Een wettelijk geregeld vestigingsbeleid en vestigingsmogelijkheden voor huisartsen

P. P. Groenewegen
L. Hingstman

Er staat een bij wet geregeld vestigingsbeleid voor huisartsen aan te komen. Hoe zal dit beleid uitwerken in de praktijk? Er is ruimte, als we puur naar de getallen kijken, maar komt het er ook van? Zowel voor de gevestigde huisartsen als voor hun vakbroeders in spe zal er snel duidelijkheid dienen te komen over de schaal waarop de rekensom moet worden losgelaten, vinden Dr. P. P. Groenewegen en L. Hingstman. De auteurs werken beiden op het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, het NIVEL, te Utrecht.

We staan aan de vooravond van een wettelijk geregeld vestigingsbeleid voor huisartsen. Aan de totstandkoming van dit vestigingsbeleid is een lange discussie voorafgegaan. Al in 1978 verscheen de Nota Vestigingsbeleid van het toenmalige ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en in 1979 spraken de leden van de Landelijke Huisartsen Vereniging zich in principe uit voor de noodzaak te komen tot een vestigingsbeleid[1].
In de Nota Vestigingsbeleid worden drie *situaties* genoemd die een vestigingsbeleid nodig kunnen maken:
- een tekort aan beroepsbeoefenaren;
- een overschot; en
- een onvoldoende spreiding over het land.

Voor elk van deze situaties geldt dat zij niet absoluut is, maar moet worden bekeken tegen de achtergrond van beleidsdoelstellingen, tegen de situatie op andere tijdstippen of tegen de situatie in andere landen. Wat betreft de beleidsdoelstellingen kan men constateren dat de overheid een daling van de gemiddelde praktijkgrootte tot 2.200 à 2.400 patiënten per huisarts als een van de middelen ter versterking van de eerste lijn ziet[2 3]. Tegen deze achtergrond kan men stellen dat de overheid de situatie als een van een tekort aan beroepsbeoefenaren opvat zolang de gemiddelde praktijkgrootte niet tot die waarden is gedaald. Tegelijk is de overheid zich ervan bewust dat er in de toekomst eerder een overschot aan huisartsen zal zijn dan een tekort, gezien de feitelijke ontwikkeling van het aantal huisartsen en het aantal artsen dat tot huisarts wordt opgeleid.
Vergelijkt men de huidige situatie met het verleden dan kan men constateren dat de gemiddelde praktijkgrootte de afgelopen tien jaar fors is gedaald. Ook de regionale verschillen in gemiddelde praktijkgrootte zijn gedurende de afgelopen jaren afgenomen, maar minder duidelijk dan de gemiddelde praktijkgrootte als geheel. Met andere woorden: gegeven de toename van het aantal huisartsen gedurende de afgelopen jaren was een evenrediger spreiding mogelijk geweest dan in feite is gerealiseerd.

De eerste poging om de toetreding tot het huisartsenberoep daadwerkelijk te reguleren was de vestigingsregeling die door de Landelijke Huisartsen Vereniging werd ontworpen. Ofschoon een van de uitgangspunten was dat deze regeling zou moeten zijn gekoppeld aan een wettelijke regeling, is het *LHV-vestigingsbeleid* in 1983 van start gegaan. Zoals ook Salemink in zijn recente artikel in Medisch Contact heeft opgemerkt[4], heeft het LHV-vestigingsbeleid *zonder een wettelijke regeling* niet tot resultaten geleid[5].
In dit artikel willen we aangeven wat de effecten zullen zijn van het wettelijke vestigingsbeleid dat een dezer dagen van kracht wordt. De regeling zelf is onlangs beschreven en becommentariseerd in het al genoemde artikel van Salemink. We veronderstellen daarom dat de grote lijnen van de regeling bij de lezers van Medisch Contact bekend zijn.
Aan het commentaar van Salemink willen we evenwel enkele punten toevoegen, die verderop in dit artikel aan de orde komen. We noemen hier het punt van de regionale schaal waarop het vestigingsbeleid wordt uitgevoerd, daarnaast ook de vraag in hoeverre rekening kan worden gehouden met de 'behoefte' van de bevolking en de vraag in welke mate huisartsen vrijwillig zullen kiezen voor een praktijkgrootte beneden de normpraktijk.

