STUDIES UIT DE REGISTRATIE VAN BEROEPEN IN DE EERSTELIJNSGE-ZONDHEIDSZORG

25 JAREN VESTIGINGEN VAN HUISARTSEN DEEL I

artsexamen, vestiging, vertrek uit de praktijk

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

P.P. Groenewegen

23 APR. 1987

november 1984

Nederlands Huisartsen Instituut Postbus 812 3500 AV Utrecht

INHOUDSOPGAVE

pag

1. INLEIDING 1

2. VRAAGSTELLING 4
2.1. Artsexamen en vestiging 4
2.2. Samenstelling van vestigingscohorten 5
2.3. Vertrek uit de praktijk 9

3. BESCHRIJVING VAN DE GEGEVENSVERZAMELING EN -VERWERKING 11

4. ARTSEXAMEN EN VESTIGING 14
4.1. De ontwikkeling van het aantal artsexamens en het aantal vestigingen 14
4.2. De tijd tussen artsexamen en vestiging 15
4.3. Het percentage dat huisarts wordt 17
4.4. Verschillen tussen universiteiten 21
4.5. Universiteit van afstuderen en plaats van vestiging 24
4.6. Conclusie 33

5. ACHTERGRONDGEGEVENS VAN ZICH VESTIGENDE HUISARTSEN EN DE WIJZE VAN VESTIGING 35
5.1. Leeftijd en geslacht 35
5.2. De wijze van vestiging 37
5.3. De vorm van de praktijkvoering 46
5.4. Conclusie 50

6. VERTREK UIT DE PRAKTIJK 53
6.1. Inleiding 53
6.2. Toepassing van rationele keuzetheorie op het vertrek uit de praktijk 55
6.3. De uitval uit de vestigingscohorten 63

INHOUDSOPGAVE (vervolg) pag

6.4. Vestigingswijze, praktijkvorm en vertrek uit de praktijk 72
6.5. Conclusie 72

7. DE NIEUWE FUNCTIE VAN DE HUISARTSEN DIE DE PRAKTIJK NEERGELEGD HEBBEN 79

8. CONCLUSIES EN DISCUSSIE 86

LITERATUUR 89

1. INLEIDING

'Vijfentwintig jaren vestigingen van huisartsen' is de titel waaronder drie rapporten verschijnen over vestigingen, het vinden van een praktijk en het veranderende spreidingspatroon van huisartsen over ons land in de periode vanaf 1957 tot en met 1981. Het onderhavige rapport is het eerste van de drie geplande rapporten. Het bevat gegevens omtrent het aantal huisartsen dat zich jaarlijks gevestigd heeft in relatie tot het aantal artsexamens, de wijze waarop men zich gevestigd heeft, de vorm waarin men de praktijk is gaan uitoefenen en het moment waarop men de praktijk weer neerlegt.
In het tweede rapport wordt op basis van enquêtes die gehouden zijn onder de artsen die zich in drie perioden gevestigd hebben (1957-'59, 1967-'69 en 1977-'79), geanalyseerd hoe huisartsen hun praktijk gevonden hebben en wat hun investeringen geweest zijn. De implicaties van het veranderende vestigingspatroon voor de spreiding van huisartsen over ons land staan in het derde rapport centraal.
Het empirisch materiaal dat in de drie rapporten beschreven wordt, zal tevens gebruikt worden in de dissertatie van de auteur van deze rapporten over huisartsendichtheid.

De analyse van de vestigingen van huisartsen gedurende een langere periode is van belang, omdat hiermee trends vastgesteld kunnen worden die bij vooruitberekeningen van het aantal huisartsen gebruikt kunnen worden. Met behulp van de gegevens over de vestigingscohorten vanaf 1957 kan het 'carrière-verloop' van huisartsen over een periode van maximaal vijfentwintig jaar gevolgd worden. De huidige samenstelling van de beroepsgroep huisartsen reflecteert voor een deel de gebeurtenissen die vijfentwintig jaar geleden plaatsvonden. Vooral eventuele samenhangen tussen kenmerken van vestigingscohorten, zoals de omvang of samenstelling, en de carrière-duur van huisartsen zijn voor de planning van het aantal huisartsen van belang.
Daarnaast heeft de analyse van vestigingen een 'afgeleide' relevantie. Het aantal vestigingen en de veranderingen daarin zijn belangrijke determinanten van de veranderingen van het spreidingspatroon van huisartsen over ons land. Het belang van onderzoek naar de spreiding van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg is meerdere malen beschreven

(onder meer in het onderzoeksprogramma van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek en in de nota Hoofdlijnen voor een programma van wetenschappelijk onderzoek op basis van het systematisch verzamelen van gegevens ten dienste van het beleid inzake beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg).
Een belangrijke doelstelling van het volksgezondheidsbeleid in ons land is een goede toegankelijkheid van voorzieningen te bereiken. Dat is ook een van de doelen van het vestigingsbeleid voor huisartsen, zoals dat in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg werd voorgesteld (en nu opgenomen wordt in de Wet Gezondheidszorg en Maatschappelijke dienstverlening). Een goede spreiding van voorzieningen is niet de enige, maar wel een belangrijke determinant van de toegankelijkheid.
Op het moment dat er beleid gevoerd gaat worden om de geografische spreiding van artsen te beïnvloeden, is het van belang te weten hoe veranderingen in de spreiding in zijn algemeenheid tot stand komen. Zonder die kennis is het onmogelijk vast te stellen of eventuele veranderingen een gevolg zijn van het gevoerde beleid of zonder dat ook wel opgetreden zouden zijn.

De indeling van dit eerste deelrapport over 'vijfentwintig jaren vestigingen van huisartsen' is als volgt. In het tweede hoofdstuk wordt aangegeven welke vragen in het rapport beantwoord zullen worden. De aard van de gegevens die daarbij gebruikt worden en de manier waarop deze verzameld zijn, worden in hoofdstuk 3 besproken. Hoofdstuk 4 is hoofdzakelijk gewijd aan de samenhang tussen het aantal artsexamens en het aantal vestigingen. In hoofdstuk 5 wordt de samenstelling van de vestigingscohorten beschreven. Het aantal huisartsen per vestigingscohort dat de praktijk reeds neergelegd heeft en het moment waarop dat gebeurd is, komen in hoofdstuk 6 aan de orde. In hoofdstuk 7 wordt de nieuwe functie na het neerleggen van de praktijk in verband gebracht met kenmerken van het vestigingscohort waarvan men deel uitmaakt. Het rapport wordt afgesloten met een bespreking van de resultaten in het licht van de hierboven aangeduide relevantie van dit soort onderzoek onder meer voor vooruitberekeningen.

Voor hun commentaar op een eerdere versie van dit rapport dank ik Drs. C. van Brunschot (IVG), P. van Leeuwen (NIPG/TNO) en mijn collega's van de afdeling Wetenschappelijk Onderzoek van het NHI.

2. VRAAGSTELLING EN ACHTERGRONDEN DAARBIJ

De vragen die in dit rapport beantwoord worden, kunnen in drie groepen verdeeld worden. De eerste groep heeft betrekking op artsexamen en vestiging; de tweede op de samenstelling van de vestigingscohorten en de derde groep op het vertrek uit de praktijk.

2.1. Artsexamen en vestiging

De eerste vraag rond dit thema gaat door op één van de conclusies van Vroege in zijn proefschrift 'Sociologie van de arts' (1968). Hij stelt dat het huisartsentekort in de jaren zestig niet zozeer het gevolg is van een verminderde belangstelling van jonge artsen voor het huisartsenberoep, als wel van een geringer aantal artsexamens. Hij bestudeerde gegevens van alle artsen die in de periode 1952-1962 het artsdiploma gehaald hadden aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Een stabiel percentage van de mannelijke afgestudeerden werd huisarts (± 40%).
Onze eerste vraag is hoe hoog dit percentage vanaf 1957 is voor heel ons land en voor de afzonderlijke universiteiten. Een vraag die hiermee samenhangt is die naar de samenhang tussen het aantal artsexamens en de omvang van vestigingscohorten. Zo die samenhang er is, dan zal er een zekere vertraging zijn (Posthuma & Van der Zee, 1981, stelden een vertraging van twee jaar vast tussen veranderingen in het aantal artsexamens en veranderingen in huisartsendichtheid). De vertraging zal ongeveer gelijk zijn aan de gemiddelde duur van de periode tussen artsexamen en vestiging. Vandaar dat ook de gemiddelde duur van deze periode en eventuele veranderingen daarin bekeken zullen worden.
De laatste vraag over het thema artsexamen en vestiging heeft betrekking op de neiging van artsen zich te vestigen in de omgeving van de universiteit waar ze gestudeerd hebben. Deze vraag is vooral relevant in verband met de analyses in het derde deelrapport; immers, als artsen de neiging hebben zich te vestigen in de buurt van de universiteit waar ze gestudeerd hebben en gegeven het ongelijk aantal artsexamens per universiteit, zal dat zeker van invloed zijn op regionale verschillen in huisartsendichtheid.
Voor de neiging van artsen zich te vestigen in de omgeving van de universiteit waar ze afgestudeerd zijn, worden in de literatuur (Vroege, 1968; en bijvoorbeeld Fein & Weber,

1971; DeVise, 1973; Watson, 1980; Haug e.a., 1980; Buesching & Glasser, 1983) twee elkaar aanvullende verklaringen genoemd. Aan de ene kant ontstaat in de loop van de tijd een binding aan de streek en aan de relaties die men daar opgebouwd heeft, waardoor men in de omgeving van de universiteit wil blijven (hetzelfde geldt voor de plaats waar men opgegroeid is; daarover hebben we in dit onderzoek geen gegevens. Wel is het zo dat de universiteit zijn studenten veelal uit de regio recruteert). Aan de andere kant bieden de relaties die men opbouwt tijdens de studie, soms ook de informatie die van belang is om aan een vestigingsplaats te komen.
In dit onderzoek kunnen we alleen vaststellen of de relatie tussen universiteit en plaats van vestiging inderdaad bestaat, of die voor alle universiteiten hetzelfde is en of hij in de loop van de tijd veranderd is. Over de hierboven genoemde verklaringen in termen van opgebouwde bindingen en relatienetwerken valt met onze gegevens niets te zeggen.

2.2. Samenstelling van vestigingscohorten

Deze groep vragen heeft betrekking op de samenstelling van de jaargroepen nieuw gevestigde huisartsen wat betreft hun biografische gegevens (leeftijd, geslacht) en de wijze van vestiging en praktijkvoering. Wij stellen bij deze variabelen telkens de vraag in hoeverre zich in de loop van de tijd veranderingen hebben voorgedaan en of er een samenhang is met de omvang van de vestigingscohorten.
Wat betreft de leeftijd bij vestiging, kan men veronderstellen dat deze gedurende de laatste jaren van de bestudeerde periode wat hoger is dan daarvoor door de instelling van de verplichte eenjarige beroepsopleiding tot huisarts. Hoewel tegelijk met de instelling van de verplichte beroepsopleiding het basiscurriculum verkort is van zeven tot zes jaar, treden er tussen het artsexamen en de start van de huisartsenopleiding wachttijden op. Door de toenemende vraag naar opleidingsplaatsen bij een nagenoeg gelijkblijvende opleidingscapaciteit is deze wachttijd de afgelopen jaren sterk toegenomen (vergelijk de verschillende afleveringen van de sectie over adspirant-huisartsen in de 'Cijfers uit de huisartsenregistratie'). De leeftijd bij vestiging hangt mogelijk ook samen met het aantal artsen dat het diploma behaalt. De gemiddelde leeftijd bij vestiging zal

hoger zijn in periodes dat er veel nieuwe huisartsen op de markt komen.
De samenstelling naar geslacht van de vestigingscohorten zal, naar we veronderstellen, vooral een weerspiegeling zijn van de toegenomen deelname van vrouwen aan de medicijnenstudie.

Bij de vraag hoe huisartsen zich gevestigd hebben en wat voor veranderingen zich daarbij hebben voorgedaan in de bestudeerde periode, maken we een onderscheid tussen praktijkovernamen, vrije vestigingen en associaties. Associaties zullen aan het begin van de bestudeerde periode nog tamelijk weinig voorkomen. De houding van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) met betrekking tot de aanvaardbaarheid van associaties is in de loop van de na-oorlogse jaren positiever geworden. Vlak na de oorlog was er nog een negatieve houding ten opzichte van wat aangeduid werd als 'medische firmavorming' (verg. Zaat, 1981, p. 18). In een hoofdredactioneel commentaar in Medisch Contact (1957, p. 3) wordt gesteld: 'Grote terughoudendheid toont het H.B. (Hoofdbestuur der KNMG-P.P.G.) bij het bepalen van zijn houding ten opzichte van praktijkassociaties, een zich uitbreidend fenomeen, waarvoor het naar een regeling streeft.' Uit het rapport van de in 1956 ingestelde 'Associatie-commissie' (rapport van de Associatie-commissie, 1958) spreekt een neutrale houding. In het rapport wordt een aantal praktische redenen genoemd waarom huisartsen tot associatie overgaan:
- overgangsassociatie in verband met toekomstige praktijkoverdracht
- invaliditeit of ziekte van langere duur
- opleiding van de junior-partner (in dit geval acht de commissie associatie minder gewenst en beveelt een assistentschap aan)
- te grote praktijk (in het geval dat een praktijk zelfs voor twee huisartsen te groot zou zijn, stelt de commissie voor dat de huisarts met de te grote praktijk eerst één associé aantrekt en dat deze na verloop van tijd een gedeelte van de praktijk overneemt en uit de associatie treedt, waarna de oorspronkelijke huisarts weer nieuwe associé aantrekt)
- om te komen tot effectiever werken (onder dit kopje bespreekt de commissie behalve het gebruik maken van ge-

meenschappelijke spreek- en onderzoekruimte ook onderlinge consultatie en kwaliteitsbewaking)
- op grond van familierelatie.

Van deze redenen is die met betrekking tot de opleiding van de junior-partner waarschijnlijk nooit erg belangrijk geweest. De overige redenen zijn ook heden nog van belang. De vraag is of in de loop van de tijd sommige redenen aan belang ingeboet hebben of juist belangrijker geworden zijn, op grond waarvan men ontwikkelingen in de loop van de tijd zou kunnen verwachten.

De reden van een te grote praktijk is uiteraard alleen aanwezig zolang er nog zeer grote praktijken zijn. De gemiddelde praktijkgrootte vertoont in de loop van de tijd een golfbeweging met een top aan het begin van de jaren vijftig en aan het begin van de jaren zeventig. Men kan niet zonder meer stellen dat de daaropvolgende daling van de gemiddelde praktijkgrootte vooral door associaties tot stand komt. Immers, ook door vrije vestigingen daalt de gemiddelde praktijkgrootte.

Men kan aannemen dat de wens tot onderlinge toetsing en kwaliteitsbewaking in de loop van de tijd belangrijker geworden is. Het tot stand komen van het Nederlands Huisartsen Genootschap in 1957 en later van het Nederlands Huisartsen Instituut (1964) hebben bijgedragen tot de verbreiding van ideeën over samenwerking tussen huisartsen ten einde kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen. Empirisch onderzoek over de samenhang tussen de wens tot onderlinge toetsing en kwaliteitsbewaking en het soort praktijk waarin huisartsen gaan werken is in ons land nauwelijks gedaan. Uit onderzoek van Verhaak (1984) blijkt dat huisartsen in verschillende praktijksituaties ook verschillen qua normen en opvattingen op een aantal terreinen. Zo zijn huisartsen in multidisciplinaire samenwerkingsverbanden meer geneigd controle van buitenaf op hun werk toe te staan. Uit onderzoek van de Amerikaanse socioloog Wolinsky (1982) blijkt dat artsen die in solopraktijken werken meer belang hechten aan persoonlijke autonomie, terwijl artsen die in groepen werken meer belang hechten aan kwaliteitsaspecten en professionele aspecten.

Als gevolg van een toegenomen acceptatie van het verschijnsel associatie in de medische wereld en van de toegenomen nadruk op onderlinge toetsing en kwaliteitsbewaking zal er in de loop van de bestudeerde periode een trend naar meer

associaties zijn. Het aantal nieuwe associaties dat tot stand komt en de uitbreiding van bestaande associaties wordt echter ingeperkt door de daling van de gemiddelde praktijkgrootte in ons land waardoor de zeer grote praktijken zeldzamer worden.

Een reden tot het aangaan van associaties die nog niet genoemd is (en die ook in het rapport van de Associatie-commissie slechts zijdelings ter sprake komt) is de financiële voordelen die een associatie zou kunnen hebben. De opbouw van het honoreringsstelsel voor ziekenfondspatiënten vormt in zekere mate een stimulans om tot associaties te komen.
De kostenvergoeding in het bruto-honorarium voor ziekenfondsverzekerden bestaat voor het grootste deel uit vaste kosten. Vanaf 1952 worden deze vaste kosten alleen voor de eerste 3000 op naam van een huisarts ingeschreven ziekenfondspatiënten vergoed. Voor de patiënten die een huisarts boven de 3000 nog heeft, worden alleen de (veel geringere) variabele kosten vergoed. Vanaf juli 1953 ligt de grens - de zogenaamde kostenknik - bij 2000 ziekenfondspatiënten en vanaf 1969 bij 1800. (Op het moment dat dit rapport geschreven wordt, is er sprake van een verlaging van de kostenknik naar 1600 patiënten).
Vanaf 1977 wordt ook de pensioenbijdrage in het abonnementshonorarium (die vanaf 1967 in het honorarium is opgenomen) alleen nog maar voor de eerste 2000 ziekenfondspatiënten betaald. Het effect van de kostenknik is dat de totale opbrengst uit een praktijk van bijvoorbeeld 4000 ziekenfondspatiënten lager is indien de praktijk door één huisarts gevoerd wordt, dan indien de praktijk door twee huisartsen gevoerd wordt die elk 2000 patiënten op hun naam hebben.
Daarnaast is in de loop van de tijd de omvang van de variabele kosten in verhouding tot de hoogte van de vergoeding voor de vaste kosten gedaald (zoals men kan berekenen uit de cijfers in de Jaarverslagen van de Ziekenfondsraad).
Er is dus een stimulans om grotere praktijken te delen of associaties aan te gaan, die in de loop van de tijd aan belang gewonnen heeft.

Voor het derde deelrapport - de consequenties voor de spreiding van huisartsen over Nederland - zijn nog de geografische verschillen in de mate waarin associaties voorko-

men, van belang. Deze geografische verschillen hangen - naar men mag aannemen - samen met geografische verschillen in het voorkomen van zeer grote praktijken.
Veranderingen van de wijze waarop huisartsen hun praktijk uitoefenen (gecategoriseerd in solopraktijken, tweemanspraktijken, groepspraktijken en gezondheidscentra) volgen voor een belangrijk deel de ontwikkelingen in de wijze van vestiging.

2.3. Vertrek uit de praktijk

Bij de bestudering van het vertrek uit de huisartspraktijk worden over het algemeen gegevens geanalyseerd over de huisartsen die in een bepaald jaar de praktijk neergelegd hebben (vergelijk de betreffende sectie in de 'Cijfers uit de huisartsenregistratie', Groenewegen & Van der Zee, 1978, Van Duren, 1980).
De groep artsen waarop de gegevens betrekking hebben, is in dit geval zeer heterogeen van samenstelling. De artsen verschillen qua leeftijd, duur van de beroepsuitoefening en omstandigheden waaronder ze zich gevestigd hebben. Het moment waarop besloten is de praktijk neer te leggen, is echter voor ieder gelijk. Indien men op basis van dergelijke gegevens conclusies trekt over bijvoorbeeld veranderingen in de leeftijd waarop huisartsen de praktijk neerleggen, loopt men het risico onjuiste conclusies te trekken, zoals door Van Duren en Groenewegen (1981) is aangetoond. Zij bekeken de bewering dat een toenemend aantal huisartsen na korte tijd de praktijk neerlegt, hetgeen toegeschreven werd aan een toegenomen werkbelasting van huisartsen. In absolute zin is deze bewering wel juist, maar het toegenomen aantal huisartsen dat de praktijk neerlegt, wordt vooral veroorzaakt door de grotere omvang van de vestigingscohorten. Relatief ten opzichte van het aantal huisartsen dat in een bepaald jaar begint te praktizeren is er dus niets veranderd.
In de demografie staat een dergelijk effect bekend als een cohort-effect. Daarnaast onderscheidt men leeftijds- en periode-effecten (verg. Hagenaars, 1977). Een voorbeeld van een leeftijdseffect is het grote aantal huisartsen dat rond de zestig- à vijfenzestig-jarige leeftijd de praktijk neerlegt. Een voorbeeld van periode-effect zou zijn dat aan het eind van de jaren zestig en het begin van de jaren begin van de jaren zeventig van alle leeftijdsgroepen minder

huisartsen de praktijk neerleggen als gevolg van het geringe aantal kandidaten voor overname van een praktijk.
De drie soorten effecten zijn in de praktijk moeilijk van elkaar te onderscheiden en kunnen ook in combinatie van invloed zijn op het vertrek uit de praktijk.
Om de resultaten van de analyse van de uitval uit de vestigingscohorten beter te kunnen interpreteren zullen in hoofdstuk 6 de hoofdlijnen van een theorie over vertrek uit de praktijk geformuleerd worden. Er zal daarbij uitgegaan worden van een theorie van rationeel-keuzegedrag.
We veronderstellen dat bij de keuze tussen de praktijk neerleggen of door blijven praktizeren overwegingen van inkomen, bevrediging in het werk, fysieke belasting en dergelijke een rol spelen. We onderscheiden drie situaties die geïnterpreteerd kunnen worden in termen van periode-, cohort- en leeftijdseffecten. De eerste bedreft een verandering van de omstandigheden waardoor het verschil in aantrekkelijkheid tussen blijven praktizeren en de praktijk neerleggen vermindert. Een voorbeeld van een dergelijke verandering is de verhoging van de abonnementshonoraria voor ziekenfondspatiënten rond 1970. Indien dit van invloed is op het vertrek uit de praktijk, is er sprake van een periode-effect.
In de tweede situatie verandert het verschil in aantrekkelijkheid tussen beide alternatieven, doordat met het stijgen van de leeftijd de werkbelasting in de huisartspraktijk stijgt (een leeftijdseffect dus). Het kan ook zijn - en dat is de derde situatie - dat er reeds bij vestiging een zeer gering verschil in aantrekkelijkheid bestaat tussen het werken als huisarts of in een andere functie. Dat zou het geval kunnen zijn voor huisartsen die zich vestigen in een tijd van extreem hoge praktijkprijzen. Hierdoor kunnen cohort-effecten optreden.
In hoofdstuk 6 worden deze interpretaties nader uitgewerkt en worden gegevens over de uitval uit vestigingscohorten geanalyseerd.

Behalve naar het aantal artsen dat de praktijk neerlegt, kijken we ook naar de functie na het neerleggen van de praktijk. We stellen ons daarbij de vraag in hoeverre de mobiliteit van huisartsen beïnvloed wordt door de omvang en samenstelling van de vestigingscohorten.

3. BESCHRIJVING VAN DE GEGEVENSVERZAMELING EN -VERWERKING

De gegevens die nodig zijn om de vragen te beantwoorden die in het vorige hoofdstuk gesteld zijn, zijn afkomstig uit het registratiesysteem van gevestigde huisartsen dat in zijn huidige opzet sinds 1974 bijgehouden wordt op het Nederlands Huisartsen Instituut.

Hoe gegevens verzameld, verwerkt en opgeslagen zijn in dit systeem, is weergegeven in de 'Beschrijving van het registratiesysteem van gevestigde en adspirant-huisartsen' (NHI, 1982). We zullen hier volstaan met een korte samenvatting.

