



Capaciteitsplan 2021-2024

Deelrapport 2

Huisartsgeneeskunde

Capaciteitsplan 2021-2024

Deelrapport 2

Huisartsgeneeskunde

Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2021-2024 voor de medische, klinisch technologische, tandheelkundige, geestelijke gezondheid, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen

Statutaire doelstellingen:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;
- b. Advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgopleidingen.

Inhoud

Samenvatting	1
1 Inleiding	5
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	5
1.2 Ontwikkeling in taakstelling Capaciteitsorgaan	6
1.3 Specifieke aandachtspunten huisartsgeneeskunde	7
1.4 Indeling van dit deelrapport	9
2 Positionering huisartsen	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Ontwikkelingen huisartsenzorg	11
2.2.1 Hervorming gezondheidszorg	11
2.2.2 Herijking kernwaarden en kerntaken huisartsenzorg	13
2.2.3 Mening burgers over toekomst huisartsenzorg	16
2.3 Ontwikkelingen huisartsenpraktijken	17
2.3.1 Huisartsen naar praktijkvorm	17
2.3.2 Spreiding en dichtheid huisartsen	18
2.3.3 Apotheekhoudende huisartsen	20
2.3.4 Huisartsen met bijzondere bekwaamheden	20
2.3.5 Waarnemers, HIDHA's en gevestigde huisartsen	21
2.3.6 Huisartsenposten	23
2.3.7 Praktijkzoekende huisartsen	24
2.4 Disciplines in de huisartsenzorg	26
2.4.1 Inleiding	26
2.4.2 Doktersassistenten	27
2.4.3 Praktijkondersteuners	28
2.4.4 Transitie praktijkondersteuning	28
2.4.5 Verpleegkundig specialisten	29
2.4.6 Physician assistants	31
2.4.7 Praktijkmanager	32
2.4.8 Verhoudingen tussen de disciplines	33
2.5 Multidisciplinaire samenwerking	33
2.5.1 Zorggroepen	35
2.5.2 Anderhalvelijnszorg	36
2.6 Regionale ondersteuningsstructuur	36
3 Opleiding	37
3.1 Inleiding	37
3.2 Adviezen	37
3.3 Besluiten	38
3.4 Selectie en plaatsing van aios huisartsgeneeskunde	39
3.5 Realisatie instroom en kenmerken van aios huisartsgeneeskunde	40

3.6	Opleidingsduur	41
3.7	Huisartsopleiders	42
3.8	Intern rendement	43
3.9	Conclusies Opleiding	44
4	Zorgvraag	47
4.1	Inleiding	47
4.2	Onvervulde vraag	47
4.2.1	Arbeidsmarktmonitor	48
4.2.2	Spanningsindicator Arbeidsmarkt	48
4.2.3	Startende huisartsen blijven liever waarnemen	49
4.2.4	Parameter onvervulde vraag naar boven bijgesteld	50
4.3	Demografie	50
4.3.1	Demografische ontwikkelingen en de zorgvraag	51
4.3.2	Zorgvraag per inwoner in 2017	51
4.3.3	De Nederlandse bevolking naar leeftijd en geslacht in 2019	52
4.3.4	Zorgvraag in 2019	52
4.3.5	Verdeling bevolking en zorgvraag in 2019	53
4.3.6	Groei van de bevolking tussen 2019 en 2029	54
4.3.7	Groei van de zorgvraag tussen 2019 en 2029	55
4.3.8	Verdeling bevolking en zorgvraag in 2029	57
4.4	Epidemiologie	58
4.4.1	Vraag naar huisartsenzorg stijgt door vergrijzing	59
4.4.2	Meer vraag naar huisartsenzorg door toename ouderdomsziekten	59
4.4.3	Toekomstige ontwikkelingen in gezondheidsvaardigheden onzeker	60
4.4.4	Psychische problematiek neemt toe	61
4.4.5	Betere behandelingen leiden tot meer zorgvraag in eerste lijn	62
4.4.6	Inzet huisartsen bij vaccinaties neemt toe	62
4.4.7	Parameter epidemiologie ongewijzigd	63
4.5	Sociaal-culturele ontwikkelingen	63
4.5.1	Zorgvraag verandert: patiënt voert meer eigen regie	63
4.5.2	Preventie	64
4.5.3	Hoofdlijnakkoord Huisartsenzorg	65
4.5.4	Pact voor de ouderenzorg	66
4.5.5	Herijking kernwaarden en kerntaken huisartsenzorg	67
4.5.6	Parameterwaarde sociaal-cultureel ongewijzigd	67
4.6	Conclusie zorgvraag	68
5	Zorgaanbod	69
5.1	Inleiding	69
5.2	Omvang beroepsgroep	69
5.2.1	Aantal geregistreerd	69
5.2.2	Aantal werkzaam en percentage vrouwen	70
5.2.3	Aantal naar dienstverband	71

5.3	Geslacht en leeftijdsverdeling	72
5.4	Omvang dienstverband	73
5.5	Instroom in het vak	74
5.6	Uitstroom uit het vak	75
5.6.1	Vijf mogelijke methoden voor berekening prognose uitstroom	75
5.6.2	Keuze meest relevante methoden en weging	78
5.6.3	Verwachte uitstroom	79
5.7	Extern rendement	79
5.8	Arbeidstijdverandering	80
5.9	Conclusie zorgaanbod	82
6	Werkproces	85
6.1	Inleiding	85
6.2	Vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen	85
6.2.1	Toegenomen vraag en complexiteit huisartsenzorg	85
6.2.2	Extra werk voor huisarts door groeiende digitale zorg	86
6.2.3	Parameterwaarden verhoogd	86
6.3	Efficiency	87
6.3.1	Huisarts wil meer tijd voor de patiënt	87
6.3.2	Geen verbetering van efficiency	88
6.3.3	Terugdringen administratieve lasten nog niet merkbaar	89
6.3.4	Samenwerking andere disciplines moeizaam	89
6.3.5	Ruimere bereikbaarheid en beschikbaarheid vraagt extra capaciteit	91
6.3.6	Parameterwaarden efficiency verhoogd	91
6.4	Horizontale substitutie	91
6.4.1	Verschuivingen naar de eerste lijn	91
6.4.2	Grenzen aan zorg huisarts	92
6.4.3	Parameterwaarde horizontale substitutie verlaagd	93
6.5	Verticale substitutie	93
6.5.1	Tekorten aan POH en doktersassistenten	93
6.5.2	POH en/of PVH	94
6.5.3	Inzet VS en PA als oplossing voor groeiende takenpakket huisartsenzorg	95
6.5.4	Parameterwaarden verticale substitutie afgenomen	96
6.6	Conclusie werkproces	96
7	Scenario's	97
7.1	Inleiding	97
7.2	Evenwichts jaren	98
7.3	Basisscenario (0)	99
7.4	Demografiescenario (1)	100
7.5	Werkprocesscenario's met tijdelijke (2) of doorlopende (3) trends	100
7.6	Arbeidstijdverandering scenario's met tijdelijke (4) of doorlopende (5) trends	101
7.7	Verticale substitutiescenario's met tijdelijke (6) of doorlopende (7) trends	101
7.8	Maximale parameterwaardenscenario's met tijdelijke (8) of doorlopende (9) trends	101

7.9	Overzicht zorgvraagontwikkeling per scenario	101
8	Overwegingen en advies	105
8.1	Inleiding	105
8.2	Voorkeursscenario's: verticale substitutie en arbeidstijdverandering	105
8.3	Advies instroom	106
	Bijlage 1: Ramingsmodel Capaciteitsorgaan	107
	Bijlage 2: Parameterwaarden Capaciteitsplan 2010 t/m 2019	108
	Bijlage 3: Gedetailleerde gegevens berekening Nivel	109
	Bijlage 4: Procedure en betrokken experts	111
	Bijlage 5: Afkortingen en begrippen	112
	Literatuurlijst	115

Samenvatting

Hoog instroomadvies

Dit instroomadvies voor de opleiding tot huisarts is fors hoger én ruimer dan het vorige advies uit 2016. De hogere benodigde instroom wordt onderbouwd in de hoofdstukken 4, 5 en 6. Sinds 2013 gingen de ramingen ervan uit dat er geen substantiële onvervulde vraag is. Inmiddels zijn er voldoende signalen die wijzen op volatiliteit van deze parameter; reden om deze nu wel in te vullen. Voor de berekeningen van de uitstroom uit het vak zijn in vergelijking met vorige ramingen meer en betere bronnen gebruikt. De uitstroom blijkt hoger te zijn dan volgens de oude methode werd berekend.

Daarnaast draagt ook de factor arbeidstijdverandering flink bij aan de stijging van de vraag naar huisartsen. Door innovatief onderzoek beschikt het Capaciteitsorgaan tegenwoordig over betrouwbare gegevens over de tijdsbesteding van huisartsen. De data wijzen erop dat huisartsen nog meer uren werken per fte dan 5 jaar geleden. Voorheen leek er geen arbeidstijdverandering te zijn voor de huisartsen en werd de parameter op 0 gesteld. In deze nieuwe raming wordt deze factor wel substantieel ingevuld. Verder zijn de effecten van vakinhoudelijke ontwikkelingen en efficiencyontwikkelingen beter ingeschat. Dit op basis van nieuwe onderzoeken en inzichten in beleidsmatige, vakinhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen. Ook zijn er ontwikkelingen in de horizontale en verticale substitutie zichtbaar, die om een stijging van de huisartscapaciteit vragen. Al met al is in de afgelopen jaren de druk op huisartsen en de vraag naar huisartsenzorg duidelijk toegenomen, meer dan in 2016 is voorzien. Dit vertaalt zich in gewijzigde parameterwaarden en een fors hoger instroomadvies in vergelijking met voorgaande Capaciteitsplannen. Zie tabel 1.

Huisarts werkt veel samen

Maatschappelijke, politieke en vakinhoudelijke ontwikkelingen hebben in de afgelopen jaren grote gevolgen gehad voor de huisartsenzorg. De patiëntenpopulatie van de huisartspraktijk heeft te maken met vergrijzing, nadruk op eigen regie, langer thuis wonen met steeds meer complexe zorgvragen en een hogere mate van kwetsbaarheid. Vanuit het oogpunt van optimalisatie van de zorg én kostenbeheersing krijgt de huisarts er steeds meer taken bij. De huisarts vervult een sleutelpositie als regievoerder, die passende zorg levert 'op de juiste plaats', dicht bij de patiënt en daarmee onnodig zorggebruik in de tweede lijn tegengaat. Via preventieve programma's probeert de huisarts gezondheidsproblemen te voorkomen. Daarnaast wordt steeds meer gewerkt in samenwerkingsverbanden en gezocht naar gezamenlijke beroeps- én bedrijfsuitoefening. Daarom wordt de afstemming en gezamenlijke besluitvorming met patiënten, met andere professionals binnen de huisartsenzorg, met zorgverleners uit andere sectoren, en met gemeentelijke en landelijke overheidsinstanties steeds belangrijker en (tijds)intensiever.

Instroom in de opleiding groeit

Vanaf 2015 is de jaarlijks toegestane instroom in de opleiding tot huisarts door VWS vastgesteld op 750, een hoger aantal dan het advies van het Capaciteitsorgaan. Hoewel er voldoende belangstelling voor de opleiding is, is dit aantal opleidingsplaatsen tot 2019 niet volledig benut. Dit kwam omdat er niet genoeg opleiders en docenten beschikbaar waren. Een gewijzigde selectie- en plaatsingspro-

cedure, heeft in de afgelopen jaren de instroom wel doen stijgen. Hierbij werd de decentrale sollicitatie vervangen door een centrale selectie met loting voor de opleidingsplaats. De instroom was sinds 2015 rond de 720 aios per jaar en is in 2019 inmiddels op 750 aios gekomen. De effecten daarvan - in de vorm van een toename van het aantal huisartsen - zullen pas in een volgende raming zichtbaar worden.

De gemiddelde leeftijd waarop aios met de opleiding beginnen, is 29 jaar. De gemiddelde leeftijd van alle aios huisartsgeneeskunde in de afgelopen jaren is bijna 31 jaar. Het aandeel vrouwelijke aios is iets gedaald, van 77,5% in 2016 naar 74,6% in 2019.

Arbeidstijdverandering vraagt meer capaciteit

Per 1 januari 2019 zijn er 13.710 geregistreerde huisartsen. Van hen zijn ongeveer 12.766 (ruim 93%) werkzaam voor gemiddeld 0,74 fte (ongeveer 45 uur per week). Dit ligt 0,01 fte lager dan in 2016. De mannen zijn iets minder gaan werken, de vrouwen iets meer. Het aandeel werkende vrouwelijke huisartsen blijft stijgen en ligt nu op bijna 58%. Dit is het gevolg van de toestroom van overwegend vrouwen uit de opleiding en de uitstroom van meer mannen dan vrouwen.

Ruim de helft van de geregistreerde huisartsen (57%) is vrouw. De meeste vrouwen zijn tussen de 30 en 50 jaar oud, waarbij het zwaartepunt ligt bij de categorie 30 tot 35 jaar. Van de mannen is 61% 50 jaar of ouder, bij de vrouwen is dit 27%. Een derde tot bijna de helft van de mannen zal in de komende 10 à 15 jaar uitstromen vanwege pensionering. Bij de vrouwen ligt dit aandeel op een ruime tiende tot een kwart. Omdat mannen gemiddeld bijna 5 uur meer werken dan vrouwelijke huisartsen zal het totale aanbod aan fte huisartsen - bij gelijkblijvende instroom - de komende jaren dalen. Bovendien komt het steeds vaker voor dat ook beginnende huisartsen minder fte willen werken. Het aanbod aan huisartsen zal daarom gecompenseerd moeten worden door verhoudingsgewijs meer (basis-)artsen op te leiden tot huisarts.

Meer tijd voor de patiënt

Huisartsen ervaren steeds meer werklast en werkdruk. In het laatste bestuurlijke akkoord voor de huisartsenzorg (2019-2022) zijn afspraken gemaakt die huisartsen meer tijd voor de patiënt moeten opleveren. Meer tijd is nodig om goede zorg te kunnen blijven leveren aan bijvoorbeeld kwetsbare patiëntengroepen en patiënten in achterstandssituaties. Al geruime tijd klinkt de roep vanuit de beroepsorganisaties om het aantal patiënten in een normpraktijk terug te brengen tot rond de 1800. Er zijn diverse initiatieven gestart waarin in samenspraak met de zorgverzekeraars de huisartsenzorg anders wordt georganiseerd met het doel meer tijd voor de patiëntenzorg te creëren en de werkdruk te verlichten. Herhaling van tijdsbestedingsonderzoek wijst uit dat huisartsen in de afgelopen jaren juist meer uren zijn gaan werken per fte. Eén fte staat inmiddels voor bijna 60 uur per week. Deze extra uren worden met name besteed aan niet-patiëntgebonden taken. De administratieve lastendruk is gestegen, wat de efficiëntie van huisartsen negatief beïnvloedt. Programma's als het 'Actieplan (Ont)Regel de Zorg' hebben de regeldruk tot nu toe onvoldoende verlaagd. Ondanks de initiatieven om meer tijd voor de patiënt te creëren en de werkdruk te verlichten, is in de komende jaren meer huisartscapaciteit nodig om de kwaliteit en kwantiteit van zorg te kunnen blijven garanderen.

Ontwikkeling verticale substitutie stagneert

In veel huisartspraktijken zijn praktijkondersteuners werkzaam. Bij de vorige capaciteitsraming (2016) werd duidelijk dat huisartsen winst konden behalen door het overdragen van taken naar deze beroepsgroepen. Inmiddels is er echter ook aan POH's een tekort, net als aan doktersassistenten. Daarnaast wordt alom in de zorg ook de inzet van aanverwante disciplines zoals de verpleegkundig specialist (VS) en de physician assistant (PA) gezien als een mogelijkheid om de werklast en werkdruk van artsen te verminderen. Dit geldt ook voor de huisartsenzorg. Het aantal in de huisartsenzorg werkzame VS en PA is sinds 2016 toegenomen. Maar er blijken toch de nodige belemmeringen te zijn bij het opleiden en inzetten van VS en PA in de huisartsenzorg. Daarnaast is er niet altijd draagvlak bij de huisarts om deze zorgprofessionals in de huisartspraktijk in te zetten. Vooralsnog lijkt vooral door tekorten onder ondersteunende functies de ontwikkeling van verticale substitutie in de huisartsenpraktijk afgeremd te worden.

Keuze scenario's en bandbreedte

In alle scenario's is de opleidingsbehoefte aan huisartsen (veel) groter dan de huidige opleidingsaantallen. Bovendien leiden de hiervoor geschetste ontwikkelingen en de keuze van meest waarschijnlijke scenario's tot een grote bandbreedte van het instroomadvies. De scenariokeuze is anders dan in het vorige Capaciteitsplan. In 2016 werd namelijk gekozen voor de beide verticale substitutiescenario's (met tijdelijke en met doorgaande trends). In deze nieuwe capaciteitsraming is als ondergrens gekozen voor het verticale substitutiescenario met tijdelijke trends. Daarin wordt rekening gehouden met de effecten van taakherschikking. De bovengrens wordt deze keer echter gevormd door het arbeidstijdveranderingsscenario met tijdelijke trends. In dit scenario wordt verticale substitutie niet meegerekend. Het al dan niet verschuiven van taken naar aanverwante disciplines zorgt voor een groot verschil in benodigde capaciteit. De instroom in de opleiding zal moeten groeien om het verschil tussen vraag en aanbod op termijn te overbruggen en toekomstige tekorten aan huisartsen te voorkomen. Daarom is bij beide scenario's gekozen voor het tweede evenwichtsjaar 2037.

Advies

Op grond van bovengenoemde ontwikkelingen adviseert het Capaciteitsorgaan aan de overheid en het veld een jaarlijkse instroom per 2021 van **minimaal 822 aios en maximaal 935 aios**. Alle ontwikkelingen meewegend spreekt het Capaciteitsorgaan een voorkeur uit voor een jaarlijkse instroom van **879 aios**.

Tabel 1: Adviezen en besluiten vanaf 2013

Jaar van raming en advies	2013	2015*	2016	2019
Bandbreedte advies Capaciteitsorgaan	698-720	664-698	555-630	822-935
Voorkeursadvies Capaciteitsorgaan	698	n.v.t.	630	879
Besluit VWS op advies (m.i.v. 2 jaar later)	750	750	750	n.t.b.

* tussentijds advies

Onzekerheden

Het is onzeker of de gewenste arbeidstijdvermindering gerealiseerd kan worden. Evengoed is het, ondanks stimuleringsregelingen en -activiteiten op dit gebied, voor de huisartsenzorg nog onzeker of verticale substitutie een oplossing gaat bieden voor het capaciteitstekort. Ook moet in gedachten worden gehouden dat in het onderhavige advies wel de toegenomen werkdruk is verdisconteerd, maar geen verdere substitutie vanuit de tweede naar de eerste lijn.

Overigens is het, alhoewel niet relevant voor de raming, de vraag in hoeverre en wanneer de voorgestelde verruiming in de huisartsopleidingen gerealiseerd kan worden. Het realiseren en faciliteren van een dergelijke hoge instroom is een grote uitdaging voor de opleidingsinstituten en de huisartsen. Het Capaciteitsorgaan geeft daarom in overweging om een ophoging van de opleidingscapaciteit stapsgewijs te laten plaatsvinden.

1 Inleiding

Dit deelrapport van het Capaciteitsplan 2021-2024 vormt de basis voor het instroomadvies voor de erkende medische vervolgopleiding huisartsgeneeskunde. Het bevat alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die het Capaciteitsorgaan hiervoor heeft gebruikt.

Dit deelrapport kan los gelezen worden van het integrale Capaciteitsplan 2021-2024. Naast het integrale Capaciteitsplan zijn nog meer deelrapporten gepubliceerd. Tabel 2 geeft een overzicht van de actuele instroomadviezen.

Tabel 2: Overzicht actuele instroomadviezen Capaciteitsorgaan

Naam rapport	Ramingsjaar	Publicatiedatum
Capaciteitsplan 2020-2024: Hoofdrapport voor de medische, klinisch technologische, geestelijke gezondheid, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2020-2023: Deelrapport 1 - Medische specialismen - Klinische technologische specialismen - Spoedeisende geneeskunde	2019	maart 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 3a Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgen, Orthodontisten	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 3b Eerstelijns Mondzorg - Tandartsen - Mondhygiënisten	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 4 Sociaal Geneeskundigen - Arbeid en Gezondheid Bedrijfsartsen Verzekeringsartsen - Maatschappij en Gezondheid Artsen M&G Profielartsen M&G	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 6 Arts voor Verstandelijk Gehandicapten	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2020-2024: Deelrapport 7 Beroepen Geestelijke Gezondheid - gezondheidszorgpsycholoog - psychotherapeut - klinisch psycholoog - klinisch neuropsycholoog - verpleegkundig specialist ggz	2018	november 2018
Capaciteitsplan 2018-2021: Deelrapport 8 FZO-beroepen & Ambulanceverpleegkundigen	2018	november 2018
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9a Physician Assistants	2019	december 2019
Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9b Verpleegkundig Specialisten	2019	december 2019

1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 opgericht door veldpartijen in de zorg. De statutaire doelstellingen zijn in 2015 aangepast en verruimd. De doelstellingen zijn als volgt omschreven:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;
- b. Advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgopleidingen.

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit voor de capaciteit aan zorgprofessionals die op de (middel)lange termijn noodzakelijk zijn om de zorgvraag te kunnen beantwoorden. Tevens wordt een advies uitgebracht over de gewenste instroom in de bijbehorende initiële en vervolgopleidingen. Deze ramingen hebben een bandbreedte, waardoor ze als adviesrichting voor de overheid en het veld beschouwd kunnen worden. Overheid en veld kunnen binnen deze bandbreedte een finale keuze maken. Het oogmerk van deze adviezen is om discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en in de toekomst te voorkomen.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van onafhankelijke en betrouwbare informatie waarvan partijen gebruik kunnen maken voor uiteenlopende beleidsonderwerpen. Dit zijn bijvoorbeeld: buitenlandse instroom van basisartsen en medisch specialisten, omvang en voortgang van horizontale en verticale substitutie, beschikbare capaciteiten op de arbeidsmarkt, verwachte groei van de zorgvraag en het zorgaanbod en verwachte effecten van efficiëncy maatregelen en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Verder heeft het Capaciteitsorgaan vanaf medio 2013 tot medio 2016 op verzoek van het ministerie van VWS meegewerkt aan een initiatief van de Europese Unie. Doel hiervan was om de ramingsmethodiek en ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en zelfs te vergelijken met sommige landen. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in een aantal publicaties^{1,2}. Ook werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, 'invited expert meetings' en klankbordsessies.

Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan telt 27 zetels. De beroepsgroepen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars vullen ieder 9 zetels in. Deze paritaire samenstelling is terug te vinden in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het ministerie van VWS subsidieert het Capaciteitsorgaan sinds de oprichting volledig, maar maakt geen deel uit van het bestuur.

1.2 Ontwikkeling in taakstelling Capaciteitsorgaan

De eerste 10 jaar van het bestaan van het Capaciteitsorgaan zijn gebruikt om kennis en ervaring op te doen binnen de oorspronkelijke doelstellingen. Deze beperkten zich tot de erkende medische en tandheelkundige vervolgopleidingen en de initiële opleiding geneeskunde. Daarna is die kennis en ervaring, telkens op verzoek van het ministerie van VWS, ook geleidelijk ingezet op aanverwante terreinen.

- De ervaringen op het terrein van monitoring en participatieve beleidsontwikkeling zijn gebruikt om zorgvraag en zorgaanbod in de eerstelijns mondzorg in kaart te brengen. Naar aanleiding van een advies van de Commissie Innovatie Mondzorg heeft het Capaciteitsorgaan op verzoek van het ministerie van VWS vanaf 2008 tot 2014 de beroepsgroepen tandarts en mondhygiënist in kaart gebracht en gemonitord. Dit zijn beide initiële opleidingen in de mondzorg. Na een korte onderbreking is het Capaciteitsorgaan in 2018 opnieuw gestart met het adviseren van het ministerie van VWS over de instroom van tandartsen en mondhygiënist in de initiële opleidingen.

¹ Organisation for Economic Cooperation and Development (2016). *Health Workforce Policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places*. Parijs: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

² Malgieri, A., Michelutti, P., & Hoegaerden, M. van (Red.) (2015). *Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <http://healthworkforce.eu>

- In 2009 is het Capaciteitsorgaan gestart met het in kaart brengen van de gewenste en gerealiseerde capaciteitsontwikkelingen voor de vijf BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheid. In 2011, 2013 en 2015 zijn de eerste adviezen over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Vanaf 2014 worden deze ramingen structureel uitgevoerd. Het ministerie van VWS maakt in toenemende mate van deze adviezen gebruik in haar afwegingen voor het aantal te subsidiëren instroomplaatsen voor deze opleidingen.
- In 2012 heeft het ministerie van VWS het Capaciteitsorgaan gevraagd om te onderzoeken of de capaciteit aan beroepen waarvan de opleiding gesubsidieerd wordt via het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) in kaart gebracht kan worden met de methodieken van het Capaciteitsorgaan. Het betrof vijftien beroepen³, waarover op landelijk niveau geen capaciteitsgegevens beschikbaar waren. Het bijzondere aan dit verzoek was dat, naast de landelijke overkoepelende raming, er ook ramingen voor de twaalf FZO regio's moesten worden opgesteld. Dit was nodig vanwege de beperkte geografische mobiliteit van deze beroepsgroepen. Het Capaciteitsorgaan concludeerde dat dit kon door een aanpassing van de bestaande methodieken. Daarbij werd de cruciale (en voor het Capaciteitsorgaan vaak kostbare) aanlevering van de data door de ziekenhuizen zelf gedaan. De eerste adviezen met bijbehorende ramingen voor de FZO beroepen zijn medio 2014, medio 2016 en medio 2018 aan de twaalf FZO regio's opgeleverd. Geleidelijk aan benadert het Capaciteitsorgaan meer intra- en extramurale beroepen die om een regionale of lokale aanpak vragen met deze uitvraagssystematiek. De ziekenhuizen gaan ook steeds meer vertrouwen op de juistheid van de adviezen van het Capaciteitsorgaan.

1.3 Specifieke aandachtspunten huisartsgeneeskunde

Specifiek voor de huisartsgeneeskunde zijn de volgende aandachtspunten:

1. In 1890 was er één medisch specialist op dertig huisartsen, in 1950 was die verhouding één op drie en vanaf eind zestiger jaren zijn er meer medisch specialisten dan huisartsen. In 1995 waren er circa twee keer zoveel medisch specialisten (13.918) als huisartsen (6.800). Door die specialisatie in de zorg werden huisartsen ertoe gedwongen zich af te vragen wat hun taken behoorden te zijn. Zij kozen dan ook niet voor verdergaande professionalisering, maar in het 'communicatieve consult' dat patiënten van hen verwachten.⁴ Op 1 januari 2019 telde de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) 27.821 geregistreerde medisch specialisten en 13.710 huisartsen. De verhouding tussen het aantal (geregistreerde) huisartsen en medisch specialisten is nog altijd ongeveer 2:1.
2. Op 14 november 2012 werd de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 gepresenteerd in Den Haag. Deze staat in het teken van kleinschalige, persoonsgerichte, generalistische en continue zorg. De zorg wordt verleend dichtbij de patiënt, waarbij het versterken van de relatie tussen patiënt en huisarts centraal staat en continuïteit hoog in het vaandel staat. Zo wordt in de toekomstvisie voorgesteld dat de huisarts in 2022 minimaal drie contactdagen per week heeft voor zijn patiënten.

³ Het betreft de beroepen anesthesiemedewerker, deskundige infectieziektepreventie, gipsverband meester, klinisch perfusionisten, operatieassistenten, radiologisch laboranten, radiotherapeutisch laboranten, dialyseverpleegkundigen, IC-kinderverpleegkundigen, IC neonatologieverpleegkundigen, IC-verpleegkundigen, kinderverpleegkundigen, obstetrieverpleegkundigen, SEH verpleegkundigen, extramurale kinderverpleegkundigen, oncologieverpleegkundigen en ambulanceverpleegkundigen.

⁴ Daalen, R.M. van, Verbeek-Heida, P.M. (2011). Het bestaansrecht van de huisarts. *Huisarts & Wetenschap*, 44(13), 26-30. <https://doi.org/10.1007/BF03082319>

3. De 17 ambities in de toekomstvisie gaan over drie hoofdthema's: de directe relatie met de patiënt, de samenwerking met andere zorgverleners en gemeenten én de organisatie van huisartspraktijken. Om te analyseren of de ambities al gerealiseerd zijn, verrichtte het Nivel in 2014 onderzoek naar de stand van zaken.⁵ Het Nivel concludeerde dat de inhoudelijke zorg van de huisarts in 2014 al voldeed aan de doelen van de beroepsgroep voor 2022. Wel dienen huisartsen de komende jaren meer energie te steken in de samenwerking met andere zorgverleners en de gemeente. De samenwerking met andere eerstelijnszorgverleners en de samenwerking binnen de huisartsenpost is goed georganiseerd. Het merendeel van de huisartspraktijken werkt echter nog niet structureel samen met gemeenten en de GGD-en. Ook zijn de ambities voor het gebruik van ICT-toepassingen in de huisartsenzorg nog niet gerealiseerd. Bijna de helft van de huisartsen biedt patiënten de mogelijkheid via e-mail een vraag te stellen, maar slechts bij 1% van de praktijken is het mogelijk om via de computer met een beeldverbinding een gesprek met de huisarts te voeren.
4. Inmiddels blijft de zorgvraag groeien en veranderen: de zorg rondom de patiënt wordt complexer, huisartsen ervaren een toenemende werklast en werkdruk. Begin 2019 hebben diverse partnerorganisaties in de huisartsenzorg de kernwaarden en kerntaken voor de toekomst herzien. De kernwaarden uit 2012 worden aangescherpt en geactualiseerd tot persoonsgericht, medisch-generalistisch, continu en gezamenlijk. De inbreng van de patiënt, zoals bij 'shared decision making' wordt benadrukt. De grenzen aan de taken van huisartsen worden scherper getrokken.
5. De laatste jaren gaan steeds meer huisartsen na de opleiding aan de slag als wisselend waarnemer. Sinds 2010 is er een groei van ongeveer 1.400 naar 2.524 wisselende waarnemers op 1 januari 2019. De groep huisartsen in dienst bij een huisarts (HIDHA's) of vast waarnemend in een praktijk is gegroeid tot 2.458 personen op 1 januari 2019.
6. Huisartsen stellen een vestiging als zelfstandig gevestigd huisarts langer uit. Bij vestiging gaat de voorkeur uit naar een duo- of groepspraktijk in de randstad. Daardoor zijn regionale tekorten en opvolgingsproblemen bij solopraktijken – in met name de niet-stedelijke gebieden – een punt van aandacht.^{6,7}
7. De NZa bepaalde de normpraktijk grootte van 2006 tot en met 2012 op 2.350 patiënten. In de periode 2013 tot 2018 was dit 2.168 patiënten. Vanaf 2018 is de normpraktijk grootte verlaagd naar 2.095 patiënten.⁸
8. Het aandeel Nederlanders dat staat ingeschreven bij een huisarts is opgelopen naar bijna 100%.⁹ Een aantal groepen valt niet onder de reguliere huisartsenzorg, omdat deze onder een ander zorgregime vallen. Dit zijn bijvoorbeeld personen die zijn opgenomen in AWBZ-instellingen, langdurig in detentie zitten of onder het ministerie van Defensie vallen. Dat aantal is door de zorgverzekeraars becijferd op circa 400.000 mensen.

⁵ Hassel, D. van, Korevaar, J., Batenburg, R.S., Schellevis, F. (2015). *De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022: Waar staat de huisartsenzorg anno 2014?* Utrecht: Nivel.

⁶ Batenburg, R.S. (2016). *Praktijkovername in de eerste lijn. Huisartsen, tandartsen en apothekers over hun overnamewensen als praktijkhouder of praktijkzoeker.* Utrecht: Nivel.

⁷ Batenburg, R., Bosmans, M., Versteeg, S., Vis, E., Asten, B. van, Vandermeulen, L., & Kruis, L. van der (2018). *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg.* Utrecht: auteur.

⁸ Medisch Contact (2017, 17 juli). *Normpraktijk huisarts zakt naar 2095.* Geraadpleegd op 10 september 2019 op <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/-normpraktijk-huisarts-zakt-naar-2095.htm#reacties>

⁹ Stichting Inschrijving Op Naam (2019). *Een eigen huisarts voor iedereen.* Geraadpleegd op 10 september 2019 op <https://ion.lhv.nl/>

9. In Nederland kan de opleiding tot huisarts gevolgd worden bij de universiteiten in Amsterdam (zowel AMC-UvA als VU Medisch Centrum), Nijmegen (UMC St. Radboud), Rotterdam (Erasmus MC), Maastricht (MUMC+), Groningen (UMCG), Utrecht (UMCU) en Leiden (LUMC).
10. De nominale duur van de opleiding huisartsgeneeskunde bedraagt 3 jaar. De opleiding kan ook in deeltijd gevolgd worden, met een ondergrens van 50%, ofwel een beschikbaarheid van minimaal tweeënhalf dag per week. De opleiding in de praktijk van een erkende huisartsopleider duurt in totaal 21 tot 30 maanden. Gedurende de overige 6 tot 15 maanden volgt de aios stages, waaronder een klinische stage van ten minste 6 maanden. Ook volgt de aios stages op het gebied van chronische ziekten en complexe problematiek, psychische ziekten en psychosociale problematiek en één of meer keuzestages. De SBOH is de werkgever van alle huisartsen in opleiding.
11. De gemiddelde leeftijd van aios bij instroom in de opleiding op 1 januari 2019 was 30,6 jaar. Bij eerdere ramingen in 2016, 2013 en 2010 was dat nog respectievelijk 29,1, 29,2 en 30,9 jaar.
12. Van de huidige werkzame huisartsen is ongeveer 57,7% vrouw.¹⁰ In 2016 bedroeg dit percentage 52,4% vrouw en in 2013 was dit 45,4%. Het percentage vrouwen in opleiding tot huisarts is circa 77%, terwijl dat in 2016 en 2013 respectievelijk 77,5% en 78% was. Bij de vrouwen is 16% ouder dan 55 jaar en bij de mannen is dat 50%.
13. Horizontale substitutie van de tweede naar de eerste (of anderhalvelijns) zorg is volop in gang. Horizontale substitutie naar de huisarts leidt op dit moment aantoonbaar tot uitbreiding van diens werkzaamheden. Het is niet aangetoond dat horizontale substitutie leidt tot lasten- of kostenbesparing in de eerstelijnszorg of tot een kostenverhoging. Wel wordt de kostenontwikkeling in de tweede lijn er waarschijnlijk door geremd. De verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn leidt wel tot een verhoging van de tevredenheid van de patiënt.
14. Verticale substitutie is eveneens volop in ontwikkeling en verre van uitgekristalliseerd. Naast een snelle toename van het aantal doktersassistenten en praktijkondersteuners, neemt ook het aantal verpleegkundig specialisten en physician assistants toe. Die laatste twee beroepsgroepen groeien in de eerste lijn nog steeds minder snel dan in de tweede lijn. Toch zorgen ook deze beroepsgroepen voor een vermindering van de werkdruk van de huisarts.

1.4 Indeling van dit deelrapport

Na de samenvatting en dit inleidende hoofdstuk volgen nog 7 hoofdstukken:

Hoofdstuk 2: positionering huisartsen

In hoofdstuk 2 worden ontwikkelingen in de huisartsenzorg en de positie van de huisarts in het zorgveld besproken. Ook worden raakvlakken met aanverwante beroepen benoemd en wordt aangegeven hoe de afstemming en de samenhang met deze beroepen verloopt.

Hoofdstuk 3: Opleiding

Het Capaciteitsorgaan geeft om de paar jaar adviezen aan het veld en aan de overheid over de gewenste instroom in een groot aantal (erkende) initiële, profiel- en vervolgoopleidingen. Daarmee anticipeert het Capaciteitsorgaan op verwachte ontwikkelingen in de toekomstige zorgvraag. In hoofdstuk 3 staat een overzicht van de adviezen van het Capaciteitsorgaan sinds 2005 en de daarop

¹⁰ L. van der Velden, Nivel, persoonlijke communicatie, 10 mei 2019.

volgende besluiten van VWS. Het hoofdstuk bevat ook een analyse van de gerealiseerde instroom sinds 2009. Ten slotte volgt er een berekening van het rendement van de opleiding. Uitkomsten van deze analyses zijn de eerste parameters voor de vulling van het ramingsmodel. Dit zijn: opleidingsduur, instroom van aios in de huisartsopleiding, opleidingsduur en intern rendement.

Hoofdstuk 4: Zorgvraag

Hoofdstuk 4 beschrijft het belangrijkste en meest onzekere onderdeel uit het ramingsmodel: de verwachte ontwikkeling en verandering van de zorgvraag van 1 januari 2019 tot 1 januari 2031 en 1 januari 2037. In het model wordt voor de zorgvraag rekening gehouden met vier parameters: De huidige onvervulde vraag, de demografische effecten, de epidemiologische effecten en de sociaal-culturele effecten (waaronder beleid) op de toekomstige vraag naar zorg.

Hoofdstuk 5: Zorgaanbod

Het bestaand aanbod aan beroepsbeoefenaren komt in hoofdstuk 5 aan bod. Een aantal karakteristieken wordt (naar geslacht) in dit hoofdstuk beschreven. Dit zijn onder meer de ontwikkeling van de aantallen geregistreerde beroepsbeoefenaren, de werkzame beroepsbeoefenaren, het gemiddelde aantal fte en de uitstroom sinds 2009. Op basis van de ontwikkeling van de laatste jaren én de verwachtingen van experts voorspelt het Capaciteitsorgaan de toekomstige uitstroom, het gemiddelde fte en de beschikbare uren.

Hoofdstuk 6: Werkproces

In hoofdstuk 6 worden de verwachtingen over het werkproces beschreven voor de vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency, horizontale taakverschuiving en verticale taakverschuiving. Deze parameters beïnvloeden het verwachte beschikbare zorgaanbod aan beroepsbeoefenaren. Ook hiervoor geldt dat niet in alle gevallen puntschattingen mogelijk zijn.

Hoofdstuk 7: Scenario's

Alle gegevens uit de hoofdstukken 3, 4, 5 en 6 worden voorgelegd aan de Kamer Huisartsen, waarin de beroepsgroep, zorgverzekeraars en opleidingsinstellingen paritair vertegenwoordigd zijn. De Kamer bespreekt de relevante stukken en stelt de waarde(n) vast van alle parameters. De gegevens uit hoofdstuk 3 tot en met 6 worden vervolgens gebruikt om een aantal scenario's op te stellen. Aan de hand hiervan raamt het Capaciteitsorgaan telkens de benodigde arbeidscapaciteit in de 2 evenwichtsjaren en de bijbehorende instroom in opleidingen. Het Capaciteitsorgaan betreft steeds meer gegevens bij de diverse scenario's. Het op cumulatieve wijze opstellen en beschrijven van de scenario's gebeurt in hoofdstuk 7.

Hoofdstuk 8: Overwegingen en advies

Ten slotte wordt in hoofdstuk 8 op basis van de belangrijkste beleidsontwikkelingen met de daarbij horende onzekerheden een keuze gemaakt voor de twee meest waarschijnlijke scenario's en twee bijbehorende instroomadviezen. Het Capaciteitsorgaan beschouwt deze twee instroomadviezen als de bandbreedte van het advies, dat vervolgens wordt aangeboden aan de minister van VWS en het veld. Daarbij spreekt het Capaciteitsorgaan soms ook een voorkeur uit voor één van de twee scenario's en het bijbehorende instroomadvies.

2 Positionering huisartsen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen in de huisartspraktijk weergegeven. Dit betreft zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens. Welke gevolgen hebben de hervormingen in de (langdurige) zorg voor huisartsen. Wat zijn de ontwikkelingen in kernwaarden en –taken van de huisartsenzorg en hoe kijken burgers aan tegen de toekomst van de huisartsenzorg. Hoeveel huisartspraktijken zijn er en hoe verhouden de verschillende praktijksoorten zich tot elkaar. Wat zijn ambities van praktijkzoekende huisartsen. Welke disciplines vinden we in de huisartsenpraktijk, hoe verhouden die zich tot elkaar en met welke professionals daarbuiten werken huisartsen samen. Tenslotte worden de zorggroepen en de regionale ondersteuningsstructuur besproken.

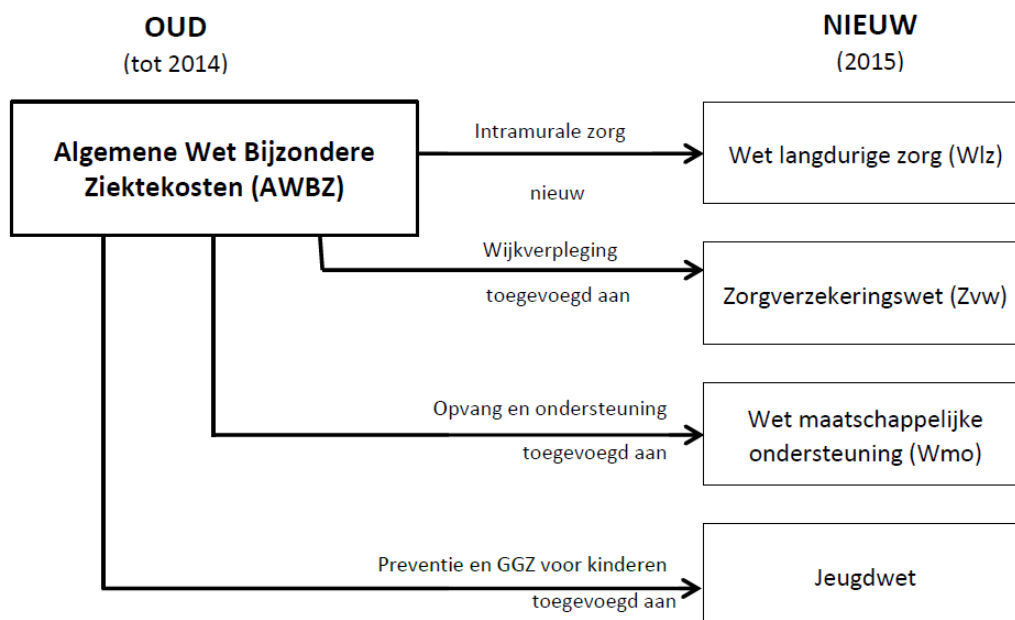
2.2 Ontwikkelingen huisartsenzorg

2.2.1 Hervorming gezondheidszorg

AWBZ vervalt

In 2015 is de Wet langdurige zorg (Wlz) van kracht geworden en zijn de Zorgverzekeringswet (Zvw), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet aangepast, ter vervanging van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ); zie figuur 1.¹¹

Figuur 1: De stelselwijzing van 2015



Nivel 2019

¹¹ Kroneman, M., Boerma, W. G. W., Berg, M. van den, Groenewegen, P. P., Jong, J. D. de, & Ginneken, E. van (2016). Netherlands Health System Review. *Health Systems in Transition*, 18(2), 1–239. Geraadpleegd op 10 september 2019 op http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf

De Wet Langdurige zorg (Wlz)

Hierin wordt geregeld dat de meest kwetsbare mensen in onze samenleving de zorg krijgen die zij nodig hebben met aandacht voor hun individuele welzijn.

Kwetsbare mensen die 24 uur per dag zorg nodig hebben, vallen vanaf januari 2015 onder de Wet langdurige zorg. Het CIZ bepaalt hierbij of iemand toegang heeft tot de Wlz, stelt het zorgprofiel vast en legt dit vast in een indicatiebesluit. Tenslotte wordt het persoonsgebonden budget niet meer door cliënten zelf beheerd, maar door de Sociale Verzekeringsbank (SVB).

De zorgverzekeringswet (Zvw)

Belangrijkste veranderingen hierin zijn dat vanaf 2015 de wijkverpleging onder de Zvw valt.

Ook de geneeskundige zorg voor mensen met een zintuigelijke beperking valt nu onder de Zvw, evenals de zorg voor volwassenen in een intramurale ggz-instelling gedurende de eerste 3 jaar. Voor 2015 was dat één jaar).

De Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo 2015)

Hierin wordt de ondersteuning vanuit de gemeente geregeld, om mensen met een beperking zo lang mogelijk thuis te kunnen laten blijven wonen.

Er zijn een paar belangrijke veranderingen: De aanspraak op begeleiding, dagbesteding, kortdurend verblijf en vervoer is geen recht meer, maar een maatwerkvoorziening. Bovendien kan huishoudelijke hulp alleen worden verkregen bij structurele beperkingen in combinatie met begeleiding 'om het huishouden te structureren'.

Ook in de Wmo 2015 is het de SVB die het persoonsgebonden budget beheert; dit komt dus niet meer op de rekening van de cliënt. Tenslotte mogen gemeenten een eigen bijdrage vragen voor pgb, algemene- en maatwerkvoorzieningen.

De Jeugdwet

De nieuwe Jeugdwet vervangt de Wet op de jeugdzorg, een deel van de AWBZ en de Zorgverzekeringswet voor alle jeugdhulp, kinderschermingsmaatregelen en jeugdreclassering.

Gemeenten worden verantwoordelijk voor uitvoering en financiën. Waar gemeenten tot dan toe alleen taken en verantwoordelijkheden hadden in de nulde en de eerste lijn, wordt dit uitgebreid met de tweede lijn.

In de nieuwe Jeugdwet is de aanspraak op begeleiding, dagbesteding, kortdurend verblijf en vervoer geen recht meer maar een maatvoorziening.

Herziening langdurige zorg

Met deze veranderingen is met name de langdurige zorg en de zorg en ondersteuning van mensen met een beperking en chronisch zieken veranderd. Er zijn nieuwe wetten ingevoerd en verantwoordelijkheden werden gedecentraliseerd. Voor al deze veranderingen gelden twee uitgangspunten in de langdurige zorg:

A. *Mensen wonen zo lang mogelijk zelfstandig*

De behoeften en eigen mogelijkheden van mensen staan centraal. Ondersteuning krijgen ze in de eerste plaats van familie of anderen in de directe omgeving. Maar ook de gemeente kan zo

nodig ondersteuning bieden, bijvoorbeeld begeleiding of huishoudelijke ondersteuning. Via de zorgverzekering is er medische zorg thuis mogelijk, bijvoorbeeld verpleegkundige zorg.

B. *Voor de meeste mensen blijft de zorg toegankelijk*

Heeft iemand blijvend behoefte aan permanent toezicht en 24 uur per dag zorg in de nabijheid? Dan heeft deze persoon recht op passende zorg met verblijf in een zorginstelling. Het gaat dan om zware zorg voor kwetsbare ouderen en gehandicapten. Thuis (blijven) wonen met zorg kan ook, maar alleen als de zorg verantwoord is. En als de kosten hiervan niet hoger zijn dan de opname in een instelling.

Doel van de transitie is de zorg betaalbaar houden, nu en in de toekomst. Zonder maatregelen wordt de langdurige zorg onbetaalbaar. Ook daarom legt de hervorming veel nadruk op wat mensen en hun omgeving zelf kunnen en willen.

Consequenties voor huisartsen

Door de invoering van de Wet langdurige zorg krijgt de huisarts te maken met een grotere groep thuiswonende patiënten die ook nog eens een complexere zorgvraag hebben.

Met invoering van de Wlz zijn veel mensen met langdurige intensieve zorg aangewezen op de Wmo en hulp van wijkverpleegkundige en huisarts. Een deel van deze populatie met een grote zorgvraag (ZP 5 of hoger) blijft thuis wonen. Dit betreft vaak kwetsbare patiënten met een uitgebreide en complexe zorgvraag die een beroep doen op huisartsenzorg.

In de Wmo 2015 heeft de gemeente veel vrijheid om de begeleiding bij de algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) vorm en inhoud te geven. Dit geldt voor hulpbehoevende mensen bij zelfstandig wonen en mensen in zelfstandige woonvormen. Dit heeft gevolgen voor de verwijzingen door de huisarts maar ook voor de verzoeken vanuit de gemeente om (medische) informatie van en afstemming met de huisartspraktijk. De huisarts moet goed op de hoogte zijn van de mogelijkheden tot doorverwijzen.

Vanuit de Jeugdwet zijn de gemeenten bestuurlijk en financieel verantwoordelijk voor de jeugdzorg in brede zin. Met name bij het verwijzen naar de jeugdzorg is de huisarts afhankelijk van de beschikbare zorg in de gemeente. Ook bij de jeugdzorg moet de huisarts goed op de hoogte zijn van mogelijkheden tot doorverwijzen, aangezien de gemeente de zorginkoop doet.

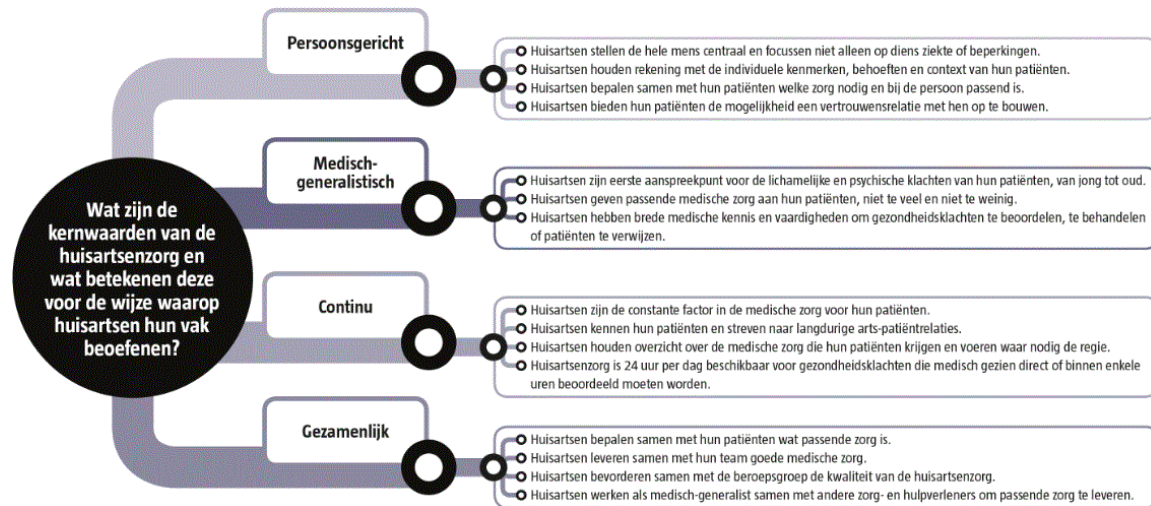
Met de wetwijzigingen op de Zorgverzekeringswet maakt met name de nieuwe bekostiging van de wijkverpleegkundige dat de huisarts deze – in theorie - gemakkelijker (namelijk zonder indicatie) kan inzetten.

2.2.2 Herijking kernwaarden en kerntaken huisartsenzorg

Op de plek waar 60 jaar geleden de basis is gelegd voor de huidige huisartsenzorg - conferentiecentrum Woudschoten – werd op 21 januari 2019 binnen het project ‘Toekomst Huisartsenzorg’ de herijking van de kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg gepresenteerd en vastgesteld.¹² Zie figuur 2 en 3.

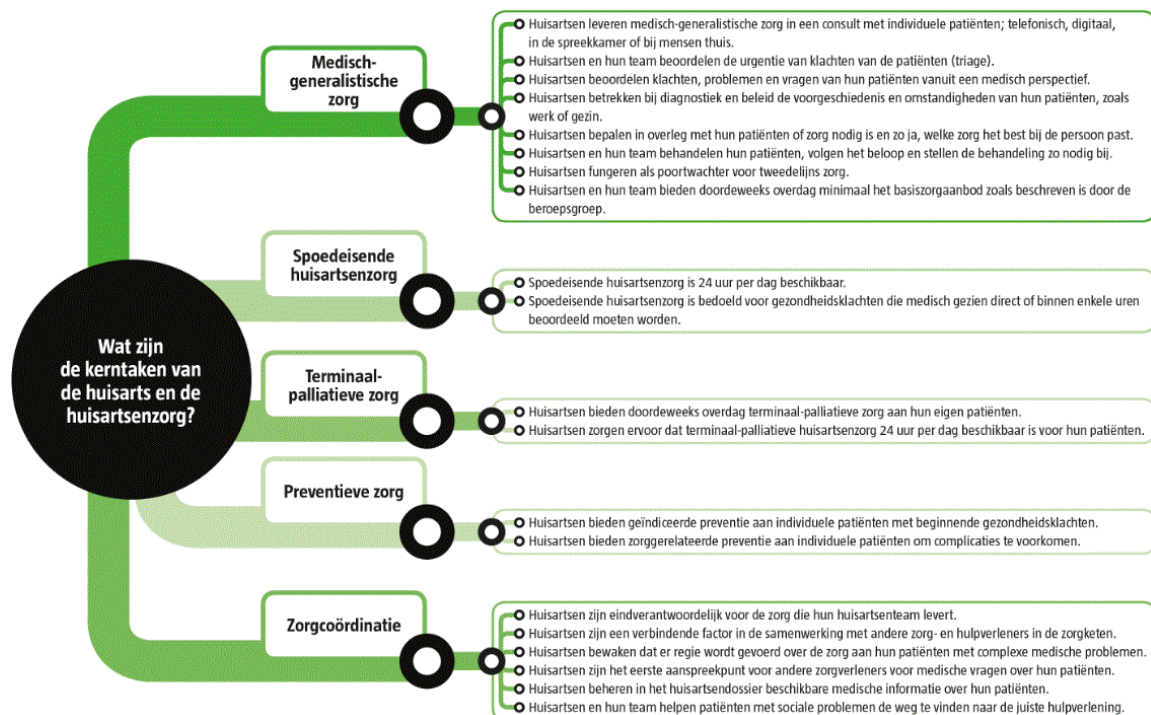
¹² Toekomst Huisartsenzorg (2019). *Toekomst Huisartsenzorg: Kerntaken in de praktijk*. Geraadpleegd op 10 september 2019 op <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/>

Figuur 2: Kernwaarden huisartsenzorg; Woudschoten januari 2019



Bron: nhg, InEen, LHV, HET ROER MOET OM, LOVAH, LHOV, PHuisartsen, gemaakt door: De ArgumentenFabriek © 2019

Figuur 3: Kerntaken huisartsenzorg; Woudschoten januari 2019

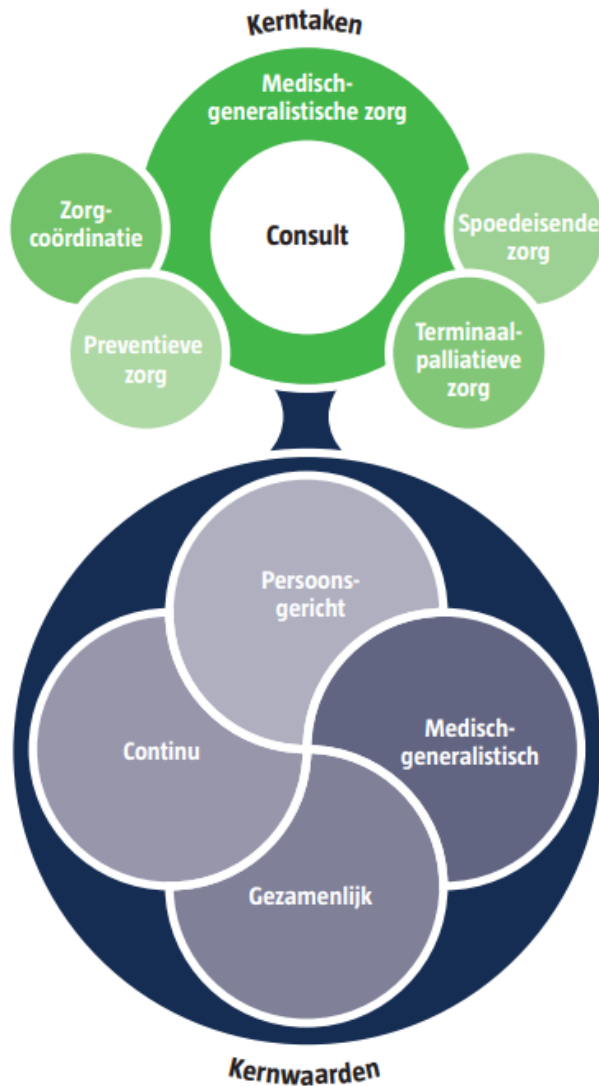


Bron: nhg, InEen, LHV, HET ROER MOET OM, LOVAH, LHOV, PHuisartsen, gemaakt door: De ArgumentenFabriek © 2019

Hiermee geven huisartsen (via de koepels LHV, NHG, VPH en InEen) aan wat zij zien als de kern van de huisartsenzorg en waar zij voor staan. De samenhang van kernwaarden en kerntaken zijn weergegeven in figuur 4.

