

2

PROJECT
EVALUATIE GEZONDHEIDSZORG
ALMERE

NIVEL 188
1476A

VERSLAG INZAKE
DE
BESTUURLIJKE
SAMENHANG

NZI/LEEN DEKKER

25 FEB. 1986

OKTOBER 1985

 NIVEL
bibliotheek

drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

85.466

 NZI
nationaal
ziekenhuis
instituut

 NIVEL
nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

NIVEL

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) verzamelt en verspreidt kennis en inzicht over de structuur en het functioneren van de eerstelijnsgezondheidszorg, mede in relatie tot andere sectoren van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening.

Tot de activiteiten van het NIVEL behoren het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, registratie- en documentatieactiviteiten en het beheren van een (algemeen toegankelijke) bibliotheek.

Het NIVEL is voortgekomen uit het voormalige Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) en wordt grotendeels gesubsidieerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

NZI

Het Nationaal Ziekenhuisinstituut (NZI) verricht toegepast wetenschappelijk onderzoek en verzorgt opleidingen ten behoeve van de gezondheidszorg in Nederland. Het NZI helpt het ziekenhuismanagement door ondersteuning van de beleidsontwikkeling van de Nationale Ziekenhuisraad (NZR) en door dienstverlening aan individuele instellingen die hierom vragen.

Bovendien werkt het NZI, in samenwerking met het veld, mee aan het samenhangend onderzoekprogramma van de rijksoverheid, dat is gericht op het onderbouwen van de beleidsontwikkeling ten aanzien van de gezondheidszorgvoorzieningen.

Bestelwijze

NZI : **schriftelijk** aan Nationaal Ziekenhuisinstituut, Verkoopdienst van de bibliotheek, Postbus 9697, 3506 GR Utrecht, met vermelding van publikatienummer 85.466 en het gewenste aantal.

De prijs van het exemplaar bedraagt f 10,— **exclusief** verzendkosten.

Het overnemen van gegevens uit deze publikatie is met bronvermelding toegestaan.

Voorwoord

Hoofdstuk 0 - Ter Inleiding	3
0.1. inleiding	
0.2. het onderzoek	
0.3. de indeling van het rapport	
Hoofdstuk 1 - Uitgangssituatie be- sturingssysteem	6
Hoofdstuk 2 - Start PGA (februari 1983)	10
Hoofdstuk 3 - Voorstellen PGA	13
3.1. Planning	
3.2. Vestigingsbeleid	
3.3. Financiering	
3.4. Overige voorstellen	
3.5. Tussenbalans	
Hoofdstuk 4 - Het planproces nader beschouwd	22
4.1. Plan- en begrotingsprocedure	
4.2. De relatie tussen de overheden en het projekt	
4.3. Het gekombineerde verzorgings- en verpleeghuis	
4.4. Het ziekenhuis	
Hoofdstuk 5 - Evaluatie	34
5.1. Algemeen	
5.2. De evaluatiecriteria	
Hoofdstuk 6 - Aanbevelingen	45

Bijlagen

Voorwoord

Het eerste rapport van het evaluatie-onderzoek naar de gezondheidszorg in Almere verscheen in januari 1985. Voor u ligt het tweede rapport. Hierin wordt een schets gegeven van de bestuurlijke ontwikkelingen van het Projekt Gezondheidszorg Almere. Aan de orde komt onder meer het door de Stuurgroep ontwikkelde bestuurlijke instrumentarium ter sturing van de zorgverlening.

Eén van de doelstellingen van het projekt is gericht op het streven naar bestuurlijke samenhang in de gezondheidszorg. Voor een definitief antwoord op de vraag of deze doelstelling in de praktijk in voldoende mate is gerealiseerd, is het echter nog te vroeg. Het voorliggende rapport beoogt na te gaan in hoeverre het projekt op koers ligt. In dat licht moeten de aanbevelingen, waarmee het rapport wordt afgerond, worden gezien.

Binnen het Nationaal Ziekenhuisinstituut werkten aan de totstandkoming van het rapport ir. C. van de Voort en drs. L. Dekker.

Een woord van dank is verschuldigd aan de instanties die in de vorm van vraaggesprekken aan dit rapport hun medewerking hebben verleend.

0. Ter inleiding

0.1. inleiding

Onder begeleiding van de subgroep evaluatie wordt door het NIVEL en het N.Z.I. onderzoek verricht naar de door het projekt beoogde bestuurlijke en inhoudelijke samenhang van de gezondheidszorg in Almere.

Het eerste rapport van het evaluatie-onderzoek verscheen in januari 1985. Dit rapport geeft een beschrijving van de uitgangssituatie in Almere. Aan de orde komen welke voorzieningen in Almere aanwezig zijn, hoe het zit met het gebruik van de voorzieningen en eventuele bijzondere kenmerken van de potentiële gebruikers. In het voorliggende rapport wordt een beeld gegeven van de ontwikkelingen op bestuurlijk niveau binnen het projekt.

Dit rapport is te beschouwen als een tussentijds evaluatieverslag over de bestuurlijke ontwikkelingen tot aan de vaststelling van het advies "Hoofdlijnenplan 1985-1989" in mei 1985 door de Stuurgroep.

Het doel van dit verslag is nagaan in hoeverre het projekt "op koers ligt", dat wil zeggen: nagaan of het besturingssysteem in de gewenste richting verandert. De aanbevelingen die aan het onderzoek worden verbonden, beogen een bijdrage te leveren aan de verdere ontwikkeling van het Projekt Gezondheidszorg Almere. In een eksperiment als het onderhavige ziet men zich in eerste instantie voor de vraag gesteld of het projekt op de goede weg zit.

0.2. het onderzoek

De opzet van het onderzoek is tot stand gekomen in het overleg van de subgroep evaluatie.

Het evaluatie-onderzoek naar de bestuurlijke samenhang heeft betrekking op het funktioneren van het besturingssysteem in Almere. Onderscheid kan worden gemaakt in een zorg- en een besturingssysteem.

Het zorgsysteem bestaat uit de instellingen en de personen die de zorg uitvoeren.

Het besturingssysteem omvat het geheel van overheden,

adviesorganen en bestuursorganen die binnen het wettelijk kader het zorgsysteem besturen.

Het begrip 'bestuurlijke samenhang' duidt op een doelmatige overleg-, advies- en besluitvormingsstructuur van het openbaar bestuur, instellingen, verzekeraars en konsumenten binnen het besturingssysteem.

Het evaluatie-onderzoek naar de bestuurlijke samenhang kent zowel een lange als een korte-termijn dimensie:

- lange termijn: Evaluatie in hoeverre het doel van bestuurlijke samenhang is bereikt. Uiteindelijk dient het besturingssysteem te voldoen aan de criteria van beheersbaarheid, democratisering, samenhang, financiële stuurbaarheid en decentralisatie.
- korte termijn: Evaluatie van de wijze waarop het besturingssysteem zich ontwikkelt. Hierdoor kunnen (on)gewenste ontwikkelingen tijdig worden gesignaleerd, zodat de stuurgroep desgewenst kan bijsturen.

Dit verslag heeft voornamelijk betrekking op het korte termijn-karakter van het evaluatie-onderzoek. Ten behoeve van de voortgang van het project wordt een aantal aanbevelingen geformuleerd.

Bij de becordeling van de bestuurlijke samenhang zal niet alleen worden gekeken naar de interne samenhang binnen het besturingssysteem, zoals bijvoorbeeld de afstemming tussen de overheidsnivo's, ook de effecten van het besturingssysteem op het zorgsysteem zullen waar mogelijk in het onderzoek worden betrokken. Echter dit laatste is pas goed mogelijk wanneer ook de intramurale instellingen in Almere aanwezig zijn.

Het onderzoek is gericht op:

- a. het beschrijven en het inzichtelijk maken van het planningsproces;
- b. het inventariseren van de opgetreden knelpunten;
- c. het formuleren van aanbevelingen ten behoeve van het project.

De inhoud van het rapport berust op interviews met sleutelpersonen, bronnenonderzoek en inzicht van

betrokken onderzoekers terzake van de planning.

0.3. de indeling van het rapport

Dit rapport is als volgt opgebouwd.

Allereerst wordt in hoofdstuk 1 aandacht besteed aan de uitgangssituatie op bestuurlijk nivo, voorafgaande aan het Projekt gezondheidszorg Almere. Deze kennis is nodig om te bezien in welke mate het besturings-systeem zich heeft ontwikkeld.

In hoofdstuk 2 wordt naar voren gebracht in hoeverre het besturingssysteem is gewijzigd als gevolg van de start van het projekt.

Hoofdstuk 3 behandelt de voorstellen van de Stuurgroep ter verbetering van het besturingssysteem.

Het bestuurlijk instrumentarium dat door de Stuurgroep is ontworpen heeft betrekking op de planning, het vestigingsbeleid en de financiering van de gezondheidszorg in Almere. Vervolgens wordt ingegaan op de uitkomsten van deze voorstellen. De adviezen van de Stuurgroep dienen immers door de betrokken overheden te worden bekrachtigd.

De feitelijke werking van het planningsproces wordt in hoofdstuk 4 in ogenschouw genomen. Speciale aandacht wordt geschonken aan de voor Almere kenmerkende plan- en begrotingsprocedure en aan de planning van twee intramurale voorzieningen. Hoofdstuk 5 betreft een voorlopige evaluatie van het funktioneren van het besturingssysteem. In dit hoofdstuk komen de evaluatie-kriteria, die betrekking hebben op het lange termijn-karakter van het evaluatie-onderzoek, voor het eerst aan de orde.

Tenslotte wordt dit rapport afgerond met de formulering van een aantal aanbevelingen ten behoeve van de voortgang van het projekt.

1. Uitgangssituatie besturingssysteem (1980 tot 1983)

Almere wordt bovenal gekenmerkt door haar snelle groei. Betrokken de eerste bewoners in 1976 hun woning, in het jaar 2000 zal naar verwachting Almere huisvesting bieden aan ruim meer dan 100.000 inwoners. Almere is een stad in ontwikkeling. Dit geldt evenzeer voor de gezondheidszorg. Vanuit een "blanco" situatie dient de gezondheidszorg te worden opgebouwd.

Het bestuurlijk kader, waarbinnen de ontwikkeling van de gezondheidszorg plaats vindt, wijkt evenwel nauwelijks af van elders in Nederland, met uitzondering van het niet provinciaal ingedeeld zijn van Almere en het ontbreken van een provinciale raad van de volksgezondheid. In formeel opzicht heeft het openbaar lichaam Z.Y.P.* bijna geen bevoegdheden op het terrein van de planning van de gezondheidszorg. De planningswetgeving ten aanzien van de intramurale voorzieningen en het ambulance-vervoer kent geen bevoegdheden toe aan gemeenten. Een planningskader voor de ekstramurale gezondheidszorg ontbreekt nog in het geheel. Niettemin is het lokaal bestuur nauw betrokken bij de opbouw van de gezondheidszorg nadat door de bevolking en hulpverleners uit het Gezondheidscentrum De Haak hiertoe de eerste initiatieven waren ontplooid. Gezien de specifieke situatie in Almere wordt de bemoeienis van het lokale bestuur met de zorg van groot belang geacht. Deze bemoeienis richt zich met name op de eerstelijnszorg. Op initiatief van het lokale bestuur komt in 1980 de S.M.G.A. tot stand.

