

Y. Nuyens

# Sociale kaart van de gezondheidszorg in België

Over de Belgische gezondheidszorg als macro-systeem bestaan in vergelijking tot de meeste omringende Europese landen weinig beschrijvende documenten en/of analytische studies. Dit is een merkwaardige vaststelling voor een land, waar in de negentiende eeuw Quetelet voor het eerst systematisch de methodes van de statistiek toepaste op menselijke verschijnselen, meer in het bijzonder op de sociale vraagstukken (1). Meteen echter ook een illustratie van de stelling van R.C. Fox dat het particularistisch denken, het wantrouwen in gevestigde kringen en de kennis- en arbeidsdeling de informatievorming en informatieverspreiding in België remmen (2). Gegeven deze hypotheek kan het opmaken van een sociale kaart van de gezondheidszorg vooralsnog moeilijk leiden tot een volledig, systematisch en coherent profiel. Veeleer gaat het om een eerste oefening in het samenleggen van beschikbare gegevens om gezondheid als maatschappelijke waarde zichtbaar te stellen en de input- en output-processen met betrekking tot de gezondheidszorg als een maatschappelijk produkt aan de oppervlakte te brengen.

## I. Omvang van de sector gezondheidszorg en patronen van hulpverlening

Elke samenleving ontwikkelt een aantal geijkte procedures, collectieve gedragspatronen, instituties rond centraal geachte waarden. Ook rond gezondheid — of de afwezigheid hiervan — verschijnen dergelijke patronen of gietvormen waarbinnen de zorgfunctie wordt gemodelleerd. Deze zorgfunctie is op te delen in een zorg voor gezondheid — de preventieve gezondheidszorg — en een zorg voor ziekte — de curatieve gezondheidszorg. De preventieve gezondheidszorg, die zich vertaalt in diensten voor specifieke bevolkingsgroepen (o.m. moeder- en kindzorg, medisch schooltoezicht, arbeidsgeneeskunde) en voor specifieke gezondheidsproblemen (o.m. tuberculosebestrijding, vroegtijdige kankeropsporing) blijft hier buiten beschouwing (3). De curatieve gezondheidszorg van haar kant kan verder opgedeeld worden in de 'ambulante sector' (of de hulpverlening ten huize van patiënt of hulpverlener) en de 'intramurale sector' met (tijdelijke of definitieve) opname in een instelling. De opdeling in eerste-, tweede-, eventueel derdelijnszorg vanuit een hiërarchie in de zorgfuncties, die als organisatieprincipe wel in Nederland ligt uitgebouwd, is (voorlopig) weinig relevant voor de Belgische situatie, waar die hiërarchische ordening

afwezig is. Terwille van de overzichtelijkheid werd hier binnen de ambulante sector een onderscheid gemaakt tussen individuele zorgverstrekkers en georganiseerde diensten.

### Extramurale gezondheidszorg: de individuele zorgverstrekkers

#### Geneesheren

In verband met de geneesheren, zowel huisartsen als specialisten, kunnen we vaststellen:

— Een sterke groei van het aantal geneesheren en grote dichtheid. België kent — als enig EEG-land — geen toegangsbeperkingen in de medische studies (geen numerus clausus) of op de arbeidsmarkt (geen vestigingsbeleid), ofschoon dergelijke maatregelen sedert jaren (voornamelijk dan door de geneesherensyndicaten) worden bepleit. Dit heeft een exponentiële groei en een grote medische densiteit voor gevolg, zoals geïllustreerd is in tabel 1:

Tabel 1

*Evolutie van het aantal zorgverstrekkers in België (1950-1980) (4)*

Toestand op 1 januari	Geneesheren		Apothekers		Tandartsen	
	A.C.	°/°°°	A.C.	°/°°°	A.C.	°/°°°
1950	8.122	9.4	3.778	4.4	433	0.5
1960	11.380	12.5	5.266	5.8	1.041	1.1
1970	14.991	15.5	6.735	7.0	1.758	1.8
1975	17.272	17.6	6.614	6.8	2.646	2.7
1980	23.415	23.7	9.389	9.5	3.675	3.7

°/°°° = aantal per duizend inwoners

Deze ontwikkeling heeft België binnen EEG-verband op de tweede plaats gebracht inzake artsendichtheid (momenteel 1 arts voor ongeveer 400 inwoners).

— Overwegend solistische praktijk. Zowel huisartsen als specialisten werken overwegend in individuele praktijken. Voor 90% der huisartsen betekent dit een privaat kabinet, meestal in het eigen woonhuis. Binnen deze solistische praktijk is vooralsnog weinig ruimte voor paramedische en secretariële hulp, functies die meestal door de echtgenote van de arts worden opgenomen. Over groepspraktijken wordt wel veel geschreven, maar zij komen in tegenstelling tot wat Nederland en andere Europese landen betreft niet echt van de grond: een recente survey telde er in Vlaanderen slechts een twintigtal.

Geneesheren-specialisten van hun kant werken ofwel in private kabinetten, ofwel in poliklinieken, ofwel in ziekenhuizen. De meesten onder hen combineren echter minstens twee van deze praktijkvormen, wat meteen hun relatief vrij, maar ook solistisch statuut illustreert.

— Betaling per prestatie. Het dominante betaalsysteem voor Belgische artsen is het systeem van betaling per prestatie, en dit zowel voor huisartsen als voor specialisten. Ook geneesheren-specialisten, die full-time in ziekenhuizen werken, halen hun inkomen hoofdzakelijk uit het werken met individuele patiënten. De honoraria worden vastgelegd in verbintenissen, die jaarlijks onderhandeld worden tussen artsensyndicaten en ziekenfondsen binnen de Medico-Mutualistische Commissie. Individuele geneesheren kunnen deze verbintenissen evenwel weigeren of slechts

gedeeltelijk aanvaarden: in deze gevallen zijn zij niet gebonden aan de vastgestelde honoraria en blijft de prijsbepaling dus vrij.

— Parallele opstelling. De keuze van huisarts is volledig vrij voor de patiënten, die dus niet ingeschreven dienen te zijn bij een bepaalde huisarts. Bovendien hebben zij ook rechtstreeks toegang tot de specialist, waarbij geen verwijzing van de huisarts noodzakelijk is, ook niet om terugbetaling vanwege de ziekteverzekering te bekomen. Dit leidt tot een parallelle opstelling van huisarts en specialist in de ambulante gezondheidszorg, met o.m. als gevolg dat slechts de helft der patiënten op verwijzing van de huisarts bij de specialist terecht komen en de andere helft dus rechtstreeks naar de specialist stappen. Een en ander blijft niet zonder gevolg voor de interne samenstelling van de geneesherengroep, waar de specialisten sneller in aantal toenemen dan de huisartsen en, sedert kort, deze laatsten in aantal overtreffen wat uit volgende tabel 2 mag blijken.

Tabel 2  
Indeling van de geneesheren volgens functie (1.1.1980) (5)

	A.C.	%
Huisartsen	10.926	46
Specialisten (plus kandidaat-specialisten)	11.111	47
Geneesheren zonder klinische praktijk	1.378	7
TOTAAL	23.415	100

#### *Apothekers en tandartsen*

Ook deze groepen werken met het systeem van de betaling per prestatie en met de solistische praktijkvorm.

Voor de apothekers kan bovendien op een zeer sterke densiteit gewezen worden:

Tabel 3  
Aantal apotheken per miljoen inwoners in de EEG-landen (1980) (6)

België	527	Groot-Britannië	200
Ierland	380	Luxemburg	191
Frankrijk	356	Nederland	65
Italië	243	Denemarken	65
West-Duitsland	220		

Mede onder invloed van de beroepsverenigingen van apothekers kwam met de wet van 17 december 1973 een vestigingsbeleid tot stand, dat opening, overbrenging of fusie van voor het publiek opengestelde apotheken afhankelijk maakt van een voorafgaande vergunning van de minister. Dit leverde heel wat speculatie op bij het overlaten van apotheken, waarop de overheid via de bepaling van maximumprijzen (KB van 13 april 1977) vat poogt te krijgen.

