



NATIONALE  
RAAD VOOR DE  
VOLKSGEZONDHEID

NIVEL

1

Een onderzoek in opdracht van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid

**NAAR EEN STERKERE EERSTE LIJN?**

**2: Buitenlandse ervaringen**

P.P. Groenewegen  
R. Willemsen

Oktober, 1987

 **NIVEL**  
**bibliotheek**

drieharingstraat 6  
postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030-319946



**1. INLEIDING**

**2. VRAAGSTELLING EN METHODE VAN ONDERZOEK**

**3. DE KEUZE VAN DE BESCHREVEN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG**

**4. FINLAND**

- 4.1. Algemene karakteristiek
- 4.2. Decentralisatie en regionalisering
- 4.3. Echelonnering
- 4.4. Versterking van de eerste lijn

**5. DENEMARKEN**

- 5.1. Algemene karakteristiek
- 5.2. Decentralisatie en regionalisering
- 5.3. Echelonnering
- 5.4. Versterking van de eerste lijn

**6. ENGELAND**

- 6.1. Algemene karakteristiek
- 6.2. Decentralisatie en regionalisering
- 6.3. Echelonnering
- 6.4. Versterking van de eerste lijn

**7. CONCLUSIES EN SLOTBESCHOUWING**

**LITERATUUR**



## 1. INLEIDING

Dit rapport is het tweede in een serie van vier rapporten, waarin versterking van de eerste lijn centraal staat. Het eerste rapport was gewijd aan het Nederlandse overheidsbeleid met betrekking tot herstructurering en versterking van de eerste lijn. Het onderhavige rapport bevat beschrijvingen van drie buitenlandse gezondheidszorgsystemen, namelijk die van Finland, Denemarken en Engeland. In het derde rapport zullen enkele initiatieven beschreven en geanalyseerd worden, die in het veld van de eerstelijnszorg ondernomen zijn. De belangrijkste conclusies en aanbevelingen, die uit deze rapporten naar voren komen, zullen in een eindrapport samengebracht worden.

Bij de beschrijving van de buitenlandse gezondheidszorgsystemen in dit rapport zullen we teruggrijpen op de belangrijkste thema's die in het eerste rapport besproken zijn: regionalisering en decentralisatie, echelonnering en versterking van de eerste lijn. Sinds het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg in 1974 heeft het beleid van de Nederlandse overheid zich - met wisselende accenten - gericht op deze thema's. De resultaten die op deze terreinen geboekt zijn, zo blijkt uit het eerste rapport, zijn geen onverdeeld succes geweest.

Regionalisering en decentralisatie van de gezondheidszorg zijn slechts in zeer beperkte mate tot stand gekomen. Afstemming van de bestuurlijk-organisatorische kaders van de verschillende zorgsoorten is niet gerealiseerd. Planning en financiering van de verschillende zorgsoorten in de eerste lijn is nog steeds verschillend en ook per zorgsoort vaak niet in één hand.

De echelonnering van de Nederlandse gezondheidszorg is beter geslaagd, maar komt onder druk te staan, doordat de vanzelfsprekendheid van de scheidslijnen tussen eerste echelon enerzijds en basisgezondheidszorg en tweedelijnsgezondheidszorg in toenemende mate ter discussie staat (men denke aan de extramuralisering van ziekenhuizen; discussie over organisatie modellen voor de nazorg van ziekenhuispatiënten).

De versterking van de eerste lijn is betrekkelijk succesvol geweest in Nederland. Er heeft een sterke verkleining van de huisartspraktijk plaatsgevonden (overigens als een min of meer autonome ontwikkeling, los van het overheidsbeleid); de verwijscijfers van huisart-

sen naar medisch specialisten zijn betrekkelijk stabiel gebleven; horizontale integratie van de eerste lijn in gezondheidscentra is financieel gestimuleerd, terwijl ook voor afzonderlijke disciplines, de wijkverpleging bijvoorbeeld, extra geld beschikbaar gesteld is. Het beleid met betrekking tot de tweede lijn, vooral de reductie van het aantal ziekenhuisbedden, is in het eerste rapport niet geanalyseerd. Het is echter niet overdreven te stellen dat beperking van de tweedelijnsgezondheidszorg een belangrijke voorwaarde is om een krachtige eerste lijn te realiseren.

In het onderhavige rapport verlaten we het Nederlandse overheidsbeleid en kijken we over de grenzen door een analyse van drie gezondheidszorgsystemen die elk op hun eigen manier een sterke eerste lijn gerealiseerd hebben. Zoals gezegd, zal die analyse aan de hand van de bovenbeschreven thema's plaatsvinden. Van deze thema's is de vraagstelling van het onderhavige onderzoek afgeleid (de vraagstelling wordt in het volgende hoofdstuk verder uitgewerkt).

Het accent zal bij de analyse per land enigszins verschillend liggen. Bij de beschrijving van de Finse gezondheidszorg ligt de nadruk op de reorganisatie van de gezondheidszorg die door een wet in 1972 in gang gezet is en waarbij een planningssysteem voor eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg ingevoerd is, de eerste lijn (breder gedefinieerd dan in Nederland) regionaal georganiseerd is in zogenaamde gezondheidscentra en een toenemend aandeel van de middelen naar de eerste lijn gesluisd wordt.

Bij de beschrijving van de Deense gezondheidszorg ligt de nadruk op het thema versterking van de eerste lijn. Voor het beleid op gebied van de gezondheidszorg in Nederland is vooral het honoreringssysteem van de Deense huisarts interessant. Dit systeem bevat prikkels voor een actieve rol van de huisarts met betrekking tot (gecompliceerde) diagnostische en therapeutische handelingen.

De Engelse gezondheidszorg en de organisatie van de National Health Service genieten van ouds een ruime belangstelling van Nederlandse zijde. Op zich zou een beschrijving en analyse van de regionalisering van de Engelse gezondheidszorg in het kader van dit rapport passen. Over dit aspect is echter al veel gepubliceerd - ook in het Nederlands (verg. bijvoorbeeld Schrijvers, 1980).

We willen ons hier richten op een minder bekend aspect dat onder het thema versterking van de eerste lijn valt, namelijk de horizontale integratie binnen de eerste lijn die in Engeland gestimuleerd is door de vorming van samenwerkingsverbanden van huisartsen en door de afstemming van het werk van extramuraal werkzame verpleegkundigen en huisartsen. Juist op het moment dat in ons land de groei van het

aantal gezondheidscentra stagneert, is het interessant te beschrijven hoe de ervaringen op dit gebied elders zijn.

De beschrijving van deze aspecten van de drie gezondheidszorgsystemen is in de hoofdstukken vier tot en met zes van dit rapport te vinden. De keuze om het accent per land op een ander aspect van de eerste lijn te leggen, heeft als consequentie dat een vergelijking van de landen onderling iets bemoeilijkt wordt. Daar staat tegenover dat juist de voor de Nederlandse situatie meest relevante onderwerpen beschreven kunnen worden. Alvorens de drie gezondheidszorgsystemen te beschrijven wordt in hoofdstuk drie de keuze van de gezondheidszorgsystemen beargumenteerd en wordt aangegeven hoe Nederland en de gekozen case-studies zich verhouden tot de andere ons omringende systemen van gezondheidszorg.

In het laatste hoofdstuk, tenslotte, proberen we tot conclusies te komen, waarin we aangeven wat het Nederlandse beleid zou kunnen leren van de beschreven aspecten van de buitenlandse ervaringen.

## **2. VRAAGSTELLING EN METHODE VAN ONDERZOEK**

De gekozen landen hebben elk op hun manier een sterke eerste lijn gerealiseerd. De algemene vraagstelling van dit rapport is hoe deze landen dat klaargespeeld hebben, hoe zij de tweede lijn beperkt hebben weten te houden en hoe zij de eerste lijn uitgerust hebben om zijn taken uit te voeren. Het doel van de beantwoording van deze vraag is om aanwijzingen te vinden voor de richting waarin in ons land het beleid met betrekking tot de eerste lijn zich zou kunnen ontwikkelen. Uiteraard met inachtneming van alle verschillen van de onderzochte landen met Nederland.

We leggen ons bij de beschrijving van de buitenlandse gezondheidszorgsystemen niet de beperking op dat de tweede lijn buiten beschouwing blijft. Juist in de wijze waarop in deze landen de tweede lijn georganiseerd is gecombineerd met kenmerken van de eerste lijn, kan een belangrijk aanknopingspunt zitten voor de betrekkelijk sterke eerste lijn die deze landen hebben.

Meer specifiek richten we de vraagstelling op drie thema's:

### **1. Regionalisering en decentralisatie**

Is er een afstemming van planning en financiering van de gezondheidszorg op regionaal niveau? (Regionalisatie als integratiekader; wat voor wettelijke en bestuurlijke maatregelen zijn er op dit gebied genomen; zijn eerste en tweede lijn rond dezelfde bestuurlijke en organisatorische principes geregeld; worden de investeringsbeslissingen op hetzelfde niveau genomen?).

### **2. Echelonnering**

Hoe is de eerste lijn afgebakend van de andere zorgsystemen? (Echelonnering als indelingsprincipe van de gezondheidszorg; wat wordt tot de taken van de eerste lijn gerekend en wat niet; wat is de positie van wat in ons land de basisgezondheidszorg genoemd wordt; welke zaken worden in de eerste lijn afgehandeld en welke worden naar hogere echelons verwezen - verwijscijfers, patiëntenstromen?)

### **3. Versterking van de eerste lijn**

Hoe is een sterke eerste lijn gerealiseerd? (Hoe zijn de ontwikkelingen in de mankracht geweest; hoe is de inhoudelijke toerusting voor de taken - opleiding, nascholing, kwaliteitsbewaking;



is er een horizontale integratie binnen de eerste lijn?) We bespreken hierbij tevens de wijze waarop de omvang van het tweede echelon beperkt is.

Dit zijn het soort vragen die de kern van het gezondheidszorgbeleid raken. Een volledige beantwoording ervan vergt uitgebreide en diepgaande studie. In deze studie hebben we ons moeten beperken tot de bestudering van bestaande bronnen, waaronder officiële statistieken, beschrijvingen van de betreffende gezondheidszorgsystemen en beschouwingen en onderzoeksverslagen met betrekking tot specifieke aspecten.

### 3. DE KEUZE VAN DE BESCHREVEN SYSTEMEN VAN GEZONDHEIDSZORG

Er zijn goede redenen om de lidstaten van de OECD (Organization of Economic Cooperation and Development) als referentiekader voor het beleid van de Nederlandse overheid te beschouwen. Deze landen worden alle gerekend tot de geïndustrialiseerde landen. Diverse statistische gegevens zijn beschikbaar voor deze landen en - dat is minstens zo belangrijk - van redelijk goede kwaliteit. Weliswaar kent ook de OECD grote verschillen in welvaartspeil tussen de landen en lijkt het zinvol om de groep vergelijkbare landen in te perken tot landen in een min of meer overeenkomstige categorie wat betreft Bruto Nationaal Produkt per inwoner.

Van de 24 OECD-lidstaten zou men dan het 'armste' kwart kunnen laten vervallen, omdat zowel de gezondheidsproblemen van de bevolking als ook de hoeveelheid (collectieve) middelen voor gezondheidszorg van een andere orde zijn dan in de rijkere landen (OECD (1985), Hill (1984), Newhouse (1975), Parkin, McGuire en Yule (1987)). Het betreft hier Turkije, Portugal, Griekenland, Spanje en Ierland. Deze landen treft men in de onderste welvaarts categorie aan.\* Van de overige 19 landen vallen er twee wegens verregaande kwantitatieve onbepaaldheid af (IJsland en Luxemburg).

Toen waren er nog 17.

De volgende selectieve weglating is er een op inhoudelijke gronden. Het heeft weinig zin om de ontwikkeling van de eerstelijnsgezondheidszorg in Nederland met andere landen te vergelijken waar de in hoofdstuk een en twee genoemde principes (regionalisering, echelonering en versterking van de eerste lijn) niet of nauwelijks een rol van betekenis spelen. In deze landen is als regel specialistische zorg rechtstreeks toegankelijk en wordt een belangrijke eerstelijns-hulpverlener als de huisarts op verrichtingenbasis gehonoreerd, terwijl er dikwijls sprake is van sterke concurrentie tussen beroepsbeoefenaren. Om deze reden kunnen we Zwitserland, Oostenrijk, Frank-

\* Formeel gesproken zouden we zes landen (25% van 24) moeten laten vallen; de kloof tussen de rijkste van de armen (Spanje) en de armste van de rijken (Italië) is echter aanzienlijk (OECD, 1985).

rijk, de Duitse Bondsrepubliek en België van ons lijstje schrappen evenals de Verenigde Staten van Noord-Amerika.\* Zweden kan vervallen omdat daar eerstelijnsgezondheidszorg in feite ontbreekt. Ondanks (experimentele) aanzetten tot een ander beleid is het ziekenhuis in de Zweedse gezondheidszorg de dominante vorm van het zorgaanbod.

Toen waren er nog maar 10.

Uiteraard valt Nederland af, en van de overgebleven negen landen moeten tenslotte nog Australië, Nieuw Zeeland en Japan laten vervallen omdat ons over deze landen te weinig informatie ter beschikking stond op het moment dat de keuze van voorbeelden uit de internationale sfeer moest worden gemaakt. Van de overgebleven zes landen (Denemarken, het Verenigd Koninkrijk, Finland, Canada, Noorwegen, Italië) hebben wij schematisch weergegeven in hoeverre de in ons eerste rapport gehanteerde kenmerken

- regionalisering (inclusief integratie van financiering en planning en afstemming van zorgpopulaties)
- echelonnering
- versterking eerste lijn (mono- en multidisciplinaire samenwerking, inclusief integratie medische en verpleegkundige zorg)

terug te vinden zijn (voor zover ons bekend) in de onderscheiden systemen van gezondheidszorg.

Tabel 3.1.: Regionalisering, echelonnering en versterking van de eerste lijn in een zestal met Nederland vergelijkbare westerse industrielanden

	regionalisering (incl. financiering/planning)	echelon- nering	versterking 1 <sup>e</sup> lijn
Verenigd Koninkrijk	+	++	++
Denemarken	+	++	+
Noorwegen	++	±	+
Finland	++	+	+
Italië	++	±	-
Canada	++	-	-

\* Het is zeker niet zo dat zich in deze landen geen interessante ontwikkelingen voordoen, zoals de Health Maintenance Organization in de VS. Over deze ontwikkelingen is echter al vrij veel geschreven. Geïnteresseerden verwijzen wij naar Schut (1986).

Hoewel op sommige punten onze kennis tekort schiet, kunnen we toch wel enkele accenten aangeven. Alle landen zijn er in zekere mate in geslaagd om door middel van een geïntegreerde planning en financiering op het juiste regionale niveau de gezondheidszorg te sturen.

Hoewel het voorbeeld van Canada (Evans, 1984, 1985) dat er in slaagde sinds het begin der jaren zeventig de kosten van de gezondheidszorg sterk te beteugelen (door, zoals de Canadese econoom Evans het uitdrukte, strikte toepassing van "single source funding at an appropriate level of government") voor Nederland van belang is, laten we toch Canada uit de analyse. De beheersing van de kosten van de gezondheidszorg aldaar heeft vooral plaatsgevonden door strikte budgettering van ziekenhuizen en nauwelijks door het versterken van de eerste lijn.

In Italië is weliswaar de regionalisering van de gezondheidszorg na de hervormingen in 1978 van belang voor het Nederlandse beleid (zie Versluys, 1981), maar is de afstemming tussen eerste en tweede lijn betrekkelijk slecht en de positie van de Italiaanse huisarts marginaal (Van der Zee, 1986).

Noorwegen heeft op een aantal punten een voor Nederland interessante gezondheidszorg (Wijkel, 1986), maar vergeleken met Finland is de regionalisering minder alomvattend (vooral budgettair).

Binnen het beperkte bestek van deze studie is op grond van bovenstaande argumenten besloten om de volgende drie landen te kiezen vanwege de volgende aspecten

- Denemarken

Vanwege de geslaagde echelonnering en het inbouwen van (financiële en wettelijke) 'incentives' om eerste en tweede lijn optimaal af te stemmen.

- Het Verenigd Koninkrijk

Vanwege het versterken van de eerste lijn, vooral door het stimuleren van monodisciplinaire samenwerkingsverbanden van huisartsen en de afstemming met extramurale verpleegkundige zorg.

- Finland

Vanwege het realiseren van wettelijke randvoorwaarden die afstemming van planning en financiering op regionaal niveau mogelijk maken en de eerste lijn grote prioriteit geven.

De keuze voor de drie landen is enigszins arbitrair, ook doordat niet over alle OECD-landen a priori voldoende kennis aanwezig was en in kort bestek niet alle zes overblijvende landen konden worden bestudeerd. De bedoeling van deze paragraaf was om de ratio achter de keuze zo duidelijk mogelijk bloot te leggen.

## 4. FINLAND

### 4.1. Algemene karakteristiek

De Finse gezondheidszorg - en vooral de eerstelijnszorg of primary care - geniet ruime buitenlandse belangstelling. Die belangstelling komt voort uit het succes waarmee de trend van toenemende mankracht en middelen voor tweedelijnsgezondheidszorg, die in veel landen waar te nemen is, omgebogen is ten gunste van de eerstelijnszorg. De vorm die de Finse gezondheidszorg na een reorganisatie in 1972 - dezelfde tijd waarin ook in Nederland plannen voor een hervorming van de gezondheidszorg gemaakt werden (Structuurnota 1974) - gekregen heeft, heeft model gestaan voor de ideeën over Primary Health Care die in het kader van de WHO geformuleerd zijn.

Finland is een land met  $\pm 4.8$  miljoen inwoners, maar een veel groter oppervlak dan Nederland. Zestig procent van de bevolking leeft in de steden in het zuiden en midden van het land. De rest van het land is dus zeer dun bevolkt. De bevolkingsdichtheid, over het hele land berekend, is 15.9 inwoners per  $\text{km}^2$ ; in de provincie waarin Helsinki ligt, is de bevolkingsdichtheid 116 inwoners per  $\text{km}^2$ . Ter vergelijking: in Nederland is de bevolkingsdichtheid 421 inwoners per  $\text{km}^2$ . Over het algemeen leidt een dergelijk sterk uiteenlopende bevolkingsdichtheid tot een tweedeling van het gezondheidszorgsysteem (maar ook van andere voorzieningen) met hoog gespecialiseerde voorzieningen en een nadruk op private financiering in de stedelijke centra en een laag voorzieningenniveau en collectieve financiering in de dun bevolkte gebieden. Dat was en is ook nu nog voor een deel het geval in Finland.

