

# De eerstelijnszorg in juridisch perspectief : huisartsgeneeskunde, wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk : een beschouwing over de regulering van eerstelijnszorg vanaf 1798

## Citation for published version (APA):

Oosterman-Meulenbeld, A. C. (1992). *De eerstelijnszorg in juridisch perspectief : huisartsgeneeskunde, wijkverpleging, gezinsverzorging en algemeen maatschappelijk werk : een beschouwing over de regulering van eerstelijnszorg vanaf 1798*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Gouda Quint. <https://doi.org/10.26481/dis.19920611ao>

## Document status and date:

Published: 01/01/1992

## DOI:

[10.26481/dis.19920611ao](https://doi.org/10.26481/dis.19920611ao)

## 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](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

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

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 27 Jan. 2023

## Le cadre juridique des soins de santé non hospitaliers

### La régularisation de la médecine générale, des soins à domicile, de l'aide familiale et de l'assistance sociale depuis 1798

Cette thèse en droit de santé examine le développement aux Pays Bas de la législation, des règlements internes et de la jurisprudence dans le domaine des soins de santé non hospitaliers depuis 1798. C'est cette année-là que le droit aux soins de santé est mentionné pour la première fois dans la Constitution Néerlandaise. Ce droit est un droit constitutionnel 'social'. En d'autres termes, il incombe au gouvernement de promouvoir la santé. Ce droit aux soins de santé constitue la base légale pour une santé publique de qualité, financièrement abordable et facilement accessible aussi bien en distance (possibilité d'être chez le malade dans un délai de 15 minutes) que dans le temps (accessible 24 heures sur 24).

Depuis 1974, l'un des buts principaux dans le domaine de la santé publique a été le renforcement des soins hors de l'hôpital. C'est pour cette raison que cette recherche étudie le cadre juridique des disciplines qui, selon le gouvernement, forment le noyau du secteur des soins non hospitaliers: la médecine générale, les soins à domicile, l'aide familiale et l'assistance sociale. Ces quatre disciplines sont considérées comme étant particulièrement compétentes pour permettre au malade de rester chez lui et éviter son hospitalisation, étant donné qu'ensemble elles offrent une gamme de soins complète, aussi bien sur le plan curatif que sur le plan préventif.

*Le but de cette étude est de savoir si le cadre juridique de ces quatre disciplines a, oui ou non, contribué à renforcer les soins de santé non hospitaliers.*

La première partie de l'étude (I) décrit ce que la législation peut faire ou non dans le domaine de la santé publique. Les motifs pour et contre la législation en tant qu'instrument de régularisation y sont également énumérés. En outre la législation est comparée à d'autres instruments très courants dans le secteur des soins, tels que la subvention, les règlements internes des associations professionnelles et des institutions, ainsi qu'à la jurisprudence.

La seconde partie (II) est la plus importante du livre. Le développement de la législation, des règlements internes et de la jurisprudence pour les quatre disciplines y est décrit et analysé en ce qui concerne les trois aspects suivants: la qualité, le financement et l'accessibilité des personnes et organisations prodiguant des soins de santé non hospitaliers. Le cadre juridique de ces soins est tout d'abord décrit dans sa totalité (chapitre 1) et est ensuite analysé pour chaque discipline individuellement: le généraliste (chapitre 2), l'infirmière(-assistante) prodiguant des soins

à domicile (chapitre 3), l'aide familiale (chapitre 4) et l'assistante sociale (chapitre 5).

La jurisprudence en droit disciplinaire, qui en ce moment n'existe que pour le généraliste, montre que le droit disciplinaire est indispensable pour garantir un minimum de qualité au traitement médical à domicile. Dans un proche avenir, le droit disciplinaire s'appliquera aussi aux infirmières.

Les institutions s'occupant des soins à domicile, de l'aide familiale et de l'assistance sociale disposent d'une procédure de plainte destinée aux patients, qui en font souvent usage. Ces procédures se sont avérées capables d'améliorer la qualité des soins. Elles renforcent également la position du malade. Ceci est important car les soins non hospitaliers sont pour une grande partie subventionnés. Le malade n'a que partiellement 'droit' à ces soins, qu'il pourrait obtenir devant un juge. Sur la base du Ziekenfondswet (Loi sur l'assurance-maladie) de 1964 et du WTZ (Loi réglant l'accès à l'assurance-maladie privée) de 1986, la plupart des habitants peuvent réclamer le droit à l'aide du généraliste et, depuis 1981, ils ont également droit aux soins à domicile sur la base de l'AWBZ (Loi générale sur les frais exceptionnels de maladie). Pour le reste, recevoir de l'aide est encore une faveur. Ceci est le cas pour l'aide familiale, subventionnée sur la base de l'AWBZ, les soins intensifs à domicile (24 heures sur 24), subventionnés sur la même base, et l'assistance sociale, subventionnée par les communes, qui reçoivent l'argent versé par l'État. De plus en plus d'organisations privées procurent des soins à domicile en dehors du cadre législatif. Elles ne sont pas soumises à des dispositions légales sur la qualité des soins.