In het registratiesysteem worden gegevens opgenomen over iedere huisarts die zich in ons land vestigt. Een huisarts wordt omschreven als een arts die rechtstreeks toegankelijke, algemene medische zorg verleent. We beperken ons in dit rapport tot de huisartsen die zelfstandig gevestigd zijn, dat wil zeggen de huisartsen die in tegenstelling tot degenen die als assistent of waarnemer in de praktijk van een andere huisarts werken, zelf ziekenfondspatiënten op naam hebben. De gegevens die opgenomen worden, zijn te onderscheiden in vaste gegevens en gegevens met een historische dimensie. Tot de eerste behoren geboortejaar, geslacht, jaar en universiteit van afstuderen en dergelijke, gegevens die in de loop van de loopbaan van een huisarts niet veranderen. Tot de tweede behoren de gegevens waarvan ook veranderingen in de tijd van belang zijn, zoals het praktijkadres, de wijze van praktijkuitoefening, het al of niet zelf verzorgen van de geneesmiddelen-voorziening enzovoort. Deze gegevens worden op datum van ingang geregistreerd. Ook als er zich veranderingen hebben voorgedaan blijven deze gegevens in het systeem bewaard. De hoeveelheid gegevens die in het systeem opgeslagen is, is beperkt tot gegevens die na eenmaal vastgesteld te zijn in principe niet meer veranderen, en gegevens waarvan veranderingen zonder jaarlijkse peilingen te hoeven houden duidelijk worden uit andere bronnen, zoals de Geneeskundige Hoofdinspectie.

Een belangrijk gegeven als de omvang van de praktijk voldoet niet aan deze voorwaarden. Veranderingen daarin zouden alleen bijgehouden kunnen worden door jaarlijks alle huisartsen een vragenlijst te sturen. Los van de hoge kosten die dat met zich meebrengt, betekent dat ook dat volledig-

heid met betrekking tot zo'n gegeven niet haalbaar is. Het registratiesysteem is zo opgezet dat het mogelijk is om achteraf informatie toe te voegen over het verleden van een arts, om onjuist gebleken gegevens te wijzigen en om achteraf artsen in te voegen die om een of andere reden niet in het systeem voorkomen.
Toen zich de behoefte deed gevoelen om al snel te kunnen beschikken over langere tijdreeksen (op de problemen die zich voordoen wanneer men tijdreeksen voor gegevens uit de gezondheidszorg wil samenstellen, is gewezen door Posthuma & Van der Zee, 1981), is besloten achteraf gegevens te gaan verzamelen over alle vestigingscohorten vanaf 1955 en deze in te voeren in het systeem.
Deze gegevensverzameling heeft plaatsgevonden door een combinatie van drie methoden: schriftelijke vragenlijsten, telefonische ondervraging en gesprekken met oudere (ex-)huisartsen die bijvoorbeeld door vroegere bestuursfuncties goed op de hoogte zijn met de situering van praktijken in het verleden. We zijn daarbij stap voor stap telkens enkele jaren verder terug gegaan. In de vragenlijst zijn niet alleen gegevens over de loopbaan van de ondervraagde huisarts gevraagd, maar is ook gevraagd naar zijn of haar voorganger en naar de namen van huisartsen in de omgeving die de praktijk neergelegd hebben zonder opvolger. De gegevens die dit opleverde, gecombineerd met een vergelijking van de geneeskundige adresboeken voor de betreffende jaren, zijn weer gebruikt om verder terug te gaan in de tijd.
Leemtes kunnen optreden bij twee groepen artsen. De eerste groep betreft artsen die zich vrij gevestigd hebben en die slechts zeer kort gepraktizeerd hebben, waarbij de praktijk niet voortgezet is door een andere huisarts. De tweede groep betreft vrouwelijke huisartsen met een gering of wisselend aandeel in de praktijk van hun echtgenoot.
Omdat er geen gepubliceerde gegevens bestaan over het aantal huisartsen dat zich jaarlijks gevestigd heeft in de afgelopen vijfentwintig jaren, is er geen onafhankelijke controle mogelijk op de volledigheid van onze bestanden. Uit de overzichten van de Geneeskundige Hoofdinspectie en uit de Jaarverslagen van de Ziekenfondsraad zijn wel gegevens bekend over het totaal aantal huisartsen dat in die jaren praktizeerde. Vergelijking daarmee is pas mogelijk wanneer ook alle huisartsen die ooit gepraktizeerd hebben in de jaren na 1955, maar vóór 1955 gevestigd zijn en vóór 1974 de

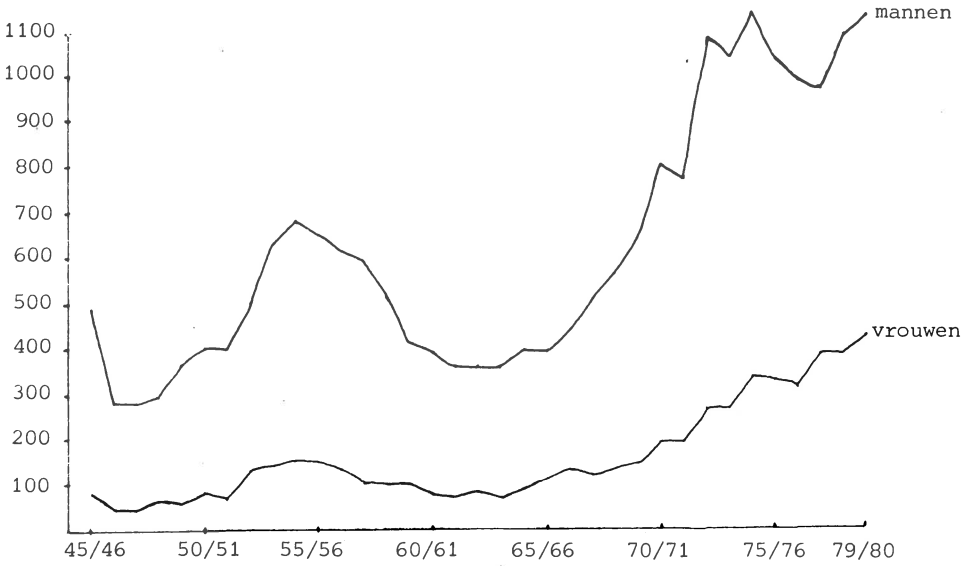
praktijk weer hebben neergelegd, ook ingevoerd zijn in het systeem. Die operatie is echter nog niet voltooid.
Hoewel gegevensverzameling over de vestigingscohorten terug gaat tot 1955, laten we de analyses in dit rapport beginnen bij 1957. De kans op onvolledigheden is immers het grootst voor de jaren die het verst terug liggen.

4. ARTSEXAMEN EN VESTIGING

4.1. De ontwikkeling van het aantal artsexamens en het aantal vestigingen

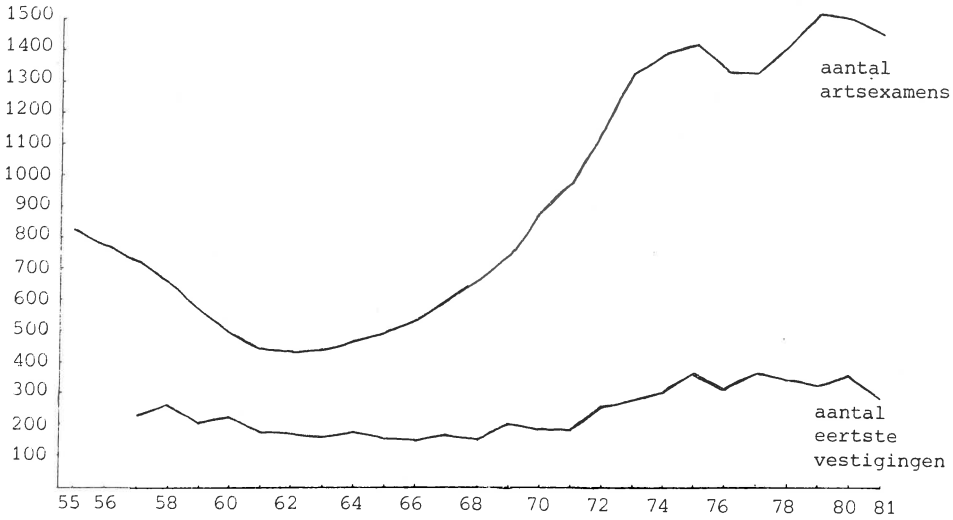
De artsen die zich de afgelopen vijfentwintig jaren voor het eerst als huisarts gevestigd hebben, hebben hun artsexamen gedaan in de periode van 1928 tot 1980. Als we ons beperken tot de na-oorlogse periode, dan vertoont het aantal artsexamens een golfbeweging. Net na de oorlog is er slechts een zeer gering aantal artsexamens: 329 in het studiejaar 1946/47, 325 in het studiejaar 1947/48. Binnen enkele jaren verdubbelt het aantal zich dan en bereikt een top in 1954/55 met 839 artsexamens.
Dan komen we wat dichter bij de periode die wij hier bestuderen. Het aantal artsexamens daalt in het studiejaar 1961/62 tot 425. De stijging die volgt is aanvankelijk betrekkelijk geleidelijk. Aan het begin van de jaren '70 is er een sprongsgewijze toename naar een niveau dat tussen de 1300 en 1500 artsexamens per studiejaar ligt. In figuur

Figuur 4.1.: Ontwikkeling van het aantal artsexamens vanaf het studiejaar 1945/46 naar geslacht (bron: CBS, Statistische zakboeken).



4.1. is deze ontwikkeling voor de mannelijke en de vrouwelijke artsen afzonderlijk weergegeven.
De vraag die wij in hoofdstuk 2 gesteld hebben is of er een samenhang is tussen de omvang van de vestigingscohorten en deze ontwikkeling van het aantal artsexamens. Het aantal eerste vestigingen blijkt met een vertraging van ± twee jaar het aantal artsexamens te volgen. De correlatie-coëfficiënt van het aantal artsexamens en het aantal vestigingen voor hetzelfde jaar bedraagt .89; voor het aantal artsexamens op t-1 is de correlatie-coëfficiënt .92 en voor het aantal artsexamens op t-2 .95. De correlatie-coëfficiënt voor het aantal artsexamens op t-3 is weer lager.
In figuur 4.2. is de ontwikkeling van het aantal artsexamens en het aantal eerste vestigingen weergegeven (door het verschil in schaal waarop beide verschijnselen plaatsvinden, is de hoge correlatie overigens niet zo duidelijk zichtbaar).

Figuur 4.2.: Aantal artsexamens, gemiddeld per kalenderjaar en aantal eerste vestigingen van huisartsen.



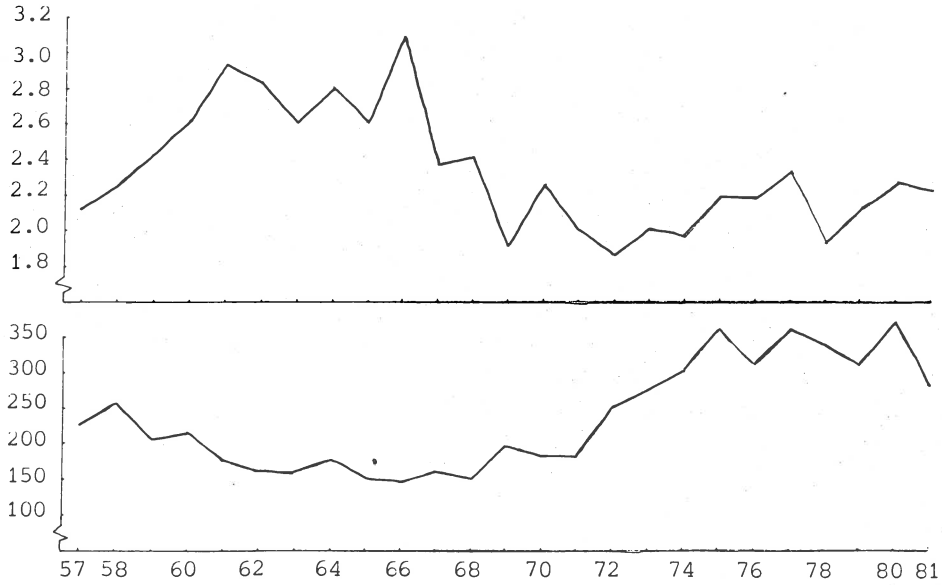
4.2. De tijd tussen artsexamen en vestiging

De vertraging van twee jaar komt overeen met de tijd die verloopt tussen het artsexamen en vestiging. De tijd die verloopt tussen het artsexamen (en bij degenen die de op-

leiding tot huisarts gevolgd hebben: het einde van de huisartsenopleiding) en de vestiging als huisarts bedraagt namelijk gemiddeld ruim 2 jaar.
De duur van deze periode is een grove benadering, omdat de exacte datum van het artsexamen niet in ons systeem is opgenomen, maar alleen het jaar. Als iemand dus aan het eind van het jaar zijn artsexamen doet en in het begin van het daarop volgende jaar zich vestigt, is de duur van de periode tussen artsexamen en vestiging in deze berekeningswijze één jaar, terwijl er in feite slechts enkele maanden verlopen zijn; een overschatting van de duur dus. Op dezelfde manier treden er ook onderschattingen op, indien iemand in januari het artsdiploma haalt en in december van hetzelfde jaar zich vestigt. Dan is er bij de gehanteerde berekeningswijze nul jaar verlopen. Behalve bij de groep waarbij volgens deze berekeningswijze nul jaar verlopen is, zullen de onder- en overschattingen elkaar in evenwicht houden.
Een tweede probleem is gelegen in de definitie van een huisarts die gehanteerd wordt in deze studie. We gaan uit van de **zelfstandig** gevestigde huisarts. Dat wil zeggen dat de huisarts de zorg heeft voor ziekenfonds- en particuliere patiënten en dat de ziekenfondspatiënten op zijn/haar naam of op naam van de maatschap zijn ingeschreven. Hierdoor worden (langdurige) assistentschappen die voorafgaan aan de zelfstandige vestiging meegeteld in de periode tussen artsexamen en vestiging. Vooral bij vrouwelijke huisartsen komen veel langdurige assistentschappen voor. Indien om wat voor reden dan ook een assistent zich na lange tijd toch zelfstandig vestigt (vaak in dezelfde praktijk), dan wordt de duur van de periode tussen artsexamen en vestiging erg lang. Het gevolg hiervan is dat de verdeling een erg lange 'staart' heeft, de standaarddeviatie erg groot wordt en de gemiddelde duur wat meer gaat fluctueren bij uitsplitsingen. Om dat te voorkomen zijn de extremen van de verdeling omgecodeerd zodat ze aansluiten aan de verdeling. Het gaat hier om 2% van de gevallen, waarbij de periode tussen artsexamen en vestiging meer dan negen jaar bedraagt.

Zoals gezegd is het gemiddelde ruim twee jaar. Dit gemiddelde fluctueert van jaar tot jaar met als extremen drie jaar voor degenen die zich in 1966 gevestigd hebben, en minder dan twee jaar voor degenen die zich in 1969, 1972, 1974 en 1978 gevestigd hebben (zie figuur 4.3.)

Figuur 4.3.: Duur van de periode tussen artsexamen/voltooiing huisartsenopleiding en vestiging (boven) en omvang van de vestigingscohorten (beneden).



Wanneer we de omvang van de vestigingscohorten weer in gedachten halen (eveneens weergegeven in figuur 4.3.), dan zien we dat er een negatieve relatie is met de duur van de periode tussen afstuderen en vestiging. In de jaren dat zich veel mensen vestigen is ook de duur van deze periode wat korter (r = -.56).
Door Posthuma & Van der Zee (1981) is de invloed van veranderingen in het aantal afgestudeerden op veranderingen in de gemiddelde praktijkomvang geanalyseerd. De gemiddelde praktijkomvang (uitgedrukt als het aantal inwoners per huisarts) volgt ook met een vertraging van twee jaar de veranderingen in het aantal artsexamens.

4.3. Het percentage dat huisarts wordt

Zoals in hoofdstuk 2 aangegeven is, kwam Vroege (1968) in zijn beschouwing over de oorzaken van het huisartsentekort tot een soortgelijke conclusie. Hij bestudeerde de beroepskeuze van de artsen die in de jaren 1952 tot en met 1962 in Utrecht arts-examen deden en concludeerde op grond van het constante percentage van rond 40% dat huisarts wordt, dat

de stijging van het aantal inwoners per huisarts vanaf ± 1960 een gevolg is van de ontwikkeling van het aantal arts-examens en niet van een veranderd patroon van beroepskeuze. Doordat we beschikken over de vestigingen van huisartsen vanaf 1957, kunnen we nagaan in hoeverre het percentage van de artsen dat voor het huisartsenvak kiest, ook voor heel Nederland rond de 40% ligt en of dat percentage in de tijd constant gebleven is.
Hiertoe is in de volgende tabel het aantal artsexamens per kalenderjaar weergegeven* vanaf 1957 en het aantal artsen dat in een bepaald jaar afgestudeerd is en in de periode na 1957 ooit als huisarts is gevestigd. Voor de laatste jaren van de bestudeerde periode zegt het percentage dat gevestigd is als huisarts zeer weinig, omdat de periode tussen artsexamen en vestiging verlengd is, doordat eerst de huisartsenopleiding nog gevolgd moet worden.
Voor de vergelijkbaarheid met de gegevens van Vroege geven we in de volgende tabel alleen de cijfers voor mannelijke artsen.

* Er is uitgegaan van het aantal artsexamens per kalenderjaar, omdat van de gevestigde huisartsen alleen het jaar van artsexamen bekend is. Bij de berekening van het aantal artsexamens per kalenderjaar is voorbijgegaan aan de indeling van het academisch jaar en zonder weging het gemiddelde van de opvolgende jaren gehanteerd.

Tabel 4.1.: Gemiddeld aantal artsexamens per kalenderjaar, en aantal en percentage van hen dat zich tussen 1957 en 1981 gevestigd heeft als huisarts (alleen mannelijke artsen).

Jaar	Gemiddeld aantal artsexamens	Aantal dat zich als huisarts gevestigd heeft	% dat zich als huisarts gevestigd heeft
1957	601	236	39
1958	550	203	37
1959	460	158	34
1960	399	157	39
1961	371	143	39
1957-'61	**2381**	**897**	**37**
1962	357	132	37
1963	361	132	37
1964	380	141	37
1965	391	130	33
1966	411	130	32
1962-'66	**1900**	**665**	**35**
1967	471	172	37
1968	534	168	32
1969	601	187	31
1970	719	221	31
1971	784	299	38
1967-'71	**3109**	**1047**	**34**
1972	927	310	33
1973	1063	399	38
1974	1088	453	42
1975	1084	374	35
1976	1010	330	33
1972-'76	**5172**	**1866**	**36**
1977	980	247	25
1978	1031	158	15
1979	1111	82	7
1980	1082	14	1

Uit de tabel blijkt dat het percentage dat huisarts wordt, van degenen die het artsexamen behalen, op een uitzondering na beneden de 40% ligt. Van degenen die het artsexamen behaald hebben in de jaren 1957-'61, is 37% huisarts geworden; voor de periode 1962-'66 is het percentage 35; voor de periode 1967-'71 is het 34% en voor de periode 1972-'76 36%.
Door Vroege zijn de artsexamens tot en met 1962 bekeken. Uit onze cijfers blijkt dat tot en met 1964 het percentage dat huisarts geworden is, betrekkelijk constant is - rond 37%. De conclusie dat de stijging van de gemiddelde praktijkgrootte die al vanaf ± 1960 te zien is, niet veroorzaakt is door een geringere belangstelling voor het huisartsenvak, lijkt daarom juist. Vanaf 1965 tot en met 1972 is het percentage dat huisarts wordt echter lager (gemiddeld 33% over deze jaren). Doordat zich toen al een stijging van het aantal artsexamens had ingezet, stijgt het aantal dat zich als huisarts vestigt vanaf 1969. Omdat deze vestigingen pas met een vertraging plaatsvinden zou de doorgaande stijging van de gemiddelde praktijkgrootte tot 1973 voor een deel ook beïnvloed kunnen zijn door een geringere belangstelling voor het huisartsenvak.
Voor vrouwelijke artsen geven we hieronder het percentage dat huisarts geworden is per periode van vijf jaar.

Tabel 4.2.: Gemiddeld aantal artsexamens per vijf-jaarsperiode en aantal en percentage van hen dat zich als huisarts gevestigd heeft (alleen vrouwelijke artsen).

Periode	Gemiddeld aantal artsexamens	Aantal dat zich als huisarts gevestigd heeft	% dat zich als huisarts gevestigd heeft
1957-'61	484	31	6
1962-'66	454	25	6
1967-'71	736	41	6
1972-'76	1419	134	9

Gedurende de eerste vijftien jaren van de bestudeerde periode is het percentage van de vrouwelijke artsen dat huis-

arts wordt, 6%. Daarna ligt het wat hoger. Twee kanttekeningen zijn hierbij op z'n plaats. Ten eerste vormen de vrouwelijke huisartsen een groep waarin mogelijk leemtes voorkomen. Ten tweede werken veel vrouwelijke huisartsen als assistent in de praktijk van een zelfstandig gevestigde collega (vaak hun echtgenoot, verg. Groenewegen, 1981).

4.4. Verschillen tussen universiteiten

Afgaande op de buitenlandse literatuur (zie ook hoofdstuk 2) en op gegevens die verderop in dit hoofdstuk nog gepresenteerd worden over de universiteit van afstuderen en de plaats van vestiging van artsen, is het van belang na te gaan of dit beroepskeuzepercentage per universiteit verschillend is. Juffermans (1982, p. 312, n. 91) suggereert dat dit het geval is, maar geeft geen cijfers.
Het Centraal Bureau voor de Statistiek beschikt over een uitsplitsing van het aantal artsexamens naar de universiteit waar het artsexamen afgelegd is. Het CBS mag dit gegeven niet aan derden ter beschikking stellen zonder toestemming van de betrokken universiteiten (verg. stelling 12 in Van der Zee, 1982). We hebben deze gegevens daarom aan de afzonderlijke universiteiten gevraagd en ook van hen gekregen. De tabel op de volgende pagina geeft het percentage dat huisarts geworden is, van degenen die vanaf 1957 het artsexamen afgelegd hebben.

Eerst een toelichting op de cijfers van de R.U. te Leiden en Utrecht en die van de Stichting Klinisch Hoger Onderwijs, de voorloper van de medische faculteit van de Erasmus Universiteit. De studenten van de Stichting Klinisch Hoger Onderwijs legden het artsexamen af aan de R.U. te Leiden of Utrecht. In de statistieken van de R.U. te Leiden en Utrecht zijn deze artsexamens te onderscheiden. Minder duidelijkheid is er in onze gegevens over de huisartsen die zich vanaf 1957 hebben gevestigd. Een aantal artsen geeft op de vraag waar men afgestudeerd is Rotterdam als antwoord. Een andere groep geeft aan dat men in Rotterdam heeft gestudeerd en het artsexamen elders heeft afgelegd. In ons gegevensbestand is als universiteit van afstuderen van deze artsen Rotterdam gecodeerd. Naast deze twee groepen is er een onbekend aantal artsen dat in Rotterdam gestudeerd heeft, maar alleen de universiteit waar het artsexamen is afgelegd, heeft ingevuld. Het gevolg hiervan is

Tabel 4.3.: Percentage dat huisarts geworden is, van degenen die in de periode 1957-1976 het artsexamen afgelegd hebben, uitgesplitst naar universiteit.

Universiteit	Percentage van	1957-'61	1962-'66	1967-'71	1972-'76	Totaal
R.U. Groningen	totaal	38%	36%	33%	32%	34%
	mannen	42%	42%	40%	37%	39%
Vrije Universiteit*	totaal	22%	28%	30%	34%	32%
	mannen				40%	40%
Univ. van Amsterdam	totaal	29%	24%	20%	20%	23%
	mannen	33%	32%	25%	23%	28%
R.U. Leiden	totaal	32%	26%	26%	27%	28%
	mannen	38%	31%	31%	33%	33%
Erasmus Universiteit**	totaal	19%	24%	28%	31%	26%
	mannen	22%	28%	34%	38%	31%
R.U. Utrecht	totaal	38%	27%	27%	36%	32%
	mannen	44%	32%	31%	44%	38%
K.U. Nijmegen	totaal	37%	39%	34%	39%	37%
	mannen	45%	45%	38%	45%	43%

* Voor de Vrije Universiteit beschikken we pas vanaf 1969 over een uitsplitsing naar geslacht.

