NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 6
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

VESTIGINGSBELEID VOOR HUISARTSEN

P.P. Groenewegen
redactie

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570, 3500 GN Utrecht

©
1981, Nederlands Huisartsen Instituut; Utrecht

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, mikrofilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Omslag en layout: Mieke Cornelius
Zetwerk: Jos Evers en Marja van den Berg
Drukwerk: Anton Leerentveld

Inhoud pag.

1. Vestigingsbeleid voor huisartsen; inleiding op de artikelen in de bundel.
P.P. Groenewegen 5

2. Terug naar af: artikelen in Medisch Contact over artsentekorten en -overschotten.
J. Zaat 11

3. Vestigingsbeleid en inkomen.
C.M. IJsbrandy 43

4. Inkomensverhoudingen, studentenaantallen en de omvang van de huisartspraktijk.
B.H. Posthuma & J.van der Zee 61

5. Vestigingsregulering in Denemarken: een voorbeeld om na te volgen?
P.P. Groenewegen 75

6. Een vestigingsregeling voor huisartsen.
W.J. de Regt 88

7. Overheid en vestigingsbeleid.
B. Wijnberg 99

8. Ziekenfondsen en vestigingsbeleid.
F. Werkman 111

9. De haalbaarheid van een slagvaardig vestigingsbeleid voor huisartsen.
B.S. Polak 123

10. Werkloos of overwerkt?
J.H. Dekker & J.A. Knottnerus 130

11. De gemeentelijke vestigingsverordening.
C.V. Martini 146

12. Wel en wee in Enschede.
J. Beekman, R. Coppes, J.H. Haykens, A.K.van der Heide, H.H.G. Hofstee & J. de Waard 161

13. De PHV Eindhoven onderweg naar een vestigingsbeleid.
C.P. Schouwstra 174

Noten 194

Over de auteurs 205

1

Vestigingsbeleid voor huisartsen; inleiding op de artikelen in de bundel

P.P. Groenewegen

1. Inleiding

Wanneer zich op een gebied zulke snelle en ingrijpende veranderingen voordoen als in de structuur waarbinnen de huisartsgeneeskunde beoefend wordt, kan een verzameling artikelen niet meer dan een momentopname zijn. De veranderingen die waarschijnlijk binnen niet al te lange tijd zullen uitmonden in een regulering van de vestiging van huisartsen, moeten vooral gezocht worden in het sterk toenemende aantal huisartsen en in de wijze waarop het huisartsenberoep uitgeoefend wordt. Een ontwikkeling van de traditioneel alléén werkende huisarts naar de huisarts die nog wel de centrale hulpverlener is in de eerste lijn, maar die steeds meer banden heeft met andere huisartsen en met hulpverleners uit andere disciplines.
De onzekerheid over de richting en uitkomst van komende ontwikkelingen, die uit deze situatie voortvloeit, doet een sterke behoefte aan informatie gevoelen. Dit uit zich in de

eerste plaats bij de gevestigde huisartsen, die de laatste jaren overigens sterk betrokken worden bij de ontwikkeling van het beleid van de Landelijke Huisartsen Vereniging. In de tweede plaats is er behoefte aan informatie bij aanstaande huisartsen, die weliswaar een sterke druk vormen op het totstandkomen van een vestigingsbeleid, maar die weinig invloed hebben op de uitkomsten ervan. Een derde doelgroep wordt gevormd door de (organisaties van) andere hulpverleners in de eerste lijn, die in toenemende mate betrokken zijn bij het werk van de huisarts. De laatste groep tenslotte is de lokale overheid, vooral in de grotere gemeenten. Deze behoefte aan informatie vormde de aanleiding voor het samenstellen van een bundeling van artikelen over vestigingsbeleid voor huisartsen. De artikelen beslaan, globaal ingedeeld, drie terreinen: ontwikkelingen die in het verleden plaatsgevonden hebben, ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan met het opzetten en uitvoeren van een vestigingsbeleid, en standpunten en meningen van de beleidsvoerende instanties. Zij vormen in verschillende mate een momentopname van de snel veranderende situatie.

2. Veranderingen in de structuur van de beroepsuitoefening

Door de landelijke overheid zijn drie situaties genoemd als rechtsgrond voor een vestigingsbeleid: een tekort aan beroepsbeoefenaren, een overschot of een onvoldoende spreiding (vergelijk het artikel van Wijnberg).
Over de normen die aangelegd moeten worden om een situatie als zodanig te beoordelen, lijkt op dit moment eigenlijk geen eenstemmigheid te bestaan. Dekker en Knottnerus betogen dat er op dit moment eigenlijk geen overschot aan beroepsbeoefenaren is, maar dat een gedeelte van de beroepsbeoefenaren werkloos is of zijn toevlucht heeft gezocht tot een ander arbeidsterrein, terwijl een ander deel van de beroepsgroep een zo grote praktijk heeft dat men eigenlijk overwerkt is. Zij stellen een vergaande verandering voor van de structuur, waarbinnen het huisartsenberoep uitgeoefend wordt, namelijk een opheffing van het vrije ondernemerschap van de huisarts.
Afgezien van meningsverschillen over de normen, die nodig

zijn om te kunnen spreken van tekort, overschot of onvoldoende spreiding, is het onwaarschijnlijk dat zonder een actief beleid voor langere tijd een situatie zal bestaan waarop deze kwalificaties niet van toepassing zijn. De inhoudsanalyse van artikelen in Medisch Contact van 1946 tot en met 1979, die door Zaat is uitgevoerd, vormt een illustratie hiervan. Situaties van tekort en overschot lossen elkaar af en een onvoldoende spreiding lijkt er voortdurend te zijn.

De huisarts kan allang niet meer als een geïsoleerde hulpverlener beschouwd worden. In de afgelopen tien jaar is het aantal solowerkende huisartsen relatief verminderd, van 87 % in 1970 tot 61 % in 1980.[1] Veel spectaculairder is de ontwikkeling van de interdisciplinaire samenwerking in de eerste lijn. Het aantal gezondheidscentra en het aantal daarin werkzame huisartsen is zeer sterk gestegen: in 1970 waren er drie gezondheidscentra waarin 10 huisartsen werkzaam waren, in 1980 waren er 86 gezondheidscentra met 279 huisartsen.
Deze veranderingen worden weerspiegeld in de plannen voor het vestigingsbeleid. De Regt kent in zijn overzicht van de plannen van de Landelijke Huisartsen Vereniging een rol toe aan de waarneemgroep als functionele eenheid, waaruit de beroepsgroep is opgebouwd. In de pogingen die in Eindhoven gedaan zijn om tot een vestigingsbeleid te komen, staan vooral de interdisciplinaire samenwerking en de afstemming van de werkgebieden van de verschillende hulpverleners centraal (vergelijk de beschrijving van deze pogingen door Schouwstra).

3. De druk vanuit de praktijkzoekende huisartsen

Het al of niet bestaan van een overschot aan beroepsbeoefenaren zou men kunnen afleiden uit de moeite die het kost om een praktijk te verwerven of uit het aantal praktijkzoekende huisartsen. Over het aantal praktijkzoekende huisartsen bestaan nog slechts kort betrouwbare cijfers. Op 1 januari 1980 waren er ruim 320 artsen, die de huisartsenopleiding gevolgd hebben, actief aan het zoeken naar een praktijk.[2] Volgens Polak is de druk van de praktijkzoekende huisartsen de belangrijkste aanleiding voor de beroepsgroep om een vestigingsbe-

leid te gaan voeren. Hij ziet als belangrijkste taak voor een vestigingsbeleid de praktijkzoekende huisartsen aan een vestigingsplaats te helpen. Een tekort aan huisartsen leidt in elk geval minder snel tot daden dan een overschot.
Uit de beschrijving van het vestigingsbeleid in Denemarken (vergelijk het artikel van Groenewegen) blijkt dat de sterke toename van het aantal adspirant-huisartsen daar het belangrijkste motief is geweest. In dit verband is ook het artikel van Posthuma en Van der Zee interessant. Zij komen terug op een discussie, die aan het eind van de jaren zestig gevoerd is over de oorzaken van het toenmalige huisartsentekort. Vroege[3] beweerde toen dat het huisartsentekort niet voortkwam uit een verminderde belangstelling voor het huisartsenvak, maar uit een afname van het aantal afgelegde arts-examens. Posthuma en Van der Zee analyseren in hun bijdrage de invloed van veranderingen van het aantal afgelegde arts-examens en van het inkomen uit de ziekenfondspraktijk van huisartsen op de gemiddelde omvang van de huisartspraktijk.
Uit het feit dat overschotten en tekorten aan huisartsen zo sterk bepaald worden door het aantal medicijnenstudenten, wordt in enkele bijdragen (die van Werkman en Wijnberg) de conclusie getrokken dat ook planning van de instroom van studenten bij het vestigingsbeleid betrokken moet worden.

4. Vestigingsbeleid op lokaal en landelijk niveau

Als men kennis neemt van de afwisseling van huisartsenoverschotten en -tekorten en van de ongelijke spreiding over ons land, vraagt men zich wel eens af, waarom er nog geen vestigingsbeleid is in Nederland. In deze vraagstelling ontbreekt één toevoeging. De vraag moet eerder luiden: waarom is er geen landelijk vestigingsbeleid. Het blijkt dat er op lokaal niveau al jaren gewerkt wordt aan de totstandkoming van enige regeling van de vestiging van huisartsen of zelfs al een vestigingsbeleid gevoerd wordt.
Het varieert van een informeel vestigingsbeleid van bijvoorbeeld een groep huisartsen die besluit een vrije vestiging te steunen, wanneer men het gevoel heeft dat er een tekort aan huisartsen is, of die besluit een vrije vestiging te "boycotten", wanneer men het gevoel heeft dat er een overschot is aan

huisartsen. Ook onvoldoende spreiding heeft in het verleden aanleiding gegeven tot lokale oplossingen, zoals bijvoorbeeld enkele jaren geleden in Kampen, waar een herverkaveling van de huisartspraktijken heeft plaatsgevonden.[4] Daarnaast zijn er meer formele initiatieven op lokaal niveau van huisartsenzijde. Twee daarvan worden in deze bundel beschreven (de artikelen van Schouwstra en Beekman e.a.).
Ook de lokale overheid ontplooit initiatieven die men op dezelfde manier kan indelen in meer formele en meer informele. De meer informele initiatieven tot een vestigingsbeleid van de lokale overheid hebben betrekking op het mogelijk maken van vestigingen, bijvoorbeeld door woningtoewijzing, afgifte van bouwvergunningen, enz. De lokale overheid heeft ook formele stappen gezet op weg naar een vestigingsbeleid voor hulpverleners in de eerstelijns gezondheidszorg. De gemeentelijke vestigingsverordening is het instrument dat ontworpen is om een beleid te kunnen voeren. Het artikel van Martini handelt onder meer over de verschillende varianten die er van de gemeentelijke vestigingsverordening zijn.

Op lokaal niveau zijn er dus initiatieven die in verschillende mate werkbaar blijken te zijn. Op landelijk niveau is pas de laatste twee jaar schot in de zaak gekomen. De eerste voorstellen van de Landelijke Huisartsen Vereniging - de Blauwdrukken - die als pakket aan de leden aangeboden werden, hebben de eindstreep niet gehaald. Een heel nieuwe strategie, waarbij de leden telkens over iets verdergaande uitwerkingen stemmen, is nodig gebleken om enig perspectief op resultaat te bieden.
Met de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg wordt op landelijk niveau een wettelijk kader geschapen voor het voeren van een vestigingsbeleid. De totstandkoming van deze wet vergroot de realiseerbaarheid van de plannen van de LHV, die zonder wettelijk kader alleen bij de eigen leden een regeling zou kunnen afdwingen. De totstandkoming van de WVG oefent daarnaast een druk uit op de leden van de LHV om binnen de beroepsgroep snel de zaken te regelen, om de greep op de ontwikkeling van het vestigingsbeleid niet te verliezen.

Bezien wij de standpunten van de belangrijkste beleidsvoer-

ders - de beroepsgroep, de overheid en de ziekenfondsen - , dan lijkt het erop dat de meest vèrgaande voorstellen gedaan worden door de ziekenfondsen (vergelijk het artikel van Werkman in deze bundel). Praktijkverkleining kost geld, maar in de eerste plaats moet dat volgens de ziekenfondsen ook gedeeltelijk door de beroepsbeoefenaren opgebracht worden en in de tweede plaats dient tegenover de bijdrage van de ziekenfondsen een aantoonbare kwaliteitsverbetering te staan. De overheid stelt zich wat terughoudend op en zal niet veel verder gaan dan een regeling voor de sluiting van gebieden voor nieuwe vestigingen. Wel blijkt uit het artikel van Wijnberg dat de overheid zich niet zal beperken tot de passieve rol van sanctioneren van wat de beroepsgroep aan regelingen ontwerpt, maar dat de overheid via algemene maatregelen van bestuur eigen initiatieven zal nemen, overigens in samenspraak met de beroepsgroep. De beroepsgroep, tenslotte, lijkt uit te gaan van een eenvoudige taakverdeling: de beroepsgroep ontwerpt een vestigingsbeleid, de overheid sanctioneert het en de ziekenfondsen zorgen voor de financiën.

Het lijkt mij dat de standpunten van overheid en beroepsgroep het dichtst bij elkaar liggen. De vraag is dan in hoeverre de ziekenfondsen met hun afwijkend standpunt invloed zullen hebben op de uitkomsten van de onderhandelingen over het vestigingsbeleid. Kijkend naar het verleden (vergelijk ook het artikel van IJsbrandy over de inkomensontwikkeling van huisartsen) lijkt mij die invloed gering.

2

Terug naar af: artikelen in Medisch Contact over artsentekorten en -overschotten

J. Zaat

1. Inleiding

In dit artikel wordt verslag gedaan van een inhoudsanalyse van Medisch Contact vanaf 1946 met als doel na te gaan hoe men in de officiële medische pers dacht over vraag en aanbod en de daarmee samenhangende problemen als praktijkgrootte, vestigingsbeleid en goodwill.
De gedachte daarachter is dat Medisch Contact verwoordt wat er in het land leeft, maar bladerend door ruim 28.000 pagina's Medisch Contact lijkt het meer op een topje van een ijsberg. Emoties moeten hoog oplopen, wil men ze in het openbaar uiten. Medisch Contact geeft niets méér, maar ook niets minder, dan een indicatie van wat er gaande is. Dit artikel kan men lezen als een verslag van het moeizaam zoeken naar beheersing van vraag en aanbod van hulpverleners in de gezondheidszorg. Het is een eenzijdig verslag, want slechts één speler, de beroepsgroep, doet mee. De rollen van de overheid en de ziekenfondsen worden alleen belicht voor zover ze directe consequenties voor de beroepsgroep hebben. De rol van de patiënt komt hier helemaal niet uit de verf.

Nadat al het materiaal,[1] dat wil zeggen artikelen, ingezonden brieven, berichtjes en redactionele commentaren van januari 1946 tot januari 1980 verzameld was, is een indeling in vier perioden gemaakt. De naoorlogse geschiedenis van het artsenaanbod vertoont een cyclus waarin tekorten en overschotten elkaar afwisselen. De hoofdstukindeling volgt deze cyclus in grote lijnen.
Van 1946 tot ongeveer 1952 is er een artsentekort, dat echter snel verdwijnt. Na 1952 ontstaat een overschot aan artsen, met 1954 en 1955 als topjaren. De meningen en verwachtingen over artsenaantallen, vestigingen en vestigingsvormen in deze periode tot 1956 worden in het eerste hoofdstuk beschreven.
De tweede periode, 1956 tot 1965, begint met een relatief artsenoverschot, met de daarmee gepaard gaande verschijnselen als hoge goodwill en minder fatsoenlijke verkooppraktijken. Na 1960 daalt het artsenaanbod betrekkelijk snel; in 1965 zijn we hard op weg naar een dieptepunt. Aan het eind van de jaren zestig is het artsentekort nog steeds groot, maar eerstejaarsstudenten bevolken de faculteiten in grote drommen. Rond 1974 begint het tij te keren en wordt het artsenoverschot jaarlijks groter.
Als laatste omslagpunt is 1975 gekozen; niet omdat het gelijk de andere jaartallen een punt is waarop het artsenaanbod heel hoog of heel laag was, maar omdat de beroepsgroep toen zelf met een eerste plan voor een vestigingsbeleid, de Blauwdruk, kwam. In het vijfde hoofdstuk wordt deze jongste geschiedenis tot januari 1980 beschreven. Tot slot worden de grote thema's nog eens op een rij gezet en samengevat.

2. Van tekort tot overschot: de periode 1946 - 1956

Nederland herrijst uit de as. Zo ook de Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst. Het blad van de onmiddellijk in 1945 heropgerichte Maatschappij wordt naar de voormalige illegale organisatie Medisch Contact genoemd. Het ademt de sfeer van samenwerken aan een betere toekomst, maar vooral aan een beter georganiseerde Maatschappij. De eerste nummers staan boordevol organisatorische mededelingen; over de grenzen van de eigen professie kijkt men nog nauwe-

lijks. In 1947 krijgt de Maatschappij ter gelegenheid van het honderdjarig bestaan het predikaat Koninklijk.
Voorgenomen overheidsingrijpen in welk deel van het gezondheidszorgsysteem dan ook roept heftige reacties op. Zo ontbrandt er over het in de bezettingstijd verder ingevoerde ziekenfondssysteem een zeer felle discussie die duurt tot ver in de jaren vijftig. Met alle mogelijke argumenten proberen schrijvers van ingezonden stukken het ziekenfondssysteem te bestrijden. Zo zou het een zeer verderfelijke invloed op de patiënt hebben ("twee maanden fondspatiënt en voor het leven verpest"). Allerlei methoden worden verzonnen om het solidariteitsbeginsel te breken. Steeds weer laait de discussie op over de "ticket-moderateur", ofwel de eigen bijdrage. Bij een verhoging van de welstandsgrens - de ziekenfondsgrens - wordt telkenmale steen en been geklaagd. Er ontstaat vooral tumult als er in 1946 sprake is van een maximum aantal ziekenfondspatiënten.[1] Het hoofdbestuur van de Maatschappij heeft blijkbaar niet snel genoeg in de gaten dat dit het einde van het vrije beroep betekent. Verschillende afdelingen zeggen namelijk hun vertrouwen in het hoofdbestuur op.
Niet alleen ziekenfondsen bedreigen echter het bestaan van de arts. De pogingen van Nederland om Indië te behouden hebben ook hun invloed op de geneeskundige stand in Nederland. Hogerzeil[2] klaagt over het tekort aan artsen in Indië en bepleit een verdeling van artsen over Nederland en Indië, al erkent hij het bestaande tekort in Nederland. In 1948 worden de troepen gemobiliseerd. De Geneeskundige Hoofdinspectie roept artsen, die geen praktijk meer uitoefenen, op om voor hun gemobiliseerde collega's waar te nemen. Volgens de wet Geneeskundige Voorziening uit 1933 heeft men de plicht zich daarvoor aan te melden. Na 1950 keren vele repatrianten, waaronder enige honderden artsen, terug.

Wikken en wegen tussen tekort en overschot

De eerste jaren na de oorlog is er een tekort aan artsen. Toch kan men moeilijk aan de slag komen. Regelmatig verschijnen er noodkreten: "Ik ben pas afgestudeerd en moet in dienst. Ik word echter niet opgeroepen, terwijl overal een tekort aan artsen is."[3] In berichtjes van het Hoofdbestuur wordt mel-

ding gemaakt van de vestigingsproblemen van gedemobiliseerde artsen.
Beumer[4] probeert het op dat moment (1948) bestaande tekort te relativeren door te wijzen op de enorme aantallen studenten[5] en de repatriëring van enige honderden artsen. Hij oppert, als een van de eersten, de mogelijkheid een numerus clausus in te stellen. Ter Haar[6] vindt ook dat het algemene tekort tijdelijk is. Het probleem ligt veeleer in de verminderde belangstelling voor het huisartsenvak. De Maatschappij moet, zo stelt een andere briefschrijver[7] de "aanstaande overvloed vóór zijn en zij kan deze dan in goede banen leiden."
Bijlsma[8] voorspelt in 1950 op basis van het aantal eerstejaarsstudenten in de jaren 1935 tot 1950 en het tijdelijk tekort door de oorlog, dat er in de komende jaren 1200 artsen boven het normale aanbod geplaatst moeten worden. Hij vraagt zich af of dat wel mogelijk is. Het aanbodpatroon zal er ongeveer als volgt uitzien: "Tot nu toe zijn alleen studenten tot arts bevorderd, die reeds voor de oorlog waren ingeschreven, de eerstvolgende een à twee jaren is er een daling van het aantal bevorderingen te verwachten, daarna zal het stijgen. Om met de vermoedelijke gang van zaken nog even door te gaan: een zeer groot aantal arts-examens is te verwachten in de jaren 1955 tot 1960, daarna zal het aantal weer normaal worden." Hoogendoorn[9] vindt het allemaal nog veel ernstiger. Tussen 1935 en 1940 waren er al te veel studenten. Vóór januari 1958 zullen er 4748 artsen afstuderen bij een totaal van 9047 in 1949, hetgeen met aftrek van overleden artsen neerkomt op een artsendichtheid van 1,12 per 1000 inwoners (12.175 artsen). In vergelijking met 1900 is dat tweeëneenhalf maal zoveel.
Eenvoudige studenten raken door dit gekrakeel in verwarring. Zo vraagt Overzall[10] inzicht in de behoefte aan artsen in Nederland en elders en in het aantal studenten. Want enerzijds zijn er "demoraliserende verhalen over overschotten, anderzijds zijn velen van mening dat er werk genoeg is." Een jaar later, in 1951, houdt Wibaut,[11] de secretaris-penningmeester van de KNMG, een lezing voor de medische studenten in Leiden en Utrecht, waarin hij op de dreiging van een acuut overschot wijst door het studie-oponthoud van de oorlog en de repatriëring uit Indië. Er zijn 138 artsen zonder

werk en dat aantal zal stijgen met de grootste piek rond 1954, wanneer het grote aantal studenten uit de cohorten '47-'49 afstudeert. Wibaut vraagt zich daarom af of het geen tijd wordt voor een vestigingsbeleid. Als mogelijkheid noemt hij het stellen van maximum en minimum aantallen ingeschreven fondspatiënten. Een directe regulering door de overheid lijkt hem niks, maar indirecte overheidsmaatregelen om de spreiding van de gezondheidszorgvoorzieningen te regelen zijn wel noodzakelijk.[12] Zoals te verwachten neemt niet iedereen hem zijn uitspraken in dank af.[13] Drooglever Fortuin[14] steunt Wibaut echter in zijn mening dat er nú een tekort is. Hij berekent dat als de praktijkgrootte in vergelijking met 1910 - 2364 patiënten - gelijk moet blijven, er in 1951 630 huisartsen te weinig zullen zijn.
In 1952 komt Wibaut[15] nog eens terug op dit probleem in een bespreking van een studie van het Centraal Plan Bureau. Daarin gaat men van het idee uit dat niet alleen de bevolkingsaanwas de behoefte aan artsen bepaalt, maar vooral ook de eisen die men aan de kwaliteit van de gezondheidszorg stelt. Met behulp van een model waarin ook het inkomen van de arts een belangrijke plaats heeft, is geprobeerd de behoefte per regio te berekenen. Jaarlijks zouden niet meer dan 440 artsen mogen afstuderen om aan vervangingsbehoefte plus extra groei te voldoen. Het totale aanbod van 1951 tot 1965 zal maximaal ongeveer 8300 zijn en tussen 1951 en 1959 studeren al minstens 5700 artsen af. Afhankelijk van de groei van mogelijkheden in de geneeskunde zal het overschot dan tussen de 20 en 30 procent liggen.
Veen[16] benadrukt dat een tekort of overschot niet te berekenen is door even het aantal artsen op het aantal inwoners te delen. De verdeling in specialisten en huisartsen en de ongelijke spreiding van voorzieningen moeten bij berekening altijd meespelen. "Onder de grote steden was Rotterdam met in totaal slechts 50 artsen per 100.000 inwoners een uitzondering. Dit aantal was zelfs kleiner dan dat in de meeste kleinere plaatsen. Industriestreken waren blijkbaar geen aantrekkelijke oorden voor vestiging. Het tegenovergestelde gold voor forensenplaatsen en in het algemeen voor gebieden met een welgestelde bevolking. Zo was het verhoudingscijfer voor Bussum en Zeist vijf maal groter dan dat voor Kerkrade,

Schiedam, Roosendaal en Vlaardingen. Opmerkelijke verschillen vertoonden het Gooi en de Zuidelijke Veluwegrens vergeleken met Drente en de Mijnstreek. De getallen voor Noord-Brabant en Limburg waren aanzienlijk lager dan het Rijksgemiddelde. In de provincie Utrecht waren procentsgewijs driemaal zoveel artsen als in Limburg. Men kon dan ook gerust aannemen dat er in verschillende delen van het land nog van een tekort aan artsen kon worden gesproken."
Hij vergelijkt de groei van het aantal artsen per economisch-geografisch gebied (toen 54 stuks) in 1930 en 1947 en concludeert dat groei vooral voorkomt in gebieden waar in 1930 het aantal artsen gering was, maar dat daar nog steeds te weinig artsen zijn. De natuurlijke wijze van spreiding laat veel te wensen over.
Het dreigend overschot wordt, net als nu, van verschillende kanten bekeken. Heringa[17] benadrukt de bestaanszekerheid van de gevestigde artsen, terwijl De Groot[18] uitgaat van de bestaansonzekerheid van de aankomende artsen. Het overschot kan nergens heen, ook niet naar het buitenland.[19] Ingrijpende maatregelen als vestigingsbeleid, maximum praktijkgrootte en numerus fixus worden steeds meer overwogen.

Praktijkgrootte

Net als bij de artikelen over tekorten en overschotten te merken is, verschijnen er in de eerste jaren na de oorlog vooral privé-meningen die niet of nauwelijks op cijfers gebaseerd zijn. Toch is het aardig de briefschrijvers aan het woord te laten. Zo vindt Coppens[20] in 1946 alle discussies over een maximum aantal ziekenfondsleden maar ongenuanceerd. Men moet rekening houden met de omstandigheden. "Wanneer men een stad neemt als de onze (Enschede, J.Z.), waar practisch geen particuliere practijk is en meer dan 90 % der bevolking lid van een ziekenfonds is, zal men inzien dat een medicus met een paar duizend fondsleden absoluut geen bestaansmogelijkheid kan hebben....Kleinere practijken betekent zeer zeker nog niet een betere behandeling."
Van der Heuvel[21] geeft een tabel met gegevens van de ziekenfondsen, de LHV en het Centraal Bureau voor de Statistiek, waarin de spreiding van artsen en de gemiddelde praktijk-

grootte bij benadering kunnen worden afgelezen.

Tabel 1: Aantal huisartsen en gemiddelde praktijkgrootte per provincie op 1-1-1947; bron: Van der Heuvel[21]

	aantal huisartsen met ziekenfonds-praktijk		gemiddeld aantal inwoners per huisarts	gemiddeld aantal ziekenfondsverzekerden per huisarts	gemiddeld aantal* particulieren, armlastige en patiënten uit andere hoofde	percentage artsen met 3000 of meer ziekenfonds-patiënten**
provincie	absoluut	in procenten				
Groningen	176	5	2539	1589	950	9
Friesland	180	5	2535	1248	1287	0
Drenthe	95	3	2839	1566	1273	8
Overijssel	209	6	3030	2122	908	33
Gelderland	375	11	2717	1698	1019	15
Utrecht	248	7	2194	1402	792	11
N-Holland	750	22	2345	1699	646	23
Z-Holland	782	23	2885	2087	798	30
Zeeland	101	3	2558	1512	1046	6
N-Brabant	330	10	3539	2263	1276	30
Limburg	179	5	3785	2460	1325	40
Nederland	3425	100	2815	1786	1029	22

* Deze cijfers zijn geflatteerd, omdat zij berekend behoren te worden over het totaal aantal huisartsen, dus ook over diegenen die geen ziekenfondspraktijk uitoefenen; dat juiste aantal is V.d. Heuvel niet bekend.

** Het percentage is berekend over het aantal artsen met ziekenfondspraktijk, uitgezonderd degenen met minder dan 200 verzekerden.

In het jaarverslag[22] over 1954 van de Ziekenfondsraad vinden we een verdeling van de praktijkgrootte in enkele klassen: 19 % van de artsen had een praktijk kleiner dan 1000, 28 % een praktijk tussen de 1000 en 2000, 28 % tussen de 2000 en 3000 en 24 % een praktijk groter dan 3000 ziekenfondsleden. Ten opzichte van 1953 was het absolute aantal praktijken met meer dan 4000 patiënten die vooral in Brabant, Limburg en in de Achterhoek te vinden waren, gedaald van 262 tot 228.

Vestiging

Het verschijnsel commerciële bemiddelingsbureau's is kort na de oorlog nog nieuw. De KNMG is er niet gelukkig mee, bemiddeling hoort in eigen hand.[23] Afkeuring blijkt als vermeld wordt dat "een van de heeren als bemiddelingscourtage 4 % met een minimum van *f* 500 vraagt," of wanneer een bemiddelingsbureau anoniem een advertentie opstelt.[24] Er verschij-

nen aanbevelingen voor het berekenen van de goodwill, waarbij het hoofdbestuur geruststellend opmerkt dat meestal een redelijke prijs gevraagd wordt.[25] Heringa[26] doet suggesties om een centraal bureau voor medische functies in het leven te roepen. Hij ziet wel wat bezwaren, zoals een waarschijnlijk noodzakelijk overheidsingrijpen. Juist vanwege dat laatste wordt het idee al snel door de redactie van Medisch Contact van tafel geveegd.
Als curiositeit kan hier nog vermeld worden dat associaties eigenlijk niet door de beugel konden. Het hoofdbestuur[27] waarschuwt met name tegen een medische firmavorming als twee artsen gezamenlijk briefpapier laten drukken.

3. Het dreigend tekort: de periode 1956 - 1965

Zoals voorspeld groeit het aantal artsen snel. Problemen bij vestiging blijven dan ook niet uit. Terwijl men in het begin van de jaren vijftig probeert te bewijzen dat er een overschot zal komen, laaien aan het eind van de jaren vijftig de discussies op over de praktijkgrootte. Deze worden, nu de Ziekenfondsraad jaarlijks cijfers publiceert, meer gebaseerd op cijfermateriaal dan in de voorafgaande periode en mogelijk onder invloed van het in 1956 opgerichte NHG speelt de kwaliteit van de verleende zorg een grote rol bij de standpunt-bepaling over de wenselijke praktijkgrootte.
Het begin van de jaren zestig kenmerkt zich door een geleidelijk toenemend tekort aan huisartsen. De eerste naoorlogse golf (1946-1949) heeft blijkbaar met veel moeite toch een praktijk gevonden. De wederopbouw van de economie met een strakke loonpolitiek uit de jaren vijftig wordt gevolgd door een enorme welvaartsexplosie. De gehele arbeidsmarkt raakt overspannen, zo ook de praktijkenmarkt.

Dan maar emigreren: het overschot

Het is na 1955 moeilijk om een praktijk te vinden. Vrij regelmatig verschijnen er berichten over vacatures in het buitenland.[1, 2, 3, 4] Veel artsen vragen bij de KNMG inlichtingen over een werkkring elders. Dekker, de secretaris-penningmeester, heeft brieven aan de Nederlandse artsen in het bui-

tenland geschreven met de vraag of daar plaats is voor het overschot van Nederlandse artsen. Roerende berichten uit de buitengewesten, van Hawaii tot Zweden, zijn het gevolg.[5] Prognoses en analyses van de situatie verschijnen er opvallend weinig. Borst[6] reageert op een klein berichtje in MC,[7] waarin gesuggereerd wordt dat over een aantal jaren minder artsen zullen afstuderen. Het aantal studenten op de Universiteit van Amsterdam loopt terug. Volgens Borst is de daling maar schijn; alleen het aantal niet eerder ingeschreven studenten daalt en daarbij komt nog dat het aantal weer stijgend is: in het studiejaar 1952-1953 was het 512 en in 1955-1956 al weer 625. Hij concludeert: "de cijfers tonen aan dat het aantal artsen, dat in de volgende jaren een plaats in de maatschappij zal vragen, heel groot is. Spoedig zal blijken of er werk voor hen is." Na 1963 zal het aantal studenten sterk toenemen. Dekkers[8] reageert op dit artikel en zet uiteen dat er niet zo gauw te veel artsen zijn. Zeker niet als men de huidige praktijkgrootte van huisartsen wil verlagen.

In 1959 verschijnt het rapport van de commissie voor Statistiek van het Interuniversitair Contactorgaan over de ontwikkeling van het aantal academici tot 1980 en de behoefte aan academici,[9] in de wandeling de commissie Dalmulder genaamd. Deze commissie ziet de relatief sterke toename van het aantal specialisten ten opzichte van het aantal huisartsen als een probleem. Zij beschrijft enkele alternatieve methoden om het aantal artsen dat nodig is te berekenen (met en zonder regionale verschillen, toenemende specialisatie enz.). In het ergste geval ontstaat er in de periode van 1955 tot 1980 een overschot van 3860 artsen.
Altijd is er wel iemand die vindt dat het nog veel ernstiger is. Volgens De Groot[10] zal met name toelating van a-gymnasiasten het aantal eerstejaars doen stijgen. Vooral over de verdeling "huisarts - specialist - overige artsen" maakt hij zich zorgen. In de categorie "overige artsen" zitten immers erg veel (± 1000) artsen in opleiding tot specialist. In de kleinere steden daalt volgens hem het aantal huisartsen per 1000 inwoners. Een specialistenoverschot en een huisartsentekort zullen het gevolg van deze ontwikkelingen zijn.
Terwijl geleerden zich bezighouden met de verre toekomst,

kondigt het artsentekort van de jaren 1965 tot 1970 zich al aan. Lamberts, Tweede Kamerlid voor de PVDA, vraagt bij de behandeling van de begroting van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor 1963 de Minister maatregelen te treffen om het tekort op te vangen.[11]
Hornstra[12] wijdt een artikel aan het dreigend tekort. Hij relativeert de verhalen over de enorme overschotten. In de afgelopen jaren is er geen sprake geweest van een duidelijk overcompleet of dalend welvaartspeil van de artsenstand in het algemeen; geen enkele prognose tot nu toe heeft het bij het juiste eind gehad.
Sinds 1960 wordt het steeds moeilijker waarnemers te krijgen; universiteiten en laboratoria kunnen hun vacatures niet opvullen. Het aantal afgestudeerde artsen daalt van 795 in 1955 tot 516 in 1959. In 1961 studeren slechts 462 artsen af. Gezien het langzaam stijgend aantal eerstejaars zal het tot 1964 duren voordat er sprake is van een stijgend aanbod. Door het aantal buitenlandse, vrouwelijke en emigrerende artsen, zal het werkelijke aantal beschikbare artsen niet boven 400 per jaar uitkomen. Om een gelijke huisartsendichtheid te behouden bij een groeiende bevolking, rekening houdend met een aantal te vervangen huisartsen, zijn ongeveer 160 nieuwe huisartsen per jaar nodig. Voorlopig zullen niet meer dan ongeveer 100 adspirant-huisartsen per jaar afstuderen. Hornstra besluit met de voorspelling dat rond 1970 het tekort weer zal zijn aangevuld; aan voorspellingen voor de verdere toekomst waagt hij zich niet.
Ook de KNMG relativeert nu bij monde van Dekker,[13] het overschot van de laatste jaren. "Een artsenoverschot heeft ons land niet of nauwelijks gekend. Op het ogenblik is het zelfs in Nederland moeilijk voor allerlei functies artsen te krijgen."

De praktijkgrootte en de kwaliteit

Het grote aantal artsen dat in het begin van de periode van 1956 tot 1965 afstudeert, zorgt voor een betrekkelijk snelle stijging van het aantal geheel nieuwe vestigingen per jaar. De jaarverslagen van de Ziekenfondsraad geven het volgende beeld:

Tabel 2: Omvang van de ziekenfondspraktijk 1956 - 1958; bron: jaarverslagen der Ziekenfondsraad[14,15,16]

	aantal praktijken					
aantal verzekerden	1956		1957		1958	
per praktijk	abs.	%	abs.	%	abs.	%
<1500	1317	34	1419	35	1557	37
1500-3499	2152	55	2238	55	2295	55
>3500	438*	11	393	10	356**	8
Totaal	3907	100	4050	100	4208	100

* waarvan 199 (5%) met meer dan 4000 verzekerden per praktijk, vooral in Noord-Brabant (67 op 417 praktijken) en Limburg (51 op 258 praktijken).

** waarvan 151 (4%) met meer dan 4000 verzekerden per praktijk.

Vanaf 1959 daalt het saldo van instroom en uitstroom, een daling die zich, zoals in tabel 3 te zien is, voortzet.[17]

Tabel 3: Omvang van de ziekenfondspraktijk 1959-1964; bron: jaarverslagen der Ziekenfondsraad[18,19,20,21,22]

	aantal praktijken											
aantal verzekerden	1959		1960		1961		1962		1963		1964	
per praktijk	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
<1000	1081	25	1081	24	1034	23	1012	23	953	21	880	20
1000-1999	1320	30	1406	32	1445	32	1499	33	1535	34	1551	35
2000-2999	1212	28	1251	28	1309	29	1349	30	1390	31	1439	32
3000-3999	586	14	573	13	564	13	539	12	534	12	528	12
>4000	134	3	108	2	103	2	72	1,6	97	2	95	2
Totaal	4333	100	4419	100	4455	100	4497	100	4509	100	4493	100

Deze statistieken van de Ziekenfondsraad geven hetzelfde beeld te zien als in de vorige paragraaf over verwachte overschotten en tekorten geschetst werd. Tot 1960 neemt het percentage kleine praktijken door het grote aantal nieuwe vestigingen toe; daarna neemt het af.

Naast dit cijfermateriaal is de discussie over de wenselijke praktijkgrootte van belang. Huygen is er, als voorzitter van het NHG, mede verantwoordelijk voor dat de kwaliteit van de zorg bij de discussie over de praktijkgrootte wordt betrokken. Hij stelt in 1959 dat de huidige huisarts overbelast is en bij een praktijkgrootte boven de 3000 patiënten geen goede zorg kan verlenen. Weliswaar daalt de gemiddelde praktijkgrootte langzaam, maar volgens hem stijgt het aantal hulpvragen per patiënt. Per dag zou een huisarts ongeveer 10 uur aan directe patiëntenzorg besteden.[23]
De opmerkingen van Huygen verdelen de huisartsen in twee kampen. De voorstanders van praktijkverkleining benadrukken de lange werkdagen en de onvoldoende tijd voor patiëntenzorg.[24] Vrijwel unaniem klagen zij de slechte honoreringsstructuur aan.[25, 26, 27] Van een kleinere praktijk zou men nauwelijks meer rond kunnen komen. Een hogere honorering wordt als remedie tegen grote praktijken aangevoerd,[26, 27] al is bijvoorbeeld Fluite[28] het daar niet mee eens. Huisartsen zullen volgens deze laatste nooit uit zichzelf tot praktijkverkleining overgaan.
De tegenstanders zijn verontwaardigd.[29] "Afhankelijk van de - zeer individuele - grens, waarbij men - in het algemeen - van overbelasting wil gaan spreken (aantal verzekerden 4000 of 3000, totale praktijkgrootte dus resp. ruim 5000 of 4000), geldt deze niet-optimale toestand voor resp. 182 of 850 van de 4050 praktijken."[30] En dat durft de auteur van deze woorden, Schulte, toch niet te beweren.
Het lijkt alsof de ideeën van de "praktijkverkleiners" langzaam terrein winnen (zeker gemeten aan het aantal publikaties); alleen zit het tij hen tegen. De gemiddelde ziekenfondspraktijk daalt slechts heel langzaam (in 1953 was hij 2147 en in 1960 1851) en stijgt na 1960 zelfs weer (in 1963 is hij 1876).[22] De betere honorering, waarop wordt aangedrongen zal er halverwege de jaren zestig komen. Het effect op de

praktijkgrootte is marginaal, maar dat is vooruit lopen op de volgende periode, 1965 - 1975.

Vestigingsperikelen

Associaties blijven nog steeds een bijzonder verschijnsel. In 1955 worden negentien associatiecontracten aan het Hoofdbestuur ter goedkeuring voorgelegd.[31] In 1956 wordt voor het eerst goedkeuring gevraagd voor een driemansassociatie.[32] Het associatiecontract wordt wel goedgekeurd, maar het moet een uitzondering blijven, vindt Dekker. Het Hoofdbestuur zal een studie van het verschijnsel associatie maken; totdat de ledenvergadering een uitspraak heeft gedaan over deze studie zullen er geen driemansassociaties meer worden goedgekeurd. In de beloofde studie, die in 1958 verschijnt, worden de bestaande normen nog eens bekeken en wordt geconcludeerd dat een driemansassociatie principieel niet verschilt van een associatie tussen twee artsen.[33] Alleen zou men eigenlijk als het om een veel te grote praktijk gaat, uiteindelijk naar één solo- en twee geassocieerde artsen moeten streven. Over grotere groepspraktijken wil men nog geen standpunt innemen. Het rapport wordt op de algemene ledenvergadering op 20 december 1958 aangenomen.

Het relatief grote aantal praktijkzoekenden aan het eind van de jaren vijftig veroorzaakt hoge goodwill-bedragen. Dekker waarschuwt al in 1955 namens het Hoofdbestuur tegen deze gang van zaken. De norm is één bruto jaarinkomen of het gemiddelde van de laatste twee of drie jaar.[34] Door het Bureau Waarneming en Vestiging wordt gewaarschuwd tegen wilde vrije vestigingen.[35]
Hoofdredacteur Rooyaards[36] geeft in 1961 naar aanleiding van de vele vragen nog eens uitleg. Met de te hoge goodwillbedragen valt het waarschijnlijk wel mee. Hij is fel tegen de commerciële bureaus gekant en het liefst zou hij de provisie afschaffen. Polak[37] is het helemaal met hem eens. Uit eigen ervaring vertelt hij dat bemiddelingsbureaus alleen op eigen belang uit zijn. Om de hoogte van de goodwill in te dammen, zou de KNMG eens wat aan een goede pensioenregeling moeten doen. Hij zal wel niet vermoed hebben dat de pensioenre-

geling die pas in 1973 zou komen, tot nu toe de goodwill-problematiek niet opgelost heeft.

4. Moeilijke tijden: de periode 1965 - 1975

De naoorlogse geboortegolf beïnvloedt het aantal eerstejaarsstudenten sterk. Langzaam stijgt de nood bij de faculteiten zo hoog dat men in 1966 om een numerus fixus roept. De Tweede Kamer wil daar vooralsnog niet aan. De roep om een numerus fixus blijft echter voortdurend hoorbaar. Enkele faculteiten stellen in 1971 wachtlijsten voor het tweede jaar in en uiteindelijk komt er in 1974 een voorlopige numerus fixus. Het aantal toe te laten eerstejaars wordt jaarlijks op advies van de Academische Raad door de minister vastgesteld. Dit is niet het enige dat de gemoederen bezighoudt; de roep om hervorming van het universitair onderwijs wordt steeds luider. Zowel een andere studieopzet als een andere bestuursstructuur (de Wet Universitair Bestuur) worden in deze periode doorgevoerd. Via een wijziging in het Academisch Statuut in 1968 wordt de opleiding tot arts een basisopleiding van zes jaar. Daarna zal men óf een specialisten- óf een huisartsenopleiding moeten volgen en in het specialisten- of huisartsenregister zijn opgenomen, voordat men door de ziekenfondsen als medewerker kan worden ingeschreven.
Aan de verschillende faculteiten - Rotterdam komt er als zevende bij en de faculteit in Maastricht wordt voorbereid - wordt het vak huisartsgeneeskunde ingevoerd en worden Universitaire Huisartsen Instituten opgericht. Het Utrechts Universitair Huisartsen Instituut begint al in 1971 met een experimentele huisartsenopleiding. De andere instituten volgen.

De solohuisarts geldt steeds minder als onaantastbaar. Discussies over groepspraktijken en later over gezondheidscentra zijn in Medisch Contact niets bijzonders meer. Over driemansassociaties wordt, in tegenstelling tot in de jaren vijftig, niet moeilijk meer gedaan.
Ook de honoreringsstructuur verandert. In 1967 brengt de commissie Van der Ven advies uit over een uit de hand gelopen conflict tussen de LHV en het Gemeenschappelijk Over-

leg Ziekenfondsen. De rekennormpraktijk wordt vastgesteld op 2600 patiënten.
In 1973 wordt de verplichte pensioenregeling doorgevoerd; aanvankelijk met welwillend optimisme, totdat blijkt hoe hoog de premie is.
Door de nu ook universitaire status van de huisartsgeneeskunde en door een - althans verbaal - sterke nadruk op het belang van de huisarts van de kant van de overheid, wordt de in de vorige periode gestarte discussie over de kwaliteit van de zorg in samenhang met de praktijkgrootte nu veel breder. Alles tezamen, de in het begin van de jaren zeventig langzaam aantrekkende markt voor huisartspraktijken en de discussie over taak en plaats van de huisarts, noopt de LHV tot een standpuntbepaling, de Blauwdruk, die samen met de jongste geschiedenis een aparte bespreking verdient.

Het voortdurend huisartsentekort en de studentenaanwas

In het vorige hoofdstuk werd al beschreven hoe moeilijk het werd om bij vertrek uit de praktijk een opvolger te vinden. In 1965 berekent Kikkert[1] het tekort. Bij de toenmalige bevolkingstoename van 200.000 per jaar, zou een jaarlijkse stijging van het aantal huisartsen met ongeveer 74 noodzakelijk zijn. Uitgaande van 35 praktijkjaren en 4587 huisartsen zouden er 131 praktijkwisselingen per jaar plaatsvinden. Inclusief de al gemelde teruggang van 20 praktijken in 1964 is 45 % van de theoretisch te vervullen plaatsen in 1964 niet bezet. Deze marktsituatie en de volgens Kikkert onmogelijke economische positie van de huisarts maken een huisartspraktijk vrijwel onverkoopbaar.

De werkgroep Goudszwaard,[2] een werkgroep van de commissie voor Statistisch Onderzoek van de Academische Raad (de commissie Dalmulder), brengt in 1966 rapport uit over de "Artsenbehoefte en artsenvoorziening 1963 - 1982". Zij voorspelt dat als de getaxeerde behoefte van 1,4 artsen per 1000 inwoners juist is, deze bij de geschatte maximale bevolkingstoename niet gehaald kan worden. Jaarlijks zouden dan 2200 eerstejaars moeten beginnen. Bij een behoefte van 1,3 artsen per 1000 zijn er nog jaarlijks 1450 eerstejaars nodig.

De huisartsendichtheid moet in 1982 0,45 per 1000 inwoners zijn. In de Volksgezondheidsnota van minister Veldkamp in 1966 wordt veelvuldig van het rapport Goudszwaard gebruik gemaakt, zo stellen Huygen en Van Es.[3] Zij verwijten de commissie Goudszwaard geen rekening te hebben gehouden met mogelijke wijzigingen in de taak en de werkwijze van de huisarts, waardoor een grotere huisartsendichtheid dan 0,45 per 1000 inwoners nodig is. De redactie van Medisch Contact[4] benadrukt in een commentaar het tekort. De opleidingsmogelijkheden moeten maar uitgebreid worden als de faculteiten de stroom niet kunnen opvangen.
Van Goor en Dekker,[5] respectievelijk als voorzitter en secretaris van de KNMG, schrijven de minister van Onderwijs en Wetenschappen, Cals, in 1966 een open brief over het huidige en toekomstige artsentekort. Die brief maakt het Interfacultair Overleg Geneeskunde woedend. Van Rijssel,[6] de voorzitter ervan, schrijft in een reactie dat de faculteiten de toevloed echt niet aan kunnen en dat bovendien het aantal artsen dat afstudeert, de komende jaren snel zal stijgen. In de steeds chaotischer verlopende discussie probeert Dijkhuis,[7] de Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, enige helderheid te brengen. Hij heeft begrip voor de onmogelijke positie van de faculteiten, die in enkele jaren tijds 550 studenten meer moeten opvangen (van 829 in 1959 tot 1384 in 1964). Hij vindt de kreet "artsentekort" te ongenuanceerd; men moet een onderscheid maken tussen een specialisten- en een huisartsentekort. Het aantal huisartsen per 1000 inwoners is in alle provincies gedaald en het aantal specialisten is gestegen. De trend naar specialisaties is zijns inziens in de discussies over tekorten steeds verwaarloosd.
Tot grote vreugde van de gevestigde artsen wordt het wetsontwerp met betrekking tot de numerus fixus toch verworpen. Het argument dat een numerus fixus een tekort aan artsen zal opleveren en dat een tekort aan huisartsen de studenten naar specialisaties zal drijven, doet het goed in de Tweede Kamer.[8]
In 1968 stellen Lamberts en Tans, kamerleden van de PvdA, minister Veringa van Onderwijs, Kunst en Wetenschappen vragen[9] naar aanleiding van opmerkingen van Hornstra[10] in de pers. Deze laatste mokte nog wat na over de in 1966 afge-

wezen numerus fixus. Tot 1969 komen er 3000 artsen bij en dat is volgens hem voldoende. Na 1972 verwacht Hornstra grote moeilijkheden bij de vestiging, omdat er tussen 1970 en 1975 meer dan 4300 artsen afstuderen. Een achtste faculteit is dan ook pure onzin. Lamberts en Tans willen wel eens weten of dat zo is. Veringa geeft toe dat Hornstra wellicht iets dichter bij de waarheid komt dan de werkgroep Goudszwaard. De belangstelling voor de medicijnenstudie is belangrijk hoger dan door Goudszwaard geschat was. Het verschil tussen de prognoses van Hornstra en Goudszwaard is slechts 8 %. Veringa vindt het dan ook niet juist nu al voorspellingen te doen over problemen na 1972.

Terwijl de LHV in de onderhandelingen met de ziekenfondsen het huisartsentekort gebruikt om de honorariumeisen kracht bij te zetten, wordt dat beleid tot haar ergernis doorkruist door Vroege,[11] die uitgezocht heeft dat er van verminderde belangstelling voor het huisartsenvak geen sprake is. Hij onderzocht de carrières van 1600 studenten van 1952 tot 1963. De LHV[12] is nogal boos en betwist de cijfers van Vroege,[13] die in een reactie stelt dat zijn conclusie juist is, maar dat hij niet wil ontkennen dat er een tekort is, ontstaan door het geringe aantal eerstejaars in de periode 1957 - 1962.
Borst en Ezendam[14] verklaren de fluctuaties in het aanbod van artsen uit het afschrikkingseffect op adspirant-studenten ten tijde van overschotten (1955 - 1962). Er gaan dan minder studenten geneeskunde studeren, waardoor tien jaar later een artsentekort ontstaat.

Eind 1968 publiceert de commissie Dalmulder een nieuw rapport.[15] De behoefte aan academici wordt door zoveel factoren beïnvloed dat een nauwkeurige bepaling vrijwel onmogelijk is. Factoren als veranderende leeftijdsstructuur van de bevolking, toename van het aantal bejaarden, urbanisatie, verkeer, ingewikkelder worden van de therapie, vermindering van het prestatievermogen van de arts (korter werken) beïnvloeden de behoefte. De artsendichtheid zou dan volgens de berekeningen moeten oplopen tot 1,38 per 1000 inwoners in 1982 (± 21.000 artsen).

In een tweede benadering bekijkt de commissie de spreiding van huisartsen, specialisten en overige artsen. "Een regionale analyse van de huisartsendichtheid doet vermoeden dat er bij de huidige structuur van het gezondheidsapparaat een verzadigingspunt moet liggen rond een dichtheid van 0,45 per 1000 inwoners. Dit betekent ongeveer 2200 zielen per arts...."
De huidige spreiding volgens de commissie Dalmulder is in tabel 4 weergegeven.

Tabel 4: Aantal artsen per 1000 inwoners per provincie(-groep) in 1962

	huisartsen	specialisten	overigen	totaal
Groningen, Friesland, Denthe	0,422	0,294	0,319	1,035
Overijssel, Gelderland	0,372	0,351	0,264	0,951
Utrecht, N-Holland, Z-Holland	0,411	0,451	0,505	1,367
Zeeland	0,452	0,231	0,105	0,788
N-Brabant, Limburg	0,315	0,252	0,205	0,772
Nederland	0,385	0,361	0,367	1,113
Aantal artsen	4400	4100	4300	12800

De Gezondheidsraad,[16] onder voorzitterschap van J. de Kock van Leeuwen, borduurt op de gegevens van de commissie Dalmulder voort. Hij waagt zich niet aan een voorspelling voor de periode 1982-2000. De ontwikkelingen in de gezondheidszorg zijn moeilijk te voorspellen, doordat die "meer en meer door een prioriteitenkeuze in concurrentie met andere maatschappelijke behoeften bepaald worden." Een artsendichtheid van 1,4 à 1,5 per 1000 inwoners in 1982 lijkt voldoende. Festen[17] neemt als lid van de Gezondheidsraad een minderheidsstandpunt in. Alle prognoses kloppen volgens hem niet of zijn voor hetzelfde jaar verschillend door de nauwelijks te voorspellen bevolkingstoename en ontwikkelingen in de geneeskunde. Alle uitspraken over behoeften zijn "natte-vinger-werk", zodat vertrouwen op de natuurlijke regulering van vraag en aanbod veel verstandiger lijkt dan op basis van onzekere voorspellingen in te grijpen.

