

Dilemma's van vertegenwoordigend bestuur in ziekenhuisland

Citation for published version (APA):

Baakman, N. A. A. (1991). Dilemma's van vertegenwoordigend bestuur in ziekenhuisland. *Namens : tijdschrift over vertegenwoordiging en democratisch bestuur*, 6(4), 13-18.

Document status and date:

Published: 01/01/1991

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Document license:

Unspecified

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

DILEMMA'S VAN VERTEGENWOORDIGEND BESTUUR IN ZIEKENHUISLAND

IN SEPTEMBER 1990 PUBLICEERDE DE Rekenkamer een rapport over planning en bouw van ziekenhuisvoorzieningen¹.

Ziekenhuisvoorzieningen staat hier voor de 'gewone' ziekenhuizen, verpleeghuizen en psychiatrische instellingen. Het rapport is moeilijk anders dan als ronduit vernietigend voor de overheid te beschouwen. De voornaamste conclusie is dat de centrale overheid er niet in geslaagd is met het bestaande instrumentarium 'een effectief en efficiënt beleidsproces tot stand te brengen. (...) Voor zover kostenbeheersing heeft plaatsgevonden vraagt de Rekenkamer zich af in welke mate dit het gevolg is geweest van de door de minister gebruikte instrumenten'. Nu is de vaststelling van de Rekenkamer dat op ziekenhuisbouwgebied het besluitvormingsproces en de resultaten er van bedroevend, zo niet nog erger zijn, zonder twijfel juist. Een eveneens in september 1990 verschenen studie van schrijver dezes² geeft in detail een droefmakend beeld van een kwart eeuw bestuurlijke ellende en frustraties op dit gebied. In de jaren tussen 1960 en 1985 ging er steeds meer mis in ziekenhuisland, en wie thans zijn oor te luisteren legt bij een instantie als de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR) krijgt daar te horen dat het er sinds 1985 bepaald niet beter op geworden is³.

Maar met de uitspraak dat de overheid met het bestaande instrumentarium er niet in geslaagd is een goed beleidsproces op gang te brengen ben ik minder gelukkig. In die uitlating ligt immers de suggestie besloten dat het met andere instrumenten wellicht beter was gegaan of in de toekomst beter zal kunnen gaan. Dat is ook de conclusie die staatssecretaris Simons heeft getrokken: de kern van het betreffende instrumentarium, de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV), gaat op de helling, en, volgens de laatste geruchten, wordt zij zelfs geheel afgeschaft. Het is echter maar de vraag of de suggestie

Een ziekenhuis (ver)bouwen is in dit land alles behalve een eenvoudige aangelegenheid.

Toegegeven, er zijn voor van alles en nog wat – behoefte, spreiding, functies, kosten, levensduur et cetera, normen en ervaringsgegevens beschikbaar.

Die technische hulpmiddelen zouden na het nodige rekenwerk de besluitvorming tot een redelijk objectieve afweging kunnen maken. Maar helaas, zo ziet de bestuurlijke werkelijkheid er niet uit, integendeel zelfs. In

ziekenhuisland heeft het openbaar bestuur niet zelden een decennium of langer trekken en duwen nodig om tot een volstrekt voor de hand liggend (of zelfs helemaal geen) besluit te komen.

Die bestuurlijke zwakte heeft veel, zo niet alles te maken met de wijze waarop het besluitvormingsproces georganiseerd is. Een blik op een beleidsterrein dat geteisterd wordt door dilemma's van vertegenwoordigend bestuur.

die de Rekenkamer al dan niet bewust gedaan heeft, wel terecht is, of we de schuld wel mogen leggen bij de gekozen instrumenten en of er überhaupt wel andere gekozen hadden kunnen worden.

Niet zalig makend

Ik meen dat dat allemaal niet het geval is. Ten eerste is er in beginsel niets mis met de gekozen instrumenten, waarvan een vergunningstelsel

gekoppeld aan een plansysteem de kern vormt. Ten tweede was de instrumentenkeuze voor een bewindsman geen vrije, 'technische' keus. Er is altijd een maatschappelijke context waarin het beleid gevoerd en een politieke waarin het ontwikkeld moet worden. Aan die context moet recht aan gedaan worden door de beleidsinstrumenten dienovereenkomstig vorm te geven.

En ten derde is de aard van de eenmaal gekozen instrumenten niet alleen zalig makend, maar hangen de effecten minstens evenzeer af van het gebruik dat er van gemaakt wordt, respectievelijk het gebruik dat er onder de vigerende verhoudingen van gemaakt kan worden.

Beleidsinstrumenten zijn, is het algemeen argument, helemaal niet in eigenlijke zin instrumenteel: beslissend voor de effectiviteit en doelmatigheid van het beleid zijn de vigerende bestuurlijke en andere maatschappelijke verhoudingen op het betreffende terrein.

