



Capaciteitsplan 2024-2027

Deelrapport 2

Huisartsgeneeskunde

Capaciteitsplan 2024-2027

Deelrapport 2

Huisartsgeneeskunde

Bijlage bij het integraal overzicht Capaciteitsplan 2024-2027

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 vervolgoopleidingen.

Inhoud

Samenvatting	1
1 Totstandkoming raming huisartsgeneeskunde	5
1.1 Ramingen huisartsgeneeskunde	5
1.2 Methode totstandkoming raming huisartsgeneeskunde	5
1.3 Toelichting ramingsmodel	5
2 Algemene trends en overwegingen	9
2.1 Meer huisartsen en afvlakking totaal aantal aios	9
2.1.1 Meer uitstroom uit het vak	10
2.1.2 Duur en rendement van de opleidingen nemen iets toe	12
2.2 Trends in vraag naar zorg: meer vraag in tijden van schaarste	19
2.2.1 De onvervulde vraag neemt toe	19
2.2.2 Demografische en epidemiologische veranderingen: Een lichte stijging	21
2.2.3 Epidemiologie	22
2.2.4 Sociaal-culturele factoren	25
2.2.5 Vakinhoudelijke ontwikkelingen	27
2.2.6 Efficiëntie met wisselend effect op de inzet	28
2.2.7 Horizontale substitutie	29
2.2.8 Verticale substitutie	30
2.2.9 Veranderende arbeidstijden: meer deeltijd en 'normalisering' werktijden	31
3 Advisering over het op te leiden aantal huisartsen	33
3.1 Punten van aandacht	33
3.1.1 Aantal huisartsen bij gelijkblijvende instroom	33
3.1.2 Demografievariant	34
3.1.3 Beleidsrijke varianten	34
3.1.4 Resultaten benodigde instroom per variant	36
3.2 Overwegingen en advies	37
Bijlage 1: Parameterwaarden Capaciteitsplan 2013 t/m 2022	39
Bijlage 2: Procedure en betrokken experts	40
Bijlage 3: Afkortingen en begrippen	41

Samenvatting

Instroom van 1.190 huisartsen nodig

Om over 18 jaar evenwicht te bereiken tussen de vraag naar en het aanbod van huisartsen zal het nodig zijn de komende jaren naar schatting 1.190 airos per jaar in de opleiding te laten instromen.

De Kamer Huisartsgeneeskunde heeft ervoor gekozen om de bandbreedte in dit advies te laten bestaan uit een tweetal varianten, die het beste aansluiten bij de verwachte specifieke ontwikkelingen de komende jaren. De belangrijkste ontwikkelingen, die hebben bijgedragen aan de uitkomsten, zijn de volgende:

- De stijgende zorgvraag vanwege demografische veranderingen, met name bepaald door de vergrijzing van de patiëntenpopulatie.
- Horizontale substitutie: de verwachting is dat er meer gesubstitueerd gaat worden naar de huisarts. Relatief eenvoudige zorg en behandeling uit de tweede lijn wordt vaker door de huisarts uitgevoerd. Ook de nacontrole bij patiënten die in het ziekenhuis behandeld zijn, vindt vaker bij de huisarts plaats.
- De arbeidstijdverandering: In 2019 werd geconstateerd dat er verschillende signalen waren dat de werkdruk onder huisartsen aan het toenemen was en dat zij dit proberen te compenseren door meer uren per fte te werken; 1 fte bedroeg gemiddeld 59 uur ¹. Deze ontwikkeling lijkt zich voort te zetten.
- Opvallend is dat vooral het percentage afgestudeerden dat 15 jaar na het behalen van het einddiploma werkzaam is in Nederland als huisarts, een sterkere uitstroom laat zien vergeleken met de twee vorige ramingen.

Naast deze ontwikkelingen worden ook ontwikkelingen meegenomen die onderhevig zijn aan beleid en daardoor redelijk onzeker zijn. Dit zijn ontwikkelingen die de huisartsgeneeskunde kunnen laten groeien (meer tijd voor de patiënt bijvoorbeeld ²), of juist kunnen laten krimpen (meer substitutie naar andere beroepen).

Bepalende factoren in dit advies

Het aanbod werkzame huisartsen is sinds de vorige raming met 5,7% gegroeid. Om dit aanbod op peil te houden is meer instroom in de opleidingen nodig. Ondanks alle inspanningen en aanzienlijke groei in het aantal opleidingen, zien we een stagnatie optreden in de groei en blijft het aantal op te leiden huisartsen fors achter op het advies uit 2019.

Ook is berekend dat 28% van de werkzame huisartsen de komende 10 jaar uit het vak uitstroomt. Dit komt voornamelijk door pensionering, maar ook door vertrek vóór de pensioengerechtigde leeftijd. Dit betreft meer mannen (36%) dan vrouwen (16%).

De zorgvraag stijgt verder vanwege vergrijzing van de patiëntenpopulatie, maar ook door sociaal (maatschappelijke) ontwikkelingen. Hierdoor groeit de zorgvraag de komende 10 jaar met 10,8%.

¹ <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/huisartsen-maken-gemiddeld-59-uur-volledige-werkweek-1-fte>

² Keuper, J., Schaaijk, A. van, Batenburg, R. 'Meer Tijd Voor De Patiënt' (MTVDP) in de huisartsenzorg: vergelijkend onderzoek naar zeven MTVDP-projecten ten behoeve van uitrol en structurele verankering van het MTVDP-concept. Utrecht: Nivel, 2021.

Daarnaast zijn er ook andere (beleidsrijke) en meer onzekere factoren meegenomen. Uit een impactanalyse blijkt dat vooral de factoren sociaal-culturele ontwikkelingen, horizontale substitutie en arbeidstijdverandering in grote mate invloed hebben op de benodigde instroom. Sociaal-culturele factoren nemen toe met een te verwachten groei in 10 jaar tijd van gemiddeld 12%, analoog aan 2019. Ook zien de huisartsen meer werk op zich afkomen door horizontale substitutie, onder andere ziekenhuis verplaatste zorg en toename van medische zorg voor de kwetsbare groepen ouderen en mensen met een verstandelijke beperking zijn belangrijke ontwikkelingen hierbij. Dit laatste heeft vooral te maken met een te krappe arbeidsmarkt van specialisten ouderengeneeskundigen en artsen verstandelijk gehandicapt. Deze factoren zullen nog eens voor een gemiddelde groei van 12% in 10 jaar leiden, is de verwachting. Veranderingen in de arbeidstijden van huisartsen zullen tot een groei van 15% in 10 jaar leiden. Ook vakinhoudelijke ontwikkelingen en efficiency zullen leiden tot een toename van het aantal benodigde huisartsen. Deze zullen respectievelijk een groei van de zorgvraag met gemiddeld 8% en 4% in 10 jaar tot gevolg hebben. De voorziene vakinhoudelijke ontwikkelingen zullen vooral door toename van taken voor huisartsen op het gebied van infectieziekten(preventie) liggen. Op het gebied van efficiency worden vooral de administratieve lasten ervaren door wet- en regelgeving vanuit overheid en zorgverzekeraars, onduidelijkheid over al dan niet verplichte registraties, ICT-knelpunten en angst voor klachten en juridische processen.

Verticale substitutie daarentegen zal leiden tot een verminderde vraag naar huisartsen, mits de randvoorwaarden daarvoor worden gerealiseerd. De komende 10 jaar wordt gemiddeld een verminderde inzet verwacht van 10% als gevolg van taakherschikking naar bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA), de praktijkondersteuners (POH) en doktersassistenten/triagisten.

