

Solidariteit, gezondheid, ethiek

J. Hallet, J. Hermesse, D. Sauer (eds.), Garant, Leuven-Apeldoorn.

Eind '93 organiseerde de Landsbond der Christelijke Mutualiteiten (LCM) een internationaal colloquium onder de titel *Solidariteit-Gezondheid-Ethiek*. Aan de hand van vijftien bijdragen wordt hiervan verslag gedaan. In zijn inleiding overloopt Jean Hallet (aan wie het colloquium was opgedragen) de belangrijkste thema's die in het boek verder worden uitgewerkt. Zo wijst hij aan dat er niet zoiets bestaat als een 'magische' uitgangsgrens voor gezondheidszorg. En dat meer uitgaven niet noodzakelijk meer gezondheid genereren. Hallet zet zich uitdrukkelijk af tegen het marktdenken in de gezondheidszorg wanneer hij pleit voor een doorslaggevende rol van de gemeenschap. Hij steunt hierbij op de waarden rechtvaardigheid, gelijke toegankelijkheid en solidariteit. Hallet is minder overtuigend wanneer hij het heeft over grenzen en ethiek. Hoewel hij er zich van bewust is dat keuzen in de gezondheidszorg uiteindelijk berusten op een ethische factor, komt hij uiteindelijk toch tot voorspelbare conclusies: met name met zijn terecht maar onvolledige oproep tot meer doelmatigheid in de gezondheidszorg. Ook de nadruk die hij legt op de rol van de deskundigen om te komen tot een houdbare gezondheidszorg, wijkt af van de meer recente stellingen dat de patiënten zelf dichter bij het beleid moeten betrokken worden.

De ethicus Paul Schotsmans geeft ons een christelijke visie over ziekte en lijden én de concrete vragen die zich hierbij stellen t.a.v. de gezondheidszorg. Hij komt in zijn besluit tot volgende ethische stellingen: het verdeelvraagstuk van de middelen voor

de gezondheidszorg gaat iedereen aan, er stelt zich een herwaardering van de gezondheidszorg als ziekenzorg, de eindigheid of begrenzing van het leven moet worden onderkend en de religies kunnen bij vraagstukken van leven en dood, geluk en lijden, heel wat inspiratie bieden. Ook voor niet-christelijke lezers is deze bijdrage de moeite waard.

Daar waar Hallet zich beperkt tot een oproep tot meer doelmatigheid in de gezondheidszorg, wijst Luc Brouckaert op de groeiende subjectivering en individualisering van de vraag naar gezondheidsgoederen, die op termijn de solidaire gezondheidszorg ondermijnt. De vervulling van elke individuele behoefte is immers onbetaalbaar in een collectief verzekeringssysteem. Om deze trend te keren komt Brouckaert tot een pleidooi voor meer gemeenschapsdimensie. Kernconclusie is dat de band tussen solidariteit en gezondheid niet zozeer een zaak is van meer doelmatigheid of nieuwe financiële aanspraken, dan wel van sociale integratie in nieuwe en concrete gemeenschapspraktijken.

Even boeiend is de bijdrage van Philippe Van Parijs. Hij heeft het over het onderscheid tussen sterke en zwakke solidariteit. Sterke solidariteit staat voor gelijke kansen bij de start van het leven en zwakke solidariteit betekent dat mensen na het optreden van het risico worden geholpen. Zijn conclusie is dat in de eerste plaats naar sterke solidariteit moet worden gestreefd, en dat in het licht van de uitgesproken maatschappelijke ongelijkheden elke bijkomende ongelijkheid moet voorkomen worden. Van Parijs verwerpt hierbij eveneens uitdrukkelijk een 'policy for the poor': hij komt op voor een universeel zorgstelsel. Gegeven de ongelijkheid in onze samenleving op het vlak van inko-

men, sociale status, gezonde leefomstandigheden, stelt Brouckaert de in onze ogen bijzonder pertinente vraag in hoeverre 'rijken' het recht hebben om zich een betere toegang tot de gezondheidszorg te kopen. Of is er met de gezondheidszorg iets speciaals aan de hand dat men zijn surplus niet vrij mag besteden voor meer gesofisticeerde behandelingen of deskundiger ingrepen?

