

ECHELONNERING IN DE GEZONDHEIDSZORG: WANNEER PARLEMENTAIR DEBAT?

JAN DE MAESENEER
KATHLEEN BOGAERT

Echelonnering in de gezondheidszorg betekent dat de zorg zó georganiseerd wordt dat de huisarts de ingangspoort vormt tot het gezondheidszorgsysteem en dat de patiënt slechts via verwijzing door de huisarts bij de specialist terecht kan. Heel wat landen hebben dit systeem in de jaren '40 en '50 doorgevoerd: het Verenigd Koninkrijk, Denemarken, Nederland... Ook in de Verenigde Staten werken heel wat "Health Maintenance Organizations" met een "gatekeeper": een arts die de toegang tot de specialistische "tweedelijnszorg" regelt. Het motief hierbij is vaak in de eerste plaats kostenbeheersing.

Op zich is een stroomlijning van de manier waarop de patiënt gebruik maakt van de gezondheidszorg logisch: het principe is "de juiste zorg op de juiste plaats" te brengen. Toch is in ons land in de voorbije twintig jaar in de praktijk nog geen werk gemaakt van echelonnering.

Prof. JAN DE MAESENEER (*1952) studeerde geneeskunde aan de RUG, waar hij vandaag hoogleraar Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg is. Hij publiceerde talloze artikelen en is momenteel lid van de 'editorial board' van *The European Journal of General Practice*.

Zijn wetenschappelijk werk heeft betrekking op epidemiologie in de huisartspraktijk, het functioneren van huisartsen (voorschrijfgedrag), medische besliskunde, sociale ongelijkheid en gezondheid, «community oriented primary care», telematica in de eerste lijn, multidisciplinaire samenwerking, «medical education» en «health services research».

Naast de academische functies is hij momenteel voorzitter van de raad van bestuur van het Wijkgezondheidscentrum Botermarkt v.z.w., van het pluralistisch Consultatiebureau Kind & Gezin Gentbrugge-Ledeberg, lid van de Vlaamse Gezondheidsraad, buitengewoon lid van het Nederlands Huisartsgenootschap, voorzitter van de Werkgroep Huisartsen van de Hoge Raad voor Geneesheren-Specialisten en Huisartsen, lid van de Werkgroep «Artsopleiding» (VLIR), van de Accreditingsstuurgroep (RIZIV), voorzitter van het directiecomité van het Interuniversitair Centrum voor Huisartsopleiding en lid van de Examencommissie Toelatingsproef Arts en Tandarts.

KATHLEEN BOGAERT is wetenschappelijk medewerker aan de Vakgroep Huisartsgeneeskunde en Eerstelijnsgezondheidszorg van de Universiteit Gent.

NIET VERVULDE BELOFTE

Een van de eerste verwijzingen naar echelonnering vinden we terug in het "Verslag over de ziekteverzekering" van koninklijk commissaris Petit. Hij kwam reeds in 1976 tot volgende conclusie: "... een vereiste is een trapsgewijze opstelling van de voorzieningen: een eerstelijnsgezondheidszorg met de huisarts als centrale figuur en, bij noodzaak, de tweedelijnsgezondheidszorg..."⁽¹⁾. Zijn aanbevelingen, die nog steeds actuele suggesties voor de oriëntatie van een gezondheidsbeleid in België bevatten, bleven echter dode letter.

In 1978 onderschreef ons land de verklaring van Alma-Ata, waarin de Wereldgezondheidsorganisatie de centrale rol van de eerstelijnsgezondheidszorg onderstreepte⁽²⁾. In tegenstelling tot bijvoorbeeld landen als Portugal en Spanje, die deze internationale verklaring aangrepen om een wettelijk kader te creëren waarin de eerstelijnsgezondheidszorg een belangrijke plaats kreeg, had voornoemde verklaring in België geen enkel concreet gevolg.