Inzake tandartsen kent België daarentegen, samen met Ierland, binnen EEG-verband de zwakste bezetting. Rekening houdend met de afwezigheid van schooltandheelkundige diensten en tandhygiënisten kan men van een onderontwikkelde sector

binnen de gezondheidszorg spreken. Zo beschikte in 1976 ongeveer de helft van de Vlaamse gemeenten over geen of een zeer laag aanbod van tandartsen.

### *Verpleegkundigen*

Verpleegkundigen (gegradueerde en gebrevetteerde verpleegkundigen, vroedvrouwen, verpleegassistenten, kinderverzorgsters, ziekenoppassers) werken overwegend in dienstverband. Dit kan zowel in een ambulante (thuisverpleegkunde, bijvoorbeeld) als in een intramurale setting (ziekenhuis, bejaardentehuis bijvoorbeeld) gebeuren. Verpleegkundigen worden in België betaald ofwel per prestatie, waarbij de betaling verloopt via de ziekteverzekering, ofwel met een salaris, wat het meest voorkomende systeem vormt.

Het aantal ingeschreven verpleegkundigen zou in 1980 ongeveer 55 000 bedragen. Men schat het aantal werkende verpleegkundigen echter slechts op 35 000, omdat een groot aantal ingeschreven verpleegkundigen voortijdig of tijdelijk het beroep verlaten. De privé-sector zou hiervan 58,5% opnemen, de publieke sector 41,5%.

Met de wet van 20 december 1974, wet die zonder uitvoeringsbesluiten is gebleven, beschikken de verpleegkundigen over een statuut, dat hun activiteiten wettelijk omschrijft en ook afbakt ten aanzien van het medisch beroep. Dat over dit statuut onderhandeld moest worden tussen professionele organisaties van verpleegkundigen en ... de artsensyndicaten illustreert meteen goed de interprofessionele verhoudingen binnen de gezondheidssector.

### **Extramurale gezondheidszorg: de institutionele dienstverlening**

Uiteraard leveren de zojuist beschreven individuele zorgenverstrekkers ook diensten binnen de gezondheidszorg. Met diensten wordt derhalve binnen deze context verwezen naar georganiseerde, niet-solistische vormen van dienstverlening op het vlak van de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg en van de welzijnszorg. Voor elk van deze sectoren wordt de belangrijkste dienst kort geschetst, indachtig dat elk van deze diensten grensoverschrijdende functies uitoefent binnen de andere sectoren.

### *Lichamelijke gezondheidszorg: de diensten voor thuisverpleegkunde*

Thuisverpleegkunde wordt in België overwegend georganiseerd door de gemeentelijke Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn, de ziekenfondsen en vooral de Kruisverenigingen. Het Wit-Gele Kruis, een christelijke geïnspireerde organisatie, is onmiskenbaar de belangrijkste instantie op dit vlak. Met 1 989 verpleegkundigen, 246 administratieve krachten, 1 756 dienstwagens tekende deze organisatie voor meer dan 12 miljoen huiszoeken in 1979. Een vergelijking: de Socialistische Mutualiteiten telden op hetzelfde ogenblik in het hele Vlaamse land slechts 14 erkende diensten met 98 verpleegkundigen. Opmerkelijk is dat de overeenkomsten, afgesloten tussen de ziekenfondsen en de beroepsorganisaties van verpleegkundigen in het kader van de ziekteverzekering, niet spreken van diensten voor thuisverpleegkunde, maar uitsluitend honorering voorzien voor prestaties van individueel werkende verpleegkundigen. Bovendien ligt de thuisverpleegkunde gekoppeld aan een nomenclatuur, die slechts een tiental technische prestaties inhoudt. Beide factoren leggen een zware hypotheek op de door een aantal instanties (huisartsen, ziekenfondsen, Wit-Gele Kruis) gewenste overschakeling van thuisverpleegkunde naar thuisgezondheidszorg. Zo ziet men het: "De thuisverpleegkunde van de toekomst zal ongetwijfeld geschieden in het kader van een multidisciplinaire equipe, waar naast de arts en de verpleegkundige ook de maatschappelijk werker, de gezinshelpers, kinesitherapeut en

andere paramedici hun plaats zullen vinden en in gecoördineerd verband zullen samenwerken" (7). Kansen voor een dergelijke ontwikkeling liggen wel in artikel 5 van de Wet van 29 juni 1978 (die een bijzondere erkenning voorziet voor geïntegreerde diensten voor thuisverzorging), maar aan de andere kant blijven de uitvoeringsbesluiten achterwege. Dit kan in verband gebracht worden met de economische crisis, maar ook met belangenstellingen: de vraag waar deze diensten thuishoren (in de ambulante eerstelijnszorg of in de intramurale ziekenhuissector) wordt op uiteenlopende wijze beantwoord.

#### *Geestelijke gezondheidszorg: de diensten voor geestelijke gezondheidszorg*

Tot in het begin van de jaren zeventig vertoonde de geestelijke gezondheidszorg een overwegend, zoniet uitsluitend intramuraal karakter. De wetgeving van 1975 creëerde evenwel het kader voor de oprichting, erkenning en financiering van de (ambulante) *diensten of centra voor geestelijke gezondheidszorg*. Ofschoon de wet voorziet dat een dergelijk centrum kan opgericht worden door één of andere overheid zijn momenteel alle diensten voor geestelijke gezondheidszorg, op drie na, privé-initiatieven (van ziekenfondsen, psychiaters, ziekenhuizen ...). De overheid wil in principe 1 centrum per 50 000 personen zien ontstaan. Begin 1979 waren in Vlaanderen 54 diensten werkzaam. Elk centrum heeft een equipe, die bestaat uit een psychiater, een psycholoog, een maatschappelijk werker en een administratieve kracht. Deze diensten schoten als paddestoelen uit de grond "waarbij meestal te weinig rekening werd gehouden met het bestaan en de mogelijkheden van andere diensten en instellingen ... Dit heeft tot gevolg dat de doorstroming van cliënten vanuit de eerstelijns hulpverlening op verschillende plaatsen te wensen overlaat en dat men soms zelfs tot een concurrentiële opstelling komt ... Ook de verhouding met de psychiatrische ziekenhuizen is meestal niet schitterend ... omdat vele psychiatrische ziekenhuizen er nog steeds in de eerste plaats voor zorgen dat hun beddenbestand optimaal bezet is want een hoge bezettingsgraad betekent automatisch veel subsidie" (8).

#### *Sociale welzijnszorg: de sociale diensten en het maatschappelijk werk*

De sociale welzijnszorg kent in België drie belangrijke organisatietypes:

- de *sociale dienst* van het Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (in elke gemeente)
- de autonome of vrije *Centra voor Maatschappelijk Werk* (11 in 1979);
- de *Centra voor Maatschappelijk Werk* van de ziekenfondsen (37 in 1979). Ook hier schiep een recente wetgeving (1974, 1976) het kader voor oprichting, erkenning en financiering, waarbij het initiatief kan uitgaan van de openbare (gemeenten) of de privé-sector. Ook hier zijn er problemen van coördinatie, samenwerking en terreinafbakening.