** Inclusief degenen die hun studie aan de Stichting Klinisch Hoger Onderwijs hebben gevolgd en die aan de R.U. te Utrecht of Leiden het artsexamen hebben afgelegd.

dat het percentage dat huisarts is geworden, voor de afgestudeerden van de R.U. te Utrecht en te Leiden in onbekende mate overschat is en voor degenen die in Rotterdam gestudeerd hebben, onderschat is. Voor de artsexamens vanaf het academisch jaar 1967/68 bestaat dit probleem niet meer. Dat er een zekere onderschatting is opgetreden voor Rotterdam, blijkt uit de afwijking van het landelijk patroon waarin voor de mannen in de eerste en de laatste vijf-jaarsperiode het percentage dat huisarts geworden is rond 37% ligt en in

de tussenliggende jaren rond 34%. De cijfers voor Rotterdam laten daarentegen een voortdurende stijging zien.

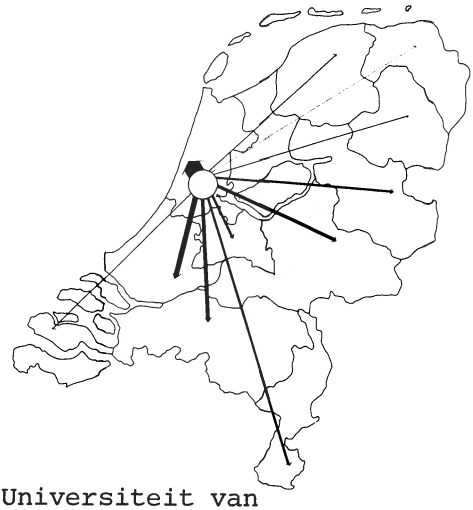
Na deze toelichting keren we terug naar de tabel. Uit de totaal-kolom blijkt dat het laagste percentage dat huisarts wordt, te vinden is onder degenen die aan de Universiteit van Amsterdam gestudeerd hebben. Het hoogste percentage is te vinden bij de afgestudeerden van de Katholieke Universiteit in Nijmegen (verg. ook Mertens & Persoon, 1968). Vanaf 1958 - het jaar dat de eerste artsexamens in Nijmegen afgelegd werden - tot en met 1976 is 43% van de mannelijke afgestudeerden huisarts geworden. Mertens en Persoon noemen twee verklaringsfactoren voor dit hoge percentage. De eerste is de verplichte stage sociale geneeskunde die door tweederde van de semi-artsen bij een huisarts gelopen werd. De tweede is het feit dat de ondervertegenwoordiging van katholieken onder de huisartsen volgens Mertens en Persoon sneller ingelopen zou worden dan de ondervertegenwoordiging onder de specialisten.
Deze twee verklaringsfactoren die specifiek zijn voor de situatie in Nijmegen, verklaren niet waarom het percentage dat huisarts geworden is, ook hoog is onder degenen die in Groningen en Utrecht afgestudeerd zijn (zij het dat bij deze laatste groep van een overschatting van het werkelijke percentage sprake kan zijn). Voor de Vrije Universiteit is slechts voor de laatste vijf-jaarsperiode de uitsplitsing naar geslacht beschikbaar. Het percentage dat in de totaal-kolom vermeld is, zegt daarom niet veel.
Wat betreft de ontwikkelingen in de loop van de tijd, zijn enkele patronen te onderscheiden. Het eerste patroon laat - afgezien van jaarlijks fluctuaties - een daling zien van het percentage van de afgestudeerden dat huisarts wordt. Dit is het geval bij de R.U. Groningen en de Universiteit van Amsterdam.
Het tweede patroon laat een stijging in de loop van de tijd zien: de Vrije Universiteit (met de eerste artsexamens in 1955/56) en Stichting Klinisch Hoger Onderwijs/Erasmus Universiteit (maar in dit laatste geval kan de oorzaak in de eerder genoemde onderschatting gedurende de eerste twee perioden liggen).
Het derde patroon laat een hoger percentage in de eerste en laatste periode zien en een lager percentage gedurende de

tussenliggende jaren. Dat is het geval bij de R.U. te Leiden en Utrecht en bij de K.U. te Nijmegen.
Waarschijnlijk door de overschatting van onbepaalde omvang is het percentage dat huisarts is geworden, van de afgestudeerden van de R.U. Utrecht lager dan hetgeen Vroege vond (in 'zijn' percentage waren overigens degenen die in Rotterdam gestudeerd hadden, meegerekend).

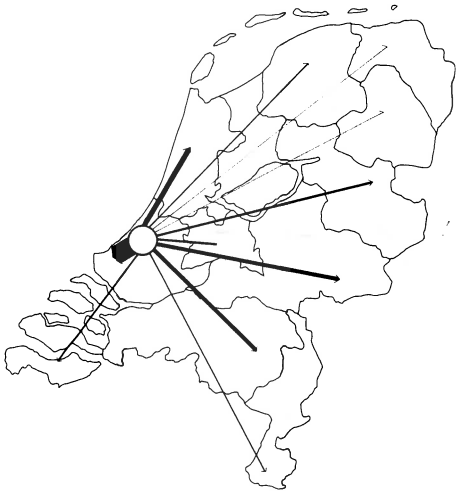
4.5. Universiteit van afstuderen en plaats van vestiging

Het laatste onderwerp dat we in dit hoofdstuk zullen behandelen, betreft de relatie tussen de universiteit van afstuderen en de plaats van vestiging. Eigenlijk zou hier nog een derde gegeven bij betrokken moeten worden: de plaats van herkomst van de arts. Dat gegeven is echter niet opgenomen in het bestand van de vestigingen van 1957 tot en met 1981.
De relatie tussen de universiteit van afstuderen en de plaats van vestiging kan men vanuit twee gezichtspunten bekijken. We gaan ervan uit dat artsen die op een bepaalde plaats studeren, daar opgenomen worden in een sociaal en professioneel netwerk, waardoor ze meer informatie over vestigingsmogelijkheden hebben. Zo bekeken zou men een kruistabel opstellen met als onafhankelijke variabele de universiteit van afstuderen en als afhankelijke de plaats waar men zich vestigt.
De mogelijkheden om een vestigingsplaats te vinden zijn echter beperkt. Er studeren meer artsen af dan zich in de directe omgeving van een universiteit kunnen vestigen.
Zeer duidelijk is dat te zien bij de artsen die in Groningen afstuderen en zich als huisarts vestigen. Over de gehele periode bekeken vestigt zich bijna een kwart van degenen die in Groningen afstuderen en huisarts worden, in de provincie Groningen. Kijkt men echter naar alle vestigingen in de provincie Groningen, dan blijkt dat 80% ook aan de Rijksuniversiteit te Groningen gestudeerd heeft.We zullen de gegevens vanuit beide gezichtspunten presenteren.
We zullen eerst bekijken in welke provincies de afgestudeerden van de verschillende universiteiten zich gevestigd hebben. De gegevens zijn over de gehele bestudeerde periode samengenomen en weergegeven in de onderstaande kaartjes. De dikte van de pijlen geeft de relatieve omvang aan van de stroom van huisartsen van de universiteit van afstuderen naar de verschillende provincies.

Kaart 4.1.: Verspreiding van de afgestudeerden van de verschillende universiteiten, die huisarts geworden zijn in de periode 1957-'81, over de provincies van Nederland.



Universiteit van Amsterdam

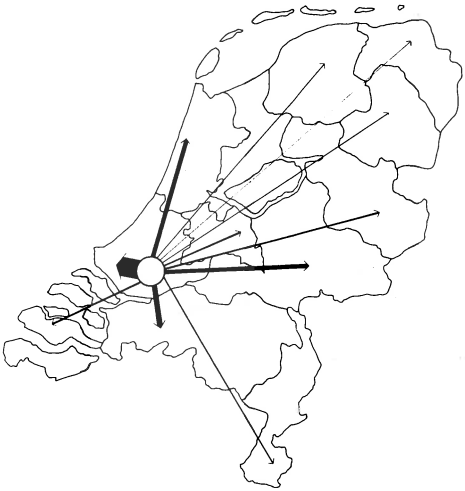


Leiden

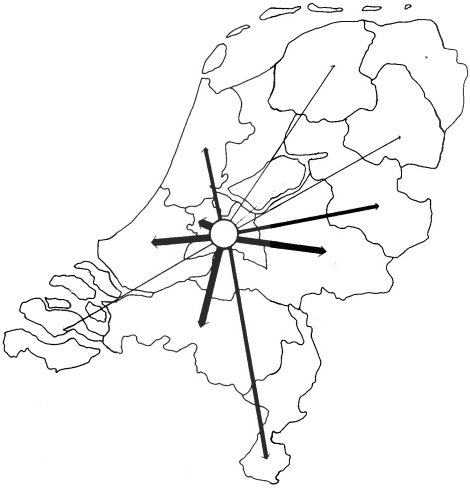
Groningen

Amsterdam Vrije Universiteit

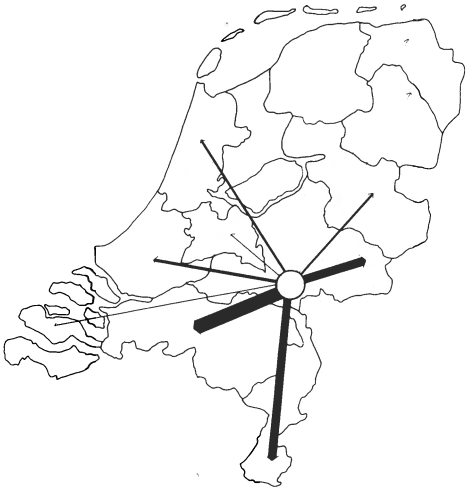
Vervolg kaart 4.1.:



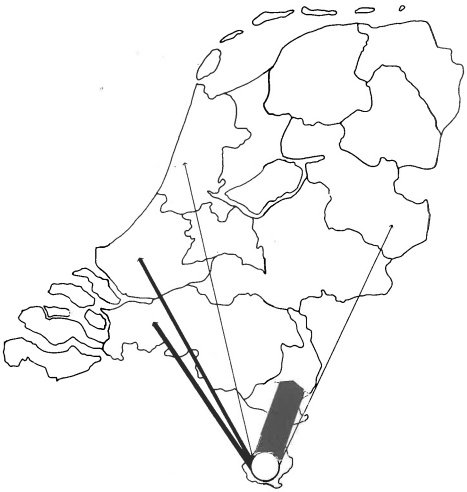
Rotterdam



Utrecht



Nijmegen



Maastricht

De honkvastheid van (het nog geringe aantal) in Maastricht afgestudeerde artsen is het sterkst. De overgrote meerderheid van degenen die huisarts geworden zijn, heeft zich in de provincie Limburg gevestigd. Van de afgestudeerden van de universiteiten in Noord- en Zuid-Holland heeft zich een ongeveer even groot percentage in dezelfde provincie gevestigd als waar men gestudeerd heeft.
De afgestudeerden van de Katholieke Universiteit in Nijmegen hebben zich voor een belangrijk deel gevestigd in Noord-Brabant, Limburg en Gelderland. De huisartsen die in Utrecht en Groningen afgestudeerd zijn, hebben zich het ruimst verspreid.

Twee opmerkingen kunnen naar aanleiding van deze spreidingspatronen gemaakt worden. De eerste heeft betrekking op de regionale herkomst van studenten. Deze vertoont een patroon dat enige gelijkenis laat onderkennen met de verspreiding van de afgestudeerde artsen. Van de ingeschreven studenten (alle studierichtingen) in het academisch jaar 1961-'62 te Leiden was 73% afkomstig uit de provincie Zuid-Holland. Van de ingeschrevenen te Rotterdam was dit 66%. Van de ingeschrevenen aan de Universiteit van Amsterdam was 68% uit Noord-Holland afkomstig; van de ingeschrevenen aan de Vrije Universiteit 43%.
Van de ingeschrevenen aan de Katholieke Universiteit was 26% afkomstig uit Gelderland, 31% uit Noord-Brabant en 25% uit Limburg.
Voor de universiteiten met de grootste verspreiding van de afgestudeerden tenslotte zijn de cijfers als volgt. Van de ingeschreven studenten in Groningen was 38% afkomstig uit de provincie Groningen, 17% uit Friesland, 10% uit Drenthe, 9% uit Overijssel, 7% uit Zuid-Holland en 6% uit Gelderland en Noord-Holland. Van de ingeschreven studenten in Utrecht was 33% afkomstig uit de provincie Utrecht, 16% uit Zuid-Holland, 13% uit Gelderland, 11% uit Noord-Brabant, 10% uit Noord-Holland en 6% uit Limburg (bron: CBS, 1965, Staat 39).
De tweede opmerking betreft de eerder gemaakte kanttekening dat de mate waarin vestigingsplaatsen beschikbaar zijn, ook van invloed is op het spreidingspatroon. De provincies waarin de universiteiten met het ruimste verspreidingspatroon van de afgestudeerde huisartsen liggen, zijn ook de provincies met een hoge huisartsendichtheid.

Ontwikkelingen in de loop van de bestudeerde periode in de verspreiding van de afgestudeerden die huisarts geworden zijn, zijn samengevat in tabel 4.4. Daarin is per periode van vijf jaar het percentage weergegeven dat zich gevestigd heeft in de provincie waar de universiteit van afstuderen gevestigd is.

Tabel 4.4.: Percentage van de afgestudeerden per universiteit, dat huisarts geworden is en zich gevestigd heeft in de provincie waar de universiteit van afstuderen gevestigd is.

Universiteit	1957-'61	1962-'66	1967-'71	1972-'76	1977-'81
R.U. Groningen	22%	21%	32%	26%	19%
Vrije Universiteit	-*	19%	31%	49%	52%
Univ. van Amsterdam	41%	37%	49%	55%	68%
R.U. Leiden	48%	36%	42%	44%	61%
Erasmus Univ.**	38%	36%	34%	53%	62%
R.U. Utrecht	16%	13%	13%	19%	28%
K.U. Nijmegen	-*	13%	18%	19%	28%

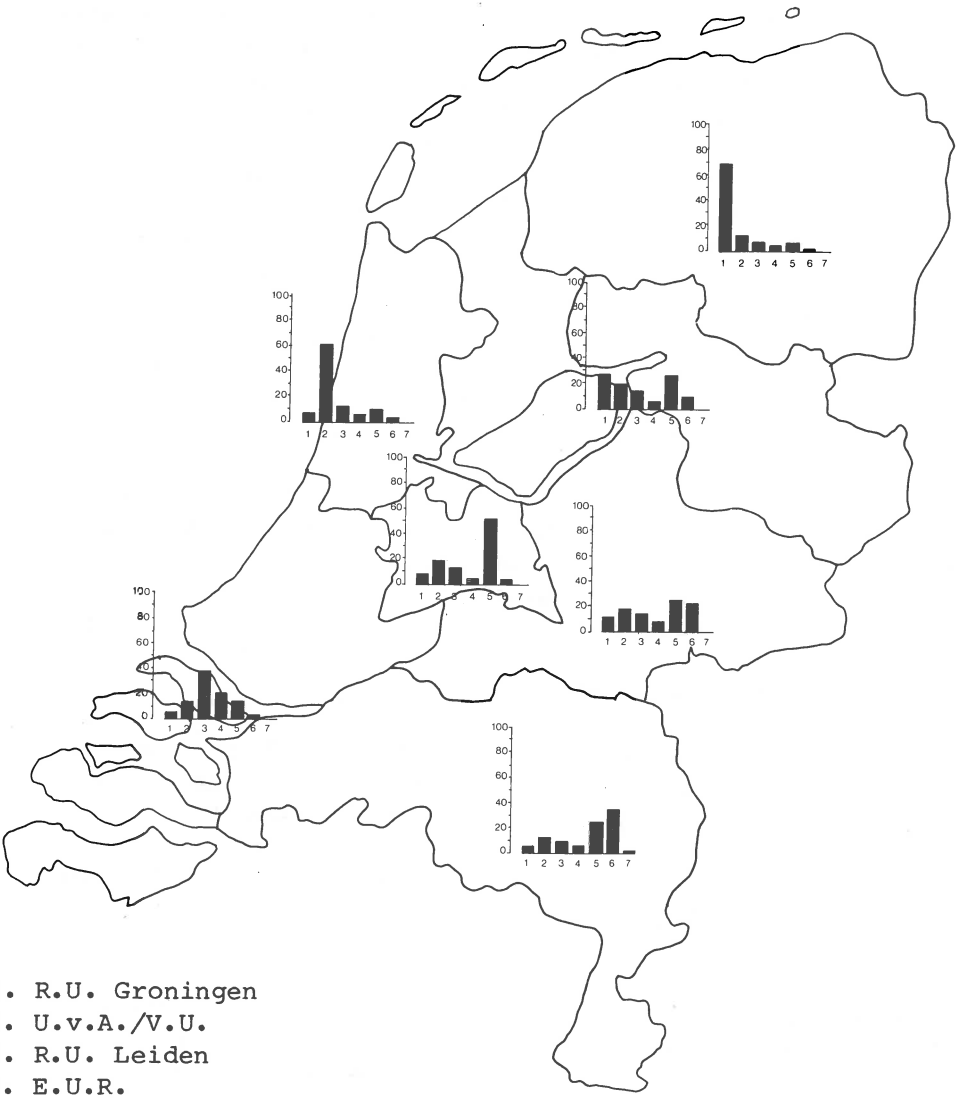
* Aantal gevestigden te klein om zinvol percentages te berekenen

** Inclusief degenen die gestudeerd hebben aan de Stichting Klinisch Hoger Onderwijs en die elders artsexamen hebben gedaan.

Het percentage huisartsen dat zich vestigt in de provincie waar men gestudeerd heeft, is met uitzondering van Groningen in de laatste tien jaar van de bestudeerde periode hoger dan in de voorafgaande jaren. We zullen ons niet wagen aan speculaties over de oorzaak daarvan.

De tweede manier om de verspreiding van de huisartsen in relatie tot de universiteit van afstuderen in beeld te brengen, is uit te gaan van het gebied van vestiging en te kijken waar de huisartsen die in een bepaald gebied gevestigd zijn, gestudeerd hebben. Hierdoor wordt enigszins rekening gehouden met het feit dat het aantal vestigingsplaatsen in de omgeving van een universiteit beperkt is. Voor alle vestigingen in de afgelopen vijfentwintig jaar geeft dat het beeld dat op kaart 2 weergegeven is.

Kaart 4.2.: Verdeling van de huisartsen die in de periode 1957-1981 gevestigd zijn, naar universiteit van afstuderen per landsdeel van vestiging.



1. R.U. Groningen
2. U.v.A./V.U.
3. R.U. Leiden
4. E.U.R.
5. R.U. Utrecht
6. K.U. Nijmegen
7. R.U. Limburg

Op deze kaart geeft de hoogte van de balken aan welk percentage van de huisartsen die in de betreffende provincie(s) gevestigd zijn, afgestudeerd is aan een bepaalde universiteit.
Van de huisartsen die in de drie noordelijke provincies gevestigd zijn, heeft bijna 70% het artsdiploma aan de Rijksuniversiteit te Groningen behaald. De beide Amsterdamse universiteiten volgen met 12%. In Overijssel en de Zuidelijke IJsselmeerpolders zijn de universiteiten van Groningen en Utrecht de koplopers met elk een kwart van de huisartsen, gevolgd door de Amsterdamse universiteiten met 19%. Van de huisartsen die zich in Gelderland gevestigd hebben, is ruim een kwart van de R.U. te Utrecht afkomstig, bijna een kwart van de K.U. te Nijmegen; 18% is in Amsterdam afgestudeerd. In de provincie Utrecht heeft de helft van de huisartsen ook in Utrecht gestudeerd; 18% in Amsterdam en 13% in Leiden. Voor Noord-Holland geldt dat 61% van de huisartsen die zich daar sinds 1957 gevestigd hebben, in Amsterdam afgestudeerd is; 12% in Leiden en 10% in Utrecht. Ook in de provincies Zuid-Holland en Zeeland heeft zo'n 60% van de huisartsen in Zuid-Holland gestudeerd (38% heeft in Leiden gestudeerd en 21% in Rotterdam). Verder heeft 16% van de in dit gebied gevestigde huisartsen in Utrecht gestudeerd en 14% in Amsterdam.
De huisartsen die in het zuiden des lands gevestigd zijn, hebben voor het grootste deel (35%) in Nijmegen gestudeerd. Een kwart van hen heeft in Utrecht gestudeerd.
Het aandeel van de in Maastricht afgestudeerde artsen onder de in het zuiden gevestigde huisartsen is nog zeer gering, omdat er nog zo weinig artsen afgestudeerd zijn aan de R.U. Limburg. In de laatste vijf jaar van de bestudeerde periode is echter reeds 12% van de huisartsen die zich in het zuiden vestigen, afgestudeerd in Maastricht.
Een uitsplitsing van deze percentages naar perioden van vijf jaar levert nog enkele andere interessante verschuivingen op.

Het aandeel van de huisartsen die in Nijmegen afgestudeerd zijn, laat duidelijk de verschuivingen zien die het gevolg zijn van de opening van een nieuwe medische faculteit. Vanaf het begin van de jaren zestig vestigden zich een toenemend aantal artsen dat in Nijmegen gestudeerd heeft, in Gelderland en in de twee zuidelijke provincies. In Gelder-

Tabel 4.5.: Verdeling naar de universiteit van afstuderen van de huisartsen die zich gevestigd hebben in vijf perioden per provincie/landsdeel.

