

## Pax medica op de helling ?

---

door Yvo NUYENS,

Hoogleraar Medische Sociologie, K.U.L. en U.I.A.

★

Door de regering werd een wetsontwerp neergelegd over de organisatie van de ziekteverzekering. Sociaal basisobjectief van dit ontwerp ligt in de vestiging van de terugbetaling op een reële, daarom niet steeds integrale basis, van honoraria en prijzen inzake geneeskundige verzorging. Hierover wenste de regering het gesprek te heropenen met de artsenorganisaties die hiertoe bereid zouden worden gevonden. Dat waren alleen het Algemeen Geneesherensyndikaat en de Vereniging van Socialistische Geneesheren. Daartegenover stond het ondertussen opgerichte Nationaal Comité voor gemeenschappelijke actie, dat een viertal verenigingen groepeerde, waaronder de Syndikale Kamers van Geneesheren. Deze laatste maken elke bespreking afhankelijk van een aantal voorafgaandelijke voorwaarden, zgn. prealabelen, die in feite neerkomen op een schorsing van de artikelen die het geneesherenkorp aanbelangen. Op principieel vlak zet men zich af o.m. tegen een bij de wet opgelegd overeenkomstenstelsel, elke diskriminatie inzake terugbetaling, elke inbreuk op het beroepsgeheim en vizeert men vooral de toekenning van vrije tarifiering voor een ruim gedeelte van de geneeskundige praktijk. Bemiddelingspogingen tussen regering en artsensyndikaten knappen systematisch af. Dit leidt tot de organisatie van de bekende Staten-Generaal van de Geneeskunde, waarop men o.m. kan beluisteren dat het doel van het wetsontwerp zou zijn « pas seulement de contrôler le niveau des honoraires médicaux par le canal des conventions, mais plutôt et même surtout de se garantir la possibilité d'opérer des pressions dans tous les domaines possibles et d'amener plus ou moins rapidement les médecins dans une médecine subjuguée ». Een zorgenstaking wordt aangekondigd. Voorlopig kan deze nog ontweken worden door de installatie van een soort godsvrede, waarin men de laatste kansen uitprobeert. Ondanks een virtueel akkoord over de beginselkwesties, geraakt men hopeloos in de knoei over de economische

problemen en het stelsel van de overeenkomsten. De besprekingen springen definitief af en België kent zijn eerste zorgenstaking.

Voorgaand feitenrelaas, dat zich laat samenlezen in een zwaar beduidende cursus over sociale zekerheid, memoreert een historisch moment in de ontwikkeling van het nationaal medisch bedrijf: de periode van de eerste Belgische wet op de verplichte ziekteverzekering, met doktersstaking inkluis, anno... 1964. Wanneer men dertien jaar later een analyse doorvoert van datzelfde medisch bedrijf, stoot men op vrij opvallende gelijkenissen met de periode 1963-1964, en dit zowel op het vlak van de syndikale strategie als inzake de vooruitgeschoven konfliktipolen. Toename en intensifiëring van konfliktsituaties binnen de gezondheidssector, waardoor de duur bevochten pax medica van het afgelopen decennium op de helling dreigt te geraken, zal trouwens door de meeste waarnemers als belangrijk karakteristiek voor het medisch jaar 1976 naar voor geschoven worden. Een sociologische duiding van waargenomen feiten vereist evenwel een referentiekader, waarin de situationele kontekst in een dynamisch perspectief voldoende ruimte en aandacht krijgt. Vandaar dat in eerste instantie zal ingegaan worden op historische kontekst en maatschappelijke arena, die het recente gezondheidsverhaal hebben mogelijk gemaakt en meteen in reliëf brengen.

### Historische kontekst.

De historische kontekst blijft hier beperkt tot het voorbije decennium, meer in het bijzonder de periode 1963-1964, omdat hier een fundamenteel keerpunt in de organisatie van de Belgische gezondheidszorg kan teruggevonden worden (cf *infra*). Bovendien zullen slechts deze veranderingsprocessen aan de orde komen, welke direkt bijdragen aan een perspectivering van het gezondheidsbeleid anno 1976.

1. De Algemene Besluitwet van 28 december 1944 initieerde in België de verplichte verzekering inzake ziekte en invaliditeit zonder dat evenwel aan de organisatie van de gezondheidszorg werd geraakt. De ziekteverzekering stelde m.a.w. unilateraal haar lijst en tarieven op van terugbetalingen, terwijl de vrije taxatie door de verstrekkers van gezondheidszorgen bleef bestaan. Nadat de omstreden eenheidswet van 14 februari 1961 aan de Koning reeds de macht had verleend om maximumtarieven van honoraria en prijzen vast te stellen voor prestaties inzake gezondheidszorg, brengt de wet van 9 augustus 1963 betreffende de hervorming van de Ziekte- en Invaliditeitsverzekering een fundamentele wijziging in de bestaande spelregels. Het stelsel van zwevende honoraria en arbitraire terugbetalingen wordt vervangen door