* Sinds 1-1-1984 is Almere officieel een gemeente. Daarvoor trad het openbaar lichaam Z.Y.P. op als lokaal bestuur.

Deze stichting stelt zich tot doel: "het brengen en bevorderen van een kwantitatief en kwalitatief goede eerstelijnszorg in Almere, die zoveel mogelijk beantwoordt aan de behoefte en de vraag van de gebruikers". Het lokaal bestuur heeft een bestuurlijke inbreng in de S.M.G.A., die de gezondheidscentra exploiteert. In maart 1981 verleent de adviesraad (voorloper gemeenteraad) opdracht aan het S-1 project voor een onderzoek naar de organisatorische vormgeving van de eerstelijnsgezondheidszorg in Almere. Samengevat worden in dit onderzoek de volgende hoofdlijnen voorgesteld:

1. Een structuur voor de eerstelijnsgezondheidszorg, waarin de verschillende disciplines en hun ondersteuners eenzelfde dienstverband hebben;
2. De eerstelijnsgezondheidszorg wordt uitgevoerd in buurtgerichte en wijkgebonden gezondheidscentra;
3. Het zwaartepunt in de organisatiestructuur van de eerstelijnsgezondheidszorg ligt op wijkniveau;
4. De wijkorganisatie heeft de vorm van een vereniging voor de eerstelijnsgezondheidszorg, waarvan de gebruikers de leden zijn;
5. Op stedelijk niveau is een federatie van verenigingen voor de eerstelijnsgezondheidszorg. De federatie vervult complementaire taken ten aanzien van: ondersteuning, beleidsontwikkeling en belangenbehartiging.

De adviesraad kan zich in haar vergadering van maart 1982 in meerderheid verenigen met deze hoofdlijnen voor toekomstig beleid.

Blijkens de Doelstellingennota Gezondheidszorg en Maatschappelijke Dienstverlening van het openbaar lichaam Z.Y.P. komt de bemoeienis van het lokaal bestuur met de eerstelijnszorg tot uitdrukking in de volgende opstelling:

- a. medebepaling van de structuur en organisatie van de eerstelijnszorg;
- b. vaststelling van aantal, situering, aard en omvang van te stichten voorzieningen;
- c. mede vaststellen van exploitatiebegrotingen, jaarprogramma's, jaarrekeningen en jaarverslagen, dan wel fiattering daarvan, voorzover het ZIJP er

- financieel bij betrokken is;
- d. het scheppen van gunstige voorwaarden voor en controle op de uitvoering van het algemene beleid;
 - e. het realiseren van een samenhangende planning van de gehele gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Het lokaal bestuur probeert haar beleidsdoeleinden te realiseren door:

- het beschikbaar stellen van gezondheidscentra.
In iedere nieuwe wijk worden gezondheidscentra gebouwd. Hierdoor funktioneert het gezondheidscentrum al wanneer de eerste bewoners de wijk betrekken;
- een bestuurlijke inbreng in de stichting die de gezondheidscentra exploiteert;
- financiering van exploitatie-tekorten van gezondheidscentra over een tweetal jaren.

Opgemerkt kan worden dat de inzet van deze middelen niet aan een bepaalde regelgeving terzake van de planning van de gezondheidszorg kan worden ontleend. Reeds voor de start van het projekt Gezondheidszorg Almere is het beleid van de gemeentelijke overheid richtinggevend voor de toekomstige structuur van de eerstelijnszorg. In dat opzicht neemt het lokaal bestuur een uitzonderingspositie in t.o.v. andere gemeenten omdat de bemoeienis van gemeentelijke overheden met de planning van de gezondheidszorg van oudsher beperkt is.

Ook de intramurale zorg is onderwerp van gemeentelijk beleid. Nadat het lokaal bestuur en het bestuur van het Burgerziekenhuis afzonderlijk een aanvraag hebben ingediend om medewerking in beginsel ten behoeve van de bouw van een algemeen ziekenhuis in Almere, wordt tussen beide partijen bestuurlijk overleg geopend. Dit resulteert in een samenwerkingsovereenkomst betreffende de ontwikkeling van ziekenhuisvoorzieningen in Almere. Partijen komen overeen dat de samenwerking zal plaatsvinden in de vorm van een kollege van bestuurlijk overleg, bestaande uit de leiding van het ziekenhuis en het dagelijks bestuur van het Z.Y.P. Dit kollege

heeft o.m. tot taak de voorbereiding en het beheer van de polikliniek en de realisatie van het ziekenhuis. Voorts is het openbaar lichaam Z.Y.P. in het bezit van een verklaring van geen bezwaar voor de bouw van een gekombineerd verpleeghuis van 150 bedden.

Ten aanzien van de intramurale zorg wordt in eerste instantie in het gemeentelijk beleid weinig nieuwe zorginhoudelijke elementen naar voren gebracht. Dit gebeurt wel in het overleg tussen het lokaal bestuur en het Ministerie over de eksperimentele opzet van de gezondheidszorg in Almere. Er wordt gestreefd naar een uitbreiding, versterking van de eerstelijnszorg onder een gelijktijdige reductie van de intramurale capaciteit. De uitgangspunten voor de nieuwe opzet van de gezondheidszorg in Almere worden vastgelegd in het projektplan.

2. Start PGA (februari 1983)

In het vorige hoofdstuk is naar voren gebracht dat het besturingssysteem in Almere in formeel opzicht nauwelijks afweek van het reguliere besturingssysteem, zoals elders in het land. Daarnaast is gebleken dat met name het lokaal bestuur een beleidsbepalende invloed heeft gehad op de opbouw van de gezondheidszorg in Almere. De vraag rijst in welke mate het besturingssysteem veranderingen ondergaat als gevolg van de installatie van het PGA.

Begin 1983 is het PGA gestart. Doel hiervan is het in bestuurlijk, structureel en functioneel opzicht tot stand brengen en in stand houden van een samenhangende gezondheidszorg tegen akseptabele kosten.

Reeds in de jaren '81 en '82 vindt ambtelijk en bestuurlijk overleg plaats tussen de gemeente en het Ministerie over de opbouw van de gezondheidszorg in Almere.

Uiteindelijk wordt besloten tot een eksperimentele aanpak van de gezondheidszorg. Almere wordt beschouwd als een proefgebied waarin geëksperimenteerd kan worden met nieuwe vormen van zorgverlening. Hiertoe wordt een projektorganisatie (PGA) in het leven geroepen, bestaande uit de Stuurgroep, subgroepen en het projektteam.

In deze projektorganisatie zijn de meeste partijen, Ministerie van WVC, Ministerie van BiZa, gemeente, financiers, de instellingen en bewoners vertegenwoordigd.

De uitwerking van het projekt is opgedragen aan de Stuurgroep.

De opdracht aan de Stuurgroep houdt in:

- het uitwerken van de hoofdlijnen van het projektplan;
- het adviseren terzake van de inhoudelijke planning van de gehele gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening;
- het adviseren terzake van de maatschappelijke randvoorwaarden.

De Stuurgroep, onder meer belast met het ontwerpen van een integraal plan, wordt aangewezen als advieskommissie voor het gemeentebestuur en de staatssekretaris van WVC. Na verloop van enige tijd treedt de Stuur-

groep tevens op als advieskommissie voor het Ministerie van BiZa in haar hoedanigheid van provinciaal bestuur voor de in Almere te plannen voorzieningen.

De vaststelling van het plan is opgedragen aan respectievelijk de lokale overheid, het Ministerie van BiZa en het Ministerie van WVC, ieder voor hun deel.

Het projekt heeft tot gevolg dat op ambtelijk en bestuurlijk nivo geregeld overleg plaats vindt tussen de betrokken overheden.

Omdat de nieuwe opzet van de gezondheidszorg niet goed aansluit bij de bestaande financieringsregelingen, wordt overleg geopend tussen het PGA, het COTG en de Ziekenfondsraad. Tijdens het verloop van het projekt (begin 1985) wordt dit overleg vervangen door de zg. kommissie Elsen, genoemd naar de plaatsvervangend directeur-generaal. Deze kommissie bestaat uit vertegenwoordigers van de gemeente, het PGA, de financiers en het Ministerie. Problemen van financiële aard kunnen in deze kommissie worden behandeld. De uitkomsten hiervan worden voorgelegd in het bestuurlijk overleg tussen de gemeente Almere en het Ministerie van WVC.

Het formeel-wettelijk kader ondergaat geen wijziging. Weliswaar is in september 1982 de WVG tot wet verheven, maar het systeem van de wet wordt in Almere vooralsnog niet ingevoerd. Dit geldt zowel voor de integrale als voor de sektorale invoering van de wet.

De planning van de intramurale voorzieningen vindt plaats in het kader van de WZV. Begin 1984 ontvangt het Ministerie van BiZa een integrale planaanwijzing voor alle intramurale voorzieningen. In deze aanwijzing wordt wel een verwijzing gemaakt naar het PGA. Opgemerkt wordt dat de Stuurgroep de opdracht heeft een integrale planning voor de gehele gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening voor te bereiden. Bij de vaststelling van het plan van BiZa door de staatssekretaris zal zoveel mogelijk rekening worden gehouden met deze geïntegreerde planning en ideeën op het gebied van innovatie van de zorgverleningsstructuur.

Gekonkludeerd kan worden dat het besturingssysteem in

die zin wordt gewijzigd dat:

1. er een omvangrijk kommunikatienetwerk ontstaat tussen betrokken partijen;
2. de Stuurgroep een brede adviesopdracht vervult naar de verschillende overheden.

Het PGA heeft op voorhand geen ekstra bevoegdheden ter sturing van de gezondheidszorg.

De Stuurgroep dient zelf aan te geven op welke wijze het besturingssysteem doelmatiger kan worden ingericht, opdat voorgenomen beleidsdoeleinden kunnen worden gerealiseerd.

3. Voorstellen PGA

Het verwerkelijken van de doelstellingen van het projekt vraagt de mogelijkheid te kunnen eksperimenteren met de hiervoor noodzakelijke bestuurlijke en financiële randvoorwaarden.

Van meet af aan heeft de Stuurgroep veel aandacht geschonken aan de ontwikkeling van een zodanig bestuurlijk instrumentarium, dat de zorg kan worden bestuurd overeenkomstig de doeleinden van het projekt. In het onderstaande komen de terzake doende voorstellen van de Stuurgroep naar voren. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan de planning, het vestigingsbeleid en de financiering van de gezondheidszorg. Vervolgens wordt aangegeven in hoeverre deze voorstellen van de Stuurgroep door de betrokken overheden zijn aangenomen.

