

# Schaalvergroting in de praktijk?

De spreiding van huisartsen en huisartspraktijken in Nederland, 1970-1990

F. VAN DAM

**Van Dam F. Schaalvergroting in de praktijk? De spreiding van huisartsen en huisartspraktijken in Nederland, 1970-1990. Huisarts Wet 1995; 38(12): 561-5.**

**Samenvatting** In dit artikel wordt nagegaan in hoeverre in Nederland in het recente verleden (1970-1990) een wijziging is opgetreden in het aantal en de ruimtelijke spreiding van huisartsen en huisartspraktijken, en in hoeverre deze schaalverandering heeft geleid tot een gewijzigde fysieke bereikbaarheid van de huisarts. Geconstateerd wordt dat de schaalvergroting op het niveau van de huisartspraktijk als gevolg van een toename van het aantal duopraktijken, groepspraktijken en gezondheidscentra (de ruimtelijke concentratie van huisartsen) ruimschoots is gecompenseerd door het toegenomen aantal huisartsen en huisartspraktijken. De bereikbaarheid van huisartsen is in twintig jaar tijd licht verbeterd.

Dr. F. van Dam, Vakgroep Toegepaste Geografie en Planologie, Faculteit Ruimtelijke Wetenschappen, Universiteit Utrecht, Postbus 80.115, 3508 TC Utrecht.

## Inleiding

Tot woningen verbouwde buurt- en dorpswinkels, dichtgespijkerde schoolgebouwen en verlaten treinstations: zowel op het platteland als in de stad zijn de fysieke uitingen van een constant veranderende samenleving zichtbaar. In deze tijd waarin het voorzieningenaanbod op een hoger ruimtelijk schaalniveau is georganiseerd dan vroeger en de gebruikers steeds minder lokaal zijn georiënteerd, worden dergelijke beelden van een dynamische samenleving niettemin geregeld gepresenteerd als symptomen van verval. Vooral ten aanzien van het platteland bestaat veelal een beeld van verschraling van het voorzieningepakket en een bedreigde 'leefbaarheid' van kleine dorpen.

Van vele voorzieningen staat het draagvlak onder druk. Niet alleen treedt als gevolg van demografische processen (vertrekoverschot, selectieve migratie, vergrijzing) in bepaalde wijken, dorpen en regio's een daling en/of verschuiving van de vraag naar bepaalde voorzieningen op, ook worden vele voorzieningen, al dan niet van overheidswege, gedwongen tot schaalvergroting. Hierdoor neemt het aantal (locaties van) voorzieningen af, met als gevolg dat zich problemen kunnen voordoen met betrekking tot hun bereikbaarheid. Treffende voorbeelden hiervan zijn de detailhandel, het voortgezet onderwijs en het ziekenhuiswezen.

Het streven van de overheid naar kostenbeheersing in de gezondheidszorg heeft geleid tot een aanzienlijke schaalvergroting en (ruimtelijke) concentratie in het aanbod van ziekenhuizen in Nederland. Vooral in de jaren tachtig is een groot aantal ziekenhuizen gesloten. Bedroeg het aantal ziekenhuizen in Nederland in 1970 en 1975 nog 256, in 1992 was dit teruggelopen tot 157 (een afname van 39 procent). Ook het aantal bedden nam af, van 73.150 in 1980 (5,2 bedden per 1000 inwoners) tot 63.384 in 1992 (4,2 bedden per 1000 inwoners), een daling van ruim 13 procent.<sup>1</sup>

Op het niveau van de huisartspraktijk wordt eveneens gestreefd naar kostenbeheersing, met name door het samengaan

van twee of meer huisartsen in één praktijk. De vorming van een duo- of groepspraktijk (schaalvergroting) leidt tot schaalvoordelen in termen van kosten op het niveau van de praktijk: kosten met betrekking tot accommodatie, inventaris, assistentie en administratie worden gespreid. Daarnaast biedt een dergelijke praktijk mogelijkheden tot specialisatie en taakverdeling. Op praktijkniveau ligt schaalvergroting dan ook voor de hand.

Tegelijk is het overheidsbeleid sinds 1978 gericht op versterking van de eerstelijns gezondheidszorg (huisarts, basisgezondheidszorg, wijkverpleging, mantelzorg): hierbij gaat het om een verschuiving van takenpakketten van de tweede naar de eerste lijn, afname van het gemiddeld aantal patiënten per huisarts en een gelijkmatiger spreiding van huisartsen over Nederland. Ook hier is kostenbesparing een van de doelstellingen. Uitgangspunt is de veronderstelling dat een kleinere praktijk resulteert in een grotere aandacht voor de individuele patiënt, met als resultaat een geringer beroep op de (duurdere) tweede lijn. De overheid streeft dus naar schaalverkleining ten aanzien van de 'voorziening' huisarts. Tegen deze achtergrond werd in 1986 een wettelijk geregeld vestigingsbeleid voor huisartsen ingevoerd, een regeling die overigens sinds 1992 niet meer bestaat.

In dit artikel staat de vraag centraal, wat er nu in de periode 1970-1990 terecht is gekomen van de beoogde gelijkmatige spreiding van huisartsen, en in hoeverre dit streven op praktijkniveau is doorkruist door het gelijktijdige streven naar schaalvergroting.

## Methode

Ten behoeve van het onderzoek werden in Nederland 2590 'nederzettingen' onderscheiden.<sup>1</sup> Als nederzettingen werden beschouwd alle concentraties van aaneengesloten (woon)bebouwing die onder een gemeenschappelijke naam bestaan. Steden werden als enkele nederzettingen beschouwd en dus niet onderverdeeld in wijken. Via gemeentelijke en provinciale sta-

tistische en databronnen werden de bevolkingsaantallen van deze nederzettingen achterhaald en deze werden vervolgens in overeenstemming gebracht met de gemeentelijke bevolkingstotalen zoals die jaarlijks door het CBS worden gepubliceerd.

De adressen van de huisartspraktijken werden geleverd door het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel). Deze adressen werden via de postcodes gekoppeld aan het nederzettingenbestand; daartoe werd ook de adreslijst van 1970 voorzien van postcodes.

De afstanden tussen de onderscheiden nederzettingen werden vastgesteld met behulp van een computerwegaanpak. Op basis hiervan werd een afstandentabel van 2590 bij 2590 nederzettingen gegenereerd.

In dit artikel worden twee typen schaalvergroting onderscheiden: *elementaire* en *functionele* schaalvergroting.<sup>2</sup> Van *elementaire* schaalvergroting is sprake bij een toename van het aantal gebruikers per element van de organisatie (bijvoorbeeld door een afname van het aantal elementen bij een gelijk blijvend aantal gebruikers); toegepast op de huisartspraktijk betekent dat grotere praktijken. Van *functionele* schaalvergroting is sprake bij een toename van het aantal elementen; toegepast op de huisartspraktijk betekent dat meer huisartsen per praktijk. M.m. geldt hetzelfde voor schaalverkleining.

## Resultaten

### Huisartsen

Het aantal huisartsen in Nederland is de laatste twee decennia fors toegenomen. Terwijl de nationale bevolking in de periode 1970-1990 met 15 procent toenam, groeide het aantal huisartsen met 53 procent (tabel 1, figuur 1). De sterkste groei deed zich voor in de jaren 1974-1986 (het jaar van het wettelijk vestigingsbeleid). Bedroeg het aantal inwoners per huisarts in 1970 nog 2908 (2950 exclusief assistenten), in 1990 was dit teruggelopen tot 2190 (2330 exclusief assistenten). Er heeft zich

kortom op huisartsenniveau in twintig jaar tijd een substantiële elementaire schaalverkleining voorgedaan.

### Praktijken

Het aantal huisartspraktijken nam tussen 1970 en 1990 minder sterk toe dan het aantal huisartsen: van 4213 tot 4753 (13 procent). De praktijken zijn in die tijd gemiddeld groter geworden door de toename van het aantal duo- en groepspraktijken.<sup>3</sup> Op dit niveau is dus sprake geweest van een functionele schaalvergroting (conglomeratie) en een relatieve concentratie van huisartsen. In 1970 werd slechts op 7 procent van alle locaties (adressen)

door twee of meer huisartsen gepraktiseerd; in 1990 was dat op 33 procent van alle locaties het geval. Het gemiddeld aantal huisartsen per locatie steeg van 1,1 in 1970 via 1,3 in 1980 naar 1,5 in 1990.

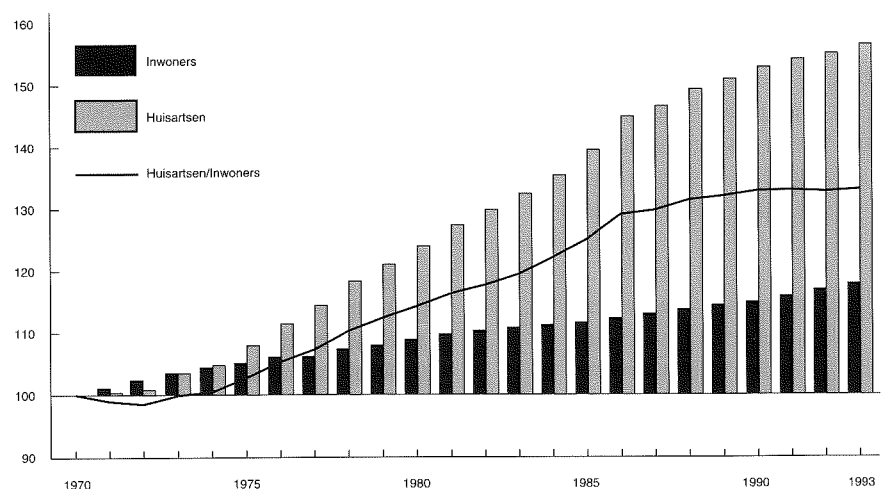
Deze functionele schaalvergroting wordt ook geïllustreerd door de toename van het aantal gezondheidscentra (samenwerking met gemeenschappelijke huisvesting van ten minste één huisarts, één wijkverpleegkundige en één maatschappelijk werkende<sup>3</sup>). Het aantal gezondheidscentra nam in twintig jaar tijd toe van 7 in 1970, via 101 in 1980 tot 158 in 1990. Sindsdien schommelt het aantal gezondheidscentra in Nederland rond de 160.<sup>3</sup>

**Tabel 1** Aantal huisartsen en huisartspraktijken in 1970, 1980 en 1990 en index (1970 = 100)

	1970 n	1980 n (index)	1990 n (index)
Aantal huisartsen*	4.456	5.531 (124)	6.801 (153)
Aantal praktijken	4.213	4.472 (106)	4.753 (113)
Aantal praktijkadressen	4.348	4.614 (106)	4.862 (112)
Aantal locaties (adressen)	4.290	4.493 (105)	4.851 (113)
Aantal nederzettingen met huisarts	1.179	1.244 (106)	1.297 (110)

\* Inclusief assistent-huisartsen.

Bron: Nivel; Nederzettingenbestand FRW-UU (bewerkte gegevens).

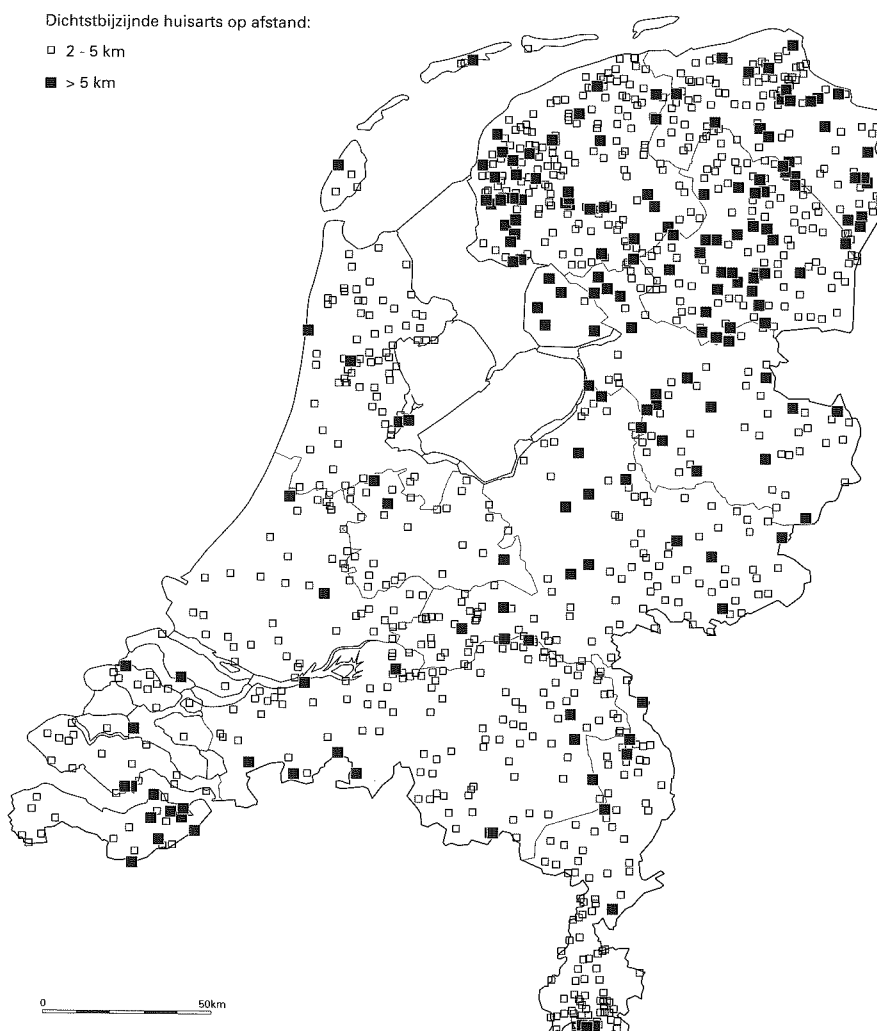


**Figuur 1** Toename van het aantal huisartsen en bevolkingsgroei, 1970-1993. Indexcijfers (1970=100)

**Tabel 2** Bereikbaarheid van huisartsen 1970-1990. Afgeronde percentages van aantal nederzettingen (n=2590); afgerond percentage van aantal inwoners 1990

	Nederzettingen			Inwoners
	1970	1980	1990	1990
Lokaal aanwezig	46	48	50	94
0-2 km	9	10	10	1
2-5 km	37	35	33	4
>5 km	9	8	7	1

Bron: NIVEL; CBS/RPD (RUDAP); Nederzettingenbestand FRW-UU (bewerkte gegevens)



**Figuur 2** Nederzettingen met dichtstbijzijnde huisarts op meer dan 2 km afstand, 1990

## Nederzettingen

Het aantal nederzettingen waar een huisartspraktijk was gelocaliseerd, nam in de periode 1970-1990 toe van 1179 tot 1297 (10 procent). Van een concentratie van huisarts(praktijken) in absolute zin kan dan ook niet worden gesproken. Er is geen sprake geweest van een afname van het aantal locaties (in casu nederzettingen) met een huisarts. De elementaire schaalverkleining heeft derhalve de functionele schaalvergroting ruimschoots gecompenseerd. Huisartsen zijn in Nederland in de laatste 20 jaar zelfs iets beter over Nederland gespreid, althans beschouwd op het niveau van de gemeenten. *Groenewegen* komt voor de periode 1969-1979 tot eenzelfde constatering.<sup>4</sup>

Niettemin zijn er wel degelijk ruimtelijke verschillen in groei opgetreden. Zo bleef in Groningen, Friesland en Drenthe het aantal nederzettingen zonder huisarts onveranderd groot (respectievelijk 64, 67 en 71 procent). In Noord-Brabant en Limburg daalde het aantal nederzettingen zonder huisarts daarentegen sterk. Zuid-Holland kent het laagste percentage nederzettingen zonder huisarts: 28 procent.

De groei in het aantal huisartsen manifesteerde zich met name in nederzettingen met meer dan 2000 inwoners (in 1991), met uitzondering van de grootste steden. Het zijn voornamelijk de kleinste dorpen (tot 1000 inwoners) die geen huisarts hebben: 90 procent van de dorpen met 500-1000 inwoners en 97 procent van de dorpen met minder dan 500 inwoners hadden in 1970 geen huisarts; deze percentages zijn in twintig jaar tijd vrijwel onveranderd gebleven. In 1278 van de 1411 nederzettingen die in 1970 geen huisarts hadden, prakticeerde er in 1990 nog steeds geen.

In slechts 57 van de 2590 nederzettingen nam het aantal huisartsen af. In 17 hiervan verdween de laatste huisarts. Tegenover dit laatste staat dat 133 nederzettingen een huisarts hebben gekregen waar er in 1970 nog geen was (tabel 1). Ook deze cijfers laten zien dat in termen van aan- of afwezigheid van huisartsen in nederzettingen niet bepaald sprake is geweest van een grote dynamiek. Sterker

nog, in 65 procent van alle Nederlandse nederzettingen was het aantal huisartsen in 1990 exact gelijk aan dat in 1970. Slechts 848 nederzettingen (33 procent) kenden een toename van het aantal huisartsen.

### Fysieke bereikbaarheid

Het aantal inwoners dat in eigen dorp of stad een huisarts kan bezoeken, is groot: 94 procent. Ruim 99 procent van alle Nederlanders kan binnen een straal van 5 kilometer bij een huisarts terecht (tabel 2). Nederzettingen van waaruit meer dan 5 kilometer moet worden afgelegd naar de dichtstbijzijnde huisartspraktijk, vinden we vooral in het noorden van het land – dit ondanks het feit dat in de noordelijke provincies sprake is van een relatief hoge huisartsendichtheid – en in mindere mate in Overijssel en Zeeland (figuur 2). De verklaring hiervoor ligt natuurlijk in het grote aantal kleine en zeer kleine nederzettingen in Noord-Nederland. Vanuit een groot aantal nederzettingen (180) moet meer dan 5 kilometer naar de dichtstbijzijnde huisartspraktijk worden afgelegd, maar in deze nederzettingen wonen slechts weinig mensen. Wel nam het aantal nederzettingen in deze categorie in twintig jaar tijd belangrijk af, van 223 tot 180. Zo'n 120.000 Nederlanders woonden in 1990 op meer dan 5 kilometer van de dichtstbijzijnde huisarts (tabel 2).

### Beschouwing

Het aantal huisartsen in Nederland is in twintig jaar tijd procentueel veel sterker toegenomen dan de bevolking, zodat we kunnen spreken van een substantiële elementaire schaalverkleining. Tegelijkertijd heeft een functionele schaalvergroting plaatsgevonden, waarbij het aantal duo- en groepspraktijken en het aantal gezondheidscentra fors is toegenomen. Het streven naar kostenbesparingen, zowel op het niveau van het gehele gezondheidszorgsysteem als op praktijkniveau, heeft aan beide ontwikkelingen bijgedragen. De elementaire schaalverkleining is daarbij zo sterk geweest dat ze de concentratietenden, voortvloeiend uit de (functionele)

schaalvergroting op praktijkniveau, ruimschoots heeft gecompenseerd. Er heeft slechts een relatieve concentratie van huisartsen plaatsgevonden.

Voorts is sinds de invoering van het wettelijk vestigingsbeleid in 1986 een stagnatie opgetreden in de verhouding tussen de groei van het aantal huisartsen en de groei van de bevolking. Het gemiddeld aantal inwoners per huisarts is al jaren betrekkelijk constant. Enerzijds weerspiegelt dit het succes van het vestigingsbeleid, anderzijds kan verwacht worden dat er, gezien het nog steeds toenemend aantal duo- en groepspraktijken, in de nabije toekomst een verdergaande relatieve concentratie van huisartsen (functionele schaalvergroting) zal plaatsvinden.

In 1991 werd verwacht dat het aantal huisartsen zou toenemen tot zo'n 7100 (exclusief assistent-huisartsen) in het jaar 2010. Dit komt neer op een groei van 11 procent, zodat – gezien de verwachte toename van de bevolking met 8 procent – 3 procentpunt van de groei samenhangt met de verandering in de leeftijdsopbouw (vergrijzing) van de bevolking.<sup>5</sup> Door verschillende factoren – substitutiebeleid, veranderingen in de morbiditeit, intensivering van preventie-activiteiten – kan de vraag naar huisartsen zelfs nog hoger komen te liggen. Ook de toenemende wens van huisartsen om in deeltijd te gaan werken,<sup>6</sup> zal gevolgen hebben voor het aantal werkzame huisartsen. De rekennormpraktijk is bij convenant met de beroepsgroep inmiddels verlaagd tot één in volle tijd werkende zelfstandige huisarts per 2200 inwoners, een gemiddelde dat vanaf het jaar 2000 gerealiseerd zal moeten zijn. Er zal dus voorlopig sprake blijven van een – geringe – elementaire schaalverkleining.

Hierbij is het de vraag of een dergelijke schaalverkleining de spreiding van huisartsen over het land navenant ten goede zal komen. De toename van het aantal huisartsen in de afgelopen twintig jaar heeft de witte vlekken op de kaart immers grotendeels onberoerd gelaten. Anderzijds behoeft het, gezien de vestigingsvoorkeuren van de huidige lichting huisartsen,<sup>7</sup> geen verwondering te wekken als binnenkort in vele dorpen op het platteland het dichtget-

immerde schoolgebouw, die verlaten boerderij of dat voormalige winkelpand is omgetoverd tot een huisartspraktijk.

### Literatuur

- 1 Van Dam F. Meer voor minder. Schaalvergroting en bereikbaarheid van voorzieningen in landelijke gebieden in Nederland [Dissertatie]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 1995.
- 2 Blank JLT, Boef-van der Meulen S, Bronneman-Helmerts HM, et al. School en schaal. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1990.
- 3 Hingstman L, Harmsen J. Beroepen in de extramurale gezondheidszorg. Aanbod van beroepsbeoefenaren en samenwerkingsverbanden in de extramurale gezondheidszorg in de periode 1980-1993. Utrecht: De Tijdstroom/Nivel, 1993.
- 4 Groenewegen PP. Locatiekeuze en huisartsendichtheid. Een verklaring van regionale verschillen en veranderingen [Dissertatie]. Utrecht: Nivel, 1985.
- 5 Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Beroepskrachtenplanning gezondheidszorg 1991. Tweede Kamer 1990-1991 22097, nrs. 1-2. 's-Gravenhage: Sdu, 1991.
- 6 Hingstman L, Pool JB. Behoeftetermining huisartsen 1992. Utrecht: Nivel, 1992.
- 7 Hingstman L, Harmsen J. De dokter wil niet naar Rotterdam. Tekort aan huisartsen zal regionale verschillen vergroten. Geografie 1993; 2(3): 15-7. ■

Abstract on page 570.