale Invoeringsprojecten WVG (AMvB ex art. 41 WVG). Hierin, en in de bijbehorende Nota van Toelichting, werden functie en status van het RFO omschreven.

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

5.3 Het RFO in Eindhoven/Kempenland

In het invoeringsgebied Eindhoven/Kempenland was, voordat met werkzaamheden voor het RFO werd begonnen, reeds enige jaren ervaring opgedaan met het verzamelen van gegevens over de gezondheidszorg. Dit gebeurde in het kader van het project Regionale Gegevensoverzichten Gezondheidszorg. Het in de vorige paragraaf genoemde verzoek van de Directeur-Generaal in januari 1984, om te starten met inventarisaties ten behoeve van een RFO, leidde dan ook zonder problemen tot de instelling van een (ambtelijke) Werkgroep Inventaristie in april van dat jaar. In deze werkgroep participeerden de gezamenlijke gemeenten, de provincie, het Regionaal Ziekenfonds Eindhoven en Omstreken (RZEO), het Centraal Ziekenfonds (CZ), een vertegenwoordiger van het Kontaktorgaan Landelijk Overleg Ziektenkostenverzekeraars (KLOZ), de Regionale Raad Gezondheidszorg en het departement van

WVC. De gemeenten verzorgden de coördinatie van de werkzaamheden.

De werkgroep bracht juli 1985 een voorlopige inventarisatie uit over 1982. Haar werkzaamheden werden vervolgens opgeschort vanwege de al eerder genoemde onduidelijkheid op landelijk niveau, onder meer over methoden van verzamelen en te hanteren definities. Ook speelde onduidelijkheid over de relatie tussen planning en financiering een rol. Naar aanleiding van de brief van de Directeur-Generaal van februari 1986 werd de draad weer opgepakt en werd gewerkt aan het RFO 1982-1984. Terwijl men in de werkgroep bezig was met de afronding hiervan trokken de vertegenwoordigers van ziekenfondsen en KLOZ zich, september 1986, uit de werkgroep terug. Reden hiervoor was het feit dat de verzekeraars besloten hadden niet meer aan de experimentele integrale invoering van de WVG mee te werken (zie hierover par. 4.2). De overige leden van de werkgroep besloten om toch te rapporteren, zij het zonder de gegevens die nog door de verzekeraars zouden worden ingebracht. Het betrof met name gegevens over de vrijgevestigde beroepsbeoefenaars. Dit rapport (zie Werkgroep Inventarisatie regio Eindhoven/Kempenland, 1986) werd formeel een tussenrapportage genoemd en aangeboden aan alle betrokkenen bij de integrale invoering WVG in de regio. De ziektenkostenverzekeraars wensten voor de inhoud en strekking van deze rapportage geen verantwoordelijkheid te dragen. In haar begeleidend schrijven bij het rapport ging de werkgroep er van uit dat in het Regionaal Bestuurlijk Overleg, waarin door alle bij de integrale invoering betrokken partijen werd geparticipeerd, zou worden gezien welke eventuele vervolgactiviteiten plaats zouden vinden en wanneer en door wie deze zouden worden uitgevoerd. Dit bestuurlijk overleg heeft zich hierover tot dusver niet uitgelaten. Het kwam sindsdien niet bijeen. Met betrekking tot het RFO zijn in Eindhoven/Kempenland sinds november 1986 dan ook geen werkzaamheden meer verricht.

In overzicht 3 zijn de belangrijkste gebeurtenissen met betrekking tot het RFO in Eindhoven/Kempenland beknopt samengevat.

Overzicht 3 Belangrijkste gebeurtenissen met betrekking tot het opstellen van het Regionaal Financieel Overzicht in Eindhoven/Kempenland

tijdstip	gebeurtenis
april 1984	instelling Werkgroep Inventarisatie
juli 1985	voorlopige inventarisatie over 1982 uitgebracht
	werkzaamheden Werkgroep Inventarisatie, gezien landelijke onduidelijkheid, opgeschort
januari t/m september 1986	werkzaamheden met betrekking tot het RFO 1982-1984 vinden plaats
september 1986	ziektenkostenverzekeraars schorten hun medewerking aan het RFO op
november 1986	tussenrapport RFO 1982-1984 Eindhoven/Kempenland door Werkgroep Inventarisatie binnen invoeringsgebied verspreid

De verzameling van de gegevens voor wat dus de 'tussenrapportage RFO 1982-1984' werd, vond de eerste helft van 1986 plaats. Door de werkgroep werden de gegevens aan de afzonderlijke instellingen toegestuurd teneinde hen gelegenheid te geven deze te toetsen.

Het rapport van de werkgroep bevat naast bevolkingscijfers (over zowel de huidige als de te verwachten situatie) overzichten van kosten en capaciteiten over 1982, 1983 en 1984 van de instellingen, alsook een overzicht van bouwinitiatieven ingevolge het prioriteitenoverzicht 1984-1986. Het bevat geen informatie over patiëntenstromen. Enige gegevens hierover waren volgens de werkgroep wel beschikbaar doch men verkeerde in onzekerheid over de wijze waarop de feitelijke regionale in- en uitstroom van patiënten gedefinieerd en bepaald zou moeten worden. Voorts is in

de inventarisatie ook de maatschappelijke dienstverlening buiten beschouwing gelaten. De werkgroep achtte het verstandig zich vooralsnog te beperken tot de 'eigenlijke' gezondheidszorgvoorzieningen. Een belangrijke bijkomstige reden was de grote diversiteit in de financiering van de maatschappelijke dienstverlening.

Wel wordt in het rapport, zij het zeer beknopt, ingegaan op de door de werkgroep ondervonden knelpunten. Dat de knelpunten niet uitgebreider worden belicht - hetgeen de afspraak was - wordt door de werkgroep geweten aan het feit dat de ziektekostenverzekeraars hun medewerking aan het RFO opschortten. De genoemde knelpunten vallen in twee categorieën uiteen. In de eerste plaats betreft het problemen over definities. Zo was niet duidelijk wat onder een begrip als 'erkende specialisten' moest worden verstaan. Ook het begrip functie vond men niet duidelijk omschreven. In de tweede plaats ervoer men problemen van methodische aard: onbetrouwbaarheid van de schatting van particuliere ziektenkosten, onduidelijkheid over de te hanteren methode bij het ramen van exploitatiegevolgen van investeringen en de discrepanties die zich kunnen voordoen tussen cijfers van jaarrekeningen en cijfers van definitief aanvaarde kosten op basis van nacalculatie.

5.4 Evaluatie beleidsinstrument RFO

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

king van het instrument RFO in de praktijk ook worden ingegaan op de mogelijkheden die het instrument formeel/wettelijk biedt.