Les systèmes de financement du médecin généraliste (paiement par abonnement) et du spécialiste (paiement par consultation) sont tels qu'ils dirigent les malades plutôt vers le spécialiste que vers le généraliste. Ainsi, le malade reste dans le secteur spécialisé, même s'il n'y a pas ou plus d'indication médicale. Ceci s'oppose à l'objectif de renforcer les soins hors hospitaliers.

Il apparaît de la jurisprudence que les malades tiennent à conserver leur droit de libre choix du médecin généraliste, droit stipulé dans le 'Ziekenfondswet'.

La *conclusion générale* de cette partie du livre est que le cadre juridique actuel est très diversifié. Le renforcement des soins non hospitaliers n'est pas encore soutenu par un cadre juridique consistant. Recevoir des soins est, la plupart du temps, une faveur, une partie de cette aide ne pouvant pas être obtenue devant un juge. L'assistance dépend souvent davantage de ceux qui procurent les soins que des besoins du malade. Le cadre juridique relatif à la qualité est très diversifié, dépend relaté pour une grande partie aux ressources financières et comporte des lacunes, surtout en ce qui concerne l'assistance sociale en les bureaux de soins privés. D'autre part beaucoup d'initiatives ont été prises ces dernières années dans le domaine de l'auto-régulation par des institutions en des organisations professionnelles. Cela se passe d'ailleurs plus vite chez certains (l'association des médecins généralistes/LHV et l'association des assistantes sociales/LVMW) que chez d'autres (infirmières). Par exemple l'association des assistantes sociales, la LVMW, met au point

depuis 1990 un système d'enregistrement, ainsi qu'un code déontologique et un règlement disciplinaire.

La troisième partie du livre (III) décrit le nouveau régime de législation prévu pour le financement et la qualité des soins et des traitements ainsi que son effet sur le secteur non hospitalier. Les premières lois dans ces domaines ont été adoptées par le Parlement Néerlandais fin 1991. La nouvelle législation laisse plus de liberté aux personnes et institutions prodiguant des soins (liberté d'établissement), à l'assureur (liberté d'établir un contrat avec le procureur de soins voulu, plus de variations dans les polices d'assurance). Le malade/consommateur aura la liberté de choisir l'assureur qui lui offre les conditions d'assurance les plus favorables. Il doit être accepté par l'assureur et aura également la liberté de prendre un risque financier général ou relatif à certains revendications, permettant d'obtenir une diminution de la prime d'assurance annuelle.

Les prétentions aux soins non hospitaliers seront décrites en termes de 'fonctions'. Il est prévu qu'à partir de 1993, tous les habitants des Pays-Bas disposeront d'un droit légal à la médecine générale, aux soins à domicile, à l'aide familiale et à l'aide psycho-sociale, pour autant que l'aide psycho-sociale soient octroyée dans le cadre des soins à domicile ou de l'aide familiale. Il va de soi que ceci constitue une nette amélioration par rapport à la situation actuelle. La loi (AWBZ 'nouveau style') elle-même formulera le contenu des prétentions ainsi que l'obligation pour l'assuré qu'il y a une nécessité pour lui ('indication') de recevoir de l'aide, tandis que le choix de la personne ou de l'institution prodiguant les soins et l'endroit où l'aide est donnée sera laissé à l'assureur, en fonction de la police d'assurance choisie par l'assuré.

Dans le domaine de la qualité des soins il y aura, outre la loi sur les professions individuelles de santé (Loi BIG), une loi sur la qualité des soins donnés par des institutions. Cette législation fonctionnera indépendamment du système financier et la norme la plus importante à respecter sera que les soins doivent être de bonne qualité. La législation sur la qualité donnera à l'Inspecteur de Santé la compétence nécessaire pour intervenir au moment même lorsque l'état de santé du malade est précaire.

La thèse se termine (Part IV) par la conclusion que, malgré le fait que ces projets de législation contiennent tous les ingrédients nécessaires à un renforcement des soins non hospitaliers, tout dépendra de la manière dont tous, en particulier les assureurs et les personnes et institutions prodiguant des soins, donneront corps à ce nouveau régime. On pourrait par exemple faire certaines économies en facilitant l'accès au traitement médical, aux soins à domicile, à l'aide familiale et à l'aide psycho-social hors de l'hôpital, aussi bien dans le domaine curatif que préventif, puisque ceci peut permettre d'éviter que des malades passent au secteur spécialisé ou hospitalier inutilement. L'intention actuelle du législateur de donner aux habitants des Pays Bas un droit légal à ces soins non hospitaliers renforce ce secteur et devrait pour cette raison être concrétisée. Les systèmes de paiement devraient

être arrangés de telle façon que les patients restent à domicile et que le 'flux' des malades se dirige plutôt de l'hôpital vers le secteur non hospitalier que l'inverse.