#### **Intramurale gezondheidszorg**

De intramurale gezondheidszorg omvat een uitgebreide reeks instellingen, gaande van ziekenhuizen over medisch-pedagogische instituten tot en met bejaardentehuizen. Volgende aantekeningen beperken zich tot de ziekenhuizen, draaischijf van de Belgische gezondheidszorg. De Belgische wetgever beschouwt als ziekenhuizen "instellingen met één of meer diensten voor onderzoek en verzorging waarin personen worden opgenomen om er te verblijven, teneinde er een genees-, heel- of verloskundig onderzoek of een genees-, heel- of verloskundige behandeling te ondergaan".

Vooreerst enkele cijfermatige gegevens op datum van 1 januari 1979:

Tabel 4  
*Instellingen en bedden naar type en inrichtende macht (9)*

Type	Aantal instellingen	Aantal bedden	Bedden per 1000 inwoners	% Privé	% Publiek
Acuut ziekenhuis	291	52 827	5,37	59	41
Psychiatrisch	74	24 637	2,50	79	21
Geriatrisch	107	9 884	1,00	35	65
Gespecialiseerd	19	2 140	0,22	77	23
Sanatorium	9	803	0,08	73	27
Totaal	500	90 291	9,17/1000 inw.	63%	37%

Aan deze cijfers kunnen volgende kanttekeningen toegevoegd worden.

— Ziekenhuizen zijn in België een overwegende aangelegenheid van de private markt, aangezien de publieke sector (vooral gemeenten) slechts iets meer dan 1/3 van het totale beddenbestand voor zijn rekening neemt. Private markt staat hier voor kloostergemeenschappen — in mindere mate ook ziekenfondsen —, die een belangrijke rol gespeeld hebben en deels nog spelen in de ziekenhuissector.

— Rekening houdend zowel met internationale criteria (van de Wereldgezondheidsorganisatie) als met nationale planningscriteria (vastgelegd in het Koninklijk Besluit van 21 maart 1977), kent België een sterk overaanbod inzake ziekenhuisbedden, dat zich voornamelijk manifesteert in de, overigens meest rendabele, acute sector. Deze vaststelling relativeert in sterke mate de betekenis van de imperatieve planning, die de wetgever in 1973 introduceerde en waarbij verbod wordt opgelegd om een ziekenhuis of ziekenhuisdienst te bouwen, uit te breiden of om te schakelen, of werken uit te voeren die het aantal bedden verhogen of de bestemming ervan wijzigen, wanneer dit niet past in het kader van het ziekenhuisprogramma. Overigens verkeert de overheid wettelijk in een zgn. lijdelijke positie. Zij kan zelf niet rechtstreeks tot initiatieven overgaan, maar moet deze van de ziekenhuizen afwachten. Samenwerking, fusie, sluiting e.d. kunnen niet worden opgelegd. Bovendien voorziet artikel 209 van de programmawet van 1980 dat overbodige ziekenhuisdiensten, na omschakeling met overheidssubsidie, met rust- en verzorgingstehuizen kunnen worden gelijkgesteld, en de bijzondere tussenkomst ten laste van de ziekteverzekeringen kunnen ontvangen. Dit is een mooi voorbeeld van de vindingrijkheid waarmee in deze sector naar overlevingskansen wordt gezocht (10).

— Het Belgische ziekenhuis is bijzonder kleinschalig: één vierde van de acute ziekenhuizen in Vlaanderen telt minder dan 100 bedden, 60% heeft minder dan 200 bedden, slechts 5% haalt méér dan 500 bedden. Er is een tendens naar enige schaalvergroting, maar die is zwak. De huidige situatie roept dan ook een hele reeks vragen en problemen op in verband met adequate stafvorming, continuïteit en kwaliteit van zorgen, technologische uitrusting, financiële leefbaarheid.

— Door de afwezigheid tot dusver van een juridisch statuut voor de ziekenhuis-genesheer, is de situatie van de specialist in het ziekenhuis bijzonder complex. Veeleer dan een werknemer van het ziekenhuis, verschijnt hij als een privéondernemer die van de technische en organisatorische mogelijkheden van het ziekenhuis gebruik maakt om zijn (onafhankelijk) beroep uit te oefenen. Dit vindt zijn weerspiegeling enerzijds in het feit dat hij in de meerderheid der gevallen betaald wordt per prestatie zoals in de ambulante sector, en anderzijds in het percentage dat hij van deze honoraria aan het ziekenhuis moet afdragen voor gebruikte diensten (gebouw, personeel, apparatuur). Dit percentage kan oplopen tot 60% voor radiologen, terwijl

het voor chirurgen tussen 10 en 30% zweeft. Deze percentages en andere afspraken worden genegocieerd tussen individuele arts en ziekenhuis: uiteraard laten beiden zich hierin bijstaan door hun resp. professionele belangenorganisaties.

Zoals andere dienstverlenende instituties kampt ook het ziekenhuis met de wet van de ambigüiteit: "de oorspronkelijke doelstelling, dienstverlening, dreigt te worden verdrongen door andere als prestige, overlevingsdrang, expansie, e.d. Hierdoor ontstaat de paradoxale situatie dat de patiënt, de gebruiker moet beschermd worden tegen het hulpverleningssysteem" (11). Tegen deze achtergrond situeert zich de patiëntenrechtenbeweging, die de jongste jaren een maatschappelijke uittekening vond in congressen en studiedagen, bonden en raden, charters en paperbacks. Zowel de openbare als de privé-ziekenhuizen hebben op dit proces ingespeeld, met pleidooien voor humanisering in het ziekenhuis. Deze beweging poogt naast de medische en financieel-economische rationaliteit van het ziekenhuis andere, meer vanuit het gezichtspunt van de patiënt ontstane, overwegingen in rekening te brengen. Anders dan in Nederland (zie o.m. de nota Veder-Smit aan de Tweede Kamer over Patiëntenbeleid) is op deze beweging nog niet met concrete beleidsmaatregelen gereageerd.

## II. De gezondheidszorg als publieke onderneming

De overheid komt op een aantal niveaus tussen in de organisatie van de gezondheidszorg. Het nationaal, regionaal, provinciaal en gemeentelijk niveau vormen gezamenlijk het institutioneel kader, waarbinnen de gezondheidszorg als publieke onderneming vorm krijgt.

De overheid hanteert de ziekteverzekering als centraal instrument in haar beleid, of zoals een interdepartementale werkgroep recent notuleerde: "Om historische en politieke redenen is het gezondheidsbeleid op gang gebracht en hoofdzakelijk tot ontwikkeling gekomen binnen het stelsel van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering ... Hoe langer hoe meer bestaat een strekking om de ziekteverzekering te laten instaan voor de doeleinden van het gezondheidsbeleid ..." (12). Vandaar een bijzondere aandacht voor de ziekteverzekering in wat nu volgt.

Men mag gerust stellen dat de overheid wel tussenkomt in de organisatie van de gezondheidszorg, maar deze laatste zelf niet organiseert (b.v. via het mechanisme van een nationale gezondheidsdienst). Dat impliceert dat de gezondheidszorg in België slechts zeer partieel als publieke onderneming verschijnt. Vrije markt, privaatschap en institutioneel pluralisme manifesteren zich op krachtige wijze in de gezondheidszorg. Hoe de overheid deze spanningsverhouding tussen gezondheidszorg als publieke en als particuliere onderneming tracht op te lossen, is aan de orde in een derde paragraaf, waarin de overlegorganen ter sprake komen.

### De verticale beleidsniveaus

— Ofschoon de gezondheidszorg ressorteert onder een autonoom *departement van volksgezondheid* heeft dit laatste geen exclusieve bevoegdheid terzake. Andere ministeriële departementen oefenen min of meer belangrijke bevoegdheden uit op dit terrein, zo o.m. het ministerie van arbeid inzake arbeidsgeneeskunde, het ministerie van sociale voorzorg inzake de ziekte- en invaliditeitsverzekering, het ministerie van economische zaken inzake prijsbepaling van farmaceutische produkten en het

ministerie van nationale opvoeding inzake opleiding van artsen en andere professionals. Dit levert een bijzonder complexe situatie op met heel wat repercussie op de mogelijkheden om tot een globaal en integraal gezondheidsbeleid te komen.

