

Y. Nuyens

Medische sociologie en gezondheidsbeleid in België

Dit hoofdstuk is in zijn eerste paragraaf een sociologische analyse van het gezondheidsbeleid. Daarbij maken we gebruik van de coördinaten uit de sociale kaart van de gezondheidszorg. In het tweede gedeelte ligt de focus op de sociologische ontwikkeling op het terrein van de gezondheidszorg. Enkele elementen van professionalisering en institutionalisering worden besproken. De klemtoon valt echter op de relatie tussen gezondheidsbeleid en sociologie-ontwikkeling.

I. Gezondheidszorg en gezondheidsbeleid

Gezondheidsbeleid verschijnt als een onderdeel van het algemene sociaal beleid dat kan omschreven worden als "het optreden van de overheid met het oog op het behouden, scheppen of veranderen van sociale bestaans- en ontwikkelingsvoorwaarden van de burgers in functie van het algemeen welzijn" (1). Gezondheid is een voorbeeld van een dergelijke bestaans- en ontwikkelingsvoorwaarde, waarrond de overheid via beleidsmaatregelen de produktie en de distributie van collectieve goederen organiseert. Zo geformuleerd kadert het gezondheidsbeleid in de welvaartsstaat, die gekenmerkt is door "georganiseerd overleg tussen sociale groepen en de staat op sociaal en economisch gebied en de uitvoering van het sociaal beleid niet alleen door de staat maar in medewerking met de vrije (en dus niet van de staat afhankelijke) sociale organisaties ... Er is derhalve een relatieve onafhankelijkheid van het politiek gezag ten aanzien van sociale en economische organisaties en belangengroepen. Dit betekent niet dat de overheid boven deze belangengroepen staat, maar dat haar beslissingen bepaald worden door steeds wisselende coalities van belangengroepen" (2). Deze algemene beschouwingen suggereren dat een sociologische analyse van het gezondheidsbeleid niet alleen aandacht moet geven aan de feitelijk gerealiseerde doelstellingen (gezondheidsbeleid : inhoudelijk bekeken), maar evenzeer aan het proces van beleidsbepaling in zijn verwevenheid met de doelstellingen (gezondheidsbeleid : structureel bekeken). Dat alles komt straks aan bod. Maar kan men in België wel van een werkelijk gezondheidsbeleid spreken?

Een niet-aanwezig gezondheidsbeleid?

Een historische analyse van twintig jaar overheidsdocumenten met betrekking tot de Belgische gezondheidszorg brengt een aantal merkwaardige constanten aan de

oppervlakte. Wanneer in 1964 de staking van het geneesherencorps werd afgesloten met een akkoord tussen de vertegenwoordigers der geneesheren en deze der verzekeringsorganismen, is daarin gezamenlijk besloten tot een grondige studie van het gezondheidsbeleid: "Een grondig onderzoek van de politiek van volksgezondheid dringt zich op in ons land. Aan de Regering komt het toe de studie en de voorbereiding daarvan in te richten en zich daarbij te laten inspireren door de adviezen van de terzake meest bevoegde personen. Dit punt werd zonder moeilijkheden door iedereen aanvaard omdat men wel beseftte dat een oplossing voor de verschillende vraagstukken die gesteld waren, samenhang met de uitwerking van een algemeen gezondheidsbeleid" (3). Wanneer deze studiecmissie enige jaren later haar verslag bij de Regering indient, dan vermelden de conclusies o.m. dat een "... gebrek van de huidige georganiseerde geneeskunde is het ontbreken van een centraal beleid". Eenzelfde conclusie verschijnt tien jaar later opnieuw, wanneer koninklijk commissaris Petit in 1976 zijn verslag over de hervorming van de ziekteverzekering bij het Parlement indient. Als eerste aanbeveling vermeldt hij: "Een eerste hiaat — sedert jaren een gemeenplaats — is de noodzaak gans het gezondheidsbeleid onder één verantwoordelijke minister te brengen. De versnippering van diensten en de afwezigheid van een beleid waren zeer lang de kenmerken van onze gezondheidspolitiek" (4). Ten slotte kan verwezen worden naar het 'Sylvesterakkoord' van 11 januari 1980 waarin de Confederatie van Belgische Geneesheren en de regering o.m. besluiten tot de oprichting van een werkgroep voor het onderzoek van het gezondheidsbeleid.

Met de regelmaat van een klok stoot men dus op de vaststelling dat België vooralsnog geen gezondheidsbeleid zou kennen, vaststelling die overigens niet alleen in overheidsdocumenten, maar wellicht in nog sterkere mate in memoranda, jaarverslagen, moties van de meest uiteenlopende belangengroepen terug te vinden is. Een analyse van verkiezingsprogramma's en regeringsverklaringen uit de periode 1968-1977 levert trouwens eenzelfde beeld op: "Het ontbreekt de partijen en regeringen niet aan ideeën, wel aan de wil en/of moed, wellicht ook aan de mogelijkheden om ze door te voeren. Hoe anders verklaren dat praktisch dezelfde eisen tien jaar lang (moeten) worden gesteld. Waar blijft echter de geloofwaardigheid als de politieke partijen deze eisen niet omzetten in realisaties, ook wanneer zij regeringsverantwoordelijkheid dragen en hun eisen opgenomen worden in Regeringsverklaringen" (5).