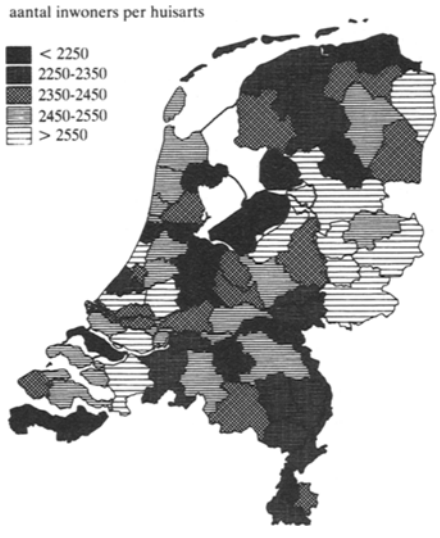
Over de *regionale schaal* van het vestigingsbesluit bestaat enige onduidelijkheid. Het besluit stelt hierover: 'Bij de vaststelling van beschikkingen ingevolge dit besluit wordt door gemeenten samengewerkt in gebieden als bedoeld in artikel 6 juncto artikel 2 van de Wet gemeenschappelijke geregelingen' (Stb. 1984, 669). Deze zinsnede suggereert een verplichting tot samenwerking op het niveau van de regio's van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen (WGR). Verderop zullen we laten zien dat deze regio's in een aantal gevallen zeer groot en heterogeen zijn. Uit mededelingen van de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) blijkt echter dat de geciteerde zinsnede moet worden opgevat als een richtlijn waarvan kan worden afgeweken. Met het oog op de instelling van vestigingscommissies en voor de duidelijkheid voor mensen die een vestigingsplaats zoeken, verdient het aanbeveling snel duidelijk te maken welke gemeenten geheel zelfstandig en welke in gebieden kleiner dan de WGR-regio's het vestigingsbesluit zullen gaan uitvoeren. Wij zijn bij de berekeningen van de gevolgen van het vestigingsbesluit uitgegaan van de WGR-regio's; bij een kleinere regionale schaal zullen uiteraard afwijkingen optreden van deze berekeningen.
Met eventuele *verschillen tussen regio's* in de behoefte aan huisartsenzorg kan op grond van het vestigingsbesluit niet veel worden gedaan. In artikel 13 van het besluit wordt gesteld dat er gebieden zullen zijn waar op grond van de getalsmatige criteria geen ruimte voor nieuwe vestigingen is en waar zelfs overdracht van praktijken niet mogelijk is. In dit geval kunnen B&W bepalen dat het aantal huisartsen dat in de gemeente mag zijn gevestigd, groter mag zijn dan het aantal dat volgens de getalsmatige criteria mag zijn gevestigd (maar niet groter dan het aantal dat reeds in de gemeente is gevestigd), indien de samenstelling van de bevolking daartoe noopt. Bij de samenstelling van de bevolking moet men volgens de artikelgewijze toelichting denken aan beroepsbevolking in industriële gebieden, etnische minderheden en bejaarden.
Denkbaar is, zo wordt in dezelfde toelichting gesteld, dat in sommige van die gebieden de te grote huisartsendichtheid is ontstaan door factoren die deze dicht-

heid rechtvaardigen. In het Nederlandse gezondheidszorgsysteem is er echter weinig reden om aan te nemen dat huisartsen zich daar vestigen waar de behoefte het grootst is[6]. De uitdrukking 'is ontstaan door' geeft de werkelijkheid minder goed weer dan 'gaat samen met'; voor een causale relatie tussen behoefte van de bevolking en huisartsendichtheid is geen ondersteuning. Dit betekent dat alleen in die gebieden waar – om wat voor reden dan ook – een grotere behoefte van de bevolking samenvalt met een grotere huisartsendichtheid, deze situatie kan worden gecontinueerd. In gebieden met een relatief groot aantal bejaarden of mensen uit etnische minderheden waar bij aanvang van het vestigingsbeleid geen hoge huisartsendichtheid is, zijn echter nauwelijks mogelijkheden het toegestane aantal vestigingen te verhogen.
Om te berekenen of er in een gebied vestigingsplaatsen zijn dient volgens het besluit te worden uitgegaan van de *capaciteit van de huisartspraktijken* in het gebied. De capaciteit van een huisartspraktijk wordt gelijkgesteld aan de omvang van de normpraktijk (2.350 patiënten) dan wel aan een door de huisarts zelf gekozen beperktere praktijkomvang. Omdat er nog geen gegevens bestaan over het aantal huisartsen per gebied dat opteert voor een beperkte praktijkomvang, kan daarmee nog geen rekening worden gehouden bij de berekening van het aantal vestigingsplaatsen dat de invoering van het wettelijk vestigingsbesluit zal opleveren. Overigens is het de vraag of veel huisartsen vrijwillig voor een beperktere praktijkomvang zullen opteren. We komen daar aan het slot van dit artikel nog op terug.