3.1. Planning

Eén van de instrumenten om de doelstellingen van het projekt te bereiken is de meerjarenplanning. Het ontwerpen van een meerjarenplan moet worden gezien in het kader van de planningstaken, welke voortvloeien uit de verschillende wetten. Echter in het projektplan wordt gedoeld op een integrale planning van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in Almere.

De huidige wetgeving, voorziet slechts in beperkte mate in de mogelijkheid van een integratie van de gezondheidszorgvoorzieningen en de maatschappelijke dienstverlening, immers:

- bij de sektorale invoering van de WVG krijgen de (samenwerkende) gemeenten alleen de zorg voor planning van de eerstelijnszorg en voor de instelling en instandhouding van basisgezondheidsdiensten;
- de WVG maakt onderscheid tussen planning en vestigingsbeleid. De WVG biedt geen mogelijkheden om d.m.v. het vestigingsbeleid personen te binden aan afspraken die in het kader van de planning worden gemaakt;
- de maatschappelijke dienstverlening vallen niet onder de werkingssfeer van de WVG;

- de intramurale zorgvoorzieningen vallen nog onder de WZV;
- de planning van de dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen voor lichamelijk gehandicapten is geregeld in de T.V.M.D. en wordt op provinciaal nivo voorbereid.

De Stuurgroep adviseert in haar advies "Planning en Vestigingsbeleid" (juni 1983) binnen Almere te komen tot een integrale planning van alle eerstelijnsvoorzieningen. Hiertoe zijn aanvullende regelingen nodig ten aanzien van het vestigingsbeleid en de maatschappelijke dienstverlening. Ten einde een samenhangende planning voor Almere te realiseren, is het noodzakelijk een adequate afstemming te bereiken tussen de planning van de eerstelijnsvoorzieningen in Almere en de planning van de overige gezondheidszorgvoorzieningen op Flevoland-nivo.

De Stuurgroep wil deze afstemming het karakter geven van kaderplanning.

Hierbij wordt voorafgaand aan de planning tussen de betrokken overheden met elkaar afspraken gemaakt over de uitgangspunten en hoofdlijnen voor de planning. Deze afspraken zijn nodig om tussen de verschillende plan-nivo's de voorgestane verschuiving van functie's, capaciteiten en middelen, alsmede de onderlinge samenhang tussen de voorzieningen te kunnen effectueren. Nadat overeenstemming is bereikt over de hoofdlijnen, zal het kaderplan verder moeten worden uitgewerkt in sektorplannen op de verschillende plannivo's.

In het advies inzake Planning en Vestigingsbeleid gaat de Stuurgroep ervan uit, dat in 1984 een begin wordt gemaakt met een integrale voorzieningenplanning voor Almere op basis van een combinatie van de WZV en de WVG.

De feitelijke planprocedure komt in het volgende hoofdstuk aan de orde. In schema is de planprocedure in bijlage 1 toegevoegd.

3.2. Vestigingsbeleid

De Stuurgroep heeft zich van het begin af aan op het standpunt gesteld dat voor het welslagen van de doeleinden van het projekt een daarop afgestemd vestigingsbeleid een noodzakelijke voorwaarde is.

In afwachting van een meer toegesneden regeling op basis van de WVG ondersteunde de Stuurgroep in eerste instantie het verzoek van het regionale ziekenfonds om ontheffing ex. art. 47.3 Ziekenfondswet van de verplichting tot het aangaan van overeenkomsten met iedere huisarts binnen de gemeente Almere.

Vrije vestigingen buiten de geplande opzet van voorzieningen zullen de nagestreefde samenhang tussen de voorzieningen ernstig kunnen belemmeren, aldus de Stuurgroep. De gewenste verschuiving van functies en capaciteiten van tweede- naar eerste lijnszorg is uitsluitend bereikbaar met behulp van een integrale planning. Vrije vestiging onttrekt zich aan planning en bestuurbaarheid en is om die reden onwenselijk.

De Stuurgroep adviseerde de staatssekretaris alle vestigingen van bercepsbeoefenaren in de eerste lijn en die van specialisten in Almere gedurende de looptijd van het projekt aan vergunningen te onderwerpen. Een vergunning zou slechts dan kunnen worden verleend, indien de voorgenomen vestiging past in de planning van voorzieningen welke voor Almere wordt vastgesteld.

3.3. Financiering

Een van de uitgangspunten van de Stuurgroep is dat besparingen als gevolg van het plannen van een beperkte capaciteit in de tweede lijn ten goede moeten komen aan de versterking van de eerste lijn. In feite wordt gestreefd naar een vorm van financiële kaderstelling voor het geheel van de voorzieningen in Almere, waarbinnen de vrijheid bestaat financiële middelen te re-alloceren en aan te wenden op basis van de planning. Dit streven wordt reeds geuit in het advies terzake van de planning en het vestigingsbeleid.

Ten behoeve van de vaststelling van het financiële kader, de integrale planning en het vestigingsbeleid heeft de Stuurgroep de staatssekretaris verzocht zonodig gebruik te maken van het eksperimenter-artikel

41 WVG.

In aansluiting op het reeds meerdere malen genoemde advies over planning en vestigingsbeleid heeft de Stuurgroep in het rapport "In het kader van Almere" (1 februari 1984) een voorstel gedaan voor een methode voor het stellen van financiële kaders. Het financieel kader wordt beschreven als het geheel van in geld uitgedrukte begrenzingen, waarmee bij het ontwerpen en het vaststellen van een plan rekening moet worden gehouden en waarbinnen de uitvoering van een plan moet worden gerealiseerd.

In essentie wordt het financieel kader bepaald door de plan/beleidsnormen te vermenigvuldigen met een gemiddelde verrekenprijs. In het advies van de Stuurgroep wordt ervoor gekozen deze verrekenprijzen voornamelijk af te leiden uit het Financieel Overzicht Gezondheidszorg van 1984. Door het Ziekenfonds Gooi & Omstreken is in een later stadium een financieel kader van Almere berekend op basis van landelijk gemiddelde prijzen. Daarnaast is door de Stuurgroep een besluitvormingsmodel m.b.t. de afstemming tussen planning en financiering ontworpen dat uit 3 fasen bestaat, te weten:

- de financiële kaderstelling
- de meerjarenplanning
- de begrotingsvaststelling.

De Stuurgroep adviseert in zijn advies "In het kader van Almere" voor de komende jaren uit te gaan van een planning op basis van tevoren vastgestelde financiële kaders. Het financieel kader zou uitgangspunt moeten vormen voor de integrale planning van de voorzieningen in Almere. Per zorgsector zal een sektorkader worden berekend. Op deze wijze is het vervolgens mogelijk financiële beleidsruimte voor de intramurale sektor in te perken en toe te voegen aan de ekstramurale zorg. Het meerjarenplan wordt onderscheiden in twee etappen. Eerst komt er een doelstellingenplan, dat als eerste versie van het meerjarenplan dient. Op grond van dit plan stelt de Stuurgroep globaal vast, waaraan prioriteit wordt gegeven in de komende jaren. De subgroepen werken deze prioriteiten binnen het gestelde financieel kader uit in een sektorplan. Tenslotte zal de Stuurgroep het

totale meerjarenplan vaststellen op basis van de konsept-sektorplannen. Een belangrijke rol is dit planproces is voor de financiers weggelegd omdat zij een (financieel) advies uitbrengen over het doelstellingenplan en de afzonderlijke sektorplannen. Het meerjarenplan dient vervolgens als uitgangspunt voor een gezamenlijke zorgbegroting Almere. Deze begroting bestaat uit de optelsom van konsept-begrotingen die in zogeheten perifeer overleg tussen een instelling aan de orde komen.

In de begrotingsprocedure is ook een advisering voorzien van de Stuurgroep aan het Ziekenfonds. Door deze wederzijdse advisering verwacht de Stuurgroep dat de lokale financier en de lokale overheid elkaar voldoende zullen beïnvloeden om op één lijn te komen t.a.v. de plan- en begrotingsvaststelling.

3.4. Overige voorstellen

Naast bovengenoemde adviezen terzake van het bestuurlijk instrumentarium heeft de Stuurgroep voorstellen gedaan van meer inhoudelijke aard.

Een van de eerste adviezen van de Stuurgroep heeft betrekking op de uitbreiding van het algemeen maatschappelijk werk in Almere. Er wordt een dringend beroep gedaan op de staatssekretaris de arbeidskracht in het AMW in Almere in overeenstemming te brengen met de reëel noodzakelijke formatie en daartoe de Rijksbijdrage Maatschappelijke Dienstverlening te verhogen. De Stuurgroep overwoog hierbij o.m. dat voor het AMW geen regeling voor vergoeding van ekstra tijdsinvestering ten behoeve van samenwerking bestaat, terwijl deelname van het AMW aan het inhoud en vorm geven van het project extra overleg en tijd vergt.

Een ander advies heeft betrekking op de ingebruikname van de polikliniek in Almere. Nadat aanvankelijk door de staatssekretaris geen toestemming was verleend voor de aanschaf van de inventaris en apparatuur t.b.v. de poli, heeft de Stuurgroep op basis van een nieuwe beleidsnota van de Werkgroep Ziekenhuisvoorzieningen Almere (WZA) de staatssekretaris geadviseerd medewerking te verlenen aan een snelle start van diagnostische en

poliklinische voorzieningen in Almere. Daarnaast heeft de Stuurgroep de staatssecretaris in het kader van de heroverwegingen bouwbeleid gezondheidszorg geadviseerd de bouw van het nieuwe ziekenhuis in 1986 te beginnen. Een belangrijk advies is uitgebracht door de toegevoegde commissie van deskundigen inzake de inhoudelijke verhoudingen tussen de eerste en tweedelijnszorg en de plaats van het toekomstige ziekenhuis in Almere. Tenslotte heeft de Stuurgroep verscheidene voorstellen gelanceerd over de structuur, management en de kosten van de eerstelijnsvereniging Almere (EVA).

3.5. Tussenbalans

De bovengenoemde voorstellen van de Stuurgroep inzake vernieuwing van het bestuurlijk instrumentarium, moeten door de betrokken overheden op enigerlei wijze worden behandeld. De Stuurgroep is immers een adviesorgaan.

In het onderstaande wordt de 'formele' status van deze adviezen besproken. Op verschillende onderdelen -met name de financiering- moet nog bestuurlijke besluitvorming plaatsvinden.

De adviezen van de Stuurgroep inzake planning- en vestigingsbeleid zijn door de gemeente Almere vrijwel geheel overgenomen. Alleen het deeladvies waarin de gemeente wordt geadviseerd overleg te plegen met de gemeentebesturen van Dronten en Lelystad over de afstemming van de lokale en regionale plannen, is afgewezen. Mogelijk is hier sprake van enig gemeentelijk chauvinisme.