— Door de wetgeving op de staats Hervorming werden de 'persoonsgebonden aangelegenheden' (waaronder de gezondheidszorg) onder de bevoegdheid gebracht van de Vlaamse, resp. Franstalige Gemeenschap en het Brussels Gewest, met eigen, politiek-verantwoordelijke organen. Via deze wetgeving worden belangrijke bevoegdheden inzake gezondheidszorg, o.m. de gezondheidsopvoeding, de preventieve gezondheidszorg, de bejaardenzorg, het beleid inzake zorgenverstreking in en buiten de verzorgingsinstellingen, naar het *regionaal niveau* (Vlaanderen, Wallonië, Brussel) overgedragen. Diezelfde wet voorziet evenwel uitzonderingen, die vooral in de sector van de gezondheidszorg, veel belangrijker zijn dan de regel. Zo blijven de ziekte- en invaliditeitsverzekering, de basisregelen inzake programmering en financiering van de infrastructuur en de erkenningsnormen nationale materies.

Men zou derhalve kunnen besluiten dat de feitelijke macht in handen blijft van de nationale instanties, aangezien zij beslissen over reglementering en financiering. De hieruit resulterende territoriumstrijd tussen nationale en regionale beleidsniveaus hypothekeert in sterke mate het gezondheidsbeleid, meer in het bijzonder de uittekening van het formeel kader waarbinnen het naar vorm en inhoud tot stand kan komen.

— Op *provinciaal niveau* bestaat een dienst voor de openbare gezondheid die de toelagen verleent en eventueel gezondheidsinstellingen opricht. De werking van deze diensten verschilt van provincie tot provincie (13). Daarnaast zijn er de provinciale geneeskundige commissies, die o.m. de verantwoordelijkheid dragen voor de continuïteit van de zorgenverstreking; een niet onbelangrijke opdracht in een land, dat regelmatig door zorgenstakingen in de internationale actualiteit komt.

— Op *het niveau van de gemeente* heeft de lokale overheid enige verantwoordelijkheid en initiatiefmogelijkheden met betrekking tot de gezondheidszorg. Naast eerder klassieke opdrachten inzake milieuhygiëne kan de gemeente zelf tot de organisatie van gezondheids- en welzijnsvoorzieningen overgaan. In die zin beschikken een aantal, voornamelijk grotere, gemeenten en dit meestal via hun Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW), over ziekenhuizen, bejaardentehuizen, diensten voor thuisverpleging, gezins- en bejaardenhulp tot en met eigen laboratoria, gezondheidscentra, scholen voor paramedisch personeel.

Rekening houdend met de traditionele gemeentelijke autonomie en het belang van het partijpolitek moment op dit niveau, worden planning en organisatie van de publieke gezondheidszorg binnen dergelijke context een bijzonder riskante en moeilijke onderneming.

Deze vier verticale beleidsniveaus — nationaal, regionaal, provinciaal, gemeentelijk — doorkruisen niet alleen elkaar, maar worden op hun beurt doorsneden door aanwezigheid, omvang en macht van het privé-initiatief, door de gezondheidszorg als particuliere onderneming dus. Artsen werken in grote mate als vrije beroepsbeoefenaars; de ambulante gezondheidszorg (o.m. thuisverpleging, gezins- en bejaardenhulp, geestelijke gezondheidszorg, maatschappelijk werk) ligt grotendeels in de greep van het georganiseerde privé-initiatief; de bejaardentehuizen in de privé-sector dreven hun aandeel in het totale bestand op van 43% in 1954 naar 71% in 1978; de privé-ziekenhuizen nemen 68% van het totale beddenbestand voor hun rekening. Zo kan in België van een dubbel circuit gesproken worden: een sterke privé-sector naast een relatief zwakke publieke sector.

De minoritaire positie van de publieke gezondheidszorg betekent evenwel niet dat de overheid een onbelangrijke financiële aandeelhouder zou zijn in de globale



gezondheidszorg. Het tegendeel is waar: op een aantal uitgavenpakket voor gezondheidszorg van  $\pm 200$  miljard bfr in 1975, nemen de private sector 37%, het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering 23% en de Staat (m.i.v. provincies en gemeenten) 40% voor hun rekening (5). Inzake investeringskosten draagt de Staat 60% van de bouwkosten van instellingen voor curatieve of preventieve gezondheidszorg. De werkingskosten van instellingen voor preventieve gezondheidszorg worden integraal door de Staat gedragen. Deze laatste draagt ook 27% van de kosten van het systeem van de ziekteverzekering, betaalt 1/4 van de normale prijs van een verpleegdag, neemt de kosten voor behandeling en verzorging op zich behoeftigen die lijden aan een erkende sociale ziekte, enz. Deze voorbeelden wijzen op het belangrijke financiële aandeel van de Staat in de uitgaven voor gezondheidszorg, aandeel dat in schril contrast staat met de haar toegemeten ruimte voor planning, beleid en controle. De pluralistische Belgische gezondheidszorg wordt dus in feite gefinancierd, mogelijk gemaakt en in leven gehouden door de Staat.

### De ziekteverzekering

De ziekteverzekering kent in België een lange historische traditie, die teruggaat tot in de middeleeuwen. Momenteel zijn voornamelijk twee wetgevingen van belang, n.l. de wet van 28 december 1944 die de verplichte verzekering inzake ziekte en invaliditeit voor werknemers introduceerde en de wet van 9 augustus 1963, die het stelsel van vrije honoraria en terugbetalingen verving door het thans nog vigerende systeem van verbintenissen. De belangrijkste componenten van het ziekteverzekeringssysteem komen nu kort aan de orde.

#### 1. Toepassingsgebied en beheer

Sedert de invoering van de verplichte ziekteverzekering in 1944 werd het toepassingsgebied tot steeds meer maatschappelijke groepen uitgebreid, zodat momenteel  $\pm 99\%$  van de Belgische bevolking verzekerd is in het kader van de gezondheidszorg. Inzake reikwijdte van deze verzekering bestaan evenwel drie verschillende systemen:

- het algemeen stelsel van werknemers (alle risico's, remgeld voor bepaalde uitgaven);
- het stelsel der zelfstandigen (zware risico's, remgeld voor bepaalde uitgaven);
- het stelsel der weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen, de zgn. WIGW-categorie (alle risico's, beperkt remgeld voor bepaalde uitgaven).

Om te kunnen genieten van de ziekteverzekering moet men een bepaalde wachttijd doormaken, bijdragebescheiden inleveren en aangesloten zijn bij een ziekenfonds naar keuze. Ziekenfondsen zijn in België op verzuilde wijze georganiseerd en spelen een belangrijke rol in beheer en administratie van de ziekteverzekering (zie verder in dit hoofdstuk).