Implementeerbaarheid advies

Alle genoemde beleidsrijke factoren zijn erg afhankelijk van te voeren beleid. En dit beleid, zowel op landelijk, regionaal als instellings- dan wel praktijkniveau wordt steeds meer bepaald door de alsmaar toenemende zorgvraag, schaarste aan financiële middelen, beschikbaarheid van praktijkruimte en aan (ondersteunend) personeel.^{3,4,5} Over het algemeen lijkt de toegankelijkheid van de huisartsgeneeskunde behoorlijk onder druk te staan, ondanks de groei in het aantal werkzame huisartsen. Het achterblijven van de benodigde instroom in de opleiding leidt ertoe dat het aanbod van huisartsen onvoldoende toeneemt en de disbalans tussen aanbod van en vraag naar huisartsenzorg nog groter is geworden. Er zijn vraagtekens te stellen bij de implementeerbaarheid van dit advies. Er zullen dan ook in de arbeidsmarkt voor huisartsen en breder in de eerste lijn scherpere en soms gedurfde keuzes gemaakt moeten worden de komende jaren.

Zo staat in het nieuwe Integraal Zorgakkoord dat “een gezonde leefstijl met aandacht voor een gezonde leefomgeving onderdeel moet uitmaken van het dagelijks leven van burgers. Als daarbij

³ <https://ineen.nl/wp-content/uploads/2022/10/ineen-benchmark-huisartsenposten-bulletin-2021.pdf>

⁴ Geit, E. de, Flinterman, L., Keuper, J., Schaaijk, A. van, Vis, E., Batenburg, R. Arbeidsmarkt huisartsenzorg regio Achterhoek, 2020. Utrecht: Nivel, 2022.

⁵ Geit, E. de, Vis, E., Flinterman, L., Keuper, J., Schaaijk, A. van, Batenburg, R. De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2021: toelichting en samenvatting van het onderzoek – en de regionale factsheets. Utrecht: Nivel, 2022.

ondersteuning nodig is, is het publieke of sociale domein daarvoor de eerst aangewezen plek.”⁶ De experts tekenen daarbij aan dat een groot deel van de patiënten die bij de huisarts komen gezondheidsproblemen hebben die voortkomen uit een gebrek aan bestaanszekerheid. Als huisartsen de kans krijgen om beter samen te werken met het sociale domein, doordat dáár voor mensen een ‘loket’ komt waar zij met hun vragen ten aanzien van bestaanszekerheid (werk, inkomen, huisvesting, schulden e.d.) terecht kunnen, zou dat veel kunnen schelen in de hoeveelheid werk voor huisartsen. Keuzes ten aanzien van gezondheid en bestaanszekerheid liggen niet alleen bij het ministerie van VWS, maar liggen ook op het vlak van onder meer onderwijs, financiën, sociale zaken e.d.

Verder benadrukken de experts dat de arbeidsmarkt voor huisartsen weer beter in balans kan komen als meer huisartsen zich binden aan een vaste populatie (al dan niet als praktijkhouder). Dit moet samengaan met verlichting van de werkdruk door ‘meer tijd voor de patiënt’ en een betere afbakening van de kerntaken die horen bij de medisch generalistische zorg die huisartsen willen bieden. Dit vraagt om passend beleid van zowel de overheid als de beroepsgroep zelf.

Ten slotte zijn ook beleid en acties rondom het zichtbaarder maken van het vak onder geneeskundestudenten (door het raamplan artsopleiding 2020 te implementeren⁷) en basisartsen (door bijvoorbeeld meer anios plekken te creëren) maar ook het aantrekkelijker maken van de opleiding, van groot belang om de instroom in de opleiding de komende jaren te doen toenemen.

⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, & diverse partijen in de zorg (2022). Integraal Zorg Akkoord: Samen werken aan gezonde zorg. Geraadpleegd op 10 oktober 2022 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>

⁷ https://www.nfu.nl/sites/default/files/2020-08/20.1577_Raamplan_Artsenopleiding_-_maart_2020.pdf



1 Totstandkoming raming huisartsgeneeskunde

1.1 Ramingen huisartsgeneeskunde

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit voor de benodigde instroom in diverse medische vervolgopleidingen. Deze ramingen worden gedragen door de betrokken veldpartijen en hebben meestal een bandbreedte per opleiding. Dit ramingsadvies wordt gegeven aan de minister van VWS. Deze bepaalt de instroom per jaar. Vervolgens berekent Huisartsopleiding Nederland (HN) op basis van de bevolkingsaantallen per gemeente, hoeveel plekken er per opleidingsinstituut opgeleid zou moeten worden. Daarna wordt in overleg met de opleidingsinstituten bepaald hoeveel plekken er aangeboden kunnen worden. Hierbij wordt naar factoren als verwachte uitstroom van huisartsen door pensionering, het aantal beschikbare opleiders, stageplekken en docenten en de beschikbare ruimte gekeken. De verdeling van de opleidingsplekken wordt door de hoofden van de opleidingsinstituten vastgesteld.

Binnen het centrale plaatsingssysteem van de opleiding tot huisarts worden vervolgens de opleidingsplekken op een eerlijke manier toegewezen. De geschikt bevonden kandidaten loten om een opleidingsplek. Daarbij wordt rekening gehouden met de voorkeurslocatie van de kandidaten.

Stichting SBOH verzorgt de uiteindelijke verdeling over regio's. Hierin heeft het Capaciteitsorgaan geen rol. Ook geeft het Capaciteitsorgaan een advies uit over de noodzakelijke instroom in de initiële geneeskunde opleiding. Dit advies wordt gegeven aan de minister van OCW.

1.2 Methode totstandkoming raming huisartsgeneeskunde

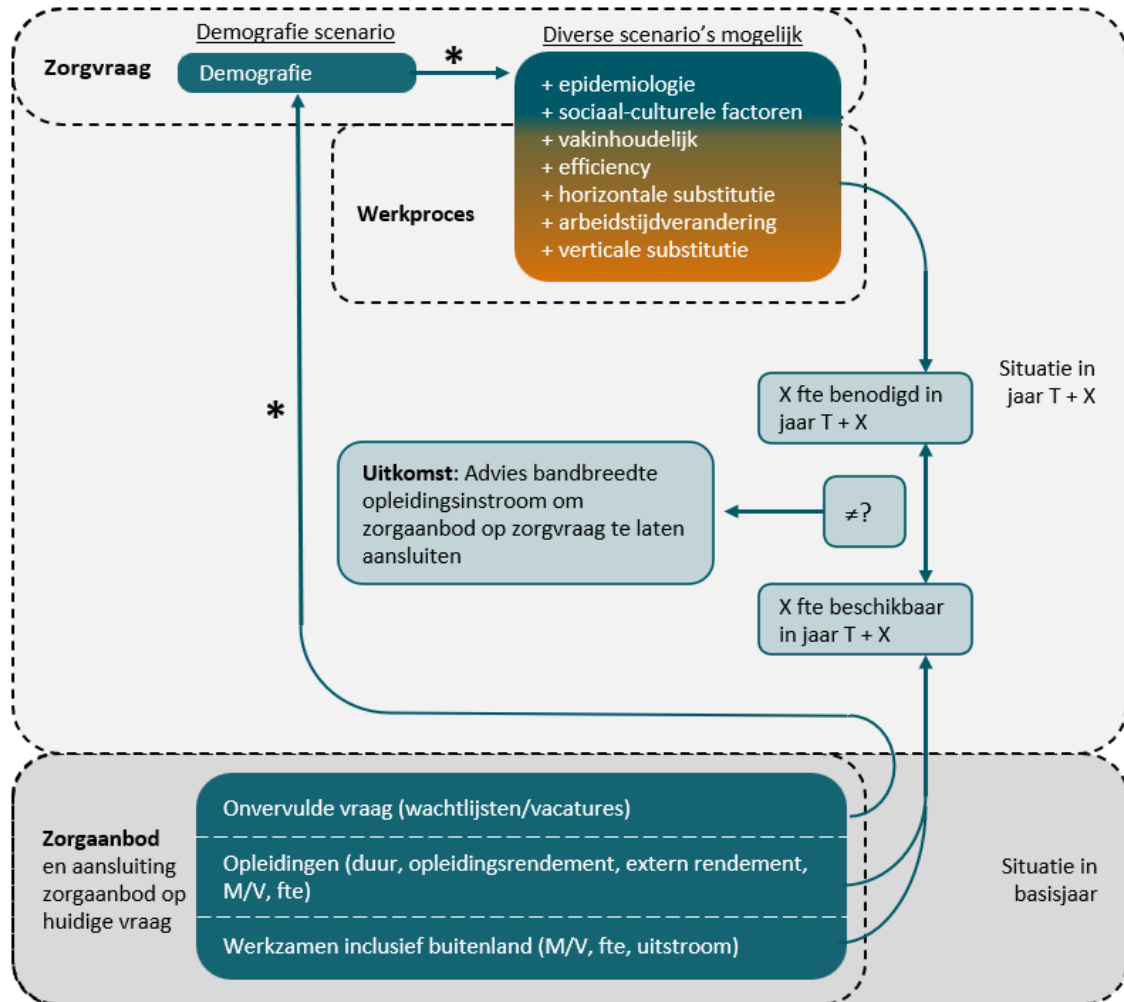
Om de balans tussen de vraag en aanbod aan zorg te berekenen wordt een rekenmodel gebruikt. Om het model te vullen gebruiken we voornamelijk kwantitatieve gegevens, zoals registraties van artsen, CBS-, Vektis- en RIVM-data etc. Deze 38 van de 50 parameters zijn beleidsarm, omdat ze gebaseerd zijn op historische gegevens. Daar zit onlosmakelijk historisch beleid in verweven, maar is geen nieuw beleid in opgenomen⁸. De overige parameters zijn beleidsrijker, omdat deze deels nieuw beleid bevatten. Die invulling is gebaseerd op literatuur en expert-schattingen van veldpartijen. Zie de bijlagen voor meer informatie hierover.

