



Macht en tegenmacht in de gezondheidszorg

Vijf jaar actieve werking in de gezondheidszorg: te kort om ingrijpende veranderingen te zien en toch een hele periode om met eenzelfde enthousiasme voort te ploegen. Vanwaar de behoefte aan reflectie? Door de schaarsheid aan resultaat — wat is er in die vijf jaar veranderd in de gezondheidszorg? Of vanuit de snelle opvolging van ups en downs in het basiswerk; vanuit een konflikt tussen werken aan structuren en uitbouwen van onderlinge relaties; tussen alternatieve politiek en alternatieve kultuur? Of een konflikt tussen je eigen revolte tegen de morele onderdrukking van de 'basis' en de apathie — de onbewustheid van die basis — gehecht aan schijnoplossingen en direkt resultaat?

Dit artikel is een kompromis tussen rede en gevoel. Een gevoelsmatige analyse van de gezondheidszorg. Een subjektieve interpretatie van wat een alternatieve praktijk zou kunnen zijn. Het kostte me zes maand om dit neer te schrijven, met ups en downs...

1. Historische achtergronden in de maatschappelijke positie van de arts.

Tussen de geneesheer van vroeger en de arts van vandaag zijn er niet veel punten van overeenkomst meer, zeker niet op het technisch terrein van het genezen zelf. Nochtans wordt dat gemetamorfoseerde medisch hoofd nog steeds omkranst door een dubbel aureool: van de **status** die de arrogantie toelaat zoals een Wynen ze verpersoonlijkt; van de rol als **behoeder van de gezondheidszorg**.

Hoe fiktief dit aureool wel is, hebben enkele socialistische oud-kolonies (zoals Mozambique) ons geleerd: door het radikaal overboord gooien van het medisch denkmodel wisten zij de gezondheid wezenlijk te verbeteren. Een medisch denkmodel dat bijzonder lukratief is voor het 'medisch apparaat', maar waarvan het maatschappelijk nut mag betwijfeld worden, tenminste als we de vraag stellen of het de kostprijs wel waard is.

Er komen echter barsten in het voetstuk van de arts. Jarenlang bleven de

geneesheren de geprivilegerde ambachtslui van de maatschappij, doorheen twee eeuwen industriële revolutie. De verklaring is vrij eenvoudig: pas sinds '50 is de industriële revolutie doorgedrongen tot de geneeskunde. Met een ontzettende snelheid werd de medisch-technologische en farmaceutische nijverheid een speerpunt van het multi-nationaal kapitalisme.

Deze pijlsnelle groei werd mogelijk gemaakt door een wonderlijke harmonie tussen produktie van diagnose- en behandelingstechnieken en de verzekerde konsumptie ervan. De geneesheren zijn de sleuteldragers. Want zij bepalen het verbruik: door hun geïndoktrineerd voorschrijfgedrag; door hun overdadig gebruik van de duurste onderzoeksmethodes.

De industrie maakt winst, op voorwaarde dat hun produktie ook verkocht geraakt. Meer konsumptie, meer winst. De artsen zorgen voor meer konsumptie, en ze varen er goed bij. En de cirkel wordt gesloten door de staat. Door een allesomvattende waarborg van het produktie-konsumptiemechanisme: de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Sinds 1950 is de rol van de arts grondig veranderd. Op korte tijd ging zijn technisch functioneren primeren op de rol van begeleider en raadgever. Diametraal staat daartegenover de evolutie in de behoeften, want het lichamenlijk ziek zijn verloor aan belang in een nochtans verziekende maatschappij. (1)

De fundamentele kritiek op het 'medisch model' bleef dan ook niet uit. De kritiek op de gevolgen voor onze gezondheid van een eenzijdig ontwikkelde geneeskunde komt hierop neer: te groot en schadelijk gebruik van geneesmiddelen, toenemende afhankelijkheid van medische zorg... Deze kritiek drong ook door binnen de wereld van de gezondheidszorg. Het voorschrijfgedrag bij huisartsen kentert; er zijn reeds een aantal interessante experimenten. (2) Dit betekent weliswaar nog het einde niet van de eenzijdige uitbouw van de geneeskunde.