Het beheer van de ziekteverzekering situeert zich op vier niveaus:

- de Rijksdienst voor Maatschappelijke Zekerheid, die onder de voogdij valt van het ministerie van sociale voorzorg. Alle sociale bijdragen — voor ziekte en invaliditeit, maar ook voor pensioen, werkloosheid, gezinstoelagen — afkomstig van werkgevers, werknemers, zelfstandigen en aangevuld met overheidstoelagen worden hier gecentraliseerd. Deze dienst verdeelt de ontvangen gelden over diverse instellingen. Wat ziekte en invaliditeit betreft, gaan die gelden naar:
- het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Dit instituut wordt beheerd door een Algemene Raad, waarin naast de werkgevers- en werknemers-

organisaties de ziekenfondsen, apothekers, vroedvrouwen, paramedici en beheerders van verplegingsinrichtingen vertegenwoordigd zijn. Daarentegen hebben de organisaties van geneesheren en tandartsen tot dusver elke beheersverantwoordelijkheid afgewezen; zij participeren derhalve slechts met raadgevende stem. Het Rijksinstituut verdeelt op zijn beurt gelden a rato van de omvang der gerealiseerde terugbetalingen aan:

- de zes Landsbonden van Ziekenfondsen die via het tussenniveau van de federaties de financiële middelen overmaken aan;
- de lokale kassen ( $\pm 2000$ ) die de terugbetalingen voor gezondheidsuitgaven aan de verzekeringsnemer verrichten en daarnaast bepaalde directe uitbetalingen doen aan zorgenverstrekkers.

Deze onmiskenbaar complexe en dure beheersstructuur wordt door een aantal instanties verdedigd als de noodzakelijke prijs voor vrijheid en democratie. Dat deze prijs in 1980 13 miljard frank bedroeg — het bedrag dat de ziekenfondsen voor administratiekosten optrokken — lokt echter in toenemende mate kritiek uit van uiteenlopende groepen.

## 2. Financiering

De ziekteverzekering wordt langs twee kanalen gefinancierd:

- de persoonlijke bijdragen van de verzekerde: voor de werknemer wordt deze bijdrage bepaald op het totale loon — d.w.z. zonder begrenzing — waarvan 1,80 % door de werknemer en 3,75 % door de werkgever wordt betaald. Deze bijdrage wordt rechtstreeks van het loon afgehouden en aan de Rijksdienst voor Maatschappelijke Zekerheid overgemaakt. Voor zelfstandigen wordt de bijdrage in functie van hun inkomen berekend;
- bijdragen van de Staat: de Staat neemt 27 % van het budget van de ziekteverzekering voor zijn rekening onder vorm van jaarlijkse bijdragen aan het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering. Bovendien draagt hij 95 % van de kosten voor behandeling van sociale ziekten (kanker, tuberculose, kinderverlamming, etc.) en neemt hij 25 % van de verpleegdagprijs in de ziekenhuizen op zich.

## 3. Voordelen

De voordelen omvatten zowel uitkeringen ter partiële vervanging van inkomen ingeval van ziekte of invaliditeit, als terugbetalingen van uitgaven voor gezondheidszorg.

- In geval van arbeidsongeschiktheid heeft de werknemer het 1ste jaar recht op uitkeringen voor primaire arbeidsongeschiktheid (60 % van het gedeerde brutodagloon, met een vastgesteld maximum). Na 1 jaar wordt een invaliditeitsuitkering betaald met een vastgesteld minimum en maximum.
- Voor de gewone geneeskundige hulp d.w.z. bezoeken en raadplegingen van artsen (huisartsen en specialisten), prestaties van paramedici (verpleegkundigen, kinesitherapeuten), technische prestaties door niet-gespecialiseerde artsen, tandzorg, wordt de terugbetaling vastgesteld op 75 % van de honoraria en prijzen bepaald in overeenkomsten en verbintenissen.
- De technische prestaties geleverd door geneesheren-specialisten worden terugbetaald aan 100 % ofschoon in bepaalde gevallen een tussenkomst van de verzekerde kan gevraagd worden.
- Voor farmaceutische producten betaalt de verzekerde een forfaitaire bijdrage, die

evenwel verschillend is voor magistrale bereidingen en farmaceutische specialiteiten. Deze laatste worden slechts terugbetaald wanneer zij in de officiële lijst van aangenomen farmaca voorkomen.

— Voor het ziekenhuisverblijf worden de farmaceutische, medische en paramedische kosten op identieke wijze geregeld; zoals zojuist vermeld betaalt de patiënt alleen het remgeld, terwijl de verblijfkosten volledig worden terugbetaald in geval van standaardverzorging, d.w.z. het verblijf in een gemeenschappelijke kamer.

#### 4. Uitgaven

Evenmin als de meeste geïndustrialiseerde landen ontsnapt België aan de geweldige kostenexplosie en uitgavenspiraal in het nationale gezondheidsbedrijf: van een deficitaire situatie evolueert men zeer snel naar een totaal bankroet van het ziekteverzekeringssysteem. De uitgaven voor geneeskundige zorgen evolueren van 19426 miljoen BF in 1966 naar 117468 miljoen BF in 1979. Dit betekent een indexstijging van 100 (1966) naar 604 (1979) of een gemiddelde jaarlijkse stijging van 18%, en dit terwijl het BNP per inwoner slechts met 11,89% toenam. De uitgaven voor gezondheidszorg zijn dus naar verhouding sterker gestegen dan het BNP. Dit heeft o.m. voor gevolg dat het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering de jongste jaren telkens een deficitaire begroting indient: (14)

1975: - 10345,3 miljoen fr.  
1976: - 1793,7  
1977: - 5646,6  
1978: - 5051,8  
1979: - 6028,5  
1980: - 15320,9

Dit alles brengt in de loop van 1980 het globale deficit van de ziekteverzekering-uitkeringen en geneeskundige verzorging op minstens 37077,3 miljoen BF. Voor deze uitgavenstijging zijn verschillende oorzaken aan te wijzen, zoals: de economische crisis (inflatie, werkloosheid, vermindering overheidsbijdragen), de dure beheersstructuur, de afwezigheid van kwaliteitscontrole en van evaluatie van kosten en baten, de kwantitatieve en kwalitatieve uitbreiding van het zorgpakket, technologische ontwikkelingen, inefficiëntie van het verbintenissysteem, globale medicalisering, monopolievorming, vergrijzing van de bevolking, normverschuivingen, gewijzigde morbiditeit, culturele veranderingen.

In deze uitgavenstijging spelen dus mee zowel systeemexterne factoren (die vanuit de samenleving op gezondheid en gezondheidszorg inwerken: o.m. inflatie, demografische ontwikkelingen, verschuivingen in de morbiditeit) als systeeminterne krachten (die tot het gezondheidsapparaat zelf behoren: uitbreiding van het dienstenpakket, monopolievorming, technologische evolutie, organisatorische procedures).

#### 5. Saneringsmaatregelen

Sedert jaren vinden overheid en belangengroepen elkaar in de gemeenschappelijke stelling dat er dringend moet gesaneerd worden: de overheid omdat zij niet langer haar — bij de wet voorziene — financiële verplichtingen kan nakomen; de belangengroepen omdat zij met lede ogen de nationale vleespotten zien leeggeraken. Gegeven de omvang van het financieel probleem, maar zeker ook omwille van de achterliggende sociaal-economische en ideologische tegenstellingen, wordt sedert

jaren een harde politieke strijd met deze sanering als inzet gevoerd. Reeds in 1975 gelastte de regering een bijzonder koninklijk commissaris met een onderzoek naar "de meest gepaste maatregelen om, in het kader van een algemeen gezondheidsbeleid, de ziekteverzekering te reorganiseren en met minder kosten de werking ervan te verbeteren" (15). Deze diende in mei 1976 bij het parlement een verslag in. Dit rapport Petit bevat twee reeksen hervormingsvoorstellen. Een eerste reeks heeft betrekking op de inkomsten of de financiering van de ziekteverzekering. De wijze van financiering, de structuur van het verzekeringssysteem, de verhoging van de sociale bijdragen en de verhoging van het persoonlijk aandeel van de zieke verschijnen hier als maatregelen, die evenwel, aldus de auteur, slechts beperkte mogelijkheden bieden. Derhalve dringt zich een kostenbeheersing op het niveau der uitgaven op, waarvoor Petit suggesties levert op drie grote terreinen, namelijk de geneesmiddelensector, de ziekenhuissector en de sector der zorgenverstrekkers. Dit alles veronderstelt evenwel een stevig gezondheidsbeleid, dat vooralsnog afwezig blijft, aldus de auteur.

