

echter het bewijs leveren dat die norm slecht is, dat huisartsgeneeskunde de norm moet worden? Desalniettemin moet juist de patiënt met een veelheid aan problemen een beroep kunnen doen op de huisarts, als deskundige op het terrein van continuïteit van zorg en levensloop-geneeskunde. In onze jacht op rationaliteit binnen de gezondheidszorg door middel van effectiviteit, efficiëntie en het gelijkheidsbeginsel, wordt mogelijk een an-

dere – meer subjectieve – rationaliteit vergeten namelijk die van solidariteit, continuïteit en welzijn. Deze laatste rationaliteit is juist binnen de (Nederlandse) huisartspraktijk aanwezig, het gaat er nu om, deze eigenschappen van de huisartspraktijk zo uit te buiten dat vooral de patiënt en de populatie als geheel daarvan kunnen profiteren. Dat vraagt een gedurfde visie op hoe het gezondheidszorg-systeem moet functioneren. □

Literatuur

1. Nota 2000: over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens. Tweede Kamer vergaderjaar 1985-1986, 19500 nrs 1-2.
2. Kerndocument gezondheidsbeleid. Discussienota Epidemiologie en Informatica. Rijswijk: Ministerie van WVC, 1989.
3. Bonte JTP. Het CBS als gegevensbron. In: Maas PJ van der, et al. Epidemiologie en Gezondheidsbeleid, Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1989: 16-30.
4. Hoogendoorn D. Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg. In: Maas PJ van der, et al. Epidemiologie en Gezondheidsbeleid. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1989: 31-41.
5. Pieters J.J.L. Andere gegevensbronnen. In: Maas PJ van der, et al. Epidemiologie en Gezondheidsbeleid. Alphen a/d Rijn: Samsom Stafleu, 1989: 42-60.
6. Foets M, Velden J van der. Een Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de huisartspraktijk. Basisrapport: meetinstrumenten en procedures. Utrecht: Nivel, 1990 (in druk).
7. Morris JN. Uses of Epidemiology. 3rd ed. London: Churchill Livingstone, 1975.
8. Querido JD. In een stadspraktijk. Utrecht: Bunge, 1988.

## Verrichtingen in de huisartspraktijk

### Een presentatie van gegevens uit de Nationale Studie

Voor de ontwikkeling en evaluatie van beleid op het gebied van de eerstelijnsgezondheidszorg zijn gegevens over de verrichtingen die door huisartsen worden uitgevoerd van groot belang. In het overheidsbeleid is substitutie doorlopend het belangrijkste beleidsdoel geweest. Ook met de verschuivingen in het beleid die zijn ingezet met de 'Nota 2000' en met het rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg is daarin geen verandering gekomen.

Voor het beleid van de beroepsorganisaties worden gedetailleerde gegevens over verrichtingen eveneens nodig. In directe zin geldt dat voor de ontwikkeling en evaluatie van het beleid met betrekking tot de huisartsenhonorering. Voor een evaluatie van de mate waarin met de wijziging van honorering de beoogde doelen worden bereikt, zijn overzichten van verrichtingen op meerdere tijdstippen nodig. Ook voor de onderbouwing en de evaluatie en het standaardbeleid van de beroepsgroep zijn gegevens over verrichtingen – in dit geval gekoppeld aan morbiditeit – onmisbaar.

Het ontbreken van cijfers over verrichtingen door de huisarts is terug te voeren op het honoreringssysteem van huisartsenzorg. In het abonnementssysteem voor ziekenfondspatiënten is er geen administratieve noodzaak contacten en verrich-

#### P. P. Groenewegen

tingen vast te leggen, terwijl de administratieve vastlegging van gegevens omtrent contacten en verrichtingen voor particuliere patiënten beperkt blijft tot het niveau van de huisartspraktijk.