In 1982 brengt de toenmalige minister van Sociale Zaken, Jean-Luc Dehaene, opnieuw het debat op gang. In een toespraak op de algemene vergadering van de Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen (1 mei 1982) zei hij: "Op de eerste lijn moet de huisarts voor de opvang instaan. Het spreekt vanzelf dat de nieuwe opdracht een totaal andere opstelling van de huisarts veronderstelt. Hij moet zich niet meer louter en alleen bezig houden met het behandelen van ziekten. Hij staat in principe in voor de basisverzorging en verzekert de toegang tot de andere niveaus van zorgverstrekking. Hij staat in voor de continue begeleiding van de patiënt, op gelijk welk moment en in gelijk welke omstandigheden. De huisarts verenigt aldus in zich het preventieve (voorkomen), curatieve (verzorgen) en educatieve (opvoeden)... Het RIZIV (Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering) zou er wellicht kunnen voor zorgen dat bepaalde vernieuwingen (o.a. verwijssysteem, dossiervorming, inschrijving, verschillende betaalwijzen, samenwerkingsvormen...) financieel vergoed worden... De relatie huisarts-specialist is dringend aan definiëring toe. Het beleid zal nagaan of er via een ZIV-regeling geen stimulansen tot verwijzing door de huisarts naar de specialist kunnen gegeven worden." ⁽³⁾

In de daarop volgende jaren bewees de minister nog herhaalde malen lip-pendienst aan de eerste lijn. Beleidsmatig werd de afbouw van de ziekenhuisbedden doorgevoerd, maar van de versterking van de eerste lijn kwam structureel niets terecht.

Na 1985 werden ook de retoriek over de eerste lijn en de positie van de huisarts in de beleidsverklaringen achterwege gelaten.

In 1990 startte de toenmalige minister van Sociale Zaken, Philippe Busquin, onderhandelingen rond het opzetten van een "Experiment Medisch Dossier". In het oorspronkelijk opzet zou het bestaan uit drie luiken:

- de patiënt die zich inschrijft bij een vaste huisarts zou recht krijgen op een voordelige terugbetaling voor raadplegingen en huisbezoeken bij die huisarts;
- de huisarts die een medisch dossier bijhoudt van de bij hem/haar ingeschreven

patiënt(e) zou hiervoor een vast bedrag per jaar als vergoeding ontvangen;
– er zou een aanzet gegeven worden tot echelonnering in de gezondheidszorg: de patiënt die via een verwijzing door de huisarts (bij wie hij ingeschreven is) naar de specialist gaat, zou recht krijgen op een verhoogde terugbetaling voor de prestaties van deze laatste.

Het was duidelijk de bedoeling om, aanvankelijk in een experimentele context, een aantal modaliteiten uit te testen die tot een betere structurering van de gezondheidszorg konden leiden. Reeds in de voorbereidende gesprekken werd vooral onder druk van de Syndicale Artsenkamers van dr. Beckers het experiment geamputeerd: elke maatregel in de richting van echelonnering van de gezondheidszorg was onbespreekbaar. Een verhoogde terugbetaling voor de patiënt was – volgens de ziekenfondsen – technisch niet te realiseren.

Mee gezien het ongunstig klimaat waarin het experiment van start ging (het wantrouwen tussen artsorganisaties en ziekenfondsen was in het begin van de jaren '90 bijzonder groot), kende het slechts een zeer beperkt succes. De hevige reactie vanuit de artsgroep deed ook de ziekenfondsen, die aanvankelijk een brede ondersteuning van het experiment beloofd hadden, een stap achteruit zetten.

De volgende minister van Sociale Zaken, Philippe Moureaux, bracht het onderwerp aan de orde in een rondschrijven op 29 december 1992 aan de geneesheren: "Aan de betrokken partijen (artsen en ziekenfondsen) zal gevraagd worden een verslag over de problematiek van de echelonnering te maken". Op 5 januari 1993, formuleert Moureaux in de Kamer van Volksvertegenwoordigers zijn standpunt als volgt: "Het beginsel van de echelonnering wordt in vele buurlanden toegepast. In die landen mag de patiënt enkel een specialist raadplegen wanneer hij in het bezit is van een verwijfsbrief. De voornaamste argumenten die pleiten voor een echelonnering kunnen als volgt samengevat worden.

1. Subsidiariteitsbeginsel.

De patiënt moet worden verzorgd daar waar een degelijke verzorging tegen de laagste kostprijs voor de ziekte- en invaliditeitsverzekering mogelijk is.