Figuur 4: Schema: Kernwaarden en kerntaken huisartsenzorg; Woudschoten 2019

Wat zijn de kernwaarden en kerntaken van de huisartsenzorg?



Bron: nhg, Jineen, LHV, HET ROER MOET OM, LOVAH, LHOVA, Huisartsen, gemaakt door: De ArgumentenFabriek © 2019

In een vervoltraject wordt uitgewerkt hoe de huisarts hier in de praktijk invulling aan gaat geven. Het uiteindelijke doel is het bieden van kwalitatief goede huisartsenzorg aan alle Nederlanders vanuit een aantrekkelijke en plezierige werkomgeving voor huisartsen, praktijkondersteuners, dokters-assistenten en andere professionals in de huisartsenpraktijk. De planning is om begin 2020 een handreiking 'Kerntaken in de praktijk' te publiceren. In het verlengde hiervan wordt ook de 'Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022' aangepast.

2.2.3 Mening burgers over toekomst huisartsenzorg

In het kader van het project Toekomst Huisartsenzorg en de nieuwe kernwaarden en kerntaken heeft het Nivel, in samenwerking met enkele huisartsen uit de betreffende stuurgroep, begin 2019 een enquête gehouden over de toekomst van de huisartsenzorg. Dit betrof een online enquête, afgenomen onder burgers met behulp van het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg.¹³

Tevreden

Burgers zijn in het algemeen tevreden over de huisartsenzorg. Dit betreft zowel de openingstijden van de huisartspraktijk als de snelheid waarmee men met een klacht die men belangrijk vindt terecht kan bij de huisartspraktijk. De respondenten geven aan de kwaliteit van zorg door hun huisarts gemiddeld een 8,2 als rapportcijfer (op een schaal van 1 tot 10).

Kernwaarden

Wat betreft de kernwaarden van de huisartsenzorg vinden de deelnemers aan het Nivel Consumentenpanel Gezondheidszorg het vooral belangrijk dat huisartsen deskundig en betrokken zijn en dat ze hun patiënten kennen. Daarnaast vinden zij het belangrijk dat alle mensen naar een huisarts kunnen gaan en dat je als patiënt op de huisarts kan rekenen wanneer dit nodig is.

Veel respondenten geven aan dat het belangrijk is dat ze als patiënt met niet meer dan twee huisartsen een langdurige relatie hoeven op te bouwen en dat hun huisarts minimaal drie dagen per week beschikbaar is.

Men is van mening dat, onder meer, de huisarts de constante factor moet zijn in de medische zorg voor patiënten en dat gestreefd moet worden naar een langdurige arts-patiëntrelatie.

Kerntaken

Men ziet het minder als kerntaak van de huisartsen om aanspreekpunt te zijn voor mensen met vragen over sociale problemen en preventie. Primaire of universele preventie wordt gezien als publieke taak en niet als kerntaak van huisartsen. Huisartsen zien zichzelf overigens wel als de aangevoerde persoon voor het bieden van geïndiceerde preventie en zorg-gerelateerde preventie aan de individuele patiënt.¹⁴

Veel respondenten vinden het een goede zaak als hun huisarts meedoet aan het opleiden van nieuwe huisartsen en aan wetenschappelijk onderzoek.

Beschikbaarheid

Een meerderheid van de respondenten wil dat huisartsenzorg doordeweeks tijdens kantooruren beschikbaar is voor niet-spoedeisende vragen. Bijna vier op de tien wil dat huisartsenzorg voor dergelijke vragen doordeweeks van 8 tot 20 uur beschikbaar is.

Voor spoedeisende vragen is bijna driekwart van mening dat huisartsenzorg 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar moet zijn.

Ruim de helft van de respondenten vindt dat de huisarts doordeweeks tijdens kantooruren zelf beschikbaar moet zijn voor palliatieve zorg aan zijn of haar stervende patiënten Buiten kantooruren

¹³ Brabers, A., Jong, J. de (2019). *Toekomst van de huisartsenzorg: Het perspectief van de burger. Resultaten van een enquête onder burgers*. Utrecht: Nivel.

¹⁴ Toekomst Huisartsenzorg (2019). *Toekomst Huisartsenzorg: Kerntaken in de praktijk*. Geraadpleegd op 10 september 2019 op <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/>

moet de huisarts beschikbaar zijn op zelf gekozen tijdstippen. Bijna vier op de tien vindt dat de huisarts zelf 24 uur per dag 7 dagen per week beschikbaar moet zijn voor palliatieve zorg aan stervende patiënten.

2.3 Ontwikkelingen huisartsenpraktijken

Het Nivel publiceert regelmatig actuele cijfers uit de registratie van huisartsen.¹⁵ Sinds 2012 is de definitie van een solopraktijk aangepast: de praktijk waar een huisarts zich toe rekent wordt als uitgangspunt genomen. Verschillende praktijken die zich op één adres bevinden, worden zo apart geteld. Bij het onderscheid tussen solo-, duo- of groepspraktijk gaat het dus om het aantal huisartsen dat zich tot een bepaalde praktijk rekent.

2.3.1 Huisartsen naar praktijkvorm

Op 1 januari 2017 werkt van de zelfstandig gevestigden en HIDHA's/vaste waarnemers 17% in een solopraktijk, 39% in een duopraktijk en 44% in een groepspraktijk. Zie tabel 3. Deze verdeling van huisartsen naar praktijkvorm wijkt weinig af van die van de voorgaande peiljaren in de periode 2012 tot 2017, waarvoor ook de aangepaste definitie van praktijkvorm werd gehanteerd. Er lijkt echter wel een trend te zijn. Het aandeel huisartsen dat solo werkt neemt steeds iets verder af en het aandeel huisartsen dat in een groepspraktijk werkt, neemt steeds iets verder toe.

Tabel 3: Relatieve verdeling van het aantal huisartsen naar praktijkvorm¹⁶ op 1 januari (2012-2017)¹⁷

Jaar	Solopraktijk		Duopraktijk		Groepspraktijk		Totaal	
	aantal	percentage	aantal	percentage	aantal	percentage	aantal	percentage
2012	2.156	23,9	3.457	38,4	3.399	37,7	9.012	100
2013	2.313	25,4	3.493	38,4	3.289	36,2	9.095	100
2014	2.170	23,4	3.690	39,9	3.399	36,7	9.259	100
2015	1.878	19,5	3.835	39,8	3.928	40,7	9.641	100
2016	1.694	17,2	3.961	40,2	4.205	42,7	9.860	100
2017	1.689	17,0	3.888	39,1	4.378	44,0	9.955	100

Bron: Nivel 2019

Praktijken naar praktijkvorm

Uitgaande van de bovenstaande praktijkdefinitie, zijn er op 1 januari 2017 5.020 praktijken in Nederland. Deze praktijken zijn gevestigd op 3.834 praktijkadressen. In 2017 is van alle praktijken 34% een solopraktijk, 43% een duopraktijk en 23% een groepspraktijk. Zie tabel 4.

¹⁵ Versteeg, S., & Batenburg, R. (2019). *Cijfers uit de registratie van huisartsen: Peiling 2017*. Utrecht: Nivel.

¹⁶ Volgens de bijgestelde praktijkdefinitie. Door nieuwe ontwikkelingen rondom het aanbod en de organisatie van de huisartsenzorg kan het soms nodig zijn om begrippen en definities aan te passen. Dit is belangrijk om een waarheidsgetrouw beeld van de arbeidsmarkt van huisartsen te kunnen blijven geven. Sinds de peiling van 2012 geldt een bijgestelde definitie van de praktijkvorm van huisartsen.

¹⁷ Door later verzamelde informatie, kunnen cijfers van eerdere peiljaren afwijken van reeds gepubliceerde cijfers. Dit omdat het Nivel het hele jaar door gegevens van huisartsen verzamelt, via onder meer enquêtes en controles via internet. Hierdoor kan het zijn dat eerder gepubliceerde cijfers over huisartsen in deze tabel zijn bijgesteld. Het gaat doorgaans om kleine verschillen in aantallen werkzame huisartsen of in aantallen praktijken.

Tabel 4: Relatieve verdeling en aantal praktijken naar praktijkvorm, op 1 januari (2012-2017)

Jaar	Solopraktijk		Duopraktijk		Groepspraktijk		Totaal	
	aantal	percentage	aantal	percentage	aantal	percentage	aantal	percentage
2012	2.170	44,3	1.819	37,2	907	18,5	4.896	100
2013	2.332	46,2	1.833	36,3	880	17,4	5.045	100
2014	2.192	43,4	1.958	38,7	904	17,9	5.054	100
2015	1.902	37,8	2.081	41,3	1.055	20,9	5.038	100
2016	1.710	34,0	2.177	43,3	1.143	22,7	5.030	100
2017	1.710	34,1	2.134	42,5	1.176	23,4	5.020	100

Bron: Nivel 2019

2.3.2 Spreiding en dichtheid huisartsen

Van alle huisartsen (zelfstandig gevestigden en HIDHA's/vaste waarnemers) is het grootste deel (30%) gevestigd in gemeenten met een sterk stedelijk karakter.^{15 18} Zie tabel 5. In gemeenten met een niet-stedelijk karakter zijn relatief de minste huisartsen gevestigd (8,9%). verder blijkt dat vrouwelijke huisartsen relatief vaker dan mannelijke huisartsen in zeer sterk stedelijke gemeenten gevestigd zijn.

Tabel 5: Relatieve verdeling en absolute aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's/waarnemers, naar stedelijkheid en geslacht, op 1 januari 2017

Stedelijkheid	Man		Vrouw		Totaal	
	aantal	percentage	aantal	percentage	aantal	percentage
Zeer sterk stedelijk	996	21,2	1.333	25,4	2.329	23,4
Sterk stedelijk	1.393	29,7	1.548	29,5	2.941	29,6
Matig stedelijk	801	17,1	886	16,9	1.687	17,0
Weinig stedelijk	1.048	22,3	1.055	20,1	2.103	21,1
Niet-stedelijk	457	9,7	433	8,2	890	8,9
Totaal	4.695	100,0	5.255	100,0	9.950	100,0

Bron: Nivel 2019

Er zijn regionale verschillen wat betreft de praktijkvorm waarin huisartsen werkzaam zijn. Zo is in de provincies Groningen, Overijssel en Zeeland een relatief groot deel van de huisartsen in een solo-praktijk werkzaam. Vooral in Flevoland, maar ook in Limburg, Utrecht, Drenthe en Zeeland werken relatief veel huisartsen in een groepspraktijk (>50%). Voor de regionale verschillen in de praktijkvorm waarin huisartsen werken zie tabel 6.¹⁹

¹⁸ Mate van stedelijkheid. Dit is gedefinieerd als het gemiddelde van de omgevingsadressendichtheid van alle afzonderlijke adressen binnen de gemeente. Hierbij worden de volgende vijf categorieën onderscheiden (CBS):

- Zeer sterk stedelijke gemeenten: Gemeenten met een omgevingsadressendichtheid van 2.500 adressen of meer per km².
- Sterk stedelijke gemeenten: Gemeenten met een omgevingsadressendichtheid van 1.500 tot 2.500 adressen per km².
- Matig stedelijke gemeenten: Gemeenten met een omgevingsadressendichtheid van 1.000 tot 1.500 adressen per km².
- Weinig stedelijke gemeenten: Gemeenten met een omgevingsadressendichtheid van 500 tot 1.000 adressen per km².
- Niet-stedelijke gemeenten: Gemeenten met een omgevingsadressendichtheid van minder dan 500 adressen per km².

¹⁹ Vijf huisartsen hebben een vestiging in België.

Tabel 6: Relatieve verdeling van het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's/vaste waarnemers naar praktijkvorm en provincie, op 1 januari 2017

	Solopraktijk		Duopraktijk		Groepspraktijk		Totaal	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%	aantal	%
Groningen	71	21,0	140	41,4	127	37,6	338	100
Friesland	71	18,7	179	47,2	129	34,0	379	100
Drenthe	37	12,2	106	35,0	160	52,8	303	100
Overijssel	153	24,1	248	39,1	233	36,8	634	100
Flevoland	39	17,0	46	20,1	144	62,9	229	100
Gelderland	155	12,2	563	44,3	552	43,5	1.270	100
Utrecht	78	9,6	284	35,0	449	55,4	811	100
Noord-Holland	298	17,8	772	46,2	602	36,0	1.672	100
Zuid-Holland	417	20,5	787	38,6	833	40,9	2.037	100
Zeeland	47	22,5	57	27,3	105	50,2	209	100
Noord-Brabant	236	16,9	508	36,3	657	46,9	1.401	100
Limburg	87	13,0	198	29,7	382	57,3	667	100
Nederland (totaal)	1.689	17,0	3.888	39,1	4.373	44,0	9.950	100

Bron: Nivel 2019

Vergeleken met het Capaciteitsplan van 2016 en 2013 werken nu minder huisartsen in een solopraktijk, namelijk 17% (21,5% in 2016 versus 25,7% in 2013) en meer in een groepspraktijk; nu 44% tegen respectievelijk 38,6% in 2016 en 36,6% in 2013, terwijl de duo praktijk met 39,1 % relatief stabiel blijft (39,9% in 2016 en 38,0% in 2013).²⁰

Tabel 7: Aantal fte huisartsen (zelfstandig gevestigden én HIDHA's/vaste waarnemers) en huisartsendichtheid per provincie, op 1 januari 2017

provincie	aantal huisartsen	aantal fte huisartsen	aantal inwoners	aantal fte huisartsen per 10.000 inwoners
Groningen	341	263,2	583.581	4,5
Friesland	383	293,8	646.874	4,5
Drenthe	311	231,1	491.792	4,7
Overijssel	639	488,5	1.147.687	4,3
Flevoland	232	167,6	407.818	4,1
Gelderland	1.279	910,8	2.047.901	4,5
Utrecht	822	562,3	1.284.504	4,4
Noord-Holland	1.675	1219,1	2.809.483	4,3
Zuid-Holland	2.045	1549,2	3.650.222	4,2
Zeeland	210	169,8	381.568	4,5
Noord-Brabant	1.406	1064,5	2.512.531	4,2
Limburg	668	513,9	1.117.546	4,6
Nederland (totaal)	10.011	7433,8	17.081.507	4,4

Bron: CBS (inwoneraantallen) en Nivel (huisartsenregistratie)

²⁰ Voor huisartsen met meerdere vestigingen is de hoofdvestiging genomen.

Zoals tabel 7 laat zien, is de gemiddelde huisartsendichtheid in Nederland 4,4 fte huisartsen (zelfstandig gevestigden en HIDHA's/vaste waarnemers) per 10.000 inwoners. De regionale verschillen in deze dichtheid zijn op provincieniveau niet zo groot. De laagste dichtheid is terug te vinden in Flevoland (4,1 fte). De hoogste dichtheid treffen we aan in Drenthe (4,7 fte).

2.3.3 Apotheekhoudende huisartsen

Waar Nederland in de jaren zeventig van de vorige eeuw nog zo'n 1.500 apotheekhoudende huisartsen telde, neemt dit aantal steeds verder af. Deze afname is de laatste jaren echter aan het afvlakken. Op 1 januari 2017 telt Nederland naar schatting 486 huisartsen met een apotheekvergunning, in 2015 waren dat er nog 518. Van alle 7.931 zelfstandig gevestigde huisartsen is 6,1% apotheekhoudend. Er zijn per 1 januari 2017 naar schatting 344 apotheekhoudende praktijken, in 2015 waren dat er nog 368.

De meerwaarde van de apotheekhoudende huisartspraktijk voor de patiënt wordt alom onderkend. Zij is niet alleen van belang voor goede farmaceutische diensten, maar ook noodzakelijk voor de instandhouding van de huisartsenzorg op het platteland; inkomsten uit de apotheek zijn nodig om de huisartspraktijk rendabel te maken (en te houden).

Apotheekhoudende praktijken bevinden zich vaak op plaatsen waar openbare apotheken geen belangstelling voor hebben, veelal vanwege regelgeving of economische motieven. Bij het zoeken van opvolging dient er rekening gehouden te worden met weinig interesse van praktijkzoekende huisartsen voor apotheekhoudende solopraktijken. Daardoor kan het moeilijk zijn om een opvolger te vinden.

2.3.4 Huisartsen met bijzondere bekwaamheden

Het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) is door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) opgericht om registers voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden in het leven te roepen. Dit om de kwaliteit van (bijzondere) huisartsenzorg te borgen, (regionale) kwaliteitsverbetering op specifieke terreinen te ondersteunen en anderen duidelijkheid te geven over de bijzondere bekwaamheden van de betreffende huisartsen. Versterking van de eerstelijnszorg staat bij dit streven voorop. In de registers is te zien welke huisartsen over bijzondere bekwaamheden beschikken.²¹ De registratie kan betrekking hebben op 3 typen bekwaamheden; uit het 'basispakket', 'bijzonder aanbod' en 't.b.v. kwaliteitsverbetering'. Dit is weergegeven in tabel 8.

²¹ College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (2019). *Zoek huisartsen in CHBB-registers bij u in de buurt*. Geraadpleegd op 11 september 2019 op <https://chbb.lhv.nl/zoek-huisartsen-chbb-registers-bij-u-de-buurt>

Tabel 8: Aantal CHBB-geregistreerden naar soort bekwaamheid

CHBB-Registers	Aantal
Registers Bekwaamheden uit het 'basispakket'	
- Kaderhuisarts astma/COPD	54
- Kaderhuisarts beleid en beheer	62
- Kaderhuisarts bewegingsapparaat	42
- Kaderhuisarts diabetes	46
- Kaderhuisarts ggz	53
- Kaderhuisarts hart- en vaatziekten	62
- Kaderhuisarts ouderengeneeskunde	116
- Kaderhuisarts palliatieve Zorg	90
- Kaderhuisarts spoedeisende zorg	34
- Kaderhuisarts supervisie/coaching	61
- Kaderhuisarts urogynaecologie	41
Registers bijzonder aanbod; 'bijzonder aanbod' uit het aanvullend takenpakket	
- Echografie	369
- Justitiële huisartsenzorg	25
- Oogheelkunde	202
- Reizigersadvisering	176
- Verloskunde (40
Register EKC; voor kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg	
- Erkend Kwaliteitsconsulent	1662

Bron: CHBB-Register, geraadpleegd op 12 juli 2019

Alle registers kunnen worden geraadpleegd door patiënten, collega-huisartsen, de overheid, de inspectie en zorgverzekeraars. Aan elk van de CHBB-registers is een expertgroep gekoppeld om de inhoudelijke expertise te borgen. Als een huisarts ingeschreven wil worden in een CHBB-register, moet deze aantonen dat de aan het register gekoppelde opleiding met succes is afgerond. Na inschrijving gelden herregistratie-eisen.

Kaderhuisartsen geven primair advies aan collega-huisartsen op het terrein van de bijzondere bekwaamheid. Incidenteel en indien noodzakelijk kan de kaderhuisarts een patiënt zelf zien, maar het is niet de bedoeling dat zij patiëntenzorg overnemen; de eigen huisarts blijft de verantwoordelijke behandelaar voor de betreffende patiënt.²²

2.3.5 Waarnemers, HIDHA's en gevestigde huisartsen

De huisartsenzorg is continu in ontwikkeling, qua organisatie en aanbod. Om een goed beeld van de arbeidsmarkt van huisartsen te blijven geven, is het daarom zaak om begrippen en definities actueel te houden.

²² Rutten, G., Evertse, A., & Blaauw, J. (2019). Huisarts met bijzondere bekwaamheden niet scherp genoeg gepositioneerd. *Medisch Contact*, 03, 18-21. Geraadpleegd op 11 september 2019 op <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/huisarts-met-bijzondere-bekwaamheden-niet-scherp-gepositioneerd.htm>

Vanaf 2015 wordt aan de in Nederland als huisarts werkzame respondenten gevraagd of ze (vooral) werken als:

- 'huisarts in een eigen praktijk' (zelfstandig gevestigd huisarts)
- 'huisarts in dienst van een andere huisarts' (HIDHA),
- 'vaste waarnemer' met vooral werk in één of meer vaste praktijken
- 'wisselende waarnemer', met werkzaamheden in wisselende praktijken.

Tabel 9 vermeldt de definities van het Capaciteitsorgaan voor de waarnemers, HIDHA's en regulier dan wel zelfstandig gevestigde huisartsen. Deze definities zijn hetzelfde als van het Nivel voor de Nivel Huisartsenregistratie. Zie voor de actuele aantallen ook paragraaf 5.2.3.

Tabel 9: Definities voor: waarnemers, HIDHA's, regulier- en zelfstandig gevestigde huisartsen

Type dienstverband	Toelichting
Wisselende waarnemer	Wisselend waarnemer - Een geregistreerde huisarts die niet zelfstandig gevestigd is, niet werkzaam is als HIDHA of vaste waarnemer, en voor een huisarts in één of meer wisselende praktijken waarneemt tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten maar ook wel tijdens kantooruren
Vaste waarnemer	Vaste waarnemer - Een geregistreerde huisarts die niet zelfstandig gevestigd is en niet werkzaam is als HIDHA, en voor een huisarts in één of meer vaste praktijken waarneemt tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten maar ook wel tijdens kantooruren
Huisarts in dienst van een huisarts (HIDHA)	HIDHA - Een huisarts (niet in opleiding) die voor langere tijd (minimaal een half jaar) in dienst van een zelfstandig gevestigde huisarts werkzaam is.
Regulier gevestigde huisarts	Regulier gevestigde huisarts - Een huisarts die werkzaam is als zelfstandig gevestigde, HIDHA of vaste waarnemer.
Zelfstandig gevestigd huisarts	Zelfstandig gevestigde huisarts - Een huisarts die een algemene praktijk uitoefent (praktijkhouder) en patiënten op eigen naam of naam van de maatschap heeft

Bron: Nivel 2019

Wisselende waarnemers

Voor de 'wisselende waarnemers' kan niet goed aangegeven worden op welke praktijkadressen zij werken: zij werken immers op wisselende praktijkadressen en kunnen daarom bijvoorbeeld ook niet betrokken worden in de huisartsendichtheid van een regio. Een deel van de 'wisselende waarnemers' ontbreekt dan ook in de Nivel Huisartsenregistratie. Uit enquêtes is weliswaar af te leiden welk deel 'zeker' te typeren is als 'wisselend waarnemer'. Maar onbekend blijven de huisartsen die waarschijnlijk ook waarnemen, maar waarvan niet bekend is voor wie dat precies wél of niet geldt. Daarom wordt het totaal aantal 'wisselende waarnemers' elk jaar geschat.

De schatting voor het totaal aantal wisselende waarnemers bedraagt 2.524 op 1 januari 2019, tegenover een aantal van 857 op 1 januari 2000. In de periode tussen 2001 en 2005 schommelde het aantal wisselende waarnemers rond de 950. Daarna steeg het aantal jaarlijks met ongeveer 125 per jaar tot bijna 2.000 wisselende waarnemers in 2013. Daarna is dit aantal een tijd stabiel gebleven. In de afgelopen jaren groeide het aantal weer met een paar honderd per jaar.

HIDHA's/vaste waarnemers

Waarnemend huisartsen spelen een steeds grotere rol bij de zorg die in de avond-, nacht-, en weekenduren wordt geleverd, mede door de opkomst van huisartsenposten en de trend om ANW-diensten uit te besteden. Waarnemers met veel werkervaring als huisarts blijven langer waarnemer dan starters. Zij willen relatief vaak als waarnemer werken vanwege registratiebehoud, terwijl starters de flexibiliteit van waarnemen belangrijk vinden.²³

In 2015 waren er 614 respondenten die aangaven 'vaste waarnemer' te zijn. Een groot aantal van deze respondenten had het jaar ervoor aangegeven HIDHA te zijn. Dit wijst op het lastige onderscheid tussen HIDHA en vaste waarnemer. Daarom wordt tegenwoordig gerapporteerd over de gecombineerde groep van 'HIDHA's/vaste waarnemers'. Het aantal HIDHA's/vaste waarnemers in Nederland bedraagt 2.458 personen op 1 januari 2019. Op 1 januari 2000 waren er 548 HIDHA's/vaste waarnemers. Dit aantal groeide in een sterk wisselend tempo van slechts 20 tot wel meer dan 100 per jaar.

Regulier gevestigde huisartsen

Samen met de groep van zelfstandig gevestigde huisartsen worden de 'HIDHA's/vaste waarnemers' gerekend tot de groep 'regulier gevestigde huisartsen'. Met 'regulier' wordt hier bedoeld op het feit dat van deze huisartsen aangegeven kan worden op welke praktijkadressen zij hun werkzaamheden uitoefenen.

Op 1 januari 2019 werken er op basis van de Nivel-registratie derhalve 10.242 regulier gevestigde huisartsen. Deze groep neemt al vanaf 2000 jaarlijks toe, met meestal tussen de 100 en 200 personen per jaar.

Zelfstandig gevestigde huisartsen

Op 1 januari 2019 werken er op basis van de Nivel Huisartsenregistratie 7.784 zelfstandig gevestigde huisartsen (praktijkhouders) in Nederland. Dat zijn er 710 meer dan op 1 januari 2000. In het begin groeide dit aantal met rond de 75 personen per jaar. De laatste jaren neemt het aantal juist af met ongeveer 15 per jaar.

2.3.6 Huisartsenposten

Zorgvragen beperken zich niet tot reguliere werktijden. Op elk moment kan zorg direct nodig zijn: dag en nacht, werkdagen en weekenden. Huisartsenzorg is 24 uur per dag, 7 dagen per week beschikbaar. Op werkdagen kunnen patiënten terecht bij hun eigen huisarts. Voor zorg die volgens de patiënt niet kan wachten tot de volgende werkdag zijn er 's avonds, 's nachts en in het weekend de huisartsenposten. De eerste huisartsenposten (HAP-en) zijn opgericht in 1999 om avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten) te verzorgen voor clusters praktijken.

Er zijn 122 huisartsenposten. Deze zijn georganiseerd in 50 rechtspersonen (huisartsendiensten-structuren: HDS'en). Deze zijn allemaal lid van InEen. Driekwart van de huisartsenposten bevindt

²³ Hassel, D. van, Batenburg, R.S. (2014). Waarnemers in beeld: Diversiteit onder waarnemende huisartsen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 92, 203-208. doi: 10.1007/s12508-014-0077-0

zich op het terrein van een ziekenhuis, is gedurende de avond-, nacht en weekend (ANW)-uren geopend en heeft meestal ook een SEH. Met het ziekenhuis, maar ook met de GGZ, de ouderenzorg en uiteraard de ambulancezorg is sprake van samenwerking in de acute zorgketen.²⁴

Huisartsenposten hebben zich geleidelijk ontwikkeld van een waarneemorganisatie van en voor huisartsen naar een bredere toegang tot de acute eerstelijnszorg. Met de snelle veranderingen in de eerstelijnszorg zien ook de huisartsenposten zich, als poortwachter voor de acute zorg, voor nieuwe vraagstukken gesteld. Dit vraagt enerzijds om oplossingen voor de korte termijn. Denk daarbij aan vraagstukken zoals het tekort aan huisartsen, waarnemers en voldoende goed opgeleide triagisten en een goede overdracht tussen dag- en ANW-zorg. Maar ook om zaken als taakherschikking, triage en betere ketensamenwerking. Anderzijds vraagt het om een toekomstbestendige visie op de acute zorg, die de posten samen met de acute zorg ketenpartners ontwikkelen.

Het merendeel van de huisartsenposten draagt zorg voor de triage van zelfverwijzers die zich zonder afspraak melden bij de huisartsenpost én spoedeisende hulp (SEH). In totaal is 77% van de locaties alle ANW-uren geopend, 20% is 's nachts niet open en 3% is alleen geopend voor weekenddiensten in de dag en avond.²⁵

Personeel van huisartsenposten heeft in toenemende mate te maken met veeleisende bezoekers. Aandacht voor agressie en ongewenst gedrag zijn belangrijk voor veilig en gezond werk, want steeds vaker is er sprake van agressie tegen hulpverleners op huisartsenposten.^{26,27} Uit onderzoek van Trouw blijkt dat 59 procent van de huisartsenposten aangeeft dat er vaker met geweld wordt bedreigd dan vijf jaar geleden.²⁸

2.3.7 Praktijkzoekende huisartsen

Ambities huisartsen m.b.t. praktijkmanagement

In de zomer van 2018 is er een enquête gehouden onder huisartsen (leden van het NHG, tot 50 jaar) over de ambities van huisartsen (<50 jaar) en aios op het gebied van praktijkmanagement. In totaal hebben 383 huisartsen deelgenomen.²⁹

De conclusies van dit onderzoek zijn:

- De meerderheid van de huisartsen (<50 jaar) wil zich wel binden en heeft wel 'iets' met organiseren en taakbesteding buiten patiëntenzorg.
 - Een meerderheid (7 van de 10) van de huisartsen (<50 jaar) wil zich zeker verbinden aan een vaste patiëntenpopulatie voor langere tijd.

²⁴ InEen (2019). *Huisartsenposten*. Geraadpleegd op 11 september 2019 op <https://ineen.nl/onze-leden/huisartsenposten>

²⁵ InEen (2018). *Benchmarkbulletin huisartsenpost 2017*. Utrecht: Auteur.

²⁶ Wier, M. van de (2019, 19 juli). *Witteboordenagressie aan de balie van de huisartsenpost*. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.trouw.nl/verdieping/witteboordenagressie-aan-de-balie-van-de-huisartsenpost~bce4322d/>

²⁷ Bouter, S. (2019, 30 juli). *Agressie op huisartsenposten: 'Ik wil hulp, en ik wil het nu'*. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/07/30/ik-wil-hulp-en-ik-wil-het-nu-a3968626>

²⁸ Wier, M. van de (2019, 19 juli). *Bedreiging en geweld zijn gangbaar op de huisartsenpost*. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.trouw.nl/zorg/bedreiging-en-geweld-zijn-gangbaar-op-de-huisartsenpost~b2f5c4f5/>

²⁹ Hoekstra, H., & Boekke, S. (2018). *Onderzoek naar huisartsen en hun ambities in praktijkmanagement*. Amsterdam: Newcom Research & Consultancy.

- Maar hoe jonger, hoe minder zeker men is van de keuze voor het verbinden aan een vaste patiëntenpopulatie.
- Ongeveer 4 van de 10 waarnemers wil praktijkhouder worden.
 - In totaal wil 29% waarnemer zijn in de nabije toekomst.
- Een minderheid heeft geen ervaring met taken anders dan patiëntenzorg (exclusief intern overleg), zoals dagelijks management, deelname aan samenwerkingsverbanden, innovatie in de praktijk, financiën of kwaliteitsbeleid.
- Een huisarts wil wel tijd besteden aan andere zaken dan patiëntenzorg en ervaart plezier als hij het werk zelf kan organiseren.
 - 87% van alle jonge huisartsen ervaart meer plezier van het huisarts zijn als het werk op eigen manier georganiseerd kan worden. Dit percentage ligt iets lager indien men geen tijd wil besteden aan andere zaken dan patiëntenzorg.
- Waarnemers die zich niet willen binden aan een praktijk, hebben relatief de minste behoefte aan vastigheid. Zij willen keuzevrijheid behouden, ervaring opdoen en een zo laag mogelijke werkdruk.
 - De meeste huisartsen geven de voorkeur aan een vaste werkring.
 - Waarnemers die zich niet willen binden, zoeken vrijheid en vinden de werkdruk te hoog.
 - 78% van hen die de werkdruk te hoog vinden, vinden het prettig een bepaalde vrijheid te hebben.
 - Met name de jongere waarnemers die zich niet willen binden, willen nog ervaring opdoen. Dit is vergelijkbaar met aios.
- Hoge werkdruk, de behoefte aan vrijheid en gebrek aan affiniteit met het organiseren en kennis zijn belemmeringen voor huisartsen (<50 jaar) om tijd buiten patiëntenzorg te besteden.
 - Ook waarnemers en aios vinden het leuk om zich bezig te houden met de organisatie van de huisartsenpraktijk en zorg in de buurt.
 - Tijdsdruk is met name een issue voor praktijkhouders – delen van taken is een kans.
 - Een deel van de waarnemers (en met name HIDHA's) heeft geen affiniteit met ondernemerschap.
 - Focus op patiëntenzorg heeft bij waarnemers te maken met een combinatie van het gebrek aan affiniteit met management, te hoge werkdruk en onvoldoende kennis.
 - Als praktijkhouders geen tijd willen besteden aan andere zaken dan patiëntenzorg, dan is dat voornamelijk (67%) vanwege werkdruk.
- Waarnemers die waarnemer willen blijven, hebben voornamelijk minder met organiseren, management en ondernemen maar willen wel taken delen met anderen.
 - Binnen de groep waarnemers (en aios) die waarnemer willen blijven/worden is nog veel twijfel over het zich verbinden aan een praktijk. Het zijn vooral de oudere waarnemers die waarnemer willen blijven en zich niet lijken te willen binden aan een praktijk.
 - De waarnemer die waarnemer wil blijven, heeft veel minder met organiseren, management en ondernemen, maar staat grotendeels wel open voor het delen van taken met anderen.
 - Vrijheidsdrang speelt een grote rol bij waarnemers die waarnemers willen blijven als zij zich niet willen binden.
 - Gebrek aan affiniteit met organiseren, management en ondernemen, speelt een grote rol bij waarnemers die dat willen blijven als zij geen tijd aan taken buiten patiëntenzorg willen besteden.

Aantal en functie praktijkzoekers

Op basis van de gegevensverzameling onder afgestudeerde huisartsen is informatie beschikbaar over het aantal afgestudeerde huisartsen dat naar een praktijk op zoek is.³⁰ Tot deze groep behoren behalve de niet-werkzame en de wisselende waarnemende huisartsen ook de huisartsen die op 1 januari 2017 als HIDHA of als vaste waarnemer aan de slag zijn.

Tabel 10: Relatieve verdeling van het aantal praktijkzoekende huisartsen naar huidige functie en geslacht, op 1 januari 2017*

Huidige functie	Man		Vrouw		Totaal	
	N	%	N	%	N	%
HIDHA/Vaste waarnemer	59	50,4	209	49,2	268	49,4
Wisselende waarnemer	48	41,0	197	46,4	245	45,2
Niet werkzaam	10	8,6	19	4,5	29	5,4
Totaal	117	100	425	100	542	100

*Betreft alleen de praktijkzoekende huisartsen die gerespondeerd hebben.

Bron: Nivel 2019

Uit tabel 10 blijkt dat er minimaal 542 afgestudeerde huisartsen naar een eigen praktijk dan wel HIDHA- of vast waarnemerschap op zoek zijn. Dit aantal zal gezien de non-respons (50%, na 2^e rap-pel, van 3.162 huisartsen) ongetwijfeld hoger zijn. Van de 542 praktijkzoekende huisartsen die de en-quête invulden, is 78% vrouw. Van de praktijkzoekende huisartsen is op de peildatum 49% als HIDHA of vaste waarnemer werkzaam. Als wisselend waarnemer werkt 45%, terwijl een klein deel (5%) nog niet als huisarts werkt.

Wensen praktijkvorm

Van de praktijkzoekende huisartsen is 65% (350 personen) ook specifiek op zoek naar een eigen praktijk. Het grootste deel van hen wil in een duopraktijk of groepspraktijk (respectievelijk 56% en 35%) aan de slag. Circa 6% wil het liefst werken in een solopraktijk. De overige 3% heeft geen voor-keur. Mannelijke en vrouwelijke huisartsen verschillen vrijwel niet in hun voorkeur.

Wensen omvang werkweek

Van de 350 huisartsen die op zoek zijn naar een eigen praktijk wenst 89% een parttime baan. Uitge-splitst naar geslacht zijn er duidelijke verschillen: 75,9% van de mannelijke praktijkzoekende huisart-sen spreekt zich uit voor een parttime baan, tegenover 94,3% van de vrouwelijke praktijkzoekenden.

2.4 Disciplines in de huisartsenzorg

2.4.1 Inleiding

In alle praktijken zijn een of meer praktijkassistenten werkzaam en in bijna alle praktijken werken een of meer praktijkondersteuners (POH's). Dit blijkt uit een Nivel-enquête onder de huisartspraktij-ken die deelnemen aan Nivel Zorgregistraties eerste lijn van december 2017. De enquête is door 202

³⁰ Versteeg, S., & Batenburg, R. (2019). *Cijfers uit de registratie van huisartsen: Peiling 2017*. Utrecht: Nivel.

praktijken (nagenoeg geheel) ingevuld. Praktijken met een meer innovatieve visie beschikken over meer fte POH.³¹ Praktijken met een meer innovatieve visie scoren hoger op de volgende items:

- *Wij zijn er als eerste bij om nieuwe ontwikkelingen toe te passen in de praktijk*
- *Wij zijn bereid om tijd en geld te steken in nieuwe ontwikkelingen*
- *In onze praktijk anticiperen we op nieuwe ontwikkelingen*
- *Wij betrekken de patiënten bij het reilen en zeilen van de praktijk*
- *De mensen die in deze praktijk werken delen de missie, waarden en doelen van de praktijk*
- *We vinden transparantie over de resultaten van onze zorg belangrijk*
- *Onze praktijk wil zorg overnemen van de tweede lijn*
- *Als ouderen een langere periode geen contact met de praktijk hebben gehad, nemen we zelf contact met hen op*

Ook voor POH's en praktijkassistenten hebben veel van de praktijken een opleidingsfunctie. Ruim 70% van de praktijken geeft aan een opleidingsfunctie voor praktijkassistenten te hebben en bijna 40% voor POH's. Praktijken met een meer innovatieve visie hebben vaker een opleidingsfunctie voor POH's en praktijkassistenten. Net als bij het opleiden van huisartsen kost opleiden tijd, maar daar staat een zekere bijdrage aan de 'productie' tegenover. Stageplaatsen in huisartsenpraktijken zijn noodzakelijk onderdeel van de opleiding van praktijkassistenten en POH's. Een actieve rol op dit gebied kan (toekomstige) tekorten aan ondersteunend personeel voorkomen.

Naast de vakinhoudelijke ondersteuning heeft 44% van de praktijken een manager, niet zijnde een van de huisartsen. De helft van deze managers werkt een dag per week of minder in een huisartspraktijk/gezondheidscentrum.

Knelpunten ondersteuning

Uit telefonische interviews met gevestigde (praktijk houdende) huisartsen komen signalen van knelpunten: Er zijn problemen bij het vinden van ondersteunend personeel.³² Dit betreft vooral POH's (somatiek en GGZ), maar in sommige praktijken geldt dat ook voor de doktersassistenten. Overigens zijn er ook praktijken die over een stabiel personeelsbestand te beschikken. Ook zijn er praktijken met voldoende aanbod in de regio. Sommige praktijken krijgen ondersteuning bij het vinden van ondersteunend personeel door o.a. bemiddelingsbureaus en/of de zorggroep.

2.4.2 Doktersassistenten

De ondersteuning door assistenten is de afgelopen decennia toegenomen. Ten tijde van de eerste Nationale Studie van Ziekten en Verrichtingen in de Huisartspraktijk in 1987 was de verhouding 0,8 fte assistentie per fte huisarts; ten tijde van de tweede Nationale Studie in 2001 was dat 1,1 fte assistentie per fte huisarts.³³ Landelijk werken er nu ongeveer 26.000 doktersassistenten. Binnen de

³¹ Flinterman, L., Groenewegen, P., & Verheij, R. (2018). *Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn*. Utrecht: Nivel.

³² Batenburg, R., Bosmans, M., Versteeg, S., Vis, E., Asten, B. van, Vandermeulen, L., & Kruis, L. van der (2018). *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel/Prismant.

³³ Berg, M. J. van den, Kolthof, E. D., Bakker, D. H. de, & Zee, J. van der (2014). *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van de huisarts*. Utrecht: Nivel.

totale huisartsenzorg zijn circa 18.000 assistenten werkzaam.^{34,35} Daarnaast werken zij bij arbo-diensten, binnen de JGZ en tal van andere werkvelden.³⁶ De doktersassistenten hebben een eigen beroepsorganisatie, de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA). De belangrijkste werkzaamheden zijn triageren, patiënten informeren en adviseren, assisteren bij medische handelingen en het bijhouden van de administratie.^{34,37} Momenteel hebben alle huisartspraktijken in Nederland ondersteuning door minimaal één praktijkassistent en ongeveer de helft van de praktijken heeft 4 of meer assistenten. In fte's is de verhouding nu 1,2 fte assistentie per fte huisarts.³⁸

2.4.3 Praktijkondersteuners

Naast de doktersassistent zijn in bijna alle huisartspraktijken een of meer praktijkondersteuners (POH) werkzaam. De POH is een relatief jonge functie die in 1999 is geïntroduceerd en sindsdien een sterke groei heeft doorgemaakt. Binnen de huisartsenzorg behandelt en begeleidt de POH patiënten op zelfstandige basis, maar onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

Er zijn twee soorten praktijkondersteuners:

- 1) De POH – Somatiek. Deze begeleidt patiënten met een lichamelijke chronisch aandoening, zoals diabetes mellitus, astma/COPD en hart- en vaatziekten.
- 2) De POH – GGZ. Deze praktijkondersteuner ondersteunt de huisarts bij de begeleiding en behandeling van patiënten met psychische, psychosociale of psychosomatische problemen.

De POH is werkzaam onder de eind- of behandelverantwoordelijkheid van de huisarts. De taken van een praktijkondersteuner kunnen per huisartsenpraktijk anders ingevuld zijn. De praktijkondersteuner kan onder meer voorlichting geven over de ziekte, de patiënt begeleiden bij medicatiegebruik en veranderingen in de leefstijl en controleonderzoeken uitvoeren. Bij de functie ligt de focus op ondersteuning, begeleiding, kortdurende behandeling en indien nodig verwijzing van patiënten. Verwijzingen vinden plaats naar de generalistische basis ggz (gb-ggz) of de gespecialiseerde ggz (s-ggz), de somatiek of juist het sociale domein.

Grofweg de helft van de praktijken heeft - naast de 4 of meer assistentes - 2 POH's-Somatiek en 1 POH-GGZ. In fte's is de verhouding nu 0,7 fte POH per fte huisarts.

2.4.4 Transitie praktijkondersteuning

In 2014 hebben de beroepsgroepen werkzaam in de huisartsenzorg vastgelegd hoe het ondersteunend team in de huisartsenzorg in de toekomst is samengesteld. Daarbij wordt uitgegaan van de praktijkassistent, de praktijkverpleegkundige en de huisarts. Voor de nieuwe functie praktijkverpleegkundige huisartsenzorg (PVH) is eind 2014 een competentie- en eindtermendocument voor de opleiding vastgesteld die het uitgangspunt vormen voor de nieuwe functie praktijkverpleegkundige

³⁴ Het beroep. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.nvda.nl/het-beroep/>

³⁵ Tabel 1: raming van het aantal werkzame doktersassistenten in de huisartsenzorg en het aantal vacatures in december 2015. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.ssfh.nl/werken-in/arbeidsmarkt-in-cijfers/vacaturemonitor/>

³⁶ Waar werk jij? Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.nvda.nl/waar-werk-jij/>

³⁷ Landelijke Huisartsen Vereniging, & InEen (2019). *Handleiding FWHZ: Functiewaardering Huisartsenzorg 2019*. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/functiewaardering-huisartsenzorg>

³⁸ Flinterman, L., Groenewegen, P., & Verheij, R. (2018). *Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn*. Utrecht: Nivel.

in de huisartsenzorg.³⁹ In 2016 zijn in de Sociaal Economische Raad (SER) afspraken gemaakt om de positie van de POH-S verder te ontwikkelen en te differentiëren door invoering van de Praktijk Verpleegkundige Huisartsenzorg.⁴⁰ Deze ontwikkeling heeft directe consequenties voor de praktijkondersteuner-somatiek (POH-S).

In de praktijk wordt de POH-functie ook wel aangeduid met de toevoeging -S, van somatiek. Echter de aandacht van de POH gaat ook uit naar aspecten van zingeving en psychische en sociale factoren die van invloed zijn op hoe de patiënt ziekte en gezondheid ervaart. Om die reden wordt in het herziene competentieprofiel de functie aangeduid met POH. POH is zowel van toepassing op de functionaris met als opleidingsachtergrond verpleegkundige als voor de POH met een andere paramedische achtergrond, bijvoorbeeld doktersassistent.

Inmiddels zijn de competentieprofielen van POH en PVH allebei herzien (respectievelijk in 2017 en 2018) en wordt de POH-transitie verder ingevuld.⁴¹ De POH verleent gedelegeerde medisch-inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg, in het bijzonder aan patiënten met een chronische ziekte, en heeft daarnaast niet-patiëntgebonden taken. Het accent ligt op medisch-inhoudelijke activiteiten die zich lenen voor taakdelegatie en protocollering. De PVH verleent verpleegkundige zorg en in opdracht van de huisarts medisch-inhoudelijke huisartsgeneeskundige zorg en heeft daarnaast niet-patiëntgebonden taken. Overigens is de PVH wel een nieuwe functie, maar niet per se een extra functionaris in de huisartsenzorg. Huisartsen kunnen zelf de keuze maken voor een POH en/of een PVH. Momenteel worden PVH opgeleid met een kopopleiding/extra modules na de hbo-v-opleiding. De eerste PVH stromen naar verwachting in 2020-2021 uit naar de huisartsenpraktijk.

2.4.5 Verpleegkundig specialisten

De verpleegkundig specialist (VS) ondersteunt diverse geneeskundig specialismen, waaronder de huisarts. De VS kent een voorloper, de zogenaamde nurse practitioner (NP). De NP wordt sinds 1998 opgeleid en is sinds 2000 op de arbeidsmarkt actief. Het beroep werd per 2009 in het BIG-register opgenomen als wettelijke erkend specialisme onder artikel 14. Hierbij werd de naam Nurse Practitioner vervangen door een Nederlandse variant 'verpleegkundig specialist'. Vanaf 2009 kunnen verpleegkundig specialisten die voldoen aan alle registratie eisen zich inschrijven in het register. Studenten die vanaf 2009 hun studie hebben afgerond mochten zich rechtstreeks inschrijven in het register voor VS. Eerder afgestudeerden hadden de mogelijkheid om zich via een assessment te laten registreren. Na een vijfjarige experimenteerperiode - vanaf januari 2012 - kregen VS'en per 1 september 2018 definitieve zelfstandige bevoegdheden voor het uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen (art. 36a) en geldt voor de VS het tuchtrecht.

Per 1 januari 2019 zijn er circa 3.494 VS'en werkzaam, met in totaal 3.066 fte.⁴² Van deze groep werken 2.433 personen in de algemene gezondheidszorg (AGZ) de overige VS zijn actief in de GGZ. Per 1

³⁹ Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (2015) *Eindrapportage Project Transitiefase POH-S: Kernteam Transitiefase POH-S*. Den Haag: Auteur.

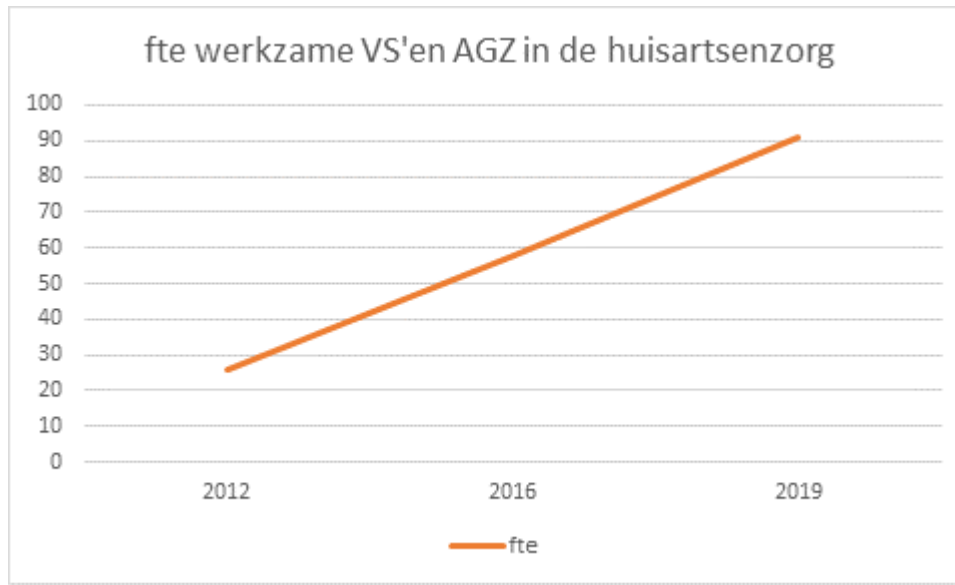
⁴⁰ LHV, NHG, InEen, NVDA, NVvPO, FNV Zorg & Welzijn, CNV Zorg & Welzijn, V&VN, & Samenwerkende Hogescholen met opleiding POH (2017). *Rapport POH Transitie*. Geraadpleegd op 19 november 2019 op https://ineen.nl/assets/files/assets/uploads/Rapport_POH_Transitie-20_april_2017.pdf

⁴¹ Expertgroep 'PVH en vervolg POH transitie' (2018) *Rapport Praktijkverpleegkundige Huisartsenzorg (PVH) en vervolg POH Transitie*. Geraadpleegd op 19 november 2019 op https://www.ssfh.nl/fileadmin/Files/documenten/werken_in/Rapport_Praktijkverpleegkundige_Huisartsenzorg_PVH_en_vervolg_POH_Transitie.pdf

⁴² Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Utrecht: Prismant.

januari 2019 zijn er 309 verpleegkundig specialisten AGZ werkzaam in de huisartsenzorg. Tezamen werken zij 197 fte. Daarnaast zijn er nog VS-GGZ werkzaam binnen de huisartsenzorg. Per 1 januari 2018 gaat het om 26 fte.⁴³

Figuur 5: Aantal VS en het aantal fte werkzaam in de (huisartsen)zorg



Bron: Capaciteitsplan 2021-2024 VS AGZ

Het aantal fte aan verpleegkundig specialisten AGZ dat werkzaam is in de huisartsenzorg neemt toe, maar wel langzamer dan voorheen. Over de periode 2012-2016 betrof de toename een verdubbeling. In de periode 2016-2019 is dat 32%, bijna 11 % per jaar. Zie figuur 5.

Onder andere in de huisartsenzorg worden VS-en meer gespecialiseerd. In de Handleiding Functiewaardering Huisartsenzorg is de functie van de verpleegkundig specialist niveau A als volgt omschreven: 'verleent hoogcomplexere verpleegkundige zorg en hierin geïntegreerde, routinematige medische zorg aan nauw gespecificeerde categorieën patiënten met enkelvoudige, veelvoorkomende klachten/aandoeningen, waarvoor een consult is geboekt. ... De verpleegkundig specialist draagt tevens zorg voor de (door)ontwikkeling van standaardprocedures en (kwaliteits-)beleid.' Op andere niveaus gaat het ook om meer complexe, risicovolle verpleegkundige zorg, al dan niet geprotocolleerde medische zorg aan een specifieke patiëntengroep met meer complexe problemen en initiëren en ontwikkelen van protocollen, richtlijnen, standaarden en beleid.⁴⁴

In de huisartsenzorg is de opvolgingsproblematiek een veelgenoemd knelpunt. Wanneer er geen opvolger gevonden wordt en/of er een lokale krapte aan huisartsen is, kiezen huisartsenpraktijken vaak voor de inzet van een HIDHA, waarnemer, PA en/of VS. Omdat VS'en en PA's vaak langer binnen de

⁴³ Capaciteitsorgaan (2018). *Capaciteitsplan 2020-2024: Deelrapport 7 Beroepen Geestelijke Gezondheid*. Utrecht: Auteur.

⁴⁴ Landelijke Huisartsen Vereniging, & InEen (2019). *Handleiding FWHZ: Functiewaardering Huisartsenzorg 2019*. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/functiewaardering-huisartsenzorg>

organisatie werkzaam blijven, valt de keuze vanwege de continuïteit van zorg vaker op deze beroepen.

