

Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg

Citation for published version (APA):

Schrijvers, G. (1980). *Regionalisatie en financiering van de Engelse, Zweedse en Nederlandse gezondheidszorg*. De Tijdstroom. <https://doi.org/10.26481/dis.19800321gs>

Document status and date:

Published: 01/01/1980

DOI:

[10.26481/dis.19800321gs](https://doi.org/10.26481/dis.19800321gs)

Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

www.umlib.nl/taverne-license

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

repository@maastrichtuniversity.nl

providing details and we will investigate your claim.

SAMENVATTING

Dit onderzoek is gericht op de financieringsaspecten van de regionalisatie van de Nederlandse gezondheidszorg. Getracht wordt in deze studie een antwoord te geven op de volgende vraagstelling:

“Aan welke voorwaarden moet een financieringsstelsel van de Nederlandse gezondheidszorg voldoen, dat gebaseerd is op de volgende uitgangspunten:

- een regionalisatie van de formele organisatiestructuur van de gezondheidszorg,
- het leveren van positieve bijdragen aan het bereiken van thans geldende doelstellingen van het nationale beleid ten aanzien van de gezondheidszorg,
- de mogelijkheid op middellange termijn te worden verwezenlijkt vanuit het thans bestaande financieringsstelsel”.

Gekozen is voor een inductieve onderzoeksmethode, waarbij na een inventarisatie de Nederlandse gezondheidszorg vergeleken wordt met die van Engeland en Zweden, twee landen met tegenwoordig regionale structuren voor de gezondheidszorg. Van de drie landen worden achtereenvolgens geïnventariseerd en vergeleken de omgeving, de organisatiestructuur, de formele besluitvormingsstructuur en de doelstellingen. Het financieringsstelsel komt aan de orde als onderdeel van de formele besluitvormingsstructuur. De beschrijving van de doelstellingen richt zich op thans in Nederland geldende doelstellingen van het nationale gezondheidszorgbeleid.

Onderscheiden worden vijf doelstellingen te weten:

1. het handhaven van het niveau en de kwaliteit
2. het afremmen van de groei van de totale kosten
3. het bereiken van een evenwichtige geografische spreiding
4. het verbeteren van de integratie
5. het vergroten van de betrokkenheid van patiënten en zorgverleners

Op basis van het vergelijken van de drie landen worden de uitgangspunten geformuleerd in de probleemstelling uitgewerkt en de voorwaarden van het financieringsstelsel geformuleerd.

Gegevens over de drie landen werden verkregen door de raadpleging van literatuur, statistieken en andere schriftelijke stukken, door het houden van interviews met betrokkenen bij de besluitvorming, alsmede door observatie van de besluitvorming in de verschillende landen. Getracht is ervaringen van verschillende regio's in Engeland en Zweden in het onderzoek te betrekken (zie grafieken 1.3.2.1. en 1.3.2.2.). Een concept van het zesde hoofdstuk werd voorgelegd aan achttien bij het onderwerp betrokken personen in Nederland.

Op basis van het vergelijken van de verkregen gegevens over de drie landen en op basis van de uitgangspunten in de probleemstelling worden de volgende voorwaarden voor een financieringsstelsel van een geregionaliseerde Nederlandse gezondheidszorg genoemd (par. 6.5.).

- a. Het aangeven van het maximum van de kosten van de infrastructuur van een vrije beroepsbeoefenaar in de extramurale gezondheidszorg, dat in de tarieven mag worden doorberekend.
- b. Het vervangen van vergoedingen uit het specialistenhonorarium voor de kosten van de infrastructuur van een medisch specialist in een instelling door een financiering uit de inkomsten van de instelling.
- c. Het hanteren van een taakstellend of gesloten budget voor de infrastructuur van een instelling en een open budget voor de middelen.

- d. Het koppelen van de jaarlijkse begroting van instellingen aan regionale operationele en strategische plannen.
- e. Het invoeren van een stelsel van gedifferentieerd begroten door de instelling, waarbij de kosten van wijzigingen in activiteitenpakket, personeelsbezetting, apparatuur en huisvesting duidelijk naar voren komen.
- f. Het opstellen van regionale adviezen over de wijzigingen sub e. aan de nationale instantie, die de tarieven van instellingen vaststelt.
- g. Het vervangen van de subsidies van het rijk aan instellingen door rijksbijdragen aan regionale besturen en regionale subsidies aan deze instellingen.
- h. Het hanteren van een financieel bouwplafond voor investeringen per regio en per categorie instelling.
- i. Het aangeven door het rijk van de gewenste financiële groei van de infrastructuur per regio en per zorgsoort.