Op ziekenhuisgebied zijn die verhoudingen al decennia zodanig dat de bewindsman alleen beleid kan voeren als dat voluit gesteund wordt door de betrokkenen. Dat zijn vooral en als vanouds de uitvoerende organisaties van het particuliere initiatief, en sinds de inwerkingtreding van de WZV ook de lagere overheden, (vooral de provincies) en een aantal paragraafvernamele instanties. De facto kan beleid op ziekenhuisgebied alleen gevoerd worden door ruimte te geven aan vertegenwoordigend bestuur. Omdat vrijwel alle betrokkenen van die omstandigheid gebruik maken om hun eigen, niet zelden contraire, deelbelangen te behartigen en hun particuliere doeleinden na te streven, kan de besluitvorming op dit gebied in het beste geval een nodeloos langdurige en dus inefficiënte aangelegenheid worden. In het

1. Algemene Rekenkamer, Planning en bouw van ziekenhuisvoorzieningen, Bijl. Hnd. II 1989-1990 21 647 nr. 2.

2. Nico A.A. Baakman, Kritiek van het openbare bestuur. Besluitvorming over de bouw van ziekenhuizen in Nederland tussen 1960 en 1985, Thesis Publishers, Amsterdam 1990.

3. Mondelinge uitlating van drs. W. Matser, coördinator planning en bouw bij de NZR.

De auteur is verbonden aan de Produktgroep Bedrijfs- en Bestuurswetenschappen van de Open Universiteit te Heerlen.

slechtste geval ontstaat er bestuurlijke verlamming door patstellingen of komen er besluiten die niemand voorzien, laat staan beoogd of gewild heeft.

In het onderstaande zullen we een en ander als volgt uitwerken. Eerst zullen we de WZV op haar instrumentele merites beoordelen, vervolgens haar 'werdegang' in relatie tot haar specifieke context kort beschrijven en ten derde met behulp van voorbeelden uit het eerder genoemde onderzoek laten zien hoe die beleidscontext uitmaakte welk gebruik er van dit instrument gemaakt kon worden en welk niet. We eindigen met een korte beschouwing over enkele op dit gebied voorkomende dilemma's van vertegenwoordigend bestuur.

De instrumentele merites

De achtergrond van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen is de gedachte dat enige ordening op dit gebied onontbeerlijk is. Daartoe is in de wet een vergunningstelsel opgenomen. Het is verboden een ziekenhuis te bouwen of te exploiteren tenzij men een vergunning heeft. Die vergunning krijgt men als aangetoond is dat er behoefte aan de voorziening bestaat, de bouw voldoet aan de eisen van doelmatigheid en de exploitatie geen gevaar oplevert voor verantwoordelijke tarieven. Of er behoefte is aan een voorziening kan natuurlijk beter ter plekke bepaald worden dan in Den Haag. Daarom is de behoefte aangetoond als de voorziening past in een op decentraal niveau te ontwerpen plan. Voor die planontwikkeling geeft het departement de kaders en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen de technische ondersteuning. De minister stelt uiteindelijk het definitieve plan vast, dat GS op zijn aanwijzing en in nauw overleg met de betrokken instellingen hebben opgesteld.

De wet geeft de bewindspersoon zware bevoegdheden: zijn vergunning is vereist, hij kan (delen) van overtollige voorzieningen sluiten en GS een aanwijzing geven dat zij een ontwerpplan moeten opstellen. Hij maakt ook het ontwerpplan definitief. Maar daar staat tegenover dat Den Haag niet zomaar zijn gang kan gaan. De inbreng van belanghebbenden, het kunnen verdisconteren van lokale omstandigheden en de inbreng van deskundig advies op cruciale momenten zijn ook in de wet vastgelegd. Alles bij elkaar hele normale ingrediënten waarmee, zou men zegen, toch een enigermate dragelijk beleid te voeren moet zijn.

Toch is dat niet gelukt. Men kan tegenwerpen dat het venijn ook niet in de WZV zit maar in de talloze parafernalia (bouwplafonds, prioriteitenoverzichten, EVI's, beddenreductieplan, her-

overwegingen, exploitatiekaders, enz. enz.) die er in de loop van de tijd aan toegevoegd zijn. Dat is ook wel juist, maar die omvangrijke pseudowetgeving kwam er alleen maar omdat de WZV op zichzelf niet kon bewerkstelligen wat er van verwacht werd. De verklaring daarvoor ligt voor een goed deel in haar wordingsgeschiedenis.

De wording van de WZV

Al voor de oorlog werd er ten departemente over een ziekenhuisbouwwet nagedacht, maar de poging die socialistische minister Joekes in 1949 deed een dergelijke wet door de Kamer te krijgen liep op niets uit. Het veld had geen enkele behoefte aan zo'n regeling en het vond een willig oor bij met name de confessionele partijen. Dat was ook geen wonder, want tussen de confessionele kamerfracties en de organisaties van het particulier initiatief bestonden innige banden, onder andere in de vorm van personele unies. Na het uiteenvallen van de rooms-rode samenwerking viel het competente departement (Sociale Zaken) in confessionele handen, zodat ook van daar uit niet langer aangedrongen werd, terwijl de ziekenhuizen groeiden en bloeiden. Dat had via de ziekenfondspremies een merkbaar effect op de arbeidskosten, zodat de SER in 1961 uitsprak dat zo'n regeling er toch maar moest komen. In eerste instantie hielp dat niet, zodat de Raad zijn standpunt in 1965 nog maar eens uitdroeg. De gedachte dat er overcapaciteit aan het ontstaan was en de kosten de pan uit zouden gaan rijzen, werd in die jaren in steeds bredere kring geaccepteerd. Eindelijk kondigde minister Veldkamp in de Volksgezondheidsnota van 1966 (waarin overigens ook de opmerking staat dat de kosten voor de gezondheidszorg naar de indruk van de minister 'niet aan de hoge kant zijn') een wettelijke regeling betreffende de 'planning' op het gebied van het ziekenhuiswezen aan. Het woord 'planning' staat in die nota echt tussen aanhalingstekens, en de minister maakte overduidelijk dat het verre van hem was het veld op te zadelen met een onwelgevallige regeling. Nog langer een regeling tegenhouden kont toen echter niet meer. Dus moest er uitvoerig overlegd worden met het veld en dat hield nogal op. Het veld wilde zo min mogelijk overheidsbemoeienis. Die had het kunnen voorkomen door zelfbeheersing, maar daar was men niet toe in staat omdat er in feite een verkapte onderlinge concurrentieslag woede. De katholieke ziekenhuizen hadden zich als eersten nogal breed gemaakt, zodat de anderen het gevoel hadden dat er eerst iets in te halen was.