In het Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022 wordt de inzet van andere zorgverleners zoals de VS genoemd als middel om aan de veranderende zorgvraag te voldoen.⁴⁵ In de huisartsenzorg zullen de voorziene taakverschuivingen vanuit geneeskundig specialisten zorgen voor (oplopende) tekorten aan VS'en, Dit komt doordat de beschikbare capaciteit aan verpleegkundig specialisten AGZ (en GGZ in de huisartsenzorg vooralsnog achterblijft. Het Capaciteitsorgaan voorziet dat de huisartsen jaarlijks 31 tot 50 fte aan taken verschuiven naar de PA en de VS-AGZ, terwijl het aantal fte aan PA's en VS-AGZ in de huisartsenzorg slechts steeg met slechts 27 fte per jaar sinds 2016. Relatief gezien verschuiven huisartsen veel taken naar andere beroepen: -0,6% tot -1,4% per jaar. Vanwege de tekorten in de huisartsenzorg en de krapte in VS'en is in het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022 afgesproken dat de LHV en InEen hun leden zullen ondersteunen om de komende jaren minimaal 45 leerplekken voor VS in de huisartsenzorg te realiseren.⁴⁶

2.4.6 Physician assistants

Het beroep van physician assistants (PA) werd - na een 5-jarige experimenteerperiode - in 2018 definitief in het BIG-register opgenomen, in artikel 3 en 33a en b. Hiermee werd PA een beschermde beroepstitel, met zelfstandige bevoegdheid voor het uitvoeren van bepaalde voorbehouden handelingen (art. 36a) en valt de PA onder het tuchtrecht. De physician assistant heeft een zelfstandige bevoegdheid voor het verrichten van medisch voorbehouden handelingen overeenkomstig zijn of haar competentiegebied. Op het afgesproken werkterrein handelt de PA zelfstandig en draagt hij verantwoordelijkheid voor de behandeling van patiënten. Volgens de functiebeschrijving is de PA - afhankelijk van zijn niveau - verantwoordelijk voor het uitvoeren, al dan niet geprotocolleerd, van laagcomplexe tot (hoog) complexe, risicovolle verpleegkundige of medische zorg aan een specifieke patiëntengroep. Het kan gaan om enkelvoudig veelvoorkomende klachten tot complexere problemen. Ook initieert en ontwikkelt de PA of levert hij een bijdrage aan protocollen, standaarden, procedures en beleidsvoorstellen. Dit gebeurt onder supervisie van de huisarts.⁴⁴

Per 1-1-2019 zijn er circa 1.058 PA werkzaam, met in totaal 951 fte. Veruit het grootste deel van de werkzame PA werkt in de medisch specialistische zorg. In de huisartsenzorg werken er 131 PA voor 91 fte. Dat is 1 fte op 100 huisartsen. Wel is het aandeel van fte's van de PA in de huisartsenzorg licht gestegen.⁴⁷ Zie tabel 11.

Tabel 11: Werkzame fte PA's: ontwikkeling in de huisartsenzorg t.o.v totaal aantal PA's

Werkveld	2019	2016	2012
Huisartsenzorg	9,6%	8,6%	7,7%

Bron: Prismant 2019

⁴⁵ Landelijke Huisartsenvereniging, InEen, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 11 juli). *Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022*. Geraadpleegd op 9 augustus 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-huisartsenzorg-2019-2022>

⁴⁶ Het is echter niet gespecificeerd of dit 45 plaatsen per jaar is of over de looptijd van het akkoord.

⁴⁷ Aalbers, W. Van de Leemkolk, B. & Van der Velde, F. (juni 2019). *Alumni van de masteropleidingen Physician Assistent*. Utrecht: Prismant.

Specifiek voor de huisartsenzorg financiert het ministerie van VWS sinds 2013 – via een tijdelijke stimuleringsregeling – het opleiden van physician assistants (en verpleegkundig specialisten) in de huisartsenzorg. Dit moet huisartsen met weinig middelen helpen om opleidingsplaatsen te bieden. De regeling beoogt het gat tussen de subsidie voor de huisarts in opleiding en de physician assistant (of verpleegkundig specialist) in opleiding te verkleinen.

Naar verwachting verschuiven er de komende jaren taken vanuit de huisarts naar de physician assistant.⁴⁵ De verwachte taakverschuivingen zijn omvangrijk. Een hogere instroom in de opleidingen is nodig om tijdig voldoende physician assistants (en verpleegkundig specialisten AGZ) op te leiden om aan de vraag te voldoen. Echter het effect zal vanaf 2019 zo'n 4-5 jaar op zich laten wachten: 2 jaar tot het bijsturingjaar en dan 2-3 jaar voordat de extra instromers gediplomeerd zijn. Hierdoor is wel oplopende werkdruk te voorzien en hogere vraag naar andere beroepen in de huisartsenzorg. Het Capaciteitsorgaan voorziet dat er jaarlijks 31 tot 50 fte aan taken verschuift van de huisarts naar de PA en de VS-AGZ. Het aantal fte aan PA en VS in de huisartsenzorg sinds 2016 met slechts 27 fte per jaar steeg. Vergeleken met andere medisch specialismen verschuiven huisartsen veel taken naar andere beroepen; -0,6% tot -1,4% per jaar.

Ook is er een tekort aan PA's voor de huisartsenzorg. Vandaar dat in het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022 ook is afgesproken dat de LHV en Ineen hun leden zullen ondersteunen om de komende jaren minimaal 30 leerplekken voor PA in de huisartsenzorg te realiseren.

2.4.7 Praktijkmanager

In het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022 wordt de inzet van de praktijkmanager genoemd 'die niet-patiëntgebonden taken van de huisarts kan overnemen, zodat een huisarts zijn tijd vooral aan patiënten kan besteden'. Dit zou mede kunnen bijdragen aan vermindering van de algemeen ervaren werkdruk en werklast van de huisarts in de huisartsenpraktijk. De functie praktijkmanager is ondertussen opgenomen in de Functiewaardering Huisartsenzorg (FWHZ).⁴⁴ Hierin worden de volgende elementen van de functie (met 3 niveaus) beschreven: Op niveau B is de manager 'verantwoordelijk voor het op efficiënte en effectieve wijze coördineren van de praktijkorganisatie en het uitvoeren van administratieve en organisatorische werkzaamheden, opdat huisartsen en medewerkers zo effectief en efficiënt mogelijk hun werk kunnen uitvoeren.' De manager op niveau C geeft hiërarchisch leiding aan enkele organisatorische eenheden, draagt zorg voor een optimale personele formatie en stuurt direct en indirect personeel aan. Ook ontwikkelt deze het tactisch beleid en levert hij een bijdrage aan innovatie van dienstverlening en het strategisch beleid van de organisatie. Tenslotte beheert deze manager het budget van de organisatorische eenheid.

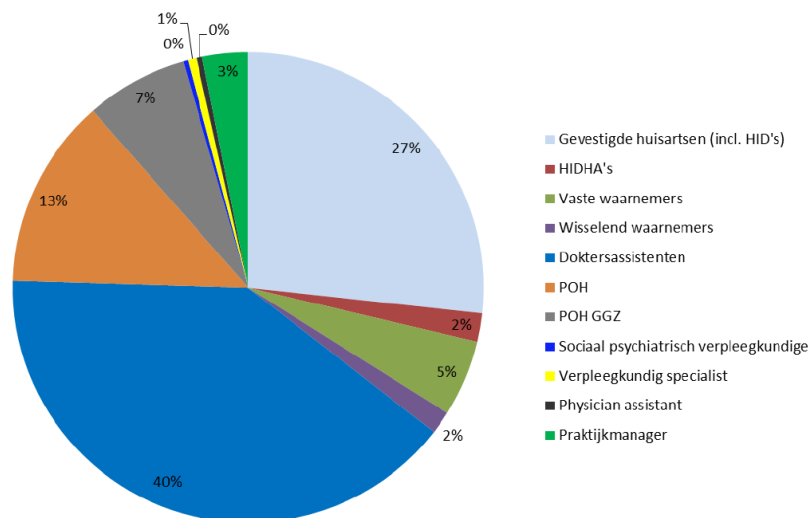
Steeds meer huisartspraktijken hebben inmiddels - naast vakinhoudelijke ondersteuning - een praktijkmanager in dienst, die een deel van de administratieve taken op zich neemt. Immers meer (ondersteunend) personeel leidt ook tot extra werkdruk en taken. Daardoor moet meer tijd besteed worden aan HRM en aan de organisatie zelf. Dat betekent meer overleggen, bijvoorbeeld met de POH over ketenzorg, en met de POH-GGZ afspraken maken over het beleid. In 44% van de praktijken

is de praktijkmanager *niet* een van de huisartsen. De helft van deze ‘managers-niet-huisarts’ werkt een dag per week of minder in een huisartspraktijk/gezondheidscentrum.⁴⁸

2.4.8 Verhoudingen tussen de disciplines

In de Nivel huisartsenpraktijk-enquête hebben de respondenten de capaciteit in fte ingevuld voor de verschillende functies in de praktijk.⁴⁹ Zie figuur 6.

Figuur 6: Functieverdeling huisartsen(dag)zorg-capaciteit in NL (totaal 25.875 FTE)



Bron: Nivel 2018; Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg

Figuur 6 laat de functiesamenstelling zien van de totale capaciteit aan (dag)huisartsenzorg in Nederland naar alle in de enquête uitgevraagde functies. Figuur 6 geeft daarmee tevens de gemiddelde functiesamenstelling weer van de huisartsenpraktijken, ook wel functiemix of skill-mix genoemd. Op praktijkniveau is er de nodige variatie in de functiesamenstelling. Op basis van de gewogen praktijkenenquête-data kan geschat worden dat door de verschillende functies in totaal bijna 26.000 fte wordt gewerkt in de (dag)huisartsenzorg in Nederland.⁵⁰

2.5 Multidisciplinaire samenwerking

Huisartsen werken multidisciplinair samen, dat wil zeggen dat zij met verschillende disciplines samenwerken in de zorg voor één patiënt. Deze disciplines hoeven niet noodzakelijk bij dezelfde organisatie te werken. Multidisciplinaire samenwerking gebeurt zowel binnen de eigen praktijk (solo-,

⁴⁸ Flinterman, L., Groenewegen, P., & Verheij, R. (2018). *Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn*. Utrecht: Nivel.

⁴⁹ De Nivel huisartsenpraktijk-enquête is gebaseerd op een respons van circa 1.100 bruikbaar ingevulde (web)vragenlijsten. Deze respons is gewogen naar regio en type praktijk (solo-, duo-, groepspraktijk) zodat de cijfers naar deze kenmerken een afspiegeling vormen van de populatie van ruim 5.000 huisartsenpraktijken in Nederland.

⁵⁰ De inzet van aios in de huisartsenpraktijk is hierbij niet meegerekend. Ook is de capaciteit die ingezet wordt voor de ANW-zorg niet in deze capaciteitsberekening meegenomen. Dit is een beperking aangezien er de specifieke capaciteit die in de huisartsenposten aanwezig is bijdraagt aan de totale huisartsenzorg in Nederland. Dit betreft vooral de inzet van (junior) triagisten. De respondenten hebben enkel de capaciteit ingevuld van de eigen praktijk, om hiermee 'dubbelstellingen' te voorkomen wanneer personen in meerdere praktijken werkzaam zijn.

duo- of groepspraktijk), maar ook in gezondheidscentrum, eerstelijnscentrum, HOED (huisartsen onder één dak) of GOED (gezondheidszorg onder één dak). Er bestaan hierbij samenwerkingsverbanden tussen huisartsen(zorg), maatschappelijk werk, wijkverpleging, fysiotherapie, verloskunde, ziekenverzorging, farmacie, dieetadvies en medisch specialisten, maar ook in allerlei vormen met voorzieningen en diensten uit het gemeentelijke domein. In alle gevallen is adequate informatievoorziening en afstemming tussen de betrokken personen van belang.⁵¹

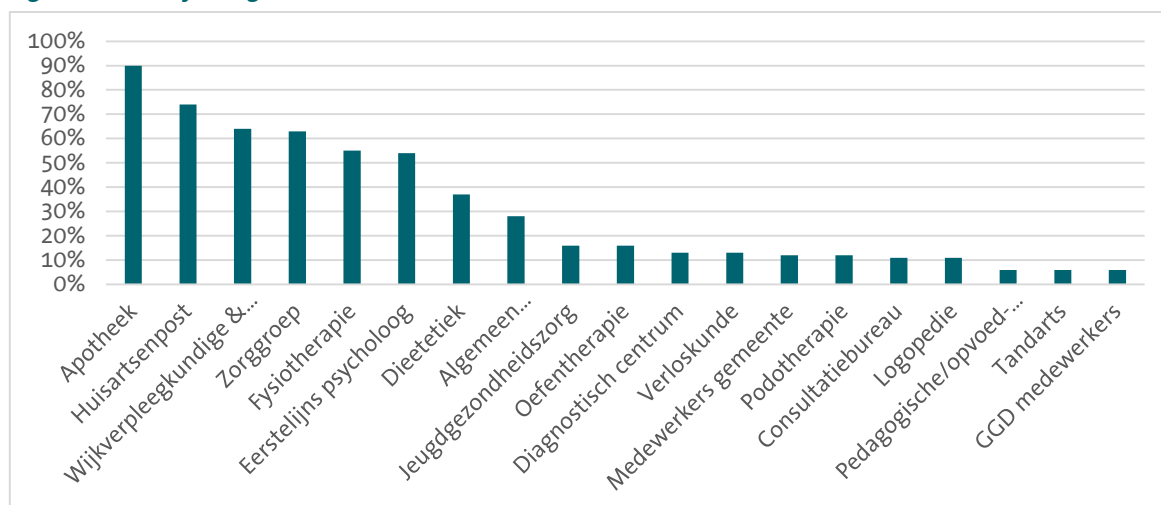
Brancheorganisaties zoals de LHV, NHG, InEen, NVDA en de NVvPO zetten zich in om de samenwerking en de organisatiegraad in de eerstelijnszorg te versterken, met ook aandacht voor organisatie, innovatie en samenwerking.

De samenwerking kan op verschillende manieren vorm krijgen, bijvoorbeeld via:

- Consult, al dan niet gezamenlijk of op afstand (zoals tele- of videoconsultatie);
- Vormen van overleg, zoals casuïstiekbespreking, multidisciplinair overleg (MDO), of regionaal transmurale afspraken (RTA);
- Samenwerkingsverbanden, zoals al dan niet categorale netwerken (bijvoorbeeld Parkinsonnetwerk).

Er bestaat een grote verscheidenheid in de eerste en in de tweede lijn voor de verschillende disciplines waarmee wordt samengewerkt. Zie de figuren 8 en 9.^{52, 53}

Figuur 7: Eerstelijnszorgaanbieders met wie huisartsen samenwerken



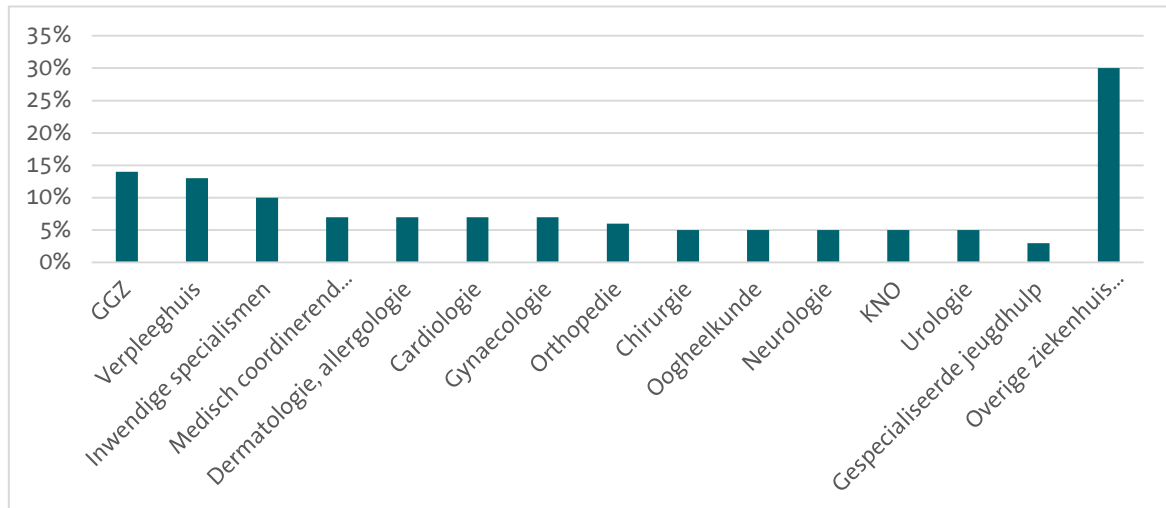
Bron: Nivel 2015, De Toekomstvisie huisartsenzorg 2022

⁵¹ Njoo, K.H. (2017). *Multidisciplinair samenwerken tussen huisarts en zorgverleners buiten de praktijk en het H-EPD*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.

⁵² Hassel, D. van, Korevaar, J., Batenburg, R.S., Schellevis, F. (2015). *De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022: Waar staat de huisartsenzorg anno 2014?* Utrecht: Nivel.

⁵³ Gezien de ontwikkelingen in de zorg (zie ook paragraaf 2.1.1.) zullen bij de samenwerkingsverbanden in de eerste lijn met name ook medewerkers vanuit het gemeentelijke domein aangesloten zijn.

Figuur 8: Tweedelijns zorgaanbieders met wie huisartsen samenwerken



Bron: Nivel 2015; De Toekomstvisie huisartsenzorg 2022.

2.5.1 Zorggroepen

Een zorggroep is een organisatie waarin zorgaanbieders - vooral ook huisartsen - zijn verenigd. De zorggroep coördineert en levert de zorg in een bepaalde regio waarbij de zorggroep de hoofdcontractant is van de door zorgverzekeraars gecontracteerde ketenzorgprogramma's in een regio. De zorggroepen leveren, samen met hun ketenpartners, programmatische zorg aan chronische patiënten en werken daarbij met elkaar aan kwaliteitsverbetering en innovatie van deze zorg. Hierbij hanteren zij NHG-zorgstandaarden als uitgangspunt voor de aangeboden ketenzorgprogramma's. In Nederland zijn er ongeveer 115 zorggroepen en zij organiseren allemaal zorg voor patiënten met diabetes mellitus en COPD, maar vaak ook zorgprogramma's voor aandoeningen, zoals astma en cardiovasculair risicomanagement.

In toenemende mate leggen de zorggroepen zich ook toe op het bieden van meer persoonsgerichte zorg. Hierbij wordt gewerkt met individuele zorgplannen, waarbij het ondersteunen van zelfmanagement relevant is. Met name ook bij het organiseren van zorg voor kwetsbare doelgroepen, zoals kwetsbare ouderen en mensen met GGZ-problematiek wordt vaak samengewerkt met andere organisaties in de zorg en sociale wijkteams binnen gemeenten.

In de rapportage 'Transparante ketenzorg, rapportage 2018 zorggroepen, diabetes mellitus, VRM, COPD en astma' zijn gegevens opgenomen over diverse zorgprogramma's. Het betreft zorgprogramma's voor diabetes mellitus type 2, COPD, astma en vasculair risicomanagement bij patiënten met een hart- en vaatziekte (HVZ) en zonder hart- en vaatziekte (VVR). In 2018 is er voor het eerst ook een vergelijking gemaakt tussen dezelfde indicatoren bij verschillende zorgprogramma's. Dat betreft het LDL-cholesterol bij de zorgprogramma's diabetes, HVZ en VVR. Ook is er een vergelijking gemaakt van de verdeling van de behandeling in eerste versus tweede lijn over alle programma's. Dat laatste is tevens gedaan over 3 jaren om een mogelijke trend te volgen. Ook is gekeken of de scores van een groep bij het ene zorgprogramma overeenkomen met die bij een ander programma. Met andere woorden: als een zorggroep topscoorder is bij het ene zorgprogramma is zij dat dan ook

bij de andere programma's? Nieuw is een hoofdstuk over patiëntervaringen. Hiervoor deden twaalf zorggroepen mee aan de pilot voor het door ontwikkelen van de patiëntenquête over ervaringen met chronische zorg-programma's.⁵⁴

2.5.2 Anderhalvelijnszorg

Waar het gaat om multidisciplinaire samenwerking tussen de eerste en tweede lijn is de zogenoemde anderhalvelijnszorg een inmiddels bekende vorm, zonder dat exact gedefinieerd is wat dat begrip precies inhoudt. Aanleiding van het ontstaan hiervan is de behoefte om de zorg goedkoper te maken met dezelfde kwaliteit als de tweedelijnszorg. Er zijn diverse initiatieven waarbij medisch specialisten uit de tweede lijn hun spreekuur houden bij huisartspraktijken of gezondheidscentra in de wijk, of samen met huisartsen patiënten zien, in plaats van in het ziekenhuis. Hierdoor kan een verwijzing voorkomen worden en de huisarts kan de regie over de behandeling houden.

In dit kader is ook van belang dat specialisten ouderengeneeskunde en AVG per 2020 een zelfstandige betaaltitel krijgen binnen de Zvw. Dit zal naar verwachting de samenwerking met deze specialisten bevorderen. Zie ook paragraaf 6.4.2.

2.6 Regionale ondersteuningsstructuur

In Nederland is er een landelijk dekkend netwerk van Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS-en). De ROS adviseert en begeleidt in de eigen regio's de eerste lijn – waaronder de huisarts - én betrokken partijen bij het realiseren van samenhangende zorg in de wijken. Dat is nodig, omdat met alle veranderingen in de zorg ook de complexiteit van de vraagstukken toeneemt. Hierdoor hebben zorgprofessionals, gemeenten/overheid en alle andere zorg- en welzijnsorganisaties elkaar nodig, niet alleen binnen de eerste lijn, maar zeker ook over de domeinen heen.

De ROS heeft kennis van de eerste lijn en weet wat er speelt in de regio. Zij wil als onafhankelijke regionale partner samen met de eerste lijn en andere betrokkenen de zorg en ondersteuning slimmer en efficiënter organiseren. Dit gebeurt door het begeleiden, ontwerpen en onderzoeken van veranderprocessen in de (organisatie van de) zorg en door het stimuleren van vernieuwing en innovatie. Zo zet de ROS zich in voor het realiseren van gezonde wijken, in samenwerking met landelijke, regionale en lokale partners zoals brancheorganisaties, patiëntenorganisaties, kennisinstututen, zorgaanbieders, gemeenten en zorgverzekeraars.

In het ROS-netwerk wisselen de ROS-en kennis en ervaring uit over: als zelfmanagement, wijkgericht werken, substitutie, geïntegreerde gebiedsanalyses en zorgthema's.

De ROS wordt gefinancierd door het ministerie van VWS om de eerstelijnszorg voor inwoners in de wijk te versterken, maar ook betalen zorgverzekeraars een bedrag per inwoner om de implementatie van vernieuwingen te ondersteunen, de eerste lijn te versterken en innovatie te stimuleren.

Er zijn 15 ROS-en, die allen zijn aangesloten bij InEen, de brancheorganisatie van de eerste lijn.⁵⁵

⁵⁴ InEen (juni 2019). *Transparante ketenzorg, rapportage 2018 zorggroepen, diabetes mellitus, VRM, COPD en astma*. Utrecht: Auteur.

⁵⁵ Over het ROS-netwerk. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.ros-netwerk.nl/ros-netwerk>

3 Opleiding

3.1 Inleiding

Volgens het Kaderbesluit van het (toenmalige) College Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten, duurt de opleiding tot huisarts nominaal 3 jaar bij een voltijds dienstverband.⁵⁶ De sollicitatie naar een opleidingsplaats en de toewijzing van opleidingsplaatsen door de Huisartsopleiding Nederland (HON) is sinds 2016 veranderd. Er funktioneert nu een landelijk toewijzingsmodel dat bestaat uit een centrale aanmelding, een decentrale selectie volgens een landelijk gestandaardiseerde selectiemethode en vervolgens een landelijke spreiding van de aios. Het streven is om alle opleidingsplaatsen, ook die in de periferie, te benutten.

De Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH) is de formele werkgever van alle aios huisartsgeneeskunde en heeft met zowel huisartsopleiders als opleidingsinstellingen voor de tussentijdse stages opleidingsovereenkomsten gesloten. De huisartsopleiders zijn op hun beurt verbonden aan één van de acht opleidingsinstituten. Dit betreft het AMC-UvA en VU Medisch Centrum in Amsterdam, het UMC St. Radboud in Nijmegen, het Erasmus MC in Rotterdam, het Maastricht UMC+, het UMC Groningen, het UMC Utrecht en het LUMC in Leiden.

3.2 Adviezen

Het Capaciteitsorgaan heeft tot nu toe tien adviezen uitgebracht over de instroom van aios in de medische vervolgopleiding huisartsgeneeskunde. In 2000, 2001, 2002, 2005, 2008, 2010, 2013 en 2016 betrof dit een advies in het kader van een integraal Capaciteitsplan. In 2009 en 2015 is een tussentijds advies uitgebracht vanwege onverwachte nieuwe inzichten en/of ontwikkelingen.

In 2009 betrof het tussentijds advies de onzekerheid over de beschikbare reservecapaciteit aan praktijkzoekende huisartsen. Uit onderzoek bleek die reservecapaciteit niet te bestaan, waarop het advies over de instroom in de opleiding tussentijds werd verhoogd van 540 naar 730 plaatsen. In het Capaciteitsplan 2013 werd aan het ministerie van VWS geadviseerd om de instroom in de opleiding toe te wijzen binnen een bandbreedte van 698 tot 720 aios. Dat aantal was lager dan het tussentijdse advies van 2009. Het Capaciteitsorgaan adviseerde een lagere instroom, omdat de gerealiseerde uitstroom uit het beroep iets lager was dan eerder was voorzien.⁵⁷ Het advies was gebaseerd op het voorkeursscenario met doorgaande trend en evenwicht op de lange termijn - ofwel 16 jaar na implementatie - in 2031. In dit plan waren de geschatte effecten van substitutie verdisconteerd, evenals het verondersteld langer doorwerken van huisartsen vanwege de geleidelijke verhoging van de AOW-leeftijd per 1 januari 2014.⁵⁸

In 2015 is een tussentijds advies uitgebracht naar aanleiding van onderzoek naar de tijdsbesteding van huisartsen. Dit onderzoek is in opdracht van het Capaciteitsorgaan door Nivel uitgevoerd in de

⁵⁶ Conform richtlijn 2005/36/EG van het Europees parlement en de raad van 7 september 2005, betreffende de erkenning van beroepskwalificaties.

⁵⁷ Capaciteitsorgaan (december 2010). *Capaciteitsplan 2010: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: Auteur.

⁵⁸ Capaciteitsorgaan (oktober 2013). *Capaciteitsplan 2013: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: Auteur.

periode van 2013 tot 2014. Het betrof een landelijk SMS tijdsbestedingsonderzoek onder 1.051 huisartsen. Uit dat onderzoek kwam naar voren dat huisartsen gemiddeld 0,77 fte werkten. Dit komt neer op een 44-urige werkweek en die inzet was groter dan eerder geraamd.⁵⁹ Daarom was bijstelling nodig van het Capaciteitsplan 2013. Dat heeft geresulteerd in het tussentijds advies dat in april 2015 aan de minister van VWS is aangeboden met het advies om de jaarlijkse instroom te verlagen tot 698 aios.⁶⁰

Eind 2016 kwam het vorige reguliere integrale advies van het Capaciteitsorgaan uit. Geadviseerd werd een jaarlijkse instroom aan aios huisartsgeneeskunde met een bandbreedte van 555 tot 630 aios.

3.3 Besluiten

De opleidingscapaciteit werd naar aanleiding van het Capaciteitsplan 2008 in 2009 door de minister van VWS verhoogd. In plaats van de geadviseerde instroom van 540 aios ging de opleidingscapaciteit omhoog naar 600 personen en startten er dat jaar uiteindelijk 594 aios met de opleiding huisartsgeneeskunde. In de periode 2010 tot en met 2018 begonnen het volgens de RGS respectievelijk 580, 594, 638, 676, 699, 720, 713, 729 en 722 personen jaarlijks aan de opleiding.

Het tussentijds advies uit 2009 (jaarlijkse instroom 730 aios) is formeel nooit behandeld door de val van het kabinet. Voor de opleiding huisartsgeneeskunde kreeg de SBOH daarom in 2011 slechts ruimte voor een instroom van 600 aios. De in het Capaciteitsplan 2010 geadviseerde instroom van 720 aios voor de instroom in de opleiding huisartsgeneeskunde vanaf 2012 is door het ministerie van VWS overgenomen. Het in het Capaciteitsplan van 2013 opgenomen aantal van 698 tot 720 aios is daarentegen niet geaccordeerd. De minister van VWS heeft per 2015 ervoor gekozen om de instroom te maximaliseren op 750 aios. De minister week onder meer af van het gegeven advies, omdat de LHV in 2015 stelde dat een gemiddelde huisartspraktijk op termijn minder ingeschreven patiënten zou moeten hebben. Ook zou er volgens de LHV een tekort aan huisartsen dreigen door overheveling van taken naar de huisarts.⁶¹

In april 2015 bracht het Capaciteitsorgaan het tweede tussentijdse advies over de huisartsgeneeskunde uit. Geadviseerd werd om de instroom alsnog te verlagen naar 698 aios. Uit onderzoek bleek namelijk dat vooral vrouwelijke huisartsen meer uren werkten dan waarmee het Capaciteitsplan 2013 rekening hield. De minister van VWS hield toch vast aan haar eerdere beleid en stelde voor de periode van 2015-2017 per jaar 750 plaatsen beschikbaar.⁶²

De minister heeft haar besluit om een instroom van 750 aios te subsidiëren na het advies uit 2016 niet aangepast. In 2018 werden in eerste instantie 690 opleidingsplaatsen gesubsidieerd.⁶³ Later is

⁵⁹ Hassel, D. van, Velden, L.F.J. van der, Batenburg, R.S. (2014). *Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen*. Utrecht: Nivel.

⁶⁰ Capaciteitsorgaan (2015, 7 april). *Tussentijds advies Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: Auteur.

⁶¹ Schippers, E.I. (2014, 12 juni). *Capaciteitsplan 2013* [Kamerbrief]. Den Haag: Ministerie van VWS.

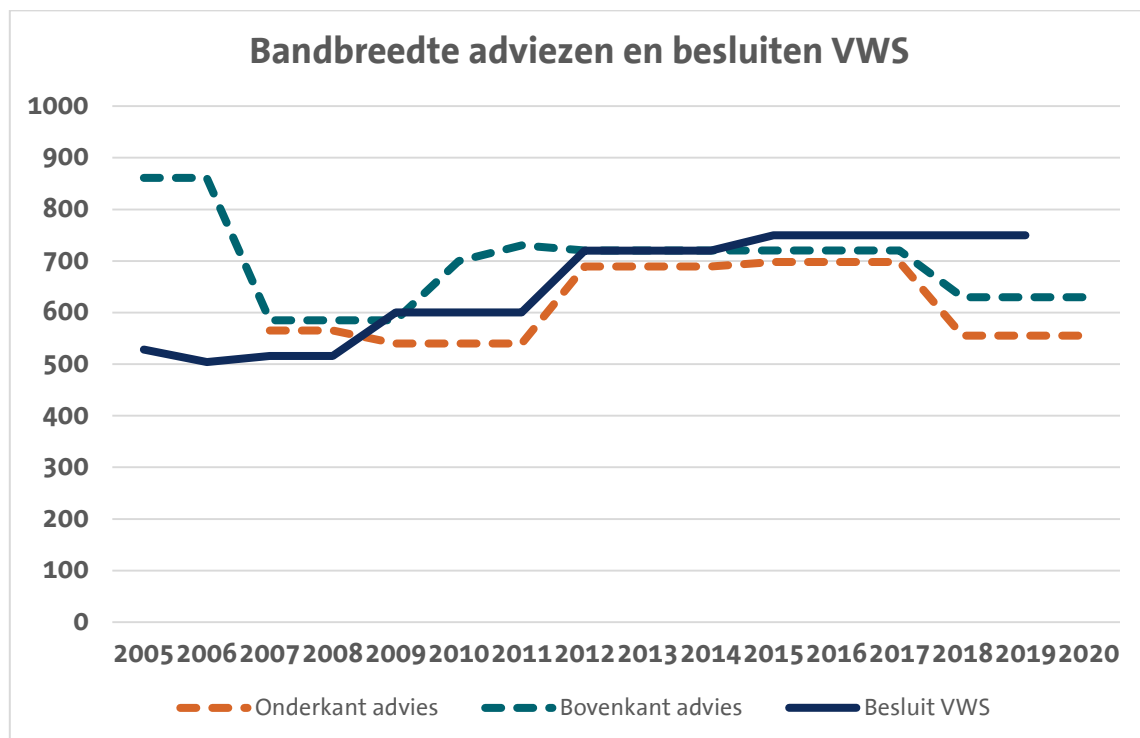
⁶² Schippers, E.I. (2015, 4 mei). *Rapporten Capaciteitsorgaan* [Kamerbrief]. Den Haag: Ministerie van VWS.

⁶³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2017, 21 april). *Instroom 2018 huisarts, SO en AVG* [Brief aan SBOH]. Den Haag: Auteur.

dit aantal alsnog verhoogd naar 750.⁶⁴ Ook in 2019 is er geen wijziging geconstateerd in het beleid van het ministerie van VWS.

Figuur 9 geeft meer inzicht in de adviezen van het Capaciteitsorgaan en de besluiten van de minister.

Figuur 9: Adviezen Capaciteitsorgaan en besluiten ministerie van VWS; 2005-2019



Het ministerie van VWS zat in de periode 2005-2009 stelselmatig beneden de geadviseerde bandbreedte van het Capaciteitsorgaan en vanaf 2015 tot en met 2019 boven de geadviseerde bandbreedte.

3.4 Selectie en plaatsing van aios huisartsgeneeskunde

Voor de huisartsopleiding kunnen basisartsen twee keer per jaar solliciteren naar een opleidingsplaats. De selectie wordt decentraal uitgevoerd door de acht afzonderlijke opleidingsinstellingen. Jaarlijks starten in maart en september de nieuwe aios huisartsgeneeskunde aan hun opleiding. De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) houdt bij hoeveel artsen jaarlijks instromen.

Het verzoek aan de opleidingsinstituten was om de opleidingscapaciteit – uitgedrukt in het aantal door de minister van VWS gesubsidieerde opleidingsplaatsen – volledig te benutten en de capaciteit te spreiden over het gehele land. Bijzondere aandacht werd gevraagd voor de regio's waarin de opvolging van huisartsen een probleem was of zou kunnen worden; de zogenaamde krimpregio's. Ondanks voldoende sollicitanten, bleek een goede spreiding over de regio's tot 2015 niet mogelijk. Om

⁶⁴ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2017, 22 juni). *Capaciteitsplan 2016* [Kamerbrief]. Den Haag: Auteur.

de (opleidings-)capaciteit overeen te laten komen met het benodigde aantal aspirant-huisartsen dat de minister benoemt, hebben de huisartsopleidingsinstituten en huisartsopleiders (HON), samen met de SBOH en de RGS de sollicitatieprocedure aangepast. Zo zijn de selectie van sollicitanten en de toewijzing van opleidingsplekken gewijzigd. De nieuwe aanpak moet drie factoren met elkaar in evenwicht brengen: het volledig benutten van de opleidingscapaciteit, rekening houden met de voorkeuren van geschikt bevonden sollicitanten én een optimale landelijke spreiding van de opleidingsplekken. Sollicitanten die geschikt zijn bevonden voor de huisartsopleiding gaan door naar de plaatsingsprocedure. De toewijzing van opleidingsplaatsen gaat aan de hand van een door de kandidaten ingevulde voorkeurslijst. Kandidaten mogen zelf bepalen hoeveel voorkeuren zij opgeven en vergroten hun kansen op een opleidingsplaats door zoveel mogelijk voorkeuren in te vullen. Het plaatsingsproces is volledig geautomatiseerd, beslaat meerdere toewijzingsrondes en wordt uitgevoerd onder notarieel toezicht.

De selectieprocedure is competentiegericht en een goede manier om te bepalen of de kandidaat geschikt is om te starten met de huisartsopleiding.

3.5 Realisatie instroom en kenmerken van aios huisartsgeneeskunde

In september 2015 is de eerste opleidingsgroep volgens het nieuwe toewijzingssysteem ingestroomd. Voor geheel 2015 bedroeg de instroom 720 aios op een door het ministerie van VWS beschikbaar gestelde opleidingscapaciteit van 750, ofwel een bezettingsgraad van 96%. De instroom schommelt sindsdien rond deze 720. In 2018 was met een instroom van 722 aios de bezettingsgraad opnieuw ongeveer 96%. De instroom was minder dan de beschikbaar gestelde opleidingscapaciteit omdat er onvoldoende opleiders en docenten beschikbaar waren.⁶⁵

Tabel 12: Adviezen Capaciteitsorgaan, besluiten VWS, gerealiseerde instroom opleiding en totale opleidingscapaciteit vanaf 2009

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Advies	540	540	730	720	720	720	698	698	698	630
Besluit VWS	600	600	600	720	720	720	750	750	750	750
Instroom	594	580	594	638	676	699	720	713	729	722
Totaal aios *	1.578	1.661	1.721	1.799	1.898	2.015	2.121	2.172	2.187	2.229
% Vrouwen	71,0%	73,0%	75,1%	77,5%	78,0%	77,9%	77,5%	76,0%	75,6%	74,6%

Bron: RGS 2019 | *: daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorafgaande jaar

In tabel 12 staat in de derde rij de instroom, ofwel het aantal aios per jaar dat gestart is met de opleiding. In de vierde rij het aantal aios uit de opleidingsjaargangen dat in één jaar tegelijkertijd ingeschreven staat. Dit totaal omvat alle artsen die in opleiding zijn, maar maakt geen onderscheid tussen de personen die in het reguliere tempo de opleiding voltooien, de aios die er langer dan 3 jaar over doen én diegenen die in kortere tijd afstuderen door vrijstellingen op basis van eerdere werkervaring, zoals het geval is bij herintreders.

Van alle aios huisartsgeneeskunde die door de RGS geregistreerd waren per 1 januari 2019 is de gemiddelde leeftijd bij de mannen 31,0 jaar, bij de vrouwen 30,4 jaar en voor de gehele groep 30,6 jaar.

⁶⁵ H. Smidt, SBOH, persoonlijke communicatie, 13 november 2019.

De gemiddelde leeftijd van aios bij start van de opleiding is 29,5 jaar. Recent onderzoek wijst ook uit dat de belangstelling voor een opleiding tot huisarts het hoogst is onder de groep basisartsen van jonger dan 30 jaar. Deze belangstelling neemt af in de oudere leeftijdscategorieën.⁶⁶

Naast aios zijn er tevens artsen die de huisartsopleiding met een promotietraject combineren (aioto) en militair artsen (mil) die de huisartsopleiding volgen. De reguliere opleiding van aioto duurt 6 jaar en van mil 3 jaar. Academisering wordt gezien als middel om de kwaliteit van het geneeskundig zorgaanbod en van de opleiding te verhogen. Aioto worden op de reguliere wijze toegelaten tot de opleiding. Mil daarentegen worden door het Ministerie van Defensie voorgedragen en bij hen wordt enkel gekeken of ze geschikt zijn op basis van een kennistoets en motivatiegesprek. In 2018 waren er in totaal 105 aioto's en 7 mil in opleiding tot huisarts. Omdat deze groepen qua aantallen – in vergelijking met de reguliere aios – erg klein zijn, houdt het Capaciteitsorgaan bij de behoefteramingen niet specifiek rekening met deze groepen.

De parameterwaarden voor **percentage vrouwen in opleiding** voor deze raming is **74,6%**. De parameter **instroom in het laatste jaar** is **722**. De **gemiddelde instroom in de laatste 3 jaar** wordt gesteld op **721**.

3.6 Opleidingsduur

De nominale opleidingsduur van de medische vervolgopleiding huisartsgeneeskunde bedraagt 3 jaar. De feitelijke opleidingsduur kan verkort zijn op basis van eventuele vrijstellingen die een aios krijgt. De opleidingsduur kan ook verlengd worden door parttime werken, ziekte, zwangerschap en/of onderwijskundige redenen.

Parttime werken komt overigens steeds meer voor. In 2015 werkte nog 66,3% van de aios fulltime, in 2017 was dat nog maar 58,8% en in 2018 is dat percentage verder gedaald naar 54,5%. De gemiddelde omvang van het dienstverband veranderde in die periode van 95,2% naar 94,3% (een fulltime aios werkt 38 uur).⁶⁷ Op de gemiddelde opleidingsduur heeft deze verandering maar marginaal effect.

Op basis van de RGS-gegevens heeft het Nivel in 2018 bekeken hoe lang de aios over hun opleiding hebben gedaan. In tabel 13 staan het aantal aios die tussen 2006 en (de eerste helft van) 2016 zijn afgestudeerd als huisarts. De jaarlijkse marges zijn plus of min 0,15 jaar. Het lijkt erop dat de gemiddelde opleidingsduur in de laatste 10 jaar geleidelijk met ruim een maand is toegenomen. Mannen blijken korter over de opleiding te doen dan vrouwen. Dit verschil neemt de laatste jaren toe. Omdat de instroom voor 75% uit vrouwen bestaat is het effect van de toenemende studieduur bij vrouwen dominant in het totaal.

⁶⁶ Velde, F. van der, Leemkolk, B. van de, & Lodder, A. (2019). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Meting 2019*. Utrecht: Prismant.

⁶⁷ H. Schmidt, SBOH, persoonlijke communicatie, 12 juni 2019.

Tabel 13: Gemiddelde gerealiseerde bruto opleidingsduur van huisartsen naar geslacht; 2009-2017

Instroomperiode	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Opleidingsduur (jaren)	Aantal	Opleidingsduur	Aantal	Opleidingsduur	Aantal
1997-2001	2,90	650	3,06	862	2,99	1.512
2002-2006	2,68	754	2,89	1.240	2,81	1.994
2007-2011	2,74	763	3,08	1.618	2,97	2.381
2012-2016	2,82	641	3,15	1.811	3,06	2.452

Bron: Nivel 2018

De vrouwelijke aios doen gemiddeld 4 maanden langer over de opleiding dan de mannelijke aios. Gedeeltelijk is dit verklaarbaar door studieonderbrekingen ten gevolge van zwangerschappen⁶⁸.

In tabel 14 staat het aantal aios dat gedurende het verslagjaar zwangerschapsverlof opnam en het percentage zwangere aios ten opzichte van het totaal aantal vrouwelijke aios. Het percentage aios dat zwangerschapsverlof opneemt schommelt door de jaren heen tussen de 14,9% en 19,0%. Sinds 2014 is er sprake van een dalende trend.

Tabel 14: Aios met zwangerschapsverlof: aantal en percentage; 2009-2018

Zwangerschapsverlof	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal aios	192	204	225	204	242	293	292	291	281	288
Percentage t.o.v. aantal vrouwelijke aios	17,4%	17,4%	17,7%	14,9%	16,6%	19,0%	18,0%	17,4%	16,6%	16,9%

Bron: SBOH 2019

De **parameter 'opleidingsduur'** wordt voor deze raming vastgesteld op **3,1 jaar**.

3.7 Huisartsopleiders

Het aantal huisartsopleiders is de laatste jaren verder gestegen. Dit is in overeenstemming met het toegenomen aantal aios. In 2013 werden er in totaal 1.778 opleiders ingezet tegenover 2.060 in 2018. Dat is een toename van 16 %. Het percentage vrouwelijke opleiders blijft toenemen. Het aantal huisartsopleiders is van invloed op de opleidingscapaciteit van huisartsen. Inzicht in de leeftijdsverdeling van huisartsopleiders is nodig om de opleiders die met pensioen gaan tijdig te vervangen. De gemiddelde leeftijd van de opleiders was de afgelopen 5 jaar ruim 51 jaar. Met name in de leeftijdsgroep van de 45 tot 50 jarige huisartsen is de afgelopen jaren geworven. In tabel 15 staan aantal, leeftijd en geslacht van actieve huisartsopleiders.

⁶⁸ Het aantal aios dat gedurende het verslagjaar zwangerschapsverlof opnam (bij Huisartsgeneeskunde) is 377, met een gemiddeld aantal dagen verlof in 2018 van 93. Het totaal aantal zwangerschapsverlofdagen in 2018 = 34.924, het totaal aantal opleidingsdagen van vrouwelijke aios is 624.126 het zwangerschapsverlof is daarmee dus 5,6%. Dit is een ongewogen cijfer. Het is berekend op het **aantal** vrouwen die de opleiding volgen zonder rekening te houden met hun evt. parttime percentage dienstverband.

Tabel 15: Aantal, geslacht en leeftijd actieve huisartsopleiders

Huisartsopleiders	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal	1.778	1.859	1.925	1.980	2.048	2.060
Percentage vrouw	33,6%	35,7%	37,2%	40,4%	42,6%	43,8
Gemiddelde leeftijd (jaren)	51,1	52,5	52,3	52,3	52,2	51,4

Bron: SBOH 2019

3.8 Intern rendement

Het intern rendement is het percentage aios per opleidingscohort dat de opleiding uiteindelijk succesvol afrondt. Om rekenkundige redenen wordt het intern rendement uitgerekend voor de afzonderlijke opleidingsjaren (en niet per instroommoment in respectievelijk maart en september). Omdat het geruime tijd kan duren voordat een volledig opleidingscohort de driejarige opleiding succesvol heeft doorlopen, wordt als indicator voor het interne rendement vooral gekeken naar de uitval.

Het Capaciteitsorgaan baseert zich normaliter op het laagste 5-jaarsgemiddelde rendement over de laatste 15 jaar. Een te lage instroom in de opleiding wordt als een groter risico gezien dan een te hoge instroom. (Het uitgangspunt is: 'better safe than sorry'.) Dit laagste 5-jaarsgemiddelde wordt in de ramingen vervolgens standaard gecorrigeerd voor het financieren van de vervanging van aios die hun opleiding afbreken in het kalenderjaar waarin ze ingestroomd waren. Dat is het beleid van VWS. De uitval van aios huisartsgeneeskunde is overigens laag. Zie tabel 16. Het aantal aios dat tussentijds de opleiding afbreekt is stabiel.

Tabel 16: Afbreken van de huisartsopleiding in relatie tot de totale opleidingscapaciteit

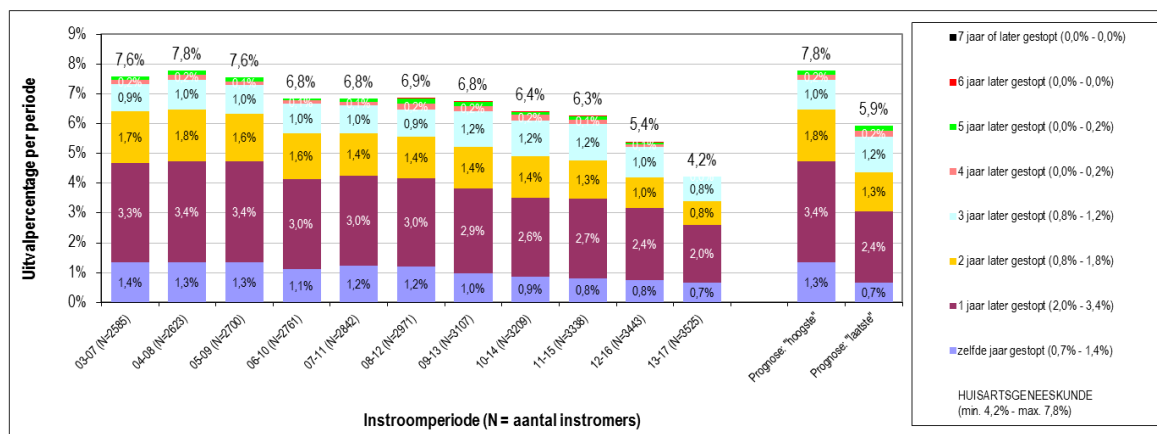
Jaar*	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Afbrekende aios	28	45	31	42	30	30	34	44	37	31
Totaal aantal aios	1.578	1.661	1.721	1.799	1.898	2.015	2.121	2.172	2.187	2.229
Uitvalpercentage	1,77%	2,71%	1,80%	2,33%	1,58%	1,49%	1,60%	2,03%	1,69%	1,39%

Bron: RGS *: daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorafgaande jaar

Het percentage uitvallers van het totale aantal aios, was in de periode 2009 tot en met 2018 tussen de 1,39% en 2,71%. Omgerekend is de benadering van het intern rendement dan gelijk aan 100% minus het uitvalspercentage. In de periode van 2008 tot en met 2015 lag dat steeds tussen de 97% en 99%. Beklemtoond moet worden dat dit een benadering betreft.

Nivel heeft in 2018 voor het Capaciteitsorgaan opnieuw onderzoek gedaan naar het interne rendement van de huisartsopleiding. Daarbij zijn de gegevens van de cohorten uit 2003 tot en met 2017 geanalyseerd. De hoogste uitval van de afgelopen 15 jaar vond plaats in het 5-jaarscohort van de aios die tussen 2004 en 2008 aan de huisartsopleiding zijn begonnen. In deze periode was de totale uitval gemiddeld 7,8%. Zie figuur 10.

Figuur 10: Analyse uitval tijdens opleiding huisartsgeneeskunde



Bron: Nivel

Omdat de uitval met name in 2005 relatief hoog was heeft het Capaciteitsorgaan besloten om voor de huisartsen de onderzoeksperiode te beperken tot de laatste 10 jaar in plaats van de laatste 15 jaar. De hoogst berekende totale uitval is dan 6,9%. De nuldejaars-uitval van 2017, het meest recente jaar, bedroeg 0,7%. Tijdens het eerste jaar mogen uitgevallen aiOS vervangen worden door nieuwe aiOS. De totale uitval wordt dus geraamd op in totaal $(6,9 - 0,7 =) 6,2%$. Het interne rendement is dan gelijk aan $(100 - 6,2 =) 93,8%$. De parameter **intern rendement** voor de huisartsopleiding wordt daarom vastgesteld op **93,8%**.

Figuur 10 wordt hier ook getoond omdat een ander interessant fenomeen zichtbaar is. De gemiddelde uitval in het eerste jaar van de opleiding is in deze figuur continue aan het dalen. Van de cohorten 2013-2017 is gemiddeld 0,7% in het eerste jaar van de opleiding uitgevallen. In 2003-2007 was dat percentage nog 1,4%. Deze daling is interessant omdat het aantal instromende aiOS in 2003 nog 501 aiOS bedroeg en in 2017 728. De toename van het aantal aiOS heeft niet geleid tot een daling van het rendement van de opleiding. Verder is interessant dat de beleidswijziging in de selectiemethode ook niet heeft geleid tot een daling van het rendement. Door de 'verplichte' toewijzing aan een bepaalde regio kon de motivatie van de aiOS voor de opleiding mogelijk afnemen. De cijfers laten zien dat de opleiding nog steeds hoge interne rendementen haalt.

3.9 Conclusies Opleiding

Het ministerie van VWS stelt elk jaar vast hoeveel opleidingsplekken het financiert voor de huisartsopleiding. Met ingang van 2009 is dat aantal fors uitgebreid van aanvankelijk 600 opleidingsplaatsen per jaar, naar 720 in 2012 en 750 met ingang van 2015. Vanaf 2015 is de jaarlijks toegestane instroom gehandhaafd op 750. De instroom van aiOS in de huisartsopleiding is dus sinds 2009 sterk gestegen. Er is overigens ruim voldoende belangstelling om het aantal opleidingsplaatsen in te vullen. De toegestane opleidingscapaciteit werd in het (recente) verleden echter niet altijd volledig benut. Om die reden is er met ingang van september 2015 een nieuw toewijzingsmodel ingevoerd. De eerste resultaten maken duidelijk dat niet opleidingsplaatsen ingevuld worden. Ook is er een betere

verdeling van aios over de diverse opleidingsinstellingen zonder dat het interne rendement van de opleiding is gedaald.

In 2019 zijn inmiddels 750 aios toegelaten tot de huisartsopleiding.⁶⁹ Bij het verschijnen van dit rapport is de sollicitatieprocedure afgerond en is bekend hoeveel aios in september zullen starten. Door mutaties kan dit aantal nog veranderen, maar de door het ministerie van VWS toegestane instroom van 750 aios zal in 2019 naar verwachting gerealiseerd worden. Aangezien dit aantal niet definitief is, staat dit niet vermeld in tabel 12. De voorlopige instroom in 2019 is echter van belang voor het ramingsmodel. Hierin wordt namelijk het verwachte aantal startende aios voor twee tussenliggende jaren (2019 en 2020) gebruikt. In deze jaren is het vorige advies nog van kracht is.

In tabel 17 zijn de door het model gebruikte parameterwaarden samengevat en vergeleken met de parameterwaarden uit voorgaande adviezen.

Tabel 17: Parameterwaarden opleiding

Capaciteitsplan	2008	2010	2013	2016	2019
Gemiddeld in opleiding per leerjaar ⁷⁰	502	554	599	707	719
Instroom gemiddeld laatste 3 jaar	525	550	604	698	721
Instroom voorgaande jaar (2018)	522	596	638	720	722
Percentage vrouwelijke aios	69,9%	71,3%	76,0%	77,5%	74,6%
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3 jaar	3 jaar	3,1 jaar
Intern rendement	98%	98%	94%	93%	93,8%

⁶⁹ H. Schmidt, SBOH, persoonlijke communicatie, 10 september 2019

⁷⁰ $2.229 / 3,1 = 719$ aios zijn er gemiddeld per leerjaar. Dit betreft het totaal aantal aios huisartsgeneeskunde op 1 januari 2019 gedeeld door de feitelijke opleidingsduur in jaren. De hierboven vermelde aantallen voor de gemiddelde instroom in 2008, 2010 en 2013 komen niet altijd overeen met de aantallen in de Capaciteitsplannen 2008, 2010 en 2013, omdat de RGS ná publicatie van de betreffende Capaciteitsplannen correcties heeft toegepast op de aantallen aios. De meest recente data zijn daarom verwerkt in tabel 17. De aanvankelijke waarden voor de instroom, zoals gehanteerd in voorgaande Capaciteitsplannen, staan vermeld in tabel 12 in paragraaf 3.5 en vormen daarmee een historisch overzicht.

4 Zorgvraag

4.1 Inleiding

Voor een gedegen advies over de wenselijke instroom in een vervolgopleiding is een zorgvuldige raming van de verwachte zorgvraag essentieel. Het Capaciteitsorgaan gebruikt hiervoor als vertrekpunt de huidige zorgvraag. De zorgvraag wordt uitgedrukt in absolute aantallen fte huisartsen. In het rekenmodel corrigeert het Capaciteitsorgaan de zorgvraag vervolgens voor de onvervulde vraag. Als de volledige vraag daarmee is vastgelegd, wordt de toekomstige vraag geraamd in diverse scenario's voor demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen worden in percentages verandering uitgedrukt. In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde: de onvervulde vraag en de demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Het hoofdstuk sluit af met de conclusies.

