

*Vaak en
geregeld
van Floor*

A.B. WESSELS
M.I.M. SCHURMAN

INTEGRALE INVOERING WVG
IN EINDHOVEN/KEMPENLAND

- evaluatie van voortgang en slotrapportage -

periode juli 1987 - juni 1988

NEDERLANDS INSTITUUT VOOR PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG/TNO

Leiden

januari 1989

Nederlands Instituut voor
Praeventieve Gezondheidszorg TNO
Wassenaarseweg 56 Leiden

Postadres:
Postbus 124
2300 AC Leiden

Telefoon: 071-178888

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 26,50
(incl. BTW) op postrekening 20.22.77 van het NIPG-TNO te Leiden
onder vermelding van bestelnummer 88041.

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Wessels, A.B.

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

Met lit. opg.

ISBN 90-6743-130-3

SISO: 601 UDC [34:614](492.936)

Trefw.: gezondheidszorg ; Kempenland

© 1988 Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg
TNO Publikatienummer 88041

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

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

INHOUD

	blz.
VOORWOORD	I
LIJST VAN AFKORTINGEN	III
1. INLEIDING	1
1.1 Het evaluatieonderzoek	2
1.2 De plaatsbepaling van de WVG en de opbouw van de rapportage	6
2. LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN	9
2.1 Inleiding	9
2.2 Landelijke ontwikkelingen	10
2.3 Beschouwing en conclusies	15
3. VOORTGANG VAN HET INTEGRALE INVOERINGSPROJECT WVG IN EINDHOVEN/KEMPENLAND	21
3.1 Inleiding	21
3.2 Feiten en gebeurtenissen	21
3.3 Het functioneren van het invoeringsproject	28
3.3.1 De formele overlegstructuur	29
3.3.2 Positie en opstelling van de betrokken partijen	32
3.3.3 Het beleidsnetwerk	42
3.4 Conclusies	48
4. DE POSITIE VAN DE GEMEENTEN IN HET LICHT VAN DE LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN	51
4.1 Inleiding	51
4.2 Integrale invoering WVG vanuit gemeentelijk pers- pectief	51
4.3 Samenvatting	59

5.	PLANNING PSYCHIATRIE	60
5.1	Inleiding	60
5.2	Overzicht van feiten en gebeurtenissen	61
5.2.1	De aanwijzing	62
5.2.2	De participanten	62
5.2.3	Het planobject	63
5.2.4	De procedure van de planvorming	65
5.2.5	De planvorming	69
5.3	Korte samenvatting van de inhoud van het plan psychiatrie	71
5.4	Succes- en faalfactoren bij de planopstellingen .	73
5.5	Evaluatie van de inhoud van het plan	77
5.6	Samenvatting en conclusies	81
6.	PLANNING VERPLEEGHUIZEN	85
6.1	Inleiding	85
6.2	De feitelijke werkzaamheden	86
6.2.1	Het planobject	86
6.2.2	De voorgestelde regionale planprocedure ..	87
6.3	Het noodplan	89
6.4	De eerste fase	94
6.4.1	De totstandkoming	94
6.4.2	De evaluatie van de totstandkoming op doelmatigheid	98
6.4.3	Toetsing aan de intenties	100
6.5	De tweede fase	102
6.5.1	De totstandkoming	102
6.5.2	De inhoud	106
6.6	Samenvatting en conclusies	110
7.	NABESCHOUWING OVER DE INTEGRALE INVOERING WVG	115
7.1	Inleiding	115
7.2	De invoering van de Wet Voorzieningen Gezond- heidszorg	116
7.3	Resultaten van de evaluatie	120
7.3.1	Procesevaluatie	121
7.3.2	Effectiviteitsonderzoek	129
7.3.3	Middelenevaluatie	131
7.4	Nabeschouwing	133
	LITERATUURLIJST	141
	BIJLAGE 1	145

VOORWOORD

Sinds 1986 evalueert het NIPG-TNO in opdracht van het ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur de Integrale Invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) in Eindhoven/Kempenland. Dit evaluatie-onderzoek beschrijft de voortgang van de integrale invoering van de WVG en het functioneren van het beleidsnetwerk over de periode juli 1987 - juni 1988.

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

In de afgelopen jaren zijn de onderzoekers optimaal in de gelegenheid gesteld om de benodigde informatie te verzamelen. De bereidheid bij de betrokkenen in de regio om mee te werken was groot. De conceptversie van het rapport werd becommentarieerd door de betrokkenen bij het Integrale Invoeringsproject Eindhoven/Kempenland. Met name worden de heren Glorius en Verbraak van het ambtelijk regioteam WVG en de heer Beckers, secretaris/coördinator van de Regionale Raad Gezondheidszorg bedankt.

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

Dr. A. Dijkstra
onderdirecteur NIPG-TNO

LIJST VAN AFKORTINGEN

AB	Algemeen Bestuur (van het Samenwerkingsorgaan WVG)
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AMBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BOM	Bestuursorganisatorische Maatregelen
CZ	Centraal Ziekenfonds
DB	Dagelijks Bestuur (van het Samenwerkingsorgaan WVG)
FOGM	Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn
IIP	Integrale Invoeringsprojecten
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
RPCP	Regionaal Platform Consumenten en Patiënten
RRG	Regionale Raad Gezondheidszorg Eindhoven en de Kempen
RZEO	Regionaal Ziekenfonds Eindhoven en Omstreken
Stabo	Stafafdeling Beleidsontwikkeling (Ministerie van WVC)
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
WGM	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening
WGR	Wet Gemeenschappelijke Regelingen
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WVC	(ministerie van) Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFW	Ziekenfondswet

1. INLEIDING

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

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

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

1.1 Het evaluatieonderzoek

De evaluatie van de integrale invoering van de WVG in de regio Eindhoven/Kempenland vond plaats in opdracht van het ministerie van WVC. Deze rapportage is de tweede die het NIPG over deze regio uitbrengt, aangezien het NIPG pas medio 1986 bij de integrale invoering in Eindhoven/Kempenland is betrokken. Tussen 1984 en 1986 werd in dit gebied geen evaluatie-onderzoek uitgevoerd. Het eerste jaar van het invoeringsproject (1983-1984) werd geëvalueerd door de toenmalige Katholieke Hogeschool Tilburg (zie Godfroij en Verstegen, 1984).

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

De in de opdracht genoemde aandachtspunten en knelpunten betreffen de bestuursorganisatorische maatregelen en de uit de WVG voortvloeiende beleidsinstrumenten, te regelen via uitvoeringsbesluiten. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om de verantwoordelijkheidsen taakverdeling tussen verschillende partijen, het Regionaal Financieel Overzicht, het Marginaal Financieel Kader, de planning, het bouwbeleid, de Richtlijnen en Kwaliteitseisen, de advies- en overlegstructuur en het vestigingsbeleid. In feite betreft het de inzetbaarheid van deze instrumenten in termen van de bijdrage die zij zouden kunnen leveren aan het bereiken van

de doelen van de WVG. In dit opzicht is het evaluatie-onderzoek dus een onderzoek naar effecten en effectiviteit van deze instrumenten.

Naast de werking van beleidsinstrumenten was ook de voortgang van de integrale invoering een belangrijk evaluatie-object. Binnen die voortgang ging de aandacht in het bijzonder uit naar het functioneren van het beleidsnetwerk. Dit laatste werd gevormd door de participanten van het invoeringsproces, te weten de overheden, de zorgaanbieders, de financiers en de gebruikersorganisaties.

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

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

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

zou zijn ingevoerd. Van dit laatste zal echter - naar dit jaar is gebleken, geen sprake zijn. Deze rapportage is een eindrapportage, omdat de integrale invoeringsprojecten en daarmee de evaluaties per juli 1988 beëindigd zijn verklaard.

Voor de beantwoording van de eerste vraagstelling is het nodig evaluatiecriteria te formuleren welke ontleend zijn aan de 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 moet zijn van samenhang en doelmatigheid. Aldus ontstaan vier evaluatiecriteria die door de onderzoekers zijn omschreven. Voor de omschrijving wordt verwezen naar schema 1.1.

De evaluatiecriteria zijn toegepast op de van de WVG afgeleide beleidsinstrumenten. Op dit moment zijn slechts twee instrumenten in de praktijk werkzaam. Het betrof het Regionaal Financieel Overzicht (RFO) en het vestigingsbeleid huisartsen.

In deze rapportage over de regio Eindhoven/Kempenland is het vestigingsbeleid huisartsen niet geëvalueerd. Dit omdat het vestigingsbeleid in deze regio een subregionale aangelegenheid is. Het vestigingsbeleid maakte daardoor geen deel uit van de activiteiten verbonden met de integrale invoering. Voor het feitelijk functioneren van het vestigingsbeleid huisartsen in deze regio wordt verwezen naar de vorige rapportage (juli 1986 tot en met juni 1987). Het RFO is niet geëvalueerd, omdat dit overzicht in deze regio niet is gemaakt. De rapportage over de WVG-invoering in Kennemerland bevat wel een evaluatie van het RFO.

Schema 1.1 De evaluatiecriteria in het onderzoek

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

Voor de beantwoording van de tweede vraagstelling - over de voortgang van de invoering van de WVG en het functioneren van het beleidsnetwerk - is het allereerst nodig geweest, in navolging van de vorige rapportage, om een beschrijving te geven van wat, zowel landelijk als binnen het invoeringsgebied, het afgelopen jaar aan activiteiten en gebeurtenissen heeft plaatsgevonden. Evaluatie van de voortgang betekent in deze evaluatie het trekken van lijnen in de reeks gebeurtenissen en het aanwijzen van gunstige en ongunstige ontwikkelingen. Het functioneren

van het beleidsnetwerk is geëvalueerd aan de hand van de doeltreffendheid van het netwerk. Voor de uitwerking hiervan wordt verwezen naar hoofdstuk 3.

Het laatste onderwerp van deze paragraaf betreft de in het onderzoek gevolgde methoden van gegevensverzameling. Van diverse methoden is gebruik gemaakt. In de eerste plaats vond een systematische analyse van tal van documenten plaats. Het betreft hier zowel documenten uit het invoeringsgebied als publicaties en beleidstukken van het ministerie van WVC. In de tweede plaats zijn vergaderingen en andere bijeenkomsten in de regio bijgewoond. Hierbij is informatie verzameld over de genomen besluiten en over het groepsproces waardoor de besluitvorming tot stand kwam. Tevens werd een aantal landelijke bijeenkomsten bezocht. In de inleidingen van de diverse hoofdstukken wordt vermeld welke van deze methoden voor de inhoud van het betreffende hoofdstuk werden toegepast.

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

Vanaf 1983 zijn de partijen in Eindhoven/Kempenland bezig geweest met het treffen van voorbereidingen om de WVG te kunnen invoeren. Sindsdien, dus ook de afgelopen periode, is gewacht op uitvoeringsbesluiten van het Ministerie van WVC welke de invoering wettelijk mogelijk moesten maken. In het afgelopen jaar is wat deze besluiten betreft dus sprake geweest van een stilstand. Koppelen we dit aan het gegeven dat op ambtelijk niveau het Ministerie van WVC eind 1987 aan betrokkenen in de regio meedeelde dat de WVG ingetrokken zou worden en daarmee het IIP-Eindhoven/Kempenland zou worden beëindigd, dan is het niet

verwonderlijk dat er met betrekking tot de WVG-invoering binnen de regio sprake was van een stilstand.

In de loop der jaren is de kritiek op de pretenties van de WVG gegroeid en zijn twijfels ontstaan over de haalbaarheid van de integrale invoering. Daar komt wat de afgelopen periode betreft nog bij dat, onder invloed van de rapportage van de Commissie Dekker, veel aandacht is geschonken aan de mogelijkheden die een meer marktgerichte gezondheidszorg zou bieden om problemen van samenhang en kostenbeheersing op te lossen. In zo'n marktgerichte gezondheidszorg zou een planningswet als de WVG slecht passen. Door de Commissie Dekker is voorgesteld de WVG in te trekken. Dit voorstel is door het kabinet overgenomen. Het parlement besloot in juni 1988 de WVG op termijn in te trekken en de integrale invoeringsprojecten op 1 januari 1989 te beëindigen.

De stilstand in de integrale invoering en de achterliggende maatschappelijke ontwikkelingen hebben vanzelfsprekend hun weerslag op het evaluatie-onderzoek. Noodgedwongen zijn de vorige en deze evaluatie nogal gericht op het proces van invoering. Van een evaluatie van de werking in de praktijk van aan de WVG ontleende beleidsinstrumenten (bijvoorbeeld de door de lagere overheden te maken plannen) kon nauwelijks sprake zijn. Een tweetal beleidsinstrumenten, te weten het vestigingsbesluit huisartsen en het Regionaal Financieel Overzicht zijn de vorige rapportage over de regio Eindhoven/Kempenland geëvalueerd. Vandaar dat dit nu niet meer wordt besproken.

In de regio was men het afgelopen jaar niet zozeer actief met de WVG alswel met de WZV-planning. Daarbij is door de overheden getracht elementen uit de WVG toe te passen. Vandaar dat dit rapport uitgebreid op deze WZV-planning in deze regio wordt ingegaan.

Het rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 wordt inge-

gaan op de landelijke ontwikkelingen die van invloed zijn geweest op de WVG-invoering.

Daarna volgt in hoofdstuk 3 de voortgang van het integrale invoeringsproject WVG binnen de regio Eindhoven/Kempenland. In dit hoofdstuk worden de gebeurtenissen en het regionale beleidskader weergegeven. Vervolgens wordt in hoofdstuk 4 de positie van de gemeenten in het licht van de landelijke ontwikkelingen weergegeven. Hoofdstuk 5 beschrijft de planning psychiatrie in deze regio. Daarna volgt in hoofdstuk 6 de planning verpleeghuizen. Hoofdstuk 7 tenslotte geeft een nabeschuwing over de integrale invoering in de regio Kennemerland en de regio Eindhoven/Kempenland. Bijlage 1 geeft een samenvatting van de factoren die het niet lukken van de integrale invoering van de WVG kunnen verklaren. Tevens worden daar enkele leerpunten weergegeven. Bijlage 2 tenslotte geeft een zeer beknopte samenvatting van het beleidsproces van de integrale invoering van de WVG.

2. LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN

2.1 Inleiding

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Landelijke ontwikkelingen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Beschouwing en conclusies

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

De inhoudelijke kant

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

De procedurele kant

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

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

3. VOORTGANG VAN HET INTEGRALE INVOERINGSPROJECT WVG IN EINDHOVEN/KEMPENLAND

3.1 Inleiding

Onder invloed van de in het vorige hoofdstuk geschetste landelijke ontwikkelingen werd het WVG invoeringsproject in Eindhoven/Kempenland voortgezet. In dit hoofdstuk wordt hiervan verslag gedaan. Begonnen wordt met de weergave van de feiten en gebeurtenissen die zich in de regio met betrekking tot de WVG-invoering hebben voorgedaan (par. 3.2). Daarna wordt de evaluatie van het beleidsnetwerk weergegeven, dat zich met betrekking tot de WVG-invoering in deze regio voordeed (par. 3.3). Tot slot volgen enkele conclusies (par. 3.4).

Voor de inhoud van dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van informatie die verkregen is tijdens het systematisch bezoeken van vergaderingen. Over het verloop en de inhoud van deze vergaderingen zijn gestandaardiseerde verslagformulieren ingevuld. (Voor het overzicht van de bezochte vergadering wordt verwezen naar hoofdstuk 2, paragraaf 1). Tevens is van beschikbare documentatie gebruik gemaakt. Het gaat hier vooral om de officiële verslagen van de vergaderingen en de stukken die daarbij horen. Ook is gebruik gemaakt van de resultaten van de in het verleden gehouden interviews bij de vertegenwoordigers van de betrokken partijen in de regio.

3.2 Feiten en gebeurtenissen

Begonnen wordt met een overzicht van feiten en gebeurtenissen met betrekking tot de WVG-invoering in de regio Eindhoven/Kempenland. Landelijke ontwikkelingen alsook die over de planning

psychiatrie en de planning verpleeghuizen worden in dit hoofdstuk niet weergegeven. Dat wordt gedaan in de hoofdstukken 2, 5 en 6.

Overzicht 3.1 Enkele belangrijke gebeurtenissen met betrekking tot de WVG invoering in Eindhoven/Kempenland

juli 1987	Regionaal bestuur (het Algemeen en Dagelijks Bestuur van het samenwerkingsorgaan WVG), Regionale Raad Gezondheidszorg (RRG) en Regionaal Patiënten en Consumenten Platforms (RPCP) tonen zich voorstander van een structurering van gewenst periodiek overleg tussen de partijen in de regio. Regionaal bestuur (WVG) spreekt met de verzekeraar over regionale samenwerking. Regionaal bestuur (WVG) is van mening dat het WVG experiment een andere invulling zal krijgen dan dat oorspronkelijk het plan was. Regionaal bestuur (WVG) stuurt de staatsecretaris een brief waaruit verontwaardiging blijkt over concept subsidie-verordeningen.
september 1987	Dagelijks Bestuur (DB-WVG) brainstormt over het WVG experiment.
october 1987	RRG stuurt de staatssecretaris een brief waarin zij de invoering van het model 'Van Londen' bepleit en op projectbasis invulling wil geven van een 'regionale herstructurering van de gezondheidszorg samen met de overige regionale partners'.
november 1987	Ambtelijk Planoverleg (APLO) plaatst opmerkingen naar aanleiding van de conclusies van de brainstorming-middag van het DB-WVG. De RRG stelt haar mening bij over het te structureren bestuurlijk overleg.
december 1987	DB-WVG behandelt opmerkingen van het APLO. Delegatie DB-WVG overlegt met de Provinciale Commissie Volksgezondheid. DB-WVG bespreekt haar relatie tot de RRG De door het Dagelijks Bestuur van de RRG voorgestelde herstructurering is van de baan.
januari 1988	DB-WVG behandelt de spanning met de RRG
april 1988	Aantal gemeenten zegt bij monde van haar portefeuillehouders dat er in deze regio weerstand is tegen samenwerking op het terrein van de gezondheidszorg.

In overzicht 3.1 zijn enkele van belang zijnde gebeurtenissen met betrekking tot de WVG-invoering in Eindhoven/Kempenland weergegeven.

De WVG-activiteiten bestonden voor het Dagelijks Bestuur van het Samenwerkingsorgaan WVG (DB-WVG) met name uit het bedrijven van public relations aangaande de WVG en het realiseren van een beter overlegforum met andere partijen in de regio. (De overlegstructuur van het integrale invoeringsproject in Eindhoven/Kempenland is weergegeven in schema 3.1).

Binnen het regionaal bestuur (WVG) werd steeds duidelijker dat het Algemeen Bestuur (AB-WVG) in zijn totaliteit minder enthousiast was over de WVG-invoering dan het DB-WVG. Het DB-WVG bestaat uit zeven vertegenwoordigers, uit elke subregio één bestuurder. Deze zeven kwamen elke maand bijeen. Ze hechtten veel belang aan regionale samenwerking en wilden dat ook daadwerkelijk realiseren. Ook bij een stopzetting van de WVG plankostenvergoeding zei men de noodzaak te zien om voort te gaan met de regionale samenwerking op het terrein van de gezondheidszorg. Deze bereidheid leek men ook te willen omzetten in het leveren van een financiële bijdrage. Bij het AB-WVG lag dat anders. Het AB-WVG was minder bij de invoering van de WVG betrokken dan het DB-WVG. Drie redenen lagen daaraan ten grondslag.

1. Het AB-WVG vergaderde slechts driemaandelijks.
2. Het AB-WVG stond verder af van het bureau van het Samenwerkingsorgaan WVG, welke de WVG-gedachte in stand hield.
3. Enig wantrouwen van de gemeenten ten opzichte elkaar.

Een aantal gemeenten dat vertegenwoordigd is in het AB-WVG gaf formeel dan wel informeel te kennen dat niet de noodzaak en of wenselijkheid bepalend zou zijn voor een regionale taakstelling met betrekking tot de intergemeentelijke samenwerking op het terrein van de gezondheidszorg, maar een bepaald bedrag per inwoner aan (plankosten)vergoeding. Binnen de gegevenheid van de gemeentelijke bevoegdheden en de feitelijk aanwezige plankosten-

vergoeding in deze evaluatieperiode, nam het AB-WVG wel zijn verantwoordelijkheid op zich ten aanzien van de werkzaamheden die er lagen (bijvoorbeeld WZV-planning).

Het DB-WVG had niet alleen een kritische noot aan het AB-WVG, maar ook een zware dobber aan de ambtenaren van de gemeenten in de regio die bij hun werkzaamheden te maken hadden met de WVG. Doordat de ambtenaren verbonden aan het Samenwerkingsorgaan WVG het regionaal bestuur (WVG) en met name het DB-WVG adviseerden werd de positie van met name de subregionaal werkende gemeente-ambtenaren, vertegenwoordigd in het APLO, ten dele ondergraven. Zij verloren aan invloed bij de portefeuillehouders die het DB-WVG vormden. Een andere reden waarom zij aan invloed inboetten was de bij de bestuurders veronderstelde opstelling van de gemeente-ambtenaren in het algemeen (waar de sub-regionaal werkende gemeente-ambtenaren deel vanuit maakten) ten aanzien de WVG en de regionale samenwerking op het terrein van de gezondheidszorg. De leden van het DB-WVG vonden dat de gemeente-ambtenaren het "agglomeratieverleden" in ere hielden.

[Eindhoven en omliggende gemeenten zijn in het verleden betrokken geweest bij de vorming van een agglomeratie met zelfstandige bestuurstaken. Dit experiment is stopgezet. Tijdens dit experiment is er tussen de gemeenten onderling - en met name naar Eindhoven toe - veel wederzijds wantrouwen ontstaan.]

Dat uitte zich in een afwachtende en enigszins wantrouwende opstelling van de gemeenten ten aanzien van elkaar, maar met name naar de gemeente Eindhoven toe, waar het gaat om intergemeentelijke samenwerking.