Met betrekking tot verrichtingen is het vernieuwende van de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk in de eerste plaats dat de gegevens omtrent verrichtingen kunnen worden gekoppeld aan de morbiditeit en aan andere kenmerken van het consult, de patiënt en/of de huisarts(praktijk). In de tweede plaats zijn de verrichtingen die in de Nationale Studie zijn vastgelegd niet beperkt tot die verrichtingen die hun sporen nalaten in externe administraties zoals het geval is bij verwijzingen, prescriptie en externe diagnostiek ten behoeve van ziekenfondspatiënten (even in het midden latend of de daardoor gegenereerde administratieve gegevens in alle gevallen tot de huisarts zijn te herleiden). In de Nationale Studie zijn ook verrichtingen geregistreerd die normaliter op geen enkele manier voor onderzoek toegankelijk zijn. Het betreft hier behandelingen in de praktijk, variërend van ge-

sprekken met de patiënt tot kleine chirurgische verrichtingen, en diagnostiek die in de eigen praktijk wordt uitgevoerd, variërend van algemeen lichamelijk onderzoek tot analyse van bloed en urine.

In dit artikel wordt in de eerste plaats de vraag aan de orde gesteld, met welke frequentie verrichtingen in de huisartspraktijk worden uitgevoerd. In de tweede plaats de vraag of er sprake is van substitutie van verrichtingen en verwijzingen. Als derde en laatste wordt de vraag gesteld in hoeverre de huisarts in specifieke gevallen volgens standaarden werkt. Achterliggend hierbij is de vraag of de gegevens die in het kader van de Nationale Studie zijn verzameld, kunnen worden gebruikt om iets te zeggen over de kwaliteit van het handelen van huisartsen.

#### VERRICHTINGEN

Met welke frequentie worden verrichtingen in de huisartspraktijk uitgevoerd, dat wil zeggen wat doen huisartsen in een aaneengesloten periode van drie maanden per 1.000 patiënten en per 1.000 contacten (tabel 1)?

De meest voorkomende verrichting van huisartsen is het voorschrijven van geneesmiddelen, uitgedrukt in het aantal voorschriften per 1.000 patiënten en per 1.000 contacten. Diagnostiek, met name

in de eigen praktijk uitgevoerde diagnostiek, alsmede behandelingen in de praktijk volgen daarop in frequentie. Deze laatste zijn tevens de verrichtingen waarover uit administratieve bronnen tot nu weinig tot niets bekend is, zeker wanneer we de gegevens bekijken op contactniveau. We zullen ze eens nader onder de loep nemen (op dit moment zijn de voorschriften van geneesmiddelen nog niet nader gegroepeerd (tabel 2).

Het overgrote deel van de diagnostiek in de eigen praktijk betreft de fysische diagnostiek. Het laboratoriumonderzoek in de eigen praktijk valt daarbij qua aantal in het niet. De hoofdgroepen van de externe diagnostiek komen ongeveer even vaak voor.

De meest voorkomende activiteit die door de huisartsen is aangekruist op het contactregistratieformulier, is het geven van voorlichting en advies (tabel 3). Daaronder is zowel voorlichting over de klacht en de behandeling begrepen als algemene voorlichting. Gespreksvoering (passief/luisteren, actief/exploreren en geruststellen) is daarnaast een veel voorkomende activiteit. De huisarts komt hieruit naar voren als iemand die – naast en in combinatie met meer technische handelingen – veel met de patiënt praat, uitlegt en adviseert. Dit zijn juist ook de handelingen die uit administratieve gegevens nooit naar voren komen, die moeilijk apart honoreerbaar zijn, afgezien van een algemeen tarief per consult, maar die wel van groot belang zijn voor een goede behandeling van een groot deel van de klachten die aan de huisarts worden gepresenteerd.

De medisch-technische verrichtingen waarop discussies over de honorering van de huisarts zich neigen te concentreren, komen slechts in 68 van de 1.000 contacten voor. Het gaat hier om zaken als wondverzorging, kleine chirurgie, etc.