Dit hoofdstuk beschrijft de verwachte ontwikkeling en verandering van de zorgvraag van 1 januari 2019 tot 1 januari 2031 en 1 januari 2037. Dat lijken lange periodes, maar de eerste effecten van beleid op basis van dit advies zijn pas merkbaar in 2024. De erkende vervolgopleiding tot huisarts duurt nominaal 3 jaar. Het advies van het Capaciteitsorgaan wordt door het ministerie van VWS in 2020 omgezet in subsidiebesluiten. Implementatie van deze besluiten is dan mogelijk vanaf 2021. De eerste voorzichtige effecten van deze besluiten op de aanwezige arbeidscapaciteit zijn te verwachten vanaf 1 januari 2024. Er rest dan een 'venster' van 7 respectievelijk 13 jaar om door een gewijzigde instroom in de opleidingen de totale beschikbare arbeidscapaciteit aan te passen aan de verwachte vraag voor de 2 evenwichts jaren 2031 en 2037.

4.2 Onvervulde vraag

De huidige zorgvraag, geoperationaliseerd als het huidige aanbod, wordt in het ramingsmodel eerst gecorrigeerd voor de onvervulde vraag. Als de huidige zorgvraag groter is dan het bestaande aanbod komt dit vaak tot uitdrukking in veel (langdurig) openstaande vacatures en/of lange wachttijden. De huidige zorgvraag kan ook kleiner zijn dan het bestaande aanbod. Dit kan tot uiting komen in onvrijwillige werkloosheid binnen de beroepsgroep, overbehandeling of het ontbreken van wachttijden.

Als graadmeter voor de onvervulde vraag gelden in het algemeen wachtlijsten (mits niet vervuld) en het al of niet bestaan van veel (moeilijk vervulbare) vacatures. Dit geeft een indicatie dat er werk blijft liggen, dan wel dat er suboptimaal wordt gewerkt. Ook de instroom van specialisten uit het buitenland en de inzet van basisartsen kunnen wijzen op een onvervulde vraag.

Aangezien de huisartsenzorg niet werkt met wachtlijsten, is dit geen bruikbare indicator. Twee indicatoren die bij vorige ramingen bruikbaar zijn gebleken, zijn de Arbeidsmarktmonitor en de Spanningsindicator Arbeidsmarkt.

4.2.1 Arbeidsmarktmonitor

Als graadmeter voor de onvervulde vraag naar huisartsenzorg gebruikte het Capaciteitsorgaan tot nu toe de Arbeidsmarktmonitor.⁷¹ Volgens de Arbeidsmarktmonitor varieerde het vacaturepercentage (aantal nieuw gepubliceerde vacatures per kwartaal per 100 geregistreerde artsen) voor huisartsen in 2016 tussen de 0,7% en 1,0%, in 2017 tussen de 1,0% en 1,3% en in 2018 tussen de 0,4% en 0,5%.⁷² In het eerste kwartaal van 2019 werd een vacaturepercentage van 0,8% gemeten.⁷³ Vergelijking van het 1^e halfjaar van 2018 met het 1^e halfjaar van 2019 laat zien dat het aantal vacatures per 100 artsen voor huisartsen is gestegen van 0,4 naar 0,9; ruim een verdubbeling in een jaar tijd. De vacaturepercentages zijn berekend op basis van het aantal geregistreerde huisartsen. Als het aantal vacatures zou worden afgezet tegen het aantal werkzame huisartsen, zou er sprake zijn van (licht) hogere vacaturepercentages.

De experts uit het veld hebben twijfels over de juistheid van de vacaturepercentages. Het lijkt er sterk op dat de online gepubliceerde vacatures maar een deel van de werkelijke vacatures representeren. Men wijst erop dat via sociale media dagelijks vele vacatures circuleren. Ook zijn er waarschijnlijk 'verborgen' vacatures: vacatures die niet eens worden gepubliceerd omdat men de kans op vervulling te klein acht. Onderzoek van het UWV uit 2018 geeft aan dat ongeveer 9% van de vacatures in de zorgsector niet via het internet wordt gepubliceerd.⁷⁴

Het UWV heeft in april 2019 200 online openstaande vacatures gemeten voor huisartsen.⁷⁵ Als we deze afzetten tegen het aantal op 1 april 2019 geregistreerde huisartsen (13.709; bron: RGS) levert dat een vacaturepercentage op van 1,4%.

4.2.2 Spanningsindicator Arbeidsmarkt

Vanaf 1 oktober 2012 publiceert het UWV de resultaten van de Spanningsindicator Arbeidsmarkt. Deze indicator geeft de spanning weer tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. De Spanningsindicator Arbeidsmarkt wordt berekend door het totale aantal openstaande vacatures voor huisartsen te delen door het totale aantal bij het UWV ingeschreven werkzoekenden artsen die korter dan zes maanden werkloos zijn. Het gaat om de verhouding tussen openstaande vraag en direct beschikbaar aanbod, met als uitkomstmaat een getal tussen 0 en oneindig. Hoe hoger het getal, hoe hoger de

⁷¹ De Arbeidsmarktmonitor is in 2006 gestart door Medisch Contact. De monitor biedt per medisch specialisme een kwartaaloverzicht van vacatureaantallen en het vacaturepercentage (aantal nieuwe vacatures per 100 geregistreerde artsen). In januari 2014 heeft het Capaciteitsorgaan het verzamelen en bewerken van de vacaturegegevens overgenomen van de redactie van Medisch Contact en verder ontwikkeld. Vanaf 2016 worden vacaturegegevens vanuit Jobfeed gebruikt, een geautomatiseerd vacaturezoeksysteem van het Nederlandse bedrijf Textkernel. Door middel van intelligente semantische zoektechnologie doorzoekt de Jobfeed-spider dagelijks het internet op nieuwe vacatures. Daarbij worden vele duizenden websites bezocht. Door 'machine learning'-technologie worden vacatureteksten van andersoortige teksten onderscheiden. Alle vacatures worden met elkaar vergeleken en dubbele vacatures worden uitgefilterd. De overzichten werden tot en met 2018 ieder kwartaal in Medisch Contact gepubliceerd. In 2019 wordt overgegaan op een nieuwe wijze van presenteren van vacaturecijfers, met meer nadruk op trendmatige ontwikkelingen.

⁷² Capaciteitsorgaan (2019). *Arbeidsmarktmonitor (archieff)*. Te raadplegen op <https://capaciteitsorgaan.nl/publicaties/arbeidsmarktmonitor-archieff/>

⁷³ Het verschil in de vacaturepercentages tussen deze jaren is mede het gevolg van verbeterde ondubbeling en controle van de vacatures door zowel de leverancier van de vacaturebestanden als het Capaciteitsorgaan.

⁷⁴ Wagenaar, S, & Wit, J. de (2018). *Hoe werven werkgevers? Inzichten in de zoektocht van bedrijven naar personeel*. Amsterdam: UWV Arbeidsmarktinformatie en -advies.

⁷⁵ UWV (2019). *Online vacatures*. Geraadpleegd op 6 juni 2019 op <https://www.arbeidsmarkt cijfers.nl/Report/1>

spanning op de arbeidsmarkt voor de werkgevers. Bij veel openstaande vacatures ten opzichte van het aantal kortdurend werklozen is de indicator hoog. Bij een indicator van 0 is de arbeidsmarkt zeer ruim, omdat er geen openstaande vacatures zijn, maar wel kortdurend werklozen.

In het Capaciteitsplan 2016 was het nog mogelijk om de Spanningsindicator voor huisartsen weer te geven. Deze bleek in het eerste kwartaal van 2016 met een waarde van 0,21 nog 'zeer ruim' te zijn. Dat wil zeggen dat er destijds meer huisartsen kortdurend werkloos waren en een baan zochten dan dat er vacatures voor huisartsen waren.

Inmiddels wordt de Spanningsindicator niet meer voor afzonderlijke artsenberoepen weergegeven, maar voor artsen als categorie. De Spanningsindicator voor artsen stond in het laatste kwartaal van 2018 (meest recente cijfers) op 2,66. Dat betekent dat er een 'krappe' markt is, met veel openstaande vacatures en weinig beschikbare werkzoekende artsen.⁷⁶

4.2.3 Startende huisartsen blijven liever waarnemen

In de afgelopen jaren lijkt de reservecapaciteit aan huisartsen flink te zijn gegroeid. Deze reservecapaciteit bestaat uit de groep HIDHA's, vaste waarnemers en wisselende waarnemers die zich zouden kunnen vestigen als zelfstandig gevestigde huisartsen. Uit cijfers van het Nivel blijkt dat het aantal HIDHA's/vaste waarnemers in de periode 2010 – 2017 bijna verdubbeld is (van 1.181 naar 2.024). In diezelfde periode is het aantal wisselende waarnemers gegroeid van bijna 1.400 naar bijna 2.200.⁷⁷

Onderzoek in opdracht van VWS en de LHV naar de balans in vraag naar en aanbod van huisartsen wijst uit dat er op dit moment in Nederland sprake is van een 'aanbiedersmarkt' voor waarnemers.⁷⁸ Voor niet-gevestigde huisartsen geldt dat zij langer waarnemen. Starters vinden het praktijkhouderschap op dit moment niet aantrekkelijk en stellen dit uit. Waarnemers willen en kunnen hun loopbaan- en locatiekeuze goed afstemmen op hun werk-privé situatie. Er is sprake van een sterk toeneemende vraag naar huisartsenzorg. Praktijkhouders ervaren veel daarmee gepaard gaande administratieve en organisatorische lasten.

Dit alles leidt ertoe dat het bemensen van huisartspraktijken als knelpunt wordt ervaren. Huisartsen maken zich zorgen over praktijkopvolging of -uitbreiding. Huisartspraktijken stellen patiëntenstops in. Deze factoren voor de balans tussen vraag en aanbod spelen op landelijk niveau. Vooral in regio's waar de uitstroom van huisartsen relatief hoog is, bijvoorbeeld vanwege pensionering, en waarvoor niet-gevestigde huisartsen geen vestigingsvoorkeuren hebben, kan een opstapeling van problemen plaatsvinden.⁷⁸ Overigens is het goed denkbaar dat beleid om het praktijkhouderschap aantrekkelijk te maken t.o.v. het werken als waarnemer, stimulerend zou kunnen werken op invulling van vacatures voor praktijkhouders.

⁷⁶ UWV (2019). *Spanningsindicator*. Geraadpleegd op 6 juni 2019 op <https://www.arbeidsmarkt cijfers.nl/Report/2>

⁷⁷ Versteeg, S., & Batenburg, R. (2019). *Cijfers uit de registratie van huisartsen: Peiling 2017*. Utrecht: Nivel.

⁷⁸ Batenburg, R., Bosmans, M., Versteeg, S., Vis, E., Asten, B. van, Vandermeulen, L., & Kruis, L. van der (2018). *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel/Prismant.

4.2.4 Parameter onvervulde vraag naar boven bijgesteld

Volgens de Arbeidsmarktmonitor en het UWV is er een laag vacaturepercentage voor huisartsen. Dit beeld lijkt echter vertekend te zijn: veel vacatures worden niet gepubliceerd. Het UWV stelt bovendien dat de arbeidsmarkt voor artsen krap is: er zijn veel vacatures en weinig werkzoekenden en daarmee is er veel spanning op de arbeidsmarkt. Er lijkt voldoende reservecapaciteit aan HIDHA's en waarnemers te zijn. In de praktijk blijkt echter dat men langer als waarnemer blijft werken en dat er onder niet-gevestigde huisartsen weinig animo is voor het praktijkhouderschap.

Onder de genoemde omstandigheden lijkt het niet realistisch het vacaturepercentage zoals in vorige ramingen op 0% te zetten. De parameterwaarden voor onvervulde vraag worden voor de huidige raming ingeschat op **+3% tot +5%**. Hogere percentages lijken niet aan de orde, aangezien er ook altijd een bepaald deel vacatures is vanwege 'natuurlijk verloop'.⁷⁹

4.3 Demografie

Voor de indicatie van het gebruik van huisartsenzorg in Nederland wordt het gemiddeld aantal contacten van patiënten met de huisarts genomen, onderverdeeld op basis van leeftijd en geslacht. Deze gegevens zijn afkomstig van zowel Nivel als het CBS.⁸⁰ De op deze wijze geschatte zorgvraag wordt geprojecteerd op de toekomst met aanpassingen voor demografische veranderingen. Voor de vaststelling van de parameterwaarden voor de factor demografie gebruikt het Capaciteitsorgaan onderzoek dat door Nivel is uitgevoerd.⁸¹

De LHV en de NHG hielden in hun Toekomstverkenning 2022 nog rekening met een groei van de bevolking van 16,5 miljoen inwoners naar 17,2 miljoen in 2025.⁸² De bevolkingsgroei is inmiddels in 2019 al tot bijna 17,3 miljoen inwoners doorgezet.⁸³

De levensverwachting blijft stijgen. In 2018 is deze gemiddeld 82 jaar (80,5 voor mannen, 83,5 voor vrouwen). In 2040 zal deze zijn gestegen tot bijna 86 jaar (mannen 84,2, vrouwen 87,4). Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen blijft iets boven de 3 jaar. Ook de kans om erg oud te worden stijgt de komende 20 tot 25 jaar aanzienlijk: momenteel is de kans om 85 of 95 jaar te worden respectievelijk 51,5% en 11,3%. In 2040 zijn deze kansen gestegen naar ruim 65% en bijna 20%.⁸⁴

⁷⁹ Bij alle geneeskundige specialismen geldt dat een vacaturepercentage van 2 à 3% in verband met natuurlijk verloop als normaal beschouwd dient te worden. Dit wordt ook wel de frictiewerkloosheid genoemd.

⁸⁰ Nivel berekent de toekomstige zorgvraag op basis van demografie in 5, 10, 15 en 20 jaar m.b.v. de bevolkingsprognose van het CBS. Cijfers voor de situatie over 12 en 18 jaar zijn verkregen door interpolatie van data na 10 en 15 én 15 en 20 jaar.

⁸¹ Vis, E., Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2019). *Demografische ontwikkelingen in de zorgvraag voor huisartspraktijken: Bepaling van de parameter demografie voor de capaciteitsraming huisartsen 2019* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.

⁸² Landelijke Huisartsenvereniging, & Nederlands Huisartsengenootschap (2012). *Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat; Huisartsenzorg in 2022*. Utrecht: Auteurs.

⁸³ Centraal Bureau voor de Statistiek (2019). *Statline*. Geraadpleegd op 8 mei 2019 op <https://statline.cbs.nl/Statweb>; Regionale kerncijfers Nederland, 2019, Bevolkingssamenstelling op 1 januari, Totale bevolking: 17.282.753. Gegevens van 29 maart 2019.

⁸⁴ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018). *Levensverwachting: Hoe oud worden we in de toekomst?* Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.vtv2018.nl/Levensverwachting>

4.3.1 Demografische ontwikkelingen en de zorgvraag

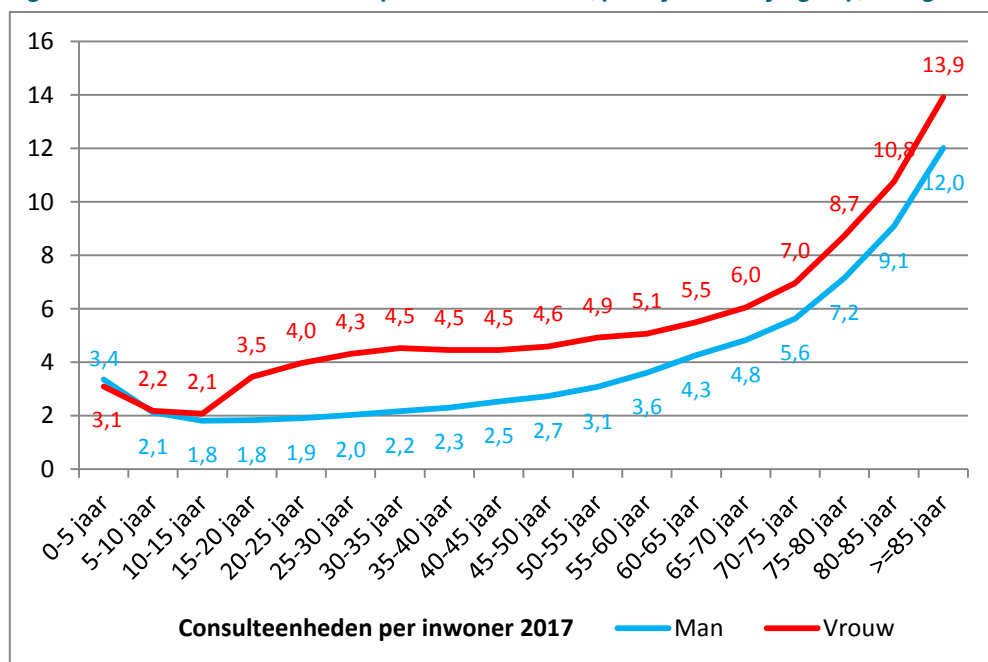
Voor het effect van de demografische ontwikkelingen op de zorgvraag in de huisartspraktijk, is eerst gekeken naar de meest recente gegevens (2017) uit de zogeheten Nivel Zorgregistraties eerstelijns (NZR).⁸⁵ Net als in de vorige ramingen is het basiscijfer het aantal contacten met de huisartspraktijk per jaar (steeds 'consulten' of 'consulteenheden' genoemd), uitgesplitst naar leeftijd en geslacht.

Van 393 praktijken met 1,6 miljoen ingeschreven patiënten waren de gegevens compleet beschikbaar. Voor deze praktijken is nagegaan hoeveel consulteenheden er zijn geweest per inwoner naar leeftijd en geslacht. Een kort consult telt hierbij als één consulteenheid, een lang consult als twee consulteenheden, een korte visite als anderhalve consulteenheid, een lange visite als twee-en-eenhalve consulteenheid en een telefonisch contact, een email-consult of een vaccinatie als een halve consulteenheid.

4.3.2 Zorgvraag per inwoner in 2017

De zorgvraag voor huisartspraktijken in 2017 wordt uitgedrukt in consulteenheden naar leeftijd en geslacht. Figuur 11 laat zien dat vrouwen in elke leeftijdscategorie (behalve 0-5 jaar) meer consulteenheden gebruikten dan mannen, en dat de zorggebruik-curve stijgt met de leeftijd.

Figuur 11: Aantal consulteenheden per inwoner in 2017, per 5-jaarsleeftijdsgroep, naar geslacht



Bron: NZR, 2017

Het gemiddeld aantal consulteenheden van vrouwen is hoger dan van mannen. In de jongere leeftijdsgroepen is het aantal consulteenheden het laagst, terwijl die vanaf de leeftijdsgroep van 15-20 jaar eerst langzaam stijgt en daarna steeds sneller tot maximaal voor de groep van 85 jaar en ouder.

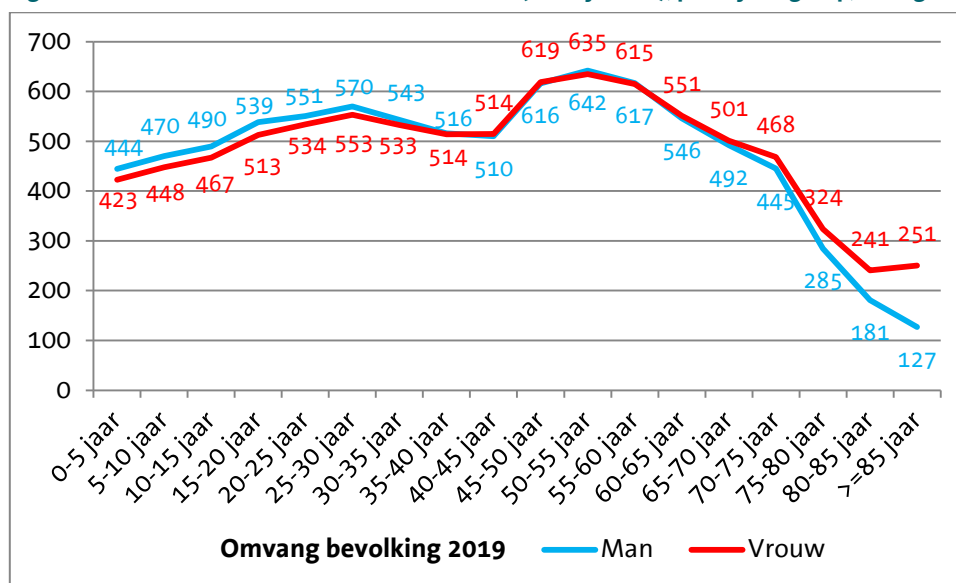
⁸⁵ Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://Nivel.nl/nl/zorgregistraties-eerste-lijn/Nivel-zorgregistraties-eerste-lijn>

4.3.3 De Nederlandse bevolking naar leeftijd en geslacht in 2019

Het basisjaar voor de capaciteitsraming is 2019. Volgens het CBS heeft Nederland in 2019 zo'n 17,3 miljoen inwoners. Figuur 12 toont de verdeling naar leeftijd en geslacht. Het aantal personen in de leeftijdscategorieën tot en met 25-30 jaar loopt langzaam op van ongeveer 0,87 miljoen voor de jongste groep tot 1,1 miljoen voor de groep van 25-30 jaar. Vervolgens zijn de leeftijdsgroepen tot 45 jaar iets kleiner (bijvoorbeeld 1,02 miljoen 40-45 jarigen). De groepen van 45-50 jaar en 50-55 jaar zijn weer iets groter (ongeveer 1,3 miljoen), maar daarna neemt de omvang per leeftijdsgroep af met de leeftijd. De groep mensen van 85 jaar en ouder telt bijvoorbeeld nog 'maar' 0,38 miljoen personen.

Het aantal mannen en vrouwen is over het algemeen ongeveer gelijk over de verschillende leeftijdsgroepen. Wel geldt dat tot en met de groep van 30-35 jaar iets meer mannen aanwezig zijn, terwijl dit voor de groep vanaf 65 jaar andersom is en er zeker in de oudste leeftijdsgroepen het aantal vrouwen duidelijk hoger is dan het aantal mannen.

Figuur 12: Aantal inwoners in Nederland in 2019 (in miljoenen), per 5-jaarsgroep, naar geslacht

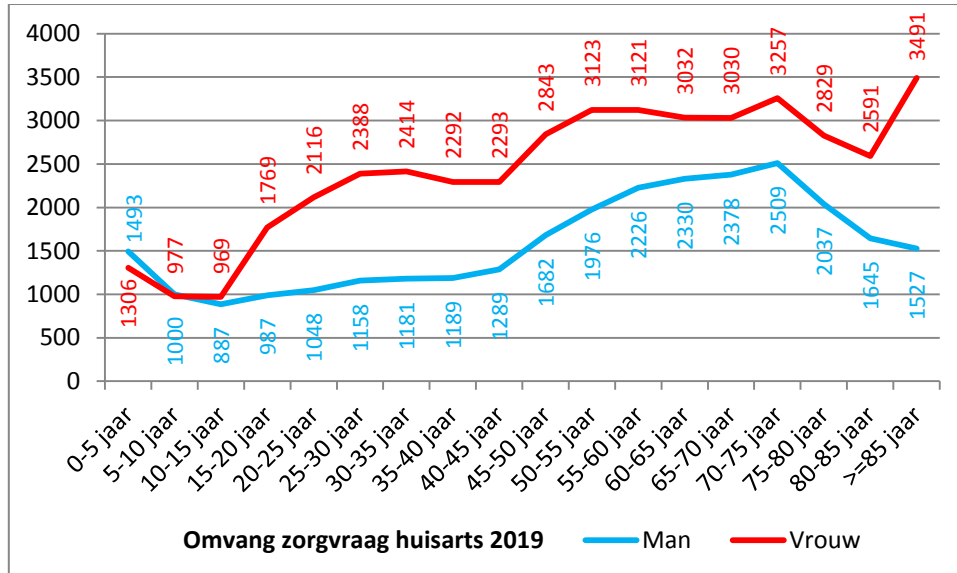


Bron: CBS, 2019

4.3.4 Zorgvraag in 2019

Door de gemiddelde consulteenheden voor de huisartspraktijk naar leeftijd en geslacht in 2017 te vermenigvuldigen met de inwonersaantallen naar dezelfde leeftijds- en geslachtscategorieën in 2019, kan worden geschat wat de zorgvraag voor de huisartspraktijken zal zijn in 2019. Het resultaat is te zien in figuur 13.

Figuur 13: Geschat aantal consulteenheden in 2019, per 5-jaarsleeftijdsgroep, naar geslacht



Bronnen: NZR, 2017 en CBS, 2019

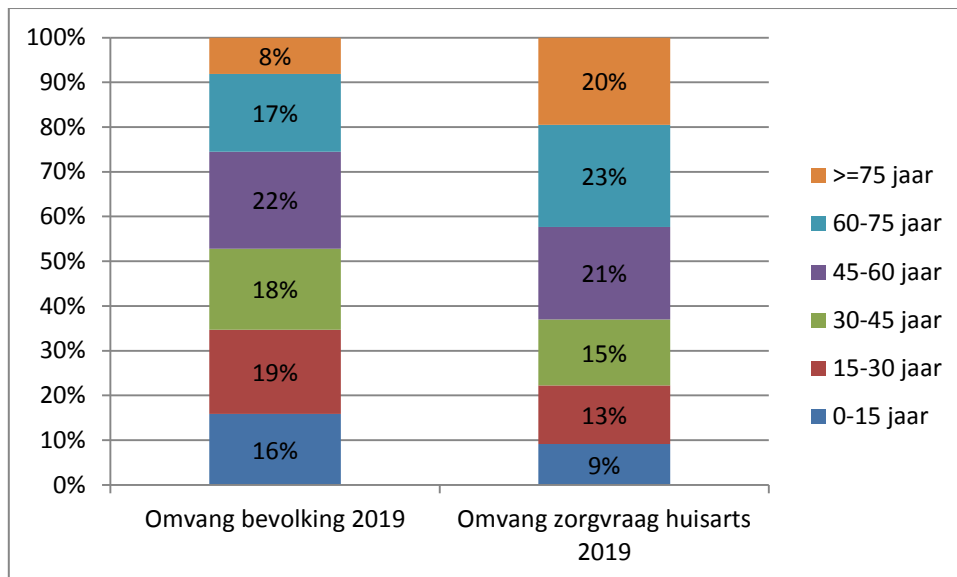
Voor 2019 wordt een zorgvraag voor de huisartspraktijken van bijna 72,4 miljoen consulteenheden geschat. Voor vrouwen is het aantal consulteenheden in alle leeftijdsgroepen (behalve 0-5 en 5-10 jaar) hoger dan voor mannen.

4.3.5 Verdeling bevolking en zorgvraag in 2019

In figuur 14 wordt per vijftienjaarsleeftijdsgroep het aandeel getoond in de totale bevolking én het aandeel in de totale (verwachte) zorgvraag in 2019. Het effect van leeftijd op de verwachte zorgvraag voor de huisartspraktijk wordt zo nog eens duidelijk geïllustreerd.

De figuur laat zien dat de groep van 75 jaar en ouder 8% van de bevolking betreft, maar 'verantwoordelijk' is voor 20% van de zorgvraag. De groep van 60-75 jaar omvat 17% van de bevolking en neemt 23% van de zorgvraag voor hun rekening. De groep van 45-60 jaar heeft een aandeel in de zorgvraag van 21%, wat ongeveer overeenkomt met hun aandeel in de bevolking van 22%. De andere leeftijdsgroepen hebben juist een kleiner aandeel in de zorgvraag dan hun aandeel in de bevolking.

Figuur 14: Verdeling bevolking en zorgvraag in 2016, per 15-jaarsleeftijdsgroep

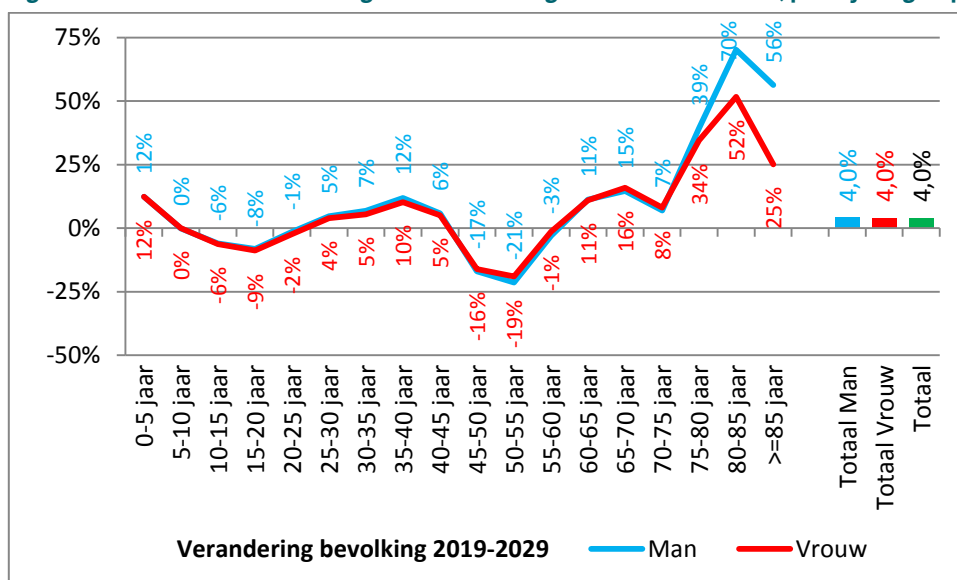


Bronnen: NZR, 2017 en CBS, 2019

4.3.6 Groei van de bevolking tussen 2019 en 2029

De prognoses van het CBS laten zien dat de omvang van de bevolking zal toenemen met 4% naar 18 miljoen inwoners. Vooral de groep van 45-50 en 50-55 jaar zal in omvang afnemen. Voor de leeftijdsgroepen van 75 jaar en ouder zal juist een forse stijging komen. Zie figuur 15.

Figuur 15: Verwachte verandering van de bevolking tussen 2019 en 2029, per 5-jaarsgroep, naar geslacht.



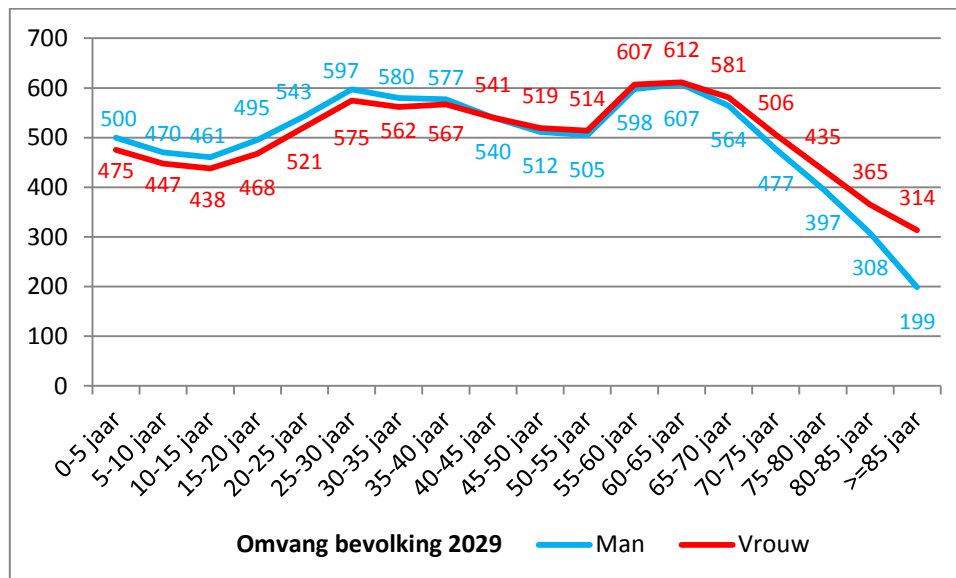
Bron: CBS, 2019

De groei is voor mannen en vrouwen gelijk. Per leeftijdsgroep is dit voor het grootste deel ook het geval, behalve voor de groepen van 75-80 jaar, 80-85 jaar en 85 jaar en ouder. Hier is de groei voor mannen sterker dan voor vrouwen.

Als we de veranderings-percentages naar leeftijd en geslacht toepassen op de bevolking anno 2019, dan zien we dat de bevolkingsopbouw in 2029 erg zal lijken op die van 2019. Dit is te zien bij vergelijking van figuur 16 met figuur 12.

Waar echter wel een verschil te zien is, is bij de piek in het aantal personen rond de 60 jaar in 2029. In 2019 lag deze piek rond de 50 jaar; deze is dus 10 jaar later verschoven naar de 60-jarigen. Een ander verschil is dat in 2019 de grootte van de jongere leeftijdsgroepen gestaag opliep tot 25-30 jaar, terwijl in 2029 de groepen van 5-10, 10-15 en 15-20 jaar juist iets kleiner zullen zijn dan bijvoorbeeld de groep 0-5 jarigen en 20-25 jarigen.

Figuur 16: Aantal inwoners in 2029 (in duizendtallen), per vijfjaarsleeftijdsgroep, naar geslacht

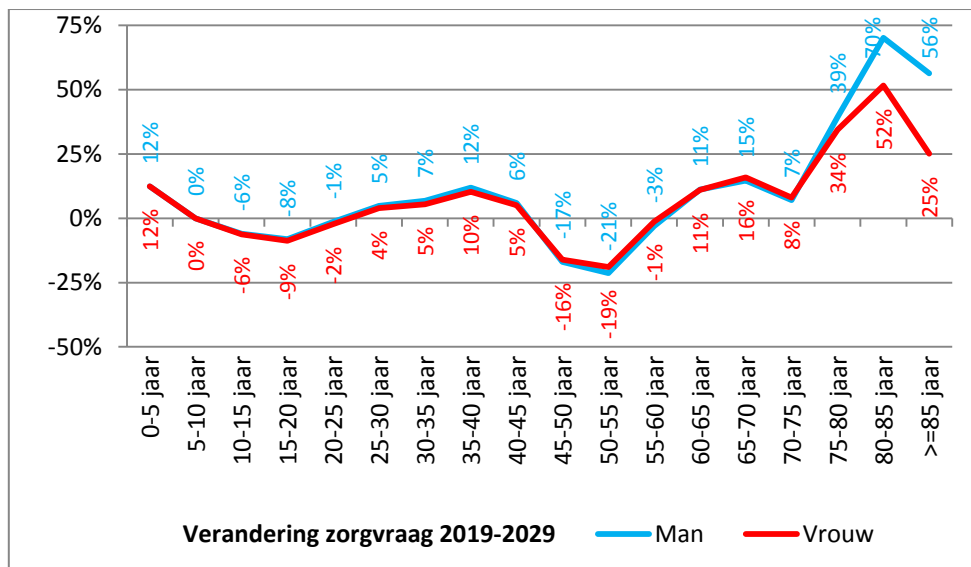


Bron: CBS, 2019

4.3.7 Groei van de zorgvraag tussen 2019 en 2029

Door nu de verwachte bevolkingsopbouw in 2029 weer te vermenigvuldigen met het gemiddeld aantal consulteenheden naar leeftijd en geslacht in 2019, kan een projectie worden gemaakt van de verwachte zorgvraag voor huisartspraktijken in 2029. Figuur 17 toont het resultaat van deze projectie.

Figuur 17: Verwacht verandering van de zorgvraag naar huisartspraktijken tussen 2019 en 2029 per 5-jaarsleeftijdsgroep, naar geslacht

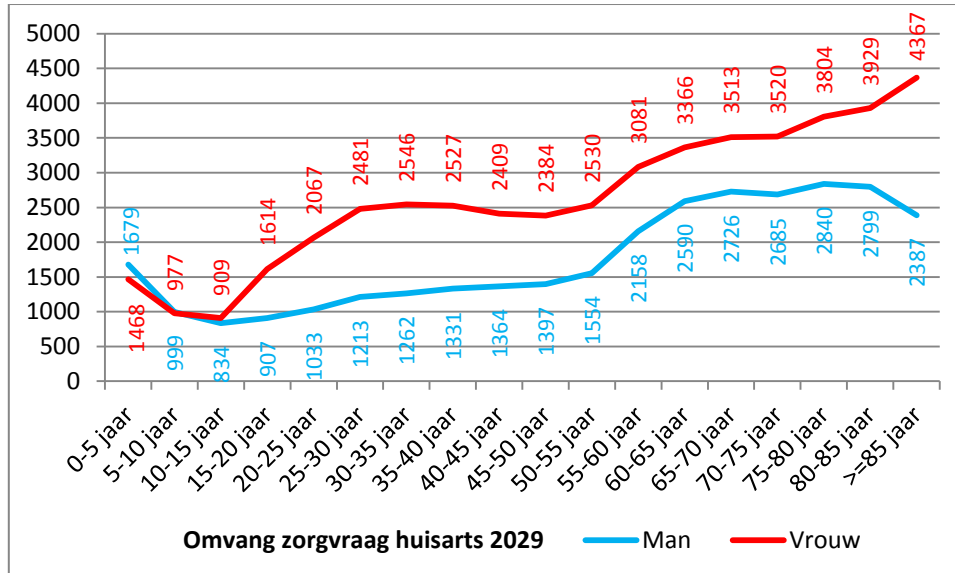


Bronnen: NZR, 2017 en CBS, 2019

De totale groei van de zorgvraag op basis van demografische ontwikkelingen in de periode 2019 tot 2029 (dus voor mannen en vrouwen tezamen) is 9,5%. Per leeftijdsgroep is van dezelfde veranderingpercentages uitgegaan als in de bevolking (in totaal 4%), wat resulteert in een groei van 9,5% in de zorgvraag. De zorgvraag-verandering verschilt voor de meeste leeftijdsklassen niet naar geslacht, maar is in totaal voor mannen hoger dan die voor vrouwen (respectievelijk 11,3% en 8,3%) door het verschil naar geslacht in de oudste leeftijdscategorieën.

De verwachte zorgvraag voor huisartspraktijken in 2029 kunnen we ook nog eens in absolute aantallen berekenen. Figuur 18 laat zien dat er in 2029 79,3 miljoen consulteenheden te verwachten zijn, die er qua verdeling naar leeftijd en geslacht ongeveer hetzelfde uitziet als in 2019. Zie figuur 13. Net als voor de bevolking zien we ook hier een verschuiving van de zorgvraag naar de oudere leeftijdscategorieën met deze projectie van 10 jaar.

Figuur 18: Verwacht aantal consulteenheden in 2029 (in duizendtallen), per 5-jaarsleeftijdsgroep naar geslacht.

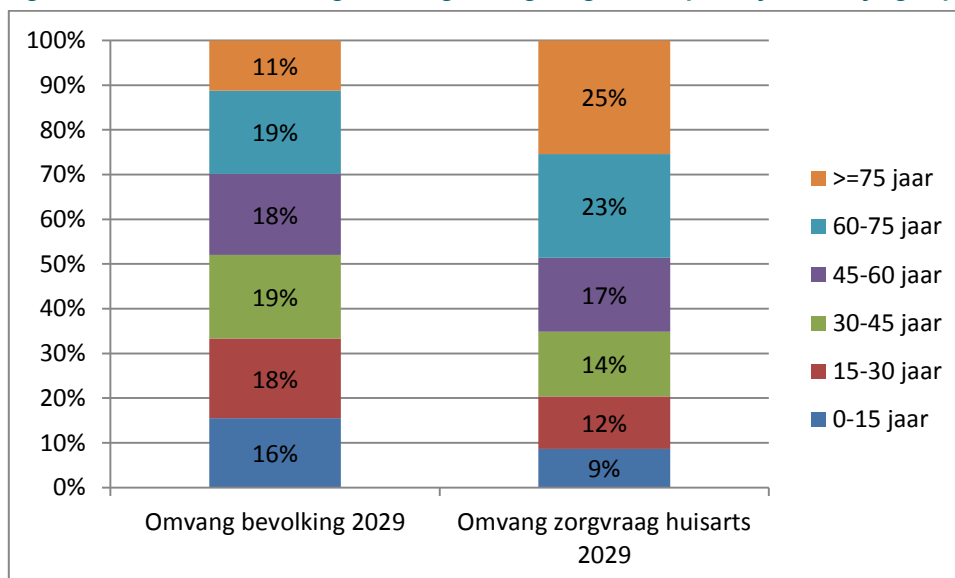


Bronnen: NZR, 2017 en CBS, 2019

4.3.8 Verdeling bevolking en zorgvraag in 2029

In 2029 zal de groep van 75 jaar en ouder een aandeel van 11% in de bevolking hebben en een aandeel van 25% in de zorgvraag naar huisartspraktijken. De groep van 60-75 jaar maakt 19% uit van de totale bevolking en heeft een aandeel van 23% van de zorgvraag. Zie figuur 19.

Figuur 19: Verwachte verdeling bevolking en zorgvraag in 2029 per 15-jaarsleeftijdsgroepen



Bronnen: NZR 2017 en CBS 2019

Opnieuw heeft de groep van 45-60 jarigen ongeveer een gelijk aandeel in de bevolking als in de zorgvraag (18% versus 17%). Net als in 2019 hebben de drie jongste leeftijdsgroepen in 2029 een kleiner aandeel in de zorgvraag naar huisartspraktijken dan in de bevolking.

In het voorgaande is beschreven hoe de verandering van de zorgvraag naar huisartspraktijken in Nederland geschat kan worden voor 2019 en vervolgens geprognosticeerd voor de periode van 2019 tot 2029. Dezelfde methode is toegepast voor de perioden 2019-2024, 2019-2034 en 2019-2039. Het resultaat is dat de groei van de zorgvraag naar huisartspraktijken in vrij constante stappen zal toenemen: 4,8% in 5 jaar (2019-2024), 9,5% in 10 jaar (2019-2029), 13,6% in 15 jaar (2019-2034) en 16,7% in 20 jaar (2019-2039).

Deze percentages voor de factor demografie wijken daarmee niet veel af van de percentages die met dezelfde methode zijn berekend voor de capaciteitsraming huisartsen in 2016. Tabel 18 vat deze uitkomsten samen.

Tabel 18: Parameterwaarden demografie met effect over 5,10,15 en 20 jaar

	Effect demografie op zorgvraag vanaf 2016*	Effect demografie op zorgvraag vanaf 2019
Na 5 jaar	4,9%	4,8%
Na 10 jaar	9,4%	9,5%
Na 15 jaar	13,5%	13,6%
Na 20 jaar	17,2%	16,7%

* Bron: Capaciteitsplan Huisartsgeneeskunde 2016

4.4 Epidemiologie

In hun Toekomstverkenning 2022 houden de LHV en NHG rekening met de volgende epidemiologische ontwikkelingen:⁸⁶

- (dubbele) vergrijzing⁸⁷ van de bevolking met daarbij gepaard gaande groei van het aantal patiënten met meerdere chronische aandoeningen
- de groeiende gezondheidsverschillen tussen arm en rijk
- toenemende vraag door meer GGZ-problematiek in een maatschappij die steeds gecompliceerder wordt
- meer vraag door toename van uitbraken van infectieziekten die zich sneller verspreiden door frequenter reizen van mensen, dieren en voedsel en door toenemende resistentie.

In de meest recente Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM uit 2018 en in diverse andere bronnen wordt een aantal van deze ontwikkelingen bevestigd.⁸⁸

⁸⁶ Landelijke Huisartsenvereniging, & Nederlands Huisartsengenootschap (2012). *Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat; Huisartsenzorg in 2022*. Utrecht: Auteurs.

⁸⁷ Dubbele vergrijzing is het verschijnsel dat niet alleen de groep ouderen een relatief groter aandeel vormt van de Nederlandse samenleving (o.a. als gevolg van de babyboom na de Tweede Wereldoorlog), maar dat ook de gemiddelde leeftijd steeds hoger komt te liggen. Hierdoor neemt de vergrijzing op twee manieren toe.

⁸⁸ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018). *De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese*. Bilthoven: Auteur.

4.4.1 Vraag naar huisartsenzorg stijgt door vergrijzing

Volgens het Trendskenario van de VTV 2018 neemt het aantal 65-plussers de komende 25 jaar toe van 3,1 naar 4,8 miljoen, een stijging van bijna 55%. Het aantal 90-plussers verdrievoudigt, van 117.000 in 2015 tot bijna 340.000 in 2040. De toename van het aantal ouderen - die bovendien vaker langer zelfstandig wonen - leidt tot meer multimorbiditeit, het lijden aan meerdere aandoeningen tegelijk. Het percentage mensen dat bij de huisarts geregistreerd staat met één of meer chronische aandoeningen stijgt van 50 procent (8,5 miljoen mensen) in 2015 naar 54 procent (9,8 miljoen mensen) in 2040. Daarbinnen neemt het aantal mensen met twee of meer chronische aandoeningen toe van bijna 25 procent (4,3 miljoen mensen) in 2015 naar 30 procent (5,5 miljoen mensen) in 2040. De groep met drie of meer chronische aandoeningen groeit in diezelfde periode van 14 procent (2,4 miljoen mensen) naar 18 procent (3,3 miljoen mensen). Ook de sociale problematiek onder ouderen neemt toe, zoals onveilige thuissituaties en vereenzaming.⁸⁹ Er komen zodoende steeds meer mensen met een complexe, domein overstijgende zorgvraag. Met name de vraag naar eerstelijnszorg en informele (mantel)zorg stijgt.^{90,91,92}

4.4.2 Meer vraag naar huisartsenzorg door toename ouderdomsziekten

Door de vergrijzing staan in 2040 in de top tien van meest voorkomende aandoeningen vooral ouderdomsziekten. Artrose, gezichtsstoornissen, diabetes en coronaire hartziekten stijgen het meest in aantal. In 2040 zijn er bijvoorbeeld ruim 2,2 miljoen mensen met artrose, ruim een miljoen meer dan in 2015.

Het aantal mensen met dementie neemt toe van 154.000 in 2015 tot 330.000 in 2040, een ruime verdubbeling. Bovendien is dementie, samen met artrose, de aandoening die tot 2040 de grootste toename in ziektelast⁹³ veroorzaakt. Voor artrose wordt dit verklaard door een grote stijging in de prevalentie; bij dementie ligt de verklaring vooral in een grote stijging in de vroegtijdige sterfte, dus in het aantal jaren dat mensen daardoor korter leven (verloren levensjaren). Dementie komt daarmee in 2040 op de eerste plaats te staan als doodsoorzaak in Nederland. Rond 2040 zal het aantal mensen dat sterft aan deze ziekte mogelijk bijna zijn verdrievoudigd: van 15.000 in 2015 naar ruim 40.000 per jaar in 2040. Uit onderzoek is gebleken dat mensen met dementie in de twee jaar voor de diagnose en het jaar daarna, vaker contact hebben met de huisarts.⁹⁴

⁸⁹ Campen, C. van, Vonk, F., & Tilburg, T. van (Red.) (2018). *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

⁹⁰ Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Monitor Zorg voor ouderen 2018*. Utrecht: Auteur.

⁹¹ Bijl, R., Boelhouwer, J., & Wennekers, A. (Red.) (2017). *De sociale staat van Nederland 2017*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

⁹² Ham, L. van der, Steenbekkers, A., & Marangos, A. M. (2018). *Toegang tot zorg en ondersteuning: Rollen, ervaringen en meningen van huisartsen* [Bijlage A bij eindrapport landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg]. Geraadpleegd op 14 augustus 2018 op https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2018/Veranderde_zorg_en_ondersteuning_voor_mensen_met_een_beperking

⁹³ De ziektelast is de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie die veroorzaakt wordt door ziekten. De ziektelast wordt uitgedrukt in DALY (Disability-Adjusted Life-Years). De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte. Het aantal verloren levensjaren is relatief groot voor dementie, longkanker en COPD. Voor ziekten zoals artrose, nek- en rugklachten en angst- en stemmingsstoornissen bestaat de ziektelast nagenoeg geheel uit verloren kwaliteit van leven. Dit verlies is hoog als de ziekte vaak voorkomt, lang duurt en relatief ernstig is.

⁹⁴ Mistiaen, P., Heins, M., Stirbu-Wagner, I., Korevaar, J., Verheij, R., & Francke, A. L. (2014). Mensen met dementie zien de huisarts vaker: Pieak in contact met huisarts rond het stellen van de diagnose. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158(6), [A6755]. <http://www.ntvg.nl/publicatie/672819>

Met het stijgen van de leeftijd neemt ook het aantal consulten bij de huisarts voor klachten aan het bewegingsapparaat toe. Het aantal consulten ligt hoger bij vrouwen dan bij mannen. Zo komen vrouwen van 65 jaar en ouder gemiddeld 1,5 keer per jaar voor beweegklachten bij de huisarts.⁹⁵

4.4.3 Toekomstige ontwikkelingen in gezondheidsvaardigheden onzeker

Er zijn in Nederland en wereldwijd aantoonbare verschillen in gezondheid tussen mensen met een hoge en mensen met een lage sociaaleconomische status (SES). Mensen met een hoge opleiding en inkomen leven in Nederland gemiddeld ongeveer 7 jaar langer dan mensen met een lage SES. Mensen met een lage SES hebben meer risico op chronische ziekten. De periode dat hoogopgeleiden hun gezondheid als goed ervaren is ruim 18 jaar langer dan bij laagopgeleiden. Volgens het Trendscenario van de VTV 2018 neemt het percentage laagopgeleiden van 25 jaar en ouder dat zich gezond voelt in de toekomst af, van ongeveer 60% naar 53%. Dit percentage is niet gecorrigeerd voor een demografische factor als de vergrijzing. Voor hoogopgeleiden blijft dit percentage vrijwel stabiel op ca. 85%.

Een minder goede gezondheid kan het gevolg zijn van een lage SES.⁹⁶ Mensen met een lage SES hebben in de regel minder gezondheidsvaardigheden⁹⁷, eten en bewegen vaak minder gezond, roken vaak meer en wonen vaker in een minder gezonde en minder veilige buurt. Een slechtere gezondheid kan echter ook de oorzaak zijn van een lagere SES, bijvoorbeeld doordat gezondheidsproblemen het deelnemen aan werk of opleiding bemoeilijken. Personen met een lage SES gaan vaker naar de huisarts dan mensen met een hoge SES.^{98, 99, 100, 101, 102}

Naar verwachting zal het opleidingsniveau in Nederland de komende decennia toenemen. De samenstelling van en verhouding tussen de groepen laag- en hoogopgeleiden zal daarmee veranderen. Welke gevolgen dit zal hebben voor de gezondheid en levensverwachting van deze groepen is nog onduidelijk. Wellicht zal met het toenemen van de gezondheidsvaardigheden het huisartsbezoek afnemen.

⁹⁵ Nivel (2018). *Meeste consulten bij huisarts voor klachten aan het bewegingsapparaat* [Infographic]. Utrecht: Auteur.

⁹⁶ André, S., Kraaykamp, G., & Meuleman, R. (2018). *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidlijn*. Geraadpleegd op 14 augustus 2018 op <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/gezondheidsgedrag-in-nederland/>

⁹⁷ De vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van aan gezondheid gerelateerde beslissingen. Bredere definities omvatten ook psychologische kenmerken (zoals zelfvertrouwen en motivatie) en sociale vaardigheden. Onder gezondheidsvaardigheden vallen onder andere kunnen lezen, schrijven en rekenen. Daarnaast spelen bijvoorbeeld digitale vaardigheden een steeds grotere rol in het verkrijgen van informatie. Bron: <https://www.loketgezondleven.nl/vraagstuk/gezondheidsvaardigheden>

⁹⁸ Landelijke Huisartsenvereniging, & Nederlands Huisartsengenootschap (2012). *Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat; Huisartsenzorg in 2022*. Utrecht: Auteurs.

⁹⁹ Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). *Zorggebruik verschilt per opleidingsniveau*. Geraadpleegd op 2 augustus 2018 op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/46/zorggebruik-verschilt-per-opleidingsniveau>

¹⁰⁰ Heijmans, M., Brabers, A., & Rademakers, J. (2018). *Health Literacy in Nederland*. Utrecht: Nivel.

¹⁰¹ Jansen, T., Rademakers, J., Waverijn G., Verheij, R., Osborne, R., & Heijmans, M. (2018). The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: A survey study. *BMC Health Services Research*, 18, 394-406. doi: 10.1186/s12913-018-3197-4

¹⁰² Muijsenbergh, M. van den (2018, 9 maart). *Verschil moet er zijn!* [Inaugurale rede]. Nijmegen: Radboud Universiteit/het Radboudumc.

4.4.4 Psychische problematiek neemt toe

Volgens de VTV 2018 zal het aantal mensen met een angststoornis toenemen van ongeveer een miljoen in 2015 tot bijna 1,1 miljoen in 2040. Het aantal mensen met een stemmingsstoornis stijgt in die periode van ruim 500.000 naar 600.000. Door de vergrijzing zullen er meer ouderen zijn met een combinatie van fysieke en psychische problemen, bijvoorbeeld depressie.¹⁰³ Maar ook onder jeugd en jongvolwassenen worden in toenemende mate psychische gezondheidsklachten gesignaleerd. De huidige complexe maatschappij, waarin het behalen van goede studieresultaten, een goed CV en inkomen en het onderhouden van een druk sociaal leven belangrijke doelen zijn, zorgt voor veel prestatiedruk en stress onder deze groep.^{104, 105} Daarbij wordt wel verondersteld dat de verregaande ontwikkelingen in digitalisering en sociale media bij veel jongeren angst om 'iets te missen', depressies of slaapproblemen veroorzaken. Er zijn echter ook Nederlandse onderzoeken die deze aspecten tegenspreken.^{106, 107}

De Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) waarschuwt voor de tendens om verschijnselen die te maken hebben met bepaalde levensfasen, zoals onzekerheid bij jongvolwassenen of functievermindering bij het ouder worden, al te gauw te voorzien van een 'medisch etiket' en individuen voor hulp te verwijzen naar een zorgprofessional.¹⁰⁸ De RVS pleit ervoor (ook) andere benaderingen dan de medische in te zetten om met bepaalde maatschappelijke vraagstukken om te gaan. Bijvoorbeeld door jongeren die worstelen met levensvragen met elkaar in contact te brengen nemen psychische klachten af.¹⁰⁹

Huisartsen merken echter de toename van psychische klachten in hun praktijken.^{110, 111} Het percentage volwassen patiënten dat voor psychische en sociale problemen naar de huisarts ging, is in de periode 2011-2017 toegenomen van 12% naar 18%. Ook het percentage patiënten dat een POH-GGZ

¹⁰³ Post, H., Huijsmans, K., Luijk, R., & Gusdorf, L. (2018). *Zorghermometer ouderenzorg: Inzicht in de ouderenzorg*. Zeist: Vektis.