Geen gezondheidsbeleid dus, maar intussen keuren kamerleden en senatoren jaarlijks een begroting van volksgezondheid goed, pogen vakbonden en patroonsorganisaties het sociale zekerheidsstelsel intact te houden, komt er een wetgeving op de uitoefening van de geneeskunde (1967), op de ziekenhuizen (1973), op de ambulante geestelijke gezondheidszorg (1975) en communautariseert men de nationale volksgezondheidsadministratie. (De term 'communautariseren' betekent in de Belgische context: de beleidsverantwoordelijkheid en -instrumenten overdragen aan de drie regio's, Vlaanderen, Wallonië, Brussel.)

Tegenover de stelling dat er geen sprake is van een gezondheidsbeleid staat dus wel degelijk de realiteit van een rechtsorde in de sfeer van gezondheid en gezondheidszorg, rechtsorde die bovendien bestendig in omvang en betekenis toeneemt.

Het bestaan van een gezondheidsbeleid vindt overigens een bevestiging in tal van reacties, houdingen en stellingnamen van diverse in de gezondheidszorg betrokken instanties.

Drie recente citaten ter illustratie:

— het Regeerakkoord voor de Vlaamse Executieve (1980) stelt als algemeen principe voor gezondheidszorg en sociale dienstverlening: "Evenwichtige ontwikkelingsmogelijkheden, zowel voor privé- als voor overheidsinitiatief, verzekeren samenwerking tussen alle sectoren van de sociale dienstverlening door coördinatie van de

verschillende initiatieven, teneinde wildgroei te voorkomen”;

— in een inleidend document voor het Congres van de Socialistische Partij over de gezondheidszorg in Vlaanderen (1980) verdedigt L. Hancké een wetsvoorstel in verband met de forfaitaire betaling en stelt: “Ten slotte moet in deze formule ook een versterkte rol van de gemeenschap in de gezondheidszorg mogelijk worden. Zij kan niet meer de bepaling van het gezondheidsbeleid overlaten aan belangengroeperingen. Gezondheidszorg is om meer dan één reden een gemeenschapszaak. De gemeenschap heeft de afgelopen vijftien jaar ervaren wat het haar kost als zij zich terugtrekt uit die sector. In de toekomst moet zij het heft terug in eigen handen nemen” (6);

— naar aanleiding van genoemd wetsvoorstel schrijft Dr. L. Beckers in *Syndicale Berichten* (een uitgave van de Syndicale Kamer der Geneesheren): “Dat sommige politieke leiders hun denkbeelden doordrukken ook als ze opvallend zonder nut zijn of zelfs schadelijk voor het algemeen belang, kunnen we volmondig beamen. Dat ze hiertoe door zuiver doctrinaire redenen bewogen worden, kunnen we nauwelijks geloven. Al deze initiatieven om langs de overheid om telkens nieuwe activiteitsgebieden onder controle te brengen van sommige politieke leiders, worden in hoofdzaak bepaald door zeer praktische motiveringen van machtsdrang en rauwe hebzucht” (7).

België kent dus wel degelijk een gezondheidsbeleid, maar over de inhoud en de besluitvorming terzake — meer in het bijzonder over het aandeel van de overheid, privé-initiatief en belangengroepen — bestaan erg controversiële opvattingen. Wat laat zich nu over de inhoud van dit gezondheidsbeleid samenlezen?

Het Belgisch gezondheidsbeleid inhoudelijk bekeken

Zoals elke andere vorm van sociaal beleid werkt ook het gezondheidsbeleid met doelstellingen. Deze liggen zowel in de sfeer der normativiteit — wat men zou willen doen — als in de sfeer der feitelijkheid — wat men in werkelijkheid nastreeft. Normatieve doelstellingen zijn te vinden in beleidsintentieverklaringen (o.m. regeerakkoorden, partijprogramma's, verkiezingsplatforms), terwijl wetgeving, begroting en instellingen de coördinaten leveren voor een analyse van feitelijke doelstellingen. Wat nu zozeer opvalt in het Belgisch gezondheidsbeleid is de aanzienlijke discrepantie tussen de normatieve doelstellingen aan de ene kant en de feitelijk nagestreefde doelstellingen aan de andere kant.

1. De laatste tien jaar is in vele regeringsverklaringen sterk de nadruk gelegd op het belang van de *preventieve gezondheidszorg*. Maar wat ziet men? De preventieve gezondheidszorg is in de rijksmiddelenbegroting uitermate karig bedeeld. Een kaderwet, die als juridische onderbouw voor deze sector zou kunnen dienen, bestaat (nog) niet. Preventieve activiteiten komen nauwelijks voor terugbetaling via de ziekteverzekering in aanmerking. Ook blijven in deze sector beroepsvormingsprocessen vooralsnog grotendeels afwezig. Daartegenover staat de vaststelling dat de *curatieve gezondheidszorg* onverminderd blijft groeien in middelen, mensen en voorzieningen, de ziekteverzekering verder in het miljardendeficit blijft jagen, op een uitgebouwd wettelijk kader kan terugvallen en ten slotte een gunstige voedingsbodem blijkt te zijn voor krachtige professionaliseringsverschijnselen.
2. Beleidsverklaringen accentueren de jongste jaren sterk het belang van de *geestelijke gezondheidszorg* en de *sociale welzijnszorg*. Weliswaar zijn op het einde van de jaren zeventig de eerste wettelijke kaders voor de (ambulante) geestelijke gezondheidszorg en voor de sociale welzijnszorg uitgetekend. Toch dreigen deze sectoren de eerste slachtoffers te worden van de economische crisis. Diensten voor geestelijke

gezondheidszorg, thuisverzorging en gezins- en bejaardenhulp staan inderdaad financieel met de rug tegen de muur en kunnen slechts overleven bij de gratie van machtige 'bevriende' organisaties. Hun aandeel in de nationale gezondheidskoek blijft overigens, in vergelijking met de *lichamelijke gezondheidszorg*, minimaal.