De bestuurlijke organisatie van het land kent drie lagen:  $\pm 450$  gemeenten, 12 provincies en de landelijke overheid.

In de organisatie van de gezondheidszorg ligt de nadruk op de gemeente (of samenwerkende gemeenten) en de landelijke overheid. De gezondheidszorg wordt gemiddeld voor ongeveer de helft door de lokale overheid gefinancierd uit lokale belastingopbrengsten.

Finland kent sinds 1964 een nationale ziektekostenverzekering die de gehele bevolking dekt. De ziektekostenverzekering wordt grotendeels gefinancierd uit bijdragen van werkgevers (57%) en werknemers (37%). Het systeem is niet gebaseerd op verstrekkingen in natura, zoals de Nederlandse ziekenfondsverzekering, maar op terugbetaling



Vergelijking van cijfers over de kosten van de gezondheidszorg tussen verschillende gezondheidszorgsystemen is altijd een hachelijke zaak, zeker waar het uitsplitsing naar sectoren van de gezondheidszorg betreft, die qua definitie van systeem tot systeem verschillen. De totale kosten van de gezondheidszorg als percentage van het bruto nationaal produkt zijn in Finland echter lager dan in Nederland.

#### **4.2. Decentralisatie en regionalisering**

Het huidige gezicht van de Finse gezondheidszorg is in overwegende mate bepaald door de wet uit 1972 die in het Engels meestal aangeduid wordt als de 'community health care act' en die we het best kunnen vertalen met 'gemeentelijke gezondheidszorgwet'. De achtergrond van deze wet wordt gevormd door dezelfde overwegingen die in Nederland tot de Structuurnota Gezondheidszorg geleid hebben: stijgende kosten van de gezondheidszorg, nadruk, bijvoorbeeld in de verdeling van de middelen, op specialistische zorg, ontbreken van een geïntegreerd systeem van planning en financiering (Hellberg, 1978). In de wet van 1972 is een aantal regelingen uit eerdere wetten uit de jaren veertig en vijftig geïntegreerd en wordt voortgebouwd op de organisatorische principes waarop de moeder- en kindzorg gebaseerd was (vrije en gelijke toegankelijkheid voor de gehele bevolking en zorg in de directe leefomgeving van de bevolking). In het verlengde hiervan streeft deze wet naar (verg. Vuori, 1983):

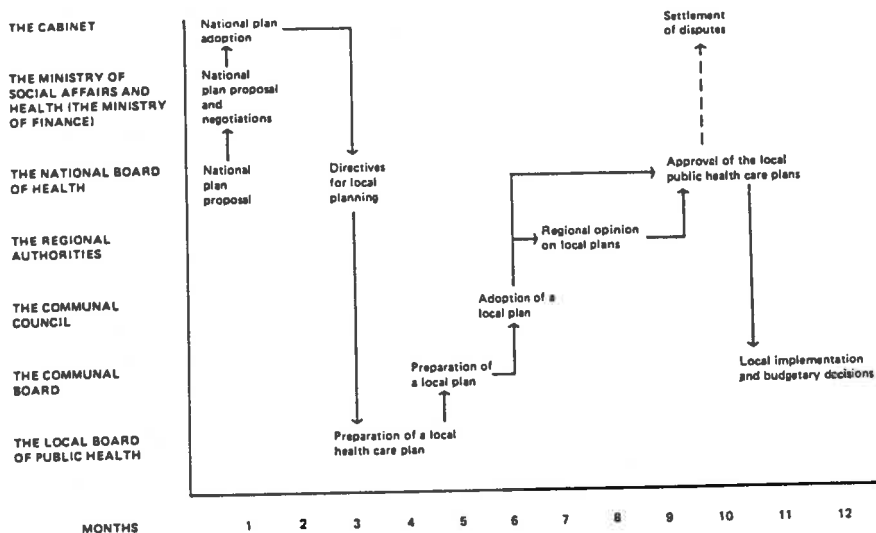
- dekking van de hele bevolking;
- een omvattende gezondheidszorg, die een aantal bestaande diensten op het gebied van wat bij ons basisgezondheidszorg, eerste lijn en tweede lijn heet, integreert;
- evenwichtige spreiding van voorzieningen;
- vrije toegankelijkheid voor de zorgvragers;
- gebruikersparticipatie.

De wet heeft geleid tot een regionalisering van de gezondheidszorg en tot decentralisatie van beheer en deels ook financiering van de zorg. Het niveau waarop deze zaken georganiseerd zijn, is dat van de gemeente of het samenwerkingsverband in het geval van kleinere gemeenten. De gemeenten, danwel hun samenwerkingsverbanden, vormen 214 regio's. De planning is door de wet enerzijds gecentraliseerd (richtlijnen voor en goedkeuring van lokale plannen) en anderzijds gedecentraliseerd (opstelling van lokale plannen).

## Planning

De planningsproedure werkt met vijfjarenplannen, die jaarlijks bijgesteld worden. Voorstellen voor een nationaal plan worden door de 'gezondheidsraad' gemaakt; besluitvorming daarover vindt plaats in de regering. Het nationale plan geeft de richtlijnen en randvoorwaarden voor de lokale plannen. Het nationale plan geeft geen inhoudelijke invulling voor de diensten die op lokaal niveau verleend moeten worden, maar het geeft een raamwerk waarbinnen de diensten geproduceerd moeten worden. De plannen die op lokaal niveau opgesteld worden, werden aanvankelijk (dat wil zeggen tot 1979) voor commentaar en advies naar de provincie gestuurd en daarna voor goedkeuring naar de gezondheidsraad. Na goedkeuring vindt op lokaal niveau de implementatie plaats. Deze planningscyclus is in de volgende figuur weergegeven. Deze is overgenomen uit Stahlberg (1983) en beschrijft de situatie van voor 1979. Vanaf 1979 is de stap van goedkeuring van de gezondheidsraad verlegd naar de provincie (WHO, 1981). Dit is een decentralisatie van de besluitvorming (die overigens niet geldt voor grote kapitaalsinvesteringen).

Figuur 4.1.: Schematische weergave van de planningscyclus van de gezondheidszorg in Finland (situatie vóór 1979) - Bron: Stahlberg, 1983





Het nationale plan omvat de volgende onderdelen:

- de doelstellingen van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ziekenhuiszorg in de volgende vijfjaarsperiode;
- afgeleide doelen, prioriteitsstelling en de manier waarop de doelen bereikt kunnen worden;
- planning van menskracht voor gezondheidscentra en ziekenhuizen;
- investeringsplan voor gezondheidscentra en ziekenhuizen;
- kostenraming voor gezondheidscentra en ziekenhuizen in de komende vijfjaarsperiode.

Door de bij de laatste drie gedachtenstreepjes genoemde onderdelen van het plan worden de beschikbare middelen in geld en menskracht vastgelegd. Na goedkeuring van het nationale plan door de regering worden de beschikbare middelen door de gezondheidsraad uitgesplitst naar regionale en lokale budgetten. Om voor financiële deelname van de landelijke overheid in aanmerking te komen, moeten de lokale plannen binnen de richtlijnen van de nationale plannen blijven en goedgekeurd worden door de nationale gezondheidsraad. Tegelijk met een decentralisatie en regionalisering van de dienstverlening heeft de gemeentelijke gezondheidszorgwet daarmee geleid tot een sterkere greep op de planning op het centrale niveau.

De nationale plannen omvatten zowel de eerstelijnszorg (de gezondheidscentra) als de ziekenhuissector. De ziekenhuisplanning was al eerder geregionaliseerd (in de jaren vijftig). Het niveau waarop de intramurale zorg gepland wordt, hangt af van de mate van specialisatie van de instellingen. De 21 centrale ziekenhuizen (waarvan vijf academische) hebben elk een eigen district. Voor categorale ziekenhuizen bestaan aparte indelingen, die soms samenvoegingen van enkele van de 21 ziekenhuisdistricten zijn. De gemeenten die samen een district vormen, zijn vertegenwoordigd in een gezamenlijk orgaan dat voor de planvorming verantwoordelijk is.

Doordat de nationale plannen zowel de eerste lijn als de intramurale sector omvatten en sterke richtlijnen voor de lagere niveaus bevatten, zijn planning, besluitvorming en budgettering van de gezondheidszorg in Finland praktisch in één hand gekomen.

### **Beheer**

De tol die betaald moet worden voor deze combinatie van centrale planvorming en decentrale invulling en uitvoering, is een grotere administratieve bureaucratie (Stahlberg, 1981; 1983). Deze leidt ertoe dat in de praktijk de planningscyclus niet altijd voltooid is

binnen de daarvoor gestelde twaalf maanden en dat de uiteindelijke goedkeuring veelal niet verleend is, voordat het eerste jaar waarop de planning betrekking heeft, begint.

Absoluut gezien is een periode van ruim een jaar tussen de nationale richtlijnen en de goedkeuring van een lokaal plan gezien de ingewikkeldheid van de materie niet extreem.

In figuur 4.2 (volgende pagina) is de bestuurlijke organisatie van de Finse gezondheidszorg weergegeven.

De besturing van de eerstelijnsgezondheidszorg op lokaal niveau is de verantwoordelijkheid van de gemeente. Het feitelijk bestuur ligt in handen van een door de gemeenteraad benoemde (inter-)gemeentelijke gezondheidsraad. Deze gezondheidsraad - een lokaal orgaan, te onderscheiden van de Nationale Gezondheidsraad - bestaat naast vergelijkbare raden voor bijvoorbeeld het onderwijs en sociale zaken. Volgens Stahlberg is de instelling van deze lokale gezondheidsraden een nieuwe laag in de bureaucratie die een belangrijk tegenwicht vormt tegen de expansie van de ziekenhuissector.

#### **Financiën**

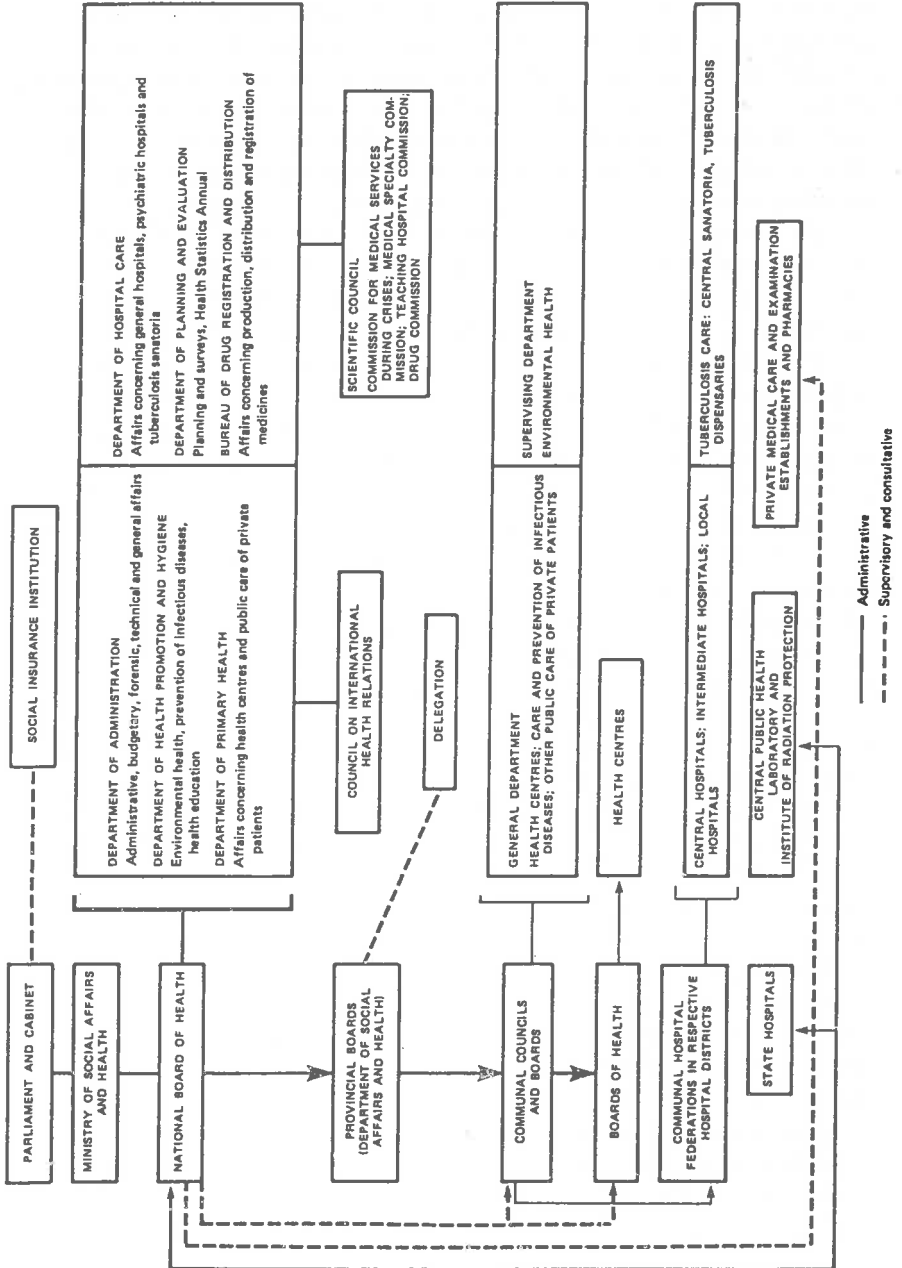
De financiering van de eerstelijnsgezondheidszorg is gemiddeld voor de helft afhankelijk van gemeentelijke belastingen en voor de andere helft van rijksbijdragen. Het percentage van de financiën dat door het rijk gefourneerd wordt, is afhankelijk van de welstand van de gemeente. De meest draagkrachtige gemeenten (de steden in het zuiden) krijgen slechts 30 procent uit rijksbijdragen, terwijl de minst draagkrachtige gemeenten tot 70% van de uitgaven vergoed krijgen van de rijksoverheid. Gezien de omvang van de inbreng van de rijksoverheid is er een krachtige drang tot conformering aan de nationale plannen.

#### **4.3. Echelonnering**

De term echelonnering gebruiken we hier in de betekenis van een indelingsprincipe van de gezondheidszorg in een aantal lagen (van laag naar hoog gespecialiseerde zorg), waarbij er duidelijke scheidslijnen zijn tussen de echelons en een geïntegreerd zorgaanbod binnen de echelons.

In de Finse gezondheidszorg (maar dat geldt ook voor de andere nog te bespreken casus, Denemarken en het Verenigd Koninkrijk) zijn er evenals in Nederland twee duidelijk te onderscheiden echelons: het

Figuur 4.2.: Organisatieschema van de gezondheidszorg in Finland



eerste echelon waarbinnen het organisatorische principe van de gezondheidscentra centraal staat en het integrerend element vormt, en de tweede lijn van de instellingen voor intramurale zorg.

Het eerste echelon in de Finse gezondheidszorg is breder dan het in Nederland is. Het omvat, evenals in de andere Scandinavische landen, ook een aantal diensten die in Nederland tot de basisgezondheidszorg gerekend worden. Men denke hierbij aan (collectieve) gezondheidsvoorlichting en opvoeding, consultatiebureaus, screening, schoolartsendiensten, ambulancediensten en bedrijfsgezondheidszorg voor de kleinere bedrijven. Er is in vergelijking met de Nederlandse situatie ook een verbreding op het terrein dat in Nederland tot het tweede (of derde) echelon gerekend wordt. Gezondheidscentra beschikken over bedden die gezien de patiënten die er opgenomen worden, veel weg hebben van verpleeghuisbedden in de Nederlandse situatie. De nadruk ligt op oudere en chronisch zieke patiënten (Jones, 1987). De verdeling van het beddengebruik ten behoeve van acute, dan wel chronisch zieken hangt af van de beschikbare ziekenhuisfaciliteiten in de regio. In afgelegen gebieden met weinig ziekenhuisfaciliteiten is de verdeling fifty-fifty, terwijl in gebieden met meer ziekenhuizen veel minder acute gevallen in de gezondheidscentra worden opgenomen. Daarnaast behoort ook revalidatie tot het dienstenpakket van het eerste echelon in Finland. De revalidatie-afdelingen van de gezondheidscentra laten de snelste groei van het aantal diensten zien (in vergelijking tot bijvoorbeeld het aantal consulten van huisartsen - Ministerie van Sociale Zaken en Gezondheid - 1984).

Het feit dat de gezondheidscentra over bedden beschikken voor observatie, diagnostiek, eenvoudige behandeling en verpleging, wordt door sommige auteurs positief beoordeeld vanuit het gezichtspunt van de continuïteit van zorg voor de patiënten. De huisarts kan zonodig zelf de behandeling voortzetten, ook als de patiënt niet langer thuis of ambulant behandeld of verzorgd kan worden (Kekki, 1976). Er is slechts een beperkt aantal specialistenverbanden aan een gezondheidscentrum; daarnaast worden specialisten geconsulteerd door de artsen die aan een gezondheidscentrum verbonden zijn. Kekki geeft ook aan dat de kosten van de bedden in gezondheidscentra ongeveer 60% zijn van die van bedden in centrale ziekenhuizen, maar hij geeft daarbij niet aan wat de vergelijkbare kosten zijn van verzorging in de ziekenboeg van een bejaardenoord (een deel van de bedden van gezondheidscentra zijn ontstaan door 'annexatie' van plaatsen in de ziekenboeg van bejaardenoorden).

Door Stahlberg (1983) is betoogd dat het voordeel van de continuï-

teit alleen bereikt wordt in kleine gezondheidscentra. In de grotere centra bestaat al snel een tendens tot arbeidsverdeling.

Afstemming van maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg is bij een vergrijzing van de bevolking van toenemend belang. Door de WHO wordt in dit verband gewezen op het belang van een intersectoraal beleid. Na een aanvankelijke experimentele integratie in enkele grote steden zijn beide typen zorgverlening vanaf 1984 onder hetzelfde administratieve, plannings- en financieringsregime gebracht door een wet op de planning en subsidiëring van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening.

Een element van centraal belang in de echelonneringsgedachte is dat de toegang tot het tweede echelon via het eerste echelon verloopt. Als verwijzing door een arts in een gezondheidscentrum nodig geacht wordt, wordt in principe naar een middelgroot ziekenhuis verwezen (waar in ieder geval de specialismen interne geneeskunde, chirurgie, gynaecologie en kindergeneeskunde aanwezig zijn). Ook voor polikliniek bezoek bij deze ziekenhuizen is verwijzing nodig (uitgezonderd in noodgevallen er/of buiten de kantooruren van de gezondheidscentra). In de centrale ziekenhuizen zijn meer specialismen aanwezig. Binnen de ziekenhuissector is er dus een hiërarchie van de minder gespecialiseerde, middelgrote ziekenhuizen en de meer gespecialiseerde, centrale ziekenhuizen.