¹⁰⁴ De Volkskrant (2018, 13 augustus). *Studenten bezwijken psychisch onder prestatiedruk: 'De psychologen zijn niet aan te slepen'*. Geraadpleegd op 14 augustus 2018 op <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/studenten-bezwijken-psychisch-onder-prestatiedruk-de-psychologen-zijn-niet-aan-te-slepen~b4246d57/>

¹⁰⁵ De Volkskrant (2018, 13 augustus). *Huisarts ziet aantal studenten met psychische problemen stijgen: 'De nood is hoog'*. Geraadpleegd op 14 augustus 2018 op <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/huisarts-ziet-aantal-studenten-met-psychische-problemen-stijgen-de-nood-is-hoog~b3cc8cdc/>

¹⁰⁶ Velden, P.G. van der, Setti, I., Das, M., & Meulen, E. van der (2019). Computers in Human Behavior: Does social networking sites use predict mental health and sleep problems when prior problems and loneliness are taken into account? A population-based prospective study. *Computers in Human Behavior*, 93, 200-209. doi: 10.1016/j.chb.2018.11.047.

¹⁰⁷ Velden, P. G. van der, Das, M., & Muffels, R. (2019). The stability and latent profiles of mental health problems among Dutch young adults in the past decade: a comparison of three cohorts from a national sample. *Psychiatry Research*, 282. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112622

¹⁰⁸ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Recept voor maatschappelijk probleem: Medicalisering van levensfasen*. Den Haag: Auteur.

¹⁰⁹ De RVS onderscheidt drie oplossingsrichtingen. Ten eerste: investeer in realistische verwachtingen van de verschillende fasen in het leven. Ten tweede: verminder de aantrekkingskracht van een (medisch) professioneel loket. Ten derde: versterk andere benaderingen. Daardoor krijgen niet alleen patiënt en zorgprofessional, maar ook allerlei andere actoren de andere benaderingen scherper in beeld. Want als de maatschappij het probleem is, dan is een recept niet de oplossing.

¹¹⁰ Ham, L. van der, Steenbekkers, A., & Marangos, A. M. (2018). *Toegang tot zorg en ondersteuning: Rollen, ervaringen en meningen van huisartsen* [Bijlage A bij eindrapport landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg]. Geraadpleegd op 14 augustus 2018 op https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2018/Veranderde_zorg_en_ondersteuning_voor_mensen_met_een_beperking

¹¹¹ Magnée, T. (2017). *Mental health care in general practice in the context of a system reform* [Thesis]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. Geraadpleegd op 7 augustus 2018 op [https://www.rug.nl/research/portal/en/publications/mental-health-care-in-general-practice-in-the-context-of-a-system-reform\(9683d959-ddea-4e53-996b-53aac35f0e03\).html](https://www.rug.nl/research/portal/en/publications/mental-health-care-in-general-practice-in-the-context-of-a-system-reform(9683d959-ddea-4e53-996b-53aac35f0e03).html)

zag na een consult bij de huisarts is in deze periode gestegen: van 0,7% naar 4%.¹¹² Sinds de invoering van het nieuwe GGZ-stelsel in 2014 is de poortwachtersrol van huisartsen op dit gebied nog belangrijker geworden. Zij lopen echter tegen diverse problemen aan. Dit zijn met name de lange wachttijden bij ggz-aanbieders, de overheveling van zorg voor stabiele chronische ggz-patiënten, waarbij er soms te hoge verwachtingen zijn bij de patiënt over wat de huisarts en POH-GGZ kunnen doen. Een ander probleem is onvoldoende adequate afstemming tussen huisarts, ggz-behandelaren en het sociaal domein. De zorg voor mensen met psychische klachten legt een zware last op de huisartsenpraktijken.^{113,114}

4.4.5 Betere behandelingen leiden tot meer zorgvraag in eerste lijn

Door verbeteringen in de behandeling zijn de overlevingskansen van kanker en hart- en vaatziekten toegenomen. Deze ontwikkeling zal volgens het VTV 2018 Trendscenario ook in de periode tot 2040 verder doorzetten. Een steeds grotere groep mensen zal langer met deze ziekten leven. Zij krijgen op termijn vaak met daaruit voortvloeiende gezondheidsproblemen te maken, zoals vermoeidheids- en concentratieklachten, depressies of angsten en problemen in het dagelijks functioneren. Het grootste deel van deze groep zal zich met hun klachten wenden tot eerstelijnszorgverleners, zoals de huisarts.

4.4.6 Inzet huisartsen bij vaccinaties neemt toe

Huisartsen krijgen steeds meer werk aan vaccinatieprogramma's vanwege oprukkende infectieziekten. Zo heeft VWS in 2018 aangegeven het advies van de Gezondheidsraad op te volgen om ouderen te vaccineren tegen pneumokokken.^{115,116,117} Na afweging in de ledenraad, heeft de LHV hiermee ingestemd.¹¹⁸ Een ander voorbeeld is de RIVM-campagne voor meningokokkenvaccinatie bij tieners uit september 2018. Daarbij kregen alle 14- tot 18-jarigen een uitnodiging voor vaccinatie. Aanleiding was de snelle toename van het aantal ernstig zieken en dodelijke gevallen veroorzaakt door menin-

¹¹² Beurs, D. de, Prins, A., & Nielen, M. (2018). *Psychische en sociale problematiek in de huisartsenpraktijk in de periode 2011 – 2017*. Utrecht: Nivel.

¹¹³ Landelijke Huisartsenvereniging (2017). *Huisartsen: Problemen in de ggz groter dan ooit*. Geraadpleegd op 7 augustus 2018 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-problemen-de-ggz-groter-dan-ooit>

¹¹⁴ Landelijke Huisartsen Vereniging, & Ineen (2018, 25 mei). *Brief aan de Vaste Kamercommissie VWS betreffende Algemeen Overleg GGZ 31 mei 2018*. Geraadpleegd op 7 augustus 2018 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/lhv-uit-zorgen-van-huisartsen-over-ggz>

¹¹⁵ Gezondheidsraad (2018, 28 februari). *Vaccinatie van ouderen tegen pneumokokken*. Geraadpleegd op 21 januari 2019 op <https://www.gezondheidsraad.nl/organisatie/vaccinaties/documenten/adviezen/2018/02/28/vaccinatie-van-ouderen-tegen-pneumokokken>

¹¹⁶ Nederlands Huisartsengenootschap (2018, 27 maart). *Advies Gezondheidsraad: pneumokokken vaccinatie bij ouderen*. Geraadpleegd op 21 januari 2019 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/advies-gezondheidsraad-pneumokokken-vaccinatie-bij-ouderen>

¹¹⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 9 oktober). *Kamerbrief 'Beleidsreactie pneumokokkenvaccinatie bij ouderen'*. Geraadpleegd op 21 januari 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/10/09/kamerbrief-met-beleidsreactie-pneumokokkenvaccinatie-bij-ouderen>

¹¹⁸ Landelijke Huisartsen Vereniging (2019, 19 juni). *Patiënt kan eind 2020 terecht bij huisarts voor pneumokokkenvaccinatie*. Geraadpleegd op 25 juni 2019 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/patient-kan-eind-2020-terecht-bij-huisarts-voor-pneumokokkenvaccinatie>

gokkokken type W. Veel (ongeruste) patiënten wendden zich met vragen over de ziekte en de vaccinatie tot hun huisarts, wat veel extra werkdruk opleverde.^{119, 120, 121} Volgens het RIVM is ook de vraag naar griepvaccinaties eind 2018 is toegenomen in vergelijking met voorgaande jaren.¹²² Experts vanuit het werkveld bevestigen deze ontwikkelingen.

4.4.7 Parameter epidemiologie ongewijzigd

Het Capaciteitsorgaan houdt bij het vaststellen van de parameter epidemiologie rekening met de omvang van bovengenoemde veranderingen, de snelheid waarmee deze zullen worden doorgevoerd en de maatschappelijke veranderingen die hieraan ten grondslag liggen. Het Capaciteitsplan 2016 ging uit van +0,4% tot +0,8%. Vanwege de ontwikkelingen in de GGZ en de toename van zorg voor ouderen en kwetsbare groepen blijft deze parameter onveranderd hoog: **+0,4% tot +0,8% groei per jaar.**

4.5 Sociaal-culturele ontwikkelingen

De waarde van de parameter sociaal-cultureel wordt bepaald door tal van ontwikkelingen in zowel de maatschappij als de politiek. Ook zaken als betaalbaarheid van de (gezondheids-)zorg en de visie en wensen van de beroepsgroep en haar ketenpartners spelen hierbij een belangrijke rol. In onderstaande paragrafen wordt stilgestaan bij de nieuwste ontwikkelingen binnen de eerstelijnszorg.

4.5.1 Zorgvraag verandert: patiënt voert meer eigen regie

Zoals in het vorige Capaciteitsplan 2016 al werd benoemd, heeft er in het afgelopen decennium een focusverschuiving plaatsgevonden: niet de beperkingen die ziekte oplegt aan mensen maar de mogelijkheden en wensen die men heeft, ondanks ziekte en beperkingen, bepalen steeds meer de gesprekken in de spreekkamer.^{123, 124} Deze benadering vanuit 'positieve gezondheid' en zelfmanagement legt de verantwoordelijkheid voor het functioneren meer bij de patiënt.¹²⁵ De zorgverlener wordt steeds meer ondersteuner/coach. Patiënten zijn mondiger en kritischer geworden, zoeken veel

¹¹⁹ Nederlands Huisartsen Genootschap (2018, 11 september). *Vaccinatiecampagne tegen meningokokkenziekte bij 14-18-jarigen van start*. Geraadpleegd op 15 januari 2019 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/vaccinatiecampagne-tegen-meningokokkenziekte-bij-14-18-jarigen-van-start>

¹²⁰ Landelijke Huisartsen Vereniging (2018, 27 september). *Vaccinatie meningokokken zorgt voor sterke stijging zorgvraag*. Geraadpleegd op 15 januari 2019 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/vaccinatie-meningokokken-zorgt-voor-sterke-stijging-zorgvraag>

¹²¹ Algemeen Dagblad (2018, 27 september). *Campagne voor meningokokken-vaccinatie zorgt voor extreme drukte bij huisarts*. Geraadpleegd op 15 januari 2019 op <https://www.ad.nl/binnenland/campagne-voor-meningokokken-vaccinatie-zorgt-voor-extreme-drukke-bij-huisarts~a9009c0f/>

¹²² Blikopnieuws (2018, 19 december). *Steeds meer mensen met griep naar de dokter*. Geraadpleegd op 15 januari 2019 op <https://www.blikopnieuws.nl/gezondheid/269619/steeds-meer-mensen-met-griep-naar-de-dokter.html>

¹²³ Taskforce Zorg op de Juiste Plek (2018). *De juiste zorg op de juiste plek: Wie durft?* Geraadpleegd op 9 augustus 2018 op <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2018D23578&did=2018D23578>

¹²⁴ Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Recept voor maatschappelijk probleem: Medicalisering van levensfasen*. Den Haag: Auteur.

¹²⁵ Huber, M., Knottnerus J. A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, 235-237. doi: 10.1136/bmj.d4163

meer zelf uit en beslissen mee over hun behandeltraject; de beschikbaarheid van medische informatie op internet draagt hieraan bij.^{126,127} Een website als Thuisarts.nl biedt veel betrouwbare informatie over gezondheid en ziektes. Het NHG beheert deze website. Er wordt gewerkt met wetenschappelijke richtlijnen en waar mogelijk zijn de teksten op de site afgestemd met patiëntenorganisaties. De website lijkt voor een afname van het aantal telefonische en kortdurende consulten bij de huisartsen te kunnen zorgen.^{128, 129, 130, 131}

Het bieden van ‘persoonsgerichte zorg’ behoort tot de kernwaarden van de huisartsgeneeskunde.¹³² Sinds enkele jaren is hiervoor vanuit de medische verenigingen en patiëntenorganisaties gerichte aandacht middels campagnes, richtlijnen, cursussen en hulpmiddelen.^{134, 135, 136, 137, 138} Recent onderzoek van Nivel wijst uit dat huisartsen in 2015 het ‘shared decision making’ meer toepasten dan in 2007.¹³⁹ Maar er kan volgens de onderzoekers nog het nodige verbeterd worden in het samen beslissen, met name in de consulten met oudere patiënten. In het Capaciteitsplan 2016 werd al aangegeven dat er vooralsnog rekening moet worden gehouden met een tijdsinvestering door de huisarts.

4.5.2 Preventie

De nadruk ligt steeds meer op ‘positieve gezondheid’ en zelfregie. Daarmee gaat een toenemende aandacht voor preventie gepaard. Het is immers belangrijk dat mensen zelf ervoor zorgen dat zij hun gezondheid bevorderen en beschermen en dat ziekten of complicaties van ziekten worden voorkomen of in een zo vroeg mogelijk stadium worden opgespoord. Dit kan ervoor zorgen dat mensen

¹²⁶ Vries, M. de, Werd, H. de, & Huisman, D. (2018). *Met scenario's voorbereid op 2030: Scenario-analyse langdurige zorg*. Amersfoort: Jester Strategy.

¹²⁷ Bos, N., Springvloed, L., Rolink, M., Jong, J. de, Friele, R., & Boer, D. de (2019). *De Transparantiemonitor 2018 - Gebruik van informatie over gezondheid: Een vragenlijstonderzoek onder burgers*. Utrecht: Nivel.

¹²⁸ Nederlands Huisartsen Genootschap (2018). *Patiëntenvoorlichting*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.nhg.org/thema/patientenvoorlichting>

¹²⁹ Nederlands Huisartsen Genootschap (2018, 4 oktober). *Thuisarts.nl verkozen tot beste Content Platform van Europa 2018*. Geraadpleegd op 8 oktober 2018 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/thuisartsnl-verkozen-tot-beste-content-platform-van-europa-2018>

¹³⁰ Bremmers, S. (2019). *Verzekeraars maken vaart met e-health vanwege krappe arbeidsmarkt*. Geraadpleegd op 7 mei 2019 op <https://www.zorgvisie.nl/verzekeraars-maken-vaart-met-e-health-vanwege-krapte-arbeidsmarkt/#>

¹³¹ Springvloed, L., Bos, N., Jong, J. de, Friele, R., & Boer, D. de (2019). *Thuisarts.nl: Hoe draagt Thuisarts.nl bij aan transparantie en de best passende zorg?* Utrecht: Nivel.

¹³² Landelijke Huisartsenvereniging, & Nederlands Huisartsengenootschap (2012). *Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat; Huisartsenzorg in 2022*. Utrecht: Auteurs.

¹³³ LHV (2018). *Herijking kernwaarden en kerntaken huisartsenzorg 2018-2019*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.lhv.nl/uw-beroep/kwaliteit/toekomstvisie-2022/herijking-kernwaarden-en-kerntaken-huisartsenzorg-2018-2019>

¹³⁴ Federatie Medisch Specialisten (2017). *Samen beslissen moet vanzelfsprekend zijn*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.demedischspecialist.nl/nieuws/%E2%80%9Csamen-beslissen-moet-vanzelfsprekend-zijn%E2%80%9D>

¹³⁵ Patiëntenfederatie Nederland (2017). *Samen beslissen*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/samen-beslissen/>

¹³⁶ Nederlands Huisartsen Genootschap (2018). *Dossier Persoonsgerichte Zorg*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-persoonsgerichte-zorg>

¹³⁷ Engelberts, I., Schermer, M., & Prins, A. (2018). Een goed gesprek is de beste persoonsgerichte zorg: evidencebased geneeskunde geeft te weinig ruimte voor eigen afwegingen van de patiënt. *Medisch Contact*, 30-31, 18-20.

¹³⁸ Stolk, G. (2018). Persoonsgerichte zorg in hele eerste lijn: Zeven beroepsgroepen geschoold en ondersteund. *De Eerstelijns*, 2, 11-13.

¹³⁹ Meijers, M. C., Noordman, J., Spreeuwenberga, P., Hartman, T. C. olde, & Dulmen, S. van (2018). Shared decision-making in general practice: An observational study comparing 2007 with 2015. *Family Practice*, 2018, 1-8. doi: 10.1093/fampra/cmty070

langer gezond blijven en goed kunnen meedoen in de maatschappij. Ook kan het gebruik van bestaande, vaak duurder zorgvormen ermee worden tegengegaan.¹⁴⁰

Zo is met ingang van 2019 de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) opgenomen in het basispakket van de zorgverzekering.^{140,141} GLI is bedoeld voor mensen met een aan verhoogd gewicht gerelateerd gezondheidsrisico, waarbij onder begeleiding wordt gewerkt aan leefstijl, voeding en gedrag. Huisartsen hebben hierbij een belangrijke rol: zij stellen de diagnose en verwijzen indien relevant door naar een GLI-aanbieder.¹⁴² Vooralsnog ontbreekt het echter aan voldoende leefstijlcoaches waarnaar huisartsen kunnen verwijzen. Dit belemmert de implementatie van het traject.^{143,144}

4.5.3 Hoofdpijnakkoord Huisartsenzorg

In het nieuwe bestuurlijke akkoord huisartsenzorg 2019-2022 hebben de deelnemende partijen (LHV, InEen, Patiëntenfederatie Nederland, ZN en VWS) een gezamenlijke inhoudelijke agenda bepaald met daarin onder meer afspraken om te zorgen voor: meer tijd voor de patiënt, intensieve samenwerking tussen partners in de ANW-zorg, het versterken van de organisatie en infrastructuur van de eerste lijn, verbeteren van de zorg voor kwetsbare groepen en voor de ICT-infrastructuur worden afspraken gemaakt over onder andere uitwisseling en standaardisatie van gegevens.¹⁴⁵ Huisartsen en zorgverzekeraars geven regionaal invulling aan afspraken over deze punten. Het hoofdpijnakkoord gaat uit van het centrale streven in het zorgbeleid om 'de juiste zorg op de juiste plek' te leveren.¹⁴⁶ Dat moet leiden tot:

- het voorkomen van (duurdere) zorg
- het verplaatsen van zorg: dichtbij als het kan (bijvoorbeeld thuis), verder weg als het moet (geconcentreerd vanwege kwaliteit en doelmatigheid)
- het vervangen van zorg door andere (goedkopere, efficiëntere) zorg, zoals e-health, met een gelijkwaardige of betere medisch-inhoudelijke kwaliteit van de zorg.

De wens om zorg te verschuiven van de tweede naar de eerste lijn leidt in de hoofdpijnakkoorden tot een hogere volumegroei voor de huisartsenzorg, wijkverpleging en eerstelijnsverblijf (ELV). Het leidt tot een lagere volumegroei voor de medisch-specialistische zorg. Voor de huisartsenzorg wordt ver-

¹⁴⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 1 juni). *Kamerbrief Basispakket Zvw 2019*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/06/01/kamerbrief-over-basispakket-zorgverzekering-wet-2019>

¹⁴¹ Rijksoverheid (2018, 1 juni). *Meer ruimte voor preventie in basispakket zorgverzekering*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/06/01/meer-ruimte-voor-preventie-in-basispakket-zorgverzekering>

¹⁴² Zorginstituut Nederland (2018). *Factsheet gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) bij overgewicht en obesitas*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2018/02/21/standpunt-gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-bij-overgewicht-en-obesitas>

¹⁴³ Zorgverzekeraars Nederland (2019, 10 januari). *Gecombineerde leefstijlinterventie op steeds meer plekken aangeboden*. Geraadpleegd op 14 januari 2019 op <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=3625746432>

¹⁴⁴ Trouw (2019, 12 januari). *Huisarts biedt amper afslankhulp aan*. Geraadpleegd op 14 januari 2019 op <https://www.trouw.nl/samenleving/huisarts-biedt-amper-afslankhulp-aan~a2aefa07/>

¹⁴⁵ Landelijke Huisartsenvereniging, InEen, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 11 juli). *Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022*. Geraadpleegd op 9 augustus 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-huisartsenzorg-2019-2022>

¹⁴⁶ Taskforce Zorg op de Juiste Plek (2018). *De juiste zorg op de juiste plek: Wie durft?* Geraadpleegd op 9 augustus 2018 op <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2018D23578&did=2018D23578>

der extra geïnvesteerd in de zorg in achterstandswijken, ICT in de huisartspraktijk, digitale uitwisseling met patiënten en onderzoek. De betrokken partijen beschouwen daarnaast als speerpunten: het terugdringen van overbodige administratie en regels en het zoeken van oplossingen voor de arbeidsmarktproblematiek.

Het inzetten op bovenstaande punten heeft invloed op het werkproces van de huisarts en vraagt om meer huisartsencapaciteit. Ontwikkelingen aangaande praktijkverkleining, de zorg voor kwetsbare groepen en de ANW-zorg komen daarom terug in hoofdstuk 6 Werkproces. Dit hoofdstuk behandelt onder meer vakinhoudelijke ontwikkelingen en efficiency.

4.5.4 Pact voor de ouderenzorg

Op 8 maart 2018 ondertekenden een groot aantal partijen, waaronder VWS, LHV, Verenso, ActiZ en ZN, het 'Pact voor de ouderenzorg'.^{147, 148} Dit pact stelt als drie belangrijkste maatschappelijke opgaven: het bestrijden van eenzaamheid onder ouderen, het verbeteren van verpleeghuiszorg en het bevorderen van langer thuis wonen. Deze drie punten zijn uitgewerkt in de afzonderlijke programma's 'Eén tegen eenzaamheid', 'Thuis in het verpleeghuis' en 'Langer thuis'.^{149, 150, 151}

Het actieprogramma 'Eén tegen eenzaamheid' heeft als doel om eenzaamheid onder ouderen te verminderen. Nu geeft meer dan de helft van de 75-plussers aan zich matig tot ernstig eenzaam te voelen.¹⁵² Op landelijk en lokaal niveau moet een trendbreuk van eenzaamheid onder ouderen in gang worden gezet door eenzaamheid duurzaam te signaleren, bespreekbaar te maken en aan te pakken. Huisartsen hebben een belangrijke rol bij het signaleren van eenzaamheid en het doorverwijzen naar passende instanties en activiteiten.

Het programma 'Thuis in het verpleeghuis' kent als hoofddoelstelling 'zorgen dat er voldoende tijd, aandacht en goede zorg is voor alle bewoners'. Een sleutelvoorwaarde voor deze persoonsgerichte zorg is dat er gemotiveerde, deskundige en voldoende zorgverleners zijn. Daarom wordt er geïnvesteerd in personeel, in het terugdringen van administratieve lasten en in het bewerkstelligen van een goed werk- en leerklimaat.

In het programma 'Langer thuis' wordt het belang onderstreept van goed functionerende, multidisciplinaire 'kernteams' in de wijk, waarin professionals de kwetsbaarheid vroeg signaleren en de zorg rondom thuiswonende ouderen goed afstemmen. In dergelijke samenwerkingsverbanden heeft de

¹⁴⁷ VWS en samenwerkende partijen (2018). *Pact voor de ouderenzorg*. Geraadpleegd op 18 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/03/08/35-partijen-sluiten-pact-voor-de-ouderenzorg>

¹⁴⁸ Verenso (2018, 8 maart). *Verenso tekent pact ouderenzorg van minister Volksgezondheid* [Persbericht]. Geraadpleegd op 18 juli 2018 op <https://www.verenso.nl/nieuws/verenso-tekent-pact-ouderenzorg-van-minister-volksgezondheid>

¹⁴⁹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Actieprogramma 'Eén tegen Eenzaamheid'*. Geraadpleegd op 17 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/03/20/actieprogramma-een-tegen-eenzaamheid>

¹⁵⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Thuis in het Verpleeghuis - waardigheid en trots op elke locatie*. Geraadpleegd op 17 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/documenten/publicaties/2018/04/10/programma-kwaliteit-verpleeghuiszorg>

¹⁵¹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Programma Langer Thuis*. Geraadpleegd op 17 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/18/programma-langer-thuis>

¹⁵² Campen, C. van, Vonk, F., & Tilburg, T. van (Red.) (2018). *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

huisarts een belangrijke functie. Aan de teams moet echter meer geriatrische expertise worden toegevoegd, bijvoorbeeld van specialisten ouderengeneeskunde. Dan komt ook in de eerste lijn dergelijke specifieke expertise, die voorheen vooral in de langdurige zorg aanwezig was, structureel beschikbaar. Het vroegtijdig inzetten van de juiste ondersteuning en zorg kan onnodige ziekenhuisopnames voorkomen en kan huisartsen ontlasten. Hiervoor is extra geld beschikbaar gesteld door het kabinet.

4.5.5 Herijking kernwaarden en kerntaken huisartsenzorg

Begin 2019 hebben diverse partnerorganisaties in de huisartsenzorg de kernwaarden en kerntaken voor de toekomst herzien en vastgesteld.^{153, 154, 155} De 'oude' kernwaarden uit 2012 (persoonsgericht, generalistisch en continu) blijken nog steeds van kracht, maar zijn wel aangescherpt en geactualiseerd:

- Binnen de kernwaarde 'persoonsgericht' heeft de inbreng van de patiënt een nadrukkelijker belang.
- De term 'generalistisch' is aangescherpt tot 'medisch-generalistisch'. De huisarts is de medisch-generalistische expert, gericht op lichamelijke en psychische klachten en passende medische zorg.
- Huisartsen vormen een constante factor in de medische zorg voor patiënten. Dat betekent dat huisartsenzorg - maar niet per definitie de huisarts zelf - continu beschikbaar is bij klachten die snel een medische beoordeling vereisen.
- Een nieuw toegevoegde kernwaarde is 'gezamenlijk'. Deze is fundamenteel voor de uitvoering van de andere drie kernwaarden. De huisarts is een teamspeler, zoekt de gezamenlijke aanpak, met de patiënt, anderen binnen de huisartsenzorg, andere zorgverleners en daarbuiten.

De huisartsen zien hun kerntaken op vijf gebieden: medisch-generalistische zorg, spoedeisende huisartsenzorg, terminaal-palliatieve zorg, preventieve zorg en zorgcoördinatie.

Zie ook paragraaf 2.1.2 voor een uitgebreidere toelichting op deze herijking van de huisartsenzorg.

4.5.6 Parameterwaarde sociaal-cultureel ongewijzigd

Het Capaciteitsorgaan houdt rekening met de grootte en impact van de genoemde veranderingen, de snelheid waarmee deze kunnen en/of zullen worden doorgevoerd evenals de maatschappelijke veranderingen die hieraan ten grondslag liggen. De parameter **sociaal-cultureel** krijgt een bandbreedte van **+0,8% tot +1,6%** (groei per jaar). Ook in het Capaciteitsplan 2016 werd uitgegaan van +0,8% tot +1,6% .

¹⁵³ Nederlands Huisartsen Genootschap (2018, 22 januari). *Huisartsen stellen samen vast: dit is waar we voor staan*. Geraadpleegd op 23 januari 2019 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/huisartsen-stellen-samen-vast-dit-waar-we-voor-staan>

¹⁵⁴ Partners Toekomst Huisartsenzorg (2019). *Kernwaardenkaart*. Geraadpleegd op 23 januari 2019 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/huisartsen-stellen-samen-vast-dit-waar-we-voor-staan>

¹⁵⁵ Partners Toekomst Huisartsenzorg (2019). *Kerntakenkaart*. Geraadpleegd op 23 januari 2019 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/huisartsen-stellen-samen-vast-dit-waar-we-voor-staan>

4.6 Conclusie zorgvraag

In tabel 19 worden alle parameterwaarden die in deze raming voor de zorgvraag zijn gehanteerd, samengevat en vergeleken met de Capaciteitsplannen van 2013 en 2016. De resultaten staan vermeld met bijbehorend verwacht effect per jaar. Voor de parameter demografie staan daarentegen de effecten in 5, 10, 15 en 20 jaar vermeld.

Tabel 19: Parameterwaarden zorgvraag, procentuele veranderingen per jaar (behalve bij demografie)

Onderwerp	Capaciteitplan 2013	Capaciteitplan 2016	Capaciteitsplan 2019
Onvervulde vraag	0,0%	0,0%	3,0% tot 5,0%
Demografie in 5 jaar	3,5%	4,9%	4,8%
Demografie in 10 jaar	7,1%	9,4%	9,5%
Demografie in 15 jaar	10,6%	13,5%	13,6%
Demografie in 20 jaar	13,3%	17,2%	16,7%
Epidemiologie	0,3% tot 0,6%	0,4% tot 0,8%	0,4% tot 0,8%
Sociaal-cultureel	0,7% tot 1,4%	0,8% tot 1,6%	0,8% tot 1,6%

5 Zorgaanbod

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de samenstelling beschreven van de huidige beroepsgroep huisartsen. Op basis van deze samenstelling spreekt het Capaciteitsorgaan een verwachting uit over de huisartsencapaciteit voor de komende 18 jaar. Hiervoor gebruikt het Capaciteitsorgaan de gegevens van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen (RGS) en het Nivel. De RGS hanteert in publicaties het aantal geregistreerde huisartsen, terwijl het Nivel spreekt over het aantal werkzame huisartsen op een bepaald moment in de tijd. Het Capaciteitsorgaan doelt in haar publicaties op de door de RGS geregistreerde huisartsen, tenzij dit anders staat vermeld.

5.2 Omvang beroepsgroep

5.2.1 Aantal geregistreerd

Het aantal geregistreerde huisartsen per 1 januari 2009 bedroeg 10.858 en per 1 januari 2019 13.710. Dit is een groei van 2.852 huisartsen ten opzichte van 2009, oftewel 26% in 10 jaar. Zie tabel 20.

Tabel 20: Aantal geregistreerde huisartsen en percentage vrouwen op 1 januari

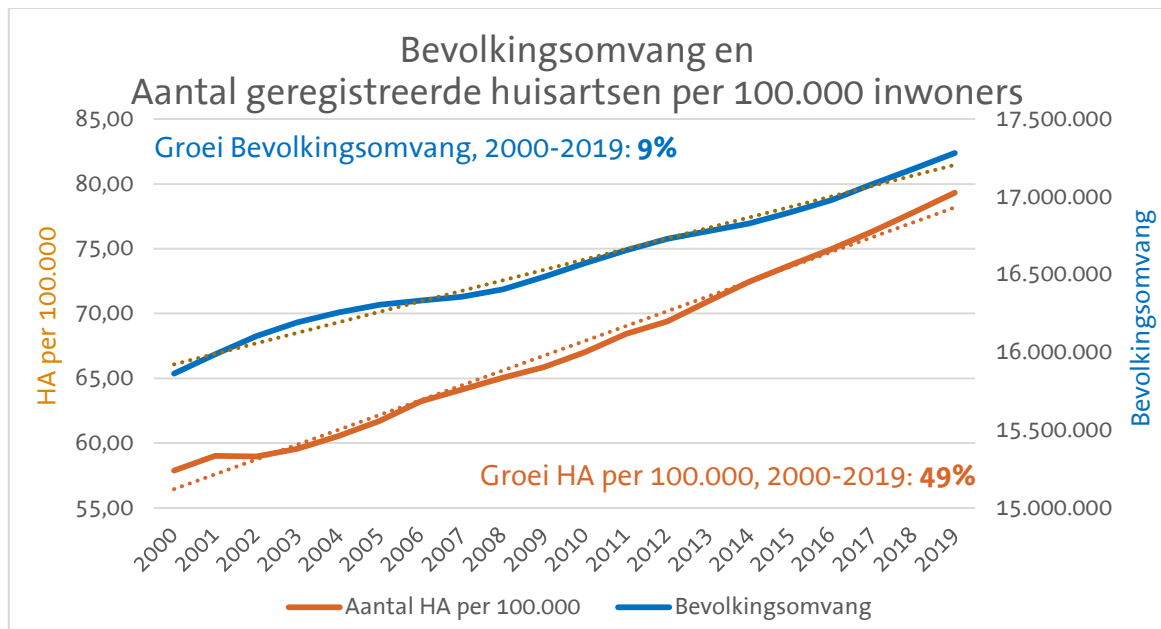
Jaar*	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Aantal	10.858	11.110	11.395	11.608	11.906	12.195	12.464	12.731	13.040	13.368	13.710
Groei per jaar	1,7%	2,3%	2,6%	1,9%	2,6%	2,4%	2,2%	2,1%	2,4%	2,5%	2,6%
Index 2009	100	102	105	107	110	112	115	117	120	123	126
% Vrouwen	40,0%	41,9%	43,2%	44,8%	46,4%	48,3%	50,1%	51,8%	53,5%	55,2%	56,8%

Bron: RGS 2019 | *: daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorafgaande jaar

Steeds meer huisartsen zijn vrouw. Bij de aios huisartsgeneeskunde is diezelfde trend waarneembaar; het percentage vrouwelijke artsen in opleiding is zelfs nog groter. De instroom bestond in 2010, 2013, 2016 en 2019 voor respectievelijk 73%, 78%, 76% en 72% uit vrouwen.

Figuur 20 geeft de groei van het aantal geregistreerde huisartsen tussen 2000 en 2019 weer. In de afgelopen 10 jaar nam het aantal huisartsen per 100.000 inwoners toe van respectievelijk 65,9 in 2009 naar 79,3 in 2019. Dat komt neer op een stijging van 20,4%, ofwel 2% per jaar.

Figuur 20: Aantal geregistreerde huisartsen per 100.000 inwoners



Bron: RGS 2019, bewerkt met data CBS 2019 ten aanzien van bevolkingsgrootte

5.2.2 Aantal werkzaam en percentage vrouwen

Binnen een specialisme is het aantal werkzame artsen lager dan het aantal geregistreerde artsen. Artsen kunnen bijvoorbeeld werkzaam zijn in het buitenland. Ook kunnen zij overleden zijn., Zij kunnen ook tussentijds gestopt zijn met de uitoefening van hun vak door arbeidsongeschiktheid, ontslag of instroom in een ander beroep. Dit kan bijvoorbeeld een ander specialisme zijn of een managementfunctie zonder patiëntencontact. De titel huisarts kent kwaliteitswaarborgen. Alle huisartsen dienen voortdurend te voldoen aan criteria om de titel te mogen blijven voeren. Met ingang van 1995 vindt 5-jaarlijkse herregistratie plaats.

Nivel hanteert een permanente huisartsenregistratie waarin het aantal werkzame personen staat. Op 1 januari 2019 waren er volgens Nivel 12.766 huisartsen werkzaam. Op die datum waren er volgens de RGS 13.710 huisartsen geregistreerd. Het **percentage werkzame huisartsen** komt dan op **93,11%**.

Het percentage vrouwen onder de huisartsen wordt afgeleid van de man/vrouw-verhouding onder de geregistreerde huisartsen en bedraagt in 2019 56,8 % volgens de RGS-cijfers. Ook hier geldt dat het nauwkeuriger is om specifiek naar deze ratio te kijken bij de werkzame huisartsen. Volgens Nivel waren er op 1 januari 2019 5.528 mannelijke en 7.362 vrouwelijke werkzame huisartsen. Uit deze cijfers blijkt dat in 2019 het percentage werkzame vrouwelijke huisartsen 57,67 % betreft.¹⁵⁶ De parameter **percentage vrouwen** onder de werkzame huisartsen wordt hierbij vastgesteld op (afgerond) **57,7%**. Dit percentage is 5,9% hoger dan in de raming van 2016.

¹⁵⁶ $(7.362/12.766) \times 100\% = 57,67\%$ waarbij 7.362 het aantal werkzame vrouwelijke huisartsen op 1 januari 2019 betreft.

5.2.3 Aantal naar dienstverband

Tabel 21 toont de ontwikkeling van werkzame huisartsen naar werkzame positie. Het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen lijkt verhoudingsgewijs af te nemen, maar het aantal regulier gevestigde huisartsen neemt toe. Dit is het gevolg van het gegeven dat steeds meer huisartsen in duo-praktijken of groepspraktijken gaan werken. In 2015 bleek het onderscheid tussen HIDHA en vaste waarnemer moeilijk meer te maken. Daarom wordt sindsdien gerapporteerd over de gecombineerde groep van HIDHA's en vaste waarnemers. Het aantal HIDHA's/vaste waarnemers in Nederland bedraagt 2.458 huisartsen op 1 januari 2019. Op 1 januari 2006 werden 993 HIDHA's/vaste waarnemers geteld. Dit aantal groeide in een sterk wisselend tempo van enkele tientallen tot wel meer dan honderd per jaar. Een vrij extreme groei van 364 personen is te zien in het jaar 2015. Dat is grotendeels veroorzaakt door een andere vraagvorm in de meting. Respondenten kregen meer ruimte om aan te geven dat ze op waarnemebasis min of meer vast op één of enkele locaties werkten.

Tabel 21: Aantal werkzame huisartsen naar dienstverband op 1 januari van het betreffende jaar

Jaar	Zelfstandig gevestigd	HIDHA/vaste waarnemer	Totaal aantal regulier gevestigd	(Schatting) wisselende waarnemers ¹⁵⁷	(Schatting) totaal aantal werkzame huisartsen
2006	7.622	993	8.615	1.058	9.673
2007	7.684	1.049	8.733	1.078	9.811
2008	7.751	1.094	8.845	1.134	9.979
2009	7.778	1.122	8.900	1.287	10.187
2010	7.823	1.181	9.004	1.393	10.397
2011	7.836	1.110	8.946	1.702	10.648
2012	7.860	1.152	9.012	1.847	10.859
2013	7.863	1.232	9.095	1.995	11.090
2014	7.875	1.384	9.259	2.103	11.362
2015	7.893	1.748	9.641	1.983	11.624
2016	7.915	1.945	9.860	2.036	11.896
2017	7.931	2.024	9.955	2.172	12.127
2018	7.860	2.238	10.099	2.348	12.447
2019	7.784	2.458	10.242	2.524	12.766

Bron: Nivel 2019

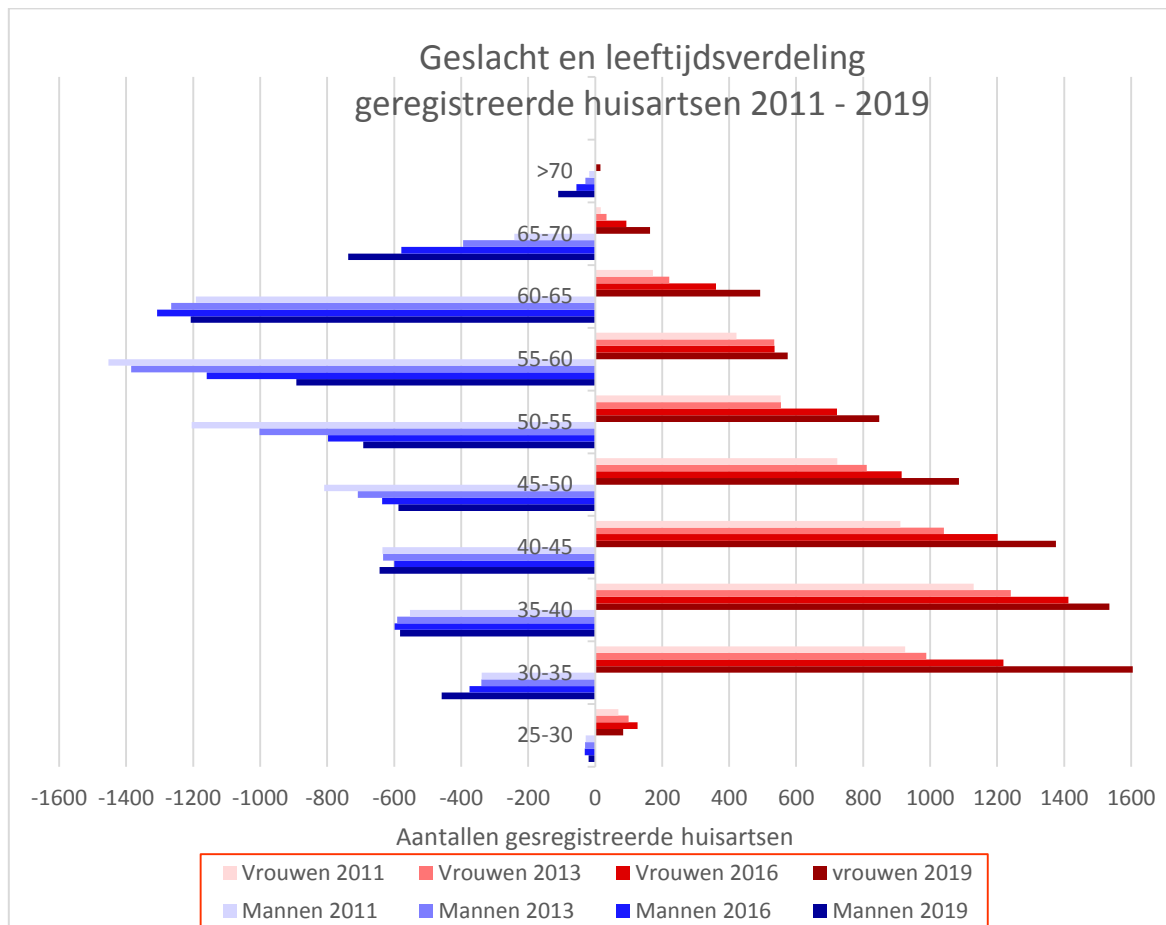
Naast de zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's / vaste waarnemers bestaat er een substantiële groep huisartsen die als waarnemer wisselend voor één of meerdere praktijken werkzaam is. Deze 'wisselende' waarnemers werken voornamelijk voor een korte periode in een praktijk. Het werkadres waarop zij benaderd kunnen worden, verandert regelmatig. Hierdoor vormen deze huisartsen voor de Nivel-registratie een lastig te traceren groep. Nivel schat het aantal werkzame wisselende waarnemers aan de hand van de jaarlijkse enquêtes voor pas afgestudeerde huisartsen en een specifieke rekenmethode. Ook in voorgaande jaren is deze rekenmethode toegepast. Volgens deze methode werken er in 2019 naar schatting 2.524 wisselende waarnemers. Zie tabel 21.

¹⁵⁷ Het aantal waarnemers is gebaseerd op schattingen, die (eerder) zijn samengesteld uit de analyse van de gegevens van de RGS en Nivel.

5.3 Geslacht en leeftijdsverdeling

Van de huisartsen is momenteel (2019) 42% 50 jaar of ouder. In 2000, 2010 en 2013 was dat respectievelijk 35%, 46% en 46%. Er lijkt dus sprake van een stabilisatie in het aandeel huisartsen van 50 jaar en ouder. Voornamelijk de groep jonge pas afgestudeerde vrouwen reduceren de gemiddelde leeftijd.

Figuur 21: Geslacht en leeftijdsverdeling geregistreerde huisartsen



Bron: RGS

Er zijn naar verhouding steeds minder mannelijke huisartsen doordat de uitstroom groter is dan de instroom. Bovendien zijn er verhoudingsgewijs minder mannelijke dan vrouwelijke artsen in opleiding tot huisarts zijn. Het percentage vrouwen onder de geregistreerde huisartsen is 56,8% in 2019, het percentage mannen is 43,2%. In 2016 was dit respectievelijk 52,4% en 47,6%.

De uitstroom van huisartsen die de komende 10 jaar met pensioen gaan, bestaat grotendeels uit mannen. Zie figuur 21. Het gaat om circa 3.000 mannen tegenover bijna 1.250 vrouwen die nu 55 jaar of ouder zijn. Mannen werken gemiddeld 4,6 uren meer dan hun vrouwelijke collega's.¹⁵⁸ Hierdoor zal het totaal aanbod aan fte huisartsenzorg – bij gelijkblijvende instroom – de komende jaren

¹⁵⁸ Versteeg, S. Vis, E. Velden, L. van der, Batenburg, B. (2018). *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018: En een vergelijking met 2013*. Utrecht: Nivel.

dalen. Daarbij komt de tendens dat startende huisartsen minder fte werken.¹⁵⁸ Het aanbod zal daarom gecompenseerd moeten worden door verhoudingsgewijs meer nieuwkomers. Daarbij komt dat het aandeel 50-plussers binnen de beroepsgroep inmiddels is gestabiliseerd op het niveau van 2010. In totaliteit is een stabilisatie zichtbaar van de beroepsgroep als geheel en een toename van het aandeel vrouwen onder de huisartsen.

5.4 Omvang dienstverband

Tabel 22 betreft alleen de regulier werkende huisartsen, vandaar dat enkel gekeken is naar de zelfstandig gevestigden, de HIDHA's en de vaste waarnemers en niet naar de groep wisselende waarnemers.

Tabel 22: Percentages parttime werkende zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's/vaste waarnemers (1 januari 2015 en 2017)

	Zelfstandig gevestigde huisartsen		HIDHA's & vaste waarnemers		Totaal	
	2015	2017	2015	2017	2015	2017
Mannen	40,0%	42,4%	94,0%	94,1%	42,8%	46,0%
Vrouwen	81,2%	81,7%	99,1%	98,8%	86,5%	87,6%
Totaal	56,7%	59,5%	98,3%	98,1%	63,8%	67,7%

Bron: Nivel 2016, 2019

Op 1 januari 2015 werkt nagenoeg 64% van de zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's/vaste waarnemers in deeltijd. In 2017 is dat 68%. Het zijn vooral de vrouwelijke huisartsen die een parttime baan hebben (87% in 2015, 88% in 2017). Van de mannelijke huisartsen werkt 43% in deeltijd in 2015 en 46% in 2017. Van de HIDHA's/vaste waarnemers werkt 98% in deeltijd in 2015 en 2017, tegenover respectievelijk 57% en 60% van de zelfstandig gevestigde huisartsen in 2015 en 2017. De afgelopen jaren gingen met name zelfstandig gevestigde mannelijke huisartsen steeds meer parttime werken. Op 1 januari 2015 werkte van de mannelijke zelfstandig gevestigde huisartsen 40% parttime. Dat is 2 jaar later gestegen naar 42,4%.

In tabel 23 wordt het gemiddeld aantal fte voor mannen en vrouwen weergegeven. In 2015 betreft het de fte gegevens voor de huisartsen exclusief de tijdelijke waarnemers. Vanaf 2016 wordt dit onderscheid niet meer gemaakt. De totale groep werkzame huisartsen werkte in de periode 2013-2014 gemiddeld 0,77 fte. Dit bleek uit het SMS-tijdsbestedingsonderzoek dat Nivel in de periode 2013-2014 onder ruim 1.000 huisartsen heeft uitgevoerd. In 2018 is dit tijdsbestedingsonderzoek herhaald. Het gemiddelde fte percentage is sinds 2013 in totaal met 0,03 fte gedaald.

Tabel 23: Deeltijdfactor zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's/vaste waarnemers 2013 tot 2018

	Totaal 2013*	Totaal 1-1-2015**	Totaal 1-1-2016**	Totaal 1-1-2017**	Totaal 2018*	Zelfstandig gevestigde huisartsen (n=7.968) 2018*	HIDHA's & vaste waarnemers (n=1007) 2018*
Deeltijdfactor mannen	0,83	0,87	0,86	0,86	0,79	0,85	0,65
Deeltijdfactor vrouwen	0,71	0,65	0,65	0,64	0,71	0,75	0,64
Deeltijdfactor totaal	0,77	0,76	0,75	0,75	0,74	0,80	0,64

Bronnen:

* Nivel, SMS-tijdsbestedingsonderzoek 2013-2014 en 2018

** Nivel, cijfers uit registratie huisartsen, peiling 2015, 2016 en 2017

Er zijn nog steeds verschillen naar dienstverband als het gaat om het aantal fte. Zelfstandig gevestigde huisartsen werkten in 2018 met 0,80 fte duidelijk meer fte dan zowel de HIDHA's als de waarnemers met 0,64 fte. Voor de zelfstandig gevestigde huisartsen gold in 2018 dat mannen ongeveer 0,10 fte meer werkten dan hun vrouwelijke collega's. Bij de HIDHA's/vaste waarnemers was er nauwelijks (0,01 fte) verschil tussen de mannen en de vrouwen. De verschillen tussen mannen en vrouwen zijn kleiner aan het worden.

Voor de parameter **gemiddelde fte** wordt uitgegaan van percentages uit het meest recente Nivel-onderzoek naar de werkweek van de Nederlandse huisarts uit 2018. Voor mannen is het fte percentage **0,79** en voor vrouwen **0,71**; gemiddeld is dat **0,74 fte**.

5.5 Instroom in het vak

Na voltooiing van de medische vervolgopleiding tot huisarts kan de huisarts zich inschrijven in het register van de RGS. Instroom uit het buitenland is beperkt van omvang en bovendien is het aantal vrij stabiel. Zie tabel 24.

Tabel 24: Aantal nieuwe inschrijvingen van in Nederland en elders opgeleide huisartsen

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
In Nederland opgeleid	489	481	510	539	544	578	588	632	665	684
In buitenland opgeleid	19	17	15	12	12	12	21	13	10	20
Totaal	508	498	525	551	556	590	609	645	675	694
5-jaarsgemiddelde in buitenland opgeleid ¹⁵⁹	16	16	16	17	15	14	14	14	14	15

Bron: RGS

¹⁵⁹ Het 5-jaarsgemiddelde per 1-1-2019 is het gemiddelde van de buitenlandse instroom van de afgelopen 5 jaar, dus 2014 t/m 2018. In dit geval $(12+21+13+10+20)/5 = 15,2$ gemiddeld per jaar instroom van in het buitenland opgeleide huisartsen.

In de periode 2000-2003 schreven er nog 42 tot 48 huisartsen zich met een diploma uit het buitenland in. In de instroomjaren daarna waren het er minder. Zo ligt sinds 2004 het aantal huisartsen dat in het buitenland is afgestudeerd en zich hier in Nederland heeft ingeschreven, jaarlijks tussen de 12 en 23 personen. De meesten van hen werken als zelfstandig gevestigde huisarts. Niet alle huisartsen met een buitenlands diploma die zich inschrijven, vestigen zich hier permanent. De parameter jaarlijkse instroom van **in het buitenland opgeleide huisartsen** wordt voor deze raming bestendig op **9,6**. De parameter **percentage vrouwen** onder in het buitenland opgeleide huisartsen wordt net als in 2016 vastgesteld op **71,4%**.

5.6 Uitstroom uit het vak

Uitschrijving kan: door het niet voldoen aan de eis van (5-jaarlijkse) herregistratie, door uitschrijving op eigen verzoek, op last van het (Centraal) Medisch Tuchtcollege of vanwege overlijden. Tabel 25 geeft een overzicht van het aantal uitschrijvingen van huisartsen per kalenderjaar over de afgelopen 10 jaar.

Tabel 25: Aantal uitschrijvingen van huisartsen uit het RGS-register per kalenderjaar

Jaar	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Aantal uitschrijvingen	263	238	328	274	279	289	329	330	333	337

Bron: RGS 2019

Van het aantal uitschrijvingen kan een prognose gemaakt worden voor de komende 20 jaar. Doorgaans wordt dit weergegeven als vertrekkans voor de komende 5, 10, 15 en 20 jaar. De feitelijke uitstroom vindt echter niet één op één plaats met het fysieke moment van uitschrijving bij de RGS. In principe kan de betreffende huisarts al kort na zijn laatste herregistratie gestopt zijn met werken of juist tot het einde van zijn registratie actief zijn gebleven. In de uitstroomverwachting wordt hiervoor gecorrigeerd door aan te nemen dat de uitgeschreven huisartsen doorgaans ongeveer halverwege de registratieperiode stoppen; dat impliceert 2½ jaar voor de datum van uitschrijving bij de RGS.

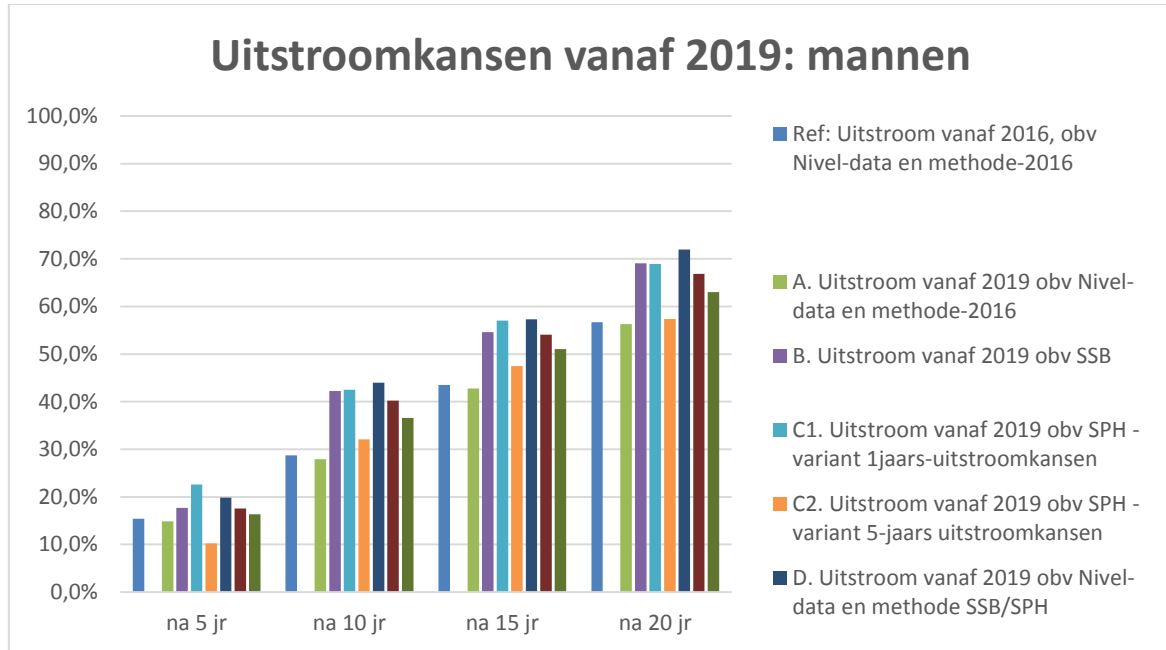
Voor de capaciteitsraming huisartsen heeft het Capaciteitsorgaan Nivel gevraagd te bepalen wat de verwachte uitstroom aan huisartsen in Nederland vanaf 2019 zal zijn. Het betreft concreet de uitstroom voor de komende 5, 10, 15 en 20 jaar naar geslacht. Nivel heeft verschillende data en methode(n) die daarvoor gebruikt kunnen worden onderzocht en gekeken wat de uitkomsten betekenen voor de capaciteitsraming huisartsen 2019.¹⁶⁰

5.6.1 Vijf mogelijke methoden voor berekening prognose uitstroom

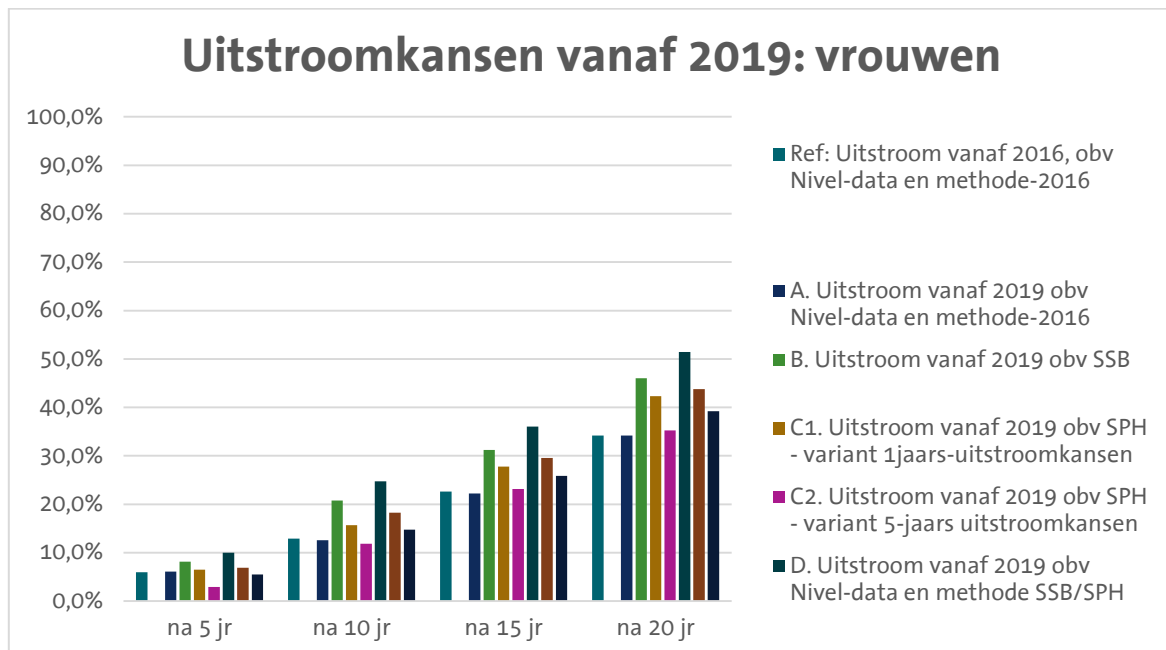
Nivel heeft voor mannen en vrouwen de uitkomsten van de uitstroomberekeningen volgens vijf verschillende analysemethoden (als A, B, C1, C2 en D benoemd) berekend. Daarbij wordt ter referentie ook getoond wat de verwachte uitstroom na 5, 10, 15 en 20 jaar was zoals gebruikt in de raming van 2016 ('Ref'). Zie figuur 22 en 23.