2. Optimale aanwending van de vaak zeer dure technische prestaties.

Als een patiënt een specialist raadpleegt via een huisarts, is het mogelijk een herhaling van technische prestaties te voorkomen. Dit houdt in dat de huisarts een Centraal Medisch Dossier van de patiënt bijhoudt met alle pertinente gegevens over de gezondheidstoestand van de patiënt en met alle verslagen van gespecialiseerde onderzoeken. Het bijhouden van zo'n dossier impliceert dat de patiënt zich bij een huisarts of een groep huisartsen inschrijft. Het systeem moet soepel zijn en aan de patiënt de mogelijkheid bieden op elk ogenblik en via een eenvoudige procedure een andere arts te kiezen. De nieuwe arts zal dan het medisch dossier ontvangen.

3. Voorkomen van "medical shopping".

Vele patiënten raadplegen verscheidene artsen, zowel huisartsen als specialisten, voor een zelfde ziekte. Elk van hen onderzoekt dan deze patiënt vanuit het oogpunt van zijn discipline. Zo wordt een alomvattende benadering onmogelijk en de patiënt loopt verlo-

ren in het overvloedige en ingewikkelde aanbod in de gezondheidszorg. Tal van patiënten doen ook aan "medical shopping" om bepaalde sociale voordelen te genieten. In een vrije markt, waar concurrentie heerst onder de artsen, is het voor een arts niet altijd gemakkelijk om aan de druk van de patiënt te weerstaan.

4. Het invoeren van een echelonnering houdt in dat er een akkoord is over de precieze rol van de huisarts en van de specialist.

5. Als de huisarts in de gezondheidszorg als filter fungeert, moet ook de mogelijkheid bestaan om zowel op het niveau van de huisarts als op dat van de specialist de kwaliteit te controleren. Een patiënt mag niet te lang zinloos in de eerstelijnszorg blijven of te lang in de tweede lijn gevolgd worden.

Uit kwalitatieve en budgettaire overwegingen is het aldus belangrijk een betere echelonnering in onze gezondheidszorg tot stand te brengen. Dit moet echter wel passen in een omvattende visie op de gezondheidszorg. De idee van een echelonnering beantwoordt aan de voorstellen van de Wereldgezondheidsorganisatie in verband met de versterking van de rol van de huisarts, o.m. via "financiële ontmoediging".⁽⁴⁾

Maar verder dan deze goed onderbouwde verklaring kwam de minister niet. Ook zijn opvolger op Sociale Zaken, Bernard Anselme, deed zijn duit in het "echelonnerings"-zakje. Hij liet de inschrijving van de patiënt bij de huisarts opnemen in de onderhandelingen over de programmawet: patiënten die zich inschrijven bij een vaste huisarts zouden recht krijgen op een verhoogde terugbetaling. Intussen zou de persoonlijke bijdrage van de patiënt (het "remgeld") voor de raadpleging bij de huisarts wel stijgen van 25 naar 33%. De remgeldverhoging werd doorgevoerd; van de inschrijving en de verhoogde terugbetaling kwam niets terecht. Immers, eens te meer werd duidelijk dat in de Belgische gezondheidszorg de minister wikt, maar de belangengroepen beschikken. Op een zondagnamiddag in december 1993 knutselden dr. De Toeuf (Syndicale Artsenkamer) en dr. Van den Oever (Christelijke Mutualiteiten) een ontwerpakkoord "Artsen-Ziekenfondsen" in elkaar, dat de maatregel van de minister van Sociale Zaken i.v.m. de inschrijving van de patiënt moest teniet doen. In de plaats daarvan zag de "accreditering" het licht. Dit had echter niets van doen met de inschrijving, noch met de trouw van de patiënt aan de huisarts.

Van beleidswege werd opnieuw aangeknoopt met de traditie van lippendienst aan de eerste lijn. De regeringsverklaring in 1995 vermeldt: "Er moet een betere ordening komen in de organisatie van de gezondheidszorg gekoppeld aan de herwaardering van de huisarts en een sterkere specialisatie in de ziekenhuissector. Dit zal onder meer gerealiseerd worden door de echelonnering, de veralgemening van het medisch dossier en de betere organisatie van de wederzijdse informatie".