3. Ook de promotie van de *eerstelijnsgezondheidszorg* komt in vele intentieverklaringen voor. Reeds in 1967 werd door de vroeger geciteerde Studiecommissie voor het Gezondheidsbeleid aangedrongen op "een echelonnering volgens de kwalificatie van de geneesheer ... een gesystematiseerde verwijzing op grond van taakverdeling ... een domiciliëring van de patiënt bij een eerste verantwoordelijke geneesheer ... de interdisciplinaire samenspraak tussen de verschillende medische en paramedische disciplines" (8). Vijftien jaar later blijven deze eisen onverminderd gesteld, maar kan van een eerstelijnsgezondheidszorg ternaauwernood gesproken worden.

Relevant in dit verband is het antwoord van de minister van volksgezondheid op een recente interpellatie in de Senaat, waarbij de afwezigheid van de eerstelijnsgezondheidszorg werd aangeklaagd. Als beslissingen die duidelijk de promotie van de eerstelijnszorg nastreven, vermeldt de minister o.m. de restrictieve planning inzake de zware medische apparatuur, de ondertekening van 24 ministeriële besluiten met betrekking tot de erkenning van geneesheren-specialisten, de beperking van de klinische biologie (9). Het is al de vraag of met een dergelijke negatieve aanpak de eerstelijnsgezondheidszorg echt kan groeien (10). Bovendien levert dit ministerieel antwoord een treffende illustratie van de vaststelling dat voornamelijk de *gespecialiseerde tweede- en derdelijnszorg* zich in het gezondheidsbeleid hebben weten waar te maken. Dat komt ook tot uiting in het organigram van de overheidsadministratie, waarin de sterk uitgebouwde bestuursafdeling voor de verplegingsinstellingen hoegenaamd geen tegenpool heeft voor de eerstelijnsgezondheidszorg.

4. De *verzorging van zieken in hun gewoon leefmilieu* (dus buiten het kader van een instelling) behoort ook tot de normatieve doelstellingen van de jongste tien jaar. Maar de thuisverpleegkunde wordt in feite zwaar gehypothekeerd (zie hierover de sociale kaart van de gezondheidszorg) zowel door een ongunstig financieringssysteem — slechts een beperkt aantal handelingen komen voor terugbetaling vanwege de ziekteverzekering in aanmerking —, als door een inadequaat verbintenisstelsel — geen diensten, slechts prestaties van individueel werkende verpleegkundigen worden gehonoreerd. Een wet van 1978, die een bijzondere erkenning voorziet voor geïntegreerde diensten voor thuisverzorging, wacht vier jaar later nog steeds op de noodzakelijke uitvoeringsbesluiten. Ook de integratie binnen de thuisgezondheidszorg van huisarts, verpleegkunde, maatschappelijk werk en gezinshulp kent tot dusver geen wetgevend kader van normering, financiering en ontwikkeling. Dit contrasteert sterk met de aangehouden uitbouw van de *intramurale of instellingen-sector*, de *dauphin* bij uitstek van de *golden sixties*.

5. Andere feitelijke doelstellingen zijn:

- een sterke *technologische* inslag. Deze is als het ware gesymboliseerd in de nomenclatuur als lijst van technische handelingen en verzilverd in de exponentiële toename van deze technische prestaties. Dit gebeurt ten nadele van een *maatschappelijk gericht gezondheidsbeleid*, dat via maatregelen van openbare gezondheidszorg en milieuhygiëne, in de meest brede zin op structurele oorzaken van ziekte zou inwerken;

- een *individualistische* benadering. Het gezondheidsbeleid is gericht op zieke (of gezonde) individuen en werkt hoofdzakelijk langs individueel-opererende professionals. Dit is dan in het nadeel van meer *groepsgerichte* beleidsstrategieën, waarin o.m. risico-groepen tot specifiek object van een (curatief en/of preventief) beleid

worden gemaakt. Deze bemerking slaat overigens ook uitdrukkelijk op de organisatie van het zorgaanbod, waarvoor het gezondheidsbeleid tot dusver weinig prikkels tot meer teamgerichte praktijkvoering heeft geleverd;

- prioriteit voor *professionals*. Het beleid heeft de gezondheidszorg tot een quasi-exclusieve aangelegenheid van deskundigen gemaakt. (Daartussen zitten overigens steeds meer zgn. alternatieve genezers). Dit remt de *zelfzorg*, die slechts recentelijk via zelfhulpgroepen maatschappelijk waarneembaar werd en appèl op het beleid begint te maken.

Samenvattend kunnen volgende feitelijke doelstellingen binnen het gezondheidsbeleid aangewezen worden: een voorrang voor de curatieve, lichamelijke, gespecialiseerde en intramurale gezondheidszorg, met sterke technologische, individualistische en professionele accenten als aanvullende karakteristieken.

Het Belgische gezondheidsbeleid structureel bekeken

In deze paragraaf verschuift de aandacht naar de beleidsproces zelf, naar de structurele kaders waarbinnen probleemformulering en beleidsbeslissingen tot stand worden gebracht.

Welke structurele determinanten zijn in het gezondheidsbeleid waarneembaar?