Niettemin kon staatssecretaris Kruisinga tenslot-

te het wetsontwerp in september 1968 indienen. Tijdens de parlementaire behandeling werd de strijd in die andere arena gewoon voortgezet. Ook dat koste tijd, zodat de eerste versie van de wet in 1971 in het Staatsblad verscheen. Zij bevatte als onmiddellijk werkzaam bestanddeel de bepaling dat de wet of onderdelen daarvan in werking zou(den) treden op een 'door Ons nader te noemen tijdstip'.

Plancircus

Dat bleek een nuttige bepaling, want het beoogde planproces bevatte zoveel vrijheidsgraden dat er onvergelykbare provinciale plannen ontstonden, die vaak nog het meest op verlanglijstjes leken. Dat kon zo niet; de wet moest dus gewijzigd worden. Dat gebeurde hoofdzakelijk tijdens het bewind van Hendriks. De decentralisatie, regionalisering, inspraak en de inbreng van betrokkenen in de planontwikkeling werden zwaar aangezet. Dat paste goed in het democratische tijdsgewricht en het bood bovendien compensatie voor de forse bevoegdheden die wet de bewindsman gaf. Van die democratisering zouden vooral de organisaties van het particulier initiatief in alle mogelijke vormommingen gebruik maken: de burger of patiënt komt men in het plancircus dat toen kon ontstaan nauwelijks tegen. De vernieuwde WZV verscheen in 1978 in het Staatsblad en zij trad integraal in werking op 1 september 1979. De wordingsgeschiedenis van de WZV illustreert wat ik eerder beweerde: de keuze en inrichting van zo'n instrument is geen vrije of technische kwestie: de geldende politieke en maatschappelijke krachtsverhoudingen stonden simpelweg niet veel anders toe.

Dat begon al met de strijd om überhaupt een wettelijke regeling op de politieke agenda te krijgen: voor de oorlog werd er ten departemente al over nagedacht, Joekes probeerde het al in 1949 maar faalde, en pas dertig jaar later is zo'n wet integraal van kracht. Toen pas was de politieke en maatschappelijke weerstand tegen planmatige ordening van het ziekenhuiswezen in voldoende mate gebroken. Dat zware bevoegdheden voor de bewindsman nodig waren werd erkend, maar daar werd tegenwicht tegen geboden door de planvorming te decentraliseren en te democratiseren door de inbreng van betrokkenen en deskundigen te garanderen. Bovendien is de wet geconcipeerd om ziekenhuisland planmatig te ordenen en evenwichtig uit te bouwen, maar toen de wet operationeel was, was dat achterhaald. In de jaren die nodig bleken om de gedachte aan ordening aanvaard te krijgen was er zoveel veranderd dat er nauwelijks nog iets te ordenen, maar des te meer te saneren viel, en dat riep nog veel meer weer-

VOOR VIER JAAR SENATOR



G. VISSCHER

stand op. Daarom is ook de gewijzigde WZV geen groot succes geworden. De Rekenkamer maakte, zoals al eerder vermeld, in 1990 de balans op. Tien jaar na in werking treding, in 1989, waren pas 11 van de 81 voorziene plannen vastgesteld. De rest zat nog in de pijplijn. In 1982 telde Nederland nog zo'n 10.000 algemene ziekenhuisbedden boven de in 1974 vastgelegde (maar al veel oudere) norm van vier stuks per duizend inwoners. Dat waren 20 grote ziekenhuizen van 500 bedden per stuk te veel. Minister Gardeniers deed een manhaftige poging die overtollige voorzieningen op te heffen. Resultaat: in 1987 was nog niet de helft van de beoogde reductie gerealiseerd.

Voorwaar een magere oogst. En dat nota bene op onderdelen waarop de wet de bewindspersoon zware bevoegdheden toegekend heeft: het geven van de aanwijzing tot opstelling van een ontwerpplan, het definitief maken van dat plan en het sluiten van overtollige voorzieningen. De vraag is dus wat er met die bevoegdheden aan de hand is.