Het DB-WVG herkende in de houding van de ambtenaren een negatieve houding ten aanzien van de WVG. De door het DB-WVG gesignaleerde ambtelijke houding is voor een deel terug te voeren op de slechte communicatielijnen tussen deze bestuurders en hun ambtenaren. Correctie van de ambtenaren door de bestuurders bleef uit mede omdat de bestuurders onvoldoende rugdekking

dachten te krijgen van de gemeenteraden ten aanzien van deze problematiek.

Door het APLO werd kritiek geuit op de negatieve toonzetting van het DB-WVG waar deze het had over de subregionale inbreng bij de invoering van de WVG. Tevens werden door het APLO vraagtekens gezet bij het functioneren en het bestaansrecht van het APLO.

Naar aanleiding van deze frictie tussen DB-WVG en APLO werd er duidelijkheid verlangd over de taken van het APLO. Deze stonden reeds vast, maar in mei 1988 werd dit nog eens nauwkeurig omschreven. Het DB-WVG maakte duidelijk dat het APLO geen adviseerende functie meer zou hebben naar het DB-WVG toe. Voor coördinatie en afstemming zouden binnen het APLO inhoudelijke zaken dienen te worden besproken. De frictie tussen DB-WVG en APLO was dus een reden om de taak van het APLO te veranderen. De tweede reden leek gelegen te zijn in het feit dat het APLO veelal niet tot een gezamenlijk standpunt naar het DB-WVG toe kwam en niet regionaal genoeg werd bevonden. Consequentie hiervan was dat binnen de gemeentelijke kanalen overleg gevoerd moest gaan worden tussen ambtenaar en portefeuillehouder, terwijl voorheen het standpunt van het ambtelijk planoverleg ingebracht werd bij het DB-WVG. Dit laatste was formeel nooit de bedoeling geweest van het DB-WVG, maar was in de procedure geslopen.

Met betrekking tot de WVG invoeringsaspecten nam het DB-WVG contact op met de Provinciale Commissie Volksgezondheid van de provincie Noord-Brabant. Het DB-WVG concludeerde daaruit dat de Gedeputeerde, belast met de WVG invoering, de Statenleden weinig informatie over de WVG invoering deed toekomen. De Statenleden zouden dan ook niet veel van het WVG experiment af hebben geweten.

Behalve het overleg met het AB-WVG, het APLO en de Statencommissie voerde het DB-WVG overleg met de RRG, het RPCP en met de

verzekeraars. Dit overleg had tot doel om tot overeenstemming te komen over allerlei zorginhoudelijke en subsidietechnische zaken, maar ook om te komen tot een betere verstandhouding tussen de partijen in de regio. In juli 1987 toonden het regionaal bestuur (WVG), de RRG en het RPCP zich op initiatief van de RRG voorstander van een structurering van gewenst periodiek overleg tussen de partijen in de regio. De voorzitter van het DB-WVG ging over die regionale samenwerking onder andere praten met de verzekeraars (die zich in september 1986 uit het experiment hadden teruggetrokken). Van concrete vooruitgang met betrekking tot de samenwerking tussen de verzekeraars en de andere partijen binnen de WVG kon, naar de mening van de verzekeraars geen sprake zijn. Het Dagelijks Bestuur van de RRG, op wiens initiatief het idee over zo'n bestuurlijk overleg naar voren was gebracht, werd door het Algemeen Bestuur van de RRG gecorrigeerd. In november liet de RRG het DB-WVG weten 'de besluitvorming over enige vorm van gestructureerd bestuurlijk overleg op dit moment zinloos te vinden'. Het DB-WVG was daarover teleurgesteld. De redenen voor de RRG om geen gestructureerd bestuurlijk overleg aan te gaan lag in het feit dat de WVG naar alle waarschijnlijkheid niet landelijk zou worden ingevoerd. Daardoor zouden de positie en bevoegdheden van de gemeenten kunnen veranderen. Vanuit een andere invalshoek, met veranderde taken en/of taakopvattingen van de gemeenten en gericht op de zorginhoudelijke zaken, sprak de RRG uit wel bestuurlijk overleg te willen. Toen het DB-WVG over een subsidie-aanvraag van de RRG moest besluiten, kwam de onvrede over de RRG expliciet naar boven. Men vroeg zich af waarom de RRG wel structurele subsidie van de gemeenten wenste te ontvangen, maar niet structureel wilde overleggen met diezelfde gemeenten. Daar kwam de onvrede bij die het DB-WVG had met de RRG over de door de laatste ontkende gemeentelijke rol op het terrein van de gezondheidszorg, zoals verwoord staat in de WVG. Dit laatste stond als zodanig in het

concept werkplan van de RRG. Tevens stoorde het DB-WVG zich aan een door de RRG gestuurde brief aan de staatsecretaris waarin zij de invoering van het model 'van Londen' bepleitte en op projectbasis invulling wilde geven aan een regionale herstructurering van de gezondheidszorg samen met de overige regionale partners'. Het DB-WVG vond dat de RRG schermde met een overleg tussen betrokkenen, wat er in feite niet was.

In een brief welke de RRG in april 1988 naar het DB-WVG stuurde, erkende ze de rol van de gemeenten op het terrein van de gezondheidszorg binnen het kader van het WVG-experiment. Ook onderschreef de RRG dat er in de toekomst een vorm van samenwerking zou moeten blijven bestaan tussen de betrokken partijen in de regio. Door deze brief zag het DB-WVG voldoende aanleiding de subsidie voor 1989 aan de RRG toe te kennen.

Met de hiervoor genoemde WVG perikelen hield het regionaal bestuur (WVG) zich onder andere bezig. Zoals reeds eerder genoemd was het regionaal bestuur (WVG) ook bezig met allerlei zorginhoudelijke onderwerpen zoals: de planning psychiatrie, de planning verpleeghuizen en de planning bejaardenoorden. Maar ook met allerlei andere onderwerpen, als de subsidiëring van allerlei instituten en de opstelling van de gemeenschappelijke regeling regio zes.

Aan het volgen van de landelijke ontwikkelingen met betrekking tot de WVG besteedde het regionaal bestuur (WVG) eveneens veel aandacht. Hoofdstuk 4 gaat daar nader op in.

In dit kader kan worden opgemerkt dat het regionaal bestuur (WVG) in juli 1987 een brief stuurde naar de staatssecretaris. Hierin sprak het haar verontwaardiging uit over de gang van zaken met betrekking tot de concept subsidieverordeningen welke het Ministerie van WVC had opgesteld voor de patiëntenplatforms en de samenwerkingsverbanden van instellingen en beroepsbeoefenaars. Het regionaal bestuur (WVG) betoogde dat de gemeenten met

de vorige staatssecretaris hadden afgesproken dat de drie overheden gezamenlijk een regeling zouden treffen ter financiering van genoemde organisaties. Aangezien de gemeenten in de integrale invoeringsgebieden nog geen kans hadden gekregen om met de staatssecretaris onder andere hierover van gedachten te wisselen zou de subsidieregeling zijn blijven liggen.

3.3 Het functioneren van het invoeringsproject

De beschrijving van het functioneren van het invoeringsproject in de regio beperkt zich tot de weergave van het regionale beleidsnetwerk. De weergave omvat de gehele tijdspanne van het IIP-WVG.

Allereerst wordt de formele overlegstructuur weergegeven (par. 3.3.1). De positie en opstelling van elk van de betrokken partijen bij de integrale invoering wordt daarna behandeld (par. 3.3.2). Vervolgens wordt het (theoretische) kader geschetst waarbinnen de analyse van het beleidsnetwerk wordt geplaatst (par. 3.3.3).

Op het verleden van het Integrale Invoeringsproject - dat wil zeggen de periode voorafgaand aan de vorig jaar gehouden rapportage - is maar beperkt zicht. Over de beginfase van het project (1983-1984) is het één 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 lijnen uit het verleden getrokken. Over de periode juli 1986 tot en met juni 1987 werd voor het eerst over de regio door het NIPG gerapporteerd.

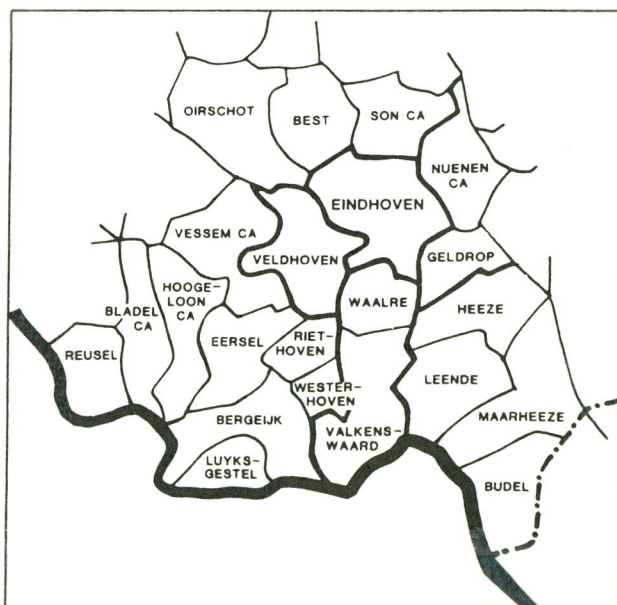
3.3.1 De formele overlegstructuur

Het Integrale Invoeringsproject WVG Eindhoven/Kempenland bestaat sinds 1983. De WVG-regio Eindhoven/Kempenland bestaat uit 22 gemeenten die met elkaar 7 subregio's vormen. Ter informatie zijn tabel 3.1 de inwonersaantallen van de gemeenten weergegeven. Tevens is een kaart van het gebied toegevoegd.

Tabel 3.1 Aantal inwoners per gemeenten in Eindhoven/Kempenland, naar subregio, op 1 januari 1987 (Centraal Bureau voor de Statistiek)*

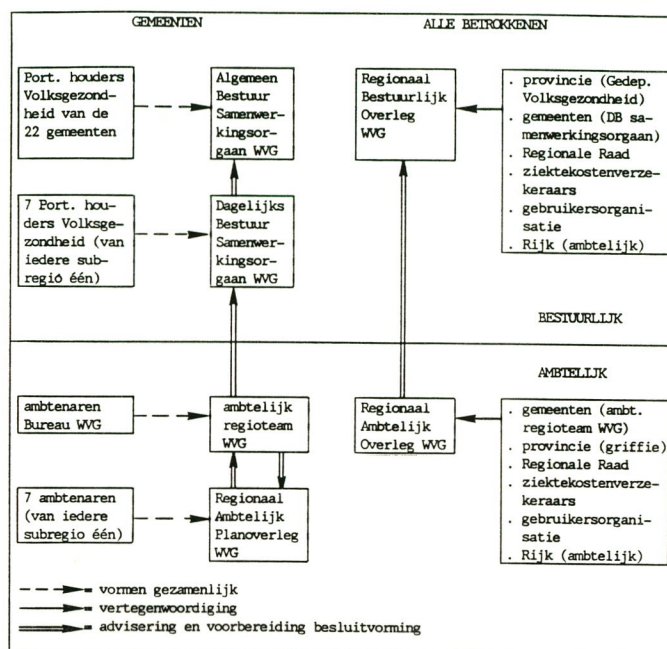
gemeente	inwoners	gemeente	inwoners
1. Waalre	15.013	5. Vessem CA	4.795
Valkenswaard	29.396	Hoogeloon CA	8.071
		Bladel CA	9.742
2. Oirschot	10.992	Reusel	7.615
Best	20.601	Eersel	12.166
Son CA	14.726	Bergeijk	9.874
		Luyksgestel	2.765
3. Nuenen CA	20.610	Riethoven	2.223
Geldrop	25.729	Westerhoven	1.725
4. Heeze	8.895	6. Eindhoven	190.913
Leende	4.026		
Maarheze	8.611		
Budel	11.658	7. Veldhoven	37.127

*) Totaal aantal inwoners 457.273



In schema 3.1 is de formele overlegstructuur binnen het project weergegeven. Om te beginnen is sprake van een overlegstructuur van de gemeenten (het linkergedeelte van het schema).

Schema 3.1 Overlegstructuur Integraal Invoeringsproject WVG regio Eindhoven/Kempenland



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 bevorderen van een samenhangend stelsel van voorzieningen in de regio (Gemeenschappelijke Regeling, 1987). Het samenwerkingsorgaan heeft een AB-WVG (voorheen Portefeuillehoudersoverleg WVG), waarin alle portefeuillehouders Volksgezondheid van de aangesloten gemeenten zitting hebben. Een deel ervan (uit elk van de zeven subregio's één portefeuillehouder) vormt het DB-WVG (voorheen Kerngroep). Het AB-WVG kwam ongeveer éénmaal in de drie maanden bijeen, het DB-WVG maandelijks. Ambtelijk werd het invoeringsproject gedragen door een regioteam dat gedetacheerd

was bij het samenwerkingsorgaan. Dit regioteam stond in contact met het Regionaal Ambtelijk Planoverleg WVG, bestaande uit gemeente-ambtenaren, werkzaam op subregionaal niveau. Dit overleg vond maandelijks plaats onder voorzitterschap van de coördinator van het regioteam. Belangrijkste taak van het overleg was het streven naar afstemming tussen subregionale planactiviteiten en tussen subregionale en regionale planactiviteiten. Voorts werden besluiten van AB-WVG en DB-WVG uitgewerkt en ten uitvoer gebracht, terwijl tevens standpunten werden ingenomen over zaken die op korte termijn in het regionaal bestuur (WVG) aan de orde (konden) komen.

Naast de overlegstructuur van de gemeenten was er in het verleden in Eindhoven/Kempenland een overlegstructuur van alle bij het invoeringsproject betrokkenen (het rechtergedeelte van het schema). Er was een Regionaal Bestuurlijk Overleg WVG. Daaraan werd door bestuurders van provincie, gemeenten, Regionale Raad Gezondheidszorg, ziektekostenverzekeraars en gebruikersorganisatie deelgenomen, alsook door een ambtenaar van het ministerie van WVC. Dit overleg zou worden voorbereid door het Regionaal Ambtelijk Overleg WVG, waarin genoemde organen ambtelijk zouden participeren. Het Regionaal Bestuurlijk Overleg en het Regionaal Ambtelijk Overleg zijn deze evaluatieperiode niet bijeengekomen. Door de kabinetswisseling laaide de discussie over het voortbestaan van de WVG op, waardoor in 1986 een aantal partijen geen behoefte meer hadden aan een formele overlegstructuur. In september 1986 schortten de ziektenkostenverzekeraars hun activiteiten met betrekking tot het WVG experiment op. In december 1986 deden de algemene ziekenhuizen hetzelfde. Tevens werden er geen agendapunten meer naar voren gebracht. Formeel bestond in deze evaluatieperiode de overlegstructuur nog steeds. In de praktijk hebben de bestuurlijke en ambtelijke contacten bilateraal plaatsgevonden.

3.3.2 Positie en opstelling van de betrokken partijen

In deze paragraaf zal in het kort de positie van elke partij ten aanzien van hun achterban worden weergegeven. Vervolgens wordt de opstelling van elke partij ten aanzien van de WVG en de WVG invoering beschreven. Het Ministerie van WVC wordt, in tegenstelling tot de rapportage over de regio Kennemerland, niet als partij meegenomen. Het ministerie maakte namelijk de laatste jaren in de regio Eindhoven/Kempenland geen deel uit van het regionale beleidsnetwerk.

De ziektekostenverzekeraars

In de regio Eindhoven/Kempenland hebben twee ziekenfondsen hun werkterrein. Dit zijn:

1. Centraal Ziekenfonds Tilburg;
2. Regionaal Ziekenfonds voor Eindhoven en Omgeving (RZEO).

De particuliere ziektekostenverzekeraars werden vertegenwoordigd door N.V. Interpolis Tilburg.

De drie verzekeraars werkten samen met betrekking tot de gemeenschappelijke standpuntbepaling ten aanzien van de WVG. De verzekeraars maken als adviseur deel uit van de RRG. Het RZEO maakt als adviseur namens de verzekeraars deel uit van het Dagelijks Bestuur van de RRG en was via deze vertegenwoordigd in het Regionaal Ambtelijk Overleg en het Regionaal Bestuurlijk Overleg.

Door de Ziektekostenverzekeraars werd de WVG als te veel omvattend gezien. De WVG-invoering vond men te theoretisch geschieden. Men zei dan ook teleurgesteld te zijn over het invoeringsproces. De verzekeraars zeiden de eigen verantwoordelijkheid van de overheden, welke de WVG hen gaf, te erkennen. De verzekeraars verklaarden dat hun bezwaren ten aanzien van de WVG niet voortkwamen uit het verlies aan macht, maar berustten op praktische en juridische bezwaren.

De verzekeraars verklaarden het tegenvallende resultaat van de WVG invoering in het verleden door: 1. regionale factoren (agglomeratieverleden en bestuurlijke onmacht), 2. het niet tijdig betrokken zijn geweest van alle participanten bij de voorbereiding van de daadwerkelijke WVG-invoering. In concreto kan worden gedacht aan: de taakverdeling, de planprocedures, de adviesstructuur en de gemeenschappelijke regeling en 3. het vrijwel uitsluitend spreken over procedures en niet over de inhoud van de zorg. De intramurale instellingen uit het veld waren het op dit punt met de verzekeraars eens. In september 1986 gaven de verzekeraars te kennen voorlopig niet meer aan de experimentele integrale invoering van de WVG te willen meewerken. Dit op basis van inhoudelijke en procedurele bezwaren tegen de bestaande voorstellen (zoals in het ontwerp AMvB ex art. 41 WVG neergelegd). Op het moment waarop 'op basis van de wet consistente en enige continuïteit in de planning verschaffende wettelijke uitvoeringsmaatregelen ontwikkeld en vastgesteld zijn' zouden zij weer meer gaan werken. Aan de WZV-planning psychiatrie in de regio (een van de werkzaamheden in het kader van het WVG project) werkten de verzekeraars wel volledig mee.

De ziektekostenverzekeraars werd door bepaalde partijen als de gemeenten wel eens een negatieve opstelling verweten: voorkomen dat de zaak van start ging, overal bij willen zijn, opkomen voor de eigen belangen en angst voor machtsverlies.

Van machtsverlies voor de verzekeraars bij een eventuele WVG-invoering was zeker sprake. Aan de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ontleen de ziekenfondsen hun medebeleidsbepalende positie op het terrein van de gezondheidszorg. Door de WVG zouden de verzekeraars aan invloed hebben verloren en zijn gedegradeerd tot betaalkantoren. Het niet lukken van het WVG-experiment komt hen dan ook niet slecht uit.

De structuur- en procedurekwesties werden mede door de verzekeraars gevoed, waar het ging om de rol van de verzekeraars in

de vaststelling en uitvoering van plannen. Ook werden zorginhoudelijke projecten op basis van de WVG niet ter hand genomen (dit omdat de wet niet in uitvoering was genomen).

Samenvattend kan worden gezegd dat de ziektekostenverzekeraars moeite hadden met de WVG als wet. Tevens hadden zij kritiek op met name de werkwijze van de gemeenten. Daarom schortten zij hun medewerking op.

De RRG

De Regionale Raad Gezondheidszorg (RRG) is een samenwerkingsverband van instellingen en beroepsoefenaren binnen de gezondheidszorg en maatschappelijk dienstverlening in de regio Eindhoven/-Kempenland. De RRG is in 1975 ontstaan in het kader van een proefopdracht aan de toenmalige agglomeratie Eindhoven. Het was toen een overlegvorm waarin het veld, op basis van een gezamenlijk initiatief van de verzekeraars en het veld, participeerde. In 1978 is de RRG gaan functioneren als adviesorgaan van de agglomeratie Eindhoven. In het overlegorgaan participeerden het veld, de patiënten/consumenten, de verzekeraars en de gewesten. De regionale ziektenkostenverzekeraars en het Regionaal Patiënten en Consumenten Platform (RPCP) traden vanaf 1 januari 1987 op als adviseurs van de RRG. Een belangrijke doelstelling van de RRG is het leveren van een bijdrage aan de bevordering van de kwaliteit en het niveau van de zorg-, hulp- en dienstverlening in de regio. De RRG tracht dat te bereiken door middel van het stimuleren van samenwerking tussen sectoren en door middel van advisering aan overheden. Een andere belangrijke doelstelling was het adviseren over WVG-aangelegenheden aan het bestuur van het Samenwerkingsverband WVG.

De RRG stemde in 1982 in met de deelname aan het experiment van de integrale invoering van de WVG. Als voorwaarde verbond zij daaraan dat het veld in alle besluitvormingsfasen betrokken zou

worden. De belangen en houdingen van de participanten ten aanzien van de WVG invoering verschilden nogal binnen de RRG. Intramurale instellingen zijn nooit voorstanders van de WVG geweest. Een deel van de extramurale voorzieningen en beroepsoefenaars was voorzichtig positief over de WVG. Binnen de RRG domineerden echter de intramurale voorzieningen, zodat binnen de RRG veel negatieve geluiden over de WVG-invoering te horen waren. In december 1986 zeiden de gezamenlijke ziekenhuizen de medewerking aan het invoeringsproject op, omdat het integraal invoeren van de WVG geen reëel belang zou dienen.

De RRG was teleurgesteld over de traagheid van de invoering van de WVG. Er speelde bij de WVG-invoering een aantal zaken een rol, welke voor de RRG frustrerend werkte.

- Ideeën op landelijk niveau met betrekking tot de invoering bleken veelal tijdelijk van aard.
- Op regionaal niveau deden zich tussen de gemeenten bestuurlijke problemen voor. Interne meningsverschillen waren daar de oorzaak van.
- Het veld werd niet altijd tijdig betrokken bij de invoeringsaspecten.
- Het veld was gewend in inhoudelijke termen te praten en te denken en is mede daardoor het invoeringsproces steeds meer gaan ervaren als een overleg over procedurekwesties.
- Binnen de RRG heerste veelal het vermoeden dat het WVG experiment gekoppeld zou zijn aan bezuinigingen, wat uiteraard weerstanden opriep.
- Men vermoedde reeds in een vroegtijdig stadium dat het instrumentarium van de WVG niet zou deugen en dat er dan ook weinig kans zou zijn dat de WVG de komende jaren tot kwaliteitsverhoging in de gezondheidszorg zou leiden.