1. Het gezondheidsbeleid vertoont een sterk *centralistisch-nationaal* karakter.

Ondanks de formele aanwezigheid van een hiërarchie in beleidsniveaus — nationaal, regionaal, provinciaal, gemeentelijk (zie hierover de sociale kaart van de gezondheidszorg) — blijven de ondergeschikte besturen uitermate beperkt in hun actiemogelijkheden. Dit is flagrant in tegenstelling met het door de Wereldgezondheidsorganisatie gewenste decentralisatiemodel, waarbij aan lokale bestuurseenheden meer mogelijkheden worden toegespeeld (zie b.v. de regio's in Italië, de provincies in Nederland, de *area's* in Engeland). Illustratief in dit verband is de zachte dood, enkele jaren terug, van de zgn. Stuurgroep De Wulf, die de idee van 'sanitaire regio's' poogde te introduceren. Het centralistisch-nationaal gezondheidsbeleid handhaaft zich bovendien ondanks (of dank zij) de wetgeving op de staats hervorming. Vroeger werd er reeds gewezen dat ook na de overdracht van de 'persoonsgebonden materies' (waaronder gezondheidszorg), de nationale instanties blijven beslissen over reglementering en financiering. Dat komt omdat de sector 'gezondheidszorgen' van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering niet wordt opgedeeld naar de twee Gemeenschappen toe. Zo "... blijft het voor de Vlaamse Raad onbegonnen werk een eigen beleid te voeren inzake de gezondheidszorginstellingen in Vlaanderen en in Vlaams Brussel" (11).

2. Het stelsel van de *ziekteverzekering* is inderdaad een uiterst belangrijke hefboom in het gezondheidsbeleid. Een interdepartementele werkgroep rapporteert hierover als volgt: "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 geleidelijk te laten instaan voor de doeleinden van het gezondheidsbeleid" (12). Uiteraard heeft deze dominantie van de ziekteverzekeringsinstellingen te maken met het feit dat de geldstromen voor de gezondheidszorg, in de zin zowel van inkomsten als uitgaven, grotendeels binnen kanalen lopen, die zij onder beheer en controle hebben. Minstens even belangrijk is evenwel dat de beheerders van de ziekteverzekering, via de Medico-Mutualistische Commissie en de Technisch-Geneskundige Raad (zie sociale kaart), bepalen welke medische handelingen voor terugbetaling in aanmerking komen, de honoraria vastleggen en de bekwaamheid vastleggen die vereist is om elk van deze verstrekkingen

te verrichten. De stuurliu van de ziekteverzekering beslissen dus welk gedeelte van de nationale gezondheidstaart onder welke voorwaarden naar wie in de sector gaat. Wie derhalve het nationaal gezondheidsbeleid naar zijn/haar hand wil zetten, zal in eerste instantie uitkijken naar aanwezigheid binnen, eventueel bezetting van de ziekteverzekeringsinstellingen als vitale beleidsinstrumenten.

3. Er is ook hier de aanwezigheid van een echte *overlegeconomie* (13).

4. Elders in dit boek schrijft Huyse dat de zuilen het maatschappelijke en politieke leven in de diepte en in de breedte doordringen. In de diepte verwijst naar de invasie van de input- en outputactiviteiten door de zuilen. In de breedte verwijst dan naar de bezetting door dezelfde actoren van maatschappelijke domeinen, zoals onderwijs, gezondheidszorg, sociaal-cultureel werk e.d. Ofschoon deze vaststelling erg relevant is voor de sector van het gezondheidsbeleid — getuige hiervan de sterke aanwezigheid en de strategische rol van de verzuiide ziekenfondsen — dringt zich een correctie op. Men vergete immers niet dat zich in deze sector krachtige professionaliseringsprocessen hebben ontwikkeld, meer in het bijzonder rond de medische beroepsgroep. Als hypothese zou men kunnen stellen dat de overheid in de loop van de 19de eeuw de zorg voor de gezondheid quasi-integraal aan de medische beroepsgroep heeft gedelegeerd, waardoor een professionaliseringsproces in de meest absolute betekenis tot ontwikkeling kon komen. Deze, historisch gegroeide, situatie van professionele dominantie verklaart de opmerkelijk sterke aanwezigheid van de artsen-groep in een overlegeconomie, die slechts kan werken door de participatiebereidheid van de geneesheren, die dan via hun handtekening een flink stuk van de uitgaven in de gezondheidssector bepalen en sturen. De bezetting van het gezondheids- en ziekteverzekeringsbeleid draagt aldus een *dubbele signatuur*: er zijn de zuilnetwerken (voornamelijk de ziekenfondsen) én de gezondheidsprofessionals (voornamelijk de geneesherenorganisaties).

5. Ziekenfondsen en geneesherenorganisaties zijn in de arena van het gezondheidsbeleid tot een soort *gewapende vrede* gekomen. Daarover noteert de voorzitter van het Beheerscomité van de ziekteverzekering het volgende: "Het is mogelijk dat men niet akkoord is met de aanwezigheid in het Beheerscomité van de vertegenwoordigers van de beoefenaars van de geneeskunde en van de paramedische medewerkers, maar men moet toch toegeven dat die aanwezigheid alleen al sedert meer dan tien jaar heeft bijgedragen tot de wederzijdse bewustwording van eenieders problemen en heeft opgevoed tot wederzijds respect... Onze regeling is wat ze is: het resultaat van compromissen tussen soms fors uiteenlopende standpunten" (14). Ziekenfondsen en geneesherenorganisaties werken met de regels van het ruilverkeer: geven om te krijgen en ontvangen moet betaald worden. Hieruit resulteren verbaal geweld, agressie en conflicten aan de ene kant, compromissen aan de andere kant. De conflicten brengen de ruilrelatie zélf niet in het gedrang. Wanneer zowel ziekenfondsen als geneesherenorganisaties regelmatig hun achterban mobiliseren, dan moet dit veeleer gezien worden als een operatie ter verbetering van de eigen marktwaarde dan als een bewuste poging tot doorbreken van de ruilrelatie. In die zin verschijnt de ziekteverzekering als sluitstuk op de Pax Medica: zij legt niet alleen het zilveren stuurwiel van de financiële middelen in handen van de belanghebbenden, maar garandeert daarnaast aan de geneesheren een lucratieve, technische prestatiegeneskunde, aan de ziekenfondsen een vitale distributiefunctie, ondermeer in de outputzone van het medisch bedrijf.