In december 1998 komen artsen en ziekenfondsen tot een akkoord dat een eerste (weliswaar beperkte) concrete stap voor organisatie in de huisartsgeneeskunde zou kunnen betekenen. Huisartsen die een "Globaal Medisch Dossier" (GMD) van de patiënt bijhouden, krijgen een jaarlijks forfait van 5.000 fr. voor de basiskosten. Eenmaal per jaar komt hierbij een honorarium van 500 fr. voor het beheer van het GMD, maar dit geldt voorlopig enkel voor zestig-plussers. Zij krijgen, wanneer ze in het systeem stappen, een

remgeldverlaging van 30% op de raadpleging bij een huisarts. De uitbreiding van het systeem voor oudere leeftijdsgroepen wordt vanaf 2000 voorzien. Hoewel deze maatregelen niet over echelonnering gaan, creëren ze toch een aantal belangrijke eerste stappen. De centrale positie van de huisarts in de gezondheidszorg wordt erkend en de patiënten worden er (zachtjes) toe aangezet bij een zelfde huisarts(enpraktijk) te consulteren.⁽⁵⁾

ECHELONNERING: WAAROM?

In de geneeskunde gaat men er meer en meer vanuit dat het beleid t.a.v. patiënten moet gesteund zijn op "wetenschappelijke evidentie" ("evidence based medicine"). Evenzeer dienen beleidsmaatregelen, voor zover mogelijk, wetenschappelijk onderbouwd. In dit deel gaan we na in welke mate de keuze voor een geëchelonnerde gezondheidszorg ondersteund wordt door wetenschappelijk onderzoek. In de literatuur is hierover slechts een beperkt aantal gegevens beschikbaar. Enkele internationaal vergelijkende studies hebben duidelijk gemaakt dat landen met een sterk ontwikkelde eerstelijnsgezondheidszorg met inschrijving, echelonnering (Denemarken, Nederland, Verenigd Koninkrijk, Finland), zowel op het vlak van de kosten van gezondheidszorg als op dat van kwaliteit van de zorg en de "outcome" (perinatale sterfte, levensverwachting) beter scoren dan landen met een slecht ontwikkelde eerstelijnszorg (België, Duitsland, Verenigde Staten)⁽⁶⁾.

In landen waar de huisarts poortwachter is, is er minder consumptie van specialistische zorg^(7,8). Toegang tot de specialist is er, in vergelijking met de andere Europese landen, meer na verwijzing.

In Nederland, waar de huisarts een poortwachtersfunctie heeft, handelt de huisarts het overgrote deel van de klachten dat op zijn spreekuur voorgelegd wordt, zelf af. In slechts zes procent van de contacten met een patiënt wordt verwezen naar een medisch specialist. Immers, huisartsen die meer therapeutische medisch-technische verrichtingen doen, verwijzen minder patiënten naar de specialist⁽⁹⁾. Wat de kwaliteit van die zorg betreft, kan verwezen worden naar een onderzoek uit Groot-Brittannië in verband met kleine chirurgische ingrepen⁽¹⁰⁾. Het bleek immers dat bij dergelijke ingrepen in de huisartspraktijk weinig complicaties voorkwamen in vergelijking met die in het ziekenhuis. Bovendien waren de wachttijden veel korter en de patiënten verkozen in het algemeen de behandeling in de huisartspraktijk. Een Amerikaanse studie toont aan dat naarmate de eerstelijnszorg intensiever uitgebouwd is er minder risico is op vermijdbare hospitalisatie, oneigenlijk verbruik van specialistische zorg (overbehandeling) en iatrogene complicaties in het ziekenhuis⁽¹¹⁾.

Gatekeeping vermindert ook het ongepast gebruik van de spoedopname⁽¹²⁾.

Uit een internationale studie naar de positie van de huisarts in Europa⁽¹³⁾ bleek dat huisartspraktijken met gatekeeping de patiënt veel integraler behandelden. Ditzelfde onderzoek toonde aan dat in landen waar huisartsen poortwachter zijn, zij meer fungeren als eerste aanspreekpunt in de gezondheidszorg en aldus een breed scala aan gezondheidsklachten opvangen, die in landen waar patiënten rechtstreeks naar de specialist kunnen door deze laatste behandeld worden.

Op basis van deze vaststellingen kan aangenomen worden dat een systeem met gatekeepers kostenbesparend is, maar toch kwalitatieve zorg garandeert.