Procedure-decentraal

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

De opstelling van het RFO is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van provincie en gemeenten, waarbij elk overheidsnivo die voorzieningen dient te inventariseren welke, op basis van de afgesproken taakverdeling in de BOM-nota, tot zijn planningsverantwoordelijkheid zouden gaan behoren. Er is dus sprake van verantwoordelijkheden, maar is er ook sprake van bevoegdheden? Kunnen gemeenten en provincie bijvoorbeeld, indien dat nodig zou zijn, voor het RFO onmisbare informatie afdwingen van personen of instellingen? De wettelijke basis hiervoor ontbreekt vooralsnog. Ook in andere opzichten ontbreekt zij: ten aanzien van genoemde taakverdeling in de planningsverantwoordelijkheid (men was van plan dit te regelen in de AMvB ex art. 41 WVG), de inhoud van het RFO (bijvoorbeeld in hoeverre ook maatschappelijke dienstverlening moet worden meegenomen of correcties op bevolkingssamenstelling en patiëntenstromen worden uitgevoerd) alsook ten aanzien van de functie van het RFO bij het vaststellen van financiële kaders. Over sommige van deze zaken zijn in het verleden weliswaar uitspraken gedaan (bijvoorbeeld in brieven van het Rijk aan de invoeringsgebieden) doch zij zijn niet wettelijk geregeld. Een oordeel over de bevoegdheden, die met betrekking tot het RFO aan de lagere overheden worden gegeven, is in feite pas mogelijk wanneer dit is gebeurd.

Het tweede aspect van decentralisatie is de onafhankelijkheid en eigen belangenafweging van de lagere overheden. Was hiervan bij de totstandkoming van het RFO in Eindhoven/Kempenland sprake?

Het RFO 1982-1984 werd samengesteld door de Werkgroep Inventarisatie. De coördinatie berustte bij de gemeenten. Het zwaartepunt in de gegevensverzameling lag echter bij de verzekeraars. Dat door dit laatste een situatie van afhankelijkheid ontstond bleek toen de verzekeraars hun medewerking opzegden: gegevens over beroepsbeoefenaren, die door de verzekeraars nog aangeleverd zouden worden, konden niet in de rapportage worden opgenomen.

Samengevat: het RFO moge de lagere overheden in staat stellen meer zicht te krijgen op wat zich binnen de regio afspeelt, vooralsnog is bij de opstelling van het RFO meer sprake van verantwoordelijkheden dan van bevoegdheden. Wettelijk is rond het RFO nog te weinig geregeld. In Eindhoven/Kempenland zijn de lagere overheden bij de samenstelling van het RFO afhankelijk gebleken van de verzekeraars.

Procedure-democratisch

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

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

Wat de invloed van betrokkenen in de gezondheidszorg betreft (de externe democratie) kan allereerst worden opgemerkt dat ook hierover wettelijk nog niets is geregeld. Wel is indertijd, bij

het opstellen van het schema van werkzaamheden van het invoeringsproject, de inbreng van betrokkenen bij de opstelling van het RFO vastgelegd. In Eindhoven/Kempenland hebben, op de gebruikersorganisatie na, alle partijen van het Integrale Invoeringsproject aan de totstandkoming van het RFO bijgedragen en invloed kunnen uitoefenen, zowel op de procedure als op het product.

Samengevat: de opstelling van het RFO in Eindhoven/Kempenland is op een democratische wijze verlopen.

Procedure-samenhangend

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

Op basis van bestudering van vergaderstukken van de Werkgroep Inventarisatie kan worden gezegd dat in Eindhoven/Kempenland bij de samenstelling van het RFO sprake was van een taakverdeling. Er zijn geen aanwijzingen dat dubbel werk is verricht. In dit opzicht was dus sprake van samenhang.

Van samenhang tussen de intenties en motieven van de leden van de werkgroep om aan de totstandkoming van het RFO mee te doen was naar onze indruk in veel mindere mate sprake. De belangen van de leden, zo is de indruk, liepen nogal uiteen en het is zeer de vraag of een gezamenlijk eindproduct, zo men hiertoe was gekomen, door iedereen in min of meer gelijke mate zou zijn gedragen. Voor de gemeenten, als grootste voorstander van de WVG-invoering, woog het RFO het zwaarst, voor de verzekeraars het minst zwaar.

Samengevat: uitgaande van het op elkaar afgestemd zijn van taken en overleg, kenmerkte de totstandkoming van het RFO in Eindhoven/Kempenland zich door samenhang. Samenhang in motivatie en betrokkenheid lijkt zich echter onvoldoende te hebben voorgedaan.

Procedure-doelmatig

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

De zojuist genoemde afstemming van taken en overleg duidt op een doelmatige werkwijze. Ook andere zaken bevorderden de doelmatigheid: er was één coördinatiepunt waar de resultaten van de werkzaamheden samenkwamen; toetsing van de gegevens, welke plaatsvond door het benaderen van de afzonderlijke instellingen, geschiedde vanuit dit centrale punt.

Daarnaast lijken elementen aanwezig die enigszins afbreuk deden aan die doelmatigheid. Zo is er de indruk dat de gemeenten, als coördinator, niet echt door de andere partijen werden geaccepteerd. Voorts heerste er in de werkgroep een afwachtende, wellicht wat passieve houding. Aanwijzingen hiervoor zijn het opschorten van de werkzaamheden toen men niet over definities van begrippen kon beschikken, het niet anticiperen op toch wel te verwachten problemen in de werkgroep (bijv. met de verzekeraars) en de reactie van het overige deel van de werkgroep toen de verzekeraars de werkgroep verlieten. Men legde zich snel bij hun vertrek neer, onderzocht niet of de nu ontbrekende gegevens wellicht op een andere wijze konden worden verzameld en legde, via het uitbrengen van het 'tussenrapport', de toekomst van het RFO in handen van het Regionaal Bestuurlijk Overleg.

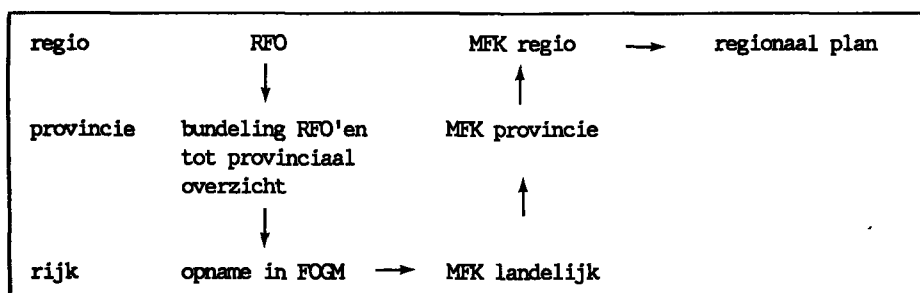
Samengevat: technisch gesproken was er bij de totstandkoming van het RFO in Eindhoven/Kempenland sprake van een doelmatige procedure. De achterliggende belangen, zo is de indruk, deden hieraan afbreuk.

Product-samenhangend

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

Het is de bedoeling van het Rijk het RFO een belangrijk hulpmiddel te laten zijn bij de vaststelling van het Margaal Financieel Kader (MFK) voor de regio. De route die dan zou worden gevolgd is weergegeven in schema 3. Indien dit wordt gerealiseerd, is zeker van een samenhangende beleidsvoering sprake. De beleidsinstrumenten RFO, FOGM, MFK en regionaal plan sluiten dan immers op elkaar aan en vormen één geheel. Feitelijk is deze route nog niet doorlopen. Evenmin zijn de status van het RFO en de relaties tussen het RFO en de overige hier vermelde instrumenten al wettelijk vastgelegd. Samenhang is dus in potentie aanwezig, feitelijk nog niet.