¹⁶⁰ Velden, L. van der, Vis, E., & Batenburg, R. (september 2019). *De verwachte uitstroom aan huisartsen in Nederland Bepaling van de uitstroomberekeningen voor de capaciteitsraming huisartsen 2019 - Variant 1 en Variant 2* [Interne notities]. Utrecht: Nivel.

Figuur 22: Uitstroom mannen na 5, 10, 15 en 20 jaar volgens 5 analysemethoden



Figuur 23: Uitstroom vrouwen na 5, 10, 15 en 20 jaar volgens 4 analysemethoden



Bron: Nivel 2019

De conclusies op basis van de uitkomsten per methode zijn als volgt:

1. De methode op basis van de Nivel Huisartsenregistratiedata, zoals die ook in de raming van 2016 is gebruikt (A), leidt tot uitkomsten die dicht in de buurt liggen van de uitstroompercentages die in de raming van 2016 zijn gehanteerd (Ref). Zo wordt bijvoorbeeld voor mannelijke huisartsen in 2016 verwacht dat na 5 jaar 15,4% is uitgestroomd, in 2019 wordt een uitstroom van 14,9% verwacht. Ook voor vrouwen en andere prognoseperioden zijn de uitkomsten van analysemethode A vrijwel gelijk aan de parameterwaarden die voor de raming van 2016 zijn gebruikt.
2. De methode toegepast op de SSB-data van het CBS (B) leidt tot uitkomsten die voor mannen en vrouwen en alle prognoseperioden hoger liggen dan die op basis van de Nivel Huisartsenregistratie-data en de methode zoals toegepast in de raming van 2016 (A. en Ref.). Liggen de uitstroomcijfers van analysemethode B nog wel buurt van die van A, bij de verwachte uitstroom na 5 jaar, voor de verwachte uitstroom na 10 jaar is het verschil veel groter. Zo wordt na 10 jaar voor mannen op basis van analysemethode A een uitstroom van 27,9% verwacht, op basis van analysemethode B is dat 42,2% uitstroom. Bij vrouwen is het verschil na 10 jaar iets kleiner, maar ook daar is het toch substantieel: 20,8% met analysemethode B versus 12,6% met analysemethode A. Daarnaast valt voor 'methode B' op dat deze voor vrouwen over alle perioden méér afwijkt van A en C dan voor mannen.
3. De methode toegepast op de data van de Stichting Pensioenfonds Huisartsen (SPH) op basis van 1-jaarsrendementen (C1) leidt tot uitkomsten die voor mannen en vrouwen en alle prognoseperioden hoger liggen dan die op basis van de Nivel Huisartsenregistratiedata en de methode zoals toegepast in de raming van 2016 (A en Ref), maar gelijk of lager dan de methode toegepast op de SSB-data (B). Als analysemethode C1 wordt gebruikt dan zijn de uitstroomkansen in het algemeen ongeveer gelijk aan de uitstroomkansen op basis van analysemethode B. Zo komt analysemethode C1 dus ook steeds hoger uit dan analysemethode A, vooral in de prognoses na 10 jaar. Voor de vrouwen zijn de uitkomsten bij analysemethode C1 overigens steeds iets lager dan die op basis van analysemethode B.
4. De methode toegepast op de SPH-data op basis van 5-jaarsrendementen (C2) laat uitstroompercentages zien die voor mannen en vrouwen en alle prognoseperioden in de buurt liggen van de methode op basis van de Nivel Huisartsenregistratie-data en de methode zoals toegepast in de raming van 2016 (A en Ref). De uitkomsten zijn echter duidelijk lager dan de methode toegepast op de SSB-data (B).
5. Tenslotte leidt de methode op basis van de Nivel Huisartsenregistratiedata én de methode die gebruikt is voor de SSB- en SPH-data (D) tot uitkomsten voor mannen en vrouwen in alle prognoseperioden die dicht in de buurt liggen van de uitstroompercentages op basis van de SSB-data (B) en de SPH-data volgens C1. Wel zijn deze hoger dan de uitkomsten op basis van de SPH-data volgens C2. Daarmee liggen deze uitkomsten uiteraard ook hoger dan die op basis van de Nivel Huisartsenregistratiedata en de methode zoals toegepast in de raming van 2016 (A en Ref). Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat het verschil in uitkomst tussen analysemethode A enerzijds en methode B en C anderzijds, niet aan de databron maar aan de analysemethode ligt.

5.6.2 Keuze meest relevante methoden en weging

Na het overzicht van de resultaten is niet gelijk een éénduidige conclusie te trekken welke analyse-methode én welke databron te prefereren is voor berekening van de uitstroompercentages in het ramingsmodel. Duidelijk is dat elke methode en databron eigen voor- en nadelen/beperkingen kent, zoals in de onderliggende Nivel-notities is beschreven. Het ligt daarom voor de hand de uitkomsten van de analysemethoden te middelen. Dat wordt vaker gedaan wanneer er niet één preferente databron en/of methode beschikbaar of bekend is.

Bij deze middeling worden de uitkomsten van de raming 2016 buiten beschouwing gelaten omdat deze alleen als referentie (Ref.) in de figuren fungeerde. Ook methode D (de Nivel Huisartsenregistratie-data en de methode die gebruikt voor de SSB en SPH-data) wordt niet meegerekend, omdat deze hier 'alleen' is toegepast om het verschil tussen de verschillende methoden en databronnen te onderzoeken. Verder heeft methode C2 de voorkeur boven C1. In variant C2 worden immers de 5-jaarskansen gebruikt in plaats van de 1-jaarskansen (al worden die voor 2 jaren gemiddeld) zoals in C1. Het meenemen van méér jaren in de uitstroom-berekeningen op basis van de SPH-data vergroot de validiteit en betrouwbaarheid van de uitkomsten. Bovendien is dezelfde tijdspanne gehanteerd als bij analysemethode A, wat de vergelijkbaarheid met de andere methoden vergroot.

De vervolgstap is dus het middelen van de uitkomsten van de analysemethoden A, B en C2. Deze zijn immers op drie verschillende databronnen en twee verschillende methoden gebaseerd. Deze 'triangulatie' verhoogd de geldigheid van de onderzoeksresultaten. Daarbij wegen we A, B en C2 niet even zwaar, omdat er enig verschil zit in de dekkingskracht en representativiteit van de databronnen. Vooral meegewogen wordt dat de SPH-data een duidelijk voordeel hebben boven de Nivel- en SSB-data: zij zijn minder kwetsbaar voor ontbrekende groepen huisartsen. In het pensioenfonds zijn alle huisartsen verplicht ingeschreven. Hiermee zijn de groepen waarnemers en oudere huisartsen beter vertegenwoordigd dan in de Nivel-data en de SSB-data. In deze laatste bron ontbreekt een groep huisartsen die niet in het SSB gekoppeld kon worden. De SSB-databron heeft daarnaast nog als nadeel dat het één jaar meer gedateerd is dan de Nivel- en SPH-data. Overigens kennen de SPH-data ook enige beperkingen wat betreft de (parttime) werkzaamheid van de deelnemende huisartsen.

Bovenstaande leidt tot een weging van de uitkomsten van de drie bronnen waarbij:

- De methode toegepast op de Nivel Huisartsenregistratie-data zoals die in de raming van 2016 is gebruikt (A) weefactor 1 heeft
- De methode toegepast op de SSB-data (B) weefactor 1 heeft
- De methode toegepast op de SPH-data op basis van 5-jaarsrendementen (C2) weefactor 2 heeft.

5.6.3 Verwachte uitstroom

De boven beschreven combinatie en weging van methodieken leidt tot de volgende uitstroomepercentages van Nivel voor de raming huisartsen 2019:

Tabel 26: Verwachte uitstroom huisartsen naar geslacht, vanaf 2019, na 5,10,15 en 20 jaar

Uitstroom vanaf 2019	Mannen	Vrouwen	Totaal
Na 5 jaar	13,2%	5,0%	8,5%
Na 10 jaar	33,6%	14,3%	22,5%
Na 15 jaar	48,1%	24,9%	34,7%
Na 20 jaar	60,0%	37,7%	47,1%

Bron: Nivel 2019

5.7 Extern rendement

Het percentage afgestudeerden van een toekomstig opleidingscohort dat een bepaalde periode (1, 5, 10 of 15 jaar) werkzaam is in Nederland in de betreffende beroepsgroep, bepaalt het zogenoemde externe rendement. Een klein deel van de afgestudeerde huisartsen zal zich niet direct na diplomering registreren in het BIG-register en daarmee evenmin werkzaam zijn in het vak. (Dat is zichtbaar na 1 jaar.) Na 5, 10 en 15 jaar zal het aantal gediplomeerden dat werkzaam is als huisarts verder afnemen.

Het externe rendement kan op verschillende manieren in kaart worden gebracht. Allereerst op basis van de gegevens zoals deze bekend zijn bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen. Zij hebben echter alleen gegevens over de geregistreerde huisartsen. De Nivel-huisartsenregistratie daarentegen beschikt over de gegevens van de werkzame huisartsen. In tabel 27 staat het externe rendement voor mannen, vrouwen en de gehele huisartsgroep, zoals door Nivel berekend voor de raming in 2019. De in 2016 gebruikte cijfers staan ter vergelijking vermeld.¹⁶¹

Tabel 27: Extern rendement opleiding huisartsgeneeskunde, naar geslacht na 1, 5, 10 en 15 jaar

	Raming 2016			Raming 2019		
	Mannen	Vrouwen	Totaal	Mannen	Vrouwen	Totaal
Na 1 jaar	97,8%	97,9%	97,9%	98,9	99,1	99,0%
Na 5 jaar	92,5%	93,1%	93,0%	94,4	94,1	94,2%
Na 10 jaar	89,3%	89,9%	89,8%	93,3	91,3	91,8%
Na 15 jaar	86,2%	86,5%	86,5%	90,6	88,6	89,1%

Bron: Nivel 2018

In dit Capaciteitsplan is het extern rendement na 1 jaar voor zowel mannen als vrouwen hoger dan in 2016. Voor de mannen steeg het van 97,8% naar 98,9% en voor de vrouwen van 97,9% naar 99,1%. Het externe rendement na 5, 10 en 15 jaar is bij de mannen en vrouwen na zowel 5 als 10 jaar gestabiliseerd en na 15 jaar gestegen.

¹⁶¹ Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2019). *Het verwachte externe rendement van de opleidingen tot huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten en rendement buitenlandse instroom voor de raming 2019* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.

Extern rendement in buitenland opgeleide huisartsen

Het aantal huisartsen dat tussen 2000 en 2019 in Nederland is geregistreerd, maar in het buitenland is opgeleid, bedroeg 410.

Tabel 28: Instroom van huisartsen met een buitenlands diploma

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Totaal
Instroom Huisartsen	48	42	44	43	23	16	11	10	13	19	16	11	11	10	22	22	13	16	20	410

Gegevens RGS 2000-2018

Een aantal van deze in het buitenland opgeleide huisartsen is enige tijd later niet meer geregistreerd als huisarts, volgde een andere opleiding, was voor een ander specialisme geregistreerd of had geen geldig Nederlands adres. Voor het rendement van de buitenlandse instroom, werd vanaf de raming 2016 voor alle medische vervolgoopleidingen uitgegaan van 40%. Nieuwe analyses laten zien dat het nog steeds goed is om uit te gaan van 40%. Daarbij kan geen onderscheid gemaakt worden voor de verschillende opleidingen.

Tabel 29: Prognose instroom buitenland per prognosejaar, bij de huidige in- en uitstroom

	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	2033	2034	2035	2036	2037	2038	2039
Man	1	2	3	4	5	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	18	19	20	21	22
vrouw	3	5	8	11	14	16	19	22	25	27	30	33	36	38	41	44	47	49	52	55

Nivel 2019

De parameterwaarde voor het **externe rendement van in het buitenland opgeleide huisartsen** is vastgesteld op **40%**.

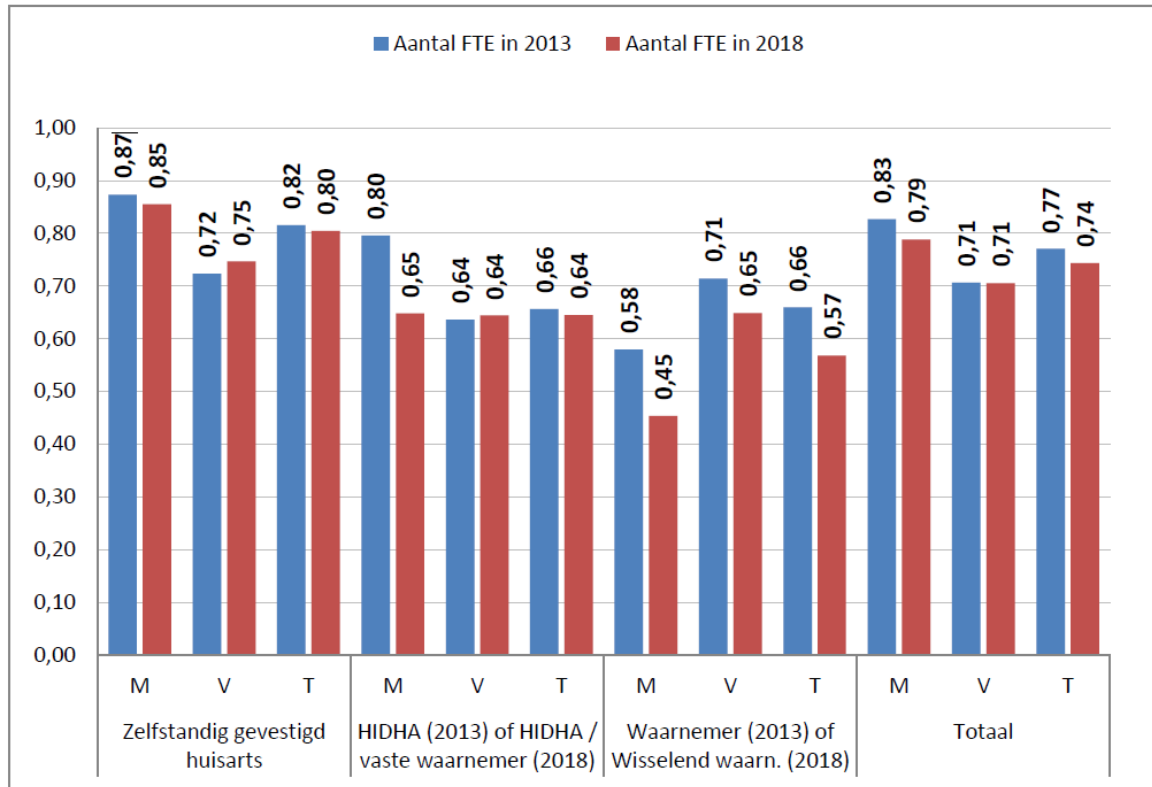
5.8 Arbeidstijdverandering

In voorgaande ramingen is de parameter arbeidstijdverandering niet gebruikt, omdat objectieve indicatoren voor een arbeidstijdverandering ontbraken. Door de voortdurende monitoring van de gemiddelde fte-percentages én de twee tijdsbestedingsonderzoeken zijn er nu voldoende gegevens beschikbaar om de parameter in deze raming te gaan hanteren.

Uit het laatste tijdsbestedingsonderzoek onder huisartsen van Nivel blijkt dat huisartsen gemiddeld 44,1 uur per week werken.¹⁶² In vergelijking met 2013 is het aantal uren dat men gemiddeld werkte opvallend stabiel. Het gemiddelde aantal fte dat men aangeeft te werken is echter gedaald van 0,77 naar 0,74 fte. Zie figuur 24.

¹⁶² Versteeg, S., Vis, E., Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2018). *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018: En een vergelijking met 2013*. Utrecht: Nivel.

Figuur 24: Aantal FTE naar dienstverband en geslacht¹

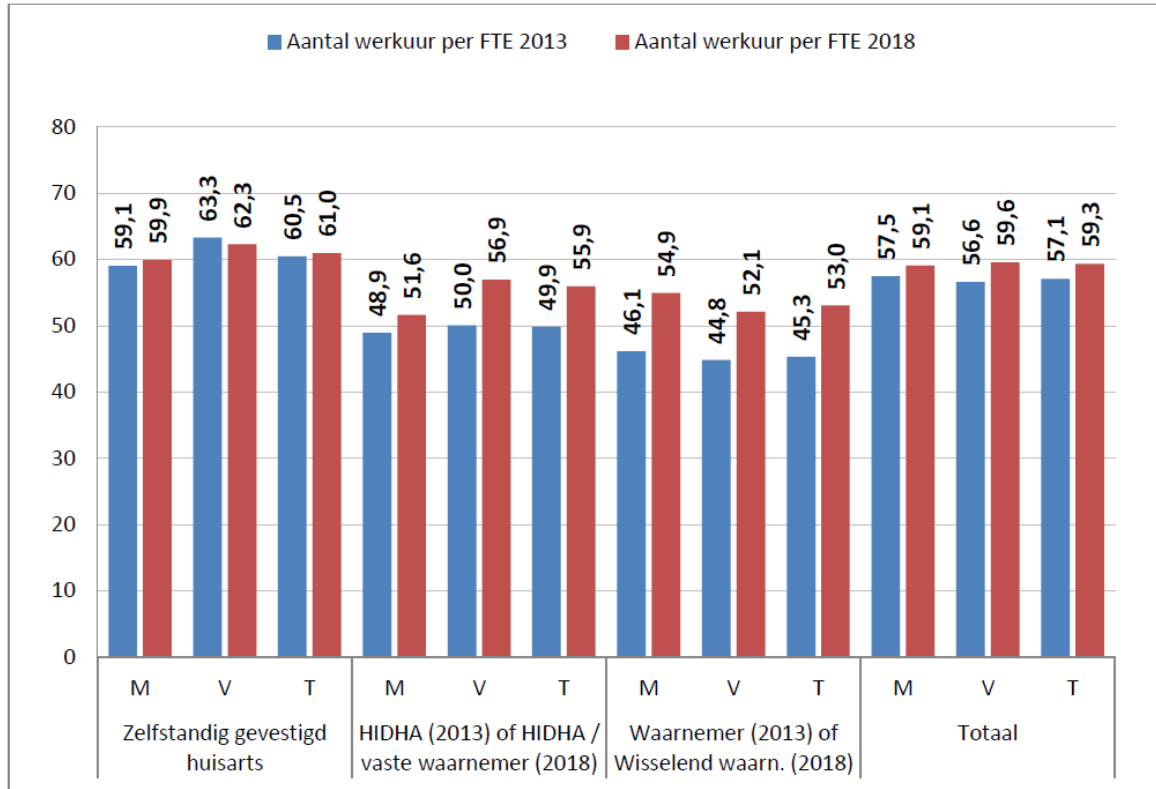


¹ Resultaten zijn gewogen op basis van populatie-aantallen van werkzame positie, geslacht en leeftijd.

Bron: Nivel 2018

In deze figuur wordt duidelijk dat de fte-percentages van de mannen en de vrouwen naar elkaar toe groeien. Echter, de vrouwen werken gemiddeld nog steeds minder fte dan de mannen. De vrouwen zijn in de meerderheid onder de werkzame huisartsen. De figuur laat zien dat het gemiddelde fte voor de totale groep werkzame huisartsen over de laatste 3 jaren jaarlijks met 0,03 fte afneemt. Tegelijkertijd is zichtbaar dat de gemiddelde gewerkte uren per fte voor alle categorieën werkzame huisartsen in meer of mindere mate aan het toenemen zijn. Men werkt in vergelijking met het onderzoek uit 2013 meer uur per fte: 59,3 in plaats van 57,1. Zie figuur 25.

Figuur 25: Aantal werkuur per FTE naar dienstverband en geslacht



¹ N = respectievelijk 61.320 en 39.648 meetmomenten (inclusief geëxtrapoleerde antwoorden op de planningsberichten) bij respectievelijk 1.051 en 708 huisartsen. Figuur is gebaseerd op niet-afgeronde waarden en niet op de getoonde afgeronde getalswaarden. Resultaten zijn gewogen op basis van populatie-aantallen van werkzame positie, geslacht en leeftijd.

Bron: Nivel 2018

Er zijn dus twee verschillende signalen die beide erop wijzen dat de werkdruk onder huisartsen aan het toenemen is en dat zij dat proberen te compenseren: meer uren in minder fte. Alhoewel onzeker is in hoeverre deze ontwikkeling de komende jaren zal doorzetten, wordt structureel overwerken beschouwd als een ongewenste ontwikkeling. Om deze ontwikkeling tegenwicht te bieden, stijgt de behoefte aan huisartsen. In deze raming wordt daarom de parameter 'arbeidstijdverandering' gesteld op **+0,8% tot +1,0%** per jaar.

5.9 Conclusie zorgaanbod

Op 1 januari 2019 bedraagt het percentage vrouwen onder de geregistreerde huisartsen 56,8%, onder de werkzame huisartsen 57,7% en onder de aios 74,6%. Dit laatste percentage is hoger dan het percentage vrouwelijke geneeskundestudenten (66%).¹⁶³ De instroom van vrouwelijke huisartsen

¹⁶³ Dienst Uitvoering Onderwijs (2019). *Aantal wo ingeschrevenen, peildatum 1 oktober 2017*. Geraadpleegd op 29 januari 2019 op https://duo.nl/open_onderwijsdata/databestanden/ho/ingeschreven/wo-ingeschr/ingeschrevenen-wo1.jsp

stijgt en de uitstroom van vooral mannelijke huisartsen daalt de komende jaren. Bij de geregistreerde beroepsgroep zal het aandeel vrouwen groeien met ongeveer +1,7% per jaar.

Nivel schat het aantal werkzame huisartsen in 2019 in op 12.766. Op basis van de man/vrouw-verhouding onder de werkzame huisartsen, is de capaciteit van de beroepsgroep opgelopen tot 9.496 fte in 2019.¹⁶⁴ In het Capaciteitsplan 2016 werd uitgegaan van 8.809 fte, in 2013 van 8.280 fte en in 2010 van 7.353 fte.

Tabel 30 vermeldt alle parameterwaarden voor het zorgaanbod en vergelijkt deze met vorige ramingen.

Tabel 30: Parameterwaarden zorgaanbod

Onderwerp	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013	Capaciteitsplan 2016		Capaciteitsplan 2021-2024	
Werkzame huisartsen	10.371	11.133	11.821		12.766	
Aantal fte	7.353	8.280	8.809		9.496	
Gemiddelde fte man	0,82	0,83	0,85		0,79	
Gemiddelde fte vrouw	0,55	0,64	0,65		0,71	
Percentage werkzame vrouwen	41,9%	46,4%	52,4%		57,7%	
Arbeidstijdverandering	0,0%	0,0%	0,0%		+0,8% tot +1,0%	
			Man	Vrouw	Man	vrouw
Uitstroom in 5 jaar	14,5%	10,0%	15,4%	6,0%	13,2%	5,0%
Uitstroom in 10 jaar	30,2%	23,2%	28,7%	12,9%	33,6%	14,3%
Uitstroom in 15 jaar	44,8%	35,9%	43,5%	22,6%	48,1%	24,9%
Uitstroom in 20 jaar	58,0%	48,4%	56,7%	34,2%	60,0%	37,7%
			Man	Vrouw	Man	Vrouw
Extern rendement na 1 jaar	94,0%	94,8%	97,8%	97,9%	98,9%	99,1%
Extern rendement na 5 jaar	92,7%	93,5%	92,5%	93,1%	94,4%	94,1%
Extern rendement na 10 jaar	88,5%	90,6%	89,3%	89,9%	93,3%	91,3%
Extern rendement na 15 jaar	83,3%	87,0%	86,2%	86,5%	90,6%	88,6%
Rendement buitenland	77,5%	60,0%	40,0%		40%	

¹⁶⁴ $(0,577 \times 12.766 \times 0,71) + ((1 - 0,577) \times 12.766 \times 0,79) = 9.496$; dit is het aantal fte aan werkzame huisartsen per 1-1-2019.



6 Werkproces

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de verwachtingen over ontwikkelingen binnen het werkproces. Deze ontwikkelingen spelen een belangrijke rol bij de toekomstige ‘match’ tussen zorgvraag en zorgaanbod. De navolgende paragrafen gaan in op de parameters: vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, efficiency en horizontale en verticale substitutie.

6.2 Vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen

6.2.1 Toegenomen vraag en complexiteit huisartsenzorg

Met het verschuiven van taken van de tweede lijn naar de eerste lijn en de toename van de zorg voor kwetsbare groepen is de hoeveelheid werk van huisartsen en vooral de complexiteit van de problematiek toegenomen.^{165,166}

Door de vergrijzing zijn er steeds meer mensen met chronische ziekten die in de eerste lijn behandeld worden. Ouderen wonen langer dan vroeger thuis en zorgen voor een groeiende zorgvraag en zorgzwaarte. In de paragraaf 4.4 over epidemiologie is hieraan ook aandacht besteed.

Huisartsenpraktijken in achterstandswijken hebben te maken met patiënten die vaak minder gezond leven en met meer sociale en psychische problematiek kampen. Huisartsen zijn daardoor veel meer tijd kwijt aan consulten en aan de communicatie met patiënten, hun familie en overige hulpverleners. Zie ook paragraaf 4.4.

Ook voor huisartsenpraktijken met veel migranten geldt dat huisartsen veel tijd moeten investeren in de communicatie met deze doelgroep. Onderzoek van het Radboud UMC uit 2017 wijst uit dat migranten meer gebruik maken van de huisartsenpost (HAP) dan autochtone Nederlanders.¹⁶⁷ Zij maken ook vaker gebruik van spoedeisende zorg voor medisch niet-urgente problemen. Een reden die migranten hiervoor geven, is dat zij problemen ervaren met de bereikbaarheid van hun eigen huisarts. Dit kan komen doordat praktijken in stedelijke gebieden (met veel migranten) minder goed telefonisch bereikbaar zijn. Het kan ook komen doordat migranten het telefonisch bespreken van lichamelijke klachten problematisch vinden. In vergelijking met autochtone Nederlanders verwachten niet-westerse migranten vaker lichamelijk onderzoek of medicatie wanneer ze contact opnemen met de huisarts.

Uit onderzoek blijkt dat ook de zorgcontacten op de huisartsenpost intensiever worden en steeds meer tijd kosten. Bij steeds meer patiënten is sprake van complexere, samenhangende problematiek,

¹⁶⁵ Landelijke Huisartsen Vereniging (2017). *De huisarts kan meer voor minder patiënten betekenen* [Infographic]. Utrecht: Auteur.

¹⁶⁶ Flinterman, L., Groenewegen, P., & Verheij, R. (2018). *Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn*. Utrecht: Nivel.

¹⁶⁷ Keizer, E., Bakker, P., Giesen, P., Wensing, M., Atsma, F., Smits, M., & Muijsenbergh, M. van den (2017). Migrants' motives and expectations for contacting out-of-hours primary care: a survey study. *BMC Family Practice*, 18, 92 - 100. doi: 10.1186/s12875-017-0664-7

en multimorbiditeit. Dit vertaalt zich in een stijging van het aantal avond-, nacht- en weekenduren (ANW-uren) van huisartsen.^{168,169,170,171}

6.2.2 Extra werk voor huisarts door groeiende digitale zorg

Technologische ontwikkelingen maken dat e-health¹⁷² en zorg op afstand steeds meer onderdeel van het zorgproces worden. Het aantal consulten per e-mail bij de huisarts nam toe van bijna 85.000 in 2012 naar ruim 336.000 consulten per jaar in 2018.^{173,174} Ook het gebruik van elektronische patiëntendossiers en gegevensuitwisseling in de huisartsenzorg is in de afgelopen jaren toegenomen, evenals de toepassing van toezichthoudende technieken, telemonitoring en beeldbellen.¹⁷⁵ Op het gebied van online inzage en het gebruik van persoonlijke gezondheidsomgevingen (pgo)¹⁷⁶ gaan de ontwikkelingen minder snel. Zowel artsen als patiënten zijn vaak onbekend met het bestaan en de werking van een pgo. Huisartsen zijn bovendien terughoudend als het gaat om online inzage. Zij zien risico's bij de juiste beoordeling van informatie en het veilig omgaan met persoonlijke gegevens.¹⁷⁷ Patiënten krijgen per 1 juli 2020 het wettelijke recht om hun persoonlijke medische gegevens online in te zien. De huisartsenverenigingen LHV, NHG en InEen ontwikkelen daartoe het programma 'Online Patiënteninzage Eerstelijnszorg Nederland' (OPEN).¹⁷⁸ Daar waar patiënten gebruik maken van online inzage, zien huisartsen een toename aan vragen van gebruikers, wat extra werk met zich meebrengt. Zoals ook in het vorige Capaciteitsplan (2016) is aangegeven, betekent de inzet van de genoemde digitale zorgtoepassingen vooralsnog eerder een intensivering van het werk van de huisarts dan dat het tijdbesparend werkt.

6.2.3 Parameterwaarden verhoogd

Hoewel de technologische ontwikkelingen op termijn het werk van de huisarts zouden kunnen verlichten, lijkt het erop dat de genoemde factoren vooralsnog een grotere werklast leggen bij de huisarts. De parameter vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen wordt daarom gesteld op

¹⁶⁸ Landelijke Huisartsenvereniging (2018). *Dossier 'Acute zorg en ANW-zorg'*. Geraadpleegd op 18 januari 2019 op <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/anw-zorg#Actualiteit>

¹⁶⁹ Jansen, T., Hek, K., & Schermer, T. (2018). *Zorg op de huisartsenpost, Nivel Zorgregistraties eerste lijn: Jaarcijfers 2017 en trendcijfers 2013-2017*. Utrecht: Nivel.

¹⁷⁰ Smits, M., Jansen, T. & Verheij, R. (2018). Zorggebruik en urgentie op de HAP tussen 2013 en 2016. *Huisarts en Wetenschap*, 61(6), 14-17. doi: 10.1007/s12445-018-0160-x

¹⁷¹ InEen (2018). *Benchmarkbulletin Huisartsenpost 2017*. Geraadpleegd op 27 november 2018 op <https://ineen.nl/onderwerpen/informatiebeleid-en-uitwisseling/benchmark-hap>

¹⁷² E-health is de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren. Zie B. van Lettow, (2019) *E-Health, wat is dat?* 2019. Den Haag: Nictiz

¹⁷³ Vektis (2018). *Inzicht in de huisartsenzorg*. Geraadpleegd op 20 november 2018 op <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/huisartsenzorg/huisartsenzorg/>

¹⁷⁴ Boersma-van Dam, E., Weesie, Y., Hek, K., Davids, R., Winckers, M., Korteweg, L., . . . Nielen, M. (2018). *Zorg door de huisarts, Nivel Zorgregistraties eerste lijn: Jaarcijfers 2017 en trendcijfers 2011-2017*. Utrecht: Nivel.

¹⁷⁵ Wouters, M., Swinkels, I., Lettow, B. van, Jong, J. de, Sinnige, J., Brabers, A., Friele, R., Gennip, L. van (2018). *E-health in verschillende snelheden: eHealth-monitor 2018*. Den Haag, Utrecht: Nictiz, Nivel.

¹⁷⁶ Een persoonlijke gezondheidsomgeving (pgo) is een digitaal hulpmiddel, bijvoorbeeld een website of app, die een patiënt toegang geeft tot zijn eigen gezondheidsgegevens, die vastgelegd zijn door bijvoorbeeld de huisarts of medisch specialist. Via een pgo heeft een patiënt inzage in gegevens uit meerdere zorgverlenerssystemen tegelijkertijd. De patiënt kan deze gegevens in de pgo verzamelen, beheren, delen, zelf gebruiken en er ook eigen gegevens in opslaan.

¹⁷⁷ Wouters, M., Swinkels, I., Lettow, B. van, Jong, J. de, Sinnige, J., Brabers, A., Friele, R., Gennip, L. van (2018). *E-health in verschillende snelheden: eHealth-monitor 2018*. Den Haag, Utrecht: Nictiz, Nivel.

¹⁷⁸ Landelijke Huisartsenvereniging (2018). OPEN zorgt voor veilige ontsluiting patiëntgegevens. *De Dokter*, 9(8), 30-31.

+0,2% tot +0,5% per jaar. In de vorige twee ramingen lagen deze waarden iets lager, op +0,1% tot +0,4%.

6.3 Efficiency

Factoren die van invloed zijn op de efficiency zijn bijvoorbeeld de hoeveelheid administratieve handelingen van de huisarts en de beoordelingswijze van patiënten. Het kan gaan om het documenteren van de behandeling van een patiënt of de vergadertijd. Door het schrappen van oneigenlijke taken, effectiever vergaderen en/of een effectievere patiëntlogistiek, kan de efficiency worden verhoogd. Er zijn in de afgelopen jaren verschuivingen te zien in de verdeling tussen direct patiëntgebonden tijd, indirect patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd. Hieruit blijkt dat huisartsen last hebben van een hoge werklast en hoge werkdruk.¹⁷⁹

6.3.1 Huisarts wil meer tijd voor de patiënt

Uit onderzoek uit 2018 in opdracht van de LHV blijkt dat veel huisartsen zowel de werklast (hoeveelheid werk toegewezen aan de huisarts) als de werkdruk (de hoeveelheid werk die binnen een bepaalde tijd naar 'behoren' moet worden gedaan, ofwel ervaren werklast) als hoog beleven.^{180,181} Bijna twee derde van de huisartsen (65%) krijgt noodzakelijke werkzaamheden niet af in de reguliere werktijd. Ook aan het bijhouden van vakliteratuur, organisatorische zaken en nascholing komt men vaak onvoldoende toe. Het inzetten van praktijkmanagers en praktijkondersteuners biedt onvoldoende verlichting. De effecten en risico's van de aanhoudende werkdruk zijn voor zowel huisartsen als patiënten zorgwekkend.¹⁸² De huisartsen zien praktijkverkleining en geen verdere toename van taken als voorkeursoplossing. Dit vraagt meer huisartsencapaciteit. Uit de herziene kernwaarden en kerntaken blijkt ook dat huisartsen in reactie op de toenemende werklast en werkdruk een duidelijke begrenzing van hun taken als medisch-generalist zien: zij zijn er voor het bieden van passende medische zorg bij lichamelijke en psychische klachten.^{183,184} Zie ook paragraaf 2.1.2. In het bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019 t/m 2022 wordt gesteld dat de ervaren werkdruk van de huisarts niet te hoog mag zijn. Er zijn afspraken gemaakt over voldoende tijd voor de patiënt. Tevens zijn hierin afspraken vastgelegd om meer aandacht te geven aan zaken als kwetsbare ouderen, achterstandsproblematiek, samenwerking in het sociale domein en ondersteuning van de huisartsenpraktijk.

¹⁷⁹ Versteeg, S., Vis, E., Velden, L. van der, Batenburg, R. (2018). *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018: En een vergelijking met 2013*. Utrecht: Nivel.

¹⁸⁰ Boekee, S., & Hoekstra, H. (2018). *Meer tijd voor de patiënt: Uitkomsten onderzoek | LHV | 15-3-2018*. Enschede: Newcom Research & Consultancy B.V.

¹⁸¹ Landelijke Huisartsenvereniging (2018). *Dossier 'Meer tijd voor de patiënt'*. Geraadpleegd op 17 januari 2019 op <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/meer-tijd-voor-de-patient?page=1>

¹⁸² Nørøxe, K. B., Pedersen, A. F., Carlsen, A. H., Bro, F., Vedsted, P. (2019). Mental well-being, job satisfaction and self-rated workability in general practitioners and hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions among listed patients: A cohort study combining survey data on GPs and register data on patients. *BMJ Quality & Safety*, published online. doi: 10.1136/bmjqs-2018-009039

¹⁸³ Nederlands Huisartsen Genootschap (2018, 22 januari). *Huisartsen stellen samen vast: dit is waar we voor staan*. Geraadpleegd op 23 januari 2019 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/huisartsen-stellen-samen-vast-dit-waar-we-voor-staan>

¹⁸⁴ Opstelten, W., Cals, J. W. L., & Horst, H. E. van der (2019). Continuïteit van de huisartsenzorg: Vervlogen ideaal of nieuw perspectief? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163(2), 16-20.

Ook voor zorgverzekeraars is meer tijd voor de patiënt een actueel thema. Qua inkoopbeleid worden verschillende oplossingen uitgetoetst. Zo geeft Eno een hoger inschrijftarief boven aparte vergoedingen voor consulten. Ook wordt er door verschillende verzekeraars ingezet op meerjarige contracten.

Dit soort afspraken scheelt in de administratieve lasten van de huisartsenpraktijk. Veel zorgverzekeraars geven een vergoeding voor praktijkmanagers, met als doel de werkdruk te verlagen. Ook andere modules zijn ingesteld om de huisarts te ondersteunen, zoals voor praktijkondersteuners en integrale zorg aan kwetsbare ouderen.

Zorgverzekeraars zijn ook actief met diverse projecten. Zo werkt Zorg en Zekerheid aan geïntegreerde eerstelijnsamenwerkingsverbanden, maar ook op e-health, terwijl bijvoorbeeld Eno samenwerkt met de gemeente Deventer in het project 'Deventer vitaal'.¹⁸⁵

Tenslotte is zorgverzekeraar VGZ vanaf 2016 bezig met pilots waarin huisartsen meer tijd krijgen voor de patiënt door alternatieve financieringsafspraken. Er worden inmiddels in drie regio's pilots uitgevoerd. Doel en verwachting is dat huisartsen minder vaak zullen doorverwijzen, minder medicatie zullen uitschrijven en minder diagnostiek zullen aanvragen.^{186,187} Dit bevordert de positieve werkbeleving van huisartsen en een hogere patiënttevredenheid. De eerste resultaten wijzen uit dat praktijkverkleining samen met wekelijkse casusbesprekingen en werken volgens de dimensies van 'positieve gezondheid'¹⁸⁸ resulteert in een kwart minder verwijzingen.¹⁸⁹ Inmiddels zijn in meerdere regio's initiatieven tot samenwerking tussen zorgverzekeraars en huisartsen tot stand gekomen. Doel hiervan is meer tijd voor de patiëntenzorg te creëren en de zorg slimmer te organiseren.¹⁹⁰

6.3.2 Geen verbetering van efficiency

In 2018 heeft Nivel in opdracht van het Capaciteitsorgaan onderzoek gedaan naar de tijdsbesteding van huisartsen. Het betrof een herhaling van het SMS-tijdsbestedingsonderzoek dat in 2013 is uitgevoerd.¹⁹¹ Het onderzoek geeft inzicht in hoeveel uur per week huisartsen gemiddeld werkzaam zijn, hoe deze tijd is besteed aan verschillende activiteiten (direct, indirect en niet-patiëntgebonden activiteiten) en in hoeverre de tijdsbesteding van huisartsen in 2018 anders is dan in 2013.¹⁹²

Uit het onderzoek blijkt dat huisartsen in 2018 gemiddeld 44,1 uur per week werken. In 2013 was dit 44,0 uur. In vergelijking met het vorige onderzoek is het aantal uren dat men gemiddeld werkt dus stabiel. Van deze werkuren besteden huisartsen in 2018 gemiddeld 54% aan direct patiëntgebonden taken, 26% aan indirect patiëntgebonden taken en 20% aan niet-patiëntgebonden taken. In

¹⁸⁵ LHV-ledenblad De Dokter, september 2017. Zorgverzekeraars over de contractvoorstellen voor 2018.

¹⁸⁶ Lambregtse, C. (2017). Meer tijd voor de patiënt is de echte oplossing. *De Dokter*, 8(4), 8-11.

¹⁸⁷ Zorgverzekeraars Nederland (2018, 21 november). *Huisartsen West-Friesland nemen meer tijd voor de patiënt*. Geraadpleegd op <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=3504177152>

¹⁸⁸ Huber, M., Knottnerus J. A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, 343, 235-237. doi: 10.1136/bmj.d4163

¹⁸⁹ Jung, H. P., Jung, T., Liebrand, S., Huber, M., Stupar-Rutenfrans, S., & Wensing, M. (2018). Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen. *Huisarts en Wetenschap*, 61(3), 39-41. doi: 10.1007/s12445-018-0062-y

¹⁹⁰ Zorgverzekeraars Nederland (2019, 25 juni). *Zorgverzekeraars zetten meer in op lokale en regionale samenwerking met huisartsen* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 26 juni op <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=4038066176>

¹⁹¹ Hassel, D. van, Velden, L.F.J. van der, & Batenburg, R.S. (2014). *Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen*. Utrecht: Nivel.

¹⁹² Versteeg, S., Vis, E., Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2018). *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018: Een vergelijking met 2013*. Utrecht: Nivel.

2013 was dat respectievelijk 56%, 26% en 18%. Er wordt in 2018 dus een kleiner deel van de werktijd besteed aan direct patiëntgebonden activiteiten en een groter deel aan niet-patiëntgebonden zaken. Het aantal werkzame huisartsen in Nederland is tussen 2013 en 2018 met 5% gestegen. Dit komt overeen met 24.000 extra werkuren. Het totaal aantal direct patiëntgebonden uren is met 1% gestegen (3.000 uur). Het totaal indirect patiëntgebonden uren is met 8% gestegen (10.000 uur) en het aantal niet-patiëntgebonden uren is zelfs met 12% gestegen (11.000 uur). Dit wijst erop dat de gemiddelde huisarts meer tijd kwijt is aan (praktijkgebonden) administratieve en organisatorische taken. De huisarts heeft dus niet aan efficiency gewonnen, maar lijdt juist efficiencyverlies.

6.3.3 Terugdringen administratieve lasten nog niet merkbaar

VWS heeft in samenwerking met beroepsorganisaties zoals de LHV en VvAA en het huisartsenactiecomité 'Het Roer Moet Om' het initiatief '(Ont)Regel de Zorg' geïnitieerd. Het belangrijkste doel daarvan is het verminderen van overbodige administratiedruk. Dat geldt niet alleen voor huisartsen, maar ook voor diverse andere beroepsgroepen in de zorg. In de huisartsenzorg is naar aanleiding van 'Het Roer Moet Om' sinds 2015 een groot aantal maatregelen genomen om de ervaren regeldruk te verminderen. De acties uit het plan '(Ont)regel de Zorg' moeten een aantoonbare verdere vermindering van de ervaren regeldruk in de huisartsenzorg bewerkstelligen. De 'merkbaarheidsscan' uit 2017 wees echter uit dat een kleine groep huisartsen weliswaar een behoorlijk effect merkte, maar dat drie kwart van de ondervraagde huisartsen (nog) geen effect constateerde.¹⁹³ Dit bleek onder andere te komen doordat bepaalde maatregelen nog onvoldoende geïmplementeerd waren.^{194, 195} Ook uit de meest recente voortgangsrapportages over (Ont)Regel de Zorg uit 2019 blijkt dat professionals in de huisartsenzorg meer van hun werktijd aan administratieve werkzaamheden besteden dan acceptabel gevonden wordt.¹⁹⁶ Ruim een derde van de huisartsen ziet nog geen verandering en veel huisartsen hebben weinig vertrouwen in [Ont]Regel de Zorg.¹⁹⁷ Net als uit het tijdsbestedingsonderzoek van Nivel blijkt ook hieruit dat er nog geen sprake is van efficiencywinst door een substantiële administratieve lastenverlaging.

6.3.4 Samenwerking andere disciplines moeizaam

Het bieden van de juiste zorg op de juiste plaats is voor zorgaanbieders veelal nog een zoektocht. Zo ervaren huisartsen problemen door tekorten in de thuiszorgsector, haperende samenwerking met de wijkteams en de beperkte toegang tot het eerstelijnsverblijf.

Naast de huisartsenzorg wordt de wijkverpleging als belangrijke zorgvorm gezien om het toenemende aantal thuiswonende ouderen en andere kwetsbare groepen te ondersteunen.¹⁹⁸

¹⁹³ Bults, N., Dongen, H. van, Ermers, H., & Rubbens, L. (2017). *Evaluatie merkbaar minder regeldruk in de eerste lijn*. Utrecht: Q-Consult Zorg.

¹⁹⁴ Molenaar, N., & Amse, J. (2017). *Rapportage Vervolgonderzoek Merkbaarheidsscan Huisartsen*. Utrecht: Q-Consult Zorg.

¹⁹⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Actieplan (Ont)Regel de Zorg*. Geraadpleegd op 9 augustus 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/05/23/actieplan-ontregel-de-zorg>

¹⁹⁶ KPMG (2019). *(Ont)Regel de Zorg: Statusrapport Merkbaarheidsscan*. Geraadpleegd op 14 oktober 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/10/04/ontregel-de-zorg>

¹⁹⁷ Schaufeli, W. B., & Schaufeli, E. (2019). *[Ont]Regel de Zorg: [Ont]Regel Monitor 2019*. Utrecht: VvAA en Triple i Human Capital.

¹⁹⁸ Vilans (2018). *Factsheet Wijkverpleging: Uitdagingen en knelpunten*. Geraadpleegd op 1 augustus 2019 op <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/uitdagingen-en-knelpunten-van-de-wijkverpleging.pdf>

Bij de hervormingen van de langdurige zorg in 2015 is de wijkverpleging overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet en zo dichtbij de huisartsenzorg geïntegreerd.¹⁹⁹ Goede samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige is noodzakelijk maar niet altijd vanzelfsprekend. Voor beide partijen is het door enerzijds schaalvergroting en anderzijds het grote aantal organisaties dat wijkverpleging aanbiedt, lastig om de gewenste korte lijnen en snelheid in organisatie en overleg te bewerkstelligen.^{200, 201, 202} Bovendien kampt ook de wijkverpleging kwantitatief en kwalitatief met personeelstekorten, financieringsproblematiek en administratieve lasten.¹⁹⁸ Dit maakt het voor huisartsen (praktijken) vaak moeilijk om taken en verantwoordelijkheden rondom de complexe zorgvraag van patiënten goed te reguleren.^{199, 203}

Huisartsen zien steeds vaker patiënten met allerlei maatschappelijk en sociale problemen, zoals bijvoorbeeld eenzaamheid, op hun spreekuur en in de thuissituatie. Het is essentieel dat er een goed netwerk bestaat, vanuit thuiszorg, gemeenten en welzijnsorganisaties, waar de huisarts naar kan verwijzen, zodat patiënten optimaal geholpen worden. Deze netwerken zijn lang niet altijd beschikbaar en huisartsen en hun medewerkers hebben nogal eens moeite om de weg te vinden in het vaak ingewikkelde zorgsysteem.^{201, 204, 205, 206, 207}

Voor ouderen die tijdelijk niet thuis kunnen wonen, maar die geen ziekenhuiszorg nodig hebben, moet het eerstelijnsverblijf (ELV) een oplossing bieden. In 2018 is door Zorgverzekeraars Nederland een landelijk netwerk van regionale coördinatiepunten ELV ingericht die het helpen vinden van een ELV-bed moeten vergemakkelijken.^{208, 209} Uit een peiling van de LHV (september 2018) blijkt dat huisartsen nog veel problemen ervaren bij het regelen van een eerstelijnsbed.²¹⁰ Zo geven huisartsen aan dat er onvoldoende bedden beschikbaar zijn, dat vooral het regelen van een plek tijdens de ANW-

¹⁹⁹ Wolbers, I., Lalleman, P., & Bleijenbergh, N. (2018). *Evaluatie ambassadeurstraject voor de wijkverpleegkundige: Nieuwe leiders in de wijk?!* Utrecht: Hogeschool Utrecht.

²⁰⁰ Bremmers, S. (2014). *Huisarts kan niet overleggen met dertig wijkverpleegkundigen*. Geraadpleegd op 1 augustus 2019 op <https://www.mednet.nl/nieuws/id8163-huisarts-kan-volgend-jaar-niet-overleggen-met-dertig-wijkverpleegkundigen.html>

²⁰¹ Zaat J. (2018). De kern van het vak (4). Huisarts en netwerk. *Huisarts en Wetenschap*, 61(1), 17-23. doi: 10.1007/s12445-018-0390-y

²⁰² Bitter, N., Leemrijse, C., & Korevaar, J. (2019). *Samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals binnen Krachtige basiszorg: Ervaringen uit Overvecht*. Utrecht: Nivel.

²⁰³ LHV Huisartsenkring Amsterdam/Almere (2017). *Visie op de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleging*. Geraadpleegd op 1 augustus 2019 op https://amsterdam-almere.lhv.nl/zoeken?search_keys=visie+samenwerking+wijkverpleging

²⁰⁴ Ham, L. van der, Steenbekkers, A., & Marangos, A. M. (2018). *Toegang tot zorg en ondersteuning: Rollen, ervaringen en meningen van huisartsen* [Bijlage A bij eindrapport landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg]. Geraadpleegd op 14 augustus 2018 op https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2018/Veranderde_zorg_en_ondersteuning_voor_mensen_met_een_beperking

²⁰⁵ Stam, C. (2018). Als niemand het doet, dan doet de dokter het. *Zorg+Welzijn*, 24(3), 14-17. doi:10.1007/s41185-018-0028-8

²⁰⁶ Flinterman, L., Groenewegen, P., & Verheij, R. (2018). *Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn*. Utrecht: Nivel.

²⁰⁷ Batenburg, R., Bosmans, M., Versteeg, S., Vis, E., Asten, B. van, Vandermeulen, L., & Kruis, L. van der (2018). *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel/Prismant.

²⁰⁸ Zorgverzekeraars Nederland (2018, 29 maart). *Brief aan het Ministerie van VWS over de stand van zaken ELV coördinatiepunten*. Geraadpleegd op 17 april 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2018/03/29/stand-van-zaken-elv-coördinatiepunten>

²⁰⁹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 4 april). *Kamerbrief over regionale coördinatiepunten eerstelijnsverblijf*. Geraadpleegd op 17 april 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/04/04/kamerbrief-over-regionale-coördinatiepunten-eerstelijnsverblijf>

²¹⁰ Landelijke Huisartsen Vereniging (2018, 17 oktober). *Eerstelijnsbedden: snelle oplossing voor patiënten vaak niet gevonden*. Geraadpleegd op 22 november 2018 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/eerstelijnsbedden-snelle-oplossing-voor-patiënten-vaak-niet-gevonden>

diensten lastig is, dat de regionale loketten nog onvoldoende functioneren en dat zij nog steeds met extra administratieve handelingen worden geconfronteerd, ondanks afspraken over een uniforme verwijsmethode. Ook in de Kamer Medisch Specialisten is gesignaleerd dat het moeilijk is patiënten te verwijzen naar ELV-voorzieningen. De herzieningen in de organisatie van ELV zijn een stap in de goede richting, maar leiden tot nu toe niet tot de gewenste efficiencywinst voor huisartsen.

Bovenstaande problematiek brengt voor huisartsen extra (oneigenlijk) regelwerk en taken met zich mee.

6.3.5 Ruimere bereikbaarheid en beschikbaarheid vraagt extra capaciteit

De experts vanuit het werkveld wijzen erop dat van huisartsen veel meer dan vroeger wordt verwacht dat zij (of hun praktijk) 'altijd' bereikbaar en beschikbaar zijn. Openingstijden van huisartsenpraktijken zijn in de loop der tijd verruimd of verschoven.^{211, 212, 213, 214, 215} Ook in vakantieperioden moeten patiënten bij voorkeur bij de vertrouwde praktijk terecht kunnen. Dit vraagt van huisartsen de nodige tijds- en personeelsinvestering om de bezetting, waarneming en overdracht te organiseren.²¹⁶

6.3.6 Parameterwaarden efficiency verhoogd

Op basis van de hierboven genoemde ontwikkelingen, wordt de parameter efficiency – juist vanwege het uitblijven van efficiencywinst - geschat op **jaarlijks minimaal +0,3% en maximaal +0,5%** (jaarlijkse groei in behoefte aan huisartsen). In het vorige Capaciteitsplan kreeg deze parameter de waarde 0,0%.

6.4 Horizontale substitutie

Substitutie of taakherschikking kent twee afzonderlijke componenten: horizontale en verticale substitutie. Horizontale substitutie betreft bij de huisarts de verschuiving van taken van een andere geneeskundig specialist naar de huisarts, of andersom.

6.4.1 Verschuivingen naar de eerste lijn

Huisartsen hebben er de laatste jaren steeds meer taken bij gekregen, doordat zij eenvoudigere zorg en verrichtingen van het ziekenhuis hebben overgenomen.²¹⁷ Zo blijkt uit data van Vektis dat in de

²¹¹ Flinterman, L., Groenewegen, P., & Verheij, R. (2018). *Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn*. Utrecht: Nivel.

²¹² Landelijke Huisartsenvereniging (2018). *Bereikbaarheid en beschikbaarheid*. Geraadpleegd op 22 januari 2019 op <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/bereikbaarheid-en-beschikbaarheid#Richtlijnen>

²¹³ Wessels, K., & Kraaijeveld, K. (2017). *Zó werkt de huisartsenzorg*. Amsterdam: Platform Zó werkt de zorg - De Argumentenfabriek.