De ontwikkeling van de machtsverhoudingen binnen het kapitalisme grijpt veel meer in op het karakter van de gezondheidszorg. Totnogtoe trachtte ik aan te duiden dat de arts een sleutelpositie inneemt in de **konsumptie van medische technologie**. In feite funktioneert hij als kader in dienst van een kapitalistisch produktieapparaat. Maar zijn statuut is niet meegeëvolueerd. Hij oefent nog steeds een vrij beroep uit, en behoort daardoor tot een korporatistische klasse, met flink wat macht. Deze macht komt in hoofdzaak tot uiting op het terrein van de ziekteverzekering, die de medische konsumptie vergoedt. Dit gebeurt via een **betaling per prestatie**: de arts-patiënt-relatie wordt opgedeeld in contactmomenten en behandelingen die elk per stuk vergoed worden. Via hun artsensyndikaten bepaalt het artsenkorps mee de prijs van die akten. De ziekenfondsen vormen de enige tegenspeler. Waar de mutualiteiten

eertijds een historische rol speelden in de arbeidersstrijd, primeert voor hen nu het voortbestaan: het middel is doel geworden; de ziekenfondsen krijgen een percentage aan administratiekosten, evenredig aan de omzet van de ziekteverzekering, rechtstreeks afhankelijk van het aantal prestaties. Het inkomen (niet onderworpen aan welke controle ook) van de zuil is zodanig verweven met de prestatiegeneeskunde — en vormt bovendien de financiële hoeksteen voor de macht van de zuil zelf — dat het voortbestaan ervan de politiek van de zuil bepaalt. Niet de belangen van de arbeidersklasse, maar het belang van het instituut determineert. Vandaar de verregaande kollusie tussen mutualistische en artsensyndikale top; vandaar de spanningen tussen syndikalistische en mutualistische tendenzen binnen de arbeidersbeweging (wat onlangs b.v. bleek uit het doodzwijgen door de ACW-top van de felle kritiek op de toegevingen aan de regering op het vlak van sociale zekerheid).

Voor het uitvoeren van hun prestaties hebben de geneesheren o.m. **technische apparatuur** nodig. Multinationals zoals Siemens, Philips, I.B.M. kunnen deze produceren. Het gaat frekwent om civiele toepassingen van oorspronkelijk militaire research (b.v. laserstraal, ultrason). Tussen '50 en '75 is er een 'boom' geweest van nieuwe technieken. Dit ging ook gepaard met het verschuiven van het belang van de intellectuele handeling (interpretatie van onderzoeksresultaten) naar het ontwerpen van de machines: de bediening en de werking van de apparatuur is dermate geperfectioneerd dat quasi kant en klaardiagnoses afgeleverd worden. Dit heeft zijn gevolgen in de positie van de geneesheer. Denken we aan de klinisch bioloog: dit is de arts niet meer die samen met zijn laboranten een aantal testen manueel uitvoert, maar de manager van technologische apparatuur en komputertechnieken. Een technisch ingenieur zou deze rol evengoed kunnen vervullen (zelfs met meer kennis van het technologisch proces). Hetzelfde geldt voor de radiologie en voor de kerngeneeskunde. De onmisbaarheid van een geneesheer-specialist kan hier sterk in vraag worden gesteld.

De hoge vlucht van technologie in de geneeskunde heeft minder te maken met heroïsche ontwikkelingen van de medische wetenschap dan wel met de ontwikkeling van de multinationale industrie die in de geneeskunde een interessante markt ontdekte. Zeer snel kwam de geneeskunde dan ook onder invloed van de economische wetmatigheden. (3)

2. Een gewijzigde economische kontekst

Aan het ontdekken van vernieuwende technieken (die vroegere en meer omslachtige technieken kunnen vervangen) zijn grenzen. Artsen, die per prestatie vergoed worden, kopen wel machines die die nieuwe tech-

nieren toepasbaar maken, maar zijn niet erg geneigd om hun bestaande apparatuur te elimineren. Eens een machine gekocht, gebruikt men ze zo lang mogelijk, want iedere prestatie wordt betaald ook al is de machine al lang afgeschreven. Hoe meer prestaties, des te hoger de winst.