#### **4.4. Versterking van de eerste lijn**

De horizontale integratie van de eerste lijn is bewerkstelligd door de in paragraaf 4.2 besproken gemeentelijke gezondheidszorgwet van 1972. Deze wet introduceerde de gezondheidscentra als organisatorisch principe voor de eerste lijn.

De gezondheidscentra zijn niet noodzakelijk ruimtelijk geconcentreerde eenheden, zoals de Nederlandse gezondheidscentra ('Samenwerking onder één dak'). Met de integratie van ongelijksoortige vormen van dienstverlening vanaf 1972 zijn de op dat moment bestaande, ruimtelijke voorzieningen blijven bestaan. Het doel is wel om, als de geografische omstandigheden en historisch gegroeide toestand in het gebied dat toelaten, te komen tot concentratie in één gebouw.

Een gezondheidscentrum heeft idealiter een verzorgingsgebied van 10.000 à 15.000 mensen. Het gemiddelde verzorgingsgebied van een gezondheidscentrum is echter in de praktijk ongeveer 20.000 mensen. De hulpverleners zijn in loondienst van de gezondheidscentra, maar

naast de normale werktijd (van 37 uur per week) en beschikbaarheidsdiensten, kunnen artsen een privé-praktijk voeren. Particuliere praktijken komen (en kwamen) het meest voor onder specialisten en in de grote steden. Dit is ook de reden dat de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg in gezondheidscentra het gemakkelijkst te realiseren was buiten de steden, waar slechts weinig bestaande voorzieningen waren. Aan de reorganisatie in de stedelijke gebieden is - ook gezien de verslechterende economische situatie in de loop van de jaren zeventig - geen prioriteit gegeven. Daar wordt nu geëxperimenteerd met een model waarin de particuliere sector op contract-basis diensten ter beschikking stelt aan de gezondheidscentra. Artsen in gezondheidscentra zijn sinds 1981 vrij en gratis toegankelijk. Op zich staat het de mensen vrij een arts buiten een gezondheidscentrum te consulteren, maar in dat geval moet men de kosten zelf betalen en krijgt men niet het gehele bedrag gerestitueerd. Voor opname in een gezondheidscentrum moet een eigen bijdrage van 40 FIM ( $\pm$  f 18,-) per dag betaald worden. Deze eigen bijdrage is gelijk aan die bij opname in een ziekenhuis. Voor polikliniek-bezoek is ook een eigen bijdrage vereist (van 30 FIM). Het diagnostisch onderzoek (röntgen- en laboratoriumonderzoek) dat in een gezondheidscentrum gedaan wordt, is vrij en gratis toegankelijk.

#### **Ontwikkeling van de menskracht**

De gemeentelijke gezondheidszorgwet van 1972 incorporeerde een aantal bestaande voorzieningen in het nieuwe organisatorische concept van het gezondheidscentrum. Die bestaande voorzieningen omvatten grotendeels wat wij basisgezondheidszorg zouden noemen. Om verwarring te voorkomen is het goed om nog een keer te benadrukken dat er duidelijke verschillen zijn met de Nederlandse gezondheidscentra. In de Finse situatie maken het algemeen maatschappelijk werk en de gezinsverzorging geen deel uit van het personeel van de gezondheidscentra. Wel is er, zoals al gezegd, een afstemming op het gebied van planning en financiering tussen maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg.

Vanaf 1972 heeft er een sterke expansie van het personeel van de gezondheidscentra plaatsgevonden.

Tabel 4.2.: Personeelontwikkeling van gezondheidscentra 1972-1982

	1972	1980	1982
Artsen	943	2.265	2.632
Tandartsen	997	1.576	1.706
Wijkverpleegkundigen	2.787	3.958	4.096
Verpleegkundigen	1.203	4.566	5.250
Laboratorium-assistentie	236	836	917
Radiodiagnosten	72	352	384
Fysiotherapeuten	128	572	675
Ziekenverzorgenden	991	4.676	5.764
Overig verpleegkundig personeel	1.660	61.09	7.515
Overig personeel	2.473	10.208	11.244

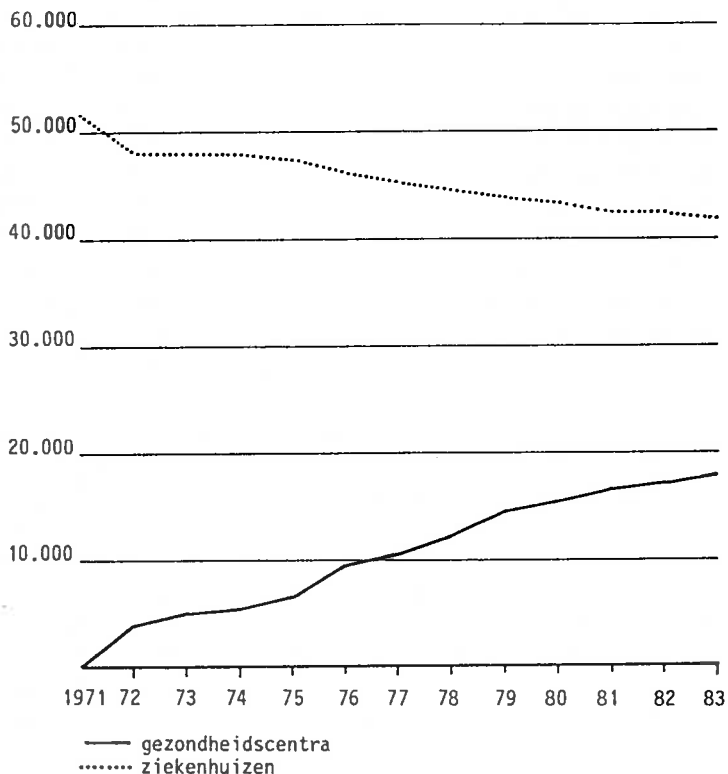
Het aantal artsen in gezondheidscentra steeg van minder dan 950 (ofwel 16% van alle artsen) naar ruim 2600 in 1982 (32% van de artsen). Het aantal 'wijkverpleegkundigen' (in het Engels als public health nurses en community health nurses aangeduid) steeg veel minder: van bijna 2800 in 1972 tot 4100 in 1985. De snelste groei is te zien in de overige categorieën verpleegkundigen. Deze laatste ontwikkeling reflecteert de snelle toename van het aantal bedden in gezondheidscentra ± 5750 in 1972 tot ± 18.000 in 1985. Overigens is het aantal ziekenhuisbedden in dezelfde periode wel gedaald, maar aanmerkelijk minder dan de stijging van het aantal bedden in gezondheidscentra. (Figuur 4.3 volgende pagina)

### Medische opleiding

Goed opgeleide artsen zijn een voorwaarde voor versterking van de eerste lijn. Volgens Kekki (1976) leidt een gebrekkige opleiding tot grotere aantallen verwijzingen door onzekerheid en de angst om fouten te maken. Daarnaast was de opleiding van artsen traditioneel sterk gericht op de ziekenhuisgeneeskunde. Deze oriëntatie op het ziekenhuis wordt langzamerhand doorbroken door huisartsgeneeskunde op te nemen in de opleiding tot arts. De eerste leerstoel huisartsgeneeskunde is pas in 1981 ingesteld (Kvist, 1983). Aan de andere universiteiten (er zijn vijf medische faculteiten) wordt huisartsgeneeskunde als onderdeel de openbare gezondheidszorg onderwezen (een weerspiegeling van de herkomst van de gezondheidscentra).

De basisopleiding is zes à zeven jaar, waarvan 2,5 jaar voor de basisvakken (preklinische fase) en 3,5 jaar klinische fase in

Figuur 4.3.: Ontwikkeling van het aantal bedden in gezondheidscentra en in ziekenhuizen, 1971-1983



academische en centrale ziekenhuizen. Huisartsgeneeskunde is een specialisatie naast de andere specialismen en duurt zes jaar. De eerste twee jaar daarvan is een algemene opleiding die voor alle specialisaties gelijk is en bestaat uit één jaar ziekenhuisstage en één jaar stage in een gezondheidscentrum.

Het vervolg van de specialisatie huisartsgeneeskunde omvat twee jaar werk in een ziekenhuis en twee jaar in een gezondheidscentrum. Daarnaast wordt een zeer beperkte hoeveelheid tijd aan cursussen besteed (Kvist, 1983; Kekki, 1986). Specialisatie in de huisartsgeneeskunde is geen voorwaarde om aangesteld te kunnen worden in een gezondheidscentrum. Het aantal specialisten in de huisartsgeneeskunde bedroeg  $\pm$  580 (eind 1981).

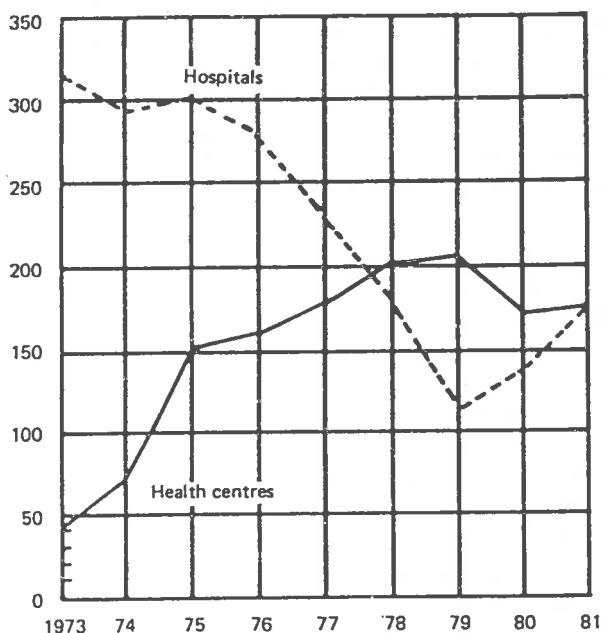
Een systematisch of georganiseerd systeem van nascholing voor artsen in gezondheidscentra bestaat niet in Finland.



### Beperking van de tweede lijn

In de jaren vijftig en zestig lag in het gezondheidszorgbeleid de nadruk op de ziekenhuissector. In die jaren werd een geregionaliseerd stelsel van ziekenhuizen ontwikkeld met een relatief hoge kwaliteitsstandaard. Vóór de wet van 1972 kwam verreweg het grootste deel van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg ten goede aan de ziekenhuizen. Daarna heeft een verschuiving van de geldstromen in de richting van de gezondheidscentra plaatsgevonden. Deze verschuiving wordt zichtbaar in figuur 4.4 waarin de investeringen in ziekenhuizen en gezondheidscentra weergegeven zijn.

Figuur 4.4.: Overheidsinvesteringen in ziekenhuizen en gezondheidscentra - 1973-1981



De ontwikkeling in deze figuur lijkt een weerspiegeling van de planmatige ingreep in de Finse gezondheidszorg. Door Stahlberg (1983) zijn er echter wel enkele kritische kanttekeningen bij geplaatst. De ziekenhuissector is in de jaren vijftig en zestig opgebouwd en heeft toen grote investeringen vereist. Dat de investeringen in de jaren zeventig daalden, is ook een gevolg van het feit dat de belangrijkste bouwprogramma's op dat moment voltooid waren. Aan het

eind van de jaren zeventig en het begin van de jaren tachtig stijgen de investeringen in de ziekenhuissector weer. Het is de vraag in hoeverre de verschuiving van de geldstroom van de tweede naar de eerste lijn het niveau van de ziekenhuiszorg aantast, bijvoorbeeld doordat voor de toepassing van nieuwe technische ontwikkelingen geen gelden beschikbaar zouden zijn. Als men het niveau van de ziekenhuiszorg mag afleiden uit de beschikbaarheid van apparatuur voor computer-tomografie, de zogenaamde CT-scanners, dan maakt Finland geen slechte indruk te midden van de in dit rapport beschreven landen. In 1985 was er in Finland een CT-scanner per 240.000 inwoners (R. Salmela, persoonlijke mededeling), in Nederland een per 322.000 inwoners, in Denemarken een per 217.000 inwoners en in Engeland een per 427.000 inwoners (Barneveld Binkhuysen e.a., 1987).

Voor de investeringen in de gezondheidscentra gebruikt Stahlberg de omgekeerde redenering. De reorganisatie van de gezondheidszorg stond al vanaf het begin van de jaren zestig ter discussie - de eerste staatscommissie werd in 1960 ingesteld. De op handen zijnde reorganisatie werd als argument gebruikt om geen investeringen in de openbare gezondheidszorg te doen, zodat een stuwmeer van onvervulde wensen ontstond die na invoering van de wet in versneld tempo vervuld konden worden.

Op de ontwikkeling van het aantal ziekenhuisbedden en het aantal bedden in gezondheidscentra is hierboven al gewezen. Het aantal bedden in gezondheidscentra is meer gestegen dan het aantal ziekenhuisbedden gedaald is. Of dit meer is dan een 'verplaatsing' van de tweede lijn, zou bestudeerd moeten worden door nauwkeurige vergelijking van de patiënten die in gezondheidscentra en in middelgrote ziekenhuizen worden opgenomen.

Ondanks deze kritische kanttekeningen bij de verschuivingen van tweede naar eerste lijn, blijft een feit dat de Finse gezondheidszorg beschikt over de instrumenten om deze ontwikkelingen te sturen. Vaststelling van de nationale plannen die het raamwerk vormen voor de gedecentraliseerde invulling en uitvoering, vindt voor de ziekenhuissector en voor de eerste lijn op één moment plaats. Afweging van prioriteiten is dus mogelijk, doordat planning en financiering grotendeels in één zijn gebracht.

## 5. DENEMARKEN

### 5.1. Algemene karakteristiek

De Deense gezondheidszorg staat, net als de Engelse, althans wat de positie van de huisarts in de eerste lijn betreft, wat dichterbij de Nederlandse situatie dan het Finse systeem.

Wat het Deense systeem zo interessant maakt voor ons is de wijze waarop huisartsen gehonoreerd worden. Daarop zal dan ook in de volgende paragrafen uitgebreid ingegaan worden.

Evenals in Finland heeft er in Denemarken rond 1970 belangrijke wetgevende activiteit plaatsgevonden, zij het dat de wetgeving veel minder ingrijpend geweest is dan in Finland. Deze wetgeving had betrekking op de planning van ziekenhuisvoorzieningen (1969), de rol van de gemeentelijke overheid (1970) en de hervorming van het stelsel van ziektekostenverzekering (1973).

Op de planning van ziekenhuisvoorzieningen en de rol van de lagere overheden in de gezondheidszorg zal in de volgende paragraaf ingegaan worden. Het verzekeringsstelsel zullen we hier kort aan de orde stellen.

Het huidige stelsel van ziektekostenverzekering in Denemarken is voortgekomen uit een systeem dat lijkt op het Nederlandse. Vanaf de tweede helft van de 19<sup>e</sup> eeuw bestaat er een groot aantal lokale en regionale ziekenfondsen. Verplicht lidmaatschap voor de bevolking beneden een bepaalde inkomensgrens is pas in 1961 ingevoerd. Ziekenfondsleden betaalden een nominale premie; voor de laagste inkomensgroepen werd een kwart van de premie door de overheid betaald.

Met de stelselwijziging in 1973 zijn de afzonderlijke ziekenfondsen opgeheven en is een landelijk verzekeringsstelsel in werking getreden, dat uitgevoerd wordt door de lokale overheid en gefinancierd wordt uit inkomensafhankelijke belastingen. De inkomensgrens werd in 1976 afgeschaft. Vanaf die tijd valt de hele bevolking onder de ziektekostenverzekering.

Er zijn twee categorieën verzekerden. Voor groep-I-verzekerden is de medische zorg (bijna geheel) gratis, maar is de keuzevrijheid beperkt. Men dient zich in te schrijven bij een huisarts en tweedelijnszorg is alleen na verwijzing toegankelijk. Ongeveer 95% van de bevolking behoort tot groep I.

Groep II-verzekerden zijn niet ingeschreven bij een huisarts. Zij kunnen rechtstreeks specialistische hulp inroepen, maar moeten voor



de Deense bevolking bij geboorte is nagenoeg gelijk aan die in Nederland, terwijl de sterfte wat hoger is.

Het aantal artsen per 10.000 inwoners is in Denemarken wat hoger dan in Nederland. Het percentage huisartsen is duidelijk lager dan in ons land. Het aantal ziekenhuisbedden is ongeveer gelijk aan dat in Nederland.

## **5.2. Decentralisatie en regionalisering**

Beheer en financiering van de Deense gezondheidszorg zijn gedecentraliseerd, deels naar het niveau van de gemeenten, deels naar het niveau van de provincies (amten).

Een deel van de eerstelijnszorg is de verantwoordelijkheid van de gemeente. Dit geldt het deel van de eerstelijnszorg dat in termen van de Nederlandse gezondheidszorg gekarakteriseerd zou worden als basisgezondheidszorg en thuisverpleging (zie voor indeling van de Deense gezondheidszorg in echelons de volgende paragraaf). De verpleegkundigen die belast zijn met de zorg voor kleuters en zuigelingen en de verpleegkundigen die met thuisverpleging belast zijn - in Nederland zijn deze functies niet gescheiden, maar in veel andere landen wel - zijn in loondienst van de gemeenten.

De vrije beroepsbeoefenaren in de eerste lijn, huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten zijn de verantwoordelijkheid van de provincies. Op dat niveau is namelijk de organisatie en (grotendeels) de financiering van het verzekeringsstelsel geregeld. De administratieve afhandeling van de declaraties van deze beroepsbeoefenaren vindt plaats op het niveau van de provincie. Ook het vestigingsbeleid van de huisartsen is per provincie geregeld.

De tweedelijnszorg is op een enkele uitzondering na (zoals het universiteitsziekenhuis van Kopenhagen) de verantwoordelijkheid van de provincie. Dit is het rechtstreekse gevolg van de Ziekenhuiswet van 1969. Daarvoor waren er zowel gemeentelijke als provinciale ziekenhuizen, maar vond de financiering grotendeels plaats door de landelijke overheid. Na de Ziekenhuiswet van 1969 is er één bestuurlijk niveau verantwoordelijk voor beheer en financiering van de ziekenhuissector.

De derdelijnszorg is weer verdeeld over verschillende bestuurlijke niveaus. Dagopvang van geestelijk gehandicapten zijn de verantwoordelijkheid van de gemeente, maar gespecialiseerde verpleeghuizen en tehuisen voor geestelijke gehandicapten zijn de verantwoordelijkheid van de landelijke overheid.