Tot zover enkele punten van commentaar op het vestigingsbesluit.
Ter afsluiting van deze inleiding noemen we de vragen die we in dit atikel zullen trachten te beantwoorden. We doen dat op basis van gegevens die jaarlijks door het NIVEL worden gepubliceerd onder de titel: 'Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg'[7]. De vragen die we aan de orde stellen zijn de volgende:

1. Wat is de situatie wat betreft het aantal huisartsen, de gemiddelde praktijkgrootte en de regionale spreiding aan de vooravond van de invoering van een landelijk, wettelijk geregeld vestigingsbeleid?
2. In hoeverre is verkleining van de praktijkgrootte en verbetering van de geografische spreiding de afgelopen jaren in feite al tot stand gekomen zonder vestigingsbeleid?
3. Wat zullen de gevolgen van een wettelijk vestigingsbeleid zijn voor de toe- of afname van de vestigingsmogelijkheden in de verschillende delen van het land?
4. Wat heeft dit voor gevolgen voor de nog niet gevestigde huisartsen die de afgelopen jaren van de opleiding gekomen zijn, of die in de nabije toekomst de opleiding zullen voltooien?

Figuur 1. Huisartsendichtheid (aantal inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts) per WVG-subregio op 1 januari 1986.



Bij de cijfers die we in dit artikel presenteren om deze vragen te beantwoorden moet uitdrukkelijk worden aangetekend dat het *voorlopige cijfers* betreft. Er gaan altijd enkele maanden overheen voor we gegevens binnen hebben over alle nieuw gevestigde en vertrokken huisartsen. De gegevens over de vestigingen die in de loop van 1985 – en vooral in de laatste maanden van 1985 – hebben plaatsgevonden, zijn dus nog onvolledig.
We zijn van mening dat het belang van de invoering van het vestigingsbeleid voor de huisartsen in ons land (gevestigd of nog niet gevestigd) en voor degenen die het beleid moeten gaan uitvoeren, de publikatie van deze voorlopige gegevens rechtvaardigt.

SITUATIE BEGIN 1986

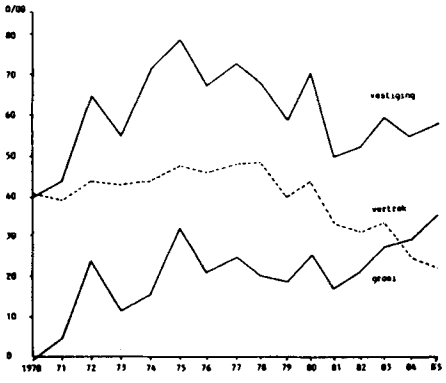
Op 1 januari 1986 bedroeg het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen in Nederland volgens onze voorlopige cijfers 6.130. Bij een bevolkingsomvang van circa 14.530.000 betekent dit een gemiddeld aantal inwoners per huisarts van 2.370. De norm die bij invoering van het wettelijk vestigingsbeleid zal worden gehanteerd, zal op 2.350 inwoners per huisarts liggen. Dit betekent dat de invoering van het vestigingsbeleid nog maar weinig mogelijkheden voor nieuwe vestigingen toelaat. Daarop zullen we in de vierde paragraaf van dit artikel verder ingaan.
De gemiddelde praktijkgrootte (aantal inwoners per huisarts) is niet overal in Nederland gelijk. In *figuur 1* wordt dit weergegeven per WVG-subregio. Deze regio-indeling is relevant voor het vestigingsbeleid, omdat hij overeenkomt met de indeling volgens de Wet Gemeenschappelijke Regelingen, die het uitgangspunt is voor de gebiedsindeling die bij het vestigingsbeleid zal worden gehanteerd.
Uit de gegevens over de regionale spreiding kan worden afgeleid dat een groot aantal gebieden al beneden de norm van 2.350 inwoners per huisarts zit. In een aantal regio's (donkerste gebieden) is de gemiddelde praktijkgrootte zelfs lager dan 2.250; voorbeelden zijn: Kennemerland, 't Gooi, 's Hertogenbosch, IJsselmeerpolders, West-Friesland en de universiteitssteden Amsterdam, Nijmegen en Utrecht. In Overijssel, delen van Noord-Brabant en in het 'groene hart' van Zuid-Holland is het aantal inwoners per huisarts het hoogst.