II. Sociologie van de gezondheidszorg in Vlaanderen

Ofschoon de ontstaansgeschiedenis van de sociologie in België teruggaat tot in de negentiende eeuw, heeft de institutionele uitbouw pas in de laatste decennia plaatsgevonden. Dit heeft voor gevolg dat vooralsnog weinig historische of wetenschapssociologische studies beschikbaar zijn om de vraag naar de relatie tussen sociologiebeoefening en beleid adequaat te helpen beantwoorden. Die vaststelling geldt voor de algemene sociologie en, uiteraard, ook voor de sociologie van de gezondheidszorg, die in België slechts rond 1968 haar intrede deed. Bovendien levert het feit dat de schrijver van deze bijdrage zelf deze subdiscipline hier initieerde een bijkomende moeilijkheid op. De beschrijving dreigt in zo'n geval immers autobiografisch te worden, wat zich wel met beschrijvende, iets minder met analytische objectieven laat verzoenen, zoals een vroegere ervaring al uitwees (15). Het risico kenden we gedeeltelijk ontwijken doordat een onderzoeksrapport over de ontwikkeling van de medische sociologie in Europa beschikbaar is, waarin o.m. aan België veel aandacht wordt gewijd (16). Gebaseerd op interviews met bevoorrechte getuigen, schriftelijke bevraging en analyse van documenten, draagt dit onderzoek belangrijk basismateriaal aan, waarvan we hier (met welwillende toestemming van de auteur) gebruik maken.

Komen in deze beknopte terreinverkenning dan ter sprake: fasen van ontwikkeling, elementen van institutionalisering en de relatie tussen beleid en sociologiebeoefening. Overigens moet herhaald worden dat men de betrokken discipline slechts gedeeltelijk binnen deze relatie kan vatten. Naast het gezondheidsbeleid spelen immers andere factoren mee, zoals het statuut van de wetenschap in de samenleving en van de sociologie aan de universiteit. Vooraf nog deze bemerking: gegeven de verschillende ontwikkeling van de medische sociologie in Vlaanderen en Wallonië en gegeven de globale opzet van dit boek, beperkt deze terreinverkenning zich tot Nederlandstalig België.

Fasen in de ontwikkeling

Ofschoon ook nog om andere redenen bekend, heeft het jaar 1968 een bijzondere betekenis voor de ontwikkeling van de sociologie van de gezondheidszorg. Op dat ogenblik ontstond de eerste leergang 'medische sociologie' in een Belgische, Nederlandstalige universiteit, namelijk als keuzevak binnen de licentieopleiding 'sociologie' van de Katholieke Universiteit Leuven. In hetzelfde jaar werd het Sociologisch Onderzoeksinstituut van de KUL gevraagd mee te werken aan een vierjarig onderzoeksprogramma over 'Medische, psychologische en sociale aspecten in de rehabilitatie van hemofiliepatiënten'. Dit project werd geïnitieerd door de medische faculteit van de KUL (dienst voor haematologie) en gefinancierd door het Fonds voor Collectief Fundamenteel Onderzoek. Dit vormde de rechtstreekse aanleiding voor de oprichting van een onderzoeksafdeling Medische Sociologie in het Sociologisch Onderzoeksinstituut, naast de reeds aanwezige afdelingen voor arbeids-, godsdienst-, gezins-, bevolkings- en cultuursociologisch onderzoek. Meteen was de structurele bedding gelegd voor de ontwikkeling van een discipline. Claus onderkent binnen deze ontwikkeling drie belangrijke fasen.

1. In de *aanvangsfase* (1968-1973), werd prioriteit gegeven aan enige professionalisering van de nieuwe subdiscipline. Dit zou zich overwegend in twee

strategieën vertaald hebben, m.n. "het vormen van een opleiding en het creëren van een identiteit voor medische sociologen". Het eerste objectief vond reeds voltooiing in 1972, moment waarop de sociologie van de gezondheidszorg als volwaardig deelgebied binnen de eerder genoemde licentieopleiding werd opgenomen. De creatie van een identiteit voor 'medische sociologen' is nog volop bezig en concretiseert zich in een aantal uiteenlopende strategieën, waarin de medische sociologie aanwezig wordt gesteld in relevante maatschappelijke deelgebieden, kanalen en processen. Dit stimuleert de opbouw van een arbeidsmarkt voor sociologen van en in de gezondheidszorg met o.m. onderwijsfuncties (vooral in paramedische opleidingen), onderzoekopdrachten (vooral aan de universiteiten), kaderfuncties zowel in de overheidsadministratie als in artsensorganisaties, ziekenfondsen en verenigingen van verzorgingsinstellingen.