Groningen, Friesland, Drenthe	R.U. Groningen	U.v.A. V.U.	R.U. Leiden	E.U.R.	R.U. Utrecht	K.U. Nijmegen	R.U. Limburg
1957-'61	63%	12%		8%	8%	-%	-
1962-'66	62%	16%	11%	4%	8%	-%	-
1967-'71	69%	13%	6%	5%	7%	-%	-
1972-'76	66%	12%	8%	2%	6%	5%	-
1977-'81	84%	8%	2%	1%	4%	2%	-
Totaal	69%	12%	7%	4%	6%	2%	-

Overijssel en Zuidelijke IJsselmeerpolders							
1957-'61	19%	23%	13%	4%	38%	3%	-
1962-'66	16%	18%	20%	10%	26%	10%	-
1967-'71	32%	16%	10%	11%	21%	10%	-
1972-'76	30%	16%	16%	3%	31%	5%	-
1977-'81	31%	21%	12%	4%	15%	16%	1%
Totaal	27%	19%	14%	6%	26%	9%	0%

Gelderland							
1957-'61	10%	21%	21%	13%	33%	2%	-
1962-'66	12%	26%	14%	8%	30%	10%	-
1967-'71	8%	24%	14%	7%	26%	21%	-
1972-'76	14%	13%	15%	7%	23%	28%	-
1977-'81	14%	13%	7%	7%	21%	39%	0%
Totaal	12%	18%	14%	8%	26%	23%	0%

Utrecht	R.U. Groningen	U.v.A. V.U.	R.U. Leiden	E.U.R.	R.U. Utrecht	K.U. Nijmegen	R.U. Limburg
1957-'61	3%	18%	15%	4%	61%	-%	-
1962-'66	9%	33%	15%	4%	38%	2%	-
1967-'71	10%	21%	19%	16%	31%	3%	-
1972-'76	9%	14%	13%	4%	54%	6%	-
1977-'81	10%	13%	6%	2%	64%	5%	-
Totaal	8%	18%	13%	5%	52%	4%	-

Noord-Holland							
1957-'61	7%	64%	12%	6%	13%	-%	-
1962-'66	8%	55%	15%	8%	10%	3%	-
1967-'71	8%	51%	14%	11%	14%	3%	-
1972-'76	7%	62%	13%	5%	10%	5%	-
1977-'81	8%	65%	11%	3%	7%	6%	0%
Totaal	7%	61%	12%	6%	10%	4%	0%

Zuid-Holland/Zeeland							
1957-'61	7%	17%	43%	12%	21%	-%	-
1962-'66	7%	24%	29%	17%	19%	3%	-
1967-'71	4%	11%	40%	22%	17%	5%	-
1972-'76	5%	12%	38%	19%	19%	7%	-
1977-'81	5%	11%	39%	29%	9%	5%	1%
Totaal	6%	14%	38%	21%	16%	4%	0%

Noord-Brabant/Limburg	R.U. Gro-	U.v.A. V.U.	R.U. Leiden	E.U.R.	R.U. Utrecht	K.U. Nijmegen	R.U. Limburg
1957-'61	7%	31%	13%	2%	45%	3%	-
1962-'66	8%	15%	13%	10%	24%	31%	-
1967-'71	5%	9%	10%	11%	17%	48%	-
1972-'76	7%	8%	8%	7%	24%	46%	-
1977-'81	5%	8%	9%	8%	21%	37%	12%
Totaal	6%	13%	10%	7%	25%	35%	3%

land gaat dit vooral ten koste van het aandeel van de huisartsen die in Leiden gestudeerd hebben en in iets mindere mate van degenen die in Amsterdam en Utrecht hebben gestudeerd. In Noord-Brabant en Limburg zijn de verschuivingen nog duidelijker. Van de huisartsen die zich in de jaren 1957-'61 in deze provincies vestigden, had 45% in Utrecht gestudeerd; in de jaren 1977-'81 was dat nog maar een vijfde. In de jaren 1962 tot en met 1976 is het aandeel van degenen die in Nijmegen gestudeerd hebben, zeer groot, maar daarna komt de concurrentie van de in Maastricht afgestudeerde huisartsen op.
Behalve in de provincie Utrecht is in alle provincies/landsdelen het aandeel van de in Utrecht afgestudeerde huisartsen gedaald.

4.6. Conclusie

Als afsluiting van dit hoofdstuk noemen we nog een keer de belangrijkste conclusies. Evenals andere auteurs hebben we vastgesteld dat het jaarlijks aantal nieuwe vestigingen van huisartsen het aantal artsexamens volgt. De correlatie tussen beide is het hoogst bij een vertraging van twee jaar. Dit komt overeen met de tijd die gemiddeld verloopt tussen het artsexamen (of het einde van de huisartsenopleiding) en vestiging.
Ofschoon het aantal vestigingen het aantal artsexamens volgt, is er wel enige variatie waar te nemen in het percentage van de afgestudeerden dat te eniger tijd huisarts wordt. Voor degenen die het artsexamen hebben afgelegd in de jaren 1957-'61 is dat percentage 37; in de daaropvolgende vijf jaar is het 35%; voor de periode 1967-'71 is het 34% en voor de periode 1972-'76 36%.
Per universiteit zijn er wat grotere verschillen. Het percentage van de afgestudeerden van de K.U. in Nijmegen, dat huisarts wordt is (voor de mannelijke afgestudeerden) meer dan 40%, terwijl het voor de afgestudeerden van de Universiteit van Amsterdam beneden 30% ligt. De percentages voor de overige universiteiten liggen tussen deze extremen in.
De geografische verspreiding van de afgestudeerden is vanuit twee gezichtspunten bekeken. Ten eerste is van de afgestudeerden van een universiteit bekeken welk percentage van de huisartsen zich in welke provincie heeft gevestigd. Zo bekeken hebben de huisartsen die in Groningen (en in iets mindere mate die in Utrecht) gestudeerd hebben het grootste

verspreidingsgebied. Het meest honkvast zijn (tot nu toe) de huisartsen die in Maastricht gestudeerd hebben. Het merendeel van hen heeft zich in Limburg gevestigd.
Ten tweede is per provincie of landsdeel bekeken hoe de verdeling naar universiteit van afstuderen is van de huisartsen, die zich daar in een bepaalde periode gevestigd hebben. Dan blijkt dat de sterke verspreiding van de Groningse afgestudeerden over het land niet betekent dat er in het noorden des lands maar weinig Groningse alumni praktizeren. In tegendeel; 70% van de huisartsen die zich gedurende de afgelopen vijfentwintig jaren gevestigd hebben in de drie noordelijke provincies, heeft aan de R.U. te Groningen gestudeerd.

5. ACHTERGRONDGEGEVENS VAN ZICH VESTIGENDE HUISARTSEN EN DE WIJZE VAN VESTIGING

In dit hoofdstuk bespreken we eerst de verdeling naar leeftijd bij vestiging en naar geslacht van de zich vestigende huisartsen en eventuele trends in de loop van de tijd. Verder wordt een overzicht gegeven van de wijze van vestiging en de wijze van praktijkvoering. Hierbij wordt niet alleen naar ontwikkelingen in de tijd gekeken; met het oog op het derde rapport dat gewijd is aan de implicaties van veranderende vestigingspatronen voor de spreiding van huisartsen over ons land, zullen ook geografische verschillen bekeken worden.

5.1. Leeftijd en geslacht

Het aantal vrouwelijke artsen dat zich als zelfstandig huisarts vestigt is altijd zeer laag geweest. Gemiddeld over de periode van vijfentwintig jaar die we bestuderen, was 6% van de nieuwe huisartsen van het vrouwelijk geslacht. De laatste tien jaar is het percentage vrouwen duidelijk hoger. In 1980 was het 15%, een na-oorlogs record. Het is echter nog altijd een stuk lager dan het percentage vrouwen onder degenen die het artsexamen met goed gevolg afleggen (het percentage vrouwen onder degenen die het artsdiploma in het academisch jaar 1956/57 behaalden, was 17.6%; voor het academisch jaar 1977/78 28.1%).

Het geringe percentage vrouwelijke artsen dat zich vestigt, wordt voor een deel gecompenseerd door een grotere percentage dan onder mannelijke huisartsen, dat als assistent gaat werken.
Gegevens over het aantal artsen dat jaarlijks als assistent in een huisartspraktijk gaat werken, zijn in dit rapport niet opgenomen bij gebrek aan betrouwbare gegevens over deze groep.

De leeftijd bij vestiging is gemiddeld 31 jaar berekend over de hele periode van vijfentwintig jaar. Er zijn slechts geringe afwijkingen van dit gemiddelde. De gemiddelde leeftijd is het laagst onder de huisartsen die zich in 1975 gevestigd hebben: 29.8 jaar, en het hoogst onder degenen die zich in 1964 hebben gevestigd: 32.9 jaar. Van-

Tabel 5.1.: Percentage vrouwelijke artsen naar jaar van vestiging.

Jaar van vestiging	Percentage vrouwelijke artsen	Aantal vestigingen
1957	5.8	224
1958	3.1	256
1959	3.9	204
1960	1.8	217
1961	3.5	174
1957-1961	**3.6**	**1075**
1962	3.8	158
1963	4.3	163
1964	1.1	175
1965	5.4	149
1966	2.1	144
1962-1966	**3.3**	**789**
1967	2.5	157
1968	4.1	148
1969	2.6	195
1970	2.8	181
1971	3.3	180
1967-1971	**3.3**	**861**
1972	4.0	250
1973	5.1	274
1974	5.0	301
1975	5.0	359
1976	8.4	310
1972-1976	**5.6**	**1494**
1977	6.1	363
1978	4.7	340
1979	9.8	317
1980	15.0	346
1981	13.1	283
1977-1981	**9.6**	**1649**
Totaal	5.7	5868

wege de geringe afwijkingen geven we in de onderstaande tabel gemiddelden per vijf-jaarlijkse periode.

Tabel 5.2.: Gemiddelde leeftijd bij vestiging als huisarts naar periode van vestiging.

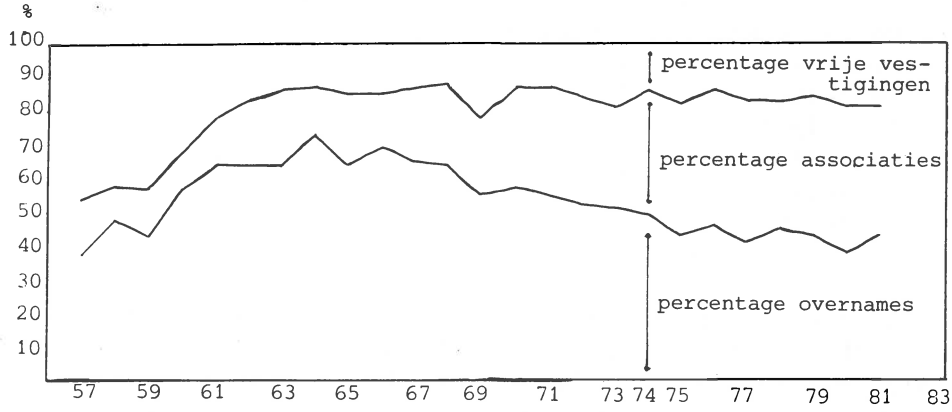
Periode van vestiging	Gemiddelde leeftijd
1957-1961	31.8
1962-1966	32.2
1967-1971	31.3
1972-1976	30.0
1977-1981	30.6

Zo er al een samenhang tussen leeftijd bij vestiging en het aantal artsen dat 'op de markt komt' is, dan is die anders dan wij in hoofdstuk 2 formuleerden. Er is geen sprake van een hogere gemiddelde leeftijd bij vestiging in tijden dat er veel artsen op de markt komen.
Een stijging van de gemiddelde leeftijd bij vestiging als gevolg van toenemende wachttijden tussen het artsexamen en de aanvang van de huisartsenopleiding is waar te nemen binnen de periode 1977-'81 (niet weergegeven in tabel 5.2.). Gedurende de laatste vier jaren van de bestudeerde periode is de gemiddelde leeftijd bij vestiging telkens wat hoger.

5.2. De wijze van vestiging

De manier waarop huisartsen zich gevestigd hebben, laat een duidelijker ontwikkeling in de loop van de tijd zien. Bij de wijze van vestiging maken we een onderscheid tussen de vrije vestiging, de associatie en de overname. In de Cijfers uit de Huisartsenregistratie, waarin sinds 1979 jaarlijks een overzicht van de nieuwe vestigingen wordt gepubliceerd, wordt een meer gedifferentieerde indeling gebruikt. Voor het analyseren van ontwikkelingen in de loop van de tijd en van geografische verschillen is de indeling in drie categorieën in eerste instantie verfijnd genoeg. In figuur 5.1. is de verdeling van de wijze van vestiging weergegeven voor de periode van 1957 tot en met 1981.

Figuur 5.1.: Verdeling van de wijze van vestiging van de huisartsen die gevestigd zijn in de periode 1957-1981.



Het percentage vrije vestigingen is in de eerste jaren van de bestudeerde periode erg hoog: meer dan 40%. Vanaf 1962 ligt het zo rond 15% van het aantal nieuwe vestigingen. Het percentage huisartsen dat zich via een associatie vestigt, vertoont een duidelijke stijging in de afgelopen vijfentwintig jaar. Het aandeel van de huisartsen die een praktijk overnemen stijgt tot 1964 en gaat daarna geleidelijk dalen.
In de periode dat het aantal nieuwe vestigingen laag is - van 1961 tot 1971 - is het percentage overnames het hoogst. Vergelijkt men het begin en het eind van de bestudeerde periode, dan blijkt dat de vrije vestigingen en de associaties stuivertje gewisseld hebben.
Een deel van de verklaring daarvan moet men zoeken enerzijds in een toegenomen acceptatie binnen de beroepsgroep van het verschijnsel associatie (vgl. Zaat, 1981, p. 18) en anderszijds in de (financiële) voordelen die associaties bieden (vergelijk hoofdstuk 2).

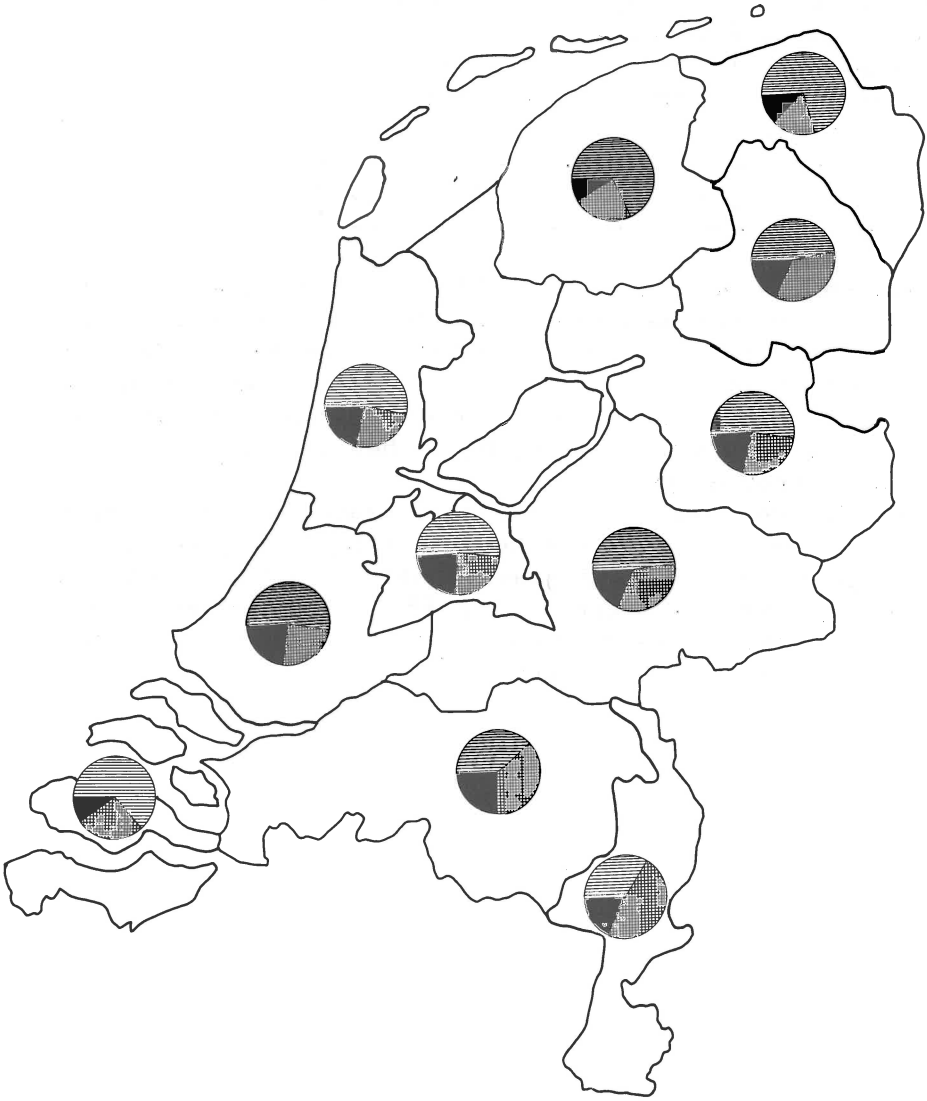
Vrouwelijke huisartsen vestigen zich wat vaker door een vrije vestiging en veel vaker via een associatie dan mannelijke huisartsen.

Tabel 5.3.: Wijze van vestiging uitgesplitst naar geslacht.

	geslacht	
vestigingswijze	man	vrouw
overname	52%	23%
associatie	28%	53%
vrije vestiging	20%	24%
Totaal	100% (5536)	100% (332)

Geografisch gezien zijn er duidelijke verschillen in vestigingswijze tussen de provincies. Over de hele periode bezien vindt men het hoogste percentage overnames in de provincies Groningen en Friesland en het laagste percentage in Noord-Brabant en Limburg. Het percentage vestigingen door een associatie en vrije vestiging is het laagst in de twee noordelijke provincies.
De geografische verschillen die deze kaart laat zien, zijn in de loop van de tijd betrekkelijk stabiel. Bij een indeling in perioden van vijf jaar blijkt in het noorden des lands het percentage overnames op één uitzondering na altijd het hoogst en in de twee zuidelijke provincies (ook met één uitzondering) het laagst.

Kaart 5.1.: Percentage overnames, associaties en vrije vestigingen per provincie, gemiddeld over de periode 1957-1981.



overnames

associaties

vrije vestigingen

Tabel 5.4.: Wijze van vestiging per provincie en periode waarin de vestiging plaats vond.

Vestigings-jaar	Vestigings-wijze	GRO	FR	DR	OV	GELD	UTR	NH	ZH	ZEEL	NB	LI
1957-1961	overname	65%	67%	37%	48%	47%	45%	57%	46%	70%	38%	44%
	associatie	9	19	26	13	18	11	9	10	13	15	13
	vrije vest	26	14	37	39	35	45	34	44	17	47	44
1962-1966	overname	85	84	61	67	63	80	65	71	80	53	55
	associatie	7	16	17	25	23	9	16	13	20	27	27
	vrije vest	7	0	22	8	15	11	19	16	0	20	19
1967-1971	overname	86	76	64	61	55	61	61	54	65	50	35
	associatie	8	22	28	26	33	16	20	24	25	34	57
	vrije vest	6	2	8	13	12	23	19	22	10	16	7
1972-1976	overname	63	64	48	59	49	45	49	50	60	33	30
	associatie	28	27	36	27	36	35	33	32	32	45	63
	vrije vest	9	9	17	14	16	20	18	18	8	23	8
1977-1981	overname	60	58	34	35	37	43	46	52	50	28	19
	associatie	27	28	52	36	49	40	37	32	34	50	65
	vrije vest	13	13	14	29	15	17	18	16	16	22	16

Een andere manier om naar de vestigingswijze van nieuwe huisartsen te kijken is vanuit het gezichtspunt of er een gevestigde huisarts vervangen is of dat er door de vestiging een uitbreiding van het aantal huisartsen en dus een toename van de huisartsendichtheid heeft plaats gevonden. Om de vestigingswijze op deze manier te kunnen classificeren in wat men zou kunnen noemen 'vervangingen' en 'verdichtingen' maken we gebruik van een uitgebreidere classificatie van vestigingswijze dan de drie hierboven onderscheiden manieren: overname, associatie, vrije vestiging. Vrije vestigingen betreffen altijd een toename van de huisartsendichtheid en kunnen dus ondubbelzinnig als 'verdichting' geclassificeerd worden. Bij associaties en overnames ligt dat anders. Indien een huisarts een bestaande praktijk overneemt, is er sprake van een vervanging, maar als een nieuwe huisarts zich vestigt door een deel van een bestaande praktijk over te nemen, terwijl de gevestigde huisarts in het overblijvende deel doorwerkt, is er sprake van verdichting. Als een huisarts zijn praktijk overdraagt aan

twee opvolgers, die elk voor zich verder praktizeren, kan een van beiden als vervanging geclassificeerd worden en een als verdichting.
Bij associaties kan een onderscheid gemaakt worden tussen bestaande en nieuwe associaties. Een vervanging in een bestaande associatie treedt op indien een van de associatiepartners de praktijk neerlegt en vervangen wordt door een nieuwe huisarts. Van verdichting bij een bestaande associatie is sprake, als een associatie van bijvoorbeeld twee huisartsen uitgebreid wordt met een derde huisarts. Een vervanging bij een nieuwe associatie treedt op indien twee huisartsen de praktijk van een gevestigde huisarts, die de praktijk verlaat, overnemen en gezamenlijk verder praktizeren. In dat geval wordt een van de twee nieuwe artsen als een vervanging geclassificeerd en een als verdichting.
In tabel 5.5. is deze meer gedifferentieerde classificicatie van de vestigingswijze en het uit deze classificatie afgeleide percentage vervanging weergegeven voor vijf perioden.

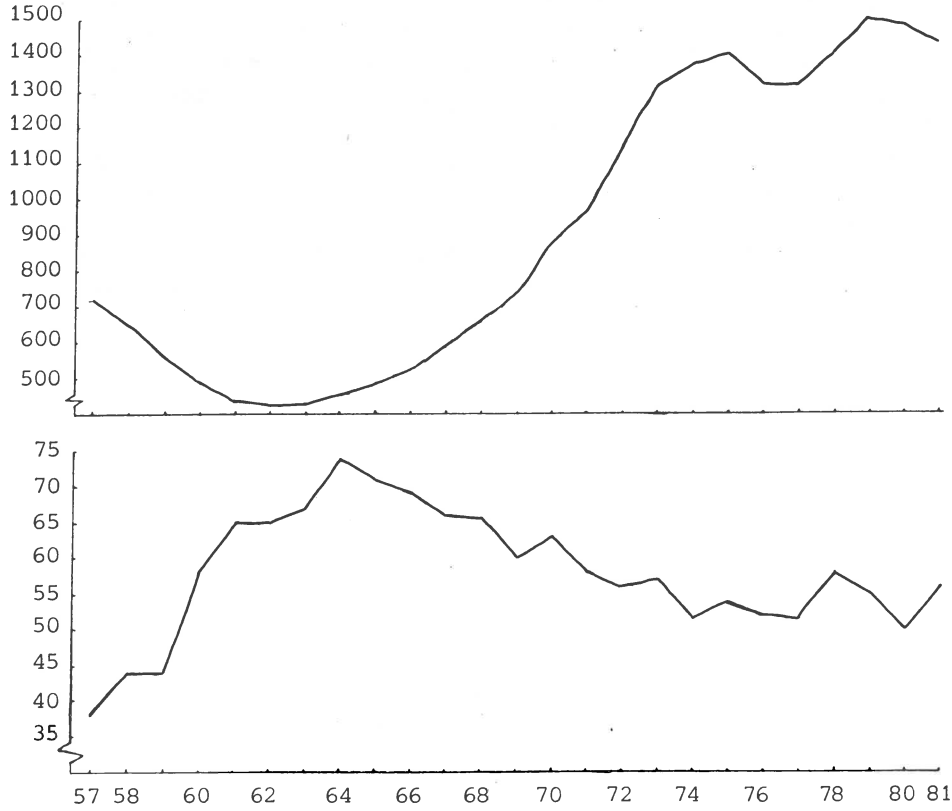
Tabel 5.5.: Wijze van vestiging (onderscheiden naar vervanging en verdichting) voor vijf perioden.

	periode van vestiging									
Vestigingswijze	1957-'61		1962-'66		1967-'71		1972-'76		1977-'81	
Overname hele praktijk vervanging	497	46.2	511	64.8	492	57.1	672	45.0	679	41.2
Overname praktijkdeel vervanging	4	0.4	2	0.3	2	0.2	5	0.3	1	0.1
Overname praktijkdeel verdichting	30	2.8	16	2.0	12	1.4	34	2.3	11	0.7
Bestaande assocatie vervanging	10	0.9	23	2.9	20	2.3	84	5.6	158	9.6
Bestaande associatie verdichting	5	0.5	5	0.6	14	1.6	68	4.6	73	4.4
Nieuwe associatie vervanging	14	1.3	10	1.3	23	2.7	46	3.1	50	3.0
Nieuwe associatie verdichting	109	10.1	108	13.7	169	19.6	343	23.0	389	23.6
Vrije vestiging	406	37.8	114	14.4	129	15.0	242	16.2	288	17.5
Totaal	**1075**	**100**	**789**	**100**	**861**	**100**	**1494**	**100**	**1649**	**100**
Percentage vervanging		**48.8**		**69.2**		**62.4**		**54.0**		**53.9**

Het percentage vervanging is het laagst in de eerste vijfjaarsperiode: bijna 49%. In de periode van 1962 tot en met 1966 is het bijna 70%. Daarna daalt het percentage vervanging tot 54% in de laatste tien jaar van de bestudeerde periode.

