

109j

Vestigingsbesluit huisartsen

In de Staatscourant van 15 juli jl. verscheen de tekst van het ontwerp-Besluit vestiging en praktijkomvang huisartsen. Hiermee is een reeds geruime tijd verwachte maatregel concreet ingevuld, een maatregel die een fundamentele breuk met het verleden betekent. Immers: tot nu toe is de vraag of men zich wel of niet zal vestigen in de eerste plaats een beslissing van de betrokken huisarts, zij het dat daarbij PHV en vestigingscommissie van huisartsen een aanzienlijke macht vertegenwoordigen. Maar nu staat in de Staatscourant als kop boven een begeleidend artikel: 'Vestigingsbeleid huisartsen wordt zaak van gemeenten'.

Inderdaad: het is nu aan de gemeente te beslissen of een huisarts zich binnen haar grenzen mag vestigen. Daarvoor zijn bepaalde normen opgesteld die er globaal van uitgaan dat, als er gemiddeld minder dan 2.600 patiënten per huisarts aanwezig zijn, zich geen nieuwe huisartsen mogen vestigen. Daarop bestaat wel een aantal modificaties: men mag voor een kleinere praktijk kiezen; 3.000 patiënten wordt de maximum-omvang van een individuele praktijk; men kan ook part-time werken, maar dan is de minimum-omvang van de praktijk 800 patiënten. En zo zijn er nog andere.

De beslissing wordt genomen door Burgemeester en Wethouders; deze laten zich bijstaan door een commissie waarin huisartsen, verwante beroepsbeoefenaren, ziektekostenverzekeraars en patiënten zitting hebben. Zij moeten ook hun goedkeuring hechten aan een praktijkoverdracht. Dit betekent niet dat de door de beroepsgroep ingestelde vestigingscommissies komen te vervallen; integendeel, deze worden in de vestigingsprocedure ingeschakeld. Tot op zekere hoogte wordt hun positie hierdoor sterker. De gemeente vraagt om het resultaat van een intercollegiaal overleg alvorens een vergunning af te geven. Ook patiëntengroeperingen kunnen vestiging van een arts bevorderen, bijvoorbeeld van een homeopatisch of antroposofisch arts.

De invoering van het vestigingsbesluit wordt een versterking van de eerste lijn genoemd. Met name zou deze geïndicijerd zijn met een decentralisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg. Deze argumentatie is ontleend aan de Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg¹. In de schets wordt een groot aantal beleidsvoornemens en -maat-

J. C. van Es

De regeling dient de werkgelegenheid voor artsen niet

regelen ter versterking van de eerste lijn omschreven. Hiertoe behoren het bevorderen van samenwerking in de eerste lijn, verbetering van de samenwerking tussen huisarts en specialist, met werkers in andere sectoren, de onderlinge afstemming van basisopleiding, beroepsopleiding en postacademiaal onderwijs, het bevorderen van financiële prikkels tot kwaliteitsverbetering in de honoreringsstructuren, de bevordering van een meer geïntegreerde ondersteuningsstructuur ten behoeve van de eerstelijnsgezondheidszorg, alsmede de daarvoor benodigde financiering. Men moet zich afvragen of een aantal van deze maatregelen die tot nu toe geheel zijn blijven liggen geen grotere bijdrage tot een versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg zou kunnen leveren dan een vestigingsbesluit, en derhalve een hogere prioriteit zouden dienen te bezitten. Het gehanteerde argument dat 'een voldoende mate van bereikbaarheid van de voorzieningen nog niet in het hele land (is) gerealiseerd (...)' is niet zo geweldig overtuigend: dit is slechts een marginaal probleem dat de aandacht van de grote problemen - zie boven - afleidt. De vrije vestiging, die overigens niet zo vrij was als de term zou doen vermoeden, verdwijnt als fenomeen. Nu helemaal. Het spel van vraag en aanbod als regulerende factor is voorbij. Nu krijgt de overheid de touwtjes in handen, ook al functioneren de vestigingscommissies van de LHV nog wel als katrol.

Een kernpunt in dit hele beleid is de vaststelling van de normpraktijk en - als afgeleide daarvan - het toegestane maximum. Volgens de toelichting gaat de regeling ervan uit dat bij een grotere praktijkomvang de individuele zorg in gevaar komt, met name de niet-patiëntgebonden werkzaamheden, zoals overleg en samenwerking met andere disciplines in de eerstelijnsgezondheidszorg. Nu doet zich iets merkwaardigs voor: In de Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg wordt de na te streven om-

vang van een huisartspraktijk gesteld op 2.400 tot 2.200 inwoners: '... op grond van de huidige inzichten wordt een (dergelijke) praktijkomvang (...) gezien als een omvang, waarbij een goede taakvervulling mogelijk is'. De in het concept-besluit genoemde norm komt daar echter 9%-18% bovenuit. Waarom wordt dit aantal gehanteerd?

Allereerst bedenke men dat de Nederlandse huisartspraktijk gemiddeld 2.596 patiënten telt, dus al minder dan de thans gehanteerde norm van 2.600. Als ernst wordt gemaakt met het basistakenpakket, zal de Nederlandse huisarts een omvangrijkere taak wachten dan nu - gemiddeld - wordt vervuld. Een gemiddelde van 2.600 patiënten schept niet veel ruimte voor deze activiteiten, die uiting moeten zijn van een versterking van de eerste lijn. Qua mankracht zal de eerste lijn nauwelijks worden versterkt. Uit gegevens van het NHI² blijkt dat in slechts drie provincies het gemiddelde aantal patiënten per huisarts boven de 2.600 komt: Overijssel, Zuid-Holland en Noord-Brabant. Pas als over een gedetailleerd overzicht per gemeente wordt beschikt zal kunnen worden bepaald hoeveel vestigingsmogelijkheden voor praktijkzoekende huisartsen beschikbaar komen. Het is vrij zeker dat dit aantal aanzienlijk lager zal zijn dan het aantal praktijkzoekende huisartsen.

De regeling dient de werkgelegenheid voor artsen niet en kan bijdragen tot een structurele werkloosheid onder jonge artsen. Waarom is dan de norm niet lager gesteld, overeenkomstig de Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg? Hoewel dit in de toelichting op het concept-besluit niet wordt aangegeven, bestaat er een koppeling met de honoreringsregeling. Er is een principe-afspraken dat de in het besluit gehanteerde norm identiek zal zijn aan de in de honoreringsregeling gehanteerde normpraktijk. De onderhandelingen over de honorering zijn hiervoor dus doorslaggevend. Aldus wordt weliswaar de honorering van huisartsen niet ondergraven, maar de vraag doet zich voor in hoeverre de eerstelijnsgezondheidszorg door dit nieuwe besluit wordt bevorderd. ■

1. Tweede Kamer, Zitting 1979-1980, 16066 nrs. 1-2.

2. Cijfers uit de huisartsenregistratie. Utrecht: Nederlands Huisartsen Instituut, 1982.