Zoals gezegd ligt de verantwoordelijkheid voor beheer en financiering van de ziekenhuissector bij de provincies. Volgens de Ziekenhuiswet van 1969 moeten de provincies een plan maken voor de ziekenhuisvoorzieningen in hun gebied. Over dit plan wordt geadviseerd door een Nationale Ziekenhuisraad, waarna het plan ter beoordeling naar het Ministerie van Binnenlandse Zaken gaat. Het plan dient een beschrijving te bevatten van de huidige structuur van de ziekenhuisvoorzieningen in de provincie, de te verwachten ontwikkelingen op het gebied van de inhoud van de zorg en de behoefte aan gespecialiseerde afdelingen, personeel, investeringen, enzovoort. Feitelijk concentreren de plannen zich op nieuwbouw en verbouw van ziekenhuizen.

De feitelijke invloed van het Ministerie van Binnenlandse Zaken lijkt gering te zijn, aangezien het geen vetorecht heeft over investeringen, budgets en mankracht.

Wel kunnen door de rijksoverheid richtlijnen aan de provincies uitgevaardigd worden. In de afgelopen jaren is aldus aan de provincies de richtlijn gegeven zich te concentreren op de afstemming van de verschillende ziekenhuizen binnen de provincie (functionele hiërarchie) en op de verschuiving van klinische naar ambulante verzorging.

Voor de maatschappelijke dienstverlening en de eerstelijnsgezondheidszorg (voor zover die niet rechtstreeks onder de provincie valt) moeten de gemeenten plannen maken. Wat betreft de eerstelijnsgezondheidszorg moeten hierin de thuisverpleging, de zorg voor kleuters en zuigelingen, preventieve tandheeskundige zorg voor kinderen, schoolgezondheidszorg en voorlichting over anticonceptie geregeld worden. De gemeentelijke plannen worden door de provincie gecoördineerd en samengevoegd. De plannen worden voor advies voorgelegd aan een Nationale Raad voor Maatschappelijke Dienstverlening en daarna ter beoordeling voorgelegd aan het Ministerie van Sociale Zaken dat advies inwint van het Ministerie van Binnenlandse zaken. Richtlijn van de rijksoverheid is dat de plannen zich meer op de preventieve zorg voor kinderen moeten richten en minder op verzorgingstehuizen, die ook onder verantwoordelijkheid van de gemeente vallen.

Evenals in het geval van de ziekenhuisplanning, lijkt ook hier de invloed van de rijksoverheid gering te zijn, zij het dat er richtlijnen zijn in het kader van de rijksbijdragen aan de kosten van de diensten die onder verantwoordelijkheid van de gemeente vallen.

Al met al is de besturing van de Deense gezondheidszorg een ingewikkeld proces. Krasnik e.a. (1982) karakteriseren de sturende en planende instanties als opgesplitst op alle niveaus. Denemarken had tot de laatste verkiezingen (in 1987) geen Ministerie van Volksgezondheid. Bij de kabinetsformatie na de verkiezingen is een Ministerie van Volksgezondheid ingesteld. De situatie die in dit rapport beschreven wordt, slaat echter nog op de al lang bestaande situatie waarin de bevoegdheden op het terrein van de volksgezondheid grotendeels onder de Ministeries van Binnenlandse Zaken en van Sociale Zaken vallen. Coördinatie en advisering is in handen van de 'Nationale Gezondheidsraad', die voor zover het om de coördinatie van planning en administratie gaat, onder het Ministerie van Binnenlandse Zaken valt, maar die op het gebied van advisering een meer onafhankelijke positie inneemt.

Op het niveau van de artsen is er een opsplitsing in een commissie voor de ziekenhuisvoorzieningen en een commissie voor sociale voorzieningen en eerstelijnszorg. Op het niveau van de gemeenten, ten slotte, is er een opsplitsing tussen de voorzieningen die bemand worden door hulpverleners die in dienst van de gemeenten zijn en degenen die vrij beroepsbeoefenaar zijn.

Planning, besluitvorming en financiering van gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening zijn verdeeld over verschillende niveaus en binnen de niveaus weer verdeeld over verschillende commissies, danwel ministeries.

### **5.3. Echelonnering**

Denemarken kent een duidelijke echelonnering van de gezondheidszorg met een getrapte toegang tot de hogere echelons.

Het eerste echelon is dat van de basisgezondheidszorg en algemene medische zorg. Bij huisartsen, fysiotherapeuten, tandartsen en thuisverpleging ligt de nadruk op behandeling, terwijl bij de verpleegkundigen die zich met de moeder- en kindzorg bezighouden, bij de schoolartsen en bedrijfsgezondheidszorg de nadruk op preventie ligt. De trefwoorden waarmee het eerste echelon gekarakteriseerd wordt, komen grotendeels overeen met de in Nederland gangbare: rechtstreekse toegankelijkheid, eerste contactmogelijkheid met het gezondheidszorgsysteem, ambulant, in het directe leefmilieu van de patiënt, individuele en gezinsgerichte preventie.

Ondanks deze karakteristieken worden ook de vrijgevestigde specialisten (bijna uitsluitend oogartsen en keel-, neus- en oorartsen)

tot de eerste lijn gerekend. Zij zijn evenwel pas na verwijzing door de huisarts toegankelijk.

Het tweede echelon is dat van de ziekenhuizen (somatische en psychiatische ziekenhuizen). De ziekenhuisartsen werken allen in dienstverband.

Het derde echelon wordt gevormd door de voorzieningen voor gehandicapten en ouderen en de verpleeghuizen die qua functie overigens meer lijken op de Nederlandse verzorgingstehuizen dan op onze verpleeghuizen (geen speciale verpleeghuisartsen, maar medische verzorging door huisartsen, wel meer verpleegkundige zorg dan in de Nederlandse verzorgingstehuizen).

Binnen het eerste echelon is er in de praktijk een tamelijk sterke scheiding tussen de preventief gerichte zorgsoorten en de curatief gerichte zorgsoorten. De huisarts is het verbindend element doordat hij contacten met beide zorgsoorten heeft en in beide zorgsoorten werkzaam is. Tot de taken van de huisarts horen de pre- en postnatale controles - eventueel in samenwerking met een verloskundige, de zorg voor zuigelingen en kleuters (vaccinatie) in samenwerking met een verpleegkundige die speciaal voor deze tak van zorg is opgeleid, advisering over de indicatiestelling voor opname in verpleeghuizen en schoolgezondheidszorg (in dun bevolkte gebieden; in de stedelijke gebieden zijn aparte schoolartsen).

De thuisverpleegkundigen werken onder toezicht van de huisartsen.

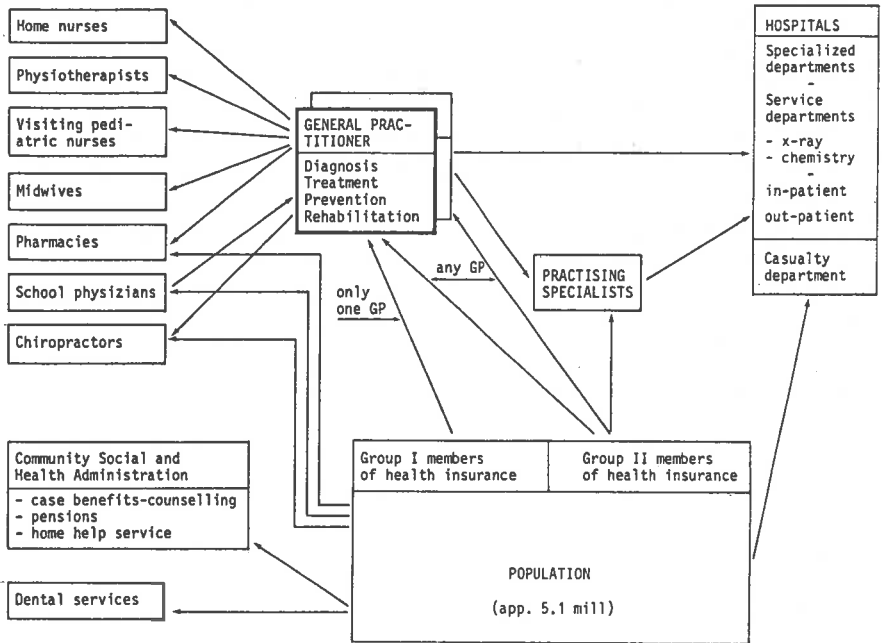
Het tweede echelon is pas toegankelijk na verwijzing door de huisarts. Het verwijssysteem is schematisch weergegeven in figuur 5.1. (zie volgende pagina).

Bij verwijzing naar het ziekenhuis vindt daar de beslissing plaats over de wijze van behandeling (opname of ambulante behandeling). De huisarts heeft daar geen invloed op. Misschien mede door het feit dat de ziekenhuisartsen in dienstverband werken, verwijst de huisarts niet zo zeer naar een bepaalde specialist of groep specialisten, zoals in Nederland meestal geval is, maar naar de opname-afdeling van het ziekenhuis, waar de patiënten verder gedistribueerd worden. Ook op een eventuele post-klinische ambulante behandeling heeft de huisarts in principe geen invloed. Dat ligt anders bij de verwijzingen naar vrijgevestigde specialisten, omdat daarbij de verwijzing aan een beperkt aantal behandelingen gebonden is.

De ambulante of poliklinische behandeling heeft het laatste decennium een sterke groei doorgemaakt. Cijfers over de 'poliklinische



Figuur 5.1.: Schematische weergave van het verwijssysteem in de Deense gezondheidszorg



productie' zijn echter moeilijk te achterhalen, omdat de registratie in de ziekenhuizen voornamelijk op de opgenomen patiënten gericht is. Het systeem van financiering en budgettering van ziekenhuizen maakt verschuivingen van klinische naar poliklinische zorg niet erg aantrekkelijk; kortdurende opnamen zijn voor het ziekenhuis het meest aantrekkelijk.

Over de mate van detaillering en de inhoud van verwijfsbrieven van Deense huisartsen is ons geen onderzoek bekend. Over de andere kant - de informatie-overdracht van het ziekenhuis naar de eerste lijn bij ontslag uit ziekenhuis - is onderzoek verricht door Almind e.a. (1984). Uit dit onderzoek onder 232 uit het ziekenhuis ontslagen bejaarde patiënten blijkt dat 42% van de huisartsen van deze patiënten binnen een week een ontslagbrief ontving van het ziekenhuis en nog eens 20% binnen twee weken. Meer dan de helft van de thuisverplegingsorganisaties ontvingen binnen drie dagen na ontslag informatie van de ziekenhuisverpleging. In bijna alle gevallen was er contact

tussen de ontslagen bejaarde patiënten en de thuisverpleging, terwijl binnen twee weken ongeveer tweevijfde van de ontslagen patiënten een consult met de huisarts had gehad. In bijna alle gevallen was er onderling contact over de ontslagen patiënten tussen huisarts en thuisverpleging.

Uit het schema van het verwijssysteem blijkt dat patiënten in noodgevallen zich rechtstreeks kunnen wenden tot de eerste-hulpafdeling van het ziekenhuis. Net als in de Nederlandse gezondheidszorg wordt het in Denemarken wel als een probleem gezien dat mensen zich rechtstreeks tot het ziekenhuis wenden met verwondingen die ook door de huisarts behandeld zouden kunnen worden. Schattingen variëren dat tussen de helft en driekwart van de patiënten die zich voor eerste hulp bij het ziekenhuis melden, ook door de huisarts behandeld zouden kunnen worden. Het aanbod aan voorzieningen lijkt hierbij een rol te spelen; in plattelandsgebieden waar geen rechtstreeks toegankelijke eerste-hulpafdeling is, of waar die op veel grotere afstand is, worden de meeste ongevallen door huisartsen behandeld (Bentzen e.a., 1984).

Toen er eind 1984 een conflict was tussen de huisartsen en de overheid en de patiënten het honorarium rechtstreeks aan de huisartsen moeten betalen en later van de ziektekostenverzekering terug kregen, nam het aantal bezoeken aan de eerste-hulpafdelingen van ziekenhuizen duidelijk toe. Tevens veranderde de aard van de gepresenteerde klachten in de richting van een groter aandeel van acute, maar niet ernstige ziekten (Wolthers & Stellfeld, 1986; Krogsgaard e.a., 1985). Het is een interessant gegeven dat een (tijdelijke) overgang van verstrekkingen in natura naar een restitutiesysteem een dergelijk gevolg heeft op omvang en aard van het klachtenaanbod op de eerste-hulpafdeling van ziekenhuizen.

#### **5.4. Versterking van de eerste lijn**

Door de getrapte toegankelijkheid van de ziekenhuissector heeft de huisarts een centrale rol in het Deense gezondheidszorgsysteem. Daarin verschilt hij niet van de Nederlandse huisarts. Het verschil met de Nederlandse situatie is dat het honoreringsstelsel voor huisartsen het zelf verrichten van diagnostische en therapeutische handelingen stimuleert. Dit honoreringsstelsel (dat alleen buiten de stad Kopenhagen gehanteerd wordt - Kopenhagen zelf had tot het najaar van 1987 een afwijkend systeem) is een combinatie van abonnementshonorarium en betaling per verrichting. De inkomsten van huis-

artsen worden voor de helft door het abonnementshonorarium en voor de helft door de betalingen voor afzonderlijke verrichtingen gevormd.

De betalingen naast het abonnementshonorarium zijn in vier groepen onder te verdelen:

- betaling per consult en visite
- betaling voor een aantal diagnostische verrichtingen, zoals laboratoriumonderzoek
- betaling voor een aantal therapeutische verrichtingen, zoals eerste hulp, kleine chirurgie
- betaling voor een aantal preventieve verrichtingen, zoals de vaccinatie van kleuters en zuigelingen.

De meest frequent uitgevoerde verrichtingen zijn met de bijbehorende tarieven in tabel 5.2 (volgende pagina) opgesomd (Van der Zee, 1985).

In de stad Kopenhagen werden de huisartsen tot voor kort, in afwijking van het gemengde systeem in de rest van het land, alleen per abonnement betaald. Op zich biedt deze situatie de mogelijkheid beide vormen van honorering te vergelijken. Van deze mogelijkheid is tot op heden weinig gebruik gemaakt. De resultaten van een onderzoek van Frimoth-Muller (1979) wijzen in de richting van een groter aantal verwijzingen door huisartsen in Kopenhagen in vergelijking met huisartsen buiten Kopenhagen, maar daarbij speelt mogelijk het feit dat het aantal tweedelijnsvoorzieningen in Kopenhagen groter is, een rol. Recenter is een op registratie in de Kopenhaagse huisartspraktijken gebaseerd onderzoek verricht waarvan de resultaten vergeleken zijn met de administratieve gegevens over het aantal gedeclareerde verrichtingen van de huisartsen in de rest van het land (Redegørelse, 1985).

Deze gegevens zijn slechts oppervlakkig geanalyseerd. De resultaten wijzen vooral in de richting van een groter aantal diagnostische verrichtingen (vooral laboratoriumonderzoek) door huisartsen buiten Kopenhagen.

Onlangs is het besluit gevallen om het Kopenhaagse abonnementsstelsel te wijzigen. Vanaf het najaar van 1987 worden de Kopenhaagse huisartsen ook volgens het gemengde systeem gehonoreerd. Rond deze verandering van het honoreringssysteem is een evaluatiestudie opgezet waaraan naast de Centrale Onderzoekseenheid voor Huisartsgeneeskunde en het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Kopenhagen, ook deelgenomen wordt door het NIVEL.

Tabel 5.2.: De meest frequent uitgevoerde, apart gehonoreerde ver-  
richtingen (1982)

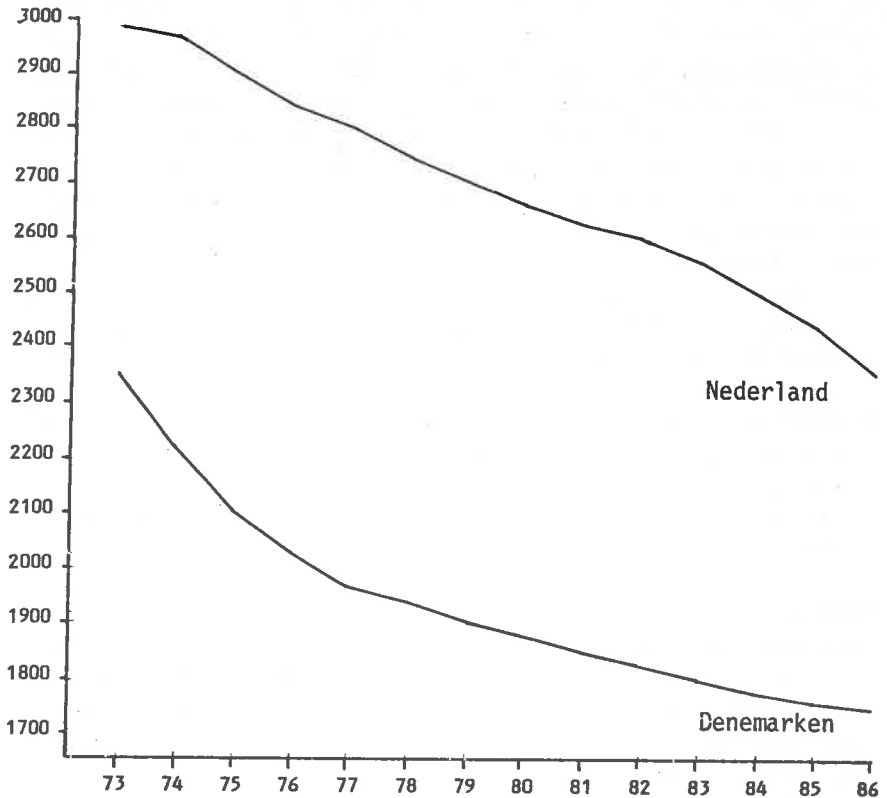
Verrichtingen	Tarief Dkr. (Hfl.)	Onderzoek	Tarief Dkr. (Hfl.)
1 nemen bloedmonster	29,4 ( 9,40)	1 urine-onderzoek (ke- tonen, suiker, bloed en eiwit)	1 7,54 2,41
2 uitstrijke baarmoe- derhals/mond	29,4 ( 9,40)	2 Hb. meten	2 15,08 ( 4,83)
3 pilcontrole	29,4 ( 9,40)	3 microscopie urine	3 22,62 ( 7,24)
4 verwijderen cerumen- prop	141,1 ( 45,15)	4 bezinking	2 15,08 ( 4,83)
5 verwijderen wratten	211,7 ( 67,75)	5 uricult	3 22,62 ( 7,24)
6 verband aanleggen	141,1 ( 45,15)	6 bloedsuiker (foto- meter)	4 30,16 ( 9,65)
7 behandeling grote wonden	282,4 ( 90,35)	7 zwangerschapstest	3 22,62 ( 7,24)
8 eerste consult anti- conceptie	141,1 ( 45,15)	8 steriele urinemon- sters	4 30,16 ( 9,65)
9 verwijderen corpus alienum uit oog, oor, neus, keel	141,1 ( 45,15)	9 gonokokkentest (geen kweek)	1 7,54 ( 2,41)
10 spiraaltje inzetten	282,2 ( 90,30)	10 electrocardiografie met 3 extremiteitenafllei- dingen + 2 precordiale afleidingen	9 67,86 (21,71)
11 verwijderen corpus alienum onder huid of nagel	141,1 ( 45,15)	11 urinekweek en resis- tentiebepaling	12 90,48 (28,95)
12 operatie dieper lig- gende weefsels	423,4 (135,50)	12 trichomonas vaginalis	2 15,08 ( 4,83)
13 verwijderen onder- huids gezwel	423,4 (135,50)	13 urine-onderzoek glu- cose met stick	1 7,54 ( 2,41)
14 blaaskatheterisatie	141,1 ( 95,15)	14 bloed in ontlasting	1 7,54 ( 2,41)
15 rectoscopie	160 ( 53,75)	15 eiwit in urine (stick)	1 7,54 ( 2,41)

### Ontwikkeling van het aantal huisartsen en vestigingsbeleid

Het aantal huisartsen is in Denemarken sinds het begin van de jaren zeventig gestaag toegenomen; veel sneller dan de toename van de bevolking, zodat het aantal inwoners per huisarts gedaald is van 2333 in 1973 (ongeveer de huidige gemiddelde praktijkgrootte in Nederland) tot 1755 in 1985.