PRAKTIJKVERLKLEINING 1980-1986

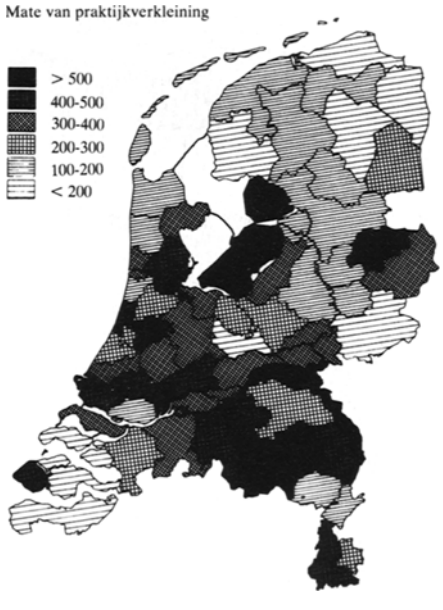
Gedurende de afgelopen vijf jaar is in Nederland de gemiddelde praktijkomvang (aantal inwoners per zelfstandig gevestigde huisarts) gedaald van 2.680 in 1980 tot 2.370 in 1986. De belangrijkste factoren die van invloed zijn op veranderingen in de gemiddelde praktijkomvang zijn veranderingen in de bevolkingsomvang en veranderingen in het aantal huisartsen dat met een praktijk begint (vestigers) of stopt (vertrekkers).
Als we allereerst kijken naar ontwikkelingen in de bevolkingsomvang, dan blijkt dat in de afgelopen zes jaar de bevolking in Nederland is toegenomen met bijna 438.000 zielen. Indien het aantal huisartsen sinds 1980 niet zou zijn gegroeid, zou de gemiddelde praktijkomvang per januari 1986 met circa 85 personen moeten zijn gestegen. We zien echter een forse daling van de gemiddelde praktijkomvang. Deze daling wordt veroorzaakt door een sterke groei van het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen; over een periode van zes jaar is het aantal

huisartsen met bijna 17% gegroeid. Een beeld van het saldo van vestiging en vertrek wordt gegeven in *figuur 2*. Hieruit blijkt dat er steeds duidelijker sprake is van een vestigingsoverschot.
Het aantal huisartsen dat jaarlijks de praktijk heeft neergelegd is vanaf 1980 sterk gedaald. Vooral gedurende de laatste twee jaar zet deze daling zich in versterkte mate door. Wat vertellen deze cijfers ons? In de eerste plaats dat door een sterke afname van het aantal vertrekkers het aantal overnames ook sterk is gedaald. Gesteld kan worden dat de vestigingen van huisartsen in de afgelopen zes jaar in toenemende mate extra vestigingen zijn. In hoeverre deze tendens zich ook in de komende jaren zal voortzetten wordt verderop in dit artikel besproken.
De afname van de gemiddelde praktijkgrootte is niet overal in Nederland gelijk geweest. Zo blijkt dat in de grote en middelgrote steden de gemiddelde praktijkverkleining aanzienlijk sterker is geweest dan op het platteland (zie *tabel 1*). Vooral in het geval van de grote steden is dit deels te verklaren uit de terugloop van de bevolking. Tegelijkertijd heeft in de grote steden een groot aantal nieuwe vestigingen plaatsgevonden. Dit laatste hangt mogelijk samen met het feit dat in de grote steden de organisatiegraad van beroepsvereniging geringer is. Een niet-gesteunde vrije vestiging zal in grote steden minder problemen ontmoeten dan in kleine plaatsen. Immers, de gevolgen die het heeft voor de gemiddelde praktijkomvang zullen in de grote steden minder direct merkbaar zijn dan in wat kleinere gemeenten. Verder zal ongetwijfeld ook meespelen dat de meeste huisartsenopleidingen in de grote steden zijn geconcentreerd. Huisartsen hebben de neiging zich te vestigen in de omgeving van de plaats waar ze hebben gestudeerd[6].
Ook regionaal gezien zijn er grote verschillen in omvang van de praktijkverkleining *(figuur 3)*. Zo blijkt dat de aanzienlijkste praktijkverkleining voornamelijk heeft plaatsgevonden in grote delen van Twente, Noord-Brabant, Limburg en Zuid-Holland. In deze gebieden is waarschijnlijk sprake van een inhaaleffect, hoewel de gemiddelde praktijkgrootte in deze gebieden nog steeds iets hoger ligt dan het landelijk gemiddelde. Andere gebieden waarin de afgelopen vijf jaar het aantal inwoners per huisarts fors is gestegen zijn de gebieden in of rond de grote steden, met name daar waar de huisartseninstituten zijn gevestigd (Rotterdam, Utrecht, Amsterdam,

Figuur 2. Vestiging, vertrek en groeicijfers van zelfstandig gevestigde huisartsen vanaf 1970.



