

De reorganisatie van de National Health Service : veslag van een projekt, uitgevoerd door leden van studiegroep 12

Citation for published version (APA):

Borgsteede, H., Brasz, M., Mensing, G., Stegenga, K., & Stoop, H. (1976). *De reorganisatie van de National Health Service : veslag van een projekt, uitgevoerd door leden van studiegroep 12*. (TH Eindhoven. Afd. bedrijfskunde. Interacademiale Werkgroep Ziekenhuiswetenschappen). Technische Hogeschool Eindhoven.

Document status and date:

Gepubliceerd: 01/01/1976

Document Version:

Uitgevers PDF, ook bekend als 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.tue.nl/taverne

Take down policy

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

openaccess@tue.nl

providing details and we will investigate your claim.

De reorganisatie van de
National Health Service

BIBLIOTHEEK

7604175

T. H. EINDHOVEN

Verslag van een project,
uitgevoerd door leden
van studiegroep 12.

Utrecht, januari 1976.

Hans Borgsteede
Marjolijn Brasz
Geert Mensing
Karel Stegenga
Henk Stoop

INHOUD

1.0	Voorwoord	pag.	1
2.0	Methodologie		2
2.1	Tijdsschema van het projekt		3
2.2	Leidraad bij het verslag		3
3.0	De ontwikkelingen van de gezondheidszorg sinds de Tweede Wereldoorlog		4
4.0	De reorganisatie van de NHS		6
4.1	Waarom reorganisatie ?		6
4.2	De nieuwe structuur		7
4.3	De doelstellingen van de reorganisatie		8
4.4	Problemen na de reorganisatie		10
5.0	Financiën		11
5.1	Planning and monitoring		16
5.2	Toewijzing van de middelen		17
5.3	De herverdeling nader bezien		19
6.0	Enkele onderdelen uit de structuur nader toegelicht		22
6.1	Regional Health Authority		22
6.2	Area Health Authority		23
6.3	District Management Team		25
6.4	"One tier too much ?"		26
6.5	Community Health Council		27
6.6	De relaties tussen gezondheidszorg en maatschappelijk werk		28
6.7	De huisartsenorganisatie		29
6.8	De geestelijke gezondheidszorg		31
6.9	Verslag van het bezoek aan het Hope Hospital		32
6.10	Twee gezondheidscentra in Blackburn		34
6.11	Een huisarts in de nieuwe structuur		36
7.0	Nabeschouwing		37
	Literatuurlijst		40

1.0 VOORWOORD

Dit rapport werd geschreven ter afsluiting van een projekt, dat werd uitgevoerd in het kader van de multidisciplinaire studie in de ziekenhuiswetenschappen aan het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen te Utrecht.

Onderwerp van ons projekt was : een kennismaking met de National Health Service, het gezondheidszorgsysteem in Engeland, en een oriëntatie rond de reorganisatie van april 1974.

De benadering van het onderwerp bestond primair uit een literatuurstudie, gevolgd door een bezoek aan Londen en Manchester, in welke steden door ons gesprekken werden gevoerd met velerlei funktionarissen.

Graag willen wij van de gelegenheid gebruik maken hier onze dank uit te spreken jegens onze Engelse gastheren, dr. Mark McCarthy van het North Hammersmith District in Londen, en Mr. John Pantall van de Manchester Business School. Hun hulp en organisatietalent was voor ons bezoek van grote waarde. Tevens spreken wij onze dank uit aan het Instituut. Met name danken wij Guus Schrijvers, die de kontakten met Engeland heeft gelegd.

Utrecht, 18 januari 1976

Hans Borgstede
Marjolijn Brasz
Geert Mensing
Karel Stegenga
Henk Stoop

2.0 METHODOLOGIE

Gedurende het jaar waarin wij ons, aan het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen te Utrecht, verdiepten in de problemen welke de Nederlandse gezondheidszorg kent, is menig keer als oplossing voor de diverse problemen een nationalisatie en/of reorganisatie in de vorm van regionalisering ter sprake gekomen. Hierdoor werd onze interesse gewekt voor de vorm van probleemoplossing zoals die in Engeland is gerealiseerd.

Toen dan ook, begin oktober, in Den Haag een symposium werd gehouden onder de titel : PLANOREGIO¹, en wij in de gelegenheid werden gesteld hierbij aanwezig te zijn, werd deze kans benut. In dezelfde tijd moesten wij een project kiezen waarmee het bijvak ziekenhuiswetenschappen kon worden afgesloten. We kozen als onderwerp de National Health Service (NHS), de reorganisatie van de NHS en de problemen welke zich bij de invoering van de reorganisatie voordoen.

Er werd een plan gemaakt voor de bestudering van de literatuur die beschikbaar is over deze onderwerpen. Hoe het systeem totmeel in elkaar diende te zitten en hoe het benoerde te functioneren, bleek vrij gemakkelijk uit de diverse geschriften te halen, maar telkens kwam de vraag: "Gaat het in werkelijkheid ook zoals men het wil?"

We waren het er wel over eens dat het zeer goed zou zijn als we de mogelijkheid zouden krijgen eens een blik achter de schermen te werpen, of als een insider ons iets over de realiteit van de gereorganiseerde NHS zou kunnen vertellen. John Pantall van de Manchester Business School werd uitgenodigd het onderwerp in Utrecht te komen bespreken.

Zijn voordracht opende onze ogen voor de enorme problematiek waarmee men in Engeland worstelt.

Vanuit het Instituut werd ons de mogelijkheid geboden bezoeken te brengen aan Londen en de North West Region. Marjolijn en Henk besloten het bezoek aan Londen voor hun rekening te nemen terwijl Karel, Hans en Geert naar Manchester vertrokken. Voor beide groepen was een uitgebreid programma opgesteld, met bezoeken aan en besprekingen met mensen die werkzaam zijn op allerlei niveau's in de NHS. Verder omvatten beide programma's bezoeken aan ziekenhuizen, besprekingen met General Practitioners, e.d. Ook werden er bezoeken afgelegd aan gezondheidscentra en aan meetings van de CHC (de formele structuur van de NHS komt nog uitgebreid ter sprake).

¹ Planoregio : Najaarssymposium op 2 en 3 okt. te Den Haag. Thema : planning, ordening en regionalisatie van de gezondheidszorg.

Door deze multi-methode aanpak (literatuurstudie, de vele discussies met hoog gekwalificeerde insiders en de bezoeken aan het bestudeerde object in bijna alle geledingen en niveau's) hebben wij een goed overzicht kunnen verkrijgen van de formele structuur van de NHS en de problemen welke zich bij de realisering van de plannen van de reorganisatie voordoen. Met deze multi-methodische opzet en de hierna volgende verslaggeving menen wij te hebben voldaan aan de eisen die gesteld worden aan een exploratief onderzoek.

Voor een programma-overzicht van onze studiereizen naar Engeland verwijzen wij naar de klapper, waarin ook alle overige informatie, die ons ter hand is gesteld, is opgenomen. Deze klapper is in de bibliotheek van het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen te Utrecht bewaard.

2.1 TIJDSSCHEMA VAN HET PROJECT

Omstreeks september 1975 werd besloten tot een project over regionalisatie van de gezondheidszorg. Het bestaan van goede contacten van het Instituut met Engeland gaf ons de kans de regionalisatie in praktijk te bestuderen. Van begin oktober tot half november zijn we bezig geweest met literatuurstudie en met de voorbereiding van de reizen. Van 17 tot 25 november bezochten Henk en Marjolijn Londen; van 23 tot 30 november waren Geert, Karel en Hans in Manchester. In de maand december zijn de ervaringen van de twee groepen uitgewisseld en is de uit Engeland meegebrachte literatuur bestudeerd. In januari 1976 is het project afgerond met het schrijven van dit eindverslag.

2.2 LEIDRAAD BIJ HET VERSLAG

In hoofdstuk 3 wordt de geschiedenis en de oude structuur van de NHS beknopt uiteengezet.

Hoofdstuk 4 bevat een beschouwing omtrent de reorganisatie van 1974, de aanleiding daartoe, de doelstellingen en de eruit voortvloeiende problematiek.

In hoofdstuk 5 komen financiering en planning aan de orde, en worden enige daarmee samenhangende problemen behandeld.

Hoofdstuk 6 is opgebouwd uit een aantal paragrafen, waarin onderdelen uit de structuur worden toegelicht, mede aan de hand van onze persoonlijke ervaringen.

Tenslotte geven wij in het laatste hoofdstuk een nabeschuiving.

- In de tekst wordt door middel van tussen haken geplaatste cijfers verwezen naar de literatuurlijst op pag. 4.

- Het verdient aanbeveling tijdens de lezing van dit rapport het uitvoerblad, dat achterin is opgenomen, uit te vouwen. Hierop is de structuur van de NHS weergegeven en tevens is een lijst ter verklaring van gebezigde afkortingen opgenomen.

3.0 DE ONTWIKKELINGEN VAN DE GEZONDHEIDSZORG SINDE DE TWEEDE WERELDOORLOG (B1, K1, K5, K6)

Toen men aan het eind van de Tweede Wereldoorlog noodgedwongen moest gaan werken aan de wederopbouw van een goed gezondheidszorg-systeem, heeft men de kans aangegrepen om radikale wijzigingen door te voeren. De grondgedachte van waaruit men tot een nieuwe opzet kwam, was : ieder betaalt naar draagkracht en krijgt hulp naar behoefte.

Bij de invoering van de NHS in 1948 waren twee zaken van groot belang :

1. hervorming van de wijze van betalen van de medische zorg door nationalisatie
2. uniformering en indeling van de ziekenhuizen.

Er werd een begin gemaakt met regionale planning en controle. De medische zorg buiten het ziekenhuis, wat betreft preventie en nazorg, bleef onveranderd ressorteren onder de plaatselijke overheid (local authority).

De huisartsen (general practitioners) vallen onder de Executive Councils.

De drie hoofdonderdelen van de NHS, de eerste-echelon-zorg, de intramurale zorg en de openbare gezondheidszorg, ressorteren onder verschillende autoriteiten en zijn territoriaal verschillend ingedeeld.

Omstreeks 1960 leidde deze situatie tot het ontwerpen van plannen voor reorganisatie van de gezondheidszorg, omdat men ontevreden is over

1. het gebrek aan coordinatie tussen de drie hoofdonderdelen van de NHS;
2. de slechte financiële structuur : veel geld gaat naar de intramurale gezondheidszorg in vergelijking met de eerstelijnsgezondheidszorg; voor chronisch zieken en ouden van dagen is weinig geld.

Ontwikkeling van de gedachte over de aanpak van regionalisatie :

1946 - NHS Act

1948 - invoering van de NHS; belangrijk is vooral de hospitalplanning

1956 - Guillebaud Committee (Oxford) : "Costs of the NHS "

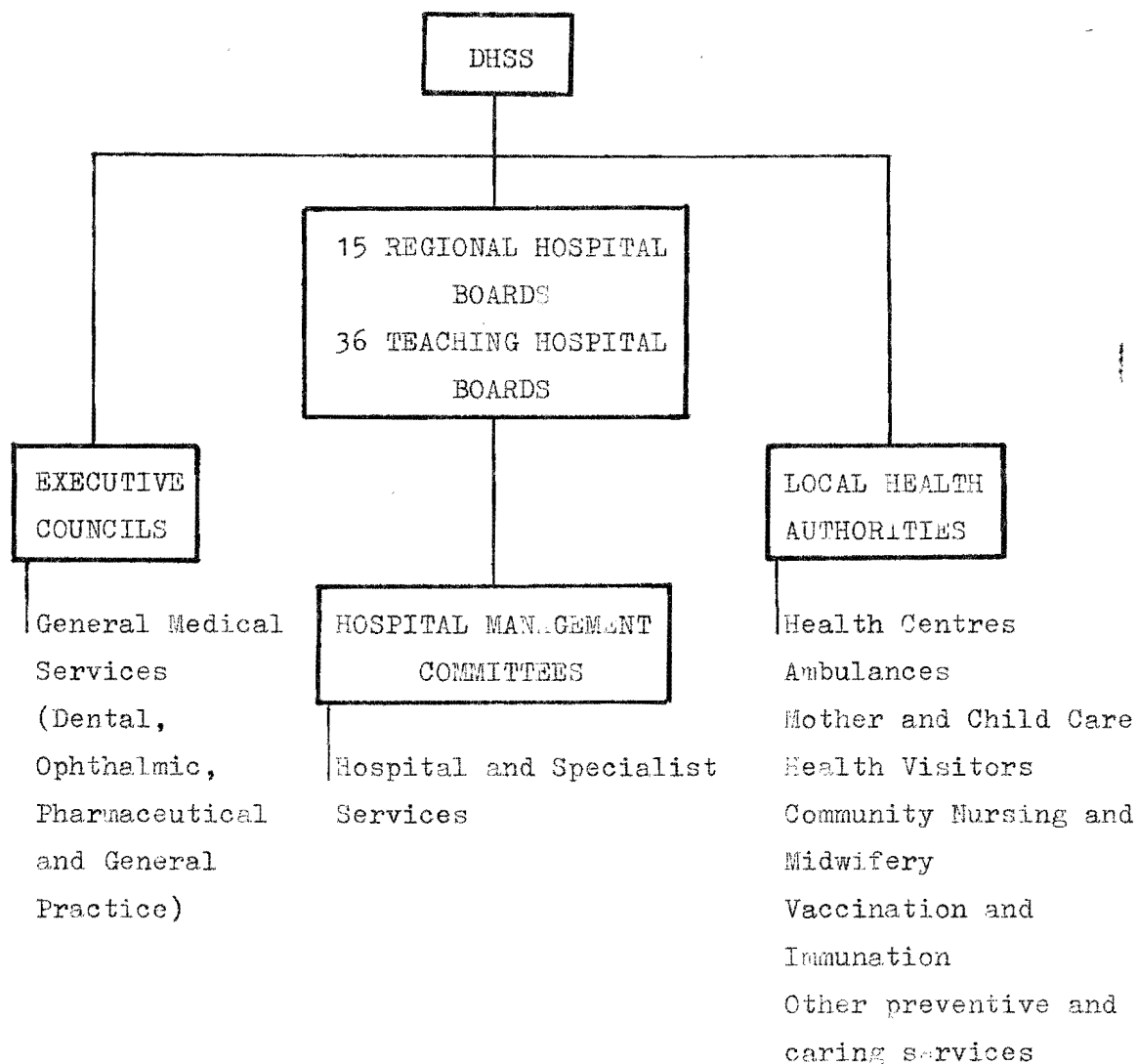
1962 - Hospital Plan

- Health and Welfare Plan

verdeling van de financiën :	Hospital Service	60%
	Local Authority Service	10%
	General Practitioners	30%

1963 - Porritt Committee

De structuur van de NHS voor de reorganisatie



- 1968 - First Green Paper (een discussiestuk over de reorganisatie van de NHS): NHS. The Administrative Structure of the Medical and Related Services in England and Wales.
- 1970 - Second Green Paper: NHS. The Future Structure of the NHS in England. Het verschild met de First Green Paper :
 deze nota is uitgebreider en gedetailleerder dan de eerste;
 hier is uitgebreid sprake van regio's;
 het aantal "areas" is uitgebreid van 40 tot 90.
- 1970 - Welsh Green Paper : The Reorganisation of the Health Service in Wales.
- 1971 - National Health Service Reorganisation - Consultative Document.
 Het voornaamste verschil met eerdere nota's is de nadruk die gelegd wordt op het management. Bovendien wordt hier de regio definitief als belangrijke schakel tussen "area" en ministerie ingevoerd.
- 1971 - Welsh Consultative Document
- 1972 - White Paper : National Health Service Reorganisation : England
 Hierin wordt de nieuwe structuur beschreven, zoals die in werking is getreden op 1 april 1974.

1972 - Welsh White Paper.

1972 - The Grey Book : Management Arrangements for the reorganized NHS.

1972 - The Red Book : Welsh Equivalent.

In de nieuwe structuur van de NHS verdwijnt de driedeling. De eerste echelonszorg, de intramurale zorg en de openbare gezondheidszorg ressorteren onder eenzelfde autoriteit.