Op zich geven deze overzichten van de frequentie waarmee verrichtingen worden uitgevoerd, nog niet zoveel informatie. Wel vormen ze het basismateriaal waartegen straks de effecten van een verandering van honorering kunnen worden afgezet. Er is echter wel een andere vergelijkingsbasis aanwezig. Over verrichtingsystemen in het buitenland zijn wel gegevens beschikbaar, zij het dat die beperkt zijn tot die verrichtingen waarvoor aparte vergoedingen in het leven zijn groepen. Dit biedt de mogelijkheid toch de vraag aan de orde te stellen of Nederlandse huisartsen nu veel of weinig verrichtingen doen in vergelijking tot huisartsen in andere landen. Daartoe zijn gegevens ge-

Tabel 1. Aantal verrichtingen per 1.000 patiënten en per 1.000 contacten, gedurende drie maanden.

verrichtingen	per 1.000 patiënten	per 1.000 contacten
diagnostiek	672,4	588,2
in eigen praktijk	655,1	573,1
elders	61,1	53,5
behandeling	665,6	582,3
voorschriften	786,9	688,4
verwijzen tweede lijn	70,9	62,1
verwijzen eerste lijn	33,7	29,5
overleg n.a.v. contact	16,7	14,6

Tabel 2. Diagnostische verrichtingen in de huisartspraktijk per 1.000 patiënten en per 1.000 contacten.

verrichtingen	per 1.000 patiënten	per 1.000 contacten
diagnostiek	672,4	588,2
in eigen praktijk	655,1	573,1
– fysische diagnostiek	610,5	534,1
– bloedonderzoek	21,6	18,9
– urine-onderzoek	45,7	40,0
elders uitgevoerd	61,1	53,5
– bloedchemie	19,0	16,6
– hematologie/serologie	20,6	17,9
– röntgen	20,6	18,0
– overige	16,3	14,2

Tabel 3. Behandelingen in de huisartspraktijk per 1.000 patiënten en per 1.000 contacten.

verrichtingen	per 1.000 patiënten	per 1.000 contacten
behandeling in de praktijk	665,5	582,3
gespreksvoering	283,2	247,8
voorlichting en advies	397,9	348,1
even aankijken	47,2	41,3
leefregels	29,8	28,2
medicatie zonder recept	25,9	22,7
wijzigingen in medicatie	19,9	17,4
medisch-technische verrichtingen	77,6	67,9
vaccinaties	14,2	12,4
overige behandelingen	28,5	24,9

Tabel 4. Correlaties tussen verrichtingen en verwijzingen.

	r	p
alle therapeutische verrichtingen	- 0,56	0,000
alle diagnostische verrichtingen	- 0,06	0,264
behandeling enkeldistorsie	- 0,40	0,000
hechten open wond	- 0,20	0,024
insnijden abces	0,18	0,041
verwijderen atheroomcyste	- 0,03	0,385
diagnostiseren visusstoomis	- 0,37	0,000
diagnostiseren gehoorklachten	- 0,03	0,399

briikt over de (gedeclearde) verrichtingen van huisartsen in Denemarken, waar een mengvorm van abonnement en verrichtingen bestaat. Uit deze vergelijking

komt naar voren dat Deense huisartsen vaker contact hebben met hun patiënten dan Nederlandse huisartsen en dat per 1.000 contacten door Deense huisartsen meer verrichtingen worden gedaan.

We kunnen hieruit natuurlijk niet concluderen dat de aard van het betalingssysteem van huisartsenzorg verantwoordelijk is voor deze verschillen. Er zijn immers nog vele andere verschillen tussen de Deense en de Nederlandse gezondheidszorg. Echter, uit een analyse van de gevolgen van een verandering van honoreringssysteem in een deel van Denemarken – in Kopenhagen is men overgegaan van een abonnementssysteem naar een gemengd systeem van abonnement en honorering per verrichting – weten we dat de verandering van honorering heeft geleid tot een toename van het aantal verrichtingen en een afname van het aantal verwijzingen. Het is wel zo, dat Kopenhaagse huisartsen onder het abonnementssysteem minder verrichtingen en meer verwijzingen lieten zien dan Nederlandse huisartsen voor hun ziekenfondspatiënten.