De ontwikkeling van de gemiddelde praktijkgrootte in Denemarken en Nederland is weergegeven in figuur 5.2.

Figuur 5.2.: Ontwikkeling van het aantal inwoners per huisarts in Denemarken en Nederland



De groei van het aantal huisartsen is het sterkst geweest in de jaren vóór 1977. In 1976 is er onder druk van de toename van het aantal huisartsen een vestigingsregeling tot stand gekomen (verg. Groenewegen, 1981). Voor die tijd konden artsen die aan de opleidingsvereisten voldeden zich vestigen als huisarts. De ziekenfondsen en na de herziening van het verzekeringsstelsel in 1973 de lokale uitvoerders van het verzekeringsstelsel waren dan verplicht het honorarium uit te betalen voor de patiënten die de arts op zijn naam had (een situatie die vergelijkbaar is met de contracteerplicht van de Nederlandse ziekenfondsen). Aan deze situatie is een eind gekomen in 1976 na een overeenkomst tussen de Organisatie van Praktizerende

Huisartsen en de Vereniging van Provinciebesturen, waarmee een vestigingsregeling tot stand kwam.

Mogelijk mede onder invloed van het gedeeltelijke verrichtingenstelsel heeft zich een duidelijke afname voorgedaan van het aantal solopraktijken van huisartsen. Samenwerking biedt de mogelijkheid gezamenlijk investeringen te doen in een goede en moderne praktijkuitrusting en om optimaal gebruik te maken van eenmaal aangeschafte uitrusting. Echter, de afname van het aantal solo-artsen in Nederland in dezelfde periode is nagenoeg even sterk geweest, zij het dat het percentage solo-artsen in Denemarken in 1973 al veel lager was dan in Nederland.

In figuur 5.3 (volgende pagina) is de afname van het percentage solo-artsen in Nederland en Denemarken aangegeven. Onder de samenwerkende huisartsen zijn voor Denemarken zowel degenen gerekend die in een gezamenlijk praktijkgebouw werken en een gezamenlijk patiëntenbestand hebben ('kompagniskapspraksis'), als degenen die in hetzelfde gebouw werken, maar afzonderlijke patiëntenbestanden hebben ('Samarbejdspraksis').

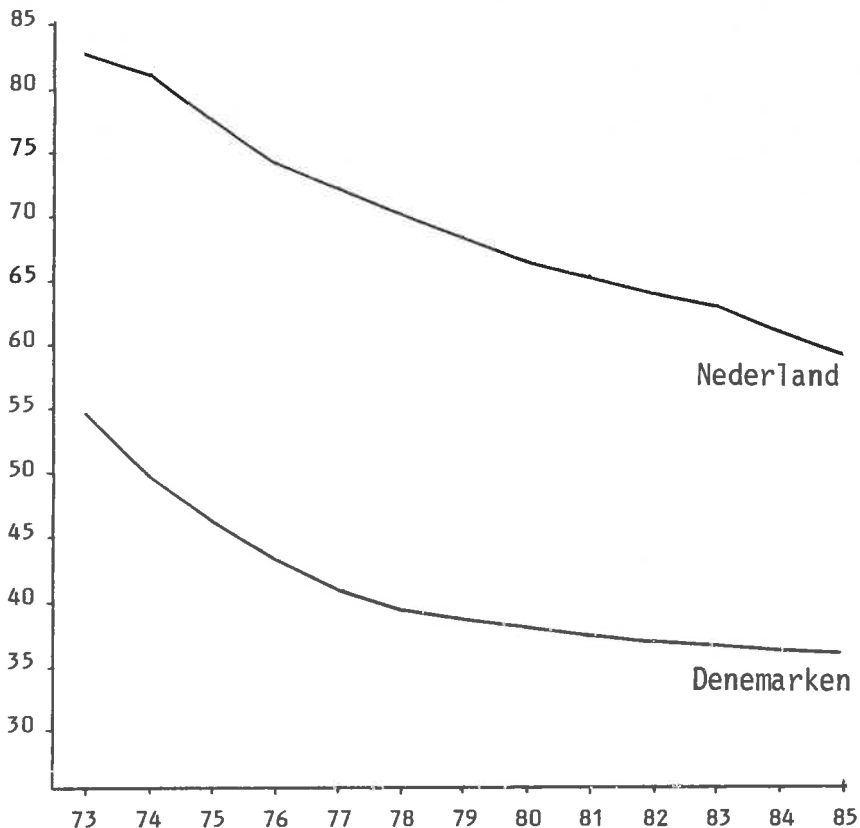
De afname van het aantal solopraktijken in Denemarken is het sterkst geweest toen ook het aantal huisartsen sterk toenam.

### **Opleiding**

Denemarken heeft drie medische faculteiten en aan elk daarvan wordt het vak huisartsgeneeskunde onderwezen (er zijn echter maar twee leerstoelen). De basisopleiding tot arts duurt ongeveer zeseneuhalf jaar, waarvan de eerste twee jaar aan het poliklinisch onderwijs gewijd zijn. Na de basisopleiding tot arts is er een algemene opleiding van anderhalf jaar die uit drie stades bestaat (heelkunde, eerste hulp, huisartspraktijk) en waarna men zich verder kan specialiseren (Bentzen, 1983).

Sinds 1983 bestaat er een opleiding tot huisarts na de basisopleiding en de algemene opleiding van anderhalf jaar. Deze huisartsenopleiding heeft overigens niet de status van specialisme. Deze opleiding duurt drie jaar en bestaat naast cursorische onderdelen vooral uit stades. Van het praktische werk in deze opleiding vindt slechts een half jaar in de huisartspraktijk plaats. Het vinden van voldoende opleidingspraktijken lijkt een groot probleem te zijn in Denemarken.

Figuur 5.3.: Ontwikkeling van het percentage solowerkende huisartsen in de periode 1973-1985 in Denemarken en Nederland



De verpleegkundigen die zich met de moeder- en kindzorg bezighouden hebben een normale driejarige verpleegopleiding; twee tot drie jaar opleiding in de praktijk en nog een cursus van een jaar. De verpleegkundigen die zich met de thuisverpleging bezig houden, hebben naast de normale verpleegopleiding geen extra opleiding.

#### **Beperking van de tweede lijn**

In de periode van 1974 tot 1980 is het totaal aantal ziekenhuisbedden in Denemarken met meer dan 2000 gereduceerd. Dit is een daling van 5%. De daling is voor de bedden in psychiatrische instellingen groter geweest dan voor de overige bedden.

Beheer en (het grootste deel van de) financiering van de intramurale

gezondheidszorg zijn in handen van de provincie. De in de ziekenhuizen werkzame artsen werken in dienstverband. Het scheppen van nieuwe banen voor artsen in ziekenhuizen is niet zonder meer mogelijk. De provincie moet daarover altijd advies inwinnen bij een landelijke commissie. De beslissingen van deze commissie zijn formeel niet bindend, maar worden in de praktijk altijd gevolgd.

Door het dienstverband van de gehele ziekenhuisstaf is beheersing van de omvang van de tweede lijn in Denemarken beter realiseerbaar dan in de Nederlandse situatie.



## 6. ENGELAND

### 6.1. Algemene karakteristiek

De Engelse gezondheidszorg is vlak na de Tweede Wereldoorlog fundamenteel gereorganiseerd. De National Health Service kwam in 1948 tot stand. De belangrijkste kenmerken ervan zijn:

- Een alomvattende gezondheidszorg voor de hele bevolking
- die gefinancierd wordt uit de algemene middelen (belasting-opbrengsten)
- die bijna geheel vrij toegankelijk is voor de bevolking
- en die regionaal georganiseerd en beheerd wordt.

De National Health Service heeft van het begin af aan veel debat opgeleverd; voorstanders wijzen op de sterke positie van de huisarts, de beperking van de zuigkracht van de ziekenhuissector en de lage kosten - in vergelijking met de andere westerse industrielanden. Tegenstanders wijzen op de geringe keuzevrijheid van de bevolking, wachttijden en de verouderde infrastructuur van de ziekenhuizen en de bureaucratie die de genationaliseerde gezondheidszorg met zich meebrengt.

Deze debatten zijn niet aan Nederland voorbijgegaan. Er is door Nederlanders en in het Nederlands gepubliceerd over de NHS en doordat de taal geen grote barrière vormt, is de Engelse literatuur goed toegankelijk. De nadruk in Nederlandse publicaties heeft gelegen op het systeem als zodanig en op het thema regionalisering en decentralisatie (inclusief planning en financiering). Wij zullen daaraan in de volgende paragrafen relatief weinig aandacht besteden en ingaan op een minder vaak beschreven aspect van de Engelse gezondheidszorg: de samenwerking binnen de eerste lijn.

Engeland, Wales, Schotland en Noord-Ierland vormen samen het Verenigd Koninkrijk. De NHS is nagenoeg op dezelfde wijze georganiseerd in de vier landen; dat geldt vooral voor Engeland en Wales. Cijfers over de gezondheidszorg gaan nu eens over het Verenigd Koninkrijk als geheel, dan weer hebben zij betrekking op Engeland en Wales of op Engeland alleen. Wij zullen ons in het navolgende hoofdzakelijk tot Engeland beperken.

Engeland had ongeveer 46,5 miljoen inwoners in 1980 en is relatief

dichtbevolkt met ruim 350 inwoners per vierkante kilometer - minder dichtbevolkt dan Nederland, maar dichter bevolkt dan Denemarken en Finland. De bestuurlijke organisatie van het land kent drie lagen: de landelijke overheid, de counties en daarbinnen de districts. Als we in het vervolg van dit hoofdstuk over de lokale overheid spreken, gaat het voor stedelijke gebieden over de districten en daarbuiten over de counties. Deze zijn onder meer verantwoordelijk voor onderwijs, maatschappelijke dienstverlening, een aantal vormen van residentiële zorg en extramurale verpleging.

In tabel 6.1 zijn enkele kerngetallen bijeengebracht over vraag, aanbod en kosten van de Engelse gezondheidszorg.

Tabel 6.1.: vraag, aanbod en kosten van de gezondheidszorg in Engeland

vraag: percentage bejaarden	15.1%
levensverwachting (bij geboorte) mannen:	70
vrouwen:	76
sterfte (per 1000)	11.7
kindersterfte (per 1000 levendgeborenen)	12.0
aanbod: aantal artsen per 10.000	12.5
percentage huisartsen	41%
percentage specialisten*	21%
bedden in algemene en academische ziekenhuizen (per 1000)	3.5
kosten: totale kosten gezondheidszorg	£ 11.900 miljoen
idem als percentage BNP	6%
percentage van de kosten voor de ziekenhuissector	63%

\* Ziekenhuisartsen in de rang van consultant, zij vormen ongeveer een derde van de medische staf van de ziekenhuizen. Het percentage huisartsen en specialisten is niet gebaseerd op alle werkzame artsen, maar op de artsen met een contract of dienstverband met de NHS

Afgemeten aan deze globale indicatoren voor vraag, aanbod en kosten van de Engelse gezondheidszorg, kunnen we de volgende plaatsbepaling ten opzichte van Nederland maken. Het percentage bejaarden is in

Engeland hoger dan in Nederland (overigens is het in Wales en Schotland nog hoger dan in Engeland en zijn er binnen Engeland aanzienlijke regionale verschillen). De levensverwachting bij geboorte is lager dan in Nederland. Het bruto-sterftecijfer en de kindersterfte zijn hoger. Deze ruwe indicatoren voor de vraag naar gezondheidszorgvoorziening wijzen in de richting van hogere vraag in Engeland.

Voor het aanbod geldt grofweg het omgekeerde. Het aantal artsen per 10.000 inwoners is in Engeland lager dan bij ons. Het percentage huisartsen is iets hoger en het percentage specialisten lager (althans bij vergelijking van 'consultants' in het Engelse systeem en specialisten in het Nederlandse systeem). Het aantal ziekenhuisbedden is lager dan in Nederland. Het technologisch niveau van de ziekenhuiszorg, afgemeten aan de eerder geciteerde cijfers over de beschikbaarheid van CT-scanners, is in Engeland lager dan in Nederland en de andere twee bestudeerde landen.

De kosten van de Engelse gezondheidszorg als percentage van het Bruto Nationaal Produkt behoren tot de laagste van de Westerse industrielanden.

## **6.2. Decentralisatie en regionalisering**

De structuur en organisatie van de National Health Service zijn vanaf de oprichting in 1948 tot 1974 niet veranderd. Er bestond in deze periode een organisatorische en financiële driedeling in:

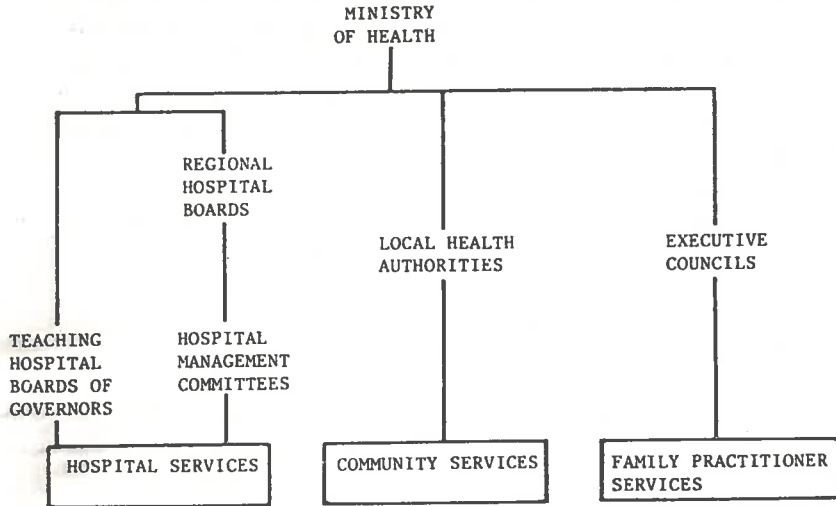
- Family practitioner services
- community services
- hospital services

De wijze van financiering en het beheer van deze drie groepen voorzieningen verschilde fundamenteel en verschilt ook nu nog aanzienlijk, ofschoon een aantal knelpunten in beheer en planning opgelost zijn na de herstructurering van de NHS in 1974.

De family practitioner services bestaan uit de diensten van huisartsen, tandartsen, apothekers en opticiens. Deze beroepsbeoefenaren zijn niet in dienst van de NHS, maar stellen contractueel hun diensten ter beschikking. Zij worden 'independant contractors' genoemd. De community services betreffen enerzijds de preventieve en basisgezondheidszorg, wat wij in Nederland wijkverpleging zouden noemen (district nurses en health visitors) en maatschappelijke dienstverlening en anderzijds de residentiële zorg voor ouderen, chronisch zieken en gehandicapten. Deze voorzieningen worden gefinancierd uit

lokale belastingheffing, aangevuld met overheidsgeld (evenals bijvoorbeeld het onderwijs) en door de lokale overheid beheerd. De ziekenhuisvoorzieningen werden met de komst van de NHS genationaliseerd en al het personeel, dus ook de medische staf, werkt in dienstverband. Zij worden uit de algemene middelen gefinancierd. De organisatiestructuur die van 1948 tot 1974 van kracht was, is in figuur 6.1 weergegeven (overgenomen uit Schrijvers, 1980).

Figuur 6.1.: organisatiestructuur van de NHS, 1948-1974



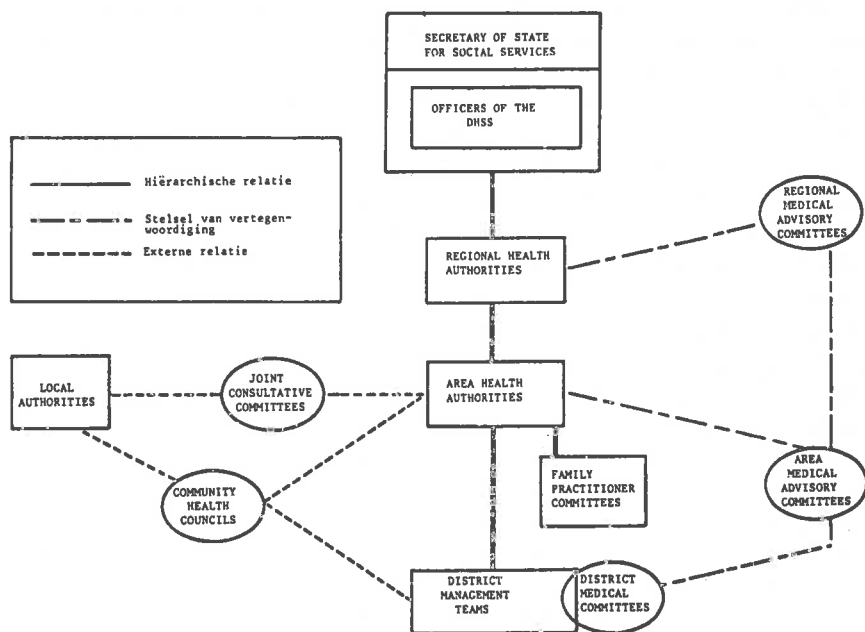
Voor de ziekenhuisvoorzieningen waren er 14 Regional Hospital Boards en ruim 300 Hospital Management Committees; de independant contractors vielen onder 34 Executive Councils, terwijl de community services verzorgd werden door 175 Local Health Authorities.