Op basis van het voorgaande concludeerde de RRG dat wanneer men niet bij de WVG-invoering betrokken zou zijn geweest men zorgin-

houdelijk in de regio verder zou zijn geweest met de (WZV-)planning.

Vanwege de in het veld aanwezige deskundigheid had de RRG aanvankelijk een voortrekkersrol bij de WVG-invoering. Later werkte de RRG eerder remmend. Ten dele ontstond deze verandering door de teleurstelling over de WVG-invoering. Voor het andere deel doordat de invloed van de verzekeraars en de intramurale sector op de RRG erg groot werd.

Samenvattend kan worden gezegd dat de RRG met een positieve instelling aan het experiment begon. Door landelijke en regionale ontwikkelingen met betrekking tot de WVG-invoering is de RRG van voorstander tot tegenstander van de WVG geworden. De RRG wilde zich zorginhoudelijk bezighouden en niet steeds bezig zijn met structuur- en procedurekwesties (ook al werden structuur- en procedurekwesties mede door henzelf gevoed, waar het ging om de rol van met name het veld in de vaststelling en uitvoering van plannen).

Het RPCP

De patiënten/consumenten van de gezondheidszorg binnen de regio Eindhoven/Kempenland zijn georganiseerd in ongeveer 25 organisaties. Vele van deze verbanden worden overkoepeld door het Regionaal Patiënten en Consumenten Platform (RPCP). Het RPCP is adviseur van de RRG.

De WVG werd door het RPCP gezien als een belangrijk instrument om de belangen van de gebruikers te behartigen. Expliciet wordt er namelijk in de WVG een rol aan de gebruiker toebedeeld. Met name in de beginperiode van het experiment heeft het RPCP zich niet kunnen profileren. De redenen daarvan zijn de volgende.

1. Bij het experiment ging het in eerste instantie om structurele zaken, betrekking hebbend op advies- en overlegstructuren. Van zorginhoudelijke beleidsadvisering, waar het RPCP zich op wil richten, was met name in de beginperiode geen sprake;
2. De traditie van beleidsadvisering en gezamenlijke belangenbehartiging ontbrak in de beginperiode.

Naarmate de tijd verstreek kon de RPCP zich wat meer profileren. Door middel van subsidies kon er kennis worden ingekocht en de vrijwilligers kregen meer inzicht in de bestuurlijke kant van de gezondheidszorg. Vertegenwoordigers van het RPCP werden door met name delen van het veld niet altijd als volwaardige onderhandelingspartners aangemerkt, ook al kende de WVG expliciet taken toe aan hun organisatie. De partijen 'trokken' wel aan het RPCP om deze zoveel mogelijk aan hun zijde te krijgen. Het veld en de verzekeraars stonden in de regio Eindhoven/Kempenland steeds meer tegenover de gemeenten. Beide kampen hadden daarom belang bij een goede verstandhouding met het RPCP. Beide hadden er ook belang bij dat het RPCP hun standpunt ten aanzien van veel onderwerpen zou ondersteunen. Het RPCP leek zich dit bewust te zijn. Zij laveerde tussen dit soort zaken door. Het RPCP staat (zoals uit latere hoofdstukken nog zal blijken), wanneer het gaat om inhoudelijke zaken, over het algemeen met haar standpunt dicht bij de gezamenlijke gemeenten. Dit komt omdat de gemeenten veelal in hun beleidsvorming lijken uit te gaan van de belangen van de patiënten/consumenten en niet zozeer uitgaan van bestaande belangen en situaties.

Samenvattend kan worden gezegd dat het RPCP gematigd voorstander van de WVG leek te zijn, met name omdat de WVG hen meer invloed zou hebben verschaft. Het RPCP heeft zich ten aanzien van het experiment constructief opgesteld.

De Gemeenten

Op basis van de Gemeenschappelijke Regeling Samenwerking Uitvoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg Eindhoven/Kempenland hebben de 22 tot de regio behorende gemeenten in maart 1987 een samenwerkingsorgaan WVG gevormd. Het doel van het samenwerkingsorgaan WVG is het behartigen van de gemeenschappelijke dienstverlening en het bevorderen van een samenhangend stelsel van regionale voorzieningen.

Door de WVG zouden de gemeenten een nieuwe en duidelijke rol krijgen ten aanzien van de planning van de gezondheidszorg. Ondanks dat waren er gemeentebesturen die de invoering van de WVG als bezuinigingsmaatregel zagen.

Door de tijd heen zijn de meeste gemeenten binnen het experiment de WVG blijven zien als kader om de gezondheidszorg te structureren en te plannen.

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

Naarmate de tijd vorderde en het steeds duidelijker werd dat de WVG door de nieuwe tijdgeest van de marktwerking als knelpuntenoplosser was achterhaald, trachtte men het experiment bij te sturen. Men wilde echter wel vasthouden aan bepaalde bevoegdheden om lacunes in te (laten) vullen.

Door de gemeenten is veel tijd gestoken in het opzetten van een organisatie ten behoeve van de samenwerkende gemeenten. Deze organisatie was nodig om succesvol te kunnen opereren in het regionale gezondheidszorgcircuit, met zijn advies- en overlegstructuur.

Er is met name in de beginperiode van het experiment erg veel

tijd gaan zitten in de discussies over de structurering. Daarvoor is een aantal factoren verantwoordelijk.

1. De onbekendheid van de gemeenten met het beleidsterrein van de gezondheidszorg;
2. Het agglomeratieverleden werkte voor het experiment ongunstig. Een uitvloeisel daarvan was dat de gemeenten wantrouwig stonden tegenover regionale samenwerking. Met name bestond er bij de kleinere gemeenten wantrouwen tegenover Eindhoven. Tijdens het experiment nam dat wantrouwen weliswaar af maar bleef aanwezig. Daardoor heeft het veel moeite gekost om tot intergemeentelijke samenwerking te komen.
3. Het ontbrak aan bestuurlijke dekking en het benodigde instrumentarium van de kant van het Rijk.
4. De gemeenten hadden de neiging de verantwoording voor het experiment naar zichzelf toe te trekken, waarbij zij naar het veld toe een afstandelijke houding aannamen.

Deze factoren waren er de oorzaak van dat men, om misverstanden te voorkomen, alles tot in de details wilde regelen. Opgemerkt dient hierbij te worden dat met name de verzekeraars en het veld weliswaar geen discussies over structuren en procedures meer wilden, maar dat er ook bij hen behoefte was aan goede afspraken. Dat laatste hield verband met het feit dat de gemeenten op basis van de WVG over ruimere bevoegdheden gingen beschikken. Dus ook bij verzekeraars en veld nam de behoefte aan gedetailleerde regelingen toe. Dit ter bescherming van hun eigen positie.

De onbekendheid met het terrein van de gezondheidszorg, het agglomeratie-verleden en het nogal op zichzelf gericht zijn van de gemeenten verdwenen naarmate het experiment voortduurde. De bestuurswisseling in 1986 op het gemeenteniveau leverde een meer gezamenlijke regionale aanpak op tussen de gemeenten onderling en naar het veld toe. Het regionaal bestuur (WVG) is erg actief geweest met betrekking tot het WVG-experiment. Maar niet

alleen met de WVG, ook werden er WZV uitwerkingsplannen gemaakt. Het regionaal bestuur (WVG) bespeurde bij het veld een angst om in een "procedureel web" terecht te komen. Tijdens het einde van het experiment was het regionaal bestuur (WVG) van mening dat de RRG bij een aantal zaken wel erg vooruit liep op de Dekkerperiode. Afspraken zouden volgens het regionaal bestuur (WVG) door de RRG niet altijd zijn nagekomen (zie ook hoofdstuk 6 verpleeghuizen) en de RRG zou de neiging hebben gehad zich van de gemeenten af te wenden. De verzekeraars vond men, zo leek het, consequent krampachtig reageren. Tevens was men van mening dat de verzekeraars zaken waar de gemeenten bij betrokken waren tegen hielden (bijvoorbeeld structureel regionaal overleg, planning verpleeghuizen).

Samenvattend kan worden gezegd dat de gemeenten zich actief met het WVG-experiment hebben beziggehouden. In de beginperiode is men nogal blijven steken in procedurezaken. De afstand tot de RRG en de verzekeraars nam toe omdat deze laatsten een voorschot leken te nemen op de uitvoering van de voorstellen van de Commissie Dekker.

De provincie Noord-Brabant

Bij de provincie Noord-Brabant was het "Bureau Volksgezondheid en Maatschappelijke Dienstverlening" van de provinciale griffie bij de voortgang van het experiment belast.

Ambtelijk stond de provincie afwijzend tegenover de keuze van de regio Eindhoven/Kempenland als WVG-proefgebied. Vooral het agglomeratieverleden was daarvan de oorzaak. Provinciale Staten gingen echter accoord. Bestuurlijk werd het agglomeratieverleden als voordeel ervaren. Als bijkomend voordeel werd het voorhanden zijn van menskracht gezien. Dezen konden vanuit de Agglomeratie bij het WVG-experiment worden ingezet.

Door de ambtelijke afwijzing heeft de provincie zich, na een actieve houding in de beginfase te hebben gehad, jarenlang weinig betrokken gevoeld bij het invoeringsproject. Ze liet daardoor veel aan de regio zelf over. In de loop van 1986 is men op deze houdings enigszins teruggekomen en zich weer wat actiever naar de regio gaan opstellen. Dit kwam tot uitdrukking in het frequenter voeren van overleg en het spelen van een bemiddelende rol tussen het veld en de gemeenten wanneer er conflicten waren.

De provincie verklaarde de slechte relatie tussen de gemeenten aan de ene kant en het veld en de verzekeraars aan de andere kant uit de onderlinge machtsstrijd en uit de voortvarendheid, en de soms daarmee gepaard gaande tactische onhandigheid, bij de gemeenten naar de overige partijen toe.

Na de kabinetwisseling zijn de gemeenten in de regio niet expliciet gesteund door de provincie in hun verlangen het WVG-experiment door te zetten. De provincie zat meer op de WZV-lijn dan op de WVG-lijn. De planaanwijzingen die het Ministerie van WVC aan de provincie gaf leken alle aandacht op te eisen.

Ambtelijk leek het de provincie goed uit te omen dat, na de kabinetwisseling in 1986, de WVG steeds meer object van discussie en twijfel werd. Feitelijk leken ze van de WVG af te willen alsook van de moeilijkheden in de regio Eindhoven/Kempenland met betrekking tot de WVG invoering.

Samenvattend kan worden gezegd dat de provincie Noord-Brabant in zijn totaliteit gezien niet actief bij de WVG-invoering in de regio Eindhoven/Kempenland betrokken is geweest. De provincie heeft in deze evaluatieperiode de WVG definitief losgelaten en voorrang gegeven aan de WZV.

3.3.3 Het beleidsnetwerk

In deze paragraaf zal allereerst het theoretische kader worden weergegeven waarbinnen de analyse van het beleidsnetwerk wordt geplaatst. Daarna wordt het functioneren van het beleidsnetwerk weergegeven.

Om uitspraken te kunnen doen over de omgang met elkaar van de betrokkenen bij het invoeringsproject, dient te worden beschikt over een theoretisch kader. Dit kader wordt vastgesteld met behulp van het concept 'beleidsnetwerk'. Hieronder kan worden verstaan het 'geraamte' van op afhankelijkheid gebaseerde betrekkingen en normatieve verhoudingen tussen organisaties (Wassenberg, 1980). Een netwerk kenmerkt zich door:

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

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

- 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 de afgelopen jaren en met name het afgelopen jaar doeltreffend functioneerde. Allereerst zal dan moeten worden nagegaan of hier wel van een netwerk sprake was.

De eerder genoemde drie kenmerken van een netwerk worden gezien aan de praktijk van de WVG-invoering.

- a. De veelheid aan actoren. Deze bestaan in Eindhoven/Kempenland uit de gemeenten, de provincie, de ziektekostenverzekeraars, het RPCP en de RRG. Opmerkelijk was de afwezigheid in met name deze laatste evaluatieperiode van het Ministerie van WVC. Het ministerie heeft bilateraal contacten onderhouden met de provincie, het RPCP, de RRG en de verzekeraars. Maar naar de samenwerkende gemeenten toe is er geen contact geweest anders dan enkele brieven. Het Ministerie van WVC maakte in feite dan ook geen deel uit van het regionale beleidsnetwerk.

De genoemde actoren hebben ten aanzien van de WVG-invoering verschillende visies, probleemdefinities en belangen. Tevens hebben ze met verschillende beïnvloedingsmogelijkheden aan de besluitvorming bijdragen.

- b. Het officiële doel was de experimentele invoering van de WVG. Met dit laatste werd beoogd een meer samenhangende en doelmatige gezondheidszorg tot stand te brengen. Dit doel van de WVG werd door alle partijen onderschreven. Het middel om dat te bereiken, namelijk de WVG, is door de ziektekostenverzeke-

- raars van meet af aan als monstrum gezien. In de loop van de tijd was een groot deel van het veld dezelfde mening toegedaan. Toch bleef een ieder het doel van de WVG onderschrijven. Met dit doel voor ogen trachtte elke partij met verschillende beïnvloedingsmogelijkheden aan de besluitvorming bij te dragen. De beïnvloedingsmethoden varieerden van het doen van een beroep op formele taken en bevoegdheden tot het anticiperen op zaken die nog komen moesten (en de daaraan de gekoppelde weigering om aan bepaalde aspecten mee te werken).
- c. Het onderhandelingsproces was aanwezig, met betrekking tot de planning psychiatrie en de verpleeghuizen. Het onderhandelingsproces was echter niet aanwezig met betrekking tot de invoering van de WVG. Onzekerheidsreductie en het vastleggen en inperken van macht bleven niettemin in het voeren van de diverse discussies de boventoon voeren.

De conclusie is dat er aan de kenmerken van een netwerk werd voldaan. Een netwerk gericht op de realisering van de doelen van de WVG en niet op de invoering van de WVG. Overigens was er de laatste jaren (na de kabinetswisseling in 1986) tevens sprake van een deelnetwerk. Dit deelnetwerk bestond uit de gemeenten binnen het invoeringsgebied. Dit deelnetwerk had een bestuurlijke en een ambtelijke component. Het betreft hier het linker gedeelte van schema 3.1. Het begrip netwerk is op de groep gemeenten van toepassing. Van een onderhandelingsproces (bijvoorbeeld ten aanzien van het vaststellen van de verdeelsleutel van de plankostenvergoeding) is eveneens sprake. Dit gemeentelijke deelnetwerk onderhield bilaterale contacten met de andere WVG-participanten in de regio.

Van een 'WVG-netwerk' (met betrekking tot de invoering van de WVG) is dus in Eindhoven/Kempenland geen sprake geweest. Wel van een netwerk dat gebaseerd was op de doelstellingen van de WVG.

Een volgende vraag is of dit laatste netwerk doeltreffend functioneerde. Aan de hand van de weergegeven voorwaarden voor doeltreffendheid kan het volgende worden opgemerkt.

- a. Bij de betrokkenen was het besef aanwezig dat het netwerk gericht was op legitieme, collectieve belangen, namelijk een meer samenhangende en doelmatige gezondheidszorg. Om dit te bereiken zou een minimale oriëntatie op particularistische belangen en doeleinden moeten plaatsvinden. In de jaren van het WVG experiment in deze regio heeft echter niet een minimale - maar eerder een maximale oriëntatie op particularistische belangen en doeleinden plaatsgevonden. Vanuit de specifieke belangen van de betrokken partijen bij het experiment is getracht invulling te geven aan een meer samenhangende en doelmatige gezondheidszorg.

De verzekeraars en later ook delen van het veld, kozen het bestaande wettelijke instrumentarium om tot samenhang te komen. De WZV werd door hen als kader aangehouden waar het ging om bijvoorbeeld de planning psychiatrie en de planning verpleeghuizen. De WZV heeft alleen betrekking op de intramurale voorzieningen op grond waarvan de gemeenten in het algemeen geen planningsbevoegdheden kunnen claimen. Formeel verklaren de verzekeraars en delen van het veld hun keuze voor de WZV uit juridische en pragmatische redenen. Binnen de RRG nemen de intramurale voorzieningen de sterkste positie in. Dit verklaart misschien mede de gerichtheid van de RRG op de WZV. Oplossingen, van bijvoorbeeld capaciteitsproblemen in de zorgverlening, zag de RRG dan ook het liefst beperkt tot deze bestaande intramurale voorzieningen. De verzekeraars richtten zich ook op de WZV omdat deze wettelijke rechtskracht bood en zou blijven bieden, terwijl de WVG (nodeloos ingewikkeld in hun ogen) toch wel niet landelijk zou worden ingevoerd. De WVG steunen zou voor hen ook betekend hebben, het steunen van een wet die de verzekeraars zelf

macht afneemt en deze herverdeelt ten gunste van de gemeenten.

- b. In de beginperiode van het experiment was door de partijen expliciet gesteld dat men elkaars verantwoordelijkheden en bevoegdheden zou respecteren. Toen echter duidelijk werd dat de WVG het niet zou halen (Rapportage Commissie Dekker), gold dat niet meer. Met betrekking tot de deskundigheid werd door de verzekeraars en het veld, met name in de eerste jaren van de WVG-invoering, de gemeenten onkunde verweten. Visies, belangen en bijdragen van de afzonderlijke partijen werden niet altijd serieus genomen. Het veld (de RRG) en de verzekeraars voelden zich in de beginfase gepasseerd door de gemeenten. Men voelde dit naar aanleiding van de opstelling van de "Handleiding" en de "Gemeenschappelijke Regeling". De gemeenten vonden dat een zaak die alleen hen betrof. De verzekeraars en het veld vonden dat ze daarbij betrokken hadden moeten worden. De RRG en de verzekeraars namen volgens de gemeenten de belangen en bijdragen van de gemeenten niet altijd serieus (bijvoorbeeld met betrekking tot de planning verpleeghuizen).

Tot slot kan opgemerkt worden dat de Provincie Noord-Brabant in het verleden moeite had om de RRG bij de WVG-invoering te betrekken. Zij kon immers beschikken over de adviezen van de Provinciale Raad Volksgezondheid.

- c. De derde en laatste categorie voorwaarden die de doeltreffendheid van het netwerk weergeven betreft de helderheid en overzichtelijkheid van agenda's, procedures, verantwoordelijkheden en besluiten voor de betrokken partijen. Hierbij worden alleen die aspecten meegenomen die betrekking hebben op het overleg van en tussen de gezamenlijke gemeenten en de RRG. De reden van deze beperking ligt in het feit dat binnen deze overlegfora alle regionale partijen aanwezig zijn ge-

weest en de van belang zijnde beslissingen over de invulling van het WVG-project daar zijn genomen.

De agenda's waren helder en overzichtelijk. De procedures voor de verschillende beleidsonderwerpen leken veelal helder en overzichtelijk. Er werd immers langdurig in de regio Eindhoven/Kempenland over procedures gepraat om die duidelijkheid te verkrijgen.

De verantwoordelijkheden van de partijen waren duidelijk en helder. Toch werd niet altijd rekening gehouden met die verantwoordelijkheden. De eigen belangenbehartiging was daarvan de oorzaak. Deze werd gevoed door de onzekerheid over het WVG-experiment. De besluiten zoals die door elke partij afzonderlijk werden genomen, waren voor de betrokkenen zelf duidelijk. Dit was niet altijd het geval voor de andere belangengroepen.

Voor wat betreft de helderheid van procedures, verantwoordelijkheden en besluiten op het niveau buiten de regio, dus landelijk, lag het geheel heel anders. Het rapport van Twijnstra en Gudde (De nieuwe kleren van de keizer, 1987) aanhandelend, kan gesteld worden dat zowel ten aanzien van de informatie als zodanig als ten aanzien van de te volgen procedures duidelijkheid bij de betrokkenen ontbrak. Betrokkenen beschikten veelal niet, of niet tijdig, over noodzakelijke informatie.

Concluderend kan worden gezegd dat er geen sprake is geweest van een minimale oriëntatie op particularistische belangen en doeleinden. Het besef dat het netwerk gericht was op de realisering van collectieve, legitieme belangen was niet aanwezig. Verantwoordelijkheden en bevoegdheden leken door de partijen niet altijd te zijn gerespecteerd. De partijen vonden elkaar niet altijd even deskundig. Visies, belangen en bijdragen van de afzonderlijke partijen werden niet altijd serieus genomen. Er

waren weliswaar heldere en overzichtelijke agenda's, procedures en verantwoordelijkheden, maar met dit laatste werd niet altijd rekening gehouden. De genomen besluiten waren intern duidelijk, maar voor de andere partijen was dit niet altijd het geval. Van een doeltreffend WVG-netwerk kan in zijn totaliteit niet gesproken worden. Sterker nog: van een bestuurlijk netwerk was geen sprake, mede doordat de verzekeraars en de ziekenhuizen in het verleden hun participatie aan de WVG-invoering hadden opgeschort.

3.4 Conclusies

1. De teleurstelling over de resultaten van het invoeringsproject is in de loop der jaren toegenomen.

Bij instellingen, beroepsoefenaars en verzekeraars kwam deze teleurstelling voort uit de ervaring dat er a. teveel tijd is besteed aan procedurele en bestuurlijke zaken terwijl de zorginhoudelijke kant tezeer buiten de aandacht bleef, b. uit het feit dat men te weinig bij de voorbereidende activiteiten van de lagere overheden is betrokken en c. uit de achterstand die in de (WZV)-planning is ontstaan.

De teleurstelling bij de gemeenten betrof de voortdurende onduidelijkheid van het Rijk rond de integrale invoering en het achterwege blijven van bevoegdheden om daadwerkelijk met de planning te kunnen beginnen. Als positief ervaarde men de geleidelijke totstandkoming van de intergemeentelijke samenwerking.