Het rapport Petit lokte onmiddellijk twee (ambtelijke) tegenrapporten uit, de nota's Dejardin en Delpérée. Ook de sociale partners ontvonden hun plannen. De ziekenfondsen propageerden andere hervormingsvoorstellen. De ministers verbonden hun naam aan nieuwe plannen (het plan Califice, Dhoore ...). Dan kwam er een tweede rapport Petit (1980), nog later een koninklijke commissaris voor de hervorming van de sociale zekerheid. Crisiscomités werden opgericht, ziekenfondsen voor de rechtbank gedaagd, artsensyndicaten organiseerden (mislukte) zorgenstakingen. De hele sector is dus in beweging.

### Het horizontaal beleidsniveau: de overlegeconomie in de gezondheidszorg

Reeds vroeger in de tekst werd gesteld dat de Belgische gezondheidszorg zich slechts zeer partieel als publieke onderneming laat dulden. Het aandeel van de vrije markt, het privaat initiatief en het institutioneel pluralisme in productie en distributie van gezondheidszorgen is inderdaad aanzienlijk. De gezondheidszorg als particuliere onderneming is aanwezig in een bonte waaier van (belangen)groepen, die in meerdere of mindere mate hun stempel drukken op het nationaal gezondheidsbeleid en als dusdanig aan dit laatste het karakter van een gemengde economie verlenen. De groepen met een cruciale positie in het ruilverkeer op de gezondheidsmarkt komen thans aan de orde. Daarnaast gaat enige aandacht naar het institutioneel kader van overleg-, advies- en controleorganen, waarbinnen de overheid het samenspel met het particulier initiatief organiseert.

Zowel binnenlandse als buitenlandse waarnemers wijzen meestal de ziekenfondsen, de syndicale organisaties van zorgenverstrekkers — meer bepaald de artsensyndicaten — en de verenigingen van verzorgingsinstellingen als centrale actoren aan in het nationaal gezondheidsbedrijf.

#### 1. Ziekenfondsen

De vroegere maatschappijen voor onderlinge bijstand, waarbij werknemers zich konden aansluiten om mits een kleine bijdrage hulp te krijgen bij ziekte, ongeval en overlijden, liggen aan de basis van het huidige ziekenfondswezen. Door de wetgeving op de sociale zekerheid in 1944 werden de bestaande ziekenfondsen als verzekerings-organismen opgenomen in de verplichte ziekteverzekering, waarvan zij het beheer en de uitvoering waarnemen. Nauw samenhangend met de organisatie van politiek, maatschappelijk, filosofisch en cultureel België, is ook het ziekenfondswezen door pluralisme gekenmerkt. Dit levert (met gegevens van eind 1978) het volgend beeld op:

— Landsbond van Christelijke Ziekenfondsen	46,04% (4 739 890 aangesloten)
— Landsbond van Socialistische Ziekenfondsen	25,63% (2 638 222 aangesloten)
— Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen	11,45% (1 178 200 aangesloten)
— Professionele Ziekenfondsen	9,33% ( 960 947 aangesloten)
— Liberale Ziekenfondsen	6,54% ( 672 833 aangesloten)
— Hulpkas Ziekte- en Invaliditeitsverzekering	1,01% ( 104 147 aangesloten)
	100 %

De christelijke en socialistische ziekenfondsen domineren niet alleen in kwantitatieve zin het terrein. Door hun formele banden met de twee grote politieke families — voor het Christelijk Ziekenfonds via het Algemeen Christelijk Werkersverbond (ACW) met de Christelijke Volkspartij (CVP), voor het Socialistisch Ziekenfonds via de Gemeenschappelijke Actie met de Socialistische Partij (SP) — fungeren zij als militante krachten van de mutualistische beweging. Deze beweging heeft de jongste decennia een zeer brede actieradius ontwikkeld, niet alleen in het kader van de wetten op de ziekteverzekering, waar de ziekenfondsen beheren, uitbetalen en controleren (o.m. de prestaties van de zorgverstrekkers), maar ook daarbuiten. Zo bieden ziekenfondsen, o.m. via de vrije, aanvullende verzekering, een uitgebreid en gevarieerd dienstenpakket aan hun leden aan, gaande van gezins- en bejaardenhulp en thuisverpleging over gezondheidsopvoeding en socio-cultureel werk tot en met vakantiediensten. Daarnaast ontwikkelen de belangrijkste ziekenfondsen een toenemende activiteit op de aanbodsmarkt van gezondheids- en welzijnszorg: eigen ziekenhuizen (10% van de acute ziekenhuisbedden), coöperatieve apotheken (22% van de nationale farmaceutische markt), eigen poliklinieken, diensten voor thuisverpleging, maatschappelijk werk — morgen wellicht ook eigen eerstelijnsgezondheidscentra — zijn hiervan de meest opvallende voorbeelden. Deze proliferatie van functies, hun ondoorzichtige organisatiestructuur en hun relatief hoge kostprijs aan de gemeenschap (13 miljard administratiekosten in 1980), brengen de ziekenfondsen steeds meer in de maalstroom van maatschappelijke kritiek, met o.m. als woordvoerders koninklijk commissaris Petit, de artsensyndicaten, patiëntenraden, het Verbond van Belgische Ondernemingen.

## 2. Artsensyndicaten

De wet Leburton van 9 augustus 1963 verving het stelsel van vrije honoraria en terugbetalingen door het thans nog van kracht zijnde systeem van verbintenissen. De conflicten hierrond met vooral de eerste nationale zorgenstaking, brachten fundamentele verschuivingen teweeg in de tot dan sterk gescleroseerde en verdeelde wereld van geneesherenorganisaties. Een uitermate militant en machtig artsensyndicalisme kwam op gang, dat twintig jaar later onverminderd de scène blijft domineren. Naast wetenschappelijke verenigingen (o.m. de Wetenschappelijke Vereniging voor Vlaamse Huisartsen) en enkele actiegroepen (o.m. de Groupe d'Etude pour une Réforme de la Médecine en de Nationale Initiatiefvereniging voor een Progressief Gezondheidsbeleid) zijn er twee grote kampen werkzaam. Het Belgisch Verbond van Syndicale Artsenkamers vormt het eerste kamp. Organisator van de medische staking in 1964 tegen de geplande hervorming van de ziekte-

verzekering, wijzigde deze groep nadien zijn strategie. Via een collaboratie met de ziekteverzekering beoogt men een maximale, materiële belangenbehartiging binnen het kader van het nieuwe verbintenissysteem. Ideologisch refereert men hierbij uitdrukkelijk naar het klassieke vrije-beroepsmodel met professionele dominantie en monopolievorming als bekende ingrediënten. Welke gezondheidszorg binnen welke structuur dient gebracht te worden, behoort tot de exclusieve bevoegdheid van de individuele geneesheer, die hierover volledig zelfstandig dient te kunnen beslissen. Het verbond Wynen — genoemd naar zijn oprichter en reeds meer dan twintig jaar charismatisch leider — vertegenwoordigde in het verleden onmiskenbaar een meerderheid van Belgische artsen, wat de groep trouwens handig heeft weten te verzilveren in een absolute meerderheidsvertegenwoordiging in de verschillende officiële overlegorganen.

Een betwisting over deze vertegenwoordiging, aangebracht door de concurrentiële Confederatie van Belgische Geneesheren, leidde in 1979 tot een, overigens gewraakte, ledentelling, die het Verbond slechts 6000 leden op  $\pm$  20000 Belgische artsen opleverde. Ook de mislukte artsenstaking van 1979-1980 kan als illustratie van een tanende aantrekkingskracht geïnterpreteerd worden. Deze artsenstaking, die vooral in Vlaanderen op een mislukking uitdraaide, was trouwens de directe aanleiding van een sterke federalisering binnen het Verbond.