Terwijl er op hoog niveau gestudeerd wordt en tabellen en

grafieken geproduceerd worden, kan de gewone huisarts blijkbaar aan het eind van de jaren zestig niet meer met vakantie. Berichtjes waarin waarnemers gevraagd worden door het Bureau Waarneming en Vestiging van de KNMG, staan nu zeer regelmatig in Medisch Contact. De LHV[18] berekent dat er in 1968 ten opzichte van het voorafgaande jaar 33 huisartsen minder zijn. Volgens haar enquête daalt de belangstelling voor het huisartsenvak nog steeds. In vergelijking met 20 jaar geleden wordt minder dan de helft van de afgestudeerden huisarts. Hoe dat is berekend, is in Medisch Contact niet na te gaan. Afgaand op de berichten in Medisch Contact stijgt de nood in de grote steden snel. Hoofdredacteur Bol[19] gaat in een hoofdartikel in op de berichten uit Den Haag. Sinds 1962 is het aantal huisartsen daar met 72 gedaald. Nog 80.000 patiënten hebben een huisarts, die ouder is dan 65 jaar. Twee huisartsen zijn zelfs ouder dan 80 jaar.
In Rotterdam stapt de Plaatselijke Huisartsen Vereniging[20] naar de gemeenteraad met het verzoek iets aan het tekort te doen. Per 1 november 1970 zijn er slechts 209 huisartsen op 686.589 inwoners; dat is 0,304 per 1000 inwoners in Rotterdam tegen 0,347 landelijk. Twaalf procent van de huisartsen (25) is ouder dan 65 jaar (3 huisartsen zijn ouder dan 80). In ongekende eendracht met de ziekenfondsen belegt de PHV een persconferentie[21] waarop beide het tekort toelichten. De gemiddelde praktijkgrootte in Rotterdam is 3300. Er is een tekort van 67 huisartsen. Binnen vijf jaar zijn 25 huisartsen van plan te vertrekken. De PHV stelt voor om met hulp van de plaatselijke overheid tien groepspraktijken te stichten om het beroep weer aantrekkelijk te maken. Mogelijk kan daardoor het vertrek worden tegengegaan en kunnen jonge artsen worden aangetrokken. Op deze toch opzienbarende roep om overheidssteun wordt nauwelijks gereageerd.

Met enige regelmaat worden er in 1970 in de Eerste[22] en Tweede Kamer[23] vragen gesteld over het huisartsentekort. Kruisinga, staatssecretaris voor Volksgezondheid, zegt daarop steevast dat het, behalve in Rotterdam waar de situatie ernstig is, wel meevalt. De sterke vergrijzing van het huisartsenbestand in de Randstad baart hem zorgen.[23,24] Rotterdam blijft een probleem. Kossmann e.a.[25] schrijven een uitvoerig

artikel over het tekort in de grote steden. Om het tekort aan te vullen en de praktijkgrootte op 2500 te brengen moeten er in tien jaar 2850 huisartsen afstuderen. Een verhoging van het budget van de Universitaire Huisartsen Instituten, verbetering van de honorering en betere opleidingen van paramedisch personeel zijn op korte termijn nodig, wil het fenomeen huisarts blijven bestaan. Velen zijn het met Kossmann eens en geven min of meer dezelfde suggesties.[26,27,28,29]

Het Bureau Waarneming en Vestiging[30] meldt dat in 1970 in 33 praktijken geen opvolger gevonden kon worden en in 1972 hoeven artsen die zich in gebieden met een huisartsentekort vestigen, zelfs niet in militaire dienst.[31] Toch ondanks deze crisissfeer voorspelt Thung[32] al dat er na 1980 genoeg artsen zullen zijn. Borst[33] doet dat een jaar later, in 1973, nog eens. Ten tijde van optredende tekorten praat men opeens weer over een te verwachten overschot, al sputtert men hier en daar nog over een tekort aan specialisten door onvoldoende opleidingscapaciteit[34] of over wantoestanden in Brabant.[35]
Met het oog op de sterke toeloop naar de universiteiten van 2085 eerstejaars in 1972 en de vrij zekere output van de UHI's van 500 huisartsen per jaar vanaf 1974[36] schrijven de voorzitter en de ondervoorzitter van de KNMG een open brief aan alle artsen in Nederland. Volgens hen zal het aanbod zó groot zijn dat door de gevestigde artsen ruimte gemaakt moet worden. "Het lijkt in dit verband wenselijk de grootte van de praktijken vrijwillig te beperken, waarbij tegelijkertijd de mogelijkheid wordt vergroot de kwaliteit van de verleende medische hulp te verhogen."[37]

Volgens het Memorandum II van de werkgroep Planning Medisch Wetenschappelijk Onderwijs -de werkgroep Querido[38]- studeren de komende jaren veel artsen af: minimaal 1275 en maximaal 1750 in 1972 en '73 tot 1375 in 1979 en '80. Tevens berekent hij het aantal te verwachten huisartsen op twee manieren en bij verschillende beroepskeuzepercentages. In 1980 zouden bij een berekening, gebaseerd op het aantal eerstejaars en een beroepskeuzepercentage van 30 %, 40 % of 50 % van de afgestudeerde artsen respectievelijk 405, 540 of

675 huisartsen afstuderen. Als men bij de berekening uitgaat van het aantal gerealiseerde eerstejaarsstudenten en het aantal doctoraal examens, studeren er in 1980 bij een beroepskeuzepercentage van 30 %, 40 % of 50 % respectievelijk 465, 620 of 775 huisartsen af. De KNMG laat een werkgroep[39] met behulp van de gegevens van Querido studeren op de consequenties van het aanbod. Deze verwacht dat bij de eerste berekeningswijze en een beroepskeuze van 30 % de capaciteit van de opleiding groot genoeg is.[40]
Of er voor de 4600 huisartsen die tot 1985 afstuderen dan ook een plekje is durft de werkgroep niet te zeggen. De overloop naar de sociaal-geneeskundige sector kan het aantal vacatures sterk beïnvloeden, terwijl lange wachttijden voor de specialistenopleiding artsen misschien naar de huisartsenopleiding drijven, waardoor het aanbod sterk kan stijgen. De werkgroep vermeldt nog dat behoeftebepalingen, die door een beroepsgroep zelf opgesteld worden, slechts een beperkte waarde hebben, zolang de omvang van de beroepsgroep rechtstreeks van invloed is op het inkomen van de beroepsbeoefenaren.
In augustus 1974 verschijnt de Structuurnota gezondheidszorg van staatssecretaris Hendriks. In een commentaar schrijft de KNMG[41] te betwijfelen of een artsendichtheid van 1,8 per 1000 inwoners wel nodig is. De LHV gaat in haar commentaar niet op het verwachte overschot van artsen in. Twintig jaar na het artsenoverschot in de jaren vijftig is de situatie weer bijna dezelfde.

Praktijkgrootte

Discussies over wenselijke praktijkgrootte hebben niet zoveel zin als er te weinig huisartsen zijn. Veel schrijft men dan ook niet en als men al iets publiceert gaat het om berekeningen om aan te tonen dat het honorarium te laag is. Zo berekent Sanders[42] bijvoorbeeld op grond van een gemiddelde ratio van consulten en visites en de gemiddelde duur daarvan bij een werkweek van 42,5 uur, dat de gemiddelde praktijk ongeveer 2200 patiënten hoort te zijn. LHV-secretaris Van der Leeuw[43] stelt in 1967 dat pas optimale zorg geleverd kan worden bij een praktijkgrootte die tussen 2000 en 2500 pa-

tiënten ligt.
Volgens de Ziekenfondsraad stijgt de gemiddelde omvang van de ziekenfondspraktijk van 1898 in 1965 tot 1960 in 1968.[44,45] Het aantal praktijken met meer dan 3000 fondspatiënten neemt iets toe; in 1966 zijn er nog altijd vijftien praktijken met meer dan 5000 ziekenfondspatiënten. Het aantal kleine praktijken met minder dan 500 verzekerden - een graadmeter voor het aantal geheel nieuwe vestigingen - blijft tot 1968 dalen, maar is in 1969 weer iets hoger.[46]
Volgens de Geneeskundige Hoofdinspectie[47] is de totale gemiddelde praktijkgrootte in 1966 2761. De commissie Van der Ven[48] stelt bij het conflict over de rekennormpraktijk tussen LHV en GOZ in 1967 het aantal inwoners per huisarts op 2600.
De praktijkgrootte is aan het eind van de jaren zestig geen onderwerp waaraan in afzonderlijke artikelen veel aandacht wordt besteed. In artikelen over het artsentekort wordt wel veel gespeculeerd over de optimale praktijkgrootte. Van Dijk[49] bepleit een beperking van de praktijkgrootte tot ongeveer 2200 patiënten via een verandering in de honoreringsstructuur. Een huisarts[50] met een blijkbaar erg grote praktijk in Zuid-Limburg is het hiermee volstrekt oneens. Grote praktijken sparen volgens hem een praktijk uit en het is dus logisch dat de hardwerkende arts extra betaald wordt. De Leeuw[51] is juist blij met een groot artsenaanbod, omdat dan de praktijken eindelijk kleiner kunnen worden. Het is volgens hem tijd door een strak vestigingsbeleid de zaken te reorganiseren. Na de Blauwdruk en Het Takenpakket van de LHV komt na 1975 de praktijkgrootte weer sterk in de belangstelling. Een groot aanbod stimuleert een dergelijke discussie, net als aan het eind van de jaren vijftig.

Vestigingsperikelen

Als er weinig gevestigd wordt, wordt er ook niet zoveel over problemen geschreven. Wel baart de daling van de goodwill sommigen zorgen. Kikkert[1] meldt al dat het onmogelijk is een praktijk te verkopen. Die situatie blijft vrij lang bestaan; in 1971 schrijft Knuttel[26] dat men vrijwel geen goodwill meer kan krijgen en de Swart[52] klaagt dat 50 % van het

bruto-jaarinkomen al bijna niet meer haalbaar is. Vanaf 1972 trekt de markt wat aan. Bol[53] legt het fijne van de goodwill weer eens uit. Eigenlijk is de hele instelling om goodwill te betalen nog niet zo oud; pas na de eerste wereldoorlog werd het gebruikelijk de weduwe van een overleden collega gedurende een jaar de inkomsten te geven van haar man, verkregen uit de behandeling van patiënten. Nu komt er een pensioenregeling en zijn er goede sociale verzekeringen. De noodzaak om het instituut "goodwill" te handhaven is niet zo groot meer. In elk geval hoort er een objectiever bedrag te worden vastgesteld, waarbij een verschuiving naar de prijs van het huis voorkomen moet worden.
Twee jaar later, in 1974, zet De Widt[54] alles nog eens op een rijtje. Het is volgens hem tijd om in het vrije marktmechanisme in te grijpen. Het grote artsenaanbod veroorzaakt een stijging van de prijzen, terwijl juist de pensioenregeling de goodwill overbodig zou moeten maken. Dergelijke stellingen roepen uiteraard zowel instemmende[55] als afkeurende[56] reacties op.

5. Van Blauwdruk tot vestigingsbeleid? De periode 1975-1980

Het is de periode van de snel stijgende kosten. De discussies over de Structuurnota Gezondheidszorg nemen vele kolommen in beslag. Uiteindelijk wordt de nota in de Tweede Kamer ter kennisgeving aangenomen. Staatssecretaris Hendriks gaat onvermoeibaar voort en produceert in 1975 nog een voorstel voor een Algemene Volksverzekering tegen Ziektekosten, dat wegens geldgebrek schipbreuk lijdt. In 1976 publiceert hij de Wetsontwerpen Voorzieningen Gezondheidszorg en Tarieven Gezondheidszorg. Over beide laten de KNMG en haar subverenigingen het onaanvaardbaar horen. De beroepsgroep is vooral verbolgen over het feit dat zij bij de voorbereiding van de wetsontwerpen niet betrokken is geweest. Toch dringt de tijd. Het aantal huisartsen dat afstudeert is, zoals voorspeld, groter dan het aantal vestigingsmogelijkheden. De partijen nemen vooralsnog de voorspelbare stellingen in: de zoekende huisartsen organiseren zich en geven aan dat er meer huisartsen nodig zijn; de LHV bena-

drukt het belang van de gevestigde huisarts, vindt praktijkverkleining alleen goed bij een handhaving van het honorarium en studeert op een vestigingsbeleid per 1 januari 1981; en de overheid aarzelt. In 1978 verschijnt de Nota Vestigingsbeleid waarin een aantal mogelijkheden voor wettelijke maatregelen wordt geïnventariseerd. Staatssecretaris Veder-Smit[1] is echter nog niet van plan op korte termijn in te grijpen (juni 1979). De 280 zoekende huisartsen vindt zij nog niet buitengewoon. De Stichting Algemene Gezondheidszorg (STAG) bepleit een grondige herziening van de eerstelijnsgezondheidszorg. Enkele gemeenten, onder andere Lelystad, stellen een vergunningenstelsel voor hulpverleners in dat hevige reacties van de LHV oproept. De tegenstellingen tussen de diverse groeperingen worden bijna met de dag duidelijker.

Teveel huisartsen?

Het raakt een klein beetje uit de mode om voorspellingen over het artsenaanbod te doen. De actuele problemen, zoals de herstructurering van de gezondheidszorg, het stimuleren van samenwerking en het formuleren van een vestigingsbeleid, vragen blijkbaar erg veel aandacht.
De KNMG-werkgroep Artsenaanbod publiceert in 1975 een nieuw rapport.[2] Zij waarschuwt voor de overloop van de specialistenopleiding - wegens de enorm lange wachttijden - naar de huisartsenopleiding. Tezamen met de verhoogde belangstelling moet er rekening mee worden gehouden dat 40 % (650) van het jaarlijks aantal afstuderende artsen (1600) voor de huisartsenopleiding zal kiezen. Dat betekent dat er tot 1980 3250 huisartsen bijkomen, terwijl slechts 1000 artsen vertrekken. De resterende 2250 zouden door praktijkverkleining opgevangen moeten worden; dat betekent dat de gemiddelde praktijkgrootte in korte tijd tot 1900 inwoners per huisarts moet dalen. De capaciteit van de opleiding is eigenlijk te groot. Vooral omdat men volgens de werkgroep de eerste jaren nog rekening moet houden met de artsen oude stijl, die zich zonder meer mogen vestigen. Er moet zeer snel duidelijkheid komen over de gewenste praktijkgrootte en dus het gewenste aantal huisartsen, wil er in 1980 geen groot overschot ontstaan. In 1976 publiceert de werkgroep een ver-

volg.[3] Steeds meer artsen volgen de huisartsenopleiding: in het studiejaar 1974/'75 circa 350 of 45 % van het aantal afgestudeerde artsen. De stijgende lijn in de belangstelling zal zich wel voortzetten, zodat er eigenlijk in 1979 715 plaatsen zullen moeten zijn. Wachtlijsten voor de opleiding en werkloze huisartsen erna zullen het gevolg zijn. De gemiddelde praktijkgrootte daalt maar langzaam en zal bij ongewijzigd beleid in 1980 ongeveer 2600 zijn. Dat betekent dat zo'n 1600 huisartsen een plekje kunnen vinden en 1400 huisartsen werkloos zullen zijn. De situatie na 1980 wordt volgens de werkgroep alleen maar slechter. Aanpassing van de opleidingscapaciteit is dan ook nodig. Ruim een half jaar later reageren het Landelijk Overleg Medische Aktiegroepen en het Landelijk Overleg Ko-Assistenten[4] op de berekeningen van de werkgroep Artsenaanbod. Als de huisartsen tenminste iets van de hun toegedachte taken zouden willen waarmaken zijn er niet zo gauw teveel huisartsen. Vooral de conclusie van de werkgroep "een stop op de huisartsenopleiding" schiet de actiegroepen in het verkeerde keelgat. Een beter alternatief is een goed vestigingsbeleid. In een nawoord schrijft de werkgroep[5] dat zij niet vindt dat er persé een stop op de opleiding moet komen, maar dat er, zolang geen overeenstemming bestaat over een daling van de praktijkgrootte, wel een overschot dreigt. Wat heb je aan het recht op onderwijs, als dat het recht op werkloosheid betekent? Bol[6] wijst erop dat de KNMG in 1974 zélf opriep tot een vrijwillige praktijkverkleining.
In 1977 berekent Poorter[7] de vraag en het aanbod van artsen in het jaar 2000. Hij stelt het aanbod in het jaar 2000 op 39.000, van wie er ongeveer 27.100 specialist of huisarts zullen zijn. Dat komt neer op 1 huisarts of specialist per 550 inwoners bij alternatief A (bevolkingsprognose van het CBS 15,2 miljoen inwoners) of 1 huisarts of specialist per 525 inwoners bij alternatief B (14,3 miljoen inwoners). De ideale praktijkgrootte is volgens hem 1800 patiënten, zodat er in 2000 8450 (bij alternatief A) of 7950 (bij alternatief B) huisartsen nodig zullen zijn. De totale vraag naar artsen wordt nog beïnvloed door een trend naar korter werken en vervroegde pensionering. Poorters berekeningen roepen nauwelijks enige reactie op.
In 1978 publiceren Thung en De Gruil-van Egmond[8] een in-

houdsanalyse van de advertenties "arts gevraagd" vanaf 1968 tot 1978. Zij constateren dat het tekort uit 1968 naar een overschot in 1978 is omgeslagen en doen een opmerkelijke uitspraak: het overschot zal eerstejaarsstudenten afschrikken om te kiezen voor het huisartsenberoep, met het gevolg dat er over tien jaar weer een tekort komt. Juist nu moeten er speciaal in huisartsgeneeskunde geïnteresseerde studenten worden geworven. Ze doen deze uitspraak vooral op grond van de ervaringen van Borst en Ezendam in 1968, die de overschotten in 1954-1959 en de daaropvolgende tekorten verklaarden uit dit "afschrikkingseffect". Alleen vergeten zij dat dit regelmechanisme door de numerus fixus niet goed meer werkt. De belangstelling onder adspirant-studenten stijgt nog altijd, zowel de eerste aanmelding in januari als het reële aantal deelnemers aan de loting na de eindexamens in juni. Het aantal beschikbare plaatsen stijgt minder snel dan het aantal belangstellenden. Niets wijst erop dat er nu plotseling een sterke daling van de aanmeldingen zal komen.

Praktijkgrootte en vestigingsbeleid

De roep om praktijkverkleining en een snelle invoering van een vestigingsbeleid was al lang te horen maar wordt na 1975 steeds sterker. Vele artikelen besluiten met de oproep om liever nog vandaag dan morgen een vestigingsbeleid te formuleren en uit te voeren. Bol[9] schrijft in 1975 dat de hoge schulden van beginnende huisartsen het steeds moeilijker maken snel tot praktijkverkleining over te gaan. En helaas, verzucht Bol, heeft de KNMG geen mogelijkheid dwingend een vestigingsbeleid op te leggen, waardoor de concurrentieslag en de daardoor opgejaagde goodwill in de hand gehouden kunnen worden.

De LHV produceert in juni 1975 haar Blauwdruk. Het is in eerste instantie een vertrouwelijk stuk, alleen voor de leden. In Medisch Contact wordt er dus behalve een oproep[10] om er in regionale bijeenkomsten over te spreken aanvankelijk niets gepubliceerd. De massamedia interpreteren de geruchten elk op hun eigen manier, zodat eind september de redactie van Medisch Contact toch het grootste gedeelte[11] publiceert. De

Blauwdruk, ontworpen naar aanleiding van de Structuurnota Gezondheidszorg, is, zo stelt het Centraal Bestuur, geen vrijblijvend discussiestuk, maar een voorstel waarover gestemd moet worden. In de Blauwdruk zijn maximering van de praktijkgrootte, vestigingsbeleid en intercollegiale toetsing aan elkaar gekoppeld. De normpraktijk moet verlaagd worden, omdat de taak van de huisarts immers verzwaard is. Aan de hand van de landelijke normen (maximum praktijkgrootte) kunnen districtscommissies een gebied artsrijp verklaren, waartegen beroep mogelijk is. Het maximum wordt in 1975 op 3000 gesteld, dalend tot 2500 in 1979. De rekennormpraktijk moet van 2600 tot 2100 dalen. Bol[12] merkt op dat de koppeling praktijkgrootte, vestigingsbeleid en toetsing prachtig is, maar dat dat niet mag betekenen dat er afzonderlijk op elk van de drie gebieden geen beleid nodig is. Wat betreft de maximumgrootte vraagt hij zich af welke reden de LHV gehad kan hebben om de maximum grootte van 400 patiënten boven de rekennorm te stellen.
Het LOMAG, LOKO en LOVAA (Landelijk Overleg van Arts-Assistenten)[13] juichen het initiatief om nu eindelijk tot een vestigingsbeleid te komen toe, al hebben zij met name kritiek op de hoogte van de maximum praktijkgrootte. Overigens wordt er in ingezonden brieven weinig en vrij lauw op de Blauwdruk gereageerd. Opvallend is het dat twee studenten, Schaaf[14] en Wigersma,[15] vrij uitgebreid hun bezwaren uiten. Schaaf[14] heeft vooral kritiek op het "onder ons"-karakter van de Blauwdruk. Een vestigingsbeleid is niet een zaak van dokters alleen, maar ook van patiënten en andere hulpverleners. Wigersma[15] neemt de goodwill op de korrel. Hoe kan de LHV serieus menen een vestigingsbeleid van de grond te krijgen, als zij aan de goodwill blijft vasthouden, vraagt hij zich af; de moeilijkheden bij vestiging blijven dan immers. Ook benadrukt hij het belang van inspraak van de patiënten. Via een jaarlijkse verlaging van de kostenknik en een maximum grens daarvan zou men tot een snelle praktijkverkleining kunnen komen van 2600 in 1976 tot 2000 in 1980. De Blauwdruk haalt het niet. In regionale bijeenkomsten wordt zoveel kritiek geuit dat het Centraal Bestuur van de LHV het voorstel intrekt en belooft op korte termijn onder andere een nota over het takenpakket van de huisarts te produceren.

Vrij snel na elkaar verschijnen in 1977 zowel de nota "De taken van de huisarts"[16] als de Nieuwe Blauwdruk.[17] De Nieuwe Blauwdruk wordt weer aangeboden als een stuk waarover gestemd moet worden en waaraan alleen nog details veranderd kunnen worden. Ook in de Nieuwe Blauwdruk worden zorg voor de kwaliteit, waarvan toetsing een deel kan zijn, de rekennormpraktijk, de maximering van de praktijkgrootte en het vestigingsbeleid gekoppeld. Na de nota over het "takenpakket" is het duidelijk dat de praktijk verkleind moet worden. De rekennormpraktijk zal in drie jaar moeten dalen tot 2000 patiënten. De maximumgrootte moet 125 % van de rekennorm zijn. De Plaatselijke Huisartsen Verenigingen moeten onderzoeken of er met hantering van de maximumnormen, ruimte is voor vestigingen. De PHV's verdelen daartoe hun gebied in kleine gebiedjes (4-8 huisartsen). Er is plaats voor een nieuwe huisarts als in een gebied het aantal patiënten 1000 groter is dan het berekende plus 25 procent. Wilde vrije vestigingen zullen niet meer mogelijk zijn. Bol[18] vindt het voorstel het maximaal haalbare binnen de LHV, maar lang niet iedereen is gelukkig. Kamphuis[19] vindt het ontoelaatbaar dat patiënten hun eigen dokter niet meer mogen kiezen wanneer ze toevallig nummer 2601 zijn. Hij zal zijn lidmaatschap van de LHV opzeggen en voorspelt dat zeker 600 à 700 anderen dat ook zullen doen. In elk geval ondanks de ferme taal van het Centraal Bestuur halen de Nieuwe Blauwdruk én de nota Takenpakket de eindstreep niet. Eerst maar eens een discussie over de plaats van de LHV.

Bartelds, Dopheide en Van der Zee[20] onderzoeken de nieuwe vestigingen in de periode januari 1975 tot augustus 1976. Er hebben 461 nieuwe vestigingen plaatsgevonden, waarvan 50 % overnamen, 15 % vrije vestigingen, 30 % associaties en 5 % andere vormen. De verhouding tussen vervanging en verdunning blijkt in de verschillende provincies zowel in de tijd als geografisch nogal uiteen te lopen: vervanging vooral in het Noorden, verdunning in Brabant en Limburg. Bol[21] concludeert uit hun onderzoek dat men ruimte moet maken voor een aanzienlijke uitbreiding van het huisartsenbestand.
Lang kan de LHV zich niet bezinnen, want de situatie op de markt loopt uit de hand. In februari 1979 schrijft een groep

van 13 zoekende en gevestigde huisartsen een open brief.[22] Al 250 artsen zoeken geruime tijd een praktijk. De overnamesommen worden zó hoog, dat daardoor praktijkverkleining onmogelijk wordt. Als de leden zulke problemen met toetsing hebben, moet de LHV dat maar loskoppelen van een vestigingsbeleid. Van de Akker, lid van het Centraal Bestuur, schrijft in een naschrift blij te zijn met deze brief en verklaart dat de LHV graag aan een vestigingsbeleid wil werken. Bol[23] waarschuwt voor een dreigend overheidsingrijpen. Aan een vestigingsbeleid zitten veel kanten en mede daardoor heeft de LHV nooit een vestigingsbeleid van de grond gekregen; maar als er nu nog langer wordt gebakkeleid, wordt de overheid wel gedwongen om in te grijpen. De regeling die dan uit de bus komt, zou wel eens minder aangenaam kunnen zijn, aldus Bol. Intussen werkt de LHV aan het uitspreken van de wens om tot een vestigingsbeleid te komen. Er wordt een aantal informatieve vergaderingen belegd over de vraag "Zien de leden van de LHV de vestiging van huisartsen als een gemeenschappelijk probleem en willen zij met het CB werken aan een vestigingsbeleid binnen het tijdvak van anderhalf jaar?" De stemming is aanvankelijk roerig.
Tijdens de informatieperiode publiceren Groenewegen en Van der Zee[24] de gemiddelde praktijkgrootte per PHV, die regionaal sterk verschilt. Ruim de helft van de PHV's heeft meer inwoners per huisarts dan het landelijk gemiddelde. Vooral in de Brabantse Kempen, Noord-Limburg en Twente zijn de praktijken gemiddeld genomen groot; in Zeeuws-Vlaanderen het kleinst. De verdunning gaat in de PHV's met grote praktijken weliswaar sneller dan in de PHV's met kleine praktijken, maar de spreiding is groot en de groei is ongelijk verdeeld. De PHV Alkmaar[25] laat weten dat Groenewegen en Van der Zee met onjuiste en verouderde cijfers werken; in tegenstelling tot de bewering van Groenewegen en Van der Zee meent de PHV dat er in Alkmaar geen huisartsen bij kunnen komen.
Ondanks alle bezwaren en pogingen tot amendering stemt de ledenvergadering[26] op 6 juni in met de vraag van het CB en geeft een werkgroep opdracht uitgangspunten voor een vestigingsbeleid te formuleren voor januari 1980.
Adspirant-huisartsen organiseren zich en richten een initia-

tiefgroep praktijkzoekende huisartsen[27] op die binnen en buiten de LHV wil meepraten over een vestigingsbeleid en die de belangen van de zoekende huisartsen wil behartigen. In de Tweede Kamer wordt bij de behandeling van de begroting van Volksgezondheid voor 1980 aangedrongen op een spoedig tot stand komen van een vestigingsbeleid. Alle partijen maken zich op voor een naderende beslissing.

Vestigingsperikelen

In veel van de al aangehaalde artikelen werd aan het goodwill-probleem gerefereerd; niet alle artikelen komen onder dit kopje ook weer aan bod. Goodwill blijft een netelig probleem, zeker na de invoering van het huisartsenpensioen. In bestuurskringen wordt nogal verschillend gedacht. Zo vindt het bestuur van de Stichting Officium Nobile[28] te Arnhem in 1975 al dat de goodwill in hoog tempo verlaagd moet worden. Ook Bol[29] bepleit nogmaals het afschaffen van de goodwill. De LHV laat het voorlopig bij een berichtje[30] dat de maximum goodwill 90 % van het bruto-jaarinkomen is. Lens[31] rekent in 1978 uit dat praktijkverkleining prachtig is, maar door de goodwill niet betaalbaar. Van 2000 patiënten kan een huisarts niet leven. Uiteraard roept zijn cijferwerk ander cijferwerk op. Alle argumenten voor en tegen goodwill, die al vanaf de jaren vijftig telkenmale naar voren gebracht zijn, worden ook nu aangevoerd. Intussen stijgt de prijs van een huisartspraktijk, bedragen van een miljoen zijn volgens briefschrijvers al niet ongewoon meer.[20, 31] Bartelds, Dopheide en Van der Zee[21] vinden in 1976 dat 36 % van de zich vestigende huisartsen meer betaalden dan de norm; onder degenen die via een commercieel bureau een praktijk vonden, was dat zelfs 47 %. Schaarste drijft de prijs op, huisartsen die al lang zoeken zijn sneller bereid wat meer te betalen. Niet alleen de goodwill stijgt, maar vooral de prijs van het huis/praktijkpand stijgt snel. De enig mogelijke oplossing, afschaffing, wordt wel overal geopperd, maar zal het voorlopig niet halen. Niet voor niets is een KNMG-commissie al verscheidene malen op het goodwill-probleem vastgelopen en uiteindelijk, toen zij overbodig geworden was, in 1965 opgeheven.

6. Conclusie

Met in het achterhoofd de relativerende opmerking uit de inleiding over de waarde van Medisch Contact als representant van de denkwereld van de medische stand, kunnen uit dit materiaal toch wel enkele conclusies getrokken worden. In tijden van tekorten berekent men een toekomstig overschot. De precieze ramingen kloppen nooit, en achteraf blijkt de situatie soms wel mee te vallen. In het begin van de zestiger jaren wordt immers gezegd dat een overschot in de jaren vijftig helemaal niet bestaan heeft. De aanvankelijk omgekeerd evenredige relatie tussen het aantal eerstejaarsstudenten en het aantal afstuderende artsen bestaat na 1973 niet meer. De numerus fixus verstoort de tien jaar vertraagde wisselwerking. Overigens blijft het de vraag of de verklaring van Borst en Ezendam uit 1968, die het tekort terugvoeren op het afschrikkingseffect aan het eind van de jaren vijftig, niet al te simpel is. Immers het aantal aanmeldingen van eerstejaarsstudenten stijgt zelfs bij het huidige artsenoverschot nog altijd.
De mogelijk verminderde belangstelling voor het huisartsenvak is ook een thema dat telkens terugkeert. De steeds verder gaande specialisatie in de jaren zestig zuigt veel mogelijke huisartsen weg. De status van de huisarts is nog altijd betrekkelijk laag; er zijn nog geen leerstoelen en beroepsopleidingen. Het artsentekort in die tijd is dan ook vooral een huisartsentekort; specialisten zijn er, enkele specialisaties uitgezonderd, genoeg. Het precieze mechanisme van de verschuiving van algemene naar specialistische zorg is uit deze geschiedenis niet duidelijk. Veel meer dan de wellicht iets verminderde belangstelling voor het huisartsenvak spelen sociale en psychologische factoren, zoals de professionalisering van de specialist, een rol.
In het begin van de jaren vijftig wijst men al op de relativiteit van de begrippen tekort en overschot. De spreiding van artsen over Nederland is nogal ongelijk. Opvallend is dat de gebieden die Veen in 1954 noemt als degene waarin grote tot zeer grote praktijken normaal zijn, vrijwel dezelfde zijn als die in 1979 door Groenewegen en Van der Zee worden genoemd. Veen concludeerde, net als Groenewegen en Van der Zee, dat de verdunning via natuurlijke mechanismen erg traag ver-

loopt. In beide artikelen wordt voor een vestigingsbeleid gepleit. Niet alleen onderzoekers doen dat trouwens. Herhaaldelijk gaan er, ook binnen het Hoofdbestuur van de KNMG, stemmen op om de vestigingen te regelen: in 1960-1961 Heringa en Wibaut en in 1974 de voorzitter en vice-voorzitter. De ideeën van Heringa en Wibaut worden intern snel onder tafel gewerkt. De open brief uit 1974, waarin wordt opgeroepen tot vrijwillige praktijkverkleining, heeft ook niet veel effect gehad. Alle huidige ideeën over afschaffing van de goodwill, waarvan de hoogte recht evenredig is met het aantal praktijkzoekende artsen, over minimum en maximum praktijkgrootte werden in de jaren vijftig ook geopperd. Als er al gestudeerd werd op een van deze problemen, dan kwam er niet of pas veel te laat iets uit, als een of ander natuurlijk proces alles weer in het gareel gekregen had. Het lang verwachte pensioen en de betere honorering hebben niet het veronderstelde resultaat gehad.

In de huidige situatie is er dus weinig nieuws onder de zon, als we uitsluitend naar de ideeën in de beroepsgroep zelf kijken. Echter de overheid en de ziekenfondsen zijn nu een sterkere partij voor de beroepsgroep dan in de jaren vijftig. De plaats van de huisarts, zijn takenpakket en de structuur van de gezondheidszorg zijn danig veranderd. Eens zal het ervan moeten komen, een wettelijk geregeld vestigingsbeleid. Al het andere is min of meer al uitgeprobeerd. Het zal mij echter benieuwen wanneer; na het lezen van al die jaargangen Medisch Contact ben ik niet zo optimistisch meer.

3

Vestigingsbeleid en inkomen

C.M. IJsbrandy

1. Inleiding

Het streven naar een vestigingsbeleid voor huisartsen kan vanuit verschillende standpunten bekeken en begrepen worden. Vanuit de overheid kan een vestigingsbeleid gezien worden als een instrument waarmee de gezondheidszorg planmatiger en doelmatiger kan worden ingericht, waarmee de greep op de gezondheidszorg verstevigd kan worden en waarmee de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg iets beter in de hand kan worden gehouden.
De vrije vestiging is door huisartsen altijd beschouwd als een waardevol en onmisbaar element van hun "vrije" beroepsuitoefening. Wanneer een vestigingsbeleid tot stand komt, zal er aan deze vrijheid een onherroepelijk einde komen. Vanuit de huisartsenorganisatie moet het streven naar een vestigingsbeleid dan ook in de eerste plaats gezien worden als een poging om de zeggenschap over de beroepsuitoefening te behouden - zoniet voor de individuele huisartsen, dan toch tenminste

voor de beroepsorganisatie - en om te voorkomen dat de controle over de uitoefening van het beroep toevalt aan een instantie, waarop door de huisartsen geen directe invloed kan worden uitgeoefend.[1]
Het streven naar een vestigingsbeleid door de huisartsenorganisatie moet echter niet uitsluitend beschouwd worden als een afgeleid streven. Men komt niet alléén in actie, omdat andere maatschappelijke groeperingen de beroepsautonomie van huisartsen dreigen aan te tasten. De huisartsen hebben ook een onmiddellijk belang bij een vestigingsbeleid.
De sterke groei van het aantal huisartsen, een groei die de komende jaren zal aanhouden, zal onvermijdelijk tot een daling van de gemiddelde praktijkgrootte leiden. Als mogelijke voordelen van deze ontwikkeling kunnen worden genoemd: een taakverlichting voor de huisarts en een verdieping van het huisartsenwerk door de extra tijd die aan een patiënt besteed kan worden. Voor de huisartsen blijken deze voordelen echter niet op te wegen tegen wat zij zien als het grootste nadeel van deze ontwikkeling: een evenredige daling van het brutoinkomen.

De relatie tussen het streven naar een vestigingsbeleid en de bescherming van hun inkomenspositie wordt door de huisartsen zelf gelegd. In hun eisenpakket wordt de daling van de praktijkgrootte, die op zich niet onwenselijk wordt geacht, verbonden met de eis dat het inkomen op het huidige niveau blijft.[2] De belangrijkste rechtvaardiging voor deze eis is dat door daling van de praktijkgrootte de kwaliteit van de dienstverlening zal toenemen. Voor deze kwaliteitsverbetering van hun produkt moet, in de ogen van de huisartsen, betaald worden.
Met deze redenering geven de huisartsen blijk kort van memorie te zijn. Immers, wat was de belangrijkste rechtvaardiging voor de aanzienlijke tariefsverhogingen die in de jaren 1967 tot en met 1970 door de huisartsen werden afgedwongen? Doordat de inkomensontwikkeling van huisartsen in de jaren vijftig en zestig was achtergebleven bij de algehele welvaartsstijging in Nederland, was de aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep zozeer afgenomen dat vermindering van het aantal huisartsen en een stijging van de gemiddelde praktijk-

grootte het gevolg waren. Hiermee kwam volgens de huisartsen de kwaliteit van de gezondheidszorg in het geding. Teneinde de kwaliteit te beschermen, dienden er meer huisartsen te komen. Er zouden meer huisartsen komen, als de tarieven en daarmee het huisartseninkomen aanzienlijk verbeterd zouden worden. Welnu, dit laatste gebeurde en - zij het enigszins vertraagd - uiteindelijk zelfs met het beoogde resultaat, want na 1970 nam het aantal huisartsen gestaag toe.
Natuurlijk kan een dergelijke ontwikkeling te ver gaan. Een te groot aantal huisartsen en te kleine praktijken zijn niet in het belang van een efficiënte gezondheidszorg. Wat ligt echter meer voor de hand dan, de feilloze werking van het marktmechanisme indachtig, te pleiten voor bevriezing of zelfs verlaging van de tarieven, teneinde de aanwas van het aantal huisartsen tot staan te brengen? Zo niet de huisartsen. Zij staan alleen op de bres voor het marktmechanisme als hun materiele belangen ermee gediend zijn. Zodra dit mechanisme tegen hen dreigt te werken, tonen zij zich een voorstander van collectieve maatregelen om hun positie te beschermen, uiteraard "in het belang van de kwaliteit van de gezondheidszorg". Het streven van de huisartsenorganisatie naar een vestigingsbeleid kan derhalve tevens worden opgevat als een vorm van materiële belangenbehartiging. Het vestigingsbeleid is in handen van de huisartsen een instrument om de afbrokkeling van het bruto-inkomen, die het gevolg zou zijn van een ongebreidelde toename van het aantal huisartsen, tot staan te brengen of althans af te zwakken.

2. De inkomensontwikkeling van huisartsen na de tweede wereldoorlog

In het kader van wat hierboven geschetst is, is het verhelderend om na te gaan hoe de huidige inkomenspositie van huisartsen in de Nederlandse inkomensverdeling is en hoe het huisartseninkomen zich na de oorlog ontwikkeld heeft.

Een schatting van het bruto-inkomen van huisartsen

De inkomens van de vrije beroepsbeoefenaren vormen in de ons bekende inkomensstatistieken van de laatste dertig jaar

een stiefmoederlijk bedeelde categorie. Voor zover er gegevens zijn, zijn zij niet systematisch verzameld voor een aantal opeenvolgende jaren en wordt er meestal binnen de groep van artsen geen onderscheid gemaakt tussen huisartsen en specialisten. Het bleek daarom niet mogelijk om uit voorhanden zijnde inkomensstatistieken regelrecht een tijdreeks te construeren die een adequate weergave zou zijn van de inkomensontwikkeling van huisartsen. Wij hebben dit probleem trachten op te lossen door deze reeks te schatten. Dat wil zeggen, wij hebben voor elk jaar tussen 1947 en 1978 het gemiddelde inkomen van huisartsen geschat; de opeenvolging van deze schattingen vormt de door ons gezochte tijdreeks. Deze schattingen zijn te beschouwen als een "voorzichtige" benadering van het werkelijke gemiddelde inkomen. Voorzichtig in die zin, dat waar de beschikbare gegevens onvoldoende waren, we eerder gekozen hebben voor onderschatting dan voor overschatting van de gemiddelde inkomens. Overigens is het streven steeds geweest deze gemiddelde inkomens zo dicht mogelijk te benaderen. De inkomens waar wij het hier over zullen hebben, zijn "bruto-inkomens uit arbeid". Het zijn inkomens vóór aftrek van sociale premies en belastingen, maar ná aftrek van eventuele kosten van beroepsuitoefening, zoals bij huisartsen de praktijkkosten.

Het schatten van de gemiddelde huisartsen-inkomens in de opeenvolgende jaren vormde aanvankelijk een probleem. De gebruikelijke methoden om informatie over inkomens te krijgen, het houden van enquêtes of het raadplegen van de belastingstatistieken, waren in onze situatie niet bruikbaar. Bestaande gegevens zijn, zoals gezegd, schaars, zodat ook extrapolatie van deze gegevens voor de jaren waarvoor geen informatie beschikbaar was, als een te onbetrouwbare methode afviel. Een procedure die uiteindelijk wel bruikbaar was, hebben wij ontleend aan de rekenschema's, die in de onderhandelingen tussen ziekenfondsorganisaties en huisartsen worden gehanteerd om tot vaststelling van de abonnementshonoraria te komen.

Als economische eenheid is de onafhankelijke, al dan niet apotheekhoudende huisarts gekozen die zijn hoofdinkomsten betrekt uit de zelfstandige praktijk die hij voert. Wij hebben deze huisarts in gemiddelde werkomstandigheden geplaatst:

een gemiddelde praktijkgrootte en een gemiddelde verdeling in ziekenfonds- en particuliere patiënten. De gemiddelde praktijkgrootte is bepaald door het aantal inwoners van Nederland[3] te delen door het geregistreerde aantal huisartsen.[4] Het gemiddeld aantal ziekenfondsverzekerden in een praktijk is vastgesteld door het totaal aantal ingeschrevenen bij ziekenfondsen[5] eveneens te delen door het aantal huisartsen. Het verschil tussen gemiddelde praktijkgrootte en gemiddeld aantal ziekenfondsverzekerden vormt vanzelf het gemiddeld aantal particuliere patiënten per praktijk.
De volgende stap is het opmaken van de balans van een dergelijke hypothetische praktijk. Het verschil tussen het totale bruto-inkomen uit huisartsenwerk en de specifieke, beroepsgebonden praktijkkosten, vormt het bruto-inkomen van de huisarts.[6] De bruto-praktijkinkomsten zijn te verdelen in twee categorieën: de inkomsten uit de ziekenfondspraktijk en die welke voortvloeien uit de particuliere praktijk.

a. Inkomsten uit de ziekenfondspraktijk
Huisartsen ontvangen voor elke op hun naam ingeschreven ziekenfondsverzekerde jaarlijks een vast bedrag van de ziekenfondsen, het zogenaamde abonnementshonorarium. Voor dit honorarium verricht de huisarts bijna alle diensten die door de ziekenfondsverzekerde verlangd worden. Deze regeling dateert al van voor de tweede wereldoorlog. Na de oorlog is voor het eerst sprake van een uniform honorarium voor alle ziekenfondsverzekerden. Over de hoogte hiervan wordt sindsdien jaarlijks onderhandeld tussen de organisaties van ziekenfondsen en huisartsen. Het honorarium is volgens een bepaalde berekeningswijze opgebouwd uit netto-honorarium, een vergoeding voor praktijkkosten en een tegemoetkoming in de pensioenvoorziening voor huisartsen. Een ander bestanddeel van de inkomsten uit de ziekenfondspraktijk wordt gevormd door de neveninkomsten; deze neveninkomsten vloeien voort uit de verrichtingen ten behoeve van ziekenfondspatiënten, die niet onder het abonnementshonorarium vallen, zoals:
- keuringen en controles;
- toeslagen voor patiënten in moeilijk toegankelijke en/of dunbevolkte gebieden;

- vergoedingen voor hulp aan ziekenfondsverzekerden, die niet op naam van de huisarts staan ingeschreven;
- vergoedingen voor hulp aan lijders aan beroepsziekten;

De neveninkomsten zijn moeilijk in het bruto-inkomen te verdisconteren, omdat de hoogte afhankelijk is van particuliere omstandigheden. Een mogelijkheid om hiermee toch rekening te houden, is uitgaan van het "gemiddelde bedrag per ziekenfondsverzekerde dat door de ziekenfondsen aan huisartsen wordt uitgekeerd". Dit gemiddelde bedrag wordt elk jaar vermeld in het jaarverslag van de Ziekenfondsraad.

De gemiddelde jaarlijkse inkomsten uit de ziekenfondspraktijk per huisarts zijn nu eenvoudig te berekenen door het aantal ziekenfondspatiënten in een huisartspraktijk van gemiddelde grootte te vermenigvuldigen met het gemiddelde bedrag per ziekenfondsverzekerde dat in het betreffende jaar door de ziekenfondsen aan de huisartsen is uitgekeerd.

b. Inkomsten uit de particuliere praktijk

De inkomsten uit de particuliere praktijk zijn aanzienlijk moeilijker te schatten dan die uit de ziekenfondspraktijk. Particuliere patiënten betalen hun huisarts per verrichting (visite, consult of anderszins). De prijzen van deze verrichtingen liggen wel min of meer vast, doch betrouwbare cijfers over het gemiddeld aantal verrichtingen per particuliere patiënt per jaar ontbreken.

De algemene indruk is dat particuliere patiënten in de jaren veertig en vijftig aanzienlijk méér per jaar opleverden dan ziekenfondspatiënten, maar dat dit verschil in de loop van de jaren zestig is rechtgetrokken. Deze ontwikkeling sluit aan bij een officiële doelstelling, die rond 1966 ingang vindt: "dat wat de honorering betreft in beginsel geen aanleiding bestaat voor een onderscheid tussen ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten".[7]

In 1952 is een enquête gehouden onder niet-apotheekhoudende huisartsen. Uit de resultaten hiervan konden de inkomsten uit de particuliere praktijk in 1952 geschat worden (het gemiddelde per huisarts bij een gemiddeld aantal particuliere patiënten). De gemiddelde inkomsten

uit de particuliere praktijk hebben we voor de jaren 1947 tot en met 1965 geschat door dit enquête-resultaat aan te passen aan de algehele prijsontwikkeling in Nederland en aan de ontwikkeling van het aantal particuliere patiënten per huisarts. Deze procedure kan volgens ons nauwelijks leiden tot overschatting van de inkomsten uit de particuliere praktijk. De procedure resulteert in een tijdreeks van de inkomsten per particuliere patiënt, die langzaam toegaat naar de inkomsten per ziekenfondspatiënt en er in 1966 vrijwel gelijk aan is. Daarom hebben wij de inkomsten uit de particuliere praktijk vanaf 1966 anders bepaald. Aansluitend bij voornoemde doelstelling hebben wij de inkomsten per particuliere patiënt vanaf 1966 gelijkgesteld aan het maximale bruto-honorarium dat door ziekenfondsen per verzekerde wordt uitgekeerd (dit is de som van het netto-honorarium, vaste kostenvergoeding, variabele kostenvergoeding en pensioen-tegemoetkoming).

De totale gemiddelde bruto-praktijkinkomsten per huisarts per jaar kunnen nu geschat worden door de inkomsten uit de ziekenfondspraktijk en de particuliere praktijk bij elkaar op te tellen.
Nemen wij als voorbeeld het jaar 1975:
- gemiddelde praktijkgrootte: 2768 personen
- waarvan het gemiddelde aantal ziekenfondsverzekerden: 1904
- gemiddelde uitgaven per ziekenfondsverzekerde voor huisartsenhulp in 1975: *f* 65,53
- gemiddelde inkomsten uit de ziekenfondspraktijk: 1904 x *f* 65,53 = *f* 124.769,12
- gemiddeld aantal particuliere patiënten: 2768 - 1904 = 864
- bruto ziekenfondhonorarium in 1975: *f* 67,89
- gemiddelde inkomsten uit de particuliere praktijk: 864 x *f* 67,89 = *f* 58.656,96

De totale gemiddelde bruto-praktijkinkomsten bedroegen in 1975 derhalve circa *f* 183.000. Het bruto-huisartseninkomen vinden we door van de bruto-praktijkinkomsten de gemiddelde praktijkkosten af te trekken.

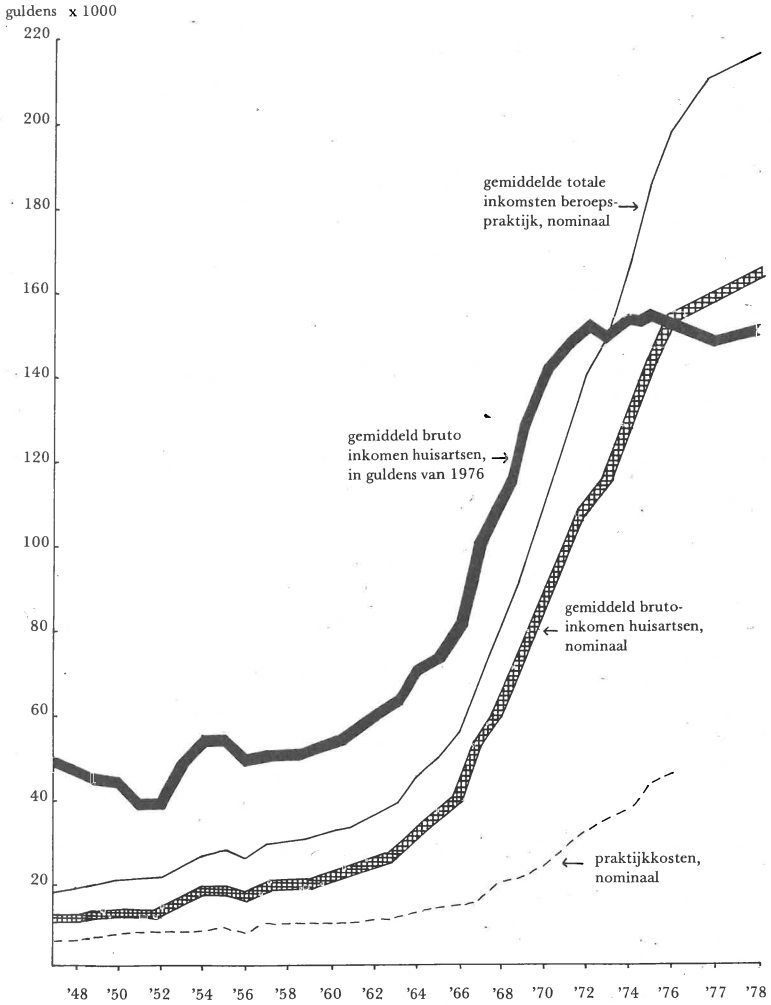
Onder deze kosten worden begrepen:
- vervoer (kosten en afschrijving van auto);
- huisvesting (huur van praktijkruimte, werkster, verwarming, gas, electriciteit, afschrijving van meubilair en inrichting);
- voorziening tijdens afwezigheid (vakantiewaarneming);
- instrumentarium;
- oriëntering (abonnement op vaktijdschriften, bezoek aan vergaderingen, cursussen en congressen);
- algemene kosten (telefoon, drukwerk, kantoorbenodigdheden en dergelijke);
- assistentie (kosten van een full-time assistente).

In het ziekenfondshonorarium voor huisartsenhulp zit een vergoeding voor bovenstaande kosten. De huisarts krijgt deze kostenvergoeding ongeacht of hij de kosten, waar het om gaat, ook werkelijk maakt.
De hoogte van de kostenvergoeding wordt bepaald volgens een rekenmethode die gebaseerd wordt op de zogenaamde "normatieve" praktijk, een praktijk van ongeveer gemiddelde grootte en samenstelling. De kostenopstelling voor deze normatieve praktijk, zoals deze jaarlijks gemaakt wordt in de onderhandelingen tussen huisartsen en ziekenfondsen, hebben wij gehanteerd als schatting voor de werkelijke gemiddelde praktijkkosten per huisarts per jaar. Voor 1975 komt dit bedrag uit op *f* 42.205. Het gemiddelde bruto-huisartseninkomen bedroeg volgens deze schattingsprocedure in 1975 derhalve: *f* 183.000 - *f* 42.000 = *f* 141.000.

Het huisartseninkomen van 1947 tot 1978

We zullen nu de na-oorlogse ontwikkeling van de huisartseninkomens beschrijven, zoals wij deze volgens bovenstaande procedure geschat hebben. Ter illustratie zullen wij deze inkomensontwikkeling vergelijken met een betrekkelijk willekeurige, doch zeker niet als achtergebleven te beschouwen groep lagere inkomenstrekkers: "de mannelijke nijverheidsarbeiders van 25 jaar en ouder", van wie het Centraal Bureau voor de Statistiek jaarlijks de gemiddelde inkomens opgeeft. In grafiek 1 zijn de kenmerkende ontwikkelingen voor de inkomens van huisartsen samengevat.

Grafiek I: De ontwikkeling van de gemiddelde bruto-privé-inkomsten van huisartsen, nominaal en in constante guldens van 1976; van de gemiddelde totale inkomsten in een huisartsenpraktijk, en van de gemiddelde praktijkkosten: 1947-1978.



De totale bruto-praktijkinkomsten, dat wil zeggen de inkomsten voor aftrek van de praktijkkosten, zijn in de loop der jaren zeer sterk gestegen. In 1978 bedroegen zij circa *f* 220.000 tegen *f* 18.000 in 1947. Zoals in het vervolg nog zal blijken, moet deze toename van de praktijkinkomsten, die vooral na 1966 zeer steil verloopt, grotendeels worden toegeschreven aan de evenredig sterk gestegen ziekenfondstarieven voor huisartsenhulp. Tegenover een vertwaalfvoudiging van de praktijkinkomsten staat in dezelfde periode een verachtvoudiging van de praktijkkosten.
Uit het achterblijven van de kostenontwikkeling bij de inkomstenontwikkeling valt al af te leiden dat de inkomstengroei vooral ten goede moet zijn gekomen aan het brutohuisartseninkomen. Uit de ontwikkeling van het nominale huisartseninkomen na de tweede wereldoorlog valt af te leiden dat de huisartsen steeds tot de hogere inkomensgroepen hebben behoord, en hun positie hierin in de loop der jaren steeds overtuigender zijn gaan innemen. Het CBS hanteert als norm voor wat men beschouwt als een "hoger inkomen" na 1966 de inkomens boven de *f* 40.000, na 1970 de inkomens vanaf *f* 50.000 en na 1973 de inkomens vanaf *f* 60.000[8]. Zitten de huisartsen in 1966 maar net boven deze norm, in 1970 en 1973 overtreffen zij de norm ruimschoots.