Naast de reorganisatie van de NHS als geheel hebben ook belangrijke veranderingen plaatsgevonden in deelgebieden van de NHS. Zo heeft de Mental Health Act van 1959 zowel verandering gebracht in de structuur van de hulpverlening aan geestelijk gestoorden, als in hun persoonlijke rechten. Door het "Doctors Charter" van 1966 zijn de arbeidsovereenkomsten met de doktoren herzien, en is de ontwikkeling van groepspraktijken en gezondheidscentra gestimuleerd. De Coghwel-rapporten van 1969 hebben grote invloed gehad op de organisatie van de doktoren in ziekenhuizen, terwijl het Bonham Carter rapport een betere samenwerking tussen ziekenhuis en maatschappelijk werk mogelijk maakt.

4.0 DE REORGANISATIE VAN DE NHS (B4, K1, K2, K3, K4, K5, K6)

In het vorige hoofdstuk is een overzicht gegeven van de historie van de NHS, zoals die zich heeft ontwikkeld sinds de invoering ervan in 1948.

In april 1974 vond de organisatorische rekonstruktie van de NHS plaats, die naam zou maken als "NHS-reorganisation", een dermate grootschalig en ambitieus reorganisatieplan, dat de gemoederen hieromtrent nog altijd niet tot bedaren zijn gekomen.

4.1 WAAROM REORGANISATIE ?

Aan de dag, waarop de nieuwe structuur een feit werd, is een lange periode voorafgegaan, waarin de behoefte aan vernieuwing steeds sterker voelbaar werd. Ervaring met de structuur, zoals die in 1948 werd vastgelegd, deed blijken, dat de strikt funktionele indeling niet erg efficiënt meer was en gebreken vertoonde, waardoor zich koördinatie-problemen voordeden. Men ging de NHS meer en meer als "onderneming" beschouwen; een groeiende behoefte aan "management", aan leidinggevend kader, dat organisatorisch goed geschoold is, deed zich voelen. Men kon trends bespeuren, gericht op schaalvergroting : effectiviteit en efficiency werden geacht toe te nemen, wanneer gewerkt zou worden met grotere operationele en bestuurlijke eenheden.

De diverse regeringen droegen bij tot de meningsvorming door vanaf het eind der jaren zestig een aantal discussiestukken te publiceren. Dit alles leidde tot wetsvoorstellen, die in 1973 tot wet werden, en waarin de 1^e april van 1974 als startdatum werd vastgesteld voor de vernieuwde NHS. Opgemerkt dient te worden, dat er geen sprake is van partij-politieke binding met de wet op de reorganisatie van de NHS. Zowel Labour- als Conservative-regeringen hebben meegewerkt aan opzet, ontwerp en invoering van de wet.

Donald Macmillan, leider van het Nuffield Centre for Health Services studies te Leeds geeft (zie B4) in het kort zes socio-ekonomische redenen aan, die - met name in de geïndustrialiseerde landen - nopen tot ingrijpen van regeringswege in het gezondheidszorg-systeem :

1. de snelle kostenstijging binnen de gezondheidszorg en de sociale dienstverlening;
2. het hogere opleidingsniveau van de bevolking, dat resulteert in een meer gerichte vraag naar voorzieningen; men onderkent zijn rechten;
3. (technische) ontwikkelingen scheppen hogere verwachtingen. Naarmate het technisch kunnen toeneemt, neemt ook de vraag toe;
4. de kloof tussen wat aan zorg verleend wordt en wat theoretisch gedaan zou kunnen worden, wordt steeds wijder;
5. actiegroepen winnen, ook binnen de gezondheidszorg, aan invloed;
6. het vraagstuk omtrent de werkelijke relatie tussen volksgezondheid en gezondheidszorg doet zich sterk gelden.

In samenhang met het reeds eerder gestelde geven deze redenen aan, waarom de overheid zich genoodzaakt achtte over te gaan tot een zo verstrekkend ingrijpen in de structuur van de NHS.

4.2 DE NIEUWE STRUKTUUR

Voor een overzicht van de nieuwe structuur wordt verwezen naar het uitvouwen achterin dit rapport.

Kenmerkend voor de nieuwe structuur is de geïntegreerde geografische organisatie. We onderkennen vier niveaus :

1. het "Department of Health and Social Security"
2. 14 Regional Health Authorities (R.H.A.) - pop. 3½ milj.
3. 90 Area Health Authorities (A.H.A.) - pop. ½ milj.
4. 205 Districts - gemiddelde pop. 250.000 inw.

Het distrikt is de basis, waar werkelijke integratie gestalte moet krijgen. Het wordt bestuurd door het District Management Team (D.M.T.), bestaande uit drie artsen, één verpleegkundige, één deskundige op administratief en één op financieel terrein. Het D.M.T. stelt plannen op om met de middelen die het toegewe-

zen krijgt, een adekwaat gezondheidszorg-systeem in stand te houden, waarbij de verdeling der middelen centraal staat. Het team is over zijn beleid verantwoording schuldig aan de A.H.A. , dat beschouwd moet worden als koördinerend orgaan tussen de distrikten en de regio's. De R.H.A.'s hebben vooral een beleidvormende, plannende functie, zich daarbij baserend op de departementale richtlijnen en de vragen vanuit de basis. De dagelijkse leiding - het "management"- is op alle niveaus in handen van professionele "officers", voor elk van de vier basiselementen : medisch, verpleegkundig, administratief en financieel. In de nieuwe organisatie is men teruggekomen van de idee, dat vrijwilligers belangrijke rollen moeten spelen bij het vaststellen van het beleid en het uitoefenen van management-functies binnen de gezondheidszorg.

Een R.H.A. bestaat uit ca. twintig leden, aangesteld door de staatssecretaris. Op Area-niveau vinden we een vergelijkbare vertegenwoordigende groep, benoemd door de regio.

Een uitzondering op de geïntegreerde structuur vormt de organisatie rond de "family practitioners". Hiervoor wordt verwezen naar hoofdstuk 6.7.

4.3 DE DOELSTELLINGEN VAN DE REORGANISATIE

De doelstellingen van de reorganisatie kunnen worden samengevat in zes hoofdpunten :

1. operationele integratie

Was de zorg van oudsher opgebouwd rond het ziekenhuis, thans zien we duidelijke verschuivingen in de richting van de eerstelijnszorg, niet in de laatste plaats omdat men verwacht op deze wijze meer patienten tegen lagere kosten de zorg te kunnen verlenen, die zij behoeven. De uitbouw van de huisartsen-diensten, de oprichting van gezondheidscentra, de nadruk op voorzorg zijn logische gevolgen van de andere opzet.

2. planning op lange termijn en dienovereenkomstig toewijzen van de beschikbare middelen

Planning vindt in principe plaats aan de basis, daar, waar ook invoering moet geschieden. Hiertoe dienen in de distrikten zogenaamde "Health Care Planning Teams" ingesteld te worden, waarin de diverse deskundigen vertegenwoordigd zijn. De planning teams moeten zich met name beraden over die te reïnen, waar in het verleden (te) weinig aandacht aan is geschonken (zoals chronische patiënten, psychiatrische patiënten, zangeren- en zuigelingenverzorging e.d.). Uiteraard dient de planning consistent te zijn met de richtlijnen, die vanuit de hogere niveau's gegeven worden, waarbij financiële restricties en personeelsproblemen een belangrijke rol zullen spelen.

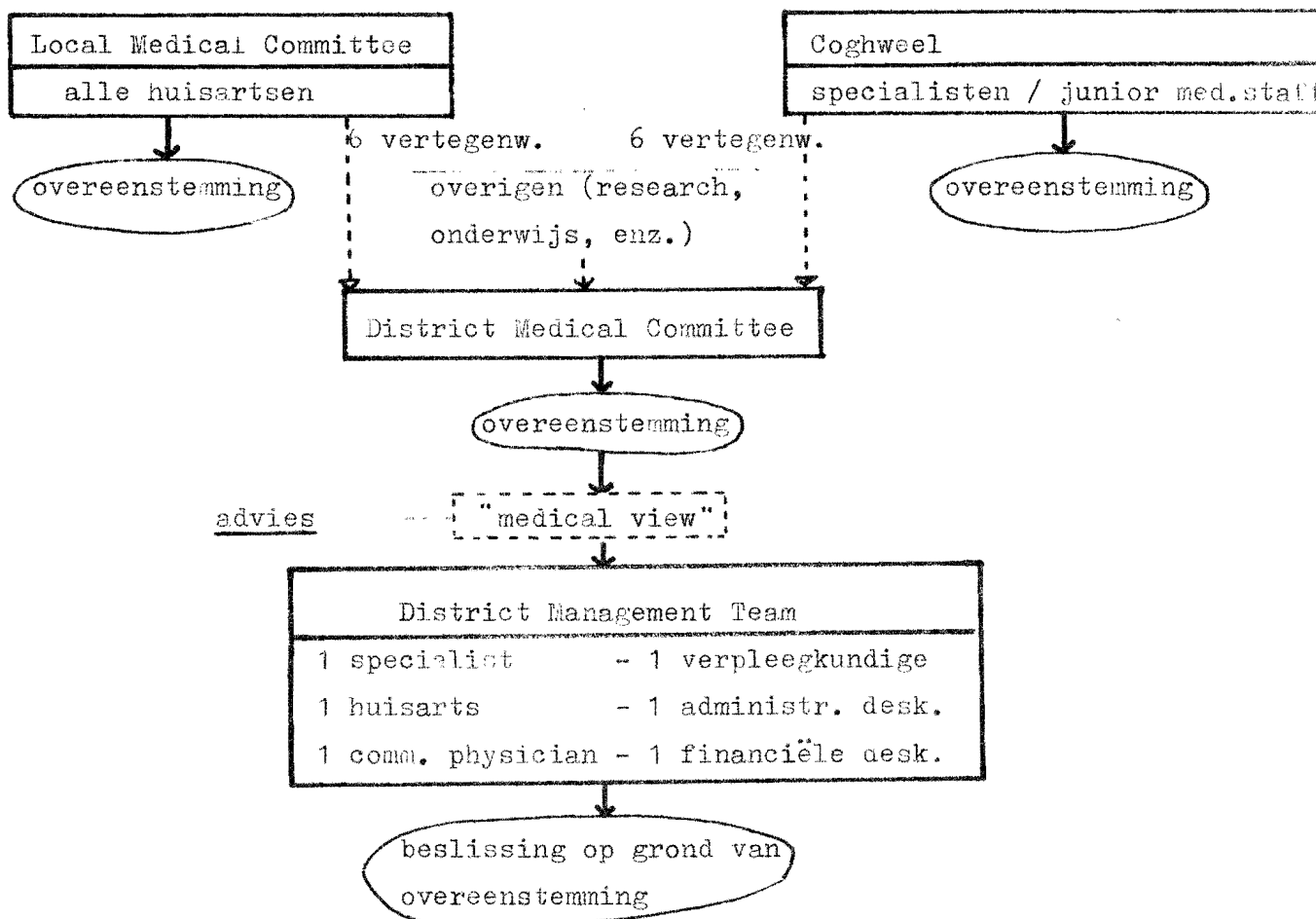
De planningsprocedure moet jaarlijks plaatsvinden, waarbij de door het distrikt voorbereide plannen door de Area worden bestudeerd en gekoördineerd. De Regio controleert en verzamelt en legt ter goedkeuring voor aan het departement. Goedkeuring betekent automatisch : het beschikbaar stellen van de nodige mid-

delen. Bij dit systeem wordt derhalve een decentralisatie van feitelijk handelen nagestreefd.

Door sterk doorgevoerde planning hoopt men de kosten beter te kunnen beheersen dan voorheen mogelijk was, en daarbij een rechtvaardiger verdeling der beschikbare middelen te kunnen bewerkstelligen.

3. multi-professional consensus-management

De multi-professional teams in de nieuwe organisatie, waarin de deskundigen verenigd zijn, nemen hun beslissingen volgens het consensus-principe. Dat wil zeggen dat er overeenstemming bereikt moet worden, zodat alle teamleden achter een bepaald besluit staan, hetgeen iets anders is dan stemming, waarbij de meerderheid doorslaggevend is. Aan de hand van een voorbeeld wordt de werking van de "advisory-machinery" toegelicht :



4. samenwerking met maatschappelijk werk

Bij de reorganisatie heeft men niet gekozen voor volledige versmelting van gezondheidszorg en maatschappelijk werk, hoewel beide sterk verwant zijn. Het maatschappelijk werk blijft onder verantwoordelijkheid van de plaatselijke overheid. Ten einde de planning te koördineren werden de Joint Consultative Committees in het leven geroepen, als brug tussen de plaatselijke overheid en de Area Health Authorities.

5. demokratisering van de besluitvorming

Naast de reeds eerder vermelde professionalisering van het management binnen de gezondheidszorg, die op alle niveaus gestalte kreeg, heeft men de vertegenwoordiging van het algemeen belang, de inspraak van het geïnteresseerde publiek, getracht zeker te stellen door het instellen van Community Health Councils, één voor elk distrikt. Deze Councils bestaan uit ca. dertig leden, van wie de helft wordt afgevaardigd door de plaatselijke overheid, terwijl de overigen afkomstig zijn uit vrijwilligersorganisaties, of op individuele basis hun bijdrage leveren.

6. participatie van de medewerkers

De reorganisatie geeft daadwerkelijk gestalte aan de roep om inspraak voor alle betrokkenen, door het instellen van een Advisory Machinery voor alle Area's en Regio's, en wel voor de artsen, de verpleegkundigen, de tandartsen, de apothekers en de oogartsen. Er is dan sprake van professionele adviesorganen, die in nauw contact staan met de managementteams.

4.4 PROBLEMEN NA DE REORGANISATIE

Hoewel sinds de invoering van de reorganisatie nog geen twee jaren verlopen zijn, en het derhalve niet korrekt is een eindbalans op te maken, is het toch mogelijk een aantal problemen te signaleren, die, direkt of indirekt, het gevolg zijn van de reorganisatie.

Op de eerste plaats is er sprake van overgangsproblemen, inhaerent aan een reorganisatie van deze omvang. De - vooral financiële - problemen worden nog versterkt door de ernstige crisis, die de Britse economie doormaakt. Ook is er sprake geweest van een uittocht van bekwaam personeel, dat gebruik maakte van voordelige afvloeiingsregelingen. Het gevaar is nu niet denkbeeldig dat jonge, onervaren mensen reeds (te) hoge posities in de structuur innemen, zodat er geen sprake kan zijn van een gelijkmatig carrièreverloop en een uitgebalanceerd evenwicht tussen de verschillende leeftijdsgroepen. In de toekomst zal flexibiliteit nog weleens ontbreken, hetgeen veel vergt van het aanpassingsvermogen van anderen.

Natuurlijk heeft ook de NHS in zijn nieuwe vorm te maken met aanloopmoeilijkheden en kinderziekten. Met name het vinden van een stabiel evenwicht in de gezagsrelaties op de verschillende niveaus levert problemen op. In het algemeen zal een betere kommunikatie bijdragen tot een beter verstaan van elkaar.

Naast deze overgangsproblemen zijn er ook moeilijkheden op langere termijn. We stuiten hier op meer fundamentele kritiek : het ontwerp van de structuur zou niet juist zijn : "One tier too much " - één niveau zou gemist kunnen worden. Voor een meer uitgebreide behandeling van deze problematiek wordt verwezen naar hoofdstuk 6.4.

In vele gevallen verloopt ook de samenwerking tussen plaatselijke auto-

riteiten en de A.H.A nog uiterst moeizaam. De brugfunctie, die het Joint Consultative Committee dient te verrichten, heeft niet overal een duidelijke inhoud. (Tijdens één van onze gesprekken werd duidelijk, dat de J.C.C. in het betreffende gebied slechts eenmaal bijeen was gekomen sinds april 1974 !)

Met betrekking tot de nieuwe wijze van besluitvorming zij opgemerkt, dat vooral de medische professie moeite heeft met de "joint view" en de "agreement"-gedachte. Bovendien weigeren artsen vaak tijd beschikbaar te stellen voor het werk in commissies en vergaderingen.

Op de derde plaats is er sprake van nieuwe, onvoorziene problemen. We hebben al gezien, dat in de nieuwe organisatie planning een grote rol speelt. Echter, goede planning stant of valt met de informatie die beschikbaar is. Het is juist deze informatie, die nagenoeg geheel ontbreekt. Dit is dan ook één der belangrijkste opdrachten, waarvoor de NHS zich in de toekomst geplaatst ziet : zorgen voor een doeltreffend management information system.

Voorts begint het inzicht post te vatten dat er een verschuiving dient plaats te vinden van curatieve naar preventieve zorg.