Een dergelijk overleg komt wel tot stand in het kader van de invoering van de WVG in Flevoland. In overleg met de gemeenten heeft het Ministerie van BiZa de zg. bestuursorganisatorische maatregelen opgesteld. Hierin is o.m. geregeld, dat de planning op grond van de WVG en de WZV in Flevoland tot stand komt op basis van integrale plannen per gemeente, die vervolgens provinciaal worden afgestemd. Als uitgangspunt voor het Ministerie van BiZa, geldt dat in beginsel op een zo

laag mogelijk overheidsnivo wordt gepland. De gemeenten worden belast met het opstellen van een (integraal) plan, elk voor hun eigen gebied, op grond waarvan de betrokken overheden afspraken maken voor de langere termijn.

Het Ministerie van BiZa draagt de zorg voor een evenwichtige regionale planvorming van bovengemeentelijke voorzieningen. Hiervoor is een provinciale werkgroep Planning ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van de gemeenten.

De afstemming tussen de lokale en provinciale plannivo's komt sterk overeen met de door de Stuurgroep geadviseerde kaderplanning.

Volledigheidshalve kan nog worden opgemerkt dat de Stuurgroep -evenals andere gemeentelijke advieskommissies- zal optreden als een provinciale advieskommissie voor haar gebied.

De discussie rond de vormgeving van de provinciale adviesstructuur heeft zich met name gekoncentreerd op de positie van instellingen met een regionaal werkgebied. In Flevoland ontbreekt één provinciaal adviesorgaan/samenwerkingsverband. In de Nota Bestuursorganisatorische maatregelen van het Ministerie van BiZa, is voorgesteld geen aparte provinciale advieskommissie in te stellen, doch uitsluitend gebruik te maken van gemeentelijke advieskommissies. Eventueel kunnen verschillende gemeenten samen een advieskommissie instellen. Tijdens de hoorzitting hebben de regionale instellingen hun bezwaren geuit tegen deze zienswijze. Deze komen er op neer dat het karakter van bepaalde instellingen onvoldoende tot zijn recht kan komen in de gemeentelijke planopstelling. Om aan dit bezwaar tegemoet te komen heeft het Ministerie van BiZa besloten in een provinciale verordening een regeling te treffen voor nadere advisering, inhoudende dat regionale organisaties op de hoogte zullen worden gehouden van de plan-ontwikkeling en dat de ingediende adviezen zullen worden betrokken bij de vaststelling van de plannen.

Van de kant van het Ministerie van WVC wordt bij brief 10 oktober 1984 voor het eerst officieel gereageerd op de voorstellen van de Stuurgroep. De Staatssecretaris

geeft te kennen positief te staan t.a.v. het ontwikkelen van een integrale planning van de gezondheidszorg en onderdelen van de maatschappelijke dienstverlening in Almere, alsmede van één financieel kader hiervoor. De door de Stuurgroep voorgestelde afstemming van de verschillende planningsregimes tussen de verschillende bestuursnivo's in de vorm van afspraken over de uitgangspunten en hoofdlijnen voor de planning wordt onderschreven.

De door de Stuurgroep voorgestelde relatie tussen financieel kader, meerjarenplanning en begrotingsvaststelling wordt door de Staatssecretaris gezien als een goed uitgangspunt voor de werkwijze en procedures voor de planning in het project.

Voorts laat de Staatssecretaris weten bereid te zijn een financieel kader - conform de WVC methodiek voor de integrale invoeringsprojecten- voor Flevoland vast te stellen en afgeleid hiervan een financieel kader voor Almere. Hierbinnen zal een zodanige regeling kunnen worden getroffen dat de in de planning beoogde substitutie van voorzieningen door een verschuiving van financiële middelen van intramurale naar ekstramurale voorzieningen kan worden gerealiseerd. Ten behoeve van de integrale planning wordt een a.m.v.b. ex art. 41 WVG voorbereid.

In de Staatscourant van 9 mei 1985 wordt het ontwerp-besluit eksperiment Almere gepubliceerd.

Ter verwezenlijking van de doeleinden van het project wordt, gebruikmakend van art. 41 van de WVG, met dit besluit beoogd de WVG in de gemeente Almere in werking te stellen, voorzover het betreft de ekstramurale voorzieningen.

Dit besluit geeft nadere regels voor de planning van instellingen en het gemeentelijk vestigingsbeleid. De planning van de instellingen dient in overeenstemming te zijn met de uitgangspunten van het projectplan dan wel een nader plan.

Het plan op grond van de WVG, waarbij de termijn van vierjarenplanning is vervallen, wordt vastgesteld door de gemeente.

De belangrijkste afwijking van de WVG in dit besluit is

dat het gemeentelijk vestigingsbeleid wordt gekoppeld aan de gemeentelijke planning.

In de toelichting op het besluit wordt gesteld dat de eksperimentele opzet van het projekt vergt dat alle beroepsbeoefenaren, voorzover niet werkzaam binnen een inrichting voor gezondheidszorg onder een vestigingsregeling moeten worden gebracht. Vestiging van beroepsbeoefenaren buiten de geplande opzet van voorzieningen zou de beoogde verschuiving van functies en capaciteiten en de nagestreefde samenhang tussen het geheel van voorzieningen kunnen belemmeren.

De afgifte van vergunningen wordt dan ook in deze eksperimentele opzet getoetst aan de in het gemeentelijk plan neergelegde uitgangspunten van beleid.

Terzake van de financiering moet nog het volgende worden opgemerkt. Het besturingssysteem in Almere beschikt feitelijk niet over een vastgesteld financieel kader waarbinnen substituties van functies en capaciteiten kan worden bereikt. Debet hieraan is niet alleen de onduidelijkheid in de gehanteerde verrekenprijzen of onduidelijkheid omtrent rechten van de verzekerden, maar evenzeer de (landelijke) discussie over afstemming tussen de plannings- en de financieringswetgeving. Om niettemin nu reeds de projektdoelstellingen te kunnen verwezenlijken heeft de staatssecretaris begin 1985 ingestemd met het verzoek van de ekstra financiële middelen beschikbaar te stellen ten behoeve van de eerstelijnszorg.

Gezien het beperkte aantal geplande bedden in het nieuwe ziekenhuis zullen deze middelen in 1985 2 miljoen - oplopend tot 5 miljoen in 1990 bedragen, boven de regulier beschikbare financiering van de eerstelijnszorg.

4. Het planproces nader beschouwd

In het vorige hoofdstuk is de structuur van de planning uiteengezet. In dit hoofdstuk staat het planningsproces centraal. Het gaat hierbij niet zozeer om de wijze waarop het proces formeel is georganiseerd, maar om de wijze waarop het feitelijk heeft voltrokken.

Allereerst wordt ingegaan op de plan- en begrotingsprocedure.

Vervolgens wordt aandacht besteed aan de planning van twee intramurale voorzieningen. Dat de keuze op het verpleeghuis en het algemeen ziekenhuis is gevallen, wordt mede ingegeven door het feit dat beide voorzieningen in vergelijking tot overige intramurale voorzieningen reeds ver zijn gevorderd in de goedkeuringsprocedure.

4.1. Plan- en begrotingsprocedure

In het advies van de Stuurgroep over het financiële kader wordt ervan uitgegaan dat per 1 januari 1986 kan worden gestart met een zorgverlening binnen een samenhangend geheel van financieel kader, meerjarenplan en gezamenlijke zorgbegroting.

De jaren 1984 en 1985 dienden hiertoe als voorbereiding. Sterk vereenvoudigd ziet de procedure er als volgt uit:

financieel kader



hoofdlijnenplan



meerjarenplan + fin. paragraaf



individuele begroting → zorgbegroting → fin. paragraaf

In het onderstaande willen wij de praktijk konfronteren met deze voorgestelde besluitvormingsprocedure.

In de voorgestelde procedure wordt ervan uitgegaan dat het financieel kader het uitgangspunt vormt voor de planning. De planning zou moeten verlopen binnen een tevoren vastgesteld financieel kader voor de gezondheidszorg en delen van de maatschappelijke dienstverlening. Door uit te gaan van een dergelijk "totaalkader" zou het mogelijk zijn de planning van de zorg anders te doen laten verlopen dan gebruikelijk. Immers de planning zou niet meer gebonden zijn aan afzonderlijke planeringsrichtlijnen.

Bij de aanvang van de planningsronde ontbreekt echter een door de staatssecretaris vastgesteld financieel kader. Om hierin te voorzien heeft de Stuurgroep aan de subgroepen voorgesteld uit te gaan van de berekeningen, welke zijn opgenomen in het advies van de Stuurgroep over het financieel kader.

Evenwel moet worden geconstateerd dat de subgroepen geen financiële berekeningen als grondslag voor de planning hebben gehanteerd.

Het door het ziekenfonds berekendekader speelt evenmin een rol van betekenis in de beginfase van de planning. Dit financieel kader wordt door de Stuurgroep beschouwd als een voorlopig normkader, dat kan worden gehanteerd bij de beoordeling van de verdere planvorming.

De voorgestelde planprocedure voorziet in twee planningsfasen. In de eerste fase ligt het aksent op een nadere uitwerking van de doelstellingen met een globale kwantificering. Op basis van deze informatie zou de Stuurgroep een ontwerp-meerjarenplan in hoofdlijnen vaststellen. Vervolgens zouden de subgroepen in de tweede fase worden gevraagd het meerjarenplan in hoofdlijnen uit te werken tot een voorzieningenplan voor de eigen sektor. De Stuurgroep zou vervolgens deze voorzieningen plannen integreren tot één geheel en het ontwerp-meerjarenplan vaststellen.

Feitelijk hebben de planningsactiviteiten van de Stuurgroep en de subgroepen zich beperkt tot de eerste fase. Nadat in december 1984 de Stuurgroep de eerste versie van de doelstellingenplannen van de subgroepen heeft behandeld, is onlangs het advies "Hoofdlijnenplan

1985-1989" door de Stuurgroep vastgesteld. In dit plan ontbreekt een uitwerking van de hoofdlijnen in jaarplannen respectievelijk een meerjarenplan. Naar verwachting zal voor 1985 en 1986 ook geen jaarplan meer worden opgesteld. Het Hoofdlijnenplan geeft een nadere uitwerking van de doelstellingen en de opzet van de gezondheidszorg in Almere. In dit advies zijn de hoofdlijnen van de planning van de gezondheidszorg en delen van de maatschappelijke dienstverlening voor de betreffende periode uitgewerkt.

In het Hoofdlijnenplan is het bekende indelingsprincipe van de gezondheidszorg in echelons achterwege gebleven. Er is gekozen voor een functionele indeling, een beschrijving van onderling samenhangende zorgfuncties.

Het Hoofdlijnenplan bevat echter geen kwantificering van de beleidsvoornemens. Tevens ontbreekt de zg. financiële paragraaf. De financiële consequenties van dit plan zijn dan ook voor de financiers bij gebrek aan kwantificering niet door te berekenen.