Schema 3 De beoogde samenhang tussen Regionaal Financieel Overzicht (RFO) en Margaal Financieel Kader (MFK)



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

Bij de samenhang in de presentatie kan worden gekeken naar de indeling van het RFO, de opzet van de tabellen en de algehele lay out. Het RFO Eindhoven/Kempenland is in dit opzicht een goed product. De indeling - bespreking van de werkwijze, overzichten van kosten en capaciteiten, bouwinitiatieven, bevolkingscijfers,

ondervonden knelpunten - is helder en de tabellen zijn duidelijk en snel te doorgronden.

Bij de inhoudelijke samenhang gaat het allereerst om de samenhang tussen de voorzieningen. Hieraan is geen aandacht geschonken. Zo werden van de maatschappelijke dienstverlening, waarvan onderdelen een functionele samenhang vertonen met delen van de gezondheidszorg, geen gegevens opgenomen. Inhoudelijke samenhang kan voorts blijken uit de opname van stroomcijfers, zowel geografisch (patiëntenverkeer tussen gemeenten en regio's) als zorginhoudelijk (bijv. patiëntenstromen tussen eerste- en tweedelijns). Dergelijke cijfers zijn in het RFO niet opgenomen. Een derde aspect van inhoudelijke samenhang is de presentatie van financiële cijfers in de tijd. Ook hieraan wordt niet voldaan.

Samengevat: over de bijdrage van het RFO tot het brengen van méér samenhang in de gezondheidszorg kan, gezien het feit dat het RFO nog niet daadwerkelijk is gebruikt bij de vaststelling van het Marginale Financiële Kader, weinig worden gezegd. De inhoudelijke samenhang van het RFO Eindhoven/Kempenland is gering.

Product-doelmatig

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

De door het RFO aangedragen informatie kan inzicht geven in het doelmatig functioneren van instellingen en beroepsbeoefenaars (bijv. door vermelding van verhoudingen tussen verpleegkosten en overheadkosten). Op basis hiervan kan beleid worden ontwikkeld gericht op een grotere doelmatigheid in de zorgverlening. Als zodanig kan het RFO dus een belangrijke bijdrage leveren. Voorwaarde is wel dat het type gegevens van het RFO hierop is toege-

sneden. In het RFO van Eindhoven/Kempenland is dit niet het geval.

Of het RFO zelf een doelmatig product is blijkt door na te gaan of met dit product de doelen van het RFO (zie par. 5.2) worden bereikt. Het eerste doel van het RFO is het aandragen van informatie ten behoeve van regionale beleidsvorming en planning. Het RFO van Eindhoven/Kempenland geeft een overzicht van feitelijkheden over het aanbod van voorzieningen, echter zonder dat gewogen wordt naar variabelen als patiëntenstromen en bevolkingssamenstelling. Het betreft 'naakte' cijfers, niet gevolgd door analyses of nadere beschouwingen. Dit maakt de bruikbaarheid voor beleidsvorming en planning beperkt. Bovendien zijn de opgenomen cijfers onvolledig: zo ontbreken gegevens over beroepsbeoefenaren, alsook capaciteitsgegevens over de basisgezondheidszorg en beleid/beheer/administratie.

Het tweede doel van het RFO is het aandragen van bouwstenen voor het landelijk FOGM. In het RFO van Eindhoven/Kempenland worden enkele bouwstenen aangedragen. Bepaalde gegevens behoeven voor de opname in het FOGM wellicht enige aanpassing.

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

Vanzelfsprekend speelt in het niet bereiken van de RFO-doelen een rol dat de Werkgroep Inventarisatie uiteenviel. De invloed hiervan mag echter niet worden overschat. De pretenties van de werkgroep met betrekking tot het RFO waren immers toch al beperkt. Dit laatste moge blijken uit de mededeling van de voorzitter in het Regionaal Ambtelijk Overleg van 4 september 1986 (de verzekeraars hadden zich toen nog niet teruggetrokken) dat de laatste hand werd gelegd aan 'een voorlopig en erg beperkt RFO' en dat 'de werkgroep een technische uitvoeringstaak had en deze nu wilde afronden' (Verslag vergadering).

Samengevat: op zich kan een RFO een bijdrage leveren tot het verkrijgen van méér doelmatigheid in de gezondheidszorg. Het RFO van Eindhoven/Kempenland levert deze bijdrage niet. De doelmatigheid van dit RFO is gering: het bereikt de doelen die aan RFO-en kunnen worden gesteld slechts in geringe mate.

5.5

Conclusies en aanbevelingen

Tussen 1984 en 1986 is in Eindhoven/Kempenland gewerkt aan een Regionaal Financieel Overzicht. Het werk werd verricht door de Werkgroep Inventarisatie. Met uitzondering van de gebruikers waren in deze werkgroep alle bij de integrale invoering betrokken partijen vertegenwoordigd. September 1986 trokken de vertegenwoordigers van de verzekeraars zich terug. De op dat moment verrichtte inventarisatie werd door de overige leden van de werkgroep in november 1986 als 'tussenrapportage' uitgebracht.

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

Met betrekking tot de procedurele kant kan het volgende worden vastgesteld. Het opstellen van het RFO biedt weliswaar mogelijkheden voor een decentrale beleidsvoering, aangezien met betrekking tot de opstelling nog maar weinig is geregeld, is voor de lagere overheden vooralsnog meer sprake van verantwoordelijkheden dan van bevoegdheden; in Eindhoven/Kempenland bleken de lagere overheden in de gegevensverzameling sterk afhankelijk van de verzekeraars. De totstandkoming van het RFO verliep hier op democratische wijze. Ook was sprake van samenhang, in de zin van afstemming van taken en overleg. Samenhang in betrokkenheid van

de werkgroepleden lijkt zich niet te hebben voorgedaan. Technisch gesproken was er bij de totstandkoming eveneens sprake van een zekere doelmatigheid. De achterliggende belangen, zo is de indruk, deden hieraan echter afbreuk.

Over het RFO als product kan het volgende worden gezegd. Met name door zijn relatie met het vaststellen van het Marginale Financiële Kader kan het RFO een bijdrage leveren tot het verkrijgen van méér samenhang in de gezondheidszorg. In de praktijk heeft die relatie echter nog geen gestalte gekregen. Ook kan het RFO, bijvoorbeeld door gegevens te tonen met behulp waarvan over het doelmatig functioneren van instellingen een oordeel kan worden geveld, een bijdrage leveren tot een meer doelmatige zorgverlening. Het RFO van Eindhoven/Kempenland doet dit laatste niet. Het is een product dat weinig samenhang vertoont. De doelen die voor een RFO gelden, worden in dit RFO slechts in geringe mate bereikt.

De indruk bestaat dat voor de meeste leden van de Werkgroep Inventarisatie het beleidsinstrument RFO sterk gekoppeld was aan de WVG en dus de wijze van participeren in de werkgroep nauw verbonden was aan het standpunt van de achterban over de invoering van deze wet. Naar onze mening heeft dit ertoe geleid dat er binnen de werkgroep maar weinig ruimte was om de mogelijkheden van het RFO, los van de context van de WVG, te verkennen. Dit is te betreuren, zeker nu tekenen erop wijzen (zie ook par. 3.2) dat ook in een andere opzet van de gezondheidszorg dan door de WVG bedoeld, RFO-en een rol kunnen gaan spelen. In dit opzicht is in Eindhoven/Kempenland een kans gemist.