Tot is er een aantal onopgeloste - zo niet onoplosbare - problemen : te weinig financiële middelen, te weinig (bekwame) medewerkers en de moeilijkheid om iedereen werkelijk gelijke mogelijkheden te geven zorg te ontvangen binnen de NHS als geheel.

Op het financiële vraagstuk wordt nader ingegaan in noordstuk 5. Wat de personeelstekorten betreft : (ook) in Engeland is sprake van een tekort aan artsen, bovendien is een groot aantal van de artsen, dat in Engeland werkzaam is, afkomstig uit India en Pakistan, een situatie die men minder gewenst acht, zowel voor het ontwikkelingsland als voor het eigen land. Met name sommige specialisten zijn sterk onderbezet.

Het probleem van de regionale verschillen binnen de NHS blijkt voorlopig één der voornaamste onopgeloste problemen. Weliswaar poogt men door herallocatie van de beschikbare middelen verschuivingen teweeg te brengen, doch men is daarmee aan zekere grenzen gebonden.

5.0 FINANCIËLE ASPECTEN

Algemeen

De meeste West-Europese landen hebben te maken met een enorme stijging van de vraag naar gezondheidszorg, en met een versnelde kostenstijging die deels een gevolg daarvan is. Uit de tabel blijkt dat het aandeel van de gezondheidszorg in het B.N.P. voor Engeland het laagst is. Ook wat betreft het gemiddelde stijgingspercentage staat Engeland onderaan.

	aantal £ per persoon per jaar	aandeel in B.N.P.	artsen per 10.000 inwoners	verpleeg- sters per 10.000 inwoners	algemene ziekenhuis bed	gemiddeld stij- gingspercentage v.h. aandeel in B.N.P.
Canada	-	7,3	-	-	-	13,2
Ver. Staten	127	6,8	16	51	47	-
Zweden	110	6,7	13	48	67	14,0
Nederland	62	5,9'	12	45	48	15,1
W. Duitsl.	84	5,7	17	28	65	10,3
Frankrijk	62	5,7	13	26	45	14,9
Engeland	48	4,8'	12	32	41	9,5

' 1975 resp. 8 en 5,5

Bron : American Social Security Administra-
tion, maart 1973

Dat het percentage van thans 5,5 achterblijft bij de overige West Europese landen, kan er enerzijds op duiden dat :

a) de NHS efficiënter funktioneert ("better value for money"),
anderzijds dat :

b) er sprake is van onderfinanciering.

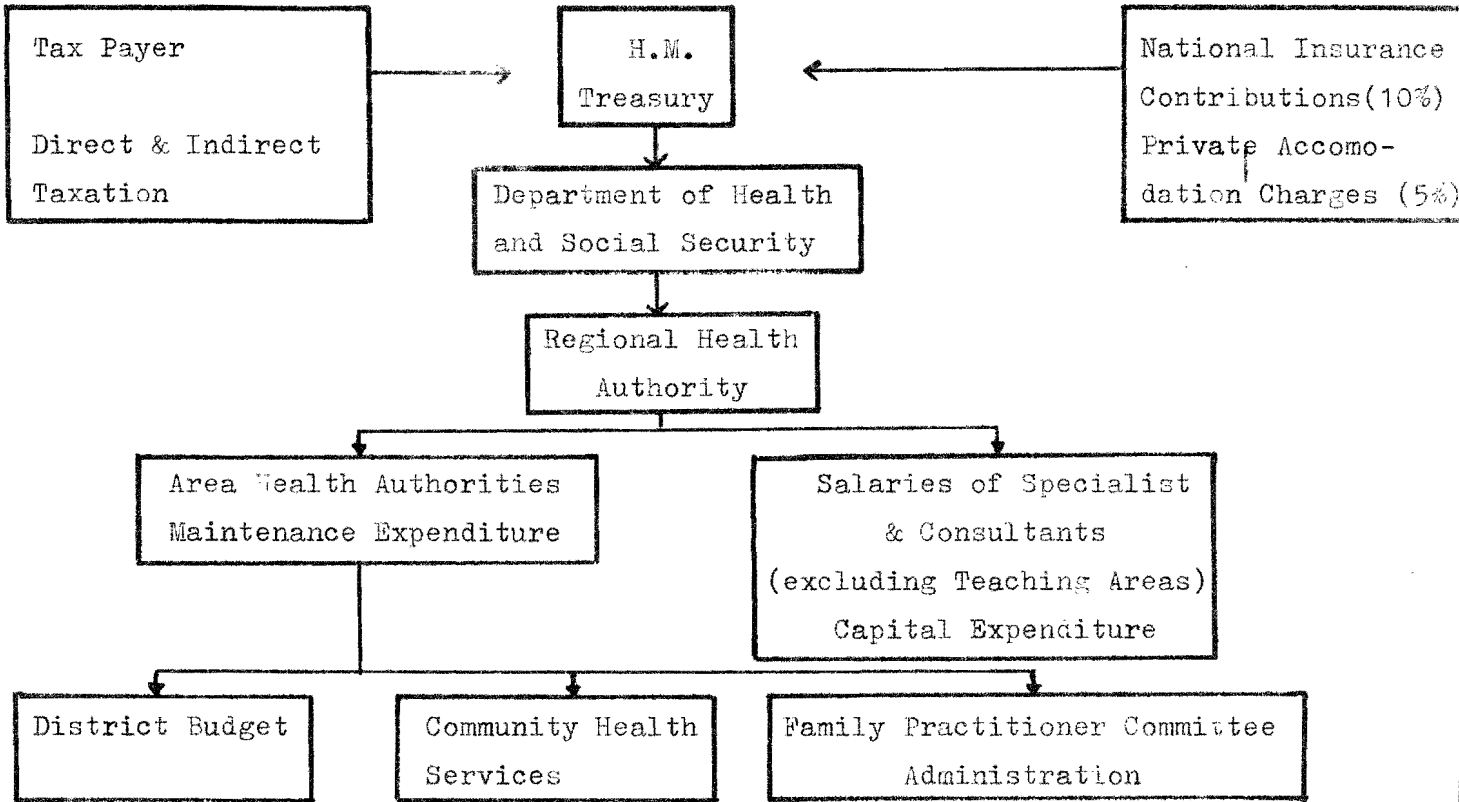
In het bijzonder de medische professie beweert, daarmee doelend op het laatste punt, dat de NHS ineem dreigt te storten, ondanks dat er meer middelen ter beschikking zijn gekomen. Het King's Fund (K28, K29) neigt meer naar het eerste punt en schrijft het efficiënter funktioneren toe aan het systeem dat is ontwikkeld voor de geplande toewijzing van (geld)middelen. Tegelijkertijd moet in ogenschouw worden genomen, aldus het King's Fund, dat de gezondheidsstandaard niet alleen afhangt van uitgaven aan de gezondheidszorg.

In Engeland is het complete scala van gezondheidsdiensten (ziekenhuis, huisarts e.d.) voor iedereen zonder kosten beschikbaar. Soms worden er enkele kosten in rekening gebracht (5%) voor recepten en (hulp)middelen (kunstgebitten, brillen etc.), maar in wezen worden de diensten bijna geheel uit de belastingopbrengsten gefinancierd (85%). Een klein percentage komt uit bijdragen van verplichte verzekeringen (10%). Deze financieringsmethode onderscheidt zich van de meeste andere overheidsvoorzieningen, die gefinancierd worden uit vrijwillige en verplichte verzekeringen. Het heersende systeem d.m.v. belastingen heeft het voordeel dat de zwaarste last door de breedste schouders wordt gedragen. Als nadeel geldt, dat het voor de regering zeer moeilijk is de belastingen te verhogen in het geval er meer geld nodig is. Er zijn veel factoren die de mate van overheidssteun aan gezondheidszorg beïnvloeden, maar naarmate de medische zorg m.b.t. kosten en complexiteit toeneemt en naarmate een toenemend deel van de bevolking ouder is dan 65, is het onvermijdelijk dat het overheidsaandeel in de planning en fi-

nanciering van de gezondheidszorg eerder zal stijgen dan dalen.

Hieronder is een overzicht opgenomen van de geldstroom binnen de NHS; tevens is een aantal cijfers ter toelichting vermeld.

Financial Administration of the Health Service



Health Service Current Costs - £3,500 million	
Percentage :	
Hospitals	63
Community Services	8
F.P.C.	26
Other	3

Approximate costs of other services funded from Exchequer :	
	£ m
Old Age Pension - Social Security	6,300
Education	4,200
Defence	3,200
Housing	3,200
Food Subsidies	700

Financial Administration of the Health ServiceHow the money is spent

Allocation of each £ spent on the Hospitals in an average Hospital Group

	£	%
Salaries and Wages - Nurses	£0.31	31.3%
Others	£0.40	39.4%
Drugs, Dressings, Medical and Surgical Equipment, etc.	0.09	9.1
General Services, Fuel, Light, Power, Water, Laundry, Cleaning	0.04	4.4
Provisions for Patients and Staff	0.05	5.1
Maintenance of Buildings, Plant and Grounds	0.04	3.8
Domestic Repairs, Renewals, etc.	0.02	1.8
Other Hospital Expenses	0.02	2.3
Central Administration	0.03	2.8
	<hr/>	<hr/>
	£1.00	100.0%

Een verdere stijging van kosten voor gezondheidszorg zal misschien opgevangen kunnen worden door de toename van het aantal vrijwillige verzekeringen.

a) het aantal afgesloten privé-verzekeringen bedraagt thans een miljoen; dit betekent dat ongeveer twee miljoen personen, ongeveer 4% van de bevolking, onder privé-verzekeringen vallen.

b) het totale jaarlijkse bedrag dat door privé-patiënten wordt betaald, bedraagt £ 27 miljoen; dat is ongeveer 1% van de uitgaven van de NHS.

c) de groei van de verzekering is snel, in financiële termen; de groei van het aantal verzekerden verloopt daarentegen langzaam;

er zal in de toekomst misschien enige expansie zijn, maar om politieke en economische redenen is een verdere uitbreiding ongewenst.

De financiële problemen zijn niet van de laatste jaren, zoals prof. Chester opmerkt (K3). Feitelijk is er sedert de invoering van de NHS nevig gediskussieerd over dit nete hangijzer, en zijn daarbij een aantal alternatieve oplossingen naar voren gekomen, zoals :

- een nationale gezondheidsverzekering, zoals die gedeeltelijk van kracht was van 1911-1948
- de reeds vermelde partikuliere gezondheidsverzekering
- de gezondheidszorg naar een vrije markt van vraag en aanbod.

Een andere oplossing voor de financiële problemen kan worden gezocht in een verschuiving van het accent, dat nu te eenzijdig wordt gelegd op de specialistische intramurale zorg, naar de extramurale zorg en naar de preventie. Gezien het grote verschil in het gemiddeld aantal ligdagen tussen Engeland en West-

Duitsland (resp. 18 en 12 dagen) en de Verenigde Staten (8 dagen) mag in de toekomst het één en ander worden verwacht, al moet in de beschouwing worden betrokken, dat het vergelijken van ligdagen gemakkelijk tot onjuiste conclusies kan leiden, omdat de kosten per ligdag in de Verenigde Staten (£40) veel hoger zijn dan in Engeland (£11). Volledigheidshalve kan hier nog aan worden toegevoegd dat het heersend prijspeil per land zwaar verschillen en derhalve in de kosten per ligdag verwerkt moet worden.

In een artikel in het British Medical Journal van 2 november 1974 merkt Wood op, dat de huisartsenpraktijken goedkoop zijn, maar dat er sprake is van een personeelstekort, terwijl de preventieve en gemeenschapsvoorzieningen te maken hebben met een tekort aan financiële middelen. Opgezwepen door de technische vooruitgang heeft de NHS de ontwikkeling van dure ziekenhuisvoorzieningen begunstigd, waarvan in (te ?) ruime mate gebruik wordt gemaakt. Wij stelt dat als deze onevenwichtigheid hersteld zou kunnen worden, het percentage van het BNP, besteed aan de NHS, zou kunnen dalen. De reorganisatie van de NHS maakt correcties mogelijk; in de context van de NHS is bezuiniging een bijproduct van efficiency, en er zijn enkele duidelijke manieren om de kosten te reduceren en de efficiency te vergroten.

1. Bezuinigingen in de ziekenhuisvoorzieningen door het aantal en de duur van de ziekenhuisopnamen terug te dringen. Wanneer patiënten zouden worden ingedeeld naar behoefte aan hulp en/of technische hulpmiddelen, zouden zo wel het personeel als de hulpmiddelen efficiënter gebruikt kunnen worden.
2. Onderzoek naar :
 - niet in ziekenhuis of andere inrichting verpleegde patiënten; uitbreiding van faciliteiten thuis en het onderhouden van een beter contact tussen alle betrokken groepen kan misschien de "geriatrische lawine" afwenden
 - verkorting opnameduur
 - planningsmethoden
3. Andere besparingen :
 - natuurlijke afvloeiing
 - geen kapitaalinvesteringen als geen snelle resultaten te verwachten zijn; geld, besteed aan het verbeteren van registratie - documentatie - communicatiesystemen betekent geldbesparing van medische tijd en bedbezetting.
 - uitstel en annulering van de bouw van gezondheidscentra hebben de sector van de primaire zorg belet in de vereiste omvang te groeien: ~~er moet nu geld gevonden worden voor de bouw van goed-geoutilleerde gezondheidscentra, opdat de druk op de ziekenhuizen wordt verlaagd.~~

Op korte termijn kunnen geen besparingen verwacht worden van ontwikkelingen op het gebied van de preventieve geneeskunde; gedetailleerde planning van toekomstige programma's moet worden voortgezet. Besparingen tengevolge van resultaten van "health education" en preventieve diagnostische voorzieningen lijken de meestbelovende gebieden te zijn.

Enthousiasme en initiatief zijn nodig om zuinigheid te betrachten; daarnaast zal de bereidheid tot samenwerking aanwezig moeten zijn. De financiële

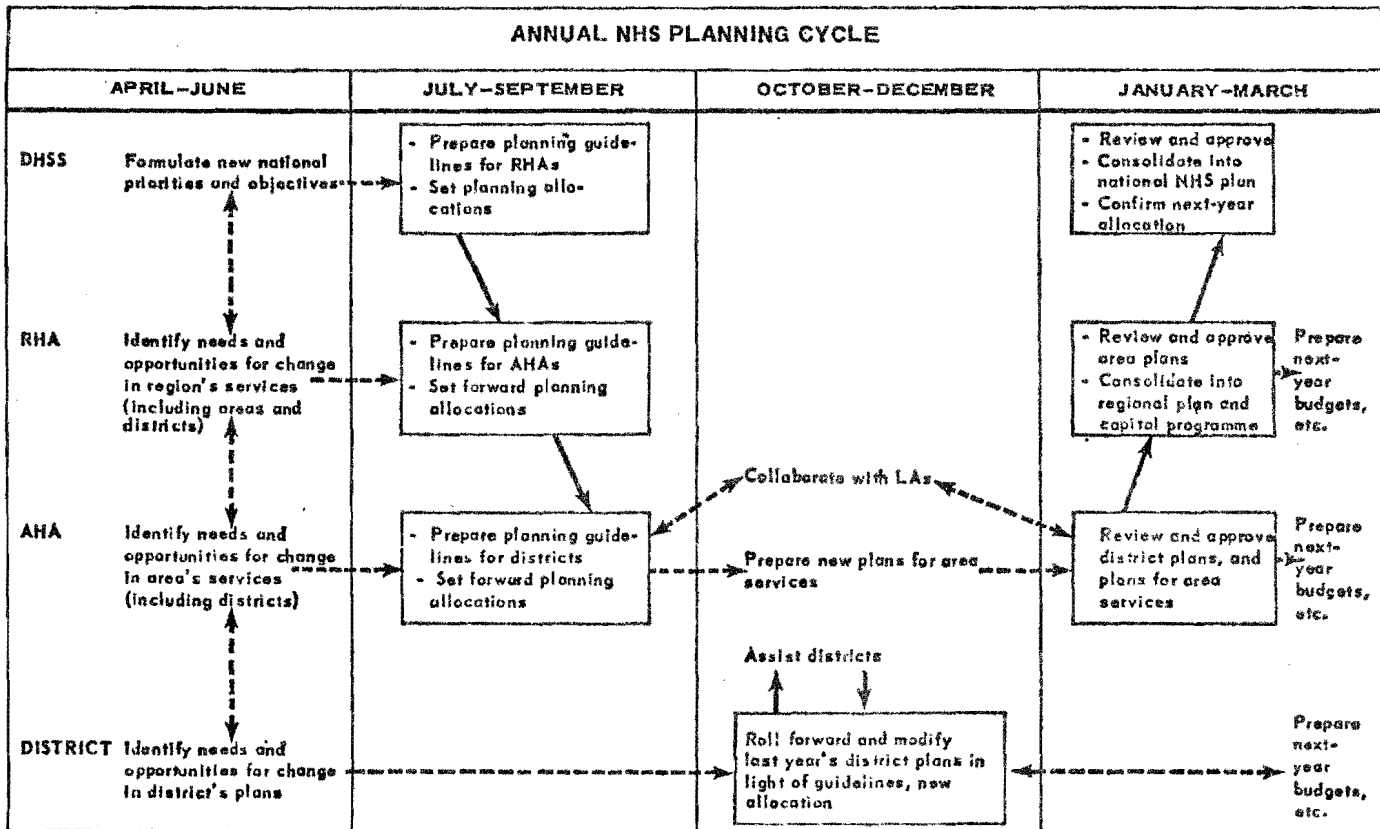
moelijkheden kunnen niet opgelost worden door individuele actie. Wood is weinig hoopvol gestemd als hij opmerkt dat de NHS te log en te hiërarchisch is voor veel effectieve bezuinigingen.