Het Hoofdlijnenplan wordt door de Stuurgroep beschouwd als toetsingskader voor de verdere planvorming. In het Hoofdlijnenplan wordt voorgesteld om voor het jaar 1986 de planprocedure en de begrotingsprocedure in elkaar te schuiven. Dit is evenwel niet in overeenstemming met de in het advies "In het kader van Almere" voorgestelde besluitvormingsprocedure. Destijds is uitgegaan van een aparte begrotingsprocedure naast een planprocedure. Pas na vaststelling van het meerjarenplan zou worden gestart met de begrotingsprocedure waarbij de geplande financiële consequenties voor het eerste jaar van het meerjarenplan als uitgangspunt zou dienen voor de beoordeling van de jaarlijks op te stellen zorgbegroting, bestaande uit de optelsom van de begrotingen van de afzonderlijke instellingen.

Door het laten vervallen van het jaarplan als verbindende schakel tussen planning en begroting en door het gelijktijdig plaatsvinden van de plan- en begrotingsprocedure voor 1986 lijkt in het besluitvormingsmodel een aksentverschuiving van planning naar begroting plaats te vinden. Hierbij geldt nog het volgende.

Aanvankelijk had de zorgbegroting tot doel:

- inzicht verschaffen in de totale kosten;
- samenhang tussen de instellingsbegrotingen bevorderen in relatie tot voorgenomen functieverhuivingen;
- inzicht in de knelpunten t.a.v. financiering vergroten.

Nadat de staatssecretaris begin 1985 ekstra financiële middelen beschikbaar heeft gesteld voor de eerste lijn, krijgt de zorgbegroting ook betekenis voor de verdeling van deze geldmiddelen. De zorgbegroting biedt tevens een kader waarbinnen kan worden gezien of verschuiving in reguliere activiteiten tussen diverse instellingen kunnen worden overeengekomen.

De procedure voor het opstellen en vaststellen van de zorgbegroting ziet er als volgt uit:

1. Indienen van voorlopige instellingsbegrotingen bij enerzijds betrokken lokale financiers en anderzijds het PGA.
2. Op basis hiervan vindt het regulier overleg plaats tussen instelling en financiers, leidende tot overeenstemming tussen instelling, verbindingskantoor en KLOZ.
3. Tegelijkertijd wordt op basis van de voorlopige begrotingen door het PGA de Zorgbegroting 1986 opgesteld. Daarbij worden de ingediende plannen getoetst aan het Advies Hoofdlijnenplan.
4. Op basis van de punten 2 en 3 overleggen instellingen, lokale financiers en PGA gezamenlijk over het opstellen van de Zorgbegroting 1986, inclusief de door de staatssecretaris toegezegde extra geldmiddelen en rekening houdend met de correcties die zijn voortgekomen uit het lokaal overleg.
5. Vaststelling van de Zorgbegroting door partijen, ieder voor zijn deel.
Voor wat betreft de instellingsbegrotingen die onderdeel uitmaken van de Zorgbegroting, zijn partijen: instellingen en financiers.
Voor wat betreft de niet reguliere kosten zijn partijen: Stuurgroep Gezondheidszorg, gemeente en financiers.
6. Ter voorbereiding van de goedkeuring der begrotingen door de Ziekenfondsraad en het C.O.T.G. wordt de

Zorgbegroting 1986 door de Stuurgroep ingebracht
in het door de staatssecretaris ingestelde overleg
tussen de financiers in het kader van het PGA.

Als voorlopige konklusie kan luiden dat in de afgelopen
jaren door het PGA met voortvarendheid is gewerkt aan
de afzonderlijke fasen in het besluitvormingsmodel,
maar dat de samenhang tussen de fasen tot op heden nog
onderbelicht is gebleven. Mogelijke oorzaken hiervan
worden in de evaluatie besproken.

4.2. De relatie tussen de overheden en het projekt

Een belangrijk element binnen het planproces is de afstemming van werkzaamheden van betrokken overheden. Naar de mening van het Ministerie van BiZa hebben in bestuurlijk opzicht enkele incongruenties zich voorgedaan.

Een en ander zou voor een groot deel zijn te herleiden tot de wijze waarop de adviesfunctie van de betrokken overheden ten opzichte van elkaar is geregeld. Volgens het Ministerie van BiZa zijn er verschillende advieslijnen uitgezet die in de tijd gezien onvoldoende op elkaar zijn afgestemd.

In het instellingsbesluit van het PGA zijn de taken van het projekt formeel vastgelegd. Volgens dit besluit adviseert de Stuurgroep rechtstreeks aan de gemeente en aan het Ministerie van WVC.

In het projektplan wordt ervan uitgegaan dat de Stuurgroep aangaande tweedelijnsvoorzieningen eveneens het provinciaal bestuur adviseert.

Terzijde kan nog worden opgemerkt dat in de aanbiedingsbrief van de Nota Bestuurs-organisatorische Maatregelen van het Ministerie van BiZa aan de staatssekretaris van WVC naar voren wordt gebracht, dat een provinciale adviesstructuur zal worden ingesteld ten behoeve van de regionale instellingen.

De planning van de tweedelijnsvoorzieningen verloopt feitelijk echter via de planaanwijzing in het kader van WZV. Dit betekent dat het provinciaal bestuur het plan opstelt, waarna op rijksniveau goedkeuring wordt verleend.

Volgens het Ministerie van BiZa kan op de adviezen van de Stuurgroep aangaande de tweede lijn geen formele besluitvorming volgen in afwachting van de plannen in het kader van de WZV. Naar de mening van het Ministerie van BiZa zou de afwachtende houding van het Ministerie van WVC ten opzichte van het Hoofddlijnenplan hierdoor te verklaren zijn.

Een andere komplicerende faktor heeft volgens het huidige provinciaal bestuur betrekking op de uitoefening van de planningsbevoegdheden van de provincie. Doordat

het projekt, de gemeente en het Ministerie van WVC in het kader van het experiment in rechtstreeks contact staan, bijvoorbeeld over de besteding van de financiële middelen, kunnen de bevoegdheden van het provinciaal bestuur gemakkelijk in het gedrang komen. In een betrekkelijk klein gebied als de Flevopolder zal de planning van intramurale voorzieningen in Almere al snel regionale aspecten met zich mee dragen. Binnen het bestaande planningskader meent het provinciaal bestuur voor de regionale afstemming verantwoordelijk te zijn.

Gezien het bovenstaande en gelet op de provincie-wording van Flevoland is een formalisering van de relatie tussen het projekt en het provinciaal bestuur wenselijk. Wellicht verdient het aanbeveling dat het toekomstige provinciale bestuur de Stuurgroep als advieskommissie zal erkennen.

4.3. Het gekombineerde verzorgings- en verpleeghuis

In het onderstaande wordt ingegaan op het planningsverloop van het zg. kombi-huis.

Een van de uitgangspunten voor de zorgverlening in Almere is dat de voorzieningen kleinschalig moeten zijn en de zorg zoveel mogelijk naar de mensen moet worden gebracht. Dit uitgangspunt heeft ook zijn weer-slag op de planning van de verpleeghuisvoorzieningen. In het projektplan wordt al de vraag opgeworpen of de afgegeven verklaring voor de bouw van een gekombineerd verpleeghuis met 150 bedden op een andere wijze vorm moet krijgen. In het projektplan gaan de gedachten uit naar een afstemming tussen de verpleeghuis- en de verzorgingsfunctie. Mede op verzoek van de bewoners vraagt de Stuurgroep de subgroep 2e lijn een samenhan-gend plan te ontwikkelen voor de verpleging en verzorging van ouderen. Medio 1983 verzoekt de gemeente, in overleg met het PGA, de Minister van WVC een principe-beslissing te nemen over de aanbouw van 30 somatische bedden in het verzorgingstehuis dat in 1984 mag worden gebouwd. Bij brief d.d. 19 september 1983 stemt de

minister in met dit verzoek op voorwaarde dat de kosten van de verpleeghuisbedden en van het verzorgingshuis gescheiden in de exploitatie worden opgenomen. De verdere planontwikkeling m.b.t. dit initiatief vindt plaats in de plankommissie, die de bouw van het verzorgingshuis begeleidt. De Hoofdinspectie en de beleidsafdeling van WVC wat betreft het verpleeghuiswezen, worden gevraagd deel te nemen aan deze plankommissie.

Een meer omvattend plan voor de verzorging en verpleging wordt in de subgroep 2e lijn voorbereid.

Bij de planning van het gekombineerde verzorgings- en verpleeghuis is men op problemen van verschillende aard gestoten.

Zo hebben de verplichtingenstop voor de bejaardenoorden en de interimwetswijziging van de Wet op de bejaardenoorden veel onduidelijkheid en vertraging veroorzaakt in de planning. Bovendien bleek in mei 1984 dat er geen bouwkontingenten voor het verzorgingshuis meer beschikbaar waren. Daarnaast heeft zich de moeilijkheid voorgedaan dat zowel voor het verpleeghuis als voor het verzorgingshuis gescheiden goedkeuringsprocedures bestaan op basis van verschillende wetgeving.

Deze moeilijkheden zijn nog te rangschikken onder de noemer van administratieve afstemmingsproblemen.

Een fundamenteeler probleem heeft zich voorgedaan t.a.v. de inhoud van de planning.

In het eerste programma van eisen wordt uitgegaan van een volledige integratie van de verzorging- en verpleegfunctie.

Belangrijke elementen zijn:

- kleinschaligheid; per wijk wordt gestreefd naar een kombihuis;
- volledige menging van de verpleeg- en verzorgfunctie;
- (para)medische zorg en de sociale zorg wordt geboden vanuit de eerste lijn;
- kombihuis vervult aanvullende functie naar de eerste lijn (meldpunt voor alarmering, maaltijdvoorziening, tijdelijke opvang).

Deze nieuwe visie op de zorgverlening roept veel weerstand op bij de adviesorganen en het Ministerie.

Zij menen, in zijn algemeenheid gesteld, dat het Almeerse plan onvoldoende recht doet aan het huidige kwaliteitsnivo van het traditionele verpleeghuis. Hier doet zich een verschil in denkwijze voor. Benadrukken de nationale adviesorganen en het Ministerie van WVC met name de zuiver medische zorg in hun kwaliteitsoverwegingen, in het plan van Almere ligt de nadruk meer op de sociale aspecten van het verblijf in het verpleeghuis.

Na overleg met betrokken instanties wordt door de plankommissie water bij de wijn gedaan. Er wordt een afgescheiden verpleegafdeling gepland. Daarnaast is de kritiek op de ruime bouwkundige opzet ter harte genomen. In het nieuwe programma is sprake van een meer sobere bouwkundige opzet (minder aantal eenpersoonskamers, totaal aantal m geringer). De medische zorg blijft echter vanuit het gezondheidscentrum georganiseerd. In december 1984 brengt het College voor Ziekenhuisvoorzieningen advies uit over het programma van eisen. In het advies worden nog ernstige twijfels uitgesproken over de kwaliteit van de geboden zorgverlening. Wel acht het C.v.Z. de totale investering per bed aanvaardbaar en wordt verondersteld dat het specifieke karakter van het initiatief geen nadelige invloed lijkt te hebben op de exploitatiekosten. Hiervan uitgaande ontmoet het plan geen bezwaar bij het C.v.Z. Begin 1985 is het programma van eisen met enige aanpassingen door de staatssecretaris goedgekeurd. Hierbij is mede overwogen dat het initiatief moet worden gezien tegen de achtergrond van de experimentele opbouw van de gezondheidszorg in Almere.