het zgn. verbintenissensysteem. Dit laatste bepaalt de verzekeringstegemoetkoming in beginsel op 75 % of 100 % van de honoraria, die vastgelegd worden in verbintenissen tussen zorgverstrekkers en verzekeringsorganismen. Deze financiële verbintenissen tussen practici en ziekenfondsen worden bediscussieerd en afgesloten — voor minimaal 1 jaar — binnen de Nationale Commissie Geneesheren-Ziekenfondsen of Medico-Mutualistische Commissie. Ondanks het vrij en omgekeerd karakter van deze verbintenissen eensdeels — practici die zich niet terugtrekken worden geacht de verbintenissen te onderschrijven — de mogelijkheid tot beperkte verbintenis anderdeels — practici kunnen zich slechts voor bepaalde consultatie-uren en plaatsen verbinden —, dringt het verbintenissenstelsel het traditionele vrije-markt-model van de gezondheidszorg terug ten voordele van een meer geleid, georganiseerd en gecontroleerd systeem. Dat het bestaande medico-mutualistisch akkoord precies op 31 december 1975 verliep en dus aan hernieuwing toe was, zal niet zonder effect blijven op de gebeurtenissen in 1976.

2. Waar de gemiddelde jaarlijkse stijging van de consumptie-uitgaven voor gezondheidszorg 6,5 % bedroeg voor de periode 1958-1964, loopt deze stijging op tot 12,4 % tijdens de periode 1964-1972. Deze gevoelige versnelling impliceert o.m. dat vanaf 1964 de uitgaven voor gezondheidszorg met een derde sneller gaan stijgen dan deze van het bruto-nationaal-product. Deze uitgavenstijgingen laten zich voor de helft verklaren uit de prijsstijgingen van prestaties, maar hebben voor de andere helft te maken met de groei van het verbruikte volume. De consumptie-maatschappij van *the golden sixties* manifesteert zich dus ook binnen de gezondheidssector. De steeds rodere cijfers van de ziekteverzekering, de jongste jaren bovendien gehypotekeerd met een globale economische recessie, suggereren evenwel ook voor het medisch bedrijf grenzen aan de groei. Kumulatief bedraagt bv. het deficit van 1964 tot en met 1976 ongeveer 4.794 miljoen BF voor de globale ziekte- en invaliditeitsverzekering. Tegen deze achtergrond van stagnerende inkomsten en sterk oplopende uitgaven ruimt het groei-model geleidelijk aan de baan voor het beperkings- of schaarstemodel. Bij K.B. van 10 maart 1975 werd een Koninklijke Kommissaris aangesteld met opdracht « de meest gepaste maatregelen voor te stellen om in het kader van een algemeen gezondheidsbeleid, de ziekteverzekering te reorganiseren en met minder kosten de werking ervan te verbeteren ». Dit zgn. rapport Petit werd in de loop van 1976 officieel ingediend.

3. Toenemende arbeidsverdeling, gewijzigd arbeidsmodel, uitbreiding en differentiatie van de hulpverlening leggen een zwaar impact op het vrije markt-model van de gezondheidszorg en dwingen deze laatste tot

aanpassing in de richting van een organisatiestructuur. Mede door haar opgedreven financiële participatie in het gezondheidsbedrijf (o.m. via de ziekteverzekering), wordt de overheid een belangrijke ordenende, controlerende en voorwaardenstellende instantie in deze sector. De hervorming van de ziekteverzekering met de creatie van het verbintenisstelsel betekent hiervan een eerste illustratie. Ook de wetgeving op de ziekenhuizen, waarbij men overstapt van een indicatieve op een dwingende planning, kan in dit perspectief geplaatst worden. De recente Koninklijke Besluiten op de organisatie van de ambulante geestelijke gezondheidszorg bieden een andere illustratie. Dit vermaatschappelijkingsproces van de gezondheidszorg stoot op belangrijk obstructiewerk o.m. vanwege het medisch korps, met als gevolg een steeds lijviger dossier van materies-in-de-impasse. Statuut van de ziekenhuisgeneesheer, interne organisatie van het ziekenhuis, fiskale controle op geneesheren, toegang tot de medische beroepsuitoefening (vestigingswet en numerus clausus), spreiding van de zware medische apparatuur zijn dergelijke explosieve materies, waarvan er enkele in 1976 politiek akuit worden (gemaakt).