Op basis van deze conclusies worden de volgende aanbevelingen gedaan.

1. Door het Rijk dienen op korte termijn de functie en status van het beleidsinstrument RFO, alsook de bevoegdheden van de

lagere overheden bij de opstelling van het RFO, wettelijk te worden geregeld. Ook dient duidelijkheid te worden gegeven over de rol van de onlangs gepubliceerde Handleiding Regionaal Financieel Overzicht Gezondheidszorg.

2. In Eindhoven/Kempenland dienen de werkzaamheden rond de samenstelling van het RFO snel te worden hervat. Het verdient aanbeveling dat men het RFO enigszins los gaat zien van de invoering van de WVG en beschouwt als een beleidsinstrument dat ook in een andere opzet van de gezondheidszorg in de regio een belangrijke functie kan hebben.
3. Bij de opstelling van een volgend RFO in Eindhoven/Kempenland:
 - zou, gezien haar specifieke deskundigheid, ook de gebruikersorganisatie bij de werkzaamheden moeten worden betrokken;
 - verdient het aanbeveling, om teneinde tot een méér samenhangend en doelmatig product te komen, stroomcijfers en tijdreeksen in het RFO op te nemen, uitkomsten te wegen naar bevolkingssamenstelling en patiëntenstromen en de presentatie van cijfers te laten volgen door nadere beschouwingen.

6. PLANNING PSYCHIATRIE IN EINDHOVEN/KEMPENLAND

6.1 Inleiding

In Eindhoven/Kempenland is men het afgelopen jaar begonnen met het opstellen van een uitwerkingsplan psychiatrie. Dit gebeurt op verzoek van de provincie Noord-Brabant, die in de eerste helft van 1986 de aanwijzing voor de opstelling van een dergelijk plan van het Rijk ontving. Formeel gaat het om een plan volgens de WZV (Wet Ziekenhuisvoorzieningen), hetgeen betekent dat het plan zich dient te beperken tot de intramurale voorzieningen. Mede omdat Eindhoven/Kempenland een WVG-proefgebied is wordt de opstelling van het plan door Rijk, provincie, gemeenten en sommige delen van de gezondheidszorg zelf, beschouwd als een activiteit waarin enige ruimte is voor toepassing van bepaalde elementen van de WVG.

Vanwege dit laatste is besloten ook de planning psychiatrie object van evaluatie te laten zijn. Over de bevindingen van deze evaluatie wordt in dit hoofdstuk gerapporteerd. Aangezien met betrekking tot de planning psychiatrie een groot deel van het afgelopen jaar in beslag werd genomen door voorbereidende activiteiten zal daarnaar de meeste aandacht uitgaan. Over de feitelijke werkzaamheden van de plancommissie, die sinds maart van dit jaar functioneert, kan nog niet veel worden gezegd.

Begonnen wordt (par. 6.2) met een overzicht van feiten en gebeurtenissen. Daarna (par. 6.3) volgt een nadere beschouwing hiervan. Tenslotte (par. 6.4) worden enige conclusies geformuleerd.

Voor de samenstelling van dit hoofdstuk is grotendeels gebruik gemaakt van beschikbare documentatie. Daarnaast kon worden geput uit informatie opgedaan tijdens de vergaderingen van het Algemeen Bestuur en het Dagelijks Bestuur van het samenwerkingsor-

gaan WVG van de gemeenten. Ook werden enkele telefonische gesprekken gevoerd met de secretaris van de plancommissie.

6.2 Overzicht van feiten en gebeurtenissen

Op 2 april 1986 ontving de provincie Noord-Brabant van het Rijk de aanwijzing psychiatrie voor de gezondheidsregio Eindhoven. De WVG-regio Eindhoven/Kempenland maakt deel uit van deze gezondheidsregio. De provincie besloot afzonderlijke plannen te laten maken door de WVG-regio en het overige deel van de gezondheidsregio. De belangrijkste overweging was dat de planvorming, die nu formeel plaats zou vinden binnen de WZV, bij het in werking treden van de WVG in Eindhoven/Kempenland een activiteit zou worden waarop de WZV-richtlijnen niet meer van toepassing waren. Het verzoek van de provincie aan het Portefeuillehoudersoverleg van Eindhoven/Kempenland (het latere Algemeen Bestuur van het samenwerkingsorgaan WVG) om een uitwerkingsplan te maken leidde tot enige correspondentie. Het Portefeuillehoudersoverleg liet de provincie weten de planvoorbereiding te willen inpassen in het invoeringsproces van de WVG: het uitwerkingsplan zou volgens de al eerder vastgestelde planprocedure WVG dienen te worden opgesteld, het plan zou niet alleen op de onder de WZV vallende voorzieningen betrekking moeten hebben maar op alle instellingen en beroepsbeoefenaren uit de geestelijke gezondheidszorg en tenslotte zou men de vrijheid willen nemen af te wijken van het provinciaal kaderplan psychiatrie. De provincie gaf hierop ten antwoord dat de uitgangspunten en randvoorwaarden bij de planvoorbereiding de WZV en de WZV-richtlijnen dienden te zijn; er was zeker niet de vrijheid van het provinciale kaderplan af te wijken. Wel gaf men aan er geen bezwaar tegen te hebben dat, vooruitlopend op WVG-planning, een WVG-planvoorbereidingsprocedure werd gehanteerd en ook aan voorzieningen die niet onder de

WZV vielen (de extramurale verslavingszorg bijvoorbeeld) aandacht geschonken zou worden.

De Kerngroep van het Portefeuillehoudersoverleg (het latere Dagelijks Bestuur van het samenwerkingsorgaan WVG) richtte zich op 22 september schriftelijk tot de verzekeraars, de gebruikersorganisatie en het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Medegedeeld werd dat met Gedeputeerde Staten was afgesproken dat de opstelling van het plan zoveel mogelijk zou worden ingepast in het invoeringsproces van de WVG en voor de te volgen procedure de afspraken die in het kader van de WVG waren vastgelegd, als richtsnoer zouden dienen. Men schreef te willen beginnen met een knelpunteninventarisatie, zowel regionaal (via bilateraal overleg met instellingen, verzekeraars en gebruikers) als subregionaal (via de gemeenten). Vervolgens zou in de fase van de planvorming aangegeven kunnen worden welke knelpunten aangepakt zouden worden en op welke wijze zij opgelost konden worden. In deze fase zou, aldus de Kerngroep, gestructureerd overleg met veld, gebruikers en verzekeraars - door middel van een plancommissie - essentieel zijn. In deze commissie zouden, gezien het integrale karakter van het planproces, ook eerstelijnsvoorzieningen en basisgezondheidszorg vertegenwoordigd moeten zijn.