Wanneer de industrie niet meer bij machte is voldoende nieuwe technieken op punt te stellen, die andere apparatuur vereist, wil zij op een andere wijze toch de afzet op hoog peil te houden nl. door een **hoge turn-over van de machines**. Deze apparatuur wordt door een beperkt aantal multinationals geproduceerd. Zij zorgen er voor dat — om de afzet op peil te houden — ze vlug genoeg moeten vervangen worden (hoge turn-over). Dit is juist het kenmerkende van de hedendaagse medische technologie. De vernieuwingen bestaan niet zozeer meer uit het uitvinden van nieuwe technieken, dan wel uit het verfijnen van bestaande technologie. B.v. door het toepassen van computers. Eén van de gevolgen is dat de faktor arbeid sekundair wordt aan de faktor kapitaal. In de betaling per prestatie wordt hiermee geen rekening gehouden : het ereloon van de arts dekt zowel de investering als de loonkost (van zichzelf en van zijn personeel). De investering is een eenmalig iets, en gebeurt vóór de prestaties verricht worden. De loonkost ontstaat wanneer het personeel de machine bedient, en is dus in zekere zin evenredig aan het aantal prestaties, in tegenstelling tot de eerste kostenfaktor.

In het huidig stelsel kan de geneesheer op twee wijzen zijn winst verhogen :

1. door de investeringslast te drukken via een maximale aanwending van de machine, dus vermenigvuldigen van de prestaties ;
2. door de personeelskost te drukken ; dit door automatisatie.

Let wel : met geneesheer bedoelen we hier eigenlijk het medisch apparaat van ziekenhuizen, poliklinieken (inrichting waar niet-bedlegerige patiënten onderzocht en behandeld worden) en specialisten die geneeskundige verzorging bieden langs de ziekteverzekering om (dus per prestatie vergoed). Voor een aantal apparaten kan de individuele arts onvoldoende kapitaal opbrengen voor de aankoop en komt dan terecht in het netwerk van ziekenhuizen en poliklinieken, die via hun belangenvertegenwoordiging nauw aanleunen bij de mutualistische zuilen. Ook op het financieel terrein kan men spreken van een stevige medico-mutualistische machtsconcentratie (met dan een klein tussensprongetje over de ziekenhuisfederaties zoals Caritas Catholica).

Door al deze factoren (investeringen en personeelskosten gedekt door betaling per prestatie — maximaliseren van prestaties — gewaarborgde vergoeding door het RIZIV — concentratie van macht bij de belanghebbenden) sprongen de uitgaven van de ziekteverzekering uit de pan. Maar ook de grootindustrie is niet zo gelukkig met deze gang van zaken. Aan de draagkracht van het RIZIV zijn grenzen, en beperkende maat-

regelen in de spitssectoren (radiologie-klinische biologie) betekenen een bedreiging voor een vlotte afzet van apparatuur.

Samen met het kapitaal is ook de staat niet meer gevleid door de artsen-eisen : er moet immers teveel geld naar die ziekteverzekering toe, en aan het uitpersen van de zieke zijn grenzen (we denken aan de herstelwet-maatregelen en konsoorten).

Men kan spreken van een **belangentegenstelling tussen medisch korps** aan de ene kant en **grootindustrie, staat** (en natuurlijk ook de werkgevers en werknemers die de faktuur betalen) langs de andere kant. De tegenstelling is rechtstreeks het gevolg van het niet mee evolueren van de korporatistische medische machtsstructuur met deze van het staats-monopoliekapitalisme.