4. Het belang van de historische kontekst laat zich niet alleen aflezen uit makrosociologische ontwikkelingen. Ook binnen de medische professie spelen zich processen af, die recente konfliktsituaties kunnen helpen doorlichten. De explosieve ontwikkeling van medische kennis en technologie eensdeels, de hiermee samenhangende ziekenhuis-georiënteerde-gezondheidszorg anderdeels resulteerde in een professionele dominantie voor de specialistengroep, terwijl de traditionele huisarts sterk in de verdrinking geraakt. Ook op kwantitatief vlak buigt vanaf de jaren zeventig de verhouding huisarts-specialist door in het voordeel van deze laatste. Sociologisch kan hier van een segmenteringsproces gesproken worden, waarbij niet alleen voortschrijdende arbeidsverdeling, specialisatie en taakvorming van belang zijn, maar als meest specifieke konditie, volgens Mok, het onvermogen van het professionele controlemechanisme om de ideologie van de beroepsgemeenschap bij alle beroepsgenoten ingang te doen vinden, kan aangewezen worden. Dit voor de eenheid en macht van het medisch korps bedreigend segmenteringsproces wordt door de artsensyndikaten opgevangen door een beweging van professionalisering, bijscholing, titelaanpassing, verlengde opleiding en gelijkshakeling van honoraria voor huisartsen. Indikatief hiervoor is onbetwistbaar het akkoord van 14 september 1973 in de Nationale Medico-Mutualistische Kommissie, dat na een bijscholingscyclus van twee jaar voor de huisartsen een bijzondere titel voorzag, naast voorkeurvvoorwaarden inzake verzekeringstegemoetkoming. Toepassing en verzilvering van dit akkoord waren voor 1976 gepland.

5. Een laatste belangrijke historische ontwikkeling heeft betrekking op de gewijzigde positie van de ziekenfondsen. Zoals hoger reeds aangegeven kwam in de loop van de jaren zestig een soort overlegeconomie-binnen-de-gezondheidszorg tot stand, waarbij de diverse betrokken partijen m.i. van de overheid elkaar in kollektieve afspraken vinden. Voorbeelden van dergelijke deels beleidsvoorbereidende deels besluitvormende organen zijn o.m. de Nationale Paritaire Kommissie Geneesheren-Ziekenhuizen, de Ziekenhuisraad, het beheerskomité van de Dienst voor Geneeskundige Verzorging, de Technisch Geneeskundige Raad, de Dienst voor Geneeskundige Controle, de Medico-Mutualistische Kommissie. Waar de wetgeving Leburton in 1963 de erkenning van het vertegenwoordigingsrecht voor sociaal verzekerden aan de ziekenfondsen had opgeleverd, breidden deze laatste hun nationale boekhoudersrol van de ziekteverzekering geleidelijk aan uit via een participatie in een meerderheid van genoemde organen. Via de invloed van betalingsregelingen kwam het zilveren stuurwiel van de gezondheidszorg steeds meer in hun handen terecht. Bovendien kan een groeiende activiteit van de ziekenfondsen op het vlak van het zorgaanbod waargenomen worden : in vervanging wellicht van hun in afbouw zijnde polyklinieken worden deficitaire private ziekenhuizen opgekocht, eigen verzorgingsinstellingen opgericht, een netwerk van koöperatieve officina's uitgebouwd, initiatieven binnen sociale diensverlening en welzijnszorg op gang gebracht. Wanneer men tenslotte de historische gegroeide verstrengeling tussen ziekenfondsen, politieke partijen, ministeriële kabinetten en departementen releveert, levert dit alles een sterk toegenomen machtspositie voor de ziekenfondsen op in het gezondheidsbeleid, wat niet zonder effect zal blijven op het politieke scenario van 1976.

### **De spelers.**

Zoals de historische ontwikkelingen reeds suggereerden, wordt de politieke arena met het gezondheidsbeleid als inzet voornamelijk door drie klassen van spelers gedomineerd, nl. artsensyndikaten, ziekenfondsen en regering. Het opgevoerde spel zal wellicht aan inzichtelijkheid winnen wanneer voorafgaandelijk de spelers worden voorgesteld, wat thans kort zal gebeuren.

### **Artsensyndikaten.**

De conflicten rond de hervorming van de ziekteverzekering in 1963-1964, met inbegrip van de artsenstaking, effectueerden fundamentele

verschuivingen in het artsensyndikalisme. Nadat de kruitdampen enigszins opgetrokken waren, bleven op het slagveld een aantal verspreide troepen na, die zich in de loop der jaren terug groepeeren, voornamelijk binnen twee tegengestelde kampen. Het Belgisch Verbond der Syndikale Artsenkamers vormt het eerste kamp. Nadat in 1964 de Syndikale Kamers van Geneesheren uiteengevallen waren in twee autonome verbonden — de zgn. strekkingen Wijnen en Henrard — vooral op het principe van de kollaboratie met de ziekteverzekering, komt in 1971 na lange besprekingen de verzoening tot stand. Het aldus gevormde Verbond van Syndikale Artsenkamers vertegenwoordigt onmiskenbaar een meerderheid van het medisch korps, wat zich trouwens weerspiegelt in de samenstelling van genoemde officiële overlegstructuren, waarin het over een kwasi-monopoliepositie beschikt. Bovendien onderhoudt dit Verbond nauwe relaties met de Algemene Pharmaceutische Bond en het Nationaal Verbond der Syndikale Kamers der Practici in de Tandheelkunde. Ideologisch draagt dit kamp de eerbiediging van de vrije geneeskunde in haar vaandel, wat zich o.m. vertaalt in het klassieke beroepsmodel van professionele dominantie en monopolievorming.