Het op deze brief volgende gesprek maakte duidelijk dat er tegen de door de Kerngroep beoogde aanpak weerstand was. Veld, verzekeraars en gebruikers wensten alle drie vanaf het begin via een plancommissie bij de zaak betrokken te zijn. Wat betreft het planobject lag de zaak minder eenduidig. De verzekeraars spraken zich uit voor een planning, die zich beperkte tot die sectoren van het geestelijke gezondheidszorg-circuit, die formeel onder de WZV vielen. Het integrale karakter van het plan zou volgens hen voornamelijk in de kwalitatieve sfeer gelegen kunnen zijn, in de vorm van aanzetten en aanbevelingen voor afstemming en samenhang tussen diverse vormen van zorg. Het veld hield minder

sterk vast aan de WZV. Zo was de opvatting van de RIGG (Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg) dat de inhoudelijke benadering, met name de samenhang tussen intra-, semi- en extramurale voorzieningen, centraal gesteld diende te worden. Na een knelpuntenanalyse, aldus de RIGG, zou aangegeven kunnen worden welke oplossingen wenselijk zijn en met welke prioriteit; voor oplossingen die niet in het kader van de WZV passen, zou dan de vraag kunnen worden gesteld of het WVG-kader soelaas biedt. Tenslotte was er commentaar op het voornemen van het regionaal bestuur om de knelpunteninventarisatie ook op subregionaal niveau te laten plaatsvinden. Verzekeraars en Regionale Raad waren van mening dat dit tot versnippering zou leiden.

In zijn voorstel aan het Portefeuillehoudersoverleg (dat op 8 december over deze zaak zou vergaderen) koos de Kerngroep voor de benadering van het RIGG. Ten aanzien van de procedure werd voorgesteld de plancommissie al vanaf het begin een rol te laten spelen. Het regionale deel van de knelpunteninventarisatie zou, aldus het voorstel, door deze commissie uitgevoerd kunnen worden. Daarna zou, vanuit een globale beleidsvisie op de geestelijke gezondheidszorg en verslaafdenzorg, door het regionaal bestuur, in op overeenstemming gericht overleg met de plancommissie, een knelpuntenanalyse worden uitgevoerd. Op basis hiervan zouden, opnieuw in op overeenstemming gericht overleg met de plancommissie, prioriteiten in de knelpunten kunnen worden aangegeven en oplossingen gezocht. Aldus zou het ontwerpplan ontstaan.

Enkele dagen voor de vergadering van het portefeuillehoudersoverleg, op 5 december, vond bestuurlijk overleg plaats tussen regio en provincie. Hierin bleek dat de voorkeur van de provincie uitging naar een constructie waarin de plancommissie, en niet het regionaal bestuur, het ontwerpplan opstelt. In deze plancommissie zou het regionaal bestuur als lid dienen te parti-

ciperen. De door de Kerngroep voorgestelde benadering was, aldus de provincie, formeel misschien wel de juiste, het provinciale alternatief zou waarschijnlijk betere mogelijkheden bieden om te komen tot een door overheid en veld gedragen plan.

De wens van de provincie werd in de vergadering van het Portefeuillehoudersoverleg van 8 december gehonoreerd. Enkele dagen later, op 11 december, werd veld, verzekeraars en gebruikers bij brief door de Kerngroep een nieuw voorstel gedaan. Hierin werd het voornemen uitgesproken de plancommissie al vanaf het begin de werkzaamheden voor de planvorming te laten verrichten. Gezien het integrale karakter van de planning zou de commissie niet alleen moeten worden samengesteld uit vertegenwoordigers van verzekeraars, gebruikers en voorzieningen van de geestelijke gezondheidszorg, maar ook uit vertegenwoordigers van aanpalende sectoren, te weten verpleeghuizen, basisgezondheidszorg en eerstelijnszorg. Ook een delegatie van het regionaal bestuur zou van de commissie deel uit kunnen maken. De Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en de provincie zouden worden uitgenodigd waarnemers te sturen. Het voornemen tot een subregionale knelpunteninventarisatie werd gehandhaafd. Men vond een dergelijke inventarisatie essentieel om zicht te krijgen op knelpunten die in de eerstelijns met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg worden ervaren. De opdracht aan de plancommissie werd in deze brief als volgt geformuleerd:

'De plancommissie inventariseert bij de instellingen voor geestelijke gezondheidszorg, verslaafdenzorg en bij aanpalende sectoren de knelpunten op regionaal niveau met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg; daarnaast worden vanuit de subregio's knelpunten ter kennis gebracht van de plancommissie, die met name betrekking zullen hebben op knelpunten, die de eerstelijnszorg ervaart met betrekking tot de geestelijke gezondheidszorg. De plancommissie rapporteert aan het Regionaal Bestuur.

Vanuit een door het Regionaal Bestuur aangereikte globale beleidsvisie (onder meer afgeleid uit het provinciaal kaderplan en relevante beleidsnota's van de rijksoverheid) stelt de plancommissie een knelpuntenanalyse op. Op basis van deze analyse geeft de plancommissie aan welke knelpunten op welke wijze en met welke prioriteit opgelost kunnen worden; oplossingen, die passen binnen het WZV-kader, worden binnen dit kader opgelost. Indien dit kader niet toereikend is, wordt nagegaan of een oplossing binnen de WVG-kaders gerealiseerd kan worden.

De plancommissie biedt het voorontwerp-plan, na afronding, aan aan het Regionaal Bestuur. Wanneer het Regionaal Bestuur instemt met het voorontwerp-plan, legt hij dit in een inspraakronde voor aan de gemeenten en aan instellingen. In overleg met de plancommissie zal nadien worden nagegaan in hoeverre eventuele reacties moeten leiden tot een aanpassing van het plan.

Wanneer het Regionaal Bestuur niet kan instemmen met het door de plancommissie opgestelde voorontwerp-plan wordt in een op overeenstemming gericht overleg met de plancommissie getracht tot overeenstemming te komen. Het Regionaal Bestuur bepaalt tenslotte wat in inspraak gebracht wordt.

Na inspraak en eventuele bijstelling stelt het Regionaal Bestuur het ontwerpplan vast'.

Op 22 december vond opnieuw overleg plaats tussen enerzijds de Kerngroep, anderzijds veld, verzekeraars en gebruikersorganisatie. Deze laatsten bleken zich in de inhoud van de brief te kunnen vinden. Zij vonden overigens dat ook het Regionaal Bestuur in de plancommissie diende te participeren.

Op 8 januari 1987 besloot de Kerngroep leven te roepen met de in deze brief verwoorde opdracht en samenstelling. Het Portefeuillehoudersoverleg besloot twee van zijn leden af te vaardigen naar de plancommissie. De commissie kreeg een onafhankelijke voorzitter. Zij kwam op 9 maart voor het eerst bijeen.

De plancommissie vergaderde vanaf maart maandelijks. Gedurende het voorjaar werd gewerkt aan de knelpunteninventarisatie, welke in juni werd afgerond. In de juli-vergadering is de volgende fase, die van de knelpuntenanalyse, ingegaan. Met het oog hierop is al eerder de globale beleidsvisie van het Regionaal Bestuur aan de orde geweest. Deze wordt immers geacht een belangrijk uitgangspunt bij de knelpuntenanalyse te zijn. De conclusie van de commissie was dat de beleidsvisie erg algemeen is. Men was het er over eens dat zij als richtlijn beschouwd moest worden en niet als een eis.

