

Kiezen en delen

6483

De beschouwing van de hand van B. Wijnberg (blz. 1604) over het ontwerp van de nieuwe zorgwet, de Wet gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (WGM), die de thans bestaande Wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG) zal gaan vervangen, is een gereede aanleiding om een aantal kanttekeningen bij dit ontwerp te maken.

Zoals bekend is de thans onderweg zijnde wet een samensmelting van de WVG en de Kaderwet Specifiek Welzijn, die in de herfst van 1983 door de minister werd ingetrokken nadat daaraan tien jaar was gewerkt¹. De essentie van het huidige ontwerp, dat qua structuur vooral op de WVG is geënt, is dat gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening in één kader worden ondergebracht. Dit kader is vooral een financieel kader, hetgeen tot uitdrukking wordt gebracht in de jaarlijkse publikatie van het Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (FOGM), dat dit jaar voor het eerst – als opvolger van het Financieel overzicht geneeskunde (FOG) – het licht zag. Dit financiële kader wordt wel bemoeilijkt door het feit dat de financiering van de gezondheidszorg en van de maatschappelijke dienstverlening uit verschillende bronnen geschiedt. Een financieel kader dient echter ruimte te bieden voor herallocatie en voor substitutie van middelen. Er zal nog een lange financiële marteling moeten worden gegaan om zover te komen. Toch staat of valt de werksfeer van de wet met de mogelijkheid tot het wijzigen van de bestemming van gelden.

Het kader van het totale veld van hulpverlening wordt weliswaar door de financiering begrensd, doch deze vindt plaats op basis van een doorlopende planning. De brug tussen planning en financiering is, zo staat het in de Memorie van Toelichting², de erkenning. Erkenningsbeschikkingen van instellingen op het gebied van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening worden dus gebaseerd op ingediende plannen. Een subsidieverlening wordt aan enkele criteria getoetst: het voldoen aan kwaliteitseisen en de behoefte die aan de voorziening bestaat. Geen erkenning, geen geld; maar daar staat tegenover: wel erkenning, dan ook recht op financiering.

Voor personen die werkzaam zijn op het terrein van de gezondheidszorg (huisartsen, fysiotherapeuten) blijven de regels zoals die in de WVG zijn vastgesteld (artt.

J. C. van Es

**Structuur eerste lijn
aanpassen aan
taakuitbreiding**

52-56) ook in het nieuwe wetsontwerp onverminderd bestaan. Nieuw is artikel 74b, waarin het gebruik van de voorzieningen en de indicatiestelling daartoe worden geregeld. Hieronder wordt blijkens de Memorie van Toelichting verstaan: '... de feitelijke vaststelling door een daartoe rechtens gekwalificeerd(e) persoon, orgaan of instelling van de behoefte van een individu aan een bepaalde hulp- of dienstverlening van medische, psychosociale en/of sociale aard, op basis van beoordeling van zijn of haar lichamelijke, psychische en/of sociale situatie, in gevallen waarin het gebruik van die hulp- of dienstverlening niet voor ieder onbepaald openstaat. De indicatiestelling is in wezen het moment van koppeling van de specifieke behoeften van een individu aan een beschikbaar totaalaanbod van voorzieningen'. Het verkeer over de brug die tussen de pijlers van planning en financiering is gespannen wordt dus via de rode en groene lichten van de indicatiestelling geregeld. Dit geldt vooral voor de maatschappelijke dienstverlening, maar ook in de sfeer van de AWBZ en de Ziekenfondswet zal de indicatiestelling voor een aantal voorzieningen moeten worden gehanteerd.

De opzet van de wet is, zoals bekend, de besluitvorming en de daarmee gepaard gaande keuzen zoveel mogelijk te decentraliseren. Toch zal de vrijheid van de lagere overheden verre van omvangrijk zijn. Terecht stelt L. J. A. Boelen in dit nummer van Medisch Contact (blz. 1601), dat '... de centrale overheid de knip op de beurs houdt en daarmee in feite de decentrale planvorming beheerst'. Met andere woorden: de speelruimte om tot een herschikking van gelden te komen zal voor de lagere overheden betrekkelijk gering zijn.

De overheid is reeds tien jaar expliciet een voorstander van een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg en van een verschuiving van taken van de tweede naar de eerstelijnsgezondheidszorg. Keer op keer zijn we tot de conclusie moeten

komen dat daar in de praktijk nog niet veel van is terechtgekomen.

Dat de aandacht voor samenwerking tussen huisartsen en specialisten juist nu opbloeit is niet geheel toevallig: de budgetfinanciering geeft daartoe zekere prikkels. Dit doet echter niets af aan de groeiende belangstelling van het zoeken naar constructieve oplossingen voor samengaan en herallocatie. Er zijn daarbij heel veel belemmeringen te overwinnen, maar bovenal zullen huisarts en specialist tot zodanige afspraken moeten komen dat hun werk complementair is, niet concurrerend. Het prepareren van de eerstelijnsgezondheidszorg op taakuitbreiding en taakherziening vergt een daarop gerichte scholing en nascholing, maar ook dient de structuur van de eerstelijns geneeskunde aan die taakuitbreiding te worden aangepast.

Wat betekent dat onder andere? Zoals de werkers in een ziekenhuis in één organisatie zijn ondergebracht, op contractbasis of door dienstverband, waardoor een goed samenspel van alle afdelingen en beroepsgroepen wordt gegarandeerd, zo vergt een taakverschuiving naar de eerste lijn dat die eerste lijn op analoge manier wordt georganiseerd. In de huidige structuur vallen het werkgebied van de huisarts en dat van de wijkverpleegkundige niet met elkaar samen, zijn de wijkverpleegkundige en de gezinsverzorgster in verschillende organisaties ondergebracht en ressorteren maatschappelijk werkers onder weer een andere organisatie. Zolang de eerste lijn zo'n disharmonische structuur vertoont, zal van een overname van taken uit de tweede lijn geen sprake zijn: de kwaliteit van de hulpverlening kan dan onvoldoende worden gegarandeerd. Het is dan ook te betreuren dat het wetsontwerp in dit opzicht niet meer houvast biedt. In de Memorie van Toelichting wordt weliswaar gesteld, dat er 'geen sprake dient te zijn van gescheiden dienst- en hulpverlenende circuits', en ook dat '... samenwerking zou kunnen worden bevorderd door samenhangende systemen voor indicatiestelling'. Beter ware geweest als – met behoud van de opmerking dat de in het geding zijnde professionele verantwoordelijkheden dienen te zijn gewaarborgd – de integratie van de verschillende vormen van zorg expliciet als voorwaarde voor de erkenning zou zijn ingevoerd. ■

1. Desintegratie voor herregulatie. Medisch Contact 1983; 38: 1207.

2. Ontwerp van een voorstel van een wet, houdende wijziging van de Wet voorzieningen gezondheidszorg. 's-Gravenhage, 19 juli 1984.