Het tweede kamp wordt gedomineerd door het Algemeen Syndikaat der Geneesheren van België (de Brabanter). Omwille van een overwegende rekrutering binnen de Vlaamse regio, een ondervertegenwoordiging van geneesheren-specialisten en wellicht ook omwille van een sterk veranderingsgerichte ideologie, verschijnt dit syndikaat als een minderheidsgroep. Desalniettemin heeft zij, als minderheid, zitting in de geciteerde officiële overlegorganen, naast het Verbond van Syndikale Artsenkamers. In 1975 krijgt het Algemeen Syndikaat troepenversterking. De in 1965 opgerichte Vereniging van Belgische Omnipracticci (VBO) en het Nationaal Verbond van Syndikale Kamers van Geneeskeren-strekking Herpol, afgescheurd van het Belgisch Verbond na de fusie Wijnen-Henrard in 1971, vormen samen met het Algemeen Syndikaat coalitie in de nieuwe Konfederatie der Belgische Geneesheren. Niet zodanig gegroeid vanuit een gemeenschappelijke ideologie, dan wel uit tactische overwegingen beoogt deze coalitie hoofdzakelijk het doorbreken van de monopoliepositie van haar tegenspeler o.m. in de officiële overlegstructuren.

### **Ziekfondsen.**

Nauw samenhangend met de organisatie van politiek, maatschappelijk en cultureel België, soms weleens als verzuiling omschreven, wordt het ziekenfondswezen door pluralisme gekarakteriseerd. Nadat de ziekenfondsen tijdens de tweede wereldoorlog als uitbetalingsinstellingen

verdwenen omdat zij, volgens de bezetter, te politiek of te syndikaal verbonden waren, verschijnen zij samen met de organisatie van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering in 1944 terug op het toneel. Een troepenschouw op 1 januari 1976 levert volgend beeld op :

- Landsbond van Kristelijke Ziekenfondsen met 45,59 % van de rechthebbenden.
- Landsbond van Socialistische Ziekenfondsen met 25,95 %.
- Landsbond van Onafhankelijke Ziekenfondsen met 11,35 %.
- Professionele Ziekenfondsen met 9,50 %.
- Liberale Ziekenfondsen met 6,50 %.
- Hulpkas ZIV met 1,11 %.

Kristelijke en Socialistische Ziekenfondsen domineren niet alleen kwantitatief dit terrein, aangezien zij ook binnen de overlegstructuren als drijvende en militante krachten van de mutualistische beweging fungeren. Ofschoon duidelijke aksentverschillen in de opstelling van beide landsbonden blijven bestaan, kan anderdeels een ideologische toenadering of nivellering niet ontkend worden. Dit resulteert trouwens tot gemeenschappelijke stellingnamen en acties, al of niet binnen het kader van de overkoepelende Intermutualistische Kommissie. Over de ziekenfondsen zou dokter Wijnen op zijn Staten-generaal van 9 oktober 1976 volgende uitspraak doen : « De ziekenfondsen die in strijd met de meest elementaire principes van de moraal, gemachtigd zijn de functies van verzekeraar en zorgenverstrekkers te kumulieren, bezitten een financiële en politieke macht waarvan niemand in dit land tot op heden de ware draagwijdte kan meten ».

### **Regering.**

Uiteraard verschijnt ook de regering als medespeler in de arena van het gezondheidsbeleid, en dit zelfs in toenemende mate omwille van de hoger geschetste historische ontwikkelingen. Te onderlijnen valt evenwel hoe steeds meer ministeriële departementen zich op dit gezondheidsbeleid betrokken weten. Niet alleen Volksgezondheid, maar ook Sociale Voorzorg (o.m. de ganse ziekteverzekeringssector), Economische Zaken (o.m. de prijsbepaling in de farmaceutische sektor), Nationale Opvoeding (o.m. medische opleiding en academische ziekenhuizen), Financiën (o.m. fiskale controle van gezondheidsverstrekkers), om slechts de belangrijkste te vermelden. Deze bevoegdheids- en verantwoordelijkheidsspreiding over diverse instanties is een essentiële variabele, waarvan effecten op de syndikale strategieën van de tegenpartij mogen verwacht worden. Een laatste kanttekening : de belangrijke departementen van

Volksgezondheid en Sociale Voorzorg werden in 1976 beheerd respectievelijk door De Saeger en De Paepe, beiden duidelijk exponenten van de Christelijke Ziekenfondsen, die bovendien de woelige jaren 1963-1964 met hun nasleep in één of andere ministeriële beleidspositie meemaakten. Dat begin oktober 1976 De Paepe op Sociale Voorzorg door Dhoore werd vervangen zal achteraf meer dan een pikant detail blijken te zijn.