Het anachronisme komt voort uit de opstelling van artsen als vrije ondernemers, terwijl hun maatschappelijk functioneren veeleer beantwoordt aan de rol van hogere kaders. Er is immers binnen de gezondheidszorg een verschuiving aan de gang van de kapitaalstroom waarbij de rol van de artsen afneemt ten voordele van andere groepen. Het zijn niet de artsen die de grote investeringen financieren, maar ziekenhuizen en poliklinieken, waarvan de machtsstructuren via mutualiteiten, Caritas Catholica en overheid (OCMW's) lopen. Bovendien is de farmaceutische sektor aanzienlijk gegroeid, waarbij de macht duidelijk in het buitenland ligt, gezien het multinationalaal karakter.

3. Politieke uitdrukking van de economische veranderingen

Economische veranderingen vertalen zich geleidelijk in een politieke machtswijziging. Vooreerst neemt de centrale overheid (de regering) steeds een belangrijker positie in. Via programma-, begrotings- en herstelwetten werd de financiële manoeuvreerruimte van b.v. een commissie artsen-ziekenfondsen ingeperkt.

Die centrale overheid is uiteraard geen objectief scheidsrechter. Ministers komen uit een bepaalde 'hoek'. Kabinetten zijn bevolkt met mensen uit diverse drukkingsgroepen. In deze politieke wirwar valt de aanwezigheid van de christelijke ziekenfondsen en Caritas Catholica op.

De rol van de mutualiteiten in de gezondheidspolitiek dient nader belicht. Reeds eerder toonden we aan dat zij belanghebbende partij zijn bij een systeem van betaling per prestatie, gezien de evenredigheid tussen administratiekosten en uitbetaalde prestaties. Dit heeft geleid tot een waar verbond tussen artsensyndikaten en ziekenfondsen. Deze alliantie weegt zwaar door op de besluitvorming binnen de arbeidersbeweging, vooral wanneer onder druk van de financiële toestand de beginselen van de ziekteverzekering bekeken worden. Men kan spreken van een machtsstrijd tussen syndikalistische en mutualistische strek-

kingen vooral dan in de christelijke arbeidersbeweging (4). Vergeten we niet dat de mutualiteiten (die niet aan overheidscontrole onderworpen zijn) een belangrijke financiële stut vormen voor de politieke zuil.

De geleidelijke veranderingen in de gezondheidszorg ontgaan de mutualiteiten niet. Zij beschikken immers over degelijke studiediensten. Kenmerkend is bijvoorbeeld de evolutie in verband met de thuisgezondheidszorg. Reeds een tiental jaar is via experimenten en studiewerk een denkproces aan de gang rond de uitbouw van de eestelijnsgezondheidszorg. De frekwente aanwezigheid van de mutualiteiten in deze experimenten valt op. Bovendien zijn de mutualiteiten en Caritas Catholica erin geslaagd het principe van de thuisgezondheidszorg in de wet te doen opnemen. Caritas — belangengroep van de katholieke ziekenhuizen — neemt hieraan deel om de invloed van de tweede lijn (de ziekenhuissector) op de gezondheidszorg te bestendigen.

Totnogtoe hebben de ziekenfondsen geen structurele banden met de huisartsgeneeskunde — in tegenstelling met de specialistische geneeskunde waar de poliklinieken een belangrijk stuk van uitmaken. Des te meer zijn zij actief in de thuisverpleegkunde.

Ver van de openbaarheid worden plannen gesmeed om de thuisgezondheidszorg uit te bouwen via diensten waar de mutualiteiten de toon aangeven. Vanuit die diensten zou de greep op de eerstelijnszorg verstevigd worden, wat onvermijdelijk tot verdere verzuiling van de gezondheidszorg zal leiden. Ook de verhouding tot de huisartsgeneeskunde zal grondig beïnvloed worden.

De mutualiteiten weten immers dat de huisarts een meer centrale rol zal krijgen (o.m. via een verwijsplicht naar de specialist via de huisarts) en dat andere betalingsvormen (zoals forfaitaire betalingsvormen) dan die per prestatie vroeg of laat ingang zullen vinden. Vooral jonge huisartsen die steeds minder aan hun trekken komen, zullen gemakkelijk een kontrakt afsluiten met één van de zuilen.