Een gangbare manier om de positie van een groepering in de totale inkomensverdeling te bekijken gaat uit van de decielverdeling van de inkomens. Hierbij wordt de frequentieverdeling van de inkomens verdeeld in parten van tien procent. In het eerste deciel vallen dan de tien procent laagste inkomens; in het tweede deciel de daarop volgende tien procent, enzovoort. Vergelijken we de gemiddelde huisartseninkomens met de totale decielverdeling van alle inkomens in Nederland in de jaren 1954, 1959 en 1967 dan blijken de huisartsen steeds tot het tiende of hoogste deciel te behoren, waarvan het gemiddelde inkomen in 1954 *f* 13.460 is, in 1959 *f* 17.790 en in 1967 *f* 31.220[9]. Bovendien schuiven zij binnen deze top-tien procent tussen 1959 en 1967 van de onderste helft naar de bovenste, de top-vijf procent van alle inkomens in Nederland.
Het verloop van het nominale bruto-inkomen van de huisarts

laat een knik zien bij het jaar 1966 en een snellere ontwikkeling in de jaren daarna (het gemiddelde stijgingspercentage per jaar bedraagt van 1947 tot en met 1965 6,6 %, in de jaren erna 14,4 %).
Corrigeren we de ontwikkeling van het bruto-inkomen voor de prijsstijging die de afgelopen 30 jaar heeft plaatsgevonden, dan zien we een reële verbetering met ruim 200 % ten opzichte van 1947. De grafiek laat duidelijk zien dat de reële verbetering een geleidelijk verloop heeft tot 1966 en dan plotseling versneld verloopt tussen de jaren 1966 en 1970. Na 1970 resulteert de sterk toenemende geldontwaarding in een vrijwel tot stilstand komen van de reële inkomensverbetering.

Zijn de huisartseninkomens genivelleerd?

Alvorens wij de ontwikkeling van de huisartseninkomens vergelijken met de inkomensontwikkeling van industrie-arbeiders, willen wij eerst enige veronderstellingen introduceren over de inkomensnivellering die in Nederland vanaf de Tweede Wereldoorlog heeft plaatsgevonden.
De "algemene nivelleringstrend" waarover veelvuldig gesproken wordt, is moeilijk te definiëren. Welke maat men kiest om de algehele ontwikkeling in de inkomensverdeling te karakteriseren, hangt af van het aspect van de inkomensongelijkheid dat men wenst uit te drukken. In de verschillende onderzoeken naar de ontwikkelingen in de inkomensverdeling in Nederland worden vele indicatoren onderscheiden en gehanteerd. Als het erom gaat deze ontwikkelingen kwantitatief of kwalitatief te beoordelen, is het uiteraard van belang zich te realiseren welke maat gehanteerd wordt. Overigens spreken de verschillende maten elkaar wat betreft de richting van de ontwikkeling over het algemeen niet tegen. Wij gaan ervan uit dat er in Nederland gedurende de laatste dertig jaar een nivellering van de inkomens heeft plaatsgevonden.[10] De mate waarin de inkomensongelijkheid is afgenomen, is moeilijker vast te stellen. Pen en Tinbergen stellen de verkleining van de ongelijkheid op bijna 50 % in de periode 1938-1976. De verkleining tussen 1954 en 1976 schatten zij op 25 procent; die tussen 1972 en 1976 op 10 procent. De Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid gaat uit van een verkleining

van de ongelijkheid met tenminste één zesde in de periode 1950-1972. Combineren we deze resultaten, dan komen we voor de door ons beschouwde periode 1947-1978 tot een verkleining van de algehele inkomensongelijkheid in Nederland met 25 à 30 %, maar nogmaals, de waarde van deze cijfers op zich is betrekkelijk en geheel afhankelijk van de toegepaste maten en de gekozen benadering.
We zullen nu een antwoord trachten te geven op de vraag of de huisartseninkomens de algehele trend gevolgd hebben. Zijn de lagere inkomens en de huisartseninkomens verhoudingsgewijs dichter bij elkaar gekomen? Zoals reeds eerder opgemerkt, hebben wij als representant van de lagere inkomensgroepen gekozen voor de "nijverheidsarbeider van 25 jaar en ouder, met twee kinderen beneden de 16 jaar". Iemand in deze positie ontvangt tweemaal kinderbijslag, die we echter niet opgeteld hebben bij zijn bruto-inkomen uit arbeid. Wij hebben het loon wel vermeerderd met de vakantietoeslag.[11]
Het bruto-inkomen van deze nijverheidsarbeider is tussen 1947 en 1977 gestegen van *f* 2.400 per jaar tot *f* 29.250. Gecorrigeerd voor de stijging van de kosten van levensonderhoud komt dit neer op een reële verbetering tussen 1947 en 1977 van 190 %. Het verloop van de inkomstenontwikkeling van nijverheidsarbeiders is tamelijk regelmatig geweest. De gemiddelde jaarlijkse toename van het nominale bruto-inkomen bedroeg in de periode van 1947 tot 1977 ongeveer 8,4 %. De inkomensontwikkeling van huisartsen kan gerelateerd worden aan de inkomensontwikkeling van nijverheidsarbeiders, door de verhouding te beschouwen tussen de bruto-inmens van beide groepen. De ontwikkeling van dit verhoudingscijfer door de jaren heen geeft een indicatie voor de mate waarin er nivellering of denivellering heeft plaatsgevonden tussen de huisartseninkomens en de inkomens van nijverheidsarbeiders. In grafiek 2 is het verloop van het verhoudingscijfer (in 1947 op 100 gesteld) van het bruto-inkomen van nijverheidsarbeiders en van huisartsen afgebeeld. De donkere baan in de grafiek geeft, gestyleerd, het verloop aan van het verhoudingscijfer als het de algemene trend gevolgd had, dat wil zeggen verminderd was met 25 à 30 %.
Zoals uit de grafiek blijkt, is het ongenuanceerd om de hele na-oorlogse periode met één term te karakteriseren. Het eind-

punt van de reeks is echter ondubbelzinnig te interpreteren. Verkleining van de inkomensongelijkheid met 25 à 30 %, zoals de algemene trend zou doen voorspellen, heeft niet plaatsgevonden. In werkelijkheid is de inkomensongelijkheid in 1977 14 % groter dan in 1947, ongeveer 50 % groter dan hij had "mogen" zijn als de trend gevolgd was (volgens de trend - met 1947 als basis en een afname van 25 à 30 % - zou de index van het verhoudingscijfer tussen de 75 en de 70 moeten liggen). De huisartseninkomens zijn in tegenstelling tot de hogere inkomens in het algemeen in de na-oorlogse periode niét genivelleerd ten opzichte van de lagere inkomensgroepen; eerder kan van denivellering gesproken worden. De ontwikkeling van de huisartseninkomens loopt hiermee parallel met wat voor de inkomensonwikkeling van vrije beroepsbeoefenaren als geheel wordt aangenomen.[1 2]

3. Achtergronden van de denivellerende inkomensontwikkeling van huisartsen

De inkomensontwikkeling van huisartsen is afhankelijk van een aantal variabelen:

- de ontwikkeling van de praktijkgrootte: daling van de praktijkgrootte leidt tot daling van het bruto-inkomen;
- de ontwikkeling van de proportie ziekenfondsverzekerden in de Nederlandse bevolking: tot 1966 leidde een stijging van deze proportie tot daling van het inkomen;
- de prijsontwikkeling: de prijsstijging werkt met name door in de praktijkkosten en leidt dus tot daling van het inkomen;
- de ontwikkeling van de inkomsten per particuliere patiënt: stijging van deze inkomsten leidt tot inkomstentoename;
- de ontwikkeling van de inkomsten per ziekenfondspatiënt: ook deze stijging werkt rechtstreeks door in het inkomen;

Deze vijf variabelen verklaren 95 % van de veranderingen die er in de loop der jaren in het bruto-huisartseninkomen zijn opgetreden. Sommige van deze variabelen, namelijk de inkomsten per particuliere en ziekenfondspatiënt, veroorzaken steeds een stijging van het inkomen. De prijsstijging leidt steeds tot een relatieve daling van het inkomen. Praktijkgrootte en proportie ziekenfondsverzekerden vertonen een

fluctuerend beeld. Hun invloed op de inkomensontwikkeling is afwisselend positief en negatief. De kwantitatieve betekenis van de vijf variabelen kunnen wij vaststellen door de gemiddelde jaarlijkse verandering van het huisartseninkomen op 100 te stellen en vervolgens te berekenen welk aandeel de vijf factoren hebben in deze gemiddelde jaarlijkse verandering. De resultaten zijn in tabel 1 samengevat.

Tabel 1: Bijdrage van vijf variabelen aan de gemiddelde jaarlijkse verandering van het huisartseninkomen.

	totale gemiddelde bijdrage	gemiddelde bijdrage in daling	gemiddelde bijdrage in stijging
prijsstijging	11.9%	11.9%	-
proportie ziekenfondsverzekerden	2.9%	2.5%	0.4%
praktijkgrootte	11.2%	5.5%	5.7%
inkomsten per ziekenfondspatiënt	49.4%	-	49.4%
inkomsten per particulier patiënt	20.3%	-	20.3%
totaal	95.6%	19.9%	75.8%

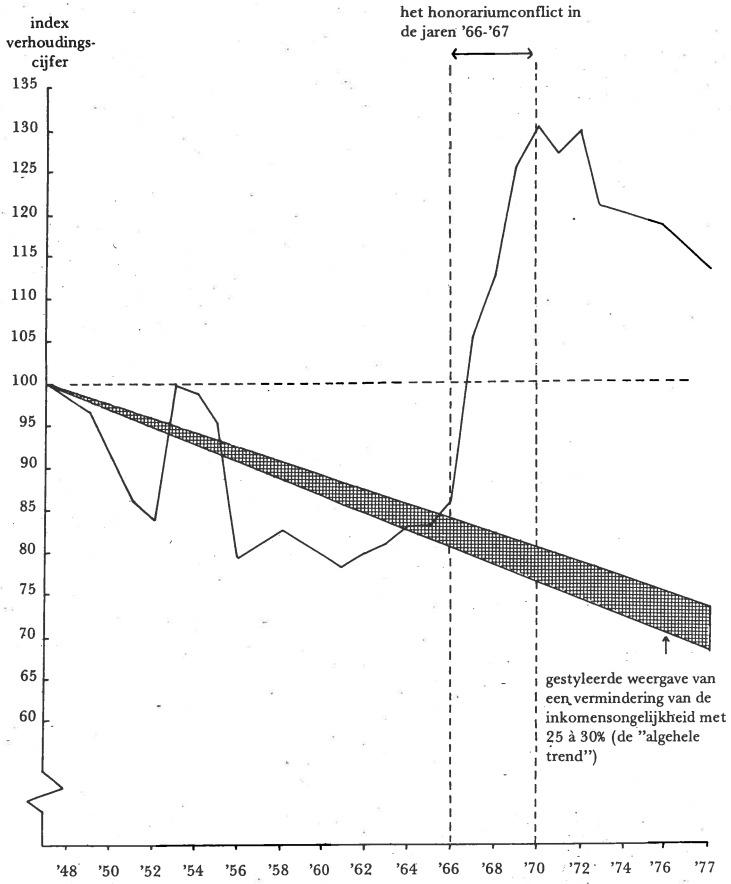
We zien dat de vijf variabelen ruim 95 % van de jaarlijkse veranderingen in het huisartseninkomen verklaren.[13] De conclusie die aan deze cijfers verbonden kan worden, is duidelijk. De stijging van het bruto-huisartseninkomen gedurende de jaren 1947 tot en met 1978, is vooral veroorzaakt door de sterke stijging van de inkomsten per ziekenfondspatiënt. De inkomsten per particuliere patiënt vormen ook een belangrijke factor, zij het dat die in aanzienlijke mate afhankelijk zijn van de ziekenfondstarieven (vanaf 1966 hebben wij ze in de gebruikte schattingsprocedure zelfs gelijkgesteld aan het ziekenfondstarief). De stijging die door deze factoren wordt veroorzaakt, wordt slechts voor een deel ongedaan gemaakt door de

negatieve invloed op het huisartseninkomen, welke uitging van de stijging van de praktijkkosten. De ontwikkeling van de praktijkgrootte en van de proportie ziekenfondsverzekerden in de Nederlandse bevolking is, gezien over de gehele periode, van verwaarloosbare betekenis voor de inkomensontwikkeling geweest. Dit sluit niet uit dat de ontwikkeling van de praktijkgrootte in sommige jaren een aanzienlijke invloed had.
De verklaring voor de denivellerende na-oorlogse inkomensontwikkeling van huisartsen moet derhalve vooral gezocht worden in de ontwikkeling van de ziekenfondstarieven voor huisartsenhulp, een ontwikkeling die tot op grote hoogte correspondeert met de inkomensontwikkeling.

4. De tariefonderhandelingen tussen huisartsen en ziekenfondsen

Met de betekenis van de ziekenfondstarieven voor huisartsenhulp is tevens het belang van de honorariumonderhandelingen tussen huisartsen- en ziekenfondsorganisaties aangegeven. Het is immers tijdens deze onderhandelingen dat de ziekenfondstarieven worden vastgesteld.
Meestal hebben deze onderhandelingen een harmonieus verloop. Geen van beide partijen stelt de principes, waar de overeenkomst op gebaseerd wordt, ter discussie. Het enige wat plaats hoeft te vinden, is een aanpassing van de diverse bedragen in de overeenkomst aan de veranderde lonen en prijzen. In de jaren dat er op een dergelijke wijze onderhandeld wordt, heeft de inkomensontwikkeling van huisartsen geen spectaculair verloop. Meestal zien wij dan zelfs enige nivellering ten opzichte van de lagere inkomensgroepen optreden (uit grafiek 2 valt eenvoudig af te lezen in welke periode hiervan sprake is).
In grafiek 2 zijn ook duidelijk enkele denivellerende schokken in de inkomensontwikkeling van huisartsen vast te stellen, met name in de jaren 1953 en 1967 - 1970. Tot deze schokken kan de algehele denivellering, die wij hebben vastgesteld, herleid worden. Ze volgden steeds op een honorariumconflict tussen de huisartsen enerzijds en de ziekenfondsorganisaties anderzijds. Deze conflicten ontstonden, wanneer de

Grafiek II: Nivellering en dénivellering van het gemiddelde bruto-inkomen van huisartsen ten opzichte van het gemiddelde bruto-inkomen van mannelijke nijverheidsarbeiders van 25 jaar en ouder: 1947-1977.



huisartsen, menend dat de welvaartsstijging in Nederland aan hen voorbij ging, buitensporige honorariumeisen stelden; eisen waarop de ziekenfondsorganisaties niet in wensten te gaan.
Het meest diepgaande conflict ontstond in de jaren 1965 en 1966 en werd pas in 1967 bijgelegd. Zonder dat wij nu uitvoerig aandacht kunnen schenken aan de aanleiding tot en het verloop van dit conflict, is een vluchtige blik op grafiek 2 reeds voldoende om duidelijk te maken wat de uitkomst ervan was: een ondubbelzinnige overwinning voor de huisartsen. De huisartsen slaagden erin tariefverhogingen af te dwingen, die zodanig waren dat het gemiddelde bruto-inkomen van huisartsen in vier jaar tijd meer dan verdubbelde.
Als een beroepsgroep de gelegenheid heeft om over zijn arbeidsomstandigheden te onderhandelen met zijn werkgevers of met de afnemers van zijn diensten en bij deze onderhandelingen zo succesvol is als de huisartsen geweest zijn, kan men stellig spreken van een effectief optreden van de belangenorganisatie die deze beroepsgroep vertegenwoordigt.

Samengevat: de inkomensontwikkeling van huisartsen vertoont na de Tweede Wereldoorlog een denivellerend verloop; in tegenstelling tot wat geldt voor de hogere inkomens in het algemeen in Nederland, zijn de huisartseninkomens naar verhouding niet dichter bij de lagere inkomens komen te liggen. Dit denivellerende verloop kan niet toegeschreven worden aan schaarstefactoren en aan de abstracte werking van het marktmechanisme.
De huisartsen hebben regelrecht invloed gehad op deze ontwikkeling door hun effectieve optreden in de honorariumonderhandelingen met de ziekenfondsen.

5. Conclusie

In de inleiding haalden wij twee aspecten naar voren van het streven van de huisartsenorganisatie om te komen tot een vestigingsbeleid. In de eerste plaats kunnen de huisartsen met een eigen vestigingsbeleid voorkomen dat een belangrijke controle over hun beroepsuitoefening toevalt aan een publiekrechtelijk lichaam, dat aan hun directe invloed onttrokken is.

In de tweede plaats hebben de huisartsen met een eigen vestigingsbeleid een instrument in handen waarmee zij hun materiele positie in de toekomst veilig kunnen stellen.
De belangenbehartiging, waar de huisartsen met een vestigingsbeleid op uit zijn, is op zich begrijpelijk. Elke groepering heeft het recht om met geoorloofde middelen zijn belangen te verdedigen, waar deze maar bedreigd worden. Het is hierbij onvermijdelijk dat men eigen belang laat prevaleren en niet bij voorbaat het "algemeen belang" in zijn eisen verdisconteert. Het gevaar is uiteraard dat de sterkste zegeviert met consequenties die, vanuit bredere maatschappelijke overwegingen van rechtvaardigheid of doelmatigheid, verworpen moeten worden. De juiste balans zal pas gevonden worden als de machtsverhoudingen tussen de rivaliserende groeperingen evenwichtig zijn.
De geschiedenis van de na-oorlogse onderhandelingen tussen huisartsen en ziekenfondsen leert dat er van dergelijke "evenwichtige machtsverhoudingen" geen sprake is geweest. Het is de vraag of men deze toestand voort moet laten bestaan door de huisartsen het recht te gunnen om de zeggenschap over nieuwe vestigingen in eigen hand te houden.

4

Inkomensverhoudingen, studentenaantallen en de omvang van de huisartspraktijk

B.H. Posthuma & J. van der Zee

1. Inleiding

Eén van de intrigerende gevolgtrekkingen uit de studie van IJsbrandy naar de ontwikkeling van de inkomens van huisartsen in de periode van 1947 tot 1976 was dat de "grote sprong voorwaarts" in het abonnementstarief voor ziekenfondsverzekerden (in 1966), die een aanzienlijke verhoging van de praktijkinkomsten voor de huisarts ten gevolge had, pas jaren later gevolgd is door de toename van het aantal huisartsen en de daling van de gemiddelde praktijkgrootte.[1]
De verhoging van het inkomen van de huisarts vond plaats in 1966/'67, de daling in het aantal inwoners per huisarts (de gemiddelde grootte van een huisartspraktijk) is pas vanaf 1974/'75 merkbaar. De tijd daartussen is zo lang dat men een tamelijk ingewikkelde redenering zou moeten opstellen om een oorzakelijk verband te construeren. IJsbrandy doet dat niet en laat het bij de conclusie dat de forse verhoging van het inkomen van de huisarts geen invloed heeft gehad op de

verkleining van de huisartspraktijk.
Met deze constatering levert IJsbrandy een (nagekomen) bijdrage in de door Zaat in deze bundel gememoreerde discussie uit 1968 tussen de toenmalige voorzitter van de LHV, C. Z. Salomé, en de sociaal-geneeskundige N. H. Vroege naar aanleiding van diens proefschrift "Sociologie van de Arts."[2]
Vroege onderzocht de beroepskeuze van 1691 personen aan wie in de jaren 1952 tot en met 1962 het artsdiploma van de Rijks Universiteit te Utrecht was uitgereikt en constateerde dat in die periode de proportie (mannelijke) artsen die voor het huisartsenvak koos ongeveer constant gebleven is op 40 %.
In een ingezonden stuk in Medisch Contact[3] stelt hij dat het in de jaren na 1960 ontstane (huis)artsen-tekort "waarschijnlijk geheel te wijten is aan een onvoldoende toevoer van nieuwe artsen."
Inkomensverhoudingen of aantallen afstuderende artsen; in welke mate hebben zij het verloop van de gemiddelde omvang van de huisartspraktijk in de afgelopen vijfentwintig jaar beïnvloed? Met deze vraag willen wij ons bezighouden in de vorm van een eenvoudig model.

2. De gegevens voor het model

Het maken van een enkelvoudige tijdreeks over verschijnselen in de Nederlandse gezondheidszorg is, elke keer opnieuw, verrassend gecompliceerd. Het enige gegeven dat, buiten het aantal inwoners, zonder meer over de na-oorlogse periode betrouwbaar verkrijgbaar is, is het aantal afgestudeerde artsen. Het aantal huisartsen echter varieert aanzienlijk, afhankelijk van de bron die men raadpleegt.[4]
Onze belangrijkste bron wordt gevormd door de jaarverslagen van de Ziekenfondsraad, die sinds jaar en dag (onder meer) verantwoording aflegt van de betalingen die de ziekenfondsen aan hun medewerkers doen. Naast deze financiële overzichten publiceert men sinds 1953 een tabel waarin ook het aantal huisartsen is vermeld. Onze tijdreeks begint dus in dat jaar en loopt door tot het laatste jaar waarover alle gegevens bekend zijn: 1978.
We zullen de gegevens stuk voor stuk verantwoorden.

Uit de Jaarverslagen Ziekenfondsraad 1953-1979

1. Huisartsen:
   Aantallen huisartsen per medio mei (tabel 3 en 4: hoofdstuk statistiek).
2. Inkomen huisartsen:
   Het bedrag dat door de ziekenfondsen aan huisartsenhulp is uitgegeven.
   We hebben afgezien van nadere verfijningen: over inkomsten uit de particuliere praktijk zijn geen betrouwbare gegevens bekend; inkomen uit verloskunde, apotheek en overige activiteiten hebben wij voor deze probleemstelling even terzijde gezet. We beschouwen het inkomen uit de ziekenfondspraktijk als de "hoeksteen" van het totale inkomen van de huisarts. Bij de berekening doet zich een complicatie voor. Weliswaar heeft de Ziekenfondsraad bij het berekenen van het aantal huisartsen ook het Limburgs Algemeen Mijnwerkersfonds (geen ziekenfonds in de strikte zin der Wet) meegeteld; de uitgaven voor huisartsenhulp zijn echter zonder dit fonds vermeld. Wij hebben over de periode 1953-1962 de in tabel 6 en 10 vermelde uitgaven verhoogd met het in Limburg (tabel 7) uitgegeven bedrag per verzekerde maal het aantal verzekerden bij het Algemeen Mijnwerkersfonds. Dit bedrag gedeeld door het aantal huisartsen levert onze variabele inkomen per huisarts.[5]

Uit de publicatie: "80 jaar statistiek in tijdreeksen"
(Centraal Bureau voor de Statistiek)

3. Bevolking van Nederland, berekend als voorraadgrootheid (het gemiddelde tussen twee teldata: 1 januari en 31 december van elk jaar).
4. Inkomen per hoofd van de bevolking:
   Nationaal inkomen, netto tegen marktprijzen, gedeeld door het aantal inwoners van Nederland (tabel P, pag. 144-145). De jaren 1975-1978 zijn berekend op grond van de gegevens uit de jaarboeken Statistiek (CBS).

Uit de Statistiek Geneeskundigen van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Volksgezondheid

5. Het aantal afgestudeerde artsen van het mannelijk geslacht:
   Hoewel het aantal vrouwelijke huisartsen de laatste jaren enigszins toeneemt, vormen de vrouwelijke huisartsen in de periode 1953-1978 een "quantité négligéable".

Tot zover de beschrijving van de basisgegevens. Een volledig overzicht vindt men in bijlage 1.

3. De variabelen voor de analyse

De eerste variabele in het model is het aantal inwoners per huisarts in het jaar t. Notatie: $Prak_t$.
Wat betreft het aantal afgestudeerde (mannelijke) artsen hebben we gewerkt met de volgende grootheid: het verschil tussen de aantallen afgestudeerden in het jaar t en het aantal in het jaar t_{-1}. Notatie: ΔAfg_t.
De inkomensvariabele is als volgt geoperationaliseerd: we hebben al uitgelegd hoe het gemiddeld inkomen uit de ziekenfondspraktijk per huisarts is berekend. Om een dergelijk nominaal inkomen te beoordelen rekening houdend met reële en inflatoire stijgingen, hebben we dit inkomen uit de ziekenfondspraktijk gedeeld door het nationaal inkomen per hoofd van de bevolking (netto, tegen marktprijzen).
Bovendien gaat het ons ook hier om de toe- of afname van dit getal in vergelijking met het jaar daarvoor. Deze variabele geeft dus de extra stijgingen of dalingen van het inkomen van huisartsen in vergelijking tot het "gemiddelde inkomen"[6].
Notatie: ΔInk_t.
De variabelen "inwoners per huisarts", "aantal afgestudeerde (mannelijke) artsen" en "inkomensverhouding" zijn grafisch weergegeven in bijlage 2.

4. Het model

Onze afhankelijke variabele is $Prak_t$, het aantal inwoners per huisarts in jaar t. Dit getal is de resultante van een aantal processen in de jaren daaraan voorafgaand; wij onderstellen niet

dat een eenmalige uitschieter van de verklarende variabele ΔAfg of ΔInk, afgestudeerden of inkomen, onmiddellijk verdisconteerd wordt in de verhouding huisartsen/inwoners, maar dat effecten met wisselende vertragingen en afhankelijk van de stabiliteit van de druk zichtbaar worden.
Het kwantificeren van deze losjesweg geponeerde onderstelling maakt ons eenvoudige model een stuk ingewikkelder, zoals de lezer in de volgende pagina's zal zien. Bovendien zijn analyses van tijdreeksen lastig; in het algemeen is de beste voorspeller voor iets dat morgen moet gebeuren datzelfde verschijnsel, maar dan vandaag. Gebeurtenissen in een tijdreeks hangen altijd sterk samen. Dit verschijnsel (auto-correlatie met een technische term) maakt extra voorzorgen noodzakelijk. De essentie van onze schattingsmethode is dus dat we uitgaan van vertraagde effecten (een toename van het aantal afgestudeerde artsen manifesteert zich pas na enkele jaren in een vergrote vraag naar huisartspraktijken; een wijziging in de inkomensverhoudingen heeft een meer dan éénmalige invloed). Deze vertraging maakt de gepresenteerde formules moeilijker te volgen, maar met deze toelichting moet de geïnteresseerde lezer een eindweegs kunnen gaan.
Specificatie van het model:
We stellen dat het aantal inwoners per huisarts in het jaar t niet alleen een functie is van het aantal afgestudeerde mannelijke artsen en de verhouding tussen het inkomen dat de huisarts uit zijn ZF-praktijk ontvangt en het gemiddelde inkomen per hoofd van de bevolking uit datzelfde jaar, maar ook uit de voorafgaande jaren. In formele vorm, stel:

$$\text{Prak}_t = f\,(\Delta\text{Afg}_t, \ldots, \Delta\text{Afg}_{t-n}, \Delta\text{Ink}_t, \ldots, \Delta\text{Ink}_{t-n}) \qquad (1)$$

$$(t = 1953, \ldots, 1978)$$

Deze formulering is zeer algemeen; wij moeten deze nader specificeren. Dit doen we door te onderstellen

1e dat er sprake is van een lineaire relatie tussen de variabelen;
2e dat de coëfficiënten met elkaar een meetkundige reeks vormen.

$$\begin{aligned} Prak_t = {} & \alpha_0 \Delta Afg_t + \alpha_0 \lambda \Delta Afg_{t-1} + \alpha_0 \lambda^2 \Delta Afg_{t-2} + \ldots + \\ & \beta_0 \Delta Ink_t + \beta_0 \lambda \Delta Ink_{t-1} + \beta_0 \lambda^2 \Delta Ink_{t-2} + \ldots; \end{aligned} \quad (2)$$

waarbij geldt $0<\lambda<1$.

Deze specificatie (2) gaat zoals gezegd uit van een meetkundige reeks. Men ziet dat het jaar t het zwaarste weegt en dat het gewicht van elk voorgaande jaar exponentieel afneemt (λ ligt immers tussen 0 - 1).
Dit nu is tegengesteld aan onze ervaringskennis; het duurt vaak wel één à twee jaar voordat een groep afgestudeerden actief naar een praktijk gaat zoeken.[7] Willen we dit tot uiting laten komen, dan kunnen we de coëfficiënten van het meest recente jaar buiten de meetkundige reeks laten. Als alternatief van (2) is dus te proberen:

$$\begin{aligned} Prak_t = {} & \alpha_0 \Delta Afg_t + \alpha_1 \Delta Afg_{t-1} + \alpha_1 \lambda \Delta Afg_{t-2} + \ldots + \\ & \beta_0 Ink_t + \beta_1 \Delta Ink_{t-1} + \beta_1 \lambda \Delta Ink_{t-2} + \ldots; \end{aligned} \quad (3)$$

Hier zijn α_0 en β_0 "vrije" coëfficiënten.

Hiermee hebben wij twee alternatieve uitwerkingen van het model verkregen; één waarin veranderingen in de onafhankelijke variabelen onmiddellijk van invloed zijn en één waarin veranderingen in het meest recente jaar minder duidelijk van invloed zijn. Voordat wij nu deze uitwerkingen kunnen confronteren met de door ons samengestelde tijdreeksen, dienen de vergelijkingen (2) en (3) herleid te worden tot een specificatie die eenvoudig te schatten is, doch verder niets verandert of toevoegt aan de onderstelde relaties.
Vergelijking (2) is na herleiding[8] te schatten in de volgende specificatie:

$$\begin{aligned} Prak_t = {} & \lambda Prak_{t-1} + \alpha_0 (1-\lambda) \Delta Afg_t + \beta_0 (1-\lambda) \Delta Ink_t \\ & + (\text{restterm}); \end{aligned} \quad (4)$$

Vergelijking (3) is na herleiding te schatten in de volgende specificatie:

$$\text{Prak}_t = \lambda \text{Prak}_{t-1} + \alpha_0 \Delta \text{Afg}_t + \alpha_1 (1-\lambda) \Delta \text{Afg}_{t-1} + \beta_0 \Delta \text{Ink}_t + \beta_1 (1-\lambda) \Delta \text{Ink}_{t-1} + (\text{restterm}); \quad (5)$$

De vergelijkingen (4) en (5) zullen geschat een zeer hoge correlatiecoëfficiënt geven, die vooral is te danken aan het opnemen als verklarende variabele van de vertraagde afhankelijke variabele. Daarbij moet men er hier op bedacht zijn dat de coëfficiënt van de vertraagde "afhankelijke gepredetermineerde" kleiner dan één moet zijn, opdat een zinvolle interpretatie mogelijk blijkt.
Men zij ook gewaarschuwd voor autocollineairiteit van de restterm, die de schattingsresultaten behoorlijk in de war kan gooien. Daarom schatten we de relaties (4) en (5) ook steeds met opneming van een lineaire trendvariabele. De mate van autocorrelatie wordt in de overzichtstabellen door de Durbin Watson-parameter weergegeven.

5. Resultaten

We zullen beginnen met de schatting van vergelijking (4). Deze gaat uit van de functie-specificatie (2), waarbij alle coëfficiënten een meetkundige reeks met elkaar vormen. De afhankelijke op tijdstip t wordt het meest beïnvloed door de onafhankelijke variabelen op tijdstip t; immers, de coëfficiënten van waarden van vroegere jaren worden altijd vermenigvuldigd met een factor λ^n ($0<\lambda<1$ en $n \geqslant 1$) en zijn dus kleiner dan de eerste coëfficiënt. De resultaten zijn in tabel 1 op de volgende pagina weergegeven.
De regressie-coëfficiënten van de verklarende variabelen zijn, met uitzondering van de trendvariabele, significant. De waarden van de Durbin Watson-parameter geven geen uitsluitsel over het al dan niet aanwezig zijn van autocorrelatie (de grenswaarden op een 5 % betrouwbaarheidsniveau bij $n = 25$ en 4 variabelen zijn 1.04 - 1.77; bij $n = 25$ en 3 variabelen 1.12 - 1.66).[9]
Door vergelijking (5) te schatten verkrijgen we informatie over de relatie (3). De coëfficiënten van het meest recente jaar vallen buiten de meetkundige reeks. Er is hier rekening gehouden met de mogelijkheid dat de effecten van verande-

Tabel 1: Uitkomsten regressievergelijking (4) in- en exclusief een lineaire trendvariabele.

Variabele: $Prak_t$	$Prak_{t-1}$	ΔAfg_t	ΔInk_t	trend var.
Gemiddelde	2773	17.8	.07	.5
Stand.dev.	105	89.8	.42	7.4
Regr.coëff.	.84	.16	.40E2	.95
t waarde	13.5	2.1	2.7	1.1
Schattings-parameters	$\bar{R}^2$=.92	n=25	Durbin Watson =	1.51
Regr.coëff.	.86	.18	.38E2	
t waarde	14.3	2.4	2.5	
Schattings-parameters	$\bar{R}^2$=.92	n=25	Durbin Watson =	1.51

Tabel 2: Uitkomsten regressievergelijking (5) in- en exclusief een lineaire trendvariabele.

Variabelen	$Prak_t$	$Prak_{t-1}$	Afg_t	Afg_{t-1}	Ink_t	Ink_{t-1}	trend var.
Gemiddelde	2768	2775	16.2	14.5	.07	.08	1.0
Stand.dev.	104	106	91.4	90.1	.42	.42	7.1
Regr.coëff.		.70	.19	.23	.25E2	.20E2	.13E1
t waarde		12.5	3.1	3.6	2.1	1.7	1.6
Schattings-parameters	$\bar{R}^2$=.96	n=25		Durbin Watson =	1.56		
Regr.coëff.		.73	.22	.25	.21E2	.16E2	
t waarde		12.9	3.8	3.8	1.7	1.3	
Schattings-parameters	$\bar{R}^2$=.95	n=24		Durbin Watson =	1.48		

ringen na een bepaalde periode pas echt invloed zullen krijgen op de afhankelijke variabele.
Ook in dit geval, zie tabel 2 op de vorige pagina, geven de Durbin Watson-parameters geen uitsluitsel over de aan- of afwezigheid van autocorrelatie. Met uitzondering van de trendvariabele en de variabele ΔInk_{t-1} zijn de coëfficiënten significant. Dat de coëfficiënt van de inkomensvariabele op t-1 niet significant is, zou erop kunnen wijzen dat veranderingen in de inkomensverhouding hun grootste weerslag op de afhankelijke variabele hebben in het zelfde jaar. Een combinatie van de relaties (2) en (3) zou daarom wel eens het beste model kunnen opleveren, een model waarin veranderingen in het aantal afgestudeerden pas na zekere tijd doorwerken, doch veranderingen in de inkomensverhouding onmiddellijk van invloed zijn op de gemiddelde omvang van de huisartspraktijk.

De combinatie van de relaties (2) en (3) ziet er als volgt uit:

$$\begin{aligned} Prak_t = {} & \alpha_0 \Delta Afg_t + \alpha_1 \Delta Afg_{t-1} + \alpha_1 \lambda \Delta Afg_{t-2} + \ldots \\ & \beta_0 \Delta Ink_t + \beta_0 \lambda \Delta Ink_{t-1} + \beta_0 \lambda^2 \Delta Ink_{t-2} + \ldots; \end{aligned} \qquad (6)$$

Hier gaan we er dan vanuit dat fluctuaties in ΔAfg vooral na verloop van tijd hun invloed hebben op $Prak_t$, de invloed van ΔInk_t wordt vooral verdisconteerd in $Prak_t$ (van hetzelfde jaar) om vervolgens na verloop van tijd weg te ebben.
Om dit gewijzigde model te kunnen schatten is weer een herleiding van de functie-specificatie nodig:

$$\begin{aligned} Prak_t = {} & \lambda Prak_{t-1} + \alpha_0 \Delta Afg_t + \alpha_1 (1-\lambda) \Delta Afg_{t-1} + \\ & \beta_0 (1-\lambda) \Delta Ink_t + (\text{restterm}); \end{aligned} \qquad (7)$$

Het schattingsresultaat is in tabel 3 weergegeven op de volgende pagina.

Het lijkt vrijwel overbodig op te merken dat de Durbin Watson-parameters weer binnen de grenswaarden vallen (5 % betrouwbaarheid, 24 waarnemingen en 5, respectievelijk 4 variabelen: .93 - 1.90, respectievelijk 1.01 - 1.78). Uitgezonderd de coëfficiënt van de trendvariabele blijken alle coëfficiënten

Tabel 3: Uitkomsten regressievergelijking (7) in- en exclusief een lineaire trendvariabele.

Variabelen	$Prak_t$	$Prak_{t-1}$	ΔAfg_t	ΔAfg_{t-1}	ΔInk_t	trend var.
Gemiddelde	2768	2775	16.2	14.5	.07	1.0
Stand.dev.	104	106	91.4	90.1	.42	7.0
Regr.coëff.		.72	.22	.24	.26E2	.92E3
t waarde		12.3	3.5	3.6	2.1	1.1
Schattings-parameters	$\bar{R}^2$=.95	n=24		Durbin Watson = 1.54		
Regr.coëff.		.73	.24	.26	.23E2	
t waarde		12.9	4.1	3.9	1.9	
Schattings-parameters	$\bar{R}^2$=.95	n=24		Durbin Watson = 1.51		

significant en redelijk stabiel. Gaan we uit van de laatste schatting, zonder trendvariabele, dan ziet vergelijking (6) er na enige berekening als volgt uit:

$$Prak_t = .24\Delta Afg_t + .96\Delta Afg_{t-1} + .70\Delta Afg_{t-2} + .51\Delta Afg_{t-3} + \ldots + .85E2\Delta Ink_t + .62E2\Delta Ink_{t-1} + .45E2\Delta Ink_{t-2} + \ldots;$$

6. Conclusie

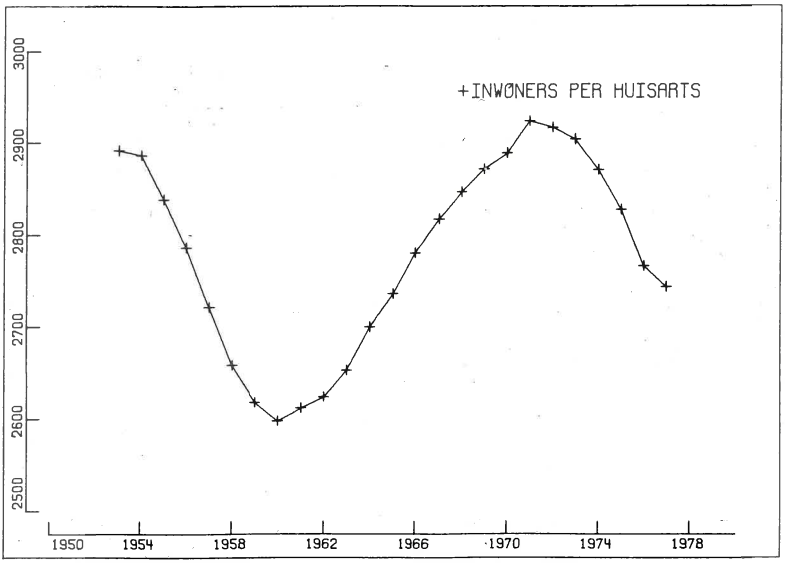
Het aantal afgestudeerde (mannelijke) artsen heeft, met een duidelijke vertraging (de coëfficiënt voor jaar t is kleiner dan voor de jaren t-1 en t-2), een belangrijke invloed gehad op de gemiddelde grootte van de huisartspraktijk in de periode 1953-1978.
Wat dat betreft had Vroege gelijk in '68 en is zowel het "huisartsentekort" uit de tweede helft van de jaren zestig als ook de daling van de gemiddelde praktijkgrootte na 1974-1975 voor een belangrijk deel het gevolg van demografische facto-

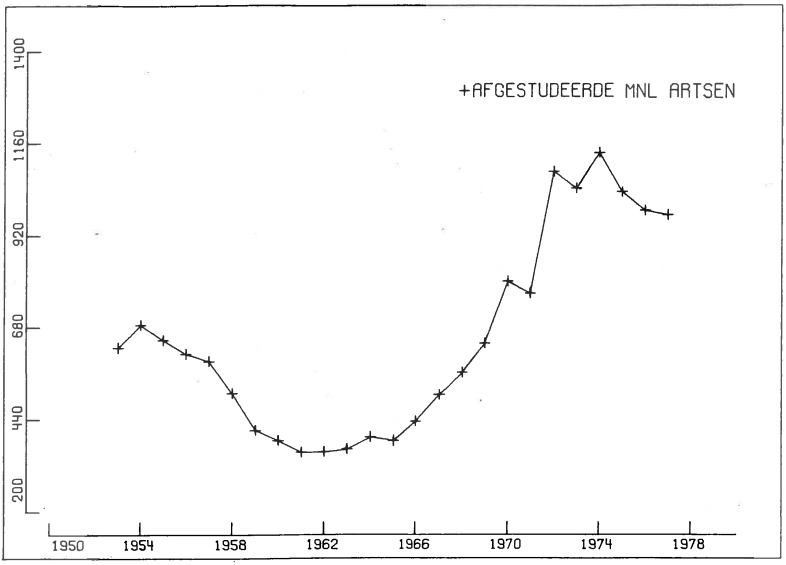
ren. Toch spelen ook inkomenseffecten een rol; zonder vertraging echter. De meest voor de hand liggende interpretatie hiervan is dat dit inkomenseffect vooral het gedrag van gevestigde huisartsen heeft beïnvloed en waarschijnlijk zo, dat het hen voor een voortijdige uittreding heeft behoed. Een overstap naar de minder in aanzien staande sociaal-geneeskundige functies zal door dit inkomenseffect zijn vertraagd of tegengehouden.
Als deze interpretatie juist is,[10] dan is de moraal van dit verhaal dat verlaging van het inkomen van de huisarts door verkleining van diens ziekenfondspraktijk (daar zal het met een 1000 "boven de markt hangende" aanstaande huisartsen wel op uitdraaien) en een oprukkend aantal gegadigden voor zijn neveninkomsten uit verloskunde, jeugdgezondheidszorg, apotheek en verzekeringsgeneeskunde pas volledig effect heeft als de overstap naar een sociaal-geneeskundige functie financieel niet al te aantrekkelijk wordt gemaakt, bijvoorbeeld door een evenredige verlaging van de honorering voor sociaal-geneeskundige.
Tenslotte blijkt nogmaals het belang van demografische factoren: de geboortegolf uit de jaren 46-50 heeft het artsentekort (en niet alleen het artsentekort) in een overschot omgezet. Deze geboortepiek na de Tweede Wereldoorlog is echter een (naar verhouding kortstondige) breuk in een ontwikkeling die al vanaf het einde der 19e eeuw aan de gang is - een continue daling van het geboortecijfer.[11] De ongelukkige combinatie van de verscherpte daling van het geboortecijfer in de crisisjaren en weinig stimulans tot deelname aan het hoger onderwijs in de sobere jaren na de oorlog, hebben de teruggang in het aantal studenten aan het begin van de jaren zestig beïnvloed. De versnelde daling van het geboortecijfer sinds 1968 zal opgevangen moeten worden (zeker gegeven de onevenwichtigheid in de leeftijdsopbouw van de huisartsengroep, veroorzaakt door de vestigingen van 1974/'75 tot heden)[12] met tijdig genomen maatregelen op het gebied van de toelating tot de studie in de geneeskunde.

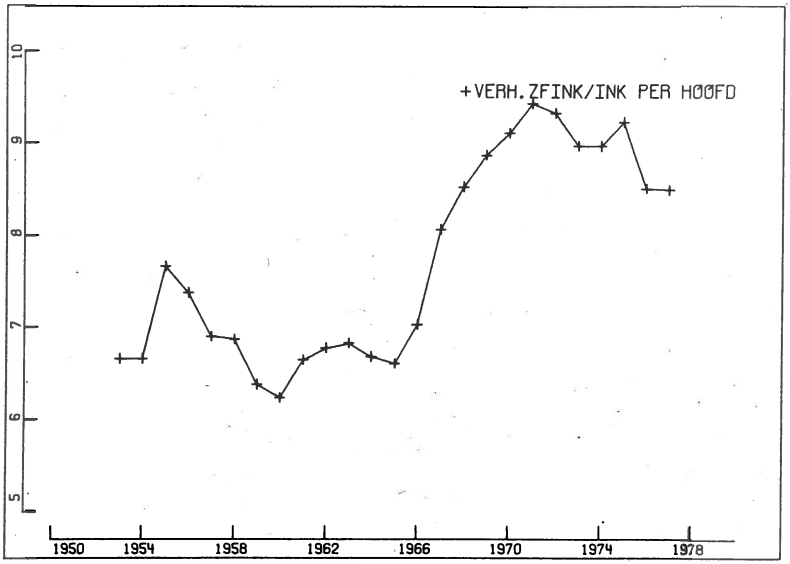
Bijlage 1: Overzicht van de in de tijdreeksanalyse gebruikte gegevens.

jaar	bevolking x 1000	aantal huisartsen	aantal inwoners per huisarts	inkomen per hoofd	ZF-inkomen per huisarts	afgestudeerde mannelijke artsen
53	10493	3628	2892	2078	13868	627
54	10615	3677	2887	2310	15413	685
55	10751	3787	2839	2561	19640	646
56	10889	3907	2787	2717	20042	610
57	11026	4050	2722	2907	20087	591
58	11187	4208	2659	2897	19946	508
59	11347	4333	2619	3061	19553	412
60	11487	4419	2599	3334	20820	386
61	11639	4455	2613	3490	23215	356
62	11806	4497	2625	3683	24960	357
63	11966	4509	2654	3955	27025	364
64	12127	4489	2701	4620	30911	395
65	12295	4492	2737	5088	33627	386
66	12456	4479	2781	5446	38288	436
67	12598	4471	2818	5928	47861	505
68	12730	4472	2847	6495	55392	563
69	12878	4484	2872	7286	64604	639
70	13039	4514	2889	8077	73604	799
71	13194	4512	2924	8982	84745	768
72	13329	4569	2917	10077	94051	1085
73	13439	4628	2904	11322	101566	1041
74	13545	4718	2871	12618	113185	1134
75	13666	4832	2828	13849	127877	1034
76	13774	4978	2767	15850	134896	986
77	13856	5049	2744	17241	146434	974
78	13942	5119	2724	18403	154762	1073

Bijlage 2


+INWØNERS PER HUISARTS
3000
2900
2800
2700
2600
2500
1950
1954
1958
1962
1966
1970
1974
1978


+AFGESTUDEERDE MNL ARTSEN
1400
1160
920
680
440
200
1950
1954
1958
1962
1966
1970
1974
1978


+VERH.ZFINK/INK PER HOOFD
10
9
8
7
6
5
1950
1954
1958
1962
1966
1970
1974
1978

5

Vestigingsregulering in Denemarken: een voorbeeld om na te volgen?

P.P. Groenewegen

1. Inleiding

In verschillende Westeuropese landen is de vestiging van artsen aan regels gebonden. Het is daarom bij het ontwerpen van een vestigingsbeleid voor huisartsen in Nederland niet onverstandig eens over de grenzen te kijken. Men moet dan naar een land kijken, waarvan het gezondheidszorgsysteem overeenkomsten vertoont met het Nederlandse systeem en waar de vestiging van huisartsen aan regels gebonden is. Het doel van dit artikel is een beschrijving te geven van een dergelijke regulering van vestigingen en aan te geven welke positieve punten hier uit te halen zijn, die mogelijk bij een regulering van vestigingen van huisartsen in ons land toepasbaar zijn en welke de negatieve kanten zijn die vermeden zouden moeten worden.
Welk land of welke landen zou men nu kunnen kiezen om als voorbeeld te beschrijven? Twee landen die aan de voorwaarden voldoen dat er een overeenkomst is met het Nederlandse

gezondheidszorgsysteem en dat er een vestigingsregulering bestaat, zijn Engeland en Denemarken. Het Engelse gezondheidszorgsysteem is uitgebreid beschreven in de literatuur en ook van de daar vigerende regulering van vestigingen van huisartsen zijn beschrijvingen voorhanden.[1] Beschrijvingen van het Deense systeem zijn - alleen al door de taal - veel minder toegankelijk. Daarom is hier gekozen voor een beschrijving van de vestigingsregulering, die vanaf 1977 voor huisartsen in Denemarken geldt.[2]

Dit artikel bestaat uit drie onderdelen. In het eerste wordt een vergelijking gemaakt van de organisatie van de eerstelijns gezondheidszorg in de beide landen wat betreft de positie van de huisarts in het geheel, het verzekeringssysteem (en de honorering van de hulp), de verhouding van de huisarts met de tweede lijn van de gezondheidszorg en de invloed van de overheid op het systeem. Een dergelijke vergelijking is een voorwaarde voor een afweging van voor- en nadelen van de vestigingsregulering, zoals die in Denemarken werkt. Die regulering wordt in het volgende onderdeel beschreven. In het laatste gedeelte van het artikel wordt een aantal positieve en negatieve aspecten opgesomd, die respectievelijk toegepast zouden kunnen worden en vermeden zouden moeten worden.

2. Vergelijking van de Deense en Nederlandse eerstelijns gezondheidszorg

In het gezondheidszorgsysteem van Denemarken staat, net als in Nederland, de huisarts centraal. Specialistische zorg is voor de zogenaamde "groep I" verzekerden - 95% van de bevolking op dit moment - alleen toegankelijk na verwijzing door de huisarts. Een verwijzing is voor zes consulten geldig. Daarna beslist de huisarts over de noodzaak van een vervolg van de behandeling. In Nederland is een verwijzing naar een specialist in eerste instantie geldig voor een behandeling van een maand, waarna zonder tussenkomst van de huisarts een herhaalkaart uitgeschreven kan worden. Pas als de behandeling na een jaar nog voortgezet moet worden, is een nieuwe verwijzing vereist en ligt de beslissing dus weer bij de huisarts.
Het aantal huisartsen is in Denemarken toegenomen van 2045

per 31-12-1971 tot 2668 per 31-12-1978[3] - een toename van 30 %. In Nederland is in dezelfde periode het huisartsenbestand met 17 % uitgebreid.
De aantrekkelijkheid van het huisartsenberoep zou verhoogd zijn door de mogelijkheid tot opzetten van goede waarnemings- en vervangingsregelingen in samenwerkingsverbanden. Deze ontwikkeling is (ook financieel) gestimuleerd door de Organisatie van Praktizerende Huisartsen (Praktiserende Laeger Organisation - de Deense tegenhanger van de Landelijke Huisartsen Vereniging). In tabel 1 is het verloop van het percentage huisartsen, dat in samenwerkingsverband werkt, weergegeven. Onder de huisartsen die in een samenwerkingsverband werken, zijn zowel degenen gerekend die in een gezamenlijk gebouw werken en een gezamenlijk patiëntenbestand hebben, als degenen die in een gezamenlijk gebouw werken, maar ieder hun eigen patiënten hebben (de verhouding tussen deze twee groepen is in 1978 ongeveer drie staat tot een).

Tabel 1: Wijze van praktijkuitoefening van huisartsen in Denemarken van 31-12-1971 tot 31-12-1978.

jaar	solo		samenwerkend		totaal
	abs.	%	abs.	%	abs.
31-12-1971	1256	61.4	789	38.6	2045
31-12-1972	1224	58.2	879	41.8	2103
31-12-1973	1178	54.5	983	45.5	2161
31-12-1974	1128	49.3	1159	50.7	2287
31-12-1975	1116	46.2	1301	53.8	2417
31-12-1976	1081	43.0	1433	57.0	2514
31-12-1977	1059	40.3	1570	59.7	2629
31-12-1978	1042	39.1	1626	60.9	2668

Bron: Praksisoplysningen pr. 31-12-1978.

Het percentage solo-artsen is in Denemarken sneller gedaald dan in ons land (waar het in dezelfde periode van 84 % tot 64 % daalde). Het gevolg van deze ontwikkeling is geweest dat de bereikbaarheid van de huisartsen in sommige gebieden met

een geringe bevolkingsdichtheid verminderd is, doordat er minder praktijkpunten zijn.
Het aantal inwoners per huisarts, de gemiddelde praktijkgrootte dus, is in de periode van 31-12-1971 tot 31-12-1978 gedaald van 2434 tot 1916. De daling van de gemiddelde praktijkgrootte is, evenals in Nederland, rond 1970 ingezet (eind december 1968 bedroeg het aantal inwoners per huisarts nog 2407).
Het spreidingspatroon van de gemiddelde praktijkgrootte over de bestuurlijke regio's van Denemarken is in deze periode wat veranderd (zie tabel 2).

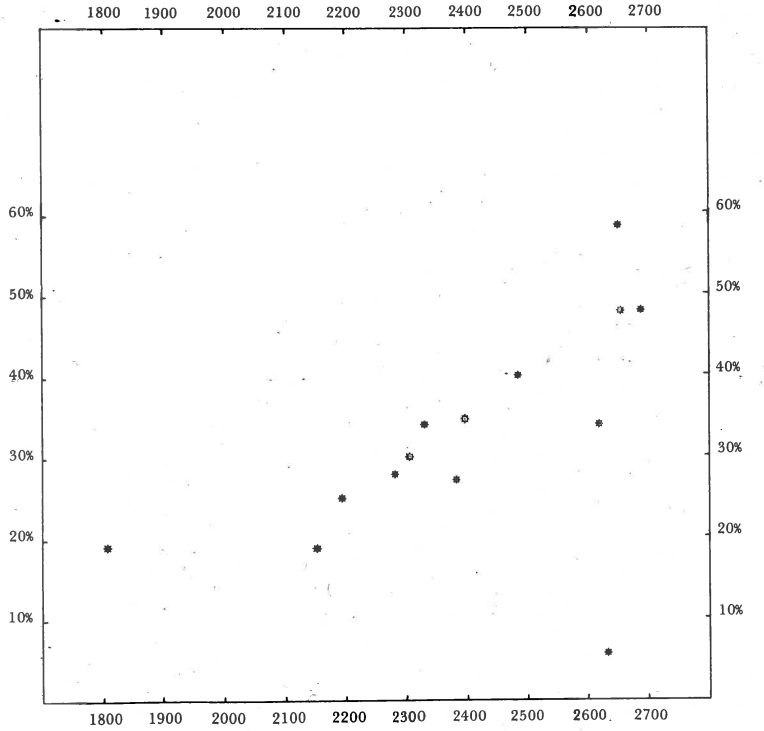
Tabel 2: Aantal inwoners per huisarts naar regio per 31-12-1971 en 31-12-1978.