### **Het scenario.**

Op 22 december 1975 werd binnen de medico-mutualistische commissie een ontwerp van akkoord goedgekeurd voor de duur van één jaar door de afgevaardigden van de ziekenfondsen en de Syndikale Kamers van Geneesheren. In dit zgn. vijfpuntenakkoord werd o.m. voorzien de indeksaanpassing van de meeste honoraria, de blokkering van de tarieven voor nucleaire geneeskunde en klinische biologie, het verhogen van het grensbedrag der inkomens van sociaal verzekerden waarop de verbintenissen spelen, maar vooral ook het optrekken van de honoraria met 20 % voor de huisartsen, die de afgelopen twee jaar voor 100 (krediet) uren bijscholing hadden gelopen. Vooral dit laatste punt motiveerde de Konfederatie van Geneesheren om tegen het nieuwe akkoord te stemmen, omdat dit een al te simplistische en eenzijdig financieel-gekleurde oplossing voor de belangrijke huisartsproblematiek zou betekenen. Mede onder invloed van een aantal negatieve reacties op het voorstel o.m. uit vakbondsmiddens, lokale mutualiteitsbonden, wetenschappelijke verenigingen van huisartsen en media, besloot de regering op 31 december 1975 het akkoord niet goed te keuren, meer in het bijzonder punt 3 m.b.t. de herwaardering van de huisarts. Hierop reageerden de Syndikale Artsenkamers met het vrijmaken van de honoraria — de zwevende erelonen — en de toepassing van syndikale tarieven. Slechts na heel wat heen en weer geloop tussen ministers, sociale partners, ziekenfondsfunktionarissen en artsenseiders kon uiteindelijk toch begin februari een nieuw akkoord over de sloot worden gebracht. De omstreden huisartsenkwestie kreeg een voorlopige oplossing in een consensus over het principe van verhoogde honoraria voor bijgeschoolde omnipractici, met de verdaging evenwel van de toepassingsdatum naar 1 oktober 1976 en de belofte tot oprichting van een commissie voor het uitdokteren van erkenningscriteria voor bijgeschoolde huisartsen. Meteen kon de loopgravenoorlog beginnen en worden vanaf dat ogenblik systematisch de pionnen uitgezet. Binnen de Hoge Raad van Specialisten reed men de huisartsenkwestie vast in de bekende



eis van huisarts-specialist, bijgewerkt met een lichte academische schoonheidschirurgie van twee jaar of 100 kredieturen maar met een aangepast honorarium. De geneesheer-specialist komt aan zijn trekken bij het ontwerp-De Saeger over de interne organisatie van de ziekenhuizen en het statuut van de ziekenhuisgeneesheer. In de Ziekenhuisraad betitelt Wijnen dit ontwerp als een greep naar de macht van de administratie en zet zich sterk af tegen het voorgestelde financiële statuut, dat geneesheren verplicht tot de verbintenissen toe te treden en zich aan de tarieven van de nomenklatuur te houden. Dit kunnen de Syndikale Kamers niet nemen en zij blokkeren dan ook elke bespreking en besluitvorming terzake. Na een succesvolle raid tegen art. 37 van de herstellwet, dat de mogelijkheid tot verlenging van bestaande verbintenissen voorzag bij afwezigheid van nieuwe akkoorden tussen geneesheren en ziekenfondsen, komt na een korte adempauze het krijgsgeweld voor goed op gang. Aan een verhoogd ritme worden de batterijen in stelling gebracht. Tegen de besluiten De Croo-Humblet m.b.t. het beheer van het patrimonium van de ziekenhuizen, waardoor de medische erelonen van de academische ziekenhuizen in het universitair patrimonium worden gelooft, dient Wijnen een verhaal in bij de Raad van State. De samenstelling van de gewestelijke commissies voor ziekenhuisprogrammatie, die de monopoliepositie van de Syndikale Artsenkamers afknaagt, wordt gewraakt. Met het nakende witte Europa voor ogen zet men het kabinet van volksgezondheid zwaar onder druk om maatregelen te bekomen, die een bedreigde arbeidsmarkt moeten beschermen: numerus clausus voor medische studenten en vestigingsbeleid voor medische kabinetten worden de ideale instrumenten voor een geprogrammeerd korporatisme. Deze behoefte aan programmatie wordt dan weer verlaten wanneer het om zware medische apparatuur gaat. De desbetreffende wet, waarin de spreiding van deze dure apparatuur aan het voorafgaandelijk advies van de minister wordt gekoppeld, wijst men af o.m. door het bekende kunstniet-argument uit te spelen: Engeland heeft slechts 53 patiënten per miljoen inwoners aan de kunstniet tegenover 87 in ons land, wat niets te maken heeft met de inkompetentie van de engelse kollega's, maar wel het gevolg is van de planning van gezondheidsdenkers m.a.w. het bestaan van een programmatie voor de zware medische apparatuur.

Heftiger worden de reacties wanneer het parlement in juli een wet goedkeurt, die de paritaire beslissingsprocedure geneesheren-ziekenfondsen opheft in het Comité van de Dienst voor Geneeskundige Controle. Konkreet betekent dit verscherping van de controle op valse getuigschriften voor verstrekte zorgen, verzwaring van sankties en beperking van het recht op beroep voor artsen, die vrijbuiten spelen binnen de

ziekteverzekering. Wijnen notuleert hier « Voortaan is er dus geen hinderpaal meer voor de jacht op de geneesheren die nu overgeleverd worden aan de totale willekeur van de minister en zijn administratie waarvan iedereen de kollusie kent, die ze steeds onderhouden hebben met de ziekenfondsen waaruit ze voortgekomen zijn... wanneer deze helse machine haar werk zal gedaan hebben zullen sommigen van ons nooit meer terug kunnen opstaan en hun zieken zullen dan snel opgevangen worden door de polikliniek of de concurrerende ziekenfondsinstelling die, zonder dat iemand het weet, aan de oorsprong zal gelegen hebben van de aktie die ons neerhaalde ».