Uiteraard is het nog te vroeg om uitspraken te kunnen doen over de resultaten van het werk van de plancommissie. Wel kan op een tweetal problemen worden gewezen, die zich tijdens de werkzaamheden hebben voorgedaan:

- de vertegenwoordiging van de huisartsen. Nog steeds is door de huisartsenvereniging van Eindhoven/Kempenland niemand aangewezen die hen in de plancommissie vertegenwoordigt.
- het financieel kader. Bij de afweging van de knelpunten is een financieel kader onontbeerlijk. Het bestaan hiervan maakt het immers mogelijk de financiële haalbaarheid van oplossingen van knelpunten na te gaan. Dit laatste kan van invloed zijn op de prioriteitenstelling. Medio 1987 ontbrak het nog steeds aan een dergelijk kader. Door de provincie werd in de juni-vergadering van de plancommissie medegedeeld dat zij samen met het ministerie, eventueel versterkt met iemand uit de regio of een afvaardiging van de plancommissie, zal trachten te komen tot een financieel kader. Tijdens de juli-vergadering werd de verwachting uitgesproken dat het er eind september zal zijn. Over de methodiek voor het vaststellen van het kader werd inmiddels beschikt.

In het nu volgende worden de zojuist geschetste feiten en gebeurtenissen nader bekeken. Het is hierbij geenszins de bedoeling een gedetailleerde analyse te geven. Beoogd wordt enkele algemene constatering te doen. Een onderscheid wordt gemaakt tussen de periode van voorbereidende activiteiten (april 1986-februari 1987) en de periode van planvorming (vanaf maart 1987).

De periode waarin de planning psychiatrie werd voorbereid was gericht op de definiëring van het planobject en de planprocedure. Dat men in de regio tot een werkbare en voor iedereen acceptabele definiëring zou komen, was in eerste instantie de taak van het Portefeuillehoudersoverleg, c.q. de Kerngroep. Het bijzondere van de situatie in Eindhoven/Kempenland was, enigszins op de achtergrond maar duidelijk aanwezig, de mogelijke invoering van de WVG. Terwijl vrijwel alle partijen vonden dat dit feit een rol moest spelen stond tevoren niet vast welke rol dat zou moeten zijn. Bovendien liepen de opvattingen over de omvang van die rol uiteen. Het gevolg was dat de voorbereidingsperiode er één was van zoeken naar een geschikt model.

Terugkijkend lijkt ons een belangrijke vraag welke mogelijkheden het 'WVG-denken' tijdens de voorbereiding heeft gehad en welke plaats elementen van de WVG in de uiteindelijke constructie hebben gekregen. Hierbij kan zowel worden gekeken naar het planobject als naar de planprocedure.

Ten aanzien van het planobject lieten de aanvankelijke bedoelingen van de gemeenten aan duidelijkheid niets te wensen over. Het planobject diende volgens het Portefeuillehoudersoverleg te zijn 'de geestelijke gezondheidszorg in zijn totaliteit, alsmede de verslaafdenzorg' (brief van 22 september 1986 aan veld, verzekeraars en gebruikersorganisatie). De verzekeraars waren een te-

genovergestelde mening toegedaan: 'Voor ons omvat het planobject (.) die sectoren van het geestelijke-gezondheidszorg-circuit die formeel vallen onder de WZV' (brief van 20 oktober 1986 aan de kerngroep). Veld en gebruikers namen een tussenpositie in. De uitkomst was een compromis: inhoudelijk een integrale benadering, bij de feitelijke planvorming toepassing van het WZV-kader; oplossingen van belangrijke knelpunten die niet passen in het WZV-kader worden in het WVG-kader gezocht.

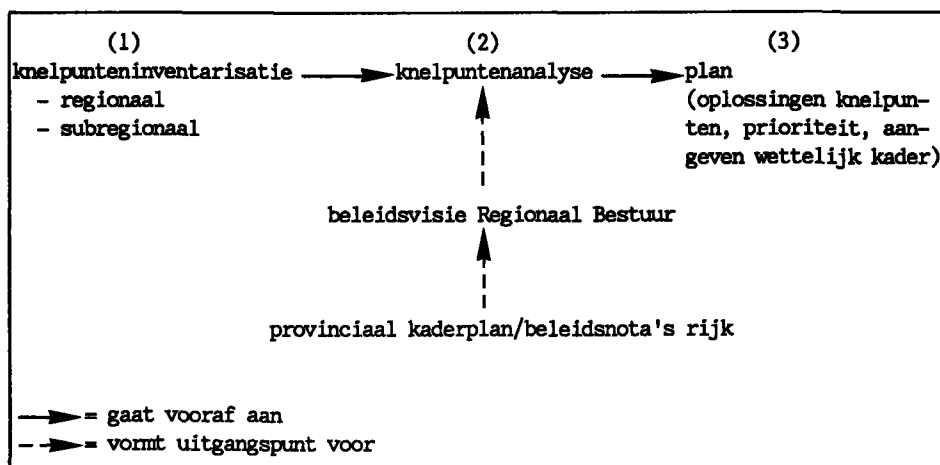
In dit compromis kon iedereen zich vinden. Of hiermee het probleem van het planobject definitief is opgelost is de vraag. Bijvoorbeeld zijn spanningen tussen de partijen denkbaar wanneer daadwerkelijk gezocht moet worden naar die andere kaders. Zal de bereidheid hiertoe bij alle partijen even groot zijn?

Ten aanzien van de planprocedure spitste de discussie zich tijdens de voorbereidingsperiode toe op de rol van de in te stellen plancommissie. Nadere analyse van de beschikbare documentatie wijst uit dat de gemeenten hun aanvankelijke wensen vrijwel geheel moesten prijsgeven. Dit laat zich toelichten aan de hand van een schematische weergave van de fasen die zich in het proces van planvorming zouden voordoen (zie schema 4). De aanvankelijke opstelling van de Kerngroep (september 1986) was: fase 1 enerzijds door bilateraal overleg met de andere partijen (regionale inventarisatie), anderzijds door de gemeenten (subregionale inventarisatie), fase 2 en 3 door het Regionaal Bestuur, in overleg met de in te stellen plancommissie. In tweede instantie (november) was het voorstel van de Kerngroep: fase 1 enerzijds door de plancommissie (regionale component), anderzijds door de gemeenten (subregionale component), fase 2 en 3 door het Regionaal Bestuur 'in op overeenstemming gericht overleg met de plancommissie'. Het uiteindelijke voorstel (december) was: fase 1 door de plancommissie (regionale component) en de gemeenten

(subregionale component), fase 2 en 3 eveneens door de plancommissie.

Over de samenstelling van de plancommissie was geen verschil van mening. Vanaf het begin was men het er met elkaar over eens dat behalve de specifieke voorzieningen van geestelijke gezondheidszorg, verzekeraars en gebruikers ook aanpalende sectoren deel

Schema 4 Proces van planvorming psychiatrie in Eindhoven/-Kempensland



van de commissie moesten uitmaken. De meningsvorming over deelname van vertegenwoordigers van het Regionaal Bestuur liep parallel aan de discussie over de rol van de commissie. In het laatste, geaccepteerde voorstel van de Kerngroep was de mogelijkheid van een delegatie van het Regionaal Bestuur opgenomen. Op aandrang van de overige partijen werd inderdaad een delegatie afgevaardigd.