De teleurstelling van de gebruiksorganisatie tenslotte betrof 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 was als elders is vooral te wijten aan regionale factoren. Met name het agglomeratieverleden heeft de voorbereidingen voor de WVG-invoering geen goed gedaan en, zowel ambtelijk als bestuurlijk, een situatie geschapen met veel wederzijds wantrouwen met betrekking tot regionale samenwerking. Pas in de loop van 1986 voelde men zich hier geleidelijk bovenuit groeien. De aangekondigde intrekking van de plankostenvergoeding per 1 januari 1989 zal de regionale bereidheid tot samenwerking op het terrein van de gezondheidszorg niet ten goede komen. Ook de slechte relatie tussen gemeenten aan de ene kant en het veld en de verzekeraars aan de andere kant is een reden voor het trage tempo van de WVG voorbereidingen.
3. Het beeld dat enerzijds gemeenten, anderzijds veld en verzekeraars van elkaar hadden, laat zien dat men weining vertrouwen in elkaar had. De gemeenten ervoeren bij veld en verzekeraars een gevoel van bedreiging door de WVG, angst voor verstrikking, het willen benadrukken van het eigenbelang en een strategie gericht op het tegenhouden van de invoering van de WVG. Veld en verzekeraars zagen de gemeenten als weinig deskundig in het plannen van de gezondheidszorg, te haastig, te weinig bereid om de andere partijen in het invoeringsproces te betrekken en lange tijd niet in staat om een bestuurlijk geheel te vormen.
4. Ambtelijk stond de provincie Noord-Brabant, vooral vanwege het agglomeratieverleden van de regio Eindhoven/Kempenland, afwijzend tegenover de keuze van deze regio als WVG-proefgebied. Provinciale Staten echter gingen accoord. Hierdoor heeft de provincie zich na een actieve houding in de beginfa-

se, jarenlang weinig betrokken gevoeld bij het invoeringsproject en veel aan de regio zelf overgelaten.

5. Doordat vanaf het begin af aan de WVG invoering in de regio geen gemeenschappelijke zaak was van de partijen, deden er zich van meet af aan spanningen voor tussen gemeenten aan de ene kant en verzekeraars en delen van het veld aan de andere kant. Deze spanningen namen in de loop van het invoeringstraject toe.

Door de teleurstelling over de resultaten van het invoeringsproject, het negatieve beeld dat heerste tussen de participanten, de onzekerheid van Rijksweg (Ministerie van WVC en het kabinet) over de toekomst van de WVG en de aanwezigheid van verschillende belangen, verliep de WVG-invoering in deze regio niet succesvol. Zorginhoudelijk is er door de diverse partijen wel een en ander gerealiseerd. (Zie hiervoor de hoofdstukken 5 en 6.)

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

4.1 Inleiding

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

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

4.2 Integrale invoering WVG vanuit gemeentelijk perspectief

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3 Samenvatting

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

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

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

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

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

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

5. PLANNING PSYCHIATRIE

5.1 Inleiding

In maart 1986 ontving de provincie Noord-Brabant van de staatssecretaris van WVC de aanwijzing voor de WZV-planning psychiatrie in de gezondheidsregio Eindhoven. De WVG-regio Eindhoven/-Kempenland maakt deel uit van deze gezondheidsregio. De provincie besloot, onder andere voor de planning psychiatrie, afzonderlijke ontwerp-uitwerkingsplannen te laten maken voor de WGR/WVG-regio's binnen de gezondheidsregio. Een bijkomende overweging om een afzonderlijk uitwerkingsplan voor de regio Eindhoven/Kempenland te laten opstellen was dat de planvorming, die weliswaar 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 gaat bij het opstellen van het uitwerkingsplan psychiatrie om een nadere uitwerking van het provinciaal kaderplan psychiatrie, dat in januari 1986 is vastgesteld. Het kaderplan geeft een aantal hoofdlijnen van ontwikkeling aan voor de lange termijn (12-30 jaar). Elke vier jaar wordt een kaderplan bijgesteld. Het geeft niet concreet aan welke voorzieningen, in welke omvang, en welke functies zullen moeten worden gewijzigd of gerealiseerd. Dit zal in het uitwerkingsplan worden ingevuld. Formeel gaat het om een plan volgens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Dit betekent dat het plan zich dient te beperken tot de intramurale voorzieningen. Mede omdat Eindhoven/Kempenland een WVG-proefgebied is, werd de opstelling van het plan door het Ministerie van WVC, de provincie, de gemeenten en sommige delen van de gezondheidszorg zelf beschouwd als een activiteit waarin enige ruimte is voor toepassing van bepaalde

elementen van de WVG. Vandaar dat de planning psychiatrie in dit onderzoek object van evaluatie is.

Voor de samenstelling van dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van beschikbare documentatie. Daarnaast kon worden geput uit informatie opgedaan tijdens de vergaderingen van de Plancommissie Psychiatrie, het AB-WVG en het DB-WVG en het Algemeen Bestuur RRG. Deze laatste drie vergaderingen werden bezocht vanuit onze reguliere activiteiten met betrekking tot het volgen van de WVG-invoering.

Begonnen wordt met een overzicht van feiten en gebeurtenissen met betrekking tot de planopstelling (paragraaf 5.2). Daarna wordt het WZV-plan psychiatrie in het kort geschetst (paragraaf 5.3). Vervolgens worden de succes- en faalfactoren bij de planopstellingen weergegeven (paragraaf 5.4). Daarna vindt de evaluatie van de inhoud van het plan plaats (paragraaf 5.5). Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting en enkele conclusies (paragraaf 5.6).

5.2 Overzicht van feiten en gebeurtenissen

In deze paragraaf zal de aanwijzing van de provincie aan het regionaal bestuur (WVG) worden besproken. Voorts komen de participanten, het planobject, het planvormingsproces en de inhoudelijke werkzaamheden aan de orde.

5.2.1 De aanwijzing

Nadat in januari 1986 het provinciale kaderplan psychiatrie was vastgesteld, ontving de provincie Noord-Brabant in maart 1986 de aanwijzing psychiatrie voor de gezondheidsregio Eindhoven.

In juni van dat jaar heeft de provincie het toenmalige portefeuillehouders-overleg WVG (het latere AB-WVG) verzocht over te gaan tot het voorbereiden van een ontwerp-uitwerkingsplan psychiatrie.

Het portefeuillehoudersoverleg besloot in juli 1988 daartoe te willen overgaan. Men stelde als voorwaarde dat het uitwerkingsplan volgens de al eerder vastgestelde planprocedure WVG diende te worden opgesteld. Tevens zou het plan betrekking zou moeten hebben op alle instellingen en beroepsbeoefenaars op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Tot slot stelde men als voorwaarde dat men de vrijheid wilde hebben af te wijken van het provinciale kaderplan psychiatrie. Dit omdat in het kader van de WVG was afgesproken dat de gehele psychiatrie onder de planningsverantwoordelijkheid van de gemeenten in de regio Eindhoven/Kempenland zou komen. Dit laatste werd door de provincie niet accoord bevonden. Met de eerder genoemde twee voorwaarden ging de provincie wel accoord.

5.2.2 De participanten

De Kerngroep van het Portefeuillehouders-overleg richtte zich in september 1986 tot de verzekeraars, gebruikersorganisatie en het veld van de geestelijke gezondheidszorg. Medegedeeld werd dat er onder gemeentelijke verantwoordelijkheid begonnen zou worden met een inventarisatie van knelpunten op regionaal niveau (via bilateraal overleg met instellingen, verzekeraars en gebruikers) en op sub-regionaal niveau (via de gemeenten). Vervolgens zou

in een op overeenstemming gericht overleg met alle partijen worden aangegeven, op welke wijze de geïnteriseerde knelpunten zouden kunnen worden opgelost. Ten behoeve daarvan zou een plancommissie kunnen worden ingesteld.

Veld, verzekeraars en gebruikers wilden echter vanaf het begin via de Plancommissie bij de zaak betrokken zijn. De Kerngroep ging hier uiteindelijk mee accoord.

Over de samenstelling van de plancommissie waren de participanten het grosso modo snel eens. Behalve de specifieke geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen zouden ook verzekeraars, gebruikers en aanpalende sectoren deel van de commissie moeten uitmaken. De meningsvorming over de deelname van een vertegenwoordiging van het regionaal bestuur (WVG) 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 (WVG) opgenomen. Op aandrang van de overige partijen werd inderdaad een delegatie afgevaardigd.

5.2.3 Het planobject

Wat betreft het planobject lag de zaak minder eenduidig. In de aanwijzing van de staatssecretaris staat genoemd dat in het ontwerpplan aangegeven dient te worden "op welke wijze de samenhang tussen de verschillende vormen van psychiatrische hulpverlening gestalte krijgt". En (in verband met de integrale planning) een korte weergave dient te worden gegeven van "de stand van zaken op het gebied van de extramurale geestelijke gezondheidszorg". De partijen gaven aan de aanwijzing een verschillende uitleg. Daarbij moet het volgende worden opgemerkt. In de regio Eindhoven/Kempenland was door de vorige staatssecretaris met de lagere overheden afgesproken dat de gehele psychiatrie

onder de planningsverantwoordelijkheid van de gemeenten zou komen. Toen in het najaar van 1986 een andere kabinet aantrad nam de onzekerheid over de WVG-invoering toe. De WVG werd expliciet ter discussie gesteld. Door deze ontwikkelingen moesten de bij de opstelling van het uitwerkingsplan psychiatrie betrokken partijen zich opnieuw beraden over hun plaats. Dat betekende ook dat het planobject, als gevolg van de aangeduide onzekerheid, inzet werd van discussie.

De verzekeraars spraken zich uit voor een planning, die zich beperkte tot die sectoren van het geestelijke gezondheidszorg (GGZ) -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 GGZ-veld hield minder sterk vast aan de WZV. Zo was de opvatting van de Regionale Instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG) 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 zouden zijn en welke prioriteiten er dienden te worden gesteld. Voor oplossingen die niet in het kader van de WZV passen, zou dan de vraag kunnen worden gesteld of het WVG-kader mogelijkheden tot oplossing zou bieden. In zijn voorstel aan het portefeuillehouders-overleg (dat op 8 december 1986 over deze zaak zou vergaderen) koos de Kerngroep (het latere DB-WVG) voor de zorginhoudelijke benadering van het RIGG. Alle partijen hadden commentaar op het voornemen van het regionaal bestuur (WVG) om de knelpunteninventarisatie ook op subregionaal niveau te laten plaatsvinden. Verzekeraars, Regionale Raad Gezondheidszorg en RIGG waren van mening dat dit tot versnippering zou leiden.

5.2.4 De procedure van de planvorming

Ten aanzien van de procedure stelde het portefeuillehouders-overleg in tweede instantie voor de plancommissie psychiatrie 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 (WVG), in een op overeenstemming gericht overleg met de plancommissie, een knelpuntenanalyse worden uitgevoerd. Op basis hiervan zouden, opnieuw in een op overeenstemming gericht overleg met de plancommissie, prioriteiten in de knelpunten kunnen worden aangegeven en oplossingen worden gezocht. Aldus zou het ontwerpplan ontstaan. Enkele dagen voor de vergadering van het portefeuillehouders-overleg, op 5 december 1986, vond bestuurlijk overleg plaats tussen regio en provincie. Hierin bleek de voorkeur van de provincie uit te gaan naar een constructie waarin de plancommissie, en niet het regionaal bestuur (WVG), het ontwerpplan opstelt. In deze plancommissie zou het regionaal bestuur (WVG) als lid dienen te participeren. De door de Kerngroep voorgestelde benadering was, aldus de provincie, formeel weliswaar de juiste, het provinciale alternatief zou waarschijnlijk, gelet op de ervaringen in andere regio's, 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 portefeuillehouders-overleg van 8 december gehonoreerd. Enkele dagen later, op 11 december stuurde de Kerngroep aan het veld, de verzekeraars en de gebruikers een brief door waarin een nieuw voorstel werd 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 op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg. Ook vertegenwoordigers van aanpalende sectoren, te weten verpleeghuizen, basisgezondheidszorg en eerstelijnszorg zouden in de commissie vertegenwoordigd moeten zijn. Ook een delegatie van het regionaal bestuur (WVG) zou van de commissie deel uit kunnen maken. De Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en de provincie zouden worden uitgenodigd waarnemers te sturen. Het voorstellen tot een subregionale knelpunteninventarisatie werd gehandhaafd. Het regionaal bestuur (WVG) vond een dergelijke inventarisatie essentieel om zicht te krijgen op knelpunten die binnen 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 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 (WVG).

Vanuit een door het regionaal bestuur (WVG) 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.

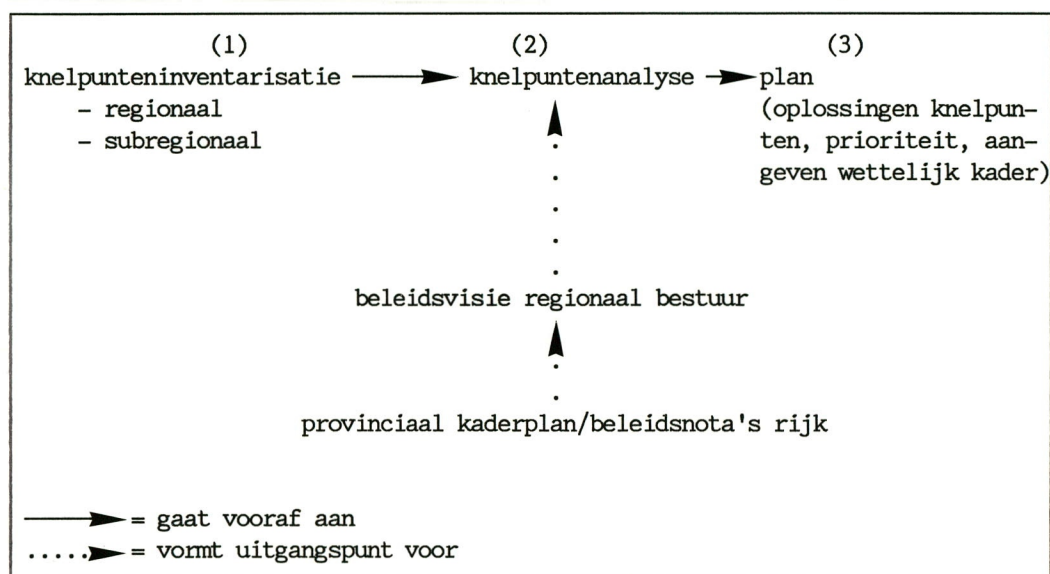
De plancommissie biedt, na afronding, het voorontwerp-plan aan het regionaal bestuur (WVG). Wanneer het regionaal bestuur (WVG) instemt met het voorontwerp-plan, legt deze dit in een inspraakronde voor aan de gemeenten en aan instel-

lingen. In overleg met de plancommissie zal worden nagegaan in hoeverre eventuele reacties moeten leiden tot een aanpassing van het plan.

Wanneer het regionaal bestuur (WVG) 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 (WVG) bepaalt tenslotte wat in de inspraak gebracht wordt'.

Tot zover de inhoud van de brief. In schema 5.1 is de aldus voorgestelde procedure van planvorming schematisch in beeld gebracht.

Schema 5.1 Proces van planvorming psychiatrie in Eindhoven/Kempenland



Na inspraak en eventuele bijstelling stellen het Samenwerkingsorgaan agglomeratie Eindhoven, het Streekorgaan Kempenland en de gemeenten Budel en Maarheeze het plan vast. Dit moet gebeuren omdat het Samenwerkingsorgaan WVG officieel alleen bevoegdheden heeft in het kader van de WVG. Daarna volgt de bezwarenprocedure en advisering door de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid. Na eventuele bijstelling en na advisering door de Statencommis-

sie Volksgezondheid en Maatschappelijk Welzijn stelt het College van Provinciale Staten het uitwerkingsplan vast. Dit alles zou binnen een tijdsbestek van 18 maanden na afgifte van de aanwijzing moeten hebben plaatsgevonden. Tot slot adviseert het College voor Ziekenhuisvoorziening, waarna de Minister van WVC het plan vaststelt.

Op 22 december 1986 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 (WVG) in de plancommissie diende te participeren.

Op 8 januari 1987 besloot de Kerngroep de plancommissie in het leven te roepen met de in de brief verwoorde opdracht en samenstelling. In maart 1987 werd de plancommissie psychiatrie geïnstalleerd. De samenstelling van de plancommissie was als volgt: een onafhankelijke voorzitter, een ambtelijk secretaris vanuit het samenwerkingsorgaan WVG, één lid vanuit het Algemeen Psychiatrische Ziekenhuis, één lid vanuit de categoriale psychiatrische ziekenhuizen voor verslavingszorg, één lid vanuit de Psychiatrische Afdeling Algemene Ziekenhuizen (PAAZ-en), één lid vanuit de Regionale Instelling voor Beschermde Woonvormen (RIBW's), één lid vanuit het Consultatiebureau voor Alcohol en Drugs (CAD), één lid vanuit de ambulante drugshulpverlening, één lid vanuit de informele zorg, één lid vanuit de verpleeghuizen, één lid vanuit de basisgezondheidsdiensten, één lid vanuit de huisartsen (vacature), één lid vanuit het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW), één lid vanuit de gebruikers, één lid vanuit de ziektekostenverzekeraars, twee leden vanuit het regionaal bestuur (WVG), één waarnemer namens de Regionale Instellingen Geestelijke Gezondheidszorg (RIGG), één waarnemer namens de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid (PRV) en één waarnemer namens de provincie Noord-Brabant.

5.2.5 De planvorming

De planvorming begon in maart 1987. Bijna een jaar nadat de provincie de aanwijzing gaf.

De plancommissie vergaderde vanaf die datum maandelijks. Gedurende het voorjaar werd gewerkt aan de regionale en subregionale knelpunteninventarisatie, welke in juli aan het AB-WVG werd aangeboden. Met de juli-vergadering is de volgende fase, die van de knelpuntenanalyse, ingegaan. Met het oog hierop was al eerder de globale beleidsvisie van het regionaal bestuur (WVG) aan de orde geweest. Dit werd immers geacht een belangrijk uitgangspunt bij de knelpuntenanalyse te zijn. De commissie vond de beleidsvisie erg algemeen en te weinig onderbouwd. Men vond dat zij als richtlijn beschouwd moest worden en niet als eis.

Eind februari 1988 heeft de plancommissie aan het DB-WVG het concept-plan aangeboden. Het DB-WVG heeft het plan ter becommentariëring aan de colleges van burgemeester en wethouders gezonden, die zorgdroegen voor de subregionale inspraak, en aan de instellingen en de instanties op het terrein van de gezondheidszorg. De inspraakperiode zou 2 maanden duren. De plancommissie adviseerde de termijn tot 6 weken te beperken om de tijdsplanning te kunnen halen. Het DB-WVG nam dat voorstel over.

Eind april werd de inspraaktermijn afgesloten. De ingekomen reacties werden ambtelijk aan het DB-WVG en aan de plancommissie voorgelegd. In mei bracht de plancommissie advies uit aan het DB over de wijzigingsvoorstellen. Over de voorgenomen reductie van PAAZ-bedden werd de plancommissie het intern niet eens.

Het DB-WVG stemde op hoofdpunten met het advies van de plancommissie in en pleitte voor de PAAZ-beddenreductie op termijn. Dit werd in juni aan het AB-WVG voorgelegd. Het AB-WVG stelde het ontwerp-plan vast, waarna het Samenwerkingsverband agglomeratie Eindhoven en het Streekorgaan Kempenland en de gemeenten Budel

en Maarheeze het plan ongewijzigd overnamen. Tot slot werd het plan aan het College van Gedeputeerde Staten toegezonden.

De samenvatting van de gebeurtenissen met betrekking tot de opstelling van het uitwerkingsplan psychiatrie is in overzicht 5.1 te vinden.

Overzicht 5.1 Belangrijkste gebeurtenissen m.b.t. de planning psychiatrie

januari 1986	Vaststelling Provinciaal Kaderplan Psychiatrie.
maart 1986	Provincie Noord-Brabant ontvangt van het Rijk de aanwijzing psychiatrie voor de regio Eindhoven.
juni 1986	Portefeuillehouders-overleg WVG besluit het ontwerp-uitwerkingsplan psychiatrie voor te bereiden.
september 1986	Kerngroep informeert veld, verzekeraars en gebruikersorganisatie over de voorgenomen aanpak.
december 1986	Verandering van de aanpak. Een Plancommissie zal het uitwerkingsplan opstellen. Planobject staat vast.
januari 1987	Taak en samenstelling van de plancommissie staat vast.
maart 1987	Instelling Plancommissie Psychiatrie, waarmee de planvorming van start gaat.
juli 1987	Aanbieding door de plancommissie van de knelpunteninventarisatie aan het DB-WVG
februari 1988	Plancommissie biedt het DB-WVG het concept uitwerkingsplan aan.
april 1988	Afsluiting inspraaktermijn en bestudering van de ingekomen reacties.

- mei 1988 Advies van de plancommissie aan het DB-WVG over de wijzigings-
 voorstellen.
 Het DB-WVG neemt de voorstellen over, neemt een definitief
 besluit over een maatregel waarover in de plancommissie geen
 overeenstemming bestond en stuurt het uitwerkingsplan door aan
 het AB-WVG
- juni 1988 AB-WVG stelt het Uitwerkingsplan Psychiatrie vast.
-

5.3 Korte samenvatting van de inhoud van het plan psychia- trie

In deze paragraaf zal een beknopte weergave van de inhoud van het uitwerkingsplan worden gegeven. Hierbij wordt de hoofdstuk-indeling aangehouden van het betreffende plan.

In het eerste hoofdstuk wordt allereerst de achtergrond van het plan geschetst. Vervolgens worden de randvoorwaarden genoemd waar bij de opstelling rekening mee moet worden gehouden. Gezien de veelheid aan randvoorwaarden worden zij niet genoemd, op de speciale aandachtspunten van de staatssecretaris na. Vervolgens wordt de aanpak van de planning en de samenstelling van de plancommissie genoemd. Tot slot van dit hoofdstuk wordt de globale beleidsvisie weergegeven.

Het tweede hoofdstuk geeft een inventarisatie van de uitgangssituatie in de psychiatrie. Het bevat:

1. een samenvatting van de bouwkundige inventarisatie psychiatrische voorzieningen in de regio Eindhoven;
2. de bevolkingsweergave en -prognose;
3. een overzicht van de huidige capaciteit en van die op basis van de richtlijnen WZV.