Potsierlijke situaties

In de WVZ staat dat de bewindsman een provinciebestuur een aanwijzing kan geven tot planontwikkeling over te gaan. Maar wie denkt dat dat betekent dat de minister de provincie een opdracht kan geven, heeft het mis. Dat lijkt alleen maar zo. De bestuurlijke werkelijkheid in de periode die ik onderzocht heb was dat alleen de provincies die daarom verzochten zo'n aanwijzing kregen. Opleggen kon de bewindsman in feite niets: de provinciale geesten moesten er rijp voor zijn. Dat kan tot potsierlijke situaties leiden. Een voorbeeld moge dat verduidelijken. De (oude) ziekenhuisregio Nijmegen lag, doordat patiëntenstromen zich niets aantrekken van provinciegrenzen maar de zorg die zij nodig hebben halen waar die te krijgen is, in drie provincies: hoofdzakelijk in Gelderland, maar ook ten dele in Brabant (een betrekkelijk klein ziekenhuis in Boxmeer) en Limburg (geen ziekenhuis, alleen de oriëntatie van patiënten). Gelderland verzocht om een aanwijzing voor een ziekenhuisplan voor de regio, en kreeg die ook, maar alleen voor haar deel er van. Limburg deed uiteindelijk niet moeilijk, maar Brabant betwistte het recht van Gelderland zich te bemoeien met het ziekenhuis in Boxmeer dat volgens Brabant bij de regio Den Bosch hoorde. Het was door een sterke lobby politiek onmogelijk de provincie in het gareel te dwingen. Brabant kreeg dus geen aanwijzing, maar het verzoek samen te werken. Het laat zich raden wat daarvan terecht kwam. Door soortgelijke en andere problemen in de overige regio's

Drs. G. Visscher is verbonden aan het Parlementair Documentatiecentrum van de Rijksuniversiteit Leiden.

Medio juni kwam de nieuwe Senaat voor het eerst in vergadering bijeen. Is het voor leden van de Tweede Kamer - en het kabinet - aan het begin van de zitting nog maar de vraag of ze het vier jaar - hoe dan ook in regelmatig wijzigende samenstelling - vol zullen houden, voor de Senaat is dat veel minder spannend. Sinds de in 1983 grondig gewijzigde verkiezingsprocedure hoef je niet zo'n voorspellende geest te hebben om vast te stellen dat de zojuist aangetreden senatoren - bij leven en welzijn - tot medio 1995 hun ambt uit zullen oefenen.

Treden er tussentijds maar weinig veranderingen op in de samenstelling van de Eerste Kamer, de recente verkiezingen gaven de Kamer een heel ander gezicht. Dat was vanzelfsprekend allereerst een gevolg van de grote verschuivingen bij de Statenverkiezingen van maart jl. De verkiezingen voor de Senaat draaiden voor de PvdA uit op een verlies van 10 zetels. De grote winst was voor D66 van 5 naar 12 zetels, naast de voorspelde zetel extra voor CDA en SGP. Ook al hadden de regionale lijsten de handen niet ineengeslagen, het stemgedrag van de betrokken statenleden leverde uiteindelijk wel een zetel winst op voor Groen Links ten koste van de PvdA.

In personeel opzicht valt allereerst de verkiezing van Tjeenk Willink als kamervoorzitter op. De nieuwe voorzitter dankt de continuering van zijn kamerlidmaatschap aan voorkeurstemmen van statenleden in Zuid-Holland. Tjeenk Willink is overigens de vijfde sociaal-democraat, die de voorzittershamer hanteert. Tussen 1946 en 1973 gingen vier partijgenoten - van wie Jonkman ruim 15 jaar - hem voor. Bleef oud-voorzitter Steenkamp lid van de Kamer, voormalig ondervoorzitter De Rijk - markant PvdA-veteraan - stopte na bij elkaar 31,5 jaar. Steenkamp neemt de ancienniteitsfakkel - met 26 jaar ononderbroken lidmaatschap - over. Met De Rijk verdwenen enkele andere oudgedienden van dit weinig aandacht-trekkende politieke toneel. De CDA-er Franssen en de PvdA-er Zoon, die beiden een periode van 22 jaar op het Binnenhof afsloten. Voormalig CDA-fractievoorzitter Christiaanse stopte na 16 jaar. Oud-kamerlid, -staatssecretaris en - heel kort -minister Kruisinga (CDA) en oud-kamerlid en -staatssecretaris Veder-Smit (VVD) sloten hun politieke loopbaan met 10 jaar in de Eerste Kamer af, net als Van der Jagt (GPV) en Vogt (Groen Links). Enkele maanden tevoren hield De Gaay Fortman jr. het Binnenhof na 20 jaar - waarvan 14 in de Senaat - voor gezien.