Over de fasering van de planvorming op zich (zie schema 4) was men het eens. Ook het feit dat in de knelpuntenanalyse (fase 2) de beleidsvisie van het Regionaal Bestuur een uitgangspunt zou vormen werd geaccepteerd. Wel vormde de noodzaak van de subre-

gionale knelpunteninventarisatie nog een punt van discussie. Verzekeraars en Regionale Raad plaatsten achter deze inventarisatie vraagtekens. De Kerngroep gaf hierin niet toe; zij vond deze inventarisatie onmisbaar met het oog op het verkrijgen van een optimaal zicht op eventuele problemen tussen de geestelijke gezondheidszorg en de eerstelijns.

De conclusie kan zijn dat het 'WVG-denken' tijdens de voorbereidingsperiode van de planning psychiatrie een belangrijke rol heeft gespeeld. In het uiteindelijke model komt dit ook tot uitdrukking: in de samenstelling van de plancommissie, in de subregionale component van de knelpunteninventarisatie, in het feit dat de beleidsvisie van het Regionaal Bestuur als uitgangspunt voor de knelpuntenanalyse werd geaccepteerd en in het feit dat inhoudelijk een integrale benadering wordt gevolgd. In de rol van de lagere overheid in de planvorming is het WVG-denken daarentegen niet tot uitdrukking kunnen komen: de samenstelling van het voorontwerpplan psychiatrie is een zaak geworden van de plancommissie, niet van het Regionaal Bestuur.

Het proces dat zich tijdens de voorbereidingsperiode heeft afgespeeld kenmerkte zich naar onze mening door een veelvuldig onderhandelen: de afzonderlijke partijen waren er ieder voor zich op uit zoveel mogelijk winst te boeken en het verlies beperkt te houden. Het uiteindelijke model laat zien dat gemeenten en verzekeraars - deze stonden in opvattingen het meest tegenover elkaar - beide hebben ingeleverd. De provincie keek op de achtergrond toe, maar was zeker niet zonder invloed. Het bestuurlijk overleg in december tussen provincie en gemeenten bleek van doorslaggevende betekenis.

De periode van de planvorming is maart 1987 begonnen, bijna één jaar nadat de aanwijzing voor de planning psychiatrie door de provincie was ontvangen. De vraag laat zich uiteraard stellen in

hoeverre WVG-elementen die 'op papier' in de planvorming zijn vervlecht, ook in de praktijk tot uitdrukking komen.

Uitgaande van de schriftelijke stukken van de plancommissie kan naar onze mening worden gezegd dat in het werk van deze commissie tot dusver van een integrale benadering sprake is. De resultaten van de knelpunteninventarisatie laten dat zien. Of dit in de nabije toekomst zo zal blijven moet worden afgewacht.

Gedurende de komende maanden zal, op basis van de knelpuntenanalyse, het plan psychiatrie gestalte krijgen. Hiertoe zullen inhoudelijke knelpunten geselecteerd dienen te worden, oplossingen van knelpunten aangegeven, prioriteiten in te realiseren oplossingen gesteld en het wettelijk kader aangegeven waarbinnen beoogde wijzigingen in de zorg kunnen plaatsvinden. Het ligt voor de hand dat eigen visies en belangen van de verschillende partijen hierbij een belangrijke rol zullen spelen. De nu opgebouwde samenwerking zal dan ongetwijfeld op de proef worden gesteld.

Daar komt bij dat in toenemende mate ook de financiële kant van de zorgverlening een rol zal gaan spelen. Zo zal de aanwezigheid van een financieel kader ertoe kunnen leiden dat de integrale benadering onder druk komt te staan. Dit kader zal zich, naar mag worden verwacht, immers beperken tot de onder de WZV vallende voorzieningen. De verleiding zou dan groot kunnen zijn zich in de planvorming ook daadwerkelijk tot deze voorzieningen te beperken.

6.4 Conclusies

In Eindhoven/Kempenland is het afgelopen jaar een aanvang gemaakt met de planning psychiatrie. Tot en met februari van dit jaar werd de planning voorbereid. De omschrijving van het planobject en de vaststelling van de planprocedure stonden in deze

periode voorop. Vanaf maart wordt in de plancommissie gewerkt aan het ontwerpplan.

Tijdens de voorbereidingsperiode was met name de vraag aan de orde in hoeverre elementen van de WVG in het planobject en de planprocedure een rol zouden kunnen, en mogen, spelen. In de bepaling van het planobject stonden gemeenten en verzekeraars tegenover elkaar. De eersten wensten een planning van de totale geestelijke gezondheidszorg, de laatsten verlangden een strikte toepassing van de WZV-richtlijnen en dus uitsluitend planning van de daarin genoemde (intramurale) voorzieningen. Een compromis werd bereikt in de formulering dat inhoudelijk een integrale benadering gevolgd zou worden, dat in het feitelijke plan het WZV-kader zou worden toegepast en dat oplossingen van knelpunten die in dit WZV-kader niet pasten, in andere kaders zouden worden gezocht. Ten aanzien van de planprocedure werden de partijen het erover eens dat de gehele planvorming in handen van de plancommissie zou komen te liggen, dat in de commissie ook vertegenwoordigers van eerstelijnsvoorzieningen en basisgezondheidszorg zouden worden opgenomen en dat de subregionale knelpunteninventarisatie, die samen met de regionale knelpunteninventarisatie vooraf zou gaan aan de feitelijke opstelling van het plan, gehandhaafd bleef.

De conclusie is dat de partijen in Eindhoven/Kempenland er in zijn geslaagd tot een voor iedereen aanvaardbaar model voor de planning van de psychiatrie in deze regio te komen. Tijdens de voorbereidingsperiode heeft het WVG-denken een belangrijke rol gespeeld en het is in het uiteindelijke model ook zichtbaar geworden. In de rol van de lagere overheid in de planvorming is het WVG-denken echter niet tot uitdrukking kunnen komen: de samenstelling van het ontwerpplan psychiatrie is een zaak geworden van de plancommissie, niet van het Regionaal Bestuur. Op dit punt hebben de gemeenten hun aanvankelijke wens vrijwel geheel moeten prijsgeven.

In het feitelijke werk van de plancommissie is tot dusver de integrale benadering van de geestelijke gezondheidszorg zichtbaar. Afgewacht moet worden of dit zo blijft. Het is niet ondenkbaar dat in de nabije toekomst, wanneer o.a. prioriteiten moeten worden gesteld in het oplossen van inhoudelijke knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg en om oplossingen te realiseren gezocht moet worden naar andere kaders dan die van de WZV (namelijk die van de WVG), spanningen in de plancommissie zullen ontstaan. De aanwezigheid van een financieel kader - dat zich naar verwachting zal beperken tot de WZV-voorzieningen - zal ertoe kunnen leiden dat de integrale benadering onder druk komt te staan.