Tegenspeler van het Verbond is sedert jaren het Algemeen Syndicaat van Geneesheren van België van Dr. De Brabanter. Sterk Vlaams getint en met een oververtegenwoordiging van huisartsen zou deze groep, steeds volgens dezelfde betwiste ledentelling, 2000 leden tellen. Evenals het Verbond heeft het Algemeen Syndicaat zitting in de meeste officiële overlegorganen, zij het als minderheidsgroep. Vanuit een veranderingsgerichte ideologie doet men een poging om het artsenberoep niet langer en uitsluitend te plaatsen in het raam van de eigen beroepsvoorrechten, maar in de bredere context van een globaal gezondheidsbeleid. Om de monopoliepositie van het Verbond van Syndicale Artsenkamers te doorbreken, ging het Algemeen Syndicaat in 1975 een coalitie aan met het Verbond van Belgische Omnipractici en de Syndicale Kamers der Geneesheren Herpol (scheurgroep van het Verbond). Gezamenlijk vormen zij de Confederatie van Geneesheren van België, waaraan zich in 1981 het Verbond van Belgische Geneesheren-Specialisten als vierde partner toevoegde.

Naast deze syndicale groepen kan de Orde van Geneesheren niet onvermeld blijven. Zij is door de wet opgericht in 1938. Elke geneesheer heeft de verplichting zich bij de Orde in te schrijven. Dit orgaan kreeg van de wetgever twee essentiële opdrachten mee, n.l. het uitwerken van een code van medische plichtenleer en de bestraffing van inbreuken op de medische deontologie. Aangezien de samenstelling van de raden van de Orde gebeurt langs verkiezingen door de leden van de beroepsgroep, bestaat er een reële kans dat de syndicale organisaties sterke invloed en macht in de Orde uitoefenen en dit orgaan voor syndicale doeleinden aanwenden. Deze collusie tussen de Orde en, voornamelijk, het Verbond van Syndicale Artsenkamers kwam aan het licht bij de laatste artsenstaking, die de deontologische zegen van de Orde meekreeg. Dit lokte een aantal wetgevende initiatieven uit, die de aanpassing en zelfs de afschaffing van de Orde beogen.

### *3. Vereniging van verzorgingsinstellingen*

De vereniging van verzorgingsinstellingen komen hier als derde belangrijke factor aan de orde, gegeven de dominante positie van de verzorgingsinstelling, het ziekenhuis, de intramurale sector in het nationale gezondheidsbedrijf. Zoals bij de geneesheren, is er ook hier een tweedeling, maar wel op een andere as. Aan de ene kant staat het Verbond

van Verzorgingsinstellingen (VVI). Als onderdeel van de katholieke Caritas Confederatie van Instellingen (CCI) beoogt dit Verbond volgens zijn oprichtingsstatuten "de verdediging van de rechten en belangen van de leden en van de vertegenwoordigde instellingen met het oog op het algemeen belang; vanuit een christelijke levensvisie, de bevordering en de vrijwaring in de gezondheidssector, van het beginsel van privaat initiatief zonder winst oogmerk in functie van een kwalitatieve gezondheidszorg voor allen". Het Verbond vertegenwoordigt 72% van het totaal aantal private algemeen ziekenhuisbedden (42% van het totaal algemeen ziekenhuisbestand), 88% van het totaal aan private psychiatrische bedden (76% van het totaal psychiatrische beddenbestand), 78% van het totaal aan private bejaardentehuizenbedden (34% van het totaal bejaardentehuizenbeddenbestand). Daartegenover staat het Verbond van Openbare Verzorgingsinstellingen (VOV), dat "de leemte wil opvullen op het gebied van de syndicale organisatie van de openbare ziekenhuizen". Momenteel omvat dit Verbond de quasi-totaliteit van de ziekenhuizen die eigendom zijn van de gemeentelijke Openbare Centra voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW). Wegens het minoritaire aandeel van de openbare sector in de intramurale gezondheidszorg, fungeert het VVI duidelijk als spraakmaker op dit vlak, met het VOV als minderheidsgroep. Beide verenigingen participeren evenwel in diverse overlegorganen van de overheid.

### Overleconomie

Gegeven de verstrengeling van ziekteverzekering en gezondheidsbeleid dienen de overleg-, advies- en controleorganen, waarbinnen de overheid en belangengroepen (actoren) elkaar ontmoeten, gezocht te worden zowel in het ministerie van volksgezondheid als in het ministerie van sociale voorzorg dat de ziekteverzekering onder zijn beheer heeft. In de beschrijving hier komen alleen belangrijke, formele en permanente organen aan de orde en wordt voorbijgegaan aan de talloze ad hoc commissies, belast met tijdelijke en specifieke opdrachten.

1. In het ministerie van volksgezondheid zijn werkzaam;

— *Hoge Raad van Geneesheren-specialisten* (1971). De Hoge Raad vormt samen met de Commissies van Erkenning van Geneesheren-specialisten een belangrijk advies en besluitvormingsorgaan op het vlak van de medische opleiding. De Hoge Raad is exclusief samengesteld uit artsen, die worden voorgedragen deels door de medische faculteiten deels door de artsensyndicaten. Waar de commissies de individuele erkenning van specialisten onder hun bevoegdheid hebben adviseert de Hoge Raad over de aanvraag tot erkenning van opleidingscentra voor gespecialiseerde geneeskunde en formuleert voorstellen over criteria i.v.m. de erkenning van geneesheren-specialist, stagemeesters en stagecentra. Formeel oefent de overheid via de Hoge Raad controle uit op de toegang tot de medische arbeidsmarkt, maar tegelijkertijd speelt zij aan het medische corps een wettelijke vrijeleide toe om autonoom over inhoud en structuur van de opleiding te beslissen.

— *Nationale Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen* (1967). Paritair samengesteld uit vertegenwoordigers van artsensyndicaten en van de ziekenhuisorganisaties, heeft deze commissie tot opdracht beslissingen te treffen, die de betrekkingen tussen beheerders van ziekenhuizen en ziekenhuisartsen kunnen reguleren en optimaliseren. Een dergelijke samenwerking wil men bevorderen door collectieve overeenkomsten uit te werken en een statuut voor de ziekenhuis-geneeskunde te ontwerpen. Dergelijk statuut en overeenkomsten zouden dan bij wet algemeen bindend kunnen worden verklaard voor alle ziekenhuizen en de erin

werkzame geneesheren. Meer dan tien jaar na de oprichting is men niet verder geraakt dan een reeks voorstellen, o.m. inzake het statuut van de ziekenhuisgeneesheer, die telkens door één van de twee partners worden geblokkeerd en afgewezen. De afwezigheid van een eensgezindheid in deze officiële commissie kon tot dusver als rechtvaardiging fungeren voor de status-quo-politiek van overheidswege.

— *Ziekenhuisraad* (1963) / *Commissies voor Ziekenhuisprogrammatie* (1974). De Ziekenhuisraad, samengesteld uit afgevaardigden van de ziekenhuisorganisaties, ziekenfondsen, artsenyndicaten en betrokken ministeriële departementen, is bevoegd advies te verstrekken over oprichtings- en erkenningsnormen van nieuwe ziekenhuizen, organisatie, werking en beheer van ziekenhuizen, kostprijs, technische uitrusting en personeelsbezetting. Voor de meerderheid van deze aangelegenheden is de minister verplicht het advies van deze Raad in te winnen, advies dat hem evenwel niet bindt.