1.3 Toelichting ramingsmodel

De ramingen voor huisartsgeneeskunde worden met behulp van een rekenmodel opgesteld. Het beheer van het model heeft het Capaciteitsorgaan uitbesteed aan Nivel. Figuur 1 is een conceptuele weergave van het model. De blauwgekleurde parameters zijn de beleidsarmere factoren, de oranje factoren zijn beleidsrijker.

⁸ Dit is overeenkomstig de ramingsmethoden die het RIVM in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) hanteert. Zie: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), Methodologie Trendscenario VTV-2018, pagina 8, Bilthoven, 2018.

Figuur 1: Schematische weergave van het ramingsmodel



Het Capaciteitsorgaan gebruikt het ramingsmodel als volgt:

1. Beginnend in het basisjaar 'T' (onderste deel van het model), wat de *beschikbare* capaciteit in fte's nu (basisjaar) is. Een eventuele mismatch in de vorm van overschot of tekort in het basisjaar wordt uitgedrukt in een negatieve resp. positieve onvervulde vraag. Dit drukt uit wat er *benodigd* is in het basisjaar. In dit deel zitten 38 van de 50 parameters vevat;
2. Daarna wordt berekend hoe de beschikbare en benodigde capaciteit zich zal ontwikkelen tot aan een evenwichtsjaar (jaar 'T+X', het bovenste deel van het model, waarin X meestal 18 jaar is). Hierin is bepalend:
 - a. Voor de *beschikbare* capaciteit in jaar T+X: de instroom en uitstroom van een beroepsgroep en hoe deze zich zal ontwikkelen (uitstroomkansen, rendementen van de opleiding)
 - b. Voor de *benodigde* capaciteit in jaar T+X: de factoren onderverdeeld in factoren die de toekomstige zorgvraag bepalen (demografie,

epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen) en ontwikkelingen die het werkproces van de beroepsgroep bepalen (efficiency, substitutie etc.).

3. Ten slotte wordt berekend wat het verschil tussen de *beschikbare* en *benodigde* capaciteit in fte's in jaar T+X is (middelste deel van het model). Daaruit wordt afgeleid hoeveel personen uiteindelijk in de toekomst opgeleid moeten worden om in het evenwichtsjaar een evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken.

Zoals altijd het geval is bij projecties en modelleringen heeft ook deze raming te maken met bepaalde onzekerheden. Deze zijn deels het gevolg van de reductie van de werkelijkheid in een model. Daarnaast zijn er natuurlijk ook onzekerheden over de representativiteit en kwaliteit van de informatie die gebruikt wordt om die werkelijkheid te modelleren. Om deze onzekerheden te onderkennen en, waar mogelijk, ook in kaart te brengen maakt het Capaciteitsorgaan het liefst gebruik van meerdere bronnen voor de parameters. Zoals ook bij andere modellen het geval is, ligt in het rekenmodel vooral de nadruk op parameters waarvan de bronnen goed voorhanden zijn en de veronderstelde foutmarges klein zijn.

Een andere vorm van onzekerheid betreft het feit dat de toekomst open, maar niet 'leeg' is. De toekomst is niet maakbaar, maar wel in de maak, zoals de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) dat omschrijft⁹. Het Capaciteitsorgaan plaatst de onzekerheid centraal door gebruik te maken van inschattingen van experts over de toekomst van de arbeidsmarkt voor geneeskundig specialisten. Dit is nodig omdat verschillende betrokken veldpartijen anders tegen die toekomst aankijken.

⁹ Zie p.122 Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid, Uit zicht. Toekomst verkennen met beleid. Amsterdam University Press, 2010.



2 Algemene trends en overwegingen

In dit hoofdstuk worden algemene trends en overwegingen besproken die gelden voor de huisartsgeneeskunde. Meer in detail kunt u de achterliggende onderzoeken terugvinden op onze website.

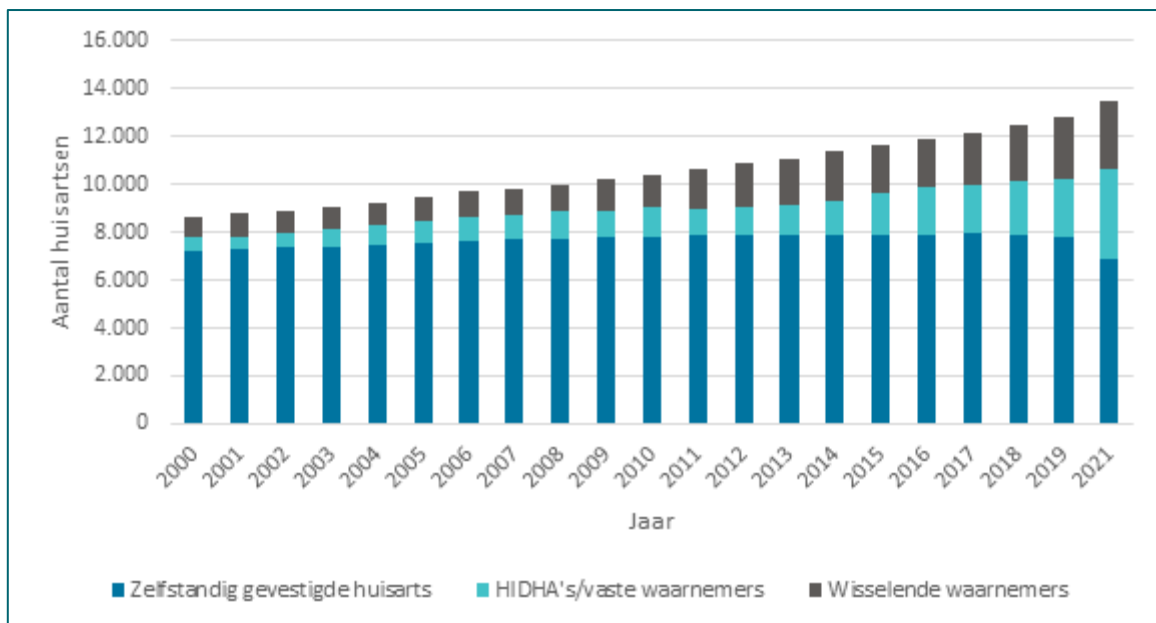
2.1 Meer huisartsen en afvlakking totaal aantal aios

Meer huisartsen werkzaam

Er zijn meer huisartsen geregistreerd (14.751 per 1-1-2022) dan er werkzaam zijn: ongeveer 91% van de geregistreerde huisartsen is werkzaam.