Inclusief laatstgenoemde vertrokken 25 leden uit de Kamer, waar evenzovele 'nieuwe' gezichten voor terug kwamen. Meest opvallende gegeven hierbij is de sterke vernieuwing van de CDA-fractie: 9 nieuwe leden onder wie de bekende gezichten van de ex-ministers Van Dijk en Braks, van voormalig staatssecretaris Korte-Van Hemel en van voormalig ondervoorzitter en tweede voorzitter van de CDA-fractie in de Tweede Kamer Eversdijk. Met Eversdijk stapten ook ex VVD-minister Korthals Altes - in 1981 al lid - en het PvdA-lid Zijlstra over naar de niet alles opeisende en vooral ook minder gepolitiseerde Eerste kamer. De Senaat biedt een aantrekkelijk alternatief om van 'de politieke verslaving af te kicken': een deeltijd-kamerlidmaatschap en toch bij de meest belangrijke besluiten betrokken blijven, van alle relevante zaken op de hoogte blijven en de gelegenheid om met de belangrijkste spelers van het spel - de bewindslieden, die naar de Senaat toekomen - van gedachten te wisselen. Die debatten gaan meer dan in de Tweede Kamer over de grote lijnen en zijn daardoor vaak wel zo interessant, alhoewel niet zo spannend.

Voor de Kamer als geheel valt de gemiddelde ervaring met het vertrek van een derde van de leden vanzelfsprekend sterk terug: van circa 9 tot

5,5 jaar. Naar verhouding is de ervaring het grootst in de fracties van PvdA en VVD. D66 kent vooral nieuwe gezichten, evenals de fractie van Groen Links.

Behalve de Kamer-ervaring blijft ook de verdeling naar sexe, regionale achtergrond en opleiding interessant. Het aantal vrouwelijke senatoren is van recent 18 terug op het al in 1987 bereikte aantal van 20. De drie fracties ter linkerzijde blijven zich van de andere fracties onderscheiden door hun aanzienlijk grotere inbreng van vrouwen. Bij elkaar maken 14 vrouwen deel uit van de fracties van PvdA, D66 en Groen Links op een totaal aantal van 32 leden d.w.z. bijna 44 procent. De andere fracties hebben samen 6 vrouwelijke leden: de CDA-fractie telt 5 vrouwen en de VVD-fractie op 12 leden slechts 1: kandidaat-voorzitter mevrouw Van Leeuwen.

In de nieuwe Kamer zitten meer leden uit de randstad dan voorheen. Het oosten en het zuiden zijn beide minder sterk vertegenwoordigd. Het verschil - een handvol leden - is vooral toe te schrijven aan het verlies van de PvdA en de winst van D66. De democraten recruteerden hun senatoren met 9 van de 12 wel heel sterk uit de randstad. De PvdA-fractie kent duidelijk de meeste spreiding. Voor de kleine confessionele partijen is spreiding van de senatoren nog geen gezamenlijk doel.

Wat opleidingsniveau betreft behoudt de Kamer haar 'geleerde' imago. Bijna 65 procent van de leden - zelfs een iets hoger percentage dan voorheen - heeft een academische opleiding genoten. Onder de 75 leden zijn 14 voormalige of actieve, gewone, bijzondere of buitengewone hoogleraren aan te treffen, van wie de helft in de CDA-fractie.

In de huidige constellatie, waarin de Senaat steeds duidelijker voorgehouden wordt zijn werkzaamheden toe te spitsen op een rechtmatigheidstoetsing is het op zijn minst interessant om te zien welk deel van de leden rechten studeerde. Afgezien van specifieke definitie-kwesties is het aandeel van de juristen gestegen van ongeveer een kwart tot een derde deel van de leden.

Vooraf D66 beschikt over een ruime inbreng van juristen nl. 7 op de 12 leden. Van de PvdA-fractie maken slechts drie juristen deel uit. Belangwekkender dan de opleiding is de ervaring in het wetgevingsproces. Wat dat betreft lijkt de inbreng van de voormalige bewindslieden en (oud-)Tweede Kamerleden het verlies aan Eerste Kamer-ervaring wel te kunnen compenseren: een oud- minister en -staatssecretaris van Justitie, een oud-minister van Binnenlandse Zaken en bijvoorbeeld ook mevrouw Wessel-Tuinstra (D66), die de nodige ervaring in initiatief-wetgeving heeft opgedaan.

Daarbij geldt als eerste 'wet' dat het toetsen aan al dan niet strikt juridische normen geen waarde vrije bezigheid is. Inzichten - eventueel functioneel of partij-politiek bepaald - kunnen sterk uiteenlopen. Het is aardig nog eens in herinnering te roepen hoe de nieuwe leden Korthals Altes en Van Dijk als minister hun neus hebben gestoten in de Senaat. Direct na de grondwetsherziening van 1983 verwierp de Eerste Kamer met algemene stemmen het zogenaamde Politieopwettje vanwege de ongeoorloofde terugwerkende kracht. Minister Van Dijk kreeg voor zijn op het primaat van de Tweede Kamer gebaseerde voorstel om de subsidies aan wetenschappelijke bureaus en vormingsinstituten van de politieke partijen een wettelijke grondslag te geven, ook geen enkele steun in de Senaat. De stemming over het laatste voorstel vond overigens na het vertrek van Van Dijk plaats.

Korthals Altes en Van Dijk bleken van hun kant absoluut niet bereid een novelle in te dienen. Minister Van Dijk herinnerde de Eerste Kamer er zelfs 'fijntjes' aan dat de Kamer van heroverweging nu eenmaal niet over het recht van amendement beschikt.

kon er in 1983 één aanwijzing tot het opstellen van een ziekenhuisplan gegeven worden, in 1987 nog een, en in 1988 pas de rest.