Herman Van den Berghe overloopt in zijn bijdrage de stand van zaken in de genetische technologie. Zijn conclusie is dat we aan het einde zijn van een oude orde. En dat de genetica als wetenschap van het leven ons confronteert met nieuwe problemen waarmee we nog lang niet vertrouwd zijn, laat staan een (moreel) antwoord op weten.

Hub A.E. Zwart maakt het onderscheid tussen een technische en een ethische benadering van maatschappelijke problemen, waarbij hij kiest voor de laatste. Volgens hem moet de ethiek ook de technische idealen ter discussie stellen. Ook wie aan dit ethisch debat moet deelnemen, is voor Zwart een aandachtspunt. Ook hier kiest hij voor het niveau van de samenleving als geheel veeleer dan het te beperken tot de deskundigen. De bijdrage van Michael J. Peckham heeft het over de mogelijkheden van wetenschappelijk ondersteunde rationalisatie in de gezondheidszorg. Vanuit zijn beleidservaring in het Verenigd Koninkrijk geeft hij een rijk gestoffeerd verslag van rationaliseringsmethoden en -resultaten. Hij komt tot de stelling dat rationalisering niet alleen onefficiënte praktijken moet uitsluiten, maar ook moet streven naar een kritisch gebruik van de resultaten van wetenschap en technologie. Op basis van zijn praktijkervaring is hij ervan overtuigd dat er nog aanzien-

lijke mogelijkheden zijn om de middelen in de gezondheidszorg te herinvesteren. Deze bijdrage biedt een goed overzicht van wat in het Verenigd Koninkrijk door de National Health Service aan onderzoekswerk is verricht.

Robert L.J.M. Scheerder staat stil bij de Nederlandse situatie. Hij geeft een kritisch bilan van het Dunning-rapport *Kiezen en delen* en het rapport van de Gezondheidsraad. Hij wijst er terloops op dat vooral het laatste rapport zich uitdrukkelijk afzet tegen de modieus aandoende trend van de 'terugtrekken- overheid'. Ook de positie van de patiënt komt aan bod, waarbij hij aangeeft dat er een groot verschil is tussen het individu als belasting- en premiebetaler en het individu als patiënt.

Minister Demeester heeft het over de collectieve beslissingen in de gezondheidszorg, waarbij ze evenwel meer vragen dan concrete beleidsantwoorden aanbrengt. Duidelijk is wel dat ze aan de overheid een voorname rol toekent om de keuzen in de zorg nader te bepalen. Haar oproep tot meer geëxpliciteerde vormen van besluitvorming verdient ondersteuning. Verder zijn er nog bijdragen van Gerhard Sokal (De ethiek van kennis en wetenschap), Jan Peers (Ziekenhuisorganisatie en ethiek), Raoul Briet (Rationeel gezondheidsbeleid in Frankrijk), Didier Moulin (De gezondheidszorg rantsoeneren of rationaliseren), Etienne Cerexhe (Collectieve besluitvorming in de gezondheidszorg en Philippe Druet (De sociale constructie

van het object 'gezondheid').

Dit boek is een must voor al wie betrokken is bij de gezondheidszorg en het gezondheidsbeleid. Dat de (Vlaamse) auteurs afkomstig zijn uit de omgeving van de Christelijke Mutualiteit doet van dit oordeel weinig af. Al zou het natuurlijk nog prachtiger zijn mocht 'het beleid' (of de betrokkenen zelf) erin slagen de discussie over de 'keuzen in de zorg' over alle filosofische en structurele grenzen heen op gang te trekken. Want het 'debatlijstje' is mede dankzij dit boek onderhand bekend. Op wie of wat wachten de verantwoordelijken om de theorie in praktijk om te zetten?

Rik Thys