

## WVG en rapport-Dekker

Een van de consequenties van de invoering van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) is dat burgerlijke gemeenten zich met de gezondheidszorg moeten bezighouden, volgens opzicht in het bijzonder met de eerstelijnszorg. Dit nummer van Medisch Contact biedt enkele voorproefjes van die gemeentelijke activiteiten, in het bijzonder van de uitvoering van het ook aan de gemeenten toebedeelde vestigingsbeleid.

Om met dit laatste te beginnen: in een artikel van de hand van P. Lems kan men lezen welke haken en ogen er aan het vestigingsbeleid zitten (blz. 587). Uit een door hem beschreven casus wordt duidelijk hoe weinig ruimte een gemeentebestuur bezit om zolang het aantal huisartsen de gestelde norm te boven gaat (en dat is in de grote gemeenten het geval) een echt beleid te voeren, terwijl het de vraag is in hoeverre dat na de normering van het aantal huisartsen wel het geval zal zijn. Vestigingsbeleid en het stimuleren van samenwerkingsvormen kunnen met elkaar in botsing komen. Het blijkt wel erg moeilijk te zijn een consistente regelgeving op te stellen waarvan alle consequenties zijn doordacht.

In een tweede artikel, van de hand van M. J. P. Wulms (blz. 589), wordt getoond dat veel gemeenten moeite hebben met het maken van een creatief beleid. Een analyse van tientallen gemeentelijke gezondheidszorgnota's heeft de bevinding opgeleverd dat een creatieve visie vaak zelfs ontbreekt; men volgt maar al te graag de inhoud van Rijksnota's, en die zijn nogal eens wisselend van intentie. Een van de beleidsvragen waarmee een gemeentebestuur zich kan bezighouden, zo blijkt uit het artikel van Lems, is de zorg voor pluriformiteit van de hulpverlening. Tot nu toe is het moeilijk daarin een zekere lijn te brengen; zelfs die lijn is al moeilijk te formuleren. Er rijst geen fraai beeld op van de WVG: deze draagt niet bepaald bij tot inspirerende en vernieuwende ontwikkelingen in de gezondheidszorg; er gaat eerder een remmende werking van uit.

Tot op zekere hoogte kan men in deze gehele benadering een bewijs uit het ongerijmde zien dat een andere benadering, te weten die welke door de commissie-Dekker wordt voorgestaan, de voor-



keur verdient. De discussie en de op betrekkelijk korte termijn te verwachten besluitvorming daarover moeten voor gemeentebesturen wel demotiverend werken en hun het gevoel geven alles voor niets te hebben gedaan: in de voorstellen van de commissie-Dekker ligt immers de intrekking van de WVG opgesloten! Vóór de invoering van de WVG werd heftig gediscussieerd over de vraag wie de grootste stem in het kapittel zou moeten hebben: de ziekenfondsen of de gemeenten. Met de invoering van de plannen van de commissie-Dekker zal alsnog worden teruggekomen op het besluit de gemeenten een belangrijke rol te laten spelen.

Het is belangwekkend te vernemen dat ook de Sociaal Economische Raad (SER) in een ontwerpadvies pleit voor een belangrijke rol van de ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars. Deze organisaties zouden volgens dit ontwerpadvies grotere tegenkrachten moeten vormen tegen ziekenhuizen en medici, die dan ook niet meer in de besturen van de ziekenfondsen zouden thuishoren. Volgens de plannen van de SER zouden de ziekenfondsen en de verzekeraars regionale plannen moeten maken binnen centraal vastgestelde budgetten. Deze voorstellen wijzen globaal gezien in dezelfde richting als die van de commissie-Dekker, hoewel het erop lijkt dat de SER een zwaarder accent legt op de planning door ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars. Met een dergelijke opzet zou wel worden voldaan aan de ook door de Wetenschappelijke Raad voor het Regeeringsbeleid (WRR) bepleite integratie van planning en financiering<sup>1</sup>. De invoering van een dergelijke samenhang is onontbeerlijk voor het verkrijgen van een beheersbare gezondheidszorg! Niet de gemeenten maar de verzekeraars zullen dan creatief moeten worden.

Actie veroorzaakt reactie. De doodlopende weg van de overregulering, die steeds weer om nieuwe regulering vraagt, wordt in steeds breder kring verworpen. Er zijn echter wel gevestigde belangen ontstaan die een radicale verandering een stok tussen de benen kunnen steken. Het zal dringend noodzakelijk zijn de consequenties op kortere en op langere termijn van de invoering van een plan-Dekker zo intensief mogelijk te bestuderen, en dan niet alleen de financiële consequenties. De geschiedenis leert hoe moeilijk dat is. Men kan hopen dat een minder gereguleerd systeem, gebaseerd op de toepassing van het marktmechanisme, betere 'feed-back'-mechanismen in gang zet dan een vergaande regelgeving. De kans is echter groot dat in dat geval andere *ongewenste bijwerkingen* dan bij regelgeving zullen optreden die tevoren niet waren voorzien. Zal een beroepsgroep niet geneigd zijn een restrictief 'manpower'-beleid te voeren, zodat door een relatieve schaarste de eigen marktwaarde toeneemt en concurrentiemogelijkheden afnemen? Men wil wel concurrentie bevorderen, maar wat heeft dat voor consequenties voor de solidariteit binnen de beroepsgroep? Solidariteit is ook nodig voor een goed functioneren van de gezondheidszorg. Lukt het kartelvorming binnen beroepsgroepen te vermijden? Zullen ziektekostenverzekeraars en ziekenfondsen daartoe overgaan? Zullen patiëntenstromen zich op een rationelere wijze door het medische gebied bewegen dan voorheen? Komt de juiste patiënt op de juiste plaats? Vragen te over. En wat zal de rol van de beroepsorganisatie(s) zijn? Hoe zullen die in de toekomst eenheid en concurrentie in eigen boezem verenigen? Beroepsorganisaties zullen zich op een nog complexer terrein moeten bewegen dan voorheen. Voorbereiding op die nieuwe taken is noodzakelijk; daarom is ook een creatief antwoord van de beroepsgroep(en) op de nieuwe uitdaging dringend nodig. □

1. Sociale ziektekostenverzekeringen in Europees perspectief; voorstudies en achtergronden. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1987. (WVR V 56).