Bij een vergelijking tussen 21 OESO-landen blijkt dat in landen met een poortwachtersysteem de gemiddelde uitgaven per hoofd van de bevolking voor gezondheidszorg 1.275 dollar bedragen, terwijl in landen waar patiënten rechtstreekse toegang hebben tot de specialist de gemiddelde uitgaven gelijk zijn aan 1.605 dollar. Of dit globaal verschil in kosten van gezondheidszorg samenhangt met de positie van de huisarts is niet duidelijk, maar aangezien in een geëchelonnerde gezondheidszorg de instroom naar de dure specialistische zorg verminderd wordt, zal er wel degelijk een effect zijn op de kosten van de gezondheidszorg.

Uit dit onderzoek blijkt dat er alvast een aantal wetenschappelijke argumenten is om een systeem van echelonnering in te voeren.

WAAROM NOG NIET IN BELGIË?

Verschillende factoren dragen bij tot het immobilisme in dit dossier in ons land. In de eerste plaats is er het feit dat de gezondheidszorg in België nog altijd zeer "hospitalo-centristisch" georiënteerd is. De aandacht en de middelen gingen (en gaan) vooral naar de ziekenhuizen en de specialistische geneeskunde. Een tweede vaststelling is dat er in Vlaanderen en Wallonië fundamenteel verschillende opvattingen leven over de positie van de huisarts in de gezondheidszorg. Onderzoek toonde aan dat 2/3 van de huisartsen gewonnen is voor inschrijving van de patiënt bij de huisarts, terwijl slechts minder dan 1/3 van de Waalse huisartsen dit systeem ziet zitten. Een derde factor is het gegeven dat de Commissie Artsen-Ziekenfondsen zowel onderhandelt over akkoorden voor huisartsen als voor specialisten: rond echelonnering krijgt men hier nooit een consensus: huisartsen zijn voor, het overgrote deel van de specialisten is tegen. Het wordt stilaan duidelijk dat de discussie over een fundamenteel nieuwe oriëntatie in de gezondheidszorg niet langer kan overgelaten worden aan belangengroepen in «het middenveld». De keuzen terzake moeten tot stand komen in een helder en wetenschappelijk onderbouwd parlementair debat: de politiek dient weer aan zet te komen⁽⁴⁾. Hier moeten de krijtlijnen uitgetekend worden voor een modern, toekomstgericht gezondheidsbeleid. De concrete toepassing kan dan uitgewerkt worden in overeenkomsten, commissies en overlegorganen. Deze aanpak veronderstelt dat politici zich voor gezondheidszorg gaan interesseren en er een visie over ontwikkelen. En ook hier is er een probleem: het meest recente congres van een regeringspartij met als belangrijkste thema de gezondheidszorg dateert van 1980 (SP-congres rond gezondheidszorg van 22-23 november 1980 in Gent).