Eind 2021 zijn er 13.492 werkzame huisartsen¹⁰, eind 2011 waren dat er 10.851¹¹. Dat is een stijging van 24,3% in 10 jaar, gemiddeld 2,4% per jaar. Sinds de vorige raming (2019) zijn er 5,7% meer werkzame huisartsen.

Figuur 2: Aantal werkzame huisartsen in Nederland per type dienstverband in de periode 2000-2021



Bron: Nivel huisartsenregistratie, SPH

Werkzaamheid in fte

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 2013-2014¹² onder ruim 1.000 huisartsen heeft uitgevoerd. In 2018 is dit tijdsbestedingsonderzoek herhaald¹³. Het gemiddelde fte

¹⁰ Nivel 2022. De huidige en toekomstige capaciteit aan huisartsen in Nederland. Bruikbaarheid van drie databronnen voor bepaling van aanbod aan huisartsen voor capaciteitsraming 2022

¹¹ Capaciteitsplan 2013: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde.

¹² Hassel, D. van, Velden, L.F.J. van der, & Batenburg, R.S. (2014). Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen. Utrecht: Nivel

¹³ 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

percentage liet in 2018 nog een daling zien ten opzichte van 2013 met 0,03 fte gedaald. De werkzaamheid in fte van huisartsen kwam in 2019 daarmee op gemiddeld 0,74 fte. Voor mannen werd het fte percentage gesteld op 0,79 en voor vrouwen 0,71.

Om een goede schatting te maken voor deze raming is gebruik gemaakt van de gecorrigeerde waarden uit het tijdsbestedingsonderzoek uit 2018. Op basis van deze berekeningen wordt voor mannen het fte percentage gesteld op 0,83 en voor vrouwen 0,71. Het gemiddelde komt hiermee op 0,76 fte en is iets toegenomen vergeleken met de vorige raming.

Daling zelfstandig gevestigde huisartsen

In figuur 2 is te zien dat het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen de laatste jaren steeds verder daalt. Meer huisartsen kiezen ervoor om of als huisarts in loondienst aan de slag te gaan (HIDHA/vaste waarnemer) of als wisselend waarnemer. In 2011 waren er 7.836 huisartsen werkzaam als zelfstandig gevestigde huisarts, 1.110 als HIDHA/vaste waarnemer en geschat dat er zo'n 1700 huisartsen als wisselend waarnemer werkzaam was. Ongeveer 74% van de 10.648 werkzame huisartsen in 2011 was zelfstandig gevestigd als huisarts¹⁴. In 2021 is dit gedaald naar ongeveer 51%¹⁵.

2.1.1 Meer uitstroom uit het vak

Voor het bepalen van de uitstroom van de nu werkzame huisartsen uit het beroep in de komende 20 jaar geven de gegevens van het CBS (SSB) een goed beeld van de minimale uitstroom die gaat plaatsvinden. De personen die uitstromen moeten worden vervangen door nieuwe huisartsen naar gelang de vraag naar huisartsen. In tabel 1 wordt de verwachte uitstroom weergegeven.

Tabel 1: Verwachte uitstroom uit het beroep van huisarts over 5,10,15 en 20 jaar va de huidige werkzame volgens SSB

Uitstroom		SSB	Totaal
5 jaar	Mannen	17%	13%
	Vrouwen	6%	
10 jaar	Mannen	36%	28%
	Vrouwen	16%	
15 jaar	Mannen	53%	43%
	Vrouwen	28%	
20 jaar	Mannen	65%	56%
	Vrouwen	37%	

De tabel geeft een minimale uitstroom voor de komende 20 jaar weer wanneer huisartsen zouden uitstromen vanwege pensionering, ander werk gaan doen of om een andere reden dan pensionering stoppen met werken. Het grootste deel van de toekomstige uitstroom kan verklaard worden door pensionering van huisartsen.

¹⁴ R. Batenburg, L. van der Velden, E. Vis & R. Kenens, Cijfers uit de registratie van huisartsen – een update van de werkzaamheidscijfers voor 2018 en 2019. Utrecht: Nivel, 2019.

¹⁵ <https://vzinfo.nl/eerstelijnszorg/aanbod/huisartsenzorg>. Geraadpleegd op 1-10-2022.

Meer huisartsen verlaten het vak 15 jaar na afronden opleiding

Het toekomstige externe rendement van het huidige aantal in opleiding betreft feitelijk het gemiddelde aandeel mannen en vrouwen dat 1, 5, 10 en 15 jaar na afronden van de opleiding nog werkzaam zal zijn als huisarts. Het externe rendement van de huisartsen is op basis van de cijfers van het SSB berekend. Zie tabel 2.

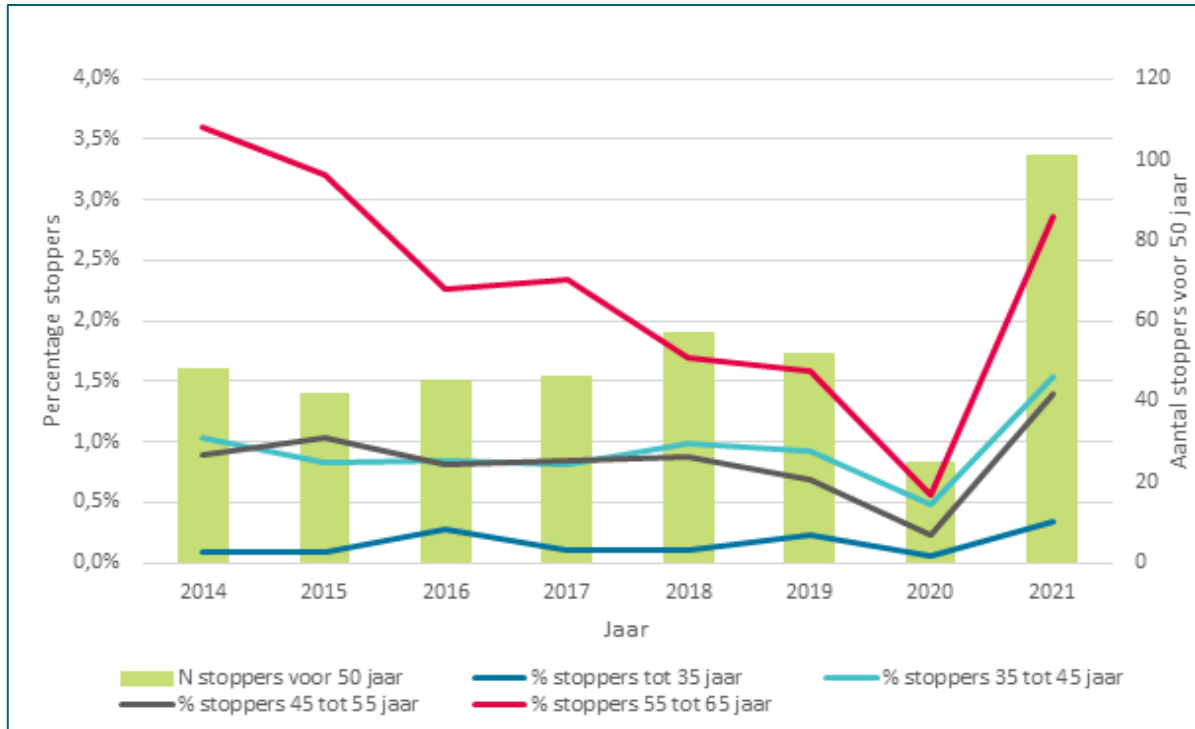
Tabel 2: Verwacht extern rendement van de opleiding huisartsgeneeskunde op basis van het SSB apart voor mannen en vrouwen

Extern rendement	Mannen	Vrouwen	Totaal
1 jaar	99%	99%	99%
5 jaar	95%	96%	95%
10 jaar	91%	90%	90%
15 jaar	72%	80%	75%

Het rendement na 10 jaar is 90%, na 15 jaar zakt dit echter naar 75%. Dit betekent dat naar verwachting een kwart van de huisartsen binnen 15 jaar na het afronden van de opleiding het vak weer verlaat. Dit beeld past bij cijfers die we zien op basis van andere bronnen zoals de RGS (Nyst 2022)¹⁶. Deze laten zien dat in 15 jaar tijd gemiddeld 10% van de huisartsen jonger dan 50 jaar stopt met het uitoefenen van het beroep. Dit aantal neemt de laatste jaren (met een dip in coronajaar 2020 en een piek in 2021) langzaam toe. In deze cijfers is ook te zien dat van de huisartsen tussen de 35 en 45 jaar een groter percentage uitstroomt dan van de huisartsen tussen de 45 en 55 jaar. Deze groep van 35 tot 45-jarigen is ook de groep die binnen 15 jaar na het afronden van de opleiding stopt.