	31-12-1971			31-12-1978		
regio	aantal inwoners	aantal huisartsen	aantal inwoners per huisarts	aantal inwoners	aantal huisartsen	aantal inwoners per huisarts
København, Frederiksborg en Amager	769.643	292	2636	650.045	325	2000
Københavns amt	565.278	216	2617	574.696	289	1989
Frederiksborg amt	269.664	102	2644	325.856	160	2037
Roskilde amt	161.257	60	2688	199.672	89	2244
Vestsjaellands amt	261.620	119	2198	275.983	149	1852
Storstrøms amt	253.111	117	2163	259.443	139	1866
Bornholms amt	47.037	26	1809	47.605	31	1536
Fyns amt	436.678	182	2399	451.733	246	1836
Sønderjyllands amt	239.399	100	2394	248.984	135	1844
Ribe amt	199.332	75	2658	211.492	111	1905
Vejle amt	308.628	129	2392	323.415	164	1972
Ringkøbing amt	244.108	98	2491	261.025	137	1905
Århus amt	541.294	234	2313	571.700	304	1881
Viborg amt	221.201	97	2280	230.537	124	1859
Nordjyllands amt	459.856	198	2323	479.348	265	1809
totaal	4.978.106	2045	2434	5.111.534	2668	1916

Bron: Praksisoplysninger pr. 31-12-1971 en pr. 31-12-1978.

Hoewel het verschil tussen de regio met het hoogste aantal inwoners per huisarts en die met het laagste aantal inwoners per huisarts nagenoeg hetzelfde gebleven is, zijn er in de rangordening van hoog naar laag aantal inwoners per huisarts wat verschillen tussen de situatie eind 1971 en eind 1978. De rangcorrelatiecoëfficiënt tussen beide rangordeningen bedraagt echter altijd nog .70. Wel is duidelijk dat de toename van het aantal huisartsen het sterkst geweest is in de regio's waar eind 1971 het aantal inwoners per huisarts het hoogst was. In figuur 1 is deze samenhang zichtbaar gemaakt.

Figuur 1: Spreidingsdiagram; horizontaal: gemiddeld aantal inwoners per huisarts per 31-12-1971; verticaal: percentuele groei van het aantal huisartsen van 1971 tot 1978.



Er zijn twee regio's die niet helemaal in het beeld passen. Dat zijn Bornholmsamt en de regio Kopenhagen, Frederiksborg en Amager. Deze regio's nemen een aparte positie in in het Deense gezondheidszorgsysteem; de eerste omdat die regio alleen één eiland omvat, de tweede vanwege het afwijkende honoreringssysteem, waarover later meer. De hier geconstateerde samenhang is - in wat minder sterke mate - ook gevonden in de Nederlandse situatie.[4]
Over enkele jaren zou een analyse van het spreidingspatroon van huisartsen over de regio's in Denemarken herhaald (en uitgebreid) moeten worden om eventuele effecten van de vestigingsregulering, die sinds 1977 bestaat, vast te stellen. Er is nog te weinig tijd verlopen om daar al iets over te kunnen zeggen.

Wat de honorering betreft bestaan er twee systemen in Denemarken. In de stad Kopenhagen (ongeveer 600.000 inwoners per 31-12-1978 en 225 huisartsen) worden de huisartsen voor de groep I-verzekerden via het abonnementensysteem betaald. In de rest van het land worden de huisartsen voor de groep I-verzekerden voor de helft via het abonnementensysteem betaald en voor de andere helft per verrichting. Het abonnementshonorarium wordt jaarlijks vastgesteld op de helft van het bedrag dat per verzekerde per jaar wordt uitgekeerd door de uitvoerende instanties van het verzekeringsstelsel. De groep I-verzekerden hebben vrije toegang tot de huisartsenzorg. De overige patiënten betalen de huisartsen per verrichting. Doordat de huisartsen (althans buiten Kopenhagen) gedeeltelijk per verrichting betaald worden, is het voor de huisartsen aantrekkelijk om een aantal verrichtingen, bijvoorbeeld op diagnostisch gebied, zelf te doen. Voor zover de huisartsen in groepen samenwerken, kunnen zij ook de investeringen doen die de aanschaf van dure diagnostische hulpmiddelen mogelijk maken. Dit kan overigens ook een stimulans geweest zijn tot samenwerking.

De ziekenhuisstaf bestaat uit ± 3000 specialisten en specialisten in opleiding die in loondienst werken onder voor het hele land uniforme arbeidsvoorwaarden. Daarnaast zijn er ± 700 vrijgevestigde specialisten die per verrichting betaald worden.

Het Deense honoreringssysteem kent dus voor de huisartsen een combinatie van een abonnementshonorarium en een betaling per verrichting; een gedeelte van de specialisten is in loondienst en een kleiner gedeelte wordt per verrichting betaald. Dit wijkt nogal af van het honoreringssysteem in Nederland waar de huisartsen voor gemiddeld omstreeks 70 % van de patiënten een abonnementshonorarium krijgen en door de rest van de patiënten per verrichting betaald worden, en waar de specialisten slechts voor een klein gedeelte in loondienst zijn en voor de rest per verrichting betaald worden.

Al enkele malen is de term "groep I-verzekerden" gevallen, zonder dat uitgelegd is wat daar onder verstaan wordt. Het verzekeringssysteem in Denemarken is voortgekomen uit een systeem dat sterk lijkt op het Nederlandse. Vanaf de tweede helft van de 19e eeuw bestaat er in Denemarken een groot aantal lokale of regionale ziekenfondsen. Pas vanaf 1961 is er een verplicht lidmaatschap voor de bevolking beneden een bepaalde inkomensgrens. De ziekenfondsleden betaalden een voor ieder gelijke premie (onafhankelijk van het inkomen) behalve de laagste inkomensgroepen voor wie een kwart van de premie door de overheid betaald werd. Degenen die met hun inkomen boven de grens zaten, konden vrijwillig lid worden van een ziekenfonds tegen een iets hogere premie. Zij kregen achteraf een gedeelte van de kosten die ze uitgaven aan medische zorg terug. In 1973 zijn de afzonderlijke ziekenfondsen opgeheven en is een landelijk verzekeringsstelsel in werking getreden, dat uitgevoerd wordt door de lokale overheid en gefinancierd uit belastingen (een vaste proportie van het inkomen). Bij deze hervormingen werd de inkomensgrens gehandhaafd; in 1976 is deze eveneens afgeschaft.

Vanaf die tijd valt de gehele bevolking onder het landelijke verzekeringssysteem, waarin twee categorieën gecreëerd zijn. Voor de eerste categorie - aangeduid als "groep I-verzekerden" - is de medische zorg gratis, maar de keuzevrijheid enigermate beperkt. De bevolking van 16 jaar en ouder, die voor de "groep I-verzekering" gekozen heeft, dient elk jaar in augustus te kiezen bij welke huisarts men ingeschreven wil wor-

den. Men heeft daarbij een vrije keuze binnen een straal van tien kilometer. Tweedelijns zorg is alleen toegankelijk voor deze groep na verwijzing door de huisarts. De "groep II-verzekerden" staan niet ingeschreven bij een huisarts; zij kunnen rechtstreeks specialistische hulp inroepen. Voor de kosten van de zorg - voor zover die buiten het ziekenhuis gegeven wordt - kan men zich via particuliere ziektekostenverzekeraars geheel of gedeeltelijk verzekeren.

Op dit moment behoort bijna 95 % van de bevolking tot groep I. Het verzekeringsstelsel van Denemarken wijkt sterk af van het Nederlandse systeem, dat overeenkomst vertoont met het Deense systeem van vóór de hervormingen van 1973. De belangrijkste verschillen zijn:

a. het percentage van de bevolking dat onder de verzekering valt - 70 % ziekenfondsverzekerden in Nederland en 95 % groep I-verzekerden in Denemarken.
b. de financiering van het verzekeringsstelsel - in Nederland via premies die gedeeltelijk door de verzekerden en gedeeltelijk door de werkgevers betaald worden, in Denemarken via de belastingheffing.
c. de zeggenschap over het beleid - in Nederland wordt het beleid van de ziekenfondsen op landelijk niveau door de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen vastgesteld die bestuurd wordt door verzekerden zowel als artsen; het beleid van het verzekeringsstelsel van Denemarken wordt bepaald door de provinciebesturen ("amtsrad") en door de vereniging van provinciebesturen (de "amtsradsforeningen i Danmark") die onder andere de centrale honorarium-onderhandelingen met de artsen voert.

Hiermee is ook al het een en ander gezegd over de rol van de overheid in het Deense gezondheidszorgsysteem. In het verzekeringsstelsel heeft de overheid dus de belangrijkste stem. De centrale honorarium-afspraken tussen de vereniging van provinciebesturen en de artsenorganisatie behoeft bovendien goedkeuring van de minister van Sociale Zaken. Op het gebied van de eerstelijns gezondheidszorg heeft de lokale overheid invloed bij de vestiging van nieuwe praktijken (daarover meer in de volgende paragraaf). De tweedelijns gezondheids-

zorg wordt ook grotendeels beheerd op het niveau van de provincie (met uitzondering van een aantal gespecialiseerde instellingen) en staat onder toezicht van het Ministerie van Binnenlandse Zaken. Het beleid op landelijk niveau wordt gecoördineerd door twee adviesraden die onder het Ministerie van Binnenlandse Zaken vallen, een raad voor de algemene gezondheidszorg (de "Sundhedsstyrelsen") en een raad voor de ziekenhuizen ("Sygehusradet"). Beide raden hebben een adviserende en beleidsontwikkelende functie en zijn gedeeltelijk uit beroepsbeoefenaren samengesteld.
De overheid heeft in Denemarken met name op het niveau van de provincies een veel sterkere greep op de gezondheidszorg dan in Nederland. Op landelijk niveau ontbreekt een Ministerie van Volksgezondheid, waardoor er gemakkelijk coördinatieproblemen kunnen bestaan.

3. Regulering van vestigingen van huisartsen in Denemarken

De vestigingsregeling is in 1976 tot stand gekomen onder druk van een toename van het aantal huisartsen. De regeling is het resultaat van onderhandelingen tussen de Organisatie van Praktizerende Huisartsen en de vereniging van provinciebesturen.[5] Hij is niet vastgelegd in een wet en is dus een privaatrechtelijke overeenkomst. Vóór de overeenkomst kon iedere arts die de juiste opleiding had, zich vestigen als huisarts. De ziekenfondsen en na 1973 de lokale uitvoerders van het landelijke verzekeringsstelsel waren dan verplicht het honorarium uit te betalen voor de patiënten die de arts op naam had. Een onderdeel van de overeenkomst van 1976 is dat alleen de artsen die lid zijn van de huisartsenorganisatie uitbetaald kunnen krijgen voor de patiënten die zij behandelen. Hierdoor is het mogelijk om de privaatrechtelijke overeenkomst dwingend op te leggen aan alle huisartsen.

Vestiging als huisarts

Men kan grofweg drie wijzen van vestiging onderscheiden. In de eerste plaats kan een jonge huisarts een bestaande praktijk van een solo-werkende huisarts overnemen. In dit geval is de huisarts die zijn praktijk overdraagt, de enige die beslist over

wie de praktijk zal voortzetten. De overdracht van een praktijk gaat gepaard met een goodwill-betaling van 100 % van het bruto jaarinkomen. Dit goodwill-percentage is in de vestigingsregeling vastgesteld.
In de tweede plaats kan een nieuwe huisarts zich in een bestaande groepspraktijk vestigen. De reeds gevestigde collega's in de groepspraktijk beslissen over de keuze van een nieuwe arts.
Tenslotte kan een huisarts een nieuwe praktijk vestigen in een gebied waar nog ruimte is. Wanneer er ergens plaats is voor de vestiging van een nieuwe praktijk, wordt dat bekend gemaakt door een advertentie in het "Ugeskrift for Laeger", het tijdschrift van de Danish Medical Association, de tegenhanger van Medisch Contact. Uit de kandidaten wordt een keuze gemaakt door een commissie die voor de helft uit artsen bestaat (huisartsen en vertegenwoordigers van huisartsen en specialisten in opleiding) en voor de helft uit vertegenwoordigers van de regionale overheid.

Bij het vaststellen of er plaats is voor een nieuwe vestiging speelt het begrip "praktijkgebied" een centrale rol. De praktijkgebieden zijn niet geografisch gedefinieerd. Een praktijkgebied wordt gevormd door de huisartsen wier werk met elkaar interfereert. Vanuit de patiënten gezien is het het gebied waarin de bevolking voornamelijk geöriënteerd is op een bepaalde groep huisartsen. Zoals gezegd kunnen patiënten jaarlijks een huisarts kiezen binnen een straal van tien kilometer. Een geografische afbakening van de praktijkgebieden zou de vrije artsenkeuze beperken. De praktijkgebieden lijken nog het meest op de waarneemgroepen in het Nederlandse systeem.
Wanneer de helft van de huisartsen van oordeel is dat er in hun praktijkgebied plaats is voor een nieuwe arts, wordt de procedure voor het aantrekken van een nieuwe arts in gang gesteld. Met de daling van de gemiddelde praktijkgrootte wordt het aantal gevallen waarin op deze manier vestiging tot stand komt, uiteraard geringer. Een tweede situatie waarin een nieuwe vestiging kan plaatsvinden in een praktijkgebied, bestaat wanneer de gemiddelde praktijkgrootte boven een bepaalde norm komt.

Open en gesloten gebieden

Volgens de overeenkomst van 1976 worden de praktijkgebieden opgedeeld in open en gesloten gebieden. Dit gebeurt op grond van het aantal groep I-patiënten per huisarts (alleen de bevolking van zestien jaar en ouder staat op naam ingeschreven bij een huisarts). Gebieden met 1200 of meer groep I-patiënten per huisarts (van zestien jaar en ouder, hetgeen op een totaal aantal patiënten van ± 2000 neerkomt) zijn open voor vestiging van nieuwe praktijken. De gebieden met gemiddeld minder groep I-patiënten zijn gesloten voor vestiging van nieuwe praktijken, maar zolang het gemiddelde niet beneden 1000 komt, is de vervanging van een bestaande huisarts wel mogelijk. Als de gemiddelde praktijkgrootte in een gebied stijgt, moet er in het totale gebied een overschot van 850 groep I-patiënten zijn boven de gemiddelde praktijkgrootte van 1200. Bij de klassificatie van de praktijkgebieden in open en gesloten gebieden wordt uitgegaan van alle huisartsen met groep I-patiënten op naam, behalve die huisartsen die hun praktijk voor nieuwe patiënten gesloten hebben én minder dan 1200 groep I-patiënten hebben. Wel worden bij de klassificatie de arts-assistenten meegerekend die in proefperiode zitten voor een samenwerkingsverband.
Omdat het percentage groep I-patiënten kan variëren tussen verschillende praktijkgebieden, wordt de norm van 1200 patiënten genuanceerd toegepast. In praktijkgebieden waarin het percentage groep I-patiënten beneden het landelijk percentage ligt, ligt de norm proportioneel lager. Om verschillen in praktijkomvang te verminderen, is een grens ingesteld van 1900 groep I-patiënten per praktijk. Boven die grens krijgt de huisarts geen abonnementshonorarium uitbetaald, maar alleen de vergoeding per verrichting.
De norm voor de klassificatie van praktijkgebieden als open en gesloten en de grens voor het abonnementshonorarium worden jaarlijks in onderhandelingen tussen de vereniging van provinciebesturen en de huisartsenorganisatie vastgesteld.

4. Afsluiting

In deze laatste paragraaf wil ik de positieve en negatieve kan-

ten van de vestigingsregulering in Denemarken op een rij zetten.

Ik begin met de negatieve kanten:

- de omschrijving van het begrip "praktijkgebied" maakt een duidelijke afbakening moeilijk. De grootte van de praktijkgebieden is niet vastgelegd. In stedelijke gebieden lopen de werkgebieden van de huisartsen veelal in elkaar over, zodat de praktijkgebieden een hele stad omvatten.

- een procedure waarin ook in geval van overnames van bestaande praktijken inspraak gegeven wordt aan de gevestigde collega's en de overheid of de consumenten bij het aantrekken van een nieuwe arts, ontbreekt; ook bij het aantrekken van een nieuwe arts in een groepspraktijk is geen regeling voor inspraak van overheid of consumenten van de gezondheidszorg;

- bij de overname van praktijken is het nog steeds regel dat een bedrag voor de goodwill betaald wordt, waardoor in een aantal gevallen mogelijk de financiële draagkracht van een nieuwe huisarts zwaarder weegt dan zijn capaciteiten.

- een vestigingsregeling die niet wettelijk is vastgelegd, is alleen uitvoerbaar als het lidmaatschap van de beroepsvereniging effectief gesanctioneerd kan worden.

De positieve aspecten van de vestigingsregulering in Denemarken zijn naar mijn mening:

- er is een grens aan de praktijkgrootte gesteld waarboven geen abonnementshonorarium meer uitbetaald wordt, maar alleen de vergoeding per verrichting. Het is hierdoor uit overwegingen van inkomensverwerving weinig aantrekkelijk om nog veel patiënten te nemen boven het aantal waar de grens ligt.

- de uitvoering van het vestigingsbeleid in "praktijkgebieden" heeft ook positieve kanten, met name de mogelijk-

heid om een nieuwe arts aan te trekken als de helft van de artsen gevestigd in het praktijkgebied én de lokale autoriteiten het daarover eens zijn.

- de openbare aankondiging van vrije posities voor huisartsen en de procedures voor het aantrekken van een nieuwe huisarts.

- bij het vaststellen of een praktijkgebied voldoet aan de norm van de gemiddelde praktijkgrootte, worden over het algemeen assistenten niet meegerekend (behalve in het geval van assistentschappen die als proefperiode voor een samenwerkingsverband gelden).

6

Een vestigingsregeling voor huisartsen

W.J. de Regt

Het zal niet lang meer duren voordat vrije vestigingen van huisartsen voorgoed tot het verleden behoren. Door de Landelijke Huisartsen Vereniging wordt in hoog tempo aan het ontwerp van de vestigingsregelingen gewerkt. In april 1980 zijn de uitgangspunten voor het vestigingsbeleid door de ledenvergadering aanvaard en reeds in december 1980 is de eerste uitwerking door de ledenvergadering besproken. Voordat we op de huidige stand van zaken ingaan, zal eerst de voorgeschiedenis van het vestigingsbeleid uit de doeken worden gedaan.

1. De voorgeschiedenis

We zullen met het bespreken van de voorgeschiedenis niet te ver terug gaan. De belangrijkste gebeurtenissen vinden in 1974 plaats; het jaar waarin door de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Hendriks, de Structuurnota uitgebracht is. In die nota kondigt de overheid aan dat zij een actiever beleid op het terrein van de gezondheidszorg zal gaan voeren.

Wat de wetgeving betreft heeft dit onder andere geleid tot het ontwerp van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, dat in een vergevorderd stadium van parlementaire behandeling is. Op dit wetsontwerp zal aan het eind van dit artikel nog teruggekomen worden, omdat hierin een wettelijk kader geschetst wordt voor de regelingen waar de LHV aan werkt.
In 1974 stelde de LHV de belangrijkste onderwerpen uit de Structuurnota - de regionalisatie, de volksverzekering en het vestigingsbeleid - bij de leden aan de orde. Aan het Centraal Bestuur werd door de leden gevraagd een Blauwdruk op te stellen van het beleid op deze terreinen. Uitgangspunt van de Blauwdruk was dat de toename van het takenpakket van de huisarts tot een daling van de rekennormpraktijk zou moeten leiden. Daling van de rekennormpraktijk werd gekoppeld aan een maximering van het aantal verzekerden per huisarts. De verbreding en verdieping van de taken van de huisarts zouden gepaard moeten gaan met en gestimuleerd moeten worden door intercollegiale toetsing.
De kritiek die op de Blauwdruk kwam, ging in twee richtingen; enerzijds kreeg het Centraal Bestuur te horen dat het eerst een uitwerking moest geven van wat nu eigenlijk de taken van de huisarts waren. Anderzijds werd kritiek geleverd op de koppeling die gelegd werd tussen de drie elementen uit de Blauwdruk: de rekennormpraktijk, de maximering van het aantal verzekerden en de intercollegiale toetsing.
Een "Nieuwe Blauwdruk" werd in 1977 gepubliceerd. In de "Nieuwe Blauwdruk" kwamen dezelfde drie elementen weer terug. De regeling van de vestiging was wat uitgebreider. De discussie hierover raakte op de achtergrond door een conflict over de honorering.
De ervaringen met de bespreking van de Blauwdruk en de Nieuwe Blauwdruk hebben tot een andere benadering van de leden door het Centraal Bestuur geleid. Het CB heeft besloten om met betrekking tot de problematiek van het vestigingsbeleid niet langer met kant en klare regelingen te komen, maar om de leden van de Vereniging van het begin af aan zoveel mogelijk te betrekken bij de uitwerking. Bij de uitwerking van het vestigingsbeleid is ook gekozen voor een sterk gefaseerde aanpak. De eerste stap is in juni 1979 gezet, toen de ledenvergadering positief antwoordde op de vraag

van het CB: "Zien de leden van de LHV de vestiging van huisartsen als een gemeenschappelijk probleem en willen zij met het CB aan een vestigingsbeleid werken binnen het tijdsbestek van anderhalf jaar?"
De volgende stap was de instelling van een projectgroep, bestaande uit probleem-geïnteresseerde leden uit alle districten. Deze kreeg de opdracht de uitgangspunten van een vestigingsbeleid te formuleren en gedurende dit proces steeds voeling te houden met de huisartsen in de regio.

2. Uitgangspunten van een vestigingsregeling

De projectgroep heeft in het begin van 1980 de eerste versie van de uitgangspunten ter discussie aangeboden aan het CB en de leden. Na schriftelijk commentaar van de leden - er kwamen ruim 1400 reacties - en een informatieve vergadering, is in april 1980 een voorstel van het CB voor uitgangspunten van het op te stellen vestigingsbeleid door de leden aanvaard.
In de uitgangspunten van het vestigingsbeleid wordt uitgegaan van drie centrale waarden: optimale zorg voor de patiënt, optimaal functioneren van de huisarts en een redelijk honorarium.

De uitgangspunten luiden als volgt:

1. Een aanvaardbare dagtaak wordt gevonden in een praktijk die qua grootte en samenstelling werk geeft voor een gemiddelde werkdag naar maatschappelijke norm, rekening houdend met de niet-patiëntgebonden functies van de huisarts.
2. Ook naast deze dagtaak bestaat een beschikbaarheidstaak.
3. De huisarts heeft - naast een aanvaardbare dagtaak en een beschikbaarheidstaak - recht op vrije tijd. Als hij/zij hiervan gebruik gemaakt, dient hij/zij te zorgen voor een goede waarneming.
4. Bij de taken van de huisarts wordt uitgegaan van de indeling in hoofd- en facultatieve taken.
5. De kwaliteit van het huisartsenwerk komt in het gedrang

bij een te grote en een te kleine dagtaak.

6. Nevenfuncties vallen niet onder hoofd- en facultatieve taken. Bij het verrichten van nevenfuncties moet de optimale patiëntenzorg gewaarborgd blijven.
7. De waarneming dient zo te zijn, dat de kwaliteit van de patiëntenzorg continu gewaarborgd blijft. De waarnemingsregeling moet voor de patiënt duidelijk zijn.
8. Eén van de hoofdtaken van de huisarts is bijblijven en hoort als zodanig binnen zijn/haar dagtaak. Opleiding en nascholing bepalen samen met toetsing mede de kwaliteit van de zorg voor de patiënt.
9. Samenwerken is een hoofdtaak van de huisarts en hoort als zodanig binnen zijn/haar dagtaak. De mogelijkheden tot intra- en interdisciplinaire samenwerking in de eerste lijn, samenwerking met de tweede lijn en overleg met derden, dienen aanwezig te zijn.
10. Gezien de huidige rechts- en inkomensonzekerheid met betrekking tot de apotheek kan bij de berekening van de praktijkgrootte geen verschil worden gemaakt tussen niet- en wel-apotheekhoudende huisartsen.
11. Bij een berekening van praktijkgrootte dient uitgegaan te worden van het totaal aantal patiënten (ziekenfonds en particulier).
12. De eerstelijnsgezondheidszorg behoort toegankelijk en inzichtelijk te zijn voor de patiënt. De mogelijkheid dient aanwezig te zijn om op verschillende wijzen qua vorm en inhoud de huisartsgeneeskunde uit te oefenen.
13. De principes "vrije artsenkeuze" en "vrije patiëntenkeuze" dienen bij het opstellen van vestigingsregels gehandhaafd te blijven.
14. Vestigingsbeleid is niet vrijblijvend. Er worden regelingen noodzakelijk. De beroepsgroep (LHV) neemt het initiatief tot het opstellen van deze regelingen. De door de beroepsgroep niet gewenste vrijblijvendheid wordt middels een wettelijk kader door de overheid ingeperkt (punt 15). Opening dient o.a. te worden geboden naar patiëntenvertegenwoordigers, naar ziektekostenverzekeraars, naar andere beroepsgroepen in de gezondheidszorg en naar de overheid. Naar gelang de betreffende positie is inspraak, medezeggenschap en/of mede-ver-

antwoordelijkheid mogelijk. Uitvoering van en controle op de naleving van de regelingen geschieden door de beroepsgroep tezamen met anderen.

15. Het door de beroepsgroep opgestelde vestigingsbeleid dient een wettelijk kader te krijgen. Dit wettelijk kader is noodzakelijk om naleving van opgestelde regels te bereiken.
16. De overdragende partij heeft de belangrijkste stem bij het bepalen aan wie de overdracht van een praktijk zal geschieden. Bij de keuze moet rekening worden gehouden met de belangen van de beroepsgroep, van de overnemende partij en ook van de patiënt.
17. Voor een vestigingsbeleid is de opheffing door middel van een adequate afkoopregeling van het systeem, waarbij voor goodwill wordt betaald bij overdracht, gewenst, doch niet noodzakelijk. Indien een dergelijke afkoopregeling niet mogelijk is, zal dit systeem ook binnen het kader van een vestigingsbeleid blijven bestaan. Voor het berekenen van de hoogte van de 'goodwill' zullen dan nadere bindende richtlijnen worden opgesteld.
18. De overdracht van het patiëntenbestand is niet vanzelfsprekend gekoppeld aan de overdracht van het onroerend goed.
19. Bij de huidige gemiddelde praktijkgrootte is optimale patiëntenzorg binnen een aanvaardbare dagtaak veelal niet mogelijk. Binnen het kader van een vestigingsbeleid dient daarom naar praktijkverkleining gestreefd te worden.
20. Voor een optimale patiëntenzorg bij een aanvaardbare dagtaak dient een redelijk honorarium te worden gegarandeerd. Handhaven van de huidige rekennormpraktijk duidt op een voorbijgaan aan ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde, zoals die hebben plaatsgevonden sedert 1966. Uitgangspunt voor de bepaling van het netto honorarium is en blijft de vergelijkingsfiguur: rijksambtenaar schaal 151 max. BBRA.
21. Er dient gestreefd te worden naar pensionering op een maatschappelijk gangbare leeftijd, met als voorwaarde dat een adequaat pensioen verzekerd is.
22. Bij de spreiding van huisartsen dient zo goed mogelijk

rekening te worden gehouden met de geografische verdeling van de bevolking, teneinde een goede bereikbaarheid voor de patiënt te waarborgen.

23. Voldoende (aanstaande) huisartsen maken een vestigingsbeleid mogelijk, dat erop gericht is de gezondheidszorg in stand te houden en te verbeteren. Een vestigingsbeleid komt de mogelijkheid tot het functioneren van de aanstaande huisarts ten goede. In deze zin acht de LHV zich verantwoordelijk, ook voor de aanstaande huisartsen.

Naar de mening van het CB zijn deze uitgangspunten onverbrekelijk met elkaar verbonden. Uitgaande van deze uitgangspunten is de projectgroep aan de slag gegaan om een eerste voorstel voor een concrete regeling te maken.
Voordat enige regeling in werking kan treden, moet aan een aantal voorwaarden voldaan zijn:

- er dient een goed systeem van patiëntenregistratie te bebestaan (vergelijk het 11e uitgangspunt);
- er dienen normen vastgesteld te zijn met betrekking tot de maximale en minimale omvang van praktijken;
- de financiële gevolgen van een vestigingsregeling en vooral van de daarmee gepaard gaande praktijkverkleining moeten duidelijk zijn (en aanvaard door de leden);
- het wettelijk kader om de regelingen toe te passen moet gereed zijn;
- er moet een organisatiestructuur ontwikkeld zijn om de regelingen uit te voeren;
- de vestigingsregeling zelf en de overgangsregelingen moeten vast liggen.

Aan deze voorwaarden moet - voor zover de LHV ze onafhankelijk van de overheid en de financiers van de gezondheidszorg kan verwezenlijken - vóór 1 januari 1983 voldaan zijn. Op dat moment zouden dan de overgangsregelingen kunnen ingaan.

3. Overgangsregelingen

Mede omdat een beperking van de omvang van huisartspraktijken directe gevolgen heeft voor de keuzevrijheid van patiënten en voor het inkomen van huisartsen, is een overgangsregeling noodzakelijk. De ledenvergadering van december 1980 heeft besloten dat het eind van de overgangsregeling een vast tijdstip zal zijn; op dat tijdstip vallen dus alle praktijken binnen de normen.
De middelen om praktijken te vergroten die op 1 januari 1983 kleiner zijn dan de minimum-norm, moeten vooral gezocht worden in herverdeling van grote praktijken, sluiting van omliggende praktijken voor de inschrijving van nieuwe patiënten en samenvoeging van een kleine en grote praktijk in een associatief verband. Deze middelen zijn alleen toepasbaar in een gebied waar nog behoorlijke verschillen zijn in praktijkomvang. In een gebied waarin bijna alle praktijken aan de normen voldoen en waarin één of enkele praktijken zijn die beneden de minimum norm zitten, zou het mogelijk zijn dat een praktijk ook gedurende de overgangsperiode niet voldoende zal groeien om aan de minimum norm te voldoen. De opheffing van praktijken zal in dergelijke gevallen het laatste middel zijn. Overigens is het vanzelfsprekend dat deze ingrijpende maatregel met de nodige prudentie en omgeven door waarborgen zal worden toegepast.
Het is echter ook niet te verwachten dat de minimum norm nog zo hoog zal zijn dat dit veel zal voorkomen. Praktijken die te groot zijn op het moment dat de overgangsregeling begint, kunnen door sluiting voor nieuwe patiënten of door afstoting ineens, wanneer sluiting niet voldoende is, verkleind worden. Zoals in de vorige paragraaf reeds is gesteld is een van de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn, voordat met de overgangsregeling gestart kan worden, dat er een goed systeem van patiëntenregistratie bestaat, zowel voor ziekenfonds- als particuliere patiënten. Het is van groot belang dat bij sluiting van praktijken geen ongelijke behandeling van particuliere en ziekenfondspatiënten binnensluipt.
Een ander punt dat bij de toepassing van het middel sluiting van praktijken in de gaten gehouden moet worden, is dat hierdoor vooral in stedelijke gebieden de geografische sprei-

ding van de praktijkpopulatie kan toenemen, omdat een huisarts patiënten die bij hem ingeschreven staan en naar een ander deel van de stad verhuizen wel kan houden, maar patiënten die in de directe omgeving van zijn vestiging komen wonen niet mag inschrijven.
Op 1 januari 1988 zullen alle praktijken binnen de grenzen moeten vallen die door de minimum en maximum praktijknorm gesteld zijn.

4. De vestigingsregelingen

Men kan ervan uitgaan dat na de overgangsperiode het fenomeen vrije vestiging tot het verleden zal behoren; immers, de vestiging zal gebonden zijn aan een vergunningenstelsel. Of een nieuwe vestiging kan of moet plaatsvinden zal onder andere samenhangen met de mate waarin in een gebied een overschrijding van de norm voor de praktijkomvang plaatsheeft. Ook aan de overdracht van praktijken zullen regels gesteld worden. De uitvoering op regionaal niveau van de regelingen zal in handen gegeven worden van een commissie, die benoemd wordt door de Plaatselijke Huisartsen Vereniging.

Vestiging en opheffing van praktijken

Zoals in de vorige paragraaf is aangegeven is het doel van de overgangsperiode dat te grote en te kleine praktijken verdwijnen. Ook na de overgangsperiode moeten er regelingen zijn, voor het geval praktijken groeien tot boven de maximum norm of dalen tot onder het minimum.
In het eerste geval is er weer het middel van de sluiting van de praktijk voor nieuwe patiënten. Dit is alleen toepasbaar indien de omliggende praktijken voor voldoende opvang kunnen zorgen. Een nieuwe vestiging is mogelijk wanneer verwacht mag worden dat de praktijk van de nieuwe huisarts binnen drie à vijf jaar de minimum norm bereikt zal hebben én wanneer de gemiddelde praktijkgrootte in het gebied zodanig is, dat de huisartsen ook na de nieuwe vestiging tenminste een norminkomen kunnen verwerven.
De tegenhanger van de nieuwe vestiging is de opheffing van

een praktijk bij daling beneden de minimum norm. Wanneer niet te verwachten is dat een praktijk die te klein is geworden op korte termijn weer zal groeien, is opheffing noodzakelijk. Methoden om een praktijk te doen groeien zijn actieve herverdeling van patiënten van andere praktijken en sluiting van andere praktijken. Een te kleine praktijk is niet als eenheid overdraagbaar aan een nieuwe huisarts.

De overdracht van praktijken

Voor de overdracht van praktijken zal landelijk een aantal regels gesteld worden op basis van de in paragraaf 2 genoemde uitgangspunten. In principe blijft de overdracht van een praktijk een overeenkomst tussen twee partijen die ter toetsing voorgelegd wordt aan de door de PHV benoemde vestigingscommissie. Deze toetsing zal plaatsvinden op juridische en economische aspecten.
Bij de overdracht van praktijken dient naar onze mening ook de waarneemgroep betrokken te worden. De waarneemeenheid is te beschouwen als de kleinste functionele eenheid binnen de beroepsgroep. De waarneemgroep heeft niet alleen een functie bij de onderlinge vervanging bij afwezigheid, maar ook een functie in de onderlinge samenwerking van huisartsen. Na de overdragende huisarts heeft de waarneemgroep het beste inzicht in de aard en specifieke problemen van de praktijk die overgedragen wordt. De vestigingscommissie die door de PHV benoemd wordt, heeft de volgende taken:
- toetsing aan de algemene regels van een overeenkomst tot overdracht van een praktijk;
- fungeren als schakel tussen de beroepsgroep en de overheid die via de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg de uitvoering van het vestigingsbeleid in handen heeft (zie volgende paragraaf);
- overleg, bijvoorbeeld bij praktijkoverdracht, met de eventueel aanwezige patiëntenvertegenwoordiging, voor zover dat al niet plaatsgevonden heeft door de waarneemgroep;
- het overdragen van informatie aan de PHV-leden en aan artsen die zich in het betreffende gebied willen vestigen;
- het verzamelen van informatie ten behoeve van de uitvoering van de vestigingsregelingen.

Met deze taken ligt een zwaar accent bij de uitvoering van het vestigingsbeleid op de Plaatselijke Huisartsen Vereniging. Om deze taken naar behoren te kunnen uitvoeren zal ook de organisatie van de PHV's mogelijk aangepast moeten worden.

5. Het wettelijk kader

De LHV gaat ervan uit dat het vestigingsbeleid voor huisartsen niet een zaak is die uitsluitend de huisartsen aangaat. Ook het algemeen belang is gediend met een goed werkend vestigingsbeleid. Het is dan ook begrijpelijk dat de overheid initiatieven heeft ondernomen op dit terrein.
Het wettelijk kader voor een vestigingsbeleid wordt gevormd door de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Dit wetsontwerp biedt de mogelijkheid om via een algemene maatregel van bestuur bepalingen uit te vaardigen die betrekking hebben op:
- de inhoud van de vestigingsregeling (criteria voor het maximum en minimum aantal huisartsen per gebied en voor de spreiding);
- een vergunningenstelsel voor de vestiging van huisartsen;
- het bestuurlijk niveau waarop de regelingen uitgevoerd worden;
- de in- en samenstelling van een vestigingscommissie;

Vóór de uitvaardiging van een algemene maatregel van bestuur zal de beroepsgroep geraadpleegd worden door de overheid. Het is de bedoeling dat het door ons opgestelde vestigingsbeleid in grote lijnen afgestemd is op het wettelijk kader, zoals dat de overheid voor ogen staat. Zo is bij de uitvoering van het vestigingsbeleid op regionaal niveau in onze plannen een belangrijke plaats ingeruimd voor een door de PHV benoemde vestigingscommissie. In de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is voorzien in een zogenaamde vestigingsadviescommissie, die de lokale overheid adviseert bij de uitvoering van het vestigingsbeleid. Afstemming kan plaatsvinden door de leden van de PHV-vestigingscommissie als vertegenwoordigers van de beroepsgroep af te vaardigen naar de vestigingsadviescommissie, zoals bedoeld in de WVG.
In paragraaf 2 is al aangegeven dat een voorwaarde voor de in-

voering van een regeling voor de vestiging van huisartsen is dat er een wettelijk kader bestaat, waardoor rechtsgelijkheid voor alle huisartsen gegarandeerd is.
Ons inziens zijn de gemeentelijke vestigingsverordeningen, die in afwachting van de WVG in verschillende gemeenten in voorbereiding zijn, geen oplossing. Deze vestigingsverordeningen zullen leiden tot regels, die van gemeente tot gemeente verschillen. Dit is in strijd met onze eis dat een vestigingsregeling rechtsgelijkheid voor alle huisartsen moet garanderen.
De veranderde Ziekenfondswet biedt twee mogelijkheden om een vestigingsbeleid te voeren. De eerste mogelijkheid bestaat hieruit dat de plaatselijke ziekenfondsen inschrijving van nieuwe medewerkers kunnen weigeren, indien een voldoende aantal huisartsen aanwezig is. De tweede mogelijkheid is een maximering van het aantal ingeschreven ziekenfondspatiënten per huisarts. Overigens zijn deze mogelijkheden strijdig met onze uitgangspunten, omdat alleen regels gesteld kunnen worden met betrekking tot ziekenfondspatiënten. Een bezwaar hiervan is dat de regelingen hierdoor discriminerend kunnen werken ten opzichte van huisartsen (met veel ziekenfondspatiënten) en ten opzichte van ziekenfondspatiënten die een deel van hun vrije artsenkeuze verliezen; dit in tegenstelling tot particulier verzekerden.
In de loop van 1981 zal er nog veel werk verricht moeten worden om tot acceptabele en volledige regelingen te komen. Er liggen nog veel punten ter overdenking en discussie. Enkele voorbeelden hiervan zijn:
- functionele onderbouwing van de minimum praktijkomvang;
- deeltijdarbeid door de huisarts (vrouwelijke huisartsen!);
- specifieke samenwerkingsverbanden en de consequenties daarvan voor de minimum norm (huisartsen-echtparen?);

Wij hebben onszelf verplicht in 1981 met verdere voorstellen tot besluitvorming te komen.

7

Overheid en vestigingsbeleid

B. Wijnberg

1. Inleiding[1]

"De ontwikkeling van de aantallen vrije beroepsbeoefenaren en met name de specialisten, de huisartsen, de apothekers en de fysiotherapeuten, baart de Regering grote zorg. Momenteel zijn ongeveer 400 huisartsen werkzoekend. De huisartsenopleiding levert jaarlijks 500 huisartsen af, terwijl er circa 200 praktijken per jaar beschikbaar komen."
Met deze ongerustmakende zin uit het vierde Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg[2] zitten wij midden in het probleem van het vestigingsbeleid. We kunnen ook bij het begin beginnen en eerst onze aandacht richten op de veranderingen van de vraag naar huisartsenhulp en van de taakopvatting van huisartsen. Daarna komt dan het vestigingsbeleid aan de orde.

2. De uitstroom uit het onderwijs

In een bijzonder boeiend artikel heeft W.F. Haak zijn sati-

rische blik laten gaan over wat hij noemde de "overscholing" van de maatschappij.[3] Zodra het jonge kind de lagere school verlaat, biedt de maatschappij hem een aantal mogelijkheden, waarbij volgens de gangbare maatschappelijke norm het beste nog niet goed genoeg is. Er komen steeds meer academici, HBO'ers, gediplomeerden, enzovoort. De laatste tijd wordt ook geconstateerd dat academici vaker dan voorheen beneden hun niveau (moeten) werken.[4] De nivellering die steeds sterker als politiek dogma naar voren komt, leidt in dit soort gevallen tot ontluistering.
Als wij de schoolloopbaan verder volgen, blijkt dat na beëindiging van de middelbare school de universiteit niet altijd toegankelijk is. Voor de medicijnenstudie geldt al enige jaren een numerus fixus. Het aantal studenten dat toegelaten wordt tot de studie hangt niet af van de perspectieven op een latere carrière of van de bestaansmogelijkheden van afgestudeerden. De numerus fixus is niet gerelateerd aan de maatschappelijke behoefte. Eenvoudig gezegd is het aantal microscopen in het laboratorium bepalend voor het aantal studenten dat één jaargang kan bevatten. In het ontwerp van Wet Twee Fasen Structuur Wetenschappelijk Onderwijs[5] wordt er bij de overgang van de eerste naar de tweede fase nog een barrière opgeworpen voor diegene die zou willen doorstuderen, een barrière die overigens wel te maken heeft met de maatschappelijke behoefte.
Er zijn hier belangrijke vragen aan de orde, die aan de behandeling van het vestigingsbeleid in enge zin vooraf gaan. Het is in dit verband boeiend wat de Minister van Onderwijs en Wetenschappen hieromtrent schrijft. In het op 26 augustus 1980 gedateerde voorlopig verslag op het wetsontwerp Twee Fasen Structuur worden vragen gesteld door de VVD[6]: "Nu in de wetgeving op het gebied van de gezondheidszorg een wettelijk geregeld vestigingsbeleid in ontwikkeling is, (. . . .) hadden deze leden zich afgevraagd welke gevolgen dat eventueel heeft voor de opleidingscapaciteit in de betreffende studierichtingen." Vervolgens wordt dan de vraag gesteld naar het verband met de maatschappelijke behoefte.
In de memorie van antwoord betreffende het wetsontwerp schrijft de Minister van Onderwijs[7] dat hij "inzake de meer hardnekkige numeri fixi in de medische studierichtingen

(. . . .) in de eerste plaats (wil) verwijzen naar het eerlang in te dienen wetsontwerp ter vervanging van de huidige Machtigingswet inschrijving studenten." Het beleid blijft echter gericht "op een meer effectief recht van toelating tot de hier aan de orde zijnde studierichtingen."
In antwoord op een (retorische) vraag van een ander kamerlid[8] of de praktijk van de afgelopen jaren niet leert dat op de medische richtingen na de meeste numeri fixi achteraf niet nodig waren geweest, wordt geantwoord: "De ondergetekenden willen ook op deze plaats memoreren dat zij streven naar vergroting van de opleidingscapaciteiten in de medische studierichtingen door het doen ontstaan van meer differentiatie in deze sectoren."[9] En daarop volgt dat gestreefd wordt "naar een situatie waarbij (. . . .) een beduidend geringere noodzaak zal bestaan voor een numerus fixus voor deze (medische, BW) studierichtingen."[10] Deze passages zullen de lezer wellicht verblijden, maar hem anderzijds hoogst wonderlijk in de oren klinken, als zij gelegd worden naast het in de inleiding van dit artikel gesignaleerde probleem.

Door de beroepsbeoefenaren zouden daarom argumenten voor het voeren van een vestigingsbeleid en voor een beperking van de instroom aangedragen moeten worden ten behoeve van de besluitvorming door Parlement en Regering. Men zal daarbij niet om het argument van de onderwijsvrijheid, welke in ons land terecht als een groot goed wordt beschouwd, heen kunnen. Dit zal inhouden dat men zich ook richt op argumenten die betrekking hebben op de doelstellingen van het onderwijs zelf. Is het bijvoorbeeld zo dat het opleiden tot werkloosheid díé doelstelling van het onderwijsbeleid die algemene ontplooiing van de mens nastreeft, niet voorbij schiet, dan wel tot een illusie maakt?
De uitstroom uit de huisartsenopleiding is van zodanige omvang dat op dit moment werkloosheid onder huisartsen geen illusie meer is. Per 1 januari 1978 waren er 200 praktijkzoekende huisartsen. Per 1 januari 1979 waren dat er al 300, en per 1 januari 1980 waren er naar schatting 400 praktijkzoekende huisartsen. Het aantal huisartspraktijken dat jaarlijks ter beschikking komt door pensionering of sterfte is, zoals gezegd, ongeveer 200. Men mag dus concluderen dat het aan-

bod van en de vraag naar een praktijk niet meer in evenwicht zijn. Dit leidt tot fricties. Dan is, zoals dat vaak gaat, het woord aan de overheid tot wie men zich - soms vragend, soms eisend - wendt. Men verzoekt om regeling van het probleem.

3. De vraag naar huisartsenzorg

Over veranderingen van de vraag naar medische zorg worden in het Sociaal en Cultureel Rapport 1980 van het Sociaal en Cultureel Planbureau[11] enkele belangrijke opmerkingen gemaakt. In de hedendaagse maatschappij kan men een interpretatieverruiming aanwijzen van de begrippen gezondheid en ziekte. Hetzelfde verschijnsel doet zich in sterkere mate voor bij begrippen als "probleem", "spanningen", "ingrijpende gebeurtenis." Dit wordt mede veroorzaakt door verwachtingen die worden gewekt ten aanzien van de mogelijkheden dat deze problemen bespreekbaar en oplosbaar zouden zijn.[12]
Het blijkt dat mensen met relatief veel van dergelijke algemene problemen worden geconfronteerd. Deze problemen moeten voor een belangrijk deel als onplezierig tot ernstig gekwalificeerd worden. Tevens blijkt uit studies dat oudere mensen en mensen uit lagere sociale milieus meer problemen ondervinden dan jongeren en mensen uit hogere milieus. Voorts blijkt dat het rapporteren van relatief ernstige problemen sterk samengaat met klachten van lichamelijke en van psychosociale aard.

Wat houden deze conclusies in voor een vestigingsbeleid bij de huisartsgeneeskunde? Deze conclusies zeggen iets over de vraag, die waarschijnlijk groter wordt. Ook al is er een tegenbeweging op gang gekomen, die zelfzorg en mantelzorg benadrukt,[13] wij kunnen stellen dat de huisarts met relatief veel problemen wordt geconfronteerd. Het is dan logisch dat de kwaliteit van het eigen functioneren onderwerp van bespreking gaat worden.

4. De taakopvatting van huisartsen

Als er bij het vestigingsbeleid gevraagd wordt in te schikken, dan leidt dat er toe dat men eerst de stoel gaat bekijken

waarop men zit en die men zou moeten verschuiven, of waar men van af zou moeten. Dit leidt dan bijvoorbeeld tot het LHV-rapport over het takenpakket van de huisarts[14] en de recentelijk door de LHV aangekondigde hernieuwde bezinning omtrent het takenpakket.[15] Het gaat hier om het functioneren van de huisarts in de volle breedte, van het aanbrengen van hechtingen tot het verlenen van psychosociale zorg (en wellicht nog meer). Het zal duidelijk zijn dat er bij een brede taakopvatting van de huisarts veel huisartsen nodig zullen zijn om de bevolking te bedienen. Wordt daarentegen uitgegaan van huisartsen met een smaller takenpakket, bijvoorbeeld door veel verwijzingen naar de hogere echelons, dan maakt dit een kleinere huisartsenpopulatie mogelijk. Het verband met het vestigingsbeleid springt in het oog.
Ook in de Nota Vestigingsbeleid[16] is reeds gewezen op het belang van de wijze van beroepsuitoefening en de praktijkomvang. Er zullen gegevens verzameld moeten worden over nevenwerkzaamheden, de inzet van hulpkrachten en de wijze van praktijkuitoefening. Zo kan bijvoorbeeld van belang zijn of men geassocieerd is, met een home-team werkt of in een gezondheidscentrum werkzaam is.
Algemeen maatschappelijke factoren spelen ook een rol. Zo is er het algemene streven naar een kortere werkweek; een toenemend aantal mensen maakt gebruik van, zoals dat wat merkwaardig genoemd wordt, vroegtijdige uittreding; er komt steeds meer belangstelling voor deeltijdarbeid.
Voortdurend moet men in het oog houden, dat vestigingsbeleid een kwaliteitsbeleid is. In de reeds eerder genoemde Nota Vestigingsbeleid wordt de vrees van de Geneeskundige Hoofdinspectie geciteerd voor het ontstaan van marginale praktijken (medische randverschijnselen), die de gezondheidszorg niet zullen verbeteren. Inschikken voor nieuwe beroepsbeoefenaren moet niet gebeuren vanwege de economie, of vanwege het aanbod, of vanwege het feit dat korter werken prettig kan zijn. De 23 "Uitgangspunten" van de LHV beginnen wel met de "aanvaardbare dagtaak", maar dat lijkt niet erg principieel. Zaken als praktijkverkleining, praktijkovernamen en goodwill zijn dan ook secundair.

5. Uitgangspunten voor het vestigingsbeleid

Nu kan het uitgangspunt van een regeling zijn dat de overheid het initiatief neemt, maar ook dat de beroepsbeoefenaren dit zelf doen. De door de LHV in april gepresenteerde "Uitgangspunten voor een vestigingsbeleid voor huisartsen" gaan van de laatste situatie uit.
De LHV merkt op dat een vestigingsbeleid niet vrijblijvend is. Er worden regelingen noodzakelijk. De beroepsgroep neemt het initiatief tot het opstellen van deze regelingen. De door de beroepsgroep niet gewenste vrijblijvendheid zou middels een wettelijk kader door de overheid ingeperkt moeten worden. Dit wettelijke kader is - ook volgens de LHV - noodzakelijk om naleving van opgestelde regels te bereiken. Uitvoering van en controle op de naleving van de regelingen geschiedt, in de visie van de Huisartsenvereniging, door de beroepsgroep tezamen met anderen.
De thans bij het Parlement aanhangige wetgeving, met name het ontwerp van Wet Voorzieningen Gezondheidszorg,[17] lijkt van een ander principe uit te gaan. Daar is het de overheid die het initiatief heeft, maar daarbij uitdrukkelijk in vele stadia de beroepsgroep inschakelt. In het ontwerp van Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is daarbij voorzien in zogeheten algemene maatregelen van bestuur. Voordat zo'n algemene maatregel van bestuur tot stand komt moet de Nationale Raad voor de Volksgezondheid gehoord worden, waarin naast leden uit de verschillende groeperingen of organisaties van instellingen of personen werkzaam op het gebied van de gezondheidszorg, ook gebruikers, verzekeringsinstellingen en leden uit de kringen van provinciale besturen en gemeentebesturen zitting hebben. Bovendien bepaalt het ontwerp van Wet dat van tevoren overleg gepleegd wordt met de betrokken beroepsorganisatie. Over de uitvoeringsmaatregelen moeten in het geval van huisartsen burgemeester en wethouders overleg plegen met een door hen in te stellen commissie, waarin in elk geval personen uit het betrokken beroep, aanverwante beroepen, gebruikers en verzekeringsinstellingen vertegenwoordigd zijn (vergelijk de artikelen 2 en 32 van het ontwerp van Wet).
Rechtsgronden en mogelijkheden van het vestigingsbeleid zijn

uitvoerig uiteengezet in de Nota Vestigingsbeleid van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Van de mogelijkheden bij vestigingsbeleid kunnen wij de situatie waarin sprake is van een tekort aan beroepsbeoefenaren in het kader van de huisartsgeneeskunde waarschijnlijk wel buiten beschouwing laten. De tweede mogelijkheid, namelijk onvoldoende spreiding, zal in dit artikel ook buiten beschouwing blijven. Wel zal uiteraard aan de orde komen wat er kan en moet gebeuren bij een teveel aan beroepsbeoefenaren. Aan het eind van deze bijdrage komt dan ook nog het verband aan de orde tussen vestigingsbeleid en de wijze van beroepsuitoefening, alsmede de ordening in de beroepsuitoefening.

6. Het eigenlijke vestigingsbeleid

In het kader van de uitwerking van het vestigingsbeleid zal men zich van tijd tot tijd moeten bezinnen over het aanbod aan zorg. Ook zal men moeten schatten wat de vraag naar de gezondheidszorg zal zijn. Voor de huisartsenhulp moet gesteld worden dat het schatten van de vraag uiterst moeilijk is. De objectieve behoefte aan huisartsenhulp zou moeten worden vastgesteld. Men zal daarbij moeten afgaan op ervaringsfeiten en globaal geformuleerde desiderata. Idealiter betekent dit dat aan de hand van een vastgesteld takenpakket zal moeten worden bezien voor hoeveel personen beroepsbeoefenaren de zorg kunnen hebben, wil er nog sprake zijn van een kwalitatief goede hulpverlening. Daarbij moet rekening worden gehouden met de bijzondere omstandigheden waarin een hulpverlener kan verkeren, zoals deelname aan een tijdvergend samenwerkingsverband, de aanwezigheid van bijzondere groeperingen (bijvoorbeeld buitenlandse werknemers, woonwagenbewoners, bejaarden), bijzondere structurele problematiek (bijvoorbeeld werkloosheid, geografische omstandigheden, eventuele extra taken, die noodzakelijkerwijs moeten worden uitgevoerd). Dit zal moeten leiden tot een flexibel normeringssysteem.