## SUBSTITUTIE

Met de combinatie van morbiditeit en verrichtingen zijn we in staat de verrichtingen te identificeren waarover door de LHV en de VNZ overeenstemming is bereikt om ze apart te gaan betalen. Op deze lijst is tevens aangegeven om welke reden men die verrichtingen apart wil gaan honoreren: in veel gevallen is dat omdat ze specifieke verwijzingen zouden voorkomen. Door het materiaal van de Nationale Studie is na te gaan of in huisartspraktijken waar de bedoelde verrichtingen vaker worden uitgevoerd ook inderdaad minder patiënten met de desbetreffende diagnose worden verwezen.

De aantallen episodes zijn niet voor alle groepen groot genoeg om deze vraag te beantwoorden. We hebben daarom de therapeutische verrichtingen samengenomen en de diagnostische ook. Voor de vaker voorkomende episodes is ook afzonderlijk naar de samenhang tussen behandelen en verwijzen gekeken. De verwachting is, dat per diagnose(groep) de correlatie tussen het aantal verrichtingen per honderd episodes en het aantal verwijzingen per honderd episodes significant en negatief zal zijn. Tabel 4 geeft daarvan het overzicht.

Gesommeerd over alle therapeutische verrichtingen geldt duidelijk: hoe meer verrichtingen in de huisartspraktijk zelf worden gedaan, des te minder verwijzin-

gen vinden er plaats. Voor de afzonderlijke verrichtingen geldt dat de correlatie in het geval van de behandeling van enkel-dorsies en het hechten van wonden significant en negatief is. Echter, voor het insnijden van abcessen en het verwijderen van atheroomcysten is dat niet het geval. Nu is voor deze laatste twee wel het probleem dat de aantallen per praktijk erg laag worden (gemiddeld minder dan tien episodes per praktijk). Toch is het vreemd dat voor de abcessen zelfs een significant positieve correlatie wordt gevonden.

Voor de diagnostische verrichtingen als groep geldt dat de verwachte relatie er niet is. Voor de twee afzonderlijke groepen daarbinnen die vaak genoeg voorkomen voor een afzonderlijke analyse, geldt dat er voor de één – de diagnostiek van visusstoornissen – wel een significant negatieve correlatie is, voor de ander – audiometrie voor het diagnostiseren van gehoorklachten – niet.

Bij de bestudering van verbanden als deze moeten we altijd rekening houden met de locatie van de praktijk. Het blijkt dat deze factor – locatie op het platteland, in een middelgrote stad of in een grotere stad – geen invloed heeft op de gevonden verbanden.

Op basis van deze dwarsdoorsnede-gegevens lijkt het erop dat substitutie tussen verrichtingen en verwijzingen in ieder geval voor een aantal van de verrichtingen, met name de therapeutische, mogelijk is. Voordat hieruit wordt geconcludeerd dat betaling van afzonderlijke verrichtingen zal leiden tot minder verwijzingen, moet echter aan twee voorwaarden zijn voldaan. In de eerste plaats zal betaling per verrichting moeten leiden tot het vaker uitvoeren van deze verrichtingen en in de tweede plaats zal het dwarsdoorsnede-verband dat we hier hebben gevonden ook moeten worden gevonden bij bestudering van ontwikkeling in de tijd.

## STANDAARDEN

Een belangrijke reden om alle morbiditeit te registreren in de Nationale Studie is, dat dit een voorwaarde is om iets te kunnen zeggen over de 'appropriatedness of care'. We hebben daartoe het handelen van huisartsen vergeleken met drie standaarden van het NHG. Het betreft de NHG-standaarden diabetes type II, enkel-dorsie en mammografie.