¹⁶ <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/jonge-huisartsen-haken-af.htm>. De gegevens zijn opgevraagd bij het RGS en vergeleken met de SSB data.

Figuur 3: Percentage huisartsen dat stopt per jaar per leeftijdscategorie in de periode 2014-2021



Bron: Nivel in opdracht van het Capaciteitsorgaan 2022. De huidige en toekomstige capaciteit aan huisartsen in Nederland

Deze cijfers zijn exclusief artsen die uitvallen door overlijden of wel stoppen als huisarts maar zich niet als zodanig laten uitschrijven bij de RGS. Op basis van berekende historische trends lijkt het externe rendement van 75% na 15 jaar nu ook van toepassing op de toekomstige huisartsen. Dit is een nieuwe trend die vraagt om goede monitoring voor de volgende raming.

2.1.2 Duur en rendement van de opleidingen nemen iets toe

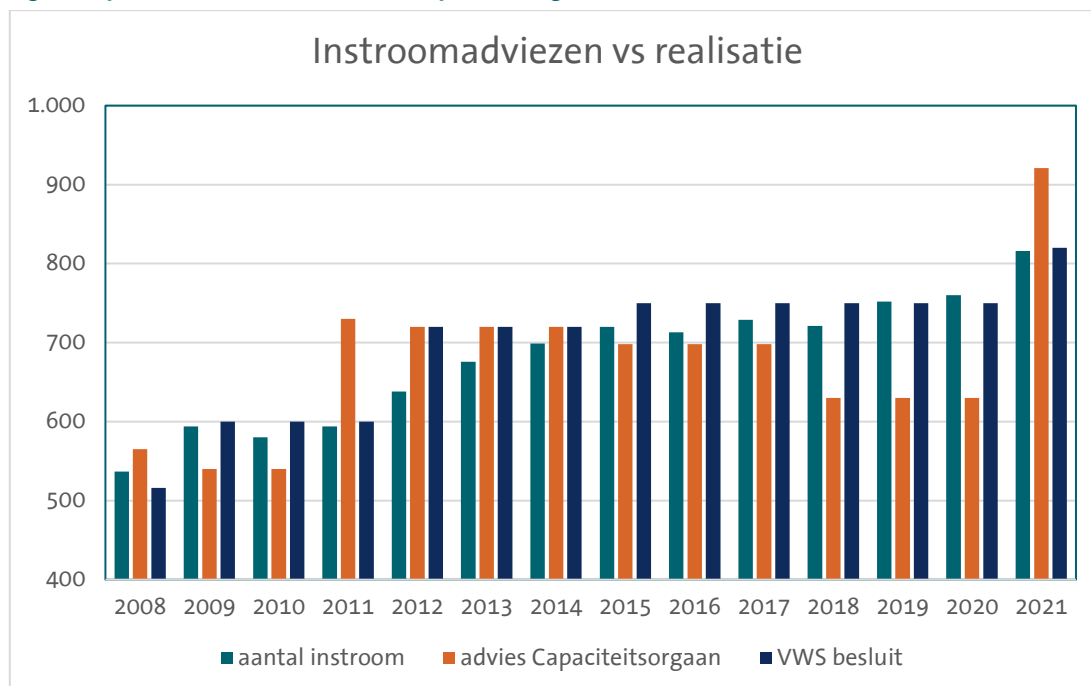
De opleiding tot huisarts duurt nominaal 3 jaar bij een voltijds dienstverband en vindt grotendeels plaats in de praktijk. In het eerste en derde jaar van de opleiding werkt de aiog huisartsgeneeskunde (huisarts in opleiding verder aangeduid als haio) in de huisartspraktijk. In het tweede jaar wordt een verplichte klinische stage spoedeisende hulp, een stage in een verpleeghuis en in een GGZ-instelling gevolgd. Hierbij werkt een haio 38 uur per week, waarvan 31,5 uur in de praktijk en 6,5 uur tijdens de terugkomdag bij het opleidingsinstituut. Sinds 2016 bestaat er een landelijk toewijzingsmodel dat bestaat uit een centrale aanmelding, decentrale selectie volgens een landelijk gestandaardiseerde selectiemethode en vervolgens een zo goed mogelijke spreiding van de haio's. Het streven is om alle opleidingsplaatsen, met name ook die in de periferie, te benutten. De Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH) is de formele werkgever van alle haio's 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 opleidingsinstellingen. Dit betreft het AMC-UvA en VU Medisch Centrum in Amsterdam, het Radboudumc in Nijmegen, het Erasmus

MC in Rotterdam, het Maastricht UMC+, het UMC Groningen, het UMC Utrecht en het LUMC in Leiden.

Adviezen

Het Capaciteitsorgaan heeft tot nu toe acht adviezen uitgebracht tussen 2000 en 2021 over de instroom van aios in de vervolgopleiding huisartsgeneeskunde als advies in het kader van een integraal capaciteitsplan.

Figuur 4: periode 2008-2021 Adviezen Capaciteitsorgaan, besluiten VWS en realisatie instroom



In 2009 en 2015 werden er in verband met onvoorziene belangrijke ontwikkelingen tussentijdse adviezen uitgebracht. Het Capaciteitsorgaan adviseerde in 2016 een lagere jaarlijkse instroom (vanaf 2018) van 555 tot 630 aios in de medische vervolgopleiding huisartsgeneeskunde met daarbij een voorkeur voor een instroom van 630 aios¹⁷. De reden hiervoor is het SMS-tijdsbestedingsonderzoek uitgevoerd door het Nivel, dat destijds veel informatie opleverde over het aantal uur dat verschillende typen huisartsen gemiddeld besteden aan patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten. Daarnaast was de verwachting dat er meer verticale substitutie zou worden toegepast binnen de huisartsgeneeskunde en werd de parameter efficiency fors aangepast. In 2020 verscheen er een bijgesteld advies op het Capaciteitsplan 2021-2024. Dit had te maken met de nieuwe bevolkingsprognose 2019-2060¹⁸ van het CBS die een aanvullend beeld van groei van de bevolking liet zien.

¹⁷ Capaciteitsorgaan (2016). Capaciteitsplan 2016, deelrapport 2 huisartsgeneeskunde

¹⁸ <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2019/51/kernprognose-2019-2060>

Als we kijken naar voorgaande adviezen kan geconcludeerd worden dat er wisselend beleid is geweest ten aanzien van het opvolgen en uiteindelijk beschikbaar stellen van het aantal geadviseerde opleidingsplaatsen voor huisartsen (zie figuur 4). Het ministerie van VWS besloot in de periode 2005-2009 stelselmatig beneden de geadviseerde bandbreedte van het Capaciteitsorgaan en vanaf 2015 tot 2020 boven de geadviseerde bandbreedte. Op het (bijgestelde) instroomadvies uit 2020 is door VWS aangegeven dat men stapsgewijs het aantal gefinancierde opleidingsplaatsen wil verhogen. In 2021 was dat 820, in 2022 850 en voor 2023 zijn 870 plaatsen beschikbaar gesteld. Dit ligt wel onder het geadviseerde aantal maar is in lijn met wat naar verwachting realiseerbaar zou kunnen zijn.