De sterk doorgevoerde driedeling in de structuur van de NHS leidde op bestuurlijk-organisatorisch niveau tot problemen bij de planning en afstemming en op het niveau van de zorg tot gebrek aan samenhang en continuïteit, vooral in gevallen waarin de drie groepen voorzieningen taken op hetzelfde terrein hebben, zoals de kraamzorg en de zorg voor geriatrische patiënten.

De discussies rond de nadelen van deze 'tripartite' structuur die in de jaren zestig plaats vonden, hebben tot een ingrijpende reorganisatie van de NHS in 1974 geleid, dezelfde tijd dus waarin in Neder-

land over een herstructurering van de gezondheidszorg gediscussieerd werd en waarin er ook in Finland en Denemarken meer of minder ver- gaande veranderingen in de gezondheidszorg doorgevoerd werden. De reorganisatie van 1974 leidde tot een veel duidelijker regionali- satie van de Engelse gezondheidszorg. Er werden op regionaal niveau drie hiërarchische lagen ingesteld: 14 Regional Health Authorities, 90 Area Health Authorities en circa 200 District Health Authori- ties. De Area Health Authorities vallen samen met de lokale be- staurslaag van de counties. Ook na de reorganisatie bleven de 'independant contractors' een afwijkende plaats in het systeem in- nemen (zie figuur 6.2, overgenomen uit Schrijvers, 1980).

Figuur 6.2.: organisatiestructuur van de NHS, 1974-1982



Bij een volgende reorganisatie in 1982 is deze structuur in grote lijnen blijven bestaan, maar is het tussenliggende niveau van de area health authorities opgeheven.

## Planning

De planning van de Engelse gezondheidszorg vindt plaats op het niveau van de Regional Health Authorities en de District Health Authorities. De nadruk bij de eerste ligt op de strategische planning; bij de tweede op de operationalisering en implementatie daarvan. De RHA's maken een prioriteitenplan voor de midden en lange termijn, dat door de DHA omgezet wordt in een plan met een looptijd van drie jaar.

Voor de planning worden jaarlijks richtlijnen uitgegeven door het Ministerie van Volksgezondheid, gebaseerd op het nationaal beleid, prioriteitstelling en beschikbare financiële kaders.

De allocatie van middelen was aanvankelijk georganiseerd via een procedure van de lagere organisatorische niveaus naar hogere. De Hospital Management Committees (zie figuur 6.1) stelden een begroting voor de ziekenhuisvoorzieningen in hun werkgebied op; deze gingen als voorstel naar de RHA's en vervolgens naar het Ministerie. In de praktijk kwam deze procedure erop neer dat de kosten van het totaal van de wensen die bij het Ministerie gedeponereerd werden, hoger waren dan de regering aan de NHS wilde uitgeven. Er vond dan een evenredige verlaging van de ingediende budgetten plaats. Een dergelijke procedure leidde tot frustraties bij de opstellers van de plannen.

Aanvankelijk wordt het gezondheidszorgbudget vastgesteld en verdeeld over de regio's. Aanvankelijk wordt het budget vastgesteld in hoeveelheden goederen en diensten; later in termen van totaal toegestane uitgaven (cash limits).

De wijze waarop budgetten verdeeld werden naar de regio's, heeft ertoe geleid dat regionale verschillen in voorzieningenniveau en uitgaven bleven bestaan. De hoogte van de budgetten werd vooral bepaald door de hoeveelheid voorzieningen die er al in een gebied waren en niet door de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen. Pas sinds het midden van de jaren zeventig wordt er gewerkt met een formule voor de toerekening van budgetten aan de regio's die rekening houdt met verschillen tussen regio's in de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen, geïndiceerd door de samenstelling van de bevolking naar leeftijd en geslacht en gestandaardiseerde sterftecijfers. Deze formules zijn opgesteld door de zogenaamde Resource Allocating Working Party en staan bekend als de RAWP-formula (DMSS, 1976). De indicaties voor de vraag naar gezondheidszorgvoorzieningen hebben begrijpelijkerwijs discussies uitgelokt, vooral het gebruik

van gestandaardiseerde sterftcijfers als indicatie voor verschillen in vraag. Volgens de critici zouden morbiditeitscijfers daarvoor geschikt zijn (vergelijk voor deze discussie Cochrane e.a., 1978; Bennet & Holland, 1977; Forster, 1977; Mackenbach & Koch, 1982). Het verschil tussen de 'rijkste' en de 'armste' regio's is gedaald van 36% in 1977/1978 tot 18% in 1982/1983 (Allan, 1984).

### **Beheer**

Het beheer van de ziekenhuisvoorzieningen, community services en family practitioner services was tot 1974 gescheiden. Met de reorganisatie van de NHS is het beheer van ziekenhuisvoorzieningen en community services geïntegreerd op het niveau van de District Health Authorities, terwijl de huisartsen (de voor ons belangrijkste groep van de 'family practitioners') ook vertegenwoordigd zijn in het zogenaamde 'District Management Team'.

Hierdoor is de reorganisatie van 1974 een belangrijke stap geweest in de richting van integratie van planning, financiering en beheer van de gezondheidszorg. Het zou een understatement zijn te zeggen dat met de reorganisatie van de NHS nog niet alle problemen opgelost waren. Vooral de invoering van de nieuwe structuur bracht grote problemen met zich mee; het management van de gezondheidszorg had te kampen met gebrek aan kwaliteit; de reorganisatie viel samen met het begin van de economische teruggang, enzovoort.

### **6.3. Echelonnering**

In de Engelse gezondheidszorg worden grofweg drie echelons onderscheiden:

- het eerste echelon; hiertoe worden de family practitioner services gerekend, dat wil zeggen de zorg door huisartsen, tandartsen, apothekers en opticiens, en de community services, dat wil zeggen preventieve zorg en extramuraal verpleging;
- het tweede echelon: algemene en psychiatrische ziekenhuizen;
- het derde echelon: gespecialiseerde ziekenhuisvoorzieningen.

Evenals in Finland en Denemarken wordt primary care of de eerste lijn breder opgevat dan we in Nederland gewoon zijn. Wat wij basisgezondheidszorg noemen, wordt ook tot de eerste lijn gerekend. In Finland komt die brede opvatting van de eerste lijn ook tot uiting in een organisatorische eenheid; in Engeland (maar ook in Denemarken) is er qua organisatorische positie een verschil te zien tussen de meer curatief gerichte vrije beroepsbeoefenaren (met name de

huisarts) en de meer preventief gerichte hulpverleners die in loondienst werken.

De huisartsen zijn het eerste contact met de curatieve geneeskunde en de toegang tot de hogere echelons. De wijze waarop huisartsen gehonoreerd worden, kent nauwelijks specifieke stimulansen om patiënten in de eerste lijn te houden. Slechts enkele verrichtingen worden apart gehonoreerd (vaccinatie, immunisering, screening).

Binnen de community services zijn de verpleegkundigen kwantitatief de belangrijkste groep, terwijl zij ook de meeste contacten met de huisarts hebben. De District Community Physicians hebben vooral administratieve en management-taken.

De taken die in Nederland gecombineerd zijn in het werk van wijkverpleegkundigen, worden in Engeland door twee beroepsgroepen uitgevoerd: de district-nurses en de health visitors. Bij de eersten ligt de nadruk op de verpleegkundige aspecten van het werk, terwijl health visitors meer op preventieve taken gericht zijn. Dit blijkt ook uit verschil in tijdsbesteding en samenstelling van de patiënten- of cliëntengroep waarvoor district-nurses en health visitors werken. District nurses besteden tweevijfde van hun tijd aan verpleegtechnische handelingen, tweevijfde aan overige verpleging en verzorging en eenvijfde aan adviserende en voorlichtende activiteiten. Hun doelgroep bestaat voornamelijk uit ouderen. De health visitors besteden driekwart van hun tijd aan advisering en voorlichting. Hun doelgroep bestaat hoofdzakelijk uit kleuters en zuigelingen en hun moeders (Dunnell, 1982).

Er is nog een derde groep verpleegkundigen binnen de eerste lijn werkzaam die voor de Nederlandse lezer interessant is: de practice nurse. Practice nurses zijn verpleegkundigen die in loondienst zijn van een huisarts of groep huisartsen. Zij worden door de huisarts ingeschakeld bij eerste hulp activiteiten, zorg voor chronische patiënten, preventie en dergelijke. In een recent onderzoek worden als meest frequent uitgevoerde activiteiten genoemd: bloeddruk opmeten, hechtingen verwijderen, injecties geven, wondverzorging en oren uitspuiten (Greenfield e.a., 1987). In tegenstelling tot het werk van district nurses en health visitors werken practice nurses bijna uitsluitend in het praktijkgebouw van de huisarts en niet bij de patiënten thuis. Op de samenwerking tussen huisartsen onderling en tussen huisartsen en verpleegkundigen - de horizontale integratie binnen de eerste lijn - zullen we in de volgende paragraaf nog verder ingaan.



Wat betreft de positie van paramedici zoals fysiotherapeuten wijkt Engeland af van de Nederlandse situatie en van de situatie in de beide andere landen die besproken zijn in dit rapport. In Engeland werken deze paramedici in en vanuit het ziekenhuis. Pas in de loop van de jaren zeventig kwamen er experimenten enerzijds met behandeling ten huize van de patiënt (is nog steeds zeer ongebruikelijk) en in de huisartspraktijk en anderzijds met rechtstreekse verwijzingen van huisartsen naar de afdeling fysiotherapie van een ziekenhuis. In veel gevallen gaat de verwijzing naar fysiotherapie nog via de omweg van verwijzing naar de orthopedisch chirurg of revalidatie-arts die vervolgens beslist of fysiotherapie geïndiceerd is (vgl. Partridge, 1984).

Zoals gezegd is er een duidelijke scheidslijn tussen eerste en tweede lijn. Behalve in het geval van noodsituaties, moet iedereen die een specialist wil bezoeken, verwezen worden door de huisarts. Deze situatie was al lang voor de oprichting van de NHS in een afspraak tussen huisartsen en specialisten vastgelegd.

Vergelijking van verwijscijfers tussen verschillende gezondheidszorgsystemen is altijd moeilijk doordat verschillen in administratieve procedures de hoogte van het verwijscijfer mede bepalen (bijvoorbeeld de verwijzingen die nodig zijn om specialistische behandeling na één jaar voort te zetten, zijn onderdeel van het verwijscijfer van Nederlandse huisartsen). Gezuiverd van dit soort invloeden blijkt het aantal verwijzingen per 1000 patiënten in Engeland ongeveer de helft te zijn van dat van Nederlandse huisartsen (Van der Zee, 1982). De beperktere omvang van de tweedelijnsvoorzieningen in Engeland zal hierbij zeker een rol spelen, naast de samenwerking binnen de eerste lijn en de opleiding van huisartsen die in de volgende paragraaf aan de orde komen.

Wat betreft de relaties tussen eerste en tweede echelon kan gewezen worden op de consultatiefunctie van de specialist. De specialist kan door de huisarts aan het bed van de patiënt ter consultatie gevraagd worden. De specialist ontvangt daar een aparte toelage voor. Het is echter een mogelijkheid waar betrekkelijk weinig gebruik van gemaakt wordt (althans in vergelijking tot het aantal verwijzingen dat plaatsvindt): in een praktijk van 2500 patiënten ongeveer 18 keer per jaar. De specialist die dan het vaakst in consultatie geroepen wordt, is de geriater (Fry, 1984). Vergeleken met de situatie in Nederland waar de specialist in principe voor consultatie aan het bed van de patiënt geroepen kan worden, komt dit echter relatief vaak voor.

Aan de andere kant zijn er ook voor huisartsen mogelijkheden om activiteiten in het ziekenhuis te ontplooiën. Een klein aantal huisartsen heeft een part-time aanstelling in een ziekenhuis en heeft bijvoorbeeld de mogelijkheid te assisteren bij de operatie van een van zijn patiënten of bij bevallingen. Daarnaast zijn er de zogenaamde 'general practitioner hospitals', waarbij de huisartsen voor opname en ontslag van de patiënten verantwoordelijk zijn, maar specialisten wel geconsulteerd kunnen worden. Ongeveer een vijfde van de huisartsen in het Verenigd Koninkrijk is betrokken bij general practitioner hospitals (Jones, 1986; 1987).

#### **6.4. Versterking van de eerste lijn**

Een interessant aspect van de Engelse gezondheidszorg is de manier waarop samenwerking binnen de eerste lijn gestalte heeft gekregen. We bespreken daarbij achtereenvolgens de samenwerking tussen huisartsen onderling en de samenwerking tussen huisartsen en extramurale verpleging.

##### **Honodisciplinaire samenwerking en honorering**

De samenwerking tussen huisartsen is in Engeland wijd verbreid. Het aantal solopraktijken is gedaald van 43% in 1952 tot 12% in 1982; het aantal duopraktijken is in dezelfde periode gedaald van 33% tot 18%, terwijl het aantal praktijken van drie of meer huisartsen van 24% gestegen is tot 70% (Fry, 1983). Ter vergelijking: in Nederland werkte in 1982 nog 64% van de huisartsen in een solopraktijk, 25% in een duopraktijk, 5% in een groepspraktijk van drie of meer artsen en 6% in een gezondheidscentrum.

Dat het aantal groepspraktijken van drie of meer huisartsen zo sterk gestegen is, is niet toevallig. In de eerste plaats is er in de honorering van huisartsen sinds 1966 toen de honorering van huisartsen grondig herzien werd, een stimulans voor groepsvorming ingebouwd; in de tweede plaats is vanaf de oprichting van de NHS de bouw van speciale praktijkgebouwen voor groepen (de zogenaamde 'health centres') met wisselende intensiteit gestimuleerd.

De honorering van Engelse huisartsen wordt wel aangeduid als een gedifferentieerd abonnementsstelsel. Gedifferentieerd in verschillende betekenissen: enerzijds in de betekenis dat het bedrag per patiënt niet voor alle patiënten gelijk is, maar hoger is voor bejaarde patiënten; anderzijds in de betekenis dat het vaste bedrag per patiënt slechts een deel van het honorarium vormt. Er zijn aparte vergoedin-

gen voor praktijkkosten en persoonlijke toelagen voor de arts die onafhankelijk zijn van de omvang van de praktijk.

De vergoeding van praktijkkosten bestaat voor een deel uit een vast bedrag per praktijk (de basic practice allowance) voor een aantal lopende praktijkkosten. De hoogte hiervan wordt jaarlijks op basis van steekproefonderzoek vastgesteld. Voor een deel van de praktijkkosten - huisvesting en hulp personeel onder wie de eerdergenoemde 'practice nurse' - worden de feitelijk gemaakte kosten gedeclareerd. Zeventig procent van de kosten van hulp personeel wordt gerestitueerd.

Naast de kostenvergoeding is er een persoonlijke toelage voor artsen die de beroepsopleiding tot huisarts gevolgd hebben, een senioriteitstoelage en voor oudere huisartsen een tegemoetkoming in de kosten van het aanstellen van een assistent-huisarts.

De stimulering van de vorming van groepspraktijken van drie of meer huisartsen vindt plaats door toekenning van een extra toelage aan artsen die in een groepspraktijk werken (van ± f 5.000,-) en door een gunstige huisvestingsvergoeding.

Vestiging en praktizieren in bepaalde gebieden wordt gestimuleerd door een premie bij vestiging in gebieden met een lage huisartsendichtheid en door toeslagen bij praktizieren in afgelegen gebieden.

Het eigenlijke abonnementshonorarium is in drie klassen ingedeeld naar gelang de leeftijd van de patiënten (jonger dan 65 jaar, 65 tot 75 jaar, 75 jaar of ouder). Voor pre- en postnatale zorg, geboorteregeling, vaccinaties en immunisaties bestaan aparte vergoedingen (Van der Zee, 1985).

In de normale honorering van de huisarts is dus een stimulans ingebouwd voor samenwerking. Zoals gezegd is ook de bouw van speciale praktijkgebouwen - de 'health centres' - een stimulans tot vorming van groepspraktijken. Health centres hebben in Engeland weer een andere betekenis dan in Nederland en Finland. In Engeland betreft het praktijkgebouwen die eigendom zijn van de district health authorities, en waar eerstelijnszorg verleend wordt door huisartsen, district nurses en health visitors. In principe wordt bij de bouw van deze gezondheidscentra uitgegaan van minimaal drie artsen. Het aantal gezondheidscentra (in deze zin van het woord) bedraagt ongeveer 1300 (in 1982) en een kwart van de Engelse huisartsen is aan een gezondheidscentrum verbonden.

Multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn tussen de medische sector en de maatschappelijke dienstverlening, zoals in de Nederlandse gezondheidscentra, is in Engeland geen voorwaarde voor de stimulering van de 'health centres'. Op zich is samenwerking tussen

de medische sector en de maatschappelijke dienstverlening wel gestimuleerd door programma's waarin delen van het gezondheidszorgbudget en van de lokale budgetten voor maatschappelijke dienstverlening samengevoegd ten behoeve van specifieke projecten, de zogenaamde 'joint finance programs'.

### **Samenwerking huisarts - extramurale verpleging**

Bij de samenwerking tussen huisartsen en extramurale verpleegkundigen in Engeland kan men zich dezelfde problemen voorstellen als in de Nederlandse situatie: huisartsen en verpleegkundigen hebben een verschillend statuut (de huisarts is vrij beroepsbeoefenaar; de verpleegkundige is in dienst van een organisatie - de District Health Authority in de Engelse situatie), huisarts en verpleegkundige hebben hun eigen manier van werken en hun eigen aanpak enzovoort. In Nederland is de wijze van werken van wijkverpleegkundigen - het woord zegt het al - meestal gericht op de hele populatie in een bepaald geografisch gebied. Voor afstemming op en samenwerking met de huisarts die zijn patiënten veelal niet in een geografisch beperkt gebied heeft, is dit verschil in aanpak lastig. Huisartsen hebben met een groot aantal verschillende wijkverpleegkundigen te maken afhankelijk van de wijken waarin hun patiënten wonen, en omgekeerd hebben wijkverpleegkundigen potentieel te maken met alle huisartsen die patiënten in hun wijk hebben.

In het Nederlandse beleid is meestal als oplossing voorgesteld om wijkverpleegkundige en huisarts voor een afgeperkt geografisch gebied te laten werken (zie ook deel 1 van deze serie studies).

In Engeland, daarentegen is al in het begin van de jaren zestig de pragmatische oplossing gekozen van het praktijkgebonden werken. Praktijkgebonden werken wil zeggen dat de wijkverpleegkundige als doelpopulatie de patiënten van een groep huisartsen heeft, ongeacht het geografisch gebied waarover deze patiënten verspreid zijn.

