

Europese lessen

2688

De serie artikelen onder het hoofd 'Internationaal perspectief', waarin auteurs uit veertien Europese landen verslag deden over een aantal aspecten van de gezondheidszorg in hun land, is nu ten einde. Een aantal landen ontbreekt, onder andere Noorwegen, Griekenland, Italië en Roemenië: enkele uitgenodigde auteurs lieten verstek gaan, voor sommige landen was het moeilijk een aanvaardbare auteur te vinden.

De schrijvers werden op persoonlijke titel uitgenodigd om over de gezondheidszorg in hun land te schrijven. Daarbij werd hun gevraagd ook persoonlijke inzichten te geven, maar eerst een beeld te schetsen van de verschillende aspecten van de gezondheidszorg in de eerste lijn, van de ziekenhuisgeneeskunde en van de andere vormen van medische hulpverlening. Met opzet werden geen 'functionarissen' uitgenodigd om een beschrijving van de realiteit van binnen uit te waarborgen.

Ondanks een aan de auteurs verstrekte leidraad, heeft de persoonlijke werksituatie wel een stempel op hun artikelen gezet. Tegenover het voordeel van de persoonlijke kleuring staat het nadeel dat in een aantal artikelen sommige aspecten onderbelicht zijn gebleven. Niettemin moeten we de auteurs dankbaar zijn dat zij op zo'n loyale wijze hebben bijgedragen tot deze internationale reeks.

Toen de serie een aanvang nam werd verondersteld dat deze als een spiegel voor ons in Nederland zou kunnen functioneren. Is dat zo? Leren wij onze eigen gezondheidszorg beter zien door in die Europese spiegel te kijken?

Het is uiterst moeilijk een samenhangend beeld van de Europese gezondheidszorg te krijgen: de spiegel lijkt eerder te bestaan uit fragmenten dan uit één, spiegelend oppervlak. Het is dan ook vrijwel ondoenlijk te voldoen aan het op zich uiterst zinnige verzoek van een specialist om in een schema de voornaamste gegevens uit de verschillende artikelen onder te brengen. Er is echter wel een lijst die die fragmenten bijeenhoudt:

J. C. van Es

Vergaande regulering
gezondheidszorg
structurele noodzaak

Hoewel er grote verschillen zijn te constateren, behoeft geen Europeaan verstoken te blijven van professionele medische zorg; er zijn nergens doorslaggevende financiële beletselen om medische hulp in te roepen. Een tweede gemeenschappelijk kenmerk is dat de gezondheidszorg nergens volledig aan eigen ontwikkelingen en wetmatigheden wordt overgelaten; in ieder land bestaat een verankering in het sociale systeem: in sommige landen is iedereen via premiebetaling verzekerd (een aantal Zwitserse kantons), in andere landen slechts een deel van de bevolking (Ierland), in weer andere landen wordt de gezondheidszorg uit de algemene middelen betaald (Engeland).

De gezondheidszorg is overal ontstaan uit activiteiten van individuen en uit particulier initiatief. In sommige landen speelt dat laatste nog een rol van betekenis (Spanje), maar in de meeste landen vervult de overheid een belangrijke regulerende rol; afhankelijk van de bestaande burgerlijke bestuursstructuren, is deze rol gedecentraliseerd (Zwitserland) dan wel gedecentraliseerd als reactie op een centralistisch bewind (Zweden).

Daar waar de overheid wil reguleren, tracht ze vooral de eerstelijnsgezondheidszorg te bevorderen (Portugal). Niet onwaarschijnlijk is het motief daarvoor, dat door een adequate echelonnering de kosten in de hand kunnen worden gehouden. Deze echelonnering is in verschillende landen ver doorgevoerd (Denemarken); in andere bestaat een vage grens en werken

specialisten ook in de eerste lijn (West-Duitsland, België).

Er zijn ook landen waar de eerste lijn en de tweede lijn bewust met elkaar in relatie worden gebracht in samenwerkingsverbanden; dit gebeurt bijvoorbeeld in gezondheidscentra waar ook eenvoudige ziekenhuisactiviteiten kunnen worden ondernomen (Finland) of in samenwerkingsverbanden waar eerstelijnsgezondheidscentra en algemene ziekenhuizen in medische centra samenwerken (Joegoslavië).

Er zijn ook andersoortige ontwikkelingen: landen waar huisartsen meer georiënteerd moeten raken op de preventie, terwijl specialisten er ook in de eerstelijnsgezondheidszorg werkzaam zijn (DDR). Een consequentie hiervan is, dat ook de medische en de sociale hulpverlening veel meer met elkaar in relatie worden gebracht; een aspect dat men trouwens ook in Engeland kan waarnemen.

Communistische landen vertonen kenmerken van een vergaande organisatie. De hulpverlening is daar vaak aan de wijk en in sommige landen ook aan bedrijven gebonden (DDR, Joegoslavië). Opvallend is echter dat, waar de DDR en Hongarije een sterk centralistische opzet vertonen, in Joegoslavië aan medische eenheden gebruikelijk een grote mate van zelfstandigheid wordt geboden; dit laatste heeft te maken met het selfmanagementsysteem waarvan toepassing in alle sectoren van het maatschappelijk leven in Joegoslavië is beproefd.

De vraag dringt zich op in hoeverre het bestaande politieke stelsel invloed heeft op de structuur van de gezondheidszorg. Die invloeden zijn er natuurlijk – er zijn enkele summier voorbeelden van gegeven – maar het lijkt er eerder op dat grosso modo de invloed van economie en technocratische en bureaucratische factoren én de ontwikkeling van de geneeskunde als professie en als discipline veel groter is. Dit leidt er onder andere toe dat vergaande regulering van de gezondheidszorg niet alleen in Oosteuropese landen voorkomt, maar ook in West-Europa. ■