### Enkeldorsies

'Veranderingen in de gang van zaken rond de diagnostiek en de behandeling

van de enkel-dorsie zijn een goede graadmeter voor de wijze waarop de huisarts zijn taak als hulpverlener voor chirurgische aandoeningen waarmaakt', wordt gesteld aan het eind van de inleiding op de NHG-standaard 'enkeldorsie'.

Het voorkomen van episodes met de diagnose enkel-dorsie is 4,1 per 1.000 patiënten. Als aanbevolen behandeling van enkel-dorsies geldt het bandageren. Daarmee kan de huisarts de behandeling in eigen hand houden en verwijzingen naar de tweede lijn voorkomen. Per 100 episodes komt bandageren 58 keer als behandeling voor. Per 100 episodes vindt 18 keer een verwijzing plaats: 7 keer naar de tweede lijn en 11 keer naar een fysiotherapeut.

De variatie tussen huisartspraktijken laat zien, dat er duidelijk twee groepen praktijken zijn: die waar heel weinig zelf wordt gedaan en die waar betrekkelijk veel zelf wordt gedaan.

### Mammografie

Door de huisartsen die hebben deelgenomen aan de Nationale Studie is in 491 gevallen, dat is 2,8 per 1.000 vrouwen in de praktijkpopulatie, een mammografie aangevraagd. Dit betreft in 34% van de gevallen vrouwen tussen 45 en 75 jaar – de leeftijdsgroep die het dichtst zit bij de groep waarvoor bevolkingsonderzoek gefaseerd zal worden ingevoerd (de groep 50- tot 70-jarigen).

In ongeveer tweederde van de gevallen waarin een mammografie is aangevraagd heeft gespreksvoering, voorlichting of advisering plaatsgevonden, terwijl in driekwart van de gevallen ook fysiek onderzoek van de mammae plaatsvindt. Gezien het belang dat in de standaard wordt gehecht aan de belevingsaspecten rond mammografisch onderzoek en de klachten die daartoe aanleiding hebben gegeven, zou men kunnen stellen dat gespreksvoering, advisering en voorlichting wellicht weinig voorkomen. Uiteraard kunnen we dat niet met grote stelligheid zeggen; immers, aandacht voor de belevingsaspecten zou voor huisartsen zo vanzelfsprekend kunnen zijn dat dit niet afzonderlijk is geregistreerd.

In de standaard wordt onderscheiden tussen patiënten met en patiënten zonder specifieke symptomen. Bij vrouwen jonger dan 45 jaar bij wie een mammografie is aangevraagd, zijn vaker specifieke symptomen aanwezig die deze diagnostiek rechtvaardigen. Het aantal aangevraagde mammografieën voor de relatief jongere vrouwen is per praktijk erg laag, waardoor het moeilijk is iets te zeggen

over variatie tussen praktijken. We beperken ons daarom tot een gegeven: in ongeveer een derde van de praktijken worden alleen mammografieën aangevraagd voor vrouwen beneden de 45 jaar met specifieke symptomen.

### Diabetes Mellitus type II

We beperken ons hier tot controles. Wat valt daarover te zeggen op basis van de contactregistratie van de Nationale Studie? Op basis van de contactregistratie zijn 4.069 type II-diabeten geïdentificeerd, ofwel 12 per 1.000 van de totale patiëntenpopulatie. De huisarts ziet zijn diabetespatiënten vaak; de diabetes II-patiënten hebben gedurende de driemaandsregistratieperiode gemiddeld 3,75 contacten gehad. Overigens betreft het hier een groot percentage contacten met de assistente.

In principe zouden alle diabetes type II-patiënten eenmaal in de drie maanden moeten worden gecontroleerd. Het blijkt dat slechts bij 71% van de diabetes type II-patiënten één of meer contacten door de huisarts of de assistente als diabetescontrole zijn benoemd. In de driemaandelijke controle die in de standaard wordt aanbevolen, dienen het bloedglucosegehalte en het gewicht te worden bepaald.