Ook de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne onderkent dit in de door haar aan de Tweede Kamer aangeboden Schets van de Eerstelijns Gezondheidszorg.[18]

Zij presenteert daar enige richtgetallen die gebaseerd zijn op huidige inzichten en indicaties. Ten aanzien van de huisartsen wordt in de onderhandelingen over tarieven en vergoedingen een norm van 2600 zielen gehanteerd. Bekend is dat deze norm in een aantal gevallen aanzienlijk wordt overschreden. Daarnaast is bekend dat in een aantal andere gevallen de norm niet gehaald wordt. Op grond van de huidige inzichten wordt een praktijkomvang van 2400 - 2200 zielen gezien als een omvang, waarbij een goede taakvervulling mogelijk is. In het onderhandelingsspel wordt wel eens een lager getal genoemd. De LHV spreekt zich in haar "Uitgangspunten" nog niet uit over een getal voor de praktijkgrootte.

Verkleining van de normpraktijk wordt vaak bij de discussie over vestigingsbeleid betrokken. Mijns inziens is hier echter geen koppeling aanwezig, ook niet in het onderhandelingspakket zoals dat bij de Blauwdrukken[19] gepresenteerd werd. Het koppelen van deze zaken keert zich immers tegen de groep die regeling wenst van een en ander: hetgeen het langzaamst vordert in de onderhandelingen, vertraagt al het andere. In die zin is het verbazend om te zien dat bij de Uitgangspunten voor een vestigingsbeleid voor huisartsen, gepresenteerd door de LHV, gesproken wordt van "23 met elkaar onverbrekelijk verbonden uitgangspunten." Wel juist is naar mijn mening dat dan in de tekst van de Uitgangspunten gesteld wordt dat opheffing door middel van een adequate afkoopregeling van een systeem, waarbij voor goodwill wordt betaald bij overdracht, gewenst is doch niet noodzakelijk. Het is eveneens gelukkig te achten dat praktijkverkleining, volgens het daar genoemde negentiende uitgangspunt, geplaatst wordt binnen het begrip "optimale patiëntenzorg", met andere woorden niet als losse eis binnen een vestigingsbeleid.
Een ander verwant en vaak hierbij betrokken probleem is de honorering. In het algemeen maatschappelijk kader spelen factoren als vermindering van de arbeidsduur en nivellering van hoge inkomens. Bij een vestigingsbeleid speelt ook nog mee de vergroting van de bestaanszekerheid en een afnemende schaarste in eerstelijnsgezondheidszorg-voorzieningen. Wellicht kan daaraan nog worden toegevoegd dat wel eens de gedachte geopperd is van een carrièrelijn, ook in het vrije be-

roep, maar het is wellicht beter hier niet over te speculeren.

Sluiten van praktijken en het niet toelaten tot het verzekeringsstelsel

Aannemende dat wij te maken hebben met een langzamerhand optredend overschot aan beroepsbeoefenaren, moet men zich afvragen welke maatregelen kunnen worden genomen. Naar aanleiding van een motie in de Tweede Kamer[20] heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne het eindadvies van de werkgroep "Afbouw Bovennormale Praktijken Huisartsen" aan de Tweede Kamer doen toekomen. In dat advies wordt aanbevolen dat de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en de LHV een overeenkomst aangaan om tot sluiting van te grote ziekenfondspraktijken te komen. Uiteraard kan zo'n zeer ingrijpende maatregel slechts langs lijnen van geleidelijkheid tot stand komen en moet het beleid in deze redelijk zijn. Daarom wordt aanbevolen om tot een verkleining van praktijken te komen door het natuurlijk verloop van de patiënten, waarbij dan bovendien in de tijd grenzen worden gesteld aan de daling van de praktijkgrootte. Er wordt een aantal uitzonderingen op de sluitingsregeling genoemd. Zo mogen de grenzen niet te exact zijn, omdat dat zou leiden tot het veelvuldig openen en weer sluiten van praktijken, hetgeen ongewenst is. Daarnaast zijn er uitzonderingen voor verzekerden die huwen[21] met verzekerden, die reeds op naam van een huisarts zijn ingeschreven, voor kinderen die geboren worden uit reeds ingeschrevenen en voor plaatselijke omstandigheden.

Het zal duidelijk zijn dat een beperking van de ziekenfondspraktijk in de hier voorgestelde vorm een regeling is met lacunes. Bovendien moet het aspect van vrijwilligheid, dat aan de thans voorgestelde regeling is verbonden, als een handicap aangemerkt worden. Individuele ziekenfondsen zijn immers niet verplicht, en individuele huisartsen evenmin, mee te werken aan de uitvoering van een modelovereenkomst. In de voorgestelde regeling van het ontwerp van Wet Voorzieningen Gezondheidszorg wordt bij de praktijkverkleining het particulier gedeelte van de praktijk niet buiten beschouwing gelaten.

Een tweede mogelijkheid van regeling is het niet toelaten van huisartsen tot het verzekeringsstelsel. Was er in het vorige geval sprake van een toegelaten arts wiens praktijk verkleind werd, thans is de toelating zelf aan de orde. Hiervoor biedt de onlangs op dit punt gewijzigde Ziekenfondswet[22] mogelijkheden. Hier is sprake van een hulpmiddel voor het voeren van een goed vestigingsbeleid.

Sluiten van gebieden

Met voorbijgaan aan een aantal andere mogelijkheden voor het voeren van een vestigingsbeleid wil ik thans nog aandacht besteden aan een van de belangrijkste mogelijkheden. Het gaat hier om het sluiten van gebieden. Het ontwerp van Wet Voorzieningen Gezondheidszorg biedt deze mogelijkheid. Globaal gesproken zijn twee gevallen voorzien: een gebied kan gesloten worden, als in het betreffende gebied reeds voldoende beroepsbeoefenaren werkzaam zijn, terwijl er in een ander gebied nog onvoldoende zouden zijn. Voorts, en dat is voor ons hier het meest van belang, kan een gebied gesloten worden, indien er in dat gebied teveel beroepsbeoefenaren werkzaam zouden zijn bij vestiging van nieuwe beroepsbeoefenaren.[23]
De vraag wordt wel gesteld of dergelijke maatregelen niet leiden tot verstarring en bureaucratisering. Opent het niet de weg tot dienstverband? Hoe staat het met de professionele autonomie? Naar mijn mening kan hierover genuanceerd gedacht worden. Uiteraard betekent het introduceren van een vestigingsbeleid in die zin een einde aan het vrije beroep dat de onzekerheid, die aan de beroepsuitoefening is verbonden, weggenomen wordt. Er ontstaat een grote bestaanszekerheid. In dat opzicht is vestigingsbeleid te vergelijken met het standplaatsenbeleid voor notarissen. Dat het vestigingsbeleid daarentegen iets zou afdoen aan de professionele autonomie, vermag ik niet in te zien.
Het zijn algemeen maatschappelijke ontwikkelingen, die maken dat enerzijds de artsen streven naar vastlegging van een professioneel statuut, en anderzijds dat de maatschappij van hen - evenals van ieder ander - eist dat zij verantwoording afleggen. Wel wordt het natuurlijk onvermijdelijker dan anders

om toezicht uit te oefenen op de kwaliteit. En dan is het zo dat als men dit zelf niet zal doen, anderen het zullen doen. In die zin is vestigingsbeleid verbonden met een vraagstuk als intercollegiale toetsing. Een woord als dienstverband lijkt echter in dit kader misplaatst.

Vestigingsbeleid en kwaliteit

Meer dan een begrip als "dienstverband" is het vestigingsbeleid verbonden met zorg voor de kwaliteit. In de Schets van de Eerstelijns Gezondheidszorg wordt een aantal zaken genoemd. Zo wordt de noodzaak vermeld van een intensievere huisartsenhulp, minder druk op de tweede lijn en betere nazorg bij ontslag uit ziekenhuizen en andere inrichtingen. Gesproken wordt van waarborgen die geschapen zouden moeten worden om praktijkverkleining te gebruiken ter realisering van deze intensievere huisartsenhulp.
Vestigingsbeleid en kwaliteit van de beroepsuitoefening zijn op meer dan één wijze met elkaar verbonden. Zo wordt in diverse gemeenten in ons land op gemeentelijk niveau getracht met vestigingsverordeningen de wijze van beroepsuitoefening te reguleren. De Lelystadse verordening, die beoogde het werken in gezondheidscentra te bevorderen, vrijwel met uitsluiting van andere vormen van hulpverlening, leidde tot optreden van de Kroon, nl. schorsing van de verordening.[24] Andere concept-verordeningen hebben een minder stringente weg gekozen, maar trachten tot enige ordening te komen van de verleende hulp in met name grotere gemeenten. De gedachten gaan daarbij uit naar het trekken van rayongrenzen. De toekomst zal moeten leren in hoeverre met verbodsbepalingen, dan wel juist met stimulerende maatregelen aan deze ontwikkeling richting kan worden gegeven.

7. Slot

Uit het voorgaande mag gebleken zijn dat het vestigingsbeleid een gevarieerde aanblik biedt. Als men het begrip vestigingsbeleid ruim opvat, dan vallen daar zowel instroomregelingen bij het onderwijs onder als regelingen direct gericht op regulering van het aantal beroepsbeoefenaren. Bovendien kan men

er, naast de twee genoemde categorieën ook nog regelingen onder begrijpen, welke gericht zijn op de kwaliteit van de beroepsuitoefening, zoals in het slot van dit betoog aangestipt is. In alle gevallen zal het van belang zijn dat overheid en particulier initiatief samenwerken. De wegen van overheid en particulier initiatief dienen daarbij niet te ver uiteen te lopen.

8

Ziekenfondsen en vestigingsbeleid

F. Werkman

1. Inleiding

De laatste jaren is veel gedacht, gesproken en geschreven over een vestigingsbeleid voor vrije beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. In het bijzonder heeft de discussie zich toegespitst op een vestigingsbeleid voor huisartsen. Het is merkwaardig dat wel wordt gesproken over een vestigingsbeleid voor vrije beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg en niet voor andere vrije beroepsbeoefenaren, bijvoorbeeld accountants, juristen of economen. Naar de oorzaken hiervan kan men slechts gissen. Wellicht speelt een rol dat eerstgenoemden voorzien in een primaire levensbehoefte, de behoefte aan gezondheid, en dat laatstgenoemden gemakkelijker op een breder maatschappelijk terrein hun brood kunnen verdienen dan huisartsen, specialisten en fysiotherapeuten.
Het is opvallend dat door dezelfde mensen die een aantal jaren geleden protesteerden tegen een numerus clausus op de universiteiten, nu een vestigingsbeleid wordt voorgestaan. Op

dit moment wordt de stroom afgestudeerden, die een arbeidsplaats zoekt in de gezondheidszorg, slechts beperkt door de opleidingscapaciteit van de universiteiten. Was het niet verstandiger geweest - hoe moeilijk ook - via een planning van de behoefte aan diverse categorieën beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg een toelatingsbeleid op de universiteiten en andere opleidingscentra te voeren, dan achteraf te moeten constateren dat voor een groot aantal beroepsbeoefenaren met een langdurige en kostbare opleiding geen plaats is? Ondanks de roep om een vestigingsbeleid zijn er aan de universiteiten nog steeds geen planning en een daarmee corresponderend toelatingsbeleid gerealiseerd, die op de toekomstige behoefte aan diverse beroepsgroepen zijn afgestemd.

2. Achtergronden van een vestigingsbeleid

Aan de roep om een vestigingsbeleid voor beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg kunnen verschillende motieven ten grondslag liggen. Het belangrijkste motief van de overheid is kostenbeheersing met verhoging van de kwaliteit van de zorg als neven-motief. Vestigingsbeleid is vooral dáár geschikt als instrument ter beheersing van de kosten, waar gewerkt wordt voor een honorering per verrichting, omdat daar de beslissing over de omvang van de "produktie" bij de beroepsbeoefenaren zelf ligt.
Men ziet dan ook met de stijging van het aantal beroepsbeoefenaren een sterke toename van het aantal verrichtingen, waarbij vooral de sterke stijging van het aantal diagnostische verrichtingen opvalt. Behalve het kostenaspect zullen hier voor de overheid overwegingen van kwaliteit een rol spelen. Daarnaast kan de overheid via een vestigingsbeleid een goede spreiding nastreven om zo de kwaliteit te verhogen. Ook vanuit het gezichtspunt van beroepsbeoefenaren is het honoreringsstelsel van belang. Voor zover zij volgens een abonnementensysteem betaald worden (voor de ziekenfondspatiënten), staat het vestigingsbeleid in het brandpunt van de belangstelling, zoals bij de huisartsen, of wordt er reeds een vestigingsbeleid gevoerd, zoals bij de apothekers. Bij andere categorieën beroepsbeoefenaren, zoals medisch specialisten, tandartsen, fysiotherapeuten, waar voornamelijk op basis van een

verrichtingentarief wordt gewerkt, komt de discussie binnen de beroepsgroep veel langzamer op gang. Men ontkomt niet aan de indruk dat de verschillen in financiële gevolgen voor de betreffende beroepsgroepen van de beide honoreringssystemen van invloed zijn op de opstelling in deze. Honorering op basis van een abonnementssysteem, zoals bij de huisartsen, waarbij een vast bedrag per verzekerde wordt betaald, betekent bij een snellere toeneming van het aantal huisartsen dan van de bevolking dat de gemiddelde praktijkgrootte daalt en dat het inkomen van de huisartsen eveneens omlaag gaat. Bij honorering op verrichtingenbasis blijkt in de praktijk het inkomen veel minder gevoelig te zijn voor toeneming van het aantal beroepsbeoefenaren. Een oordeel over de gevolgen hiervan voor de kwaliteit van de zorg is moeilijk te geven. Niettemin bestaat de indruk dat een aantal verrichtingen wordt uitgevoerd, dat medisch gezien niet strikt noodzakelijk is, vooral in de diagnostische sfeer.
Zoals bekend zal een vestigingsbeleid zijn wettelijke basis moeten vinden in de inmiddels in parlementaire behandeling zijnde Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Hierop wil ik thans niet ingaan. Ik zou mij willen beperken tot een korte bespreking van enkele punten uit de nota "Uitgangspunten voor een vestigingsbeleid voor huisartsen" van de Landelijke Huisartsen Vereniging en enkele maatregelen die op korte termijn een rol kunnen spelen. Daarnaast zal ik nog de goodwillproblematiek aanstippen.

3. Vestigingsbeleid voor huisartsen

In deze paragraaf zal ik wat dieper ingaan op een aantal voorstellen en maatregelen ten behoeve van een vestigingsbeleid voor huisartsen.

De koppeling met rekennorm en inkomen

Gezien de honorering van huisartsen voor de behandeling van ziekenfondsverzekerden is het niet verwonderlijk dat bij de discussie over een vestigingsbeleid een koppeling wordt gelegd met het inkomen. Zo wordt in de "Uitgangspunten voor een vestigingsbeleid voor huisartsen", aangenomen door de leden-

vergadering van de LHV op 18 april 1980, onder punt 20 aan de ene kant gesteld "handhaven van de huidige rekennormpraktijk duidt op een voorbijgaan aan ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde" en aan de andere kant "uitgangspunt voor de bepaling van het netto-honorarium is en blijft de vergelijkingsfiguur rijksambtenaar schaal 151 max. BBRA". Een vestigingsbeleid dat leidt tot verkleining van de "boven-modale" praktijken is uiteraard voor deze groep - die nog vrij groot is - gemakkelijker te aanvaarden bij een gelijktijdige verlaging van de rekennormpraktijk en een daarmee verbonden verhoging van het abonnementshonorarium.
De vraag is echter of het wel zo verstandig is om beide van meet af aan te koppelen. In de eerste plaats wordt het tot stand brengen van een vestigingsbeleid hierdoor onnodig vertraagd. Men moet van goede huize komen om de extra claim op de financiële middelen, die verlaging van de rekennorm zal meebrengen, zonder meer gehonoreerd te krijgen. In de tweede plaats gaat het ongenuanceerd vasthouden aan het uitgangspunt van schaal 151 max. van het Bezoldigings Besluit Rijks Ambtenaren als vergelijkingsfiguur voorbij aan de thans op gang komende en noodzakelijke discussie over het honoreringssysteem van de huisartsen.
Wij zijn van mening dat in het kader van een vestigingsbeleid op een bepaald moment duidelijkheid zal moeten worden verschaft over de gewenste omvang van het patiëntenbestand per huisarts. Er zal dus op een of andere manier een rekennormpraktijk vastgesteld moeten worden. Het lijkt echter wat naief, gezien de financiële consequenties, om zonder meer uit te gaan van een verlaging van de rekennorm. Beter ware het, indien bij de discussie over verlaging van de normatieve praktijkgrootte enerzijds als uitgangspunt wordt genomen dat de behoefte aan verlaging van deze norm door de verschillen in patiëntenbestand per huisarts en per regio kan variëren, en anderzijds dat de ene huisarts een grotere praktijk aankan dan de andere (bijvoorbeeld door betere organisatie, meer inzet, sneller kunnen werken). Het eerste uitgangspunt betekent dat, al naar gelang de aard van het patiëntenbestand, de normatieve praktijkgrootte per huisarts zou kunnen verschillen. Noodzakelijk hiervoor is wel dat overeenstemming wordt bereikt over het te hanteren criterium. De leeftijdsopbouw van

het patiëntenbestand kan hiertoe onzes inziens zeer goed dienen.
Een en ander leidt tot een billijkere verdeling van het voor een bepaald tijdsbeslag bestemde inkomen. In het computertijdperk wordt het voor de ziekenfondsen mogelijk dit uitgangspunt via een objectief criterium als de leeftijdsopbouw van de patiënten te vertalen in het abonnementshonorarium.
Voor het tweede uitgangspunt (in feite de kwaliteiten van de individuele huisarts) zijn moeilijker criteria te bepalen. Bovendien wordt bij vertaling van dit uitgangspunt via criteria in het abonnementshonorarium het systeem nogal gecompliceerd. Men zou hierbij immers moeten denken aan tal van factoren, zoals:

- de huisarts heeft een gestructureerde vorm van samenwerking met een of meer andere huisartsen en met hulpverleners uit andere disciplines;
- de huisarts blijft beneden een bepaald verwijzingspercentage voor specialistische hulp;
- de huisarts blijft beneden een bepaald bedrag voor wat de voorgeschreven geneesmiddelen betreft;
- de huisarts doet aan nascholing;
- de huisarts moet bereid zijn tot intercollegiale toetsing (waaronder overleg over geneesmiddelen en verwijzingen).

Men kan verwachten dat tegen de toepassing van deze criteria nogal wat weerstanden bestaan. Het lijkt daarom wellicht verstandiger, dat met handhaving van het uitgangspunt dat de kwaliteiten van individuele huisartsen verschillen, tussen LHV en VNZ afspraken worden gemaakt, waarbij huisartsen op grond van door de ziekenfondsen aan te leveren gegevens op een of andere manier ter verantwoording kunnen worden geroepen. Het in de concept-modelovereenkomst neergelegde reglement op de commissies van overleg - en de daarbij in elk geval in te stellen twee vaste subcommissies "verwijzingen naar specialisten" en "medisch-pharmaceutische hulp" - kan hierbij een goede leidraad vormen.
Misschien dat nog een ander vrij gemakkelijk in te voeren criterium bij de bepaling van het abonnementshonorarium een rol kan gaan spelen. Wij denken hierbij aan de leeftijd van de huisarts of beter nog aan het aantal jaren, dat hij als huisarts ervaring heeft. De gezondheidszorg vormt één van de

weinige sectoren, waarin academici veelal reeds bij het begin van hun loopbaan op het hoogste niveau worden gehonoreerd. Verandering in deze situatie lijkt mij niet onredelijk en aanvaardbaar voor beginnende artsen.

Door deze combinatie van maatregelen zou enige ruimte kunnen ontstaan om althans voor een deel aan de wens van verlaging van de normatieve praktijkgrootte tegemoet te komen. Het zal duidelijk zijn dat er wel enige tijd zal verlopen voor over een dergelijke structurele wijziging van het honoreringsstelsel overeenstemming bereikt is tussen LHV en VNZ. Het is om deze reden, dat wij spreken van onnodige vertraging. Met een definitief vestigingsbeleid, waarbij uiteindelijk zoveel elementen een rol spelen - naast de genoemde koppeling met normpraktijk en honorering zal ook met name de goodwill-problematiek moeten worden opgelost - zal een aantal jaren gemoeid zijn. Het is echter heel goed mogelijk een begin te maken met een vestigingsbeleid zonder reeds een oplossing voor alle problemen te hebben bereikt.

Een eerste stap op korte termijn

Eind 1979 kwam een interim-rapport uit van de Werkgroep Afbouw Bovennormale Praktijken Huisartsen, ingesteld door de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Hierin werd geadviseerd om op basis van artikel 9, lid 5 van de Ziekenfondswet een beperking in te voeren ten aanzien van het aantal op naam van een huisarts ingeschreven ziekenfondsverzekerden. Inmiddels is de eindrapportage verschenen. De werkgroep doet hierin een concreet voorstel, dat op korte termijn realiseerbaar wordt geacht. Hierbij is rekening gehouden met de mogelijkheid te voorkomen dat een regeling te zeer vooruit loopt op een definitief vast te stellen vestigingsbeleid. Voorgesteld wordt om tot een afbouwregeling te komen van de zeer grote praktijken op basis van het natuurlijk verloop van patiënten. Dit natuurlijk verloop ligt in het algemeen tussen de 5 en 15 % per praktijk per jaar.
Per 1 januari 1981 zou, aldus de werkgroep, een overeenkomst tot stand moeten komen tussen LHV en VNZ waarin een afbouwregeling is vastgelegd.

Aanbevolen wordt de volgende regeling overeen te komen:

- Praktijken met 3000 of meer ziekenfondsverzekerden op 1 januari 1981 worden vanaf die datum gesloten. Aan de verkleining van de praktijk door natuurlijk verloop worden de volgende grenzen gesteld:
  a. praktijken met 3500 of meer ziekenfondsverzekerden mogen de sluiting opheffen, zodra de praktijk tot 3250 ziekenfondszielen is gedaald; de praktijkomvang dient dan gedurende 1981 op ongeveer dat niveau te worden gehandhaafd;
  b. praktijken met meer dan 3250, maar minder dan 3500 ziekenfondsverzekerden mogen de sluiting opheffen, indien de praktijk met 250 ziekenfondszielen is gedaald; de praktijkomvang dient gedurende 1981 op ongeveer het bereikte niveau te worden gehandhaafd;
  c. praktijken met meer dan 3000, maar minder dan 3250 ziekenfondsverzekerden mogen de sluiting opheffen indien de praktijk tot 3000 ziekenfondspatiënten is gedaald; de praktijkomvang dient gedurende 1981 op ongeveer dat niveau te worden gehandhaafd.
- Vanaf 1 januari 1981 worden alle praktijken gesloten die op dat moment minder dan 3000 ziekenfondsverzekerden hebben, zodra de praktijkomvang boven 3000 ziekenfondsverzekerden stijgt.
- Vanaf 1 januari 1982 worden alle praktijken met meer dan 3000 ziekenfondsverzekerden gesloten, totdat een praktijkomvang van 3000 ziekenfondspatiënten is bereikt.

In het advies wordt gewezen op enkele uitzonderingen op de regeling voor de sluiting van praktijken. Genoemd worden verzekerden die huwen met reeds op naam van een huisarts ingeschreven verzekerden en kinderen die geboren worden uit reeds ingeschreven verzekerden. Verder kan rekening gehouden worden met geografische omstandigheden (men denke aan de situatie in kleine dorpen). Zoals uit het voorgaande blijkt worden voorshands alleen de praktijken met meer dan 3000 ziekenfondsverzekerden in de regeling betrokken. De werkgroep sluit een verlaging van dit aantal in de toekomst niet uit, afhankelijk van de uitwerking van het vestigingsbeleid en van de ervaringen met de onderhavige regeling.

Het zal duidelijk zijn dat de in dit voorstel genoemde data inmiddels achterhaald zijn. Waarschijnlijk kan de regeling per 1 juli 1981 ingang vinden. De grens van 3000 patiënten lijkt nog vrij hoog, zeker als men bedenkt dat het hier uitsluitend om ziekenfondspatiënten gaat.
Aan de andere kant dient bedacht te worden dat een verdergaande verkleining voor een aantal individuele huisartsen financiële problemen kan opleveren. Vooral de artsen die onlangs een grote praktijk voor een hoge som hebben overgenomen, zouden hiervan het slachtoffer kunnen worden. Voor deze laatste groep is daarom ook in een nader overleg tussen LHV en VNZ in een iets lager afbouwtempo voorzien. In onze visie zou op wat langere termijn het aantal van 3000 zeker moeten worden verlaagd.

Een ander punt dat binnenkort een rol kan gaan spelen bij een eerste stap naar een vestigingsbeleid, is gelegen in de per 1 januari 1981 aangebrachte wijziging van artikel 47 van de Ziekenfondswet. Deze wijziging is een onderdeel van de Wet Tarieven Gezondheidszorg, waarvan inmiddels de parlementaire behandeling is afgerond. Deze wijziging houdt in dat de minister een ziekenfonds voor bepaalde categorieën personen of instellingen ontheffing kan verlenen van de verplichting een overeenkomst te sluiten. Deze ontheffing kan worden verleend, indien de minister, gehoord de Centrale Raad voor Volksgezondheid, van oordeel is dat de aanspraak op verstrekkingen door bij het ziekenfonds ingeschreven verzekerden in voldoende mate tot gelding kan worden gebracht zonder het sluiten van overeenkomsten boven het aantal overeenkomsten dat reeds door het ziekenfonds is gesloten, of boven een door de minister te bepalen aantal.
Door deze wijziging zal derhalve via de ziekenfondsen de mogelijkheid gaan ontstaan een beperkt vestigingsbeleid te voeren, waarin een bepaald gebied voor bepaalde categorieën beroepsbeoefenaren gesloten kan worden verklaard, voor zover het althans ziekenfondsverzekerden betreft. Op grond van beide hiervoor genoemde punten, afbouw van de bovennormale praktijk via een overeenkomst tussen LHV en VNZ en de wijziging van artikel 47 van de Ziekenfondswet, mag verwacht worden dat ten aanzien van de huisartsen binnenkort

een begin kan worden gemaakt met een vestigingsbeleid.
Tenslotte lijkt ons dat nog enige ruimte zou kunnen worden gevonden door huisartsen boven 65 jaar niet meer te accepteren als ziekenfondsmedewerker. Nagegaan zou kunnen worden of via de overeenkomst tussen LHV en VNZ deze categorie boven 65-jarigen uitgesloten kan worden. In elk geval zou kunnen worden overeengekomen dat deze huisartsen niet meer in aanmerking komen voor een pensioenbijdrage van de ziekenfondsen.

Goodwill, praktijkomvang en kwaliteit

Voor de uitvoering van een vestigingsbeleid is de oplossing van de goodwill-problematiek van groot belang. In de goodwill-problematiek ligt immers de bron voor een vicieuze cirkel. Omdat veel jonge huisartsen een praktijk zoeken, is de goodwill hoog en omdat de goodwill hoog is, is de overnemende huisarts haast wel gedwongen zijn praktijkgrootte tenminste op het niveau van het moment van overneming te handhaven om aan zijn financiële verplichtingen van aflossing en rente te kunnen voldoen.
Deze vicieuze cirkel zou gevolgen kunnen hebben voor de kwaliteit van de huisartsenzorg. Juist de nog vrij onervaren, jonge huisarts zal voor een goede uitoefening van zijn taak door de bank genomen meer tijd nodig hebben dan de meer ervaren huisarts, waardoor een kleinere praktijkomvang in de beginfase wenselijk kan zijn. Daarom is het ook uit overwegingen van kwaliteit wenselijk deze vicieuze cirkel te doorbreken. Voor de VNZ is dit de belangrijkste reden om mee te praten over een vestigingsbeleid voor huisartsen. Het systeem van verstrekkingen in natura, zoals dat in het ziekenfondssysteem is verankerd, en het daarmee verbonden instituut van het sluiten van overeenkomsten met medewerkers, legt de ziekenfondsen de plicht op ook de kwaliteit van de verleende hulp in de beoordeling te betrekken. Te grote praktijken kúnnen - zonder te willen generaliseren - betekenen dat de kwaliteit geweld wordt aangedaan.
Naar onze mening zal men bij het totstandbrengen van een vestigingsbeleid niet om de goodwill-problematiek heen kunnen. Een vestigingsbeleid houdt immers in dat het vrije spel

van vraag en aanbod wordt doorbroken. Minimaal is derhalve noodzakelijk dat regels worden gesteld omtrent de hoogte van de te betalen goodwill. Beter is te proberen de hele goodwill-betaling af te schaffen. Het door velen gehanteerde argument dat de goodwill een noodzakelijk bestanddeel vormt van de oude-dagvoorziening, lijkt op zichzelf al discutabel, maar krijgt in elk geval minder gewicht naarmate de verplichte pensioenvoorziening langer van kracht is. Het lijkt echter niet rechtvaardig dat diegenen, die in het verleden meer of minder forse bedragen voor goodwill op tafel hebben gelegd, niet op één of andere manier (gedeeltelijk) schadeloos worden gesteld, indien de goodwill-betaling zou worden afgeschaft.
De basis voor deze schadeloosstelling zou onzes inziens het bedrag moeten zijn dat de huisarts indertijd zelf heeft betaald, dus niet de huidige marktwaarde. Men realisere zich hierbij dat deze marktwaarde in het verleden sterk heeft geschommeld. Er zijn perioden geweest, waarin een huisartsenpraktijk nauwelijks verkoopbaar was. Huisartsen, die in die tijden gevestigd zijn, hebben derhalve weinig voor de overname van de praktijk op tafel hoeven leggen. Het zou dan ook niet billijk zijn hen op basis van de huidige marktwaarde schadeloos te stellen.
Aangezien verwacht mag worden dat de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, die ook voor vrije beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg de basis moet vormen voor een vestigingsbeleid en waarbij ongetwijfeld de goodwill-problematiek aan de orde zal komen, op niet al te lange termijn wordt ingevoerd, doen de belanghebbenden er goed aan reeds thans te beginnen met een gezamenlijke discussie over de oplossing van deze problematiek. Belanghebbenden zijn dan in de eerste plaats uiteraard de LHV, maar ook de overheid, in dit geval het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de VNZ. De betrokkenheid van de LHV behoeft geen betoog. Het Ministerie van Volksgezondheid is uiteraard belanghebbende, omdat via regelgeving per wet of besluit een oplossing zal moeten worden afgedwongen. De VNZ is belanghebbende omdat verwacht mag worden dat een oplossing gevolgen zal hebben voor de overeenkomst. Zo is in het huidige kostenbudget een bedrag verdisconteerd voor het zogenaamde rente-

aanloopverlies, hetgeen zou kunnen worden gezien als een zekere tegemoetkoming in de rente over betaalde goodwill. Het hiervoor in het kostenbudget opgenomen bedrag zou bij afschaffing van de goodwill uit het kostenbudget kunnen worden gelicht. Het vrijgekomen bedrag zou dan wellicht kunnen worden gestort in een soort schadeloosstellingsfonds voor af te kopen, in het verleden betaalde goodwill. In genoemd overleg tussen de belanghebbenden zou over de uitgangspunten en organisatie van een dergelijk schadeloosstellingsfonds kunnen worden gesproken.
Een berekening zou moeten worden gemaakt van de omvang van de hiermee gepaard gaande bedragen en er zou moeten worden nagegaan hoe dit fonds verder met financiële middelen kan worden gevoed. In elk geval zou op deze manier kunnen blijken of iets dergelijks levensvatbaar is. Naar mijn mening dient de LHV als meest betrokkene hierbij het initiatief te nemen.

4. Conclusie

Het wordt hoog tijd dat het aantal op te leiden beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg wordt afgestemd op de toekomstige behoefte, hoe moeilijk deze planning ook moge zijn. Een gebrekkige planning is naar onze mening echter beter dan geen planning. Wat betreft de huisartsen menen wij dat de koppeling van vestigingsbeleid aan een verlaging van de rekennormpraktijk en aan handhaving van het honorarium, zoals dit door de LHV in de "Uitgangspunten" is vastgelegd, onnodige vertraging kan opleveren bij het tot stand brengen van een vestigingsbeleid.
Het lijkt gezien de situatie van 's lands economie niet haalbaar dat de overheid de kosten op zich neemt van een verlaging van de rekennormpraktijk. Om deze kosten op te vangen zijn structurele maatregelen nodig. Men kan hierbij enerzijds denken aan een zekere differentiatie in het abonnementshonorarium en anderzijds aan maatregelen ten aanzien van het verwijs- en voorschrijfpatroon. Verder dient het goodwill-probleem te worden opgelost, met name ook uit kwaliteitsoverwegingen, omdat een hoog bedrag aan betaalde goodwill in een aantal gevallen praktijkverkleining zal bemoeilijken.

Tenslotte achten wij het wenselijk dat op korte termijn wordt begonnen met een vestigingsbeleid door middel van verkleining van de zeer grote praktijken overeenkomstig de voorstellen in het rapport van de Werkgroep Afbouw Bovennormale Praktijken en door middel van de wijziging van artikel 47 van de Ziekenfondswet. Deze start hoeft een meer omvattend vestigingsbeleid, waarin verlaging van de rekennormpraktijk en oplossing van de goodwill-problematiek centraal staan, niet in de weg te staan.
Het zal duidelijk zijn dat voor het uitvoeren van een vestigingsbeleid de medewerking van de ziekenfondsen noodzakelijk is. Niet alleen uit een oogpunt van betrokken zijn bij de kwaliteit, maar ook vanwege mogelijke consequenties voor de overeenkomst, terwijl bovendien een vestigingsbeleid ondenkbaar is zonder administratieve medewerking van ziekenfondsen. Daarom menen de ziekenfondsen en namens hen de VNZ dat zij moeten meepraten over de uiteindelijke opzet van een vestigingsbeleid.

9

De haalbaarheid van een slagvaardig vestigingsbeleid voor huisartsen

B.S. Polak

Het is sterk de vraag of het politieke compromis, waarop straks het etiket vestigingsbeleid geplakt zal worden, ook een werkelijk slagvaardig beleid zal kunnen inhouden, waarmee de problemen ter oplossing waarvan het ontworpen is, uit de wereld geholpen zullen worden. Het belangrijkste probleem dat op dit moment opgelost moet worden, is het tekort aan arbeidsplaatsen voor jonge huisartsen. Kwaliteitsbevordering is daarnaast een doelstelling van een vestigingsbeleid waarachter minder acute problemen schuil gaan, die in veel mindere mate bepalend zal zijn voor de feitelijke uitwerking van het beleid.

1. Het scheppen van arbeidsplaatsen

Dat het vestigingsbeleid van huisartsen in de afgelopen jaren steeds actueler geworden is, komt door het toenemende aantal afgestudeerde huisartsen dat een plaats zoekt om hun beroep uit te oefenen. In het recente verleden is gebleken dat

een tekort aan huisartsen - een situatie die de kwaliteit van de medische zorg evenzeer bedreigt als een overschot - veel minder stemmen voor een ingrijpen doet opgaan. In tegenstelling tot het standpunt van de Landelijke Huisartsen Vereniging, die ervan uitgaat dat kwaliteitsverbetering het belangrijkste uitgangspunt moet zijn, ben ik van mening dat de argumenten met betrekking tot de kwaliteit van de huisartsenzorg in dit verband gebruikt een ontkenning betekenen van wat thans het belangrijkste is. Wel is het zo dat, zodra een vestigingsbeleid opgesteld gaat worden, de eis gesteld moet worden dat dit met kwaliteitsbevorderende maatregelen wordt gecombineerd. Vestigingsbeleid is een middel om voor het huidige grote aantal afgestudeerden van de huisartsenopleidingen of een deel daarvan plaatsen te creëren. Meer plaatsen creëren kan alleen door nieuwe praktijken te vestigen en bestaande praktijken te verkleinen. Dit is een proces dat uiteraard niet eindeloos door kan gaan. Het is erg moeilijk om met betrekking tot de praktijkgrootte een optimaal aantal aan te geven, laat staan dat het mogelijk zou zijn een absoluut minimum aan te geven.

Ik geloof dat een praktijk van 2000 mensen bij een goede praktijkorganisatie zoveel werk kan geven dat iemand daar een plezierige dagtaak aan heeft en er redelijk de kost mee kan verdienen.
Als wij uitgaan van deze - toch nog betrekkelijk willekeurige - praktijkgrootte van 2000, dan zou het aantal huisartsen tot ongeveer 7000 kunnen groeien. Het betekent dat er voor een kleine 2000 nieuwe huisartsen plaats zou zijn, maar die uitbreiding van het aantal arbeidsplaatsen kan alleen gerealiseerd worden, wanneer er een goed geregeld vestigingsbeleid is. Als dat niet het geval is, ontstaat er een onaanvaardbare concurrentiestrijd. Het aantal huisartsen dat tot nu toe van de opleidingen gekomen is en het aantal dat in de eerstkomende paar jaar afgeleverd wordt, is zo groot dat 2000 arbeidsplaatsen betrekkelijk snel opgevuld zullen zijn. Er is bovendien een reservoir van onbekende omvang van huisartsen en adspirant-huisartsen, die werken als verzekeringsgeneeskundige, bedrijfsarts, assistent in een klein ziekenhuis of bij een huisarts, waardoor er een grote druk op de markt is ontstaan. Dit heeft

de prijs van de praktijken omhoog gestuwd, waardoor de zaak voor veel aankomende huisartsen uiterst moeilijk geworden is, maar het heeft ook de kans op vrijwillige praktijkverkleining verkleind. Als mensen grote bedragen moeten betalen om een praktijk te verkrijgen, moeten zij ook een grote praktijk houden om de kosten eruit te halen. Ideologisch zijn zij dan ook niet meer te vinden voor praktijkverkleining; zij zijn in een situatie gebracht, waarin zij niet optimaal kunnen werken, maar waarin zij moeilijk tot een verandering van die situatie te brengen zijn.
Dit pleit ervoor om de opstelling en uitvoering van een vestigingsbeleid niet over te laten aan de beroepsgroep, omdat de gevestigde artsen, zelfs als de adspirant-leden (nog niet gevestigde huisartsen) stemrecht zouden krijgen binnen de LHV, veruit in de meerderheid zijn. Het is niet te verwachten dat zij bereid zullen zijn op basis van vrijwilligheid de financiële offers te brengen, die nodig zijn om voldoende werkgelegenheid voor jonge huisartsen te scheppen.
Om de situatie ook in de toekomst beheersbaar te maken is een vestigingsbeleid niet voldoende. De beschikbare arbeidsplaatsen zullen snel opgevuld zijn. Over een regulering van de instroom zal de discussie moeten worden aangegaan. Daarvoor is een beter inzicht in de behoefte een voorwaarde, maar zijn ook politieke keuzen noodzakelijk. Naarmate voor de artsen een kortere werktijd met een navenant lager inkomen zal gaan gelden, zal regulering minder noodzakelijk zijn.

2. Haalbaarheid van gereguleerde praktijkverkleining

Is nu een beleid dat zal leiden tot een efficiënte verkleining van de bestaande praktijken en uitbreiding van het aantal nieuwe praktijken, een haalbare kaart? Op zich lijkt het erop dat het politiek niet zo slecht ligt als de overheid zou komen met een wettelijke regeling van het vestigingsbeleid, waar de beroepsorganisaties achter zouden kunnen staan.
Het belangrijkste beleidsstuk dat de overheid tot nu toe uitgebracht heeft, is de Nota Vestigingsbeleid, waarin een aantal beleidsinstrumenten opgesomd worden, maar waarin geen keuze gemaakt wordt. In de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg die op stapel staat, worden de gronden, waarop een ves-

tigingsbeleid gevoerd zou kunnen worden, genoemd; de inhoudelijke regeling moet echter plaats vinden bij algemene maatregel van bestuur. Hoe een algemene maatregel van bestuur met betrekking tot de vestiging van huisartsen eruit zal gaan zien is moeilijk te voorspellen. Afgaande op de politieke kleur van het kabinet Van Agt en van de Staatssecretaris van Volksgezondheid ligt het in de lijn van de verwachtingen dat de maatregel zal bestaan uit de mogelijkheid bepaalde gebieden te sluiten voor nieuwe vestigingen. Een maatregel dus die de concurrentie tussen gevestigde en zich nieuw vestigende huisartsen wil indammen, maar zeker geen nieuwe plaatsen schept.

Van de beroepsorganisatie hoeven ook geen voorstellen tot vergaande uitbreiding van het aantal plaatsen verwacht te worden. De beroepsorganisaties van huisartsen en van specialisten hebben geen parallelle belangen, waardoor een eensgezinde opstelling ter zake van de regulering van de uitoefening van de geneeskunde als vrij beroep niet te verwachten is. In kringen van de Landelijke Specialisten Vereniging ziet men een eventueel vestigingsbeleid als een tijdelijke ingreep ter beperking van de opleidingscapaciteit. Beperking van de vrijheid van de beroepsuitoefening wordt afgewezen. Het aantal opleidingsplaatsen voor specialisten kan door de grotere invloed van de beroepsgroep op de opleiding veel gemakkelijker dan in het geval van de opleidingsplaatsen voor huisartsen verlaagd worden door eigen maatregelen.

Binnen de LHV is het de vraag in hoeverre de leden het beleid van het Centraal Bestuur zullen ondersteunen. Het is bekend dat het bestuur in deze zaken de leden vaak ver vooruit is. Het is de vraag of de leden bereid zijn de uitwerking in de vorm van concrete maatregelen van de uitgangspunten en de eerste uitwerking ervan, die respectievelijk in april 1980 en december 1980 aangenomen zijn, óók te aanvaarden. De voorstellen, zoals die uiteindelijk door de ledenvergadering zullen komen, zullen nog het meest weg hebben van een multiplicatie van een aantal plaatselijke regelingen, die een sterk gilde-karakter hebben; er worden alleen nieuwe huisartsen in een stad of regio toegelaten, wanneer de zittende huis-

artsen vinden dat er ruimte is, en zij zijn het ook die beslissen wie er komt. Er kunnen dan situaties voorkomen, waarin aanstaande huisartsen afgewezen worden op criteria, die niets met de beoefening van de huisartsgeneeskunde te maken hebben, zoals in Hoorn, waar onlangs een nieuwe vestiging van twee huisartsen geblokkeerd werd, niet omdat de nieuwe huisartsen hun vak niet goed zouden verstaan, maar omdat zij overwogen hadden met de gemeente in zee te gaan om een gezondheidscentrum te vormen en daarvoor besprekingen gevoerd hadden.

De ziekenfondsen gaan op het ogenblik nog het verst in hun ideeën over vestigingsbeleid. Zij hebben naar voren gebracht dat praktijkverkleining gepaard moet gaan met garanties voor een verhoogde kwaliteit van de zorg. Hun mogelijkheden om die ideeën in het vestigingsbeleid door te doen klinken zijn echter klein. Bij kwaliteitsgaranties kan men denken aan verplichtstelling van nascholing. De verlenging van de registratie als beroepsbeoefenaar, na vijf jaar, zou aan het gevolgd hebben van een bepaalde hoeveelheid nascholing gebonden kunnen worden. Ook aan de uitrusting van de praktijk zouden terecht eisen gesteld kunnen worden (in het kostendeel van de tarieven wordt daarvoor betaald). Tenslotte - maar dat ligt minder in de lijn van de ziekenfondsen - dient toetsing een aanvaard onderdeel van de dagelijkse beroepsuitoefening te worden. Hierbij moet zowel aan onderlinge toetsing als aan toetsing van buitenaf gedacht worden.

Samenvattend verwacht ik dat de regeling van het vestigingsbeleid voornamelijk in het voordeel van de zittende huisartsen zal zijn, enerzijds doordat de overheid geen vergaande praktijkverkleining en uitbreiding van het aantal plaatsen zal voorstellen en anderzijds doordat de beroepsorganisatie zo zij al een vergaande regeling zou willen, die niet ongeamendeerd door de ledenvergadering zal krijgen. Een slagvaardig vestigingsbeleid dat in de eerste plaats het tekort aan arbeidsplaatsen kan oplossen, maar daarnaast ook een kwaliteitsverbetering kan bevorderen, acht ik niet haalbaar, tenzij de overheid een andere lijn kiest.

3. Enkele aanzetten tot een vestigingsbeleid

Als men de vraag stelt hoe een goed vestigingsbeleid dat arbeidsplaatsen schept, eruit ziet, dan moet men beginnen met een onderscheid te maken tussen twee manieren waarop nieuwe arbeidsplaatsen tot stand kunnen komen: door geheel nieuwe praktijken te vestigen en door bestaande praktijken te verkleinen. Het vestigen van nieuwe praktijken komt vooral in aanmerking in snel groeiende gemeenten. De meest aangewezen instantie om regelend op te treden is hier de gemeentelijke overheid. Tot nu toe heeft de gemeente weinig of geen mogelijkheden om regulerend op te treden. De toepassing door gemeenten van het middel van de woningtoewijzing of het bestemmingsplan vormt een oneigenlijk gebruik van deze middelen. Waar gemeenten (of ziekenfondsen) proberen om in nieuwe wijken de gezondheidszorg te plannen en te reguleren, wordt dit beleid doorkruist door individuele huisartsen die zich vrij vestigen (men herinnere zich de situatie in Maarssenbroek) of door de beroepsorganisatie, zoals in Lelystad gebeurd is, waar de LHV de door de gemeente ingestelde vestigingsverordening ter vernietiging heeft voorgedragen. Het is mijns inziens niet terecht om te stellen dat de gemeente geen regulerende taak heeft op het terrein van de eerstelijns gezondheidszorg, omdat het vestigingsbeleid op landelijk niveau uniform moet worden vastgesteld. Er zijn tot nu toe al heel wat zaken van de grond gekomen, doordat enkele gemeenten het initiatief namen. Het doet er niet veel toe of zo'n initiatief dan later door de landelijke overheid overgenomen wordt of na verloop van tijd tot een algemeen aanvaarde gemeentelijke taak uitgroeit.

Wat betreft de verkleining van bestaande praktijken, ligt er vooral een taak bij de landelijke overheid om direct of indirect (bijv. via de Ziekenfondsraad) normstellend op te treden. Een voorwaarde voor de verkleining van bestaande praktijken is dat het hele systeem van goodwill-betaling afgeschaft wordt. Zolang de goodwill nog een belangrijk bestanddeel van de oude-dagsvoorziening van huisartsen is, zou men die huisartsen die daarvoor in aanmerking komen, jaarlijks een bedrag kunnen uitkeren dat gelijk is aan de rente, die men van de

goodwill-som zou ontvangen. Afschaffing van de goowill betekent dat de keuze bij het aantrekken van een nieuwe arts als vervanging dan wel uitbreiding van een bestaande praktijk niets meer te maken heeft met de financiële mogelijkheden die nieuwe huisartsen hebben. Er dient een goede procedure geschapen te worden om tot de keuze van een nieuwe arts te komen. Op plaatselijk of regionaal niveau dienen daartoe commissies ingesteld te worden die bestaan uit de arts die weggaat (in het geval van een vervanging) of een van de directe collega's (in het geval van een uitbreiding van een bestaande praktijk) en vertegenwoordigers van de artsenorganisatie, de samenwerkende hulpverleners in de eerste lijn en de consumenten van de gezondheidszorg, het geheel onder voorzitterschap van een vertegenwoordiger van de overheid.

Om tot verkleining van bestaande praktijken te komen zouden de ziekenfondsen een rol kunnen spelen door de instelling van een maximum aan het aantal ingeschreven fondspatiënten per huisarts. De macht van de ziekenfondsen is echter niet zo groot dat zij tegen de belangen van de huisartsen en hun beroepsorganisatie in iets kunnen regelen.

4. Conclusie

Een vestigingsbeleid dat voldoet aan de eis die ik in de eerste paragraaf gesteld heb, namelijk dat het zorgt voor werkgelegenheid voor jonge huisartsen, is mijns inziens niet haalbaar gezien het krachtenveld van huisartsen, specialisten en overheid, tenzij deze laatste een regeling met dat effect oplegt. Afschaffing van het gebruik bij overdracht van een praktijk een som geld voor goodwill te betalen acht ik niet alleen wenselijk (zoals de LHV in de uitgangspunten voor het vestigingsbeleid gesteld heeft), maar ook noodzakelijk, waarbij met individuele belangen rekening dient te worden gehouden.

10

Werkloos of overwerkt?

J.H. Dekker & J.A. Knottnerus

1. Inleiding

Voor huisartsen die zich nog niet gevestigd hebben, zijn de pogingen om te komen tot een vestigingsbeleid van het grootste belang. Hun toekomst hangt af van de mogelijkheid om op korte termijn het werk in de eerste lijn zo te verdelen en te organiseren dat een optimale praktijkgrootte en een optimale spreiding van hulpverleners ontstaat. In dit artikel betogen wij dat kwaliteitsverbetering praktijkverkleining betekent en dus het vrijkomen van arbeidsplaatsen voor huisartsen. Eerst wordt het werk van de huisarts besproken. Zowel de inhoudelijke aspecten van dit werk als de voorwaarden ,waaronder gewerkt wordt, komen aan de orde. Daarna wordt een aantal ideeën ontvouwd over een vestigingsbeleid. Voor deze opbouw is gekozen vanuit de gedachte dat een discussie over taak en functioneren van de huisarts in de eerste lijn de grondslag moet vormen voor het ontwikkelen van een vestigingsbeleid.

2. Huisarts en werk

Voor huisartsen bestaat geen algemeen aanvaarde norm voor de praktijkomvang. Dit is opvallend, omdat er voor enkele andere hulpverleners in de eerste lijn wel een duidelijke relatie is met het aantal cliënten of patiënten (voor bijvoorbeeld wijkverpleegkundigen is de norm momenteel 1 : 3450). Hun praktijkomvang is gebaseerd op een schatting van de werkbelasting. Voor huisartspraktijken bestaat wel een zogenaamde rekennorm, maar deze dient alleen als richtlijn bij de vaststelling van het honorarium. Je zou kunnen zeggen dat er wel normen zijn voor de prijs van het werk, maar niet voor de inhoud. Dat heeft alles te maken met het feit dat de huisarts in vrij ondernemerschap zijn beroep uitoefent en het grotendeels van zijn persoonlijke opvattingen afhangt hoe hij zijn werk doet.
Wij zijn van mening dat deze vrijblijvendheid bij de beroepsuitoefening dient te verdwijnen en plaats moet maken voor garanties betreffende de kwaliteit van het werk. Een uitspraak over de gewenste inhoud van de taak van de huisarts en over kwaliteitsverbetering betekent onontkoombaar vaststelling van een maximum praktijkgrootte. Zo langzamerhand zijn alle betrokkenen het erover eens dat deze norm lager zal zijn dan het huidige gemiddelde van ongeveer 2650.

De taak van de huisarts

Het lijkt op het intrappen van een open deur te stellen dat de taak van de huisarts de afgelopen decennia uitgebreid is. De patiëntenzorg vraagt meer tijd en er zijn nieuwe taken bijgekomen. Enkele aspecten van deze verzwaring zijn:

- het morbiditeitspatroon is veranderd. Er zijn minder infectieziekten, meer chronische aandoeningen, meer psychosociale klachten.
- de vergrijzing van de Nederlandse bevolking.
- veel van de huidige welvaartsziekten hebben te maken met "ongezond gedrag" waardoor meer nadruk komt te liggen op gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en preventie.
- de behoefte aan medische hulp is toegenomen.[1]

- een integrale benadering van de hulpverlening van de patiënt vraagt meer tijd van de huisarts (methodisch werken, gesprekstechniek).
- om de veranderde hulpvragen te beantwoorden is samenwerking noodzakelijk geworden.
- kwaliteitshandhaving en -verbetering betekent dat tijd vrij gemaakt moet worden voor nascholing en toetsing.
- democratisering van de gezondheidszorg kan niet zonder goed door de huisarts geïnformeerde patiënten.
- er komt meer nadruk te liggen op de zorgverlening in de eerste lijn (meer hulpverlening in de eigen omgeving).
- voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde is een betere registratie en meer onderzoek nodig.
- meer huisartsen worden ingeschakeld bij de opleiding van medische studenten en aankomende huisartsen.[2]

Invloed van taakverzwaring op de praktijkgrootte

Er zijn slechts enkele onderzoeksgegevens over de tijd die huisartsen besteden per consult. Uit een enquête onder huisartsen die de huisartsen-opleiding van de Vrije Universiteit gevolgd hebben, bleek dat huisartsen die meer dan 10 minuten per consult besteden, overwegend in kleinere praktijken werkzaam zijn. Bij een praktijkgrootte van 2000 of minder patiënten had 42 % van de artsen meer dan 10 minuten per consult, waarvan 11 % meer dan 15 minuten. Boven de 3000 patiënten besteedde slechts 10 % van de artsen meer dan 10 minuten en niemand meer dan 15 minuten.[3]
Een onderzoek van Nijmeegse studenten onder huisartsen die bewust hebben gekozen voor een andere benadering van hun patiënten, levert een gemiddelde praktijkomvang van 2055 patiënten op en een consultduur van 11 minuten.[4] Hoewel het hier bijna uitsluitend huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken betreft, is hun praktijkomvang toch ook kleiner dan die van de gemiddelde huisarts in een samenwerkingsverband (in 1978: 2360). Een ruime opvatting van de taak van de huisarts impliceert blijkbaar (en wie had anders verwacht) dat men minder patiënten heeft.
Ook samenwerken kost gezien bovenstaande cijfers tijd (en dus patiënten). Uit onderzoek van het Nederlands Huisartsen

Instituut[5] blijkt dat gemiddeld bijna 17 uur per maand aan overleg besteed wordt. De Ziekenfondsraad neemt aan dat in samenwerkingsverbanden 15 % van de tijd van de huisartsen in de samenwerking gaat zitten. Omgerekend is dit meer dan zeventien uur per maand, omdat ook overhead-taken en extra's, zoals wetenschappelijk onderzoek, erin begrepen zijn. De tijd voor samenwerkingsactiviteiten kan alleen vrij komen, wanneer minder tijd aan de directe patiëntenzorg besteed hoeft te worden. Duidelijk is dat dit noodzaakt tot praktijkverkleining.