2. In een *tweede fase* (1973-1976) verschuift de prioriteit nadrukkelijk naar de uitbouw van het onderzoek. Onderzoeksinitiatieven worden uitgelokt bij de meest uiteenlopende instanties, gaande van professionele organisaties van zorgenverstrekkers over de farmaceutische nijverheid tot en met stichtingen voor zuiver wetenschappelijk onderzoek. Deze onderzoeken bestrijken de gezondheidszorg in zijn belangrijkste facetten: zowel de vraag (o.m. het ziektegedrag) als het aanbod (o.m. het ziekenhuis), zowel de intramurale (o.m. het psychiatrisch ziekenhuis) als de extramurale sector (o.m. de professionalisering van huisartsen), zowel de lichamelijke (o.m. hemofilie) als de geestelijke gezondheidszorg (o.m. huisarts en psychofarmaca) worden bekeken. Deze onderzoekingen situeren zich overwegend op een micro-sociologisch en een meso-sociologisch niveau en zijn gekenmerkt door een uitgesproken eclecticisme, zowel inzake theoretische referentiekaders als inzake onderzoeksmethodologie. De beleidsdimensie en het macrosociologisch perspectief blijven in het onderzoek zelf weinig ontwikkeld. Parallel met, en wellicht als gevolg van, deze intensieve onderzoeksactiviteiten ontstaan echter in deze periode vele consultatie- en adviesopdrachten, én ten behoeve van de overheid (voornamelijk het departement van volksgezondheid) én in de privé-sector (o.m. ziekenfondsen, verenigingen van verzorgingsinstellingen, artsverenigingen, organisaties van verpleegkundigen). Meteen ligt de poort wijd open voor een meer macrosociologische en beleidsgerichte sociologie van de gezondheidszorg.

3. Zo'n ontwikkeling voltrekt zich in een derde, voorlopig *laatste fase*. Het Nationaal Onderzoeksprogramma in de Sociale Wetenschappen geeft daarin de doorslag. Dit programma, waaraan de afdeling medische sociologie van 1975 tot 1981 op actieve wijze participeerde, wil inderdaad "de sociale wetenschappen zekerder, operationeler en nuttiger maken voor de politieke besluitvorming". Om deze uitdaging te beantwoorden, werd een interuniversitaire (Leuven-Gent-Antwerpen) en een interdisciplinaire (sociologie, methodologie, huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde) alliantie afgesloten, wat meteen een nieuwe dimensie in de ontwikkeling binnenbrengt. Het belang van dit Nationaal Onderzoeksprogramma manifesteert zich bovendien langs de zgn. transfertmechanismen, die de opdrachtgever (de Diensten voor Wetenschapsbeleid) opzet als een formeel kader, waarbinnen onderzoek en beleid elkaar kunnen ontmoeten, om processen van beleidsinformatie, -oriëntatie en -innovatie op gang te brengen (17). Wanneer beleid en onderzoek elkaar op zo'n geïnstitutionaliseerde wijze ontmoeten, suggereert dit op z'n minst reeds het bestaan van een relatie tussen beide: meteen een eerste element van antwoord op de centrale vraag.

Internationalisering is ook een belangrijke component van de ontwikkeling in deze derde fase. Zij loopt langs drie dimensies, die trouwens onderling verweven zijn: een professionele dimensie met o.m. de organisatie van een internationaal seminarie over

medische sociologie (1976), samenwerkingsakkoorden met Polen (1979), initiatief tot oprichting van een Europese Vereniging voor Medische Sociologie (1981); een onderzoeksdimensie met o.m. participatie aan internationale onderzoeksprogramma's van de UNO (Vienna Centre) en de EEG (vergelijkende Europese studie over eerstelijnszorg); een beleidsdimensie met o.m. advies- en consultatieopdrachten voor private internationale stichtingen (CIBA-foundation), de Europese Gemeenschap en de Wereldgezondheidsorganisatie.

Wat met de sociologie van de gezondheidszorg buiten het sociologisch onderzoeksinstituut van de Leuvense universiteit? Aangezien in Vlaanderen geen andere onderzoeksinstituten voor medische sociologie aanwezig zijn heeft het overzicht alleen betrekking op onderwijsactiviteiten. Aan de K.U.Leuven komt de sociologie van de gezondheidszorg onderwijsmatig nog aan bod binnen de medische faculteit, zowel in het basiscurriculum (als keuzevak) als in de school voor maatschappelijke gezondheidszorg (als plichtvak in de opleiding van ziekenhuismanagers). De nieuwe Universitaire Instelling Antwerpen nam het vak vanaf haar bestaan (1973) op als plichtvak in het medisch curriculum, achteraf ook als keuzevak in de sociologieopleiding. De R.U.Gent voorziet in haar licentie in de verzekeringsgeneeskunde het vak geneeskundige sociologie, overigens door een geneesheer gedoceerd. Ten slotte komt het vak ook voor in de medische opleiding van het Limburgs Universitair Centrum. Onderzoeksmatig blijft de sociologie van de gezondheid dus gecentraliseerd in de afdeling Medische Sociologie van het Sociologisch Onderzoeksinstituut, ofschoon de jongste tijd verschillende academisch-medische settings sociologen voor onderzoeksopdrachten beginnen aan te trekken (o.m. de Dienst voor Sociale Geneeskunde van de R.U.Gent, het Departement Huisartsgeneeskunde van de Universitaire Instelling Antwerpen, het Vlaamse Huisartsen Instituut).