Le législateur doit garder des possibilités pour intervenir au cas où les procureurs de soins ne réussiraient pas une certaine maîtrise des frais ou à établir des normes de qualité, comme par exemple une collaboration étroite entre les quatre disciplines et des soins non hospitaliers bien coordonnés. Quant aux soins donnés par les professionnels, ce n'est plus seulement sur le plan national, mais aussi sur le plan de la Communauté Européenne, qu'il faut être vigilant. Ceci concerne en particulier la qualité de la prestation elle-même. Dans ce domaine, le cadre juridique des Pays Membres de la CE est encore assez diversifié, par exemple en ce qui concerne les exigences réclamant une formation permanente.

Cette thèse propose enfin des solutions pour combler les lacunes en législation dans le domaine de la qualité de l'assistance sociale, en tenant compte de l'expérience acquise dans d'autres domaines où les assistantes sociales sont actives. La législation devrait en tout cas se fonder sur les développements au sein de l'association professionnelle (LVMW).

Une autre proposition concerne la réalisation d'une loi sur les procédures de plainte des malades, qui met l'accent sur un jugement indépendant et sur une procédure qui est directe ('sans seuils') et en deux étapes. La première étape est interne et se déroule au niveau du ou des procureurs des soins, et la deuxième, externe, pour le secteur non hospitalier dans sa totalité.

La *conclusion finale* de cette thèse de doctorat est que, à une époque où les frais de santé augmentent d'année en année, il est nécessaire qu'apparaisse un cadre juridique consistant, qui considère les soins non hospitaliers comme faisant partie intégrante du système de santé publique dans sa totalité.

## Primary health care from a juridical perspective

### **The regulation of the general practitioner, the community nurse, the social worker and the home help since 1798**

This thesis in health law examines the development of legislation, self regulation and jurisprudence in the Netherlands in the field of primary health care since 1798. In that year the right to health care was mentioned for the first time in the Dutch Constitution ('Bataafsche Staatsregeling'). The right to health care is a 'social' constitutional right, which means that it sets out the task of the government to promote health. This right forms the legal basis for primary health care which is of a good quality, financially accessible, attainable and available in time (24 hours a day) as well as in distance (within fifteen minutes).

The reinforcement of primary health care has been one of the major goals of national government policy since 1974. This is why this study deals with those disciplines, according to the government, form the 'core' of primary health care, that is the general practitioner, the community nurse, the home help and the social worker. These four disciplines are seen as especially competent to keep patients longer at home and/or to prevent their admission to hospital or a nursing-home because they deliver an integral package of curative as well as preventive health care.

*The purpose of this study is to examine whether the legal framework did or did not contribute to the reinforcement of primary health care.*

The first part of the book (I) describes the powers and limitations of legislation in the field of primary health care.

Arguments are advanced in favor of and against using legislation as an instrument for regulation and comparisons are made with the use of other instruments that are also very common in the field of primary health care like subvention schemes, and internal regulations by the professional organizations and institutions, and also with the impact of jurisprudence.

The second part is the most important part of the study (II). The development of legislation, self-regulation and jurisprudence is described and analyzed for the four disciplines and concerns the three aspects mentioned above: quality, financing, attainability and availability. First the juridical framework for primary health care in its totality is described (chapter 1), followed by a description of the framework for every discipline separately: the general practitioner (chapter 2), the community nurse (chapter 3), the home help and the family help (chapter 4) and the general social worker (chapter 5).

Jurisprudence in the field of disciplinary law, which currently exists only for the general practitioner, shows that disciplinary law is necessary to guarantee a certain minimum of quality of the medical treatment at home. Nurses will be subject to disciplinary law in the near future.

The Dutch cross organizations, which provide community nursing, and the institutions for home help and for social work all have a complaints procedure for patients, which is often used. These procedures have proved capable of improving the quality of the primary health care given. They also enforce the position of the patient. This is important because patients only have a partial 'right' to primary health care.