7. NABESCHOUWING

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

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

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

Door de gezamenlijke gemeenten in Eindhoven/Kempenland is binnen de regio zelf tot dusver niet op het nieuwe planningsconcept gereageerd. Wel hebben zij, tezamen met vrijwel alle gemeenten van de twee andere integrale invoeringsgebieden, via de VNG de Staatssecretaris hun visie gegeven op de toekomstige rol van de gemeenten (zie ook het slot van par. 3.2). Het is goed te constateren dat ook de gemeenten het 'creëren van afstemming tussen vraag en aanbod door het vergroten van de marktwerking' (bijlage brief aan de Staatssecretaris) een acceptabel uitgangspunt vinden. Daarbinnen echter achten zij voor zichzelf wel degelijk een

planningstaak weggelegd. Het opstellen van kaderplannen vinden zij - althans het onderdeel dat voorzieningen betreft waarvoor zij, uitgaande van de met de vorige Staatssecretaris gemaakte taakverdeling, zouden zorgen - een taak van de gemeenten. Datzelfde geldt voor het toetsen van de voorzieningen-plannen aan dat onderdeel van de kaderplannen.

Wat de provincie Noord-Brabant betreft, de indruk is dat deze tamelijk welwillend staat tegenover de ideeën over een regionaal marktmodel. De provincie heeft de afgelopen jaren het Integrale Invoeringsproject Eindhoven/Kempenland nogal op afstand gevolgd en zo nu en dan haar twijfels uitgesproken over de haalbaarheid van het project. Het nieuwe model lijkt de provincie aan te spreken, onder meer vanwege de rol van de provinciale kaderplannen (waarmee de provincie in de WZV-planning goede ervaringen heeft).

Met het voorafgaande zijn naar onze mening de belangrijkste bestanddelen gegeven van de situatie medio 1987. Het is goed mogelijk dat de plannen van het Rijk zich verder zullen ontwikkelen in de richting van een regionaal marktmodel. Verwacht wordt dat in het najaar over een dergelijk model politiek en maatschappelijk consensus wordt bereikt en besloten wordt het, voorlopig via WZV, WVG en WTG tezamen, ten uitvoer te brengen. Door het ministerie is gesuggereerd dat het model in de integrale invoeringsgebieden dan versneld zou kunnen worden ingevoerd. Ten aanzien van Eindhoven/Kempenland zijn in dat geval twee vragen aan de orde, namelijk of de regio dat zelf zou willen en of de regio hier geschikt voor is.

Wat de eerste vraag betreft, van de bij het Integrale Invoeringsproject betrokken partijen zullen veld en verzekeraars waarschijnlijk wel voelen voor een snelle invoering van een dergelijk model, mogelijk onder bepaalde voorwaarden. Datzelfde geldt voor de provincie. De opstelling van de gebruikersorgani-

satie zal moeten blijken. De gemeenten zullen er vermoedelijk het minst welwillend tegenover staan. Dat zij enige weerstand zouden hebben is overigens begrijpelijk. Deze weerstand zal dan niet alleen voortkomen uit de beoordeling van de inhoud van het model (het min of meer verdwijnen van hun planningstaak), maar zeker ook uit de wijze waarop zij als gemeenten in het kader van de WVG-invoering het afgelopen jaar zijn behandeld, zowel door de Staatssecretaris (die in zijn twee brieven van oktober en maart toezeggingen over de voortgang van de WVG-invoering deed, maar overleg afhiel en nu met een ander model lijkt te gaan komen) als door de provincie (die de gemeenten het gevoel heeft gegeven dat ze in de steek worden gelaten). Van groot belang lijkt ons dat de gemeenten nieuwe plannen van het Rijk een zakelijke beoordeling geven. Essentieel zal zijn hoe het door de gemeenten 'participeren in provinciale kaderplanning en regionale overeenkomsten' (zoals de Directeur-Generaal dat uitdrukte) zal zijn uitgewerkt, c.q. welke verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan deze participatie zijn verbonden. Voorts lijkt het ons van belang dat bij het toekennen van taken aan de gemeenten (en bij de beoordeling door de gemeenten van voorstellen hieromtrent) als uitgangspunt worden gehanteerd de specifieke deskundigheid, kennis en mogelijkheden die de gemeenten als laagste overheidsnivo hebben.

De vraag of Eindhoven/Kempenland voor de versnelde invoering van een marktmodel een geschikte regio is laat zich niet gemakkelijk beantwoorden. De resultaten van ons evaluatie-onderzoek laten een regio zien waarin de onderlinge relaties voor verbetering vatbaar zijn. Van een gemeenschappelijke oriëntatie is, althans waar het de WVG-invoering betreft, geen sprake. Het beleidsnetwerk voldoet geenszins aan de voorwaarden om doeltreffend te kunnen functioneren. Men heeft kansen om nieuwe beleidsinstrumenten te verkennen, zoals het RFO, gemist. Daar staat tegenover dat het samenwerkingsorgaan van de gemeenten nu formeel tot

stand is gekomen. De bestuurders van dit samenwerkingsorgaan hechten veel belang aan regionale samenwerking en kennen aan met name het veld een belangrijke plaats toe. Ook zijn de partijen in de regio er in geslaagd voor de planning van de psychiatrie tot een werkbare en voor iedereen acceptabele constructie te komen. Wellicht zijn dit signalen van betere verhoudingen en moeten de mogelijkheden van Eindhoven/Kempenland om als proefgebied door te gaan niet worden onderschat.

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

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

**groot belang dat het bereik van deze doelen een voortdurend
aandachtspunt blijft.**

LITERATUURLIJST

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

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

GEMEENSCHAPPELIJKE REGELING UITVOERING WET VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG, REGIO AGGLOMERATIE EINDHOVEN-KEMPENLAND. Den Bosch, 1987.

GODFROIJ, A. & R. VERSTEGEN. Evaluatie integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg in de regio Eindhoven/Kempenland. Tilburg, 1984.

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

HANDLEIDING BIJ DE INVOERING VAN DE WVG. Projectteam integrale invoering WVG Eindhoven/Kempenland. Eindhoven, juni 1986.

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

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

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

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

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

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

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

SCHUURMAN, M.I.M. Integrale invoering WVG in Eindhoven/Kempenland. Verslag van oriënterende gesprekken met betrokkenen. Intern rapport. NIPG/TNO, Leiden, november 1986.

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

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

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

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

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

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

WERKGROEP INVENTARISATIE REGIO EINDHOVEN/KEMPENLAND. Tussenrapportage Regionaal Financieel Overzicht. Eindhoven, november 1986.

LIJST VAN AFKORTINGEN

AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
BOM	Bestuursorganisatorische Maatregelen
CZ	Centraal Ziekenfonds
DB	Dagelijks Bestuur (van het Samenwerkingsorgaan WVG)
FOGM	Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn
KLOZ	Kontaktorgaan Landelijk Overleg Ziektenkostenverzekeraars
MFK	Marginaal Financieel Kader
NIPG	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
PRV	Provinciale Raad voor de Volksgezondheid
RFO	Regionaal Financieel Overzicht
RIGG	Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg
ROGK	Regionaal Overleg Gezondheidszorg Kennemerland
RZEO	Regionaal Ziekenfonds Eindhoven en Omstreken
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
WGM	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening
WGR	Wet Gemeenschappelijke Regelingen
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WVC	(ministerie van) Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen

HUISDRUKKERIJ NIPG-TNO

87024
ISBN 90-6743-110-9