De nieuwe tegenstander zal voortaan ziekenfonds heten, nochtans een trouwe minnares tijdens de voorbije verbintenisjaren. Intussen komt het rapport Petit voor de hervorming van de ziekteverzekering vrij, dat door de Syndikale Kamers ongenadig naar de prullemand wordt verwezen omdat het een toenemende staatsinmenging, naast een verdere overheersing door de ziekenfondsen zou aanbevelen. De klap op de vuurpijl worden evenwel de nieuwe fiskale maatregelen van Minister De Clercq einde juli, of de beruchte fiskale strook. Het samenbrengen op één en hetzelfde formulier van het getuigschrift voor verstrekte zorgen en het bedrag van het aangerekende tarief biedt de ziekenfondsen niet alleen zicht op de inkomsten van geneesheren (fiskaal medekontroleur), maar stelt hen bovendien in staat een meer adequate controle uit te oefenen op de naleving der verbintenissen. Waar alle voorgaande maatregelen wel degelijk, maar eerder indirekt, de financiële status van de geneesheer beroeren, wordt de fiskale controle (door de ziekenfondsen) als een direkte, frontale aanval ervaren die de sedert 1964 opgebouwde Pax Medica definitief op de helling plaatst. Direkte aktie kan nu niet langer meer uitgesteld worden en vanaf september komen de troepen van de Syndikale Artsenkamers in beweging. In regionale volksvergadering tasten de generaals de weerbaarheid van het voetvolk af. De afgekondigde stiptheidsstaking begin september heeft vooral tot doel aan te tonen welke de budgettaire gevolgen zijn van de opheffing van iedere artsenmedewerking aan het funktioneren van de ziekteverzekering. De Staten-Generaal van 9 oktober 1976 te Brussel heeft de functie van een machtsdemonstratie, waarin bovendien kollektief bewustzijn, korpsgeest en militantisme op punt worden gesteld. De vijand : regering, maar ook en vooral ziekenfonds. De wapens : onderhandeling, syndikale verhoging van erelonen, stiptheidsaktie en uiteindelijk de zorgenstaking « het enige wapen dat kan aantonen dat geneeskunde zonder geneesheren onmogelijk is ». De objektieven : de mutualist terug op zijn kantoorkruk, volledige onafhankelijkheid voor de geneesheer waarin de verschillende strijdpunten zoals fiskale

strook, geneeskundige controle, statuut van de ziekenhuisarts, verbintenissen vervat liggen. Meer subcutaan kan men evenwel het reële belangenconflict aanvoelen, wanneer gesteld wordt dat wat kosteloos is, niet vrij kan zijn en wat vrij is niet kosteloos kan zijn. Dit vertaalt zich o.m. in de eis voor een veralgemeend en verplicht matigingsticket voor de patiënt, waardoor de arts de gezondheidsmarkt financieel onder controle kan houden en de bedreiging van een concurrentieel aanbod bv. via de ziekenfondsen, kan afwentelen. Wanneer de kersverse minister van sociale voorzorg Dhooze zijn besparingsmaatregelen ter opvulling van het ZIV deficit introduceert, zal men trouwens vooral met dit argument boos van de onderhandelingstafel wegblijven. Vooraleer de finale en open krachtmeting aan te gaan — de stakingsaanzegging voor 3 januari —, worden nog twee belangrijke tactische manoeuvres uitgevoerd. Om hun stakingsfront te verbreden en te verstevigen, zoeken de Syndikale Artsenkamers vooreerst supplementaire bongenoten, die snel gevonden worden bij de Algemeen Pharmaceutische Bond en het Nationaal Verbond der Syndikale Kamers der Practici in de tandheelkunde en de Vereniging der Mond- en Tandartsen. Apothekers, geneesheren en tandartsen vormen dus één front, die een gezamenlijke actie voeren om eens en voor goed een einde te maken aan de pogingen van onbevoegden die hen om politieke redenen willen onderwerpen: zo staat het te lezen op de muurkrant in de wachtkamers. Een tweede strategische zet bestaat erin, zoals in 1964, de verschillende nevralgieke punten te doen samenstromen in een zgn. vergadering van de laatste kans, waarin alles aan alles wordt gekoppeld en een integrale, niet te splitsen rekening op tafel komt. Wanneer men op 20 december 1976 tussen 16 en 22 uur een oplossing moest vinden én voor de geneeskundige controle, én voor de fiskale strook, én voor het nieuwe verbintenissenakkoord en bovendien twee dagen later de omstreden kwesties van bijgeschoolde huisarts en statuut van de ziekenhuisarts hun beslag moesten krijgen, dan was het wel voor iedereen duidelijk wat hier stond te gebeuren. Ofwel het op de valreep afdwingen van een godsvrede, tijdens dewelke men via een geglobaliseerd dossier meer winstkansen hoopt te verwerven voor het geheel. Ofwel het uitlokken van het open conflict, dat de onmisbare martelaarskroon voor een zorgenstaking oplevert.