Deze evoluties zijn erg belangrijk voor de ziekenfondsen omdat zij de geleidelijke aftakeling van de specialistische spitsgeneeskunde aanvoelen. Zij zijn op zoek naar nieuwe aktieterreinen, waar groei wel mogelijk is. De eerstelijnsgezondheidszorg biedt een interessant braakliggend terrein, waar de konkrete macht van b.v. de artsen heel wat kleiner is dan in de specialistische ziekenhuizen. De mutualiteiten proberen niet alleen greep te krijgen op wat zich in de toekomst zal uitbouwen. Momenteel voeren zij een machtspolitiek die alle bronnen tracht uit te putten (voor Vlaanderen is alleen de houding van de C.M. van belang). 1. de ziekenfondsen hoeden er zich voor dat het bestaande stelsel te snel over de kop zou gaan. Vermits zij financieel voordeel halen uit de prestatiegeneeskunde en hoewel de geleidelijke aftakeling ervan hen bekend is, zorgen zij ervoor nu **geen stelling te kiezen** voor één van de

twee machtspolen. Zij profiteren mee van de worstelingen vanwege de artsensyndikaten om zoveel mogelijk terrein te behouden via het akkoordensel. Ondertussen nestelen ze zich stevig in de gelederen van de regering en vormen ze een deel van de nieuwe centrale macht in dit land. Op die manier voeren ze in feite een januspolitiek, en juist daarom blijven ze momenteel zo sterk op de achtergrond. Geen grote stellingen, geen principiële eisen. Daarmee houden ze de handen vrij om de huik naar de wind te hangen.

2. de mutualiteiten voeren een ware **imperialistische politiek t.o.v. de ziekteverzekering** in het algemeen, door het kreëren van enorme vertragingen in de turn-over van gelden. Kenmerkend is de situatie van de ziekenhuizen die 9 maand op hun geld moeten wachten. Deze politiek is bijzonder winstgevend voor de financiële groepen (waar de arbeidersbeweging toch ook flink in vertegenwoordigd is : B.A.C., Volksdeposito-kas, Codep...). De mutualiteiten helpen hierdoor mee de winsten spekken van hun zusterorganisaties. Alleen al aan intrestlasten verliest de ziekteverzekering ettelijke miljarden.

3. Op dit moment is het merendeel van de **infrastructuur** van de gezondheidszorg (ziekenhuizen, technische apparatuur en administratie) eigendom van een beperkte groep (Caritas, mutualiteiten) of van de overheid (vooral via OCMW). Gezien de verstrengeling van deze groepen kan men van een feitelijke nationalisatie spreken. Maar deze ontsnapt grotendeels aan de controle van de bevolking, vermits alles verloopt buiten de parlementaire controle om : via parastatale en ondergeschikte besturen, of via ongecontroleerde groepen.

Zetten we deze trends even op een rijtje :

- tanende macht van de korporatistische groepen, in het bijzonder de artsensyndikaten ;
- groeiende macht van de centrale overheid ;
- toenemende assimilatie van economische, financiële en mutualistische machtsgroepen met de centrale macht.

Dit lijkt me de essentie te zijn van de veranderingen in de machtsposities binnen de gezondheidszorg.

4. Een tegenmacht

Deze vraagstelling reikt uiteraard veel verder dan de gezondheidszorg. De toenemende greep van een centrale overheid, zelf meer en meer de tolk van kapitalistische machtsgroepen, geldt voor het geheel van ons maatschappelijk bestel, en in het bijzonder voor de economie.

Specifiek probleem is de rol van de progressieve bewegingen in de gezondheidszorg, waarbij progressieve artsen het meest in de kijker lopen.

Een globale aanpak van dit machtsprobleem is vermoedelijk slechts

mogelijk door een diepgaande economische, sociale en kulturele revolutie. Hoe evident ook, deze oplossing is momenteel niet aan de orde. Ze biedt weinig houvast voor een consequente politieke houding. In het bijzonder is een machtsstrijd tussen een progressieve beweging en de economische machtsgroepen op dit moment niet haalbaar. In onze politieke strategie moeten we onze machtsstrijd dan ook richten op die centra waar een directe bedreiging van uitgaat, maar welke we toch enigszins kunnen beïnvloeden.