Figuur 3. Omvang van de praktijkverkleining in de periode 1980-1986.



Tabel 1. Aantal inwoners per huisarts naar urbanisatiegraad in 1980 en 1986.

	1980	1986	praktijk-verkleining 1980-1986
platteland	2.665	2.481	184
verstedelijkt platteland	2.739	2.421	318
forensengemeenten	2.772	2.448	324
kleine steden	2.739	2.459	280
middelgrote steden	2.762	2.384	378
grote steden	2.526	2.150	376

Leiden, Nijmegen, Maastricht en in mindere mate Groningen).
Uit een vergelijking van de regionale verschillen in huisartsendichtheid in 1980 en 1986 blijkt dat regionale verschillen kleiner zijn geworden. Hiermee is één doel van het vestigingsbeleid, zonder daadwerkelijke vestigingsregels, dichterbij gekomen.

EXTRA VESTIGINGSMOGELIJKHEDEN

Om een inzicht te geven in de extra vestigingsplaatsen die tot stand komen door de invoering van het wettelijk vestigingsbeleid is een berekening gemaakt die van de volgende premissen uitgaat:

1. De normpraktijk is 2.350 patiënten per huisarts.
2. Er wordt geen rekening gehouden met het feit dat huisartsen hun praktijk vrijwillig kunnen beperken tot een aantal beneden de normpraktijk (artikel 4 besluit).
3. Er is gebruik gemaakt van voorlopige cijfers over het aantal huisartsen dat per 1 januari 1986 is gevestigd.

De berekening van het aantal vestigingsplaatsen bij toepassing van het wettelijk vestigingsbeleid is als volgt:

$C = H*2.350$
$S = B-(C+1.250)$
$V = S/2.350$

waarin:

C = capaciteit van de huisartspraktijken in het gebied;
H = aantal gevestigde huisartsen;
B = aantal inwoners in het gebied;
S = surplusbevolking boven de gezamenlijke capaciteit van de gevestigde huisartsen;
V = aantal extra vestigingsmogelijkheden;
1.250 = een constante die in het besluit (artikel 6) wordt genoemd voor het berekenen van de surplusbevolking.

Op basis van bovengenoemde berekening is per WVG-subregio het aantal extra vestigingsmogelijkheden berekend. In *tabel 2* op bladzijde 472 zien we dat er in bijna 39% van alle WVG-subregio's geen vestigingsmogelijkheden meer zijn; in 11,5% van de WVG-subregio's is daarentegen nog plaats voor meer dan acht huisartsen.
In *figuur 4* is de regionale verdeling van de vestigingsmogelijkheden in kaart gebracht. Volgens de hier gehanteerde berekeningswijze en premissen zijn er vestigingsmogelijkheden in Overijssel, Noord-Holland boven het Noordzeekanaal, grote delen van Zuid-Holland en delen van Noord-Brabant.

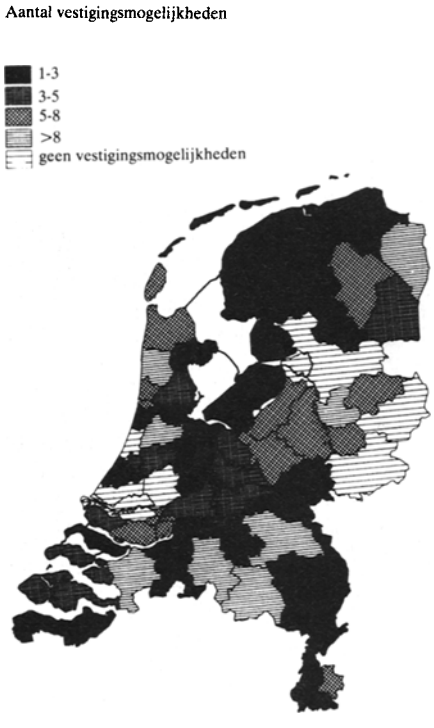
Of bovengenoemde vestigingsmogelijkheden daadwerkelijk levensvatbaar zijn, is een aparte vraag. Bij de gebieden met veel vestigingsmogelijkheden zijn er die zeer uitgestrekt zijn (zoals in Overijssel) en/of een groot aantal inwoners of huisartsen hebben. In die uitgestrekte, minder verstedelijkte gebieden zal de surplusbevolking over het gehele gebied zijn verspreid en voor een deel te vinden zijn in kleine kernen die op zich een te geringe omvang hebben om een extra vestiging rendabel te maken (nog afgezien van het feit dat B&W in dergelijke gevallen kunnen afwijken van de maximumpraktijkgrootte). Stedelijke gebieden als Rotterdam, waar het gemiddeld aantal inwoners per huisarts niet eens zoveel boven de rekennorm ligt, hebben door het grote aantal inwoners toch een relatief grote surplusbevolking. Het probleem hierbij is dat de surplusbevolking over de hele stad is verspreid, hetgeen vestiging zonder herkaveling van de bestaande praktijken onaantrekkelijk, zo niet onmogelijk maakt.

Bovenstaande kanttekeningen maken duidelijk dat voor de berekening van extra vestigingsmogelijkheden rekening dient te worden gehouden met het type en de omvang van de regio. Het vestigingsbesluit is ten aanzien van de regio op basis waarvan de berekening moet worden gemaakt onduidelijk. Aan de ene kant wordt gesteld (artikel 2) dat gemeenten bij het voeren van hun vestigingsbeleid dienen samen te werken in gebieden die aansluiten bij artikel 2 van de Wet Gemeenschappelijke Regelingen, ofwel de WVG-subregio's. Het vestigingsbesluit spreekt zich niet duidelijk uit of alle gemeenten binnen zo'n WVG-subregio dienen samen te werken of dat er ook andere kleinere samenwerkingsverbanden kunnen functioneren. Gezien het feit dat het afgeven van de vergunningen onder de beleidsverantwoordelijkheid van B&W valt zou men ook kunnen afleiden dat zij in principe geen andere gemeenten bij hun keuze hoeven te betrekken. Vooral in zeer uitgestrekte gebieden of in subregio's met een aantal grote plaatsen zou deze handelwijze worden toegepast. Vandaar dat we ook voor alle gemeenten in Nederland hebben berekend welke vestigingsmogelijkheden er zijn. Hieruit blijkt dat in het merendeel (66%) van de gemeenten geen vestigingsmogelijkheden meer zijn en in slechts 4% meer dan twee. Bovenstaande uitkomsten maken duidelijk dat voor het berekenen van extra vestigingsmogelijkheden de regiokeuze van wezenlijk belang is.

Tabel 2. Absoluut en relatief aantal WVG-subregio's waar per 1 januari 1986 extra vestigingsmogelijkheden zijn.

aantal vestigingsmogelijkheden	abs.	%
geen	24	39,3
1-3	11	18,0
3-5	11	18,0
5-8	8	13,1
8 of meer	7	11,5
totaal	61	100,0

Figuur 4. Aantal vestigingsmogelijkheden voor huisartsen na het vestigingsbesluit per WVG-subregio op 1 januari 1986.



In de gebieden met een overschot aan huisartsen (negatief aantal vestigingsmogelijkheden) zal het niet noodzakelijk zo zijn dat reeds gevestigde huisartsen bij het neerleggen van de praktijk niet mogen worden vervangen. Dat hangt in de eerste plaats af van de spreiding van de huisartsen over het gebied. Als bij niet vervangen van een vertrekkende huisarts de spreiding van de praktijken over het gebied onevenwichtig zou worden, mogen B&W afwijken van de normen (artikel 6). In de tweede plaats geldt voor gebieden waar meer huisartsen gevestigd zijn dan er volgens de regels zouden mogen zijn, dat B&W het aantal huisartsen dat in het gebied mag zijn gevestigd op een aantal kunnen stellen dat gelijk is aan of kleiner dan het aantal dat er in feite is gevestigd. Aan deze afwijking wordt evenwel als voorwaarde gesteld (in artikel 13) dat samenstelling van de bevolking daartoe noopt. Uit de artikelgewijze toelichting blijkt dat hier wordt gedoeld op bevolkingsgroepen in geïndustrialiseerde gebieden, bejaarden en etnische minderheden. Een hoger dan gemiddeld percentage bejaarden is bijvoorbeeld te vinden in de plattelandsgebieden van Friesland, Zeeuws-Vlaanderen en stedelijke gebieden als Amsterdam en Utrecht, terwijl etnische minderheden voor een belangrijk deel in stedelijke, industriële gebieden zijn geconcentreerd. Al met al is het waarschijnlijk dat B&W in gebieden met een overschot aan huisartsen de zaak zo zullen kunnen regelen dat huisartsen die de praktijk neerleggen, kunnen worden vervangen.

GEVOLGEN VOOR NOG NIET GEVESTIGDEN

Een toename van het aantal huisartsen dat zich kan vestigen, als het vestigingsbeleid eenmaal in werking is en de bestaande leemten zijn opgevuld, kan alleen optreden bij:

- een toename van de Nederlandse bevolking;
- een toename van het vertrek uit de praktijk;
- verlaging van de normpraktijk;
- een toename van het aantal huisartsen dat vrijwillig kiest voor een praktijkomvang beneden de normpraktijk.

De toename van het aantal vestigingsplaatsen als gevolg van een *toename van de bevolking* zal in de komende vijftien jaar gering zijn. Volgens de lage, meest aannemelijke variant van de bevolkingsprognose van het CBS zal de Nederlandse bevolking tussen 1986 en 2000 slechts met ruim 300.000 toenemen[8]. Dit zou betekenen dat bij een gelijkblijvende normpraktijk de komende vijftien jaar het aantal huisartsen met circa 130 zou kunnen groeien om de bevolkingsgroei bij te houden.

De bevolkingsgroei in het komende decennium levert dus een tiental nieuwe vestigingsplaatsen per jaar op. Als men bedenkt dat er, eer er een nieuwe vestiging mogelijk is in een gebied, een bevolkingssurplus moet zijn in dat gebied en dat de bevolkingsontwikkeling van gebied tot gebied zal verschillen, zal duidelijk zijn dat niet op voorhand te zeggen is of de bevolkingsgroei inderdaad circa 130 extra vestigingsplaatsen zal opleveren.

Een tweede factor die van invloed is op het aantal nieuwe vestigingen is het aantal huisartsen dat als gevolg van *pensionering* de praktijk neerlegt. Aan de hand van de leeftijdsopbouw per 1 januari 1985 *(tabel 3)* kunnen we concluderen dat in de komende vijf jaar het vertrekcijfer tamelijk stabiel zal blijven; per jaar zullen circa 200 huisartsen de praktijk neerleggen. In het begin van de jaren negentig zal het vertrekcijfer wat toenemen. De relatief grote groep huisartsen in de leeftijdscategorie 55-59 jaar zal dan de pensioengerechtigde leeftijd bereiken. De relatief grote omvang van deze groep is het gevolg van het grote aantal nieuwe vestigingen dat aan het eind van de jaren vijftig heeft plaatsgevonden[6]. Uit de gegevens van de leeftijdsopbouw kunnen we tenslotte nog opmaken dat het vertrekcijfer naar alle waarschijnlijkheid in de tweede helft van de jaren negentig weer zal dalen.

Bij bovengenoemde cijfers is geen rekening gehouden met de mogelijkheid dat huisartsen (vóór hun pensionering) de praktijk neerleggen om een andere functie te aanvaarden. Uit cijfers blijkt echter dat deze groep relatief klein is (40 in 1984) en dat het aantal de afgelopen vijf jaar sterk is teruggelopen[7]. De artsen die de huisartsenopleiding hebben voltooid en (nog) niet zijn gevestigd, concurreren om dezelfde soort banen met gevestigde huisartsen die eventueel de praktijk willen verruilen voor een andere functie binnen de gezondheidszorg, terwijl het er niet naar uitziet dat het aantal functies veel zal toenemen.

Zowel de geringe bevolkingsgroei als de lage vertrekcijfers dragen ertoe bij dat de komende jaren de vervangingscapaciteit en het aantal nieuwe vestigingen relatief klein zijn. Als we vervolgens bedenken dat er per 1 januari 1986 tussen de 600 à 700 huisartsen op zoek zijn naar een praktijk, voorts dat tot nu toe ieder jaar circa 450 artsen de huisartsopleiding voltooien, dan zal duidelijk zijn dat er voor grote groepen huisartsen nauwelijks vestigingskansen bestaan.

Aan de grote toeloop van afgestudeerde huisartsen zal de komende jaren grotendeels een eind komen. Immers, verlenging van de huisartsopleiding tot twee jaar zal naar alle waarschijnlijkheid gepaard gaan met een verlaging van de opleidingscapaciteit.

Een derde mogelijkheid om meer vestigingsplaatsen voor huisartsen te creëren is een *verlaging van de normpraktijk*. Een verlaging tot 2.200 (de ondergrens die in artikel 1 van het vestigingsbesluit wordt gesteld) levert in theorie 475 vestigingsplaatsen op. Dit zijn echter gegevens op landelijke schaal; indien de toename naar de diverse regio's wordt uitgesplitst, zal blijken dat er regio's zijn waar door de geografische gesteldheid de feitelijke haalbaarheid van nieuwe vestigingen moet worden betwijfeld. Voor een verlaging van de normprakijk tot beneden 2.200 patiënten is een wijziging van het vestigingsbesluit nodig.

In zijn algemeenheid kan men stellen dat een geleidelijke daling van de normpraktijk het minst soelaas biedt voor de grote groep huisartsen die de afgelopen jaren de opleiding heeft voltooid of binnenkort de opleiding zal voltooien. Bij een sterke daling van de normpraktijk op korte termijn kan de grote groep huisartsen die nu op zoek is naar een praktijk worden geholpen. Indien een sterke daling van de normpraktijk zou plaatsvinden tegelijk met de uitbreiding van de duur van de huisartsopleiding (en daarmee de waarschijnlijke inkrimping van het aantal opleidingsplaatsen) zouden vraag en aanbod van vestigingsplaatsen in de toekomst wat beter op elkaar kunnen worden afgestemd.

Als laatste mogelijkheid om het aantal vestigingsplaatsen uit te breiden is de situatie genoemd dat meer huisartsen genoegen nemen met een *praktijkomvang beneden de normpraktijk*. Deze mogelijkheid zal volgens ons in de praktijk niet veel voorkomen. Immers, wanneer één huisarts vrijwillig reeds genoegen neemt met een kleinere praktijkomvang en dat niet aan B&W heeft gemeld, dan betekent dat dat de andere huisartsen (bijvoorbeeld in een waarneemgroep) wat meer patiënten kunnen hebben. Als de betrokken huisarts opgeeft welke (kleinere) praktijkomvang hij ambieert, betekent dit dat de surplusbevolking zal toenemen en dat er mogelijk plaats is voor een nieuwe huisarts. De andere huisartsen (in de waarneemgroepen) zullen met minder patiënten genoegen moeten nemen en zullen die ene huisarts zijn handelwijze niet in dank afnemen.

Tabel 3. Absolute en relatieve leeftijdsverdeling van zelfstandig gevestigde huisartsen naar geslacht op 1 januari 1985.

	mannen		vrouwen		totaal	
leeftijd	abs.	%	abs.	%	abs.	%
jonger dan 30 jaar	91	1,7	35	7,4	126	2,1
30-34 jaar	1.017	18,7	210	44,3	1.227	20,7
35-39 jaar	1.559	28,6	120	25,3	1.679	28,4
40-44 jaar	824	15,1	38	8,0	862	14,6
45-49 jaar	495	9,1	23	4,9	518	8,8
50-54 jaar	423	7,8	20	4,2	443	7,5
55-59 jaar	603	11,1	19	4,0	622	10,5
60-64 jaar	338	6,2	3	0,6	341	5,8
65-69 jaar	52	1,0	1	0,2	53	0,9
70 jaar en ouder	42	0,8	5	1,1	47	0,8
totaal	5.444	100,0	474	100,0	5.918	100,0

CONCLUSIE

We hebben in dit artikel op basis van voorlopige cijfers een indruk gegeven van de vestigingsmogelijkheden die ontstaan bij de invoering van het wettelijk vestigingsbesluit.

Zowel voor de gevestigde huisartsen als voor degenen die op zoek zijn naar een vestigingsplaats is het van groot belang dat er snel duidelijkheid komt op welke schaal (regio's, samenwerkende gemeenten, afzonderlijke gemeenten) de rekensom moet worden losgelaten. □

Literatuur

1. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Nota Vestigingsbeleid. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1979.

2. Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1980.

3. Ministerie van Volksgezondheid en Cultuur. Nota Eerstelijnszorg. 's Gravenhage: Staatsuitgeverij, 1983.

4. Salemink GW. Het wettelijke vestigingsbeleid en de positie van huisartsen. Medisch Contact 1985; 40: 1577-8.

5. Groenewegen PP. Een jaar vestigingsbeleid van de LHV. *In:* Boerma WGM, Hingstman L. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1985.

6. Groenewegen PP. Locatiekeuze en huisartsendichtheid: een verklaring van regionale verschillen en veranderingen. Dissertatie Rijksuniversiteit Utrecht. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1985.

7. Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1985.

8. Centraal Bureau voor de Statistiek. Prognose van de bevolking van Nederland na 1984 (eerste uitkomsten). Statistisch Bulletin 1984; 51: 5-8.

9. Hingstman L. Registratie adspirant-huisartsen, peiling 1985. Utrecht: Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg, 1985.