Elementen van institutionalisering

De beschrijving van de ontwikkelingsfasen in de sociologie van de gezondheidszorg suggereerde al enige mate van institutionalisering. Scharnierelementen in dit proces van institutionalisering zijn:

1. De opbouw van een onderzoekstraditie. Wanneer over een periode van 13 jaar 17 onderzoeksprojecten worden ontwikkeld wijst zulks op een belangrijke productie van kennis.
2. De ontwikkeling van een specifieke *opleidingsorganisatie* voor sociologen van de gezondheidszorg. Doel hierbij is distributie van kennis of, met andere woorden, conversie van kennis-input naar maatschappelijke output. Deze laatste vertaalt zich o.m. in ongeveer 100 gediplomeerde sociologen (met eindverhandelingen in de sociologie van de gezondheidszorg) sedert 1973, een beperkt aantal voltooide naast een groter pakket aan lopende doctoraten.
3. De groeiende betekenis van de sociologie van de gezondheidszorg in de opleiding van gezondheidswerkers, van geneesheren in het bijzonder. Deze toelevering kwam tot dusver op eerder toevallige wijze tot stand kwam, maar hierin zou vrij spoedig een grondige kentering kunnen komen. Op 26 juni 1981 keurde de Hoge Raad voor Geneesheren, Specialisten en Huisartsen immers de bijzondere criteria goed "voor de opleiding en de erkenning van de geneesheren die een bijzondere kwalificatie verlangen voor bepaalde prestaties van de huisartsgeneeskunde in de ZIV-nomenclatuur". Dit wettelijk verplicht opleidingsprogramma voor toekomstige huisartsen voorziet expliciet de opname van het vak medische sociologie en draagt aldus onrechtstreeks bij tot een verdere institutionalisering.

4. Er is sedert 1980 ook een eigen vaktijdschrift *Gezondheid en Samenleving*. Ofschoon de ondertitel *Tijdschrift voor gedragswetenschappen in de gezondheidszorg* een bredere opstelling suggereert (o.m. aandacht voor gezondheidseconomie en medische psychologie), draagt het een sterk sociologische signatuur. De redactionele zwaartepunten liggen inderdaad bij sociologische eenheden, zowel in Nederland (Maastricht) als in Vlaanderen (Leuven).

5. Ten slotte werkt ook de *internationalisering* als een scharnierelement in het institutionaliseringsproces. De oprichting van een Europese Vereniging voor Medische Sociologie, de formalisering van advies- en consultatieopdrachten voor internationale organisaties (zoals de Europese Gemeenschap en de Wereldgezondheidsorganisaties), de participatie aan internationale onderzoeksprogramma's dragen niet alleen het maatschappelijk instituut 'sociologie van de gezondheidszorg' uit over de nationale grenzen, maar scheppen nieuwe impulsen voor een verdere institutionalisering op nationaal vlak.

Gezondheidsbeleid en sociologie van de gezondheidszorg

Hier komen ten slotte enkele kanttekeningen, veeleer op te vatten als werkhypothesen dan als conclusies, over de relatie tussen beleid en sociologiebedrijf in het terrein van de gezondheidszorg:

1. Op het zuiver morfologische niveau kunnen we het bestaan van een relatie tussen gezondheidsbeleid en sociologiebedrijf bevestigen. Het beleid — overheid, georganiseerd privé-initiatief en het samenspel tussen beide — bestelt en financiert opdrachtenonderzoek in dit veld, participeert uitvoerig aan 'begeleidingscommissies' en organiseert bovendien zelf transfertkaders om de wisselwerking tussen producenten en multipale gebruikers van onderzoek te bevorderen. Sociologen van hun kant nemen beleidsvoorbereidend onderzoek aan of lokken dit zelf uit, vervullen consultatie- en adviesopdrachten in het kader van de overleconomie in de gezondheidszorg en ook daarbuiten ('de basis') en maken uiteindelijk dit gezondheidsbeleid zelf tot voorwerp van hun analyse.
2. De omvangrijke en uiteenlopende produktie van sociologische kennis blijft niet zonder effect op de inputactiviteiten in het politiek bedrijf, waarin probleemformulering en articulatie van belangen plaats vinden. Dossiers als de herwaardering van de huisartsgeneeskunde, de humanisering van het ziekenhuis, de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg, het belang van kwaliteitsevaluatie leveren treffende voorbeelden van beïnvloeding door het sociologisch bedrijf.
3. De relatie tussen gezondheidsbeleid en sociologie van de gezondheidszorg expliciteert zich evenzeer in de zone, waarin rangordening van politieke claims en produktie van beslissingen tot stand komen. Een illustratie hiervan vormt het huidige regeerakkoord, dat onder de rubriek 'Gezondheidsbeleid' vier punten ter sprake brengt, nl. prioritaire uitbouw van de eerstelijnsgezondheidszorg, uitbreiding van de thuisverzorging, humanisering van het ziekenhuiswezen, herziening van het statuut van de Orde van geneesheren. Deze punten sluiten direct aan op sociologisch analysewerk van de jongste jaren, ook inzake oriëntatie en formulering. Weliswaar bevindt men zich hier nog op het niveau van de normatieve doelstellingen, maar het verschijnen van de eerste wetsvoorstellen over deze materies kondigt een mogelijke overschakeling naar feitelijke doelstellingen aan.
4. Deze relatie tussen gezondheidsbeleid en sociologie van de gezondheidszorg is uiteraard niet probleem- en conflictloos, maar stoot op moeilijkheden, waarmee het sociologisch bedrijf in zijn geheel heeft af te rekenen. Dumon noteert hierover:

"Ten behoeve van een dergelijke beleidsvorming (n.v.d.r.: bedoeld wordt een beleid gebaseerd op machtsafspraken, pacten, pacificatie) kan sociologisch onderzoek functioneel of dysfunctioneel zijn. Het is functioneel wanneer het gebeurt ten behoeve van de ondersteuning van een bepaalde ruil; het is dysfunctioneel in de mate dat het de legitimering van de heersende machtsaanspraken ondergraaft; in vele gevallen is het irrelevant. M.i. is derhalve een van de hoofdredenen voor de ambiguïteit van de houding tegenover het sociologisch onderzoek en de socioloog dat aan de top van het beleid heel duidelijk de potentiële relevantie wordt onderkend, maar dat het terzelfder tijd als bedreigend wordt ervaren" (18). Deze vaststelling kan voor de sociologie van de gezondheidszorg volledig onderschreven en met talloze voorbeelden geïllustreerd worden.