4.4. Het ziekenhuis

Het is niet ongebruikelijk dat de periode vanaf het aanvragen van een verklaring tot aan de bouw van een ziekenhuis een kleine 10 jaar duurt. In Almere dateert de aanvraag om medewerking in beginsel ten behoeve van de bouw van een algemeen ziekenhuis uit 1978. Nadat het openbaar lichaam ZYP en de Vereniging het Burgerziekenhuis een samenwerkingsovereenkomst betref-

fende de ontwikkeling van ziekenhuisvoorzieningen in Almere zijn aangegaan, verkrijgt het Burgerziekenhuis in april 1980 een verklaring voor de bouw van een algemeen ziekenhuis en de bijbehorende poliklinieken. Op basis van de toenmalige bevolkingsprognose zou de uiteindelijke omvang 450 bedden bedragen, waarvan voorshands 325 bedden zouden worden gerealiseerd. Als belangrijk motief voor de gemeente voor samenwerking met het Burgerziekenhuis gold dat hierdoor de planrealisatie kon worden versneld. Amsterdam kampt met een groot beddenoverschot. Bovendien was men door samenwerking met een bestaand ziekenhuis verzekerd van de noodzakelijke organisatorische en medische know-how. Vervolgens verklaart het bestuur van het ziekenhuis zich bereid in het kader van het projekt het aantal bedden terug te brengen tot 275. Tijdens bestuurlijk overleg over het projekt geeft de minister te kennen de omvang van het nieuwe ziekenhuis te willen bezien tegen de achtergrond van de projektdoelstellingen. Centrale vraag voor het Ministerie is: kan een versterkte eerstelijnszorg samengaan met een in omvang beperkte klinische capaciteit in de tweede lijn? Er wordt in eerste instantie nog toestemming gegeven voor de bouw van een ziekenhuis met 240 bedden. In september 1982 wordt goedkeuring verleend voor de bouw van een polikliniek als voorloper van het nieuwe ziekenhuis. Een half jaar later stelt de staatssekretaris vast dat de afstemming van de polikliniek met de opzet van de gezondheidszorg in Almere onvoldoende is uitgewerkt en derhalve wordt geen toestemming verleend voor aanschaf van de inventaris. Dit laatste gebeurt wel nadat de WPA een notitie "Poliklinische voorzieningen in Almere" heeft uitgebracht en de Stuurgroep de staatssekretaris hieromtrent van positief advies heeft voorzien. Op verzoek van de staatssekretaris heeft de Stuurgroep een kommissie van deskundigen ingesteld met als opdracht te adviseren over de relatie eerste- en tweedelijnszorg en de plaats van het toekomstige ziekenhuis. Deze kommissie oordeelt dat de huidige landelijke capaciteitsnormen niet maatgevend behoeven te zijn voor de opzet van het ziekenhuis in Almere. In het planningskoncept, zoals dat de kommissie voor ogen

staat, dient allereerst prioriteit te worden gegeven aan de realisering van een adequate eerstelijnszorg. Daarna dient prioriteit te worden verleend aan de opbouw van een poliklinisch centrum met optimale faciliteiten voor de beoogde verschuiving van de zorg. Dit poliklinisch centrum zou de kern moeten vormen van het nieuwe ziekenhuis met een in eerste instantie zo beperkt mogelijke omvang van de klinische voorzieningen. Dit advies vormt een belangrijke leidraad bij de verdere beslissing over toekomstige capaciteit van het nieuwe ziekenhuis. Na ambtelijk en bestuurlijk overleg stelt de staatssekretaris de capaciteit uiteindelijk vast op 180 bedden, 10 wiegen voor gezonde zuigelingen en 15 bedden voor dagverpleging. Daarnaast heeft de staatssekretaris besloten de aanvang van de bouw te versnellen. In 1986 zal een aanvang met de bouw worden gemaakt.

In het nieuwe ziekenhuis zullen de poliklinische voorzieningen en het functiepakket zijn afgestemd op de functie van een zg. centrumziekenhuis. De ideaaltypische capaciteit van een centrumziekenhuis bedroeg volgens de toenmalige richtlijnen WZV ongeveer 400 bedden.

De planning van het ziekenhuis heeft zich in de afgelopen jaren in eerste instantie gekoncentreerd op de vraag naar noodzakelijke bedden-capaciteit in het licht van de doelstellingen van het project. Hierbij hebben betrokken partijen verschillende posities ingenomen. Enige ongenueanceerdheid riskerend, kan worden gezegd dat van de kant van het Ministerie sterk is aangedrongen op een beperking van de klinische capaciteit. Overwegingen van kostenbesparing hebben hierbij een duidelijke rol gespeeld. De gemeente heeft met name gestreefd naar een snelle realisatie van een goed geutiliseerd ziekenhuis (kwa functies + capaciteiten). Het project heeft de planning van het ziekenhuis primair benaderd vanuit een nieuwe visie op de gezondheidszorg en heeft als het ware een intermediaire functie vervuld.

Een complicerende faktor bij de planning van het ziekenhuis is dat een bestaande organisatie, in casu

het Burgerziekenhuis, zal moeten omschakelen tot een organisatie nieuwe stijl. Daarnaast speelt dat in Almere de traditionele koppeling in de planning tussen funktiepakket en klinische capaciteit is verlaten. Men staat voor de uitdaging vorm te geven aan een nieuw type ziekenhuis.

Of men hierin zal slagen hangt af van de mate waarin door betrokkenen de projectdoelstellingen serieus worden genomen, van de bouwkundige vormgeving van het ziekenhuis en van de inbedding van het ziekenhuis in regionaal verband.

5. Evaluatie

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen binnen het besturingssysteem op samenvattende wijze beoordeeld. In eerste instantie wordt een aantal opmerkingen van algemene aard gemaakt. Vervolgens wordt het functioneren van het besturingssysteem tegen het licht van de evaluatie-kriteria gehouden.

In de komende jaren zal het nieuwe bestuurlijke instrumentarium in de praktijk moeten worden ingevoerd. Dit is dan ook de reden dat de evaluatiecriteria, die in het projectplan zijn neergelegd en betrekking hebben op het lange termijn karakter van het onderzoek, nog niet systematisch aan de orde zijn gesteld.

5.1. Algemeen

Reeds vóór de aanvang van het project heeft de gemeentelijke overheid een aanzienlijke bemoeienis met de opzet van de gezondheidszorg in Almere.

Deze bemoeienis heeft zich met name gericht op de structuur van de eerstelijnszorg. Binnen het besturingssysteem is het vooral de gemeentelijke overheid die de koers van het beleid uitzet. De lokale overheid kan op betrekkelijk gemakkelijke wijze richting geven aan de structuur van de eerstelijnszorg omdat Almere een stad in opbouw is.

Na de start van het project ontstaat een intensief kommunikatienetwerk tussen betrokken partijen binnen het besturingssysteem. De beleidsvoorbereiding verschuift van de gemeente naar het project, waarin ook de gemeente is vertegenwoordigd.

Het merendeel van de betrokkenen ziet in het project als belangrijkste doelstelling het bereiken van een zorgverschuiving van de tweede- naar de eerstelijnszorg, het dichterbij de mensen brengen van de zorgverlening. Hierbij geldt wel als voorwaarde dat deze verschuiving wordt gerealiseerd bij een kostennivo dat niet hoger ligt dan elders in het land.

Daarnaast wordt door vele betrokkenen grote waarde

gehecht aan het tot stand brengen van een dusdanig financiële regeling, dat de gewenste verschuivingen kunnen worden geëffektueerd. Op lokaal nivo zal binnen het besturingssysteem ruimte moeten zijn voor een eigen substitutiebeleid.

Door betrokkenen wordt weinig prioriteit toegekend aan de demokratisering van de gezondheidszorg. Demokratisering, opgevat als het vergroten van de participatie van de bewoners binnen de beleidsontwikkeling, wordt slechts door enkelen als een doelstelling van het projekt gezien.

Wellicht is hierbij van betekenis dat binnen het projekt in de beginfase vooral het aksent lag op het min of meer technische karakter van de ontwikkeling van een nieuw bestuurlijk systeem. Overigens is door sommigen gewezen op het belang van de patientenraden. Wel wordt door betrokkenen veel gewicht toegekend aan het uittesten van nieuwe vormen van zorgverlening, die worden gedragen door de bevolking.

Hoewel het veld en de bewoners van Almere in het projekt zijn vertegenwoordigd, zijn het vooral de eksterne deskundigen die de koers bepalen. De Stuurgroep fungeert hierbij veeleer als een deskundigenkollege met een eksterne funktie naar het openbaar bestuur en fungeert in mindere mate als een overlegplatform ten behoeve van de diverse geledingen in de gezondheidszorg (interne funktie). Dit draagt het gevaar in zich dat er een (te) grote afstand ontstaat tussen de beleidsmakers en de werkers in het veld, met als konsekwentie dat de akseptatie en de uitvoerbaarheid van de plannen kan worden verlaagd.

Een en ander geeft wellicht tevens een verklaring voor de vrees voor overmatige regeldrift vanuit de Stuurgroep, die op sommige plaatsen in het veld bespeurbaar is. Spanningen worden niet zelden geweten aan de druk die van de Stuurgroep uitgaat op de instellingen om anders te gaan werken. Of deze vrees terecht is, is een open vraag. Er ligt immers een groot grensgebied tussen adviseren en (be)sturen. Feit is wel dat de Stuurgroep vaak in dat grensgebied opereert.

Doordat in de Stuurgroep de meeste partijen vertegenwoordigd zijn, wordt de projektorganisatie wel gezien als

goede plaats waarbinnen de afstemming van beleid van betrokken partijen kan worden bereikt en sturing kan worden gegeven aan de gezondheidszorg in Almere. Het sturend vermogen van de Stuurgroep is echter beperkt. De Stuurgroep is een adviesorgaan, dat zich niet bezighoudt met de beleidsvaststelling en evenmin met de beleidsuitvoering.

In overleg tussen de gemeenten in Flevoland en het Ministerie van BiZa is gekozen voor een kaderplanning voor de opbouw van de gezondheidszorg in Flevoland. De hieruit voortvloeiende taakverdeling tussen de gemeenten en het Ministerie van BiZa, is van dien aard dat op het provinciale nivo een planningsstructuur is gekreëerd, waarin grote ruimte bestaat voor de inbreng van gemeenten in de provinciale planning. Het Ministerie van BiZa vervult als het ware een toezichthoudende rol t.a.v de capaciteitsverdeling bij grensoverschrijdende vraagstukken en probeert een afstemming in de gemeentelijke plannen te realiseren voor bovengemeentelijke voorzieningen. Dit laatste geldt voor Almere, in ieder geval voor de long-stay functie van het APZ en voor de top- en enkele centrum-specialismen in het algemene ziekenhuis uitgaande van 80.000 inwoners in 1990. Het is wellicht wenselijk de onderlinge verantwoordelijkheden van de Stuurgroep en het (toekomstige) provinciale bestuur in bestuurlijk opzicht nader te formaliseren, daar zich volgens het huidige provinciale bestuur onvoldoende afstemming in het feitelijke planproces heeft voorgedaan.