²¹⁴ Nederlands Huisartsen Genootschap (2018, 22 januari). *Huisartsen stellen samen vast: dit is waar we voor staan*. Geraadpleegd op 23 januari 2019 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/huisartsen-stellen-samen-vast-dit-waar-we-voor-staan>

²¹⁵ Opstelten, W., Cals, J. W. L., & Horst, H. E. van der (2019). Continuïteit van de huisartsenzorg: Vervolgen ideaal of nieuw perspectief? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163(2), 16-20.

²¹⁶ Thiel, E. van (2016). De stelling: in de vakantieperiode moeten patiënten bij hun eigen praktijk terechtkunnen. *De Dokter*, 7(5), 18-19.

²¹⁷ Boekee, S., & Hoekstra, H. (2018). *Meer tijd voor de patiënt: Uitkomsten onderzoek | LHV | 15-3-2018*. Enschede: Newcom Research & Consultancy B.V.

periode 2012-2017 huisartsen veel vaker chirurgische handelingen en ECG-diagnostiek hebben toegepast.²¹⁸ Het betreft respectievelijk een toename van 11% en van 14% in 5 jaar tijd. Ook krijgen huisartsen vaker te maken met 'routinezorg' of (potentiële) 'draaideurpatiënten' na consultatie of behandeling door een medisch specialist, omdat patiënten sneller uit het ziekenhuis worden ontslagen.^{219, 220} Medisch specialisten zien de horizontale substitutie naar de huisartsen stagneren. De hoge werkdruk en groeiende zorgvraag in de eerste lijn beperken vooralsnog de formele mogelijkheden tot horizontale taakverschuiving naar de huisarts.²²¹ Echter in de praktijk wordt ook een 'stille substitutie' waargenomen.²²² Dit betreft maatregelen en gedragingen in de tweede lijn die in de praktijk tot een vorm van substitutie leiden, zonder nadere omschrijving of financiering. Hierdoor neemt het takenpakket van de huisarts toch sluipend toe. Voorbeeld hiervan is het verwijzen van de patiënt door de specialist, al dan niet in overleg, naar de huisarts. Dit om de zorg van de patiënt over te nemen in een eerder stadium dan voorheen gebruikelijk was.

Ook vanuit de nulde lijn, het maatschappelijke domein, speelt het fenomeen van overdracht van werkzaamheden zonder dat hier formele afspraken aan ten grondslag liggen.²²³ Strikt genomen is dat niet als horizontale substitutie te beschouwen, maar het draagt wel bij aan taakverzwaring voor de huisarts.

6.4.2 Grenzen aan zorg huisarts

Huisartsen blijken nogal eens te worden ingezet voor de medische zorg in kleinschalige woonvoorzieningen voor ouderen. De complexiteit van de zorg voor deze kwetsbare ouderen overstijgt echter veelal de huisartsenzorg. De verantwoordelijkheid voor de medische zorg zou, afhankelijk van de indicatie, bij de specialist ouderengeneeskunde moeten liggen, Diens beschikbaarheid is echter vaak onvoldoende. Hierbij speelt mee dat er ook bij de specialisten ouderenzorg substantiële tekorten bestaan. De LHV heeft een leidraad ontwikkeld die huisartsen steunt in de keuze of en onder welke voorwaarden zij zorg leveren.²²⁴

De LHV heeft ook een leidraad opgesteld waarin wordt gesteld dat de algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten die vanwege hun zorgbehoefte in een zorginstelling wonen niet valt onder het basisaanbod medische zorg dat een huisarts in de thuissituatie levert.²²⁵ De VGN steunt

²¹⁸ Vektis (2018). *Welke verrichtingen worden het meest door huisartsen gedaan?* Geraadpleegd op 26 november 2018 op <https://www.zorgprismaopenbaar.nl/producten/huisartsenzorg/huisartsenzorg/welke-verrichtingen-worden-het-meest-door-huisartsen-gedaan/>

²¹⁹ Pleumeekers, B. (2017). Voorkomen van heropnames. *Huisarts en Wetenschap*, 2, 60.

²²⁰ Beckers, I. (2018). Goed thuiskomen begint met goede inschatting kwetsbaarheid. *De Eerstelijns*, maart, 24-25.

²²¹ Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2020-2023, Deelrapport 1: Medische specialismen, Klinisch technologische specialismen, Spoedeisende geneeskunde, Ziekenhuisgeneeskunde*. Utrecht: Auteur.

²²² Berg, W. N. van den, Harmsen, W. B. M., & Koeleman, R. E. (2010). Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.vphuisartsen.nl/iv-de-substitutie-van-zorg-in-de-eerstelijns/>

²²³ Bindels, P. (2017). Huisartsenzorg heeft grenzen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161, D2416.

²²⁴ Landelijke Huisartsen Vereniging (2018, 13 november). *Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen*. Geraadpleegd op 14 november 2018 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuwe-leidraad-medische-zorg-kleinschalige-woonzorginstellingen>

²²⁵ Landelijke Huisartsen Vereniging (2019, 9 juli). *Leidraad 'Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen'*. Utrecht: Auteur.

deze opvatting niet en wijst op het recht van elk mens op algemeen medische zorg en op het feit dat de specialistische AVG niet is opgeleid tot huisarts.²²⁶

Inmiddels heeft de minister besloten de bekostiging van ‘aanvullende geneeskundige zorg voor specifieke groepen in de eerste lijn’, ofwel de extramurale behandeling door specialisten ouderengeneeskunde en AVG, per 1 januari 2020 op te nemen in de Zvw.²²⁷ Het wegvallen van financiële belemmeringen zal naar verwachting voor huisartsen het verwijzen naar en de samenwerking in de eerste lijn met deze specialisten gemakkelijker maken.

6.4.3 Parameterwaarde horizontale substitutie verlaagd

Hiervoor is beschreven dat de parameter horizontale substitutie de afgelopen jaren een substantiële rol speelde, maar dat de mogelijkheden hiertoe inmiddels beperkt zijn. Dat leidt weliswaar tot verlaging van de horizontale substitutie, maar door de stille substitutie wordt deze verlaging deels teniet gedaan. De parameter horizontale substitutie is vastgesteld op **+1,0% tot +1,4%** per jaar. In het Capaciteitsplan 2016 was dit +1,2% tot +1,6% per jaar.

6.5 Verticale substitutie

Verticale taakherschikking betreft de verschuiving van taken van de huisarts naar lager opgeleid (medisch) personeel zoals de doktersassistente, de POH-s, de POH-ggz, de praktijkverpleegkundige, de physician assistant (PA) en de verpleegkundig specialist (VS).²²⁸

6.5.1 Tekorten aan POH en doktersassistenten

De belangrijkste taken van de POH-ggz zijn diagnostiek en korte behandeling van patiënten met psychische symptomen of sociale problemen. Uit data van Vektis blijkt dat 79% van de huisartsenpraktijken in 2017 praktijkondersteuning ggz had. In 2012 was dat nog 40%.²²⁹ Het percentage huisartsenpraktijken met praktijkondersteuning ggz is in 5 jaar tijd dus vrijwel verdubbeld. Volgens promotieonderzoek vanuit Nivel neemt de POH-ggz echter niet zozeer taken over van de huisarts. De POH-ggz biedt aanvullende zorg aan mensen die voorheen waarschijnlijk geen hulp zouden hebben ontvangen of die direct verwezen zouden zijn. De POH-ggz verhoogt wel de expertise binnen de huisartsenpraktijk op het gebied van geestelijke gezondheidszorg, zodat patiënten sneller worden gesignaleerd en beter kunnen worden doorverwezen.^{230, 231} Datzelfde geldt voor de POH-jeugd; deze

²²⁶ Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2019, 30 juli). *Huisartsenzorg voor mensen met een beperking steeds meer in de knel* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 31 juli 2019 op <https://www.vgn.nl/artikel/27846>

²²⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019, 27 mei). *Overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen* [Kamerbrief]. Geraadpleegd op 3 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/05/27/kamerbrief-over-overheveling-geneeskundige-zorg-voor-specifieke-patientgroepen>

²²⁸ Hoewel de VS en de PA op masterniveau zijn opgeleid (NLQF 7), betreft het toch een lager opleidingsniveau dan dat van medisch specialist (NLQF 8). Zie https://nlqf.nl/images/downloads/NLQF_niveaus/Schema_NL_Print.pdf

²²⁹ Vektis (2018). *Hoeveel huisartsenpraktijken hebben praktijkondersteuning?* Geraadpleegd op 26 november 2018 op <https://www.zorgprismaopenbaar.nl/producten/huisartsenzorg/huisartsenzorg/hoeveel-huisartsenpraktijken-hebben-praktijk-ondersteuning/>

²³⁰ Magnée, T., Beurs, D.P. de, Bakker, D.H. de, & Verhaak, P.F.M. (2017). *Verlicht de POH-GGZ de werkdruk van de huisarts?* *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161(11), 11-14.

²³¹ Magnée, T. (2017). *Mental health care in general practice in the context of a system reform* [Thesis]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. Geraadpleegd op 7 augustus 2018 op [https://www.rug.nl/research/portal/en/publications/mental-health-care-in-general-practice-in-the-context-of-a-system-reform\(9683d959-ddea-4e53-996b-53aac35f0e03\).html](https://www.rug.nl/research/portal/en/publications/mental-health-care-in-general-practice-in-the-context-of-a-system-reform(9683d959-ddea-4e53-996b-53aac35f0e03).html)

biedt meerwaarde in de huisartsenpraktijk door zijn kennis en ervaring op het gebied van jeugdproblematiek en zorgmogelijkheden in de buurt. De POH-somatiek begeleidt patiënten met een complexe zorgvraag, zoals kwetsbare ouderen en chronisch zieken, voornamelijk via geprotocolleerde en gedelegeerde taakuitvoering. Van POH-s is bekend dat zij wel zorgtaken van de huisarts overnemen en de werkdruk verlichten.^{231, 232, 233, 234}

Volgens onderzoek van Nivel waren in 2016 in 88% van de praktijken POH-s werkzaam en in 81% van de praktijken POH-ggz. Dit betrof bijna 3.000 fte POH-s en 1.300 fte POH-ggz.²³⁵ Volgens nieuwe gegevens van Nivel en Prismant uit onderzoek naar de balans in het aanbod van en de vraag naar huisartsenzorg ligt het aantal fte POH-s in 2018 op ruim 3.300, een stijging van 10%. Het aantal POH-ggz is gestegen naar 1.800 fte in 2018, een stijging van 38%.

Uit het onderzoek van Nivel en Prismant blijkt verder dat er regio's in Nederland zijn waar problemen met het vinden van POH's en doktersassistenten zijn en/of verwacht worden. Dat er zorgen zijn om tekorten aan deze beroepen blijkt ook uit de factsheets 'Zicht op regionale capaciteit en arbeidsmarktvragestukken huisartsenzorg' die Nivel en Prismant ontwikkelden voor de Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH).²³⁶ Onder deze omstandigheden komt taakverschuiving onder druk te staan.

6.5.2 POH en/of PVH

Met ingang van 2020 zal er een nieuwe functie binnen de huisartsenzorg te zien zijn: de praktijkverpleegkundige huisartsenzorg (PVH).²³⁷ Zie ook paragraaf 2.3.4 Deze functie is geïntroduceerd vanwege de toename van hoogcomplexiteit in huisartsenpraktijken. Dit betreft de zorg voor patiënten met een combinatie van onder andere cognitieve beperkingen, functionele beperkingen, multimorbiditeit of psychosociale problematiek. Vaak is dit zorg die qua inhoud en omvang veranderlijk en lastig te voorspellen is. De PVH is een allround generalist die protocol-overstijgend en (binnen gestelde kaders) autonoom kan werken en deze patiënten met een hoogcomplexiteit zorgvraag goed kan begeleiden. Daarmee heeft de PVH extra toegevoegde waarde ten opzichte van de meer protocollair werkende POH. Afhankelijk van onder meer de praktijkorganisatie en –populatie zullen huisartspraktijken bepalen of zij hun huidige POH laten bijscholen, een PVH aantrekken of beide functies naast elkaar laten bestaan.²³⁸

²³² Dierick-van Daele, A. T. M., Spreeuwenberg, C., Derckx, E. W. C. C., Leeuwen, Y. van, Toemen, T., Legius, M., . . . Vrijhoef, H. J. M. (2010). The value of nurse practitioners in Dutch general practices. *Quality in Primary Care*, 18, 231–241.

²³³ Laurant, M., Biezen, M. van der, Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & Vught, A. J. A. H. van (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, Art. No.: CD001271. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.

²³⁴ Batenburg, R., Bosmans, M., Versteeg, S., Vis, E., Asten, B. van, Vandermeulen, L., & Kruis, L. van der (2018). *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel/Prismant.

²³⁵ Hassel, D. van, Batenburg, R., & Velden, L. van der (2016). *Praktijkondersteuners (POH's) in beeld: Aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland*. Utrecht: Nivel.

²³⁶ Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (2019, 18 juli). *Oplopende tekorten aan doktersassistenten en praktijkondersteuners in de huisartsenzorg*. Geraadpleegd op 30 juli 2019 op https://www.ssfh.nl/nieuws/nieuws-item/?tx_news_pi1%5Bnews%5D=175&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=09d6618d23514eea87edf93eae96f32f

²³⁷ LHV, V&VN et al. (2018, 28 juni). *Competentieprofiel Praktijkverpleegkundige Huisartsenzorg (PVH) 2018*. Geraadpleegd op 26 november 2018 op <https://www.venvn.nl/Berichten/ID/2529019/Nieuw-profiel-Praktijkverpleegkundige-Huisartsenzorg>

²³⁸ Bijma, B. (2018) Praktijkverpleegkundige Huisartsenzorg (PVH): lets voor uw praktijk? *De Dokter*, 7, 20-23.

6.5.3 Inzet VS en PA als oplossing voor groeiende takenpakket huisartsenzorg

In het actieplan van de overheid om de personeelstekorten in de zorg terug te dringen en in het hoofdlijnakkoord voor de huisartsenzorg uit 2018 wordt de inzet van verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) nadrukkelijk genoemd als mogelijkheid voor verticale substitutie.²³⁹ ²⁴⁰ De betrokken partijen hebben afgesproken de komende jaren minimaal 75 leerwerkplekken voor PA (30) en VS (45) in de huisartsenzorg te realiseren. VWS subsidieert deze opleidingsplaatsen. Zie ook paragraaf 2.3.5 en 2.3.6.

Ook het onderzoek van Nivel en Prismant naar de balans in vraag naar en aanbod van huisartsenzorg noemt de inzet van VS en PA als een belangrijke mogelijkheid om de werklust en werkdruk van huisartsen te verminderen. Randvoorwaarden, draagvlak en ruimte moeten dan wel aanwezig zijn. Verhoudingsgewijs zijn er volgens dit onderzoek nog maar weinig VS en PA werkzaam in de huisartsenzorg. minder dan 300 fte bij zowel VS als PA op bijna 26.000 fte huisartsenzorg.²⁴¹ Dit wordt bevestigd door recent onderzoek van Prismant naar het aantal en de werksetting van afgestudeerde VS en PA. Uit dit onderzoek blijkt overigens wel dat het aantal fte van in de huisartsenzorg werkzame VS en PA in de periode 2016-2019 is toegenomen. Het aantal fte VS-AGZ is gestegen van 149 naar 197, een toename van 32%, met een ratio van 2,1 fte VS-AGZ op 100 fte huisarts.²⁴² Daarnaast zijn er nog VS-GGZ werkzaam binnen de huisartsenzorg (26 fte per 1 januari 2018). Het aantal fte PA is gestegen met 57%, van 58 naar 91, met een ratio van 1 fte PA op 100 fte huisarts.²⁴³

Onderzoeken in het kader van de raming van het benodigde aantal PA en VS door het Capaciteitsorgaan wijzen uit dat er een toenemende inzet van PA en VS in de huisartsenzorg wordt verwacht. Taakherschikking kan een oplossing bieden bij de groei van taken binnen huisartspraktijken, veroorzaakt door onder meer verplaatsing van tweedelijnszorg naar de eerste lijn en de toename van chronische zorg in de eerste lijn. Uit deze onderzoeken blijkt echter ook dat de huisartsenzorg meer belemmeringen ervaart bij het opleiden van PA en VS dan andere werkvelden (zoals de medisch specialistische zorg of de verpleeghuiszorg). De belemmeringen doen zich vooral voor op het vlak van facilitering en financiering. De instroom in de opleidingen tot PA en VS voor de huisartsenzorg in 2018 bedroeg respectievelijk 19 en 39 personen. De gemiddelde instroom per jaar over de periode

²³⁹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 13 mei). *Actieprogramma 'Werken in de Zorg'*. Geraadpleegd op 17 april 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/jaarplannen/2018/03/14/actieprogramma-werken-in-de-zorg>

²⁴⁰ Landelijke Huisartsenvereniging, InEen, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 11 juli). *Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022*. Geraadpleegd op 9 augustus 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-huisartsenzorg-2019-2022>

²⁴¹ Batenburg, R., Bosmans, M., Versteeg, S., Vis, E., Asten, B. van, Vandermeulen, L., & Kruis, L. van der (2018). *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel/Prismant.

²⁴² Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Utrecht: Prismant.

²⁴³ Aalbers, W., Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleiding Physician Assistant*. Utrecht: Prismant.

2017 tot en met 2019 is 20 PA en 35 VS. Dit blijft achter bij de door VWS gesubsidieerde aantallen opleidingsplaatsen.^{244, 245, 246, 247, 248}

6.5.4 Parameterwaarden verticale substitutie afgenomen

In het vorige Capaciteitsplan (2016) is voor de parameter verticale substitutie een percentage gehanteerd van -1,0% tot -1,6% per jaar. Dit was een verhoging in vergelijking met voorgaande Capaciteitsplannen, omdat de invloed van verticale taakherschikking, met name naar de POH, sterker bleek dan aanvankelijk gedacht. Er is echter toenemende krapte op de arbeidsmarkt van praktijkondersteuners. Ook zijn er belemmeringen in de opleiding van VS en PA in de huisartsenzorg. Verticale taakherschikking zal daarom naar verwachting een bescheidener rol spelen in het verlichten van de werklast en werkdruk van huisartsen dan in 2016 voorzien was. Voorlopig lijken tekorten onder ondersteunende functies een belangrijke remmende factor te zijn. Bovendien zijn huisartsen bij uitbreiding van hun team met ondersteuners tijd kwijt aan zaken als overleg, supervisie en overdracht. Daarom wordt de parameter verticale taakherschikking voor deze nieuwe raming gesteld op: **-0,6% tot -1,4% per jaar**.

6.6 Conclusie werkproces

Tabel 31 toont de parameters uit het werkproces voor de huidige raming. Ter vergelijking zijn de overeenkomstige waarden uit de Capaciteitsplannen van 2010, 2013 en 2016 in de tabel opgenomen.

Tabel 31: Parameterwaarden werkproces, procentuele veranderingen per jaar

Parameters	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013	Capaciteitsplan 2016	Capaciteitsplan 2021-2024
Vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen	0,1% tot 0,2%	0,1% tot 0,4%	0,1% tot 0,4%	+0,2% tot +0,5%
Efficiency	0,2% tot 0,4%	0,3% tot 0,5%	0,0%	+0,3% tot +0,5%
Horizontale substitutie	0,5% tot 1,0%	1,0% tot 1,5%	1,2% tot 1,6%	+1,0% tot +1,4%
Verticale substitutie	-0,6% tot -1,2%	-0,6% tot -1,2%	-1,0% tot -1,6%	-0,6% tot -1,4%

²⁴⁴ Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9a Physician Assistant*. Utrecht: Auteur.

²⁴⁵ Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9b Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg*. Utrecht: Auteur.

²⁴⁶ Jansen, P., & Schutte, S. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg: Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Totaalbeeld van vijf sectorale deelrapporten*. Enschede: Bureau HHM.

²⁴⁷ Jansen, P., & Schutte, S. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg: Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Deelrapport Huisartsen*. Enschede: Bureau HHM.

²⁴⁸ Ecorys, & SEOR Erasmus School of Economics (2016). *Taakherschikking: een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants: Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 3B*. Rotterdam: Auteurs.

7 Scenario's

7.1 Inleiding

In de hoofdstukken 3 t/m 6 zijn opleiding, zorgvraag, zorgaanbod en werkproces uitvoerig beschreven. Dit inclusief de parameters die gebruikt worden in het model, en de geraadpleegde databronnen. Belangrijkste bronnen zijn rapporten van Nivel en Prismant, gegevens van RGS, CBS en bijvoorbeeld de SBOH. Ook is er literatuur geraadpleegd, waarnaar in de tekst wordt verwezen. Alle gegevens zijn geverifieerd door en bediscussieerd met experts.

Alle hoofdstukken eindigen met de inschatting van het Capaciteitsorgaan van hoe de afzonderlijke parameters, ofwel de variabelen die gebruikt worden bij de raming, zich de komende 5-20 jaar gaan ontwikkelen. Bij een aantal parameters is het niet mogelijk om de gegevens adequaat te vatten in één getal. In dat geval zijn twee waardes gehanteerd: een 'minimale' waarde (conservatieve schatting) en een 'maximale' waarde (progressieve schatting). De minimale waarde is de waarde die het dichtst bij 0% zit; deze leidt tot de kleinste verandering van de zorgvraag, de maximale waarde leidt uiteraard tot de grootste verandering van de zorgvraag.

Het basisscenario (scenario 0) gaat uit van handhaving van de huidige instroom in de huisartsopleiding in de komende periode waarbij er niets verandert. Bij de berekening van de opleidingsbehoefte worden er naast het nul-scenario 9 alternatieve scenario's onderscheiden. In de volgende paragrafen worden met name deze negen alternatieve scenario's (1-9) behandeld, aangezien het nul-scenario niet plausibel wordt geacht.

De uitkomsten van alle scenario's zijn terug te vinden in het tabellenboek van Nivel en Prismant, dat op de websites van het Capaciteitsorgaan en Nivel gepubliceerd wordt. Bijlage 1 bij dit Capaciteitsplan geeft een conceptuele weergave van het gebruikte ramingsmodel. Bijlage 2 geeft een overzicht van de in het rekenmodel gebruikte parameterwaarden, zoals in de eerdere hoofdstukken vermeld bij de conclusies.

In tabel 32 is voor de verschillende scenario's aangegeven welke parameters er een rol in spelen.

Tabel 32: Gehanteerde parameters per scenario, met tijdelijk (✓-) of doorlopende trend (✓+)

Scenario		0: Basis	1: Demografie	2: Werkproces, tijdelijke trends (t.t.)	3: Werkproces, doorlopende trends (d.t.)	4: Arbeidstijdverandering, (t.t.)	5: Arbeidstijdverandering, (d.t.)	6: Verticale substitutie, (t.t.)	7: Verticale substitutie, (d.t.)	8: Maximale parameterwaarden, (t.t.)	9: Maximale parameterwaarden, (d.t.)
Parameter											
Opleiding		✓+	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+
Zorgaanbod (m.u.v. arbeidstijdverandering)		✓+	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+
Vraag	onvervulde vraag		✓+	✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+
	demografie		✓+	✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+
	epidemiologie minimale waarde			✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+		
	epidemiologie maximale waarde									✓-	✓+
	sociaal-cultureel minimale waarde			✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+		
	sociaal-cultureel maximale waarde									✓-	✓+
Werkproces	vakinhoudelijke ontwikkelingen minimale waarde			✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+		
	vakinhoudelijke ontwikkelingen maximale waarde									✓-	✓+
	efficiency minimale waarde			✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+		
	efficiency maximale waarde									✓-	✓+
	horizontale substitutie minimale waarde			✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+		
	horizontale substitutie maximale waarde									✓-	✓+
	arbeidstijdverandering minimale waarde					✓-	✓+	✓-	✓+		
	arbeidstijdverandering maximale waarde									✓-	✓+
	verticale substitutie minimale waarde							✓-	✓+		
	verticale substitutie maximale waarde									✓-	✓+

✓-: parameter werkt door tot 2029 (tijdelijke trends)

✓+: parameter blijft doorwerken (doorlopende trends)

7.2 Evenwichts jaren

In de ramingen wordt uitgegaan van twee mogelijke evenwichtsjaren: 2031 voor de korte termijn en 2037 voor de lange termijn. Deze termijnen lijken vrij lang. Het eerste evenwichtsjaar, 2031, wordt immers pas over 12 jaar bereikt.

Het advies uit dit deelrapport wordt pas in 2021 in de praktijk geïmplementeerd dit is het bijsturingjaar. In 2024, 3 jaar later, worden de eerste huisartsen van deze lichte ingeschreven in het register. De laatste specialisten die in het eerste evenwichtsjaar 2031 in het register komen, starten in 2028 met hun opleiding. Dat betekent dat de onderliggende opleidingsperiode loopt van 2021 tot 2028, oftewel 7 jaar. Voor het tweede evenwichtsjaar betekent het dat de opleidingsperiode loopt van 2021 tot 2034, ofwel 13 jaar.

De zorgvraag wordt geraamd voor de twee evenwichtsjaren. Vervolgens bepaalt het Capaciteitsorgaan de huidige beschikbare capaciteit aan huisartsen en de verwachte capaciteit van al in opleiding zijnde aios. Op basis hiervan wordt berekend hoeveel van deze huisartsen in 2031 en 2037 nog beschikbaar zijn. Het verschil tussen de geraamde zorgvraag volgens dit scenario en het verwachte zorgaanbod in 2031/2037 is het uitgangspunt voor de berekening van het aantal aios dat nodig is vanaf 2021.

7.3 Basisscenario (0)

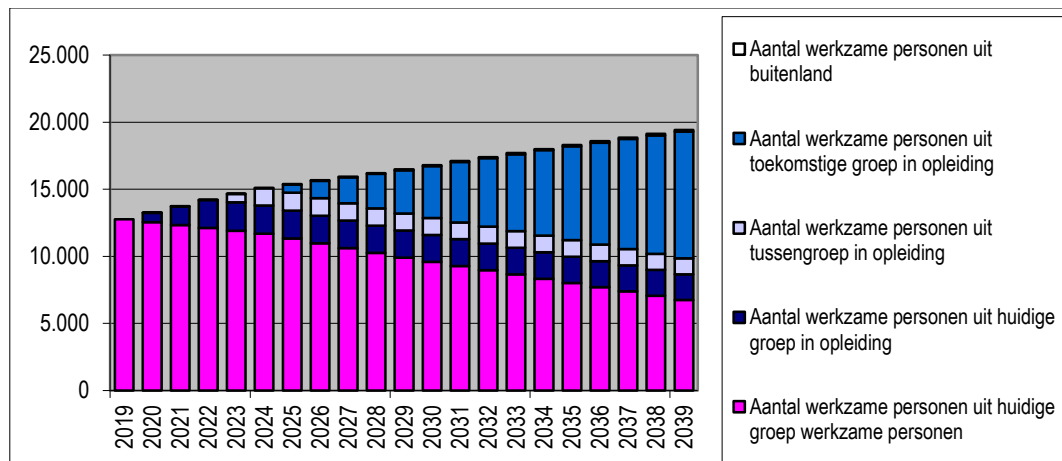
Het **basisscenario** is het theoretische vertrekscenario dat zich beperkt tot het doorrekenen van de capaciteit aan huisartsen bij handhaving van de *huidige instroom* in de huisartsopleiding in de komende periode.

Dit scenario focust enkel en alleen op de aanbodzijde van het systeem; ontwikkelingen in vraag en aanbod worden volledig genegeerd. Het scenario geeft aan wat er met het aanbod aan huisartsen gebeurt in een status-quo situatie. Dat wel zeggen dat er geen nieuwe beleidsinput meer is en de huisartsopleiding de huidige instroom continueert zonder enige bijstelling op basis van nieuwe ontwikkelingen of op basis van de demografische ontwikkelingen.

Dit wordt beschouwd als een niet-realistisch scenario. Daarom wordt het in dit deelrapport alleen gebruikt ter illustratie van de capaciteitsontwikkeling bij ongewijzigd beleid. Het is in feite een nulmeting.

Het aantal werkzame huisartsen in het basisscenario is weergegeven in figuur 26. De instroom in de opleiding blijft in dit scenario de komende 20 jaar 750 aios. Dat is de huidige instroom die door het ministerie van VWS gesubsidieerd wordt. Met dit scenario blijft het aantal werkzame huisartsen de komende jaren stijgen. Als de huidige instroom van 750 aios de komende 15 jaar niet verandert, zijn er in 2037 18.859 huisartsen actief, waarvan er 12.766 op dit moment reeds werkzaam zijn.

Figuur 26: Aantal huisartsen in het basisscenario



Bron: Nivel 2019

7.4 Demografiescenario (1)

In het demografiescenario wordt de huidige zorgvraag berekend door het huidige *zorgaanbod* (aantal fte geregistreerde huisartsen) aan te vullen met de huidige *onvervulde vraag*, gemeten in fte. Dat aantal fte is het uitgangspunt voor de zorgvraag. Dit cijfer wordt vervolgens geëxtrapoleerd op basis van de parameterwaarden die voor *demografie* zijn berekend. De parameter demografie is berekend voor de periode tot 2024, 2029, 2034 en 2039. De berekening betreft alle leeftijdsgroepen omdat huisartsen zich bezighouden met de gehele populatie.

Omdat het demografiescenario geen parameters bevat die beleidsgevoelig zijn, wordt dit ook wel het beleidsarme scenario genoemd. Daarom wordt het beschouwd als een referentiepunt voor alle andere scenario's.

7.5 Werkprocesscenario's met tijdelijke (2) of doorlopende (3) trends

Deze twee scenario's vullen het voorgaande beleidsarme demografie-scenario aan. In de eerste plaats wordt de toekomstige zorgvraag nu niet enkel gecorrigeerd voor de *onvervulde vraag* en *demografie*, maar ook voor de *epidemiologische* en *sociaal-culturele factoren*. Daarbovenop wordt ook gekeken naar een aantal geschatte parameters in het werkproces, namelijk de *vakinhoudelijke ontwikkelingen*, *efficiency* én *horizontale substitutie*. Daardoor is de toekomstige zorgvraag in deze scenario's volledig in beeld. Als een parameterwaarde twee waardes toegekend heeft gekregen, wordt telkens de minimale (ofwel de dichtst bij 0% liggende) en dus meest behoudende waarde gehanteerd. De trends in het werkproces kunnen 10 jaar na het basisjaar stoppen (tijdelijke trends) In deze raming is dat het jaar 2029, dat is het trendjaar. De trends kunnen ook gedurende de hele ramingsperiode blijven doorlopen (doorlopende trends). De gedachte daarachter is dat trends niet oneindig doorgaan. Sommige eindigen misschien al over 5 jaar, andere over 10 jaar, weer andere misschien pas over 20 jaar.

Binnen de huisartsgeneeskunde lijkt er sprake van een substantiële spanning op de arbeidsmarkt, niet alleen bij de huisartsen zelf, maar ook bij de ondersteunende beroepen. Reden om de factor onvervulde vraag hoog in te schatten. Demografisch zijn de te verwachten effecten vergelijkbaar met

de voorgaande raming. Epidemiologisch spelen dubbele vergrijzing met toename van patiënten met meerdere chronische aandoeningen, groeiende gezondheidsverschillen, toenemende vraag door ggz-problematiek en toename van (uitbraak van) infectieziekten. Reden om deze factor ook nu, evenals bij de vorige raming, substantieel in te schatten. Dat geldt ook voor de sociaal-culturele en vakinhoudelijke factoren.

7.6 Arbeidstijdverandering scenario's met tijdelijke (4) of doorlopende (5) trends

In de systematiek van het Capaciteitsorgaan volgen nu twee scenario's die - naast *onvervulde vraag*, *demografie*, *epidemiologie*, *sociaal culturele factoren*, *vakinhoudelijke ontwikkelingen*, *efficiency*, en *horizontale substitutie* - de effecten tonen van toekomstige *arbeidstijdverandering*. Dit laatste door cao-afspraken en/of veranderingen in de ratio loondienst/vrij ondernemerschap. Voor de huisartsen - die grotendeels als zelfstandig gevestigd ondernemer werken - gelden geen cao-afspraken. Huisartsen lijken de toegenomen werkdruk te compenseren door meer uren te werken per fte. Voor startende huisartsen geldt dat zij graag in eerste instantie in loondienst werken (HIDHA's) of gaan waarnemen. Zij streven naar een goede werk-privébalans en willen vaak niet fulltime werken. Om deze ontwikkeling tegenwicht te bieden, zal de behoefte aan huisartsen naar verwachting toenemen. Als de capaciteit op termijn groeit, zou de arbeidstijd weer kunnen dalen naar een acceptabeler aantal uren.

7.7 Verticale substitutiescenario's met tijdelijke (6) of doorlopende (7) trends

In de vorige twee scenario's worden alle *zorgvraagparameters*, de factor *arbeidstijdverandering* en de *werkprocesparameters* met uitzondering van verticale substitutie doorberekend. In de verticale substitutiescenario's worden daarbij ook het effect van *verticale substitutie* - het verschuiven van taken naar lager opgeleide professionals - op de geraamde zorgvraag meegenomen. Als er taken van de huisartsen verschuiven naar lager opgeleide professionals wordt de behoefte aan huisartsen minder (en/of de werkdruk verlaagd). Deze scenario's zijn de meest beleidsrijke die het Capaciteitsorgaan hanteert. Verticale substitutie wordt immers alleen gerealiseerd indien de betrokken beroepsgroepen, de werkgevers, de overheid en de zorgverzekeraars de mogelijkheden daartoe scheppen én benutten.

7.8 Maximale parameterwaardenscenario's met tijdelijke (8) of doorlopende (9) trends

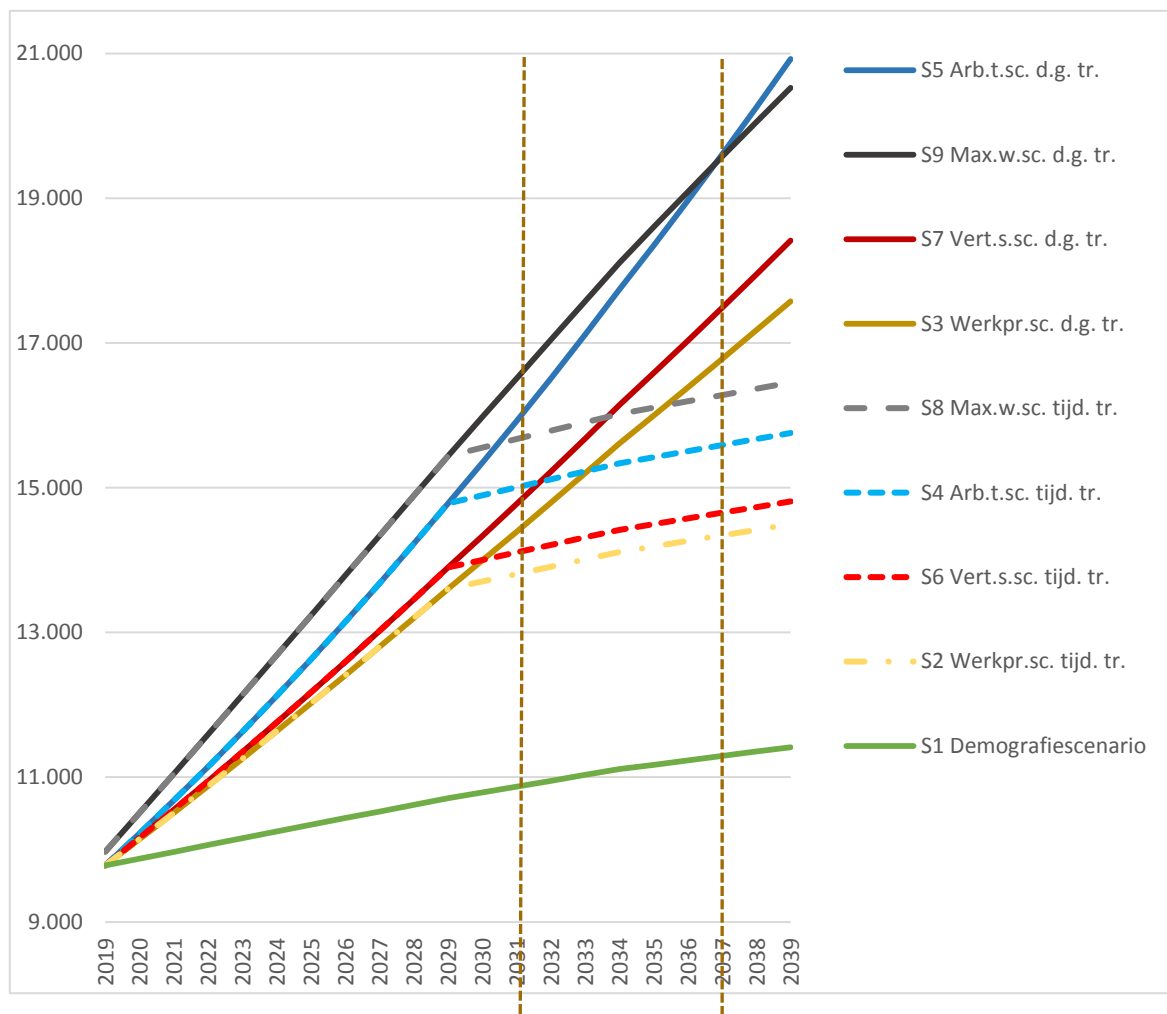
Tenslotte zijn voor de huisartsen twee scenario's uitgewerkt waarin voor alle *parameterwaarden* met een bandbreedte, de (extreme) *maximale waarde* is gehanteerd. De instroomaantallen die uit deze twee scenario's volgen, geven extra informatie aan de beleidsmakers over de maximale bandbreedte die volgens de experts theoretisch mogelijk is. De kans dat deze scenario's zich in werkelijkheid zullen voordoen, is uiterst klein. Oftewel: de kans is klein dat alle parameters tegelijkertijd blijven doorwerken op hun meest extreme waarde in de looptijd van de raming.

7.9 Overzicht zorgvraagontwikkeling per scenario

Een samenvatting van de scenarioberekeningen is opgenomen in figuur 27. In deze figuur staat hoe de scenario's de verwachte zorgvraag beïnvloeden in de periode 2019-2039. Het totale tijdsbestek is

20 jaar, waarbij de parameters demografie en uitstroom voor 20 jaar zijn doorberekend. Beide evenwichtsjaar zijn in de figuur met verticale stippellijnen aangeduid. Te zien is dat volgens alle verschillende scenario's, inclusief het beleidsarme demografiescenario, er een behoorlijke toename van de zorgvraag is te verwachten.

Figuur 27: Zorgvraagontwikkeling in fte huisartsen voor negen verschillende scenario's, 2019-2039



Bron: Nivel 2019

Volgens het beleidsarme demografiescenario (S1) is – volgens verwachting - de minste stijging van de zorgvraag te verwachten. Figuur 27 laat zien dat in dit scenario, waarin enkel de *onvervulde vraag* en *demografische* veranderingen zijn meegenomen, er al een toename van de vraag naar huisartsen te verwachten is. De zorgvraag stijgt in dit scenario naar 11.293 fte huisarts in het jaar 2037.

In scenario 2 en 3, de werkprocesscenario's, wordt naast de *onvervulde vraag* en de *demografie* ook rekening gehouden met de andere parameters in de vraagontwikkeling plus een aantal parameters

uit het werkproces. Er komen derhalve bij: *epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen, efficiency en horizontale substitutie*. Deze toevoeging resulteert in een tweetal lijnen met een behoorlijk hogere hellingshoek dan het beleidsarme demografie-scenario. Daarbij krijgt de lijn met tijdelijke trends (S2) na 10 jaar dezelfde hellingshoek als het beleidsarme scenario (S1), terwijl de doorlopende trend in ongeveer dezelfde hellingshoek van de eerste 10 jaar doorloopt. Scenario 2 en 3 leiden tot een verwachte vraag naar huisartsen van 14.342 fte (S2, met tijdelijke trends) en 16.782 fte (S3, met doorlopende trends) in 2037.

In tegenstelling tot de vorige raming zijn de arbeidstijdveranderingsscenario's (S4 en 5) voor de beroepsgroep huisartsen nu wel meegenomen. Het meenemen van de *parameter arbeidstijdverandering* geeft een tweetal lijnen met een grote hellingshoek. De lijn met tijdelijke trends laat na 10 jaar weer dezelfde hellingshoek zien als het beleidsarme scenario (S1). Dit scenario S4 leidt tot een verwachte vraag naar huisartsen van 15.590 fte in 2037.

Het scenario met doorlopende trends (S5) laat zelfs een nog toegenomen hellingshoek zien ten opzichte van S4 waardoor dit scenario 5 leidt tot een verwachte grote vraag naar huisartsen van 19.605 fte in 2037.

De verticale substitutiescenario's (S6 en S7) bevatten behalve alle voorgaande parameters ook de effecten van *verticale substitutie*. Bij deze twee scenario's komt de zorgvraag uit op respectievelijk 14.654 fte (S6, tijdelijke trend) en 17.487 fte (S7, doorlopende trend) in 2037.

Bij scenario S7 (doorgaande trend) leidt het effect van de langer doorwerkende parameterwaarde van de verticale substitutie tot beduidend minder vraag naar huisartsen dan in de andere scenario's met doorlopende trends. Dit komt door de verwachting dat er bij meer inzet van ondersteunende beroepen, zoals de POH-s en POH-ggz, verpleegkundig specialisten en physician assistants, minder huisartsen nodig zullen zijn.

In de maximale parameterwaardenscenario's (8 en 9) wordt voor alle parameters in plaats van de conservatieve, minimale waarde de hoogste waarde gebruikt. De vraag naar huisartsen stijgt hier in 2037 naar 16.281 fte in het scenario met tijdelijke trends en naar 19.575 fte in het scenario met doorgaande trends.

De waarden van het arbeidstijdscenario met doorgaande trends (S5) vormen de bovenkant van de bandbreedte van de verwachte zorgvraag. De onderkant wordt gevormd door het beleidsarme demografiescenario (S1). Van alle mogelijke scenario's zijn in 2037 een zorgvraag van 15.401 fte (S1) en 19.605 fte (S5) de twee uitersten.

Een samenvatting van de gegevens uit figuur 27 is opgenomen in tabel 33. Daarin is naast de geraamde zorgvraag in fte ook het benodigde aantal personen en de benodigde jaarlijkse instroom aan aios per scenario weergegeven, met de focus op de twee evenwichts jaren 2031 en 2037.

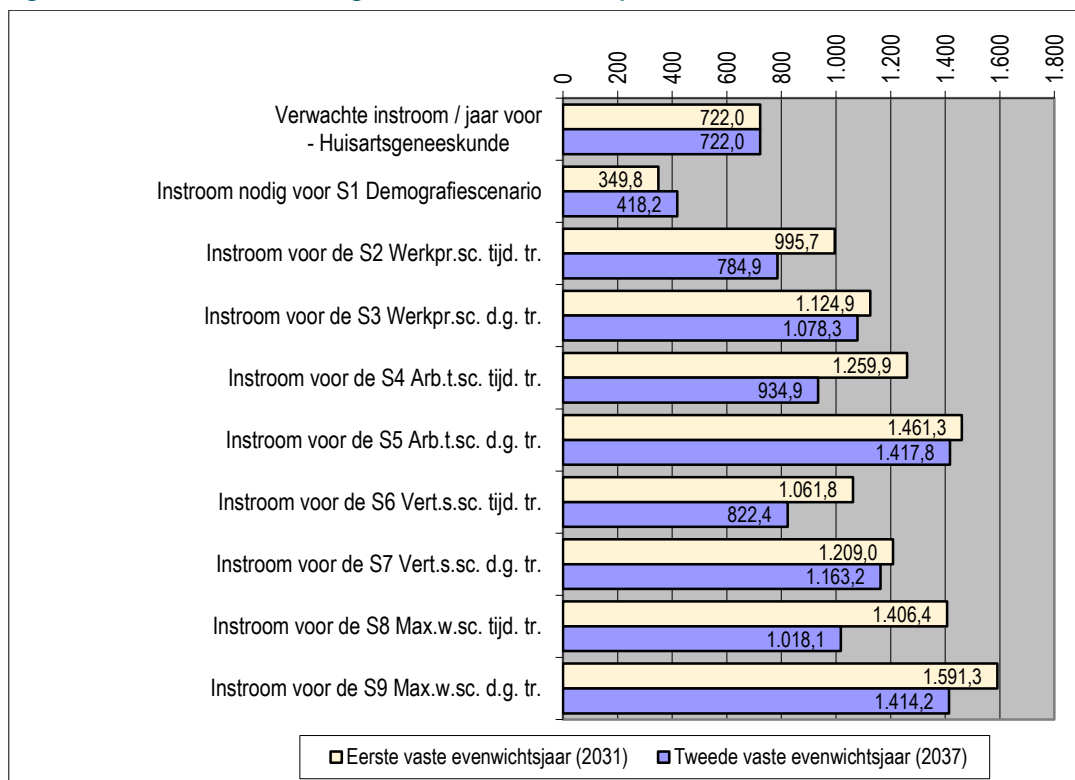
In figuur 28 is de benodigde instroom in aantallen aios huisartsgeneeskunde vanaf 2021 per scenario voor evenwicht in 2031 of 2037 nog eens grafisch weergegeven.

Tabel 33: Samenvatting scenario's met benodigd aantal fte, aantal huisartsen en instroom aios in 2031 en 2037

Scenario	Evenwichtsjaar	2031			2037		
		Benodigde fte	Benodigde personen	Benodigde instroom aios	Benodigde fte	Benodigde personen	Benodigde instroom aios
Basisscenario (0)		12.562	17.098	722	13.819	18.859	722
Demografiescenario (1)		10.871	14.782	350	11.293	15.401	418
Werkproces, tijdelijke trends (2)		13.806	18.801	996	14.342	19.575	785
Werkproces, doorlopende trends (3)		14.393	19.605	1.125	16.782	22.914	1.078
Arbeidstijdverandering, tijdelijke trends (4)		15.006	20.445	1.260	15.590	21.282	935
Arbeidstijdverandering, doorlopende trends (5)		15.921	21.697	1.461	19.605	26.779	1.418
Verticale substitutie, tijdelijke trends (6)		14.106	19.212	1.062	14.654	20.002	822
Verticale substitutie, doorlopende trends (7)		14.775	20.128	1.209	17.487	23.880	1.163
Maximale parameterwaarden, tijdelijke trends (8)		15.672	21.356	1.406	16.281	22.229	1.018
Maximale parameterwaarden, doorlopende trends (9)		16.512	22.507	1.591	19.575	26.738	1.414

Bron: Nivel 2019

Figuur 28: Instroom aios huisartsgeneeskunde vanaf 2021 per scenario voor evenwicht in 2031 of 2037



Bron: Nivel 2019

8 Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

Het doel van dit Capaciteitsplan is het berekenen van de benodigde instroom in de huisartsopleiding. De raming geeft de beleidsbeslissers inzicht in de mogelijke toekomstscenario's met de daarbij behorende onzekerheden. Deze bepalen de bandbreedte van de vraag- en aanbodontwikkeling. In dit laatste hoofdstuk licht het Capaciteitsorgaan toe welke van de scenario's uit hoofdstuk 7 zij het meest passend acht voor het advies over de jaarlijkse instroom in de vervolgopleiding tot huisarts met ingang van 2021. De scenariokeuze wordt bepaald door de al ingezette en verwachte beleidsontwikkelingen en trends op dit moment, zoals beschreven in hoofdstuk 3 tot en met 6. In paragraaf 8.2 beargumenteert het Capaciteitsorgaan welke twee scenario's het meest waarschijnlijk zijn. Ten slotte staat in paragraaf 8.3 het advies dat de minister in 2019 ontvangt over de instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot huisarts.

8.2 Voorkeursscenario's: verticale substitutie en arbeidstijdverandering

Het Capaciteitsorgaan kiest voor de huisartsgeneeskunde voor het verticale substitutiescenario met tijdelijke trends (S6) en het arbeidstijdveranderingsscenario met tijdelijke trends (S4) als meest passend.

In het scenario verticale substitutie met tijdelijke trends (S6) worden alle zorgvraag- en werkprocesparameters doorberekend. Bovendien wordt in dit scenario nu ook het effect op de geraamde zorgvraag meegenomen van de verwachte arbeidstijdverandering. Dit geldt ook voor verticale substitutie, het effect van het verschuiven van taken naar lager opgeleide professionals. In dit scenario wordt de vraag naar huisartsen daarmee gedempt. Dit scenario was ook in het advies van 2016 een van de voorkeursscenario's. Arbeidstijdverandering speelde toen echter nog geen rol.

Het scenario arbeidstijdverandering met tijdelijke trends (S4) toont naast de effecten van de meeste zorgvraag- en werkprocesparameters de verwachte toekomstige arbeidstijdverandering. Bij dit scenario wordt echter geen rekening gehouden met verticale substitutie, omdat deze in de huisartsenzorg geen opgang lijkt te maken. In dit scenario loopt de vraag naar huisartsen dan ook fors op.

Het is de vraag of alle trends onveranderd kunnen blijven doorwerken. Daarom stopt in beide scenario's met tijdelijke trends de doorrekening van de trendeffecten na 10 jaar.

In de gekozen scenario's wordt gerekend met de behoudende waarden van alle parameters: de effecten kunnen zich geheel of deels voordoen in de relevante tijdsspanne, maar het is ook mogelijk dat zij helemaal niet in werking treden. De minimale parameterwaarden zijn reële gemiddelden.

Het Capaciteitsorgaan kiest bij beide scenario's voor evenwicht op de lange termijn (2037). De ervaring leert dat het bij een flinke uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen tijd kost om zowel de instroom te bevorderen als om voldoende opleiders te werven en in te werken. Daarom lijkt het op dit moment niet realistisch om voor een kortere streeftijd tot evenwicht en daarmee voor een nog hogere instroombehoefte te kiezen. Bovendien is het mogelijk dat de verticale substitutie toch wat meer doorzet. Dan zou het minder nodig zijn om de capaciteit aan huisartsen extra te verhogen.

8.3 Advies instroom

Met deze raming hebben beleidsbeslissers mogelijkheden om verschillende toekomstscenario's te verkennen, inclusief een bandbreedte van de vraag- en aanbodontwikkelingen, met de daarbij behorende onzekerheden.

Het Capaciteitsorgaan adviseert de ondergrens van de instroom te bepalen op basis van het **verticale substitutiescenario met tijdelijke trends (scenario 6)**. Hierin wordt met alle zorgvraag- en werkprocesparameters rekening gehouden, inclusief arbeidstijdverandering en verticale substitutie. Er wordt gestreefd naar evenwicht op de lange termijn (2037). Dit scenario komt uit op een benodigde jaarlijkse instroom van **822 aios**. Daarmee kunnen op den duur de vele vacatures worden opgevuld.

De bovengrens van dit advies wordt gevormd door het **arbeidstijdsce­nario met tijdelijke trends (scenario 4)**. Dit scenario gaat ervan uit dat verticale substitutie in de komende jaren geen rol van betekenis speelt in de huisartsenzorg. Ook bij dit scenario wordt gestreefd naar evenwicht op de lange termijn (2037). Dit leidt tot een instroomadvies van **935 aios**.

In vergelijking met het vorige advies uit 2016 hebben beide scenario's (flink) hogere instroomadviezen tot gevolg. Dit is gevoed door nieuwe inzichten, onder meer op het gebied van de onvervulde vraag, uitstroom, arbeidstijdverandering, vakinhoud en substitutie. Dit vraagt om een inhaalslag in de instroom om toekomstige tekorten aan huisartsen te voorkomen.

Het Capaciteitsorgaan adviseert voor een structurele jaarlijkse instroom (vanaf 2021) uit te gaan van een bandbreedte van 822 tot 935 aios in de medische vervolgo­pleiding tot huisarts.

Het Capaciteitsorgaan spreekt daarbij voorkeur uit voor een instroom van 879 aios per jaar.

Hiermee wordt recht gedaan aan zowel de huidige gepercipieerde werkdruk als aan de modelmatig uitgereken­de scenario's.

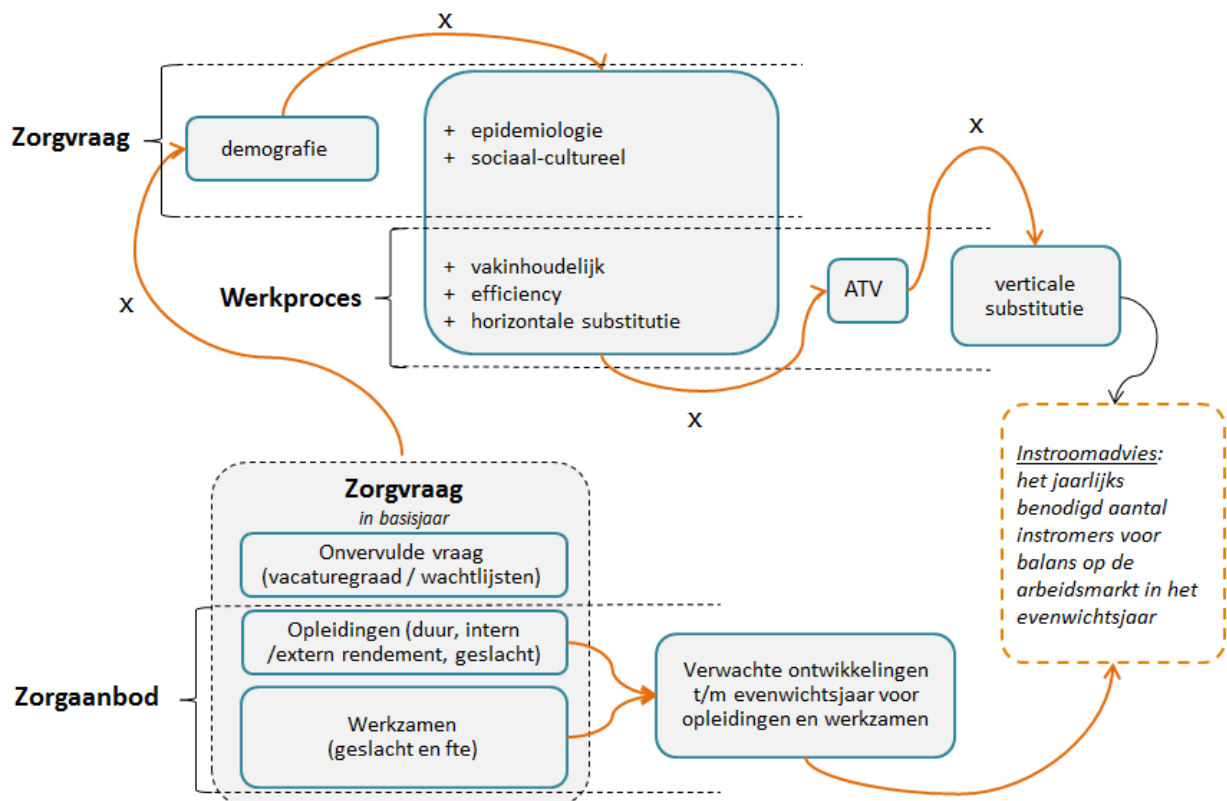
Bijlage 1: Ramingsmodel Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan maakt bij de totstandkoming van de instroomadviezen gebruik van een ramingsmodel waarin de parameterwaarden worden doorgerekend. De parameterwaarden vindt u in bijlage 2.