5.1 PLANNING EN MONITORING (K5, K48)

Een der doelstellingen bij de reorganisatie was het streven naar een doelmatige planning. Naast planning wordt het begrip "monitoring" geïntroduceerd: dit is het proces waarbij feitelijke prestatie voortdurend vergeleken wordt met de in het plan gestelde norm. Bij afwijkingen vindt actie plaats door aanpassing van de norm of beïnvloeding van de prestaties, onder handhaving van de kwaliteit.

Er dient onderscheid gemaakt te worden tussen "monitoring relationships" en "managerial relationships". In het eerste geval is er geen sprake van verantwoordelijkheid voor de prestaties, er is geen gezagsrelatie. Er is veeleer sprake van een "overtuigingsrelatie".

In het planningsproces spelen alle niveaus binnen de NHS hun rol. De figuur geeft schematisch het jaarlijks planningsproces weer.



1. De staatssekretaris stelt doelstellingen en prioriteiten vast, tevens maakt hij een vierjarenplan, waarin een indicatie wordt gegeven van de hoeveelheid geld, waarover de N.S kan beschikken. Op grond van hun eigen beleid en de voorstellen van de R.H.A.'s worden de beschikbare middelen over de regio's verdeeld.
2. Vanuit de R.H.A. vindt een soortgelijk proces plaats t.o.v. de areas.
3. Vanuit de A.H.A. vindt een soortgelijk proces plaats t.o.v. de distrikten.
4. Het distrikt is de basis waar de plannen worden gemaakt in nauw overleg met de Area Team Officers en onder de beperking van de beschikbare middelen.
5. Veranderingen in plannen op distriktsniveau worden voorgelegd aan en gekoördineerd door de A.H.A. en zo verder binnen de structuur aan de hogere niveaus doorgegeven. Hierna kunnen - na eventuele goedkeuring - additionele middelen versprekt worden ter verwezenlijking van de voorstellen. Goedkeuring is altijd afhankelijk van nationale voorschriften en regionale prioriteitsregels.
6. Op distriktsniveau worden de D.M.T.'s bij hun planningswerk bijgestaan door Health Core Planning Teams, multidisciplinaire groepen, bestaande uit : artsen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers e.d., die adviseren m.b.t. specifieke onderwerpen, zoals : bejaarden, geestelijk gehandicapten.
(Zie schema in 6.3)

5.2 TOEWIJZING VAN DE MIDDELEN (Resource Allocation) (K2, K3, K28)

Een van de doelstellingen van de reorganisatie luidde : planning op lange termijn en dienovereenkomstige toewijzing der middelen. Een en ander zal in het onderstaande worden toegelicht.

Zoals uit het vorige hoofdstuk is gebleken, zijn de ziekenhuiskosten de afgelopen jaren enorm gestegen. Uit statistieken blijkt echter dat de ziekenhuisvoorzieningslechts een klein deel uitmaakt van de totale gezondheidszorg; slechts 2½% van het totaal aantal patiënten wordt in het ziekenhuis behandeld. Hieruit blijkt dat de nadruk zal komen te liggen op de extramurale zorg; dus "community based general service" i.o.v. "hospital based general service".

Een effectieve heropbouw van de NBS vereist een herverdeling van kundig en vaak schaars personeel. Het blijkt dat de arbeidskosten ongeveer 70% van de totale ziekenhuiskosten uitmaken en dat daarom "manpower control" in het bijzonder belangrijk is om enige greep te krijgen op de kostenontwikkeling. Daarnaast kan het beïnvloeden van de klinische diagnostische kosten door het kostenbewustzijn van de medische professie te doen toenemen, een stap in de goede richting zijn.

Kenneth Lee' spreekt van een tendens naar "economic approaches": kosten-baten-

* Kenneth Lee is verbonden aan "The Nuffield Centre for Health Services Studies", University of Leeds (KO)

analyse, kosten-effectiviteitsanalyse.

Een zeer belangrijk punt waarop thans zal worden ingegaan, is de kwestie van de toewijzing van de middelen. De middelen gaan van de minister van financiën via het Department of Health and Social Security (DHSS) naar de veertien R.H.A.'s. De R.H.A.'s wijzen de gelden toe aan de A.H.A.'s en betalen de salarissen van specialisten en consultants. De A.H.A.'s stellen de gelden per district vast, financieren de community health services en doen geld toevloeien aan de family practitioner committee administration (zie voor een schematische weergave van de geldstroom blz. 13). Er wordt thans wel aandacht besteed aan de vraag op grond van welke criteria de middelen moeten worden toegewezen.

TOEWIJZINGSCRITERIA

In feite zijn het de regio's (R.H.A.) die de criteria vaststellen. Tot voor 1971 ontving de Regional Hospital Board naast de middelen die voldoende waren om het bestaande niveau van de voorzieningen te handhaven, een bedrag bestemd voor ontwikkelingsdoeleinden, zgn. "ice on the cake" (Kenneth Lee, K₀). Na 1971 is er een drietal criteria waarop de toewijzing is gebaseerd :

1. de bevolking in de regio
2. het aantal bezette bedden
3. de "case flow" (patiënten stroom).

Na de reorganisatie werd de vraag weer actueel hoe de middelen over de regio's verdeeld moesten worden, gezien de scheiding die tot stand gebracht was tussen de ziekenhuis- en gemeenschapsdiensten. De Working-party of Health Service Employees en het Department of Health Officers deden de volgende aanbeveling :

1. de gemeenschapsvoorzieningen zouden centraal gefinancierd moeten worden op basis van de omvang van de bevolking (inwonersaantal)
2. de ziekenhuisvoorzieningen zouden in grote mate gefinancierd moeten worden op basis van bevolkingsomvang en case flow. In een situatie waar geen sprake is van economische groei is een adequate toewijzing van middelen alleen mogelijk wanneer gelden van een regio overgebracht kunnen worden naar een andere regio. Daarom zullen sommige regio's dit jaar minder krijgen en andere meer. In dit verband dient erop gewezen te worden, dat bij de huidige verdeling der middelen m.n. de gebieden rond Londen het meest bevoorrecht zijn. De ongelijkheid beperkt zich niet alleen tot financiële middelen, maar bestrijkt tevens het terrein van "arbeid". Het is nl. zo, dat de "arbeid" gaat in die richting waar het geld gaat, en dat arbeidsschaarste derhalve te herleiden is tot een ongelijke verdeling der gelden.

Het verdelingsprobleem doet zich niet alleen voor in de regio's maar eveneens in de area's en de districts. Om de kosten te beheersen en de middelen evenredig te verdelen bestaat er behoefte aan lange-termijn planning, waarvan de contouren al duidelijk zichtbaar zijn.

5.3 DE HERVERDELING NADER BEZIEN

Wanneer wordt gesproken over herverdeling van middelen volgens nieuwe prioriteiten, betekent dat in de arbeidsintensieve voorzieningen herverdeling van de arbeid door overplaatsing met evt. herscholing. Dit betekent dat de verandering een lange periode zal beslaan of dat, indien er additionele middelen aanwezig zijn, de nieuwe prioriteiten gefinancierd kunnen worden. Daar waar beleidsveranderingen geld kosten, betekent het verwezenlijken ervan :

- het duurt lang; of er is sprake van
- een aanzienlijke kostenstijging.

Waarom meer geld uitgeven? De meest duidelijke reden zou kunnen zijn, dat meer geld de gezondheid verbetert. Er is echter nauwelijks een directe relatie tussen het niveau van uitgaven aan de gezondheidsvoorzieningen en de volksgezondheid. Inderdaad is de volksgezondheid de afgelopen jaren verbeterd zoals daling van mortaliteitsratio, daling van kindersterfte etc. aantonen. Er is echter geen bewijs dat deze daling zich heeft voorgedaan vanwege de NHS. Dergelijke veranderingen hebben zich ook in het buitenland voorgedaan, waar het systeem van de gezondheidszorg verschillend is. Als het zo moeilijk is om een causaal verband te leggen tussen verbeterde gezondheid en de prestatie van de NHS gedurende de afgelopen 25 jaar, dan kan men zich afvragen of een verhoging van 2-4 % per jaar meetbare resultaten tot gevolg heeft. Maar voordat op de uitgaven wordt besnoeid vanwege het ontbreken van een causale relatie tussen uitgaven en verbeterde gezondheid, en gelden worden overgeheveld naar bijv. verbeterde gezondheidsvoorlichting is het essentieel om enkele alternatieven te bekijken t.a.v. het stijgende NHS-budget.

De stijgende throughput van de NHS wijst op een zich voortzettende stijging van het aantal in ziekenhuizen verpleegde patiënten. Van 1962-1972 steeg het aantal per 1.000 van 96 naar 115,7, dit is een stijging van 20 %. Hieruit mag niet geconcludeerd worden dat er sprake is van een autonome stijging, nl. dat de vraag onafhankelijk is van en niet beïnvloed wordt door de NHS. Echter, wat te denken van de veronderstelling dat de vraag in grote mate het beleid van de medische professie weerspiegelt en dat doktoren lege bedden verafschuwen en hun best doen ze te vullen? Naarmate middelen toenemen worden normen voor toelating in het ziekenhuis minder stringent. Kortom, de NHS is een mechanisme dat nieuwe vraag oproept. (Dit kan op zich een wenselijke doelstelling zijn : er kan beweerd worden dat in een tijd waarin er sprake is van een stijgende levensstandaard het juist is dat patiënten eerder in het ziekenhuis worden opgenomen.)

Een tweede diskutabele veronderstelling, die ten grondslag ligt aan het gebruiken van patiënten-statistieken als maatstaf voor output, is het geloof dat een stijging van het aantal toegelaten nieuwe ziekenhuispatiënten een te-

ken van succes is. Het kan echter ook worden uitgelegd als een falen van de preventieve gezondheidszorg.

Gegeven, dat het moeilijk is de uitgaven voor gezondheidsvoorzieningen te relateren aan een verbetering van de volksgezondheid, en gegeven dat het gebruik van throughput-gegevens weinig nuttig is, zullen we enkele andere doelstellingen van de Expenditure White Paper bekijken. De basisdoelstellingen zijn: daar hulp verlenen waar behoefte bestaat; het uitroeien van ongelijkheid van voorzieningen in verschillende area's; het ontwikkelen en gebruiken van nieuwe technieken op medisch terrein en in het algemeen het verbeteren en verbreden van de reeks van beschikbare voorzieningen.

De uitbreiding van de voorzieningen moet worden gezien tegen de achtergrond van een toenemende bevolkingsomvang, alsmede een ouder wordende bevolking; kortom demografische factoren die een stijging van $\frac{1}{2}$ -1 % vragen om in de gestegen behoefte te voorzien. Wat is echter behoefte? Hoe wordt het gedefinieerd? Is er een verschil tussen behoefte en vraag? Zo kunnen gelijke behoefte-niveaus leiden tot een verschillende vraag naar diensten, en het is niet altijd de behoefte die duidelijk het grootst is, die in de vraag wordt weergegeven. Is een wachtlijst een maatstaf van behoefte? Zo ja, dan kan een kwantificeerbare doelstelling zijn het reduceren van de wachtlijst; echter een wachtlijst kan ook duiden op een gebrek aan ervaren leiding om van de middelen een optimaal gebruik te maken, of kan wijzen op een gebrek aan middelen. Een andere mogelijke indicatie van behoefte is de grootte van het bedrag dat uit particuliere middelen wordt betaald. Dit blijkt echter de laatste jaren constant te blijven. Particuliere uitgaven kunnen wel een duidelijk falen aan het licht brengen. Een voorbeeld hiervan was de particuliere markt voor abortus.

Het uitroeien van de ongelijkheid kan volgens

- a) het "non discrimination" principe : alle area's dezelfde voorzieningen
- b) het "equity" principe : het relateren van middelen aan de speciale omstandigheden van de individuele area's.

Het huidige beleid schijnt gebaseerd te zijn op een compromis tussen het "non discrimination" principe en het "equity" principe". Het uitbannen van ongelijkheid in het toekennen der middelen aan de verschillende regio's zal moeten worden gerealiseerd door het toepassen van een formule die de uitgaven primair relateert aan de bevolkingsomvang en daarbij rekening houdt met enkele demografische en andere factoren, zoals het aantal bejaarden, gehandicapten etc. Het streven naar gelijkheid kan echter tot inefficiency leiden, als gevolg van het spreiden (uitsmeren) van de middelen.

Het ontwikkelen en toepassen van nieuwe medische - en daarmee verwante technieken en i.h.a. het verbeteren en verbreden van de reeks van beschikbare diensten is de volgende doelstelling. De doelstelling is echter te algemeen om de consequenties ervan te kunnen analyseren. Immers, nieuwe technieken kunnen kostenbesparend zijn en zelfs het aantal ziekenhuisopnames doen dalen. Nieuwe technieken kunnen daarentegen ook van toepassing zijn op open harttransplanta-

ties.

De demografische doelstelling houdt in : het voldoen aan de behoefte van een stijgende en steeds ouder wordende bevolking. Dat een groeiende bevolking meer voorzieningen behoeft vloeit voort uit de impliciete veronderstelling dat de bestaande voorzieningen voldeedig benut zijn en dat er geen reservecapaciteit is. Daarnaast is er bij ouderen meer behoefte aan hulp.

Vervolgens is er het efficiency-criterium : medische hulp die het leven verlengt, zonder de economische activiteit te verlengen, is een verlies voor de maatschappij in puur economische zin. Hiertegenover staat echter dat als meer geld zou worden geïnvesteerd in medische zorg, die gericht is op herstel, dit de kosten zou kunnen drukken van het verplegen van bejaarden in tehuizen voor chronisch zieken.

Tenslotte komen we terug op het "non discrimination"- en "equity" criterium. De bejaarden moeten dat deel krijgen overeenkomstig hun aantal. Dit is echter een niet adequate maatstaf : zij zouden meer moeten krijgen omdat zij niet van andere voorzieningen gebruik maken, zoals opleiding e.d., en omdat hun slechtere gezondheid meer zorg vraagt. Er kan echter als tegenargument worden aangevoerd dat het meeste geld in jonge mensen geïnvesteerd moet worden, vanwege het grootste economische rendement. Dit is sociaal echter onaanvaardbaar en zoals de White Paper dan ook terecht benadrukt : het stijgend aantal bejaarden rechtvaardigt stijgende kosten. Uit cijfers blijkt dat de bejaardenvoorzieningen relatief minder hebben geprofiteerd van de uitgavestijging van de NHS dan de overige voorzieningen. Het blijkt dat er duidelijke verschillen zijn in de voorzieningen als ook in het uitgave-niveau tussen de regio's, districten, lokale overheden. Het is dus van belang te weten of het doel van het beleid gericht is op een verandering van de prioriteiten. Zulke vragen doen een aantal problemen oproepen. Het "non discrimination" criterium veronderstelt dat de uitgaven evenredig per hoofd worden verdeeld; het "equity" principe stelt extra uitgaven voor aan groepen of gebieden met speciale behoefte; het efficiency criterium komt tot de conclusie dat bepaalde diensten in het geheel niet voldoen als ze niet op grote schaal worden toegepast, althans groot genoeg om effectief te zijn. Een ander probleem is ook de relatie tussen de lokale overheid en de centrale overheid t.a.v. het samenwerken in alternatieve beleidsmogelijkheden en in de uitvoering daarvan. Wij zullen hier niet nader op ingaan en willen volstaan met er op te wijzen dat er grote verschillen zijn in voorzieningen die vallen onder de centrale overheid, maar dat de verschillen tussen de voorzieningen die vallen onder de lokale overheid nog groter zijn. Dit kan enerzijds leiden tot het verlenen van meer autonomie aan de lokale overheden in de veronderstelling dat meer vrijheid leidt tot meer variatie, meer innovatie en kortom betere spreiding; anderzijds kan dit leiden tot meer controle van bovenaf.