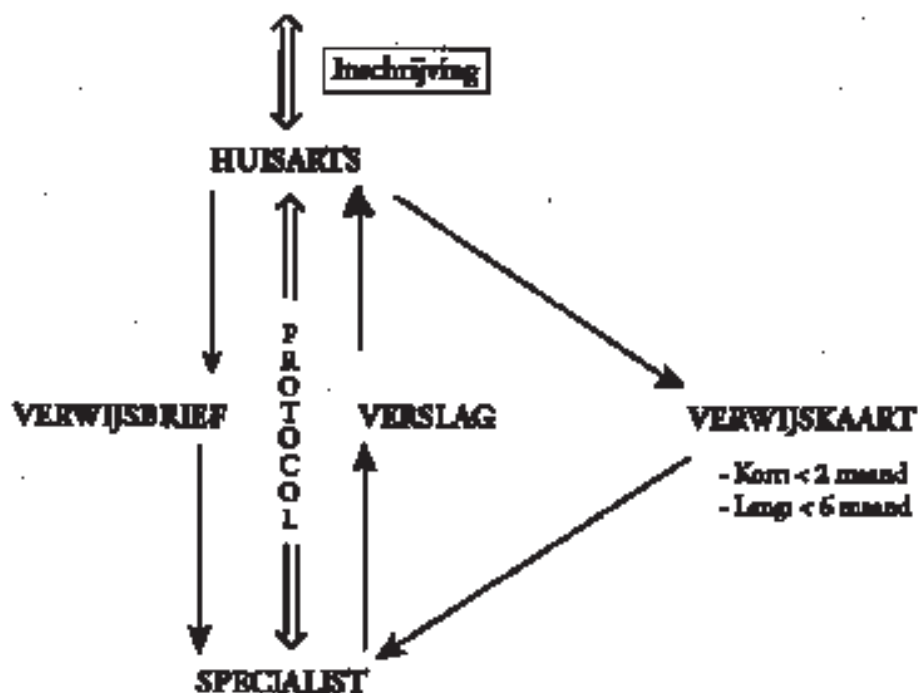
MOGELIJK SCENARIO

Eens het parlement beslist heeft dat de gezondheidszorg geëchelonnerd wordt en dat de toegang tot de gezondheidszorg via de huisarts gebeurt, kunnen de verschillende instrumenten die dit beleid moeten ondersteunen verder ontwikkeld worden (zie figuur hiernaast).

Echelonnering veronderstelt immers dat de patiënt zich inschrijft bij de huisartspraktijk van zijn keuze en dat dáár zijn/haar Centraal Medisch Dossier bijgehouden wordt. In de Belgische context zal men in een eerste fase best werken met een aanmoediging voor een vrijwillige inschrijving van de patiënt bij een huisartspraktijk. Deze sti-

mulans kan bestaan in een verschil in terugbetaling (hogere terugbetaling voor wie zich inschrijft). Om inschrijving aan te moedigen, kan het verschil in terugbetaling jaarlijks toenemen. Om de patiënten ertoe aan te zetten om slechts via de huisarts naar de specialist te gaan, kan (in de context van een betaling per prestatie), gewerkt worden met een stimulus via een progressief groter verschil van terugbetaling wanneer ze rechtstreeks de specialist raadplegen. Hierbij kan een meerjarenplan gehanteerd worden: over een periode van b.v. vijf jaar wordt de terugbetaling van het rechtstreeks consult bij de specialist van 75% naar 25% gebracht. Vermits de specialist in de nieuwe situatie, na doorverwijzing door de huisarts, meer complexe problemen te behandelen zal krijgen, is het logisch dat zijn ereloon verhoogd wordt.

Het inhoudelijk communicatie-instrument tussen huisarts en specialist is, in het kader van de echelonnering, de verwijfsbrief, opgesteld door de dossierhoudende huisarts. Administratief kan deze verwijfsbrief begeleid worden door een verwijfskaart: een 'korte' (b.v. twee maand) voor een diagnostische uitwerking van een probleem; een 'lange' voor een begeleiding in het kader van chronische aandoeningen (b.v. nierdialysepatiënten...). Zo vermijdt men dat patiënten te lang in de tweede lijn gevolgd worden, zonder terugkoppeling naar de eerste. Inhoudelijke taakafspraken (standaarden, aanbevelingen en protocollen) tussen huisartsen en specialisten rond de aanpak van specifieke aandoeningen dienen de echelonnering kwalitatief te ondersteunen.



De vraag wordt wel eens gesteld of de verplichte verwijzing via de huisarts moet gelden voor alle specialiteiten, b.v. ook voor kinderarts, gyneacoloog, oogarts... Heel wat argumenten pleiten hiervoor. Wat kinderarts en gyneacoloog betreft, worden momenteel op de tweede lijn heel wat problemen behandeld die op de eerste lijn thuis horen: zelf-limiterende virale aandoeningen, contraceptiebegeleiding, opsporing van kanker aan de baarmoederhals... Dit vreet de expertise aan, zowel van de huisarts (die b.v. nog weinig kinderen ziet, maar wel de acute opvang moet doen 's nachts en tijdens het weekend), als van de specialist (die onvoldoende tijd heeft voor de begeleiding van complexe gyneacologische problemen). Ook voor de oogarts is er een probleem bij rechtstreekse toegang: heel wat aandoeningen (suikerziekte, hoge bloeddruk...) hebben een weerslag op de ogen en heel wat oogmedicatie interfereert met andere geneesmiddelen. Dus ook hier is een verwijfsbrief nuttig om een geïntegreerd beleid waar te maken en problemen van ongewenste interacties tussen geneesmiddelen te voorkomen. Samenvattend is – in principe – echelonnering wenselijk t.o.v. alle specialistische disciplines.