Hoe groot mag de huisartspraktijk zijn?

"Een brede opvatting over de huisartsenzorg vereist praktijkverkleining, wat mij betreft tot 2000 patiënten" (C.P. Bruins[6]). Voorn en zijn associé (beiden half-time) hebben een bewerkelijk praktijkje van 2000 patiënten.[7] Querido heeft een drukke dagtaak met 1700 patiënten.[8]
Het is verleidelijk een rekenvoorbeeld te geven. Stel er zijn 30 arts-patiënt-contacten per dag[9] en ga er vanuit dat patiënten gemiddeld 4.2 keer per jaar hun arts consulteren.[10] Bij 252 werkdagen per jaar betekent dit een praktijk van 1800 patiënten: (252 x 30)/4.2 = 1800. Dit is natuurlijk een beetje met getallen goochelen, maar de tendens is duidelijk. Wij menen dat op het ogenblik het getal 2000 een verantwoorde norm is voor de maximum praktijkgrootte op landelijk niveau (met de mogelijkheid van aanpassing aan locale situaties).
Het stellen van een ondergrens lijkt momenteel niet gewenst, omdat er een vrij groot aantal kleine (bewerkelijke) praktijken zijn die bestaansrecht verdienen.[11] Wij gaan uit van een voor alle huisartsen vastgesteld aantal arbeidsuren voor een full-time dagtaak. Dit moet aanvaardbaar zijn volgens maatschappelijke norm (bijvoorbeeld acht uur). Op grond hiervan wordt dan met inachtneming van de locale situatie de gewenste praktijkomvang bepaald. Immers, bij vaststelling van de praktijkgrootte moet rekening gehouden worden met bijzondere situaties. Zo zal de praktijkomvang kleiner moeten zijn dan de norm in geval van:
- praktijken met veel buitenlandse werknemers;
- gebieden met structurele problemen (werkloosheid);

- afwijkende opbouw van praktijkbevolking (veel bejaarden);
- moeilijke geografische omstandigheden;
- apotheekhoudende praktijken;
- een natuurlijk verloop dat groter is dan gemiddeld.[12]

Werkgelegenheid

Het aantal praktijkzoekende huisartsen bedroeg op 1 januari 1980 naar schatting 400.[13] Van de ongeveer 1500 huisartsen die voor 1 januari 1979 de huisartsenopleiding voltooid hadden, was voor diezelfde datum slechts eenderde als zelfstandig huisarts gevestigd.[14] Deze getallen geven waarschijnlijk een te gunstig beeld, doordat veel adspirant-huisartsen een andere functie kiezen door de grote moeilijkheden bij het verwerven van een praktijk. Dit geldt vooral voor vrouwen (het percentage zelfstandig gevestigden onder de afgestudeerden is bij mannen drie- tot viermaal zo hoog als bij vrouwen). Hierbij zal ongetwijfeld meespelen dat zelfstandige beoefening van het huisartsenvak voor een vrouw veel moeilijker te realiseren is dan voor een man (onze cultuur is nog niet zo geëmancipeerd als sommigen denken).
Er is dus een grote reserve aan artsen die opgeleid zijn tot huisarts, maar (nog) niet als zodanig werkzaam zijn. De arbeidsmarkt is nog niet verzadigd: praktijkverkleining levert, zoals in voorgaande paragrafen aangegeven is, arbeidsplaatsen op en moet daarom gezien de grote vraag naar werk op korte termijn gerealiseerd worden. Tien jaar, zoals de "Schets voor de Eerstelijns gezondheidszorg"[15] aangeeft, is veel te lang. Het is absurd dat huisartsen op dit moment werkloos of overwerkt zijn. De huidige situatie rechtvaardigt het zoeken naar andere mogelijkheden voor het scheppen van arbeidsplaatsen. Wij noemen enkele suggesties die onlangs zijn gedaan door Bruins:[16]
- vervroegde pensionering; bijvoorbeeld geleidelijk toewerken naar uittreden bij 60 jaar (ook in het rapport van de Werkgroep Inkomens Medische Beroepen wordt deze mogelijkheid genoemd);
- honorering van anciënniteit (bij ouder worden minder patiënten bij gelijkblijvende beloning);

Daarnaast kunnen arbeidsplaatsen geschapen worden door de

mogelijkheden om huisartsenwerk te verrichten in deeltijd uit te breiden. Hierover willen we nog enkele opmerkingen maken. Part-time werk hoeft de continuïteit van de zorg niet in de weg te staan. Werken volgens een afspraaksysteem en dagelijks aanwezig zijn, kunnen ervoor zorgen dat alleen in acute en spoedeisende gevallen patiënten een andere dan hun eigen arts treffen. Voorwaarde voor part-time werk is wel een goede en toegankelijke registratie van patiëntengegevens en voldoende tijd voor overdracht en patiëntenbesprekingen. In een gestructureerd samenwerkingsverband is dit goed te realiseren.
Wat de minimum tijd is die iemand aan patiëntenzorg moet besteden om verantwoord huisarts te kunnen zijn en blijven, is nu niet vast te stellen. Dat zal in de toekomst misschien wel kunnen, als een systeem ontwikkeld is om de kwaliteit van het werk te meten en bewaken. Een groot deel van het eventuele gemis aan direct contact met patiënten kan opgevangen worden via intercollegiaal overleg, patiëntenbesprekingen en nascholing.

Honorering en dienstverband

Wij menen dat bovengenoemde veranderingen (praktijkverkleining, normering van praktijkomvang) en de voorstellen voor een vestigingsbeleid die nog volgen, alleen gerealiseerd kunnen worden, als het inkomen en de praktijkomvang losgekoppeld worden. In de meerderheid van de gevallen bestaat nu nog een relatie tussen aantal patiënten en honorarium. De kwaliteit van de zorg wordt hierdoor bedreigd, hetgeen onlangs nog eens uitgebreid werd beargumenteerd in het boek Artsen in Dienstverband.[17] De huisarts in Nederland wordt betaald via een abonnementensysteem voor ziekenfondspatiënten en een verrichtingensysteem voor particuliere patiënten. Het eerste systeem leidt tot grote praktijken en (te) veel verwijzingen en het tweede tot polypragmasie (overbodige zorg) en het langer dan nodig vasthouden van patiënten. Een aantal Amerikaanse studies (geciteerd in de publicatie Artsen in Dienstverband) onderstreept dit nog eens. Wij zijn voorstanders van een dienstverband voor huisartsen en specialisten, niet omdat dit de oplossing betekent voor alle problemen

in de eerste lijn, maar wel omdat hierdoor de voorwaarden geschapen worden voor een positieve beïnvloeding van de kwaliteit van de gezondheidszorg.
Wij noemen een aantal argumenten die voor ons bij het streven naar een dienstverband belangrijk zijn:

- de relatie tussen huisarts en patiënt wordt niet meer beïnvloed door commerciële overwegingen. Dit zal de hulpverlening ten goede komen. Voorwaarde is dat het onderscheid tussen ziekenfonds en particuliere patiënten opgeheven wordt.
- dienstverband maakt een optimale spreiding van de eerstelijns voorzieningen mogelijk.
- een vrije ondernemer heeft alleen zijn beroepsverantwoordelijkheid. De invloed van patiënten op de hen geleverde zorg is nihil. Een dienstverband schept de mogelijkheid de organisatie van de eerste lijn zo te structureren dat er medezeggenschap is van patiënten.
- het vrijblijvende karakter van toetsing en kwaliteitsbeoordeling kan verdwijnen.
- multidisciplinaire samenwerking binnen de eerste lijn is beter mogelijk, als alle hulpverleners op dezelfde wijze beloond worden. Verschillen in honoreringsstructuur hebben vaak genoeg tot grote moeilijkheden binnen samenwerkingsverbanden geleid.
- de samenwerking tussen eerste en tweede lijn zal verbeteren, als in beide echelons de artsen in dienstverband zijn (de specialist is dan niet meer afhankelijk van verwijskaarten en waarschijnlijk meer geneigd tot terugverwijzen naar de huisarts).
- de voorwaarden voor het realiseren van part-time banen zijn veel gunstiger.
- een dienstverband garandeert een betere rechtspositie voor de huisarts. Er zijn een vast inkomen, sociale zekerheid en vastgestelde werktijden.

Het huidige honorarium van huisartsen is gebaseerd op een normpraktijk van 2600 patiënten en op het maximum van schaal 151 van het BBRA (salarisschaal voor ambtenaren) vermeerderd met toeslagen, vergoedingen en een bijdrage voor de pensioenpremie. Zodra er duidelijkheid is over het taken-

pakket van de huisarts, zal dit vervangen moeten worden door een basisinkomen dat voor iedere arts gelijk is, mits hij/zij een full-time taak heeft. Hoe hoog dat inkomen moet zijn, is nu moeilijk te zeggen. Dat moet het resultaat zijn van onderhandelingen. Wel willen wij enkele van onze opvattingen hierover kwijt:

- voor het norminkomen wil de Landelijke Huisartsen Vereniging vasthouden aan schaal 151 max. Wíj vinden dat over het inkomen onderhandeld moet worden.
- wij zijn het oneens met de opmerking in de "Schets voor de Eerstelijns gezondheidszorg" dat bestudeerd moet worden in hoeverre er mogelijkheden zijn om in het honoreringssysteem financiële prikkels in te bouwen met betrekking tot de kwaliteitsverbetering.
- verzwarende werkomstandigheden, zoals een praktijk met veel bejaarden of in een probleemgebied, moeten volgens ons tot uiting komen in verlaging van de praktijkgrootte en niet beloond worden met extra toelagen.

3. Fundamenten voor een vestigingsbeleid

Een vestigingsbeleid voor huisartsen zal moeten aansluiten bij de in het voorgaande geschetste benadering van het huisartsenwerk. Wij menen dat hierbij de drie redenen om tot een vestigingsbeleid over te gaan, die in de Nota Vestigingsbeleid[18] genoemd zijn - een tekort, overschot of onvoldoende spreiding van beroepsbeoefenaren - te beperkt zijn. De noodzaak van kwaliteitsverbetering wordt in dit kader niet genoemd. Dit is voor ons het hoofdmotief.
Wij zullen nu eerst een aantal voorwaarden formuleren waaraan een vestigingsbeleid volgens ons zal moeten voldoen. Vervolgens werken we enkele elementen van het vestigingsbeleid dat ons voor ogen staat, nader uit. Tenslotte is er aandacht voor de overgangsfase die vooraf zou moeten gaan aan de definitieve realisering van het beleid.[19]

Voorwaarden

Het vestigingsbeleid zal voorwaarden moeten scheppen voor een optimale kwaliteit van de eerstelijnszorg en de kwaliteit

waar mogelijk actief dienen te bevorderen. Dit vergt meer maatregelen dan alleen een regeling van de vestigingen. Zo is er bijvoorbeeld nog heel wat te verbeteren in het onderwijs en de beroepsuitoefening zelf.
De LHV spreekt in haar uitgangspunten van "het door de beroepsgroep opgestelde vestigingsbeleid". Bij praktijkoverdrachten moet volgens de LHV de overdragende partij de belangrijkste zijn bij het bepalen van de opvolger. Wij staan een meer democratische opzet voor. Overheid, maatschappelijke organisaties als vakbonden, patiëntenverenigingen, ziekenfondsen, werkers vanuit andere disciplines, en vooral degenen om wie het allemaal begonnen is, de gebruikers van de gezondheidszorg, dienen een minstens even grote invloed te hebben als de beroepsgroep. Het beleid zou opgebouwd moeten worden vanuit de locale situatie en langs de openbare besluitvormingskanalen moeten lopen. Het is niet duidelijk, waarom een vestigingsbeleid voor artsen niet langs deze kanalen zou kunnen lopen. Juist op deze manier is democratische controle en integratie in het gemeentelijk beleid het best te realiseren.

Een vestigingsbeleid alleen voor huisartsen is niet doeltreffend. Wil men verder komen met de multidisciplinaire samenwerking in de eerste lijn - en dat willen wij - dan is integratie van het vestigings- en aanstellingsbeleid van de verschillende disciplines noodzakelijk. De doelpopulaties van de verschillende disciplines moeten zoveel mogelijk samenvallen en er moet voldoende mankracht aanwezig zijn. Opheffing van de vacaturestop voor het algemeen maatschappelijk werk is een noodzakelijke voorwaarde.
Ook voor werkers in de tweede lijn - waaronder de medisch-specialisten - is een vestigingsbeleid dringend gewenst. Vanuit de eerste lijn moeten kwaliteitseisen kunnen worden gesteld bijvoorbeeld ten aanzien van consultatie, overleg en nascholing. Een beleid voor de tweede lijn, afgestemd op de eerste lijn, kan voorkomen dat de tweede lijn een voortgaande overheersende rol blijft spelen door de sterke zuigkracht op personeel, geld en patiënten.
Uiteindelijk zouden wij toe moeten naar één algemeen vestigingsbeleid voor hulpverleners in de gezondheidszorg.

Hoe zou het vestigingsbeleid eruit kunnen zien?

Het vestigingsbeleid kan een positieve bijdrage leveren aan de kwaliteit van de hulpverlening door aan te sluiten op vernieuwingen en verbeteringen in het huisartsenvak. De vrijblijvendheid van de beroepsuitoefening moet aan banden gelegd worden. Er zijn verschillende instrumenten te noemen die bij de kwaliteitsbewaking van de huisartsenzorg kunnen worden gehanteerd, zoals:

- intercollegiale toetsing;
- inter- en multidisciplinaire toetsing (bijvoorbeeld wat vaardigheden op het gebied van samenwerking betreft);
- evaluatie van verwijzingen, receptuur, kosten van de zorg, laboratorium- en röntgengebruik, fysiotherapie-verwijzingen en dergelijke;
- beoordeling door feedback van patiënten en bewoners;
- visitatie door toetsingscommissies.

Op grond van de kwaliteitsbewaking kunnen adviezen gegeven worden ten aanzien van nascholing, supervisie en verandering van praktijkvoering. Het al of niet opvolgen van deze adviezen zou verbonden moeten worden aan de verlenging van registratie of vestigingsvergunning. Ook valt te denken aan de invoering van een puntenstelsel voor nascholing. Tenslotte zouden de ziekenfondsen eisen kunnen gaan stellen aan de kwaliteit en de organisatie van het werk.
Dit alles vergt een goede organisatie en toegankelijkheid van nascholing voor alle huisartsen. De toetsingsactiviteiten moeten onderdeel uitmaken van de normale dagtaak.
Bij de uitvoering van het vestigingsbeleid op lokaal niveau moet de bevolking via bestaande en nog te ontwerpen democratische structuren invloed hebben. Initiatieven om een arts aan te trekken in een gemeente of wijk kunnen uitmonden in een voorstel voor een nieuwe vestiging en een profielschets van een nieuwe arts. Zo'n voorstel wordt bekeken door een plaatselijke commissie waarin raadsleden, vertegenwoordigers van de hulpverleners, de ziekenfondsen en de gebruikers zitting hebben. Het advies dat de commissie aan het gemeentebestuur uitbrengt, is in principe bindend. Landelijke richtlijnen en de specifieke situatie ter plaatse worden in het advies

betrokken. Tenslotte kan dan een sollicitatieprocedure beginnen.
Op regionaal niveau kan men de bestaande provinciale bestuursstructuur gebruiken. Deze is echter erg grootschalig. Een niveau met gebieden van 50.000 tot 100.000 inwoners en 25 tot 50 huisartsen zou dit nadeel niet hebben. Op het regionale niveau zou na advies van een breed samengestelde commissie geoordeeld moeten worden over vestigingsvoorstellen die afwijken van landelijke en regionale normen. Hierbij zouden dezelfde groeperingen betrokken moeten worden als hierboven genoemd voor het lokale niveau, uitgebreid met de Inspectie van de Volksgezondheid.
Op landelijk niveau tenslotte worden algemene normen gesteld voor de omvang van de dagtaak en de praktijkgrootte. Hierbij worden adviezen van de verschillende belangengroepen en wetenschappelijke instituten betrokken.
In het voorgaande werd de mogelijkheid van part-time werk voor huisartsen bepleit. Een voordeel hiervan is dat de huisartsendichtheid flexibeler afgestemd kan worden op inwoneraantallen. In hecht samenwerkende artsengroepen met een goede waarnemingsregeling en adequate informatie-overdracht naar de patiënten komt de continuïteit niet in gevaar. In een aantal opzichten zal deze er nog op vooruitgaan. In multidisciplinaire samenwerkingsverbanden zou men ook moeten streven naar continue bereikbaarheid van de andere disciplines.

De vrijheid van artsenkeuze - die overigens op dit moment veelal een illusie is[20] - krijgt in onze plannen op een nieuwe manier gestalte. In ons idee heeft de lokale bevolking een grote invloed op de aanstelling van de arts; dit maakt een echte artsenkeuze mogelijk. Door praktijkverkleining zullen de keuzemogelijkheden vergroot worden. Bovendien heeft de arts - bij ontkoppeling van inkomen en praktijkomvang - er geen belang meer bij om patiënten aan zich te houden door afspraken met collega's.
Wel kunnen er in de overgangsfase problemen optreden bij verkleining van bestaande praktijken en eventuele "herverkaveling" (dit komt nu ook voor bij gesteunde vrije vestigingen). Deze problemen kunnen voorkomen worden door zoveel

mogelijk gebruik te maken van het "natuurlijk verloop" van het patiëntenbestand (5 tot 15 % per jaar).
Het dient mogelijk te blijven dat men een arts buiten de wijk kiest, mits dit de kwaliteit van de zorg en de wederzijdse bereikbaarheid niet in gevaar brengt.

Wij vinden dat alle huisartsen in dienstverband moeten werken tegen een gelijk salaris. Over de hoogte van het salaris dient onderhandeld te worden. Wat de werkgever betreft, zou het beste aangesloten kunnen worden bij de bestaande ervaringen met gezondheidscentra: een dienstverband bij een kleinschalige privaatrechtelijke instelling voor multidisciplinaire eerstelijns zorg in een dorp of een wijk. Het - breed samengestelde - bestuur draagt de verantwoordelijkheid voor de benoemingen. De overheid, de ziekenfondsen, de kruisverenigingen en de instellingen voor maatschappelijke dienstverlening zouden de financiering op zich kunnen nemen, bijvoorbeeld middels een integrale kostenvergoeding.
Ook in dienstverband blijft de individuele arts uiteraard verantwoordelijk voor de wijze waarop hij de geneeskunde beoefent. Hiervoor dient een regeling getroffen te worden in een professioneel statuut.
De praktijkgrootte wordt bepaald door de omvang en inhoud van de dagtaak, aangepast aan de lokale situatie. Eerder in dit artikel werd uiteengezet waarom voor de maximum praktijkomvang het getal 2000 verantwoord lijkt. Een landelijke planningsnorm voor het aantal huisartsen zal dan ook uit moeten gaan van maximaal 2000 patiënten per full-time huisarts.
Dokter e.a.[21] kwamen na het doorlichten van de Rotterdamse wijk Schiebroek tot de conclusie dat regionalisering slechts kan bijdragen tot bereikbaarheid en continuïteit van de zorg, indien tevens gekozen wordt voor een praktijk- of wijkgebonden hulpverlening voor alle disciplines. Immers, overeenstemming van werkgebieden is een voorwaarde voor betere samenwerking.
Wij kiezen voor een wijk- of buurtgerichte benadering. Hierdoor ontstaan een betere bereikbaarheid en de mogelijkheid tot meer participatie van de bevolking en kunnen ook meer algemene gezondheids- en welzijnsproblemen in de wijk of buurt aangepakt worden[22]

Overgangsfase

Om het hierboven beschreven beleid uit te voeren kunnen de volgende activiteiten een eerste aanzet geven. Het voorwerk ervoor is vaak al verricht. In het Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg worden wettelijke mogelijkheden voor een aantal van deze activiteiten geboden.

- Publicatie van kaarten met de spreiding van huisartsen. De publicaties "Cijfers uit de Huisartsenregistratie" van het Nederlands Huisartsen Instituut vormen een goede start.
- Centrale informatie over nieuwbouw- en bestemmingsplannen van gemeenten.
- Het van overheidswege stimuleren van vestigingen, die aan bepaalde voorwaarden voldoen (bijvoorbeeld multidisciplinaire samenwerking, participatie van de bevolking, beperkte praktijkomvang, dienstverband, toetsing en nascholing) door uitbreiding van de bestaande stimuleringsregelingen.
- Experimenteren met vestigingsbeleid volgens verschillende uitgangspunten en modellen op lokaal niveau.
- Opzet van een landelijk registratie- en informatiesysteem van de beroepsbeoefening en hulpvraagpatronen in de eerstelijns hulpverlening.
- Registratie per huisarts van particuliere patiënten is een voorwaarde voor de berekening van de praktijkomvang.
- Overgangsregelingen m.b.t. praktijkoverdracht:
  1. loskoppeling van de verkoop van woonhuis, praktijkgebouw en patiëntenbestand (goodwill);
  2. daarna afschaffing van het stelsel van goodwill-betaling.

  De LHV vindt deze afschaffing gewenst, doch "niet noodzakelijk"; zonder "adequate afkoopregeling" kan het dan ook niet doorgaan.[23] Wij menen dat de goodwill zo spoedig mogelijk moet worden afgeschaft. Over de schadeloosstelling kan dan daarna onderhandeld worden, eventueel per geval. Aan het systeem van goodwill is elke basis ontvallen, nu er voor de huisartsen een aparte pensioenvoorziening is gekomen. Bovendien, verkoop van het patiëntenbestand is een anachronisme, vormt een extra drempel voor jonge artsen en jaagt hen tegen elkaar op. Rijkere artsen worden bevoordeeld en er wordt een opwaartse

druk uitgeoefend op de ziekenfondspremies en de praktijkgrootte. De kwaliteit wordt ook anderszins negatief beïnvloed; zo bleek bijvoorbeeld uit de resultaten van een enquête van het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit[24] dat bij 55 % van de recent gevestigde artsen de partner in de praktijk meewerkt in plaats van een praktijkassistent, gedwongen door financiële lasten. Door de afkoop van de goodwill kunnen overheid en ziekenfondsen rechtstreeks greep krijgen op de vestiging en het functioneren van huisartsen.

- Met spoed dient de discussie over het takenpakket te worden afgerond. De overheid dient desnoods sturend op te treden. De gebruikers hebben het recht om te weten wat zij van de arts mogen verwachten. Het zou een goede zaak zijn de gebruikers van de gezondheidszorg te betrekken bij de omschrijving van het takenpakket.
- Praktijkzoekende huisartsen dienen zich ten spoedigste te kunnen vestigen in gebieden waar een geringe huisartsendichtheid is. De overheid en financiers moeten hiertoe de nodige ondersteuning bieden. Indien de op dit moment zoekende huisartsen (ongeveer 400) morgen aan het werk zouden zijn (waarbij hun praktijken uiteraard nog enige jaren zullen moeten groeien door natuurlijk verloop van bestaande praktijken en ondersteuning door collegae), zou de gemiddelde praktijkgrootte nog 2500 zijn. Het stimuleren van nieuwe vestigingen kan derhalve zeker doorgaan tot - bij 14 miljoen inwoners - er 7000 full-time huisartsen gevestigd zijn. Dit getal wordt nog hoger als men rekening houdt met deeltijd aanstellingen. Het getal van 7000 huisartsen wordt ook genoemd in het Financieel Overzicht Gezondheidszorg wat betreft het potentieel aantal praktizerende huisartsen in 1985.[25]
- De praktijkverkleining kan ondersteund worden door een goede voorlichting aan patiënten, waarbij het kwaliteitsaspect naar voren wordt gebracht.
- Praktijken boven een bepaalde omvang dienen gesloten te worden voor nieuwe patiënten. De norm voor de maximum-omvang kan geleidelijk teruggebracht worden tot 2000 patiënten.
- Een voorwaarde voor de realisering van een dienstverband

is dat praktijkpanden beheerd gaan worden door de stichtingen die de verleners van de eerstelijns zorg in dienst nemen. Hierbij moeten de huisarts-eigenaars hun praktijkruimte tegen taxatiewaarde kunnen verkopen aan die stichting, indien dit past in de opbouw van goede eerstelijns voorzieningen. In ieder geval kunnen huisartsen die zich voor het eerst vestigen, vanaf het begin in dienstverband aangesteld worden. De plaatselijke overheid dient ter voorbereiding hiervan al te beginnen met de oprichting van deze stichtingen (in samenwerking met de belanghebbenden).
- Gemeenten, de vertegenwoordigers van de verschillende disciplines en van de gebruikers kunnen in overleg treden over de geografische afstemming van de werkgebieden.
- De Wet Voorzieningen Gezondheidszorg dient zo snel mogelijk in werking te treden en de Algemene Maatregelen van Bestuur die nodig zijn voor de uitvoering van het beleid, dienen ontworpen te worden.

4. Samenvatting

De verzwaring van de taak van de huisarts maakt verkleining van de huisartspraktijk noodzakelijk. Alleen dan kan een kwaliteitsverbetering gerealiseerd worden. Een maximum praktijkgrootte van 2000 lijkt ons voorlopig een verantwoord streven.
Een gelukkige omstandigheid is dat er circa 400 praktijkzoekende huisartsen voor het bereiken van een zekere mate van verkleining direct inzetbaar zijn. Dit moet - als eerste aanzet - op korte termijn gerealiseerd worden.
Loskoppeling van inkomen en praktijkomvang is zeer gewenst als voorwaarde voor kwaliteitsverbetering. Een dienstverband voor artsen, waarbij een vast salaris verbonden is aan een fulltime functie, levert vele voordelen op en dient nagestreefd te worden.
Met het toekomstige vestigingsbeleid moeten vier doelen bereikt worden: kwaliteitsverbetering, een democratische opzet, ontkoppeling van inkomen en praktijkomvang en coördinatie met vestiging van andere hulpverleners. Aansluiten op kleinschalige werkeenheden met grote invloed van gebruikers staat ons hierbij voor ogen. Op korte termijn dienen de nodige

overgangsmaatregelingen getroffen te worden. Daartoe behoort de zo spoedig mogelijke afschaffing van de goodwill.

Wij menen dat de hierboven gegeven aanzetten die deels aansluiten bij lopende activiteiten, zo snel mogelijk moeten worden uitgevoerd. Daarna - of tegelijkertijd - kan dan worden overgegaan tot de realisering van een vestigingsbeleid zoals door ons geschetst.
Als de Staatssecretaris spreekt van een termijn van tien jaar, nodig voor een bescheiden verkleining van de praktijken tot gemiddeld 2200 tot 2400 patiënten, dan is haar tempo ons veel te laag. Als de (politieke) wil om tot verbetering te komen bij alle betrokkenen aanwezig is, dan moet 't waarachtig wel vlugger gaan.
Wat ons betreft: er hoeft niet gewacht te worden op een definitieve wettelijke regeling, noch op die artsen die niet willen. Met gevestigde en nog niet gevestigde huisartsen voor wie dit allemaal te traag gaat, kan alvast begonnen worden met praktijkverkleining. Waarom geen "stimuleringsregeling praktijkverkleining"?

11

De gemeentelijke vestigingsverordening

C.V. Martini

1. Inleiding

De eerste verordening die de vestiging van medische hulpverleners regelt, is die welke op 29 november 1979 door de gemeenteraad van Lelystad werd aangenomen en welke op 8 maart 1980 door een schorsingsbesluit van de Kroon (in casu de staatssecretaris voor Volksgezondheid, mevrouw Mr. E. Veder-Smit) werd getroffen.[1] Dat een gemeente zich genoodzaakt ziet om op het gebied van de vestiging van medische en paramedische hulpverleners actief te worden, lijkt zijn oorzaak te vinden in een ernstig gebrek aan besluitvaardigheid bij de Rijksoverheid. Daarnaast speelt de opstelling mee die door de Landelijke Huisartsen Vereniging en de andere belangenorganisaties van (vrije) beroepsbeoefenaren werd gekozen. Het besluit van de Kroon om het eigen falen te maskeren door middel van een schorsingsbesluit van de bovengenoemde vestigingsverordening - op verzoek van de LHV overigens - lijkt op het ouderwetse gebruik om de brenger van slecht nieuws

te onthoofden.

In het onderstaande zal eerst op de geschiedenis van de vestigingsverordening van de gemeente Lelystad ingegaan worden. Daarna wordt de inhoud van de verordening weergegeven. In verschillende grote steden in ons land worden vestigingsverordeningen voorbereid. Er zijn enkele varianten te onderscheiden, die beschreven worden in de vierde paragraaf. Tenslotte zal ingegaan worden op de gronden waarop een vestigingsverordening vernietigd kan worden.

2. De totstandkoming van de vestigingsverordening

In het "nieuwe land" zoals de IJsselmeerpolders wel genoemd worden, zijn al eerder pogingen ondernomen in het kader van een evenwichtige en planmatige ontwikkeling van de steden Lelystad en Almere te komen tot een gereguleerde vestiging van medische hulpverleners. Zo besliste de voorganger van de huidige landdrost dat de hulpverlening door huisartsen in Lelystad diende te geschieden vanuit een wijkgezondheidscentrum, bestuurd door een commissie ex artikel 61 en volgende van de Gemeentewet.[2]
Interessanter is de poging om door middel van een vestigingsverordening de medische dienstverlening in Almere op te zetten. Bij het opbouwen van deze stad wilde men alle voorzieningen kunnen plannen. Hierbij speelden zowel overwegingen van ruimtelijke ordening als van onder meer zorg voor de volksgezondheid mee. Er werd gekozen voor een beleid waarin een vorm van geïntegreerde gezondheidszorg, georganiseerd in (wijk)gezondheidscentra, voorop stond. Hiermee wilde men zowel de kwaliteit van de zorg als de bereikbaarheid van de voorzieningen voor de inwoners optimaliseren. Men wilde deze planning tot stand brengen door een verordening, waarmee de vrije vestiging van hulpverleners gereguleerd zou kunnen worden. Daar het niet duidelijk was of zo een vestigingsverordening juridisch mogelijk was, werd de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) uitgenodigd een advies terzake te geven.
Dit advies was negatief; een gemeentelijke vestigingsverordening zou niet kunnen. De argumentatie hiervoor werd gevon-

den in de Europese wetgeving. Op grond van het recht van vrij verkeer van personen en goederen werd een vestigingsverordening die een verbod tot vestigen zonder vergunning inhield, in strijd met het Europese recht geacht. Bij dit negatieve advies bleef het tot 1979.

De gemeente Lelystad voerde met betrekking tot de gezondheidszorg het beleid dat de zorg vanuit wijkgezondheidscentra verleend moet worden. De mogelijkheden om bij de pas gestarte bouw van een vierde wijk van ongeveer 20.000 inwoners als gemeente de bouw van wijkgezondheidscentra te realiseren waren beperkt. Daarom werd door het gemeentebestuur een beroep gedaan op de Stichting Algemene Gezondheidsvoorzieningen (STAG). Deze stichting streeft ernaar de commercie uit de gezondheidszorg terug te dringen door het stichten van onder andere wijkgezondheidscentra, waarmee de hulpverleners een dienstverband aangaan. In wijkgezondheidscentra kan volgens de STAG een kwalitatief betere en meer geïntegreerde hulpverlening bereikt worden.
Door deze ideeën stond de stichting sterk in de aandacht van de beroepsorganisaties. De gemeente Lelystad moest in deze situatie bezien welke middelen er waren om het voorgestane beleid van gemeente en STAG mogelijk te maken. De noodzaak tot bescherming van de door de lokale overheid gewenste ontwikkeling met betrekking tot wijkgezondheidscentra blijkt uit de gebeurtenissen in Maarssenbroek. De ongewenste vrije vestiging van huisartsen naast het opgerichte wijkgezondheidscentrum kon op grond van bestaande regelgeving (de Ziekenfondswet) niet worden tegengegaan.
Er stonden de gemeente twee wegen open om de vestiging van vrije beroepsbeoefenaren te reguleren. Ten eerste bestond de mogelijkheid om voorschriften op te nemen in bestemmingsplannen. Uit de jurisprudentie blijkt echter dat dit middel niet effectief is, indien er sprake is van het voeren van een huisartspraktijk aan huis. Ten tweede was er het privaatrechtelijke middel van de opneming van clausules in erfpachtcontracten, huur- en koopovereenkomsten. Dit middel heeft echter slechts een beperkte werking. Een hernieuwde bestudering en nader onderzoek van het advies van de VNG over de ontwerp-vestigingsverordening van Almere leidde tot het stand-

punt dat er in het Europese recht toch geen belemmering voor een vestigingsverordening te vinden is. De weg tot de opstelling van een gemeentelijke vestigingsverordening lag hiermee open.

De mogelijkheden van een vestigingsverordening kregen een ruimere bekendheid door de activiteiten van de STAG en door een conferentie van de Partij van de Arbeid. Behalve in Lelystad worden ook in Den Haag, Utrecht, Rotterdam, Schiedam, Delft, Spijkenisse en andere gemeenten initiatieven genomen om een vestigingsverordening vast te stellen. Door sommige gemeenten wordt als nieuw motief voor de vaststelling van een vestigingsverordening de noodzaak van een geïntegreerd welzijnsbeleid genoemd. De integratie van het beleid in de eerstelijns gezondheidszorg in het welzijnsbeleid blijft onuitvoerbaar, zolang de juridische mogelijkheden en beleidsinstrumenten ontbreken. Als welzijnsplanning in het belang van alle burgers is, dan is een planning van medische voorzieningen dat ook en valt dan onder het begrip algemeen gemeentelijk belang. Deze constatering is van betekenis; in het vervolg zal namelijk uitvoerig bij dit begrip worden stilgestaan (zie paragraaf 5).

3. De vestigingsverordening van Lelystad

Op 29 november 1979 heeft de Raad van Lelystad als eerste in Nederland een verordening aangenomen die de vestiging van hulpverleners in de eerstelijns gezondheidszorg aan een vergunningstelsel onderwerpt (de tekst van de verordening is als bijlage bij dit artikel weergegeven[3]).
In de verordening wordt geen sluitende definitie van het begrip "eerstelijns gezondheidszorg" gebruikt. De werkingssfeer van de verordening wordt aangegeven door een opsomming van de hulpverleners die werkzaam zijn in de eerste lijn: huisartsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden. Zonder vergunning van Burgemeester en Wethouders is vestiging van deze hulpverleners verboden. Aan het verlenen van een vergunning kunnen B & W voorwaarden stellen. In de oorspronkelijke versie van de verordening (zoals weergegeven

in de bijlage) worden als voorwaarden genoemd dat de hulpverlener bereid moet zijn in een gezondheidscentrum te werken, naast curatieve ook preventieve zorg te verlenen en een door de raad vastgestelde praktijkomvang in zielental of gebied te aanvaarden. Daarnaast wordt vereist dat de hulpverlener zich ook anderszins moet kunnen inzetten voor de belangen van de eerstelijns gezondheidszorg. Naar aanleiding van het raadsdebat is van de eerste drie voorwaarden alleen de eerste gehandhaafd: de hulpverlener moet bereid zijn in een gezondheidscentrum te werken.
Vergunningen worden verleend door B & W, nadat de betrokken hulpverleners gehoord zijn. Tegen een besluit om geen vergunning te verlenen kan de betrokken hulpverlener een bezwaarschrift indienen bij B & W. Als een bezwaarschrift afgewezen wordt, kan de indiener in beroep gaan bij de raad. Als dit ook niet het gewenste resultaat heeft, kan men een zogenaamde AROB-procedure starten. Volgens de Wet Administratieve Rechtspraak Overheids Beschikkingen kan men de zaak voorleggen aan de afdeling rechtspraak van de Raad van State.
Indien een hulpverlener in de eerstelijns gezondheidszorg zich niet houdt aan de voorwaarden die gesteld zijn in de vergunning, kan de vergunning ingetrokken worden en kan een strafsanctie toegepast worden. Dit laatste kan natuurlijk ook als een hulpverlener zonder vergunning zijn praktijk uitoefent.

4. Varianten

In de vestigingsverordening van Lelystad staat de keuze voor een bepaalde vorm van hulpverlening, namelijk in wijkgezondheidscentra, centraal. De verordeningen die in verschillende andere gemeenten in voorbereiding zijn, wijken op enkele punten af, al naar gelang de problematiek die in een gemeente speelt.

a. categorieën hulpverleners; in enkele ontwerp-verordeningen vallen de maatschappelijk werkenden niet onder de verordening.
b. werkingsgebied; de verordening hoeft niet te gelden voor een gehele gemeente. In gemeenten die bezig zijn met de planning van voorzieningen in een te bouwen stadswijk,

kan de verordening alleen van toepassing op de nieuwbouwwijk verklaard worden.

c. praktijkvoering en -omvang; zoals gezegd heeft de verordening van Lelystad als voorwaarde voor vestiging, dat de hulpverlener bereid is in een gezondheidscentrum te werken. In oudere steden waar de spreiding van hulpverleners historisch gegroeid is, kan de verlening van vergunning aan een bepaalde grootte van de praktijk verbonden worden. Directe inbreuk op de bestaande situatie kan door een verordening veelal niet gemaakt worden; wel kan bepaald worden dat in het kader van een overgangsregeling de gevestigde hulpverleners hun praktijk mogen blijven uitoefenen, doch dat bij overdracht van een praktijk de opvolger een vergunning moet hebben.

d. het verlenen van de vergunning; het verlenen (en intrekken) van vergunningen geschiedt door B & W. Daarbij kan bepaald worden dat dat pas gebeurt, nadat B & W een vaste raadscommissie of een commissie bestaande uit belanghebbenden (bijvoorbeeld de overige hulpverleners in een gezondheidscentrum en een vertegenwoordiging van de patiënten) gehoord hebben.

5. Vernietigingsgronden van de vestigingsverordening

Op 19 december 1979 heeft de voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging de bewindslieden van Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid om vernietiging van de verordening van Lelystad gevraagd. De staatssecretaris van Volksgezondheid is niet direct tot vernietiging over gegaan. Zij schorste de werking van de verordening tot 1 oktober 1980. In het schorsingsbesluit staat "dat het wenselijk is hangende het onderzoek naar de vraag of bedoeld besluit (dat is de vestigingsverordening Lelystad - C.V.M.) in strijd is met de wet of het algemeen belang en deswege moet worden vernietigd, de werking ervan te voorkomen."[4] Hieronder zullen we nagaan of de verordening inderdaad in strijd is met de wet of het algemeen belang. Dit is van belang zowel voor het oordeel over de mogelijke omzetting van het schorsingsbesluit in een vernietigingsbesluit, als met betrekking tot het oordeel van de rechter. In geval de verordening niet door

de Kroon - dat is in dit geval de staatssecretaris van Volksgezondheid - wordt vernietigd, kan zij door de rechter namelijk onverbindend verklaard worden. De rechter wordt erbij betrokken, indien een hulpverlener in strijd met de verordening, dat wil zeggen zonder vergunning, zich vestigt. De politie maakt daarvan dan proces verbaal op en de officier van justitie leidt de overtreder voor. De rechter zal zich dan afvragen of de overtreden verordening wel het "belang der gezondheid" of "de huishouding der gemeente" raakt. Hebben bij het opstellen van een vestigingsverordening andere motieven een rol gespeeld (bijvoorbeeld inkomenspolitieke: geen grotere huisartsenpraktijk dan 1500 patiënten anders verdienen huisartsen teveel), dan verklaart de rechter de verordening onverbindend. De rechter toetst de vestigingsverordening aan artikel 168 van de Gemeentewet. Dit artikel luidt: "De raad maakt die verordeningen die in het belang der openbare orde, zedelijkheid en gezondheid worden vereist en verordeningen betreffende de huishouding der gemeente." De woorden "worden vereist" geven aan dat er sprake moet zijn van een objectieve noodzaak. De rechter kan de toetsing concretiseren door de vraag te beantwoorden of de gemeente een taak heeft aangaande de regeling van vestiging van hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg. Luidt het antwoord bevestigend, dan heeft de gemeente ook automatisch de bevoegdheid. Een beperking van deze bevoegdheid van de gemeente kan dan nog liggen in strijdigheid van een verordening met een hogere regeling.

Strijdigheid met de wet[5]

De meest voor de hand liggende hogere regeling is de wet van 1 juni 1865, Staatsblad 60, regelende de Uitoefening van de Geneeskunst. De meeste bepalingen in deze Wet betreffen de bevoegdheid van artsen. Uit het volgende citaat uit een arrest van de Hoge Raad van 17 april 1951 blijkt dat bij het tot stand komen van de Wet "de bedoeling heeft voorgezeten in het belang der volksgezondheid de kwakzalverij te weren". Zo gezien lijkt het ver gezocht om uit de bepaling dat een zich vestigende arts het feit van zijn vestiging aan de burgemeester moet melden en de burgemeester zijn - eerst

door de Inspecteur van de Volksgezondheid geviseerde - artsenbul moet tonen, af te lezen dat de Wet een vrije vestiging van geneeskundigen voorstaat. De Wet regelt niets op dit punt. Hij sluit aan bij de praktijk dat omtrent de vestiging van geneeskundigen niets is geregeld.
Nu was een vestigingsregeling voor artsen in de tijd van de totstandkoming van deze Wet - Thorbecke was de verantwoordelijke minister - ook geheel niet te verwachten. Het vrije ondernemerschap voor deze beroepen vierde hoogtij. Hierin is inmiddels wel wat verandering gekomen. Verschillende gemeenten hebben voor bedrijven, die zich willen vestigen speciale verordeningen gemaakt (onder andere Rotterdam, Delfzijl), die aan een vestiging een fors aantal voorwaarden verbinden. Het liberalisme van de 19e eeuw is vervangen door de principes van een gemengd economisch stelsel, waarin de overheid bijvoorbeeld door middel van vergunningen sturend en regulerend optreedt.
De betekenis van de plicht tot melding aan de burgemeester door een arts die zich vestigt, wordt gevonden in de controle van de bevoegdheid van de geneeskundige. De wet regelt daarmee niet de wijze waarop, in economische of andere zin, de arts zijn praktijkvoering wenst te bedrijven. De jurisprudentie van de Hoge Raad laat zien dat het motief van een wet bepalend is in de beoordeling of een lagere regeling in strijd is met een hogere.
Een andere hogere regeling die van belang kan zijn bij de beoordeling van een gemeentelijke vestigingsverordening is de Gezondheidswet. Deze wet geeft voorschriften met betrekking tot de organisatie van de zorg voor de volksgezondheid. Zij geeft aan welke organen worden ingesteld en waarin de bevoegdheden van deze organen bestaan. Deze wet geeft geen voorschriften omtrent de voorzieningen, welke ten aanzien van de verschillende gebieden van de volksgezondheid moeten worden getroffen.
Ook in andere wetten die betrekking hebben op de Volksgezondheid (met name de Noodwet Geneeskundigen, de Wet op het Praeventiefonds, de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening en de Ziekenfondswet), worden geen bepalingen aangetroffen waaruit blijkt dat de overheid mag ingrijpen in de vrijheid van vestiging van geneeskundigen. Het ontwerp van

de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg maakt uitdrukkelijk overheidsingrijpen mogelijk. Als conclusie valt uit het voorgaande te trekken dat er geen sprake is van strijdigheid van de gemeentelijke vestigingsverordening voor hulpverleners in de eerstelijnsgezondheidszorg met een hogere regeling.

Strijdigheid met het algemeen belang

Dat er een vestigingsbeleid voor huisartsen moet komen, wordt steeds minder betwijfeld. De twistvraag is hoeveel invloed de verschillende groeperingen krijgen en welke instantie uiteindelijk voor de regeling verantwoordelijk zal zijn. De al eerder genoemde brief van de LHV, waarin om vernietiging van de verordening van Lelystad wordt verzocht, sluit hierbij aan. "De Landelijke Huisartsen Vereniging wil duidelijk stellen dat zij U verzoekt om te overwegen de vernietiging van de verordening Lelystad te bevorderen, niet omdat zij tegen iedere vorm van vestigingsregeling zou zijn....."
Verder wordt in de brief gesteld dat de LHV voorstander is van een centraal gemotiveerd en genormeerd vestigingsbeleid, waarin de beroepsgroep door middel van overleg de nodige invloed krijgt toebedeeld. De opvatting dat er een taak ligt voor de gemeenten inzake de vestiging van medische en paramedische hulpverleners, is groeiende. De Structuurnota Gezondheidszorg uit 1974 van de voormalige staatssecretaris Hendriks stipt die taak al aan.
De discussies die gevoerd moeten worden over de Knelpuntennota maken duidelijk dat de medische en paramedische hulpverlening in een brede opvatting van het begrip "zorg voor het welzijn" te vatten zijn. De Knelpuntennota wijst de gemeentelijke overheid aan als het niveau waarop de afstemming en planning van de voorzieningen op het gebied van de zorg voor het welzijn dienen plaats te vinden. Onze conclusie hieruit is dat een gemeentelijke inmenging in de vrijheid van vestiging zeker niet in strijd is met het algemeen belang.

6. Afsluiting

De nota Vestigingsbeleid van de huidige staatssecretaris geeft in voldoende mate aan dat er een vestigingsbeleid moet komen en dat er voldoende rechtsgronden voor zijn. Onder vestigingsbeleid verstaat de nota: "maatregelen die gericht zijn op het reguleren van vestigingen van individuele beroepsbeoefenaren". Het doel dan wel middel van het vestigingsbeleid is volgens de staatssecretaris (zie hoofdstuk I, onder 1) het streven naar herstructurering van de gezondheidszorg. Doeleinden van het vestigingsbeleid die ook in het veld sterk leven, zijn: functionele bereikbaarheid, doelmatige spreiding, doelmatig functioneren en een goede kwaliteit van de zorg. De rechtsgronden voor overheidsoptreden worden gevonden in hoofdstuk I onder punt 4 van de nota.
Enkele punten hieruit luiden:

- de overheid is verantwoordelijk voor een goede gezondheidszorg: een uitwerking van het begrip "algemeen belang";
- de (algemene) eis van doelmatige besteding van gemeenschapsgelden;
- vanuit het patiëntenrecht kan een vestigingsbeleid verdedigd worden: "de patiënt heeft recht op territoriale, functionele en financiële bereikbaarheid van de zorg";
- het patiëntenrecht spreekt ook van een recht op kwaliteit van de zorg. Werkt een vestigingsbeleid hieraan mee, dan is dit op zich een rechtvaardigingsgrond voor een dergelijk beleid.

Maar ook het gegeven dat een vestigingsbeleid nadelige gevolgen van overcapaciteit in de gezondheidszorg kan voorkomen en kwaliteitsverbeteringen van de totale medische zorg kan bewerkstelligen door stimulering van de eerstelijn, vormt een argument om te komen tot een vestigingsbeleid. Dat steeds meer gemeenten thans op grond van het algemeen gemeentelijk belang en in het belang van een goede gezondheidszorg ertoe overgaan een gemeentelijke vestigingsverordening vast te stellen, geeft aan dat de noodzaak dringend aanwezig is. De openingskop van het bulletin van de LHV van maart 1980 stelt, met betrekking tot het vestigingsbeleid: "het is vijf over 12". Moeten de gemeenten dan blijven wachten tot belangen-

organisaties en de trage landelijke overheid het eens worden over het beleid? Het lijkt dat juist de gemeentebesturen hun verantwoordelijkheid met toepassing van artikel 168 van de Gemeentewet eindelijk inhoud en vorm gaan geven.

Bijlage

De vestigingsverordening van Lelystad, zoals die werd behandeld op 29 november 1979:

"Verordening vestiging hulpverleners in de eerstelijns gezondheidszorg"

Artikel 1:

1. Deze verordening verstaat onder:

- de gemeente	:	het openbaar lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders, gebied Lelystad;
- de raad	:	de landdrost, gehoord de adviesraad;
- burgemeester en wethouders	:	de landdrost, gehoord het dagelijks adviescollege;
- hulpverleners	:	huisartsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden;
- eerstelijns gezondheidszorg	:	hulp die op het gebied van gezondheidszorg wordt verleend door huisartsen, tandartsen, apothekers, verloskundigen, fysiotherapeuten, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkenden;

- praktijk uitoefenen : het bedrijfsmatig, of de werkzaamheid bestaande uit het anders dan bedrijfsmatig, doch in de uitoefening van een beroep, verlenen van hulp in de eerstelijns gezondheidszorg;

  gezondheidscentrum : een inrichting waarin door hulpverleners van verschillende disciplines in onderlinge samenwerking eerstelijns gezondheidszorg wordt verleend.

2. Deze verordening is niet van toepassing op hulpverleners die diensten verrichten in de gevallen dat hulpverlening geen uitstel kan dulden.
3. Voor de toepassing van deze verordening wordt de hulp, door een vergunninghouder buiten een gezondheidscentrum verleend, geacht in een gezondheidscentrum te zijn verleend.

Artikel 2:

1. Het is verboden zonder vergunning van burgemeester en wethouders in door de raad aan te wijzen gebieden van de gemeente als hulpverlener in de eerstelijns gezondheidszorg praktijk uit te oefenen.
2. Burgemeester en wethouders kunnen aan een vergunning voorwaarden verbinden in het belang van de eerstelijns gezondheidszorg.

Artikel 3:

De vergunning als bedoeld in artikel 2 wordt niet verleend wanneer:

a. de hulpverlener niet bereid is:
   - in een gezondheidscentrum te werken;
   - naast curatieve ook preventieve zorg te verlenen;

- de door de raad vastgestelde of nog vast te stellen praktijkomvang in zielental en/of gebied te aanvaarden;

b. naar het oordeel van burgemeester en wethouders de hulpverlener zich ook anderszins niet zal kunnen inzetten voor de bevordering van het belang ten behoeve waarvan het vereiste van vergunning is gesteld.

Artikel 4:

1. De vergunning wordt schriftelijk aangevraagd.
2. Alvorens een beslissing te nemen, stellen burgemeester en wethouders de hulpverlener in de gelegenheid zich te doen horen.

Artikel 5:

1. Burgemeester en wethouders trekken een vergunning in, indien een vergunninghouder handelt in strijd met de in artikel 3, sub a, genoemde eisen.
2. Zij gaan hiertoe niet over dan nadat de vergunninghouder in de gelegenheid is gesteld zich te doen horen.

Artikel 6:

De vergunning vervalt:

1. Door praktijkbeëindiging, vertrek en overlijden van de vergunninghouder.
2. Wanneer binnen drie maanden na het verlenen van de vergunning geen begin met de praktijkuitoefening is gemaakt.
3. Wanneer de praktijkuitoefening langer dan zes achtereenvolgende maanden is gestaakt, tenzij deze staking buiten de wil van de vergunninghouder geschiedt.

Artikel 7:

1. Burgemeester en wethouders beslissen op een aanvraag om vergunning binnen drie maanden nadat het verzoek is ingekomen.
2. Zij kunnen hun beslissing voor ten hoogste twee maanden verdagen.

3. De beslissing op de aanvraag en het verdagingsbesluit worden schriftelijk aan de aanvrager medegedeeld.

Artikel 8:

1. Indien:
   a. niet binnen de daarvoor gestelde termijn op een aanvraag wordt beslist;
   b. aan een vergunning voorwaarden worden verbonden;
   c. een vergunning wordt ingetrokken,
   kan de hulpverlener binnen een maand na verloop van de termijn, dan wel na de dagtekening van de verzending van de beslissing of de verklaring, een gemotiveerd bezwaarschrift bij burgemeester en wethouders indienen.
2. Burgemeester en wethouders beslissen op het bezwaarschrift binnen twee maanden nadat het is ingekomen. Zij kunnen hun beslissing voor ten hoogste één maand verdagen. Voordat de beslissing wordt genomen, stellen burgemeester en wethouders de hulpverlener in de gelegenheid zich te doen horen.

Artikel 9:

Van de beslissing op het bezwaarschrift, alsmede indien op het bezwaarschrift niet binnen de daarvoor gestelde termijn wordt beslist, kan de hulpverlener binnen een maand na de verzending van de beslissing, dan wel na afloop van de termijn waarbinnen beslist had moeten worden, een beroepschrift indienen bij de raad.
De raad beslist binnen drie maanden op het beroep. Hij kan zijn beslissing met ten hoogste twee maanden verdagen.

Artikel 10:

Hij die handelt in strijd met een aan een vergunning verbonden voorwaarde wordt geacht zonder vergunning te hebben gehandeld.

Artikel 11:

Hij die handelt in strijd met het verbod, vervat in artikel 2, wordt gestraft met hechtenis van ten hoogste twee maanden of geldboete van ten hoogste driehonderd gulden.

Artikel 12:

Deze verordening treedt in werking op de dag, volgende op die van haar afkondiging.

Tijdens het Raadsdebat werd een aantal wijzigingen aangebracht:

Artikel 1:

1. Het is verboden zonder vergunning van burgemeester en wethouders in door de Raad aan te wijzen gebieden van de gemeente als hulpverlener in de eerstelijnsgezondheidszorg een praktijkvestiging te hebben.
2. Burgemeester en wethouders kunnen aan een vergunning voorwaarden verbinden in het belang van de eerstelijns gezondheidszorg.

Artikel 3:

1. De vergunning als bedoeld in artikel 2 wordt niet verleend wanneer:
   a. de hulpverlener niet bereid is in een gezondheidscentrum te werken;
   b. naar het oordeel van burgemeester en wethouders de hulpverlener zich ook anderszins niet zal kunnen inzetten voor de bevordering van het belang ten behoeve waarvan het vereiste van vergunning is gesteld.
2. Het bepaalde in het vorige lid geldt niet wanneer burgemeester en wethouders uitspreken dat een hulpverlener buiten een gezondheidscentrum kan werken, zonder dat nadeel wordt toegebracht aan het belang ten behoeve waarvan het vereiste van vergunning is gesteld.