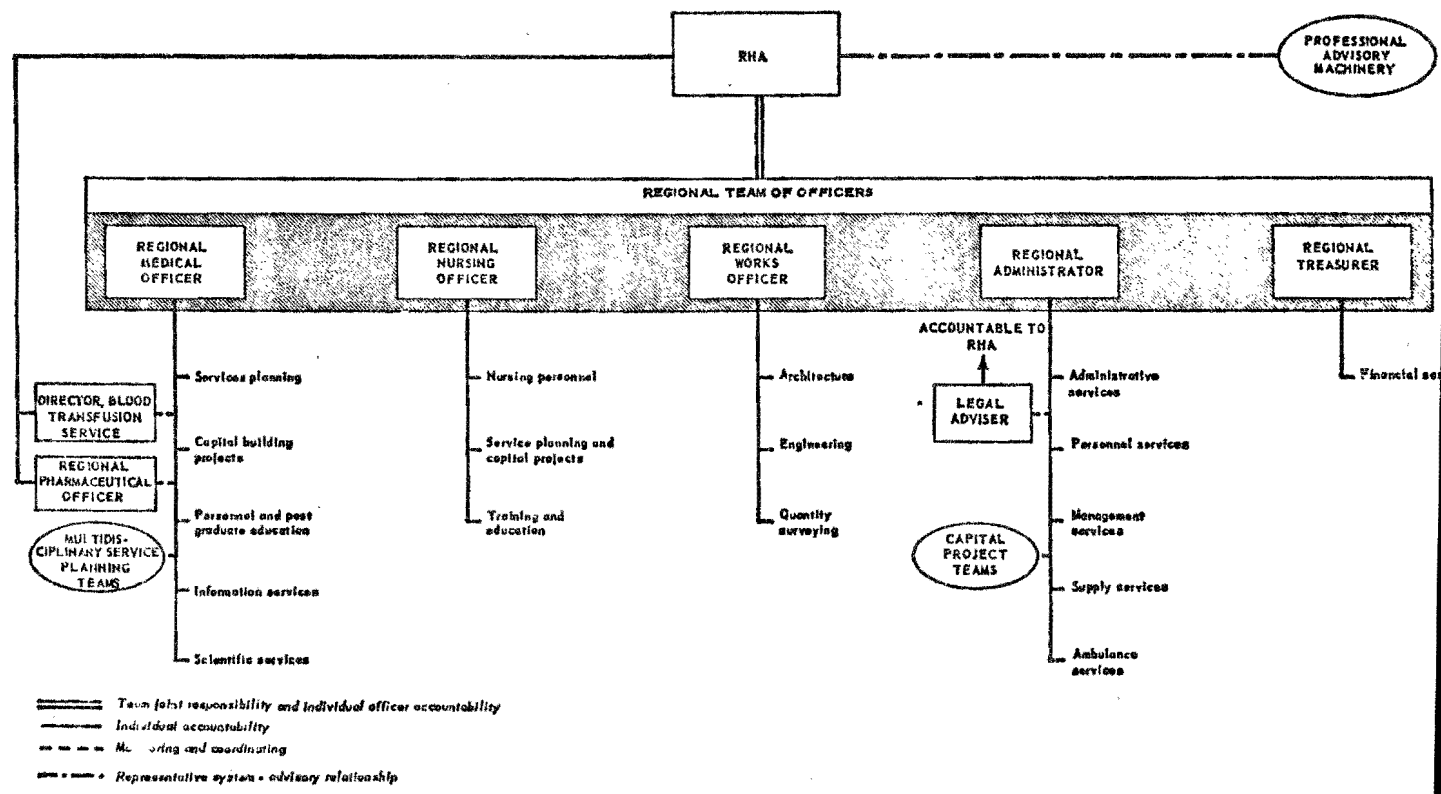
Tot slot van dit hoofdstuk willen wij benadrukken dat een groot aantal, met name financiële problemen kunnen worden toegeschreven aan de miserabele toestand van de Engelse economie met een inflatie van meer dan 20 % en een aanzienlijk tekort op de betalingsbalans. Daarnaast wordt het land geplaagd door tal

van stakingen. Maar ondanks deze slechte omstandigheden, kan geen land ter wereld de fundamentele kwestie oplossen hoe de bevolking te voorzien van een maximale gezondheidszorg op basis van acceptabele kosten voor de gemeenschap. Geen land kan voorzien in een gezondheidszorg-systeem dat de totale behoefte bevredigt.

6.0 ENKELE ONDERDELEN UIT DE STRUKTUUR NADER TOEGELICHT (K₀, K₅, K₆)

6.1 DE REGIONAL HEALTH AUTHORITY

FRAMEWORK OF THE RHA ORGANISATION



Engeland is ingedeeld in 14 regio's die elk bestuurd worden door een Regional Health Authority (R.H.A.). De leden van de R.H.A. (15 in getal) worden allen benoemd door de staatssecretaris.

De R.H.A. is verantwoording schuldig aan het Department of Health and Social Service (D.H.S.S.). In samenwerking met het D.H.S.S. stellen de R.H.A.'s richtlijnen vast waarbinnen de R.H.A.'s hun werk dienen uit te voeren. De plaats van de R.H.A.'s in de "planning and monitoring" cyclus staat in hoofdstuk 5.1.

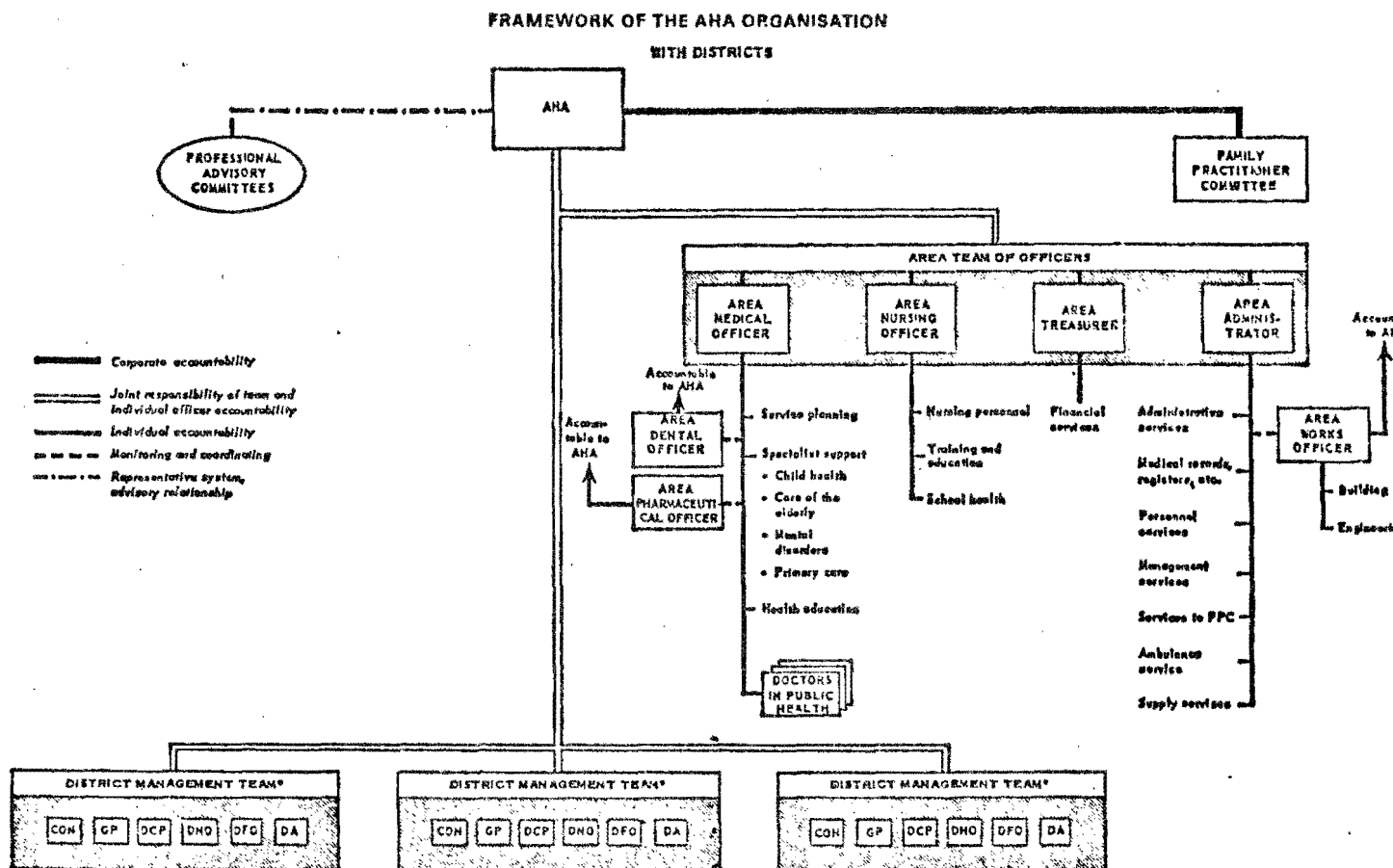
Tot de taken van de R.H.A. behoren

- functies die op zo groot mogelijke schaal gecoördineerd dienen te worden , zoals het bouwbeleid, een computercentrum en de ambulance-diensten.
- "management service" : het verschaffen van informatie aan de medische staf, het ontwikkelen van nieuwe salarissystemen, het op gang brengen van een dia-

... loog tussen statistici en administrators enz.
 - het uitvoeren van research-opdrachten. Aan de hand van de resultaten van deze research-opdrachten wordt bepaald of invoering in andere regio's wenselijk is.

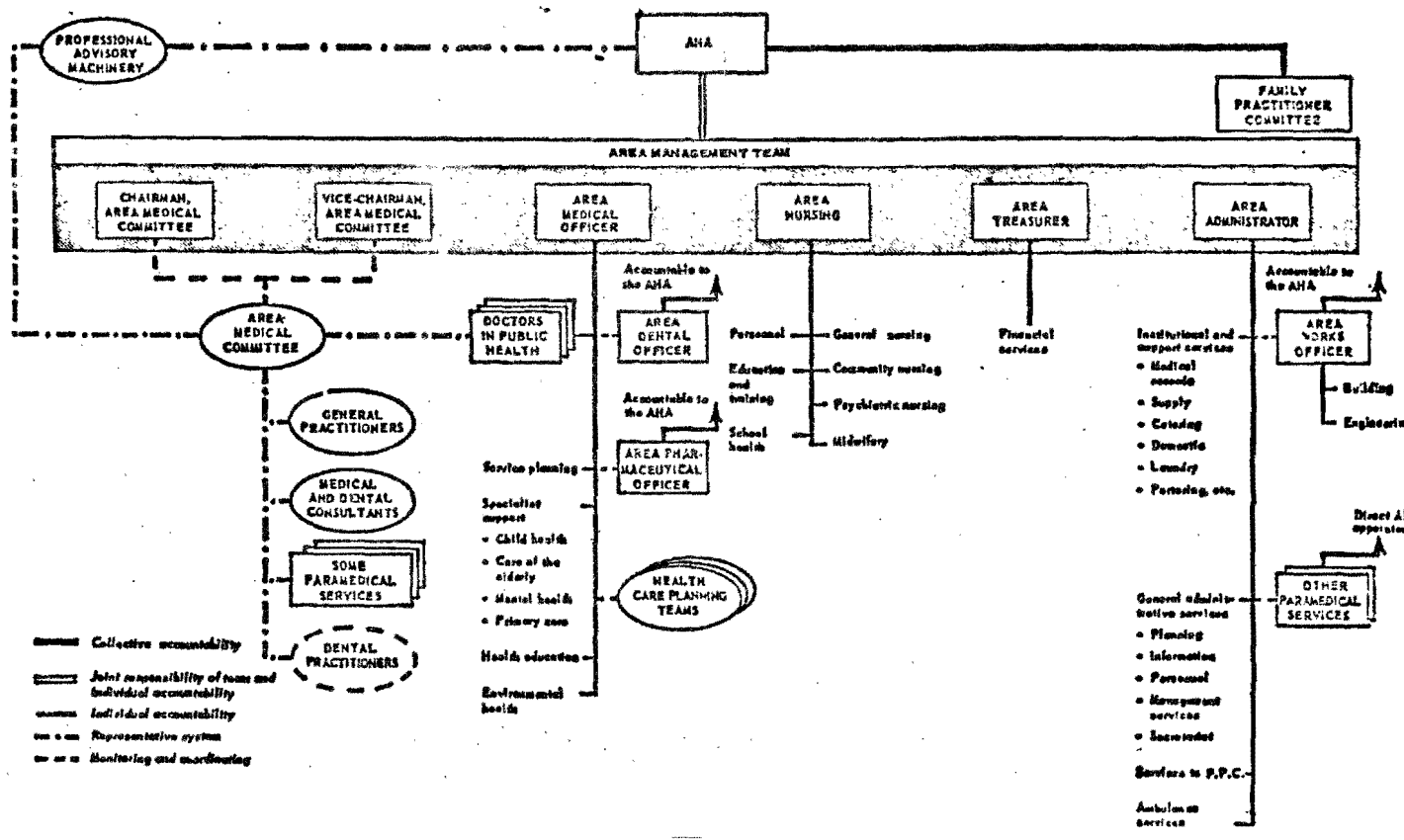
6.2 DE AREA HEALTH AUTHORITY

Aan het hoofd van een Area staat de Area Health Authority (A.H.A.). Er moet onderscheid gemaakt worden tussen Area's, opgebouwd uit verscheidene distrikten en zgn. "single district area's". Dit wordt verduidelijkt in onderstaande schema's :



Hierboven staat het organisatieschema afgebeeld voor de Area's met diverse distrikten; op de volgende pagina het overeenkomstige schema voor de "single district area's".

FRAMEWORK OF THE AHA ORGANISATION
WITHOUT DISTRICTS



Iedere A.H.A. telt 15 leden, van wie er vier benoemd worden door de locale overheid. De anderen worden aangesteld door de R.H.A.'s, behalve de voorzitter, die direct door de staatssecretaris benoemd wordt. Alleen de voorzitter wordt betaald voor zijn werk.

De A.H.A. is als geheel verantwoording schuldig aan de R.H.A.

De A.H.A. wordt bijgestaan door de Area Officers, die het Area Team of Officers (A.T.O.) vormen. In single district area's vormen de Area Officers het Area Management Team (A.M.T.), vergelijkbaar met het District Management Team in multi district area's. Het A.T.O. is vrij invloedrijk.

In multi district area's heeft de A.H.A. de taak het werk in verschillende districten op elkaar af te stemmen en de belangen van verschillende districten tegen elkaar af te wegen.

Hoewel de D.M.T.'s niet een directe relatie met het A.T.O. hebben, is in praktijk een goede samenwerking noodzakelijk. Bij het nemen van beslissingen zal de A.H.A. meer waarde hechten aan adviezen van het A.T.O. dan van een D.M.T., niet alleen omdat het A.T.O. beter overzicht heeft, maar ook omdat de contacten tussen A.T.O. en A.H.A. veel beter zijn.

Een van de belangrijkste taken van de A.H.A. is het overleg met de locale overheid. De belangrijkste schakel hiervoor is het Joint Consultative Committee, dat in praktijk echter nauwelijks (nog) functioneert. Verder wordt een deel van de A.H.A.-leden benoemd door de locale overheid.