Het derde hoofdstuk geeft een regionale en een subregionale inventarisatie van de knelpunten in de psychiatrie. De plancommissie nam de regio als object van studie, de gemeentenambtenaren de subregio. Beide inventarisaties zijn door de commissie verwerkt. De commissie was het er over eens dat de opsomming van de knelpunten de weergave was van de resultaten van de inventarisatie. De opgesomde knelpunten werden niet door elke partij als zodanig onderschreven. Daardoor is een duidelijke prioriteitenstelling niet tot stand gekomen.

De eerstelijnszorg noemt als grootste knelpunt het gebrek aan samenhang en samenwerking tussen de eerste en tweede lijn. De tweede-lijn noemt vooral de capaciteitsproblemen. De gebruikers leggen het accent op de problemen in de relatie patiënt/hulpverlener.

Hoofdstuk vier geeft de analyse van de aangedragen knelpunten en de mogelijke oplossingen hiervoor.

Hoofdstuk vijf handelt over de financiële aspecten van het plan psychiatrie. In dat verband wordt de problematiek van het ontbreken van een financieel kader weergegeven. Ook wordt er een financiële raming gegeven van de voorgestelde nieuwe initiatieven op basis van normbedragen, voorgesteld door het college van ziekenhuisvoorzieningen in een interim-advies uit 1986.

Hoofdstuk zes bevat conclusies en aanbevelingen. De wijze van planning en de toepassing door de commissie van de globale beleidsvisie van de gemeenten, passeert nogmaals de revue. Vervolgens worden de in hoofdstuk vier gesignaleerde knelpunten en mogelijke oplossingen samengevat. Tot slot worden de gevolgen van het ontbreken van het financiële kader genoemd. Het plan psychiatrie zou in dat kader pas vastgesteld dienen te worden

nadat het financiële kader en de consequenties hiervan bekend zijn.

5.4 Succes- en faalfactoren bij de planopstelling

Bij het maken van het plan psychiatrie ex WZV is een aantal positief en negatief werkende factoren te noemen dat van invloed is geweest op de planopstelling. De weging van de factoren naar de mate waarin zij van invloed waren op de planopstelling heeft niet plaatsgevonden.

Positief werkende factoren

- Gedurende de planopstelling hebben de betrokkenen in de plancommissie zich niet negatief laten beïnvloeden door het mogelijke intrekken van de WVG en de discussie over de WVG als instrument. Eenieder zag het belang van het uitwer kingsplan, los van de WVG.
- De planopstelling had een duidelijk coördinatiepunt: het Samenwerkingsorgaan WVG, welke de ambtelijk secretaris van de plancommissie leverde.
- De samenstelling van de plancommissie was breed; dit werkte voor een deel positief omdat een veelheid aan meningen kon worden verkregen.
- Het feit dat de voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheid zich in 1986 verenigd hadden in een RIGG. Daarbinnen heeft een deel van de beleidsmatige en inhoudelijke discussie plaatsgevonden met betrekking tot de planning psychiatrie, voordat de RIGG dat in de plancommissie inbracht.
- Er is bij de totstandkoming van het plan een logische activiteitenvolgorde gehanteerd (zie de beschrijving van het plan).

- Het "WVG-denken" heeft een belangrijke rol gespeeld, zowel tijdens de voorbereidingsperiode van de planning psychiatrie als in de uiteindelijke werkwijze van de commissie. Te denken valt aan de brede samenstelling (kwalitatief en kwantitatief) van de plancommissie, de reeds genoemde subregionale knelpunteninventarisatie, het feit dat de beleidsvisie van het regionaal bestuur (WVG) als uitgangspunt voor de knelpuntenanalyse werd geaccepteerd en het feit dat er inhoudelijk een integrale benadering werd gevolgd.

In de rol van de lagere overheid in de planvorming heeft het pure WVG-denken niet tot uitdrukking kunnen komen; de samenstelling van het voorontwerpplan psychiatrie is een zaak van de plancommissie geworden, niet van het regionaal bestuur (WVG).

- De opstelling van het plan betekende voor de betrokkenen het meedoen aan een leerproces. De wil om tot resultaten te komen was daarbij van groot belang.

Negatief werkende factoren

- De omvang en pluriformiteit van de plancommissie. Hoe groter en pluriformer een plancommissie, hoe langer de besluitvorming. En de plancommissie was groot: 20 leden en waarnemers. De meest uiteenlopende voorzieningen waren in de commissie vertegenwoordigd. Door deze veelheid aan participanten duurde de besluitvorming lang en resulteerde veelal in compromissen.
- De regelzucht. Veel participanten wekten de indruk zoveel mogelijk te willen vastleggen indien de materie raakvlakken zou kunnen hebben met het functioneren van de eigen voorziening. In concreto; het vastleggen van procedures en meningen in het plan cq. verslagen. Tijdens de eerste periode van de werkzaamheden van de commissie was er enige

angst te bespeuren voor wat komen zou. Deze angst kwam ten dele voort uit hetgeen zich in het verleden in de regio heeft afgespeeld. Alles vastleggen in regelgeving is een bekend middel om de onzekerheid te reduceren. Dit vastleggen van procedures en gedeelten uit het plan zelf kostte uiteraard erg veel tijd. Voeg daarbij de breed samengestelde plancommissie (waarin iedereen aan het woord moest komen) en het is niet verwonderlijk dat de tijdplanning ruim werd overschreden. Een andere reden, zoals beschreven in paragraaf 3.2.3, is dat de onzekerheid over de WVG door de partijen werd aangegrepen om opnieuw positie te kiezen ten aanzien van het planobject.

Aanvankelijk had de regio acht maanden de tijd gekregen om een uitwerkingsplan op te stellen. Dat is niet gelukt. In juni 1986 is het verzoek tot opstelling door de provincie aan de regio gedaan. In februari 1987 was men echter niet klaar. Daarom werd door de provincie bij het Ministerie van WVC een verlenging van een half jaar aangevraagd. Dit werd gehonoreerd. In augustus 1987 was men wederom niet gereed. Dat zou pas in juni 1988 het geval zijn. In andere regio's binnen de provincie Noord-Brabant is men ook veelal niet in alle gevallen op tijd gereedgekomen met de planopstelling. De tijdperiode van 24 maanden die de regio Eindhoven/Kempenland voor de planopstelling nodig had, is echter uniek.

De planopstelling is onder te verdelen in drie trajecten:

- a. de onderhandelingen over de procedure (9 maanden)
- b. de inhoudelijke werkzaamheden van de plancommissie (11 maanden)
- c. de gemeentelijke vaststellingsprocedure (4 maanden).

Ten dele kan de lange duur verklaard worden uit de regelzucht, de overlegvorm en de groeiende twijfel over de betekenis welke het plan zal hebben gelet op de financieel-

economische randvoorwaarden en de "Dekker-discussie". Aan de andere kant is die lange tijdsperiode te verklaren uit de werkwijze van de provincie Noord-Brabant, waar het de vormgeving van de uitwerking van een aanwijzing betreft. Het model van kaderplan en uitwerkingsplannen vergt veel tijd. Het feit dat er voor het eerst in de regio met een uitwerkingsplan moest worden gewerkt, speelt ook mee in de vertraging.

- De afwezigheid van het financiële kader.

Voor de opstelling van een WZV-uitwerkingsplan is een financieel kader vereist. Dit om bij de afweging van de te realiseren initiatieven tot een prioriteitstelling te komen en om de financiële haalbaarheid na te gaan. Dit betreft alleen de WVZ-voorzieningen. De exploitatiegevolgen van de initiatieven kunnen dan worden getoetst aan de mogelijkheden die het financiële kader biedt. Daarnaast is er echter nog een planningsinstrument waar rekening mee moet worden gehouden: het bouwplafond. Dit bouwplafond toetst de investeringskosten (die verbonden zijn aan de initiatieven) aan het beschikbare bedrag dat het bouwplafond aan geeft.

Tijdens de vergaderingen van de plancommissie is het ontbreken van het financiële kader vaak aan de orde gesteld. De meeste leden van de commissie vroegen zich af of de provincie wel voldoende druk op het ministerie van WVC heeft uitgeoefend om het financiële kader tijdig aan de provincie te doen toekomen. Ondanks het bekend zijn van de methodiek, om het financiële kader te berekenen, is het kader niet tijdig gereedgekomen.

Er kunnen door het ontbreken van het financiële kader problemen ontstaan. Zo is het mogelijk dat de door de plancommissie opgestelde suggesties, door diegenen die capaciteiten en/of functies moeten inleveren, als niet

onderbouwd worden afgedaan. In de hoop zo capaciteit en/of functies te behouden.

De Provincie heeft toegezegd het plan te bezien in het licht van het bouwplafond, wat overigens voor deze planperiode (1986-1989) weinig mogelijkheden biedt, maar welke voor de komende planperiode wel ruimte heeft. Het financiële kader bleek dus achteraf in de praktijk niet noodzakelijk te zijn.

Uit een in maart 1988 gestuurde brief van het college van Gedeputeerde Staten bleek dat er eventueel geen financiële kaders zouden worden verstrekt, omdat het Ministerie van WVC geen uitsluitel over de afgifte heeft gegeven. De provincie wilde wel een uitvoerige economische paragraaf aan het plan toevoegen. Dit zou moeten bestaan uit een financiële vertaling van de in het plan opgenomen gevolgen van handhaving, uitbreiding of inkrimping van voorzieningen.

De betrokken instellingen in de regio hebben echter geweigerd om hieraan hun medewerking te verlenen. Dit omdat men aan de ene kant geen energie wilde steken in het naar boven halen van cijfers die toch niet naast het financiële kader kunnen worden gelegd en aan de andere kant niet weet wat er met die cijfers precies zal gebeuren. In mei 1988 zei de provincie dat het Ministerie van WVC alsnog een financieel kader ter beschikking zal gaan stellen. Vooralsnog vond de Provincie de economische paragraaf voldoende.

5.5 Evaluatie van de inhoud van het plan

Het uitwerkingsplan psychiatrie geeft een brede visie op de geestelijke gezondheidszorg en de verslaafdenzorg in de regio.

Met betrekking tot de inhoud van het plan kan een aantal positieve en negatieve aspecten worden genoemd.

Positieve aspecten

- Het "WVG-denken" is in het plan te herkennen. Het wordt zichtbaar in de subregionale component van de knelpunteninventarisatie, in het gegeven dat de beleidsvisie van het regionaal bestuur (WVG) als uitgangspunt voor de knelpuntenanalyse is genomen en in het feit dat er inhoudelijk voor een integrale benadering is gekozen.
- Het plan is door de plancommissie opgesteld. Gezien de brede samenstelling van die commissie is er sprake geweest van een brede aanpak. Veel knelpunten konden worden genoemd en vanuit verschillende invalshoeken konden suggesties ter oplossing worden aangedragen.
- In het plan worden oplossingen geboden voor de gesignaleerde knelpunten. Allereerst zijn er de oplossingen op korte termijn, die betrokkenen in de regio zelf ter hand kunnen nemen. In een aantal gevallen zijn deze reeds ter hand genomen. Vervolgens zijn er de oplossingen op de langere termijn, die door anderen moeten worden opgelost. Deze worden betiteld als de "beleidsoplossingen", omdat het beleid deze oplossingen eerst als beleidsuitgangspunt tot de hare moet maken. Financiële, beleidsmatige en juridische knelpunten moeten veelal uit de weg worden geruimd om dit type oplossingen te realiseren. Als belangrijkste voorbeeld is te noemen dat de oplossingen voor de geconstateerde knelpunten binnen de WZV zijn gezocht, zodat een aantal knelpunten is blijven liggen.
- De hoofddoelstelling van de globale beleidsvisie, welke als uitgangspunt is genomen voor de knelpuntenanalyse, luidt: "de realisering van een samenhangend en doelmatig func-

tionerend zorgaanbod dat is afgestemd op de hulpvragen van de bevolking in de regio Eindhoven/Kempenland op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (inclusief verslaafdenzorg) en anderzijds het voorkomen van dergelijke hulpvragen."

De realisering van deze hoofddoelstelling is, zoals dat in de voorgaande pagina's is weergegeven, door de opstelling van het uitwerkingsplan psychiatrie naderbij gebracht. Het is echter nog te vroeg om een compleet overzicht te geven van de aangedragen oplossingen en het resultaat daarvan.

- De stimulerende functie die het plan heeft zal manifest moeten worden gemaakt. De initiatieven die het plan noemt zullen uitgevoerd moeten worden. Het plan heeft hieraan aandacht besteed door te noemen dat er nadere afspraken tussen de participanten zullen worden gemaakt, betreffende het toezicht op de uitvoering van de initiatieven.

Welke vorm en inhoud die afspraken zullen hebben, is momenteel niet bekend.

- De opstelling van het plan Psychiatrie is als leerproces te zien. De participanten hebben inzicht gekregen in de materie en de werkwijze. Dit zal een toekomstige planopstelling ten goede kunnen komen.

Negatieve aspecten

- Het kaderplan van de provincie, dat als randvoorwaarde moest dienen, werd weliswaar als zodanig gebruikt, maar werd niet geheel als 'up to date' ervaren. Het werd dan ook "waar mogelijk" gevolgd. Het is denkbaar dat bij de verdere procedure tegenstrijdigheden aan het licht kunnen komen tussen het uitwerkingsplan en het kaderplan, zodat de provincie zou kunnen besluiten veranderingen in het uitwerkingsplan aan te brengen.

- Er waren erg veel richtlijnen en randvoorwaarden van te veel instituties, waarmee bij de planopstelling rekening moest worden gehouden. Genoemd kunnen worden: 1) het provinciaal kaderplan psychiatrie, 2) de WZV, 3) de aanwijzing van de staatssecretaris; 4) het gestelde in de nota "Regio-grensoverschrijdende aspecten psychiatrie" (pas in februari 1988 definitief verschenen, de inhoud was in november 1985 bekend) en het besluit van Gedeputeerde Staten ter zake; 5) het door de staatssecretaris van WVC nader vast te stellen financieel kader; 6) de door het College van Ziekenhuisvoorzieningen opgestelde bouwkundige inventarisatie; 7) de door Provinciale Staten vastgestelde indeling in de regio's ex Wet Gemeenschappelijke Regelingen; 8) de besluitvorming in het kader van de prioriteitenbepaling bouwinitiatieven gezondheidszorg voor de periode 1984-1986 en tot slot 9) de beleidsvisie van het regionaal bestuur (WVG), welke van eerder genoemde richtlijnen en randvoorwaarden een afspiegeling zou moeten vormen.
Betrokkenen hebben niet expliciet alle richtlijnen meegenomen bij hun werkzaamheden. Niet alle richtlijnen waren bekend bij elke deelnemer aan de plancommissie. Gezien de veelheid aan richtlijnen had dat ook niet verwacht kunnen worden. Een lijst met de van belang zijnde richtlijnen en opmerkingen over het al dan niet voldaan zijn aan die richtlijnen ontbreekt.
- Een weging van de geconstateerde knelpunten is achterwege gebleven. De onderscheiden knelpunten worden niet door iedere deelnemer als zodanig gezien. Bepaalde knelpunten zouden er of niet zijn of reeds zijn opgelost.
- In het plan wordt voor de aangedragen knelpunten een veelheid aan mogelijke oplossingen genoemd. Er ontbreekt een prioriteitenoverzicht van de belangrijkste oplossingen.

- Er bestaan geen garanties dat de initiatieven die in het uitwerkingsplan staan, zullen worden gerealiseerd. Dit geldt voor initiatieven die binnen en buiten het kader van de WZV vallen. De reden daarvan ligt onder andere in de onduidelijkheid op landelijk niveau omtrent de planning in de gezondheidszorg. De formele functie van het uitwerkingsplan is daardoor beperkt.
- Doelstellingen behorend bij de "globale beleidsvisie" zijn als vertrekpunt genomen voor de analyse van de knelpunten. Ondanks het feit dat de globale beleidsvisie niet als up to date en als te algemeen wordt ervaren. Gemist wordt de onderbouwing van de doelstellingen. Een andere benadering had de ervaren en geïnventariseerde knelpunten als vertrekpunt van analyse kunnen nemen. De, te onderbouwen, doelstellingen hadden daarbij betrokken kunnen worden. Deze opzet zou de ordening van de probleem-inventarisatie ten goede zijn gekomen.
- Het kaderplan van de provincie gaat uit van de planperiode 1986-1989. Het uitwerkingsplan zou volgens de provinciale regelgeving diezelfde periode dienen te omvatten. Het uitwerkingsplan hanteert echter een andere periode, namelijk 1988-1992. De twee planperiodes, die van de provincie en die van de regio, sluiten dus niet op elkaar aan. In de praktijk kan dat een probleem opleveren, met name wanneer men het nieuwe kaderplan gaat detailleren.

5.6 Samenvatting en conclusies

In de regio Eindhoven/Kempenland is in juni 1987 een aanvang gemaakt met de planning psychiatrie.

Tijdens de voorbereidingsperiode was met name aan de orde, in hoeverre elementen van de WVG in het planobject en de planproce-

dures een rol zouden kunnen en mogen spelen. Met betrekking tot het planobject werd als compromis tussen de participanten afgesproken dat er 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 het WZV-kader niet zouden passen in andere kaders zouden worden gezocht. De planning werd in handen van een breed samengestelde plancommissie gelegd. Aan de feitelijke opstelling van het plan ging een subregionale en regionale knelpunteninventarisatie vooraf.

De conclusie is dat de partijen in de regio Eindhoven/Kempenland er in zijn geslaagd om met een voor iedereen aanvaardbaar model voor de planning psychiatrie te komen. Tijdens de voorbereidingsperiode heeft het WVG-denken een belangrijke rol gespeeld en is in het uiteindelijke plan ook zichtbaar geworden. In de rol van de lagere overheid in de planvorming is het WVG-denken tot uitdrukking gekomen. De opstelling van het ontwerpplan psychiatrie is een zaak geworden van de plancommissie, niet van het regionaal bestuur (WVG). De invulling was des gemeenten. De integrale benadering die de gemeenten voorstonden is niet in zijn geheel overgenomen. De gemeenten hebben hun benadering niet afgedwongen, naar zij zeggen omdat de provincie overeenstemming wenste met het veld.

Het proces om te komen tot de opstelling van het plan psychiatrie bevat meer dan de voorbereidingsperiode waarin het planobject en de planprocedure zijn uitgewerkt. Het omvat ook de feitelijke werkwijze van de betrokkenen in de regio.

Bij de feitelijke werkwijze is de veelheid aan richtlijnen en randvoorwaarden als knellend ervaren. Ondanks de aanwijzingen dat de WVG zou worden ingetrokken zijn de betrokkenen actief bezig geweest om het plan psychiatrie te realiseren. De opstelling van het plan heeft echter erg lang geduurd en veel tijd gevraagd van de betrokkenen. Ten dele ligt de oorzaak bij de

door de provincie gehanteerde procedure van kaderplannen en uitwerkingsplannen. Voor een ander deel ligt de oorzaak bij de participanten. Ten eerste was de plancommissie erg groot. Hoe groter de commissie, hoe langduriger in het algemeen de besluitvorming. Het zou wellicht verstandig zijn in de toekomst slechts één vertegenwoordiger per belangengroep toe te laten. En een selectie te plegen uit de onderscheiden belangengroepen. Ten tweede heerste er bij veel participanten argwaan ten opzichte van elkaar. Dit is te verklaren uit het verleden van de regio en wat er zich ten tijde van de WVG invoering in de regio heeft afgespeeld, alsook uit angst voor datgene wat komen gaat. Veelvuldig onderhandelen en alle (deel)uitkomsten vastleggen in regels (en in het algemeen op schrift) zorgde voor onzekerheidsreductie maar tegelijkertijd voor vertraging. Ook het ter discussie stellen van bepaalde aspecten van de hulpverlening door anderen dan de betrokken hulpverleners, deed bij de hulpverleners soms het gevoel ontstaan zich te moeten verdedigen.

De periode die stond voor de opstelling van het plan werd door de provincie met een half jaar verlengd, waarna het plan tien maanden later werd aangeboden.

Ook het ontbreken van het financiële kader heeft vertragend gewerkt. Nadat de commissie haar werkzaamheden had voltooid ontbrak het kader nog steeds.

In de inhoud van het plan is de integrale benadering zichtbaar. Het plan geeft een brede visie en getuigt van een brede aanpak op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg en verslaafdenzorg in de regio. De WZV dient als wettelijk kader. De concrete oplossingen van een aantal knelpunten is daardoor noodgedwongen blijven liggen. De doelstellingen behorend bij de globale beleidsvisie van het regionaal bestuur (WVG) zijn als vertrekpunt genomen voor de analyse van knelpunten. Aan een onderbouwing van de doelstellingen ontbreekt het echter. Ten slotte

moet worden opgemerkt dat de planperiode van het uitwerkingsplan niet overeen komt met die van het provinciale kaderplan.

Alle positieve en negatieve factoren afwegend, kan gezegd worden dat het uitwerkingsplan psychiatrie naar de inhoud gemeten dege-
lijk voorkomt. Het geeft een brede visie op de geestelijke ge-
zondheidszorg en verslaafdenzorg in de regio Eindhoven/Kempen-
land.

6. PLANNING VERPLEEGHUIZEN

6.1 Inleiding

In februari 1987 ontving de provincie Noord-Brabant de definitieve aanwijzing van de staatssecretaris van WVC voor het opstellen van een plan ex WZV voor de verpleeghuizen in de gezondheidsregio Eindhoven. Zo'n planopstelling ex WZV geschiedt in de provincie Noord-Brabant in twee fasen. Eerst wordt het provinciaal kaderplan opgesteld (in maart 1985 plaatsgevonden). Daarna worden voor de regio's uitwerkingsplannen opgesteld. In dit hoofdstuk wordt gerapporteerd over de opstelling van het uitwerkingsplan in de WVG-regio Eindhoven/Kempenland. Net als bij de planning psychiatrie besloot de provincie voor de WVG-regio en het overige gedeelte van de gezondheidsregio afzonderlijke uitwerkingsplannen te laten maken. Een bijkomende overweging was dat de planvorming op basis van de WZV bij het in werking treden van de WVG in Eindhoven/Kempenland niet meer van toepassing zou zijn.