Een aanwijzing is echter nog geen plan. Dat moet de provincie ontwerpen. De provincies hebben daar in beginsel weinig belang bij: bij te veel bedden, en dat was en is bijna overal het geval, betekent ziekenhuisplannen maken bedden wegsaneren. Daar zit geen der instellingen om te springen, en de provincie kan ook het betrekkelijk koud laten, want haar begroting is niet in het geding. Bovendien kan zij niet goed zonder de medewerking van de betreffende instellingen want het ontbrak en (ontbreekt haar nog vaak) aan de deskundigheid.

Tenslotte moet een plan ook nog een draagvlak hebben anders blijft het toch alleen maar papier. De instellingen zijn echter in het algemeen van oordeel dat de overtollige bedden maar bij een ander weggesaneerd moeten worden, en omdat ze dat allemaal vinden, levert dat problemen op met de kaders van het departement. Kaders waarbinnen de provincie plannen moet maken.

Afschuwelijke opdracht

In beginsel staan dat twee wegen open: GS kunnen proberen loyaal een plan te ontwerpen en binnen de centrale kaders eigen prioriteiten te stellen. Dat betekent strijd met de instellingen. Zij kunnen zich ook al dan niet ten dele achter de som van de eisen van 'hun' instellingen stellen, gaan lobbyen en proberen de plankaders op te rekken.

In sommige gevallen zijn zelfs beide mogelijkheden achtereenvolgens geprobeerd. Op een gegeven moment wilde de provincie Gelderland in een regio de categorale instellingen (ziekenhuizen met een of slechts enkele specialismen) opheffen, een gemeenschappelijke afdeling van twee pal naast elkaar liggende ziekenhuizen op een plaats concentreren, en een betere voorzienings spreiding realiseren door de mogelijkheid van een klein ziekenhuis elders in de regio te onderzoeken. Duidelijke beleidskeuzen, maar zij werden door het veld niet op prijs gesteld en zonder pardon volledig onmogelijk gemaakt. Toen de gedeputeerde inzag dat hij zonder medewerking van het veld machteloos stond (Wie zou dat nieuwe ziekenhuis moeten oprichten en runnen? Zijn staf soms?) en het hoofd in de schoot legde, was de planvorming al weer jaren opgehouden. Zijn opvolgster probeerde het via de andere weg. Dat betekende weinig eigen provinciale prioriteiten stellen en het maken van keuzen proberen te ontlopen. Zij deed bij voorbeeld alle mogelijke moeite om twee nieuwbouwprojecten in twee aaneengren-

zende regio's (Arnhem en Nijmegen) beide gehonoreerd te krijgen, terwijl de financiële kaders van het departement er maar één toestonden. De keus moest niettemin uiteindelijk toch gemaakt worden ('Een afschuwelijke opdracht. Wij zullen of in Arnhem of in Nijmegen een grote teleurstelling veroorzaken en waarschijnlijk verwijten incasseren moeten', beklagde zij zich over de staatssecretaris tegenover de pers) en het laat zich denken dat ook dat soort processen veel tijd kost. Per analogie verklaart een en ander waarom er in 1989 nog maar 11 van de 81 plannen vastgesteld waren.

Dwaze keuzen

De nodige beddenreductie voor de algemene ziekenhuizen kwam dientengevolge niet via de WZV-plannen tot stand, want die bleven nogal uit. Het departement kon daar weinig aan doen, net zo min als de provincies het veld konden dwingen wat in te schikken.

Het reduceren van de overcapaciteit werd tussen 1960 en 1985 dus vooral gerealiseerd door