Het aantal praktijken dat voor overname in aanmerking komt wordt naar men mag aannemen voornamelijk bepaald door de leeftijdsopbouw van de gevestigde huisartsen. Het aantal artsen dat naar een plaats als huisarts streeft, heeft slechts een geringe invloed op het aantal overnames. Zoals in hoofdstuk 4 aangegeven is, is er een sterke correlatie tussen het aantal vestigingen en het aantal artsexamens twee jaar daarvoor. Als het aantal artsexamens stijgt, neemt daarna dus ook het aantal vestigingen toe. Omdat het absolute aantal voor overname vrijkomende praktijken nauwelijks door het aantal artsexamens beïnvloed wordt, ontstaat er een negatieve correlatie tussen het percentage vervanging en het aantal artsexamens twee jaar tevoren ($r = -.74$, berekend over 23 jaar). In figuur 5.2. zijn beide, het percentage vervanging en het aantal artsexamens weergegeven.

Figuur 5.2.: Percentage van de nieuwe vestigingen dat een vervanging van een gevestigde huisarts betreft (beneden), en gemiddeld aantal artsexamens per kalenderjaar (boven).



Het percentage vervanging vertoont een duidelijke geografische variatie die zeer stabiel is in de afgelopen 25 jaar. Het percentage vervanging is in de twee noordelijke provincies consequent het hoogst en in Noord-Brabant en Limburg het laagst.

Tabel 5.6.: Percentage vervanging per provincie in vijf perioden.

	Periode van vestiging				
Provincie	1957-'61	1962-'66	1967-'71	1972-'76	1977-'81
Groningen	67.4%	87.8%	85.7%	68.4%	66.7%
Friesland	68.8	90.7	87.8	71.2	68.7
Drenthe	40.0	55.6	66.7	54.2	54.0
Overijssel	49.3	72.1	71.0	61.4	43.8
Gelderland	44.1	67.7	61.7	50.9	48.7
Utrecht	44.7	78.2	64.5	51.9	55.0
Noord-Holland	55.8	67.9	64.6	56.7	57.7
Zuid-Holland	46.5	70.0	55.1	58.6	64.4
Zeeland	65.2	84.0	70.0	70.0	53.1
Noord-Brabant	35.3	56.2	50.0	40.0	36.5
Limburg	42.3	54.7	40.7	33.0	42.2

De stabiliteit van het percentage vervanging komt tot uiting in de rangcorrelatie tussen de percentages vervanging per provincie in de opeenvolgende perioden. Deze rangcorrelaties tussen de eerste en de laatste vijf jaar bedraagt .72.
De geografische spreiding van het percentage vervanging hangt nauw samen met geografische verschillen in artsendichtheid. Het percentage verdichting, ofwel: het relatieve aantal vestigingen dat een toename van de huisartsendichtheid tot gevolg heeft, is het grootst in de gebieden met veel grote praktijken. Dit laatste is af te leiden uit de jaarverslagen van de Ziekenfondsraad. Daarin wordt jaarlijks de verdeling van het aantal ziekenfondspatiënten per praktijk weergegeven per provincie.
Het percentage huisartsen met een ziekenfondspraktijk van meer dan 3000 zielen vormt een indicatie voor de mate waarin associaties en vrije vestigingen mogelijk zijn in een

gebied. In tabel 5.7. is dit percentage per provincie weergegeven voor de beginjaren van de vijfjaarsperioden.

Tabel 5.7.: Percentage huisartsen met meer dan 3000 ziekenfondspatiënten per provincie in 1957, 1962, 1967, 1972 en 1977 (bron: Jaarverslagen van de Ziekenfondsraad).

Provincie	1957	1962	1967	1972	1977
Groningen	4.8%	3.4%	4.0%	5.9%	2.7%
Friesland	2.5	2.4	3.3	5.2	2.6
Drenthe	20.2	10.7	11.2	9.8	8.2
Overijssel	25.4	16.2	16.5	15.8	9.7
Gelderland	17.6	10.6	10.7	11.3	8.3
Utrecht	11.4	7.1	6.5	7.5	5.0
Noord-Holland	18.2	9.9	9.7	8.5	4.4
Zuid-Holland	24.6	16.1	11.5	11.5	6.2
Zeeland	6.0	3.2	3.2	2.4	2.3
Noord-Brabant	37.1	29.0	25.4	25.7	14.4
Limburg	34.2	27.3	26.7	27.5	13.5

De provincies met het hoogste percentage huisartsen met een zeer grote ziekenfondspraktijk zijn ook de provincies waar het percentage vervanging het laagst is: Noord-Brabant en Limburg.
De provincies met het laagste percentage zeer grote praktijken hebben het hoogste percentage vervanging: Groningen, Friesland en Zeeland.
De rangcorrelatie tussen het percentage zeer grote praktijken in het eerste jaar van een vijfjaarsperiode en het percentage vervanging in die periode bedraagt respectievelijk: .76, .80, .71, .74 en .78.
Doordat het percentage vervanging laag is in gebieden met relatief veel zeer grote praktijken, stijgt in deze gebieden de huisartsendichtheid meer dan gemiddeld (maar dat is het onderwerp van het derde deelrapport).

5.3. De vorm van de praktijkvoering

Het laatste onderwerp dat aan de orde gesteld zal worden in dit hoofdstuk is de vorm van de praktijkvoering. Zoals al gezegd komt de vorm van de praktijkvoering voor een deel

overeen met de vestigingswijze, maar is daarvan toch te onderscheiden. De indeling van de vorm van de praktijkvoering die de afgelopen jaren gehanteerd is in de 'Cijfers uit de huisartsenregistratie' kent de volgende categorieën: de solopraktijk, de solopraktijk met assistent (een categorie die onder de pas gevestigde huisartsen niet voorkomt), de associatiepraktijk die vanuit verschillende praktijkgebouwen gevoerd wordt, de associatiepraktijk (niet zijnde een groepspraktijk of gezondheidscentrum) die in één praktijkgebouw gevoerd wordt, de groepspraktijk (drie of meer huisartsen die in één praktijkgebouw werken) en het gezondheidscentrum (een samenwerkingsverband van huisarts(en), wijkverpleegkundige(n) en maatschappelijk werkende(n) in een gemeenschappelijke huisvesting).
De beide laatste categorieën komen in het begin van de bestudeerde periode nog nauwelijks voor. De rapportage uit het Registratiesysteem van huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra over de periode 1970 - 1979 (Boerma, 1980) vermeldt dat er in 1970 3 gezondheidscentra en 8 groepspraktijken waren. In 1981 zijn die aantallen gestegen tot respectievelijk 97 en respectievelijk 76.

De verdeling naar praktijkvorm van de nieuw gevestigde huisartsen is in de navolgende tabel weergegeven voor de vijf perioden waarin we het bestudeerde tijdvak hebben opgedeeld.

In de eerste jaren van de bestudeerde periode begon nog meer dan 80 % van de huisartsen als solowerkende huisartsen, een percentage dat gedaald is tot de helft in de jaren van 1977 tot en met 1981. Het percentage huisartsen dat start in een samenwerkingsverband met een andere huisarts in een gezamenlijk praktijkgebouw, stijgt van 12 % tot 36 %. Zoals gezegd zijn groepspraktijken en gezondheidscentra een verschijnsel van de laatste vijftien jaar.

Tabel 5.8.: Verdeling naar praktijkvorm van de huisartsen die in de jaren 1957-1981 gevestigd zijn, per vijfjarenperiode.

	'57-'61	'62-'66	'67-'71	'72-'76	'77-'81
solopraktijk	84.7%	79.7%	71.0%	59.7%	50.8%
associatie gescheiden gebouwen	2.5	4.4	7.2	3.4	2.4
associatie gezamenlijk praktijkgebouw	12.4	15.1	18.9	28.8	36.1
groepspraktijk	0.3	0.5	2.0	2.8	4.4
gezondheidscentrum	0.1	0.3	0.9	5.2	6.2
totaal	100	100	100	100	100
N	1075	789	861	1494	1649

De hier weergegeven vorm van de praktijkvoering is de situatie bij vestiging. In de loop van de tijd vinden er wisselingen plaats van solopraktijken naar samenwerkingsverbanden en andersom. Om praktische redenen van bestandsorganisatie is in ons gegevensbestand alleen de eerste wisseling na de vestiging opgenomen. Van degenen die in een solopraktijk begonnen zijn in de periode 1957-1961 is 18 % overgegaan naar een samenwerkingsverband. Voor degenen die in de periode 1962-1966 gevestigd zijn in een solopraktijk, is dat 20 %; voor degenen die in de jaren 1967-1971 begonnen zijn, 22 %; voor degenen die in de periode 1972-1976 gevestigd zijn, 18 % en ten slotte voor degenen die in de laatste vijf jaar gevestigd zijn 8 %.
Daarnaast hebben er enkele wisselingen plaatsgevonden van een samenwerkingsverband naar een solopraktijk. Voor de opvolgende vijfjarenperioden bedraagt dat percentage respectievelijk 6 %, 8 %, 9%, 11 % en 7 %. In ongeveer de helft van de gevallen vindt de wisseling plaats binnen vijf jaar na vestiging en zal er naar alle waarschijnlijkheid sprake geweest zijn van een overgangsassociatie.

Vrouwelijke huisartsen vestigen zich vaker in een samenwerkingsverband dan mannelijke huisartsen. Van de totale groep van 332 vrouwelijke huisartsen is slechts 36 % een solopraktijk gaan uitoefenen.

Tabel 5.9.: Vorm van de praktijkuitoefening uitgesplitst naar geslacht van de huisartsen die in de jaren 1957-1981 gevestigd zijn.

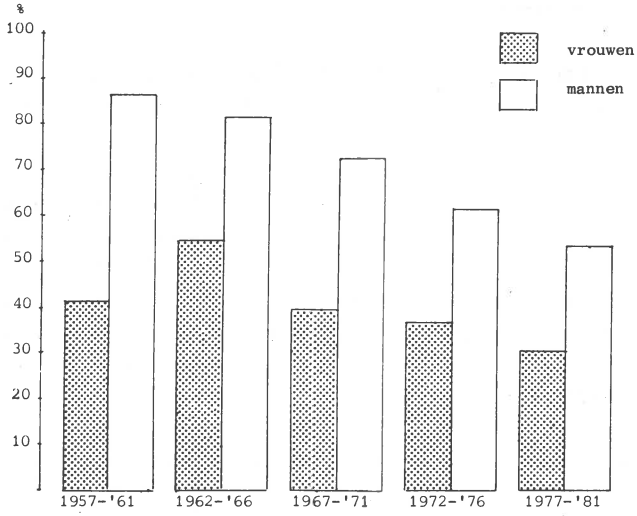
	vrouwen	mannen
solopraktijk	35.5	68.0
associatie gescheiden gebouwen	0.3	3.9
associatie gezamenlijk praktijkgebouw	51.8	22.9
groepspraktijk	6.9	2.1
gezondheidscentrum	5.4	3.1
totaal	100	100
N	332	5536

In de loop van de tijd is het verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het percentage dat zich in een solopraktijk vestigt, kleiner geworden. De daling in het percentage dat zich in een solopraktijk vestigt, is bij de mannen wat sneller gegaan. In figuur 5.3. is dit weergegeven (zie hiervoor de volgende pagina).

De afname van het percentage huisartsen dat start in een solopraktijk is niet overal in Nederland even sterk geweest en even geleidelijk verlopen. Kaart 5.2. op pagina 51 geeft een beeld van deze afname in de tijd per provincie.

In de uitgangssituatie - de periode 1957-1961 - is de variatie betrekkelijk gering. Met uitzondering van de provincie Drenthe ligt het percentage vestigingen in een solopraktijk tussen de 80 en 89 %. In de periode 1977-1981 varieert het percentage dat zich in een solopraktijk vestigt, tussen 70% en 29 %. Het verschil tussen het percentage in de eerste en in de laatste vijfjarenperiode is het grootst in de provincies Limburg, Noord-Brabant en Gelderland.

Figuur 5.3.: Percentage solo-artsen onder de huisartsen die in de jaren 1957-1981 gevestigd zijn, uitgesplitst naar geslacht per vijfjaarsperiode.

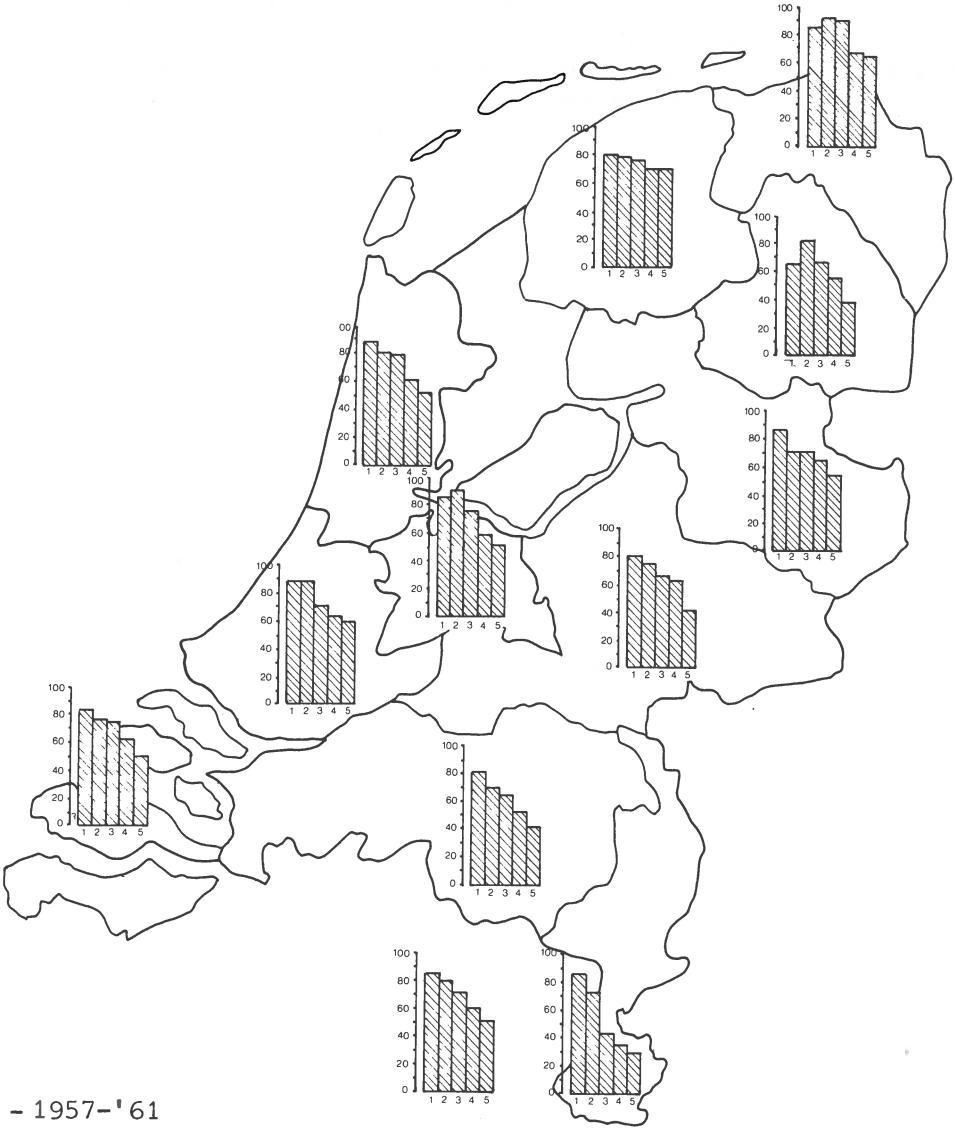


5.4. Conclusie

Wij sluiten dit hoofdstuk af met een korte recapitulatie. Het percentage vrouwen is onder de huisartsen die zich voor het eerst zelfstandig vestigen, erg laag - gemiddeld ongeveer 6 %. Dit percentage is veel lager dan het percentage vrouwen onder degenen die het artsdiploma behalen. De vrouwelijke huisartsen verschillen wat betreft vestigingswijze en vorm van de praktijkuitoefening van de mannelijke huisartsen. Zij beginnen hun praktijk minder vaak door de overname van een bestaande praktijk en zij oefenen de praktijk vaker in een samenwerkingsverband uit.

De cijfers over de wijze van vestiging in de jaren 1957-1981 laten tot 1964 een stijging van het percentage overnames zien en daarna een daling. Tegelijkertijd vindt er een stijging plaats van het aantal huisartsen dat zich vestigt door een associatie.
Voor de vorm waarin huisartsen hun praktijk gaan uitoefenen, betekent dit een toename van het percentage huisartsen dat in een samenwerkingsverband gaat werken. Aanvankelijk zijn deze samenwerkingsverbanden hoofdzakelijk duo-praktijken; in de jaren zeventig komen ook de groepspraktijken en gezondheidscentra op.

Kaart 5.2. Ontwikkeling van het percentage huisartsen dat zich in een solopraktijk vestigt per provincie gedurende vijf perioden.



1 - 1957-'61
2 - 1962-'66
3 - 1967-'71
4 - 1972-'76
5 - 1977-'81

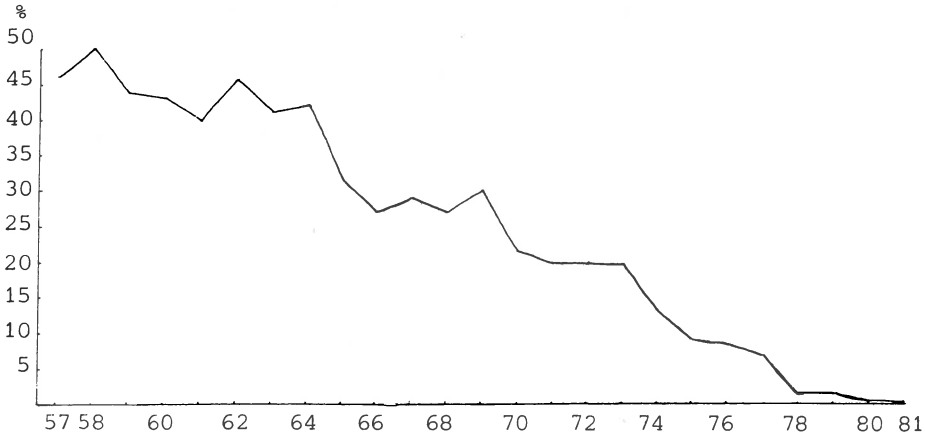
Er is in dit hoofdstuk veel aandacht besteed aan geografische aspecten: de verdeling naar provincie van de vestigingswijze, het percentage vervanging en de vorm van de praktijkuitoefening. In de noordelijke provincies vinden de vestigingen veelal plaats door overnames, is het percentage vervanging hoog en zijn relatief veel solo-praktijken. De zuidelijke provincies vormen het spiegelbeeld. Deze verschillen hangen samen met regionale verschillen in de gemiddelde praktijkgrootte (het onderwerp van de derde deelstudie).

6. VERTREK UIT DE PRAKTIJK

6.1. Inleiding

In hoofdstuk 3 is beschreven hoe in het registratiesysteem van gevestigde huisartsen een aantal gegevens opgeslagen is op de datum waarop mutaties plaatsvonden. Een van die gegevens is de beëindiging van de praktijk. In dit hoofdstuk zal dat gegeven geanalyseerd worden.
We bekijken de praktijkbeëindigingen tussen de vestiging en 1 januari 1982. Het totaal aantal praktijkverlaters onder degenen die zich vanaf 1957 hebben gevestigd, is ongeveer 1250; een dergelijk aantal zegt echter alleen iets als het betrokken wordt op het aantal huisartsen dat zich in een bepaald jaar heeft gevestigd. Het percentage dat tussen het vestigingsjaar en 1982 de praktijk beeindigd heeft, varieert tussen 51% voor degenen die in 1958 zijn gevestigd en nul voor het vestigingscohort 1981. In figuur 6.1. is dit percentage voor alle vestigingscohorten weergegeven.

Figuur 6.1.: Totaal percentage huisartsen dat de praktijk heeft neergelegd tot 1-1-1982 per jaar van vestiging.



Van de huisartsen die na 1975 gevestigd zijn, heeft op 1 januari 1982 minder dan 10% de praktijk al weer neergelegd. Van degenen die in 1971, '72 en '73 begonnen zijn, heeft al een vijfde deel de praktijk neergelegd. Van de huisartsen die in 1969 gevestigd zijn, heeft 30% de prak-

tijk verlaten en van degenen die voor 1965 gevestigd zijn, is 40% of meer niet langer als huisarts werkzaam.
Bij de analyse van deze vertrekpercentages zijn drie invloeden van belang. In de eerste plaats is de leeftijd van huisartsen of het aantal jaren dat ze al praktizeren, van belang.* De kans dat een huisarts de praktijk neerlegt, zal groter zijn naarmate hij/zij al langer praktizeert. Het is echter de vraag in hoeverre leeftijd ook al effect heeft gedurende de eerste jaren van de loopbaan van huisartsen. In de tweede plaats is de periode waarin men praktizeert van belang. Het is mogelijk dat in de loop van de tijd het aantal praktijkverlaters gestegen of gedaald is, bijvoorbeeld door veranderingen in de inkomenspositie van huisartsen, ongeacht hun leeftijd of het aantal jaren dat ze al praktizeren. Ten derde kunnen er verschillen bestaan tussen de huisartsen die zich in verschillende tijden gevestigd hebben, verschillen die een gevolg kunnen zijn van de omstandigheden ten tijde van de vestiging (bijvoorbeeld de praktijkprijzen) of verschillen die voortkomen uit de samenstelling van de vestigingscohorten.
De effecten van leeftijd, cohort en periode zijn onmogelijk zuiver te schatten in een statistische analyse, omdat twee van drie effecten de derde bepalen (het zogenaamde identificatieprobleem, vergelijk Blalock, 1966). Bij de analyse spelen daarom altijd ook interpretaties van andere dan statistische aard een rol. Deze interpretaties zouden idealiter gebaseerd zijn op een theorie over de omstandigheden waaronder huisartsen de praktijk neerleggen. In de volgende paragraaf zullen we trachten enkele elementen van zo'n theorie te formuleren.

* In dit hoofdstuk worden de termen leeftijd en praktijkduur door elkaar gebruikt. In de analyses is alleen praktijkduur gebruikt. Hoewel beide uiteraard zeer sterk gecorreleerd zijn is het voorstelbaar dat er omstandigheden zijn waaronder het effect van praktijkduur en leeftijd uiteenloopt.

6.2. Toepassing van rationele keuzetheorie op het vertrek uit de praktijk

Bij de theoretische analyse van cohort-, periode- en leeftijdseffecten bij vertrek uit de praktijk gaan wij uit van een theorie over rationeel keuzegedrag die eerder toegepast is op de locatiekeuze van huisartsen (Groenewegen & Van der Zee, 1982, 1983 en Groenewegen, 1984 (nog te verschijnen)). Deze theorie kan als volgt samengevat worden. In een handelingssituatie kiezen mensen dat alternatief dat het hoogste nettonut oplevert. Het nettonut van een handeling is een functie van de waarde die aan de gevolgen van handelingen gehecht worden en van de verwachte waarschijnlijkheid van optreden van gevolgen.

Voor een toepassing van rationele keuze-theorieën dient in beginsel vastgesteld te worden welke alternatieven mensen in een gegeven handelingssituatie hebben, wat de consequenties zijn van elk handelingsalternatief, wat de waardering is voor elke consequentie en wat de subjectieve waarschijnlijkheden van optreden van consequenties zijn.

Op het niveau van voorspellingen over individuen vergt de toepassing dus een grote hoeveelheid gegevens. Als men echter minder geïnteresseerd is in de psychologische benadering van het gedrag van individuen dan in de uitkomsten voor sociale groepen, kan men een aantal vereenvoudigende assumpties hanteren.