Uit een onderzoek van Dunnell (1982) onder een steekproef district nurses en health visitors komt naar voren wat de omvang van het verschijnsel praktijkgebonden werken is (zie tabel 6.2 volgende pagina).

De verpleegkundigen die praktijkgebonden werken - zo blijkt uit het onderzoek van Dunnell - hebben meer contact met de huisartsen dan degenen die voor een geografisch gebied werken. Zij beoordelen een aantal aspecten van hun relatie met huisartsen positiever (bijvoorbeeld de contacten met de huisartsen, mogelijkheid om de huisartsen beter te leren kennen, mogelijkheid om patiënten met de huisarts te

Tabel 6.2.: Afstemming werkgebieden district nurses/health visitors en huisartspraktijken

	DN	HV
niet praktijkgebonden - alleen geografisch	16%	10%
niet praktijkgebonden - anders	1%	1%
praktijkgebonden	83%	89%
waarvan overeenkomstige doelpopulatie	47%	37%
werkt voor deel van praktijkpopulatie	12%	27%
overeenkomstig doelpopulatie + geografisch gebied	15%	12%
deel praktijkpopulatie + geografisch gebied	9%	13%
N	732	1039

Bron: Dunnell, 1982

bespreken, toegang tot patiëntengegevens). Het lijkt erop dat deze oordelen in belangrijke mate beïnvloed worden door het aantal huisartsen met wie een verpleegkundige te maken heeft. Zolang het aantal artsen met wie men te maken heeft, beperkt is, maakt het niet zoveel uit of er praktijkgebonden of voor een geografisch gebied gewerkt wordt, maar als het aantal huisartsen met wie men te maken heeft, groter is (meer dan vier), dan zijn de verpleegkundigen die praktijkgebonden werken positiever over hun samenwerking met huisartsen. In zijn algemeenheid is het zo dat de verpleegkundigen die praktijkgebonden werken met minder huisartsen te maken hebben dan degenen die voor een geografisch gebied werken.

Praktijkgebonden werken is de standaardwijze van werken in de extramurale verpleging in Engeland - althans voor zover het de district nurses en health visitors betreft. Toch staat deze wijze van werken wel ter discussie. Door het 'Community Nursing Review Team' is onlangs rapport uitgebracht aan de secretary of state for health onder de titel 'Neighbourhood nursing - a focus for care'. In dit rapport wordt geadviseerd over te gaan tot de vorming van verpleegkundige teams per buurt van tien tot vijftienduizend inwoners.

Argumenten voor het buurtgericht werken zijn dat op die manier populatiegerichte preventieve zorg mogelijk is, dat het werk van de verschillende groepen verpleegkundigen beter op elkaar afgestemd kan worden, dat er meer ingespeeld kan worden op de mogelijkheden van

mantelzorg en op vrijwilligersinitiatieven in de buurt, dat er een duidelijk aanspreekbare organisatie is voor de extramurale verpleging in de buurt en dat er geld en tijd door bespaard wordt.

Over de samenwerking met huisartsen wordt gezegd dat veel van de eerstelijnssteams op dit moment alleen in naam bestaan, maar nauwelijks als samenwerkingsverband functioneren. In de toekomst zouden er samenwerkingsovereenkomsten gesloten moeten worden tussen huisartsen en de buurtgerichte verpleegkundige teams (Report of the Community Nursing Review Team, 1986).

Als er echt een wijziging van de trend komt en meer verpleegkundigen buurtgericht gaan werken, zal dat ten koste gaan van de samenwerking met en afstemming op het werk van huisartsen, tenzij huisartsen zich aan deze inzichten aanpassen en hun werkgebieden gaan inperken (Bond e.a., 1987).

### **Menskracht**

De gemiddelde praktijkgrootte van Engelse huisartsen is al lange tijd lager dan die van Nederlandse huisartsen. In 1971, toen de gemiddelde praktijkgrootte in Nederland rond 3000 lag, was de gemiddelde praktijkgrootte in Engeland 2380. Het aantal huisartsen is in de afgelopen vijftien jaar slechts weinig toegenomen in Engeland en de gemiddelde praktijkgrootte is bijgevolg niet veel gedaald: tot even beneden de tweeduizend patiënten per huisarts op dit moment. Ondanks de al genoemde stimulering van vestiging in gebieden met een lage huisartsendichtheid zijn er nog grote verschillen in huisartsendichtheid in Engeland. Het 'Archeson-report' over de gezondheidszorg in de binnenstad van London heeft belangrijke problemen aan het licht gebracht: slecht bereikbare, slecht uitgeruste praktijken, veel zeer oude, solowerkende huisartsen (London Health Planning Consortium, 1981).

De extramurale verpleegkundige staf is sterk gegroeid sinds 1974; de toename bedraagt ongeveer een derde. De afgelopen jaren is er een gemiddelde groei van twee procent per jaar, maar die groei is niet voor alle categorieën even sterk. Vooral bij de volledig gediplomeerde district nurses en health visitors is de groei lager of zelfs negatief. De huidige menskracht in de extramurale verpleging is in tabel 6.3 weergegeven.

Tabel 6.3.: Aantal hulpverleners (in equivalenten van de volledige werktijd) in de extramurale verpleging in Engeland

---

district nurses	9.000
registered and enrolled nurses assisting district nurses	6.000
health visitors	9.300
school nurses	2.600
community midwives	3.800
qualified community psychiatric nurses	1.800
nursing auxiliaries	4.500

---

Bron: Report of the community nursing review

Deze aantallen betreffen het personeel van de NHS. Buiten de NHS is er nog een aantal van circa 4000 'practice nurses' die in dienst zijn van een huisarts of huisartspraktijk (meestal in deeltijd).

### Opleiding

De opleiding tot arts duurt zes jaar in Engeland. De opleiding bestaat uit een preklinische fase van twee jaar, een klinische fase van drie jaar en een zogenaamd 'preregistration year' dat doorgebracht wordt in een ziekenhuis, voor de helft op de interne afdeling en voor de helft op de afdeling chirurgie.

Sinds 1982 is het gevolgd hebben van de beroepsopleiding tot huisarts een voorwaarde om als huisarts binnen de NHS te kunnen gaan werken. De beroepsopleiding duurt drie jaar en bestaat uit een jaar opleiding in de huisartspraktijk onder supervisie van een ervaren huisarts en twee jaar in ziekenhuizen op wisselende afdelingen.

Health visitors en district nurses volgen de normale opleiding tot verpleegkundige (registered nurse). Daarnaast is er een aanvullende beroepsopleiding die voor district nurses sinds 1981 verplicht is.

### Beperking van de tweede lijn

Ziekenhuisartsen werken in Engeland in dienst van de NHS. Zij hebben geen rechtstreeks belang bij het aantal specialistische verrichtingen en ziekenhuisopnamen (indirect in zekere mate wel, omdat het de verdeling van de budgetten beïnvloedt). Evenals in Denemarken kunnen er niet zomaar nieuwe posten voor specialisten (in de rang van 'consultant' en 'senior registrar') gecreëerd worden. Daarvoor is een toestemmingsprocedure via een Central Manpower Committee voorzien.

Het totaal aantal ziekenhuisbedden is gedaald van 9.1 per 1000 inwoners in 1971 tot 7.7 per 1000 in 1980. Voor de bedden in algemene

ziekenhuizen ('acute bedden') is de daling van 4.0 per 1000 tot 3.5 per 1000.

Tegelijk met de daling van het aantal bedden heeft er wel een toename van het ziekenhuispersoneel plaatsgevonden (met ongeveer eenderde), resulterend in een snellere doorstroming van patiënten (Metcalf, 1984).



## 7. SLOTBESCHOUWING

Het is opvallend dat in alle drie de landen die we in dit rapport bekeken hebben, rond het begin van de jaren zeventig meer of minder ingrijpende veranderingen hebben plaatsgevonden in de wetgeving en de structuur van de gezondheidszorg. In Finland was de verandering het meest ingrijpend; er kwam in 1972 een gemeentelijke gezondheidswet die het zwaartepunt van de gezondheidszorg bij een breed gedefinieerde eerste lijn legde en die planning, financiering en beheer regionaliseerde en decentraliseerde. In Engeland had de belangrijkste verandering die de gezondheidszorg daar een unieke positie in West Europa gaf, al vlak na de Tweede Wereldoorlog plaatsgevonden, maar in 1974 vond een grondige herstructurering van de National Health Service plaats, waardoor planning en beheer van eerste en tweede lijn op één niveau kwamen, de District Health Authority. In Denemarken, tenslotte, werd door een serie opeenvolgende wetten in de jaren 1969 tot 1973 de gezondheidszorg planmatiger opgezet en het verzekeringsstelsel hervormd.

Ook in Nederland gebeurde het een en ander in deze periode. De Wet Ziekenhuisvoorzieningen kwam in 1971 tot stand. In 1974 verscheen de Structuurnota Gezondheidszorg, het uitgangspunt. Daarin werd wetgeving aangekondigd op het gebied van planning, financiering en het verzekeringsstelsel. Rond het verschijnen van de Nota 2000 in 1986 is de periode van 1974-1985 tot de 'structuurperiode' bestempeld. Het beleid zou zich na 1985 minder moeten gaan richten op gezondheidszorg en meer op gezondheid. Beïnvloeding van de gezondheid krijgt prioriteit en gezondheidszorg is slechts een van de wegen om gezondheid te bevorderen. Als rechtvaardiging van deze ommekeer in het beleid (dat overigens geen typisch Nederlands verschijnsel is - uiteindelijk heet het WHO-actieprogramma health for all en niet health care for all - getuige een met de Nota 2000 vergelijkbare nota van het Bundesministerium voor gezondheid, vrouwen en het gezin) is aangevoerd dat het structuurbeleid geen succes heeft gehad (Dekker, 1986 en het commentaar daarop door Van der Zee, 1986).

In ons eerste rapport is het overheidsbeleid met betrekking tot de eerste lijn sinds 1974 bekeken. De conclusie van deze analyse was wat genuanceerder (en moet ook genuanceerd zijn omdat het belangrijke gebied van de intramurale zorg buiten beschouwing gebleven was); op sommige gebieden is er nauwelijks iets terecht gekomen van het beleid - bijvoorbeeld op het gebied van decentralisatie en regionalisering -

maar op andere gebieden is het beeld positiever - bijvoorbeeld de versterking van de eerste lijn.

Daarnaast is er door Van der Zee op gewezen dat er wellicht niet zozeer sprake is van een falen van het structuurbeleid als wel van een falen van het omzetten van structuurbeleidsvoornemens in structuurbeleid. Wij durven ons niet te wagen aan een beantwoording van de vraag hoe het nu komt dat rond dezelfde tijd in de door ons beschreven buitenlandse wel meer of minder ingrijpende herstructurering van de gezondheidszorg heeft plaatsgevonden, met andere woorden: beleidsvoornemens wel omgezet zijn in beleid, maar in Nederland niet. Dekker (1986) noemt als mogelijke reden waarom in Nederland deze omzetting niet succesvol is, dat de beleidsvoornemens weliswaar gemaakt worden door de overheid, maar dat het feitelijk beleid in belangrijke mate in de parastatale advies- en uitvoeringsorganen gemaakt wordt. Daarnaast noemt hij interne tegenstellingen binnen het departement als mogelijke oorzaak. In het kader van de vergelijking van Nederland met de drie andere in dit rapport beschreven landen zou daar nog aan toegevoegd kunnen worden het feit dat in Nederland de rol van het particulier initiatief bij de uitvoering van de gezondheidszorg groter is dan in de drie andere landen.

We moeten bij het trekken van conclusies uit internationaal vergelijkend onderzoek altijd voorzichtig zijn. Niet alleen zal de politieke besluitvormingscultuur van land tot land verschillen, maar allerhande andere randvoorwaarden ook. Een voorbeeld daarvan is dat de reorganisatie van de Finse gezondheidszorg vooral buiten de grote steden in het zuiden van het land doorgevoerd is. In de gebieden waar een weinig ontwikkelde gezondheidszorg aanwezig was en minder rekening gehouden hoefde te worden met het bestaande patroon van voorzieningen kon de hervorming doorgevoerd worden.

De functie van vergelijkend onderzoek zoals hier beschreven, is dan ook eerder er op te wijzen dat 'het ook anders kan', dan dat er concrete recepten voor een herstructurering van de Nederlandse gezondheidszorg uit af te leiden zouden zijn.

Bij de verdere beschouwing over wat we nu kunnen leren uit de voorbeelden van de Finse, Engelse en Deense gezondheidszorg, zullen we de drie onderwerpen: decentralisatie en regionalisering, echelonnering en versterking van de eerste lijn als leidraad nemen.

### **Decentralisatie en regionalisering**

Regionalisering is gericht op het tot stand brengen van een indeling in gebieden waarbinnen een overzichtelijk en samenhangend stelsel van

gezondheidszorgvoorzieningen functioneert. Decentralisatie verwijst naar het verleggen van de verantwoordelijkheid voor planning, beheer en voor een deel ook financiering van de gezondheidszorg naar lagere overheden. Beide zijn van belang voor het tot stand brengen van een beheersbare gezondheidszorg. We kunnen daarbij verwijzen naar de visie van de Canadese econoom Evans, geciteerd in hoofdstuk 3, die samengevat kan worden als 'single source funding at an appropriate level of government'. Geparafraseerd luidt deze opvatting dat een voorwaarde voor kostenbeheersing in de gezondheidszorg is dat planning en financiering van de gezondheidszorg in één hand zijn en uitgevoerd worden op een bestuurlijk niveau dat voldoende draagvlak heeft voor de planning en financiering van deze voorzieningen.

In Nederland is van de planning en decentralisatie van de gezondheidszorg, zoals die voorgesteld was in de Structuurnota Gezondheidszorg, niet veel gerealiseerd, althans voor zover het de eerste lijn betreft; in de intramurale sector heeft door de Wet Ziekenhuisvoorzieningen wel een proces van regionalisatie en decentralisering plaats gevonden. Het is niet waarschijnlijk dat de daarvoor ontworpen wetgeving ooit integraal ingevoerd wordt; en zonder wetgeving zullen regionalisering en decentralisatie niet tot stand komen. Bij de in dit rapport beschreven gezondheidszorgsystemen kunnen we niet terecht voor een eenvoudig recept van decentralisatie en regionalisering. Het gezondheidszorgsysteem van Denemarken is vanuit het thema decentralisatie en regionalisering gezien weinig interessant voor Nederland. Zoals aangegeven is in paragraaf 5.2, is de sturing en planning van de Deense gezondheidszorg opgesplitst op alle niveaus. Het (tot voort kort) ontbreken van een Ministerie van Volksgezondheid is daarvan een symptoom (maar ook niet meer dan dat; de aanwezigheid van een dergelijk Ministerie zorgt niet automatisch voor integratie van planning en sturing - vergelijk de argumenten die wijlen prof. Muntendam placht aan te dragen tegen de loskoppeling van volksgezondheid van het Ministerie van Sociale Zaken).

Beide andere landen hebben een gedecentraliseerd en geregionaliseerd gezondheidszorgsysteem.

Over de regionalisering en decentralisatie in de Engelse gezondheidszorg is relatief veel geschreven, zowel in het Nederlands als in het Engels. We zijn daarom bij de beschrijving van de Engelse gezondheidszorg niet uitgebreid op deze aspecten ingegaan. Bij de beschrijving van de Finse ervaring met regionalisering en decentralisatie worden we beperkt door de geringe beschikbaarheid van toegankelijke bronnen. De beschikbare bronnen zijn niet specifiek genoeg om een gedetailleerde vergelijking te maken van het planningssysteem van de

Finse eerstelijnszorg en van het planningssysteem zoals dat in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg voorgesteld is voor Nederland. Een dergelijke gedetailleerde vergelijking zou op zich overigens wel de moeite waard zijn.

Bij decentralisatie in de Nederlandse situatie is altijd een probleem dat niet alleen bevoegdheden gedecentraliseerd moeten worden, maar ook het geld om de bevoegdheden uit te voeren. Gemeentelijke belastingopbrengsten zijn in Nederland zeer gering (niet veel meer dan de onroerend goed belasting). In veel andere landen, waaronder de drie landen die in dit rapport besproken zijn, zijn de belastingrechten van gemeenten of een daarmee vergelijkbare bestuurslaag veel hoger. In Finland dragen de gemeenten tussen de dertig en de zeventig procent van de kosten van de eerstelijnsgezondheidszorg zelf.

### **Echelonnering**

De bestudeerde landen hebben met ons land gemeen dat er een duidelijke scheidslijn is tussen de voor iedereen toegankelijke eerstelijnszorg en de specialistische en intramurale zorg. Dat is een van de criteria geweest waarop ze gekozen zijn. In de slotbeschouwing van het eerste rapport hebben wij erop gewezen dat dit een belangrijke verworvenheid is van de Nederlandse gezondheidszorg en dat handhaving van dit systeem vereist dat de hulpverleners in de eerste lijn voldoende op hun taken toegerust zijn. De voorgenomen verlenging van de opleiding tot huisarts tot twee jaar in Nederland is een belangrijke stap. Vergeleken met de situatie in de in dit rapport beschreven landen is de verlenging tot twee jaar nog aan de korte kant. Engeland en Denemarken hebben een driejarige beroepsopleiding, die evenals in Nederland voorwaarde is om zich als huisarts te kunnen vestigen; in Finland is de opleiding tot huisarts een specialistische opleiding van zes jaar, die evenwel geen voorwaarde is om als huisarts in een gezondheidscentrum te mogen werken.

De definitie van het eerste echelon of de primaire gezondheidszorg is in alle drie de bestudeerde landen breder dan in Nederland. In tegenstelling tot de situatie in Nederland wordt de basisgezondheidszorg (collectieve preventie, gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, bedrijfsgezondheidszorg) niet als een apart subsysteem beschouwd, maar als een onderdeel van de eerste lijn. Dit betekent niet dat er in de bestudeerde landen een hechte horizontale integratie is van collectieve preventie en individuele preventie en curatie/verpleging/verzorging. In Denemarken en Engeland is er zowel op het niveau van de uitvoering als op dat van planning en/of financiering in meer of mindere mate sprake van gescheiden circuits. Integratie is ook maar

beperkt mogelijk omdat collectieve preventie en individuele preventie/curatie/verpleging/verzorging nu eenmaal hun eigen eisen stellen en een eigen aanpak vereisen. Voor een enkele functie is er in Nederland, ondanks de strakke echelonnering, een integratie: de wijkverpleging richt zich zowel op collectieve preventie (vooral in de zorg voor zuigelingen en kleuters) als op individuele preventie en verpleging (met een nadruk op bejaarden). Voor andere functies, zoals de organisatorische coördinatie van de eerste lijn (verg. de nota's Zorgverlening en Structuur van de eerste lijn van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid), zou integratie met de basisgezondheidsdiensten (niet geheel identiek met basisgezondheidszorg) één van de mogelijkheden zijn.