Realisatie besluiten: afspraken over de instroom 2019 – 2022

Voor de huisartsopleiding kunnen basisartsen twee keer per jaar solliciteren naar een opleidingsplaats. De selectie wordt decentraal uitgevoerd door zeven afzonderlijke opleidingsinstellingen. Jaarlijks starten in maart en september de nieuwe huisartsgeneeskunde met hun opleiding. De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) houdt bij hoeveel artsen jaarlijks instromen. Om aan de toenemende zorgvraag te kunnen blijven voldoen zijn de afgelopen jaren steeds meer plaatsen voor de huisartsopleiding beschikbaar gesteld door VWS. Met de stijging in aantallen opleidingsplaatsen zijn naast beschikbare kandidaten ook meer opleiders en praktijkopleiders (opleidingsinstellingen) nodig. Deze waren volgens Huisartsopleiding Nederland niet per direct in voldoende mate beschikbaar om tenminste het minimumadvies van het Capaciteitsorgaan te volgen. Tevens werd en wordt door VWS verzocht om bij de toewijzing van de opleidingsplaatsen speciale aandacht te hebben voor de regio's waar de nood het hoogst is¹⁹. De afgelopen jaren is hier hard aan gewerkt. Maar het lijkt erop dat het aantal sollicitaties voor de huisartsopleiding afneemt, terwijl het aantal toegewezen plekken toeneemt²⁰. Ook de bezetting van het aantal opleiders kwam nauwelijks rond. Diverse docenten verlaagden hun aanstelling. Sommigen wegens drukte in de praktijk. Daarnaast ging een significant deel van de collega's met pensioen of had ziekte- of zwangerschapsverlof. Gezien de noodzakelijke uitbreiding van de opleiding wordt de vraag naar docenten echter steeds groter.

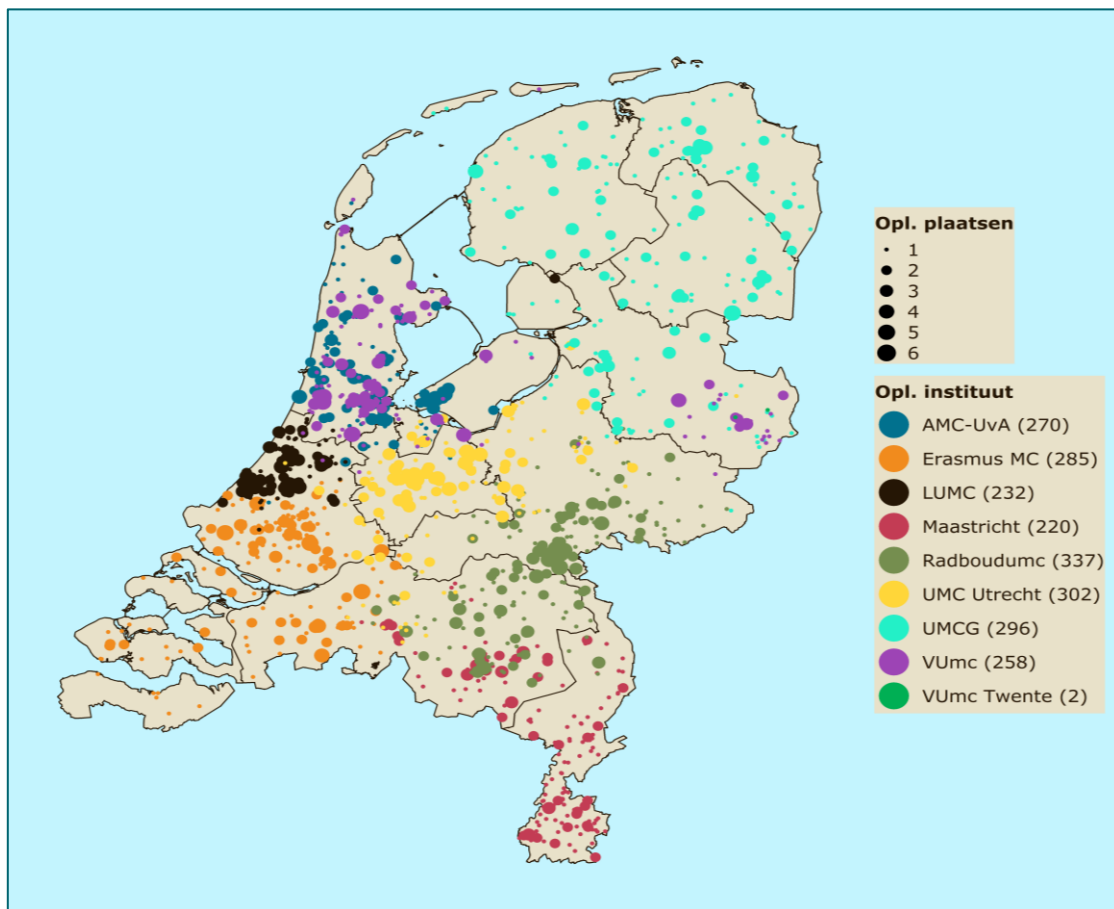
¹⁹ <https://open.overheid.nl/repository/ronl-8396f5c4-a2e8-4c70-acc0-f283414d6d59/1/pdf/capaciteitsplan-2021-2024.pdf>

²⁰ https://www.erasmusmc.nl/-/media/erasmusmc/pdf/3-onderwijs/huisartsgeneeskunde/jaarverslag-ha_erasmus-mc-2021_web.pdf

Huisartsenopleiders

Het aantal huisartsopleiders is de laatste jaren verder gestegen. Toch ziet men zoals eerder al aangegeven dat het steeds moeilijker wordt om het aantal huisartsenopleiders uit te breiden. In 2021 werden er in totaal 2.202 opleiders ingezet tegenover 2060 in 2020²¹. Dat is een toename van 6,9%.

Figuur 5: verdeling aantal huisartsenopleiders per opleidingsinstituut



Bron: Capaciteitsorgaan 2022

Groei totaal aantal huisartsen in opleiding

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%. In 2021 lag deze bezettingsgraad zelfs op 99% en is gezien de flinke stijging van het aantal opleidingsplaatsen een mooie prestatie. Wel is de instroom nog steeds onder het advies van 923 opleidingsplaatsen. Voor het jaar 2022 is de verwachting dat het aantal van 850 door het ministerie van VWS

²¹ SBOH opleiders gegevens 2021 bewerkt door het Capaciteitsorgaan.

beschikbaar gestelde opleidingscapaciteit niet gehaald gaat worden en er mogelijk zelfs sprake kan zijn van een afnemende groei.

Tabel 3: Adviezen Capaciteitsorgaan, besluiten VWS, gerealiseerde instroom opleiding en totale opleidingscapaciteit vanaf 2015

Jaar	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Advies	698	698	698	630	630	630	923
Besluit VWS	750	750	750	750	750	750	820
Instroom*	720	709	724	721	752	760	813
Totaal aios *	2.121	2.172	2.187	2.229	2.298	2.326	2.364
% Vrouwen	77,5%	76,0%	75,6%	74,6%	74,1%	73,7%	73,7%

Bron: SBOH sociaal jaarverslagen

In tabel 3 staat in de derde rij het aantal aios per jaar dat gestart is met de opleiding en in de vierde rij het aantal (resterende) 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 is de gemiddelde leeftijd bij instroom in de opleiding de afgelopen jaren nagenoeg stabiel gebleven (zie tabel 4)²².