Van belang bij de toepassing is een zodanige keuze van doelstellingsvariabelen dat een verbinding gelegd kan worden met sociale en institutionele ontwikkelingen. Voor de verklaring van de locatiekeuze van huisartsen zijn de volgende doelstellingsvariabelen onderscheiden: de mogelijkheden tot inkomensverwerving, tot het onderhouden van professionele contacten en een aangename woon- en leefomgeving.

Voor het vertrek uit de praktijk lijkt een iets andere specificatie van de doelstellingsvariabelen op zijn plaats. De aantrekkelijkheid van de woon- en leefomgevikng is vooral van belang bij de locatiekeuze van nieuwe huisartsen. Bij het vertrek uit de praktijk zal deze doelstelling een minder belangrijke rol spelen. De mogelijkheden tot inkomensverwerving en het onderhouden van professionele contacten zijn bij vertrek uit de praktijk wel van belang, terwijl de werkbelasting in het huisartsenwerk en het aanzien in het huisartsenvak en in alternatieve werksituaties toegevoegd moeten worden aan de set doelstellingsvariabelen.

Bij de analyse van het vertrek uit de praktijk zou men nog een hypothese toe kunnen voegen, namelijk dat het verschil in aantrekkelijkheid tussen blijven praktizeren en alternatieven buiten het huisartsenwerk ook vermindert doordat men op den duur uitgekeken raakt op het werk (vergelijk ook de hypothesen over het 'nut' van afwisseling en het ontstaan en veranderen van voorkeuren – Driessen, 1978). In verband met motieven van huisartsen om samenwerkingsverbanden aan te gaan is dat door Hollander (1974) eens zo geformuleerd: "Een belangrijke ego-behoefte, van waaruit men initiatieven tot groepspraktijken ziet ontstaan, heeft te maken met de carrièrelijn van de huisarts. Als hij rond zijn achtentwintigste levensjaar als huisarts start, kost het vijf tot acht jaren om het praktizeren als vak onder de knie te krijgen. Dat wil zeggen, dat er - ten principale gezien - van zijn vijfendertigste tot zijn vijfenzestigste levensjaar weinig meer in zijn beroepsuitoefening verandert. Voor velen hoeft dat ook niet, voor even zo velen betekent dit dat zij rondom hun veertigste jaar de beleving hebben in een slop te zitten. In de meeste andere beroepen heeft men meer mogelijkheden om zijn werk te laten veranderen met zijn 'levenstijdperken'." (Hollander, 1974, p.123). Samenwerking als alternatief voor vertrek uit de praktijk is met de door ons gebruikte dataset moeilijk te analyseren. Wel kan men de veronderstelling maken dat huisartsen die zich in een samenwerkingsverband vestigen minder gauw op hun werk uitgekeken raken. Dit zou moeten blijken uit een lager vertrekpercentage onder de huisartsen die zich in een samenwerkingsverband gevestigd hebben.

Bij de keuze om de praktijk neer te leggen of te blijven praktizeren is vanuit het gezichtspunt van de nutstheorie het verschil in nettonut van beide alternatieven van belang. We onderscheiden daarbij drie situaties, die geïnterpreteerd kunnen worden in termen van periode-effecten, leeftijdseffecten en cohorteffecten.
De eerste situatie is die waarin door veranderende omstandigheden het nettonut van het alternatief 'blijven praktizeren' vermindert. Hierdoor wordt automatisch de relatieve aantrekkelijkheid van alternatieve functies groter. Zonder te hoeven veronderstellen dat huisartsen als ze een aantal jaren gepraktizeerd hebben, bijvoorbeeld sociaal-geneeskundige functies aantrekkelijker gaan vinden, kan men door re-

kening te houden met de verandering van de **relatieve** aantrekkelijkheid die ontstaat door vermindering van de aantrekkelijkheid van het alternatief blijven praktizeren, toch voorspellingen doen over verandering van functie. Het gevolg hiervan is dat er periode-effecten optreden.
De tweede situatie is die waarin het nettonut van het alternatief 'blijven praktizeren' vermindert door de afnemende tolerantie voor fysieke belasting die gepaard gaat met het ouder worden. Duidelijk is dat het gevolg hiervan een leeftijdseffect is.
De derde situatie is die waarin er in de uitgangssituatie bij vestiging slechts een zeer gering verschil in nettonut bestaat tussen praktizeren als huisarts of werken in een andere functie. In deze situatie zal de balans voor een aantal huisartsen na enige tijd doorslaan naar niet als huisarts praktizeren. Het aantal gevallen waarin het verschil in nettonut zeer gering is zal groter zijn, indien de vestigingscohorten groter zijn en/of de startinvesteringen hoger zijn en bij vrije vestigingen. Hierdoor kunnen cohort-effecten in het vertrek uit de praktijk optreden.

Verminderd verschil in nettonut door veranderde omstandigheden

Veranderingen in de loop van de tijd van de mogelijkheden om de onderscheiden doelstellingen te bereiken zijn van belang voor de verklaring van verschillen in aantal vertrokken huisartsen. We zullen met betrekking tot enkele relevante doelstellingsvariabelen aangeven of er veranderingen opgetreden zijn in de mogelijkheden tot het bereiken van deze doelstellingen. We gaan hierbij voorbij aan individuele verschillen en regionale omstandigheden. Het gaat hier alleen om de grove trends.
Over het geheel genomen is het inkomen van huisartsen sterk gestegen vooral aan het eind van de jaren zestig, toen na een honorariumconflict tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Ziekenfondsen de abonnementshonoraria voor ziekenfondspatiënten sterk verhoogd zijn. In hun analyse van de ontwikkeling van de gemiddelde praktijkgrootte suggereren Posthuma & Van der Zee dat deze inkomensverhoging het gedrag van gevestigde huisartsen beïnvloed heeft 'en waarschijnlijk zo dat het hen voor een voortijdige uittreding heeft behoed. Een overstap naar de minder in aanzien staande sociaal-geneeskundige functies zal door dit inko-

menseffect zijn vertraagd of tegen gehouden.' (Posthuma & Van der Zee, 1981; p.71).
In de jaren zeventig is het reële inkomen van huisartsen uit hun beroepspraktijk door de geldontwaarding stabiel gebleven (verg. IJsbrandy, 1980, 1981). Gedurende de laatste jaren zal er een relatieve daling van het gemiddelde inkomen van huisartsen hebben plaatsgevonden door de daling van de gemiddelde praktijkgrootte tot 2550 inwoners per huisarts in januari 1983
De vraag of de werkbelasting van huisartsen in de loop van de tijd toegenomen is of niet, is minder eenvoudig te beantwoorden. Men zou bij de werkbelasting van huisartsen een onderscheid kunnen maken tussen het werk op zich en de beschikbaarheid (vgl. ook Groenewegen, 1978). Wat dit laatste betreft zal er zeker een verbetering opgetreden zijn. Het fenomeen van waarneemgroepen die onderling de weekenddiensten en soms ook de avond- en nachtdiensten regelen, is tegenwoordig wijder verbreid dan vijfentwintig jaar geleden.
Wat betreft het werk op zich, kan het onderscheid gemaakt worden tussen de hoeveelheid werk die bepaald wordt door praktijkomvang en contactfrequentie, en de aard van het werk.
De praktijkomvang laat in de bestudeerde periode een golfbeweging zien: laag in het begin van de bestudeerde periode, dan hoger en in de loop van de jaren zeventig weer lager. Over de contactfrequentie zijn geen trendmatige ontwikkelingen bekend. Veranderingen in de aard van het werk van huisartsen laten een tegenstrijdige ontwikkeling zien. Enerzijds betekent de daling van het aantal bevallingen dat door huisartsen geleid wordt (vgl. Boerma, 1983) een vermindering van de belasting.
Anderzijds kan men stellen dat veranderingen in het klachtenpatroon waarmee huisartsen geconfronteerd worden, tot een toename van de werkbelasting hebben geleid.
Uit de (gebrekkige) informatie waarover we beschikken, komt naar voren dat vooral de hoeveelheid psychosociale klachten, vage klachten en functionele klachten toegenomen is. Men vergelijke bijvoorbeeld de uitkomsten van de morbiditeitsstudies die om de tien jaar in Engeland en Wales gehouden worden. Vergelijking van het 'first' en 'second National Morbidity Survey' laat enkele grote verschillen zien in de consultratio's voor de meer subjectief gedefinieerde categorieën als 'mental disorders' en 'symptoms and ill-

defined conditions'. Dit betreft juist de klachten waarop de opleiding van huisartsen slecht is afgestemd (Bensing, 1977), hetgeen tot gevoelens van onvrede en belasting zou kunnen leiden (Sluijs, 1983).
We mogen aannemen dat de mogelijkheden tot het onderhouden van professionele contacten in de loop van de tijd toegenomen zullen zijn onder meer door het tot stand komen van een regionale structuur voor de nascholing van huisartsen (oprichting SNH in 1973) en de opleidingstaken die een groot aantal huisartsen tegenwoordig vervult.
Tenslotte het sociaal aanzien dat het huisartsenberoep geniet in vergelijking tot andere medische beroepen.
Over het algemeen wordt aangenomen dat de rangordening van beroepen in de loop van de tijd betrekkelijk stabiel is. Eventuele veranderingen kunnen vastgesteld worden door herhaalde metingen van het beroepsprestige van medische beroepen. Uit de onlangs opgestelde beroepsprestigeschaal voor Nederland (de U&S-beroepenladder, Sixma en Ultee, 1983) blijkt de huisarts in vergelijking met zijn positie op de beroepenladder van Van Heek (1958) zich nog steeds in de hoogste regionen van de samenleving te bevinden.
Door Van der Krogt (1981) is betoogd dat het huisartsenberoep met de oprichting van het Nederlands Huisartsen Genootschap een hernieuwde professionalisering doorgemaakt heeft, terwijl de instelling van de verplichte beroepsopleiding tot huisarts het huisartsenberoep iets meer van de status van een specialisme gegeven zou kunnen hebben. Er zijn in ieder geval geen aanwijzingen voor een daling van het aanzien van huisartsen.

Wat betreft het inkomen is de situatie dus aanvankelijk ongunstig en treedt er een verbetering op, daarna stabilisering en waarschijnlijk daling. Wat betreft de werkbelasting zijn er zowel aanwijzingen voor een stijging als voor een daling in de loop van de tijd. Daar tegenover staat een mogelijke toename van de aantrekkelijkheid van het huisartsenvak door meer mogelijkheden tot het onderhouden van professionele contacten. Op grond van deze ontwikkelingen concluderen we dat het aantal huisartsen dat de praktijk voor een andere functie verruilt, rond 1970 over de hele linie lager geweest zal zijn dan rond 1960 en 1980. We veronderstellen dus dat er een wat in de demografie genoemd wordt periode-effect aangetoond zal kunnen worden.

Verminderd verschil in nettonut met het stijgen van de leeftijd

Los van de vraag die in de vorige paragraaf gesteld is of in de loop van de tijd de werkbelasting van huisartsen is toegenomen, neemt met het stijgen van de leeftijd van huisartsen ook hun tolerantie voor een hoge werkbelasting af. Uit de literatuur en uit eerder onderzoek op dit terrein (Groenewegen, 1978, 1980) blijkt dat de werkbelasting door ex-huisartsen achteraf het vaakst als de belangrijkste reden wordt genoemd waarom zij de praktijk hebben neergelegd en dat de werkbelasting door oudere artsen vaker als doorslaggevend genoemd wordt dan door jongere artsen. Los van individuele verschillen in de mate waarin mensen een hoge werkbelasting kunnen verdragen, kan men in het algemeen stellen dat mensen met het stijgen van de leeftijd minder opgewassen zijn tegen een hoge werkbelasting.
Met het stijgen der leeftijd zal daardoor over het algemeen het alternatief 'de praktijk neerleggen en een andere functie aannemen' relatief aantrekkelijker worden.

In welke mate dit leeftijdseffect optreedt bij huisartsen die de praktijk binnen vijfentwintig jaar praktizeren verlaten voor een andere functie zal empirisch vastgesteld moeten worden. Temeer daar men kan veronderstellen dat er ook tegengestelde leeftijdseffecten werkzaam zijn. Huisartsen die al langer op dezelfde plaats praktizeren, zullen een grotere binding aan de streek en aan hun patiënten hebben dan artsen die nog maar kort praktizeren. De kosten van vertrek uit de praktijk zullen hierdoor groter zijn voor oudere huisartsen. Daarnaast zal de volgende bevinding uit de beroepensociologie hier van toepassing zijn: hoe ouder een persoon is die van beroep verandert, des te meer kans op daling en des te minder kans op stijging in sociaal aanzien heeft die persoon (vgl. Taylor, 1968).
Sterke leeftijdseffecten zijn uiteraard wel te verwachten wanneer huisartsen de pensioengerechtigde leeftijd naderen (daarbij zijn voor de verklaring van ontwikkelingen in de tijd de regels met betrekking tot de pensioengerechtigde leeftijd, de hoogte van de pensioenen en de gangbare opvattingen in de beroepsgroep over de leeftijd waarop men de praktijk neerlegt, van belang).

Gering verschil in nettonut in de uitgangssituatie

Cohort-effecten, dat wil zeggen: de invloed van het feit dat iemand deel uitmaakt van een bepaald vestigingscohort, op het vertrek uit de praktijk, hebben we in termen van de keuzetheorie geïnterpreteerd als een gevolg van geringe verschillen in netto-nut tussen alternatieven in de uitgangssituatie. Nu zullen er altijd wel huisartsen zijn die zich vestigen, bij wie er slechts een gering verschil in nettonut tussen het werken als huisarts of in een andere functie bestaat. Het gaat erom onder welke omstandigheden dit bij een grotere groep huisartsen het geval is.

Een bekend gegeven uit het grensgebied tussen demografie en mobiliteitsonderzoek is de invloed die de omvang van geboortecohorten heeft op de kansen van de personen die van zo'n cohort deel uitmaken (vergelijk bijvoorbeeld Easterlin, 1980). Naar analogie hiervan veronderstellen we dat ook de omvang van vestigingscohorten van invloed is op de mobiliteit in de jaren na vestiging als huisarts. Bij grotere vestigingscohorten zullen - uitgaande van een gelijk aantal vrijkomende praktijken - relatief meer artsen genoegen hebben moeten nemen met wat minder aantrekkelijke plaatsen en zullen de investeringen bij vestiging hoger zijn. Voor hen is het verschil tussen de vestigingsplaats die ze gekozen hebben, en de alternatieven buiten het huisartsenvak kleiner dan voor de artsen uit kleinere vestigingscohorten. In het aggregaat bezien betekent dit dat slechts kleine veranderingen van omstandigheden leiden tot meer vertrek uit de praktijk.

Er is nog een ander geval waarin de uitgangssituatie van invloed is op het vertrek uit de praktijk, zij het dat er strikt genomen geen sprake hoeft te zijn van een gering verschil in nettonut in de uitgangssituatie tussen praktizeren als huisarts en werken in een andere functie. De ontwikkeling in het aantal huisartsen loopt vaak vooruit op veranderingen van kenmerken van vestigingsplaatsen. Dit brengt ook de mogelijkheid met zich mee dat de waarschijnlijkheid van het optreden van veranderingen onjuist geschat wordt. Vooral in het geval van vrije vestigingen is dit van belang, waar onjuiste verwachtingen omtrent de bevolkingsontwikkeling (bijvoorbeeld door een stagnerende woningbouw) door gebrek aan informatie of het gebruik van onjuiste informatie tot mislukkingen kunnen leiden.

Onze voorspelling is dat het vertrek uit de praktijk groter is onder vrijgevestigde huisartsen en dat het aantal vertrekkende huisartsen groter is in cohorten waarin veel vrije vestigingen voorkomen.

Samenvattend kunnen we stellen dat het eventuele optreden van periode-, cohort- en leeftijdseffecten geïnterpreteerd is in termen van een theoretische verklaring van het vertrek uit de praktijk.
Onder invloed van de inkomensontwikkeling van huisartsen verwachten we een daling van het vertrek uit de praktijk aan het eind van de jaren zestig en het begin van de jaren zeventig. Door de daling van de gemiddelde praktijkgrootte in de loop van de jaren zeventig verwachten we daarna een stijging van het vertrek uit de praktijk. Het is nog onduidelijk welk effect veranderingen in de werkbelasting van huisartsen heeft. Alleen het veranderde klachtenaanbod wijst in de richting van een toegenomen werkbelasting en daarmee in de richting van een stijging van het vertrek uit de praktijk in de loop van de tijd. Een tegengesteld effect is te verwachten op grond van de toegenomen mogelijkheden tot het onderhouden van professionele contacten. Over het geheel genomen verwachten we wel een periode-effect; erg sterk zal dat echter niet zijn.
Ook wat betreft de leeftijdseffecten zijn er tegenstrijdige invloeden die een eenduidige voorspelling bemoeilijken. Een toename van het vertrek uit de praktijk met het stijgen van de leeftijd verwachten we op grond van een dalende tolerantie voor een hoge werkbelasting (en de daarmee samenhangende daling van de praktijkomvang en dus het inkomen). De schaduwkant wordt gevormd door de geringere mogelijkheden tot sociale stijging. Dat er leeftijdseffecten verwacht kunnen worden bij het vertrek uit de praktijk staat buiten kijf. De vraag is echter hoe sterk die effecten zich manifesteren gedurende de eerste vijfentwintig jaar van de carrière van huisartsen.
We verwachten een groter aantal praktijkverlaters onder de huisartsen die zich gevestigd hebben aan het eind van de jaren vijftig en in de tweede helft van de jaren zeventig (de grotere vestigingscohorten). Daarnaast verwachten we een groter aantal praktijkverlaters onder degenen die zich vrij gevestigd hebben.

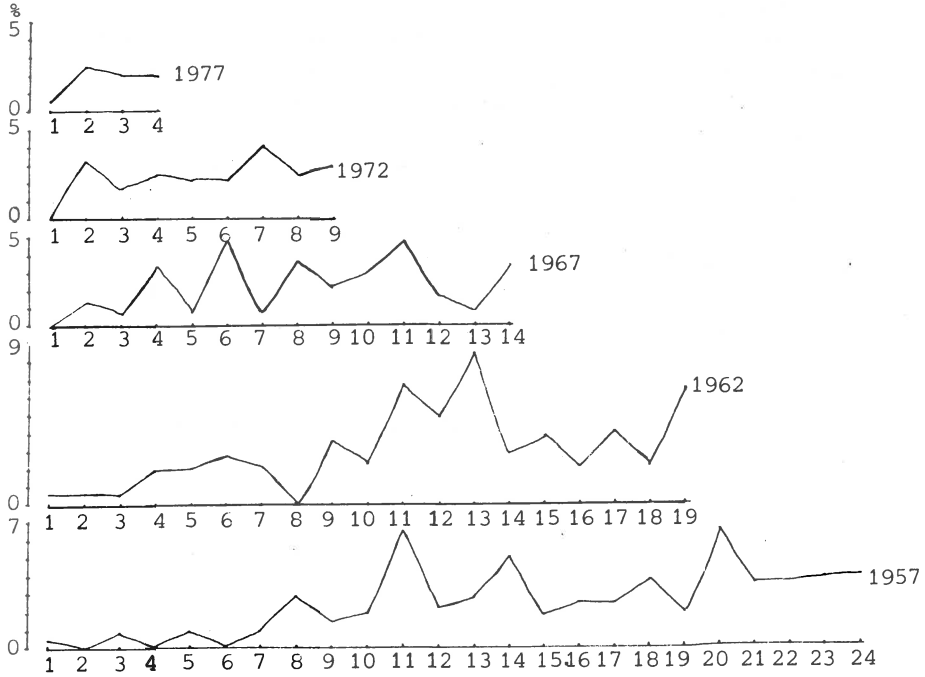
6.3. De uitval uit de vestigingscohorten

We gaan nu over naar de analyse van de vertrekcijfers. Indien de vertrekcijfers gedurende de eerste vijfentwintig jaar van de carrière van huisartsen alleen door leeftijdseffecten bepaald zouden worden, zou het volgende patroon te zien moeten zijn:

a) de overgangskansen (het percentage van degenen die x jaar praktizeren, dat voor het x + 1e jaar de praktijk neerlegt) en de cumulatieve vertrekpercentages moeten minstens lineair stijgen;
b) het percentage huisartsen dat de praktijk neerlegt (of het cumulatieve percentage dat de praktijk neergelegd heeft) na een gegeven aantal jaren praktizeren mag geen trend in de loop van de tijd vertonen;
c) vergelijking van de cross-sectionele verdelingen voor verschillende tijdstippen mag geen verschillen opleveren.

Als aan deze voorwaarden voldaan is, kan men gevoeglijk concluderen dat er alleen leeftijdseffecten in het spel zijn.

Figuur 6.2.: Percentage huisartsen dat gedurende het 1e, 2e.....ne jaar dat men praktizeert, de praktijk verlaten heeft, weergegeven voor vijf cohorten.

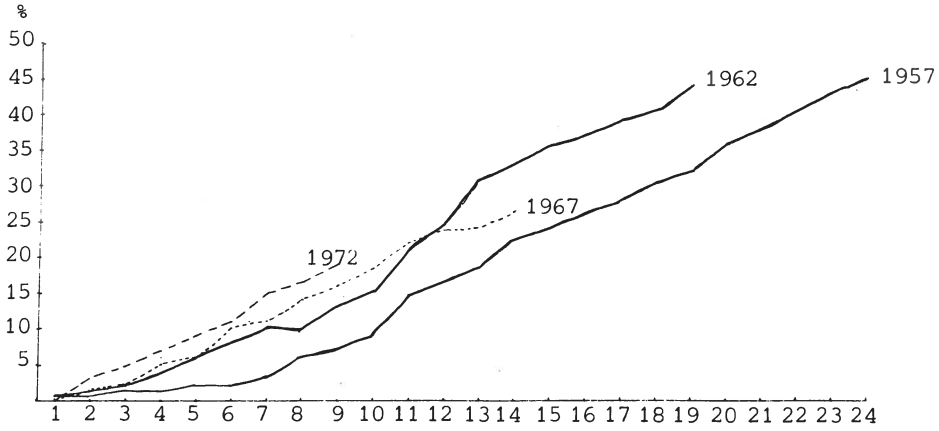


ad a:
In figuur 6.2. is van vijf cohorten het percentage praktijkverlaters weergegeven naar het aantal jaren dat men praktizeert. Deze percentages (of overgangskansen) laten een grillig verloop zien, maar vooral bij de jaargroepen die langer geleden gevestigd zijn, is er wel een stijgende trend te ontdekken. Of er inderdaad een trend aanwezig is, kan vastgesteld worden door correlaties te berekenen tussen het aantal jaren dat men al praktizeert en het percentage

van degenen die x jaar praktizeren en voor het x + 1e jaar de praktijk verlaten. Deze correlaties zijn niet alleen berekend voor de cohorten die in de figuur weergegeven zijn, maar voor alle cohorten.
Voor de jaargroepen die van 1957 tot en met 1964 gevestigd zijn, liggen de correlatiecoëfficiënten tussen .50 en .70. Voor de voorbeelden in figuur 6.2 zijn de correlaties als volgt: 1957: .64, 1962: .50, 1967: .36, 1972: .16 en 1977: .18.
Terzijde zij opgemerkt dat men uit de bestudering van figuur 6.2 ook al enig inzicht in de houdbaarheid van de voorwaarde onder b kan krijgen door het percentage vertrokkenen in het zoveelste jaar van hun huisartsenbestaan over de vijf cohorten te vergelijken.

In figuur 6.3 is voor vier jaargroepen - degenen die gevestigd zijn in 1957, 1962, 1967 en 1972 - de ontwikkeling van het totale percentage vertrokkenen in de loop van de tijd weergegeven.

Figuur 6.3.: Cumulatief percentage huisartsen dat na 1, 2, ... n jaar praktizeren, de praktijk verlaten heeft, weergegeven voor vier cohorten.