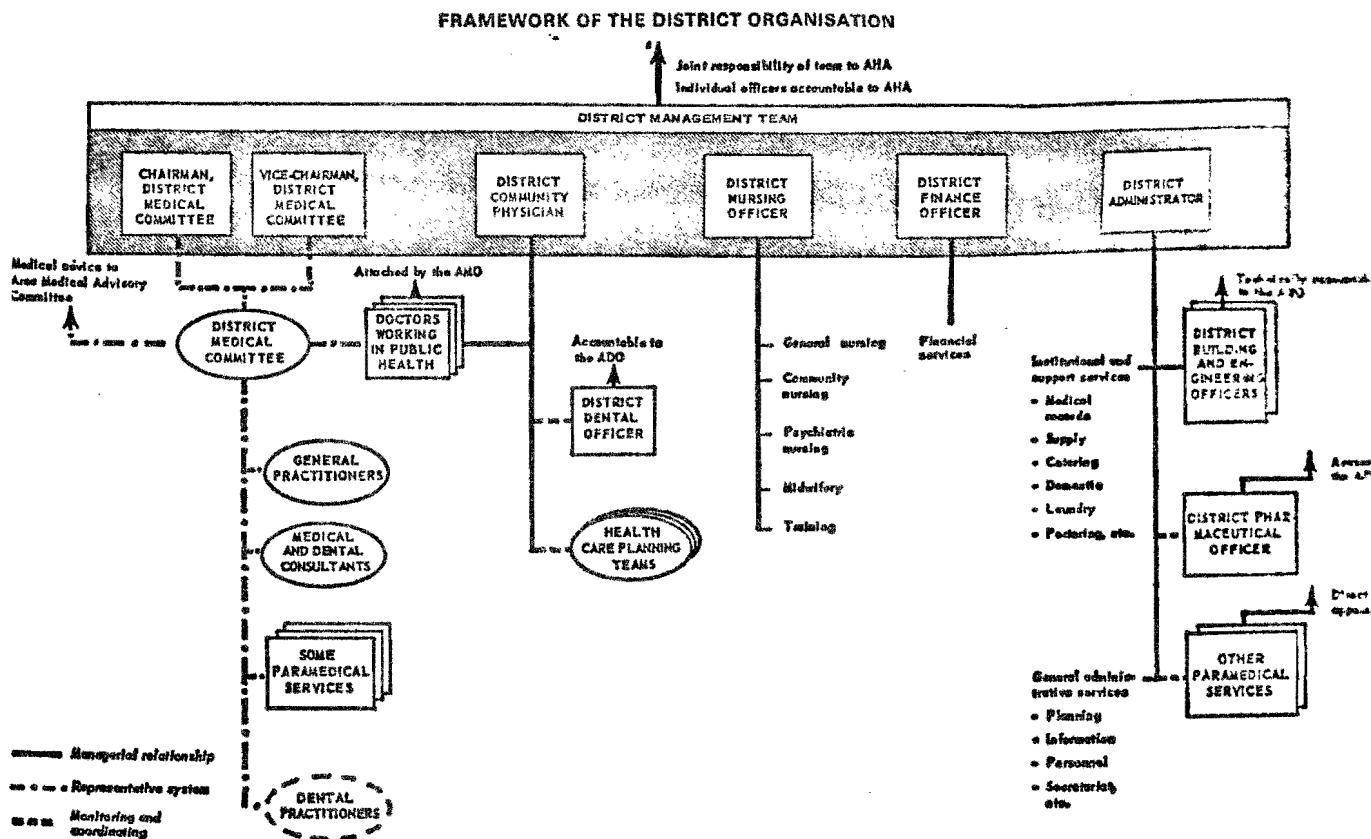
In het bijzonder dienen nog vermeld te worden de Teaching Area's, d.w.z.

area's met een medische faculteit in hun gebied. In deze area's worden minstens twee leden toegevoegd aan de A.H.A. door de universiteit (A.H.A.(T.)). De A.H.A.(T.)'s ontvangen een deel van hun financiën direct van het Departement.

6.3 HET DISTRICT MANAGEMENT TEAM

- Als de belangrijkste kenmerken van het DMT kunnen genoemd worden :
- dat er integratie plaatsvindt van het hele gebied van voorzieningen voor de gezondheidszorg, zowel uitvoerend als beleidsvoorbereidend;
 - dat er participatie van specialisten en huisartsen in het management-proces plaatsvindt.

Hieronder is het organisatieschema van het district weergegeven :



Het DMT bestaat uit een huisarts, een specialist, de District Community Physician, het hoofd van de administratie, het hoofd van de verpleegafdeling en het hoofd van de afdeling financiën.

De twee artsen uit het DMT worden gekozen, de anderen zitten uit hoofde van hun functie in het DMT.

De District Community Physician coördineert het werk van alle Health Care Planning Teams. Een probleem is echter dat een distrikt slechts een klein gebied omvat. De taak van de DCP is verder niet zo duidelijk omschreven. Een probleem is ook hier dat geldgebrek veel werk bemoeilijkt. De District

Administrator is het hoofd van de administratie. Hij heeft een groot aantal mensen onder zich. Binnen het DMT fungeert hij meestal als voorzitter. Bij een goede verstandhouding tussen artsen en DA heeft hij een zeer belangrijke plaats. De artsen laten dan graag veel aan hem over.

De District Finance Officer en de District Nurse Officer werken beiden in een duidelijk afgebakend gebied. Ze zijn deskundige op hun gebied. Binnen de DMT wordt van hen verwacht dat ze meedenken en beslissen over de gezondheidszorg als geheel, en ook dat anderen meedenken en beslissingen nemen aangaande hun terrein. Dit levert nog wel eens problemen op.

Het DMT neemt beslissingen op basis van algehele overeenstemming (consensus management). Over het algemeen wordt doorgepraat tot een eensluidende beslissing genomen kan worden. Als er binnen het DMT geen overeenstemming is, kan het probleem doorverwezen worden naar de AHA. In praktijk komt dit niet of nauwelijks voor. Het distrikt wil zijn eigen zaken opknappen. Artsen, vooral specialisten, hebben er moeite mee dat niet-medici steeds meer belangrijke beslissingen kunnen nemen, en zien vergaderen als tijdsverspilling.

6.4 ONE TIER TOO MUCH?

De meest gehoorde kritiek op de nieuwe organisatie is de aanwezigheid van teveel niveaus. De organisatie kent in zijn huidige vorm vier niveaus: de DHSS, de RHA, de AHA en het DMT. Drie niveaus zouden genoeg zijn geweest. Chester vergelijkt de huidige organisatievorm dan ook met een auto op vijf wielen. Iedere organisatie heeft een centraal hoofdkwartier, in dit geval het Department of Health, heeft operationele eenheden, de districten. Maar heeft het meer dan één interveniërend niveau nodig voor planning and control?

Chester en velen met hem betwijfelen dit en beschouwen dan ook de RHA of de AHA als overbodig. Veel bedenkingen worden geuit tegen de AHA en de ATO. Er doen zich nl. problemen voor in de relatie tussen de leden van het DMT en de ATO. Tussen deze twee niveaus bestaat een "monitoring relationship" en niet een "managerial relationship". De konsekwentie hiervan is dat er tussen de beide niveaus geen lijnrelatie bestaat. Als de leden van het DMT ervaren dat elk geschil dat ze met de area officers hebben, automatisch in het voordeel van de laatsten wordt beslist, dan zullen zij hun gevoel voor lokale autonomie verliezen en zal een fundamenteel doel van de reorganisatie, "sensitivity to the varying needs of different localities", bedreigd (aangetast) worden. Dergelijke problemen doen zich alleen voor in multi-district area's, niet in de single-district area's waar slechts één niveau is.

Ook dit bestaan van de regio is onderhevig aan veel kritiek en wordt veelal als overbodig beschouwd. De structuur van de NHS is een pyramide met een vezwaarde top. Een gevolg hiervan is dat de DHSS te veel geïsoleerd wordt van de operationele aspecten van de gezondheidszorg, en dat in de nieuwe struc-

tuur het regionale niveau georuikt wordt als een buffer die de bestending van de situatie waarborgt. Als tegenargument wordt wel aangevoerd dat het voor de DHSS tot aanzienlijke organisatorische problemen zal leiden contact te onderhouden met elk van de 90 area's zonder de hulp van een tussenliggend niveau.

Chester (K₃) wijst erop dat het hoogst ongewenst is dat in de nabije toekomst nog een reorganisatie plaatsvindt. Bovendien moet de reorganisatie niet los worden gezien van de reorganisatie van de lokale overheid. Wat de functie van de AHA en in het bijzonder de ATO ook moge zijn, de area-organisatie is een essentieel cross-over-point naar de local authorities, die de maatschappelijke voorzieningen beheersen. Iedere toekomstige herbezinning over de structuur van de NHS zal dan ook moeten samenvallen met een herziene planning van het local authority systeem.

6.5 COMMUNITY HEALTH COUNCIL (K₅, K₁₉, K₃₇, K₃₈)

Met de reorganisatie van 1974 deed een nieuwe instelling zijn intrede binnen de NHS. In ieder district werd een Community Health Council opgericht (CHC). De doelstelling der CHC's is : daadwerkelijk gestalte geven aan het meedenken en meepraten van "het publiek" over zaken betreffende de gezondheidszorg. De Councils bestaan uit ongeveer dertig leden, van wie de helft wordt aangesteld door de plaatselijke overheid; de overigen zijn door vrijwilligersorganisaties afgevaardigd of zijn individuen, die een persoonlijke bijdrage willen leveren. De voorzitter en vice-voorzitter ontvangen een geldelijke toelage en zij worden door een sekretaris bijgestaan.

Waar houden de Councils (die eens per maand bijeenkomen) en de vele subkommissies zich nu zoal mee bezig? In het algemeen: de doelgerichtheid van de dienstverlening in het distrikt en de toereikendheid in relatie tot de vraag. De CHC wordt ook geacht initiatief te o tplooiën en eventueel een constructief-kritische houding aan te nemen tegenover de AHA. Alle veranderingen in de dienstverlening, van welke aard ook, dienen besproken te worden. Voorts : belangenbehartiging van de patiënt in de meest ruime zin des woords. Ook dient de CHC als doorgeefluik te fungeren voor klachten van plaatselijk niveau naar Area niveau. De CHC moet zo nauw mogelijk kontakt houden met de achterban, via publikaties, excursies e.d. Kortom. zomaar een greep uit de vele mogelijke taken die de CHC zich kan stellen.

Hoe is de realiteit? Is de CHC werkelijk een inspraakorgaan, dat aan de basis een waardevolle bijdrage levert als spreekbuis van "de gewone man" of is het slechts een fopspeen, die de mensen zoet houdt, een holle boom in het bos, die niet essentieel is voor het systeem?

Uiteraard zijn - ook hier - de meningen verdeeld. Er zullen verschillen zijn in de wijze waarop de verschillende Councils functioneren, afhankelijk van de capaciteiten en de inzet der betrokkenen enerzijds en van de interesse en betrokkenheid van de bevolking anderzijds.

Om enig inzicht te krijgen besloten we naar een bijeenkomst van de CHC in Bolton te gaan. Het grootste gedeelte van de leden was bij deze zitting aanwezig, en de agenda telde maar liefst meer dan twintig punten. Veelal waren het verslagen van wat zich zoal in de subkommissies had afgespeeld. Er was een publiciteitskommissie, een literatuurkommissie, een kommissie die allerlei bezoeken regelde, enz.

Eén van de punten was dat zeer veel mensen niet wisten wat eigenlijk de CHC was en wat tot hun werkterrein gerekend kon worden. Daartoe werden allerlei suggesties gedaan ter verbetering van de bekendheid onder het grote publiek van de toch essentiële functie van de CHC. Hoe weinig in dit distrikt de CHC tot de verbeelding van de mensen sprak, bleek wel uit het feit dat de sekretaris meer dan een jaar lang eens per week spreekuur hield voor mensen die klachten hadden over zaken die betrekking hadden op de NHS, en al die tijd slechts één geval te behandelen heeft gekregen! Lofwaardig was echter het besluit niet te stoppen met dit spreekuur, maar er dmv. de lokale pers meer bekendheid aan te geven.

John Pantall vertelde ons dat vele CHC's aanmerkelijk beter functioneerden, maar voegde er haastig aan toe dat ook vele CHC's misbruikt worden, doordat ochtgenotes van artsen erin zitting nemen, veelal als vertegenwoordigster van één of andere liefdadigheidsvereniging, om zodoende de macht van de geneeskundigen uit te breiden tot zelfs in dit inspraak-college, dat juist geformeerd is als tegenwicht voor de druk die voortdurend vanuit de hoek der geneeskunde op de ontwikkeling van de NHS wordt uitgeoefend. In de door ons bezochte CHC was dit volgens hem niet het geval.

Een aardige discussie ontspan zich op eerder genoemde bijeenkomst over het mogelijk sluiten van een soort crisis-interventie-centrum, waarna de patiënten bij opname naar een ander gedeelte van de stad zouden moeten worden gebracht. Dat hier duidelijk de belangen van de bevolking tegengesteld waren aan de financiële belangen, bleek al vrij spoedig, maar dat er sprake was van een hardnekkige belangenbehartiging door deze CHC zou wel een overdreven uitspraak zijn. Men vroeg de voorzitter of hij zich nog eens met het probleem wilde bezig houden en stapte over naar een volgend, minder belangrijk punt.

Halverwege de vele uren durende vergadering verlieten we de zaal, nimmermee meteen de publieke belangstelling tot één-derde reducerend.

6.6 DE RELATIES TUSSEN GEZONDHEIDSZORG EN MAATSCHAPPELIJK WERK (K₀)

Tot voor kort waren maatschappelijk werkers in dienst van ziekenhuizen, justitie of lokale overheid. Nu wordt al het maatschappelijk werk overkoepeld door de lokale overheid. Voor goede samenwerking met andere diensten is een gelijke gebiedsindeling wel zeer wenselijk. Op 1 april 1974 zijn buiten Londen de grenzen van medische distrikten en bestuurlijke gebieden gelijk getrokken, in Londen echter niet. Dat levert in Londen dan ook de nodige problemen op.

Op bestuurlijk niveau vindt samenwerking plaats in de Health Care Planning Teams. De samenwerking tussen artsen en maatschappelijk werkers begint op gang te komen in sommige gezondheidscentra.

6.7 DE HUISARTSEORGANISATIE (K₀, K₅)

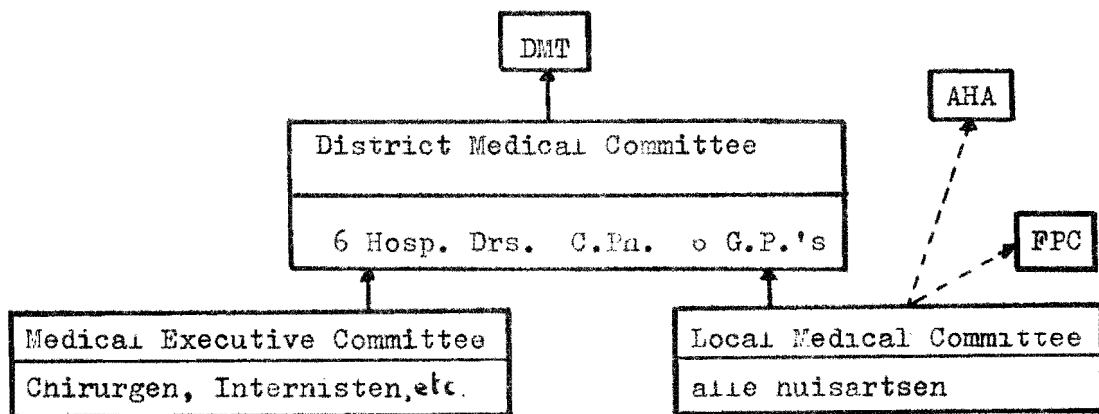
De structuur

Op distriktsniveau is de Family Practitioner Service de centrale instantie, die zich bezignoudt met de organisatie omtrent : huisartsen, apothekers, tandartsen en oogartsen. Zij hebben allen een onafhankelijk dienstverband op kontraktoasis.

De huisartsen, of General Practitioners (G.P.'s) vallen buiten de financiële structuur van de distrikten en zijn georganiseerd in het Local Medical Committee, een professioneel adviesorgaan.

Op Area-niveau vinden we het Family Practitioners Committee, dat rechtstreeks ressorteert onder het departement.