Door grondige wijzigingen aan de ziekenhuiswetgeving in 1973 kreeg de nieuw opgerichte Nationale Commissie voor Ziekenhuisprogrammatie — met inbegrip van de Vlaamse, Waalse en Brusselse Commissie (de zgn. Gewestelijke Commissies) — belangrijke opdrachten in de ziekenhuissector toebedeeld. Vergelijkbaar met de Ziekenhuisraad inzake samenstelling, heeft de Nationale Commissie als voornaamste opdracht de opstelling van nationale programmatiecriteria voor gewone, gespecialiseerde en universitaire ziekenhuizen. De beoogde programmatie heeft betrekking op de specialisatie, capaciteit, uitrusting en coördinatie van ziekenhuizen en is bovendien bindend of dwingend. Dit laatste betekent dat het voortaan verboden is een ziekenhuis of ziekenhuisdienst te bouwen, uit te breiden, om te schakelen, of werken uit te voeren die het aantal bedden verhogen of de bestemming ervan wijzigen wanneer zulks niet kadert binnen de programmatiecriteria. De Gewestelijke Commissies hebben als taak de concrete ziekenhuisdossiers in functie van de lokale en regionale situatie te beoordelen of m.a.w. de programmatiecriteria op gewestelijk vlak toe te passen. Sedert 1976 werd de bevoegdheid van deze Commissie uitgebreid tot de zware medische apparatuur (hartradiologie, transversale axiale tomograaf, scanner...). Ook hier worden dwingende programmatiecriteria opgesteld.

Zowel de overbezetting aan ziekenhuisbedden als de bestaande infrastructuur inzake zware medische apparatuur (aanwezig of... besteld) relativeren in belangrijke mate het belang van deze imperatieve planningsorganen.

## 2. In het ministerie van sociale voorzorg zijn te vinden :

— *Nationale Commissie Geneesheren - Ziekenfondsen (Medico-Mutualistische Commissie)* (1963). Gegroeid uit scherpe conflicten n.a.v. de hervorming van de ziekte- en invaliditeitsverzekering in 1963-64, is de Medico-Mutualistische Commissie het kader, waarbinnen geneesheren en ziekenfondsen verbintenissen of (financiële) akkoorden afsluiten. Meer in het bijzonder bepalen deze akkoorden de bedragen van honoraria en verplaatsingskosten, de omstandigheden waarin overeengekomen honoraria mogen worden overschreden, de duur van het akkoord (minimaal 1 jaar) en de straffen bij niet-naleving van de overeenkomst. In feite wordt dus binnen deze Commissie bepaald welk gedeelte van de nationale gezondheidskoek naar de artsen gaat en in welke mate resp. de overheid, de ziekteverzekering en de individuele patiënt hiertoe moeten bijdragen.

De Commissie bestaat uit een gelijk aantal vertegenwoordigers van de ziekenfondsen en van de artsenyndicaten. Voor deze laatste ligt de verhouding : 8 voor het Belgisch Verbond van Syndicale Artsenkamers, 2 voor de Confederatie van Belgische geneesheren. Dit laatste is niet onbelangrijk aangezien beslissingen genomen moeten worden bij drievierde meerderheid van elke vertegenwoordiging. Wanneer dit quorum



niet wordt bereikt, maar een bepaald voorstel bij beide partijen een gewone meerderheid haalt, wordt hetzelfde voorstel op een nieuwe vergadering voorgelegd en, bij handhaving van een gewone meerderheid in elke partij, goedgekeurd. Dit systeem levert m.a.w. een absolute blokkeringsmeerderheid op voor het Belgisch Verbond van Syndicale Artsenkamers en verklaart waarom de ziekenfondsen in zekere zin aangewezen zijn op formele (of informele) akkoorden met dit artsensyndicaat.

— *Technische Geneeskundige Raad* (1963). Binnen het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering behoort het opmaken van de nomenclatuur tot de bevoegdheid van de Technische Geneeskundige Raad. Volgens de wet somt de nomenclatuur de geneeskundige verstrekkingen op, bepaalt zij hun betrekkelijke waarde, alsook de bekwaamheid vereist om elk van deze verstrekkingen te verrichten. Vanuit de betrekkelijke waarde wordt de werkelijke waarde bediscussieerd en bepaald door de Medico-Mutualistische Commissie. De leden van de Raad zijn artsen, die respectievelijk de medische faculteiten, artsensyndicaten en ziekenfondsen vertegenwoordigen. Door hogere relatieve waarden toe te kennen aan bepaalde verstrekkingen, lagere aan andere, nieuwe verstrekkingen op te nemen, andere af te voeren of te wijzigen, beïnvloedt deze Raad op fundamentele wijze vorm en inhoud van de medische beroepsuitoefening en overstijgt hij duidelijk het zgn. technische niveau. Samenvattend vastigt dit kort overzicht het bestaan van een overleg-economie-in-de-gezondheidszorg. Op de voor het medisch beroep vitale punten, zoals toegang tot de praktijk, juridische situatie, terugbetaalbare prestaties, honoraria, werden de jongste 20 jaar formele, wettelijke kaders opgericht, waarbinnen belangengroepen met de overheid en met elkaar geconfronteerd worden. De betekenis van dit overlegstelsel is evenwel in grote mate afhankelijk van de coöperatiebereidheid van genoemde belangengroepen: blokkeringen vanuit deze hoek leiden niet alleen tot immobilisme van het overlegorgaan (cfr. Medico-Mutualistische Commissie, Paritaire Commissie Geneesheren-Ziekenhuizen) maar resulteren evenmin in enig ander optreden van de overheid, die in zekere zin de gevangene is van haar eigen overlegstelsel.

#### Noten

- (1) W. DUMON, 'Sociologie in België', in L. RADEMAKER, *Sociologische grondbegrippen - I. Theorie en analyse*, Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen, 1981, 166-198.
- (2) R.C. FOX, 'Why Belgium?', in *Archives Européennes de Sociologie*, 19, 1978, 205-228.
- (3) Zie hierover o.m. Y. NUYENS, 'De preventieve gezondheidszorg', in M. FOËTS, Y. NUYENS, *Focus op de Belgische gezondheidszorg*, Sociologische Studies en Documenten, Leuven, 1980, 241-267.
- (4) Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin, *Statistisch Jaarboek van Volksgezondheid 1979*, 254.
- (5) Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin, *Op. cit.*, 255.
- (6) XXX., 'Aantal apotheken: België aan de leiding', in *Antwerps Farmaceutisch Tijdschrift*, juni 1981, 53.
- (7) R. SEUTIN, 'Thuisverpleegkunde als georganiseerde dienstverlening', in *Welzijnsids*, Van Loghum Slaterus, 1980, II, B.1.2.
- (8) W. VLEUGELS, 'De diensten voor geestelijke gezondheidszorg', in *Welzijnsids*, Van Loghum Slaterus, 1979, II, B.1.2.
- (9) Ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin, *Op. cit.*, 216-237.
- (10) H. NIJS, 'Beleidsproblematiek ziekenhuis. Het ziekenhuis: een bedreigende soort?', in *Welzijnsids*, Van Loghum Slaterus, 1981, II, B.1.1.
- (11) H. NIJS, *Op. cit.*, 6.
- (12) A. DELPERÉE, *Verslag over de ziekteverzekering, voorgelegd door de interdepartementele werkgroep*, Ministerie van Sociale Voorzorg, 1976.

- (13) A. PRIMS, 'De organisatie van de gezondheidszorg in België: een schematisch overzicht', in *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, 1979, 4-5, 249-299.
- (14) J. PETIT, *Verslag over de stand van de hervorming van de ziekteverzekering*, Brussel, september 1980.
- (15) J. PETIT, *Verslag over de ziekteverzekering*, Kamer van Volksvertegenwoordigers, 892, 1975-1976.