Uit de contactregistratie blijkt dat bij 20% van de diabetes type II-patiënten die een controlecontact hebben het gewicht wordt vastgesteld (maar er kan natuurlijk met patiënten zijn afgesproken dat zij hun gewicht zelf regelmatig vastleggen). Beschouwing van de variatie tussen praktijken leert dat in het grootste deel van de praktijken binnen diabetescontrolecontacten niet of nauwelijks het gewicht van de patiënt wordt vastgesteld.

Bij 38% van de patiënten wordt het bloedglucosegehalte bepaald in de eigen praktijk en bij 13% in een extern laboratorium. In een deel van de praktijken gebeurt dat erg weinig en in een deel van de praktijken wordt in een hoog percentage – meer dan 60% – het bloedglucosegehalte bepaald.

Bij ongeveer de helft van de diabetescontrolecontacten wordt een nieuwe afspraak gemaakt; voor 95% betreft dat een afspraak binnen drie maanden. Maar eigenlijk zou er natuurlijk voor iedereen een vervolcontact moeten zijn afgesproken, tenzij . . . dat voor huisarts en/of patiënt zo'n ingesleten gewoonte is dat het niet eens meer wordt vastgelegd. Ook op dit punt blijkt er veel variatie tussen praktijken te zijn.

SLOTOPMERKINGEN

Verrichtingen in de huisartspraktijk was een onderwerp waarover – zeker als ze worden bekeken in relatie tot morbiditeit – tot op heden weinig bekend was. De Nationale Studie voorziet in deze leemte. Vooral over wat er aan behandelingen in de huisartspraktijk zelf plaatsvindt was weinig bekend. Diagnostiek en behandeling in de praktijk en het voorschrijven van geneesmiddelen blijken de meest voorkomende verrichtingen te zijn. Wat betreft diagnostiek is de fysische diagnostiek de meest voorkomende categorie. Bij behandelingen in de praktijk blijken huisartsen vooral vaak advies en voorlichting te geven en gesprekken te voeren; verrichtingen die in honoreringssystemen anders dan het abonnement moeilijk zijn te waarderen. Medisch-technische verrichtingen komen maar in bijna 70 van de 1.000 contacten voor.

Voor een selectie van diagnostische en therapeutische verrichtingen is een vergelijking gemaakt met huisartsen in een ander gezondheidszorgsysteem, namelijk het Deense. Hoewel deze vergelijking op pragmatische gronden is gekozen – er was namelijk al veel voorwerk verricht om de vergelijking mogelijk te maken – is het ook misschien wel de meest relevante

vergelijking. De reden is dat het honoreringssysteem van Deense huisartsen wel als voorbeeld wordt gezien voor Nederland. Men heeft daar een gemengd systeem van verrichtingen en abonnement. Uit de vergelijking komt naar voren dat Deense huisartsen de vergeleken verrichtingen per duizend contacten vaker uitvoeren dan Nederlandse huisartsen. Nu mag men daar, zoals al gezegd, niet zonder meer uit concluderen dat een verandering van honorering in Nederland tot een toename van het aantal verrichtingen zou leiden.

We hebben het punt van de honoreringwijziging nog op een andere manier benaderd. We hebben de lijst van verrichtingen waarvoor tussen de LHV en de VNZ in principe overeenstemming is bereikt over afzonderlijke honorering bekeken. Daarbij blijkt dat in praktijken waar deze verrichtingen vaker worden uitgevoerd, ook minder verwijzingen plaatsvinden. Het duidelijkst is deze relatie vastgesteld voor de optelsom van alle therapeutische verrichtingen. Ook hieruit mag men niet zonder meer concluderen dat een wijziging van de honorering tot de beoogde resultaten zal leiden. Er zijn echter aanwijzingen dat substitutie hier tot de mogelijkheden behoort.