Tegen welke macht ?

Bij uitstek moet onze aandacht gaan naar de rol van de centrale overheid, en het aandeel van de mutualiteiten en aanverwante organisaties daarin. Deze stelling houdt als consequentie in dat de strijd tegen groepen, waarvan de macht voorbijgestreefd is, minder relevant is. De progressieve beweging heeft weinig baat bij de strijd tegen artsensyndikaten en de Orde van Geneesheren (althans de openlijke strijd). Daarmee spelen zij immers in de kaart van de centrale overheid. Het enige wat men bereikt is een relatieve versnelling van een proces dat aan de gang is.

Dit betekent niet dat men de Orde en de syndikaten moet laten voor wat ze zijn. Er gaan immers bedreigingen uit van deze organisaties voor progressieve artsen. Maar door een feitelijke neutralisatie van de macht bereikt men hetzelfde doel. Bij wijze van voorbeeld :

— het volstaat dat een voldoende aantal artsen zich openlijk onttrekt aan de Orde door geen lidgeld te betalen (mits voldoende juridische afscherming), om de macht van die Orde tot ongevaarlijke proporties te herleiden. De Orde kan het zich niet meer veroorloven tegen een grote groep artsen repressief op te treden. Een geneutraliseerde Orde is veiliger dan een nieuwe Orde die gekreëerd wordt door en bondgenoot is van de centrale overheid.

— We zijn meer gebaat met het onttrekken van de progressieve artsen aan de macht van het medico-mutualistisch blok, door nieuwe betalingsvormen af te dwingen, waar geen medico-mutualistisch akkoord voor vereist is, dan met een frontale aanval op het medico-mutualistisch front.

Welke tegenmacht ?

Dergelijke strategie richt zich vooral op het creëren van nieuwe posities, waar de progressieve beweging wel stevig vat op heeft. Doet men dat niet dan worden de leemten opgevuld door de centrale overheid en de belangengroepen, die er mee verweven zijn. Dit zou in geen geval nuttig zijn voor het élan van de progressieven !

Waar liggen nieuwe posities ? Teruggrijpend naar de analyse van het medisch model, stellen we vast dat de spitsgeneeskunde, geconcentreerd "intra muros" (intra-muraal staat voor verpleging en behandeling binnen ziekenhuizen) van het ziekenhuis de grens heeft bereikt van ongecontroleerde groei. De intramurale sektor krijgt af te rekenen

met programmatie. Wij stelden reeds dat de specialist stilaan terrein verliest, omdat hij in afnemende mate zelf eigenaar is van de technische apparatuur, en dat zijn funktionieren in het kader van een betaling per prestatie in belangenconflict komt met de medisch-technologische industrie (zelfstandige ondernemer versus kaderfunctie — cfr. hoger). Waar de specialisten — in de door hen gedomineerde artsensyndikaten — volkomen in het defensief werden gedrongen naar aanleiding van de programmatie van ziekenhuizen en zware apparatuur, had de intramurale sektor, via Caritas Catholica, onder leiding van Jos De Saeger (gewezen minister van Volksgezondheid), zijn antwoord al klaar. Met name de thuisgezondheidszorg die in hun visie een uitbreidingsgebied is van de ziekenhuisverzorging. Reeds in 1978 werd de ziekenhuiswet aangepast, waardoor de wettelijke basis bestaat voor ziekenhuizen en rusthuizen om voor bejaarden regionale home-care activiteiten op te zetten.

Bij volledige realisatie van de plannen zou er in Vlaanderen voor zowat 3 miljard naar deze sektor toevloeien. Deze moet men halen uit een afslanking van de 'akute ziekenhuisbedden', wat in de matingswet 81 voorzien is. Dergelijke aanpak betekent de regelrechte invasie door de tweede lijn van de eerstelijnsgezondheidszorg.