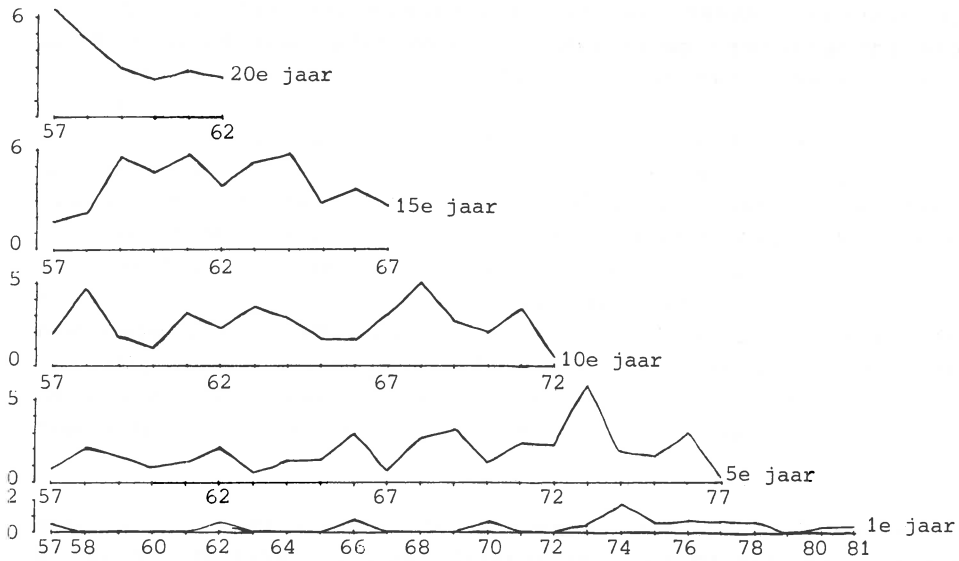
Het cumulatieve percentage vertrokkenen is het laagst onder het eerste cohort, degenen die in 1957 gevestigd zijn. Gedurende de eerste tien jaar is het aantal huisartsen uit dit cohort dat de praktijk neerlegt, erg laag. Voor een deel zou dit zijn oorzaak kunnen vinden in onvolledigheden

in het gegevensbestand. Naarmate we verder terug gaan in de tijd is de kans om vestigingen die slechts zeer kort geduurd hebben - en vooral de zogenaamde mislukte vrije vestigingen - te missen, groter. In de jaargroep 1958 is het cumulatieve percentage vertrek echter weer hoger.

Aan de eerste voorwaarde waaraan voldaan moet zijn om te kunnen concluderen dat er vooral leeftijdseffecten werkzaam zijn in het vertrek uit de praktijk gedurende de eerste vijfentwintig jaren van de loopbaan van huisartsen is dus wel voldaan, zij het dat een trend in de overgangskansen gedurende de eerste tien à vijftien jaar praktijkvoering met correlatie-analyse nauwelijks aantoonbaar is.

ad b:
De tweede voorwaarde is dat er geen trendmatige ontwikkeling is in het percentage huisartsen dat gedurende het zoveelste jaar van de praktijkvoering (of het cumulatieve percentage dat tot het zoveelste jaar) de praktijk verlaat. In figuur 6.4 is het percentage weergegeven dat in het eerste jaar, in het vijfde jaar, etc., de praktijk neerlegt van degenen die aan het eerste jaar (dat zijn alle vestigingen), aan het vijfde jaar, etc., begonnen.

Figuur 6.4.: Percentage dat de praktijk neerlegt gedurende het 1e, 5e, 10e, 15e, 20e en 25e jaar, van de huisartsen die aan het 1e, 5e, enz. jaar van hun praktijk beginnen.

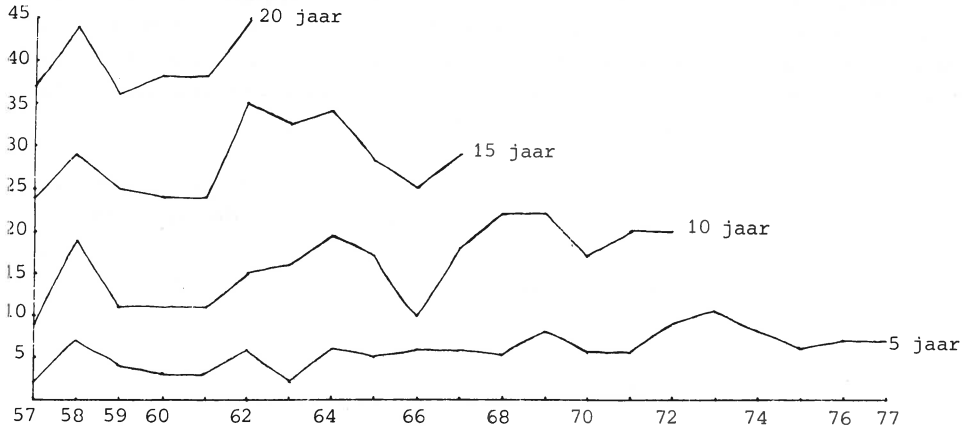


Over het geheel genomen legt slechts een zeer gering percentage huisartsen al in het eerste jaar de praktijk neer (gemiddeld over alle cohorten 0,03%). Dat het onder de eerdere cohorten lager lijkt te zijn dan onder de latere vestigingscohorten, hangt mogelijk samen met de wijze waarop de gegevens verzameld zijn, waardoor de kans bestaat dat vestigingen die slechts zeer kort bestaan hebben, niet achterhaald zijn.
Van de huisartsen die aan het vijfde jaar begonnen zijn, heeft gemiddeld 1.9% de praktijk gedurende het vijfde jaar van hun huisartsenbestaan neergelegd. Ook hier is een ontwikkeling naar iets hogere vertrekpercentages te zien. Dit kan zowel voortkomen uit het feit dat huisartsen in zijn algemeenheid in de loop van de tijd de praktijk eerder neerleggen, als uit specifieke kenmerken van de latere vestigingscohorten.

In het tiende jaar van de loopbaan legt gemiddeld 2.5% van de huisartsen de praktijk neer, in het vijftiende jaar 4% en in het twintigste jaar gemiddeld 3.5%.
Om na te gaan in hoeverre er sprake is van een trendmatige ontwikkeling is weer een correlatie-analyse uitgevoerd. De correlaties tussen de trendvariabele en het percentage praktijkverlaters gedurende het zoveelste jaar zijn voor de eerste negen jaar positief en liggen tussen .20 en .50. Vanaf het tiende jaar zijn de correlaties over het geheel genomen lager en in sommige gevallen zelfs negatief.
We concluderen hieruit dat het percentage huisartsen dat de praktijk verlaat gedurende het eerste tot en met het negende jaar van hun praktijkvoering in de loop van de tijd toegenomen is. Voor het percentage dat vanaf het tiende jaar de praktijk neergelegd heeft, is deze toename niet aantoonbaar. Dit wijst meer in de richting van cohort-effecten dan van periode-effecten, zij het dat een trend in het percentage praktijkverlaters gedurende een bepaald jaar moeilijk vast te stellen is naarmate het aantal waarnemingen geringer is.

In figuur 6.5. is per jaargroep het cumulatieve percentage weergegeven dat binnen een bepaald aantal jaren de praktijk neergelegd heeft.

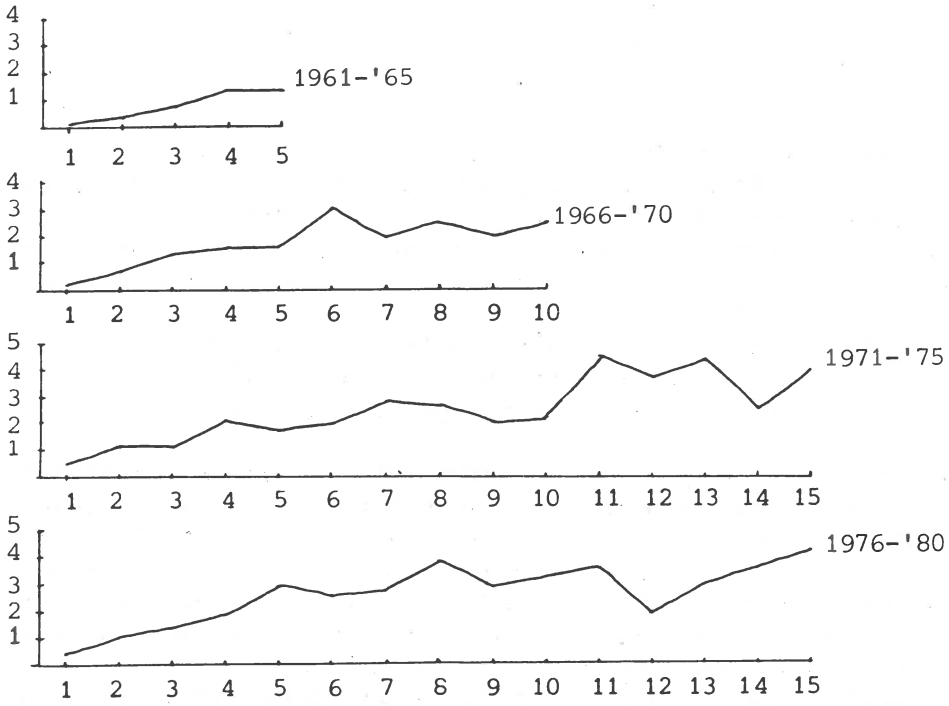
Figuur 6.5.: Cumulatief percentage huisartsen dat binnen 5, 10, 15 en 20 jaar de praktijk neerlegt per vestigingscohort.



Van de huisartsen die zich in de jaren 1957-1977 hebben gevestigd, heeft gemiddeld bijna 6% binnen vijf jaar de praktijk weer neergelegd. Onder de huisartsen die zich in 1972, 1973 en 1974 hebben gevestigd, is het cumulatieve perentage dat binnen vijf jaar de praktijk heeft neergelegd, hoger dan dit gemiddelde.
Gemiddeld 16% van de huisartsen heeft binnen tien jaar de praktijk neergelegd. Onder de huisartsen die zich vanaf 1967 gevestigd hebben, ligt dit percentage boven het gemiddelde.
Binnen vijftien jaar heeft gemiddeld 28% van de huisartsen de praktijk neergelegd. Dit gemiddelde percentage is berekend over de huisartsen die zich van 1957 tot 1967 hebben gevestigd. Onder degenen die zich in 1962, 1963 en 1964 gevestigd hebben, is het percentage hoger dan gemiddeld. Het gemiddelde percentage dat binnen twintig jaar de praktijk heeft neergelegd, tenslotte, bedraagt 39%.
De analyse van de trends in de beide voorafgaande figuren doet vermoeden dat er niet uitsluitend leeftijdseffecten ten grondslag liggen aan de ontwikkeling van de 'uitval' uit de vestigingscohorten in de bestudeerde periode. Het lijkt erop dat er - zoals we eerder verondersteld hebben - ook periode- en cohort-effecten werkzaam zijn.

ad c:
Een laatste punt waarop een situatie waarin alleen leeftijdseffecten een rol spelen, zich onderscheidt van andere situaties, is dat de verdeling van de vertrekpercentages bij vergelijking van verschillende tijdstippen of periodes gelijk moet zijn. In de volgende figuur is voor vier perioden weergegeven hoeveel procent van degenen die aan het zoveelste jaar van hun carrière als huisarts begonnen, gedurende dat jaar gemiddeld de praktijk verlieten.

Figuur 6.6.: Percentage dat de praktijk neerlegt gedurende het 1e, 2e, ...ne jaar, van de huisartsen die aan het 1e, 2e .....ne jaar van hun praktijkvoering beginnen, gemiddeld over vier perioden.



Zeker voor de eerste jaren van de loopbaan van huisartsen vertonen deze verdelingen meer overeenkomsten dan verschillen. Wel lijkt het niveau van het vertrek uit de praktijk

in de twee eerste perioden lager te liggen dan in de twee latere perioden.

Over het optreden van periode-effecten hebben we verondersteld dat op grond van de inkomensontwikkeling van huisartsen rond 1970 een daling van het vertrek uit de praktijk optreedt en dat het vertrek uit de praktijk aan het eind van de jaren zeventig weer toeneemt. Op grond van een veronderstelling over de toename van een van de aspecten van werkbelasting in de loop van de tijd verwachten we een toename over de hele bestudeerde periode bezien (zij het dat er geen informatie is over veranderingen van de andere aspecten).
De trends die figuur 6.4. en daarop gebaseerde correlatieanalyse laten zien, namelijk een toename van het vertrek uit de praktijk gedurende de eerste jaren van de praktijkvoering, kunnen zowel een gevolg zijn van periode-effecten als van een hoger percentage praktijkverlaters in de latere vestigingscohorten.
Eventuele cohort-effecten zouden, naar we verondersteld hebben, samenhangen met de omvang van de vestigingscohorten. Deze was het grootst aan het eind van de jaren vijftig en in de tweede helft van de jaren zeventig. Overigens volgt de cohortomvang met een vertraging het aantal artsexamens (zoals we in hoofdstuk 4 zagen). Een groot aantal artsexamens zal door de hogere praktijkprijzen die er het gevolg van zijn, niet allen tot cohorteffecten kunnen leiden, maar ook tot periode-effecten, doordat hogere praktijkprijzen het verschil in aantrekkelijkheid tussen blijven praktizeren en alternatieven buiten het huisartsenvak kunnen beïnvloeden.
Het is moeilijk om een eventuele invloed van de cohort-omvang te onderscheiden van een trendmatige ontwikkeling. Er bestaat namelijk een sterke correlatie tussen de trendvariabele en de cohortomvang (als het absolute aantal vestigingen als indicator voor de cohortomvang gebruikt wordt, bedraagt de correlatie .70; als de cohortomvang uitgedrukt wordt als het aantal vestigingen in een bepaald jaar als percentage van het aantal praktizerende huisartsen aan het begin van dat jaar bedraagt de correlatie .57). De correlatie tussen cohortomvang en percentage praktijkverlaters is alleen voor het vertrek uit de praktijk gedurende de eerste twee jaren van vestiging groter dan de correlatie tussen

trendvariabele en percentage praktijkverlaters. Gezien het feit dat er nagenoeg geen variatie is in het percentage dat gedurende de eerste twee jaar de praktijk verlaat en natuurlijk het zeer geringe aantal huisartsen dat gedurende de eerste twee jaar de praktijk neerlegt, kan hieruit niet geconcludeerd worden dat de uitval uit grotere cohorten duidelijk groter is dan die uit kleinere cohorten.

6.4. Vestigingswijze, praktijkvorm en vertrek uit de praktijk

Omtrent de samenhang tussen de wijze van vestiging en het vertrek uit de praktijk hebben we de veronderstelling geformuleerd dat het vertrek het grootst zou zijn onder de huisartsen die zich vrij gevestigd hebben.
Uit tabel 6.1. op de volgende pagina's blijkt dat die veronderstelling niet houdbaar is. De verschillen tussen de onderscheiden vestigingsvormen zijn klein en bij minder dan de helft van de vestigingscohorten is het percentage dat na vijf jaar na vestiging nog praktizeert, het laagst voor de vrijgevestigde huisartsen. Zo er al enig patroon te ontdekken is in deze tabel is het eerder zo dat de uitval onder degenen die zich door een associatie gevestigd hebben, geringer is dan de uitval onder degenen die een praktijk overgenomen hebben en degenen die zich vrij gevestigd hebben.
Men zou dit zo kunnen interpreteren dat mogelijk niet zozeer de wijze van vestiging van belang is, maar eerder het feit of men al of niet in samenwerking de praktijk uitoefent. Of dat zo is kan nagegaan worden aan de hand van tabel 6.2. waarin dezelfde gegevens weergegeven zijn als in 6.1, maar dan uitgesplitst naar de vorm van de praktijkvoering (in een solo-praktijk of in een samenwerkingsverband) bij vestiging. Inspectie van deze tabel leert dat in een meerderheid (vier-vijfde) van de gevallen waarin er een verschil is in het percentage dat nog praktizeert, tussen huisartsen in een solopraktijk en huisartsen in een samenwerkingsverband het percentage dat nog praktizeert, hoger is onder degenen die zich in een samenwerkingsverband gevestigd hebben.

6.5. Conclusie

Als samenvatting van dit hoofdstuk noemen we de belangrijkste resultaten. Bij vertrek uit de huisartspraktijk spelen

Tabel 6.1: Percentage huisartsen dat nog praktizeert na vijf, tien, vijftien en twintig jaar na vestiging, uitgesplitst naar de wijze van vestiging.

		5 jaar	10 jaar	15 jaar	20 jaar	N
1957	overname	98%	91%	83%	73%	84
	associatie	97	87	62	51	37
	vrije vest.	98	93	75	61	103
1958	overname	93%	78%	70%	56%	123
	associatie	96	96	92	81	26
	vrije vest.	93	81	66	48	107
1959	overname	97%	88%	73%	65%	88
	associatie	89	82	68	68	28
	vrije vest.	97	93	80	67	88
1960	overname	98%	88%	77%	59%	124
	associatie	92	92	79	75	24
	vrije vest.	96	91	74	64	69
1961	overname	96%	90%	76%	63%	112
	associatie	100	91	87	74	23
	vrije vest.	100	87	69	56	39
1962	overname	95%	86%	63%		101
	associatie	100	90	68		31
	vrije vest.	85	73	65		26
1963	overname	97%	88%	73%		104
	associatie	100	78	60		37
	vrije vest.	100	73	55		22
1964	overname	93%	80%	68%		128
	associatie	100	92	79		24
	vrije vest.	96	74	39		23
1965	overname	95%	82%	73%		96
	associatie	100	87	74		31
	vrije vest.	91	82	64		22
1966	overname	95%	88%	74%		100
	associatie	96	96	83		23
	vrije vest.	91	91	71		21

Vervolg tabel 6.1.

		5 jaar	10 jaar	15 jaar	20 jaar	N
1967	overname	95%	79%			102
	associatie	97	88			34
	vrije vest.	86	81			21
1968	overname	95%	76%			94
	associatie	97	86			36
	vrije vest.	89	72			18
1969	overname	90%	74%			108
	associatie	96	80			44
	vrije vest.	93	84			43
1970	overname	97%	84%			103
	associatie	93	87			55
	vrije vest.	87	70			23
1971	overname	93%	79%			99
	associatie	98	88			57
	vrije vest.	92	67			24
1972	overname	92%				129
	associatie	95				81
	vrije vest.	80				40
1973	overname	87%				140
	associatie	91				81
	vrije vest.	93				53
1974	overname	91%				147
	associatie	96				113
	vrije vest.	90				41
1975	overname	92%				154
	associatie	98				141
	vrije vest.	88				64
1976	overname	92%				141
	associatie	96				125
	vrije vest.	89				44

Tabel 6.2.: Percentage huisartsen dat nog praktizeert na vijf, tien, vijftien en twintig jaar na vestiging, uitgesplitst naar vorm van de praktijkvoering bij vestiging.

		5 jaar	10 jaar	15 jaar	20 jaar	N
1957	solo	98%	92%	79%	66%	182
	samen	98	88	64	55	42
1958	solo	92%	79%	68%	53%	225
	samen	97	97	94	81	31
1959	solo	96%	90%	75%	66%	171
	samen	91	85	73	70	33
1960	solo	99%	90%	76%	61%	184
	samen	85	85	76	70	33
1961	solo	97%	89%	75%	61%	150
	samen	100	92	83	71	24
1962	solo	93%	83%	65%		126
	samen	100	91	63		32
1963	solo	98%	86%	70%		125
	samen	100	79	61		38
1964	solo	94%	80%	64%		148
	samen	96	85	74		27
1965	solo	94%	82%	71%		115
	samen	100	88	74		34
1966	solo	94%	88%	72%		115
	samen	97	97	86		29

vervolg tabel 6.2.

1967	solo samen	93% 97	79% 89			119 38
1968	solo samen	95% 93	77% 80			107 41
1969	solo samen	90% 96	76% 80			139 56
1970	solo samen	95% 93	81% 86			124 57
1971	solo samen	93% 98	77% 86			122 58
1972	solo samen	88% 95				162 88
1973	solo samen	88% 92				186 88
1974	solo samen	90% 96				180 121
1975	solo samen	90% 98				198 161
1976	solo samen	91% 96				174 136

drie groepen factoren een rol: leeftijdseffecten, bijvoorbeeld veroorzaakt door afnemende tolerantie voor een hoge werkbelasting; periode-effecten, bijvoorbeeld veroorzaakt door een verandering van de inkomenspositie van huisartsen en cohort-effecten, die bijvoorbeeld tot stand komen door de grotere concurrentie om de beschikbare vestigingsplaatsen als er meer artsen afstuderen. Deze drie demografische effecten zijn moeilijk van elkaar te onderscheiden. Bij de interpretatie is het daarom van belang dat men zich laat leiden door wat men op theoretische gronden kan verwachten. Het vertrek uit de praktijk is theoretisch geanalyseerd uitgaande van een theorie van rationeel keuze-gedrag. Er is daarbij vanuit gegaan dat bij de keuze tussen blijven praktizeren en alternatieven buiten het huisartsenvak overwegingen met betrekking tot inkomen, werkbelasting, professionele contacten, aanzien en misschien ook de behoefte aan afwisseling een rol spelen.
In onze interpretatie treden periode-effecten op als door veranderde omstandigheden het verschil in aantrekkelijkheid tussen blijven praktizeren en alternatieve bezigheden verandert, bijvoorbeeld door een wijziging van de inkomenspositie van huisartsen. Leeftijdseffecten treden op als het verschil in aantrekkelijkheid met het stijgen van de leeftijd of de praktijkduur van huisartsen verandert, bijvoorbeeld door een verminderde tolerantie voor werkbelasting. Cohorteffecten treden op, indien het verschil in aantrekkelijkheid tussen het huisartsenwerk en de alternatieven daarbuiten bij vestiging al zeer gering is, bijvoorbeeld onder invloed van hoge praktijkinvesteringen.
Uit de analyse van de uitval uit de vestigingscohorten blijkt het volgende:

- er zijn over de eerste vijfentwintig jaren van de loopbaan van huisartsen wel leeftijdseffecten te constateren, maar gedurende de eerste tien à vijftien jaar zijn die nauwelijks aan te tonen;
- in de loop van de tijd is er een toename te constateren van het vertrek uit de praktijk gedurende de eerste tien jaar na vestiging; de verwachte vermindering van het vertrek na de verbetering van de inkomenspositie van huisartsen rond 1970 is echter niet aan te tonen met de beschikbare gegevens;

- de eventuele invloed van de omvang van vestigingscohorten op het vertrek uit de praktijk is niet vast te stellen doordat zowel het vertrek uit de praktijk als de omvang van de vestigingscohorten in de loop van de tijd toegenomen zijn;
- het bleek niet zo te zijn dat huisartsen die zich vrij vestigen, eerder de praktijk neerleggen;
- de uitval onder de huisartsen die zich in een solopraktijk gevestigd hebben is wat hoger dan de uitval onder de huisartsen in een samenwerkingsverband.

7. DE NIEUWE FUNCTIE VAN DE HUISARTSEN DIE DE PRAKTIJK NEERGELEGD HEBBEN

In dit hoofdstuk wordt een aantal vragen aan de orde gesteld over wat de vertrokken huisartsen zijn gaan doen na het neerleggen van de praktijk. Deze vragen zijn:

- welke functies is men gaan vervullen?
- hangt de soort functie samen met hoe snel men de praktijk neerlegt?
- hangt de soort functie samen met de periode waarin men gevestigd is of met de omvang van het vestigingscohort?
- hangt de soort functie samen met de periode waarin men de praktijk neerlegt?