Een geëchelonnerde gezondheidszorg zal ook zijn weerslag hebben op de "manpower"-planning in de gezondheidszorg: verschuiving van taken van de tweede naar de eerste lijn (b.v. opsporen van kanker aan de baarmoederhals), brengt een andere taakinfilling mee voor huisarts en specialist. Ook de bevolking dient bij dit hele proces actief betrokken te worden: een duidelijk zicht op de rol en taak van de huisarts (functie- en takenpakket) en op de plaats van de specialist in de gezondheidszorg zal dit hele proces moeten begeleiden en doorzichtig maken.

Eens de veiligheid van een geëchelonnerde gezondheidszorg gecreëerd, zullen "lijnoverstijgende" functionele samenwerkingsverbanden tussen huisarts, ambulante specialist en ziekenhuis (de "transmurale zorg") niet meer aangezien worden als een bedreiging, maar als een situatie waarbij elkeen wint.

De principes van dit scenario zijn aldus helder gedocumenteerd; het ontbreekt alleen aan de politieke besluitvorming om het in werking te doen treden. Het woord is aan het parlement. De vraagstelling is duidelijk. Werken we verder in een ongestructureerd systeem van gezondheidszorg? Dan kan iedereen zich met om het even welke klacht bij om het even welke zorgverstrekker aanmelden. Dit systeem komt echter financieel steeds meer onder druk te staan, waarbij mensen almaar meer zelf betalen wanneer ze ziek zijn, wat voor een groeiende groep (vooral degenen die het maatschappelijk moeilijk hebben) problemen van toegankelijkheid stelt.

Of kiezen we voor een gestuctureerde, geëchelonnerde, kwaliteitsvolle, toegankelijke en betaalbare zorg?

1 KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS. Verslag over de ziekteverzekering, voorgesteld door koninklijk commissaris, dhr. Petit. Brussel, zitting 1975-'76; 892-522.

2 WHO. *Alma-Ata Declaration*. Regional Office for Europe. Copenhagen, WHO, 1978

3 MEULENAERE G., Zoeken naar evenwicht: minister J.L. Dehaene over gezondheidszorg. *Volksmacht* 1982; 38:1.

4 KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS van België. 48ste zittingsperiode G1992-1993 - Beknopt verslag - COM 05.01.1993: C39-42.

5 DE MAESENEER J., DENEKENS J., VAN ROYEN P., HEYRMAN J., Debat gezondheidszorg verplaatsen naar het parlement. *De Morgen*, 05.12.'98, p.2.

6 STARFIELD B., Is primary care essential? *The Lancet* 1994; 344:1229-1133.

7 HURLEY R.E., FREUND D.A., GAGE B.J., Gatekeeper effects on patterns of physician use. *The Journal of Family practice*, 1991; 32 (2): 167-174

8 GERVAS J., FERNANDEZ M.P., STARFIELD B., Primary care, financing and gatekeeping in Western Europe. *Family Practice*, 1994; 11 (3), 307-317.

9 GROENEWEGEN P.P., DELNOIJ D., *Wat zou Nederland zijn zonder de huisarts?* Utrecht: Elsevier/De Tijdstroom, 1997.

10 WALL D.W., A review of minor surgery in general practice in the United Kingdom. *Family Practice*, 1987; 4:322-329.

11 FRANKS P., CLANCY C., NUTTING P.A., Gatekeeping revisited - Protecting patients from overtreatment. *The New England Journal of Medicine*, 1992; 327 (6): 424-429.

12 FRANCO S.M., MITCHELL C.K., BUZON R.M., Primary care physician access and gatekeeping: a key to reducing emergency department use. *Clinical Paediatrics of Philadelphia*, 1997; 36 (2): 63-68.

13 BOERMA W.G.W., VAN DER ZEE J., FLEMING D.M., Service Profiles of General Practitioners in Europe. *British Journal of General Practice*, 1997; 47: 481-486.

14 DE MAESENEER J., Politiek aan zet voor gezondheidszorg. *De Standaard*, 4.07.'98, p. 11.