De provincie richtte in mei 1987 het verzoek tot opstelling van het uitwerkingsplan aan het DB-WVG. Dit had zich in december 1986 bereid verklaard het uitwerkingsplan voor te bereiden.

Ook in deze rapportageperiode juli 1987 tot en met juni 1988 is door het Samenwerkingsorgaan WVG gewerkt aan de totstandkoming van dit WZV-plan. Formeel dient het plan zich te beperken tot de intramurale voorzieningen. Er is echter, net als bij de planning psychiatrie, de mogelijkheid om bepaalde elementen van de WVG toe te passen.

Dit hoofdstuk zal eerst de feitelijke werkzaamheden in de regio weergeven, tot en met het moment dat het WZV-plan door het AB-WVG werd aangenomen (paragraaf 6.2).

Vervolgens wordt het zogenaamde noodplan geschetst (paragraaf 6.3). Dit plan dient, los van het WZV-plan, het grote tekort aan met name psychogeriatrische bedden op de korte termijn te verminderen. Dit in afwachting van planmatige structurele oplossingen. Dan gaan we in op de zogenaamde eerste fase van het WZV-uitwerkingsplan (paragraaf 6.4). De intenties die eraan ten grondslag liggen worden globaal getoetst. Vervolgens wordt de tweede fase van het plan besproken (paragraaf 6.5). Het hoofdstuk eindigt met een samenvatting waarin tevens enkele conclusies zullen worden getrokken (paragraaf 6.6).

6.2 De feitelijke werkzaamheden

Deze paragraaf schetst de afspraken die er zijn gemaakt om het verpleeghuisplan op te stellen. Het object van planning en de voorgestelde regionale planprocedure zullen in deze paragraaf worden beschreven.

6.2.1 Het planobject

Het verpleeghuizenplan diende op grond van de WZV-richtlijnen te worden opgesteld. Desondanks vond de provincie het in december 1986 geen probleem dat, op verzoek van de gemeenten, vooruitgegaan zou worden op de WVG-invoering in de regio Eindhoven/Kempenland. Het regionaal bestuur (WVG) wilde de verpleeghuisvoorziening afstemmen op andere voorzieningen. Ook de onderlinge samenhang tussen de voorzieningen zou aan bod moeten komen. Eventuele onderdelen van het plan die betrekking zouden hebben op voorzieningen die buiten de WZV-richtlijnen vallen, zouden formeel weliswaar opzij geschoven moeten worden, maar toch nader bekeken kunnen worden.

Het veld en de regionale ziektekostenverzekeraars wilden alleen het verpleeghuis als planobject, naar ze zeiden uit juridische en praktische overwegingen. Als de te nemen maatregelen voor de verpleegzorg gevolgen zou hebben voor de aanpalende sectoren, zouden deze gevolgen in het plan kunnen worden aangegeven. Het RPCP vond, dat ook de extramurale zorg object van planning zou moeten zijn.

Globaal gesproken is de optie van het regionale bestuur (WVG) terug te vinden in het concept uitwerkingsplan Verpleeghuizen.

6.2.2 De voorgestelde regionale planprocedure

In juni 1987 werd door het DB-WVG de volgende werkwijze vastgesteld. De subregio's, dan wel de afzonderlijke gemeenten daarbinnen, formuleren uitgangspunten en/of gedachten voor een geïntegreerd ouderenbeleid. Tegelijkertijd formuleert het samenwerkingsorgaan uitgangspunten voor verpleeghuizen en bejaardenoordenen. Het regionaal bestuur (WVG) voegt deze uitgangspunten en/of gedachten bijeen en stemt ze op elkaar af. Dit leidt tot de vaststelling van uitgangspunten voor de verpleeghuizen en de bejaardenoordenen. Het regionaal bestuur (WVG) zal aan de colleges van B en W eventueel bijstelling vragen van de door hen geformuleerde uitgangspunten en/of gedachten over een integraal ouderenbeleid. Deze uitgangspunten vormen de basis van het op te stellen plan Verpleeghuizen. Zij worden aan de in te stellen plancommissie aangereikt. In deze plancommissie zitten alle in de regio betrokken partijen. De commissie betreft bij het opstellen van het plan tevens de inventarisaties van de knelpunten die subregionaal worden uitgevoerd door de subregionale-ambtenaren. Het gaat daarbij om de door de bevolking ervaren knelpunten. De plancommissie inventariseert de door de regionale voor-

zienen ervaaren knelpunten met betrekking tot de verpleeghuizen.

Het ontwerpplan wordt vervolgens aangeboden aan het AB-WVG dat het ontwerp de inspraakprocedure laat doorlopen en vervolgens vaststelt en aan Gedeputeerde Staten van de provincie Noord-Brabant zendt. Daarna zal de verdere WZV-procedure worden toegepast.

Begin juni 1987 vond over de planning verpleeghuizen een eerste gesprek plaats tussen vertegenwoordigers van het regionaal bestuur (WVG), veld en verzekeraars. De verpleeghuizen brachten hierin naar voren reeds over een plan te beschikken. Het was een geactualiseerde versie van een plan uit 1982. Dit hadden ze in het verleden opgesteld. Het regionaal bestuur (WVG) besloot te wachten met het starten van de planprocedure en na te gaan of het plan door het gehele veld zou worden gedragen. De R.R.G. besprak het plan in juli en augustus 1987 (zie ook paragraaf 6.4).

Op advies van het veld en de ziektekostenverzekeraars is door het bestuur van het Samenwerkingsorgaan WVG besloten een fase-ring in de planning aan te brengen. Dit gezien de nood in deze regio aan opvangmogelijkheden voor psychogeriatrische patiënten. De opstelling van één WZV-plan zou veel tijd gaan kosten. Daarom werd besloten het plan verpleeghuizen in twee delen uiteen te laten vallen. In fase één worden initiatieven opgenomen die op zo kort mogelijke termijn (in ieder geval voor 1990) gerealiseerd kunnen worden. In fase twee wordt op basis van een brede visie op de zorg voor ouderen aangegeven welke maatregelen genomen moeten worden om de verpleeg(huis)zorg optimaal in te vullen. De planperiode van fase twee loopt van het jaar 1990 tot het jaar 2000.

Omdat met het realiseren van initiatieven tot nieuwbouw en of verbouw vele jaren zijn gemoeid, vonden alle betrokkenen het noodzakelijk dat er op korte termijn noodmaatregelen werden getroffen. Dit om het grote tekort aan bedden voor psychogeriatrische patiënten te verminderen. Dit noodplan staat los van het W.Z.V.-plan. De initiatieven zijn van tijdelijke aard en moeten op korte termijn tot stand komen, zonder dat formele (en tijdrovende) procedures worden gevolgd. In de volgende paragrafen worden de afzonderlijke fasen behandeld.

6.3 Het noodplan

Uit de analyse van de feitelijke capaciteit aan verpleeghuisbedden en de normatieve capaciteit ex artikel 3 van de WZV blijkt dat er in de regio Eindhoven/Kempenland een groot tekort is aan met name psychogeriatrische bedden.

Uit de analyse van wachtlijstgegevens werd het tekort reëel bevonden. In april 1987 werd door de RRG de behoefte aan noodoplossingen uitgesproken. Het RPCP, de verzekeraars en het DB-WVG van het samenwerkingsorgaan stemden hiermee in.

Thans zijn er vier noodmaatregelen door alle betrokkenen onderschreven en is men bezig om een vijfde te realiseren. Drie van de vier noodmaatregelen zijn aangedragen door de gezamenlijke verpleeghuizen in de regio. Alle initiatieven betreffen tijdelijke uitbreiding van de intramurale capaciteit bij bestaande instellingen.

Drie noodmaatregelen zijn door het samenwerkingsorgaan in oktober 1987 en de vierde in december 1987 aan het College van Gedeputeerde Staten voorgedragen met het verzoek deze snel te realiseren.

Mogelijke gevolgen van het noodplan

1. Indien het noodplan wordt uitgevoerd zal er een tijdelijke extra-capaciteit aan psychogeriatrische bedden zijn gerealiseerd. Het tekort aan psychogeriatrische bedden wordt zodoende voor een deel weggewerkt. Er worden daarvoor echter wel verzorgingsplaatsen ingeleverd.

Niet duidelijk is hoe men verder met deze tekorten zal omgaan. Vindt er een capaciteitstoename van dagopvang plaats? Wordt de thuiszorg geïntensiveerd en uitgebreid?

Het Samenwerkingsorgaan was in het begin van de noodplanopstelling (augustus 1987) van mening dat er aandacht behoort te worden besteed aan:

- de consultatiefunctie van verpleeg- naar verzorgingshuizen
- de effectiviteit van de benutting van de bestaande verpleeghuiscapaciteit en
- de uitbreiding van dagbehandelingscapaciteit.

Dit alles is tijdens de opstelling van het noodplan verder niet meer aan de orde gekomen. Het noodplan beperkt zich dus tot een tijdelijke beddenuitbreiding binnen de bestaande verpleeghuizen.

2. De omzetting en uitbreiding van het aantal bedden kost geld. Hoeveel is niet bekend. Ook het financiële kader, nodig voor de planvorming verpleeghuizen, ontbreekt. Het is daardoor onduidelijk hoe groot het financiële beslag van de - tijdelijke - noodplannen op de WZV planning verpleeghuizen zal zijn. Het is mogelijk dat het beslag groter is dan de betrokkenen in de regio thans wensen. De verwezenlijking van de initiatieven behorend bij fase één en twee zouden geen gevaar lopen omdat de initiatieven van het noodplan tijdelijk zijn en gerelateerd zijn aan de initia-

tieven van fase één en twee. In dat geval zou de verwezenlijking van de initiatieven behorend bij fase één en twee van het WZV-plan geen gevaar lopen. De tijd zal leren of dat het geval is.

Problemen bij het opstellen van de noodmaatregelen

In april 1987 maakte de RRG de behoefte aan noodoplossingen kenbaar. Zoals gezegd stelde het DB-WVG in oktober van datzelfde jaar aan het college van Gedeputeerde Staten voor om drie noodmaatregelen te treffen, in december volgde het voorstel over de vierde noodmaatregel.

Gezien de tijd die de regionale partners besteed hebben aan de vierde noodmaatregel en de onderhandelingen die hiermee verband hielden, wordt nu wat uitgebreider op dit laatste ingegaan. Het betreft het zogenaamde plan "Ravenshof".

Het verzorgingstehuis Ravenshof staat in Eindhoven. De gemeenten en het RPCP vonden dat het zich ontwikkelde tot een instituut voor psychogeriatrische/begeleidingsbehoevende ouderen (de verzekeraars en de RRG vinden van niet). Het instituut zou functioneren als een semi-psychogeriatrisch verpleeghuis, maar valt onder de Wet op de Bejaardenoorden. De financiële taakstelling die geldt voor verzorgingstehuizen maakte het niet mogelijk dat de huidige functie van Ravenshof kon blijven bestaan. Daarom heeft de directie een aanvraag ingediend om de 82 verzorgingsplaatsen te mogen inwisselen tegen 95 bedden voor de verzorging, begeleiding en verpleging van psychogeriatrische patiënten.

Er is een aantal redenen te noemen waarom de RRG tegen het initiatief Ravenshof leek te zijn.

- De RRG stelde dat Ravenshof niet zou voldoen aan de wettelijke kwaliteitseisen (met name de personele eisen) die aan een verpleeghuis worden gesteld.

- Bij andere verzorgingstehuizen leefde de angst dat deze nieuwe psychogeriatrische voorziening ten koste zou kunnen gaan van het aantal verzorgingsplaatsen in Eindhoven.
- De verpleeghuizen en de verzorgingstehuizen in de regio vinden de problematiek van Ravenshof niet uniek. Deze problematiek zou voor vele tehuizen gelden.
- De directie van Ravenshof heeft in het verleden getracht, buiten het gezamenlijke plan van de verpleeghuizen, om het plan via onder andere de ziekenfondsen en het Ministerie van WVC gerealiseerd te krijgen. Overigens zonder succes. Hierover heerste bij sommige verpleeghuizen wrevel.

De verzekeraars namen in eerste instantie zelf het initiatief ter realisering van het plan Ravenshof. Zij vonden dat het plan op een snelle en relatief goedkope wijze een bijdrage kon leveren voor de oplossing van het tekort aan psychogeriatrische bedden. Enige tijd later echter gaven zij geen extra prioriteit meer aan dit initiatief omdat er in de RRG van een brede ondersteuning geen sprake was. Weer enige tijd later deelde de ziektekostenverzekeraar aan de WVG-ambtenaren mee dat een snelle realisering van het plan niet mogelijk zou zijn omdat het initiatief niet zou voldoen aan de kwaliteitseisen die aan een verpleeghuis worden gesteld.

Het regionaal bestuur (WVG) vond dat het initiatief Ravenshof een concreet antwoord was op de in de regio bestaande behoeften aan verpleeghuisbedden. Het grote tekort in deze regio aan verpleeghuisbedden zou door het plan Ravenshof ten dele opgevangen kunnen worden. Gelet op de bouwkundig slechte situatie van Ravenshof zou volgens het regionaal bestuur (WVG) de duur van het project beperkt zijn. Het beslag op de planningsruimte zou daardoor in de toekomst gering zijn.

Nadat de RRG en het regionaal bestuur (WVG) elkaar inzake het initiatief Ravenshof niet konden vinden, leek de oplossing gevonden te zijn in het aanvragen van een extra noodmaatregel door het DB-WVG aan Gedeputeerde Staten van de provincie. Deze aanvraag vond in december 1987 plaats. Alle partijen zijn, zo staat in de brief aan Gedeputeerde Staten, van mening dat het initiatief Ravenshof een wezenlijke bijdrage kan leveren aan de vermindering van het tekort aan mogelijkheden ter opvang van psychogeriatrische patiënten. Het DB-WVG vraagt de provincie na te gaan of, en onder welke voorwaarden Ravenshof een bijdrage zou kunnen krijgen uit de extra gelden die door het Ministerie van WVC in 1988 voor het ouderenbeleid beschikbaar zijn gesteld.

De RRG bleef op het standpunt staan dat het onzuiver is om een initiatief als dat van Ravenshof, betreffende een bejaardenverzorgingstehuis, onder te brengen in de noodmaatregelen in het kader van de verpleeghuisplanning. Tevens zou, aldus de RRG, de situatie zoals die zich bij Ravenshof voordoet voor vele bejaardenverzorgingstehuizen in de regio gelden, zij het wellicht in mindere mate. De RRG pleitte ervoor dat al die tehuizen de mogelijkheid zouden moeten krijgen een beroep te doen op die subsidie.

De provincie Noord-Brabant

De provincie leek de loskoppeling van het WZV plan in noodplan en twee fasenplannen niet geslaagd te vinden. In andere regio's was er geen sprake van loskoppeling, zodat de afstemming van de door de regio Eindhoven/Kempenland gemaakte plannen met andere regionale verpleeghuisplannen moeilijker zou kunnen gaan verlopen.

Wat betreft de noodmaatregelen kon de provincie met de voorgestelde initiatieven instemmen. De provincie achtte het echter niet mogelijk het initiatief "Ravenshof" te realiseren volgens

het door het regionaal bestuur (WVG) geopperde voorstel. De extra gelden voor het ouderenbeleid dienden volgens de provincie terecht te komen bij alle bejaardenverzorgingstehuizen. Aan de realisering van de noodmaatregelen werd door de provincie in deze evaluatieperiode gewerkt. Een onderdeel van het noodplan is reeds gerealiseerd. Aan een ziekenhuis in de regio is de goedkeuring gegeven om een deel van de leegstand te benutten voor verpleeghuisbedden.

6.4 De eerste fase

In deze paragraaf wordt de totstandkoming van de eerste fase behandeld en beoordeeld op doelmatigheid. De eerste fase wordt vervolgens getoetst aan de intenties die er aan ten grondslag liggen.

6.4.1 De totstandkoming

Zoals in par. 6.2.1 is weergegeven beschikten de gezamenlijke verpleeghuizen reeds over een capaciteits- en spreidingsplan uit 1982. Men wilde dit het fundament laten vormen voor de verdere planactiviteiten. De criteria voor de prioriteitstelling in dit plan waren:

1. de mate waarin een initiatief is gevorderd in de WZV-procedure;
2. de bijdrage in de oplossing van het tekort aan psychogeriatrische bedden;
3. de verbetering van de bouwkundige staat van de accommodaties;
4. de bijdrage van de voorzieningen aan de ondersteuning voor ouderen;

5. de bijdrage aan een betere spreiding.

Op basis hiervan kwamen de verpleeghuizen in juni 1987 met een geactualiseerde versie van dat plan waarin zeven nieuwbouwplannen stonden vermeld die voor 1995 gerealiseerd dienden te worden. De RRG achtte het realiseren van dit aantal nieuwbouwplannen, gezien de tijdstermijn, niet reëel. Tevens zou het plan gebaseerd zijn op verouderd cijfermateriaal. Het plan had namelijk als basis, het voorzieningenplan verpleeghuizen uit 1982. Het plan zou bovendien geen inzicht verschaffen in de investeringskosten. Daarom heeft de RRG in augustus nadere prioriteiten gesteld en slechts de eerste drie initiatieven overgenomen. Dit advies over het plan werd aan het regionaal bestuur (WVG), ter realisering in fase één van het uitwerkingsplan, voorgelegd. De overige initiatieven wilde zij in ogenschouw nemen op basis van het door alle partijen te ontwikkelen regionaal zorgconcept voor de lange termijn (fase twee). Het RPCP onderschreef het voorstel van de RRG. De ziektekostenverzekeraars waren het in grote lijnen met de RRG eens. Zij vonden echter dat voor één van de drie initiatieven van de RRG (genaamd "Peppelrode") geen doorslaggevende argumenten waren aangedragen om dit in de eerste fase van het plan op te nemen. Het zou volgens de ziektekostenverzekeraars onderdeel van de planningsfase twee moeten zijn.

Het regionaal bestuur (WVG) heeft in september 1987 het plan van de gezamenlijke verpleeghuizen getoetst aan haar ideeën. Het constateerde de volgende manco's:

1. initiatieven uit andere sectoren werden in het plan niet genoemd;
2. criteria waarop de prioriteitenstelling was gebaseerd waren toegesneden op bestaande initiatieven;
3. de noodzaak tot spreiding leek geen rol te hebben gespeeld;

4. snelle realisering van het initiatief leek ook niet van invloed te zijn geweest.

Mede door het bovenstaande vond het regionaal bestuur (WVG) het plan van de RRG niet geschikt als WZV-plan.

Het regionaal bestuur (WVG) stelde als belangrijkste criterium voor de prioriteitsstelling, de termijn waarop de initiatieven gerealiseerd zouden kunnen worden. Daarom zag het bestuur niets in het opnemen van "Peppelrode" in de eerste fase. Hierbij voelde men zich gesterkt door de informatieverzameling bij de provincie die aantoonde dat het initiatief "Peppelrode" niet ver gevorderd was in de WZV-procedure. De RRG en de verzekeraars bleven op het standpunt staan dat, indien alle partijen zich achter het initiatief zouden scharen, een snelle realisering mogelijk zou zijn.

Het regionaal bestuur (WVG) wenste verder de door de gemeenten gehouden subregionale knelpunteninventarisaties te betrekken bij de invulling van eerste fase. Een samenvatting van deze inventarisaties, met name betrekking hebbend op knelpunten binnen de eerstelijnsvoorzieningen, is in oktober 1987 gereed gekomen. Vervolgens zou de samenvatting in januari 1988 aan de RRG zijn toegezonden.

In september 1987 is besloten rond de planning van de verpleegzorg een ambtelijke werkgroep in te stellen. De vertegenwoordigers van de vier partijen moesten binnen werkgroepverband de genoemde standpunten op elkaar afstemmen tot één plan. Het Samenwerkingsorgaan heeft het advies van de meerderheid van de ambtelijke werkgroep overgenomen en in februari 1988 het plan vastgesteld. In dit plan werden slechts de eerste twee initiatieven van het plan van de gezamenlijke verpleeghuizen opgenomen. Het derde initiatief (Peppelrode) werd niet opgenomen. Als reden hiervoor noemt de meerderheid van de werkgroep:

1. genoemd initiatief kan niet op korte termijn worden gerealiseerd;

2. het initiatief onderscheidt zich niet van vele andere initiatieven.

De wenselijkheid om de ondercapaciteit met betrekking tot de dagbehandelingsplaatsen voor psychogeriatrische patiënten in te vullen is in fase één van het plan genoemd. Dit vond plaats mede ter opvang van het bestaande tekort aan klinische opvangmogelijkheden. De RRG heeft aan de verpleeghuizen verzocht voorstellen te maken om deze capaciteit in te vullen. De verpleeghuizen antwoordden daarop dat het veronderstelde tekort voor het grootste deel reeds was ingevuld.

Het concept uitwerkingsplan, met betrekking tot de eerste fase, is door het DB-WVG in januari 1988 vastgesteld en naar het AB-WVG, de RRG, het RPCP en de ziektekostenverzekeraars gezonden. De reacties op dit conceptplan zijn in februari 1988 naar het AB-WVG gestuurd. Deze heeft geen fundamentele wijzigingen aangebracht en in maart het plan vastgesteld. Vervolgens is het plan in afschrift toegestuurd aan het Samenwerkingsverband agglomeratie Eindhoven, het Streekorgaan Kempenland en de gemeenten Budel en Maarheeze. Tot slot zou het plan naar de provincie worden gezonden. Momenteel hebben de eerste twee genoemde initiatieven uit de eerste fase van het plan een erkenning gekregen. Voor het derde initiatief heeft de Provinciale Raad Gezondheidszorg een positief advies afgegeven. Deze initiatieven kunnen gerealiseerd worden. De voorgestane realisering van het derde initiatief, betreffende de dagopvang, bleek op het moment van toezending van het plan aan de provincie reeds grotendeels te zijn ingevuld.