Een financieringsstelsel gebaseerd op deze voorwaarden zal op grond van de bevindingen in Engeland en Zweden naar verwachting bijdragen kunnen leveren aan de verschillende hierboven genoemde doelstellingen (par. 6.6.).

In een nabeschuiving (hoofdstuk 7) wordt ingegaan op een aantal mogelijkheden om een dergelijk financieringsstelsel te ontwikkelen. Ook wordt dan ingehaakt op lopende discussies over het financieringsstelsel van de Nederlandse gezondheidszorg.

SUMMARY

This study examines the economic/financial aspects and the regional organisation of the Dutch health care system in an attempt to answer the following question:

“What conditions must be fulfilled if the financing system of Dutch health care is to make a positive contribution to the attainment of the current objectives of national policy on health care, given that the formal organisational structure is regionally based and that any proposals made are feasible in the medium term?”

Having decided on an inductive method of research, the Dutch health care system is described in detail and compared with those of England and Sweden both of which have regionally based health care structures. For the three countries comparisons were made of first, the social-political environments; secondly, the organisational structures; thirdly, the formal decision-making structures; and finally, the objectives of the different health care systems. The financing arrangements are discussed as part of the formal decision-making structures.

In the discussion of objectives, those objectives currently obtaining in the national policy on health care in the Netherlands are considered.

Five of these have been identified, viz.

1. maintaining the standards and quality of health care;
2. reducing the rate of growth of total expenditure;
3. achieving an equitable distribution of resources geographically;
4. improving the integration of services; and
5. increasing the involvement of patients and staff.

From a comparison of the three countries the issues raised by the basic questions posed above are elaborated and the conditions of the financing system formulated.

Data for the three countries were obtained through recourse to the relevant literature and to various official/published statistics; by conducting interviews with various people actually involved in health care decision-making; and through observation of the decision-making processes in the three countries. The experiences of decision-making in various regions studied in England and Sweden were incorporated in the study (see graphs 1.3.2.1. and 1.3.2.2.). A draft of the sixth chapter was submitted for comment to eighteen individuals involved in decision-making in health care in the Netherlands.

On the basis of a comparison of the data obtained for the three countries and of the issues under investigation, the following conditions for a financing system for a regionally sub-divided health care service in the Netherlands were determined (section 6.5.):

- a. in the scale of professional fees in the community/primary care services, the specification of a maximum additional amount to cover overheads such as the cost of ancillary staff;
- b. within hospitals that part of the fee to cover a medical specialist's overheads should be obtained from the revenues of the hospital;
- c. institutes should operate with a fixed budget for administrative and other overheads but an open-ended budget for expenditure on actual services;
- d. the budget of individual institutes should be linked with operational and strategic plans at the regional level;
- e. institutes should introduce a system of budgeting which clearly demonstrates the

costs of new activities in terms of different sets of activities, staffing, equipment and accommodation;

- f. the presentation of regional reports on the new activities under e. to the national authority who is then responsible for fixing the scale of charges for the institutes;
- g. replacing government grants direct to institutes by a system whereby the government contributes to regional authorities who in turn make grants to the institutes in their region;
- h. fixing upper limits to investment in buildings both regionally and by category of institutes; and
- i. the specification by the government of the desirable growth in expenditure for each region and for different services.

In the light of the experiences in health care in England and Sweden, a financing system based on these conditions could be expected to contribute to the objectives of the Dutch health care system listed above (section 6.6.).

In an epilogue (Chapter 7), against the background of a number of issues regarding the current financing system of Dutch health care, a number of possible ways of developing alternative financing systems are discussed.