12

Wel en wee in Enschede

J. Beekman, R. Coppes, J.H. Haykens, A.K. van der Heide, H.H.G. Hofstee, J. de Waard

1. Inleiding

Al jaren wordt er in de huisartsenwereld gepraat over een landelijke regeling van het vestigingsbeleid. Nu de leden van de Landelijke Huisartsen Vereniging ingestemd hebben met de uitgangspunten voor een vestigingsbeleid zijn de eerste stappen voor de totstandkoming van een regeling gezet. Maar voordat er een vestigingsbeleid is, moeten nog heel wat praktische problemen opgelost worden. Eén van die praktische problemen zal zijn hoe de regeling op locaal niveau vorm moet krijgen en uitgevoerd moet worden. In Enschede hebben wij daar in de afgelopen jaren ervaring mee opgedaan; ervaringen die misschien bruikbaar zijn voor andere groepen huisartsen die op locaal niveau werken aan een vestigingsbeleid en voor de bedenkers van het landelijke vestigingsbeleid. De huisartsen in Enschede hebben zich georganiseerd in een vereniging: de Vereniging Vestigingsbeleid Huisartspraktijken.

In dit artikel zullen wij het ontstaan bespreken van de VVH en het beleid dat zij voert. Het is naar onze mening een voorbeeld van hoe artsen op locaal niveau hun zaken kunnen regelen. Wij vinden echter dat wij het niet bij zaken alleen moeten laten; het vestigingsbeleid moet uiteindelijk de kwaliteit van de zorg ten goede komen. Ook op dit kwaliteitsaspect zullen wij in dit artikel ingaan. Voordat wij daartoe overgaan zal eerst een beschrijving gegeven worden van de situatie in Enschede wat betreft het aantal huisartsen, de praktijkgrootte en dergelijke.

Twente was vroeger, zoals bekend, een industrieel centrum. Dit maakte het gebied voor huisartsen wellicht weinig aantrekkelijk, o.a. door het grote aantal ziekenfondsverzekerden (op dit moment nog 75 % van de bevolking). De honoreringsstructuur van huisartsenhulp is pas na 1967 zodanig gewijzigd dat ziekenfondspatiënten even aantrekkelijk werden als particuliere patiënten. De praktijkgrootte is daarom in Twente altijd erg hoog geweest. In de gemeente Enschede is de praktijkgrootte toegenomen van 2842 in 1970 (49 huisartsen en 139.245 inwoners) tot 2919 in 1980 (49 huisartsen en met een bevolkingstoename van 2,7 %, 143.042 inwoners). Er zijn drie gezondheidscentra met in totaal 12 huisartsen.

2. Inrichting en werking van het vestigingsbeleid

In dit gedeelte zullen wij ingaan op de oprichting van de Vereniging Vestigingsbeleid Huisartspraktijken en op enkele voorwaarden die voor het tot stand brengen van een dergelijke organisatie van belang zijn. Daarna zal ingegaan worden op de belangrijkste "poot" van de vereniging: het vestigingsreglement.

Het ontstaan van de VVH

De Plaatselijke Huisartsen Vereniging Enschede en omgeving is al vanouds een goed georganiseerde vereniging. Er is al bijna twintig jaar een collectieve zondagsdienstregeling, die later uitgebouwd werd tot waarneming tijdens vakantie, ziekte, nascholing en bij overlijden.

De eerste discussies over het vestigingsbeleid binnen de PHV stammen uit het begin van de jaren zeventig. Dat leidde tot een eerste - misschien wat overmoedig - voorstel om alle Enschedese huisartspraktijken onder te brengen bij een stichting waarmee de huisartsen dan een dienstverband zouden aangaan. De vergaderingen hierover hebben na felle en moeizame discussies geleid tot de oprichting van de vereniging in 1975. De discussies hebben in elk geval ook de functie gehad dat de onderlinge verhouding tussen de leden opener geworden is.

Een van de aanleidingen tot de oprichting van de vereniging was gelegen in de relatie met de GGD. Een van de gevolgtrekkingen uit een overleg over samenwerking tussen huisartsen en GGD met betrekking tot de waarneming was dat de huisartsen zich zouden moeten verenigen in een rechtspersoon en als zodanig een overeenkomst met de GGD zouden kunnen aangaan (zie verder paragraaf 3). Door de samenwerking met de GGD, waar enkele oud-huisartsen uit Enschede werkzaam zijn, konden wij onder andere beschikken over lichtdrukapparatuur die voor het van de grond krijgen van een organisatie onontbeerlijk is.
De relatie met het ziekenfonds waarmee regelmatig bijeenkomsten zijn en dat nu ook een vaste adviseur heeft in de vestigingscommissie (het "uitvoerend" orgaan van het vestigingsbeleid), leverde de informatiebasis voor een op te zetten vestigingsbeleid. Het Regionaal Ziekenfonds Twente is van het begin af betrokken geweest bij de opzet van het geheel. De vereniging is opgericht in november 1975; de statuten werden bij Koninklijk Besluit van 1 juni 1976 nr. 36 goedgekeurd en gepubliceerd als bijvoegsel van de Nederlandse Staatscourant van 6 oktober 1976, nr. 194. De statuten zijn tevoren kritisch bekeken en becommentarieerd door het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging en door het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

De doelstelling van de vereniging omvat volgens de statuten vijf punten:
a. het scheppen van mogelijkheden om tot een verantwoorde praktijkoverdracht te komen;
b. het scheppen van gunstige omstandigheden voor zich vesti-

gende huisartsen en het beschermen van bestaande huisartspraktijken;

c. het verlenen van technische steun aan huisartsen die hun praktijk of een deel daarvan wensen te beëindigen;

d. het verlenen van steun aan nabestaanden van een overleden huisarts bij overdracht van de praktijk van die huisarts;

e. te streven naar aanpassing van de omvang van huisartspraktijken in overeenstemming met daarvoor nu en/of in de toekomst van overheidswege of door landelijke organisaties opgelegde of op te leggen normen en die praktijkaanpassing zo regelmatig mogelijk te laten verlopen; een en ander zowel in het belang van een zo optimaal mogelijke huisartsenhulp in het kader van de eerstelijns gezondheidszorg in het algemeen, als in het belang van huisartsen en hun patiënten (artikel 4, lid 1).

In de statuten wordt de mogelijkheid opengelaten om de doelstellingen uit te breiden tot het scheppen en in standhouden van de mogelijkheden tot een optimale bereikbaarheid van huisartsen en van vervangingsregelingen. Op de realisering hiervan wordt in de volgende paragraaf nog ingegaan. Het lidmaatschap van de vereniging staat open voor huisartsen in de gemeente Enschede; het impliceert deelname aan de waarnemingsregeling en onderschrijving van de vestigingsregeling. Op dit moment zijn alle huisartsen lid.

Om de doelstellingen te bereiken zijn in de statuten enkele uitgangspunten opgenomen omtrent de overdracht van praktijken die overigens nader uitgewerkt zijn in een afzonderlijk vestigingsreglement. De overdragende partij dient een voorgenomen overdracht mee te delen aan de vereniging en geeft daarbij op aan wie men de praktijk wenst over te dragen. Ook de vereniging kan dan kandidaten voor de overname voordragen. Zij beschikt over een lijst met namen van artsen die zich in Enschede willen vestigen en met hun wensen ten aanzien van de praktijkvoering. Aan wie de praktijk uiteindelijk overgedragen wordt, wordt door de overdragende partij en de vereniging tesamen bepaald. De overname-som die vastgesteld wordt op een percentage van het bruto-inkomen over het afgelopen kalenderjaar (inkomsten uit nevenfuncties vallen er

buiten), mag niet boven een norm liggen die jaarlijks vastgesteld wordt door de vereniging. De vereniging kan ook zelf een praktijk overnemen wanneer een lid zijn praktijk wil overdragen, maar zelf geen opvolger wil of kan zoeken.
In geval van overlijden van een lid zorgt de vereniging gedurende maximaal drie maanden voor waarneming. Als de praktijk niet binnen drie maanden overgedragen is aan een of meer huisartsen (of aan de vereniging), kan de vereniging de waarneming beëindigen en de overdracht van de praktijk regelen.

Het vestigingsreglement

Om de flexibiliteit van het beleid te garanderen is de regeling in de statuten betrekkelijk globaal. Het laatste artikel van de statuten biedt echter de mogelijkheid om de werkwijze van de vereniging nader vast te stellen in een reglement dat door de ledenvergadering - indien nodig - aangepast kan worden. De gang van zaken bij vestiging en praktijkoverdracht is in 1978 in een reglement vastgelegd.
De kern van het reglement is dat de vereniging vanaf het begin zicht heeft op en partij is bij onderhandelingen. De leden verplichten zich geen officiële overeenkomsten met derden te sluiten die de belangen van de vereniging raken, zonder het fiat van de vereniging. Overeenkomsten met derden betreffen zowel de overdracht van een praktijk (of een deel daarvan) als gestructureerde samenwerking met andere huisartsen (associaties, langdurige waarneming, assistentschap) of met hulpverleners van andere disciplines. De vestigingscommissie bewaakt in deze gevallen de procedure en geeft een advies aan de ledenvergadering die de overeenkomst fiatteert.

Volgens "het boekje" gaat de overdracht van een praktijk nu als volgt in zijn werk. Nadat een lid van de vereniging te kennen heeft gegeven zijn praktijk te willen overdragen, wordt door de vereniging een informatief gesprek gearrangeerd tussen de onderhandelingspartners en een vertegenwoordiging van de vereniging. Daarin wordt van de kant van de VVH in elk geval informatie verstrekt over de volgende onderwerpen:

a. bestaan, doel, functie, statuten en reglementen van de vereniging;
b. ziektekosten- en arbeidsongeschiktheidsverzekering;
c. mogelijkheden tot het inwinnen van deskundig advies ter gelegenheid van eventuele praktijkovername;
d. financieringsmogelijkheden;
e. arbitragemogelijkheid bij geschillen (artikel 4 vestigingsreglement).

De overdragende arts verplicht zich geen onderhandelingen te voeren met andere personen dan degenen die door de VVH als onderhandelingspartners erkend zijn. Een concept van de overeenkomst voor de overdracht moet door de vereniging goedgekeurd worden. Op verzoek van één van de onderhandelingspartners kunnen leden van de vestigingscommissie de onderhandelingen bijwonen. Bij de overdracht van een gedeelte van een praktijk is de overdragende arts verplicht om zijn praktijk beperkt te houden tot het aantal patiënten direct na de overdracht.

Een belangrijk doel van deze regels is de zittende huisartsen invloed te geven op de loop van het onderhandelingsproces dat hen een nieuwe collega oplevert, omdat zij uiteindelijk - in meer of mindere mate - met hem/haar verder zullen moeten samenwerken. Een ander doel is de nieuwe huisarts van meet af aan te informeren over zijn rechten en plichten.

Problemen in de praktijk

De behoefte aan reglementering van vestiging en overdracht is voortgekomen uit de ervaringen van de vestigingscommissie met een gedeeltelijke overdracht van een praktijk, met een nieuwe vestiging in een gezondheidscentrum, een geval van langdurige waarneming, praktijksluitingen en dergelijke, maar vooral uit de ervaringen met de "verkaveling" van een praktijk.
Begin 1978 werd door de vereniging de praktijk van een zieke collega overgenomen. Deze praktijk was in het stadscentrum gesitueerd waar een sterke concentratie van praktijken was, waaronder enkele met een betrekkelijk geringe omvang. Door

de patiënten van de overgenomen praktijk te verdelen over enkele te kleine praktijken is de spreiding van de huisartspraktijken iets evenwichtiger geworden. Zo'n praktijkverkaveling lukt alleen in nauwe samenwerking met het ziekenfonds (in ons geval het Regionaal Ziekenfonds Twente) en door een grote inspanning van het uitvoerend orgaan van de vereniging, de vestigingscommissie. Het drukte ons op de noodzaak van een goede regeling van het sluiten en blokkeren van praktijken, omdat anders geen effectief spreidingsbeleid gevoerd kan worden.

Ook is gebleken dat het voeren van een genuanceerd beleid, een beleid dat zowel rekening houdt met de belangen van de individuele huisartsen als met die van het geheel, niet mogelijk is zonder een gedetailleerde inventarisatie van de financiële situatie van alle praktijken. De mogelijkheid om een soort financiële structuur-enquête te houden is het middel dat hiertoe in het vestigingsreglement opgenomen is. In zo'n enquête kunnen vragen gesteld worden over medische bestuursfuncties, praktijkomvang, bruto-inkomsten uit ziekenfonds- en particuliere patiënten, neveninkomsten als arts, de tijd die aan nevenfuncties besteed wordt en de locatie van de patiënten. De leden zijn volgens het reglement verplicht deze informatie te verstrekken.
De financiële structuur-enquête biedt de mogelijkheid om in de toekomst het streven naar maximering van de omvang van de praktijken om te bouwen naar een beleid dat met de totale workload rekening houdt.
Problemen ontstonden in de praktijk ook met de hoogte van de goodwill. Deze werd door de vereniging voor het jaar 1979 vastgesteld op 90 % van het bruto-inkomen (gelijk dus aan de LHV-norm) om excessen van de vrije markt te voorkomen; excessen naar boven vooral. Toen zich twee gevallen voordeden waarbij de partijen over een lager goodwill-percentage overeenstemming konden bereiken, moest ad hoc een regeling gevonden worden om te zorgen dat die situatie in de toekomst niet tot ongelijkheden zou gaan leiden. In de constructie die toen bedacht en statutair vastgelegd is, kunnen voorwaarden gesteld worden, bijvoorbeeld dat de overnemende partij de voor een lager goodwill-percentage verkregen prak-

tijk in de toekomst niet voor een hoger percentage zal overdragen. De goodwill-problematiek is hiermee iets meer geregeld, maar is op locaal niveau niet op te lossen. Afbouw van de goodwill is een voorwaarde voor een vestigingsbeleid waarin de kwaliteit van de zorg centraal staat, afgezien van het legitieme belang van de verkopende huisarts. Niet hoeveel een nieuwe huisarts kan investeren, maar hoe hij werkt, moet bepalend zijn voor wie er als nieuwe huisarts in de praktijk komt. De keuze is dus veeleer een zaak voor de zittende collega's én voor de consumenten van de huisartsenzorg.
Tot nu toe zijn de consumenten nog niet bij het vestigingsbeleid betrokken. In de vestigingscommissie is nu wel als adviseur een vertegenwoordiger van de gemeente Enschede opgenomen om te komen tot een afstemming van het beleid.

De regulering van de goodwill, de afbouw ervan en de maximering van de praktijkgrootte zijn afhankelijk van een regeling op landelijk niveau. Zolang wettelijke instrumenten ontbreken, kan een privaatrechtelijke regeling als de onze alleen werken bij de gratie van de welwillende medewerking van alle betrokkenen. Wij zullen in de slotparagraaf van dit artikel nog terugkomen op het privaatrechtelijk karakter van onze regelingen en de noodzaak van een landelijk, van wettelijke sancties voorzien vestigingsbeleid.

3. Gevolgen voor de kwaliteit van het werk

In dezelfde tijd waarin de VVH opgericht werd liet de Landelijke Huisartsen Vereniging haar eerste Blauwdruk verschijnen. Het vestigingsbeleid werd daarin gekoppeld aan handhaving en verhoging van de kwaliteit van het werk door onderlinge toetsing. De LHV-plannen zijn op deze koppeling stuk gelopen. De VVH is begonnen met de regeling van vestiging en waarneming en is toen het beleid gaan uitbouwen naar nascholing en toetsing.

Waarneming[1]

Dat een goede regeling van de waarneming te maken heeft met kwaliteit van de huisartsenzorg, zal ieder die de kranten

leest duidelijk zijn. Een van de zaken die met een zekere regelmaat de krantenkolommen haalt, wordt gevormd door problemen die ontstaan als patiënten in de avond of nacht geen huisarts kunnen bereiken. Aan een waarnemingsregeling moet daarom niet alleen de eis gesteld worden dat de afspraken tussen de huisartsen onderling eenduidig en bindend vastliggen, maar ook dat de regeling begrijpelijk en duidelijk is voor het publiek. Aan deze tweede eis kan voldaan worden door de patiënten bij afwezigheid van de eigen huisarts één, algemeen bekende mogelijkheid te bieden om hulp te zoeken in de vorm van een centrale post die permanent bemand is. Het feit dat de patiënt niet geconfronteerd wordt met een antwoordapparaat kan paniekreacties voorkomen.
In samenwerking met de gemeente is een regeling uitgewerkt die aan beide eisen voldoet. De GG&GD vormt daarbij de centrale meldpost. De samenwerking tussen gemeente en huisartsen is op het principe gebaseerd, dat niet met iedere huisarts afzonderlijk een overeenkomst aangegaan zou worden, maar dat de huisartsen zich in een rechtspersoonlijkheid zouden verenigen (dit principe vormde een van de aanleidingen tot oprichting van de VVH). Verder zou de deelname aan de centrale telefonische meldpost voor alle huisartsen verplicht zijn. De samenwerking staat onder toezicht van een commissie die uit vertegenwoordigers van de huisartsen, de gemeente en het ziekenfonds bestaat, onder voorzitterschap van een onafhankelijke jurist.

Om de communicatie tussen de meldposten en de huisartsen te optimaliseren zijn na een onderzoek van de mogelijkheden de huisartsen die zich daarvoor aanmeldden met portofoons uitgerust, welke het voordeel hebben dat er bij een oproep een directe reactie mogelijk is. De portofoons zijn vooral geschikt voor spoedboodschappen vanuit de praktijk, spoedoproepen voor ambulancevervoer en consultatie van specialisten.
Vooral de mogelijkheid om in spoedgevallen een specialist te consulteren zou kwaliteitsverhogend kunnen werken, zij het dat hier in de praktijk nog weinig gebruik van gemaakt wordt. Doordat de meldpost voor de huisartsen en de ambulancedienst beide bij de GG&GD ondergebracht zijn, gaat er in

acute levensbedreigende situaties geen tijd verloren. Er kan reeds vóórdat de noodzaak van spoedvervoer door de huisarts vastgesteld is, op gezag van de huisarts of van de meldpost gezorgd worden dat een ambulance klaar staat om direct uit te rijden; de ambulance kan zelfs al uitrijden tot in de naaste omgeving van de patiënt in afwachting van een definitieve oproep. In geval van bijvoorbeeld een hartinfarct wordt door deze methode veel tijd gewonnen.
In deze regeling zijn de continuïteit en de directe toegankelijkheid van de huisartsenzorg optimaal geregeld door de samenwerking van huisartsen en GG&GD.

Nascholing en toetsing

De organisatiestructuur van de nascholing voor huisartsen in Nederland voorziet in de vorming van acht regio's met elk een regionale commissie en een betaalde coördinator. De regio's zijn onderverdeeld in perifere nascholingswerkgroepen. De grondgedachte van deze organisatiestructuur is niet zozeer dat de georganiseerde nascholing van bovenaf wordt gedistribueerd, alswel dat de periferie het beste zelf kan bepalen waar zijn behoeften liggen en welke methode van nascholing hij verkiest.
Waar de landelijke en regionale nascholingsvormen meer uitgaan van verticale kennisoverdracht, kan in de perifere werkgroepen meer worden gewerkt vanuit horizontale overdracht van technische, maar ook sociale vaardigheden en in de richting van persoonlijkheidsontwikkeling. In deze vormen van perifere nascholing kan ook de onderlinge toetsing aan bod komen, die immers als voorwaarde heeft dat er in een onderlinge vertrouwenssfeer gewerkt wordt.
Hoewel de behoefte aan de overdracht van technische vaardigheden groter is dan die aan de overdracht van de meer vormende nascholing, zal toch op dit laatste het hoofdaccent moeten liggen om te komen tot een houding tegenover onderlinge toetsing als een normale en niet bedreigende situatie. Zo'n houding kan in nascholingscursussen aangeleerd worden, maar de feitelijke toetsing moet in de praktijk van alle dag plaatsvinden. Daarvoor kunnen naar onze mening het best de waarnemingsgroepen worden ingeschakeld.

Het past geheel in het beleid van de VVH om de nascholing gekoppeld aan onderlinge toetsing op het perifere niveau ter hand te nemen. Daartoe is een perifere nascholingscommissie in het leven geroepen.
De ideeën die tot nu toe ontwikkeld zijn, wijzen vooral in de richting van een horizontale kennisoverdracht, georganiseerd op de wijze van de Warffum-cursus, waarbij in een groep van maximaal 20 tot 25 man gedurende enkele dagen in een centrum wordt gewerkt onder deskundige begeleiding en waarbij uitgegaan wordt van concrete praktijksituaties (in de vorm van bijvoorbeeld videobanden van consulten, papieren patiënten en rollenspel). Het werken in een dergelijke setting is duidelijk bevorderend voor goede onderlinge verhoudingen - een belangrijke factor bij de toetsing. Wij streven naar een verplichte nascholing van tien dagen per jaar opgesplitst in cursussen van minimaal twee dagen. Terwijl de ene helft van de huisartsen de cursus bijwoont, neemt de andere helft de praktijk waar (sandwichtype).

De nascholing en toetsing als onderdelen van het beleid van de Enschedese huisartsen staan nog in de kinderschoenen, maar het wordt door ons wel als een noodzakelijk verlengstuk gezien van de meer structurele maatregelen zoals die in het vestigings- en waarnemingsreglement neergelegd zijn.

4. Toekomstige ontwikkelingen

Hoe de toekomst er met betrekking tot het vestigingsbeleid uit zal zien, wordt voor een belangrijk gedeelte bepaald door de snelheid waarmede de wetgeving tot stand komt. Vooral de goodwill-problematiek vraagt om een snelle, landelijke oplossing.
Dat wil niet zeggen dat er in afwachting hiervan niets gedaan kan worden. Op verschillende plaatsen in Nederland worden door de gemeentelijke overheid verordeningen ontworpen om de vrije vestiging van beroepsbeoefenaren te reguleren. Ook door de gemeente Enschede wordt een vestigingsverordening voorbereid. Als zo'n verordening in gemeen overleg met de belanghebbenden opgesteld wordt, kunnen bezwaren die kleven aan een privaatrechtelijke regeling ondervangen worden.

Een gemeentelijke verordening met een publiekrechtelijk karakter geldt namelijk niet alleen voor de leden van een vereniging, zoals de VVH, maar voor iedereen die onder het werkingsgebied van de verordening valt. De sanctiemogelijkheden zijn dan veel groter en worden gebruikt voor het doel waarvoor zij ingesteld zijn. De enige echte sanctie die in onze regeling aan overtreders opgelegd kan worden, is uitsluiting van deelname aan de waarnemingsregeling. Het opzetten van een gemeentelijke vestigingsverordening in overleg met de beroepsgroep kan, zolang er geen landelijke wettelijke regeling is, een aantal problemen ondervangen.
Naast de verdere ontwikkeling van de onderlinge toetsing en nascholing, waarvoor de eerste aanzet gedaan is, dient de aandacht gericht te worden op de afstemming op het functioneren van de andere eerstelijns disciplines. Samenwerken is volgens de uitgangspunten voor het vestigingsbeleid van de Landelijke Huisartsen Vereniging een van de hoofdtaken van de huisarts. De uitwerking van dat punt zou onder andere kunnen betekenen dat er gestreefd moet worden naar een afstemming van de werkgebieden van de verschillende disciplines. Onze opzet van het vestigingsbeleid biedt de mogelijkheden tot zo'n afstemming en tot een ontwikkeling naar wijkgericht werken. Wij hebben gekozen voor een geleidelijke ontwikkeling in deze; bij gehele of gedeeltelijke praktijkovernames of bij verkaveling van praktijken proberen wij in deze richting te sturen. Op deze manier is het tempo van de afstemming echter wel afhankelijk van het verloop onder de huisartsen. Een radicale verandering in één keer zal zowel bij de bevolking als bij de huisartsen op grote weerstanden stuiten. Daarnaast veronderstelt wijkgericht werken een overeenkomst in de uitgangspunten en mogelijkheden van de andere partners in de eerste lijn (de kruisverenigingen en het maatschappelijk werk).
Een andere ontwikkeling in de richting van integratie is gelegen in de pogingen om ook het plattelandsgebied van de PHV te betrekken bij het vestigingsbeleid. Ofschoon de eerstelijns voorzieningen zich tamelijk gedecentraliseerd en onafhankelijk kunnen ontwikkelen, komen ze veelvuldig in aanraking met voorzieningen en instanties die een groter werkgebied hebben, zoals ziekenhuizen, ziekenfondsen en dergelijke. De-

ze regionalisering is geen beleidsdoel dat door ons zelf ontdekt is - ook in de op handen zijnde wetgeving speelt het een belangrijke rol - maar er is behalve in enkele proefregio's nog weinig mee gewerkt in de praktijk.

Het uitvoeren van ons beleid en het tot stand brengen van deze ontwikkelingen brengt voor een betrekkelijk klein aantal mensen zeer veel extra werk met zich mee. Wij hebben gemerkt dat naarmate het pionierskarakter er een beetje afgaat, het steeds moeilijker wordt dat op te brengen. Voor de uitvoering van een vestigingsbeleid door de huisartsen op locaal en regionaal niveau zal daar een oplossing voor gezocht moeten worden. Het organiseren van de eigen club zal in het toekomstige takenpakket van de huisarts opgenomen en gehonoreerd moeten worden. Daarnaast valt te denken aan de instelling van een ambtelijk secretariaat voor plaatselijke of regionale vestigingscommissies. Dit heeft financiële consequenties voor de uitvoerbaarheid van een vestigingsbeleid, die tot nu toe nog nauwelijks meegespeeld hebben in de discussies. Toch zal een goede financiële, technische en organisatorische ondersteuning na de eerste pioniersactiviteiten een conditio sine qua non zijn voor de uitvoering van een vestigingsbeleid door de beroepsgroep zelf.

13

De PHV Eindhoven onderweg naar een vestigingsbeleid

C.P. Schouwstra

1. Inleiding

In Eindhoven is het vestigingsbeleid, evenals op landelijk niveau, al jarenlang onderwerp van gesprek, maar er is niet alleen gepraat. Door bestuur en leden van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging zijn de afgelopen jaren daadwerkelijk stappen ondernomen om tot een beleid te komen. Voor andere PHV's en personen, die zich bezighouden met het vestigingsbeleid van huisartsen, kan het interessant zijn kennis te nemen van de ervaringen van de Eindhovense huisartsen.
We beginnen met een algemene beschrijving van de gezondheidszorg in Eindhoven. Daarna zullen de gebeurtenissen met betrekking tot het vestigingsbeleid besproken worden. Aangezien ook in Eindhoven, ondanks alle inspanningen, nog steeds geen regeling voor beroepsbeoefenaren in de eerste lijn tot stand gekomen is, zal vervolgens de huidige stand van zaken beschreven worden en zal een poging ondernomen worden een analyse van de situatie te geven. Tot slot zal in een bijlage

kort ingegaan worden op de Philips Medische Dienst. Deze aanvankelijk centraal georganiseerde dienst met vijftien huisartsen in dienstverband is nu gedecentraliseerd. De huisartsen hebben hun praktijkgebieden beperkt tot een wijk van 20.000 tot 40.000 inwoners en er heeft op grote schaal ruil van patiënten plaatsgevonden. Er zal een voorbeeld gegeven worden van een patiëntenbrief.

2. De huidige situatie in Eindhoven

In 1980 waren in Eindhoven 69 huisartsen gevestigd. Zestien van hen werkten in dienstverband bij de NV Philips Gloeilampenfabrieken. Naast de Philips Medische Dienst was er één gezondheidscentrum dat wijkgebonden werkte met één huisarts die door de PMD gedetacheerd was, en twee andere huisartsen. Verder waren in dat centrum wijkverpleging, maatschappelijk werk en gezinszorg ondergebracht.
Tot voor kort werkten de huisartsen van de PMD vanuit drie gezondheidscentra, waarvan er één centraal gelegen was in de stad. Binnenkort zullen zij allen in gebouwen werken die min of meer centraal in de wijk liggen. Daarnaast is er het gebruikelijke patroon van weekenddienst-groepen, associaties, enzovoort.
De stad heeft thans een inwonertal van 192.000, verdeeld over de wijken Woensel, Strijp, Gestel, Stratum en Tongelre. Dit zijn de namen van de vijf dorpen die oorspronkelijk rondom het stadje Eindhoven waren gelegen en die in de jaren twintig geannexeerd zijn. De stad heeft in de afgelopen tachtig jaren een sterke groei ondergaan door immigratie uit de rest van het land. In 1900 was het aantal inwoners slechts 5.000 (inclusief de later geannexeerde dorpen ruim 21.000) en in 1958 nog 159.000. De stad is thans in de Agglomeratie Eindhoven ingebed, die in totaal 365.000 inwoners telt.
In de stad Eindhoven staan drie ziekenhuizen en in de Agglomeratie staat nog een vierde ziekenhuis, dat overigens slechts zes kilometer van het centrum van de stad Eindhoven verwijderd ligt. In het gebied van de PHV Eindhoven zijn bijna 150 huisartsen gevestigd. Met betrekking tot het vestigingsbeleid zijn er belangrijke verschillen tussen de huisartsen, die in de stad Eindhoven gevestigd zijn, en degenen die in de dorpen

rondom Eindhoven werken. Niettemin is de problematiek steeds door de gehele PHV, dus door beide groepen huisartsen, besproken en zijn vrijwel alle huisartsen bij het hele proces betrokken.

3. Historie

Reeds in het begin van de jaren zeventig kwam het bestuur van de PHV Eindhoven samen met haar leden tot de opvatting dat een vestigingsbeleid nodig was om problemen samenhangend met nieuwe vestigingen in de regio tot een oplossing te kunnen brengen.
Van begin af aan stond voorop dat optimalisering van de praktijkvoering het hoofddoel van een vestigingsbeleid moest zijn, waarbij beperking van het werkgebied van een huisarts tot een wijk door velen als een belangrijke voorwaarde gezien werd. Het ging dus niet alleen om vestiging van nieuwe huisartsen, maar ook om verkaveling van bestaande praktijken. Er werd een vestigingscommissie ingesteld die tot taak kreeg de problematiek aan te pakken. Al gauw kwam men tot de conclusie dat een goede inventarisatie nodig was van de verdeling van de huisartspraktijken in de stad Eindhoven om inzicht te krijgen in de omvang van de problematiek. Er was behoefte aan informatie over het patiëntenbestand per wijk en per huisarts, maar ook over zaken als praktijkorganisatie, tijdsbesteding van de huisartsen, de financiële situatie en zo meer.

De inventarisatie

Aan alle 125 huisartsen die destijds in het gebied van de PHV Eindhoven gevestigd waren, werd gevraagd een enquête in te vullen. Er werden 84 enquêtes volledig ingevuld (67 %).[1] Er werd gevraagd naar meningen en visies van de huisartsen omtrent het functioneren als huisarts, de voorkeur voor bepaalde beleidsstrategieën, vestigingsbeleid, regionalisatie, enzovoort. Wat betreft de beleidsstrategieën werd een duidelijke voorkeur gegeven aan een strategie gericht op samenwerking van huisartsen met andere disciplines en onderlinge samenwerking. De praktijkomvang zou beperkt moeten worden en de opleiding meer op psychosociale problematiek gericht.

Naar de mening van 75 van de 84 huisartsen zou er een vestigingsbeleid tot stand moeten komen. Driekwart van hen vond dat het vestigingsbeleid in de eerste plaats door de PHV uitgevoerd zou moeten worden. Gevraagd naar welke combinaties van organisaties het beleid zou kunnen voeren, werd de combinatie LHV/PHV het meest genoemd.
De huisartsen uit de stad Eindhoven bleken bereid tot medewerking aan regionalisering (in de dorpen was deze kwestie niet erg relevant). Als voordelen daarvan werden vooral genoemd tijdsbesparing en de mogelijkheid tot betere contacten met wijkverpleging en maatschappelijk werk. Een keuze uit vier à vijf huisartsen in een wijk werd een voldoende waarborg geacht voor vrije artsenkeuze.

Volgens 70 van de 84 artsen zou de praktijkomvang in principe aan een maximum gebonden moeten worden, maar de meerderheid van hen vond dat maximering niet los gezien kon worden van het vestigingsbeleid. Bij de vraag naar de meest ideale praktijkgrootte werd een onderscheid gemaakt tussen de praktijkomvang waarbij men optimaal zou kunnen functioneren en de omvang die nodig zou zijn om een goede "living" te hebben. Over het optimaal functioneren zeiden 33 van de 84 huisartsen dat de praktijkgrootte ongeveer 3000 moet zijn. Het gemiddelde van wat de geënquêteerde huisartsen als optimale praktijkgrootte opgaven was 2878 zielen (de feitelijke gemiddelde praktijkgrootte is 3038). Het gemiddelde van wat opgegeven werd als noodzakelijk om een goede "living" te hebben, was 3130 zielen.

De "Bosrandgroep"

Inmiddels gingen de discussies in de ledenvergadering van de PHV door. Het bestuur was van mening dat dit niet zou leiden tot een hanteerbaar plan om te komen tot een andere organisatiestructuur van de huisartsengroep en dat de discussies te vrijblijvend bleven. Het PHV-bestuur organiseerde daarom in maart 1977 drie studiedagen om te trachten tot een dergelijk plan te komen. Centraal in de discussies zou het vestigingsbeleid staan. Er deden 21 huisartsen - later de "Bosrandgroep" genoemd - aan de studiedagen mee. Onder hen waren

het hele PHV-bestuur, de vestigingscommissie, een afvaardiging van de Landelijke Huisartsen Vereniging en enkele anderen, die op formele gronden of à titre personnel uitgenodigd waren. Onder het motto "wat gisteren goed was, staat vandaag ter discussie en is morgen anders" werden de resultaten van deze dagen samengevat in een verslag, dat als een werkplan aan alle leden van de PHV Eindhoven ter discussie werd aangeboden. Het PHV-bestuur ging daarbij uit van de stelling: "te komen tot een zo goed mogelijk stelsel van gezondheidsvoorzieningen is een taak voor overheid en particulier initiatief".
Met name dit laatste en de confrontatie met de vele problemen rond het functioneren van de huisarts werden door het PHV-bestuur als een uitdaging ervaren. Handhaving en verbetering van de kwaliteit van hulpverlening stonden voor het bestuur voorop. Een belangrijk middel bleek een beperking van de praktijkomvang en dus een vestigingsbeleid te zijn. De mogelijkheid van een regeling door de overheid werd ervaren als een bedreiging. Dit werd versterkt door de bestemming van Eindhoven als proefregio in het experiment "bestuursregeling van gezondheidszorg" en door de beleidsplannen van de ziekenfondsen met betrekking tot de eerstelijn. De stelling in de discussies werd daardoor: "als wij zelf niets doen, regelen anderen het voor ons".
Een andere reden tot bezinning was de voorgenomen decentralisatie van de zestien huisartsen van de PMD naar wijkgezondheidscentra. Een belangrijke conclusie van de Bosrandgroep was dat een hogere organisatiegraad van de huisartsengroep een noodzakelijke voorwaarde is om via een vestigingsbeleid de problemen op te lossen. Wat betreft het vestigingsbeleid werd onder meer vastgesteld dat er normen ontwikkeld moesten worden voor een minimum en maximum praktijkomvang, de omvang van het werkgebied, de indeling van de regio's en de striktheid van de grenzen van de regio's. Er werden enkele concrete voorstellen gedaan voor een reorganisatie. Wat betreft de gevestigde huisartsen werden de volgende voorstellen gedaan:

- de huisarts praktizeert op den duur uitsluitend in de wijk waar hij woont of waar een groepspraktijk of gezondheidscentrum is, maar voorlopig ook nog in aanpalende wijken;

- in andere wijken wordt een patiëntenstop gehanteerd;
- patiënten die naar andere wijken verhuizen, worden niet gevolgd;
- er vindt een actieve uitwisseling van patiënten plaats;
- bij praktijkoverdracht kan de nieuwe huisarts alleen de patiënten overnemen in de wijk waar de praktijk gevestigd is en moet hij beneden een maximum aantal patiënten blijven; de overige patiënten worden overgenomen door de huisartsen in wier wijken zij wonen en bij wie ze zich laten inschrijven.

Voor nieuwe vestigingen werden de volgende regels voorgesteld:
- verplichte beperking tot één wijk;
- ook bij praktijkovername beperking tot één wijk;
- de praktijk mag de maximum norm niet overschrijden.

Vervolgens werd een plan gepresenteerd hoe een vestigingsbeleid georganiseerd kan worden op langere termijn landelijk, op korte termijn plaatselijk. Het plan voor lange termijn voorziet in een aantal fasen:

Fase 1: Inventarisatie. Hierbij wordt nagegaan wat de huisartsen met het vestigingsbeleid willen bereiken. Maximale inspraak en openheid zijn geboden.

Fase 2: Overleg met hulpverleners van de andere disciplines in de eerste lijn, waarin normen zouden worden vastgelegd voor de praktijkgrootte, de begrenzing van de werkgebieden en de financiële implicaties van het hanteren van een bepaalde rekennormpraktijk, van onkostenvergoedingen in gezondheidscentra en in groepspraktijken en van schadeloosstelling bij regionalisering en maximering.

Fase 3: Totstandkoming van een wettelijk kader waarin vastgelegd worden de regels, de controle daarop, de sancties bij overtreding en de mogelijkheden van beroep tegen besluiten.

Fase 4: De organisatie van de huisartsengroep zou ter hand genomen moeten worden door een regionaal bureau, dat verder ingeschakeld zou kunnen worden bij de controle op de naleving van de afspraken en de uit-

oefening van sancties, bij advisering en afwikkeling van de financiële consequenties van het vestigingsbeleid en de herverkaveling van de praktijken.

Het plan voor de korte termijn voorzag in:
- informatie-overdracht naar, motivering van en besluitvorming door de leden van de PHV Eindhoven;
- de oprichting van een regionaal bureau;
- concretisering van de plannen en het maken van overeenkomsten.

Alles bij elkaar werd een ambitieus plan gepresenteerd aan de leden van de PHV Eindhoven. Het voorstel was de plannen te bespreken in workshops per sub-regio. Daarbij zou deskundige begeleiding noodzakelijk zijn. Reden waarom medio 1977 aan het Nederlands Huisartsen Instituut gevraagd werd hierbij behulpzaam te zijn.

Het metaplan

Het NHI was gaarne bereid de gevraagde bijstand te leveren. Er werd overeengekomen dat de begeleiding de volgende doelstellingen zou hebben:
- huisartsen motiveren voor en betrekken bij het tot stand komen van het vestigingsbeleid voor Eindhoven en omstreken;
- de door de huisartsen gezamenlijk gedragen verantwoordelijkheid bevorderen voor procedures, die kunnen leiden tot het vestigingsbeleid.

Overwogen werd dat de Bosrandgroep een voortrekkersfunctie vervuld had bij de meningsvorming over een eventueel vestigingsbeleid, maar dat de overige huisartsen er slechts weinig bij betrokken waren en dat de inzichten van de Bosrandgroep niet erg bekend waren. De Bosrandgroep had voorgesteld de huisartsen in workshops per wijk of gemeente te informeren en vervolgens op basis van gegevens uit de inventarisatie gezamenlijke normen te ontwikkelen, die afgestemd zouden zijn op de lokale mogelijkheden. Daarnaast zou de juridische afdeling van het bureau van de LHV gevraagd worden alterna-

tieven uit te werken voor de bestuursstructuur en er zou een commissie ingesteld worden om een regionaal bureau tot stand te brengen conform het plan op korte termijn.
Het NHI adviseerde echter een andere vorm als begeleidingsmodel, het zogenaamde metaplan. Alle huisartsen in Eindhoven werden uitgenodigd voor een van de twee, kort na elkaar te houden bijeenkomsten. Gedurende een hele dag zou dan op sterk gestructureerde wijze informatie overgedragen worden en zouden de meningen gepeild worden. Door twee dagen te organiseren zouden alle huisartsen kunnen deelnemen in twee groepen van ongeveer zestig man. Besluiten zouden op deze dagen niet genomen worden; dat zou pas later tijdens de regulaire PHV-vergaderingen plaatsvinden.
Deze gang van zaken zou ertoe kunnen leiden dat het tot stand komen van het vestigingsbeleid als een collectieve beslissing wordt ervaren en dat belemmerende en bedreigende omstandigheden zoveel mogelijk in een open discussie besproken en opgelost worden. De twee dagen zijn gehouden op 14 maart en 13 april 1978 en zijn door 102 van de 130 huisartsen van de PHV Eindhoven bezocht. De meerderheid van de aanwezigen verklaarde de dagen als min of meer positief beleefd te hebben. Aan alle leden van de PHV werd een uitvoerig verslag gezonden van het verloop van de dagen, met daarin opgenomen de vele en genuanceerde meningen die geuit werden. Ook nu bleek dat een grote meerderheid van de deelnemers van mening was dat er in de regio Eindhoven verder gewerkt zou moeten worden aan een vestigingsbeleid.
Er werden duidelijke voorwaarden genoemd waaraan de verdere ontwikkeling van het vestigingsbeleid moest voldoen:
- besluiten zouden genomen moeten worden door de weekenddienst-groepen samen met het PHV-bestuur;
- het vestigingsbeleid zou ontwikkeld moeten worden in samenspraak met de andere eerstelijnswerkers;
- een pluriforme praktijkbeoefening zou behouden moeten blijven;
- er zou rekening gehouden moeten worden met verschillen tussen de stad en de dorpen in de Agglomeratie Eindhoven;
- er zouden neutrale professionele adviseurs ingeschakeld moeten worden.

In de voorbereidingsfase zouden een aantal werkgroepen en een stuurgroep ingeschakeld moeten worden met als taak de juridische en financiële problemen alsmede de problematiek van de subregionalisatie te inventariseren en te verduidelijken. Deze fase zou één à twee jaar duren. De uitvoering in de subregio's zou vijf tot tien jaar duren.
Het PHV-bestuur besefte dat een goede en frequente communicatie met de leden noodzakelijk was, maar dat dit via de gebruikelijke ledenvergadering niet te bereiken was. Men kwam tot een constructie, waarbij vertegenwoordigers van de weekenddienst-groepen samen met het bestuur plannen konden maken en procedures konden afspreken. De vertegenwoordigers kregen daarvoor mandaat van hun groepen, waaraan zij ook weer terug rapporteerden. Deze werkwijze bleek goed te voldoen.

De werkgroepen

In de loop van 1978 werden de werkgroepen ingesteld. In de eerste plaats een juridische werkgroep, die tot taak kreeg een kader te ontwerpen, waarbinnen een vestigingsbeleid voor alle gevestigde huisartsen en alle zich nieuw vestigende huisartsen gevoerd zou kunnen worden. Daarbij moest onder andere bekeken worden wat de voor- en nadelen van een privaatrechtelijke of publiekrechtelijke regeling zijn en of de huisartsen zich in een nieuwe vereniging of stichting zouden moeten organiseren. Verder werden werkgroepen ingesteld voor de oprichting van het regionale bureau, voor het uitwerken van een beleidsvisie op langere termijn, voor de informatie-overdracht aan patiënten en de pers en voor de bestudering van de financiële consequenties. Een belangrijke groep is tenslotte nog de groep die zich met de subregionalisatie bezighield. Deze groep heeft door hoorzittingen de meningen van de huisartsen geïnventariseerd over de indeling van werkgebieden. Dit heeft geleid tot een voorlopige indeling van Eindhoven in zeven praktijkgebieden met elk ongeveer 30.000 inwoners. Zeventig procent van de Eindhovense huisartsen bleek bereid te zijn de praktijken binnen vijf jaar te beperken tot een of twee wijken. Met de vertegenwoordigers van de andere disciplines in de eerste lijn werden besprekingen gevoerd om te komen tot

een afstemming van de werkgebieden.
Begin 1979 werd het Nationaal Overleg Beleid in de Eerste Lijn geïnformeerd over de plannen in Eindhoven. Aan het NOBEL werd gevraagd behulpzaam te zijn bij de uitvoering. Dit overlegorgaan verstrekte aan het samenwerkingsproject S-1 de opdracht om de plannen tot afstemming van werkgebieden te begeleiden (het kreeg de naam AWEL-project: Afstemming Werkgebieden in de Eerste Lijn).
In april 1980 werd door S-1 een verslag naar aanleiding van de activiteiten tot dan toe als afsluiting van de zogenaamde "intake" aan de Eindhovense eerstelijnsorganisaties ter discussie aangeboden. Inmiddels is in Eindhoven de Commissie Samenwerking Eerstelijn (SEL) tot stand gekomen, waarin de eerstelijnsorganisaties en de gemeente vertegenwoordigd zijn. In dit gezelschap is het rapport van S-1 besproken. Dit resulteerde in een opdracht aan S-1 om de verdere begeleiding van het project afstemming werkgebieden op zich te nemen. Na de rapportage van de eerder genoemde werkgroepen heeft de ledenvergadering van de PHV in juni 1979 drie nieuwe groepen ingesteld, te weten:

- een groep die later een blijvende commissie vestigingsbeleid zal worden;
- een groep die een vragenlijst moet produceren om inzicht te krijgen in de individuele situatie van de huisartsen en hun wensen op het gebied van praktijkvoering (kwalitatief, organisatorisch en financieel). De vragenlijst moet gegevens opleveren die gebruikt kunnen worden in de onderhandelingen met de lokale overheid, met de op een wachtlijst staande gegadigden voor een vestigingsplaats in Eindhoven, met andere eerstelijnsorganisaties en met de gezondheidscentra; de concept-vragenlijst moest herzien worden omdat veel huisartsen sommige vragen toch als te bedreigend, te vérgaand en te indringend ervoeren. De herziene vragenlijsten zijn inmiddels rondgestuurd;
- tenslotte een werkgroep "praktische zaken"; deze gaat zich bezighouden met concrete onderwerpen, zoals samenwerking met wijkverpleging na ontslag van ziekenhuispatiënten, het begeleiden van arbeidsongeschiktheid en samenwerking met apothekers en fysiotherapeuten.

Contacten met de LHV

Vanaf het begin heeft de PHV Eindhoven nauw contact onderhouden met het Centraal Bestuur van de LHV. Het CB heeft steeds belangstelling getoond en daadwerkelijk bijgedragen, bijvoorbeeld door deelname aan de begeleidingscommissie en financiële ondersteuning van het inventariserende onderzoek en later door participatie in de Bosrandgroep. Een verzoek om subsidiëring van de metaplan-dagen werd echter afgewezen. De PHV Eindhoven trachtte aannemelijk te maken dat de ontwikkelingen in Eindhoven van landelijk belang zijn als precedent, als experiment en in het kader van de aanwijzing van Eindhoven als proefregio. De ervaringen in Eindhoven zouden indicaties kunnen geven voor de wijze waarop vestigingsbeleid op landelijk niveau gerealiseerd zou kunnen worden. Het CB daarentegen meende dat de ontwikkelingen in Eindhoven op ongewenste wijze kunnen interfereren met de landelijke ontwikkelingen. De in de Blauwdruk neergelegde visie zou de Eindhovense plannen kunnen doorkruisen. Het CB had enige twijfels of het metaplan wel de goede methode zou zijn om tot meningsvorming te komen en vroeg zich af of het totale plan in deze vorm wel kans van slagen zou hebben. Niettemin is er ook nadien een intensief contact met het CB van de LHV blijven bestaan.

4. De huidige toestand

De Kruisvereniging Eindhoven, het Instituut voor Maatschappelijk Welzijn[2] en de PHV Eindhoven hebben afspraken gemaakt over de subregionalisatie. Zij zullen dezelfde grenzen hanteren van de subregio's (gebieden met 20.000 tot 40.000 inwoners). In zuidelijk Eindhoven vallen de gebieden samen met de grenzen van de wijken Tongelre, Stratum, Gestel en Strijp. De veel grotere wijk Woensel is in drie stukken verdeeld, maar bij de huisartsen is daar nog geen eenstemmigheid over en afstemming van de werkgebieden wordt daar gezien als een ontwikkeling die wellicht tien jaar kan duren. De beperking van het werkgebied van de huisartsen tot de subregio's wordt gezien als een langdurig proces, dat nog maar net begonnen is. Het gaat er overigens voor de betrokkenen niet

alleen om afstemming te bereiken van werkgebieden, maar ook om de interdisciplinaire samenwerking te bevorderen. Afstemming van werkgebieden wordt als belangrijke voorwaarde gezien om tot betere samenwerking te kunnen komen.
Bij het spreken over samenwerking wordt onderscheid gemaakt tussen extensieve en intensieve samenwerking. Met extensieve samenwerking wordt een vorm bedoeld met een breed samengestelde groep, die regelmatig overlegt - bijvoorbeeld eenmaal per maand - in elke subregio. Met intensieve samenwerking wordt een frequent, geformaliseerd overleg bedoeld tussen een beperkt aantal werkers, die eenzelfde cliëntenbestand hebben (binnen de subregio), zoals dat plaatsvindt in een team van een gezondheidscentrum of in een hometeam (deze laatste vorm van samenwerking bestaat overigens niet in de regio Eindhoven). Over de wenselijkheid van extensieve dan wel intensieve samenwerking wordt genuanceerd en vooral verschillend gedacht. Met name de Kruisvereniging Eindhoven zegt dat intensieve samenwerking wel mogelijk is, mits dat niet het enige overleg is. Hiermee bedoelt men dat wijkverpleegkundigen, die deelnemen aan een intensief samenwerkingsverband, ook deel moeten uitmaken van een basiseenheid en daarin ook daadwerkelijk moeten functioneren (een basiseenheid is een samenwerkende groep wijkverpleegkundigen in een bepaalde subregio die een organisatorische eenheid vormen en onder andere voor elkaar waarnemen). Het Algemeen Maatschappelijk Werk is in meerderheid geporteerd voor extensieve samenwerking en geneigd vast te houden aan het werken vanuit de eigen (mono-disciplinaire) wijkbureaus en teams. Het geringe aantal algemeen maatschappelijk werkers is in verhouding tot het aantal huisartsen en wijkverpleegkundigen een extra probleem om tot meer intensieve samenwerkingsvormen te komen.
Al met al lijkt het erop dat zowel bij de Kruisvereniging Eindhoven als bij de instellingen voor maatschappelijk werk een duidelijke visie op de samenwerking nog ontbreekt. De ervaring dat het voor een hulpverlener niet of nauwelijks mogelijk is tegelijkertijd in twee samenwerkingsteams te functioneren (ook in Eindhoven is deze ervaring opgedaan), is voor de Kruisvereniging geen reden om af te zien van het intensieve, niet-exclusieve concept. Een dualisme dat naar mijn mening

niet haalbaar is. Het wijst erop dat men interdisciplinaire of multidisciplinaire, intensieve samenwerking met de mond belijdt, doch in werkelijkheid absolute prioriteit geeft aan de eigen gecentraliseerde infrastructuur.
Intussen kan de subregionalisatie, wat de PHV Eindhoven betreft, niet los worden gezien van het vestigingsbeleid. De huisartsen gaan daarbij uit van een pluriforme praktijkvoering, dat wil zeggen intensieve samenwerkingsverbanden, extensieve samenwerkingsverbanden en solistisch werkende huisartsen naast elkaar in een subregio.
Bij het vestigingsbeleid gaat het om verkaveling van de praktijken, de ontwikkeling van gedragscodes voor nieuwe vestigingen en praktijkovernamen en de maximering van de praktijkgrootte. Ondanks de activiteiten in 1978 en 1979 komt een concreet beleid nog altijd niet van de grond. Het lijkt alsof bestuur en leden van de PHV nu afwachten tot landelijke regelingen tot stand komen. Voor het bestuur van de PHV is het een groot probleem dat er nauwelijks ruimte is om een beleid te voeren en dat er geen machtsmiddelen zijn om eenmaal gemaakte afspraken te doen nakomen.
De decentralisatie van de Philips Medische Dienst vordert echter gestaag. In verschillende wijken worden vestigingsplaatsen voor de huisartsen tot stand gebracht. De verkaveling van de praktijken van de 16 Philips-huisartsen met in totaal ongeveer 40.000 patiënten is praktisch voltooid, zodat deze artsen nu hun werkgebieden daadwerkelijk beperkt hebben. De Stichting Gezondheids Centra Eindhoven zal de wijkgezondheidscentra en groepspraktijken als rechtsopvolger van de PMD per 1 januari 1982 in beheer en eigendom verkrijgen. Voorlichting aan de bevolking en vooral participatie zijn nog maar nauwelijks van de grond gekomen, hoewel dit steeds weer hoog in het vaandel van alle betrokkenen geschreven staat. De Stichting Gezondheids Centra Eindhoven heeft participatie van de bevolking zelfs als een belangrijke doelstelling en wil hierin ook veel investeren.

5. Terugblik

Al bijna tien jaar nu staat de kwestie van het vestigingsbeleid voor huisartsen in het centrum van de belangstelling in de PHV in Eindhoven. Veel en langdurig is erover gediscussieerd, vaak emotioneel. Veel energie is erin gestoken door bestuur, belangstellenden, maar ook door de meeste leden van PHV. Daadwerkelijke activiteiten van niet geringe omvang en kosten zijn ondernomen en toch schijnt de regio Eindhoven nu te wachten, totdat er landelijke regelingen tot stand komen. De omstandigheden zijn in de loop der jaren wel sterk veranderd. Was er tien jaar geleden nog een huisartsentekort, nu is het omgekeerde het geval. Lag tien jaar geleden de nadruk meer op de vestiging van nieuwe huisartsen en praktijkoverdracht, nu lijkt die meer te liggen op subregionalisatie: herverkaveling, afstemming van werkgebieden, mogelijkheden om tot samenwerking met de andere eerstelijnswerkers te komen en maximering van de praktijkgrootte.
De discussies zijn in het begin van de jaren zeventig zeker beinvloed door de oprichting van de Stichting Medisch Sociaal Centrum Herzenbroeken, die experimenteel een wijkgezondheidscentrum zou gaan beheren. De vestiging van de eerste huisarts zou "beschermd" plaatsvinden; dat wil zeggen het werkgebied voor deze huisarts, en later voor meerdere huisartsen die in het centrum zouden gaan werken, werd strikt beperkt tot een nieuwbouwwijk, waarin het gezondheidscentrum gevestigd werd. De andere Eindhovense huisartsen spraken af niet in dat gebied te praktizeren. Het eerste is wel gebeurd; van het tweede is maar weinig terecht gekomen. Tenslotte speelde in die jaren de ervaring van het Officium Nobile (dat in 1968 in Eindhoven opgericht was) met de problematiek rond vestiging en praktijkoverdracht zeker ook een rol bij het aangaan van de discussie over het vestigingsbeleid.
Terugkijkend valt het op dat het Bestuur van de PHV steeds de discussies over vestigingsbeleid aangezwengeld heeft en in de meningsvorming erover voorop liep. Telkens na een periode van discussie krijgt het bestuur mandaat van de ledenvergadering om verder te gaan en worden er concrete stappen ondernomen om de ontwikkeling van een beleid mogelijk te maken (het inventariserend onderzoek, de Bosrandgroep, de me-

taplan-dagen, enzovoort). Het Bestuur tracht woorden in daden om te zetten; de daden zijn echter telkens inventarisaties, weliswaar elke keer in een andere vorm. Het brainstormen van de Bosrandgroep kan men ook als een inventarisatie van ideeën, gedachten en plannen van "opinion leaders" zien! De laatste inventarisatie is de vragenlijst, die door een van de werkgroepen ontworpen is, in feite een aangepaste herhaling van het inventariserende onderzoek in 1975. Men kan zich afvragen of de "beschrijving" van een thans functionerend samenwerkingsproject of enkele projecten door S-1 niet ook weer als een volgende vorm van inventarisatie gezien moet worden.
De inventarisaties leveren stof voor nieuwe discussies en plannen; door middel van werkgroepen worden de plannen verder ontwikkeld. De daaropvolgende stap is kennelijk telkens een stap te ver; tot uitvoering van de plannen kan het PHV-bestuur niet komen en de cyclus herhaalt zich. Niettemin hebben alle betrokkenen het gevoel dat er vorderingen zijn gemaakt, kleine stapjes vooruit in een lange periode, waarin veel en goed werk gedaan is. Onomstotelijk waar is dat er thans in de regio Eindhoven veel meer betrouwbare informatie over de praktijkvoering door huisartsen beschikbaar is dan tien jaar geleden. Intussen zijn de omstandigheden ook gewijzigd en zijn alle voorbereidingen getroffen om een vestigingsbeleid tot stand te brengen. Nu is het wachten totdat de beroepsgroep stappen op landelijk niveau onderneemt. Hoe lang dit nog zal duren, is moeilijk te schatten, maar maatschappelijke factoren doen de druk op de beroepsgroep steeds toenemen. Het zou wel eens kunnen zijn dat de totstandkoming van een vestigingsbeleid binnen een wettelijk kader, zoals nu door de Landelijke Huisartsen Vereniging nagestreefd wordt, de eerste belangrijke stap is in de richting van het afstand doen van het veel geprezen vrije ondernemerschap van de huisarts. Het is niet toevallig dat huisartsen in samenwerkingsverbanden en in dienstverband minder problemen hebben met het tot stand komen van een vestigingsbeleid dan de vrije ondernemers in onze beroepsgroep. De meerderheid van de laatsten heeft een type praktijkvoering en organisatie, dat zich moeilijk leent voor herverkaveling en maximering en waarbij een actief vestigingsbeleid vèrgaande gevolgen heeft op financieel en orga-

nisatorisch gebied. Het lijkt erop dat sommige politici en maatschappelijke groeperingen, die aandringen op het tot stand komen van een door de overheid gecontroleerd vestigingsbeleid, weinig oog hebben voor de ingrijpende veranderingen, die dat voor veel huisartsen en hun patiënten meebrengt. De ingewikkeldheid, het vele (onder andere administratieve) werk, de financiële aderlating en vooral de emoties van het verbreken van vaak jarenlang bestaande, goede en hechte relaties, zal veel huisartsen doen aarzelen deze rationeel volkomen verantwoorde en door de meesten onderschreven stap ook daadwerkelijk te zetten.
Al met al blijkt een vestigingsbeleid vèrgaande maatschappelijke en financiële consequenties te hebben voor huisartsen, maar ook voor de hele Nederlandse bevolking. De problematiek hangt ten nauwste samen met maatschappelijke opvattingen over het vrije ondernemerschap, de plaats van de huisarts in het gezondheidszorgsysteem, rechten van de patiënt, eisen waaraan de eerstelijnshulpverlening moet voldoen en zo meer. Door huisdokters wordt vaak defensief over vestigingsbeleid gedacht en gesproken; de dreiging ervan wordt blijkbaar sterker ervaren dan de voordelen ervan, waardoor het maar moeilijk tot een verwerkelijking van een vestigingsbeleid kan komen.
Twee punten wil ik nog noemen die in Eindhoven bijgedragen hebben tot het uitblijven van concrete maatregelen:

- het verschil in optiek tussen de PHV en het Bestuur van de LHV. De eerste staat een regeling voor op basis van vrijwilligheid, uitgevoerd door de beroepsgroep zelf en gemaakt "van onder op". Het LHV-bestuur wil een landelijke regeling met wettelijke basis en met sanctiemogelijkheden door de overheid. Deze tegenstelling is misschien minder groot dan zij lijkt, want ook in Eindhoven is gepleit voor een wettelijk kader en ook de LHV pleit voor een vestigingsbeleid van en door de beroepsgroep zelf;
- er lijkt in de tijd een verschuiving van opvatting te zijn in Eindhoven: aanvankelijk lag de nadruk op regeling en begeleiding van nieuwe vestigingen en afpalen van het eigen territorium van de huisarts; nu ligt misschien meer nadruk op subregionalisatie in de zin van afstemming van werkgebieden en samenwerking met andere werkers in de eerstelijn.

Bijlage 1: Regionalisering van de huisartspraktijken van de Philips Medische Dienst

Reeds in het begin van de jaren zeventig werd door de Philips Huisartsendienst begonnen met regionalisering. Tot dat moment hadden de 15 huisartsen die in dienstverband werkten van de Philips Medische Dienst de gehele stad Eindhoven als werkgebied, terwijl een aantal van hen ook nog particuliere patiënten onder behandeling had in de dorpen rondom Eindhoven.
Uit praktische overwegingen besloten sommige huisartsen de praktijken in bepaalde wijken van de zich snel uitbreidende stad te sluiten, dat wil zeggen daar geen nieuwe patiënten aan te nemen en de patiënten die uit andere wijken naar de "gesloten" wijk verhuisden, niet meer te volgen. Voor de hand lag dat over het algemeen wijken werden gesloten, waarin men slechts een klein patiëntenbestand had. De ervaring wees uit dat deze methode in enkele jaren tijd tot een flinke vermindering leidde van het patiëntenbestand in een bepaalde wijk. Incidenteel werd door anderen in het kader van praktijkverkleining een deel van de praktijk in één bepaalde wijk overgedragen aan een jonge collega.
Bij de volgende, meer systematische aanpak van regionalisering lieten zich drie fasen onderscheiden. De eerste fase bestond eruit dat een opvolger bij vertrek van een huisarts, bijvoorbeeld in geval van pensionering, alleen patiënten uit een bepaalde wijk van de praktijk overnam. Slechts dat deel van de patiënten werd overgenomen, dat woonachtig was in de wijken die het toekomstige werkgebied van de nieuwe huisarts zouden vormen. De overige patiënten werd verzocht te kiezen uit huisartsen, die het gebied waarin zij woonden, als werkgebied hadden gekozen.
Alle patiënten van de vertrekkende huisarts kregen een brief, waarin de voor hen geldende regeling werd verduidelijkt. Dat betekende dat er per wijk verschillende brieven moesten worden geschreven. Ook aan de patiënten in het deel van de praktijk dat door een opvolgende huisarts werd overgenomen, werd een aantal andere huisartsen als keuzemogelijkheid aangeboden. Door een bepaalde volgorde van namen te kiezen (de bovenste naam werd het meest gekozen!) en door aanbe-

velingen te doen, kon een aanzienlijke sturing in de richting van een bepaalde huisarts worden verkregen.
De tweede fase van het regionaliseringsproces omvatte het actief afstoten van bepaalde delen van praktijken. Dit geschiedde op twee manieren; de eerste als afronding van de zojuist beschreven methode. Indien namelijk na een aantal jaren in een "gesloten" wijk nog slechts een klein aantal mensen tot de praktijk behoorde, werd aan deze mensen het verzoek gericht een andere huisarts te kiezen met als motivering de regionaliseringsgedachte en omdat de betreffende huisarts nog maar weinig cliënten in die wijk had. Dit werd meestal mondeling door de huisarts zelf gedaan bij een door de patiënt gevraagd huisbezoek of spreekuur-contact.
De tweede manier van actieve praktijkverkleining en regionalisering was het afstoten van een wijk die voorheen nog niet gesloten was. In die gevallen werd de betreffende patiënten meestal in een persoonlijke brief verzocht een andere huisarts te kiezen, waarbij dan tevens de motivering voor dit verzoek gegeven werd. In alle gevallen werd aan de patiënten meegedeeld dat indien er belangrijke (medische) redenen waren om van de regels af te wijken, dit altijd mogelijk was, zulks in overleg met de "oude" huisarts.
Tot slot was er nog een derde fase nodig om de regionalisering van alle vijftien praktijken te voltooien. In deze fase moest er een werkelijke ruil van praktijkdelen plaatsvinden in een betrekkelijk kort tijdsbestek. Ook in dit geval werden alle patiënten in persoonlijke brieven benaderd door hun eigen huisarts en werd hun medewerking gevraagd voor het kiezen van een andere huisarts. Daarnaast werd via artikelen in de Philips Koerier, het eigen weekblad van de NV Philips, voorlichting gegeven over het hoe en waarom van de hele procedure. Als hoofdwerkgebied heeft iedere huisarts nu een bepaalde wijk, waarin 20.000 tot 40.000 mensen wonen en heeft hij zijn patiënten in aanpalende wijken behouden, maar worden deze wijken als "gesloten" beschouwd zoals boven omschreven.
Absolute voorwaarde voor het slagen van de regionalisering is dat er een goede en toegankelijke registratie is van patiëntenbestanden. Er moet per wijk, per arts een patiëntenbestand gepresenteerd kunnen worden, compleet met adreslijsten.

Doordat bij de Philips Medische Dienst de "burgelijke stand" van de huisartspraktijken in een computer-bestand was opgeslagen, was het mogelijk aan bovengenoemde voorwaarde te voldoen. Overigens zijn de ledenadministraties van de meeste ziekenfondsen op vergelijkbare wijze in computer-bestanden opgenomen.
Gedurende het hele proces is veel aandacht besteed aan voorlichting van de patiënten, aan het scheppen van voldoende keuzemogelijkheden en het bieden van ruimte voor allerlei uitzonderingsgevallen. Daarnaast had overleg plaats met ziekenfondsen en ook met de ondernemingsraad van Philips. In enkele gevallen zijn voorlichtings- en discussieavonden voor patiënten georganiseerd. Niettemin is de zozeer gewenste patiënteninspraak in het hele proces niet goed van de grond gekomen. Een belangrijke reden hiervoor was dat kennis noch ervaring noch mogelijkheden en middelen aanwezig waren om op een dergelijke grote schaal een goede inspraakprocedure te ontwerpen (uiteindelijk besloeg de totale patiëntenbevolking van de 15 huisartsen ongeveer 40.000 mensen!). Dit is echter wel steeds als een gemis beschouwd.
Al met al blijkt de algehele regionalisering van bestaande huisartspraktijken een proces te zijn dat al gauw een tiental jaren in beslag neemt.

Bijlage 2: Voorbeeld van een patiëntenbrief

Aan mijn patiënten in wijk X,

Beste Mensen,

Velen van U zullen het afgelopen jaar al iets gehoord of gelezen hebben over de veranderingen, die zich voltrekken bij de huisartsendienst van Philips. Samen met de Plaatselijke Huisartsen Vereniging streven wij naar een wijkindeling van de stad, hetgeen betekent dat huisartsen, die gevestigd zijn in een bepaalde wijk, zich wat hun praktijk betreft tot die wijk beperken.
Het ligt in onze bedoeling in elke wijk een centrum op te richten, vanwaar huisartsen ten behoeve van patiënten in

die wijk kunnen samenwerken met elkaar en met maatschappelijk werkenden, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten en andere hulpverleners. We zijn bezig de plannen stap voor stap te realiseren. Zo zijn in oktober 1978 dokter .... en dokter .... als eersten naar wijk X verhuisd en heeft dokter .... in maart 1980 zijn praktijk naar wijk Y verplaatst.
Per 5 september a.s. wordt het team van het Gezondheidscentrum in wijk X uitgebreid met een derde huisarts, dokter ...., die alleen in wijk X praktijk zal gaan doen. In de nabije toekomst zullen dokter .... en .... zich in wijk Z vestigen en zal ik samen met dokter .... de praktijk verplaatsen naar wijk S. Al deze veranderingen hebben ook consequenties voor U en voor mij. Omdat mijn praktijk in wijk S - wat dus mijn eigen wijk wordt - steeds groter wordt, moet ik helaas mijn patiënten die niet in wijk S wonen, vragen een huisarts in hun eigen wijk te kiezen.
Om zoveel mogelijk overbelasting van de andere artsen te voorkomen, vraag ik U die in wijk X woont, U over te laten schrijven naar dokter ...., die daar zoals gezegd vanaf 5 september a.s. praktijk zal gaan doen en die gaarne bereid is de zorg voor U en Uw gezin op zich te nemen. Indien U echter voorkeur hebt voor een andere arts, kunt U dit natuurlijk met mijn assistente of met mij overleggen (ons telefoonnummer is ...-.....). Hoe U een en ander administratief kunt regelen, vindt U in het schrijven van de afdeling Informatica van de Philips Medische Dienst, dat bijgevoegd is. Ik wil U wel vragen vóór 15 september Uw keuze kenbaar te maken.
Dit betekent dat ik afscheid van U zal moeten nemen. Ik houd uit deze tijd vele dierbare herinneringen over van al het lief en leed dat ik met velen van U heb mogen delen. Voor het door U in mij gestelde vertrouwen dank ik U oprecht. Ik wens U en de Uwen een lang en gelukkig leven toe en draag vol vertrouwen de zorg voor U en Uw gezin over aan Uw nieuwe huisarts.

Noten

Hoofdstuk 1 - Vestigingsbeleid voor huisartsen; Inleiding op de artikelen in de bundel (P. P. Groenewegen).

1. Cijfers uit de Huisartsenregistratie, NHI, 1980.
2. Groenewegen, P. P., Studies uit de Huisartsenregistratie; Registratie Adspirant Huisartsen; Peiling 1980, Utrecht, NHI, 1981.
3. Vroege, N.H., "Verminderde belangstelling voor het huisartsenberoep", Medisch Contact, 1968, 390-391.
4. Mulder, H.C., Tj. Tijmstra en W.E. Wallinga, "Herverdeling van huisartspraktijken", Medisch Contact, 1975, 53-59.

Hoofdstuk 2 - Terug naar af: artikelen in Medisch Contact over artsentekorten en -overschotten (J. O. M. Zaat).

Bij paragraaf 1 - Inleiding

1. Jaarverslagen en vergaderingsverslagen van KNMG en LHV zijn niet bekeken. Het zou overigens waardevol zijn om ook alle officiële stukken van de beroepsverenigingen, ziekenfondsen en overheid te bestuderen.

Bij paragraaf 2 - Van tekort tot overschot

1. Sinds 1943 bestaat er officieel een maximum grens van de Ziekenfondspraktijkgrootte. Deze is in een rondschrijven van 2 juli 1943 van de VIII-afdeling van de Commissaris belast met toezicht op het Ziekenfondswezen, de voorloper van de Ziekenfondsraad, gesteld op 3000 fondsverzekerden. Echte sancties op overschrijding zijn er voor zover ik weet nauwelijks geweest. In Medisch Contact is over dit onderwerp verder niets te vinden.
2. Hogerzeil, H.S., Tekort aan artsen, M.C. 1946, 109.
3. Heilbron, L.G., Ingezonden brief, M.C. 1946, 409.
4. Beumer, G., Medische studenten, M.C. 1948, 637-638.
5. Door de sluiting van de universiteiten in de bezettingsjaren nam het aantal studenten van 1946 tot 1949 explosief toe. De cohorten '42-'45 moesten ook nog verwerkt worden, terwijl veel studenten die voor 1940 begonnen waren hun studie niet voltooid hadden.
6. Haar, Th. ter, De huisarts in de branding, M.C. 1950, 41-44.
7. Hoorn, P.M. van, Ingezonden brief, M.C. 1950, 104.
8. Bijlsma, Prof. Dr. U.G., Het aantal studenten in de geneeskunde, M.C. 1950, 354-357.
9. Hoogendoorn, D., Het aantal studenten in de geneeskunde en de a.s. overvulling van het beroep, M.C. 1950, 409-412.
10. Overzall, J. J., Artsenbezetting in Nederland, M.C. 1950, 45.
11. Wibaut, F., Het teveel aan artsen in Nederland, M.C. 1951, 229-236.
12. Een opmerkelijk standpunt voor een Hoofd Bestuurslid in die tijd. In 1946 speelde immers het al eerder genoemde conflict tussen Hoofd Bestuurslid en enkele afdelingen over de maximum ziekenfondspraktijkgrootte en bemoeienis van de overheid bij de gezondheidszorg.

13. Roberts, W. J., Ingezonden brief, M.C. 1951, 240.
14. Drooglever Fortuin, H. J. W., Het tekort aan huisartsen, M.C. 1951, 327.
15. Wibaut, F., Enige gegevens betreffende de toekomstige behoefte aan medici, M.C. 1952, 741-744.
16. Veen, H., De spreiding der artsenpraktijken in Nederland, M.C. 1954, 748-752. Een peildatum voor de cijfers noemt Veen helaas niet. Het is niet helemaal duidelijk of hij nu 1930 of 1947 bedoelt.
17. Heringa, G. C., Over het artikel "de conflictsituatie der artsen", M.C. 1951, 4-8.
18. Groot, M. de, Bestaansmogelijkheden voor medici en emigratiekansen, M.C. 1951, 83-84.
19. Groot, M. de, Bestaansmogelijkheden voor medici en emigratiekansen, M.C. 1951, 280-281.
20. Coppens, A. H. S., Grootte Ziekenfondspraktijken, M.C. 1946, 116.
21. Heuvel, G. C. van der, De huisartsenpraktijk in verband met het Ziekenfondswezen, M.C. 1948, 567-571.
22. Jaarverslag Ziekenfondsraad 1954, M.C. 1955, 259.
23. Bericht van het Hoofdbestuur, Overnemen van praktijken, M.C. 1947, 94.
24. Bericht HB, Overnemen van praktijken, M.C. 1949, 573.
25. Bericht HB, Overneming som praktijken, M.C. 1947, 526-527.
26. Heringa, G. C., Een vestigingsbureau voor artsen naar het ontwerp van coll. Kolstee, M.C. 1951, 173-176.
27. Mededeling HB, M.C. 1950, 554.

Bij paragraaf 3 - Het dreigend tekort

1. WHO, Vacature in het buitenland, M.C. 1956, 14; 76 klinici en 30 laboratoriumartsen.
2. Artsentekort in Amerika, M.C. 1958, 239; 20 procent van de toegestane begrotingsruimte blijft bij gebrek aan mankracht ongebruikt.
3. Artsentekort in Liberië, M.C. 1958, 263.
4. Public Service of the Penitory of Papua and New Guinea Vacancies, M.C. 1956, 478-479.
5. Dekker, G., Nederlandse artsen in het buitenland, M.C. 1958, 523-526.
6. Borst, J. G., Minder artsen?, M.C. 1957, 124-125.
7. Minder artsen, M.C. 1956, 791.
8. Dekkers, H. J. N., Komen er in de toekomst teveel artsen?, M.C. 1957, 226-227.
9. Aanbod en behoefte aan academici tot 1980, M.C. 1959, 476. Naar aanleiding van de rapporten van de commissie Dalmulder (er verschijnen er nog meer) ontstaan steeds discussies over het al dan niet overeenstemmen van de cijfers met eerdere of andere cijfers. Binnen het bestek van dit artikel zal ik daar niet uitvoerig op ingaan.
10. Groot, C., Een circulus vitiosus van ongerijmdheden, M.C. 1960, 172-174.
11. Vragen in de Tweede Kamer, M.C. 1962, 848.
12. Hornstra, R., Dreigend tekort aan artsen? M.C. 1963, 80-82.
13. Dekker, G., Tewerkstelling van artsen in het buitenland en emigratiemogelijkheden, M.C. 1963, 427-428.
14. Aantal en omvang fondspraktijken, M.C. 1958, 204.
15. Fondspraktijken in 1957, M.C. 1958, 770.
16. Jaarverslag van de Ziekenfondsraad 1958, M.C. 1959, 636.

17. Helaas worden in het verslag van de Ziekenfondsraad over de praktijkgrootte in 1958 andere klassen van praktijkgrootte gebruikt. Vandaar dat wij van 1956-1958 een indeling van drie klassen gebruiken en van 1960-1964 een indeling van vijf klassen.
18. Jaarverslag van de Ziekenfondsraad 1959, M.C. 1960, 501.
19. Jaarverslag 1960 Ziekenfondsraad, M.C. 1961, 520.
20. Ziekenfondspraktijken van huisartsen, M.C. 1963, 785.
21. Uit het jaarverslag 1963 van de Ziekenfondsraad, M.C. 1964, 1758.
22. Uit het jaarverslag 1964 van de Ziekenfondsraad, M.C. 1965, 1755.
23. Huygen, F. J.A., Is er overbelasting voor huisartsen?, M.C. 1959, 141.
24. Buma, J. T., Huisartsen overbelast, M.C. 1959, 81.
25. Meininger, J. V., Een huisarts in gesprek met zichzelf, M.C. 1959, 262-264.
26. Rooyaards, W. S., De normatieve praktijk, M.C. 1960, 155.
27. Schalm, L. (rapporteur), Quo vadis? Over de toekomst van de geneeskundige verzorging, M.C. 1965, 896-899.
28. Fuite, K., De huisarts in gesprek met zichzelf II, M.C. 1959, 324.
29. Wijk, C. G. van, De status van de moderne huisarts, M.C. 1959, 415-420.
30. Schulte, B. C., Huisartsen overbelast?, M.C. 1959, 70.
31. Bericht van het Bureau Waarneming en Vestiging, M.C. 1956, 350.
32. Bericht van het Hoofdbestuur, M.C. 1956, 230.
33. Rapport associatie-commissie, M.C. 1958, 652-659.
34. Bericht van het Hoofdbestuur, M.C. 1955, 72-73.
35. Bericht Bureau Waarneming en Vestiging, M.C. 1958, 298.
36. Rooyaards, W. J., Praktijkoverdracht, M.C. 1961, 63-64.
37. Polak, A., Praktijkoverdracht, M.C. 1961, 110.

Bij paragraaf 4 - Moeilijke tijden

1. Kikkert, G. D., De onverkoopbaarheid van de huisartsenpraktijk, M.C. 1965, 1072-1074.
2. Artsenbehoefte en -voorziening, M.C. 1966, 1122.
3. Huygen, F. J. A. & J. van Es, Huisarts en Volksgezondheidsnota 1966, M.C. 1966, 359-360.
4. Redactioneel Commentaar; Numerus Clausus, M.C. 1966, 215-216.
5. Open brief van de voorzitter en secretaris van de K.N.M.G., M.C. 1966, 261.
6. Rijssel, T. van, Brief van het I.O.H. aan de K.N.M.G., M.C. 1966, 357-359.
7. Dijkhuis, H. J., Beperking aantal medische studenten, M.C. 1966, 361-367.
8. Verslag van het debat over de numerus fixus, M.C. 1966, 444-448.
9. Minister Veringa, Over prognoses toekomstig aantal artsen, M.C. 1968, 147-148.
10. Prof. R. Hornstra in Huisarts & Wetenschap over: Het toekomstig aantal huisartsen, M.C. 1968, 207-208.
11. Proefschrift van N.H. Vroege, Sociologie van de arts, M.C. 1968, 325-329.
12. LHV-commentaar, M.C. 1968, 329-330.
13. Vroege, N. H., Verminderde belangstelling voor het huisartsenberoep, M.C. 1968, 390-391.
14. Borst, J. G. G., W. P. Ezendam, Moeilijkheden bij het medisch onderwijs door sterke fluctuaties van het aantal studenten, M.C. 1968, 1243-1244.
15. Uit het rapport van de commissie Dalmulder, Nauwkeurige schatting aantallen academici tot 1980 en omtrent aanbod en behoefte is niet mogelijk, M.C. 1968, 907-910.

16. Rapport Gezondheidsraad: Toekomstige artsenbehoefte, M.C. 1969, 379-380.
17. Festen, H., Artsenbehoefte en artsenopleiding, M.C. 1969, 517-510.
18. Leeuw, J. I. van der, Het verloop van het huisartsenbestand in Nederland, M.C. 1969, 476-478.
19. Bol, F., Het dreigend tekort aan huisartsen, M.C. 1970, 945-946.
20. Huisartsentekort in Rotterdam, P.H.V. Rotterdam wendt zich tot gemeenteraad, M.C. 1970, 1380.
21. P.H.V. Rotterdam wil tien groepspraktijken om het dreigend tekort op te vangen, M.C. 1970, 1413-1414.
22. Vragen in de Eerste Kamer, M.C. 1970, 304.
23. Het huisartsenbestand in de drie grote steden, M.C. 1971, 81-82.
24. Dr. R. J. H. Kruisinga verwacht verbetering in ontwikkeling artsendichtheid, M.C. 1970, 347.
25. Kossman, H. A. e.a., Over het huisartsentekort, M.C. 1971, 911-919.
26. Knuttel, W. P. C., Een opgave voor ons. Waar vinden wij jonge huisartsen? M.C. 1971, 249-250.
27. Knuttel, W. P. C., Over het huisartsentekort, M.C. 1971, 996.
28. Meurs, J. H. van, Over het huisartsentekort, M.C. 1971, 996.
29. Kamerbeek, A. E. H. M., Over het huisartsentekort, M.C. 1971, 1256.
30. Jaarverslag Bureau Waarneming en Vestiging, 1970, M.C. 1971, 829.
31. Vrijstelling dienstplicht voor huisartsen wegens het tekort, M.C. 1972, 214.
32. Artsen te over na 1980? M.C. 1971, 1252.
33. Borst, J. G. G., Binnen zes jaar te veel artsen, M.C. 1973, 20.
34. Centrale Registratie Commissie, M.C. 1973, 16.
35. Huisarts en verloskundige voorzieningen, M.C. 1973, 727.
36. Hoeveel huisartsen in spé?, M.C. 1973, 316.
37. Open brief van Maatschappij-voorzitter en -ondervoorzitter aan alle artsen in Nederland, M.C. 1974, 73.
38. Het derde memorandum van de werkgroep Planning Medisch Wetenschappelijk Onderwijs, M.C. 1974, 167-170.
39. Enkele vermoedelijke consequenties van het te verwachten artsenaanbod, M.C. 1974, 1169-1177.
40. In een onderzoekje onder Leidse studenten blijkt in 1972 30 procent van het aantal zevendejaars studenten huisarts te willen worden tegen 20 procent in 1966, verg. Toenemende belangstelling voor huisartsenpraktijk volgens beroepskeuzeonderzoek Leidse studenten, M.C. 1974, 749.
41. Structuurnota Gezondheidszorg, Memoranda K.N.M.G., LHV, M.C. 1974, 1377-1386.
42. Sanders, H. W. A., Bepaling van de praktijkomvang van de gemiddelde Nederlandse huisarts, I, M.C. 1966, 784-787.
43. Leeuw, J. I. van der, Over de beroepsopleiding, M.C. 1967, 1173.
44. Uit het jaarverslag 1966, Ziekenfondsraad, M.C. 1968, 41.
45. Gegevens Ziekenfondsraad over 1968, M.C. 1968, 873.
46. Gegevens Ziekenfondsraad over 1969, M.C. 1972, 268.
47. G. H. I., Absolute aantal huisartsen daalt niet, M.C. 1966, 287.
48. Rapport van de Commissie van der Ven, M.C. 1967, 9-14.
49. Dijk, W. van, Geen plaats voor de aanstaande huisarts, M.C. 1974, 743-744.
50. Neven, E. J. J., Geen plaats voor de aanstaande huisarts, M. C. 1974, 834.
51. Leeuw, R. de, Artsenaanbod, M. C. 1974, 1303-1304.
52. Swart, J. H. H. de, Huisarts en het begrip vrije beroep, M.C. 1972, 1255.

53. Bol, F., Goodwill, M.C. 1972, 1245-1246.
54. Widt, R.A. de, Goodwill, M.C. 1974, 101-103.
55. Beek, H. van, Goodwill, M.C. 1974, 90.
56. Hilten, D. van, Goodwill, M.C. 1974, 284.

Bij paragraaf 5 - Van Blauwdruk tot vestigingsbeleid

1. Staatssecretaris vestigingsbeleid huisartsen, M.C. 1979, 677.
2. Capaciteit postacademische medische opleidingen van 1974-1980, Advies van de K.N.M.G.-werkgroep Artsenaanbod, M.C. 1975, 991-996.
3. De Capaciteit der medische vervolgopleidingen van 1975-1980, Uit de K.N.M.G.-werkgroep Artsenaanbod, M.C. 1976, 1301-1306.
4. LOMAG, LOKO, Artsenaanbod, M.C. 1976, 794-797.
5. Nawoord, M.C. 1976, 797.
6. Bol, F., Vraag en aanbod van artsen, M.C. 1977, 6.
7. Poorter, J., Vraag en aanbod van artsen in het jaar 2000, M.C. 1977, 269-273.
8. Thung, P. J. en M. de Gruil-van Egmond, De vraag naar artsen tien jaar terug en nu, M.C. 1978, 985-987.
9. Bol, F., Vestigingsbeleid, M.C. 1975, 883.
10. Regionale bijeenkomsten Blauwdruk, M.C. 1975, 1070.
11. Regionale bijeenkomsten over Blauwdruk-beleid L.H.V., M.C. 1975, 439.
12. Bol, F., L.H.V.-beleid, M.C. 1975, 1135.
13. LOMAG, LOKO, LOVAA Vestigingsproblemen, M.C. 1975, 1194.
14. Schaaf, H., Een alternatief vestigingsbeleid voor huisartsen, M.C. 1976, 617-621.
15. Wigersma, L., Vestiging van huisartsen een kwestie van vraag en aanbod?, M.C. 1976, 1251-1259.
16. De taken van de huisarts, M.C. 1977, 765-789.
17. Nieuwe Blauwdruk, M.C. 1977, 973-977.
18. Bol, F., Nieuw en oud Blauw, M.C. 1977, 971.
19. Kamphuis, W., Takenpakket en Nieuwe Blauwdruk, M.C. 1978, 100.
20. Bartelds, A. I. M., J.P. Dopheide en J. van der Zee, Nieuwe vestigingen van huisartsen, M.C. 1977, 459-468.
21. Bol, F., Vestiging en huisarts, M.C. 1977, 455.
22. Boeke, A. S. P. e.a., Vestigingsproblemen, M.C. 1979, 98.
23. Bol, F., De huisarts, M.C. 1979, 531.
24. Groenewegen, P. P. en J. van der Zee, Bouwstenen voor een vestigingsbeleid voor huisartsen, M.C. 1979, 671-677.
25. Zandstra, B., M. M. Spoor en W. J. de Regt, Vestigingsbeleid, M.C. 1979, 760-761.
26. L.H.V. gaat werken aan een vestigingsbeleid, M.C. 1979, 805-806.
27. Dongen, J. van, & R. Vening, initiatiefgroep praktijkzoekende huisartsen, M.C. 1979, 1426.
28. Bestuur Stichting Officium Nobile Arnhem, Goodwill, M.C. 1975, 4.
29. Bol, F., Goodwill, M.C. 1976, 1375.
30. Bericht L.H.V., Goodwill-normen, M.C. 1977, 58.
31. Coveen, R., Onverantwoorde praktijkovernamen, M.C. 1978, 1533.
32. Bol, F., Vrije vestiging, M.C. 1975, 1571.
33. Bol, F., Vrije vestiging, M.C. 1976, 615.

Hoofdstuk 3 - Vestigingsbeleid en inkomen (C.M. IJsbrandy).

1. Terzijde kan opgemerkt worden dat deze verplaatsing van macht over de beroepsuitoefening van individuele huisartsen naar de beroepsorganisatie volkomen zou aansluiten bij het nimmer voltooide proces van professionalisering dat het (huis-)artsenberoep heeft doorgemaakt en nog steeds doormaakt. Dit professionaliseringsproces is uitgewerkt in C. M. IJsbrandy's "De inkomensontwikkeling van huisartsen 1947-1976", Leiden 1980, Centrum voor Onderzoek van Maatschappelijke Tegenstellingen.
2. Vergelijk de "uitgangspunten voor een vestigingsbeleid voor huisartsen", aangenomen door de ledenvergadering van de LHV op 18-19 april 1980.
3. Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek Statistische Zakboeken 1944, 1946 ....1978.
4. Bron: Jaarverslagen van de Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid.
5. Bron: Jaarverslagen Ziekenfondsraad 1949-1979.
6. Voor een meer gedetailleerde weergave van de schattingsprocedure en van de inkomensontwikkeling van huisartsen zie C. M. IJsbrandy, De inkomensontwikkeling van huisartsen 1947-1976.
7. Zie bijvoorbeeld het jaarverslag van de Ziekenfondsraad over 1967: Advies van de Commissie van der Ven, pagina 91 e.v. van het jaarverslag, par. 3.1. "Gelijke honorering voor ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten".
8. Centraal Plan Bureau, De personele inkomensverdeling 1952-1967, Den Haag, 1975, Monografie no. 19, pagina 19.
9. Centraal Plan Bureau, De personele inkomensverdeling 1952-1967.
10. Wij beroepen ons hierbij op de volgende bronnen: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Over sociale ongelijkheid - een beleidsgerichte probleemverkenning; rapporten aan de regering nr. 16, Den Haag, 1977. J. Tinbergen: Income distribution; analysis and policies, Amsterdam 1975. J. Pen en J. Tinbergen: Naar een rechtvaardiger inkomensverdeling, Amsterdam/Brussel, 1977. G. Mustert: Van dubbeltjes en kwartjes; literatuurstudie over ongelijkheid in de Nederlandse inkomensverdeling, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Den Haag, 1976. Centraal Plan Bureau, De personele inkomensverdeling 1952-1967.
11. Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek, Statistische Zakboeken. De kinderbijslag is buiten beschouwing gelaten, omdat die niet valt onder het inkomen uit arbeid ("kerninkomen") dat hier centraal staat. Overigens ontvangen huisartsen na 1966, in tegenstelling tot andere zelfstandigen, wel kinderbijslag voor de eerste twee kinderen, ongeacht of ze kinderen hebben.
12. Vgl. Pen en Tinbergen, Naar een rechtvaardiger inkomensverdeling, pag. 47 en pag. 53.
13. Zie voor de berekeningswijze van de percentages C. M. IJsbrandy, De inkomensontwikkeling van huisartsen 1947-1976, hoofdstuk 4.

Hoofdstuk 4 - Inkomensverhoudingen, studentenaantallen en de omvang van de huisartspraktijk (B. H. Posthuma & J. van der Zee).

1. Zie IJsbrandy, C. M., De inkomensontwikkeling van huisartsen; 1947-1976,

Leiden, Centrum voor Onderzoek van Maatschappelijke Tegenstellingen der Rijksuniversiteit, 1980. IJsbrandy, C. M., Vestigingsbeleid en Inkomen, in P. P. Groenewegen, (red.), "Vestigingsbeleid voor huisartsen", Utrecht, Nederlands Huisartsen Instituut, 1981.

2. Zaat, J. O. M., Terug naar af: artikelen in Medisch Contact over artsentekorten en -overschotten in P. P. Groenewegen (red.), Vestigingsbeleid voor huisartsen, Utrecht, NHI, 1981. De indirecte discussie tussen Salomé en Vroege en een bespreking van Vroege's proefschrift vindt men in Medisch Contact, 1968, p. 325-330 en 390-391.
3. Zie Medisch Contact, 1968, p. 390-391.
4. Zo verschilt de opgave van het Nederlands Huisartsen Instituut (Cijfers uit de huisartsenregistratie per 1-1-80, Uitgave Nederlands Huisartsen Instituut, Utrecht) aanzienlijk van het aantal in de Statistiek Geneeskundigen genoemde cijfers: 5301 (NHI) en 5468 (GHI). Deze verschillen verminderen als men niet alleen de zelfstandig gevestigde huisartsen meetelt, maar ook de huisartsen die als assistenten in dienst van andere huisartsen hun beroep uitoefenen (dan wordt het NHI-cijfer 5397). Definitieproblemen bepalen zelfs bij het op het eerste gezicht ondubbelzinnige begrip "huisarts" in sterke mate de gevonden getallen.
5. Onze wijze van inkomensberekening wijkt af van die van IJsbrandy, ten eerste doordat we niet de huisartsencijfers van de Geneeskundige Hoofdinspectie hebben genomen maar van de Ziekenfondsraad en verder doordat we de correctie voor het Algemeen Mijnwerkersfonds hebben toegepast.
6. Deze maatstaf is in wezen nogal globaal, omdat veranderingen in de inkomensongelijkheid buiten de beschouwing worden gehouden.
7. Het tot stand komen van de éénjarige beroepsopleiding tot huisarts na het artsexamen (in 1974 in Utrecht begonnen en in de periode 1975-1976 aan alle medische faculteiten ingevoerd) geeft aanleiding tot extra vertraging voor de laatste 2 jaar van onze tijdreeks (in 1977 en 1978 had van het aantal in die jaren gevestigde huisartsen respectievelijk 48 en 67 procent de huisartsenopleiding gevolgd). We hebben ons model hiervoor niet extra gecorrigeerd, omdat het voor een zeer beperkt deel van onze waarnemingen gold. Wil men echter verdere extrapolaties maken dan is een correctie noodzakelijk. Bron: Cijfers uit de huisartsenregistratie. Vestigingen 2. p. 13, Nederlands Huisartsen Instituut, 1980.
8. Zie voor de afleiding: Johnston, J., Econometric Methods, New York, McGraw Hill, 1972, p. 299, e.v.
9. Indien de Durbin Watson-parameter groter zou zijn dan de bovengrens dan nemen we autocorrelatie aan, indien kleiner dan de bovengrens, dan verwerpen we deze hypothese. Valt de berekenende waarde tussen deze grenzen dan geeft de toets geen uitsluitsel over autocorrelatie, zie Theil, H.: Principles of Econometrics, New York, 1971, blz. 725.
10. Dit zou men moeten toetsen aan toe- en uittredingscijfers uit dezelfde periode. Deze zijn eerst beschikbaar vanaf 1968. Op het NHI wordt gewerkt aan het verzamelen van deze gegevens over de periode 1955-1967; het zal echter nog wel enige tijd duren voordat voldoende cijfermateriaal beschikbaar is.
11. Zie bijvoorbeeld de grafiek op pag. 13 in het boek '75 jaar statistiek van Nederland: Centraal Bureau voor de Statistiek, 1975.
12. Zie ook Van Duren, J. , en P. P. Groenewegen, Vertrek uit de huisartspraktijk; Enkele gevolgen van de veranderde leeftijdsopbouw, Medisch Contact, 36, 1981, 657-661.

Hoofdstuk 5 - Vestigingsregulering in Denemarken; een voorbeeld om na te volgen? (P. P. Groenewegen).

1. Vergelijk bijvoorbeeld John R. Butler, Doctors and public policy, London, 1973, en John R. Butler & R. Knight, "Designated areas: a review of problems and policies", British Medical Journal, 1975, 2, 571-573.
2. Het materiaal hiervoor is verzameld tijdens een studiereis naar Denemarken. Engelstalige bronnen zijn: J. M. Koch, C. Toftemark en P. Andersen-Rosendal, Health Services in Denmark, Amtsrådsforeningen i Danmark, Köbenhavn, 1976. D. Gannik, E. Holst & M. Wagner, The national health system in Denmark, a descriptive analysis, U.S. Department of Health, Education and Welfare, publication no. (NIH) 77-673, 1976.
3. Ugeskrift for Laeger, Praksisoplysninger pr. 31-12-1978, Danske Laegeforening, 1980.
4. Vergelijk Groenewegen, P. P. en J. van der Zee, "Bouwstenen voor een vestigingsbeleid van huisartsen", in Medisch Contact, 34 (1979) 21, p. 671-677.
5. Hoofdstuk 3 van de "Landsovereenkomst" van 30 maart 1976.

Hoofdstuk 7 - Overheid en vestigingsbeleid (B. Wijnberg).

1. Het artikel is geheel op persoonlijke titel geschreven.
2. Financieel overzicht van de gezondheidszorg, Tweede Kamer zitting 1980-1981, gedrukt stuk 16 400, hfdst. XVII, nr. 9.
3. Tijdschrift integraal management, Kluwer, okt. '78 en Fin. Dagbl., 9-3-'79.
4. Rapport Verkenning van de relatie tussen onderwijsbeleid en arbeidsmarktbeleid, Ministerie van Sociale Zaken, januari 1979. Nota inzake de arbeidsmarktpositie van hoger opgeleiden met het commentaar van de Raad voor de Arbeidsmarkt, S.E.R., 1977, no. 12.
5. Gedrukte stukken 16 106.
6. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, g.s. 16 106, nr. 6, pag. 28.
7. Tweede Kamer, zitting 1979-1980, g.s. 16 106, nr. 7, pag. 39.
8. Tweede Kamer, g.s. 16 106, nr. 6, pag. 31.
9. Tweede Kamer, g.s. 16 106, nr. 7, pag. 44.
10. Tweede Kamer, g.s. 16 106, nr. 7, pag. 59.
11. Sociaal en Cultureel Rapport 1980, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1980.
12. Sociaal en Cultureel Rapport 1980, pag. 24.
13. Hattinga Verschure, in vele publicaties.
14. De taken van de huisarts, rapport van de Cie. Takenpakket der LHV, Medisch Contact 1977, pag. 765 e.v.
15. Zie Medisch Contact 1980, pag. 625.
16. Tweede Kamer, g.s. 14 181, nr. 10, pag. 33.
17. Tweede Kamer, g.s. 14 181.
18. Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg; Tweede Kamer g.s. 16 066, nr. 2.
19. "Nieuwe Blauwdruk", Medisch Contact, 32, 1977, blz. 973 e.v.; de eerste Blauwdruk is niet gepubliceerd.
20. Motie van Rooyen, Tweede Kamer, g.s. 15 540, nr. 16.
21. Of anderszins gaan samenwonen, mogen we aannemen!
22. Stb. 1980, 646.
23. Artikelen 28 en 29 Wet Voorzieningen Gezondheidszorg.
24. Stb. 1980, 109 en Stb. 1980, 508.

Hoofdstuk 10 - Werkloos of overwerkt? (J. H. Dekker en J. A. Knottnerus).

1. Huygen, F. J. A., "Een visie op onze gezondheidszorg vanuit de eerste lijn", in, Waarheen met onze gezondheidszorg?, Baarn, 1977, Fuldauer, A., "Toegenomen medische consumptie", Medisch Contact, 21, 1966, 869.
2. Schiethart, G. J., "Drie argumenten voor praktijkverkleining voor huisartsopleiders", HIVU-info, nr. 3, 1980, 42-43.
3. Voort, H. van der, "Een greep uit de enquêtegegevens m.b.t. de beroepsopleiding", HIVU-info, nr. 3, 1980, 19-21.
4. Breedveld, Annet e.a., "Wat te doen?"; een onderzoek naar "andere"hulpverleningsmethoden in de eerste lijn, Instituut v. Sociale Geneeskunde, Nijmegen, 1979.
5. NHI, Registratie samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg, deel III, samenwerking tussen hulpverleners, Utrecht, 1979.
6. Bruins, C. P., Kommentaar op de 'nota Veder-Smit'; de Eerste Lijn, 5, 1979, 101-114.
7. Voorn, Th., "Nog een bewerkelijk praktijkje", Medisch Contact, 35, 1980, 608.
8. Querido, J. D., "Een bewerkelijk praktijkje", Medisch Contact, 34, 1979, 235.
9. Dit lijkt ons eerder te hoog dan te laag; vergelijk G. J. Bremer, "Dokters in hun dagelijkse doen", Huisarts en Wetenschap, 21, 1978, 477-481.
10. Es, J. C. van, Patiënt en huisarts, Utrecht, 1974. Dit is niet te hoog. Brouwer spreekt over gemiddeld vijf huisarts-patiënt-contacten per jaar. Vergelijk W. Brouwer, "De patiënt in de eerstelijns gezondheidszorg" in M. van Beugen (red.), Hulpverleners in de eerste lijn, Assen, 1979.
11. Buyze M., en A. Knottnerus, "Nogmaals praktijkverkleining. Wat is er tegen de kleine praktijk?", Medisch Contact, 35, 1980, 575.
12. Thomassen, J. F. M., "Mobiliteit en gezondheid", Huisarts en Wetenschap 21, 1978, 85. G. v.d. Wal, "Waarom 1800?", Publicatie Dirk van Nimwegencentrum, Amsterdam, 1980.
13. Werkgroep inventarisatie medische beroepen, "Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt voor artsen", Medisch Contact, 35, 1980, 1155.
14. NHI, Jaarverslag 1979, Utrecht, 1980.
15. Schets van de eerstelijns gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1980.
16. Zie noot 6.
17. Jaspers, F. e.a., "Artsen in dienstverband", cahier Wiardi Beckman Stichting, Deventer, 1980.
18. Nota vestigingsbeleid, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1979.
19. De ideeën en plannen die in het volgende naar voren komen sluiten in grote lijnen aan op het concept-vestigingsbeleid van de IPH, dat op dit moment (november 1980) nog in discussie is.
20. Lubbers, E. J. C. en H. Hoencamp, "Vrije artsenkeuze, beginsel en beperking", Medisch Contact, 35, 1980, 787.
21. Dokter, H. J. e.a., "In de wijk gekeken; draagt regionalisatie bij aan de bereikbaarheid en de kontinuïteit van de eerstelijns gezondheidszorg?", Medisch Contact, 33, 1978, 1347.
22. Zie ook: Kooij, S. v.d., L. Sweerts, "Vestigingsbeleid en samenwerking", Medisch Contact, 35, 1980, 553.

23. Zie: LHV-uitgangspunten voor een vestigingsbeleid voor huisartsen, april 1980.
24. Zie noot 3.
25. Financieel Overzicht Gezondheidszorg, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1980.

Hoofdstuk 11 - De gemeentelijke vestigingsverordening (C.V. Martini).

1. De vestigingsverordening is inmiddels bij de Raad van State voorgedragen voor vernietiging. Het is de vraag of de wettelijke duur van de schorsingstermijn van één jaar hierdoor verlengd is. Dit zou de bevoegdheid van de ministeries van Volksgezondheid en Binnenlandse Zaken te boven gaan. De vestigingsverordening zou in dat geval gewoon in werking kunnen treden.
2. De artikelen 61 tot en met 64 van de Gemeentewet bieden de mogelijkheid dat de Raad met het oog op de behartiging van bepaalde belangen of van de belangen van een deel van de gemeente commissies instelt die verdergaande bevoegdheden hebben dan alleen advisering (bijvoorbeeld beheerstaken).
3. Zie ook C. V. Martini en G. van Nimwegen, "Gemeente-invloed op vestiging van eerstelijnswerkers", De Eerste Lijn, 6, 1980, 1, 5-10.
4. Koninklijk Besluit van 8 maart 1980, nr. 1.
5. Zie de ambtelijke nota van toelichting op het raadsvoorstel van de gemeente Lelystad terzake van de vestigingsverordening.

Hoofdstuk 12 - Wel en wee in Enschede (J. Beekman e.a.).

1. Deze paragraaf is gebaseerd op het artikel van J. Visser en B. Lammers "Optimale bereikbaarheid van huisartsen; een samenwerkingsproject tussen huisartsen en GG & GD", Medisch Contact, 17, 1979.

Hoofdstuk 13 - De PHV Eindhoven onderweg naar een vestigingsbeleid (C. P. Schouwstra).

1. De inventarisatie werd uitgevoerd door het Instituut voor Gezondheidszorg (IVG) te Tilburg. De Landelijke Huisartsen Vereniging heeft zich garant gesteld voor de financiering van het onderzoek. De uitkomsten zijn te vinden in een rapport van A. Ament en J. Verheggen, "Huisartsen in het gebied Eindhoven en omstreken", Tilburg, 1977, en in een rapport van P. J. M. Heesters, "Bewerking van de gegevens, door de Eindhovense huisartsen zelf ingebracht over de praktijkspreiding en een eerste notitie over de mogelijkheden van herverdeling van patiënten over de huisartspraktijken in de gemeente Eindhoven", Tilburg, 1977.
2. In Eindhoven zijn het Instituut voor Maatschappelijk Welzijn en het Protestant Centrum voor Maatschappelijke Dienstverlening tot vérgaande plannen van fusies gekomen, zodat het PCMD in het navolgende niet apart genoemd wordt.

Over de auteurs

J. Beekman is huisarts in Enschede en oud-voorzitter van de Vereniging Vestigingsbeleid Huisartspraktijken.

R.Coppes is huisarts in Enschede en voorzitter van het KNMG-district Enschede.

J.H. Dekker is part-time huisarts in Amsterdam-Noord en verbonden aan het "Vrouwengezondheidscentrum"; zij is lid van de afdeling Amsterdam van de Initiatiefgroep Progressieve Huisartsen.

P.P. Groenewegen is als socioloog verbonden aan het Nederlands Huisartsen Instituut. Hij houdt zich bezig met het thema "mankracht en voorzieningen in de eerstelijnsgezondheidszorg".

J.H. Haykens is huisarts in Enschede en voorzitter van de Vereniging Vestigingsbeleid Huisartspraktijken.

A.K. van der Heide is werkzaam bij de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst in Enschede. Van 1972 tot 1976 was hij huisarts in Glanerbrug en secretaris van de Vereniging Vestigingsbeleid Huisartspraktijken.

H.H.G. Hofstee is huisarts in Enschede, vice-voorzitter van de Vereniging Vestigingsbeleid Huisartspraktijken en voorzitter van de vestigingscommissie van die vereniging.

J.A. Knottnerus is sinds maart 1979 part-time medewerker van het Huisartsen Instituut van de Vrije Universiteit ten behoeve van het basiscurriculum en part-time huisarts in Amsterdam. Hij is contactpersoon van de afdeling Amsterdam van de Initiatiefgroep Progressieve Huisartsen.

C.V. Martini, studeerde rechten, is mede-oprichter en voormalig directeur van de Stichting Algemene Gezondheids-

zorg (STAG) en is gemeenteraadslid voor de Partij van de Arbeid in 's Gravenhage, met als werkterrein onder andere volksgezondheid.

B.S. Polak; was van 1948 tot 1978 huisarts in Amsterdam; daarnaast was hij vanaf 1969 lector huisartsgeneeskunde en vanaf 1977 hoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam. Hij is lid van het dagelijks bestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

B.H. Posthuma is als econoom verbonden aan het Instituut voor Sociaal Medische Wetenschap van de Rijks Universiteit te Groningen. Samen met J. van der Zee werkt hij aan een serie studies over vraag-aanbod relaties in de Nederlandse gezondheidszorg.

W.J. de Regt, sinds 1966 huisarts te Alkmaar. In 1979 werd hij tot lid van het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging gekozen. Zijn portefeuille omvat onder meer het vestigingsbeleid.

C.P. Schouwstra is huisarts bij de Philips Medische Dienst in Eindhoven en als staffunctionaris verbonden aan het diagnostisch-biometrisch centrum. Hij was een van de deelnemers aan de discussie over het vestigingsbeleid van de zogenaamde "Bosrandgroep". Hij is vice-voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap en voorzitter van de Beleidsraad van het Nederlands Huisartsen Instituut.

J. de Waard is dirigerend geneesheer van het regionaal ziekenfonds Twente en adviserend lid van de vestigingscommissie van de Vereniging Vestigingsbeleid Huisartspraktijken.

F.H. Werkman, econoom, is secretaris van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen met eerste verantwoordelijkheid voor huisartsenzaken.

B. Wijnberg, studeerde rechten en sociale wetenschappen en is verbonden aan het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne als hoofd van de sectie algemene beleidsontwikkeling van STABO. Hij heeft eerder gepubliceerd over het vestigingsbeleid voor medische en paramedische beroepen in het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht.

C.M. IJsbrandy, studeerde sociologie aan de Universiteit van Amsterdam en schreef een doctoraal-scriptie over de inkomensontwikkeling van huisartsen van 1947 tot 1976. Thans is hij als marktonderzoeker werkzaam bij de HEMA.

J. Zaat, vervulde na het arts-examen in 1978 zijn vervangende dienstplicht als medewerker van het Nederlands Huisartsen Instituut. Hij heeft daarna de huisartsenopleiding gevolgd aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en is momenteel zoekende naar een praktijk.

J. van der Zee is als socioloog verbonden aan het Nederlands Huisartsen Instituut. Samen met B.H. Posthuma werkt hij aan een serie studies over vraag-aanbod relaties in de Nederlandse gezondheidszorg.