Vanuit het LMC worden zes G.P.'s afgevaardigd naar het District Medical Committee. Tezamen met zes Hospital Doctors en de Community Physician vormen zij op deze wijze een adviescollege voor het District Management Team.



Bovendien is het DMC van groot belang voor het contact tussen de G.P.'s en de Hospital Doctors. Het overkoepelende FPC bestaat uit dertig leden, vijftien beroeps, aangesteld door vertegenwoordigers der vier georganiseerde groepen, en vijftien leken, waarvan vier aangesteld door de gemeentelijke autoriteiten en elf door de AHA.

Bevoegdheden en taken

De FPS beschikt over :

1. wetgevende macht - vestigingsbeleid, vaststelling werktijden
2. disciplinaire macht - afsluiten van en controle op naleving contracten
3. administratieve macht - organisatie en onderhoud patiëntenbestand

De dienstverlening aan de huisartsen behelst in de praktijk :

- a. het afsluiten van arbeidskontrakten
- b. sekretariaats-/registratie-werkzaamheden
- c. het vaststellen van sekundaire arbeidsvoorwaarden
- d. de salarisregeling

Ad a : De FPS is verantwoordelijk voor het in voldoende mate aanwezig zijn van huisartsen op die plaatsen, waar dat nodig is. Zo nodig adverteert men, wanneer er vacatures zijn. Men werkt met een negatieve plaatsingspolitiek, dwz. dat men niet tegen de huisarts kan zeggen : "U moet zich daar vestigen", maar wel : "U mag zich daar niet vestigen". Op nationaal niveau tracht men de spreiding te bevorderen met behulp van het Medical Practitioners Committee. Dit klassificeert alle Area's als volgt :

- stimulatiegebieden : extra geld om artsen aan te trekken
- open area : geen specifieke geldelijke steun
- intermediate area : bij voorkeur geen nieuwe vestiging
- restricted area : absoluut geen vestiging toegestaan

Ad b : De FPS draagt zorg voor het up to date houden van de betrokken huisartsen. Hierbij is de computer nog niet ingeschakeld. Patiënten kunnen hun arts vrij kiezen. Artsen kunnen hen weigeren. "Moeilijke" patiënten worden door de FPS toegewezen. Bij afwezigheid zorgt de arts zelf voor een waarnemer (collega); bij langere absentie (vakantie, nascholing) via de FPS.

Ad c : Hieronder vallen zaken als het vaststellen van werktijden e.d. In principe zorgen de artsen zelf voor hun akkomodatie en hun personeel. Huur, rekeningen en 70% van het salaris van het personeel worden - binnen bepaalde grenzen - vergoed. Het regelen van afspraken en de overige organisatie is een zaak voor de artsen zelf.

Ad d : Het salaris is als volgt opgebouwd :

- vast basis-jaarsalaris
- extra voor elke patiënt op de lijst
- extra voor bepaalde leeftijdskategorieën

De controle op het naleven van de kontraktuele verplichtingen, het inspekteren van de praktijken is een taak voor het FPC. Men tracht invloed uit te oefenen op de kosten voor geneesmiddelen door publikaties over goedkopere vervangende middelen en door het publiceren van vergelijkende cijfers mbt. de aantallen voorgeschreven medicijnen per arts per maand.

Het is momenteel niet meer gebruikelijk, dat nieuwe huisartsen zich ves-

tigen in eenmanspraktijken ("single head"), maar veeleer in groepspraktijken (vier of meer artsen) of Health Centres, die sterk in aantal groeien.

Beroepsrecht van de patiënt

Bij klachten over een arts of diens behandeling kan de patiënt zich - al dan niet bijgestaan door deskundigen - wenden tot de FPS. De formele klacht wordt behandeld door een arbitrage groep, bestaande uit : drie artsen, drie leken en één voorzitter, allen met stemrecht, bijgestaan door de sekretaris van het bureau van de FPS. Als uitgangspunt bij geschillen geldt het kontrakt van de arts. Men kent de volgende sankties : reprimande; waarschuwing; financiële maatregelen ogv. kontraktbreuk; eventueel ontslag als huisarts. De jury-uitslag is bindend, beroep bij het departement mogelijk.

Over het algemeen vormen de huisartsen een hecht georganiseerde, tamelijk op zichzelf staande groep, die - in vergelijking met hun kollega's in de ziekenhuizen - betrekkelijk tevreden zijn. Wel zijn er klachten over de samenwerking met het sociaal werk en over de hoeveelheid administratief werk, die men moet verrichten ten behoeve van de sociale diensten.

6.8 DE GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG (K₁₇, K₁₈)

De G.G.Z. in Engeland is voor ons een vrij onbekend terrein gebleven, ondanks het feit dat we zeker in Manchester geprobeerd hebben hierover enige informatie te krijgen.

Natuurlijk kunnen we in het boekje "Mental Handicap" van het Office of Health Economics lezen hoe men zich de oplossingen voor de diverse problemen gedacht had, maar de schaarse informatie die wij konden krijgen gaf ons de indruk van een ronduit slecht werkend systeem. Belangrijk in deze meningsvorming was zeker de mening van drie onmladellijk bij de problemen betrokken personen, te weten een psychiater, verbonden aan een psychiatrische inrichting, een Family Practitioner en een Area Health Officer (Dr. Roy).

Laten we bij de laatstgenoemde beginnen. We vroegen Dr. Roy welke mogelijkheden er waren voor patiënten die, laten we zeggen, contactstoornissen of relatieproblemen hebben. Zijn antwoord was kort en krachtig : "Geen mogelijkheid om hier adequaat behandeld te worden." Toch bleken er wel degelijk psychiaters in deze streek aanwezig te zijn, maar dat waren een Egyptenaar en een Indiër, en om die relatieproblemen te laten oplossen tussen oijv. echtparen, zou op teveel cultuurgebonden denkpatronen spaak lopen. (De één is hier zelf met drie vrouwen aan ko-

men zetten, hoe kan die nou enig begrip voor onze problemen hebben?)

De sociale dienst probeert wel enige hulp te bieden, maar dat wil nog niet zo erg lukken.

De laatste opmerking hadden we al eerder gehoord, en wel op een bijeenkomst van de Manchester Business School, waar een family practitioner zich beklagde over het slecht functioneren van het maatschappelijk werk. Iedereen zou er alleen maar dikke rapporten produceren, maar werken in het veld was er niet bij. De gebrekkige samenwerking tussen de G.P.'s en het maatschappelijk werk kwam dan ook voor een groot deel voor rekening van de luiheid van leden van de sociale dienst. "Nooit heeft men tijd voor acute gevallen."

Soortgelijke kritiek uitte hij aan het adres van de psychiatrische dienst, die volgens hem niet goed inspeelde op de werkelijke problemen. Een aanwezige psychiater merkte later op dat de schuld hiervan lag in de organisatiestructuur van de NHS. Volgens hem was er te weinig mogelijkheid om te experimenteren met nieuwe behandelingstherapieën. Een krasse uitspraak, die later in de week zou worden aangevochten door zowel John Pantall als Prof. Chester. Bovengenoemde, vrij jonge psychiater, uitte zijn bewondering voor de theorieën van Foudraine, maar stelde onmiddellijk dat deze waarschijnlijk alleen te realiseren waren in Nederland (volgens hem op dit gebied een land van melk en honing!), maar zeker niet in Engeland.

Hoewel de verhalen van bovengenoemde personen vrij droevig klinken, kunnen we hieruit zeker niet konkluderen dat de GGZ in Engeland op een laag niveau staat, maar veel andere gegevens kunnen we over dit onderwerp niet presenteren, want daarvoor is onze veelgestelde vraag: "Hoe staat het met de GGZ in Engeland?" te vaak met alleen een vriendelijke glimlach beantwoord.

6.9 VERSLAG VAN HET BEZOEK AAN HET HOPE HOSPITAL

Het Hope Hospital is gelegen in het distrikt Salford, in de onmiddellijke omgeving van Manchester. De uniforme aanduiding van alles wat met de gezondheidszorg te maken heeft, bevordert de vlotte gang naar het ziekenhuis ten zeerste, en weldra zijn we dan ook in een vreemde mengeling van oude en nieuwe gebouwen, die tezamen het Hope Hospital vormen. Onze gastheren, Mr. Burns en Mr. Moore ontvangen ons en na een korte inleiding, waarin verteld wordt dat dit ziekenhuis als een gemiddeld Engels hospitaal kan worden beschouwd, vertrekken we onder leiding van Mr. Moore voor een rondleiding.

Via een lange, nogal onfris uitziende gang waarin patiënten zitten te wachten, lopen we naar het out-patiënt department, waar alle mogelijke vormen van eerste hulp geboden kunnen worden. Onze veronderstelling dat dit het oude gedeelte van het gebouw is, wordt vriendelijk lachend door onze gids ontkend: dit is het

nieuwe gedeelte. Opvallend is dat de behandelkamers gegroepeerd zijn rond de centraal gelegen wachtruimte, terwijl ze uitkomen op een gang die als voorraadruimte dienst doet.

De af- en aanrijdende ambulances stoppen voor een met tochtdeuren afgesloten gang, waarna de patiënten op een brancard het out-patient department kunnen worden ingereden. Ze komen dan in een, veel te nauwe, gang en om de behandelkamers in te kunnen draaien moeten de verplegers de brancard met het onderstel elke keer op tillen om hem telkens een klein stukje verder te kunnen draaien.

Na de polikliniek is het volgende gedeelte dat we bezoeken de zgn. five-days ward. Hier worden patiënten opgenomen die slechts ter observatie enige dagen in het ziekenhuis moeten blijven. Men heeft de mogelijkheid om gedurende deze termijn allerlei onderzoeken te doen en de gehele afdeling is hierop ingericht. Door deze concentratie van onderzoekspatiënten is het mogelijk, aldus het hoofd van de afdeling, om snel en efficiënt de onderzoeken te plannen en te verrichten. Er bestaat hiervoor nauwelijks een wachttijd.

Tot nu toe heeft het ziekenhuis op ons een nogal rommelige en niet erg hygiënische indruk gemaakt. De bedden die op de gang staan in afwachting van de verhuizing naar een ander gedeelte, zijn oud, lelijk maar bovendien erg smerig. De matrassen zijn vuil en er zitten grote vlekken op. Onze hoop dat de situatie op de volgende afdeling, de hartafdeling met een intensive care unit, wel beter zou zijn, blijkt echter ijdel. Enigszins verdwaasd kijken we de langwerpige zaal in en zien tot onze grote verbazing dat op deze afdeling zestien personen in vier verschillende modellen bedden liggen. Hoge, lage, oude smerige en een enkel vrij modern bed door elkaar. Het vriendelijke en welwillende hoofd van de afdeling legt uit dat gezien het speciale karakter van deze afdeling, deze niet al te groot mag zijn! Een kijkje achter het gordijn (de intensive care)? Ja natuurlijk, dat kan. Dit gedeelte ziet er inderdaad vrij redelijk uit. Elk bed (er zijn er drie) heeft een monitor, en er is allerlei reanimatieapparatuur voorhanden.

Na bedankt te hebben richten wij onze schreden naar het archief. Enkele grote kamers, van boven tot onder gevuld met kartonnen mappen. Hierin worden de medische gegevens van elke patiënt bewaard. Is het niet brandgevaarlijk, in zo'n oud gebouw, en wat gebeurt er als er brand uitbreekt? Twee vragen waarop kennelijk geen adequaat antwoord mogelijk is. "Laten we hopen dat het niet gebeurt", is het veelbetekenende antwoord.

Nu wacht ons dé sensatie van de dag : een bezoek aan de grootste afdeling van het ziekenhuis. Twee rijen van vijftien bedden staan op één afdeling keurig tegenover elkaar. Je hebt het gevoel teruggekeerd te zijn naar de jaren dertig. Nochtan blik die we op de operatietheaters mogen werpen, het korte bezoekje aan de ECG-afdeling, noch de mededeling van onze gids dat er in het Hope Hospital slechts

zes kamers voor private patients zijn, kunnen ons uit de droom helpen.

Tenslotte hebben wij nog een afsluitend gesprekje met Mr. Burns, waarin hij vertelt dat zijn problemen hier hoofdzakelijk een slechte coördinatie en een zeer gebrekkige communicatie zijn, en dan zit dit bezoek er weer op.

Het wachten op een oude Engelse taxi geeft ons nog even het gevoel werkelijk in de jaren dertig te leven. Hope Hospital en zo'n oud model taxi horen eigenlijk bij elkaar. Groot is de teleurstelling dan ook, als we opgehaald worden door een moderne Ford Consul. Bij het weggrijden vangen we nog net een glimp op van de moderne kraamkliniek van het Hope Hospital.

De taxi's in Manchester zijn ook niet meer wat ze geweest zijn.

6.10 TWEE GEZONDHEIDSCENTRA IN BLACKBURN (K₅₂, K₅₆)

Blackburn is een industrieplaats van rond 100.000 inwoners en is voor de eerstelijns medische voorzieningen aangewezen op de zorg van twee grote gezondheidscentra: Larkhill en Montague.

In deze centra worden alle gegevens over de gezondheid van de populatie van Blackburn verzameld, maar in het bijzonder over de jeugd. Zolang de kinderen nog niet schoolgaand zijn, worden ze regelmatig op de centra onderzocht en kunnen er de nodige therapieën worden verzorgd. Hier komen we later nog op terug. Tegen de tijd dat de kinderen naar school gaan wordt de zorg overgenomen door de schoolgeneeskundige dienst, die eveneens zitting heeft in hetzelfde gebouw. Om een goede indruk te krijgen van hoe zo'n Health Centre is ingedeeld, is het eenvoudig een onderverdeling in vieren te maken, mede met het oog op de specifieke functies van elk van de vier onderdelen:

1. Het gedeelte van de General Practitioners. In Larkhill hebben vier G.P.'s zitting en in Montague zes. Ze hebben een gezamenlijke wachtkamer, die echter wel in een overeenkomstig aantal delen is verdeeld door verplaatsbare schotten (Larkhill) of door rangschikking van de stoelen (Montague). Elke G.P. heeft een eigen receptioniste die in de wachtkamer of in een apart kamertje zit. Het is haar taak om de patienten van de G.P. op te vangen en alvast de nodige formaliteiten te vervullen.
2. De schoolgeneeskundige dienst. Deze dienst heeft in het gezondheidscentrum a.h.w. een thuishaven, van waaruit men opereert. Men bezoekt de scholen en verwijst indien nodig, de kinderen naar het gezondheidscentrum voor een behandeling.
3. Het medisch en paramedisch behandelingsgedeelte. Hierin zijn de behandelkamers voor de kinderen die hiernaar verwezen zijn. In dit gedeelte zijn aanwezig: tandartsen, jeugdpsychiaters, fysiotherapeuten, orthopedisten, logopedisten, audiometristen, psychologen en iemand die gespecialiseerd is in het detectio-

neren en revalideren van visuele handicaps bij jeugdigen. Voor de benodigde therapieën maakt men gebruik van speciaal hiervoor ingerichte en zeer goed geoutilleerde ruimten in het gezondheidscentrum. De therapeuten zijn allen praktisch full time in het gebouw aanwezig en hebben daardoor de mogelijkheid om tot een goede multi-disciplinaire aanpak van de problemen te komen. Ook de contacten met de G.P.'s verlopen zeer vlot.

4. Het gedeelte voor de dienstverlening, beheer en ondersteuning. Hiertoe wordt niet alleen de administratie gerekend, maar ook de verpleegkundige staf, die door de diverse behandelende personen te hulp geroepen kan worden. Deze gediplomeerde verpleegsters assisteren meestal de G.P.'s tijdens de spreekuren, maar verzorgen ook andere hand- en spandiensten, zoals bij vaccinaties, etc. Verder hebben zij de verantwoordelijkheid voor alle verpleegkundige aspecten van het gezondheidscentrum.

Verder zijn er centraal geregelde diensten, zoals een balie voor alle afspraken de huishoudelijke verzorging, de opslag van gegevens, zowel medisch als administratief.

Voor een globaal overzicht willen wij hieronder enige gegevens over de beide centra presenteren, maar verwijzen voor gedetailleerde informatie naar de documentatiemap.