Wat betreft de afbakening van eerste en tweede echelon wijkt Nederland niet af van het Deense systeem van gezondheidszorg, maar wel van Engeland en Finland. In Engeland is er een zekere mate van integratie van eerste en tweede lijn doordat huisartsen gebruik maken van de mogelijkheden om een specialist thuis aan het bed van de patiënt te consulteren, door de aanstelling die sommige huisartsen hebben in een ziekenhuis en door de zogenaamde 'general practitioner hospitals', waarmee ongeveer een kwart van de huisartsen te maken heeft. Op het niveau van de District Health Authorities spelen de huisartsen een rol bij de planning en besturing van de gezondheidszorg, dus ook van de tweede lijn. In Finland is de scheiding tussen eerste en tweede lijn verlegd en beschikt de eerste lijn over eenheden met bedden. Als we nadenken over de waarde van een dergelijke 'verschuiving' van de lijn tussen eerste en tweede echelon voor de Nederlandse situatie, dan moeten we met een paar randvoorwaarden rekening houden. De general practitioner hospitals in Engeland en de beddeneenheden in de Finse gezondheidscentra zijn deels een antwoord op problemen van toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg in dunner bevolkte delen van die landen. Daarnaast zou een belangrijk verschil tussen Nederland en deze landen kunnen zijn dat Nederland beschikt over speciale verpleeghuizen die gericht zijn op de verpleging en revalidatie van vooral bejaarde patiënten. Het blijkt dat de beddeneenheden in de Finse gezondheidscentra in belangrijke mate deze functie vervullen, vooral voor de somatische zieke bejaarde patiënten; psychogeriatrische patiënten worden nog voor een belangrijk deel in de psychiatrische ziekehuizen verpleegd. Tevens blijkt dat naarmate er meer andere voorzieningen voor acute zieken (algemene ziekenhuizen) zijn, de nadruk meer op de verpleeghuisfunctie komt te liggen. Met uitzondering van de Waddeneilanden (maar daar zijn dan ook eigen oplossingen voor het probleem gevonden) is de toegankelijkheid en bereikbaarheid van

ziekenhuisvoorzieningen in ons land nergens een zodanig probleem dat het de stichting van speciale ziekenhuizen of beddeneenheden rechtvaardigt. In de Nota 2000 worden modellen voor de zorg op wijkniveau voorgesteld waarin verpleegeenheden ook een plaats hebben. De bedden in deze eenheden zijn bedoeld als noodvoorzieningen wanneer thuisverpleging (tijdelijk) niet mogelijk is. Onze vrees is dat er weinig doorstroming in deze verpleegeenheden zal zijn en dat de nieuw gecreëerde capaciteit al snel min of meer permanent een verpleeghuisfunctie zal hebben. Gezien het feit dat ons land over een relatief goede infra-structuur beschikt wat betreft de verpleeghuizen (zij het dat de bestaande capaciteit mogelijk aangepast moet worden aan een stijgende vraag), veelal met faciliteiten voor dagbehandeling, is het de vraag of het creëren van een nieuwe voorziening in de eerste lijn wel nodig is. Experimenten op het gebied van de samenwerking tussen eerste lijn en verpleeghuis zullen de komende jaren uitsluitend moeten geven over de haalbaarheid daarvan (in het derde deel van deze serie rapporten zal een initiatief op dit gebied beschreven worden).

### **Versterking van de eerste lijn**

Bij de bespreking van het thema versterking van de eerste lijn hebben we - vooral bij Denemarken - de nadruk gelegd op de wijze van honorering van huisartsen. De drie besproken landen en Nederland hebben elk een ander systeem van honorering van de huisarts. Op zich is het ene systeem niet beter dan het andere; het is vooral de combinatie met de wijze waarop de tweedelijns hulpverleners betaald worden, die het Nederlandse systeem weleens de kwalificatie 'absurd' opgeleverd heeft.

In alle drie de door ons onderzochte buitenlandse voorbeelden zijn de tweedelijns hulpverleners in gesalarieerde dienst. Dit betekent dat zij geen rechtstreeks belang hebben bij een groter aantal verwijzingen vanuit de eerste lijn.

De gehanteerde honoreringssystemen voor huisartsen zijn:

- a) Salaris. Dit is de situatie in Finland. Er is geen rechtstreekse relatie tussen inkomen en praktijkvoering. Dit is wel als een positief punt voor deze wijze van betalen van huisartsen aangevoerd (Jaspers e.a., 1980); het betekent ook dat de mogelijkheid tot sturing van het gedrag van huisartsen gering is in een salarissysteem. Een ander positief punt is dat door salariëring van huisartsen de arbeidsrechtelijke positie van huisartsen en enkele andere belangrijke groepen hulpverleners in de eerste lijn (vooral de wijkverpleegkundigen) gelijk getrokken wordt, hetgeen de horizontale integratie van de eerste lijn ten goede zou komen. Enige

ondersteuning voor deze hypothese is te vinden in een onderzoek naar het werkoverleg van huisartsen in gezondheidscentra (Boerma, 1987). In dit onderzoek is de hoeveelheid werkoverleg vergeleken voor huisartsen die in dienstverband werken, en huisartsen die als vrij beroepsbeoefenaar werken in een gezondheidscentrum. Gesalarieerde huisartsen blijken over het geheel genomen meer werkoverleg te voeren; bij uitsplitsing naar het doel van het overleg blijkt dat, ofschoon gesalarieerde huisartsen ook meer tijd besteden aan inhoudelijk patiëntenoverleg, het verschil het grootst is bij overleg over organisatorische zaken. Dit laatste is wellicht eerder een indicatie voor grotere bureaucrativering dan voor verbeterde horizontale integratie.

b) Gedifferentieerd abonentshonorarium. Dit is het systeem dat in Engeland gehanteerd wordt. De belangrijkste verschillen met het in Nederland gehanteerde abonentssysteem zijn:

- de hoogte van het abonentshonorarium is afhankelijk van de bewerkelijkheid van de patiënten (i.c. de leeftijd)
- een deel van de praktijkkosten wordt op basis van werkelijk gemaakte kosten vergoed
- er zijn speciale toelagen voor vestiging in bepaalde gebieden of bepaalde praktijkvormen en persoonlijke toelagen voor opleiding en ervaring van de huisarts.

Er is in dit systeem een duidelijker verband tussen inkomen en praktijkvoering dan bij een salarissysteem het geval is. De honorering kan in dit systeem als sturing gebruikt worden van het gedrag van artsen. Door Heesters (1983) zijn berekeningen gemaakt van praktijkkosten en honoraria, indien een dergelijk systeem in de Nederlandse situatie toegepast zou worden. In de discussies over een wijziging van het honoreringssysteem van huisartsen in Nederland gaat het over het algemeen over de keus tussen een dergelijk gedifferentieerd abonentssysteem - waarbij overigens de argumentatie veelal ontleend wordt aan het eerste gedachtestreepje (differentiatie naar bewerkelijkheid van de patiënten) en niet aan de andere twee waarin het sturend element veel duidelijker is - en een gemengd systeem van verichtingen en abonnement.

c) Gemengd systeem van vergoeding per verrichting en een abonentbedrag. Dit is het systeem dat in Denemarken gehanteerd wordt. De sturende werking van een dergelijk systeem is nog wat groter, doordat de te vergoeden verrichtingen of groepen verrichtingen zodanig gekozen kunnen worden dat gewenste ontwikkelingen gestimuleerd worden, zoals het door de huisarts verrichten van kleine ingrepen waarvoor anders naar een specialist verwezen wordt. De Com-

missie Structuur en Financiering Gezondheidszorg heeft zich voor een dergelijk systeem uitgesproken. Deze commissie heeft tegelijkertijd aanbevolen om de honorering van medisch-specialisten aan te passen, op korte termijn door het abonnementselement in de specialistenhonorering te versterken en op langere termijn door de kosten van medisch-specialistische verrichtingen onder het ziekenhuis-budget te brengen.

Dat het ongedifferentieerde abonnementsstelsel dat in ons land gehanteerd wordt voor de honorering van huisartsen, zijn langste tijd gehad heeft, wordt nauwelijks meer betwist. Zelfs de vraag hoe het nieuwe systeem eruit moet zien, lijkt - gezien de stellingname van de Commissie Structuur en Financiering - beslist te zijn. Toch dient ons inziens serieuze aandacht besteed te worden aan een gedifferentieerd abonnementsstelsel zoals het Engelse. Als de stelling juist is dat een beheersing van de omvang van de tweedelijnsgezondheidszorg een belangrijker factor is in de kostenbeheersing van de gezondheidszorg dan de wijze waarop de eerste lijn gestructureerd is, dan zou bij onderbrenging van de specialistische verrichtingen in het ziekenhuis-budget en de aangekondigde beddenreducties de beoogde verschuiving naar de eerste lijn misschien ook bereikt kunnen worden met een honoreringssysteem dat minder administratieve kosten met zich meebrengt dan een gedeeltelijk verrichtingensysteem. Het voordeel van het Engelse systeem is dat het doorzichtig is en administratief betrekkelijk eenvoudig is; een gedeeltelijk verrichtingensysteem brengt altijd het administratieve werk van afhandeling en controle van declaraties met zich mee.

Bij de discussies over de honorering van huisartsen is tot nu toe weinig aandacht besteed aan de consequenties voor de eerste lijn als team. Veranderingen in de taakuitoefening van huisartsen kunnen immers consequenties hebben op bijvoorbeeld de werkzaamheden die van de wijkverpleging verwacht worden.



## LITERATUUR

- ALMIND, G., B.E. HOLSTEIN & B. SKOVGAARD LARSEN. Udskrivning af gamle fra sygehns: samarbejde mellem sygehus, almen praksis og hjemmepleje. Ugeskrift for Læger, 146 (1984) 1309-1312
- BARNEVELD BINKHUYSEN, F.H., C.B.A.J. PUIJLAERT, P.F.G.M. VAN WAES & M.A.M. FELDBERG. Computertomografie, overheidsbeleid en behoeftebepaling uit het oogpunt van de patiëntenzorg. Medisch Contact, 42 (1987) 1173-1177
- BENNET, A.E. & W. HOLLAND. Rational planning or muddling through; resource allocation in the NHS. Lancet, 1 (1977) 464-466
- BENTZEN, N. Gezondheidszorg in Denemarken. Medisch Contact 38, 1983, no.52, p.1633-1636
- BENTZEN, N., T. CHRISTIANSEN & K. MØLLER PEDERSEN. Skadebehandling uden for normal dagarbejdstid. ugeskrift for Læger, 146 (289-295; 763-768
- BOERMA, W.G.W. Werkoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: NIVEL, 1987
- BOND, J., A.M. CARLIDGE, B.A. GREGSON, e.a. Inteprofessional collaboration in primary health care. Journal of the Royal College of General Practitioners, 37 (1987) 158-161
- COCHRANE, A.L., A.S.St. LAGER & F. MOORE. Health service 'input' and mortality 'output' in developed countries. Journal of Epidemiology and Community Health, 32 (1978) 200-205
- COMMUNITY NURSING REVIEW TEAM. Neighbourhood nursing: a focus for care. London: HSMO, 1986
- DEKKER, E. Achtergronden van de Nota 2000 en de rol van de sociale wetenschappen. Gezondheid & Samenleving; 7, 1986, no.4, p.180-186
- DENNELL, K. & J. DOBBS. Nurses working in the community London: HSMO, 1982
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY. Sharing resources for health in England; report of the Resource Allocating Working Party. London, HSMO, 1976
- EVANS, R.G. Strained mercy: the economics of Canadian health care. Toronto: Butterworth & Co, 1984, p.390
- EVANS, R.G. The grass on our side is actually quite green... health care funding in Canada. Gezondheid & Samenleving; 6 (1985) 3, p.245-255
- FORSTER, D.P. Mortality, morbidity and resource allocation. Lancet, 1 (1977) 997-998

- FRY, J. Group practice and health centres. Update, (1983) 1443-1445
- FRY, J., D. BROOKS & I. McCOLL. NHS data book. Lancaster: MTP Press, 1984
- GREENFIELD, S., B. STILWELL & M. DRURY. Practice nurses: social and occupational characteristics. Journal of the Royal College of General Practitioners, 37 (1987) 341-346
- GROENEWEGEN, P.P. Vestigingsregulering in Denemarken; een voorbeeld om na te volgen? In: P.P. Groenewegen (red.), Vestigingsbeleid voor huisartsen. Utrecht: NHI, 1981
- HEESTERS, J.P. De honorering van de Nederlandse huisarts als vrijberoepsbeoefenaar en de relatie met de goodwill-problematiek. Proefschrift, Tilburg, 1983
- HILL, T.P. Real gross product in OELD Countries and associated purchasing positions. OECD working paper no. 17, Paris, OECD, 1984
- HINGSTMAN, L. & H. BOON. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg 1986. Utrecht: NIVEL, 1986
- JASPERS, F., J. HAMEL & G. SCHRIJVERS. Artsen in dienstverband. Deventer: Kluwer, 1980
- JONES, R. General practitioner beds in Finland-lessons for the UK? Journal of the Royal College of General Practitioners, 37 (1987) 28-30
- JONES, R. General practitioners and hospitals. Journal of the Royal College of General Practitioners, 36 (1986) 346-347
- KEKKI, P. General practice in Finland. Journal of the Royal College of General Practitioner; 26, 1976, p.853-859
- KEKKI, P. Towards 2000, Finland. Family Practice, 3 (1986) 70-71
- KRASNIK, A., L. LANSØ & J. ØLGOD. Perspektiver for den primaere sundhedstjeneste i Danmark. Ugeskrift for Laeger, 144 (1982) 2882-2887
- KRIST, M. Gezondheidszorg in Finland. medisch Contact 38 (1983) 51, p.1693-1607
- KROGSGAARD, M.R., J. MYHRE, B. SCHJOLDAGER & P. JENSEN. Skadestuebelastning og indlaeggelses-mønster under PLO-konflikten i efteråret 1984. Ugeskrift for Laeger, 147 (1985) 4025-4030
- LONDON HEALTH PLANNING CONSORTIUM. Primary health care in inner London. Londen, 1981
- MACKENBACH, J.P. & W.A. KOCH. Gebruik van sterftecijfers bij de vaststelling van regionale financiële platfonds. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde, 60 (1982) 490-497
- METCALFE, D.H. Health Services in the United Kingdom: trends in provision and utilization 1971-1980. Family Practice, 1 (1984) 140-146

- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIËNE. Structuurnota gezondheidszorg. 's-Gravenhage: Staatsuitverij, 1974
- MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH. Social Policy in Finland. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, 1984
- NATIONALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Nota's Zorgverlening en Structuur van de eerste lijn. Zoetermeer: NRV, 1987
- NEWHOUSE, J.P. Medical care expenditure: a cross national survey. Journal of Human Resources, 12, 1977, 115-125
- NORDIC STATISTICAL SECRETARIAT. Yearbook of Nordic Statistics 1985. Stockholm: Nordic Council, 1986
- OECD, Measuring health care 1960-83, Paris, Organization for Economic Cooperation and Development, 1985
- PARKIN, D., A. MCGUIRE, B. YULE. Aggregate health care expenditures and national income. Journal of Health Economics, 6, 1987, 109-127
- PARTRIDGE, C.J. Community physiotherapy and direct access to physiotherapy services by general practitioners within the National Health Service. London: King's College, 1984
- PRAKTISERENDE LAEGER. Praktisoplysningen per 31 XII 19.. Ugeskrift for Laeger (jaarlijks overzicht)
- RAFFEL, M.W. Comparative health systems; descriptive analyses of fourteen nationaal health system). Pen Sylvania State University Press, 1984
- REDEGØRELSE VERDRØRENDE KONTAKT - og ydelsesstatistik for alment praktiserende laeger under K benhavnsoverenskomsten for perioden uge 16 i 1983 til uge 15 i 1984. Københavns Praktiserende Laeger og Københavns Kommunes Sundhedsdirektorat, 1985
- SCHENJON, S.A. De organisatie van de Deense gezondheidszorg. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 61 (1983) 8, p.266-270
- SCHRIJVERS, G. & C. WILLEMSE. Het verpleeghuis hoort bij de eerstelijnszorg. Het Ziekenhuis 15 (1985) 87-93
- SCHRIJVERS, G. Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg. Lochem: De Tijdstroom, 1980
- SCHUT, F.T., Health Maintenance Organization. Lochem-Gent, Uitgeverij de Tijdstroom, 1986
- STAHLBERG, K. Cutting oneself on too sharp an administrative knife: problems of implementation in Finnish health care planning. Scandinavian Political Studies, 4 (1981) 151-171
- STAHLBERG, K. Local complexity and central bureau-cracy in Finnish health care planning. Journal of Health Politics, Policy and Law, 8 (1983) 444-462

- VERSLUYS, L. Beleidsontwikkelingen inzake eerstelijnsgezondheidszorg: Italië. Brussel: Diensten van de eerste minister, programmatie van het wetenschapsbeleid, 1981
- VUORI, H., S. LEVINE (eds). Proceedings of the conference of primary health care in the industrialized countries. Copenhagen: WHO, 1983
- WIJKEL, D. Norwegian and Finnish community health centres; verslag van een studiereis. Utrecht: NIVEL, 1986
- WOLTERS, O.D. & M. STELLFELD. Skadestuehenvendelser i en periode med patientbetaling for laegeydelser i almen praksis. Ugeskrift for laeger, 148 (1986) 975-978
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Services in Europe, Vol. 2: Country reviews and statistics. Copenhagen: WHO, 1981
- ZEE, J. VAN DER. De vraag naar diensten van de huisarts. proefschrift. Utrecht: NHI, 1982
- ZEE, J. VAN DER. Het falen van het structuurbeleid in de gezondheidszorg. In: F. Schrameijer e.a. (red.) De Nota 2000 ter discussie. Alphen aan de Rijn: Samsom Stafleu, 1987, p.22-32
- ZEE, J. VAN DER. Wat verdient de huisarts in het buitenland? I. Het Verenigd Koninkrijk. Praktijkmanagement, 1985
- ZEE, J. VAN DER. Wat verdient de huisarts in het buitenland? IV. Denemarken (buiten Kopenhagen); V. Denemarken (Kopenhagen) Praktijkmanagement, 1 (1985)
- ZEE, J. VAN DER. Wat verdient de huisarts? Italië. Praktijkmanagement, 1986