Uiteindelijk werd het de godsvrede. Op 28 december 1976 wist de Ministerraad immers een kompromis op tafel te krijgen, wat volstond om de stakingsaanzegging te doen opschorten en op deze wijze de Pax Medica op de valreep veilig te stellen. Zonder al te veel moeilijkheden kon de Nationale Kommissie Geneesheren-Ziekenfondsen één dag later het bestaande tarievenakkoord verlengen, weliswaar slechts met een beperkte geldigheidsduur van zes maanden, in afwachting van zgn.

meer fundamentele hervormingen. Naast maatregelen om het budgettair evenwicht van de ZIV-begroting 1977 te verzekeren — vermindering der uitgaven en verhoging van de ontvangsten — en een aantal structurele maatregelen o.m. met betrekking tot zware medische apparatuur en laboratoria voor klinische biologie, bracht genoemd kompromis afkoeling vooral voor de hete hangijzers van medische controle en fiscale controle. Opmerkelijk is wel dat t.a.v. beide knelpunten alle partijen van een overwinning gewagen. Zo notuleert Wijnen in Syndikale Berichten n° 351: « Het ging hier om twee punten waar de St-Jansakkoorden van 1964 ernstig werden geschonden en waarvan het oorspronkelijk orthodoxe karakter terug werd hersteld ».

De Konfederatie de Brabanter verheugt er zich van haar kant over dat de door haar voorgestelde oplossingen door de regering werden overgenomen. Tenslotte stellen de Christelijke Ziekenfondsen dat de essentiële bepalingen inzake medische controle gehandhaafd bleven en dat het ziekenfonds de integrale controle op het naleven van de tarieven zowel individueel als kollektief behoudt. Duidelijk fungeren dergelijke uitspraken als ideologische legitimatie, waarmee toponderhandelaars het bedisselde kompromis aan hun respektievelijke achterban pogen kwijt te geraken. Daartegenover staan de feitelijke termen van het akkoord, waarin men moeilijk voorbij kan aan de vaststelling dat eensdeels de poging van Wijnen om het initiatiefrecht tot controle op de prestaties binnen het kader van de ziekteverzekering uit de handen van de inspecteurs van de Dienst voor Geneeskundige Controle te lichten mislukte, anderdeels de mogelijkheid tot effectieve verbintenissencontrole door de ziekenfondsen via een geïntegreerd model ontvangstbewijs-getuigschrift voor verstrekte hulp ongedaan werd gemaakt. Samenvattend kan men dan ook in grote lijnen tot een status quo conkluderen, wat in geen geval met een situatie van machtsevenwicht kan gelijkgeschakeld worden; stabilisatie haalde het op verandering.

### **Een voorlopig bilan.**

Open konfliktsituaties bieden als belangrijk voordeel dat zij een strategisch toegedekte realiteit meer waarneembaar helpen maken. Vanuit dit perspectief kan 1976 een ongemeend boeiende episode in het Belgische gezondheidszorgverhaal genoemd worden, waaruit o.m. volgende konklusies kunnen getrokken worden:

1. Het gezondheidsbeleid wordt in overwegende mate uitgedokterd en geboetseerd door betrokken belangengroepen, meer in het bijzonder de ziekenfondsen en de artsensyndikaten. De aanwezigheid van andere

geïnteresseerde instanties achter de schermen, o.m. de medisch-technologische industrie en farmaceutische nijverheid, kan men slechts vermoeden, maar voorlopig niet verifiëren.

2. Deze partners opereren binnen het kader van een overleg-ekonomie-in-de-gezondheidszorg, waarbinnen de regels van het ruilverkeer van toepassing zijn: geven om te krijgen en ontvangen moet betaald worden. Hieruit resulteren compromissen, die ogenschijnlijk de partners regelmatig op stang jagen maar in werkelijkheid de ruilrelatie niet in het gedrang brengen. Het militeren van de achterban zowel door ziekenfondsen als door artsensyndikaten moet dan ook veeleer als een goed gekontroleerde beweging ter verbetering van de eigen marktwaarde beoordeeld worden, dan als een bewuste poging tot doorbreken van de ruilrelatie. In dergelijke kontekst krijgen meer fundamentele sociale veranderingen weinig kans.

3. Gekonfronteerd met dergelijke bevrozen machtsverhoudingen krijgt evenmin de overheid veel speelruimte voor vernieuwing of verandering. Ofschoon deze laatste belangrijke en uiteenlopende initiatieven op diverse fronten tegelijkertijd tot ontwikkeling bracht en hierdoor aanvankelijk de tegenpartij van het kastje naar de muur kon zenden, moest zij dan toch toezien hoe in een verdere fase deze tegenspeler een globalisering van de dossiers kon doorvoeren en met dit dossier de beleidsverantwoordelijken met de rug tegen de muur en tot essentiële toegevingen bracht.