In de afgelopen tijd heeft men zich binnen het project vooral bezig gehouden met het ontwikkelen van een integraal plan voor de gezondheidszorg en delen van de maatschappelijke dienstverlening en met het ontwikkelen van een besluitvormingsmodel waarin een afstemming tussen planning en financiering worden nagestreefd.

Met betrekking tot het eerste kan worden opgemerkt dat het gebruikelijke plan-koncept, waarin de drie overheidslagen de afzonderlijke voorzieningen plannen, is verlaten. Bovendien wordt in het Hoofdlijnenplan

uitgegaan van een planning van infrastructuren. Hierdoor bezit de planning van de zorg in Almere goede mogelijkheden voor een integrale benadering van de zorgverlening, waarbinnen gewenste substituties kunnen worden gepleegd. Overigens lijkt integrale planning vooral het oogmerk te dienen de beleidsmatig gewenste verschuivingen van tweede- naar eerstelijnszorg tot stand te brengen. In het Hoofdlijnenplan ontbreekt een kwantificering van de zorgfuncties en van de substitutie-relaties tussen de zorgfuncties. Voorts ontbreekt nog een jaarlijks programma c.q. meerjarenplan op grond waarvan het plan kan worden gerealiseerd. In feite is men binnen het projekt nog niet toegekomen aan een kwantitatieve vertaling van de beleidsvoornemens. Hierbij dient te worden bedacht dat het PGA een ontwikkelingsprojekt is. Bovendien vraagt integrale planning niet alleen om inhoudelijke deskundigheid maar ook om een zekere creativiteit op het gebied van de planning.

Met betrekking tot het door het projekt voorgestelde besluitvormingsmodel kan het volgende worden opgemerkt.

De problemen die zich (op landelijk nivo) voordoen bij het uitwerken van de WVG konsentreren zich op het ontbreken van noodzakelijke afstemming tussen financiering en planning.

In Almere is een bestuurlijk model ontworpen waarin deze afstemming een centraal element vormt. Het Almeerse model gaat ervan uit dat de lagere overheid binnen de grenzen van een financieel kader een plan voor de middellange termijn en daarvan afgeleid een jaarlijks programma vaststelt. De gemeenteraad gaat niet over tot planvaststelling alvorens zij een advies van de lokale financiers heeft ontvangen. Het sluitstuk van de planning wordt gevormd door de zorgbegroting, waarbij het jaarprogramma als toetsingskader dient. Door de lokale overheid wordt over de zorgbegroting geadviseerd aan het Ziekenfonds voordat deze de zorgbegroting vaststelt.

Voorzover de zorgbegroting de reguliere kosten bevat wordt deze in overleg tussen het ziekenfonds en de instellingen vastgesteld. Betreft de zorgbegroting de

ekstra financiële middelen, boven de reguliere kosten, dan wordt de zorgbegroting in overleg tussen gemeente, PGA en lokale financiers vastgesteld en ingebracht in de zg. commissie Elsen.

Hoewel de relatie tussen de afzonderlijke fasen in het model (financieel kader → planprocedure → begrotingsprocedure) in de praktijk nog niet goed uit de verf is gekomen, is de kracht van dit model dat aan de planbevoegde instantie en aan de verzekeringsinstelling een gelijkwaardige positie in de besluitvormingsprocedure wordt toegekend. Op bestuurlijk nivo worden de randvoorwaarden geschapen voor het beleid van de instellingen.

Gescheiden verantwoordelijkheden van lokale overheid en lokale financiers worden in dit model tot gedeelde verantwoordelijkheden gemaakt. Of anders gezegd: de wederzijdse advisering houdt voldoende veroordeling-tot-elkaar in om een aansluitende plan- en begrotingsprocedure uit te testen, aldus het advies van de Stuurgroep.

Het is van belang op te merken dat alle betrokken partijen hebben ingestemd met deze plan- en begrotingsprocedure. In vereenvoudigde vorm is de relatie tussen lokale financiers en lokale overheid in bijlage 2 schematisch weergegeven.

De bestuurlijke samenhang wordt door betrokkenen veelal als noodzakelijke randvoorwaarde gezien voor de inhoudelijke samenhang van de zorg. Anderzijds bestaat de indruk dat het besturingssysteem moeilijk greep kan krijgen op het nivo van de samenhang van de voorzieningen. Ook hier geldt dat het PGA een ontwikkelingsproject is. De wederzijdse relatie tussen het zorg- en het besturingssysteem zal in de loop van de jaren verder moeten worden ontwikkeld. Tevens is het mogelijk dat overspannen verwachtingen t.a.v. de stuurmogelijkheden van het besturingssysteem zijn gewekt doordat in de beginfase van het project de aandacht met name was gericht op de bestuurlijke samenhang.

Matiging van te hoge verwachtingen is in dit verband op zijn plaats.

In ieder geval kan worden gesteld dat veranderingen in het zorgsysteem niet worden bereikt door uitsluitend regelgeving, plan- en financieringsprocedures te wijzigen. Vanuit het besturingssysteem zal men oog moeten hebben voor de vraag hoe veranderingen in het zorgsysteem kunnen worden geïmplementeerd. Daarnaast moet worden opgemerkt dat het traag tot stand komen van de juridische onderbouwing van de bestuurlijke maatregelen de voortgang van het projekt niet ten goede is gekomen.

In het bovenstaande zijn verschillende factoren genoemd die het planproces hebben beïnvloed. Door betrokkenen zijn de volgende knelpunten naar voren gebracht:

- het ontbreken van een door de staatssekretaris vastgesteld financieel kader;
- de verschillende wetgeving voor verpleeghuisbedden en verzorgingsplaatsen, waardoor de afstemming bijzonder moeilijk is;
- het stelsel van normen en richtlijnen waarmee de verschillende experimenten door de Adviesorganen worden beoordeeld;
- de verschillende visies op de kwaliteit van de zorgverlening.

Met het vaststellen van het Hoofdlijnenplan 1985-1989 door de Stuurgroep komt het projekt in een min of meer nieuwe fase terecht. In de komende tijd zullen de plannen, gericht op verandering van het zorg- en het bestuurlijk systeem, in de praktijk moeten worden gerealiseerd. Juist in de komende jaren zal blijken in hoeverre het projekt in bestuurlijk en zorginhoudelijk opzicht een voortrekkersrol kan vervullen.

5.2. De evaluatiecriteria

De werking van het besturingssysteem dient uiteindelijk te worden beoordeeld aan de hand van de vraag in hoeverre het besturingssysteem haar doeleinden heeft gerealiseerd. Hiervoor is het echter te vroeg. Het besturingssysteem is nog in opbouw en het projekt gaat

van een startfase over naar een implementatiefase. De konfrontatie met de evaluatiecriteria is dan ook beschouwend van karakter en om die reden kort gehouden. In een later stadium zal uitvoeriger op de evaluatiecriteria moeten worden ingegaan.

Beheersbaarheid

Ten aanzien van de beheersbaarheid van het zorgsysteem kan het volgende worden gezegd.

Het aanbod van de huisartsenzorg is in Almere door samenwerking tussen de gemeente en het Ziekenfonds goed beheersbaar. Het Ziekenfonds is ontheven van de verplichting met iedere huisarts een overeenkomst aan te gaan, hetgeen als een bestuurlijk unicum kan worden beschouwd. Bij invoering van het besluit o.g.v. art. 41 van de WVG zal het aanbod van alle beroepsbeoefenaren kunnen worden gereguleerd.

Beroepsbeoefenaren werkzaam in een inrichting voor de gezondheidszorg zullen vallen onder het plannings-regime. Beroepsbeoefenaren die werkzaam zijn buiten een inrichting zullen vallen onder het gemeentelijk vestigingsbeleid.

Anderzijds bestaat de indruk dat het besturingssysteem moeilijk greep kan krijgen op het nivo van de samenhang van de voorzieningen. Hierbij dient men in gedachten te houden dat het PGA een ontwikkelingsproject is. De stuurkracht van het besturingssysteem zal in de komende jaren verder moeten worden ontwikkeld. Hiertoe is een wederzijdse relatie tussen het zorg- en besturingssysteem een vereiste.

Opgemerkt kan worden dat met name de bestuurlijke regelingen in het project de aandacht hebben gekregen. Hierdoor zijn wellicht te hoog gespannen verwachtingen gewekt m.b.t. de effectiviteit van het besturingssysteem. Het lijkt ons van belang erop te wijzen dat veranderingen in het zorgsysteem niet worden bereikt door uitsluitend regelgeving, plan en financieringsprocedures te wijzigen. Vanuit het besturingssysteem zal men oog moeten hebben voor de vraag hoe veranderingen in het zorgsysteem kunnen worden geïmplementeerd.

De beheersing van de zorg betreft evenzeer de ontwikkelingen in de vraagzijde van de gezondheidszorg. Hierop zal in aparte deelrapportages moeten worden ingegaan.

Integraal, samenhangend beleid

De gekozen planningsstructuur op provinciaal nivo biedt goede mogelijkheden voor een samenhangende beleidsontwikkeling op gemeentelijk nivo. De gemeenten kunnen hun eigen plannen voor de verschillende voorzieningen opstellen. Een formalisering van de bestuurlijke relatie tussen het gemeentelijke en provinciale nivo lijkt hierbij gewenst.

Op provinciaal nivo wordt een afstemming aangebracht in de gemeentelijke plannen ten aanzien van de bovengemeentelijke voorzieningen.

In de planning van Almere wordt niet meer uitgegaan van de bestaande plankonceptie waarin de drie overheidslagen de verschillende sectoren plannen. Bovendien wordt in het Almeerse plan uitgegaan van infrastrukturen. Hierdoor zijn goede voorwaarden aanwezig voor een integrale planning.

Overigens verwijst het begrip integrale planning meer naar de doeleinden van de planning dan naar de inhoud van de planning. De integrale planning dient het oogmerk een evenwichtige verhouding tussen de zorgsectoren te brengen en bijgevolg de beleidsmatig gewenste verschuivingen tussen de zorgsectoren van tweede naar eerste lijn tot stand te brengen. Een samenhangend beleid heeft onder meer betrekking op de onderlinge afstemming tussen de bestuurlijke instrumenten planning en financiering.

Hieraan wordt in het Almeerse besluitvormingsmodel nadrukkelijk aandacht besteed. Kenmerkend is wel de min of meer gelijkwaardige positie van de lokale overheid en de lokale financiers in het planproces. De gescheiden verantwoordelijkheden van de lokale overheid en de lokale financier wordt in het Almeerse model tot gedeelde verantwoordelijkheden gemaakt.