SAMMANFATTNING

Den här undersökningen behandlar den nederländska hälso- och sjukvårdens indelning i regioner ur finansieringssynpunkt. Studien söker ge svar på följande frågeställning:

“Vilka villkor måste den nederländska hälso- och sjukvårdens finansieringsstruktur uppfylla förutsatt att den grundar sig på följande utgångspunkter:

- en indelning i regioner av hälso- och sjukvårdens formella organisationsstruktur
- att positivt bidra till att de målsättningar för hälso- och sjukvården som i dag gäller inom hälso- och sjukvårdspolitiken kan förverkligas
- möjligheten att utifrån den nuvarande finansieringsstrukturen kunna uppfylla dessa villkor inom en inte alltför lång tidsperiod.”

Valet föll på en induktiv undersökningsmetod, sålunda jämföres efter en inventering den nederländska hälso- och sjukvården med hälso- och sjukvården i England och Sverige, två länder där hälso- och sjukvården för närvarande är regionalt strukturerad. I dessa tre länder görs en inventering samt en jämförelse av i nämnd ordning: omgivningen, organisationsstrukturen, den formella strukturen för beslutsförfarande och målsättningarna. Finansieringsstrukturen behandlas som en del av den formella strukturen för beslutsförfarande. I beskrivningen av målsättningarna ligger tonvikten på de målsättningar för hälso- och sjukvårdspolitiken som gäller i Nederländerna i dag.

Härvid urskiljes fem målsättningar nämligen:

1. att nivån och kvaliteten bibehålles
2. att de totala kostnadernas tillväxt hämmas
3. att en jämn geografisk fördelning uppnås
4. att integrationen förbättras
5. ett ökat engagemang hos patienter och personer verksamma inom hälso- och sjukvården.

Med jämförelsen mellan de tre länderna som grund utarbetas problemställningens utgångspunkter och formuleras villkoren för finansieringsstrukturen.

Uppgifter om de tre länderna erhöles genom att konsultera litteratur, statistik och andra publikationer, genom intervjuer med personer som deltagit i beslutsförfarandet samt medelst observation av beslutsförfarandet i de olika länderna. En strävan har varit att låta erfarenheter från olika regioner i England och Sverige ingå i undersökningen (se digram 1.3.2.1. och 1.3.2.2.). Första utkastet till sjätte kapitlet förelades aderton personer i Nederländerna vilka är insatta i ämnet.

På grundval av jämförelsen av undersökningsresultaten från de tre länderna samt på grundval av de utgångspunkter som formulerats i problemställningen kan följande villkor för finansieringsstrukturen i en i regioner indelad nederländsk hälso- och sjukvård nämnas (avsnitt 6.5.).

- a. Fastställande av en maximigräns för de kostnader för utrustning som en fri yrkesutövare inom den öppna vården tillåts inberäkna i honoraret.
- b. De omkostnader för utrustning som en specialist, verksam vid en institution, har får ej inberäknas i honoraret utan skall finansieras med medel från institutionens inkomster.
- c. Tillämpning av en “stängd” budget för institutionens utrustning och en “öppen” budget för medlen.

- d. Institutionernas årsbudget måste passa inom de regionala, operationella och strategiska planerna.
- e. Införandet av en differentierad budgetering vid institutionerna varvid kostnaderna för ändringar vad beträffar verksamhetskategorier, personalstyrka, utrustning och byggnader skulle bli lättare urskiljbara.
- f. Utarbetande på regional nivå av förslag rörande ändringarna (se 3) till den statliga myndigheten vilken fastställer institutionernas taxor.
- g. Utbetalning av statsbidrag till regionala myndigheter och regionala bidrag till institutionerna skall ersätta det nuvarande systemet som innebär att statsbidragen utbetalas direkt till institutionerna.
- h. Tillämpning av en maximigräns för investeringar i byggnader per region och per institutionskategori.
- i. Riktlinjer uppställda av staten beträffande hur mycket kostnaderna för utrustning får stiga per region och per vårdkategori.

En finansieringsstruktur vilken uppfyller dessa villkor skall enligt vad undersökningsresultaten i England och Sverige utvisar kunna bidra till förverkligandet av ovan nämnda målsättningar (avsnitt 6.6).

I en efterskrift (kapitel 7) diskuteras olika sätt för utvecklandet av en dylik finansieringsstruktur. Härvid anknytes till diskussioner som för närvarande förs om den nederländska hälso- och sjukvårdens finansieringsstruktur.