Binnen die eerste lijn zijn er nu tegenkrachten die dergelijke inpalming met lede ogen zien naderen en waar geleidelijk aan georganiseerd verzet groeit. Vooral het Wit-Gele Kruis, mutualiteiten en de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen zijn actief in het ontwerpen van alternatieve modellen waarbij ze het ziekenhuismodel verwerpen. Deze voorstellen, waarmee druk geëxperimenteerd wordt, dreigen in grote mate tot verzuiling van de eerstelijnszorg te leiden. Hoewel men de vraag kan stellen wat nu juist het meest negatief inwerkt voor de gezondheidszorg: een gekleurde echte eerstelijns of een annexe van de ziekenhuizen? Overigens, wat betreft verpleging en familie- en bejaardenhulp is die verzuiling toch al een feit.

Er is ongetwijfeld een gegronde argwaan voor de ambities van de ziekenfondsen (vooral de christelijke) voor de thuisgezondheidszorg. De snelheid en nadruk waarmee zij de voorbereiding aanpakken van diensten voor thuisgezondheidszorg, waarbij alle takken van de katholieke stam gemobiliseerd worden, laat vermoeden dat zij vastbesloten zijn het terrein te bezetten.

De zelfstandige zorgenverstrekkers (de vrije beroepen) reageerden tot nogtoe weinig koherent noch adequaat. Vooral de angstrefleks voor het verlies aan onafhankelijkheid is bepalend. Vanuit die reflex kijkt men argwanend naar mutualistische initiatieven. De weinig geïnteresseerde en apatische houding van b.v. de progressieve artsenbeweging is merkwaardig en alarmerend.

Immers, door zich afzijdig te houden, verzwakt links de pogingen van b.v.

de Wet. Vereniging van Vlaamse Huisartsen om tot een degelijk alternatief te komen. Dat alternatief is zeker nog niet het prototype van een progressieve gezondheidszorg. M.i. ontgaat aan links het belang van een hecht, gestructureerd front van huisartsen en thuisverpleegkundigen om aan de uitbreiding van de specialistische geneeskunde een halt toe te roepen. Over de noodzaak aan echelonnering is men het volmondig eens. Maar bij de test-case thuisgezondheidszorg ontbreekt progressief op het appèl. Nochtans kan hierin de eerstelijnszorg zich structureren (of meteen begraven worden).

Waarom? Uit angst voor verlies van zijn autonomie? Uit overtuiging dat links zich kan waarmaken in de eerste lijn? Dat we sterk genoeg zijn om onze modellen uit te bouwen, ze een plaats te geven in de gezondheidszorg en de financiële leefbaarheid ervan te vrijwaren?

Mij lijkt het op dit ogenblik belangrijker twee zaken te realiseren:

— de autonomie van de eerstelijnszorg tegenover de specialistische geneeskunde;

— het bepalen van de plaats van de progressieve zorgenverstrekkers en eenheden in een georganiseerde eerstelijnszorg.

Hoe men het ook draait of keert, de ziekenfondsen zijn de sterkere partij in de eerste lijn. Laten we onze tegenmacht vanuit een berekend bondgenootschap, met behoud van onze eigenheid (b.v. via een vergoeding die niet onderworpen is aan de nefaste medico-mutualistische akkoorden). Niemand zal betwisten dat de ziekenfondsen in de gezondheidszorg overbodige en luxeuze functies hebben. Maar ze bestaan, en zijn machtiger dan ooit. En vooral lijkt de arbeidersbeweging nog niet bereid hen af te stoten, daarvoor zijn de banden te sterk. Het is juist in die arbeidersbeweging dat de progressieven steun moeten vinden.