6.4.2 De evaluatie van de totstandkoming op doelmatigheid

Er is door betrokkenen actief gewerkt aan de totstandkoming van de eerste fase van het plan. In mei 1987 is het DB-WVG gevraagd mee te werken aan het opstellen van het WZV-plan. In februari 1988 is het uitwerkingsplan fase één door het AB-WVG vastgesteld. Er is echter geen compleet WZV uitwerkingsplan gemaakt. Het beleidskader ontbreekt. In dit kader zou een door alle partijen ondersteunde visie moeten staan omtrent de invulling van de tekorten aan verpleeghuisopvang. Dit regionale zorgconcept zou in fase twee aan de orde komen. Alle partijen wilden eerst maatregelen ter vermindering van de nood. Pas daarna een beleidskader.

Welke aspecten hebben de opstelling van de eerste fase van het WZV-plan beïnvloed?

Voor de opstelling van een uitwerkingsplan staat 8 maanden. De werkzaamheden hebben vanaf de aanwijzing van de provincie tot en met het opsturen van het plan naar Gedeputeerde Staten 10 maanden in beslag genomen. Dit betrof alleen de opstelling van fase één.

Er zijn factoren aan te wijzen waardoor het tempo en het resultaat van de werkzaamheden negatief zijn beïnvloed.

Binnen de RRG is er uitputtend gepraat over de prioriteiten van de te verwezenlijken initiatieven. Vervolgens werd er door het DB-WVG getwijfeld aan de eensgezindheid van het veld inzake deze materie. Debet hieraan zou de dominante positie van de verpleeghuizen en hun belangenbehartiging binnen de RRG zijn. Het regionaal bestuur (WVG) hield daardoor, uit verantwoordelijkheid voor het totale gebeuren, alles wat met het plan te maken had nauwgezet in de gaten. Een andere factor was dat de subregionale inventarisaties lang op zich lieten wachten. Een reden daarvoor was de opschorting van de inventarisaties door de subregionaal

werkzame ambtenaren. Dit kwam voort uit de bestaande onzekerheid over het nut daarvan als het door de RRG naar voren gebrachte plan van de verpleeghuizen zou worden aangenomen als WZV-plan. Nadat het AB-WVG had uitgesproken dat de subregionale inventarisaties hun functie zouden behouden, is men met de werkzaamheden voortgegaan. Een andere vertragende factor bij de gemeenten was de onduidelijkheid over de mate van belangrijkheid van de criteria waarop de prioriteiten moesten worden gesteld. Met name het criterium "snelle haalbaarheid en snelle realisering van een plan" speelden een belangrijke rol binnen de discussies.

Gedurende de gehele procedure is er veel overleg geweest binnen en tussen de partijen. Standpunten werden geformuleerd, aangescherpt, aangepast aan die van anderen en op schrift gesteld. Deze procedure nam veel tijd in beslag. Een laatste factor is het ontbreken van een financieel kader. Een WZV uitwerkingsplan moet onderbouwd worden door een, via de provincie op te stellen, financieel kader. Dit kader is door het Ministerie van WVC niet aan de provincie Noord-Brabant geleverd. Het regionaal bestuur (WVG) heeft daardoor gemeend de initiatieven financieel niet te moeten onderbouwen.

De exploitatieruimte (binnen het financiële kader) en de investeringsruimte welke het Bouwplafond biedt, is daardoor onbekend. Het is mogelijk dat de aanwezigheid van een financieel kader de prioriteitsstelling van de partijen zou hebben beïnvloed.

Er zijn ook factoren aan te wijzen waardoor het tempo en het resultaat van de werkzaamheden positief zijn beïnvloed.

1. Er is uitgegaan van een plan, opgesteld door de gezamenlijke verpleeghuizen en vervolgens besproken en aangepast door de RRG. De basis is dus door het veld geleverd. Hierdoor kon het veld zich in het basisplan terugvinden.
2. Om de meningen van betrokkenen over de te realiseren initiatieven op elkaar af te stemmen is een kleine ambtelijke

werkgroep in het leven geroepen. Hierdoor is men op dit punt vrij snel tot een eindresultaat gekomen, weliswaar op één punt verdeeld.

6.4.3 Toetsing aan de intenties

In deze subparagraaf zal worden onderzocht of de doeleinden, die aanleiding gaven tot het maken van de eerste fase van het plan, zijn gerealiseerd.

1. Het maken van een uitwerkingsplan is een doel op zich. Het is noodzakelijk omdat de provincie haar WZV-plan moet opstellen. De provincie lijkt met de splitsing in twee fasen niet uit de voeten te kunnen.

Enerzijds is hierdoor de afstemming met andere plannen niet goed mogelijk, anderzijds duurt het opstellen van de afzonderlijke plannen erg lang. De provinciale overheid vindt dat fase één te weinig basis biedt voor een toetsing aan de randvoorwaarden.

2. Fase één betreft het realiseren van die initiatieven welke op zo kort mogelijke termijn gerealiseerd kunnen worden om het tekort aan bedden voor psychogeriatrische patiënten te verminderen.

Uit analyse van gegevens bleek het normatieve tekort reëel te zijn. Uitbreiding en verbetering van het aantal bedden is door nieuwbouw en renovatie van bestaande instellingen geconcretiseerd. Onderhandelingen daarover zijn lopend. Dagbehandelingsuitbreiding tot de normatieve capaciteit - de tweede pijler van het plan - is niet geheel ingevuld. Dat moet na de aanbidding van fase één aan de provincie gebeuren. Zoals reeds eerder genoemd is het overgrote deel van het veronderstelde normatieve tekort aan dagbehandelings plaatsen reeds door de instellingen ingevuld. De

pijler "dagbehandeling" is laat in de procedure van de totstandkoming van het plan ingebracht. Het Samenwerkingsorgaan heeft in het begin wel de wenselijkheid hiervan naar voren gebracht, maar door het veld in casu de RRG is hier weinig aandacht aan besteed. Zij vonden het initiatief beter in fase twee passen en hielden zich vooral bezig met initiatieven gericht op uitbreiding van de intramurale capaciteit.

3. Om de initiatieven te realiseren is een financiële onderbouwing noodzakelijk. De financiële onderbouwing en afweging zijn achterwege gebleven. Enerzijds ontbrak het aan het benodigde financiële kader. Anderzijds is door de druk om de nood te lenigen niet nagegaan wat de voorgestelde initiatieven zouden gaan kosten. Er is geen afweging geweest tussen de initiatieven op basis van financiële aspecten. Er is wel een afweging geweest, binnen de normatieve mogelijkheden, tussen dagbehandelingsplaatsen en bedden. Door het verschuiven van de brede visie op de verpleeg(huis)zorg naar een latere fase zijn dit soort afwegingen niet aan bod gekomen. Daardoor is het mogelijk dat de genoemde initiatieven alle financiële ruimte in beslag nemen. Het is ook denkbaar dat de later te ontwikkelen visie op de verpleegzorg haaks komt te staan op de uitwerking van fase één.

Concluderend kan er worden gezegd dat de intenties van het regionaal bestuur (WVG), die ten grondslag liggen aan het uitwerkingsplan, in fase één niet gerealiseerd zijn. Een van de pijlers van de eerste fase van het plan (dagbehandeling) is niet uitgewerkt en doorgeschoven naar fase twee. Door het afwezig zijn van een financieel kader en het niet financieel onderbouwen van de initiatieven zouden er vraagtekens bij de realiseringmogelijkheden gezet kunnen worden. De basis die aan de eerste fase

ten grondslag ligt, is onvoldoende om die eerste fase als WZV uitwerkingsplan te kunnen bestempelen.

6.5 De tweede fase

Tijdens het werken aan de tweede fase van het uitwerkingsplan zijn er tussen de partijen problemen ontstaan. In deze paragraaf zal eerst de procedure van de totstandkoming van het plan worden besproken. Daarna de inhoud van het tweede deel van het uitwerkingsplan en de ontwikkelingen naar aanleiding van de opstelling daarvan.

6.5.1 De totstandkoming

In fase twee waren de betrokken partijen, volgens het regionaal bestuur (WVG), in september 1987 overeengekomen, dat op basis van een brede visie op de verpleegzorg aangegeven zou worden welke maatregelen genomen dienden te worden om te komen tot een optimale invulling van de verpleegzorg in de regio Eindhoven/-Kempensland. Fase twee zou een integraal karakter dragen. Fase twee, wat dat dan ook op dat moment precies zou gaan inhouden, zou de periode 1990 tot 1995 gaan beslaan. Voorheen was de periode tot het jaar 2000 als uitgangspunt genomen. Om de tijdsperiode synchroon te laten lopen met het bouwplafond is besloten de tijdsperiode van fase twee aan te passen.

Het object van planning diende volgens het regionaal bestuur (WVG) de verpleegzorg te zijn. Tevens dienden er volgens hen initiatieven uit aanpalende sectoren te worden meegenomen.

In januari 1988 heeft het DB-WVG besloten om een gezamenlijke plancommissie voor de verpleeghuizen en de bejaardenoorden in te

stellen. Die plancommissie zou twee afzonderlijke uitwerkingsplannen moeten maken. Het feit dat er twee uitwerkingsplannen dienden te komen hing samen met de bestaande scheiding tussen het circuit van de bejaardenoorden en die van de verpleeghuizen. Het DB-WVG achtte deze koppeling gewenst vanuit het oogpunt van samenhang en doelmatigheid. Men achtte zich gesterkt door de WZV-richtlijnen die nadrukkelijk stellen dat de sectoren bij elkaar betrokken dienen te worden.

In februari 1988 heeft het DB-WVG overleg gevoerd met de Gedeputeerde van de Provincie over onder andere de koppeling van de planning verpleeghuizen aan die van de bejaardenoorden.

De Gedeputeerde vroeg het DB-WVG tot een dergelijke koppeling te willen overgaan. Het DB-WVG zegde dit toe mits er garanties zouden worden gegeven aangaande het provinciale ontwerp-kaderplan bejaardenoorden 1988-1991. Dit ontwerp-kaderplan moest de inspraakprocedure nog doorlopen alvorens het vast kon worden gesteld. Het DB-WVG wilde niet het risico lopen een uitwerkingsplan te maken dat gebaseerd zou zijn op een verouderd kaderplan. Vandaar het verzoek om de inhoud van het ontwerp-kaderplan bejaardenoorden als uitgangspunt te kunnen nemen. De Gedeputeerde stemde hiermee in. Het AB-WVG stemde eind maart in met de voorstellen over de koppeling.

Er is door het Samenwerkingsorgaan in april 1988 een voorzet gemaakt om tot de brede beleidsvisie te komen die als aanzet zou moeten dienen om met de tweede fase daadwerkelijk te beginnen. Vanaf dat moment kwamen er problemen.

Het DB-WVG constateerde midden april, dat de RRG en de ziektekostenverzekeraars, het niet eens waren over het planobject. Zij wensten niet de "verpleegzorg" als uitgangspunt te nemen, maar de "verpleeghuiszorg" en op basis daarvan te bezien welke gevolgen dat zou hebben voor andere aanpalende zorgsectoren. Tevens

vond de RRG het werken aan een brede visie op de ouderenzorg, waar de verpleegzorg deel van uit maakt, op dat moment niet opportuun gezien het tijdsbeslag. Zij was van mening dat eerst de tekorten aan bedden weggewerkt dienden te worden, voordat er over een "brede visie" gesproken zou moeten worden. De verzekeraars waren het met de RRG eens. Zij vonden dat een dergelijke brede beleidsvisie zich niet zou laten verenigen tot de planning verpleeghuizen en de W.Z.V. Wel vonden de RRG en de verzekeraars dat voor de periode na 1995 een gezamenlijke regionale beleidsvisie voor de ouderenzorg middels een op te richten werkgroep, ontwikkeld kon gaan worden. In mei 1988 concretiseerde de RRG haar voorstel door de werkgroep een concrete taakopdracht toe te willen kennen. De beleidsvisie zou volgens de RRG als vertrekpunt onder andere een bepaalde notitie van de RRG als basis moeten hebben, waarin concrete knelpunten staan genoemd. De komende, veranderde rol van de gemeenten bij de planning van de gezondheidszorg lijkt de veranderde opstelling van de RRG en de verzekeraars tot gevolg te hebben gehad. Het RPCP bleef voorstander van de afspraak dat er een plan gemaakt zou dienen te worden, gebaseerd op een brede visie op de verpleegzorg.

Het DB-WVG constateerde in de vergadering in april 1988 dat indien er een plancommissie zou moeten komen de deadline van oktober, de maand waarin fase twee bij de provincie zou dienen te liggen, overschreden zou worden. (Omdat door het Ministerie van WVC een bouwplafond is vastgesteld kan slechts een beperkt aantal initiatieven worden uitgevoerd. Per provincie wordt een prioriteitenlijst vastgesteld. In Noord-Brabant wordt deze gebaseerd op de uitwerkingsplannen. Deze lijst wordt rond oktober vastgesteld. Daarom moet het uitwerkingsplan begin oktober bij de provincie liggen). Pas rond september zou er een commissie ingesteld kunnen worden, die vervolgens aan haar werkzaamheden zou kunnen beginnen. Het DB-WVG overwoog daarom (naast

de reden dat ze geen medewerking van het veld zou krijgen) conform de wens van de RRG en de verzekeraars, het capaciteits- en spreidingsplan van het Overleg Verpleeghuizen als basis te nemen en het RPCP expliciet naar haar mening te vragen. Vervolgens zou het DB-WVG criteria kunnen opstellen waar de initiatieven aan zouden moeten voldoen. Vervolgens zou ze met een prioriteitenvoorstel kunnen komen.

Het DB-WVG besloot in mei 1988 tot deze zo even genoemde procedure, hoewel ze liever had gezien dat er een plancommissie was gekomen. Hierdoor werd besloten fase twee in te vullen zonder een visie voorhanden te hebben over het totale ouderenbeleid. Dit zou door een in te stellen werkgroep in de toekomst moeten gaan plaatsvinden.

Het Samenwerkingsorgaan WVG stelde in mei 1988 criteria op waaraan het plan van het overleg Verpleeghuizen getoetst moest gaan worden. Het plan moest door het regionaal bestuur (WVG) getoetst worden, omdat deze de bevoegdheid tot het opstellen van een uitwerkingsplan had. Uitgangspunten voor de opgestelde toetsingscriteria waren de provinciale randvoorwaarden, de subregionale knelpunteninventarisaties en een notitie van het Samenwerkingsorgaan WVG over de relatie verpleeghuizen-integraal ouderenbeleid. De prioriteiten die uit de toetsing naar voren zijn gekomen zijn rond 29 juni door het AB-WVG aan de RRG, het RPCP, de ziektekostenverzekeraars en de gemeenten ter advisering voorgelegd.

De prioriteiten die door het regionaal bestuur (WVG) in het concept uitwerkingsplan zijn aangeleverd wijken af van de voorstellen van de RRG (eind juni middels een geactualiseerd standpunt weergegeven waarover in de volgende paragraaf meer wordt gezegd) en de verzekeraars.

In september/oktober 1988 zou het WZV uitwerkingsplan definitief door het AB-WVG worden vastgesteld.

6.5.2 De inhoud

Om toch een tijdig plan bij de provincie in te kunnen dienen heeft het regionaal bestuur (WVG) besloten zelf een plan op te stellen. Dit plan geeft niet alleen fase twee weer, maar het gehele uitwerkingsplan verpleeghuizen (dus inclusief fase één). In het kort zal de inhoud van het conceptplan worden weergegeven.

Het plan begint met een inleidend hoofdstuk over de aanpak van de planning vanuit historisch perspectief en hoe het verder zal gaan met de planning verpleeghuizen.

Hoofdstuk twee geeft de uitgangssituatie in de regio Eindhoven/-Kempensland weer na de realisering van fase één, de ontwikkeling van de bevolking en de capaciteit aan verpleeghuisbedden en van bestaande initiatieven.

Het derde hoofdstuk gaat over de beleidsuitgangspunten van de planning verpleeghuizen in relatie tot een integraal ouderenbeleid. In dit hoofdstuk wordt de kern van de huidige beleidsontwikkeling binnen de sectoren van de ouderenzorg weergegeven, de taken van de gemeenten op het terrein van de ouderenzorg geschetst en conclusies getrokken over de wijze van functioneren van ouderen en de gewenste oplossing van knelpunten door de gemeenten.

Hoofdstuk vier geeft de knelpunten weer ten aanzien van verpleegzorg en verpleeghuizen.

Het vijfde hoofdstuk geeft aan in hoeverre het advies van de RRG en de ziektekostenverzekeraars (het capaciteits- en spreidingsplan van het Overleg Verpleeghuizen regio VI) voldoet aan de door het Samenwerkingsorgaan gehanteerde toetsingscriteria. Het bevat tevens de feitelijke planmaatregelen. Er wordt in het

kort ingegaan op de initiatieven die in het concept-WZV uitwer-
kingsplan verpleeghuizen worden genoemd en waarop die keuze voor
de initiatieven berustten.

Het regionaal bestuur (WVG) streeft naar de uitbreiding van de
verpleeghuiscapaciteit tot het niveau van de planningsnorm.
Omdat voor die realisering beperkte financiële mogelijkheden
zijn stelt het regionaal bestuur (WVG) prioriteiten. Zij gaan
daarbij uit van de volgende overwegingen:

1. spreiding, nodig voor een goede bereikbaarheid van de
voorzieningen en voorwaarde om een goede samenwerking
tussen enerzijds de eerstelijns-, informele- en mantelzorg
en anderzijds de verpleeghuiszorg te realiseren;
2. omvang verpleeghuis, dit hangt samen met de bereikbaarheid
(des te kleiner de omvang van de verpleeghuizen, des te
groter de spreiding kan zijn) en de bedrijfsvoering (kwali-
teit van de zorgverlening en de bedrijfseconomische over-
wegingen);
3. situering in een woonkern met een goede infrastructuur;
4. subregionale indeling, als vertrekpunt voor de spreiding.

De RRG heeft in juni 1988 een geactualiseerd standpunt uitge-
bracht ten aanzien van de verpleeghuisplanning. In de daarin
opgenomen prioriteitenvolgorde is rekening gehouden met onder
andere:

1. de WZV aanwijzing en de WZV richtlijnen ex artikel 3,
waardoor niet in planmatige zin wordt ingegaan op de samen-
hang tussen verpleeghuizen en aanpalende zorgvoorzieningen
in de regio;
2. de huidige spreiding en omvang van de verpleeghuisvoorzie-
ningen; kapitaalvernietiging door middel van capaciteitsre-
ductie van bestaande instellingen dient voorkomen te wor-
den;

3. de grote tekorten aan bedden in de stad Eindhoven voor met name psychogeriatrische patiënten;
4. de wens van de RRG dat bij de realisering van het initiatief in Eindhoven het aantal bedden moet worden uitgebreid en de slechte accommodatie moet worden verbeterd.

Het regionaal bestuur (WVG) toetste de visie van de RRG in juni 1988. Men viel een aantal punten op. De RRG zou eenzijdig de initiatieven van bestaande verpleeghuizen benadrukken, welke alle betrekking hebben op uitbreiding van het aantal bedden bij bestaande instellingen. Dit wordt op zich niet verwonderlijk gevonden omdat de verpleeghuizen in de RRG een sterke positie innemen. Sterker dan de andere zorgvoorzieningen voor ouderen. Het plan van de verpleeghuizen schenkt geen concrete aandacht aan ontwikkelingen in de overige sectoren op het terrein van de ouderenzorg. Dat wenste het regionaal bestuur (WVG) wél te doen. Deze wenste functionele en geen institutionele planning.

De overwegingen van het regionaal bestuur (WVG) hingen direct- of indirect - samen met het spreidingscriterium. In de overwegingen van de RRG speelde het spreidingscriterium een marginale rol. De RRG koppelde spreiding aan de bestaande intramurale initiatieven in de regio. De door de RRG gehanteerde gebiedsindeling zou dan ook gebaseerd zijn op de huidige oriëntatie van de bevolking, die voortkomt uit de huidige, slechte spreiding van verpleeghuizen en niet op de spreiding en bereikbaarheid van voorzieningen.

Het regionaal bestuur (WVG) kwam dan ook tot de eindconclusie dat het plan van de gezamenlijke verpleeghuizen maar ten dele paste binnen de door het regionaal bestuur (WVG) geformuleerde randvoorwaarden. Met name komen in het plan de doelstellingen als spreiding en samenhang met andere voorzieningen onvoldoende

tot uitdrukking. Het RPCP is het met het regionaal bestuur (WVG) eens.

Het regionaal bestuur (WVG) kent daarom ten dele andere prioriteiten toe in het uitwerkingsplan. Er worden ook enkele andere initiatieven genoemd.

Het DB-WVG van de RRG zag (terwijl het regionaal bestuur (WVG) toetsingscriteria aan het opstellen was) redenen om zélf een uitwerkingsplan verpleeghuizen op te stellen. Dit - naar men zei - omdat dat afgesproken zou zijn. Dit was een geactualiseerde versie van het plan van het Overleg Verpleeghuizen.

Doel van het maken van zo'n plan was: a. het regionaal bestuur (WVG) te vragen alsnog haar plan over te nemen, b. de ziektekostenverzekeraars en het RPCP te verzoeken dit plan te ondersteunen en c. het plan ter kennis brengen bij Gedeputeerde Staten met het verzoek de initiatieven zo snel mogelijk te realiseren.

Het regionaal bestuur (WVG) zag in dit plan niets nieuws en stond er, net als het RPCP, niet achter. Het Algemeen Bestuur van de RRG heeft tijdens de vergadering van 20 juni 1988 de status van het stuk afgezwakt. De reden daarachter is het feit dat het maken van uitwerkingsplannen aan de samenwerkende gemeenten is opgedragen. Tevens zou de term uitwerkingsplan de competitiefteer tussen de RRG en het regionaal bestuur (WVG) versterken en voor de provincie onduidelijkheid kunnen opwekken. De vertegenwoordigers van de RRG en de verzekeraars, die aanwezig zijn geweest bij het overleg met het RPCP en het samenwerkingsorgaan WVG over fase twee van de planning verpleeghuizen, zeiden dat de afspraak is gemaakt dat de RRG het plan van het Overleg Verpleeghuizen zou actualiseren. Middels een uitwerkingsplan hebben ze dat gedaan. Het RPCP en het regionaal bestuur (WVG) zeiden zich daar niets van te kunnen herinneren. Het verslag van die vergadering blijkt geen sluitende uitkomst te bieden. Er wordt wel gesproken over een afspraak waarin het

standpunt van de RRG over de planning verpleeghuizen zou worden voorgelegd aan het Samenwerkingsorgaan WVG. Er wordt niets gezegd over het opstellen van een uitwerkingsplan door de RRG. Het Samenwerkingsorgaan heeft voorafgaand aan de vergadering van het Algemeen Bestuur van de RRG per bode een brief bezorgd waarin zij hun verbazing uitspreken over de procedure. Er zou volgens hen geen afspraak bestaan over het maken van het uitwerkingsplan door de RRG.