4. Vanuit haar beperkte speelruimte ondernam de regering slechts matige en voorzichtige pogingen om haar tegenstander te verdelen, ofschoon de manifeste tegenstelling tussen de artsenbonden van Wijn en de Brabanter hiertoe de mogelijkheid boden. Weliswaar kan van enige koalitevorming tussen (leden van de) regering en de Konfederatie van Geneesheren gesproken worden, maar deze werd niet aangewend tot het doorbreken van de machtsverhoudingen, wel ter voorbereiding van de compromisvorming. Deze koalitevorming werd door de Syndikale Artsenkamers zwaar op de korrel genomen omdat hiervan enig wigdrijvend effect werd gevreesd, waarbij hun sterk personaliserende interpretatie van deze koalitie opvalt.

5. Zoals in andere sectoren kunnen ook voor het gezondheidsbeleid sterk olygarchische tendensen onderkend worden. Binnen ziekenfondsen en artsensyndikaten worden de pionnen door een beperkt aantal toponderhandelaars uitgezet, nadat opportuniteit en relevantie hiervan in voorafgaandelijk, geheim en gemeen overleg hun test ondergingen en vóórdat de achterban in het konsultatieproces aan bod wordt ge-

bracht. Deze olygarchische besluitvormingsstructuur neemt bovendien een duidelijk gepersonaliseerde gestalte aan in deze zin dat elke betrokken partij haar onbetwiste, deels charismatische leidersfiguren op de voorgrond weet te plaatsen. Een additionele verklaring voor het gesloten evenwichtsmodel van het gezondheidsbeleid kan in deze personifikatie gezocht worden (cf in dit verband het zgn. deviant gedrag van de nieuwe, nog onvoldoende gesocialiseerde minister van Sociale Voorzorg Dhoore).

6. Het artsensyndikalisme overschouwend, zijn zowel overeenkomsten als verschillen met de periode 1964 opvallend. Overeenkomsten vooral op het vlak van de strategie, waar men ook in 1964 de mechanismen van Staten-Generaal, coalitievorming, stakingsdreiging, globalisering van dossiers, prealabele voorwaarden, godsvrede en vergadering van de laatste kans kan terugvinden. De inhoudelijke objectieven of konfliktipolen verschillen daarentegen grondig: waar men de wetten Leburton in 1964 nog min of meer adequaat kan pareren met deontologische principes en argumenten, kan men in 1976 met veel minder overtuiging deze kaart uitspelen. Dit kan ook moeilijk, omdat de recente conflicten stuk voor stuk de financiële belangen van de arts beroeren, ofschoon men dit syndikaal poogt te vertalen in etisch-deontologische beschouwingen over nationalisatie, onderwerping, intimidatie en kwaliteitsgeneeskunde. Dit alles onderlijnt de belangrijke rol van de ideologie in het maatschappelijk gebeuren rond gezondheidszorg.

7. De arena, waarbinnen genoemde spelers hun (schijn) gevecht opvoerden, wordt onmiskenbaar getekend door een verdergaand vermaatschappelijkingsproces binnen de gezondheidszorg. O.m. actiegroepen, patiëntenraden, gezondheidskomitees zijn te beschouwen als indicatoren voor een meer alert maatschappelijk geweten, dat sociale feiten zoals medische macht en ziekenfonds niet langer als evident en/of noodzakelijk ervaart. Het aandeel van de opiniërende media in dit proces kan moeilijk ontkend worden.

8. Een laatste konklusie heeft betrekking op de termen van het scenario en het opgevoerde spel. Hierin prevaleren op manifeste wijze de middelen op de doelstellingen, in deze zin dat doelstellingen slechts sekundair en bovendien in erg vage en abstracte aanduidingen ter sprake worden gebracht, terwijl berekende manoeuvres en open conflicten steeds prioritair een allokatie van de middelen beogen. In dit perspectief fungeert de ziekteverzekering als zilveren stuurwiel voor het gezondheidsbeleid, dat er evenwel niet in slaagt haar objectieven duidelijk te definiëren, laat staan te herdefiniëren. Ook dit biedt een verklaring voor de evenwichtssituatie, opgetrokken rond de Pax Medica.

**Summary : Pax medica threatened ?**

*After the sharp conflicts between the government and the medical unions in 1964 on the occasion of the health insurance reform, which introduced the « agreement system » for medical fees and repayments, a form of bargaining economy has developed in Belgian health care, with sick funds and medical unions as the major parties. This « Pax Medica » seems to be threatened by a series of financially motivated government measures aimed at reducing the medical group's professional autonomy and dominance. This article discusses the historical context, the parties involved and the development of these conflicts, pointing out the striking analogy with those of 1964, particularly as far as the unions strategy is concerned. The present state of affairs suggests not a threatening of the « Pax Medica », but rather a stabilization of the established power relationship between government, sick funds and medical unions, which will respect and continue the rules of democratic compromise.*