Besluit

De gezondheidszorg is in beweging. Progressieve artsen willen deze beweging beïnvloeden. In dit artikel hebben we willen aantonen dat een impulsieve actie — vanuit gegronde ideologische stellingen — niet noodzakelijk tot objectieve verbeteringen leidt. In het bijzonder is de van weerszijden dubbelzinnige verhouding progressieven-mutualiteiten aan een grondige analyse toe, van waaruit een strategie bedacht moet worden. Konkreet betekent dit voor progressieve initiatieven dat zij niet de prioriteit leggen op een volledige uitbouw van het eigen dienstenpakket (wat ongewild leidt tot een zuil in concurrentie met de veel sterkere andere zuilen), maar veeleer trachten die mutualiteiten en aanverwante organisaties in samenwerkingsmodellen op basis van decentralisatie te betrekken.

(1) Voor mensen die op consultatie gaan bij een huisarts met 'ziekteklachten' blijkt in ongeveer 50% der gevallen dat de klachten in oorsprong niet op 'lichamelijke' maar wel op 'psychosociale' factoren terug te voeren zijn.

(2) We denken hier aan groepsgeneeskunde, wijkgezondheidscentra, Bolintrainingen, kollektief weigeren van medische reclame...

(3) Zo is de ontwikkeling van de farmaceutische research voor het merendeel in handen van de farmaceutische industrie. Van deze research gaat een belangrijk stuk naar vernieuwingen van bestaande produkten (om de marktmogelijkheden te vergroten door niet-essentiële verbeteringen, die zwaar beklemtoond worden). Daarnaast zoekt men naar toepassingsmogelijkheden van nieuwe chemische formules, die ofwel rechtstreeks door het bedrijf, ofwel door een chemische zusteronderneming van dezelfde multinational geproduceerd kunnen worden. Slechts in de mate dat formules geproduceerd en gekommercialiseerd kunnen worden, is er aandacht voor het ontwikkelen van nieuwe produkten.

(4) Een analoge machtsstrijd bestaat ook in de socialistische arbeidersbeweging. Dit is echter relatief minder belangrijk daar het beleid op het gebied van de gezondheidszorg in ons land vooral bepaald wordt door de katholieke zuil.

LEEST DE

Dit tijdschrift geeft met zijn 64 bladzijden veelzijdige informatie over alle aspecten van de DDR, over de mensen in dit land, hun dagelijkse leven en hun streven naar vreedzame contacten met alle andere volkeren in de wereld.

DDR-REVUE

TIJDSCHRIFT UIT DE DUITSE DEMOCRATISCHE REPUBLIEK

Wilt u kennismaken met de DDR-REVUE, vraagt u dan eerst een aantal gratis proefnummers aan.

Wilt u hiervoor a.u.b. onderstaande bestelbon invullen en opsturen naar:

Vereniging België—D.D.R.
Belliardstraat 59 A, Bus 3
1040 Brussel

P.R. 000-0027417-63
Bestelbon
(onderstrepen wat van toepassing is)

Ik bestel:

3 proefnummers

een abonnement op de DDR-REVUE voor 1 jaar — fr. 100

in de Nederlandse, Duitse, Deense, Engelse, Finse, Franse, Italiaanse, Zweedse taal

naam

voornaam

straat en huisnr.

postcode, woonplaats

(drukletters a.u.b.)

"Het Tijdschrift voor Diplomatie"

is aan zijn achtste jaargang toe.

Het TvD is een **uniek verschijnsel** in Vlaanderen, een maandblad over buitenlandse politiek, internationale cultuur, e.d.m.

Het is een **Vlaams initiatief** met eigen originele bijdragen over de internationale problematiek.

Het beperkt zich niet tot de politiek, het steunt geen handelsbelangen, het is niet vrijblijvend cultureel, kortom het **heeft een eigen stijl**.

De hoofdredactie is in handen van **Jacques De Visscher en Raoul Bauer**.

De achtste jaargang is zopas gestart per september 11. en loopt door t.e.m. juli 1982. Het telt 11 nummers (verschijnt niet in augustus). U kunt zich **abonneren** door overschrijving van 1.200 Fr. op postgiro 000-0015691-74 van De Nieuwe Pers N.V., E. Zolalaan 31, 1030 Brussel, met vermelding "ab. TvD 8st. jg.". De reeds verschenen nummers worden U direkt nagezonden.

Vraag eventueel een **gratis proefnummer** aan op ons adres.