Deze parameterwaarden zijn in de Kamer Huisartsen vastgesteld. Zij vormen een weergave van actuele en verwachte ontwikkelingen die relevant zijn voor de benodigde opleidingscapaciteit.

In bijlage 4 is informatie over de samenstelling van de Kamer, het bestuur en de procedure opgenomen.

Onderstaande figuur geeft een conceptuele weergave van het ramingsmodel.



Bijlage 2: Parameterwaarden Capaciteitsplan 2010 t/m 2019

Parameter	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013	Capaciteitsplan 2016		Capaciteitsplan 2021-2024*	
Opleiding						
Gemiddeld in opleiding per leerjaar	554	600	707		743	
instroom gemiddeld laatste 3 jaar	513	604	698		721	
instroom opleiding voorgaande jaar	596	638	720		722	
percentage vrouwen in opleiding	71,3%	76,0%	77,5%		74,6%	
(formele) opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3 jaar		3,1 jaar	
intern rendement	98%	94%	93%		93,8%	
Zorgvraag						
onvervulde vraag	1,0%	0,0%	0,0%		+3,0% tot +5,0%	
factor demografie effect in 5 jaar	3,1%	3,5%	4,9%		4,8%	
factor demografie effect in 10 jaar	6,0%	7,1%	9,4%		9,5%	
factor demografie effect in 15 jaar	8,4%	10,6%	13,5%		13,6%	
factor demografie effect in 20 jaar	10,4%	13,3%	17,2%		16,7%	
factor epidemiologie	0,3% tot 0,6%	0,3% tot 0,6%	0,4% tot 0,8%		+0,4% tot +0,8%	
factor sociaal-cultureel	0,5% tot 1,0%	0,7% tot 1,4%	0,8% tot 1,6%		+0,8% tot +1,6%	
Zorgaanbod						
werkzame huisartsen	10.371	11.133	11.821		12.766	
aantal fte	7.353	8.280	8.809		9.496	
gemiddelde fte mannen	0,82	0,83	0,85		0,79	
gemiddelde fte vrouwen	0,55	0,64	0,65		0,71	
percentage werkzame vrouwen	41,9%	45,4%	52,4%		57,7%	
arbeidstijdverandering	0,0%	0,0%	0,0%		+0,8% tot +1,0%	
			Man	Vrouw	Man	Vrouw
uitstroom in 5 jaar	14,5%	10,0%	15,4%	6,0%	13,2%	5,0%
uitstroom in 10 jaar	30,2%	23,2%	28,7%	12,9%	33,6%	14,3%
uitstroom in 15 jaar	44,8%	35,9%	43,5%	22,6%	48,1%	24,9%
uitstroom in 20 jaar	58,0%	48,4%	56,7%	34,2%	60,0%	37,7%
			Man	Vrouw	Man	Vrouw
extern rendement na 1 jaar	94,0% na 1 jaar	94,8% na 1 jaar	97,8%	97,9%	98,9%	99,1%
extern rendement na 5 jaar	92,7% na 5 jaar	93,5% na 5 jaar	92,5%	93,1%	94,4%	94,1%
extern rendement na 10 jaar	88,5% na 10 jaar	90,6% na 10 jaar	89,3%	89,9%	93,3%	91,3%
extern rendement na 15 jaar	83,3% na 15 jaar	87,0% na 15 jaar	86,2%	86,5%	90,6%	88,6%
In buitenland opgeleid						
rendement buitenland	85,0%	65,0%	40,0%		40%	
Werkproces						
vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen	0,1% tot 0,2%	0,1% tot 0,4%	0,1% tot 0,4%		+0,2% tot +0,5%	
efficiency	0,2% tot 0,4%	0,3% tot 0,5%	0,0%		+0,3% tot +0,5%	
horizontale substitutie	0,5% tot 1,0%	1,0% tot 1,5%	1,2% tot 1,6%		+1,0% tot +1,4%	
verticale substitutie	-0,6% tot -1,2%	-0,6% tot -1,2%	-1,0% tot -1,6%		-0,6% tot -1,4%	

* Vastgesteld in 2019

Bijlage 3: Gedetailleerde gegevens berekening Nivel

Beroepsgroep: Huisartsen			
Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2019	2021	2029
Evenwichtsjaar 1 en 2		2031	2037
Parameterwaarden			
AANBOD IN 2019 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2039	Mannen	Vrouwen	Totaal
Aantal werkzame personen in het jaar 2019	5.404	7.362	12.766
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2019	42,3%	57,7%	100%
Gemiddeld aantal FTE per persoon in het jaar 2019	0,790	0,710	0,744
FTE per werkzame persoon in 2024	0,790	0,710	0,739
FTE per werkzame persoon in 2029	0,790	0,710	0,736
FTE per werkzame persoon in 2034	0,790	0,710	0,733
FTE per werkzame persoon in 2039	0,790	0,710	0,732
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2024	13,2%	5,0%	8,5%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2029	33,6%	14,3%	22,5%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2034	48,1%	24,9%	34,7%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2039	60,0%	37,7%	47,1%
VRAAG IN 2019 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2039	Laag	Midden	Hoog
Onvervulde zorgvraag per 1-1-2019	3,0%		5,0%
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2024		4,8%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2029		9,5%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2034		13,6%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2039		16,7%	
Verandering per jaar agv epidemiologische ontwikkelingen	0,40%		0,80%
Verandering per jaar agv sociaal-culturele ontwikkelingen	0,80%		1,60%
Verandering per jaar agv vakinhoudelijke ontwikkelingen	0,20%		0,50%
Verandering per jaar agv efficiency (incl. technologie)	0,30%		0,50%
Verandering agv horizontale taakherschikking	1,0%		1,4%
Verandering per jaar agv inzet aanverwante disciplines	-0,6%		-1,4%
Verandering per jaar agv arbeidstijdverkorting	0,80%		1,00%
INSTROOM IN OPLEIDING TOT 2019	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde aantal nog in de opleiding per leerjaar per 1-1-2019	182,9	536,1	719,0
Geslachtsverdeling instroom in opleiding per 1-1-2019	25,4%	74,6%	100%
Opleidingsduur in jaren voor instroom tot aan het jaar 2019	3,1	3,1	3,1
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2019	98,0%	98,0%	98,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom tot aan 2019	98,9%	99,1%	99,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom tot aan 2019	94,4%	94,1%	94,2%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom tot aan 2019	93,3%	91,3%	91,8%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom tot aan 2019	90,6%	88,6%	89,1%

Beroepsgroep: Huisartsen			
Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2019	2021	2029
Evenwichtsjaar 1 en 2		2031	2037
Parameterwaarden			
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2019 t/m 2020	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2019/2020	183,4	537,6	721,0
Geslachtsverdeling voor instroom in 2019/2020	25%	74,6%	100%
Opleidingsduur in jaren voor instroom in 2019/2020	3,1	3,1	3,1
Intern rendement van de opleiding voor instroom in 2019/2020	93,8%	93,8%	93,8%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom in 2019/2020	98,9%	99,1%	99,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom in 2019/2020	94,4%	94,1%	94,2%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom in 2019/2020	93,3%	91,3%	91,8%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom in 2019/2020	90,6%	88,6%	89,1%
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2021	Mannen	Vrouwen	Totaal
Verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf het jaar 2021	183,7	538,3	722,0
Geslachtsverdeling instroom opleiding vanaf het jaar 2021	25,4%	74,6%	100%
Opleidingsduur in jaren voor instroom vanaf het jaar 2021	3,1	3,1	3,1
Intern rendement van de opleiding voor instroom vanaf 2021	93,8%	93,8%	93,8%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom vanaf 2021	98,9%	99,1%	99,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom vanaf 2021	94,4%	94,1%	94,2%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom vanaf 2021	93,3%	91,3%	91,8%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom vanaf 2021	90,6%	88,6%	89,1%
INSTROOM UIT BUITENLAND VANAF 2019	Mannen	Vrouwen	Totaal
Instroom per jaar uit buitenland vanaf het jaar 2019	4,3	10,7	15,0
Geslachtsverdeling buitenlandse instroom	28,6%	71,4%	100%
Rendement buitenlandse instroom	40,0%	40,0%	40,0%

Bijlage 4: Procedure en betrokken experts

De Kamer Huisartsen heeft dit advies in haar vergadering van 19 september 2019 besproken.

Het Algemeen Bestuur heeft dit advies van de Kamer Huisartsen in haar vergadering op 9 oktober 2019 besproken en vastgesteld.

De samenstelling van de Kamer Huisartsen was op **7 november 2019** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Mw. W. Borneman
Dhr. B. van Nieuwenhuizen
Mw. E.C. Romijn (voorzitter)
Dhr. A.L. Verdaasdonk
Mw. R.L.S. Weersma

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. J. Muris
Dhr. J. van Ochten
Mw. N.D. Scherpier-de Haan
Dhr. H.C.P.M. van Weert

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. D.A.C. Beens
Dhr. E.J.B. Veldboer

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op **4 december 2019** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. L.W.P. van der Beek
Dhr. J.J.M. Dekker
Dhr. J.P.H. Drenth (vz Dagelijks Bestuur)
Dhr. R.D. Dutrieux
Dhr. T. Haasdijk
Dhr. J.M. van Ingen
Mw. C. Littooi
Mw. C. van Mierlo
Mw. A. Ruhl

Organisaties van opleidingsinstellingen/ opleidingsinstellingen

Mw. A.A.H.M. de Bresser
Mw. F. Haak - van der Lely (lid Dagelijks Bestuur)
Dhr. H.N. Hagoort
Dhr. N.G.M. Oerlemans
Dhr. C.H. Polman
Mw. L.P. de Rijke
Mw. E. Thewessen
Dhr. A.G.J. van der Zee

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. W. Adema (lid Dagelijks Bestuur)
Dhr. O. Gerrits
Dhr. J.W.M.W. Gijzen

Bijlage 5: Afkortingen en begrippen

De hiernavolgende lijst bevat (in alfabetische volgorde) in dit Capaciteitsplan (veel) voorkomende afkortingen en begrippen en hun betekenis.

Afkorting/begrip	Betekenis
ActiZ	de brancheorganisatie van ondernemers in de verpleeg- en verzorgingshuiszorg en thuiszorg.
ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen: dagelijkse handelingen, zoals in en uit bed gaan, aan- en uitkleden, zitten, gaan staan, lopen, eten & drinken en naar het toilet gaan.
AGZ	algemene gezondheidszorg
aios	Arts in opleiding tot specialist
aioto	arts in opleiding tot (klinisch) onderzoeker
AMC-UvA	Academisch Medisch Centrum - Universiteit van Amsterdam
ANIOS	arts niet in opleiding tot specialist
ANW	avonden, nachten en weekenden
AOW	Algemene Ouderdomswet
AVG	Arts Verstandelijk Gehandicapten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, deze wet is vervallen met ingang van 1 januari 2015
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CHBB-	College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CV	curriculum vitae.
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease; ketenzorg-programma in de 1e lijn
CVRM	Cardio Vasculair Risico management; ketenzorg programma in de 1 ^e lijn
DALY	Disability-Adjusted Life-Years; maat waarin de ziektelast wordt uitgedrukt. De DALY kwantificeert gezondheidsverlies en is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte.
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DSW	Zorgverzekeraar gevestigd te Schiedam
ECG	Elektro Cardiogram; 'hartfilmpje'
e-health	de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren
EKC	Erkend Kwaliteitsconsulent; ten behoeve van kwaliteitsverbetering van de huisartsenzorg, opgenomen in het CHBB-register
ELV	Eerstelijnsverblijf
ENO	Zorgverzekeraar gevestigd te Deventer
extern rendement	Het percentage van degenen die nu in opleiding zijn of nog in opleiding gaan, dat na bepaalde tijd nog in Nederland werkzaam is in het beroep waar hij/zij voor is opgeleid.
fte	Fulltime-equivalent
FWHZ	functiewaardering Huisartsenzorg
FZO	Fonds Ziekenhuisopleidingen
gb-ggz	generalistische basis ggz
GGD	Gemeentelijke, gemeenschappelijke of gewestelijke gezondheidsdienst
ggz	geestelijke gezondheidszorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg, Branche bestaande uit ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken
GLI	gecombineerde leefstijlinterventie
GOED	gezondheidszorg onder één dak
GRZ	Geriatrische revalidatiezorg
gz-psycholoog	Gezondheidszorgpsycholoog

HAP	huisartsenpost
hbo	Hoger beroepsonderwijs
HDS	huisartsendienstenstructuur
HIDHA	huisarts in dienst bij een huisarts
HOED	huisartsen onder één dak
HON	Huisartsopleiding Nederland
HRM	human resource management
HVZ	hart- en vaatziekte; ketenzorg-programma in de 1e lijn
InEen	Bracheorganisatie van instellingen in de eerstelijnszorg, zoals huisartsenposten, gezondheidscentra, zorggroepen, eerstelijnsdiagnostische centra en regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en)
ICT	informatie- en communicatietechnologie
Intern rendement	Het percentage instromers in een opleidingscohort dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt.
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LDL-cholesterol	lipoproteïnen met lage dichtheid
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MANP	Master Advanced Nursing Practice
MC	Medisch centrum
MDO	multidisciplinair overleg
Menzis	Zorgverzekeraar
mil	militair arts
MPT	Modulair pakket thuis
MUMC	Maastricht Universitair Medisch Centrum
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
Nivel	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NP	nurse practitioner, tot 2009 werd toen in het BIG-register opgenomen als wettelijke erkend specialisme onder artikel 14, met de naam 'verpleegkundig specialist'
NVDA	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten
NVvPO	Nederlandse Vereniging van Praktijkondersteuners
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
NZR	NIVEL Zorgregistraties
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OPEN	Online Patiënt-teninzage Eerstelijnszorg Nederland; een programma van InEen, LHV en NHG, om patiënten online inzage te geven in hun persoonlijke medische gegevens
Opleidingsinstellingen	Zorginstellingen die opleidingsplaatsen bieden voor geneeskundige vervolgoopleidingen
Opleidingsinstututen	Onderwijsinstellingen die de opleiding tot huisarts verzorgen
PA	Physician Assistant
pgb	Persoonsgebonden budget
pgo	Persoonlijke gezondheidsomgeving; Apps en websites die door patiënten en (zorg)consumenten gebruikt worden om allerlei gezondheidsgegevens te verzamelen, beheren en delen
POH	Praktijkondersteuner huisarts
POH-GGZ	Praktijkondersteuner geestelijke gezondheidszorg
POH-S	Praktijkondersteuner voor somatiek
Prismant	onderzoeksbureau voor de gezondheidszorg
PVH	praktijkverpleegkundige huisartsenzorg
Ref	referentie
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur
RTA	regionaal transmurale afspraken
RVS	Raad voor Volksgezondheid en Samenleving

SBOH	Stichting Beroepsopleiding Huisartsen
SEH	spoedeisende hulp
SER	de Sociaal Economische Raad
SES	sociaaleconomische status
s-ggz	gespecialiseerde ggz
SMS	short message service; een dienst om met behulp van een mobiele telefoon korte berichten te versturen en te ontvangen
SOON	Samenwerkende Opleidingen Ouderengeneeskunde Nederland
SPH	Stichting Pensioenfonds Huisartsen
SSB	Sociaal-statistische Bestanden – van het CBS
SSFH	Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg
SVB	Sociale Verzekeringsbank
UMC	Universitair Medisch Centrum
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
UMCU	Universitair Medisch Centrum Utrecht
UWV	Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen
Verenso	Vereniging van Specialisten Ouderengeneeskunde
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland; brancheorganisatie voor instellingen in de gehandicaptenzorg
VGZ	zorgverzekeraar
VPH	Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen
VPT	Volledig pakket thuis
VRM	Vasculair risico management; ketenzorg-programma in de 1 ^e lijn
VS	Verpleegkundig Specialist(en)
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VU	Vrije Universiteit (Amsterdam)
VVR	Vasculair Verhoogd Risico; ketenzorg-programma in de 1e lijn
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurig zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wzd	Wet zorg en dwang
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket

Literatuurlijst

- Aalbers, W., Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleiding Physician Assistant*. Utrecht: Prismant.
- Algemeen Dagblad (2018, 27 september). *Campagne voor meningokokken-vaccinatie zorgt voor extreme drukte bij huisarts*. Geraadpleegd op 15 januari 2019 op <https://www.ad.nl/binnenland/campagne-voor-meningokokken-vaccinatie-zorgt-voor-extreme-drukke-bij-huisarts~a9009c0f/>
- André, S., Kraaykamp, G., & Meuleman, R. (2018). *Een (on)gezonde leefstijl: Opleiding als scheidslijn*. Geraadpleegd op 14 augustus 2018 op <https://digitaal.scp.nl/leefstijl/gezondheidsgedrag-in-nederland/>
- Batenburg, R.S. (2016). *Praktijkovername in de eerste lijn. Huisartsen, tandartsen en apothekers over hun overnamewensen als praktijkhouder of praktijkzoeker*. Utrecht: Nivel.
- Batenburg, R., Bosmans, M., Versteeg, S., Vis, E., Asten, B. van, Vandermeulen, L., & Kruis, L. van der (2018). *Balans in vraag en aanbod huisartsenzorg*. Utrecht: Nivel/Prismant.
- Beckers, I. (2018). Goed thuiskomen begint met goede inschatting kwetsbaarheid. *De Eerstelijns, maart*, 24-25.
- Berg, M. J. van den, Kolthof, E. D., Bakker, D. H. de, & Zee, J. van der (2014). *Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van de huisarts*. Utrecht: Nivel.
- Berg, W. N. van den, Harmsen, W. B. M., & Koeleman, R. E. (2010). Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.vphuisartsen.nl/iv-de-substitutie-van-zorg-in-de-eerstelijns/>
- Beurs, D. de, Prins, A., & Nielen, M. (2018). *Psychische en sociale problematiek in de huisartsenpraktijk in de periode 2011 – 2017*. Utrecht: Nivel.
- Bijl, R., Boelhouwer, J., & Wennekers, A. (Red.). (2017). *De sociale staat van Nederland 2017*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Bijma, B. (2018) Praktijkverpleegkundige Huisartsenzorg (PVH): lets voor uw praktijk? *De Dokter*, 7, 20-23.
- Bindels, P. (2017). Huisartsenzorg heeft grenzen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161, D2416.
- Bitter, N., Leemrijse, C., & Korevaar, J. (2019). *Samenwerking tussen zorg- en welzijnsprofessionals binnen Krachtige basiszorg: Ervaringen uit Overvecht*. Utrecht: Nivel.
- Blikopnieuws (2018, 19 december). *Steeds meer mensen met griep naar de dokter*. Geraadpleegd op 15 januari 2019 op <https://www.blikopnieuws.nl/gezondheid/269619/steeds-meer-mensen-met-griep-naar-de-dokter.html>
- Boekee, S., & Hoekstra, H. (2018). *Meer tijd voor de patiënt: Uitkomsten onderzoek | LHV | 15-3-2018*. Enschede: Newcom Research & Consultancy B.V.
- Boersma-van Dam, E., Weesie, Y., Hek, K., Davids, R., Winckers, M., Korteweg, L., . . . Nielen, M. (2018). *Zorg door de huisarts, Nivel Zorgregistraties eerste lijn: Jaarcijfers 2017 en trendcijfers 2011-2017*. Utrecht: Nivel.
- Bos, N., Springvloet, L., Rolink, M., Jong, J. de, Friele, R., & Boer, D. de (2019). *De Transparantiemonitor 2018 - Gebruik van informatie over gezondheid: Een vragenlijstonderzoek onder burgers*. Utrecht: Nivel.

- Bouter, S. (2019, 30 juli). *Agressie op huisartsenposten: 'Ik wil hulp, en ik wil het nu'*. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.nrc.nl/nieuws/2019/07/30/ik-wil-hulp-en-ik-wil-het-nu-a3968626>
- Brabers, A., Jong, J. de (2019). *Toekomst van de huisartsenzorg: Het perspectief van de burger. Resultaten van een enquête onder burgers*. Utrecht: Nivel.
- Bremmers, S. (2014). *Huisarts kan niet overleggen met dertig wijkverpleegkundigen*. Geraadpleegd op 1 augustus 2019 op <https://www.mednet.nl/nieuws/id8163-huisarts-kan-volgend-jaar-niet-overleggen-met-dertig-wijkverpleegkundigen.html>
- Bremmers, S. (2019). *Verzekeraars maken vaart met e-health vanwege krappe arbeidsmarkt*. Geraadpleegd op 7 mei 2019 op <https://www.zorgvisie.nl/verzekeraars-maken-vaart-met-e-health-vanwege-krappe-arbeidsmarkt/#>
- Bults, N., Dongen, H. van, Ermers, H., & Rubbens, L. (2017). *Evaluatie merkbaar minder regeldruk in de eerste lijn*. Utrecht: Q-Consult Zorg.
- Campen, C. van, Vonk, F., & Tilburg, T. van (Red.) (2018). *Kwetsbaar en eenzaam? Risico's en bescherming in de ouder wordende bevolking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Capaciteitsorgaan (2010). *Capaciteitsplan 2010: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: Auteur.
- Capaciteitsorgaan (2013). *Capaciteitsplan 2013: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: Auteur.
- Capaciteitsorgaan (2015, 7 april). *Tussentijds advies Huisartsgeneeskunde*. Utrecht: Auteur.
- Capaciteitsorgaan (2018). *Capaciteitsplan 2020-2024: Deelrapport 7 Beroepen Geestelijke Gezondheid*. Utrecht: Auteur.
- Capaciteitsorgaan (2019). *Arbeidsmarktmonitor (archieff)*. Te raadplegen op <https://capaciteitsorgaan.nl/publicaties/arbeidsmarktmonitor-archieff/>
- Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2020-2023, Deelrapport 1: Medische specialismen, Klinisch technologische specialismen, Spoedeisende geneeskunde, Ziekenhuisgeneeskunde*. Utrecht: Auteur.
- Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9a Physician Assistant*. Utrecht: Auteur.
- Capaciteitsorgaan (2019). *Capaciteitsplan 2021-2024: Deelrapport 9b Verpleegkundig Specialist Algemene Gezondheidszorg*. Utrecht: Auteur.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2014). *Zorggebruik verschilt per opleidingsniveau*. Geraadpleegd op 2 augustus 2018 op <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/46/zorggebruik-verschilt-per-opleidingsniveau>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2019). *Statline*. Geraadpleegd op 8 mei 2019 op <https://statline.cbs.nl/Statweb>; Regionale kerncijfers Nederland, 2019, Bevolkingssamenstelling op 1 januari, Totale bevolking: 17.282.753. Gegevens van 29 maart 2019.
- College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (2019). *Zoek huisartsen in CHBB-registers bij u in de buurt*. Geraadpleegd op 11 september 2019 op <https://chbb.lhv.nl/zoek-huisartsen-chbb-registers-bij-u-de-buurt>
- Daalen, R.M. van, Verbeek-Heida, P.M. (2011). Het bestaansrecht van de huisarts. *Huisarts & Wetenschap*, 44(13), 26-30. <https://doi.org/10.1007/BF03082319>
- De Volkskrant (2018, 13 augustus). *Huisarts ziet aantal studenten met psychische problemen stijgen: 'De nood is hoog'*. Geraadpleegd op 14 augustus 2018 op <https://www.volkskrant.nl/nieuws->

- achtergrond/huisarts-ziet-aantal-studenten-met-psychische-problemen-stijgen-de-nood-is-hoog-~b3cc8cdc/
- De Volkskrant (2018, 13 augustus). *Studenten bezwijken psychisch onder prestatiedruk: 'De psychologen zijn niet aan te slepen'*. Geraadpleegd op 14 augustus 2018 op <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/studenten-bezwijken-psychisch-onder-prestatiedruk-de-psychologen-zijn-niet-aan-te-slepen-~b4246d57/>
- Dienst Uitvoering Onderwijs (2019). *Aantal wo ingeschrevenen, peildatum 1 oktober 2017*. Geraadpleegd op 29 januari 2019 op https://duo.nl/open_onderwijsdata/databestanden/ho/ingeschreven/wo-ingeschr/ingeschrevenen-wo1.jsp
- Dierick-van Daele, A. T. M., Spreeuwenberg, C., Derckx, E. W. C. C., Leeuwen, Y. van, Toemen, T., Legius, M., . . . Vrijhoef, H. J. M. (2010). The value of nurse practitioners in Dutch general practices. *Quality in Primary Care, 18*, 231–241.
- Ecorys, & SEOR Erasmus School of Economics (2016). *Taakherschikking: een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants: Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 3B*. Rotterdam: Auteurs.
- Engelberts, I., Schermer, M., & Prins, A. (2018). Een goed gesprek is de beste persoonsgerichte zorg: evidencebased geneeskunde geeft te weinig ruimte voor eigen afwegingen van de patiënt. *Medisch Contact, 30-31*, 18-20.
- Expertgroep 'PVH en vervolg POH transitie' (2018) *Rapport Praktijkverpleegkundige Huisartsenzorg (PVH) en vervolg POH Transitie*. Geraadpleegd op 19 november 2019 op https://www.ssfh.nl/fileadmin/Files/documenten/werken_in/Rapport_Praktijkverpleegkundige_Huisartsenzorg__PVH__en_vervolg_POH_Transitie.pdf
- Federatie Medisch Specialisten (2017). *Samen beslissen moet vanzelfsprekend zijn*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.demedischspecialist.nl/nieuws/%E2%80%9Csamen-beslissen-moet-vanzelfsprekend-zijn%E2%80%9D>
- Flinterman, L., Groenewegen, P., & Verheij, R. (2018). *Zorglandschap en zorggebruik in een veranderende eerste lijn*. Utrecht: Nivel.
- Gezondheidsraad (2018, 28 februari). *Vaccinatie van ouderen tegen pneumokokken*. Geraadpleegd op 21 januari 2019 op <https://www.gezondheidsraad.nl/organisatie/vaccinaties/documenten/adviezen/2018/02/28/vaccinatie-van-ouderen-tegen-pneumokokken>
- Ham, L. van der, Steenbekkers, A., & Marangos, A. M. (2018). *Toegang tot zorg en ondersteuning: Rollen, ervaringen en meningen van huisartsen* [Bijlage A bij eindrapport landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg]. Geraadpleegd op 14 augustus 2018 op https://www.scp.nl/Publicaties/Alle_publicaties/Publicaties_2018/Veranderde_zorg_en_ondersteuning_voor_mensen_met_een_beperking
- Hassel, D. van, Batenburg, R. S. (2014). Waarnemers in beeld: Diversiteit onder waarnemende huisartsen. *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 92*, 203-208. doi: 10.1007/s12508-014-0077-0
- Hassel, D. van, Batenburg, R. S., & Velden, L. van der (2016). *Praktijkondersteuners (POH's) in beeld: Aantallen, kenmerken en geografische spreiding in Nederland*. Utrecht: Nivel.
- Hassel, D. van, Korevaar, J., Batenburg, R. S., Schellevis, F. (2015). *De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022: Waar staat de huisartsenzorg anno 2014?* Utrecht: Nivel.

- Hassel, D. van, Velden, L. F. J. van der, & Batenburg, R. S. (2014). *Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen*. Utrecht: Nivel.
- Heijmans, M., Brabers, A., & Rademakers, J. (2018). *Health Literacy in Nederland*. Utrecht: Nivel.
- Het beroep. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.nvda.nl/het-beroep/>
- Hoekstra, H., & Boeke, S. (2018). *Onderzoek naar huisartsen en hun ambities in praktijkmanagement*. Amsterdam: Newcom Research & Consultancy.
- Huber, M., Knottnerus J. A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., . . . Smid, H. (2011). How should we define health? *British Medical Journal*, *343*, 235-237. doi: 10.1136/bmj.d4163
- InEen (2018). *Benchmarkbulletin huisartsenpost 2017*. Utrecht: Auteur.
- InEen (2019). *Huisartsenposten*. Geraadpleegd op 11 september 2019 op <https://ineen.nl/onze-leden/huisartsenposten>
- InEen (2019). *Transparante ketenzorg, rapportage 2018 zorggroepen, diabetes mellitus, VRM, COPD en astma*. Utrecht: Auteur.
- Jansen, P., & Schutte, S. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg: Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Totaalbeeld van vijf sectorale deelrapporten*. Enschede: Bureau HHM.
- Jansen, P., & Schutte, S. (2019). *Physician assistants en verpleegkundig specialisten in de zorg: Inzicht in factoren die van invloed zijn op de besluitvorming over het opleiden en aannemen van PA's en VS'en. Deelrapport Huisartsen*. Enschede: Bureau HHM.
- Jansen, T., Hek, K., & Schermer, T. (2018). *Zorg op de huisartsenpost, Nivel Zorgregistraties eerste lijn: Jaarcijfers 2017 en trendcijfers 2013-2017*. Utrecht: Nivel.
- Jansen, T., Rademakers, J., Waverijn G., Verheij, R., Osborne, R., & Heijmans, M. (2018). The role of health literacy in explaining the association between educational attainment and the use of out-of-hours primary care services in chronically ill people: A survey study. *BMC Health Services Research*, *18*, 394-406. doi: 10.1186/s12913-018-3197-4
- Jung, H. P., Jung, T., Liebrand, S., Huber, M., Stupar-Rutenfrans, S., & Wensing, M. (2018). Meer tijd voor patiënten, minder verwijzingen. *Huisarts en Wetenschap*, *61*(3), 39-41. doi: 10.1007/s12445-018-0062-y
- Keizer, E., Bakker, P., Giesen, P., Wensing, M., Atsma, F., Smits, M., & Muijsenbergh, M. van den (2017). Migrants' motives and expectations for contacting out-of-hours primary care: a survey study. *BMC Family Practice*, *18*, 92 - 100. doi: 10.1186/s12875-017-0664-7
- KPMG (2019). *(Ont)Regel de Zorg: Statusrapport Merkbaarheidsscan*. Geraadpleegd op 14 oktober 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2019/10/04/ontregel-de-zorg>
- Kroneman, M., Boerma, W. G. W. , Berg, M. van den, Groenewegen, P. P., Jong, J. D. de, & Ginneken, E. van (2016). Netherlands Health System Review. *Health Systems in Transition*, *18*(2), 1-239. Geraadpleegd op 10 september 2019 op http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0016/314404/HIT_Netherlands.pdf
- Lambregtse, C. (2017). Meer tijd voor de patiënt is de echte oplossing. *De Dokter*, *8*(4), 8-11.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2017). *De huisarts kan meer voor minder patiënten betekenen* [Infographic]. Utrecht: Auteur.
- Landelijke Huisartsenvereniging (2017). *Huisartsen: Problemen in de ggz groter dan ooit*. Geraadpleegd op 7 augustus 2018 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/huisartsen-problemen-de-ggz-groter-dan-ooit>

- Landelijke Huisartsenvereniging (2018). *Bereikbaarheid en beschikbaarheid*. Geraadpleegd op 22 januari 2019 op <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/bereikbaarheid-en-beschikbaarheid#Richtlijnen>
- Landelijke Huisartsenvereniging (2018). *Dossier 'Acute zorg en ANW-zorg'*. Geraadpleegd op 18 januari 2019 op <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/anw-zorg#Actualiteit>
- Landelijke Huisartsenvereniging (2018). *Dossier 'Meer tijd voor de patiënt'*. Geraadpleegd op 17 januari 2019 op <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/meer-tijd-voor-de-patient?page=1>
- Landelijke Huisartsenvereniging (2018). *Herijking kernwaarden en kerntaken huisartsenzorg 2018-2019*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.lhv.nl/uw-beroep/kwaliteit/toekomstvisie-2022/herijking-kernwaarden-en-kerntaken-huisartsenzorg-2018-2019>
- Landelijke Huisartsenvereniging (2018). OPEN zorgt voor veilige ontsluiting patiëntgegevens. *De Dokter*, 9(8), 30-31.
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2018, 27 september). *Vaccinatie meningokokken zorgt voor sterke stijging zorgvraag*. Geraadpleegd op 15 januari 2019 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/vaccinatie-meningokokken-zorgt-voor-sterke-stijging-zorgvraag>
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2018, 17 oktober). *Eerstelijnsbedden: snelle oplossing voor patiënten vaak niet gevonden*. Geraadpleegd op 22 november 2018 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/eerstelijnsbedden-snelle-oplossing-voor-patienten-vaak-niet-gevonden>
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2018, 13 november). *Leidraad Medische zorg voor ouderen in (kleinschalige) woonzorginstellingen*. Geraadpleegd op 14 november 2018 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/nieuwe-leidraad-medische-zorg-kleinschalige-woonzorginstellingen>
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2019, 19 juni). *Patiënt kan eind 2020 terecht bij huisarts voor pneumokokkenvaccinatie*. Geraadpleegd op 25 juni 2019 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/patient-kan-eind-2020-terecht-bij-huisarts-voor-pneumokokkenvaccinatie>
- Landelijke Huisartsen Vereniging (2019, 9 juli). *Leidraad 'Algemeen medische zorg voor verstandelijk gehandicapten in VG zorginstellingen'*. Utrecht: Auteur.
- Landelijke Huisartsen Vereniging, & Ineen (2018, 25 mei). *Brief aan de Vaste Kamercommissie VWS betreffende Algemeen Overleg GGZ 31 mei 2018*. Geraadpleegd op 7 augustus 2018 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/lhv-uit-zorgen-van-huisartsen-over-ggz>
- Landelijke Huisartsen Vereniging, & InEen (2019). *Handleiding FWHZ: Functiewaardering Huisartsenzorg 2019*. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/functiewaardering-huisartsenzorg>
- Landelijke Huisartsenvereniging, InEen, Patiëntenfederatie Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, & Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 11 juli). *Bestuurlijk akkoord huisartsenzorg 2019-2022*. Geraadpleegd op 9 augustus 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/convenanten/2018/07/11/bestuurlijk-akkoord-huisartsenzorg-2019-2022>
- Landelijke Huisartsenvereniging, & Nederlands Huisartsengenootschap (2012). *Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat; Huisartsenzorg in 2022*. Utrecht: Auteurs.
- Laurant, M., Biezen, M. van der, Wijers, N., Watananirun, K., Kontopantelis, E., & Vught, A. J. A. H. van (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, Art. No.: CD001271. doi: 10.1002/14651858.CD001271.pub3.

- Leemkolk, B. van de, & Velde, F. van der (2019). *Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist: Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS*. Utrecht: Prismant.
- LHV Huisartsenkring Amsterdam/Almere (2017). *Visie op de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleging*. Geraadpleegd op 1 augustus 2019 op https://amsterdam-almere.lhv.nl/zoeken?search_keys=visie+samenwerking+wijkverpleging
- LHV, NHG, InEen, NVDA, NVvPO, FNV Zorg & Welzijn, CNV Zorg & Welzijn, V&VN, & Samenwerkende Hogescholen met opleiding POH (2017). *Rapport POH Transitie*. Geraadpleegd op 19 november 2019 op https://ineen.nl/assets/files/assets/uploads/Rapport_POH_Transitie-20_april_2017.pdf
- LHV, V&VN et al. (2018, 28 juni). *Competentieprofiel Praktijkverpleegkundige Huisartsenzorg (PVH) 2018*. Geraadpleegd op 26 november 2018 op <https://www.venvn.nl/Berichten/ID/2529019/Nieuw-profiel-Praktijkverpleegkundige-Huisartsenzorg>
- LHV-ledenblad De Dokter, september 2017. Zorgverzekeraars over de contractvoorstellen voor 2018.
- Magnée, T. (2017). *Mental health care in general practice in the context of a system reform* [Thesis]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. Geraadpleegd op 7 augustus 2018 op [https://www.rug.nl/research/portal/en/publications/mental-health-care-in-general-practice-in-the-context-of-a-system-reform\(9683d959-ddea-4e53-996b-53aac35f0e03\).html](https://www.rug.nl/research/portal/en/publications/mental-health-care-in-general-practice-in-the-context-of-a-system-reform(9683d959-ddea-4e53-996b-53aac35f0e03).html)
- Magnée, T., Beurs, D.P. de, Bakker, D.H. de, & Verhaak, P.F.M. (2017). *Verlicht de POH-GGZ de werkdruk van de huisarts? Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 161(11), 11-14.
- Malgieri, A., Michelutti, P., & Hoegaerden, M. van (Red.) (2015). *Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries*. Geraadpleegd op 25 juli 2016 op <http://healthworkforce.eu>
- Medisch Contact (2017, 17 juli). *Normpraktijk huisarts zakt naar 2095*. Geraadpleegd op 10 september 2019 op <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/-normpraktijk-huisarts-zakt-naar-2095.htm#reacties>
- Meijers, M. C., Noordman, J., Spreeuwenberga, P., Hartman, T. C. olde, & Dulmen, S. van (2018). Shared decision-making in general practice: An observational study comparing 2007 with 2015. *Family Practice*, 2018, 1-8. doi: 10.1093/fampra/cmz070
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2017, 21 april). *Instroom 2018 huisarts, SO en AVG* [Brief aan SBOH]. Den Haag: Auteur.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2017, 22 juni). *Capaciteitsplan 2016* [Kamerbrief]. Den Haag: Auteur.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Actieplan (Ont)Regel de Zorg*. Geraadpleegd op 9 augustus 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/05/23/actieplan-ontregel-de-zorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Actieprogramma 'Eén tegen Eenzaamheid'*. Geraadpleegd op 17 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2018/03/20/actieprogramma-een-tegen-eeenzaamheid>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Programma Langer Thuis*. Geraadpleegd op 17 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2018/06/18/programma-langer-thuis>

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018). *Thuis in het Verpleeghuis - waardigheid en trots op elke locatie*. Geraadpleegd op 17 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/verpleeghuizen-en-zorginstellingen/documenten/publicaties/2018/04/10/programma-kwaliteit-verpleeghuiszorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 4 april). *Kamerbrief over regionale coördinatiepunten eerstelijnsverblijf*. Geraadpleegd op 17 april 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/04/04/kamerbrief-over-regionale-coördinatiepunten-eerstelijnsverblijf>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 13 mei). *Actieprogramma 'Werken in de Zorg'*. Geraadpleegd op 17 april 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/jaarplannen/2018/03/14/actieprogramma-werken-in-de-zorg>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 1 juni). *Kamerbrief Basispakket Zvw 2019*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/06/01/kamerbrief-over-basispakket-zorgverzekeringwet-2019>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 9 oktober). *Kamerbrief 'Beleidsreactie pneumokokkenvaccinatie bij ouderen'*. Geraadpleegd op 21 januari 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2018/10/09/kamerbrief-met-beleidsreactie-pneumokokkenvaccinatie-bij-ouderen>
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2019, 27 mei). *Overheveling geneeskundige zorg voor specifieke patiëntgroepen* [Kamerbrief]. Geraadpleegd op 3 juni 2019 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2019/05/27/kamerbrief-over-overheveling-geneeskundige-zorg-voor-specifieke-patiëntgroepen>
- Mistiaen, P., Heins, M., Stirbu-Wagner, I., Korevaar, J., Verheij, R., & Francke, A. L. (2014). Mensen met dementie zien de huisarts vaker: Piek in contact met huisarts rond het stellen van de diagnose. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 158(6), [A6755]. <http://www.ntvg.nl/publicatie/672819>
- Molenaar, N., & Amse, J. (2017). *Rapportage Vervolgonderzoek Merkbaarheidsscan Huisartsen*. Utrecht: Q-Consult Zorg.
- Muijsenbergh, M. van den (2018, 9 maart). *Verschil moet er zijn!* [Inaugurele rede]. Nijmegen: Radboud Universiteit/het Radboudumc.
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2018). *Dossier Persoonsgerichte Zorg*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.nhg.org/actueel/dossiers/dossier-persoonsgerichte-zorg>
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2018). *Patiëntenvoorlichting*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.nhg.org/thema/patientenvoorlichting>
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2018, 22 januari). *Huisartsen stellen samen vast: dit is waar we voor staan*. Geraadpleegd op 23 januari 2019 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/huisartsen-stellen-samen-vast-dit-waar-we-voor-staan>
- Nederlands Huisartsengenootschap (2018, 27 maart). *Advies Gezondheidsraad: pneumokokken vaccinatie bij ouderen*. Geraadpleegd op 21 januari 2019 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/advies-gezondheidsraad-pneumokokken-vaccinatie-bij-ouderen>
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2018, 11 september). *Vaccinatiecampagne tegen meningokokkenziekte bij 14-18-jarigen van start*. Geraadpleegd op 15 januari 2019 op

- <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/vaccinatiecampagne-tegen-meningokokkenziekte-bij-14-18-jarigen-van-start>
- Nederlands Huisartsen Genootschap (2018, 4 oktober). *Thuisarts.nl verkozen tot beste Content Platform van Europa 2018*. Geraadpleegd op 8 oktober 2018 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/thuisartsnl-verkozen-tot-beste-content-platform-van-europa-2018>
- Nederlandse Zorgautoriteit (2018). *Monitor Zorg voor ouderen 2018*. Utrecht: Auteur.
- Nivel (2018). *Meeste consulten bij huisarts voor klachten aan het bewegingsapparaat* [Infographic]. Utrecht: Auteur.
- Nivel Zorgregistraties Eerste Lijn. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://Nivel.nl/nl/zorgregistraties-eerste-lijn/Nivel-zorgregistraties-eerste-lijn>
- Njoo, K.H. (2017). *Multidisciplinair samenwerken tussen huisarts en zorgverleners buiten de praktijk en het H-EPD*. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap.
- Nørøxe, K. B., Pedersen, A. F., Carlsen, A. H., Bro, F., Vedsted, P. (2019). Mental well-being, job satisfaction and self-rated workability in general practitioners and hospitalisations for ambulatory care sensitive conditions among listed patients: A cohort study combining survey data on GPs and register data on patients. *BMJ Quality & Safety*, published online. doi: 10.1136/bmjqs-2018-009039
- Opstelten, W., Cals, J. W. L., & Horst, H. E. van der (2019). Continuïteit van de huisartsenzorg: Vervolgen ideaal of nieuw perspectief? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 163(2), 16-20.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (2016). *Health Workforce Policies in OECD countries: Right jobs, right skills, right places*. Parijs: OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Over het ROS-netwerk. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.ros-netwerk.nl/ros-netwerk>
- Partners Toekomst Huisartsenzorg (2019). *Kerntakenkaart*. Geraadpleegd op 23 januari 2019 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/huisartsen-stellen-samen-vast-dit-waar-we-voor-staan>
- Partners Toekomst Huisartsenzorg (2019). *Kernwaardenkaart*. Geraadpleegd op 23 januari 2019 op <https://www.nhg.org/actueel/nieuws/huisartsen-stellen-samen-vast-dit-waar-we-voor-staan>
- Patiëntenfederatie Nederland (2017). *Samen beslissen*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.patiëntenfederatie.nl/themas/samen-beslissen/>
- Pleumeekers, B. (2017). Voorkomen van heropnames. *Huisarts en Wetenschap*, 2, 60.
- Post, H., Huijsmans, K., Luijk, R., & Gusdorf, L. (2018). *Zorgthermometer ouderenzorg: Inzicht in de ouderenzorg*. Zeist: Vektis.
- Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Recept voor maatschappelijk probleem: Medicalisering van levensfasen*. Den Haag: Auteur.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018). *De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht; Synthese*. Bilthoven: Auteur.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2018). *Levensverwachting: Hoe oud worden we in de toekomst?* Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.vtv2018.nl/Levensverwachting>
- Rijksoverheid (2018, 1 juni). *Meer ruimte voor preventie in basispakket zorgverzekering*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/06/01/meer-ruimte-voor-preventie-in-basispakket-zorgverzekering>
- Rutten, G., Evertse, A., & Blaauw, J. (2019). Huisarts met bijzondere bekwaamheden niet scherp genoeg gepositioneerd. *Medisch Contact*, 03, 18-21. Geraadpleegd op 11 september 2019 op

- <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/huisarts-met-bijzondere-bekwaamheden-niet-scherp-genoeg-gepositioneerd.htm>
- Schaufeli, W. B., & Schaufeli, E. (2019). *[Ont]Regel de Zorg: [Ont]Regel Monitor 2019*. Utrecht: VvAA en Triple i Human Capital.
- Schippers, E.I. (2014, 12 juni). *Capaciteitsplan 2013* [Kamerbrief]. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Schippers, E.I. (2015, 4 mei). *Rapporten Capaciteitsorgaan* [Kamerbrief]. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Smits, M., Jansen, T. & Verheij, R. (2018). Zorggebruik en urgentie op de HAP tussen 2013 en 2016. *Huisarts en Wetenschap*, 61(6), 14-17. doi: 10.1007/s12445-018-0160-x
- Springvloet, L., Bos, N., Jong, J. de, Friele, R., & Boer, D. de (2019). *Thuisarts.nl: Hoe draagt Thuisarts.nl bij aan transparantie en de best passende zorg?* Utrecht: Nivel.
- Stam, C. (2018). Als niemand het doet, dan doet de dokter het. *Zorg+Welzijn*, 24(3), 14-17. doi:10.1007/s41185-018-0028-8
- Stichting Inschrijving Op Naam (2019). *Een eigen huisarts voor iedereen*. Geraadpleegd op 10 september 2019 op <https://ion.lhv.nl/>
- Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (2015) *Eindrapportage Project Transitiefase POH-S: Kernteam Transitiefase POH-S*. Den Haag: Auteur.
- Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (2019, 18 juli). *Oplopende tekorten aan doktersassistenten en praktijkondersteuners in de huisartsenzorg*. Geraadpleegd op 30 juli 2019 op https://www.ssfh.nl/nieuws/nieuws-item/?tx_news_pi1%5Bnews%5D=175&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=09d6618d23514eea87edf93eae96f32f
- Stolk, G. (2018). Persoonsgerichte zorg in hele eerste lijn: Zeven beroepsgroepen geschoold en ondersteund. *De Eerstelijns*, 2, 11-13.
- Tabel 1: raming van het aantal werkzame doktersassistenten in de huisartsenzorg en het aantal vacatures in december 2015. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.ssfh.nl/werken-in/arbeidsmarkt-in-cijfers/vacaturemonitor/>
- Taskforce Zorg op de Juiste Plek (2018). *De juiste zorg op de juiste plek: Wie durft?* Geraadpleegd op 9 augustus 2018 op <https://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/detail?id=2018D23578&did=2018D23578>
- Thiel, E. van (2016). De stelling: in de vakantieperiode moeten patiënten bij hun eigen praktijk terecht kunnen. *De Dokter*, 7(5), 18-19.
- Toekomst Huisartsenzorg (2019). *Toekomst Huisartsenzorg: Kerntaken in de praktijk*. Geraadpleegd op 10 september 2019 op <https://toekomsthuisartsenzorg.nl/>
- Trouw (2019, 12 januari). *Huisarts biedt amper afslankhulp aan*. Geraadpleegd op 14 januari 2019 op <https://www.trouw.nl/samenleving/huisarts-biedt-amper-afslankhulp-aan~a2aefa07/>
- UWV (2019). *Online vacatures*. Geraadpleegd op 6 juni 2019 op <https://www.arbeidsmarkt cijfers.nl/Report/1>
- UWV (2019). *Spanningsindicator*. Geraadpleegd op 6 juni 2019 op <https://www.arbeidsmarkt cijfers.nl/Report/2>
- Vektis (2018). *Hoeveel huisartsenpraktijken hebben praktijkondersteuning?* Geraadpleegd op 26 november 2018 op <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/huisartsenzorg/huisartsenzorg/hoeveel-huisartsenpraktijken-hebben-praktijkondersteuning/>

- Vektis (2018). *Inzicht in de huisartsenzorg*. Geraadpleegd op 20 november 2018 op <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/huisartsenzorg/huisartsenzorg/>
- Vektis (2018). *Welke verrichtingen worden het meest door huisartsen gedaan?* Geraadpleegd op 26 november 2018 op <https://www.zorgprismapubliek.nl/producten/huisartsenzorg/huisartsenzorg/welke-verrichtingen-worden-het-meest-door-huisartsen-gedaan/>
- Velde, F. van der, Leemkolk, B. van de, & Lodder, A. (2019). *Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen: Meting 2019*. Utrecht: Prismant.
- Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2019). *Het verwachte externe rendement van de opleidingen tot huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten en rendement buitenlandse instroom voor de raming 2019* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.
- Velden, L. van der, Vis, E., & Batenburg, R. (september 2019). *De verwachte uitstroom aan huisartsen in Nederland Bepaling van de uitstroomparameters voor de capaciteitsraming huisartsen 2019 - Variant 1 en Variant 2* [Interne notities]. Utrecht: Nivel.
- Velden, P. G. van der, Das, M., & Muffels, R. (2019). The stability and latent profiles of mental health problems among Dutch young adults in the past decade: a comparison of three cohorts from a national sample. *Psychiatry Research*, 282. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112622
- Velden, P.G. van der, Setti, I., Das, M., & Meulen, E. van der (2019). Computers in Human Behavior: Does social networking sites use predict mental health and sleep problems when prior problems and loneliness are taken into account? A population-based prospective study. *Computers in Human Behavior*, 93, 200-209. doi: 10.1016/j.chb.2018.11.047.
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2019, 30 juli). *Huisartsenzorg voor mensen met een beperking steeds meer in de knel* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 31 juli 2019 op <https://www.vgn.nl/artikel/27846>
- Verenso (2018, 8 maart). *Verenso tekent pact ouderenzorg van minister Volksgezondheid* [Persbericht]. Geraadpleegd op 18 juli 2018 op <https://www.verenso.nl/nieuws/verenso-tekent-pact-ouderenzorg-van-minister-volksgezondheid>
- Versteeg, S. Vis, E. Velden, L. van der, Batenburg, B. (2018). *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018: En een vergelijking met 2013*. Utrecht: Nivel.
- Versteeg, S., & Batenburg, R. (2019). *Cijfers uit de registratie van huisartsen: Peiling 2017*. Utrecht: Nivel.
- Versteeg, S., Vis, E., Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2018). *De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018: En een vergelijking met 2013*. Utrecht: Nivel.
- Vilans (2018). *Factsheet Wijkverpleging: Uitdagingen en knelpunten*. Geraadpleegd op 1 augustus 2019 op <https://www.vilans.nl/vilans/media/documents/producten/uitdagingen-en-knelpunten-van-de-wijkverpleging.pdf>
- Vis, E., Velden, L. van der, & Batenburg, R. (2019). *Demografische ontwikkelingen in de zorgvraag voor huisartspraktijken: Bepaling van de parameter demografie voor de capaciteitsraming huisartsen 2019* [Interne notitie]. Utrecht: Nivel.
- Vries, M. de, Werd, H. de, & Huisman, D. (2018). *Met scenario's voorbereid op 2030: Scenario-analyse langdurige zorg*. Amersfoort: Jester Strategy.
- VWS en samenwerkende partijen (2018). *Pact voor de ouderenzorg*. Geraadpleegd op 18 juli 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/03/08/35-partijen-sluiten-pact-voor-de-ouderenzorg>

- Waar werk jij? Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.nvda.nl/waar-werk-jij/>
- Wagenaar, S., & Wit, J. de (2018). *Hoe werven werkgevers? Inzichten in de zoektocht van bedrijven naar personeel*. Amsterdam: UWV Arbeidsmarktinformatie en -advies.
- Wessels, K., & Kraaijeveld, K. (2017). *Zó werkt de huisartsenzorg*. Amsterdam: Platform Zó werkt de zorg - De Argumentenfabriek.
- Wier, M. van de (2019, 19 juli). *Bedreiging en geweld zijn gangbaar op de huisartsenpost*. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.trouw.nl/zorg/bedreiging-en-geweld-zijn-gangbaar-op-de-huisartsenpost~b2f5c4f5/>
- Wier, M. van de (2019, 19 juli). *Witteboordenagressie aan de balie van de huisartsenpost*. Geraadpleegd op 19 november 2019 op <https://www.trouw.nl/verdieping/witteboordenagressie-aan-de-balie-van-de-huisartsenpost~bce4322d/>
- Wolbers, I., Lalleman, P., & Bleijenberg, N. (2018). *Evaluatie ambassadeurstraject voor de wijkverpleegkundige: Nieuwe leiders in de wijk?!* Utrecht: Hogeschool Utrecht.
- Wouters, M., Swinkels, I., Lettow, B. van, Jong, J. de, Sinnige, J., Brabers, A., Friele, R., Gennip, L. van (2018). *E-health in verschillende snelheden: eHealth-monitor 2018*. Den Haag, Utrecht: Nictiz, Nivel.
- Zaat J. (2018). De kern van het vak (4). Huisarts en netwerk. *Huisarts en Wetenschap*, 61(1), 17-23. doi: 10.1007/s12445-018-0390-y
- Zorginstituut Nederland (2018). *Factsheet gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) bij overgewicht en obesitas*. Geraadpleegd op 29 augustus 2018 op <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2018/02/21/standpunt-gecombineerde-leefstijlinterventie-gli-bij-overgewicht-en-obesitas>
- Zorgverzekeraars Nederland (2019, 10 januari). *Gecombineerde leefstijlinterventie op steeds meer plekken aangeboden*. Geraadpleegd op 14 januari 2019 op <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=3625746432>
- Zorgverzekeraars Nederland (2018, 29 maart). *Brief aan het Ministerie van VWS over de stand van zaken ELV coördinatiepunten*. Geraadpleegd op 17 april 2018 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/brieven/2018/03/29/stand-van-zaken-elv-coordinatiepunten>
- Zorgverzekeraars Nederland (2019, 25 juni). *Zorgverzekeraars zetten meer in op lokale en regionale samenwerking met huisartsen* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 26 juni op <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=4038066176>
- Zorgverzekeraars Nederland (2018, 21 november). *Huisartsen West-Friesland nemen meer tijd voor de patiënt*. Geraadpleegd op <https://www.zn.nl/338067458/Nieuwsbericht?newsitemid=3504177152>

**Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheeskundige Vervolgopleidingen**

**Postbus 20051
3502 LB Utrecht**

bezoekadres

**Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht**

telefoon

030 200 45 10

e-mail

**info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl**