1 4 OKT. 1982

Nederlands Huisartsen Instituut
Postbus 2570 - 3500 GN Utrecht
Mariaboulevard 4 - tel. (030) 31 99 46

NIVEL
bibliotheek
drieharingstraat 26
postbus 1568
3500 bn utrecht
telefoon: 030 319946

# PROGNOSES VAN ARTSEN-AANTALLEN DOOR DE JAREN HEEN

Utrecht, november 1979

Joost Zaat

INHOUDSOPGAVE


| | | PAG |
|---|---|---|
| I | INLEIDING | 1 |
| II | VAN TEKORT TOT OVERSCHOT; de periode 1946-1955 | 2 |
| | Een overschot aan artsen? Welnee! Een tekort. | 3 |
| | Praktijkgrootte | 7 |
| | Vestiging | 10 |
| III | HET DREIGEND TEKORT; de periode 1955-1969 | 11 |
| | Dan maar emigreren: het overschot | 11 |
| | De praktijkgrootte en de kwaliteit | 14 |
| | Vestigingsperikelen | 21 |
| IV | MOEILIJKE TIJDEN; de periode 1965-1974 | 23 |
| | Het voortdurend tekort en de studentenaanwas | 24 |
| | Praktijkgrootte | 33 |
| | Vestigingsperikelen | 34 |
| V | VAN BLAUWDRUK TOT VESTIGINGSBELEID; de periode 1975-juni 1979 | 36 |
| | Te veel huisartsen? | 36 |
| | Praktijkgrootte en vestigingsbeleid | 40 |
| | Vestigingsperikelen | 44 |
| VI | CONCLUSIE | 45 |
| | Grafiek van P.A. de Klerck: Leeftijdsopbouw Nederlandse huisartsen | 46 |
| | Noten hoofdstuk II | 47 |
| | Noten hoofdstuk III | 48 |
| | Noten hoofdstuk IV | 50 |
| | Noten hoofdstuk V | 53 |

# I INLEIDING

Op verzoek van de basiseenheid Structuur Beroepsgroep van het N.H.I. is in Medisch Contact vanaf 1946 nagegaan, hoe er nu eigenlijk over vraag en aanbod van artsen en de daarmee samenhangende problemen als praktijkgrootte, vestigingsbeleid en goodwill werd gedacht in de officiële medische pers.
De gedachte daarachter is min of meer het idee, dat Medisch Contact verwoordt wat er in het land leeft. Ik denk dat dat niet helemaal juist is.
Bladerend door ruim 28.000 pagina's Medisch Contact lijkt het meer een topje van een ijsberg te zijn. Emoties moeten al heel hoog oplopen wil men die openbaar maken, enkele vaste ingezonden brievenschrijvers daar gelaten.
Medisch Contact geeft niets meer, maar ook niets minder dan een indicatie voor wat er gaande is. Het biedt aanknopingspunten voor verder onderzoek, want geschiedschrijving op grond van één enkele bron is uit den boze, ook al bevat die zeer verschillende meningen.
De wijze van zoeken was zeer eenvoudig. Alle nummers vanaf 1 januari 1946 tot 1 juni 1979 werden bekeken. Alleen artikelen, ingezonden brieven en berichtjes werden geselecteerd. Alle jaarverslagen, verslagen van algemene ledenvergaderingen van de L.H.V. vielen buiten het bestek van dit literatuuroverzicht. Het zou overigens waardevol zijn om ook in die bronnen naar materiaal te zoeken.
Na het verzamelen werd de hele periode in vier delen verdeeld, op basis van de cyclus tekort, teveel, tekort en teveel.
Elk van de hoofdstukken valt in drie delen uiteen, een deel over de prognoses, een over de praktijkgrootte en het vestigingsbeleid en een over goodwill en andere vestigingsperikelen.
Tot slot een korte conclusie.

## II VAN TEKORT TOT OVERSCHOT

De periode 1946 - 1955

Nederland herrijst uit de as. Zo ook de Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunde. Het blad van de onmiddelijk in 1945 heropgerichte Maatschappij wordt naar het voormalige illegale blad Medisch Contact genoemd.
Het ademt de sfeer van samen werken 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 wordt de eerste jaren nog niet heen gekeken.
Voorgenomen overheidsingrijpen in welk deel van het gezondheidszorg systeem dan ook roept heftige reacties op. Zo ontbrandt er over het in de bezettingstijd ingevoerde ziekenfondssysteem een zeer felle discussie tot ver in de jaren vijftig. Met alle mogelijke argumenten proberen schrijvers met 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 over de "ticket-modrateur", ofwel de eigen bijdrage in de kolommen van Medisch Contact op.
Bij een verhoging van de welstandsgrens, - de ziekenfondsgrens - , wordt telkenmale steen en been geklaagd. Er ontstaat vooral tumult wanneer er in 1946 sprake is van een maximaal aantal ingeschreven ziekenfondspatiënten*.
Het hoofdbestuur van de Maatschappij heeft het blijkbaar niet snel genoeg in de gaten, dat dit het einde van het vrije beroep betekent. Verschillende afdelingen zeggen namelijk om deze reden hun vertrouwen in het H.B. op.

*
Sinds 1943 bestaat er officieel een maximumgrens van de Ziekenfondspraktijkgrootte. Deze is in een rondschrijven van de VIII-afdeling van de Commissaris belast met toezicht op het Ziekenfondswezen, de voorloper van de Ziekenfondsraad, van 2 juli 1943 gesteld op 3000 fondsverzekerden.
Echte sancties op overschrijding zijn er nauwelijks geweest. In de officiële pers, Medisch Contact, is bedroevend weinig materiaal over dit onderwerp te vinden. In 1945 en 1955 hebben artsen bij overname van praktijken wel eens problemen met de ziekenfondsen gehad. De aard van die problemen is alleen door spitten in de archieven van de ziekenfondsen en de K.N.M.G./L.H.V. te achterhalen. Wij hebben dat in het kader van dit literatuur overzicht niet gedaan.

Maar niet alleen Ziekenfondsen bedreigen het bestaan van de arts. De pogingen van Nederland om Indië te behouden, hebben ook hun invloed op de geneeskundige stand in Nederland. Hogerzeil (1) klaagt over het tekort aan artsen in Indië. De tekorten in Nederland zijn ook heel groot. Maar die in Indië nog groter. Een gelijke verdeling zou rechtvaardig zijn. In 1948 worden de troepen gemobiliseerd. De Geneeskundige Hoofdinspectie roept artsen, die geen praktijk meer uitoefenen op om voor hun gemobiliseerde collegae waar te nemen.
Men heeft volgens de wet Geneeskundige Voorziening 1939, de plicht zich aan te melden. Er wordt door artsen een steunfonds opgericht, na publicatie van enkele schrijnende gevallen (achtergebleven vrouwen zonder voldoende inkomsten). De Maatschappij stelt een Coördinatiecommissie in, die een rouleringssysteem moet ontwerpen. In de Tweede Kamer gaan stemmen op om de dienstplichtige leeftijd van artsen op 44 te stellen (ipv. 35 jaar) en om afgekeurde artsen te herkeuren.
Na 1950 keren vele repatrianten terug, waaronder enige honderden artsen.
In de kolommen van Medisch Contact is er relatief weinig terug te vinden van de problemen, die dit plotselinge artsenaanbod met zich meebracht.

*Een overschot aan artsen ? Welnee! Een tekort.*

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 tekrot aan artsen is ".(2) In berichtjes van het Hoofdbestuur wordt melding gemaakt van de vestigingsproblemen van gedemobiliseerde artsen. In 1948 verschijnt de eerste tabel die een overzicht geeft van het aantal artsen vanaf 1883.(3)

| Jaar | Artsen | Specialisten | Huisartsen |
|---|---|---|---|
| 1883 | 1924 | 33 | 1892 |
| 1893 | | 77 | |
| 1903 | | 17 | |
| 1913 | | 535 | |
| 1920 | 3400 | | |
| 1922 | 3640 | 806 | 2840 |
| 1927 | 4175 | 896 | 3279 |
| 1934 | 3209 | 812 | 2397 |
| 1941 | | 1203 | |
| 1944 | 7187 | 1842 | 5235 |

Tabel 1

Beumer probeert (4) het op dat moment (1948) bestaande tekort te relativeren, door te wijzen op de enorme aantallen studenten * en de repatiëring van enige honderden artsen. Hij oppert, als een van de eersten, de mogelijkheid een numerus clausus in te stellen.
Ter Haar (5) 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 (6) de *" aanstaande overvloed vóór zijn en zij kan deze dan in goede banen leiden "*.
Bijlsma voorspelt (7) op basis van het aantal 1e jaarsstudenten, over de jaren 1935 - 1950, en het tijdelijk tekort door de oorlog, dat er in de komende jaren 1200 artsen boven de toen geldende norm, nl. 17% per 100.000 inwoners geplaatst moet worden. Hij vraagt zich af of dat wel mogelijk is.
Het aanbod patroon 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 meer normaal worden "*.
Hoogendoorn (8) vindt het nog veel ernstiger. Er wonen tussen 1935 en 1940 al te veel studenten*. Voor januari 1958 zullen er 4748 artsen afstuderen bij een totaal van 9047 in 1949.
Er gaan niet genoeg artsen dood, tot 1958 maar 1620. Het totale aantal artsen komt dan op 12.175. Dat is 1,12 arts /1000 inwoners.
In vergelijking met 1900 twee en een half zoveel,men zou aspirant studenten maar moeten afraden om geneeskunde te gaan studeren.
Eenvoudige studenten raken door dit gekrakeel in verwarring. Zo vraagt Overzall (9) 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 er velen van mening dat er werk genoeg is "*.

* 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. En vele studenten die voor '40 begonnen waren, hadden hun studie niet voltooid.

* Hij vermeldt geen norm. Ik weet dus niet wat hij teveel vindt, laat staan waarom.

Het H.B. meldt daarop dat een studiecommissie van de Maatschappij zich al lang hierover buigt.

Een jaar later,1951, houdt Wibaut (10), de secretaris-penningmeester van de N.M.G., een lezing voor de medische studenten in Leiden en Utrecht. Hij vraagt zich af of er wel een teveel is. Er is immers nog zoveel werk te doen. Nog vele patiënten worden niet adequaat behandeld.
Theoretisch is er dus een gebrek aan artsen, maar de harde werkelijkheid is anders. De economie kan een onbeperkt aantal artsen niet financieren.
Na deze conclusie bespreekt Wibaut de mogelijkheden van een numerus clausus, en de mogelijkheden van een vestingsbeleid. Met name een maximum aantal fondspatiënten lijkt hem een zinnige zaak *. Hij baseert zich daarbij op een studiecommissie van de Maatschappij uit 1939 (N.T.v.G 83 (1939 )2991 e.v.).
De situatie nu ligt anders; door dit studieoponthoud door de oorlog, en de repatriëring uit Indië, ontstaat er een accuut overschot. Er zijn 138 artsen zonder werk. En dat aantal zal stijgen met de grootste piek rond 1954, als het grote aantal studenten uit '47-'49 afstudeert. Indirecte overheidsmaatregelen om de spreiding van de gezondheidszorgvoorzieningen te regelen zijn dan ook wenselijk.
Niet iedereen neemt hem zijn uitspraken in dank af. Roberts (11) is erg boos dat een vertegenwoordiger van de Maatschappij vraagt om overheidsingrijpen en oudere artsen beschuldigt hun praktijken te duur te willen verkopen.
De lasten voor de jonge arts zijn helemaal niet zo zwaar, want de rente is fiscaal aftrekbaar.
Wibaut wordt door Drooglever Fortuin (12) gesteund in zijn mening dat er nú een tekort is. Deze berekent dat indien de praktijkgrootte in vergelijking met 1910, -2364 patiënten- gelijk zou moeten blijven, er 630 huisartsen in 1951 te weinig zijn.
In 1952 komt Wibaut (13) er nog eens op terug. Hij bespreekt een studie van het Centraal Plan Bureau. Daarin wordt gesteld dat niet alleen de bevolkingsaanwas de behoefte aan artsen bepaalt, maar ook de eisen die aan de kwaliteit worden gesteld. Met hulp van een model, waarin ook het inkomen van de arts een belangrijke plaats heeft, is geprobeerd de behoefte per regio te berekenen.

* Een merkwaardig standpunt voor een H.B. lid in die tijd.
In 1946 speelde het al eerder genoemde conflict tussen H.B. en enkele afdelingen over de maximum ziekenfonds-praktijkgrootte.

Limburg en Brabant hebben in 1951 minder artsen dan verwacht mocht worden. In de toekomst is de jaarlijkse behoefte tussen de 2 -4½% extra groei (afhankelijk van de sterk toenemende kennis in de geneeskunde).
Samen met de vervangingsbehoeften houdt dit in dat er jaarlijks niet meer dan 440 artsen mogen afstuderen. Het totale aanbod 1951-1965 zal maximaal ongeveer 8300 zijn. Tussen 1951-1959 studeren er al minmaal 5700 artsen af.
"Dit overcompleet beloopt, uitgedrukt in procenten van het aantal artsen, dat volgens beide alternatieven "als arts werkzaam"nodig zou zijn (nl. 9770 en 9090) respectievelijk rond 20 en 30%".
Wibaut maakt er wel de kanttekening bij dat je met statistiek voorzichtig moet zijn, maar hij vecht de conclusies niet aan.
Ook Veen (14) 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, de ongelijke spreiding van de 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 forensen-plaatsen en in het algemeen voor gebieden met een welgestelde bevolking.*
*Zo was het verhoudingcijfer 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 Noordbrabant en Limburg waren aanzienlijk lager dan het Rijksgemiddelde. In de provincie Utrecht waren percentsgewijs driemaal zoveel artsen als in Limburg. Men kon dan ook gerust aannemen dat er in verschillende delen van de 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. Hij 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.

* Een peildatum voor de cijfers noemt Veen helaas niet.

Het dreigend overschot wordt, net als nu, van verschillende hoeken bekeken.
Heringa (15) benadrukt de bestaanszekerheid van de gevestigde artsen.
De Groot (16) gaat uit van de bestaansonzekerheid van de aankomende artsen.
Het overschot kan nergens heen, ook niet naar het buitenland (17) * .
Ingrijpende maatregelen -vestigingsbeleid, maximumpraktijkgrootte, numerus clausus - worden langzaam steeds meer overwogen.

*Praktijkgrootte.*

Net als bij de artikelen over tekorten en overschotten te merken was, verschijnen er in de eerste jaren na de oorlog vooral privé meningen. Gefundeerde artikelen over praktijkgrootte verschijnen er eigenlijk nauwelijks. Wel werd in verband met het vraagstuk van het dreigende overschot naar de gemiddelde praktijkgrootte gekeken, maar daar was het meer uitgangspunt, dan aandachtspunt. Toch is het aardig de briefschrijvers aan het woord te laten.
Coppens (18) vindt in 1946 alle discussies over een maximum aantal ziekenfondsleden maar ongenuanceerd. Men moet rekening houden met de plaats. *"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 (19) geeft een tabel met gegevens van ziekenfondsen, L.H.V. en C.B.S., waarin zowel de spreiding van artsen als de gemiddelde praktijkgrootte bij benadering kan worden afgelezen.

| Nederland per 1/1 1947 | Aantal huisartsen met Ziekenfonds praktijk | in % | Gemiddeld aantal inw. per huisarts | Gemiddeld aantal ziekenfondsverz. per huisarts | Gemiddeld aantal particul., armlastige en pat. uit andere hoofde | Percentage artsen met 3000 z. of meer per huisarts |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 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% |
| Noord-Holland .. | 750 | 22% | 2345 | 1699 | 646 | 23% |
| Zuid-Holland ... | 782 | 23% | 2885 | 2087 | 798 | 30% |
| Zeeland ..... | 101 | 3% | 2558 | 1512 | 1046 | 6% |
| Noord-Brabant .. | 330 | 10% | 3539 | 2263 | 1276 | 30% |
| Limburg ..... | 179 | 5% | 3785 | 2460 | 1325 | 40% |
| Nederland ..... | 3425 | 100% | 2815 | 1786 | 1029 | 22% |

Tabel 2.

* Voor kolom 4 en 6 : Deze cijfers zijn geflatteerd, omdat zij berekend behoren te worden van het totaal aantal huisartsen, dus ook van diegenen, die geen ziekenfondspraktijk uitoefenen; dat juiste aantal is mij niet bekend.

** Voor kolom 7 : Het percentage is berekend van het aantal artsen, uitgezonderd die met minder dan 200 verzekerden ( Volgens Dopper )

In het jaarverslag van de Ziekenfondsraad (20) over 1954 vinden we een aardig verdeling van artsen over de praktijkgrootte klassen (ziekenfondsleden).

| Praktijkgrootte | Aantal | Percentage |
|---|---|---|
| < 500 | 395 | 10,7 |
| 500 - 999 | 326 | 8,9 |
| 1000 -1499 | 473 | 12,9 |
| 1500 -1999 | 571 | 15,5 |
| 2000 -2499 | 513 | 13,9 |
| 2500 -2999 | 504 | 13,7 |
| 3000 -3499 | 424 | 11,5 |
| 3500 -3999 | 243 | 6,6 |
| 4000 -4499 | 113 | 3,1 |
| 4500 -4999 | 47 | 1,3 |
| 5000 -5499 | 27 | 0,7 |
| 5500 -5999 | 18 | 0,5 |
| 6000 -6499 | 12 | 0,3 |
| 6500 -6999 | 6 | 0,2 |
| 7000 -7499 | 2 | 0,1 |
| > 7500 | 3 | 0,1 |

Tabel 3

Ten opzichte van 1953 was het aantal praktijken met meer dan 4000 patiënten gedaald van 262 tot 228,die waren vooral in Brabant, Limburg en in de Achterhoek te vinden.

Tussen 1948 en 1954 verschijnen er in Medisch Contact geen artikelen of ingezonden stukken over de praktijkgrootte meer. In 1954 is het gelijk raak. De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid schorst het ziekenfondsbesluit over het honorarium, f7.- per verzekerde. Hij wil de drempel in dit honorarium verlagen: een eerste op 3000 patiënten en een tweede verlaging bij 4000 en beroept zich op het al eerder genoemde rondschrijven uit 1943 van de Commissaris belast met de toezicht op het Ziekenfondswezen.

Dat is zeer onjuist, schrijft een medewerker (21) van de K.N.M.G., want in grote praktijken kan best goede zorg geleverd worden. Er zijn (maar) 262 huisartsen, die meer dan 4000 patiënten hebben. Weliswaar moeten de praktijken geleidelijk kleiner worden, maar dat kan alleen als het honorarium fors omhoog gaat.

*Vestiging*

Het verschijnsel commerciële bemiddelingsbureau's is kort na de oorlog nog nieuw. De Maatschappij is er niet gelukkig mee. De bemiddeling hoort in eigen hand (22). 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 (23).
Er verschijnen aanbevelingen voor het berekenen van de goodwill, waarbij het H.B. geruststellend opmerkt, dat meestal een redelijke prijs gevraagd wordt (24).
Er worden o.a. door Heringa (25) suggesties gedaan 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 door de redactie van Medisch Contact van tafel geveegd.
In 1954 verschijnt een nieuwe druk van het boekje "Medische Ethiek" (26).
Over de overname van een praktijk staat er weinig byzonders in.
Als curiositeit kan hier nog over vestigingsvormen gemeld worden, dat associaties eigenlijk niet door de beugel konden. Het H.B. (27) waarschuwt met name tegen een medische firmavorming, als twee artsen gezamelijk briefpapier laten drukken.

## III HET DREIGEND TEKORT

De periode 1955-1969

Zoals voorspeld groeit het aantal artsen snel. Problemen bij vestiging blijven dan ook niet uit. Terwijl in het begin van de jaren vijftig het merendeel van de artikelen probeerde te bewijzen dat er al dan niet een overschot zou komen, laaien aan het eind van de jaren vijftig de discussies over de praktijkgrootte op.
De Ziekenfondsraad publiceert jaarlijks cijfers over de gemiddelde ziekenfondspraktijkgrootte. De discussies worden nu dan ook wat meer gebaseerd op cijfermateriaal dan in de voorafgaande periode. Waarschijnlijk onder invloed van het in 1956 opgerichte NHG speelt vooral de kwaliteit van de verleende zorg een grote rol bij de standpuntbepaling over de wenselijke praktijkgrootte.

Het begin van de jaren zestig kenmerkte zich door een geleidelijk toenemend tekort aan met name huisartsen. De eerste naoorlogse golf ('46-'49) heeft blijkbaar met veel moeite toch eens plaatsgevonden. Het verloop van het artsenaanbod lijkt als een golfbeweging te kunnen worden beschreven. In de jaren zestig komen we weer in een dalend gedeelte. De gehele arbeidsmarkt raakt overspannen, zo ook de "artsenmarkt"; het begin van de Nederlandse welvaartsexplosie.

*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 Maatschappij inlichtingen over een werkkring in het buitenland. Dekker[5], de secretaris penningmeester van de Maatschappij, heeft brieven aan de Nederlandse artsen in het buitenland geschreven. Hij vraagt ze of er elders plaats is voor het overschot van Nederlandse artsen. Roerende berichten uit de buitengewesten, van Hawaii tot Zweden, verschijnen naar aanleiding van deze brief in Medisch Contact.[5]

Prognoses en analyses van de situatie verschijnen er opvallend weinig. Borst[6] reageert op een klein berichtje in MC[7], waarin gesuggereerd werd dat er over een aantal jaren minder artsen zouden 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. Daarbij komt dat het aantal weer stijgend is. Hij geeft de volgende tabel.

| JAAR | ARTSEXAMENS | EERSTEJAARS |
|---|---|---|
| 1935/1940 | 333 | 480 |
| 1945/1946 | 573 | 2565 |
| 1946/1947 | 329 | 1266 |
| 1947/1948 | 325 | 947 |
| 1948/1949 | 361 | 915 |
| 1949/1950 | 416 | 830 |
| 1950/1951 | 484 | 759 |
| 1951/1952 | 474 | 614 |
| 1952/1953 | 630 | 512 |
| 1953/1954 | 767 | 556 |
| 1954/1955 | 839 | 630 |
| 1955/1956 | 795 | 625 |

Tabel 5

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."*

Hij voorspelt een sterke toename van het aantal studenten na 1963. Dekkers[8] reageert op dit artikel. Er zijn niet zo snel teveel artsen. Meer artsen, betekent een betere zorg. De huidige praktijken van met name huisartsen zijn nog veel te groot. Van een tekort kan men dan ook niet spreken,

Vreemd is het berichtje, dat er, terwijl er toch werkeloze artsen zijn, een tekort aan waarnemers is[9]. Een paar jaar later vraagt Groothuise[10] zich af of alle werkeloze artsen plotsklaps zomaar naar Nieuw Guinea zijn vertrokken. In Amsterdam is het onmogelijk een waarnemer te vinden. Zijn mededeling kan beschouwd worden als eerste teken, dat de grootste moeilijkheden weer achter de rug zijn.

In 1959 verschijnt het Rapport van de Commissie voor statistiek van het Interuniversitair Contactorgaan over de ontwikkeling van het aantal academici tot 1980 en behoefte[11], in de wandeling de commissie Dalmulder genoemd.

Na 1970 zouden er teveel artsen en dierenartsen afstuderen. Opvallend vindt de Cie. de verschuiving naar de specialistische geneeskunde. In 1934 was nog 67 % (3548)huisarts tegen 23 % (1214) specialist, en 10 % (354) een ander soort arts. In 1957 waren de percentages respectievelijk 37 % (4230), 29 % (3358) en 34 % (3923).

Zij gaat uit van twee verschillende berekeningmethoden om de behoefte te bepalen. Een methode gaat uit van regionale verschillen, de ander van een trendmatige toeneming van het landelijk gemiddelde. De eerste -gematigde voorspelling gaat uit van de veronderstelling, dat specialistendichtheid en die van overige artsen gelijk blijven. De huisartsen-dichtheid zal in 1970 hetzelfde zijn in het hele land aan het huidige niveau in Utrecht, Noord- en Zuidholland (in 1957, 0,400 per 1000 inwoners).
De tweede maximum voorspelling is dat de artsen dichtheid met 1% per jaar toeneemt. In 1970 komt de artsendichtheid op 1.143 en in 1980 op 1,264 per 1000 inwoners. , met het volgende resultaat.[12]

| | '55-'60 | '55-'65 | '55-'50 | '55-'75 | '55-'80 |
|---|---|---|---|---|---|
| behoefte | 2770 | 4890 | 7410 | 10.170 | 13.260 |
| aanbod | 3210 | 5380 | 8275 | 12.560 | 17.120 |

Tabel 6

In de periode '55-'80 zou er dus een overschot van 3860 artsen ontstaan. In de jaren 1954/1955 en 1956/1957 behaalden 2374 studenten hun arts-examen. Sinds 1947 zijn er bijna 6000 artsen afgestudeerd.

Er is altijd wel iemand, die vindt dat het nog veel ernstiger is. De Groot[13] reageert op het rapport. De toelating van ~~x~~- gymnasiasten met name zal het aantal eerste jaars doen stijgen. Vooral over de verdeling "huisarts-specialist - overige artsen" maakt hij zich zorgen. In de categorie "overig" zitten immers erg veel (± 1000) artsen in opleiding tot specialist. Vooral in de kleinere steden daalt het aantal huisartsen per 1000 volgens hem.

De redactie van Medisch Contact[11] merkt naar aanleiding van een artikel van Kwantes, chef van de afdeling Algemene Zaken en Wetenschappelijk Onderwijs van het ministerie van Onderwijs, Kunst en Wetenschappen in het Sociaal Maandblad Arbeid, op, dat de berekeningen en voorspellingen door de verschillende deskundigen niet "steeds geheel met elkaar in overeenstemming zijn te brengen". Kwantes[11] verwacht dat het overschot dat de commissie Dalmulder voorspelt niet reeël is. Het aantal eerste jaars kan afnemen en ook zou de behoefte aan artsen bij een ander beleid kunnen stijgen.

De geleerden houden zich bezig met de verre toekomst. Toch kondigt het artsentekort van de jaren '65-'70 zich al aan.
Lamberts, Tweede Kamerlid voor de P.v.d.A., 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.[14]
Hornstra[15] wijdt een artikel aan het dreigend tekort. Hij relativeert de verhalen over de enorme overschotten. Er is in de afgelopen jaren geen sprake geweest van een duidelijk over-compleet of dalend welvaartspeil van de artsen stand 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 studeerden er maar 462 artsen af. Gezien het langzaam stijgend aantal eerste jaars zal het tot 1964 duren voordat er sprake is van een stijgend aanbod. Door het aantal buitenlanders, vrouwen 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 en het aantal te vervangen huisartsen, zijn er ongeveer 160 huisartsen per jaar nodig. Die zijn er niet. Meer dan ongeveer 100 per jaar zullen er voorlopig niet afstuderen. Hornstra besluit met de voorspelling dat rond 1970 het tekort wel weer zal zijn aangevuld. Aan voorspellingen voor de verdere toekomst waagt hij zich niet. Ook de Maatschappij relativeert nu, bij monde van Dekker[16], 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*

In 1956 is volgens het jaarverslag van de Ziekenfondsraad het aantal artsen met een fondspraktijk in vergelijking met 1955 met 120 gestegen.[17] De verdeling is als volgt.

| aantal verzekerden per praktijk | aantal praktijken | verzekerden in % v/h totaal |
|---|---|---|
| <1500 | 1317 | 12 |
| 1500-3499 | 2152 | 65,1 |
| >3500 | 438 | 22,9 |
| | 3907 | 100 |

Tabel 7

898 artsen hebben meer dan 3000 fondspatiënten.
In totaal zijn er 199 praktijken met meer dan 4000 inwoners, vooral in Noord-Brabant (64 op 417 praktijken) en Limburg (51 op 258 praktijken).
Volgens een berichtje van het HB waren er op 31 december 1957 100 huisartsen zonder fondspraktijk en 3729 met een fondspraktijk, lid van de KNMG.[18]
Volgens de Ziekenfondsraad hebben 4050 huisartsen een fondspraktijk.[19]
Het aantal praktijken boven de 4000 patiënten nam met 17 af, het aantal nieuwe praktijken was 143.

| aantal verzekerden per praktijk | aantal praktijken |
|---|---|
| < 1500 | 1419 |
| 1500-3499 | 2238 |
| > 3500 | 393 |
| | 4050 |

Tabel 8

In 1958 zijn er 4208 praktijken, waarvan 1517 apotheekhoudend [20]. Er zijn 158 praktijken bijgekomen.

| aantal verzekerden per praktijk | praktijken | | totaal | percentage van de totaal aantallen praktijken |
|---|---|---|---|---|
| | zonder apotheek | met apotheek | | |
| 1- 499 | 490 | 110 | 600 | 14,2 |
| 500- 999 | 273 | 146 | 419 | 9,9 |
| 1.000-1.499 | 256 | 282 | 538 | 12,8 |
| 1.500-1.999 | 359 | 346 | 705 | 16,8 |
| 2.000-2.499 | 387 | 231 | 618 | 14,7 |
| 2.500-2.999 | 375 | 179 | 554 | 13,2 |
| 3.000-3.499 | 311 | 107 | 418 | 9,9 |
| 3,500-3.999 | 152 | 53 | 205 | 4,9 |
| 4.000-4.499 | 45 | 33 | 78 | 1,9 |
| 4.500-4.999 | 23 | 17 | 40 | 0,9 |
| 5.000-5.499 | 9 | 6 | 17 | 0,4 |
| 5.500-5.999 | 7 | 4 | 11 | 0,3 |
| 6.000-6.499 | - | - | - | - |
| 6.500-6.999 | 2 | 1 | 3 | 0,1 |
| 7.000-7.499 | 2 | - | 2 | - |
| 7.500 en hoger | - | - | - | - |
| totaal | 2.691 | 1.517 | 4.208 | 100 |

Tabel 9

De groei is er een beetje uit; het aantal fondspraktijken is in 1959 met 125 gestegen [21].

Het grote aantal kleine praktijken wordt o.a. veroorzaakt door nieuwe vestigingen In 1960 daalt het aantal nieuwe vestigingen (alleen fondspraktijken, maar er zullen weinig artsen zijn die geen fondspatiënten meer hebben) opnieuw. [22]

Dit jaar zijn er maar 86 nieuwe fondspraktijken.

| aantal verzekerden per praktijk | aantal praktijken | | percentage praktijken | |
|---|---|---|---|---|
| | 1959 | 1960 | 1959 | 1960 |
| <1000 | 1081 | 1081 | 24,9 | 24,5 |
| 1000-1999 | 1320 | 1406 | 30,5 | 31,8 |
| 2000-2999 | 1212 | 1251 | 28,0 | 28,3 |
| 3000-3999 | 586 | 573 | 13,5 | 13,0 |
| 4000 | 134 | 108 | 3,1 | 2,4 |
| | 4333 | 4419 | | |

Tabel 10

Van die 4419 huisartsen behaalde 41% het artsendiploma na 1950.[23] Het aantal huisartsen met een fondspraktijk, dat voor de oorlog het diploma heeft verworven is 1578, waaronder 120 van voor 1920, (77 tussen 1915 en 1920 en 45 van voor 1915). De omvang van de praktijk hangt samen met de duur van het huisarts zijn.

| periode van afstuderen | gemiddelde omvang niet apotheekhoudend | fondspraktijk apotheekhoudend |
|---|---|---|
| vóór 1915 | 933 | 816 |
| 1915 - 1919 | 1333 | 1647 |
| 1920 - 1924 | 1622 | 2031 |
| 1925 - 1929 | 1835 | 2186 |
| 1930 - 1934 | 2174 | 2219 |
| 1935 - 1939 | 2305 | 2179 |
| 1940 - 1944 | 2244 | 2221 |
| 1945 - 1949 | 2227 | 2036 |
| 1950 - 1954 | 1905 | 1797 |
| 1955 - aflaten | 1069 | 1221 |

Tabel 11

De dalende lijn in nieuwe fondspraktijken zet door. In 1961 zijn het er nog maar 36. De verdeling is als volgt.

| aantal verzekerden per praktijk | aantal praktijken | aantal praktijken procentueel |
|---|---|---|
| < 1000 | 1034 | 23,2 |
| 1000-1999 | 1445 | 32,4 |
| 2000-2999 | 1309 | 29,4 |
| 3000-3999 | 564 | 12,7 |
| 4000 en meer | 103 | 2,3 |
| | 4455 | |

Tabel 12

In 1962 is het al niet veel beter. Er zijn dan 4497 praktijken. (42 nieuwe) waarvan 1012 met minder dan 1000 fondsleden, 1499 met tussen de 1000 en 2000, 1349 met tussen de 2000 en 3000, en 539 met tussen de 3000 en 4000 patiënten. Er zijn nog 72 praktijken met meer dan 4000 fondsverzekerden.[24] Het aantal afgestudeerden loopt sterk terug. (zie de vorige paragraaf) Twaalf nieuwe fondspraktijken in 1963 zijn het gevolg.

| aantal verzekerden per praktijk | praktijken | | totaal |
|---|---|---|---|
| | zonder apotheek | met apotheek | |
| minder dan 500 | 362 | 119 | 481 |
| 500- 999 | 321 | 151 | 472 |
| 1000-1499 | 403 | 299 | 702 |
| 1500-1999 | 472 | 361 | 833 |
| 2000-2499 | 493 | 277 | 770 |
| 2500-2999 | 443 | 177 | 620 |
| 3000-3499 | 261 | 119 | 380 |
| 3500-3999 | 110 | 44 | 154 |
| 4000-4499 | 33 | 15 | 48 |
| 4500-4999 | 21 | 112 | 33 |
| 5000-5499 | 4 | 5 | 9 |
| 5500-5999 | 2 | 1 | 3 |
| 6000-6499 | 2 | 1 | 3 |
| 6500-6999 | 11 | - | 1 |
| | 2938 | 1681 | 4509 |

Tabel 13

Dat het nog slechter kan dan in 1963 bewijst het jaarverslag van de Ziekenfondsraad over 1964.[26] Het aantal fondspraktijken is met 20 gedaald. Het aantal kleine praktijken met minder dan 1000 verzekerden is 880, 1551 praktijken hebben tussen de 1000 en 2000 verzekerden, 1439 tussen de 2000 en 3000, 528 tussen de 3000 en 4000. Nog altijd hebben 95 praktijken meer dan 4000 fondsverzekerden, waarvan 16 met meer dan 5000 patiënten.

Tot zover het cijfermateriaal. Voor zover de Ziekenfondsraad-statistieken betrouwbaar zijn lopen ze in ieder geval parallel met het beeld dat in de vorige paragraaf over de verwachte overschotten en tekorten werd gezegd.

Behalve het min of meer harde cijfermateriaal is de diskussie 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 diskussie over de praktijkgrootte wordt betrokken. Hij stelt in een rede over huisarts en MOB[27], dat de huidige huisarts overbelast is.

De huisarts kan bij een praktijk van meer dan 3000 patiënten geen goede zorg verlenen. Deze rede blijkt een knuppel in het hoenderhok te zijn. Schulte [28] reageert verontwaardigd. *"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 or 4000), geldt deze niet optimale toestand voor resp. 182 of 850 van de 4050 praktijken"*. Buma [29] vindt dat onzin. De enige konklusie uit de ziekenfondstabel is dat de praktijkgrootte erg uiteenloopt. Bovendien bestaat de huisarts niet. Huygen [30] stelt in een antwoord aan Schulte, dat weliswaar de gemiddelde praktijkgrootte daalt, maar dat er waarschijnlijk een stijging van het aantal hulpvragen per patiënt is. Hij haalt een onderzoekje aan, waarin aangetoond wordt dat een huisarts met in totaal 3300 patiënten (70% ziekenfonds en 30% particulieren) per dag ongeveer 10 uur aan direkte patiëntenzorg besteed. Dat lijkt hem te veel.

Meininger[31] klaagt ook over de overbelasting.Hij wijdt dat voor een groot deel aan de honoreringsstructuur. Daardoor worden grote praktijken aangehouden. Alleen door een betere honorering zullen de praktijken kleiner worden. Overheidsingrijpen vindt Meininger echter nog erger dan grote praktijken.

Fuite[31] vindt dat het een illusie is om te denken dat huisartsen uit zichzelf tot praktijkverkleining zullen overgaan.

de Groot is het niet eens met degenen, die zo klagen. Na een analyse in zijn eigen praktijk concludeert hij dat hij bij 3000 ziekenfondspatiënten echt niet overbelast is.

Rooyaards [32], de hoofdredacteur, stelt naar aanleiding van een brief van een huisarts, die van een zogenaamde optimale praktijk (2000-2500) niet rond kan komen, dat de normatieve praktijk weliswaar te groot is, maar dat verkleining alleen door verhoging van het honorarium bereikt kan worden.

Schalem [33] rapporteert dat in de afdeling Arnhem van de LHV is uitgezocht dat een arts bij een praktijkgrootte van 3000 zielen 9½ tot 10 uur aan directe patiëntenzorg zou moeten besteden. Hij ziet dat als een onwenselijke praktijk. Praktijkverkleining is dan ook nodig. In de huidige omstandigheden (vanwege het tekort én de onderbetaling) ziet hij echter geen mogelijkheden.

De meningen zijn, net als in het begin van de jaren vijftig, nogal verdeeld. Toch lijkt het alsof de "praktijkverkleiners" langzaam terrein winnen, alleen het tij zit ze tegen. De gemiddelde ziekenfondspraktijk daalt slechts heel langzaam, en stijgt na 1960 zelfs weer.[26]

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1953 | - | 2147 | 1959 | - | 1878 |
| 1954 | - | 2143 | 1960 | - | 1857 |
| 1955 | - | 2109 | 1961 | - | 1868 |
| 1956 | - | 2062 | 1962 | - | 1861 |
| 1957 | - | 2007 | 1963 | - | 1876 |
| 1958 | - | 1922 | | | |

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 vreemd. In 1956 wordt voor het eerst goedkeuring gevraagd voor een driemans-associatie[34].
Het associatie-contract wordt wel goedgekeurd maar het moet een uitzondering blijven, vindt Dekker. Het HB zal een studie van het verschijnsel associatie maken. Totdat de ledenvergadering een uitspraak heeft gedaan over deze studie zullen er geen 3 mans-associaties meer worden goedgekeurd. In 1955 werden 19 associatie-contracten aan het HB voorgelegd [35]. De beloofde studie verschijnt in 1958 [36]. De commissie heeft de bestaande normen nog eens bekeken. Er wordt niet veel in veranderd Een driemans-associatie is principieel niet verschillend met een associatie tussen 2 artsen. Alleen zou men eigenlijk, als het gaat om een veel te grote praktijk, uiteindelijk naar 1 solo en 2 geassocieerden artsen moeten streven. Over groepspraktijken wil de commissie nog geen standpunt innemen. Het rapport wordt op de algemene vergadering op 20 december 1958 aangenomen.

In 1956 verschijnt een nieuw hoofdstuk over vestiging in het boekje Medische Ethiek [37]. Ook in dit hoofdstuk staat net als in het hoofdstuk over overname (Noot H II 25) weinig bijzonders. Aardig is het te

vermelden, dat het blijkbaar een goede (veel uitgehaalde) grap was anoniem de zoekende arts te wijzen op een plek, waar hij zich kon vestigen.

Het relatief grote aantal praktijkzoekenden veroorzaakt hoge goodwill bedragen. Dekker waarschuwt al in 1955 namens het HB tegen deze praktijken. De norm is één jaar bruto inkomen of het gemiddelde van de laatste twee of drie jaar.[38] Er wordt door het Bureau Waarneming en Vestiging gewaarschuwd tegen wilde vrije vestigingen. "Velen stellen zich niet goed op de hoogte van de mogelijkheden. Men zij gewaarschuwd."[39] Er blijken nogal wat vragen te bestaan over de goodwill. Rooyaards[40] legt het allemaal nog eens uit. Waarschijnlijk valt het wel mee met de te hoge bedragen. Wel neemt hij stelling tegen de commerciële bureau's; eigenlijk zou de provisie afgeschaft moeten worden. De Maatschappij zou bij alle overnames moeten bemiddelen.*
Polak[41] is het helemaal met hem eens. Uit eigen ervaring vertelt hij, dat bemiddelingsbureau's 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. Toch hebben financieringsmaatschappijen en artsen dezelfde belangen, volgens Santman[42]. Problemen komen er als derden zich met de overdracht gaan bemoeien; deze hebben vanwege hun provisie belang bij een zo hoog mogelijke prijs.

* Dit lijkt op het eerder beschreven idee van Heringa (uit 1951) van een Centraal Medisch Registratie Bureau.

## IV MOEILIJKE TIJDEN

de periode 1965 - 1974

De naoorlogse geboortegolf beïnvloedt het aantal eerstejaars studenten sterk. Langzaam stijgt de nood bij de faculteiten zo hoog, dat er in 1966 om een numerus fixus wordt geroepen. Er was toen al enige tijd een verplichte voor-aanmelding. De Tweede Kamer wil er vooralsnog niet aan. Een roep om een numerus fixus blijft echter voortdurend hoorbaar. Enkele faculteiten stellen in 1971 wachtlijsten voor het tweede jaar in. En uiteindelijk komt in 1973 een voorlopige numerus fixus. Het aantal toe te laten eerste jaars wordt jaarlijks door de minister vastgesteld, mede op advies van de Academische Raad.
Niet alleen het aantal eerste jaars houdt de faculteiten bezig. De roep om hervorming van het universitair onderwijs wordt steeds luider. Zowel een andere studieopzet, als een andere bestuursstructuur (de W.U.B.) worden in deze periode doorgevoerd. Via een wijziging in het Academisch Statuut, in 1968 , wordt de arts opleiding een basisopleiding van zes jaar.
Daarna zal men of een specialisten- , of een huisartsenopleiding moeten volgen, wil men door de ziekenfondsen als medewerker worden ingeschreven.
Aan de verschillende faculteiten, Rotterdam komt er als zevende bij en de faculteit in Maastricht wordt voorbereid, wordt het vak huisartsgeneeskunde langzaamaan ingevoerd. Universitaire Huisartsen Instituten worden opgericht.
Het Utrechts Universitair Huisartsen Instituut begint al in 1971 met een experimentele huisartsopleiding.
De andere instituten volgen.

De solo huisarts geldt steeds minder als een onaantastbaar goed. Discussies over groepspraktijken en later over gezondheidscentra zijn in de kolommen van Medisch Contact niets byzonders meer. Over driemansassociaties wordt, in tegenstelling tot de jaren vijftig, niet moeilijk meer gedaan.
Ook de honorering wordt veranderd. In 1967 brengt de Commissie van der Ven advies uit over de honoreringsstructuur, na een uit de hand gelopen conflict tussen L.H.V. en G.O.Z. De rekennorm praktijk wordt vastgesteld op 2600 (inwoners/ huisartsen).
In 1973 wordt de verplichte pensioenregeling doorgevoerd, aanvankelijk met welwillend optimisme , totdat blijkt hoe hoog de premie is.

Zowel door de nu ook universitaire status van de huisartsgeneeskunde, de beroepsopleiding, als door een althans verbaal sterke nadruk op het belang van de huisarts door de Overheid, wordt de in de vorige periode gestarte discussie over de kwaliteit van de zorg en de daarmee samenhangende praktijkgrootte nu veel breder.

Alles te samen, de in het begin van de jaren '70 heel langzaam aantrekkende markt voor huisartsen en de discussie over de taak en de plaats van de huisarts, nopen de L.H.V. tot een "duidelijke" standpuntbepaling : de Blauwdruk. Deze is ons inziens als startpunt van de jongste geschiedenis te beschouwen en wordt dus in hoofdstuk 5 besproken.

*Het voortdurend tekort en de studenten aanwas.*

In het vorige hoofdstuk werd al beschreven hoe moeilijk het was om een opvolger te vinden. De groei was er uit. In 1965 berekent Kikkert (1) het huidige tekort. Bij de toenmalige bevolkingstoename (200.000) 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 er dus 45% van de te vervullen plaatsen in 1964 niet bezet. Deze marktsituatie en de volgens Kikkert onmogelijke economische positie van de huisarts maakt een huisartsenpraktijk vrijwel onverkoopbaar.

De werkgroep Goudszwaard (2) een werkgroep van de commissie voor Statistisch Onderzoek van de Academische Raad (de Commissie Dalmulder) brengt een rapport uit over de "Artsen behoefte en artsen voorziening "1963 - 1982. Zij voorspellen dat als de getaxeerde behoefte 1,4 arts per 1000 inwoners juist is, deze bij de maximaal geschatte bevolkingstoename niet gehaald kan worden. Er zouden dan jaarlijks 2200 eerste jaars moeten beginnen. Bij een behoefte van 1,3 zijn er nog jaarlijks 1450 eerste jaars nodig. De huisartsen dichtheid zou in 1982 0,450 per 1000 inwoners moeten zijn.
In de Volksgezondheidsnota * van minister Veldkamp in 1966 wordt veelvuldig van het rapport Goudszwaard gebruik gemaakt, zo stellen Huygens en v.Es (3)

* In Medisch Contact is geen bruikbaar uittreksel opgenomen. Wij hebben gezien de beperking van deze inventarisatie de mening van Huygen en v.Es dan ook niet nagegaan.

Zij verwijten de Commissie Goudszwaard geen rekening te hebben gehouden met de mogelijke wijzigingen in de taak en de werkwijze van de huisarts.
Er is een grotere dichtheid dan 0,450 per 1000 inwoners nodig. Vandaar dat zij ook zeer bezorgd zijn over de voorgenomen numerus fixus.
De redactie van Medisch Contact(4) benadrukt in een commentaar het tekort. Er zijn her en der artsen die hun praktijk niet kunnen verkopen. Deze opleidingsmogelijkheden moeten maar eens uitgebreid worden, als de faculteiten de stroom niet op kunnen vangen.

Van Goor en Dekker, als respectievelijk voorzitter en secretaris van de W.N.M.G. , schrijven de minister van Onderwijs en Wetenschappen, Cals, een open brief(5). Er zijn nu te weinig artsen en ook de toekomst is niet rooskleurig, zo stellen zij, de Commissie Goudszwaard citerend.
Een dergelijke brief maakt het I.O.H. weer woedend. Van Rijssel (6) schrijft in een brief aan het hoofdbestuur dat de faculteiten de toevloed echt niet aan kunnen. Bovendien zal het aantal artsen dat afstudeert, de komende jaren snel stijgen, van 1966 tot 1971: 500, 560,600,800 en 1000. De trend zal zich wel voortzetten. Het valt dus best mee met het tekort.
In de steeds chaotischer discussie probeert Dijkhuis, de Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid (7), enige helderheid te brengen. Hij heeft begrip voor de onmogelijke positie van de faculteiten, die in enkele jaren tijds 550 studenten meer moeten opvangen (in 1959:829 tot 1384 in 1964). De kreet "artsentekort" is te ongenuanceerd. Men moet een onderscheid tussen een specialisten- en een huisartsentekort maken.
Er is mogelijk een verschuiving van huisarts naar specialist gaande.
Het aantal huisartsen per 1000 inwoners is in alle provincies gedaald en het aantal specialisten is gestegen. Hij benadrukt de scheve leeftijd van het huisartsen bestand. Slechts 58 van de 4416 huisartsen was per 1 januari 1966 jonger dan 30 jaar.
Terecht merkt Dijkhuis op dat in de discussies vergeten wordt dat een numerus fixus op dit moment geen enkele invloed op het aantal artsen heeft, pas na een jaar of tien is er iets van te merken.
Tot grote vreugde van de gevstigde 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 de specialisten zal drijven doet het goed in de Tweede Kamer.

Enige maanden na het Kamerdebat laat de G.H.I.(10) weten dat het absolute aantal huisartsen niet daalt. Het relatieve aantal wel.
*"In slechts vijftig gemeenten is in de periode mei 1965-mei 1966 het aantal fondspraktijken verminderd. Het ging daarbij om 75 artsen. Van die 75 hadden er 29 een praktijk van minder dan 100 verzekerden, zodat opheffing vrijwel geen consquenties had voor de patiënten. Van de overige 46 artsen waren er 33 gevestigd in gemeenten met een relatief ruime huisartsen voorziening (minder dan 3000 inwoners per arts ).*

Van der Leeuw (11) de secretaris van de L.H.V., vindt dat er bij een optimale zorg, dwz. een praktijkgrootte tussen de 2000 en 2500, er 6000 huisartsen nodig zijn. Per jaar moeten er dan zo'n 200 huisartsen komen. Nu zijn het er 130 en dat zal nog wel dalen. Een echte beroepsopleiding en een betere honorering kunnen de belangstelling voor het huisartsenvak wellicht vergroten.

Lamberts en Tans, kamerleden van de P.v.d.A., stellen naar aanleiding van opmerkingen van Hornstra (12) in de pers minister Veringa vragen (13). Hornstra mokt nog wat na over de in 1966 afgewezen numerus fixus. Tot 1969 komen er 3000 artsen bij en dat is voldoende. Tussen 1970 en 1975 studeren er meer dan 4300 artsen af. Na 1972 verwacht Hornstra dan ook grote moeilijkheden bij de vestiging. Een achtste faculteit is dan ook pure onzin *.
Lamberts en Tans willen weleens weten of dat zo is. Veringa geeft toe dat Hornstra wellicht iets dichter bij de waarheid komt dan de werkgroep Goudszwaard. De belangstellingscoëfficient voor de medicijnenstudie is belangrijk hoger dan door Goudszwaard ingeschat was. Het verschil tussen de prognose 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 L.H.V. in de onderhandelingen met de ziekenfondsen dit huisartsentekort gebruikt om de honorarium eisen kracht bij te zetten, wordt dat beleid tot haar ergernis doorkruist door Vroege (14) die uitgezocht heeft dat er van verminderde belangstelling voor het huisartsen vak geen sprake is. Hij onderzocht de carrières van 1600 studenten van 1952 tot 1963. De L.H.V. is nogal boos. Zij betwist de cijfers van Vroege. Vroege (16) stelt in een reactie dat zijn conclusie juist is, maar dat hij niet wil ontkennen dat er een tekort is. Er is een algemeen tekort, en niet door een verschuiving van de

* Eindhoven, Tilburg,Enschede en Maastricht strijden om die achtse faculteit.

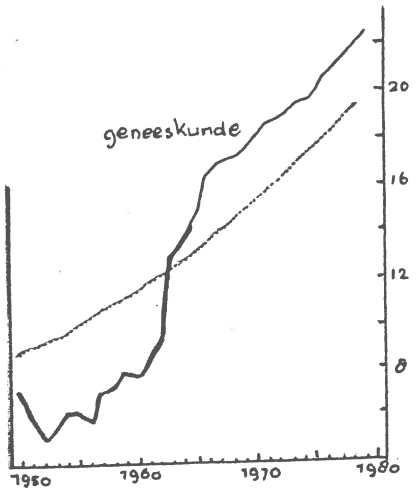
belangstelling, maar door het geringe aantal eerste jaars in de periode 1957- 1962.
Eind 1968 publiceert de Commissie Dalmulder haar rapport (18).
De behoefte aan academici wordt door zoveel factoren beïnvloed dat een nauwkeurige bepaling vrijwel onmogelijk is. Toch doet ze een poging.
Factoren als veranderende leeftijdstructuur , toename van het aantal bejaarden, urbanisering,verkeer, ingewikkelder worden van de therapie, vermindering van het prestatievermogen van de arts (korter werken) beïnvloeden de behoefte. Alleen de veranderende leeftijdstructuur (6% extra artsen) en de verandering in prestatie van de arts (10%extra artsen) zijn kwantificeerbaar.De artsendichtheid zou dan in 1982 moeten oplopen tot 1,38%.
Een tweede benadering bekijkt huisartsen, specialisten en overige artsen apart. *"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 Dalmulder is in tabel 14 weergegeven.

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

Tabel 14.Aantal artsen per 1000 inwoners, 1962.

Alles bij elkaar zouden er in 1982 zo'n 21.000 artsen nodig zijn tegen 13.100 in 1965. Het verloop van aanbod en behoefte is in grafiek 1 te vinden.

In een commentaar waarschuwt de redactie voor al te losbandig gebruik van Dalmulders cijfers.




Grafiek 1 Aanbod van en behoefte aan artsen. vlgs. Commissie Dalmulder.

De dikke zwarte lijn geeft het aanbod weer, de dunne zwarte lijn het geraamde aanbod en de stippellijn de behoefte.

De Gezondheidsraad (20) borduurt met de gegevens van Dalmulder verder. Ze 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 prioriteiten keuze in concurrentie met andere maatschappelijke behoeften bepaald worden ".
De raad voorspelt wel dat de behoefte aan huisartsen in verband met het bevolkingsaantal niet zal stijgen. Festen (21) heeft als lid van de Gezondheidsraad een minderheidsstandpunt ingenomen. Alle prognoses klopten niet,of waren voor hetzelfde jaar verschillend.Dat komt door de nauwelijks te voorspellen bevolkingstoename en ontwikkelingen in de geneeskunde. Alle uitspraken over behoeften zijn natte vinger werk. Vertrouwen op de natuurlijke regulering van vraag en aanbod lijkt hem veel verstandiger 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 niet met vakantie. De berichtjes " waarnemers gevraagd " van het Bureau Waarneming en Vestiging staan nu zeer regelmatig in Medisch Contact. Eenmaal zelfs onder een

vette kop " Dringend waarnemers gevraagd "(22). De L.H.V. berekent dat er in 1968 33 huisartsen minder zijn. Volgens haar enquête daalt de belangstelling voor het huisartsen-vak nog steeds . In vergelijking met 20 jaar geleden wordt minder dan de helft huisarts. Hoe zij dat nu hebben berekend is in Medisch Contact niet na te gaan.
In de vaste commissie voor Sociale Zaken en Volksgezondheid van de Eerste Kamer wordt staatssecretaris Kruisinga aan de tand gevoeld over het tekort aan huisartsen in de grote steden en de sterke vergrijzing van het huisartsen bestand.(24) Kruisinga (25) antwoordt dat de situatie wel wat zal verbeteren. Over enkele jaren studeren er meer dan 1000 artsen per jaar af.In de grote steden, behalve Rotterdam, daalt het aantal huisartsen iets, volgens Kruisinga.

Afgaand op de berichten in Medisch Contact stijgt de nood in de grote steden snel. Bol (26) 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 dan 65 jaar is en twee huisartsen zijn ouder dan 80 jaar. Bol haalt een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege aan. Die berispte een 76 jarige huisarts, die nog steeds voor vier praktijken waarnam.* Het beroep moet snel aantrekkelijker worden. De P.H.V. (27) Rotterdam stapt 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, dwz. 0,304 per 1000 in Rotterdam, tegen 0,347 landelijk. Twaalf procent - 25 - van de huisartsen is ouder dan 65 jaar (3 ouder dan 80). Eendrachtig met de ziekenfondsen belegt de P.H.V. een persconferentie (28) waarop beiden het tekort toelichten.De gemiddelde praktijkgrootte in Rotterdam is 3300. Er is een tekort van 67 huisartsen. Binnen 5 jaar zijn 25 huisartsen van plan te vertrekken. De P.H.V. stelt voor om tien groepspraktijken te stichten om het beroep weer aantrekkelijk te maken. Mogelijk kan daardoor het vertrek worden tegengegaan en kunnen jonge artsen worden aangetrokken. (29)

* Vele ingezonden brieven volgen na deze geruchtmakende uitspraak van het Tuchtcollege. " Ook een oude huisarts kan best eengoede zijn " is daarvan meestal de teneur.

Op deze toch opzienbarende roep om o.a. overheidssteun wordt nauwelijks gereageerd. Alleen Schuler(30) merkt op dat een tekort niet door groepspraktijken kan worden opgevangen. Wellicht zijn multidisciplinaire teams beter. Delegeren aan hulpkrachten is in zo'n team wel mogelijk.

Weer worden er Kamer vragen gesteld. Dit keer vragen Dusjardijn en de Vreeze (beiden K.V.P.) Kruisinga hoe het met het tekort in de grote steden gesteld is.(31) Kruisinga vindt dat er niet alleen een tekort aan huisartsen is, maar aan allerlei hulpverleners. Hij zegt nog eens dat er een trek naar buiten is, waardoor er ongetwijfeld spanningen in de grote steden ontstaan, maar eigenlijk beantwoordt hij de vragen van Dusjardijn en de Vreeze over het tekort niet. Wel gaat hij in op de vragen over de vergrijzing, met de volgende tabel.

| lsgroepen | Groningen | Friesland | Drenthe | Overijssel | Gelderland | Utrecht | Noord - Holland | Zuid - Holland | Zeeland | Noord - Brabant | Limburg | Totaal |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| jonger jaar | 120 | 112 | 73 | 165 | 274 | 137 | 368 | 437 | 56 | 302 | 169 | 2213 |
| et | 62,8 | 53,8 | 55,7 | 54,5 | 52,8 | 45,5 | 44,1 | 42,8 | 45,5 | 54,6 | 54,7 | 49,3 |
| 45-64 jaar | 59 | 88 | 55 | 127 | 222 | 145 | 387 | 482 | 58 | 229 | 122 | 1974 |
| et | 30,9 | 42,3 | 42,0 | 41,9 | 42,8 | 48,2 | 46,4 | 47,3 | 47,2 | 41,4 | 39,5 | 43,9 |
| ouder jaar | 12 | 8 | 3 | 11 | 23 | 19 | 79 | 100 | 9 | 22 | 18 | 305 |
| et totaal | 6,3 | 3,4 | 2,3 | 3,6 | 4,4 | 6,3 | 9,5 | 9,9 | 7,3 | 4,0 | 5,8 | 6,8 |
| aantal | 191 | 208 | 131 | 303 | 519 | 301 | 834 | 1020 | 123 | 553 | 309 | 4492 |

Tabel 15. Leeftijdsverdeling van de huisartsen per provincie 1-1-1970.

andstad is het percentage oudere huisartsen dus aanzienlijk hoger dan in de meer he provincies.

Rotterdam blijft lastig. Kossman e.a. (32) schrijven een uitvoerige verhandeling over het tekort in de grote steden. Dat tekort wordt steeds groter, doordat het beroep en de woonomgeving in de grote steden steeds onaantrekkelijker worden.Er bestaat volgens hem een tekort van 750 huisartsen. Om het tekort in te lopen en de praktijkgrootte op 2500 te houden, moeten er in tien jaar 2850 huisartsen afstuderen. Iedereen weet dit wel en praat erover, maar niemand doet wat. Een verhoging van het budget van de U.H.I.'s, verbetering van de honorering, betere opleidingen van para-medisch personeel etc.zijn op korte termijn nodig, wil het fenomeen huisarts blijven bestaan. Velen zijn het met Kossman eens en geven min of meer dezelfde suggesties. (33,34,35,36)
Het Bureau Waarneming en Vestiging (37) heeft in 1970 33 praktijken aan de straatstenen niet kwijtgekund. In 1972 hoeven artsen, die zich in gebieden met een huisartsen tekort vestigen, zelfs niet in militaire dienst.(38)

Toch, ondanks de crisissfeer rond het tekort, voorspelt Thung (39) al dat er na 1980 genoeg artsen zullen zijn. En Borst (40) doet dat een jaar later in 1973 nog eens over. Het is typisch dat ten tijde van optredende tekorten de geleerden opeens weer over een te verwachten overschot gaan praten. Hier en daar wordt er nog gesputterd over een specialisten tekort door onvoldoende opleidingscapaciteit of de wantoestanden in Brabant ( in 1971 evenveel huisartsen als in 1962 en heel grote praktijken in de vier grote steden).(42). Onder invloed van de sterke toeloop op de universiteiten (2085 eerstejaars in 1972) en de vrij zekere output van de U.H.I.'s van 500 artsen vanaf 1974. (43),schrijven de voorzitter en de ondervoorzitter van de K.N.M.G. een open brief aan alle artsen in Nederland(44). 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."*

Volgens het zogenaamde Memorandum II van de werkgroep planning Medisch Wetenschappelijk Onderwijs - de werkgroep Querido(45)- studeren er de komende jaren een hoop artsen af. Van minimaal 1275 en maximaal 1750 in 1972 en 1973 tot 1375 in 1979-1980. Tevens berekende zij het aantal te verwachten huisartsen, bij 2 alternatieven; ten eerste op basis van het aantal eerstejaars (alternatief I) en ten tweede op basis van het aantal doctoraal- en kandidaatsexamens en het gerealiseerde aantal eerste en tweede jaars studenten (alternatief II).

| | Alternatief I | | | Alternatief II | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 30 % | 40 % | 50 % | 30 % | 40% | 50 % |
| 1973 | 55 | 70 | 90 | 205 | 270 | 340 |
| 1974 | 105 | 140 | 175 | 300 | 400 | 340 |
| 1975 | 210 | 280 | 350 | 400 | 530 | 665 |
| 1976 | 300 | 400 | 500 | 400 | 530 | 665 |
| 1977 | 355 | 470 | 590 | 375 | 500 | 625 |
| 1978 | 405 | 540 | 675 | 450 | 600 | 750 |
| 1979 | 430 | 570 | 715 | 465 | 620 | 775 |
| 1980 | 405 | 540 | 675 | | | |

Tabel 16. Instroom in de nieuwe huisartsen opleiding in procenten van het aantal afstuderende artsen, nieuwe curriculum, 1973-1980.

De K.N.M.G. laat een werkgroep met hulp van de gegevens van Querido studeren over de consequenties van het aanbod. De werkgroep (46) verwacht dat bij alternatief I en een beroepskeuze van 30% * de capaciteit van de opleiding groot genoeg is. Of er voor de 4600 huisartsen tot 1985 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 de huisartsenkant op drijft, zodat het aanbod sterk kan stijgen.
De werkgroep vermeldt nog dat behoefte bepalingen uit een beroepsgroep zelf maar een beperkte waarde hebben zolang de getalsterkte een rechtstreeks verband met het inkomen heeft.

In augustus 1974 verschijnt de Structuurnota van staatssecretaris Hendriks. In een commentaar (48) schrijft de K.N.M.G.te betwijfelen of er wel 1,8 arts per 1000 inwoners nodig is. De L.H.V. gaat in haar commentaar niet op het verwachten overschot van artsen in.
Precies twintig jaar na het overschot in de jaren vijftig is de situatie weer bijna vergelijkbaar.

* In een onderzoekje (47) onder Leids studenten blijkt in 1972 30% van het aantal 7e jaars studenten huisarts te willen worden tegen 20% in 1966.

*Praktijkgrootte.*

Discussies over wenselijke praktijkgrootte hebben niet zo veel zin, als er te weinig huisartsen zijn. Veel wordt er dan ook niet geschreven en als er dan al iets gepubliceerd wordt gaat het om berekeningen om aan te tonen dat het honorarium te laag is.
Sanders (49) berekent bijvoorbeeld op grond van een gemiddelde consult-visite ratio (3:2 of 2:1) en de gemiddelde duur daarvan bij een werkweek van 42,5 uur , dat de gemiddelde praktijk ongeveer 2200 patiënten hoort te zijn.Festen reageert in de Ziekenfondsgids op dit artikel met o.a. de stelling dat huisartsen zo verschillend werken, dat je eigenlijk geen gemiddelde uit kunt rekenen. Sanders (49 II) gelooft daar weer niks van. De gemiddelde ziekenfondspraktijkgrootte wordt in ieder geval groter van 1898 in 1965 tot 1923 in 1966 (50). Het aantal grote parktijken, meer dan 3000 fondsverzekerden neemt ten opzicht van 1965 iets toe (579-583). En er zijn nog altijd 15 praktijken met meer dan 5000 fondsverzekerden. In 1966 is het aantal fondspraktijken met 13 gedaald(uitsluitend apotheek-houdende ). De gemiddelde praktijkfondsgrootte van de apotheek-houdende huisarts is 2047 (51). Volgens het G.H.I. (10) is de (totale) gemiddelde praktijkgrootte in 1966 2761. In 1967 stelt de Commissie van der Ven na een conflict L.H.V. - G.O.Z. over de rekennormpraktijk voor niet de berekeningen van de L.H.V. over praktijklast etc. te volgen, maar eenvoudig het aantal huisartsen op het aantal inwoners te delen.(52) Zij komt dan op 2600 inwoners per huisarts.
Andriessen (53) redactie secretaris van Ziekenfondsvragen mengt zich een beetje laat in de strijd. Hij gelooft ook niet dat er een gemiddelde praktijkgrootte bestaat. De spreiding van de praktijken is onder andere belangrijk. Als je , zoals Festen deed, die grafisch weergeeft is er een kritisch punt, 2800 fondspatiënten. Dat getal moet maar als rekennorm-praktijk gehanteerd worden.

Volgens de gegevens van de Ziekenfondsraad (54) stijgt de gemiddelde praktijkgrootte nog steeds ( 1967 : 1937 en 1968 :1960 ) Het aantal kleine praktijken daalt. Dit was in de jaren 1960 tot 1968 achtereenvolgens 616,554,522,481,435,407,382,370 en 365. De Ziekenfondsraad wijdt dit aan het kleine aantal vestigingen.(21 niet-apotheekhoudende in 1968)

Het aantal apotheekhoudende huisartsen daalde met 20. (1491 in 1967 tot 1471 in 1968). In 1969 stijgt het aantal vestigingen weer.(55) Veertien huisartsen vestigden zich extra, twee apotheekhoudenden vertrokken. Aan de daling van het aantal kleine praktijken, de graadmeter voor nieuwe vestigingen, lijkt een einde gekomen te zijn (374 in 1968 tegen 365 in 1969)

Het toenemend aantal afstuderende artsen stimuleert de discussie weer een beetje. De open brief van de voorzitter van de K.N.M.G. is al aangehaald (44). Kossman e.a.(32) bepleitten een maximum praktijkgrootte van 2500. Van Dijk (56) bepleit een beperking van de praktijkgrootte via een verandering in de honoreringsstructuur tot ongeveer 2200 patiënten. Een huisarts met een blijkbaar erg grote praktijk in Zuid-Limburg is het hiermee volstrekt niet eens. Hij volgt deze redenering: Grote praktijken sparen een arts uit, het is dus logisch dat de betreffende hardwerkende arts extra betaald wordt. De honorarium knik moet niet bij 1800 naar beneden, maar naar boven. Een grote praktijk (4000) kan best, vindt hij (57). De Leeuw (59) is juist blij met een groot artsen aanbod. Eindelijk kunnen de praktijken eens kleiner worden. Nu is het volgens hem de tijd om via een strak vestigingsbeleid de zaken te reorganiseren.

Na de blauwdruk en het takenpakket van de L.H.V. plaatst na 1975 de praktijkgrootte zich weer in het brandpunt van de belangstelling. Een groot aanbod stimuleert een dergelijke discussie, net als aan het einde 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. Veldhuyzen van Zanten vraagt in een ingezonden brief hoe de norm nu eigenlijk is. In 1955 was een goodwill van 200% van het bruto jaarinkomen niet ongewoon, later daalde die tot 125% rond 1961. Kikkert (1) meldt ook al dat het onmogelijk is een praktijk te verkopen. Die situatie blijft vrij lang bestaan. Zo meldt in 1971 Knuttel(33) dat je vrijwel geen goodwill meer kunt krijgen; de Swart (59) meldt dat 50% al bijna niet te krijgen is. Toch trekt de markt weer wat aan. Bol (60) 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 gebruik de weduwe van een overleden collega gedurende een jaar de inkomsten, verkregen uit de behandeling van patiënten van haar man

te geven. Nu komt er een pensioen regeling en er zijn goede sociale verzekeringen.De noodzaak om nu het instituut " goodwill " te handhaven, zijn niet zo groot meer.In ieder geval hoort er een objectiever bedrag te worden vastgesteld, waarbij een verschuiving naar de prijs van het huis voorkomen moet worden.
Naar aanleiding van de open brief van de voorzitter van de K.N.M.G (44) pleit Bol (61) nogmaals voor afbouw van de goodwill. De Widt (62) zet alles nog eens op een rijtje. Het wordt tijd om in te grijpen in dat vrije marktmechanisme. 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 (63) als afkeurende (64) reacties op.

## V VAN BLAUWDRUK TOT VESTIGINGSBELEID

de periode 1975 - juni 1979

Het is de periode van de snel stijgende kosten. De discussies over de Structuurnota van Hendriks nemen vele kolommen in beslag. Uiteindelijk wordt de nota in de Tweede Kamer ter kennisgeving aangenomen.
Hendriks gaat onvermoeibaar voort en produceert in 1975 nog een voorstel voor een Algemene Volksverzekering tegen Ziektekosten. Wegens geldgebrek lijdt het schipbreuk.In 1976 publiceert hij de Wetsontwerpen Voorzieningen Gezondheidszorg en Tarieven. Over beide laten K.N.M.G. en haar subverenigingen L.H.V., L.A.D. en L.S.V. een onaanvaardbaar horen. De beroepsgroep is vooral gebolgen 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 drie partijen nemen vooralsnog de voorspelbare stellingen in: de zoekende huisartsen organiseren zich en geven aan dat er meer huisartsen nodig zijn; de L.H.V. benadrukt het belang van de gevestigde huisarts, praktijkverkleining alleen bij een herziening van de honorarium structuur en studeert op een vestigingsbeleid per 1 januari 1981; en de Overheid aarzelt.
Er verschijnt in 1979 een Nota Vestigingsbeleid, waarin een aantal mogelijkheden worden geïnventariseerd. Staatssecretaris Veder-Smit is echter nog niet van plan op korte termijn in te grijpen.(juni 1979)(1)
De 280 zoekende huisartsen vindt zij nog niet buitengewoon.

*Teveel Huisartsen ?*

Het raakt een klein beetje uit de mode om voorspellingen over het artsenaanbod te doen. De actuele problemen i.m.v. herstructurering van de gezondheidszorg, het stimuleren van samenwerking en het formuleren van de noodzaak om tot een vestigingsbeleid te komen vragen blijkbaar erg veel aandacht.
De K.N.M.G. 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.

Tesamen met de verhoogde belangstelling moet rekening worden gehouden met 40% ( 650 ) van het jaarlijkse artsenaanbod (1600) dat voor het huisartsenvak zal kiezen. Dat betekent tot 1980 3250 huisartsen. De werkgroep betwijfelt of er een plekje voor al die artsen is. Er zullen slechts 1000 artsen vertrekken. De resterende 3250 zouden door praktijkverkleining opgevangen moeten worden. Dat betekent dat de gemiddelde praktijkgrootte in heel korte tijd tot 1900 inwoners per arts moet dalen. Zij geeft een aardige tabel over het te verwachten tekort of overschot aan huisartsen bij een verschillende praktijkgrootte en keuzepatroon.

| Bereikte praktijk-omvang van gemiddeld | en een keuzepatroon der afstuderenden van | |
|---|---|---|
| | 30% | 40% |
| 2100 zielen | - 300 | + 500 |
| 2300 zielen | + 300 | + 1.100 |
| 2600 zielen | + 1.000 | + 1.800 |

Tabel 17. Te verwachten overschot/tekort aan huisartsen per 1-1-1980.

De capaciteit van de opleiding is eigenlijk te groot. Vooral omdat men, volgens de werkgroep, 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.
Bol (3) dringt in zijn commentaar ook op een spoedig tot stand te komen vestigingsbeleid aan.
In 1976 publiceert de werkgroep een vervolg (4). Er gaan steeds meer artsen de huisartsenberoepsopleiding volgen. In het studiejaar 1974/1975 circa 350,dwz. 45% van het aantal afgestudeerde artsen. De stijgende lijn in de belangstelling zal zich wel voortzetten, zodat er eigenlijk in 1979 715 plaatsen zouden moeten zijn. Dat zal wel niet haalbaar zijn en er komen dan ook wachtlijsten, voorspelt de werkgroep. Afgezien van de wachtlijsten vindt de werkgroep het veel ernstiger dat er meer huisartsen komen dan er vestigingsmogelijkheden zijn.

De gemiddelde praktijkgrootte daalt maar langzaam en zal bij ongewijzigd beleid in 1980 ongeveer 2600 zijn.Dat betekent dat er zo'n 1600 huisartsen een plekje kunnen vinden en er 1400 werkloos zullen zijn. De situatie na 1980 wordt volgens de werkgroep alleen maar slechter. Aanpassing van de opleidingscapaciteit is dan ook nodig.

Er gebeurt een tijdje niks; alhoewel de achtste faculteit, Maastricht, gaat in 1976 officieel ook bijdragen aan het artsenoverschot.
De faculteit met een nogal van de overige faculteiten afwijkend programma start officieel in 1976.
Ruim een half jaar later reageert het LOMAG en het LOKO (Landelijk Overleg Medische Aktiegroepen en Landelijk Overleg Ko-assistenten )(5) op de berekeningen van de werkgroep Artsenaanbod.Er komen helemaal niet teveel artsen, als de huisartsen tenminste iets van de hun toegdachte taken zouden willen waarmaken. Zeker de conclusie van de werkgroep " een stop op de huisartsenopleiding " schiet de actiegroep in het verkeerde keelgat. De K.N.M.G. moet zich niet zo "defaitistisch " opstellen, maar aan een vestigingsbeleid werken. 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 er geen overeenstemming is, over een daling van de praktijkgrootte er wel een overschot dreigt. En het is zinnig de capaciteit daarop aan te passen. Wat heb je aan het recht op onderwijs, als dat het recht op werkloosheid betekent.
Bol (7) verwijt het LOMAG en LOKO oversimplificatie. Actiegroepen overschatten de macht van de K.N.M.G. meent Bol. Trouwens de K.N.M.G. is echt niet van plan alleen de gevestigde artsen te beschermen, en wijst op een open brief van de voorzitter van de K.N.M.G. in 1974.
In 1977 berekent Poorter (8) de vraag en het aanbod van artsen in het jaar 2000. Hij stelt het aanbod in 2000 op 39.000. Vervolgens bekijkt hij de behoefte aan "overige artsen", te weten sociaal geneeskundigen, artsen in opleiding tot huisarts of specialist, onderzoekers, artsen in dienst etc. Alles bij elkaar zijn er zo'n 11.900 overige artsen nodig. Er blijven er dus 27.100 over, die of specialist of huisarts willen zijn. Dat komt neer op 1 huisarts/specialist op 550 inwoners bij alternatief A. (C.B.S., 15,2 miljoen inwoners) of 1 huisarts/specialist per 525 inwoners bij alternatief B (14,3 miljoen).

*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 (10) schrijft in 1975 naar aanleiding van een felle aanval van de staatssecretaris van Onderwijs, Klein, op de financieringsmaatschappijen, die jonge artsen teveel zouden dwingen grote praktijken aan te houden, dat de inderdaad hoge schulden het steeds moeilijker maken snel tot praktijkverkleining over te gaan. En helaas, verzucht Bol, heeft de K.N.M.G. geen mogelijkheid dwingend een vestigingsbeleid op te leggen, waardoor ook de concurrentieslag en de daardoor opgejaagde goodwill in de hand gehouden kunnen worden.

De L.H.V. produceert in juni 1975 haar Blauwdruk.Het is in eerste instantie een vertrouwelijk stuk, alleen voor de leden.In Medisch Contact werd er dus behalve een oproep (11) om er in regionale bijeenkomsten over te spreken, aanvankelijk niets gepubliceerd.
De massamedia interpreteerden de geruchten ieder op hun eigen manier.
Eind september publiceert de redactie van Medisch Contact toch het grootste gedeelte (12) , de inhoud is nu immers voor een deel toch al bekend.
De blauwdruk, ontworpen naar aanleiding van de Structuurnota Gezondheidszorg, is, zo stelt het C.B. geen vrijblijvend discussiestuk, maar een voorstel waarover gestemd moet worden.
In de blauwdruk zijn maximering van de praktijkgrootte, een vestigingsbeleid en intercollegiale toetsing aan elkaar gekoppeld. De normpraktijk moet verlaagd worden, de taak van de huisarts is immers verzwaard.
Het maximum moet landelijk bepaald worden. Aan de hand van de landelijke normen kunnen districtscommissies een gebied artsrijp verklaren. Tegen die beslissing is beroep mogelijk. Het maximum wordt in 1975 op 3000 gesteld, in vier jaar tijd moet dat dalen tot 2500. De rekennormpraktijk moet van 2600 tot 2100 dalen.
Het vestigingsbeleid kan met centrale normen het best lokaal uitgevoerd worden (bv. P.H.V.'s).
De L.H.V. schetst summier enkele oplossingen over zaken als goodwill betalingen e.d
Bol (13) merkt op dat de koppeling praktijkgrootte,vestigingsbeleid,

toetsing, prachtig is, maar dat dat nog niet mag betekenen dat afzonderlijk op elk van de drie gebieden geen beleid nodig is. Over de maximumgrootte vraagt hij zich af welke reden de L.H.V. toch gehad kan hebben om de maximumgrootte 400 patiënten boven de rekennorm te stellen.
Het LOMAG, LOKO en LOVAA (14) 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.
Er komt vooral kritiek op de intercollegiale toetsing en zeker de koppeling maximering van de praktijkgrootte en toetsing kan er bij velen niet in.
Overigens wordt er in de ingezonden brieven rubriek weinig en vrij lauw op de Blauwdruk gereageerd.
Opvallend is het dat twee studenten Schaaf (15) en Wigersma (16) in vrij uitgebreide artikelen hun bezwaren uiten. Schaaf(15) 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. Hij werkt enkele suggesties uit over een variërende dagtaakpraktijk, waarbij de verschillende moeilijkheidsgraden de maximumpraktijkgrootte bepalen.
Wigersma (16) neemt vooral de goodwill op de korrel. Hoe kan de L.H.V. toch serieus menen een vestigingsbeleid van de grond te krijgen, als zij aan de goodwill wil blijven vasthouden. De moeilijkheden bij vestiging blijven dan immers. Ook hij benadrukt het belang van inspraak van de patiënten. Hij werkt een voorstel uit om o.a. via een jaarlijkse verlaging van de kostenknik en een maximumgrens daarvan tot een snelle praktijkverkleining te komen, van 2600 in 1976 tot 2000 in 1980. De Widt (17) reageert op de analyse van Wigersma met de mededeling dat deze zijn marxistische economie nog maar eens moet nakijken. Hij beweert dat er geen cijfers zijn die aan kunnen tonen dat er meer artsen moeten komen. Wigersma (18) bestrijdt dat, maar komt in de knoop met zijn andere beweringen, dat de prognoses tot 1975 het altijd bij het verkeerde eind hadden.
De Blauwdruk haalt het niet. In de regionale bijeenkomsten wordt zoveel kritiek geleverd, dat het C.B. het voorstel intrekt. Zij zal haar huiswerk overmaken, en o.a. op korte termijn met een nota over het takenpakket van de huisarts komen.

Bartelds, Dopheide en van der Zee (19) onderzochten de nieuwe vestigingen in de periode januari 1975 - augustus 1976. Er waren 461 nieuwe vestigingen

waarvan 50% overnames, 15% procent vrije vestigingen, 30% procent associaties, en 5% andere vormen. Zij bepaalden verder de verhouding vervanging-verdunning in de verschillende provincies. Die bleek zowel in de tijd als geografisch nogal uiteen te lopen. Vervanging vooral in het Noorden, verdunning in Brabant en Limburg. Bol (20) concludeert uit hun onderzoek dat er ruimte gemaakt moet worden voor een aanzienlijke uitbreiding van het huisartsenbestand.

Vrij snel na elkaar verschijnen zowel de nota "De taken van de huisarts"(21) als de Nieuwe Blauwdruk (22). De Nieuwe Blauwdruk wordt weer aangeboden als een stuk waarover gestemd moet worden. Alleen details kunnen nog veranderd worden. Ook in de nieuwe Blauwdruk worden zorg voor de kwaliteit, waarvan toetsing een deel kan zijn, de rekennormpraktijk, de maximering en het vestigingsbeleid gekoppeld. Over de rekennorm wordt opgemerkt dat het, na het rapport "takenpakket", wel duidelijk is dat de praktijk verkleind moet worden.De rekennormpraktijk zal in drie jaar terug moeten naar 2000. De maximumgrootte moet 125% van de rekennorm zijn. (Het geldt allemaal alleen voor fondspatiënten) De P.H.V.'s moeten onderzoeken of er , met hantering van de maximumnormen, ruimte is voor vestigingen. De P.H.V.'s verdelen daartoe hun gebied in kleine gebiedjes (4-8huisartsen).
Er is plaats voor een nieuwe huisarts wanneer in een gebied het aantal patiënten 1000 groter is dan het berekende + 25 %.
Er komen regels voor overnames, associaties en vrije vestigingen.
Zuivere vrije vestigingen(bord op de deur, zonder overleg) zijn niet meer mogelijk. Bol (23) vindt het voorstel het maximaal haalbare binnen de L.H.V. Toch is lang niet iedereen gelukkig. Kamphuis (24) vindt het ontoelaatbaar dat patiënten hun eigen dokter niet meer mogen kiezen wanneer ze toevallig nummer 2601 zijn. Hij zal z'n lidmaatschap van de L.H.V. opzeggen en zeker 600-700 anderen zullen dat ook doen, voorspelt hij.In ieder geval ondanks de ferme taal van het C.B. halen de blauwdruk èn het takenpakket de eindstreep niet. Eerst maar eens een discussie over de plaats van de L.H.V.

Lang kan de L.H.V. zich niet bezinnen, want de situatie op de markt loopt enigzins uit de hand. In februari 1979 schrijft een groep van 13 zoekende en gevestigde huisartsen een open brief (25). Al 250 artsen zoeken geruime tijd een praktijk. De overname sommen worden zó hoog, dat daardoor

praktijkverkleining onmogelijk wordt. De L.H.V. moet toetsing maar loskoppelen van een vestigingsbeleid, als de leden zulke problemen met toetsen hebben. Van den Akker schrijft in een naschrift blij te zijn met deze brief. De L.H.V. wil graag aan een vestigingsbeleid werken. Ook het LOVAA(26) vindt dat de blauwdruk maar weer boven tafel komen moet. Alleen het LOVAA vindt dat er geen onbespreekbare inkomensclaims op tafel horen te liggen. Bol(27) waarschuwt tegen op handen zijnd overheidsingrijpen. Aan een vestigingsbeleid zitten veel kanten en mede daardoor heeft de L.H.V. nooit een vestigingsbeleid van de grond gekregen; maar als er nu nog langer gebakkeleid wordt, wordt de overheid wel gedwongen om in te grijpen. De regeling die dan uit de bus komt zou dan weleens minder aangenaam kunnen zijn. Intussen werkt het L.H.V. aan het in ieder geval uitspreken van de wens om tot een vestigingsbeleid te komen.Er worden een aantal informatieve vergaderingen belegd over de vraag"Zien de leden van de L.H.V. een vestigingsbeleid als een gezamelijk probleem en willen zij er met het C.B. aan werken, dat er binnen 1½ jaar een vestigingsbeleid komt " . De stemming is aanvankelijk roerig Tijdens de informatieperiode publiceren Groenewegen en van der Zee (28) de gemiddelde praktijkgrootte per P.H.V. Er zijn regionaal grote verschillen. Ruim de helft van de P.H.V.'s heeft meer inwoners per huisarts dan het landelijk gemiddelde. Vooral in de Brabantse Kempen, Noord-Limburg en Twente zijn de praktijken gemiddeld genomen erg groot. In Zeeuws-Vlaanderen het kleinst. De verdunning in de P.H.V.'s met grote praktijken gaat weliswaar sneller dan die in de P.H.V.'s met kleine praktijken, maar de spreiding is groot. De groei is ongelijk verdeeld. Er zou snel een vestigingsbeleid moeten komen.Vooral binnen-kamers wordt er over dit artikel gemord. Alleen de P.H.V. Alkmaar (29) laat weten, dat Groenewegen en van der Zee met onjuiste en verouderde cijfers werken. In tegenstelling tot Groenewegen en van der Zee meent de P.H.V. dat er in Alkmaar geen huisartsen bij kunnen. Ondanks alle bezwaren en pogingen tot amendering stemt de ledenvergadering op 6 juni toch met de vraag van het C.B. in. Op naar een nieuwe blauwdruk?

*Vestigingsperikelen.*

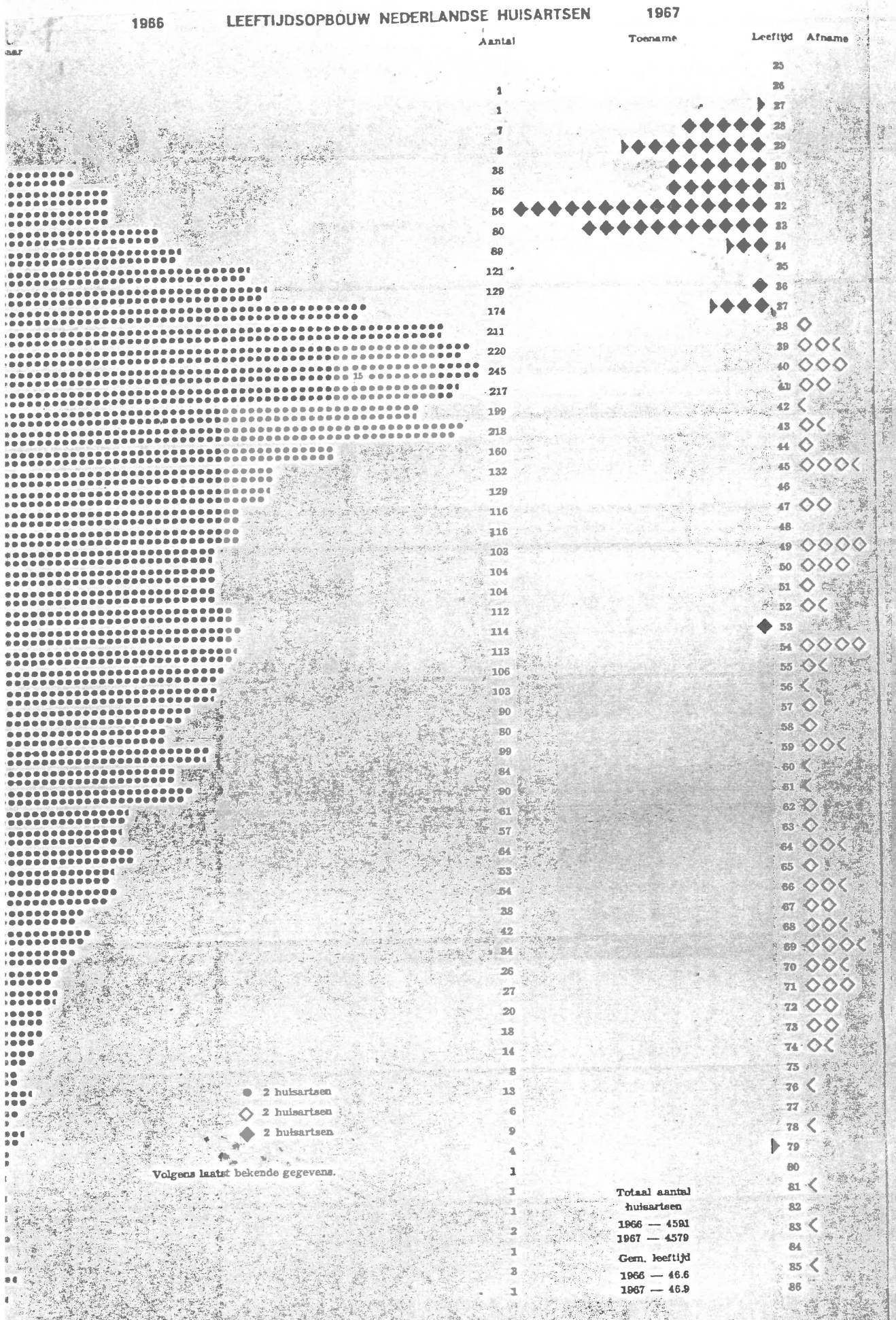
In veel van de al aangehaalde artikelen werd aan het goodwill probleem gerefereerd, niet alle artikelen komen in dit stukje ook weer aan bod. Goodwill blijft een netelig probleem, zeker na de invoering van het huisartsenpensioen. In bestuurskringen wordt er nogal verschillend over gedacht. Zo vindt het bestuur van de Stichting Officium Nobile (30) te Arnhem, dat de goodwill in straf tempo verlaagd moet worden. Ook Bol(31) bepleit nogmaals het afschaffen van de goodwill. De L.H.V., gebonden aan haar rol, laat het voorlopig bij een berichtje dat de maximum goodwill 90% van het bruto jaarinkomen is. (32) Lens (33) rekent in 1978 uit dat praktijkverkleining prachtig is, maar bij o.a. de huidige goodwill niet te betalen. Van 2000 patiënten kan een huisarts niet leven. Uiteraard roept zijn cijferwerk weer allerlei ander cijferwerk op. Alle argumenten voor of tegen goodwill, die al vanaf de jaren vijftig telkenmale naar voren gebracht worden, worden ook nu weer aangevoerd.
Intussen stijgt de prijs van een huisartspraktijk, bedragen van een miljoen zijn volgens briefschrijvers al niet ongewoon meer. (25,33) Bartelds, Dopheide en van der Zee(19) vinden in 1976 dat toen al 36% van de zich vestigende huisartsen meer betaalde dan de norm, bij een commerciëel bureau was dat zelfs 47%. Schaarste drijft de prijs op, al lang zoekende huisartsen zijn bereid iets sneller 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 wel niet halen. Niet voor niets is een K.N.M.G.-commissie al verscheidene malen op het goodwill probleem stuk gelopen, en uiteindelijk, toen zij overbodig geworden was, in 1965 opgeheven.

Aardig om hier nog te vermelden zijn de schermutselingen bij vrije vestigingen, waarvoor enkele keren een kort geding wordt aangespannen, of de Tuchtraad ingeschakeld ( Drente (34), Maarssenbroek (35) ).
Bij het ontbreken van een beleid en een "verstoord" marktmechanisme is de rechter blijkbaar de enige die een vestigingsbeleid bepalen kan.

## VI CONCLUSIE

Met inachtneming van de relativerende opmerking in de inleiding over de waarde van Medisch Contact als de representant van de denkwereld van de medische stand, kun je toch concluderen dat er niet zoveel veranderd is. Noch in het verloop van de gebeurtenissen, noch in het denken over een vestigingsbeleid. Alle prognosen, van Dalmulder tot de werkgroep Artsenaanbod en waarschijnlijk ook die van Poorter, zijn niet uitgekomen of zullen niet uitkomen. Het schatten van de behoefte aan artsen op lange termijn is, zoals Hornstra zei, onbegonnen werk. De " natuurlijke "golf-beweging is in ieder geval niet bewijsbaar beïnvloed, al denken Thung en de Gruil-van Egmond dat het "afschrikkingseffect" tenminste voor een deel het verloop verklaren kan. Het lijkt mij een overschatting van het effect van klaagzangen uit de medische wereld. De werkelijkheid is ongetwijfeld ingewikkelder.

De steeds weer zich herhalende discussie over de praktijkgrootte en de goodwill is wellicht kenmerkend voor de traagheid van denken en handelen in de medische stand. Op het moment dat ingrijpen noodzakelijk is wordt er gestudeerd, en wanneer een of ander natuurlijk proces alles weer in het gareel gekregen heeft, worden de resultaten van de studie openbaar. Toch geldt dit eigenlijk alleen voor de situatie van voor de beperkingen van het aanbod,-de studentenstops-. Vooralsnog lijkt het erop dat het marktmechanisme niet meer werkt. De structuur van de eerste lijns gezondheidszorg is danig aan het veranderen. Terwijl in 1953 een driemans associatie eigenlijk niet door de beugel kon,is een gezondheids-centrum met artsen in loondienst, met financieringsregelingen van de Ziekenfondsraad in 1979 nog wel een byzonderheid, maar niemand windt zich er meer openlijk over op.
Een andere plaats van de huisarts in de eerste lijn en een vrij constante input van elk jaar ± 500 nieuwe huisartsen vormen de reden dat ingrijpen op heel korte termijn wel nodig is.Maar het zal mij benieuwen of een vestigingsbeleid, dat recht doet aan veranderende opvattingen over hulpverlenen in de eerste lijn, er op korte termijn komt. Na het lezen van al die jaargangen Medisch Contact ben ik niet zo optimistisch meer.




Grafiek van P.A. de Klerck, Medisch Contact, 1967, 1014-1015

NOTEN

Hoofdstuk II

1. Hogerzeil, H.S. ,*Tekort aan artsen* , M.C. 1946, 109.
2. Heilbron, L.G. ,*Ingezonden brief* ,M.C. 1946, 409.
3. Tabel,( *Samengesteld uit C.B.S. statistieken, mededelingen der Maatschappij etc.* ) , M.C. 1948, 83.
4. Beumer, G. ,*Medische studenten* , M.C. 637 - 638.
5. Haar, Th. ter , *De huisarts in de branding* ,M.C. 1950, 41 - 44.
6. Hoorn, P.M. van, *Ingezonden brief* ,M.C. 1950, 104.
7. Bijlsma, Prof. Dr. U.G. ,*Het aantal studenten in de geneeskunde* , M.C. 1950, 354 - 357.
8. Hoogendoorn, D. , *Het aantal studenten in de geneeskunde en de a.s. overvulling van het beroep* , M.C. 1950, 409 - 412.
9. Overzall, J.J. ,*Artsenbezetting in Nederland* , M.C. 1950 , 45.
10. Wibaut, F. , *Het teveel aan artsen in Nederland* , M.C. 1951, 229 - 236.
11. Roberts, W.J. ,*Ingezonden brief* , M.C. 1951, 240.
12. Drooglever Fortuin , H.J.W. , *Het tekort aan huisartsen* , M.C. 1951, 327.
13. Wibaut, F. , *Enige gegevens betreffende de toekomstige behoefte aan medici* ,M.C. 1952, 741 - 744.
14. Veen, H. ,*De spreiding der artsenpraktijken in Nederland* ,M.C. 1954, 748 - 752.
15. Heringa, G.C., M.C. 1951, 4 - 8.
16. Groot, M. de , M.C. 1951,83 - 84.
17. Groot, M. de , M.C. 1951,280 - 281.
18. Coppens, A.H.S. ,*Grootte Ziekenfondspraktijken*, M.C. 1946, 116.
19. Heuvel, G.C., van der, *De huisartsenpraktijk in verband met het Ziekenfondswezen* , M.C. 1948, 567 - 571.
20. *Jaarverslag Ziekenfondsraad 1954*, M.C. 1955 , 259.
21. Medewerker K.N.M.G. , M.C. 1954, 59 - 60.
22. Bericht H.B. ,*Overnemen van praktijken* , M.C. 1947, 7 maart.
23. Bericht H.B. ,*Overnemen van praktijken* , M.C. 1949, 573.
24. Bericht H.B., *Overneming som praktijken*, M.C. 1947, 526 - 527.
25. Heringa, G.C. , *Een vestigingsbureau voor artsen naar het ontwerp van coll. Kolstee*, M.C. 1951, 173 - 176.
26. *Hoofdstukken uit de Medische Ethiek, Het overdoen van de praktijk*, M.C. 1954, 298 - 303.
27. Mededeling H.B. , M.C. 1950, 554.

Hoofdstuk III

1.- W.H.O. , *Vacatures in het buitenland* , M.C. 1956,14: 76 klinici
30 lab. artsen

2.- *Artsentekort in Amerika* , M.C. 1958, 239 : 20% 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.- *Tekort aan waarnemers* ,M.C. 1957 , 672.

10.- Groothuise, J.W. ,*Vadertje* , M.C. 1962 , 521.

11.- *Aanbod en behoefte academici tot 1980,* M.C. 1959 , 476.

12.- *Behoefte en aanbod van artsen* ,M.C. 1961 , 717.

13.- Groot, C. , *Een circulus vitiosus van ongerijmdheden* ,M.C. 1960, 172 - 174.

14.- *Vragen in de Tweede Kamer* ,M.C. 1962, 848.

15.- Hornstra, R. ,*Dreigend tekort aan artsen ?,* M.C. 1963, 80 - 82.

16.- Dekker, G. , *Tewerkstelling van artsen in het buitenland en emigratie-mogelijkheden,* M.C. 1963, 427 - 428.

17.- *Aantal en omvang fondspraktijken* , M.C. 1958, 204.

18.- *Bericht, H.B.* , M.C. 1958, 338.

19.- *Fondspraktijken in 1957* , M.C. 1958 , 770.

20.- *Jaarverslag van de Ziekenfondsraad,*M.C. 1959 , 636.

21.- *Jaarverslag vande Ziekenfondsraad* ,M.C. 1960 , 501.

22.- *Jaarverslag 1960, Ziekenfondsraad* ,M.C. 1961 , 520.

23.- *Ziekenfondspraktijken naar ancienniteit en praktijkgrootte,*M.C. 1961, 102.

24.- *Ziekenfondspraktijken van huisartsen,* M.C. 1963 , 785.

25.- *Uit het jaarverslag 1963, van de Ziekenfondsraad,* M.C. 1964, 1758.

26.- *Uit het jaarverslag 1964, van de Ziekenfondsraad,* M.C. 1965, 1755.

27.- Huygen, F.J.A. ,*Medisch opvoedkundig bureau en huisarts* , M.C. 1958, 764 - 768.

28.- Schulte, B.C. , *Huisartsen overbelast ?* ,M.C. 1959,70.

29.- Buma, J.T. , *Huisartsen overbelast* , M.C. 1959, 81.

30.- Huygen,F.J.A. ,*Is er overbelasting voor huisartsen,* M.C. 1959, 141.

31.- Meininger, J.V. ,*Een huisarts in gesprek met zichzelf,* M.C. 1959, 262 - 264.

32.- Rooyaards, W.S., *De normatieve praktijk,*

33.- Schalm, L. (rapporteur), *Quo vadis ? Over de toekomst van de geneeskundige verzorging.* M.C. 1965, 896 - 899.

34.- *Bericht aan het hoofdbestuur* ,M.C. 1956, 230.

35.- *Bericht van het Buro Waarnemingen en Vestiging*,M.C. 1956, 350.

36.- *Rapport associatie-commissie* ,M.C. 1958, 652 - 659.

37.- *Hoofdstukken uit de Medische Ethiek, Vestiging* , M.C. 1956, 182 - 186.

38.- *Bericht van het hoofdbestuur* ,M.C. 1955, 72 - 73.

39.- *Bericht Bureau Waarneming en Vestiging* ,M.C. 1958, 298.

40.- Rooyaards, W.J. , *Praktijkoverdracht* ,M.C. 1961, 63 - 64.

41.- Polak, A. , *Praktijkoverdracht* ,M.C. 1961, 110.

Hoofdstuk IV

1.- Kikkert, G.D., *De onverkoopbaarheid van de huisartsenpraktijk*, M.C. 1965 , 1072 - 1074.
2.- *Artsenbehoefte en voorziening*, M.C. 1966, 1122.
3.- *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.- Klerck, P.A. de , *Toelichting bij grafiek over leeftijdsopbouw van Nederlandse huisartsen*, M.C. 1967,1014 - 1015.
9.- *Verslag van het debat over de numerus fixus*, M.C. 1966, 444 - 448.
10.- G.H.I.: *Absolute aantal huisartsen daalt niet* , M.C. 1966, 287.
11.- Leeuw, J.I. van der , *Over de beroepsopleiding*, M.C. 1967, 1173.
12.- Prof. R. Hornstra in huisarts en wetenschap over: *Het toekomstige aantal huisartsen* , M.C. 1968, 207 - 208.
13.- Vriesendorp, I., *Artsentekort*, M.C. 1968, 198.
14.- Minister Veringa , *Over prognoses toekomstig aantal artsen*, M.C. 1968, 147 - 148.
15.- Proefschrift van N.H. de Vroege, *Sociologie van de arts*, M.C. 1968, 325 - 329
16.- *L.H.V. commentaar*, M.C. 1968, 329 - 330.
17.- Vroege, N.H. de, *Verminderde belangstelling voor het huisartsenberoep*, M.C. 1968, 390 - 391.
18.- 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 .
19.- *Commentaar op het rapport van de Commissie Dalmulder* , M.C. 1968, 905.
20.- Rapport Gezondheidsraad: *Toekomstige artsenbehoefte*, M.C. 1969,379 - 380.
21.- Festen, H. *Artsenbehoefte en artsen opleiding*, M.C. 1969, 517 - 510.
22.- *Dringend waarnemers gevraagd*, M.C. 1969, 833.
23.- Leeuw, S.H.I. van der, *Het verloop van het huisartsenbestand in Nederland* ,M.C. 1969, 476 - 478.
24.- *Vragen in de Eerste Kamer*, M.C. 1970, 304.

25.- *Dr. R.J.H.Kruisinga verwacht verbetering in ontwikkeling artsendichtheid,* M.C. 1970, 347.

26.- Bol, F. *Het dreigend tekort aan huisartsen,* M.C. 1970, 945 - 946.

27.- *Huisartsen tekort in Rotterdam, P.H.V. Rotterdam wendt zich tot gemeenteraad,* M.C. 1970, 1380.

28.- *P.H.V. Rotterdam wil tien groepspraktijken om het dreigend tekort op te vangen* , M.C. 1970, 1413 - 1414.

29.- Aarts, J.H. ,*Een multidisciplinaire P.H.V. ?,* M.C. 1971, 177.

30.- Schuler, J. *De algemeen arts als medewerker in een multidisciplinair welzijnsteam* , M.C. 1971, 62.

31.- *Het huisartsen bestand in de drie grote steden,* M.C. 1971, 81 - 82.

32.- Kossman, H.A. (e.a.) *Over het huisartsentekort* , M.C. 1971, 911 - 919.

33.- Knuttel, W.P.C. ,*Een opgave voor ons . Waar vinden wij jonge huisartsen?* , M.C. 1971, 249 - 250.

34.- Knuttel, W.P.C. , *Over het huisartsen tekort,*M.C. 1971, 996.

35.- Meurs, J.H. van , *Over het huisartsen tekort,*M.C. 1971, 996.

36.- Kamerbeek, A.E.H.M. , *Over het huisartsen tekort,* M.C. 1971, 1256.

37.- *Jaarverslag Bureau Waarneming en Vestiging,1970,* M.C. 1971, 829.

38.- *Vrijstelling dienstplicht voor huisartsen wegens het tekort,* M.C. 1974, 214.

39.- *Artsen te over na 1980 ?,*M.C. 1971, 1252.

40.- Borst,J.G.G. , *Binnen zes jaar te veel artsen,*M.C. 1973, 20.

41.- *Centrale Registratie Commissie* ,M.C. 1973, 16.

42.- *Huisarts en verloskundige voorzieningen,* M.C. 1973,727.

43.- *Hoeveel huisartsen in spé ?* , M.C. 1973, 316.

44.- *Open brief van Maatschappij voorzitter en ondervoorzitter aan alle artsen in Nederland* , M.C. 1974 , 73.

45.- *Het derde memorandum van de werkgroep Planning Medisch Wetenschappelijk Onderwijs* , M.C. 1974, 167 - 170.

46.- *Enkele vermoedelijke consequenties van het te verwachten artsen aanbod* , M.C. 1974 , 1169 - 1177 .

47.- *Toenemende belangstelling voor huisartsenpraktijk volgens beroepskeuze-onderzoek Leids studenten* , M.C. 1974 , 749.

48.- *Structuurnota Gezondheidszorg, Memoranda K.N.M.G., L.H.V.* M.C. 1974, 1377 - 1386.

49.- Sanders, H.W.A. ,*Bepaling van de praktijkomvang van de gemiddelde Nederlandse huisarts* , I M.C. 1966 , 784 - 787.
II M.C. 1966 ,1123 -1128.

50.- *Uit het jaarverslag 1966, Ziekenfondsraad* ,M.C. 1968 , 41.

51.- *Van het centraal bestuur L.H.V.*, M.C. 1966 , 1083 .

52.- *Rapport van de Commissie van der Ven* ,M.C. 1967, 9 - 14.

53.- *De omvang van de huisartsen praktijk* , M.C. 1968, 740.

54.- *Gegevens Ziekenfondsraad over 1968* , M.C. 1968, 873.

55.- *Gegevens Ziekenfondsraad over 1969* , M.C. 1972, 268.

56.- Dijk, W. van ,*Geen plaats voor de aanstaande huisarts*, M.C. 1974, 743 - 744.

57.- Neven, E.J.J. ,*Geen plaats voor de aanstaande huisarts*, M.C. 1974, 834.

58.- Leeuw, R. de , *Artsenaanbod*,M.C. 1974, 1303 - 1304.

59.- Swart, J.H.H. de ,*Huisarts en het begrip vrij beroep*,M.C. 1972, 1255.

60.- Bol, F. , *Goodwill* ,M.C. 1972, 1245 - 1246.

61.- Bol, F. , *Goodwill*, M.C. 1974, 99.

62.- Widt, R.A. de , *Goodwill*, M.C. 1974 , 101 - 103.

63.- Beek, H. van ,*Goodwill*,M.C. 1974 , 90.

64.- Hilten, D.van ,*Goodwill*,M.C. 1974 ,284.

Hoofdstuk V


1.- Staatssecretaris vestigingsbeleid huisartsen , M.C. 1979, 677.

2.- *Capaciteit postacademische medische opleidingen van 1974 - 1980, Advies van de K.N.M.G; werkgroep Artsen aanbod,* M.C. 1975, 991 - 996.

3.- Bol, F., *Artsenaanbod,*

4.- *De capaciteit der medische vervolgopleidingen van 1975 - 1980, Uit de K.N.M.G. werkgroep Artsenaanbod,* M.C. 1976 , 1301 - 1306 .

5.- LOMAG, LOKO ,*Artsenaanbod,* M.C. 1976, 794-797.

6.- *Nawoord* , M.C. 1976, 797

7.- Bol, F. *Vraag en aanbod van artsen* ,M.C. 1977.

8.- Poorter, J. *Vraag en aanbod van artsen in het jaar 2000,* M.C. 1977, 269-273.

9.- Thung, P.J.+M.de Gruil- van Egmond , *De vraag naar artsen tien jaar terug en nu.* M.C. 1978, 985-987.

10.- Bol, F. *Vestigingsbeleid* ,M.C. 1975, 883.

11.- *Regionale bijeenkomsten blauwdruk,*M.C. 1975,1070.

12.- *Regionale bijeenkomsten over blauwdruk-beleid L.H.V.,* M.C. 1975, 439.

13.- Bol,F. *L.H.V. beleid,* M.C. 1975, 1135.

14.- LOMAG,LOKO,LOVAA *Vestigingsproblemen* , M.C. 1975, 1194.

15.- Schaaf, H. , *Een alternatief vestigingsbeleid voor huisartsen,* M.C. 1976, 617 - 621.

16.- Wigersma, L.,*Vestiging van huisartsen een kwestie van vraag en aanbod ?* M.C. 1976 , 1251 - 1259 .

17.- Widt, R.A. de, *Vestiging van huisartsen een kwestie van vraag een aanbod ?* M.C. 1976 , 1410 .

18.- Wigersma, L. ,*Naschrift,* M.C. 1976 , 1410 .

19.- Bartelds, A.I.M., Dopheide, J.P., Van der Zee,J. , *Nieuwe vestigingen van huisartsen* , M.C. 1977 , 459 - 468 .

20.- Bol, F. , *Vestiging en huisartsen* , M.C. 1977, 455.

21.- *De taken van de huisarts* ,M.C. 1977, 765 - 789 .

22.- *Nieuwe Blauwdruk* , M.C. 1977 , 973 - 977 .

23.- Bol, F. ,*Nieuw en oud Blauw* , M.C. 1977 , 971.

24.- Kamphuis, W., *Takenpakket en nieuwe Blauwdruk* , M.C. 1978 , 100.

25.- Boeke A.S.P. (e.a.) , *Vestigingsproblemen* , 1979, 98.

26.- LOVAA , *Vestigingsproblemen* ,M.C. 1979, 358.

27.- Bol, F., *De huisarts* ,M.C. 1979, 531

28.- Groenewegen, P en Zee, J. van der, *Bouwstenen voor een vestigingsbeleid voor huisartsen,* M.C. 1979, 671 - 677.

29.- Zandstra, B., Spoor, M.M., W.J.de Regt, *Vestigingsbeleid* , M.C. 1979, 760 - 761 .

30.- Bestuur Stichting Officium Nobile Arnhem ,*Goodwill,*M.C. 1975, 4.

31.- Bol, F, *Goodwill,* M.C. 1976 , 1375.

32.- Bericht L.H.V. , *Goodwill normen* ,M.C. 1977 , 58.

33.- Coveen, R., *Onverantwoorde praktijkovernamen,*M.C. 1978, 1533 .

34.- Bol, F. *Vrije vestiging,* M.C. 1975 , 1571 .

35.- Bol,F. ,*Vrije vestiging,* M.C. 1976 , 615 .