According to the *Ziekenfondswet* (Law on the sickfunds, 1964) and the *WTZ* (Law regulating access to private health care insurance, 1986), most inhabitants of the Netherlands can claim a right to help from the general practitioner and since 1981 all of them can claim community nursing on the basis of the General Law for extraordinary costs relating to sickness (*AWBZ*). Where the other caregivers are concerned, the provision of primary health care is discretionary, because they function within the framework of different subvention schemes. Family help and 'intensive homecare' (24 hours a day) are financed within the framework of the *AWBZ* and social work is financed by the local authorities which are reimbursed by the State. More and more organizations are providing home-care outside the legal framework and, as a consequence, they are not subject to the legal provisions on the quality of care given.

Under the system of financing medical help the general practitioner is paid by a capitation fee (a fixed amount per patient per year) whereas the specialist receives a remuneration per consultation. In general the fee system stimulates patients to consult a specialist rather quickly and stay there for treatment, even if there are no medical indications for this. This is contrary to the objective to reinforce primary health care.

Jurisprudence makes clear that patients are very strongly attached to their right to choose their own general practitioner.

The *general conclusion* of this part of the study is that the juridical framework is very disparate. The reinforcement of primary health care is not yet covered by a consistent legal framework. Getting help is often a favor and cannot always be enforced by the courts. The content and extent of the help given depends more on the possibilities of the providers than on the needs of the individual patient. The regulation of quality of primary health care is also very disparate, depends largely on the method of financing, and is incomplete, especially where social work and private nursing offices are concerned. On the other hand there have been a lot of initiatives in recent years in the field of self-regulation by the institutions and the professional organizations themselves, although these developments are more important for some (association of general practitioners/*LHV*, association of social workers/*LVMW*) than for others (nurses). Since 1990 the professional association of social workers (*LVMW*), for example, has been developing a registra-

tion system for their members, as well as a deontological code and (internal) disciplinary law.

The third part (III) of the book describes the new health care system and legislation applying to it as well as the effects that this will have on primary health care. At the end of 1991 the first legislation was passed by the Dutch Parliament. The new legislation gives more freedom to the provider (freedom of establishment), to the assurer (freedom to contract with a freely chosen provider and to put certain conditions in the insurance policy). The patient/consumer will be free to choose his assurer, depending on the conditions offered to him. He must be accepted by the assurer and has the possibility to choose a financial risk related to certain claims in exchange for a lower insurance premium. The legal provisions no longer describe the right to help in relation to the provider (help from a cross organization, etc.) but in terms of 'functions'. It is the intention that from 1993 all the inhabitants of the Netherlands will have a right to general medicine, nursing and care, including psycho-social help and family help. It is obvious that this should mean a great improvement on the current situation.

Legislation itself (AWBZ 'new style') will prescribe the claims that can be made on primary health care with the requirement of a (medical) indication for the insured, whereas the choice of who shall provide health care and the place where it shall be given is left to the insurer, depending on the insurance policy that the insured chooses.

Besides the Law on Professions in individual health care (BIG) for individual health care practitioners, a new law on quality will be introduced for institutions. The regulation of quality then will become independent of the source of finance and the main quality norm will be that care shall be given of a sufficient quality. Quality legislation shall contain provisions for the Health Care Inspector to intervene if the health of the patient is in danger.

The study ends (Part IV) by concluding that, in spite of the fact that the projected legislation has all the ingredients to enforce primary health care, everything will depend on the way the 'field', in particular the providers of health care and the insurers, will operate and give body to this legislation. For example, certain economies could be made by facilitating access to primary health care and by preventing patients from getting hospitalized unnecessarily. The intention of the legislator to give the inhabitants of the Netherlands a right to primary health care strengthens this sector and should for that reason been carried out. The tariff and fee systems should be arranged in such a way that they keep the patient at home and that they promote the 'flux' of patients away from hospital to primary health care rather than the other way around.

In any case the legislator must retain intervention instruments if the formulation of quality standards should not be achieved, including matters such as cooperation between the four disciplines and the coordination and effectiveness of primary health care given, and cost control. Where the quality of health care professionals is concerned, it is not only at a national level, but also at the level of the European



Community that attention should be paid to the legal framework of the different Member States. Not all States pay sufficient attention to the quality of the actual functioning of health care professionals, differing for example in the requirements of recent practice and retraining.

The last chapter of the book holds, among others, a proposal to bridge the gap in quality legislation where the social work(er) is concerned. For this purpose experience in other fields, where social workers are active, should also be evaluated. Legislation should in any case accord with the developments within the professional association, the LVMW.

Another proposal is made for a Law on complaints procedures for patients. This law should stress the independence of the judgement and a procedure without thresholds. The complaint should be treated in two stages, first, at the level of the provider(s) and, second, at an external level for primary health care in its entirety.

The *final conclusion* of this thesis is that, in a time when the costs of health care are increasing every year, a consistent legal framework that treats primary health as integral part of the total health care system is a necessity.