Het Algemeen Bestuur van de RRG besloot om de status van het stuk van de RRG af te zwakken. De presentatie van het stuk zou worden veranderd. In plaats van de term "uitwerkingsplan" zouden de termen "geactualiseerd standpunt" genoemd moeten worden.

Naar aanleiding van de formele inspraakprocedure liet de RRG in augustus 1988 het DB-WVG weten dat zij niet accoord gaat met het plan zoals door het regionaal bestuur (WVG) is opgesteld. De verzekeraars zijn ook niet accoord. Het RPCD laat weten het plan van het Samenwerkingsorgaan te ondersteunen.

6.6 Samenvatting en Conclusies

Deze paragraaf bevat een schematisch overzicht van de belangrijkste gebeurtenissen met betrekking tot de opstelling van het uitwerkingsplan verpleeghuizen en de conclusies die wij aan de feiten en gebeurtenissen verbinden.

Overzicht 6.1 Belangrijkste gebeurtenissen m.b.t. de opstelling van het uitwer kingsplan verpleeghuizen in Eindhoven/Kempenland

Tijdstip	Gebeurtenis
februari 1987	Provincie Noord-Brabant ontvangt definitieve aanwijzing van het Ministerie van WVC met betrekking tot het opstellen van een plan ex WZV voor de verpleeghuizen in de gezondheidsregio Eindhoven
april 1987	RRG maakt de behoefte kenbaar te willen komen tot een noodplan
mei 1987	Provincie richt een verzoek aan het DB-WVG om een uitwer kingsplan verpleeghuizen op te stellen voor de WVG-regio Eindhoven/Kempenland
juni 1987	DB-WVG stelt de werkwijze op om het plan te verwezenlijken Eerste gesprek tussen veld, verzekeraars en regionaal bestuur (WVG), waarin wordt besloten, te bezien of het plan verpleeghuizen (opgesteld door de gezamenlijke verpleeghuizen in de regio) als basis kan dienen voor de planopstelling
augustus 1987	De RRG past het plan van de gezamenlijke verpleeghuizen aan en stemt er mee in
september 1987	Instelling ambtelijke werkgroep om de standpunten betreffende de te realiseren voorzieningen op elkaar af te stemmen
september 1987	Veronderstelde overeenstemming tussen betrokkenen om in fase twee een brede visie op de verpleegzorg te formuleren
oktober 1987	DB-WVG stelt College van Gedeputeerde Staten voor om een aantal noodmaatregelen te treffen
januari 1988	Subregionale knelpunteninventarisatie door de gemeenten aan de RRG toegezonden, maar niet ontvangen DB-WVG besluit tot de instelling van een gezamenlijk plancommissie voor de verpleeg- en bejaardentehuizen om zo de tweede fase verpleeghuizen te koppelen aan de planning bejaardenoorden

februari 1988	Regionaal bestuur (WVG) stelt de eerste fase van het uitwerkingsplan vast
	De Gedeputeerde zegt toe dat het regionaal bestuur (WVG) het voorontwerpplan bejaardenoordn als uitgangspunt kan nemen bij de koppeling van de planning bejaardenoordn aan die van de verpleeghuizen
maart 1988	Regionaal bestuur (WVG) stemt in met de koppeling
april 1988	Tegenstelling tussen het regionaal bestuur (WVG) en de overige partners omtrent het object van planning in fase twee en over de beleidsvisie de eraan ten grondslag zou moeten liggen.
mei 1988	DB-WVG stemt in met de voorstellen van de RRG en de verzekeraars om het capaciteits- en spreidingsplan van het Overleg Verpleeghuizen als basis te nemen voor de tweede fase van het uitwerkingsplan verpleeghuizen
juni 1988	Samenwerkingsorgaan WVG maakt concept uitwerkingsplan. RRG heeft een "geactualiseerd standpunt" vastgesteld en opgestuurd naar het Samenwerkingsorgaan WVG
	Regionaal bestuur (WVG) legt de prioriteiten, die uit haar toetsing van het plan van het Overleg Verpleeghuizen naar voren zijn gekomen, voor aan de RRG, RECP, verzekeraars en de gemeenten

De opsplitsing van de planning verpleeghuizen in een noodfase, fase één en fase twee heeft in het begin een ieders instemming gehad.

Het noodplan - welke los van het WZV-plan staat - diende ter lediging van de eerste nood. Het opstellen van dit plan heeft weliswaar erg veel tijd en energie gekost, het resultaat wordt door een ieder positief ervaren.

Aan fase één, welke die initiatieven bevat die op zo kort mogelijke termijn gerealiseerd dienen te worden, is door de betrokkenen actief gewerkt. Ook hier is de tijd welke staat voor het

opstellen van een plan ruim overschreden. Het beleidskader ontbreekt. Verder is niet nagegaan wat de financiële effecten van de prioriteitsstelling zouden zijn op het financiële kader. Als reden hiervoor wordt het ontbreken van het financiële kader aangevoerd. Ook ontbrak de financiële onderbouwing van de afzonderlijke initiatieven.

Fase twee zou volgens het regionaal bestuur (WVG) een brede visie, met aandacht voor aanpalende sectoren moeten gaan bevatten. Toen de RRG en de ziektekostenverzekeraars een andere weg wilden inslaan is het regionaal bestuur (WVG) om praktische redenen daarin meegegaan. Het regionaal bestuur (WVG) kwam op basis van de verschillende beleidsuitgangspunten tot een andere prioriteitsstelling dan de RRG en de verzekeraars.

Om toch een plan bij de provincie Noord-Brabant in te leveren besloot het regionaal bestuur (WVG) zelf een plan te maken. Onder andere door tijdsdruk - de prioriteiten die het plan zou moeten aangeven moesten meegenomen kunnen worden bij de opstelling van de provinciale bouwlijst - heeft het plan zeer beperkte relaties met andere van belang zijnde zorgsectoren.

Tijdens de opstelling van het Concept Uitwerkingsplan Verpleeghuizen is er geen sprake geweest van "WVG-denken". Dat geldt ook voor het plan zelf. Er is namelijk niet voor een integrale benadering gekozen met betrekking tot de werkwijze van betrokkenen en het object van planning. De beleidsuitgangspunten van het regionaal bestuur (WVG) getuigen wel van een integrale benadering, de uitwerking daarvan heeft noodgedwongen alleen betrekking op bouwinitiatieven. Het regionaal bestuur (WVG) heeft volgens de onderzoekers naar de overige partijen en naar de subregionale ambtenaren van de regio, een te coulante houding aangenomen. Bij het uitbesteden van werkzaamheden aan de RRG (die immers het plan van de gezamenlijke verpleeghuizen in haar advies aan het regionaal bestuur (WVG) aanpaste) hadden duide-

lijke tijdslimieten en voorwaarden (beleidsuitgangspunten) gesteld moeten worden. De scheiding van het uitwerkingsplan in delen, met een bij elk deel behorende overleg- en adviesprocedure, nam te veel tijd in beslag.

De ontwikkeling van een brede regionale beleidsvisie voor de ouderenzorg zal door een werkgroep in de nabije toekomst ter hand worden genomen. Met name de relatie en samenwerking tussen verpleeg- en verzorgingshuizen zal voor het regionaal bestuur (WVG) een belangrijk punt van aandacht zijn.

De eindconclusie van de onderzoekers is dat de opstelling van het WZV-uitwerkingsplan verpleeghuizen een gemiste kans is geweest. Die kans zou hebben bestaan uit het binnen een beperkte tijdstermijn opstellen van een uitwerkingsplan met een integraal karakter, waar betrokken partijen in de regio achter zouden (gaan) staan. In dat uitwerkingsplan zouden de noden moeten worden opgelost met de daartoe meest geeigende oplossingen. Het uitwerkingsplan Psychiatrie betekent een juist ingeslagen weg (zie hoofdstuk 5). Het uitwerkingsplan Verpleeghuizen betekent daarin een gemiste kans. In ieder geval wat betreft de doelmatigheid van de werkzaamheden. Wat de onderscheiden fasen in de praktijk zullen gaan betekenen moet afgewacht worden. Een deel van de nood zal door dit plan worden verminderd, maar de effectiviteit van de procedure en de draagkracht van het plan zijn niet optimaal.

7. NABESCHOUWING OVER DE INTEGRALE INVOERING WVG

7.1 Inleiding

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

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

de Tweede Kamer besloot daartoe in juni van dat jaar. Tevens werd besloten de integrale invoeringsprojecten te beëindigen en de plankostenvergoedingen per 1 januari 1989 stop te zetten.

De beëindiging van de integrale invoeringsprojecten vormt een goed moment voor een terugblik op de afgelopen vijf jaren. In dit hoofdstuk wordt een dergelijke terugblik gegeven. Daarbij worden de regio Eindhoven/Kempenland en de regio Kennemerland betrokken. Allereerst wordt kort ingegaan op de WVG zelf (par. 7.2). Daarna worden de belangrijkste resultaten van het evaluatieonderzoek van het NIPG gepresenteerd (par. 7.3). Het hoofdstuk wordt afgesloten met een korte nabeschuwing (par. 7.4).

Voor de inhoud van dit hoofdstuk is gebruik gemaakt van in het verleden gehouden enquêtes en interviews met de vertegenwoordigers van de betrokken partijen. Ook zijn de afsluitende interviews gebruikt die in oktober 1988 in Kennemerland zijn gehouden. Verder is gebruik gemaakt van beschikbare documentatie in de vorm van eerder door het NIPG-TNO uitgebrachte evaluaties over de WVG invoering, onderzoeksoپzetten, nota's, verslagen van vergaderingen van de betrokken partijen en overige publicatie's.

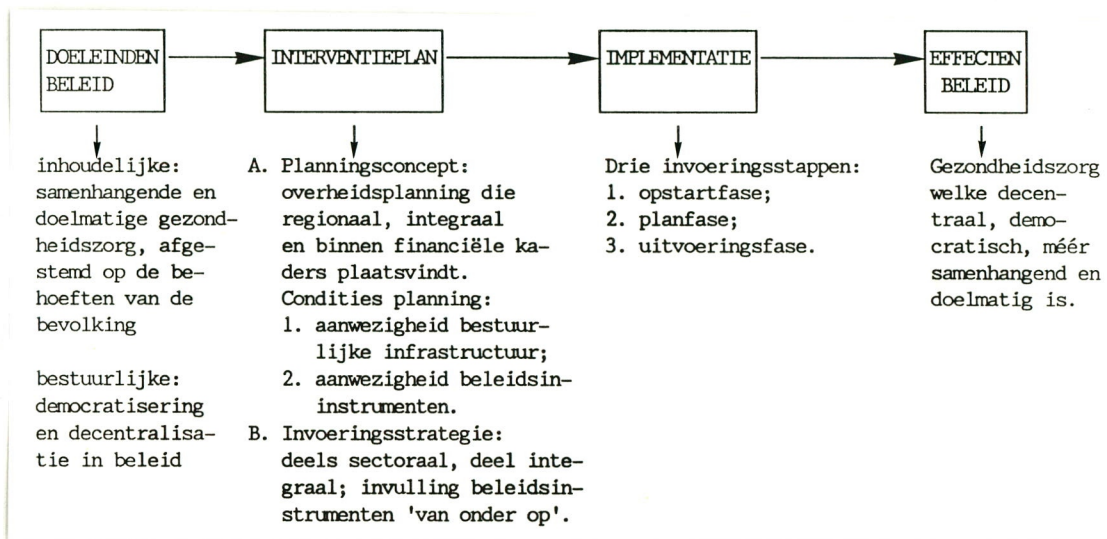
7.2 De invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg

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

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

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

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



Doeleinden

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

Interventieplan

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

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

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

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

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

Implementatie

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

Effecten

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

7.3 Resultaten van de evaluatie

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

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

7.3.1 Procesevaluatie

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

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

Evaluatie van de voortgang op deze aspecten vond plaats door het trekken van lijnen in de reeksen van gebeurtenissen op landelijk en regionaal niveau en het aanwijzen van gunstige en ongunstige ontwikkelingen. Bij de beoordeling van de ontwikkeling van de regionale bestuurlijke infrastructuur werd gebruik gemaakt van het concept beleidsnetwerk. Onder beleidsnetwerk wordt verstaan het 'geraamte' van op afhankelijkheid gebaseerde betrekkingen en normatieve verhoudingen tussen organisaties (Wassenberg, 1980). Een netwerk kenmerkt zich door een veelheid van actoren die vanuit uiteenlopende visies, probleemdefinities en belangen, en met verschillende beïnvloedingsmogelijkheden, aan de besluitvorming bijdragen. Zowel het verwezenlijken van officiële doelen als het uiteenlopen van visies en belangen zijn bestaansgrond van een netwerk. Doorgaans is er binnen een netwerk sprake van een onderhandelingsproces waarin onzekerheidsreductie en het vastleggen en inperken van macht veelal de boventoon voeren. In de procesevaluatie werd nagegaan of de WVG-netwerken doeltreffend functioneerden. Van dit laatste is sprake indien en voor zover partijen in staat zijn om met het oog op collectieve doeleinden en interdependentievraagstukken (vraagstukken over de onderlinge onafhankelijkheid of samenhang) beslissingen te nemen tegen relatief bescheiden inspanningen (Godfroij, 1986).

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

De resultaten van de procesevaluatie kunnen als volgt worden samengevat.

Ontwikkeling regionale bestuurlijke infrastructuur

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

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

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

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

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

Beschikbaar komen van beleidsinstrumenten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.3.2 Effectiviteitsonderzoek

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

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

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

Overzicht 7.1 Evaluatiecriteria toegepast op 2 beleidsinstrumenten

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

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

De conclusie van het effectiviteitsonderzoek luidt als volgt. De beleidsinstrumenten hebben slechts beperkt bij kunnen dragen aan een gezondheidszorg die méér samenhang en doelmatigheid vertoont en op een democratische en decentrale wijze wordt bestuurd.

7.3.3 Middelenevaluatie

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

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

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

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

Achteraf kan gezegd worden dat dit geen juist impactmodel is gebleken. Had men dat voordat de WVG zou worden aangenomen kunnen weten? Een antwoord daarop is moeilijk te geven. Het geven van invloed aan de lagere overheden op het terrein van de

gezondheidszorg (decentralisatie) in die mate waarin de WVG dat deed, was in ons land binnen de gezondheidszorg betrekkelijk nieuw. Datzelfde geldt voor het integrale aspect van de planning. Het ontbreekt tezeer aan eerdere ervaringen en onderzoeksresultaten om over de juistheid van dit deel van het model met zekerheid uitspraken te kunnen doen. Van te voren hadden de beleidsmakers en -voorbereiders echter kunnen weten dat de WVG een machtsverschuiving zou impliceren. Met de nodige gevolgen van dien.

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

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

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

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

7.4 Nabeschouwing

De integrale invoering van de WVG in Kennemerland en Eindhoven/Kempenland lijkt een voorbeeld van beleidsvoering waarbij de stappen van het beoogde beleidsproces onvoldoende vooraf zijn geëxpliciteerd. De doeleinden van het beleid werden niet in de beginfase van het denken over de WVG geoperationaliseerd maar

pas nadat de WVG al uitgewerkt was. Tevens was de operationalisatie vaag en niet eenduidig te herleiden naar de doeleinden van WVG. Het interventieplan bleek niet goed toepasbaar en bij voorbaat al kansarm. De implementatie lukte niet vanwege de afwezigheid van de noodzakelijke beleidsinstrumenten, de invloed en de complexiteit van het regionaal beleidsnetwerk en de niet juist gekozen invoeringsstrategie. Aan de fase van de beleids-effecten tenslotte werd nauwelijks toegekomen.

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

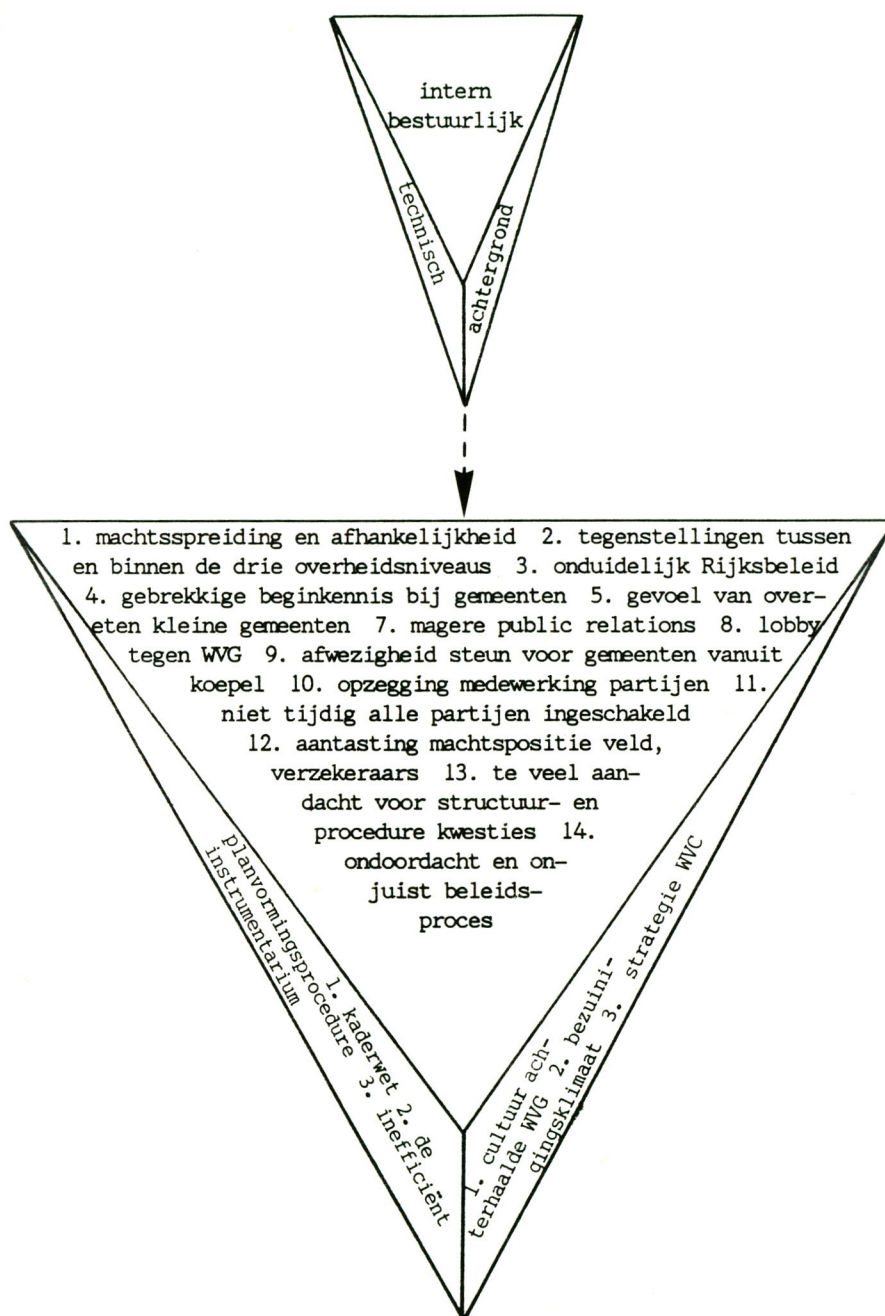
Tegen een koppeling tussen een experiment en externe ontwikkelingen behoeft men op zichzelf weinig bezwaren te hebben. Voor de kwaliteit van een experiment kan het goed zijn wanneer met de uiteindelijke invulling ervan wordt gewacht tot de meningsvorming over de inhoud van zo een belangrijk rapport als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

Om de factoren, die hebben geleid tot het niet lukken van de integrale invoering van de WVG, schematisch weer te geven is

gekozen voor figuur 7.2. De factoren zijn niet gewogen. De uitwerking van de factoren is in bijlage 1 te vinden.

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

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



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

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

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

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

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

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

LITERATUURLIJST

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.

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

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.

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

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.

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

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

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

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

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

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

REGIONALE RAAD GEZONDHEIDSZORG EINDHOVEN EN DE KEMPEN. Concept Uitwerkingsplan Verpleeghuizen Regio Eindhoven/Kempenland. Eindhoven, juni 1988.

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.

SAMENWERKINGSORGAAN WET VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG, REGIO AGGLOMERATIE EINDHOVEN-KEMPENLAND. Uitwerkingsplan Psychiatrie. Eindhoven, juni 1988.

SAMENWERKINGSORGAAN WET VOORZIENINGEN GEZONDHEIDSZORG, REGIO AGGLOMERATIE EINDHOVEN-KEMPENLAND. Uitwerkingsplan Verpleeghuizen (fase 1). Eindhoven, maart 1988.

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.

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

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

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

TWIJNSTRA GUDDE N.V. De nieuwe kelen van de keizer, project-audit integrale invoering Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Deventer, 3 juli 1987.

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

WESSELS, A.B. & M.I.M. SCHUURMAN. Integrale invoering WVG in Kennemerland. Evaluatie van voortgang en slotrapportage. Periode juli 1987 - juni 1988, NIPG/TNO, Leiden, januari 1989.

Bijlage 1.

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

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

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

Factoren waardoor de integrale invoering van de WVG niet is gelukt

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

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

De externe bestuurlijke factoren

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

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

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

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

De interne bestuurlijke factoren

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

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

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

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

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

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

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

Technische factoren

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

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

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

Leerpunten

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

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

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

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

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

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