De relatie tussen (gezondheids)beleid en (medische) sociologie laat zich echter niet uitsluitend beoordelen via de termen functioneel en dysfunctioneel. De relatief belangrijke aanwezigheid van de medische sociologie in de input- en outputzone van het gezondheidsbeleid wijst erop dat beleidsrelevantie, beleidsnuttigheid en beleidsbruikbaarheid hier geen loze kreten betekenen.

5. Of dit alles ten slotte een sterke professionalisering van de betrokken beroepsgroep heeft opgeleverd, kan betwijfeld worden. Waar ook het gezondheidsbeleid in België zich karakteriseert door een vrij zwakke functie-specialisatie en een gebrekkige functie-autonomie, zou eerder in de door Huyse in dit boek ontwikkelde richting moeten gedacht worden: "Beroepen waarvan de specificiteit ligt in het begeleiden van fasen in de besluitvorming van de overheid en van de semi-publieke instellingen en organisaties van de netwerken (de sociologen in de behoeftenverkenning, de juristen in de conversiezone...) zien de weg naar de professievorming versperd door de alomtegenwoordige bevoogding door de partijen en hun partnerorganisaties. Sociologen, economen, juristen, pedagogen etc., werkzaam in de overheidsdiensten of verzuiilde instellingen, identificeren zich vaak in eerste instantie met het netwerk waartoe ze behoren, niet met hun soortgenoten aan de andere kant van de zuilgrens". Wanneer men deze omschrijving van de sociologie als fasespecifiek beroep aanvaardt, dan reikt deze redenering een soliede verklaring aan voor een zwakke professionalisering. Deze zwakke professionalisering wordt in de sociologie van de gezondheidszorg evenwel opgevangen door een relatief sterke institutionalisering. Hieruit rijst als finale vraag in welke mate de aandacht voor professionalisering als participatieprobleem niet moet verschuiven naar professionalisering als distributieprobleem. De conceptualisering als participatieprobleem vindt plaats in termen zoals ledenachterban-waarden-ideologie-integratie-mobilisatie-politieke elites, terwijl de conceptualisering als distributieprobleem veeleer werkt met begrippen zoals bureaucraten-deskundigen-distributiekanaalen-markt-middelen-concurrentie-clënten. Waar deze benadering initiaal door Billiet werd uitgewerkt als analysekader voor de verzuiiling (19), biedt dit model evenzeer boeiende, nieuwe perspectieven voor het onderzoek van professionalisering.

Noten

- (1) H. DELEECK, *Werknota - Schema voor Handboek Sociaal Beleid*, 1981, 1-2.
- (2) H. DELEECK, *Op. cit.*, 4-5.
- (3) Studiecommissie voor het gezondheidsbeleid, Brussel, 1967.
- (4) J. PETIT, *Verslag over de ziekteverzekering*, Kamer van Volksvertegenwoordiger, Brussel, 1976, 520.
- (5) P. QUAETHOVEN, 'Tien jaar gezondheidspolitiek', in *Acta Hospitalia*, 1979 (2), 115-154.
- (6) L. HANCKÉ, *Inleiding*, Congres Gezondheidszorg in Vlaanderen, Gent, 1980, 20.
- (7) L. BECKERS, 'Gesubsidieerde politieke gezondheidscentra tegen vrije huisartsenpraktijk', in *Syndicale Berichten*, januari 1981, 1.
- (8) Studiecommissie voor het Gezondheidsbeleid, Brussel, 1967, *Besluiten*, C18-C21.
- (9) Senaat, *Parlementaire Handelingen*, 3 maart 1981, 989-990.
- (10) R. SEUTIN, 'Eerstelijnsgezondheidszorg', in *Tijdschrift voor Sociaal Welzijn*, 1981 (5), 30.
- (11) D. CAUWELIER, 'Persoonsgebonden zaken in Brussel', in *Brussels Welzijnsnieuws*, mei 1981, 24.
- (12) A. DELPEREE, *Verslag van de ziekteverzekering*, voorgelegd door de interdepartementele werkgroep, Ministerie van Sociale Voorzorg, 1976.
- (13) De machinerie van deze overlegeconomie is uitvoerig besproken in het voorafgaande hoofdstuk 'Kaart van de gezondheidszorg in België'.
- (14) J. DEJARDIN, *Nota aan het beheerscomité betreffende het verslag over de ziekteverzekering*, Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering, 1976.
- (15) Y. NUYENS, 'Medical Sociologist Without a Chateau', in R. ELLING en M. SOKOŁOWSKA, *Medical Sociologists At Work*, Transaction Books, New Jersey, 1978, 211-241.
- (16) L. CLAUS, *The development of medical sociology in Europe*, Preliminary draft, Leuven, Sociologisch Onderzoeksinstituut, 1981.
- (17) Voor een meer gedetailleerde beschrijving van deze transfertprocessen: Y. NUYENS, *De eerste lijn is krom*, Van Loghum Slaterus, Antwerpen, 1981, 218-233.
- (18) W. DUMON, 'Sociologie in België', in L. RADEMAKER, *Sociologische Grondbegrippen I*, 1981, 195.
- (19) J. BILLIET, 'Verzuiling als blokkade: tussen begrip en werkelijkheid', in *De Nieuwe Maand*, 1981 (5), 364.