De beroepsgroep is er zich van bewust dat

handhaving en bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen belangrijke randvoorwaarden zijn bij een verandering van honorering. Dat blijkt uit de verwijzingen naar de standaarden van het NHG in de lijst van apart te honoreren verrichtingen. De gegevens van de Nationale Studie blijken bruikbaar te zijn om na te gaan in hoeverre de facto een aantal aspecten van het in de standaarden geadviseerde beleid worden uitgevoerd. We hebben dat bekeken voor de standaarden enkeldistorsie, diabetes mellitus type II en mammografie. Twee van deze standaarden, de behandeling van enkeldistorsies en de controle van diabetes II-patiënten, hebben betrekking op verrichtingen die in de toekomst mogelijk apart gaan worden gehonoreerd.

Gegeven de manier waarop we aspecten van de standaarden hebben vergeleken met geregistreerde handelingen van huisartsen, kunnen we geen absolute uitspraken doen over de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg in ons land. Wel kunnen we zeggen dat er ook rond deze aspecten van het handelen van huisartsen een grote variatie tussen praktijken bestaat. Dat geeft tevens aan dat gerichte implementatie van standaarden en onderlinge toetsing, opgezet rond standaarden, kwaliteitswinst kan opleveren. □

## De Nationale Studie en het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts

In dit artikel zal worden gezien op welke wijze het overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts kan worden geëvalueerd met behulp van een grootschalig survey uit de huisartspraktijk: de Nationale Studie van ziekten en verrichtingen. Eerst zal het beleid in het kort worden weergegeven en vervolgens zullen daaruit enkele elementen worden gelicht waarvan met behulp van gegevens uit de Nationale Studie iets kan worden gezegd over de effectiviteit.

### OVERHEIDSBELEID

Als we over de huisarts spreken, behoeven we ditmaal eens niet bij de 'Structuurnota' te beginnen; het ook nu nog relevante overheidsbeleid ten aanzien van de huisarts begon bij een conflict over de honorering in het midden van de jaren zestig en met de oplossingen die door de commissies-Van de Ven en -Donner voor

J. van der Zee

respectievelijk de ziekenfonds- en particuliere praktijk zijn aangedragen<sup>1,2</sup>. Het instellen van een norminkomen, gekoppeld aan een normpraktijk, en het harmoniseren van de ziekenfonds- en particuliere tarieven is ook nu nog van groot belang en maakt dat de omvang van de huisartspraktijk, de variaties daarin, het verloop ervan in de tijd en de sturing ervan eigenlijk het centrale beleidselement ten aanzien van de huisarts hebben gevormd in de afgelopen twintig jaar.

De 'Structuurnota' heeft nog wel wat opgeleverd in dit verband; als enige element uit de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg (WVG) is er een wettelijk vestigingsbeleid voor huisartsen tot stand gekomen waarmee het voor de overheid mogelijk

werd niet alleen de normatieve praktijkgrootte en het inkomen van de huisarts te regelen, maar ook de (gemiddelde) feitelijke praktijkgrootte. Voor het eerst beschikte de rijksoverheid over mogelijkheden iets te ruilen en staatssecretaris Van der Reijden (met een goede neus voor een 'deal') sloot met de huisartsen (en met voorbijgaan aan ziekenfondsen en schadeverzekeraars) in 1985 een 'convenant', waarin vestigingsbeleid en inkomen werden gekoppeld, de goodwillbetaling bij praktijkoverdracht werd afgeschaft en de huisarts verklaarde aanspreekbaar te zijn op het 'Basistakenpakket' en zich op dat punt te laten controleren.

In de nieuwe beleidsvoornemens (opname huisartsenhulp in de AWBZ) geeft de rijksoverheid haar directe invloed op de omvang van de huisartspraktijk en de huisartseninkomens weer prijs en geeft