Aantal artsen	6 (M.) ; 4 (L.)
Aantal behandelingen op Montague, door artsen verricht, in 1974	36.000
Aantal visites, door vijf van de zes artsen	6.500
Verpleegkundige assistenties aan artsen door verpleegsters	17.000
Totale kosten (geschat) in 1975 voor Larkhill : £ 53.960	
Montague : £ 58.960	

Gegevens over de gebouwen :

Bouwjaar voor beide : 1968

De kosten bedroegen voor Larkhill : £ 123.220

voor Montague : £ 161.543

Larkhill is qua vloeroppervlak kleiner dan Montague, resp. 7.000 en 7.500 m².

De verwarming is van beide gebouwen in de vloer verwerkt.

Het aantal mensen dat werkzaam is in beide centra ligt rond de 140, inclusief 46 district nurses.

Met de oprichting van de Health Centres beoogde men twee doelen :
 een harmonieus teamwork tussen G.P.'s en de Health Authority Staff. Dit lijkt aardig van de grond te zijn gekomen
 reorganisatie van de Health and Social Services van de lokale overheid. Wat dit punt betreft dient opgemerkt te worden dat er van samenwerking tussen beide diensten nauwelijks gesproken kan worden. De Social Services hebben twee gebouwen pal naast de Health Centres neergezet, maar vreemd genoeg is er nauwelijks of geen contact buiten het puur formele contact. En zelfs dat laatste schijnt nog erg veel moeilijkheden mee te brengen.

De indruk die beide centra op ons gemaakt hebben, is dat ze modern van opzet zijn en zeer praktisch gebouwd. Het lijken twee schoolvoorbeelden van hoe gezondheidscentra eruit moeten zien. Dat ze ook beide zeer goed functioneren blijkt wel uit de gegevens welke wij van onze gastheren kregen nagezonden. Deze vorm van gezondheidszorg verdient ook in Nederland meer aandacht en vooral navolging.

.11 EEN HUISARTS IN DE NIEUWE STRUKTUUR

Tijdens ons bezoek aan Engeland hebben wij een dag meegelopen met de huisarts die voorzitter is van de DMC van het district, dat wij bezocht hebben.

Allereerst gingen we naar het huis van bewaring voor jongens, waar deze dokter iedere ochtend een uur bezig is. Hij ziet dan in sneltreinvaart eerst die jongens, die de volgende dag naar de rechtbank zullen gaan; vervolgens de nieuw binnengekomen jongens. Nadat hij deze onderzocht heeft, gaat hij kijken bij de jongens die in bed liggen.

Hierna gaan we naar zijn praktijk. Samen met twee andere artsen werkt hij in een groepspraktijk : er zijn twee behandelkamers, een wachtkamer en een gemeenschappelijke administratie. De ruimtes zijn klein, de outillage is zeer eenvoudig. Tijdens het spreekuur viel ons op, dat mensen voor een ziekteverklaring voor hun werkgever 50 p moeten betalen, nb. in een land waar de gehele gezondheidszorg gratis toegankelijk is voor iedereen. Eenzelfde ziekteverklaring voor het Social Security Office is wel gratis.

Nadat we met onze dokter bij twee patiënten langs geweest waren, gingen we naar het Hammersmith Hospital, waar we een bijeenkomst bijwoonden van een commissie bestaande uit huisartsen en specialisten die gezamenlijk de nascholing van huisartsen in hun district begeleiden. Deze nascholing vindt plaats in de vorm van lezingen over voor de huisarts relevante onderwerpen.

De lunch gebruikten we samen met het voltallige DMC. Vervolgens woonden we

de DMC-vergadering bij, waar de DMT informatie gaf over zijn bezigheden. Dit wordt ook gezien als één van de belangrijkste functies van het DMC : het doorspelen van informatie naar de artsen toe. (K₄₉).

Onze huisarts besteedt ca. een derde deel van zijn tijd aan commissiewerk ten behoeve van het distrikt. De meeste huisartsen staan vrij onverschillig tegenover de nieuwe structuur en willen hun tijd daar niet aan besteden.

7.0 NABESCHUWING

In dit laatste hoofdstuk willen wij een aantal markante punten nog even de revue laten passeren. Hoewel 1½ jaar na de reorganisatie van de National Health Service de tijd nog niet rijp is om een eindoordeel te vellen omtrent het effect van die reorganisatie, is het wel mogelijk enige punten van kritiek te noemen, die wij tijdens de vele gesprekken met betrokkenen vernamen.

Zo is de meest gehoorde klacht, dat er één niveau teveel zou zijn in de huidige structuur, waarbij evenwel geen overeenstemming bestaat, welk niveau dat zou zijn. Met name op districtsniveau ziet men geen duidelijke taak weggelegd voor de Area. Daar staat weliswaar tegenover dat de Area een sleutelpositie inneemt, vooral ook omdat op dat niveau de kontakten met de plaatselijke overheden dienen plaats te vinden. Hiermede treffen wij een ander belangrijk probleemgebied. Immers deze samenwerking, die vooral ook van sterke invloed is op de relatie gezondheidszorg (NHS) - maatschappelijk werk verloopt op veel plaatsen uiterst moeizaam, via slecht funktionerende Joint Consultative Committees. Deze problematiek wordt nog versterkt door het niet konsekwent samenvallen van de geografische indeling van de NHS en het binnenlands bestuurlijk apparaat. Ook binnen Groot-Londen speelt dit sterk.

In het algemeen klaagt men over een te sterk doorgevoerde bureaucratisering van het systeem, met alle gevolgen die een dergelijk log bestuursapparaat meebrengt ten aanzien van de snelheid van besluitvormingsprocessen, de lengte der kommunikatielijnen en de flexibiliteit, waarmee gereageerd kan worden op veranderingen in de het systeem omliggende omgeving.

Het was dan ook opvallend te ervaren, hoezeer door vele gesprekspartners de nadruk werd gelegd op het belang van informele relaties, de strak vastgelegde formele structuur, met zijn bijbehorende kommunikatielijnen ten spijt. Vooral waar het de kontakten met de deskundigen betreft, de "team-officers" op alle niveaus, bleek het onderhouden van andere dan strikt formele betrekkingen van het grootste belang.

Bij vrijwel iedereen kan men een grote zorg onderkennen voor de moeilijke positie van de Britse economie, onder meer tot uiting komend in een inflatiecijfer, hoger dan 20% over 1975; deze moeilijke financiële toestand treft ook de NHS, die momenteel slechts ruimte laat in haar budgetten om de geldontwaarding op te vangen, doch die geen enkele groei of renovatie der voorzieningen kan bekostigen, zonder elders te besnoeien. Engeland geeft slechts 5% van het bruto nationaal inkomen uit aan de gezondheidszorg. Er zijn te weinig verpleegsters, hulpkrachten en assistenten, er zijn teveel verouderde ziekenhuizen.

Daarenboven komt men met een totaal ontbreken aan enig kostenbewustzijn bij de bevolking, die belasting betaalt en daarvoor - ondermeer - onbeperkte gezondheidszorg eist. De exacte relatie tussen investeringsniveau en "mate van gezondheid" is niet vast te stellen.

Een der doelstellingen van de reorganisatie was : een instrument in handen te krijgen om een betere verdeling over het land te bewerkstelligen van voorzieningen en middelen. In dit opzicht heeft de reorganisatie niet het gewenste effect bereikt. Het blijkt uiterst moeilijk een verschuiving op gang te brengen van de bevoorrechte gebieden, met als exponent de regio Londen, naar de minder bedeelde streken.

Ook binnen de NHS blijkt, dat degenen die kunnen beslissen t.a.v. gelden, machtig zijn, maar ook, dat eenmaal verworven rechten niet, dan wel met grote moeite, ontnomen kunnen worden.

Veel moeilijkheden zijn terug te voeren tot meer of minder duidelijke machtstegenstellingen binnen het systeem. Enerzijds is er sprake van traditioneel bestaande tegenstellingen, die vooral na de regionalisatie aan het daglicht zijn gekomen, zoals een toenemend aantal industriële akties, op gang gezet door de vakbonden, gericht op belangenbehartiging van de niet-medische professie, culminerend in stakingsakties. Een en ander gaat uiteraard ten koste van de macht van de medici, die ook duidelijk te kennen geven, dat zij de professionalisering van het management, zoals die is gestimuleerd door de reorganisatie, ervaren als een aantasting van hun positie. Zij trachten hun stellingen thans te verdedigen door het aanwenden van de professionele adviesorganen, de "advisoring machinery", en daarnaast door - eventueel via verwanten - binnen te dringen in het inspraakorgaan, de CHC, en dit aldus tot spreekbuis te maken.

Dikwijls hebben wij onze gastheren én onszelf de vraag gesteld of men bij de ingrijpende reorganisatie van de NHS niet al te zeer de nadruk heeft gelegd op het veranderen van de structuur in plaats van het systeem, waarbij men dan voorbijgegaan is aan de belangrijkste componenten van het systeem :

de mensen, die erin werken. Het is juist hun betrokkenheid en hun motivatie, die beslissend kan zijn voor slagen of falen.

Slechts de toekomst kan uitwijzen, of de National Health Service en de reorganisatie ervan in 1974 een goede zaak zijn.

LITERATUURLIJST

- B₁ : Gordon Forsyth
Doctors and State Medicine; a study of the British Health Service
Open University
Set Book
- B₂ : Sir Derrick Dunlop
Medicines in our time
The Nuffield Provincial Hospital Trust
- B₃ : National Health Service
A hospital plan for England and Wales
- B₄ : NHS reorganisation, issues and prospects
The Nuffield Centre For Health Services Studies,
University of Leeds
- B₅ : Brian Edwards & Paul R. Walkers
SIVISPACEM
Preparations for change in the national health service
- B₆ : P.Draper & T.Smart
The future of our Health Care. A report on the current proposals for the
Reorganisation of the NHS, 1972
- B₇ : A hospital plan for England and Wales
Version 1 tot 1973-1974
Ministry of Health
- B₈ : Dr.H.Hassel & Dr.J.W.Engelkens
Reorganisatie van de NHS
Het Ziekenhuis 1973, pag. 548-549

De hierboven genoemde boeken en artikelen zijn aanwezig in de bibliotheek van het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen te Utrecht. De hierna opgenomen boeken zijn te vinden in de "NHS Klapper".

- : Programma van het bezoek aan Londen
- Programma van het bezoek aan Manchester
- Kaart van Engeland met de indeling in regio's

- : The Hospitals and Health Services Year Book :
 - pag. 653-654 summary First Green Paper
 - " 662-665 " Second Green Paper
 - " 665 " Welsh Green Paper
 - " 668-669 " Consultative Document
 - " 675-679 " White Paper
 - " 679 " Welsh White Paper
 - " 680-681 " Grey Book
 - " 682-683 " Red Book

- : T.E.Chester
 - The reorganisation of the National Health Service
 - University of Manchester, November 1974

- : T.E.Chester
 - Health Service reorganized

- : T.E.Chester
 - Organisation for change : preparations for reorganisation of the National Health Service
 - Research Report Series, Manchester, maart 1974

- : Department of Health and Social Security
 - Management Arrangements for the Reorganized National Health Service
 - Londen, Her Majesty's Stationary Office, 1972

- : The NHS Reorganisation
 - Office of Health Economics London
 - OHE nr 48

- : Medicine and Society
 - OHE nr 43

- : Medical Care in developing countries
 - OHE nr 44

- K₉ : Rheumatism and Arthritis in Britain
OHE nr 45
- K₁₀ : Vaccination
OHE nr 50
- K₁₁ : Parkinsons Disease
OHE nr 51
- K₁₂ : Multiple Sclerosis
- K₁₃ : The health case dilemma
OHE nr 53
- K₁₄ : Medicins which affect the mind
OHE nr 54
- K₁₅ : National Health Service Reorganisation : England
Londen, Her Majesty's Stationary Office, 1972
- K₁₆ : Department of Health and Social Security, Welsh Office
Reorganisation of the National Health Service and Local Government
in England and Wales
Londen, Her Majesty's Stationary Office, 1973
- K₁₇ : Department of Health and Social Security
Better Services for the Mentally Ill
Londen, Her Majesty's Stationary Office, 1975
- K₁₈ : Mental Handicap
OHE nr 47
- K₁₉ : Jack Hallas & Bernadette Fallon
Mounting the Health Guard, a handbook for Community Health Council
Members
Nuffield Provincial Hospital Trust

- K₂₀ : What Patients Think About The Hospital
Christie Hospital and Holt Radium Institute
University Hospital of South Manchester
- K₂₁ : Sir Francis Avery Jones & A.J.Loewenthal
King Edwards Hospital Fund for London and the Emergency Bed Service
Meart 1974
- K₂₂ : King's Fund College
Information Room
Revised August 1975
- K₂₃ : Select Bibliography of British publications on hospital and health
service planning and organisation
KFC Reprint nr 963
- K₂₄ : KFC, Selected List of Reports
September 1975
- K₂₅ : KFC, Periodicals Currently Received in the Library
Juni 1975
- K₂₆ : KFC, The Library
Juni 1975
- K₂₇ : KFC, Glossary of Initials
November 1974
- K₂₈ : KFC, The National Health Service
1974/1975
- K₂₉ : KFC, National Health Service : the philosophy of change. The framework
of the new structure
Februari 1974
- K₃₀ : KFC, Select Bibliography on Community Health Councils
- K₃₁ : The King's Fund Emergency Bed Service
- K₃₂ : King's Fund Books 1975.
Lijst van publikaties

- 33 : King's Fund Hospital Centre (introductiefolder)
- 34 : Emergency Bed Service
KFC publikatie maart 1974
- 35 : KFC jaarrapport 1974
- 36 : Working Papers on the Reorganisation of the National Health Service
Brunel Institute of Organisation and Social Studies
Uxbridge, Middlesex, oktober 1973
- 37 : North Hammersmith Community Health Council
First Annual Report
- a t/m e : rapporten, pamfletten van N.Hammersmith CHC
- 38 : a t/m h : Salford Community Health Council
(documentatie van de vergadering van 18 nov. 1975)
- 39 : Documentatie van de vergadering van het Committee on General Practitioner
Demonstrations, gehouden in het Hammersmith Hospital te Londen op 18-11-'75
- 40 : Paying for Medical Care. Need for Debate.
The Lancet, 26. sept. 1970, pag. 647-649
- 41 : a t/m e : Formulieren, welke gebruikt worden bij het verzamelen van infor-
matie ten behoeve van budgettering etc., tevens bevattend
cijfermateriaal.
Salford AHA
- 42 : Financial Administration of the NHS 1974
- 43 : W.Rudoe
The use of statistics in health planning
- 44 : The Financing of the national Health Service
British Medical Journal, 2 nov. 1974, pag. 297-300

- K₄₅ : Cuts in the Health Service aimed at helping it survive the crisis
12 juli 1975
- K₄₆ : Social Work "Surgery" at Burne Jones Child Health Centre
oktober 1975
- K₄₇ : Speech by Mrs. Barbara Castle, Secretary of State for Social Services,
to the National Association of Health Authorities in England and Wales
11 juli 1975
- K₄₈ : Review of Health Services and Resources : Planning Tasks for 1975/1976
- K₄₉ : Documentatie van de vergadering van het North Hammersmith District
Medical Committee op 18 nov. 1975
- K₅₀ : Charing Cross Hospital at Fulham
- K₅₁ : North Hammersmith District Administrative Organisation
20 oktober 1975
- K₅₂ : Lancashire Area Health Authority Health Centres
- K₅₃ : Documentatie omtrent de organisatiestructuur
- K₅₄ : Health in the North West
Jaarrapport RHA 1974/1975
- K₅₅ : The London Borough of Hammersmith and its involvement with the local
Health Service , aug. 1975
- K₅₆ : Blackburn Community Health Services Health Centres
2 sept. 1974
- K₅₇ : Working with Whitley in today's NHS Personnel Management
jan. 1975
- K₅₈ : Worker participation : Some implication for the NHS
Health Service Manpower Review pag. 13-17

Enkele afkortingen.

AHA	Area Health Authority
AHA(T)	,, ,, ,, (Teaching)
AMAC	Area Medical Advisory Committee
AMC	Area Medical Committee
AMT	Area Management Team
CHC	Community Health Council
DHSS	Department of Health and Social Security
DMC	District Medical Committee
DMT	District Management Team
FPC	Family Practitioner Committee
GP	General Practitioner
HCPT	Health Care Planning Team
JCC	Joint Consultative Committee
NHS	National Health Service
RHA	Regional Health Authority

FRAMEWORK OF THE ORGANISATION STRUCTURE