Tabel 4: Leeftijd opleidingen per geslacht

Jaar	2019	2020	2021
Gemiddelde leeftijd vrouwen	29,4	30,1	29,7
Gemiddelde leeftijd mannen	30,2	30,2	30,6
Gemiddelde leeftijd aios	29,6	30,1	29,9

Bron: SBOH sociaal jaarverslagen

Naast aios zijn er tevens artsen die de huisartsopleiding combineren met een promotietraject. Zij worden aioto genoemd (arts in opleiding tot onderzoeker). Er zijn ook algemeen militair artsen (AMA) die een module huisartsgeneeskunde volgen en daarmee bepaalde vrijstellingen voor de opleiding tot huisarts kunnen krijgen.

Ongeveer 4% van de aios combineert de opleiding met een promotieonderzoek. Dit is belangrijk voor de beroepsgroep en voor de kwaliteit van de opleiding omdat er zo een wetenschappelijk kader ontstaat. Academisering wordt gezien als middel om de kwaliteit van het geneeskundig zorgaanbod en van de opleiding te verhogen. Aioto's worden op de reguliere wijze toegelaten tot de opleiding via decentrale selectie. Omdat zowel de aioto's en militair artsen qua aantallen – in vergelijking met de reguliere aios – erg klein zijn, houdt het Capaciteitsorgaan bij de behoefteramingen niet specifiek rekening met deze groepen.

²² <https://jaarbeeldsboh.nl/wp-content/uploads/2022/07/SBOH-Sociaal-Jaarverslag-2021.pdf>

Bij het verschijnen van dit rapport is de sollicitatieprocedure voor 2022 weliswaar afgerond maar staan de instroomaantallen niet vermeld, aangezien dit aantal nog niet definitief is. Door mutaties kan dit aantal namelijk nog veranderen. Voor zover huisartsenopleiding Nederland dit op dit moment kan inschatten, wordt door het ministerie van VWS toegestane instroom van 850 aios in 2022 naar verwachting niet gerealiseerd. De voorlopige instroom in 2022 is echter van belang voor het ramingsmodel, omdat hierin het aantal startende aios voor twee tussenliggende jaren (2022 en 2023), waarin het vorige advies nog van kracht is, in het ramingsmodel gebruikt wordt. Naar verwachting zullen er in 2022 ongeveer 798 nieuwe aios starten met hun opleiding. Dit is mogelijk lager dan het daadwerkelijke aantal. Vanuit het principe “better safe than sorry” is er iets lager ingeschat.

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 maar ook verlengd worden door parttime werken, ziekte, zwangerschap en/of onderwijskundige redenen.

De afgelopen jaren ziet de SBOH dat parttime in opleiding zijn steeds vaker voorkomt. In 2015 werkte nog 66,3% van de aios fulltime, in 2021 was dat 42,6%. De gemiddelde omvang van het dienstverband veranderde in die periode van 95,2% naar 93,6%. De gemiddelde omvang van het dienstverband onder alleen de parttimers is 88,9% van 38 uur.

Door de opleiding in deeltijd te volgen wordt de opleidingsduur en daarmee het dienstverband langer. Desalniettemin ziet de SBOH een stijging van het aantal aios dat de opleiding afrondt in minder dan de reguliere opleidingsduur van drie jaar. Dit wijst erop dat meer aios in aanmerking komen voor vrijstellingen in verband met eerder opgedane ervaring.

Op basis van de RGS-gegevens heeft het Capaciteitsorgaan berekend hoelang de aios over hun opleiding hebben gedaan. Vergeleken met de vorige raming lijkt het erop dat de gemiddelde opleidingsduur (gemiddeld) vrijwel onveranderd is gebleven.

Mannen blijven korter over de opleiding doen dan vrouwen, respectievelijk 2,9 en 3,3 jaar. Het totaal gemiddelde komt uit op 3,2 jaar. Dit is vergelijkbaar met de resultaten die de SBOH heeft berekend²³.

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

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

²³ <https://jaarbeeldsboh.nl/wp-content/uploads/2022/07/SBOH-Sociaal-Jaarverslag-2021.pdf>

succesvol heeft doorlopen, wordt als indicator voor het interne rendement vooral gekeken naar de uitval.

Het Capaciteitsorgaan baseert zich normaliter op het 5-jaarsgemiddelde rendement. Dit 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, zoals te zien is in tabel 5. Het aantal aios dat tussentijds de opleiding afbreekt is redelijk stabiel te noemen.

Tabel 5: Afbreken van de huisartsopleiding in relatie tot de totale opleidingscapaciteit

Jaar	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Afbrekende aios	44	37	31	55	40	60
Totaal aantal aios	2.172	2.187	2.229	2.289	2.326	2.364
Uitvalpercentage	2,03%	1,69%	1,39%	2,40%	1,72%	2,53%

Bron: RGS/SBOH

Het percentage uitvallers ten opzichte van het totale aantal aios, was in de periode 2016 tot en met 2021 tussen de 2,03 % en 2,53 %. Omgerekend is de benadering van het intern rendement dan gelijk aan 100% minus het uitvalpercentage. Het Capaciteitsorgaan heeft op basis van meer gedetailleerde gegevens van de RGS het interne rendement berekend. Dit komt uit op 94,3%.

Groei aantal huisartsen wordt een uitdaging

Het ministerie van VWS stelt elk jaar vast hoeveel opleidingsplekken het financiert voor de huisartsopleiding. Met ingang van 2009 is dat aantal structureel uitgebreid van aanvankelijk 600 opleidingsplaatsen per jaar, naar 820 in 2021. Hoewel er nog ruim voldoende belangstelling is, merkt het veld dat het aantal sollicitanten lijkt af te nemen. De toegestane opleidingscapaciteit werd in het (recente) verleden niet altijd volledig benut en dreigt ook de komende jaren voor een uitdaging te gaan zorgen.

Ook het vinden en inzetten van huisartsdocenten lijkt steeds minder goed te lukken wegens drukte in de praktijk, uitstroom vanwege pensioen en/of zwangerschap.²⁴

In tabel 6 zijn de door het model gebruikte parameterwaarden samengevat én vergeleken met de parameterwaarden uit voorgaande adviezen.

²⁴ https://www.erasmusmc.nl/-/media/erasmusmc/pdf/3-onderwijs/huisartsgeneeskunde/jaarverslag-ha_erasmus-mc-2021_web.pdf

Tabel 6: Parameterwaarden opleiding

Capaciteitsplan	2010	2013	2016	2019	2022
Instroom gemiddeld ²⁵	553,7	632,7	707	719	798
Instroom vanaf tussenjaar	522	596	638	720	798
Percentage vrouwelijke aios	69,9%	71,3%	76,0%	77,5%	73,7%
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3 jaar	3 jaar	3,2 jaar
Intern rendement	98%	98%	94%	93%	94,3%

2.2 Trends in vraag naar zorg: meer vraag in tijden van schaarste

In de onderstaande paragrafen zal worden ingegaan op factoren die al dan niet bijdragen aan een groei in de vraag naar zorg.

2.2.1 De onvervulde vraag neemt toe

Onvervulde vraag is een parameter die de huidige verhouding tussen vraag en aanbod weergeeft. Om een inschatting te kunnen maken van de onvervulde vraag gebruikt het Capaciteitsorgaan meerdere bronnen. 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 gebruikt zijn, waren de vacaturepercentages uit de arbeidsmarktmonitor en de spanningsindicator Arbeidsmarkt. Experts uit het veld hadden twijfels over de juistheid van de vacaturepercentages, daar het er sterk op leek dat de online gepubliceerde vacatures maar een deel van de werkelijke vacatures representeerden. De spanningsindicator van het UWV werd niet specifiek voor de huisartsen weergegeven maar voor artsen als categorie en gaf om die reden ook geen goed beeld van de onvervulde vraag.