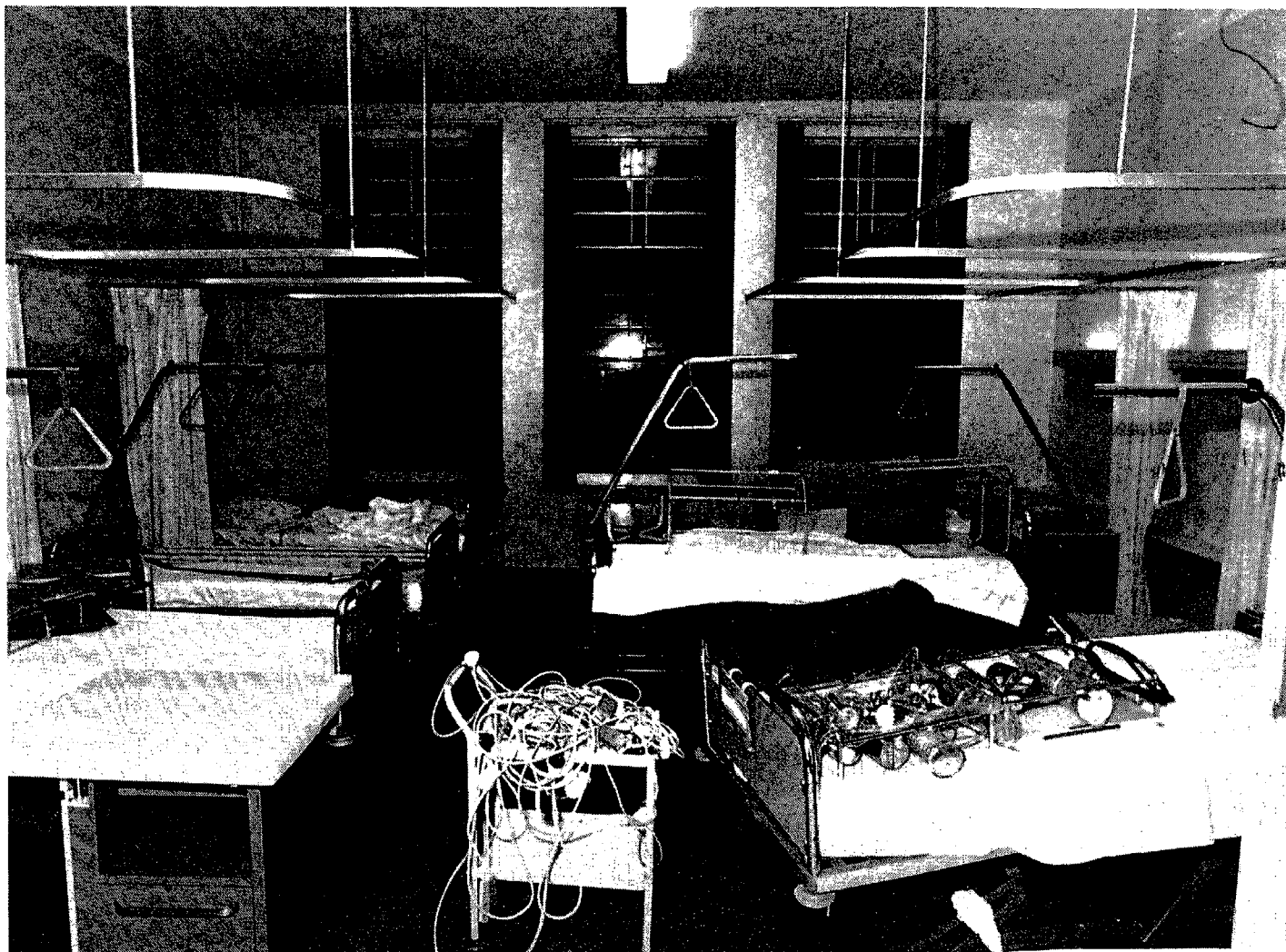
ziekenhuizen die vervangende nieuwbouw wilden entameren in de tang te nemen. Hier kon het departement op zijn beurt zijn hindermacht inzetten door vergunningen te weigeren of informeel aan een fusie te koppelen, door de afgifte te traineren en ook door tijdelijke bouwstops af te kondigen.

Dat ging echter ook niet van een leien dakje en het wentelde de lasten van de overbedding op onrechtvaardige wijze af op degenen die toevallig met een verouderde behuizing sukkelden. De andere instellingen konden zo rustig toekijken hoe er gesaneerd werd, terwijl zij buiten schot bleven. Bovendien zetten saneren via de nieuwbouw alleen veel te weinig zoden aan de dijk.

Daarom besloot minister Gardeniers gebruik te maken van haar bevoegdheid (delen van) bestaande ziekenhuizen die overtollig waren zelf als zodanig aan te wijzen en ze vervolgens te sluiten. Toen zij haar dodenlijst presenteerde was de ontzetting groot. Wat dacht deze minister wel? De wettelijke bevoegdheid tot het sluiten van overtollige voorzieningen was blijkbaar

door niemand anders dan deze minister serieus genomen. Een oud-staatssecretaris van volksgezondheid verklaarde zelfs tegenover de pers dat minister Gardeniers haar boekje ver te buiten was gegaan. In het veld viel ook te horen dat er afdelingen en zelfs ziekenhuizen op voorkwamen die allang niet meer operationeel waren, en ook dat er ronduit dwaze keuzen gemaakt waren. Ik heb niet na kunnen gaan wat daar van klopt, maar het is natuurlijk niet erg waarschijnlijk dat zo'n gedetailleerde ingreep vanuit Den Haag inhoudelijk goede besluiten oplevert: het departement kan dat nauwelijks overzien.

De provincies en de NZR waren evenwel in alle staten en zij zetten de Kamer onder druk. Die lobby had succes, want de minister werd onderuitgehaald: haar beleidskader bleef weliswaar overeind, maar de procedure deugde niet, vond de vaste kamercommissie voor Volksgezondheid. De provincies moesten de beddenreductie binnen het door de minister voorgestelde tijdspad zelf ter hand kunnen nemen. Dat had het al eerder vermelde resultaat: vijf jaar later



Een verlaten ziekenzaal in het Wilhelmina Gasthuis, dat is 'opgegaan' in het AMC.

nog niet de helft van de reductie gerealiseerd. Dat ligt overigens niet alleen aan de provincies maar ook aan de getroffen instellingen die alle waarborgen waarin de WZV voorziet en in het algemeen alle juridische middelen aangegrepen hebben om hun bestaan te rekken.

Dat staft mijn eerder gedane bewering: het hebben van zware wettelijke bevoegdheden zegt op zich niet zoveel; je moet ze ook nog kunnen gebruiken.