Deze vragen over de nieuwe functie van huisartsen na het neerleggen van de praktijk laten zich goed beantwoorden met behulp van cross-sectionele gegevens (vergelijk de sectie 'vertrek uit de praktijk' in de Cijfers uit de huisartsenregistratie; Groenewegen & Van der Zee, 1978; Van Duren, 1979). De reden waarom we toch in dit rapport een (kort) hoofdstuk over de nieuwe functies hebben opgenomen, is dat volledige cross-sectiegegevens pas beschikbaar zijn voor de huisartsen die vanaf 1970 de praktijk neergelegd hebben. Van de huisartsen die zich vanaf 1957 hebben gevestigd en die inmiddels de praktijk neergelegd hebben zijn die gegevens er wel, ook als ze voor 1970 gestopt zijn. Van de huisartsen die voor 1957 gevestigd zijn en die voor 1970 gestopt zijn, zijn de gegevens echter nog niet volledig in het bestand ingevoerd. Vergelijkingen over een wat langere tijdsperiode zijn daarom wel mogelijk, indien we ons in de voorkomende gevallen beperken tot de functiekeuze van huisartsen die (bijvoorbeeld) binnen vijf jaar de praktijk neerleggen.

We beginnen evenwel met een overzicht van de functies van alle huisartsen die vanaf 1957 gevestigd zijn en de praktijk neergelegd hebben voor 1982. Dit overzicht is te vinden in tabel 7.1. op de volgende pagina.

De verdeling naar functie wijkt uiteraard sterk af van de verdeling die men in een dwarsdoorsnede vindt. Omdat de huisartsen in de groep die in dit rapport bestudeerd wordt, op z'n hoogst 25 jaar gepraktizeerd hebben, zijn de prak-

Tabel 7.1.: Overzicht van de functies van huisartsen (gevestigd in de periode 1957-1981) na het neerleggen van de praktijk.

	aantal	percentage per groep	percentage van totaal
specialisatie	**243**	**100%**	19.5%
waarvan: gynaecologie	11	5	
zenuw- en zielsziekten/psych.	40	16	
interne geneeskunde	10	4	
revalidatie	11	5	
radiologie, -diagnostiektherapie	73	30	
anaesthesie	19	8	
overige	79	33	
sociaal-geneeskundige functies	**521**	**100%**	41.8%
waarvan: verzekeringsgeneeskunde	114	22	
bedrijfsarts	164	31	
schoolarts	54	10	
cb-arts	12	2	
adv. geneesheer	70	13	
GGD-, DGD-arts	97	19	
arts voor gebonden populaties	**99**	**100%**	7.9%
waarvan: verpleeghuisarts	52	52	
arts in inrichting/tehuis	31	31	
ambtelijke functie/onderwijs	**76**	**100%**	6.1%
waarvan: wetenschappelijk onderw.	34	45	
directeur ziekenhuis/verpleeghuis	**83**		6.7%
overige functies	**29**		2.3%
geen andere functie	**195**	**100%**	15.7
waarvan: overleden	73	37	
ziek	33	17	
geëmigreerd	49	25	
rustend	39	20	
Totaal	1246		100%

tijkverlaters betrekkelijk jong. Degenen die geen andere functie gaan vervullen, maken dan ook slechts 16% van de praktijkverlaters uit, terwijl in een dwarsdoorsnede van alle huisartsen die in een bepaald jaar de praktijk neerleggen, ongeveer de helft geen andere functie gaat vervullen.

Een vijfde van de vertrokken huisartsen is zich gaan specialiseren. Twee vijfde is in een sociaal-geneeskundig be-

roep gaan werken, waarbij de grootste groep die der bedrijfsartsen is. Verder werkt 8% in een functie die nauw aan het huisartsenwerk verwant is, namelijk als arts voor een gebonden populatie; 6% is in het onderwijs of in een ambtelijke functie gaan werken en 7% is directeur van een verpleeghuis of ziekenhuis geworden.

Het aantal jaren dat men als huisarts gepraktizeerd heeft is in tabel 7.2 weergegeven voor de hierboven omschreven hoofdgroepen van functies.

Tabel 7.2.: Gemiddeld aantal jaren dat de vertrokken huisartsen gepraktizeerd hebben, uitgesplitst naar groepen functies

Nieuwe functie	gemiddeld aantal jaren gepraktizeerd	standaard-deviatie	variatie-coëfficiënt	N
1. specialismen	6.4	3.59	.56	243
2. directeur ziekenh./verpl.h.	11.1	4.31	.39	83
3. sociaal-geneesk. functie	11.0	5.86	.53	521
4. arts voor gebonden populaties	9.2	5.38	.58	99
5. ambtelijke functie/onderwijs	11.1	5.50	.50	76
6. overige functies	8.3	5.89	.71	29
7. geëmigreerd, overleden, enz.	10.6	6.70	.63	195

Het kortst gepraktizeerd hebben de huisartsen die zich zijn gaan specialiseren: ruim 6 jaar gemiddeld. De functies van directeur van een ziekenhuis of verpleeghuis, de sociaal-geneeskundige functies en de ambtelijke en onderwijs-functies verschillen niet van elkaar; gemiddeld hebben de huisartsen die in deze functies gaan werken elf jaar gepraktizeerd. De spreiding van het aantal jaren dat men gepraktizeerd heeft is voor de huisartsen die na het neerleggen van

de praktijk directeur van een ziekenhuis of verpleeghuis zijn geworden, relatief geringer dan die bij de andere groepen functies.

Om eventuele verschuivingen in het relatieve aandeel van de hoofdgroepen functies in de loop van de tijd te kunnen vaststellen moet men zich beperken tot de huisartsen die slechts kort gepraktizeerd hebben.
In tabel 7.3 is de verdeling naar functie en periode waarin de praktijk neergelegd is, weergegeven voor de huisartsen die binnen vijf jaar gestopt zijn.

Tabel 7.3.: Verdeling naar functie en periode waarin de praktijk neergelegd is, voor de huisartsen die binnen vijf jaar na vestiging de praktijk neergelegd hebben.

	periode waarin de praktijk neergelegd is.				
Hoofdgroepen van nieuwe functies	1957-1961	1962-1966	1967-1971	1972-1976	1977-1981
1. specialiseren	30%	44%	44%	35%	25%
2. directeur ziekenhuis/ verpl.h	5	5	2	1	2
3. sociaal-geneesk. functie	55	21	24	36	31
4. arts voor gebonden populaties	5	3	10	8	12
5. ambtelijke functie/ onderwijs	0	3	5	2	5
6. overige functies	0	3	2	1	6
7. emigratie, overlijden enz.	5	23	12	16	20
N	(20)	(39)	(41)	(83)	(113)

Het hoogste percentage artsen dat zich gaat specialiseren, vinden we onder degenen die in de jaren 1962-1966 en 1967-1971 de praktijk neergelegd hebben. Meer dan 40% van de huisartsen die binnen vijf jaar de praktijk neergelegd heb-

ben, zijn zich in die periode gaan specialiseren. Dat percentage daalt tot 25% in de jaren 1977-1981. Deze afname zal ongetwijfeld samenhangen met de verslechterde arbeidsmarkt voor artsen en het gebrek aan opleidingsplaatsen voor specialisten in het bijzonder.
Tabel 7.4 geeft dezelfde verdeling, maar dan voor de huisartsen die tussen vijf en tien jaar gepraktiseerd hebben.

Tabel 7.4.: Verdeling naar functie en periode waarin de praktijk neergelegd is, voor de huisartsen die tussen vijf en tien jaar na vestiging de praktijk neergelegd hebben.

	periode waarin de praktijk neergelegd is			
Hoofdgroepen van nieuwe functies	1962-'66	1967-'71	1972-'76	1977-'81
1. specialiseren	26%	33%	31%	22%
2. directeur ziekenh./verpl.h.	4	10	3	6
3. sociaal-geneesk. functie	37	33	33	39
4. arts voor gebonden populaties	11	6	8	7
5. ambtelijke functie/onderwijs	2	2	9	8
6. overige functies	4	3	0	3
7. emigratie, overlijden, enz.	15	12	16	15
N	(46)	(98)	(90)	(142)

Het relatieve aandeel van degenen die zich gaan specialiseren is uiteraard lager dan onder de huisartsen die al binnen vijf jaar de praktijk neergelegd hebben. Bij de huisartsen die tussen vijf en tien jaar na vestiging de praktijk neergelegd hebben, is het percentage dat zich gaat specialiseren het hoogst onder degenen die in de perioden 1967-1971 en 1972-1976 de praktijk hebben neergelegd.

Deze verschuiving in vergelijking met tabel 7.3 doet vermoeden dat naast een gebrek aan opleidingsplaatsen voor specialisten, dat steeds nijpender wordt, ook cohort-kenmerken van invloed zijn op de verdeling van de functies na het neerleggen van de praktijk. Uit tabel 7.5 en 7.6, waarin de verdeling naar hoofdgroepen functies weergegeven is per periode waarin men gevestigd is en niet per periode waarin de praktijk neergelegd is, blijkt dat het hoge percentage specialisten onder degenen die binnen vijf jaar de praktijk neergelegd hebben in de jaren 1962 tot en met 1971 en onder degenen die na tussen de vijf en tien jaar gepraktizeerd te hebben de praktijk neergelegd hebben in de jaren 1967 tot en met 1976, grotendeels terug te voeren is op de functiekeuze van de vestigingscohorten van 1962-1966. Het betreft hier de huisartsen die afgestudeerd zijn, toen het aantal artsexamens op een dieptepunt was (vergelijk hoofdstuk 4) en dus ook het aantal gegadigden voor een opleiding tot specialist gering was. Het merkwaardige is dat het geringe aantal artsexamens niet alleen de arbeidsmarkt van dat moment beïnvloedt, maar ook de kansen van de generatie die toen afstudeerde op wat langere termijn.

Hoewel de gegevens over de nieuwe functie van huisartsen ook goed in een dwarsdoorsnede bestudeerd kunnen worden, is het interessantste gegeven uit het korte hoofdstuk de mogelijke samenhang tussen de omvang van cohorten artsexamens en de functiekeuze - of misschien beter: de mogelijkheden om een functie te krijgen - na het neerleggen van de praktijk. Een soortgelijk verschijnsel is door Easterlin (1980) in zijn Birth and Fortune geanalyseerd voor de omvang van geboortecohorten.

Tabel 7.5.: Verdeling naar functie en periode waarin men gevestigd is voor de huisartsen die binnen vijf jaar na vestiging de praktijk neergelegd hebben.

	periode waarin men gevestigd is				
Hoofdgroepen van nieuwe functies	1957-1961	1962-1966	1967-1971	1972-1976	1977-1981
1. specialiseren	39	49	36	32	14
2. directeur ziekenh./verpl.h.	5	3	4	2	0
3. sociaal-geneesk. functie	34	27	28	31	41
4. arts voor gebonden populaties	5	5	9	8	17
5. ambtelijke functie/onderwijs	0	5	2	6	2
6. overige functies	2	0	2	3	12
7. emigratie, overlijden enz.	16	11	19	19	14
N	(44)	(37)	(53)	(120)	(42)

abel 7.6.: Verdeling naar functie en periode waarin men gevestigd is, voor de huisartsen die tussen de vijf en tien jaar gepraktizeerd hebben.

	periode waarin men gevestigd is			
Hoofdgroepen van nieuwe functies	1962-'66	1967-'71	1972-'76	1977-'81
1. specialiseren	28%	35%	24%	26%
2. directeur ziekenh./verpl.h.	6	10	4	6
3. sociaal-geneesk. functie	39	33	35	37
4. arts voor gebonden populaties	10	2	9	7
5. ambtelijke functie/onderwijs	1	3	11	6
6. overige functies	3	2	1	4
7. emigratie, overlijden, enz.	13	14	16	15
N	(87)	(87)	(120)	(82)

8. CONCLUSIES EN DISCUSSIES

De conclusies en discussie van dit rapport kunnen rond een aantal vragen gegroepeerd worden.
De eerste is wat de belangrijkste trends zijn in de omvang en samenstelling van de vestigingscohorten gedurende de afgelopen vijfentwintig jaar. De omvang van de vestigingscohorten is zeer sterk toegenomen, volgend op de gigantische toename van het aantal met goed gevolg afgelegde artsexamens. Wat betreft de samenstelling van de vestigingscohorten valt de toename van aantal huisartsen dat in samenwerking met andere huisartsen de praktijk uitoefent, op. Niet alleen het aantal huisartsen dat bij vestiging in een samenwerkingsverband gaat werken, is van invloed geweest op de toename van het aantal samenwerkende huisartsen (in de gehele beroepsgroep), maar er vonden ook meer wisselingen plaats van solo-werkende huisartsen naar samenwerkingsverbanden dan andersom. Wat betreft de wijze van vestiging is er een duidelijke toename van het aantal associaties en een gelijktijdige afname van het percentage praktijkovernames. Het percentage vrouwelijke huisartsen begint pas vanaf het begin van de jaren zeventig te stijgen.

De tweede vraag is wat we met dit rapport geleerd hebben over de samenhang tussen artsexamens en vestiging. De conclusie dat het aantal vestigingen sterk samenhangt met het aantal artsexamens is geen nieuw gegeven. Dat wisten we al uit het werk van Posthuma & Van der Zee (1981) waarin de veranderingen in huisartsendichtheid in verband gebracht werden met de ontwikkeling van het aantal artsexamens, en uit het werk van Vroege (1968). In dit rapport zijn met ander materiaal deze relaties nog eens aangetoond. Belangrijk zijn wel de verschillen tussen de medische faculteiten die aangetoond zijn in het percentage dat zich als huisarts vestigt. Dit verschil zou kunnen doorwerken in verschillen in de geografische spreiding van artsen en in de huisartsendichtheid, zij het daar nog nadere analyses verricht moeten worden.
De concentratie van afgestudeerden rond de universiteit waar men gestudeerd heeft, is vooral van belang bij de opening van een nieuwe faculteit. De verdeling van de nieuw gevestigde huisartsen naar universiteit van afstuderen is grondig veranderd na de opening van de medische faculteit

in Nijmegen en iets dergelijks doet zich nu voor in Limburg. Ook hier geldt echter dat de gevolgen van de regionale verschillen in huisartsendichtheid nog uitgezocht moeten worden.

De derde vraag is wat we met dit rapport geleerd hebben over de loopbanen van huisartsen. Het vertrek uit de praktijk hangt gedurende de eerste tien à vijftien jaar van de loopbaan van huisartsen nog nauwelijks samen met het aantal jaren dat zij gepraktizeerd hebben. Er is een (geringe) toename geconstateerd van het vertrek uit de praktijk gedurende de eerste tien jaar van de carrière van huisartsen (een toename die men op grond van cross-sectionele gegevens overigens grotelijks zou overschatten door de toegenomen omvang van de vestigingscohorten). Verder is geconstateerd dat het vertrek uit de praktijk op een lager niveau ligt onder de huisartsen die zich in een samenwerkingsverband hebben gevestigd. Wat betreft de functies die huisartsen zijn gaan vervullen na het neerleggen van de praktijk, is onder meer een afname van het aantal huisartsen dat zich gaat specialiseren, geconstateerd. Een weinig opzienbarende conclusie; interessanter is het wat grotere aantal ex-huisartsen dat zich is gaan specialiseren, onder degenen die afkomstig zijn uit de kleine cohorten artsexamens in het begin van de jaren zestig.

Het is van belang om het vertrek uit de praktijk van de huisartsen uit de vestigingscohorten die in dit rapport bestudeerd zijn, te blijven volgen en uit te breiden met gegevens over nieuwe cohorten. Voor de planning van de opleidingscapaciteit van de huisartsenopleidingen is het verloop onder de gevestigde huisartsen een belangrijke, maar ook een onzekere factor door de erg scheve leeftijdsopbouw van het huidige bestand van praktizerende huisartsen. Zoals blijkt uit de Nota Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg zijn overigens voor de beroepsgroep huisartsen de meest gedetailleerde gegevens over de uitstroom uit de actieve beroepsgroep bekend.
Er blijven bij de afsluiting van dit rapport nog wel enkele open vragen over. Enkele daarvan zijn al genoemd en hebben betrekking op de consequenties van een aantal beschreven ontwikkelingen voor de geografische spreiding van huisartsen. Deze vragen zullen in deel drie van deze serie rappor-

ten (en in andere publicaties) aan de orde gesteld worden. Een andere open vraag heeft betrekking op de hierboven genoemde scheve leeftijdsverdeling van de nu praktizerende huisartsen en de gevolgen daarvan op het vertrek uit de praktijk. Hoewel in dit rapport geen duidelijke samenhang kan worden vastgesteld tussen het verloop en de omvang van vestigingscohorten, blijft het van belang eventuele nieuwe ontwikkelingen te volgen. Een andere vraag die pas op langere termijn te beantwoorden is, is de vraag naar de invloed van de instelling van de verplichte beroepsopleiding tot huisarts op de keuzepercentages voor het huisartsenvak.

LITERATUUR

BENSING, J.M. - 1977. De psycholoog in de eerste lijn; modderbad of aderlating?, Medisch Contact, 32, p.531-536.

BENSING, J.M. e.a. - 1983. Onderzoeksprogramma 1984-1985. NHI, Utrecht.

BLALOCK, H.M. - 1966. The identification problem and theory building; the case of status inconsistency. American Sociological Review, p.52-61.

BOERMA, W.G.W. - 1980. Huisartsgroepspraktijken en gezondheidscentra, januari 1970-juli 1979. Utrecht, NHI.

BOERMA, W.G.W. - 1983. Verschuivingen in de verloskundige zorg. Medisch Contact, 38, p.985-970.

BUESCHING, D. & M. GLASSER - 1983. The role of a medical education centre in location decisions of practicing physicians. Journal of Medical Education, 58: 165-171.

DeVISE, P. - 1973. Physician migration from inland to coastal states: antipodal examples of Illinois and California. Journal of Medical Education, 48: 141-151.

DRIESSEN, F.M.H.M. - 1978. Ontstaan en veranderen van preferenties in verband met het stedelijk leefmilieu. Utrecht, Sociologisch Instituut.

DUREN, J. VAN - 1979. Vestigingen van huisartsen 1970-1977. Studies uit de huisartsenregistratie, NHI, Utrecht.

DUREN, J. VAN - 1980. Vertrek uit de huisartspraktijk 1970-1980. Studies uit de huisartsenregistratie, NHI, Utrecht.

DUREN, J. VAN & GROENEWEGEN, P.P. - 1981. Vertrek uit de huisartspraktijk; enkele gevolgen van de veranderde leeftijdsopbouw. Medisch Contact, 36: 657-661.

EASTERLIN, R.A. - 1980. Birth and Fortune, the impact of numbers on personal welfare. Basic Books, London.

FEIN, R. & G.I. WEBER - 1971. Financing medical education: an analysis of alternative policies and mechanisms. New York, McGraw-Hill.

GLENN, N.D. - 1977. Cohort Analysis. Sage University Series on Quantitative Applications in the Social Sciences, Beverly Hills & London.

GROENEWEGEN, P.P. - 1978. Vertrek uit de huisartspraktijk; een onderzoek verricht in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Utrecht, NHI.

GROENEWEGEN, P.P. - 1980. Vertrek uit de huisartspraktijk; resultaten van een enquête naar de achtergronden van vroegtijdig vertrek uit de praktijk. Tijdschrift voor sociale geneeskunde, 58: 84-89.

GROENEWEGEN, P.P. - 1981. Vrouwelijke Huisartsen. NHI, Utrecht.

GROENEWEGEN, P.P. - (te verschijnen). Huisartsendichtheid; een structureel-individualistische verklaring. Utrecht, NHI.

GROENEWEGEN, P.P. & ZEE, J. VAN DER - 1978. Vertrek uit de huisartspraktijk; een studie uit de huisartsenregistratie van het NHI. Tijdschrift voor sociale geneeskunde, 56: 496-503, 528.

GROENEWEGEN, P.P. & J. VAN DER ZEE - 1982. Hoofdlijnen voor een programma van wetenschappelijk onderzoek op basis van het systematisch verzame-

len van gegevens ten dienste van het beleid inzake beroepsbeoefenaren in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht, NHI.

GROENEWEGEN, P.P. & J. VAN DER ZEE - 1982. De spreiding van huisartsen over Nederland, deel II: huisartsen en tandartsen vergeleken. Studies uit de huisartsenregistratie. Utrecht, NHI.

GROENEWEGEN, P.P. & J. VAN DER ZEE - 1983. Spreiding van huisartsen en tandartsen over Nederland; gelijke doelstellingen, verschillende regels. Gezondheid en Samenleving, 4: 99-109.

HAGENAARS, J.A.P. - 1977. Leeftijd, cohort en periode: een algemeen model voor de analyse van sociale veranderingen. Sociale Wetenschappen, 20: 32-64.

HAUG, M.R., B. LAVIN & N. BRESLAU - 1980. Practice location preferences at entry to medical school. Journal of Medical Education, 55: 333-338.

HEEK, F. VAN - 1958. Sociale stijging en daling in Nederland I. Stenfert Kroese, Leiden.

HOLLANDER, H. - 1974. Samenwerken in groepsverband. In: H.J. Dokter e.a. (red.), Gezondheid en gezondheidscentra, De Erven Bohn, Amsterdam.

JUFFERMANS, P. - 1982. Staat en gezondheidszorg in Nederland. Nijmegen, Socialistische Uitgeverij Nijmegen.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TER BEVORDERING DER GENEESKUNST - 1958. Rapport van de associatiecommissie. Medisch Contact 13: 652-659.

KROGT, Th.P.W.M. - 1981. Professionalisering en collectieve macht, VUGA, 's-Gravenhage.

MERTENS, A. & J. PERSOON - 1965. De functiekeuze van de in Nijmegen afgestudeerde artsen in relatie met hun stage bij de huisarts. Katholiek Artsenblad 44 (1965) 348-357.

MINISTERIE VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR - 1984. Beroepskrachtenplanning in de gezondheidszorg. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage.

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT - 1980 en later. Cijfers uit de huisartsenregistratie. NHI, Utrecht.

NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT - 1982. Beschrijving van de registratiesystemen van gevestigde en adspirant-huisartsen. Studies uit de huisartsenregistratie, Utrecht, NHI.

POSTHUMA, B.H. & J. VAN DER ZEE - 1981. Inkomensverhoudingen, studentenaantallen en de omvang van de huisartspraktijk. In: P.P. Groenewegen (red.), Vestigingsbeleid voor huisartsen, NHI, Utrecht.

ROYAL COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS - 1976. Trends in national morbidity: a comparison of two successive national morbidity surveys. London, Royal College of General Practitioners, occasional paper 3.

SLUIJS, E. - 1983. Depressieve dokters; risico van het vak? Utrecht. Scriptie, IKPP.

TAYLOR, L. - 1968. Occupational Sociology, New York.

VERHAAK, P.F.M. - 1984. Opvattingen, normen en percepties van artsen die op verschillende wijze hun praktijk uitoefenen. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg 62 (1984) p.450-454.

VROEGE, N.H. - 1968. Sociologie van de arts. Utrecht, diss.

WATSON, C.J. - 1980. The relationship between physician practice location and medical school area:

an empirical model. Social Science and Medicine, 14D: 63-69.

WOLINSKY, F.D. - 1982. Why physicians choose different types of practice settings. Health Services Research, 17: 399-419.

IJSBRANDY, C.M. - 1980. De inkomensontwikkeling van huisartsen: 1947-1976, de voordelen van een vrij beroep. Centrum voor onderzoek van maatschappelijke tegenstellingen, uitgave 4. Leiden.

IJSBRANDY, C.M. - Vestigingsbeleid en inkomen. In Groenewegen, P.P. (red.). Vestigingsbeleid voor huisartsen, NHI, Utrecht, 1981.

ZAAT, J. - 1981. Terug naar af: artikelen in Medisch Contact over artsentekorten en -overschotten. In Groenewegen, P.P. (red.) Vestigingsbeleid voor huisartsen. NHI, Utrecht.

ZEE, J. VAN DER - 1982. De vraag naar diensten van de huisarts. Dissertatie, Utrecht.

ZIEKENFONDSRAAD - 1957 en later. Jaarverslag.