Wel dient te worden gekonstateerd dat de overgang van de verschillende fasen in het besluitvormingsmodel (financieel kader → planning → begroting) bij gebrek

aan voldoende kwantificering van de plannen in de toekomst voor verbetering vatbaar is.

Financiële stuurbaarheid

Over de financiële stuurbaarheid van de gezondheidszorg in Almere valt in afwachting van nadere besluitvorming weinig te zeggen.

Opgemerkt kan worden dat inzake de financiële stuurbaarheid twee vragen een essentiële rol spelen:

- vindt op lokaal nivo een prioriteiten- en kostenafweging plaats?
- Is het geheel van de voorzieningen op grond van een plan financieel stuurbaar?

Het antwoord op beide vragen dient voorlopig nog ontkennend te zijn.

Een door de staatssekretaris vastgesteld financieel kader ontbreekt.

Door betrokkenen wordt echter de noodzaak van een financieel kader en een meerjarenplan nadrukkelijk aangegeven. Een dergelijk kader en plan is met name gewenst ter beoordeling van de voorgestelde projecten in het kader van de toegezegde extra gelden.

Het onlangs vastgestelde Hoofdlijnenplan geeft in financieel opzicht geen sturing aan de zorg in Almere.

Niettemin lijkt de afstemming tussen plan- en begrotingsprocedure waarborgen te bieden voor een financiële stuurbaarheid van het zorgsysteem.

Eén en ander dient in de komende jaren verder te worden ontwikkeld.

Demokratisering

Demokratisering wordt in het projectplan opgevat als het in voldoende en in evenredige mate invloed uitoefenen op de beleidsvorming door de bevolking, de werkers, de instellingen, de financiers en de overheid. Uit de interviews blijkt dat een groot deel van de betrokkenen weinig prioriteit toekent aan het vergroten van de invloed van de bevolking op de beleidsvorming. In de planningsorganisatie van het projek Gezondheidszorg Almere zijn verschillende momenten ingebouwd

voor de inbreng van de bevolking, werkers en instellingen bij de planvoorbereiding. Het zijn echter de eksterne deskundigen die de richting van het projekt bepalen. Het verdient dan ook aanbeveling de invloed van het 'veld' binnen het projekt te vergroten.

Decentralisatie

Essentieel in deze is de vraag of het besturingssysteem over voldoende bevoegdheden beschikt op uitvoerend en regelgevend nivo om het beleid te effectueren.

De decentralisatie van bevoegdheden heeft in Almere uitsluitend het karakter van de overdracht van uitvoeringstaken.

Gekonstateerd kan worden dat het besturingssysteem in Almere feitelijk over de nodige ruimte beschikt om een bepaald beleid te ontplooiën, maar niet over de sancties beschikt om dat beleid te effectueren.

Belangrijke prioriteitbepalende en sanktionerende bevoegdheden liggen nog op een hoger overheidsnivo. Bij de invoering van het eksperiment-artikel van de WVG zou hierin verandering kunnen optreden.

6. Aanbevelingen

De doelstelling van dit evaluatie-verslag is aanbevelingen te formuleren ten behoeve van het PGA.

De ontwikkelingen in het projekt in beschouwing genomen, worden de onderstaande aanbevelingen gedaan.

1. Naarmate de opbouw van de gezondheidszorg in Almere voortschrijdt, zijn meerdere personen en instanties verantwoordelijk voor de ontwikkeling van de zorgverlening en worden de (traditionele) komplekse en vaak gevoelig liggende machts- en belangenaspecten duidelijk zichtbaar.
Ten behoeve van de effectiviteit van het besturings-systeem is een adequate afstemming tussen activiteiten van betrokkenen zeer gewenst.

2. Tot op heden zijn het vooral de eksterne deskundigen binnen de projektorganisatie die de koers van het projekt bepalen.
In het besef dat het gewenst is de afstand tussen het 'veld' en het projekt zo gering mogelijk te houden, verdient het aanbeveling de samenstelling van het projekt in die zin te wijzigen, dat de vertegenwoordiging van de Almeerse instellingen in de projektorganisatie wordt uitgebreid. Hierdoor zal tevens de uitvoerbaarheid van de plannen worden verhoogd.

De voorgestelde wijziging in de projektorganisatie kan ook uit andere overwegingen worden beargumenteerd. Na een fase van opstarten is het projekt aangekomen in een fase van implementatie van beleidsvoornemens. De kans op medewerking wordt vergroot als de instellingen nauw zijn verbonden aan het projekt.

Bovendien komen beleidsmatige gewenste veranderingen op het nivo van de samenhang van de voorzieningen niet of nauwelijks tot stand indien men zich beperkt tot veranderingen binnen het bestuurlijk kader.

Wil men de inhoudelijke samenhang van de zorg veranderen dan zal sprake moeten zijn van een wederzijdse beïnvloeding van het zorg- en besturings-

systeem.

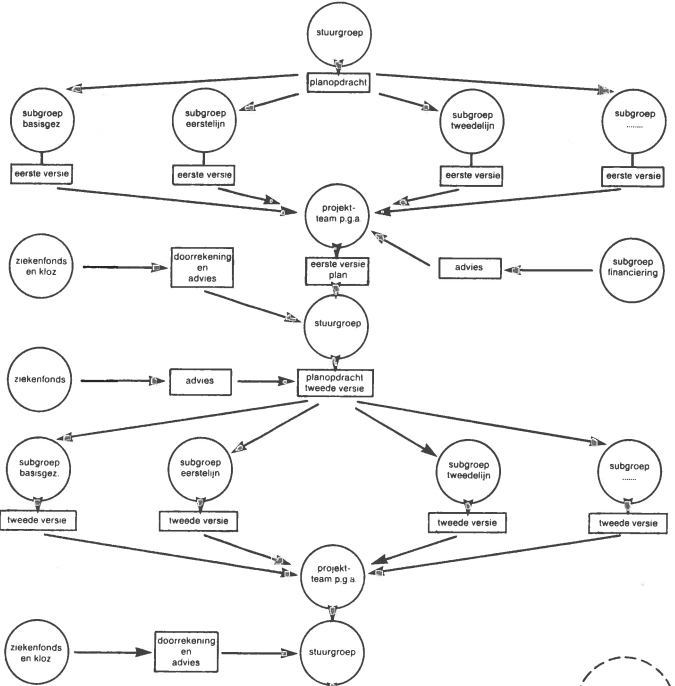
3. De Stuurgroep heeft zich voornamelijk bezig gehouden met bestuurlijke aspecten van de middellange termijn. Dit is min of meer inherent aan de fase waarin het projekt verkeerde. Nu de fase van beleidsimplementatie is aangebroken, is het wenselijk dat de aandacht wordt verschoven van bestuurlijke problematiek naar meer zorginhoudelijke vraagstukken. Voorts is het zeer gewenst dat binnen de projektororganisatie meer aandacht wordt besteed aan de vraag hoe de gewenste veranderingsprocessen in het zorgsysteem kunnen worden gerealiseerd.
4. Naar verwachting zal de behoefte aan sturend vermogen van het besturingssysteem toenemen naarmate het zich verder ontwikkelt. Door betrokkenen binnen het besturingssysteem wordt waarde gehecht aan de afstemming tussen planning en financiering in het Almeerse besluitvormingsmodel. Het is dan ook wenselijk dat de ontworpen bestuurlijke relaties tussen plan- en begrotingsprocedure nader worden uitgewerkt in de praktijk.
5. De bouwinitiatieven in het kader van het projekt worden getoetst aan de traditionele normen en richtlijnen. Deze bevatten evenwel bijna geen ruimte voor experimenten. Ter realisatie van de eksperimentele bouwinitiatieven zullen deze normen en richtlijnen met de nodige soepelheid moeten worden gehanteerd.
6. Aangezien de gezondheidszorg in Almere vanuit een andere visie wordt benaderd, zullen de plannen juist op inhoudelijk kwalitatieve gronden moeten worden gemotiveerd, teneinde vertragingen te voorkomen. Tevens is een kwantificering van de plannen gewenst. Dit met het oog op de afstemming met het financieel kader voor Almere.
7. Het verdient aanbeveling dat de rijksoverheid op korte termijn duidelijkheid verschaft over het

financiële kader en daarbinnen de beleidsruimte voor de lokale overheid.

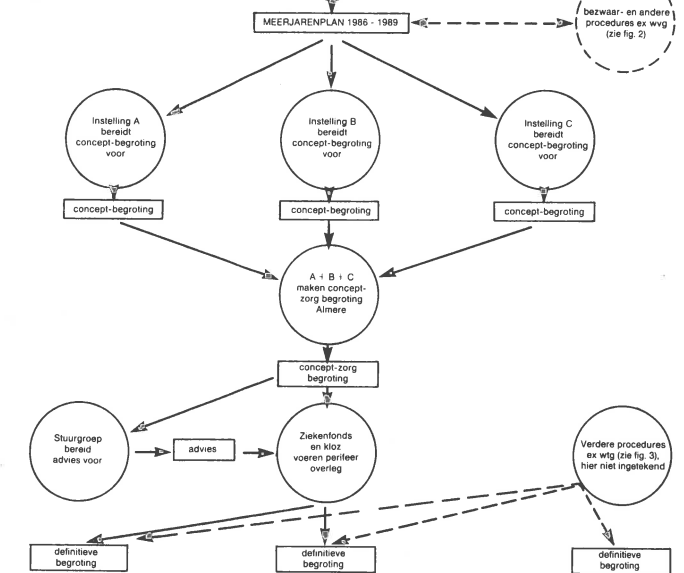
8. Eén van de pijlers waarop het projekt rust is de betrokkenheid van de bevolking en het 'veld' bij de opbouw van de gezondheidszorg. De bevolking en het veld zullen dan ook voortdurend moeten worden geïnformeerd over de ontwikkelingen in het kader van het Projekt Gezondheidszorg Almere.
9. Het realiseren van nieuwe vormen van zorgverlening is niet mogelijk louter op basis van formele regels. De bereidheid tot welslagen van het eksperiment van direkt betrokkenen is een minimum voorwaarde. Dit betekent dat er een klimaat moet heersen waarbinnen veranderingen tot stand kunnen komen. Competentiestrijden tussen betrokken organen en personen werken verstorend op zo'n klimaat.
- 10 Wellicht verdient het aanbeveling de bestuurlijke relatie tussen de Stuurgroep en het toekomstige provinciaal bestuur te formaliseren. Eén van de mogelijkheden hierbij is het erkennen van de Stuurgroep als advieskommissie door het provinciaal bestuur. Dit zou kunnen plaatsvinden onder de voorwaarde dat het nieuwe provinciaal bestuur de doeleinden van het eksperiment onderschrijft.

Plan- en begrotingsprocedure voor het project gezondheidszorg Almere

maart '84



maart '85



dec. '85

Bron: Advies stuurgroep "In het kader van Almere"