Gevangene van het veld

Het bovenstaande illustreert het betrekkelijke van een instrumentele benadering van beleid. Zaken als planning en wettelijke bevoegdheden zijn alleen maar instrumenteel voor zover de politieke en maatschappelijke context dat toestaat. In ziekenhuisland stond en staat die context alleen maar instrumenten toe die recht doen aan de inbreng van vrijwel alle betrokkenen op alle niveaus en onderdelen. Dat zet de deur open voor allerlei dilemma's van vertegenwoordigend bestuur en omdat die in het ziekenhuiswezen inderdaad welig bleken te tieren, werd de WZV cum annexis tot de treurige figuur die zij geworden is. Deze dilemma's zullen we tot slot kort bezien.

Ten eerste is daar het dilemma van de instellingen met nieuwbouwplannen. Een initiatief nemen betekent dat iedereen zal proberen de noodzakelijke beddenreductie voor de regio via het nieuwbouwproject te realiseren. Dat is wel zo gemakkelijk voor de andere instellingen in de regio, maar de eigen organisatie zal niet staan te juichen als men tot een fusie gedwongen wordt, de eigen capaciteit tot de helft teruggebracht ziet of, wat in het eerder genoemde onderzoek een gedocumenteerde casus is, het eigen ziekenhuis tot een verpleeghuis teruggebracht wordt.

Ten tweede is er het probleem van het draagvlak, dat niet zozeer voor de instellingen speelt, maar vooral voor de politiek verantwoordelijke

bestuurders. Beleidsdoelstellingen die zij ontwikkelen en die niet gedragen worden door het veld zijn bijna per definitie onhaalbaar. Een minister, een gedeputeerde en een wethouder zijn echter door gekozen volksvertegenwoordigers ter verantwoording te roepen, en hebben hun positie op basis van verkiezingen. In de praktijk is die democratische legitimatie niet altijd even sterk, maar het is wel het beste wat we hebben. Deze aldus gelegitimeerde bestuurders zijn echter de gevangene van het veld, en het is maar de vraag wat die positie van het veld legitimeert.

Verlanglijstjes

Het mogelijke antwoord 'hun deskundigheid', brengt een derde dilemma naar voren. Die - onmisbare - deskundigheid is in de meerderheid van de gevallen niet los te koppelen van een (deel)belang. Hoe hard of een voorziening nodig is en wat daar wel of niet mee kan, kan het beste beoordeeld worden door de professionals. Zij moeten dus betrokken zijn. Het probleem is alleen dat zij ook degenen zijn die er belang bij hebben. De vraag is dus waar zij in hun oordeelsvorming de voorrang aan geven en hoe dat te controleren valt.

Ten vierde is er het dilemma centraal versus decentraal. Centraliseert men de besluitvorming, dan is het voorspelbaar dat de op centraal niveau genomen besluiten op lokaal niveau maar al te vaak de inhoudelijk verkeerde blijken te zijn. Laat men het over aan het decentrale niveau, dan resulteert dat vrijwel zeker in landelijke totalen die al evenmin wenselijk zijn.

De in de WZV gekozen oplossing voor dit vierde dilemma - decentrale planontwikkeling binnen centraal opgestelde randvoorwaarden - liep vast op nog weer een ander dilemma: dat tussen wel (mee)beslissen maar niet (mee)betalen. Als vrijwel alle betrokkenen aan de besluitvorming deelnemen, en in ziekenhuisland kan het moeilijk anders, dan wordt het onmogelijk

de meebeslissers ook financieel betrokken te laten zijn. In feite is bij de ziekenhuisbouw alleen de departementale begroting in het geding. Dat maakt de afweging voor de anderen stukken makkelijker, maar ook minder evenwichtig.

Uiteindelijk dient dan iedereen verlanglijstjes in en poogt het departement de hand op de knip en de landelijke totalen onder controle te houden. Dat resulteert natuurlijk in steeds striktere centrale randvoorwaarden voor de planning, die op de decentrale niveaus ergernis verwekken en dus prompt weer poogt op te rekken of te omzeilen.

Verloren strijd

Tenslotte is er de dilemma-achtige positie van de intermediair, in casu de provincie. Wat moet zij doen? Eigen keuzen maken binnen de randvoorwaarden van het rijk en dus een op voorhand verloren strijd met het veld beginnen? Of de verlangens van het veld overnemen, zich tot zijn spreekbuis maken en de centrale kaders pogen op te rekken? Beide keuzen zijn onaantrekkelijk. Wat een provincie ook kiest, het kost haar veel bestuurlijke inspanning en het levert haar weinig dankbaarheid op.

Deze dilemma's zijn niet op te lossen door een greep naar andere instrumenten uit de bestuurskundige gereedschapskist. Er zit niets anders op dan er mee om te gaan, net zo lang tot de maatschappelijke en politieke verhoudingen iets anders toestaan. De slachtoffers van deze situatie zijn onder te verdelen in twee groepen. Ten eerste zijn dat de betrokkenen die iets moeten bereiken, omdat ze daarop afgerekend worden, of vanwege hun budget. Ten tweede zijn dat de burgers, die uiteindelijk voor de onnodig hoge kosten opdraaien. Zij hebben mijn sympathie. Maar behalve een analyse van hun lot heeft de bestuurswetenschap geen instrumenten ter beschikking waarmee de toestand drastisch verbeterd kan worden.«