Er is dus gezocht naar nieuwe bronnen die meer over de onvervulde vraag naar huisartsen kunnen zeggen. In de praktijk blijkt dat veel openstaande vacatures via diverse mediums verspreid worden, o.a. social media. Het is daardoor niet gemakkelijk om eenduidig inzicht te krijgen in aantallen vacatures. Er zijn inmiddels twee bronnen die mogelijk gebruikt kunnen worden bij het vaststellen van de onvervulde vraag. Dit betreft de praktijkenquête onder huisartspraktijken van het Nivel en een

²⁵ Gemiddeld zijn er $760 (2020) + 813 (2021) + 810 (\text{Inschatting } 2022) / 3 = 798$ aios ingestroomd per 1-1-2023. Dit betreft het totaal aantal aios huisartsgeneeskunde op 1 januari van dat jaar gedeeld door de werkelijke opleidingsduur in jaren.

rondvraag onder verzekeringsmaatschappijen die een arbeidsongeschiktheidsverzekering aanbieden voor onder andere huisartsen.

Nivel praktijkenquête

Sinds 2018 schrijft het Nivel jaarlijks alle bijna 5.000 huisartsenpraktijken in Nederland aan om de Praktijkenquête Huisartsenzorg in te vullen. De vragenlijst geeft inzicht in onder andere de Personeels-samenstelling in de huisartsenpraktijk en vacatures voor de diverse functies, de effecten 1 van online inzage in het medisch dossier en de gevolgen van de coronapandemie voor de huisartsenpraktijk en eventuele andere actuele knelpunten. De vragenlijst is opgesteld in afstemming met onder andere InEen, de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Stichting KOH, het Capaciteitsorgaan en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Eind 2021 is er wederom een praktijkenquête uitgezet. Deze laat met betrekking tot de vacatures de volgende resultaten zien (zie tabel 7).

Tabel 7: Vacaturegraad voor de verschillende beroepen in de huisartspraktijk

Beroepsgroep	Totale vacaturegraad	Langdurige vacaturegraad*
Huisartsen	14,2%	7,0%

*Langdurige vacatures zijn vacatures die langer dan 3 maanden niet vervuld worden

Voor de raming is met name de langdurige vacaturegraad interessant omdat dit de mate van onvervulde vraag goed weergeeft. In deze enquête komt naar voren dat deze 7,0 % bedraagt. In het rapport van 2019/2020 ²⁶ geeft men aan dat er landelijk een gemiddelde van 8% wordt gezien als het gaat om moeilijk vervulbare vacatures.

Rondvraag onder verzekeraars

Wat relatief nieuw is binnen het Capaciteitsorgaan, is om ook te kijken naar het ziekteverzuim. Het Capaciteitsorgaan heeft diverse verzekeraars die arbeidsongeschiktheidsverzekeringen voor huisartsen aanbieden, gevraagd om inzicht te geven van met name de aantallen huisartsen die langdurig uitgevallen zijn. Doordat de verkregen informatie concurrentie gevoelig is, zijn deze niet per verzekeraar in dit rapport opgenomen.

Geschat wordt dat gemiddeld genomen de meldingsfrequentie van uitgevallen huisartsen (exclusief zwangerschappen en langer dan 1 jaar) tussen de 6%-8% bedraagt waarbij er de laatste jaren een (lichte) stijgende trend te zien was. Psyche gerelateerde uitval is een kwart tot een derde van de totale uitval. Deze laat een sterke stijging zien over de laatste 10 jaar.

Geconcludeerd kan worden dat op basis van bovenstaande twee nieuw gebruikte bronnen vrijwel dezelfde percentages naar voren komen. Ook zijn diverse experts uit het veld geraadpleegd. Zij hebben de onvervulde vraag iets hoger ingeschat op 9%. De bandbreedte voor de onvervulde vraag komt hiermee op **7% tot 9%**.

²⁶ Vis, E., Bosmans, M., Keuper, J., Batenburg, R. De arbeidsmarkt van de huisartsenzorg in 28 regio's van Nederland, 2019/2020. Utrecht: Nivel, 2020.

2.2.2 Demografische en epidemiologische veranderingen: Een lichte stijging

Ten behoeve van de raming 2022 zijn bij Vektis zorgproductiegegevens van huisartsen uitgevraagd over de periode 2016 tot en met 2021. De uitgevraagde data betreft een uitsplitsing van het aantal patiënten en prestaties naar leeftijd (groepen van 5 jaar), geslacht, prestatiecode, praktijktype en praktijkomvang. Deze data zijn gecombineerd met de bevolkingsprognoses naar leeftijd en geslacht in de komende 20 jaar van het CBS.

Vervolgens zijn de gegevens van de laatste kernprognose van het CBS (december 2021) gebruikt voor de projectie. Deze bevolkingsprognose is voor de periode 2020-2070, dat is langer dan normaal. In deze prognose is voor de korte termijn oversterfte door COVID-19 meegenomen, voor de langere termijn is dat nog onzeker.

Tabel 8: Aantallen standaard prestaties (12.000 tot en met 12.011 in miljoenen per jaar)

jaar	Anders (divers)	Consult (12000)	Consult 20+ (12001)	Consult < 5 (12010)	Consult 5-20 (12011)	Telefonisch (12004)	Visite (12002)	Totaal
2016	1.67	34.95	9.62			19.93	1.65	67.82
2017	1.72	34.16	9.97			20.57	1.56	67.98
2018	1.80	34.28	10.36			21.62	1.46	69.52
2019	2.66		10.75	20.69	37.44			71.54
2020	2.08		10.30	22.54	34.46			69.38
2021	1.95		10.21	21.49	33.89			67.54

Bron: Vektis gegevens

In tabel 8 is goed te zien dat er tot 2019 een stijgende lijn te zien was in het totaal aantal prestaties. De jaren 2020 en 2021 wijken voor specifieke leeftijdsgroepen af van voorgaande jaren. Dit is hoogstwaarschijnlijk een gevolg van de covidpandemie. Daarom is gekozen om de zorgindicaties te baseren op de consulteenheden van 2018 en 2019. Eén en ander zal zeer waarschijnlijk te maken hebben met de Covid-19 pandemie. Anno 2022 is alweer te zien dat de zorgvraag op het oude niveau van voor de corona zit²⁷. Wel zag men in het voorjaar van 2022 dat het aantal korte consulten van minder dan vijf minuten, vaak telefonische of per e-mail, zo'n 35% boven het niveau van 2019 lag. Het aantal consulten van vijf tot twintig minuten bleef zo'n 10% onder het niveau van 2019. De komende jaren is het van belang deze ontwikkelingen te blijven monitoren.

Effect op de uitkomsten

De zorgindicaties en prognose bevolkingsgroei over 20 jaar naar leeftijd en geslacht zijn getotaliseerd en vervolgens weergegeven in procentuele groei per 5, 10, 15 en 20 jaar. De resultaten staan in tabel 9. Ter vergelijking zijn ook de groeipercentages uit de vorige raming opgenomen. De verwachte groei vanwege demografische ontwikkelingen voor de raming in 2022 is licht toegenomen ten opzichte van de raming uit 2019.

²⁷ <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/twee-jaar-coronapandemie-heeft-de-huisartsenzorg-veranderd-meer-korte-consulten-en-minder>

Tabel 9: Nieuwe en vorige demografieparameters

	nieuw 2027	nieuw 2032	nieuw 2037	nieuw 2042	vorige 2025	vorige 2030	vorige 2035	vorige 2040
Zorgvraagontwikkeling o.b.v. 'gebruik' en verandering bevolkingsopbouw	5.8%	10.8%	14.8%	17.9%	5.5%	10.4%	14.3%	17.3%

Uit bovenstaande tabel is een gemiddelde stijging van de zorgvraag te zien, als gevolg van demografische veranderingen, van 10,8 % in 10 jaar tijd. In de raming 2019 was dit percentage nagenoeg gelijk, namelijk 10,4 %. Een onzeker fenomeen voor toekomstige ramingen is de oversterfte, niet alleen als gevolg van pandemieën ²⁸ maar ook als gevolg van hittegolven.

2.2.3 Epidemiologie

Zoals in voorgaand capaciteitsplan al geschreven maar nog steeds van toepassing, houden de LHV en NHG in hun Toekomstverkenning 2022 rekening met de volgende epidemiologische ontwikkelingen:²⁹

- (dubbele) vergrijzing 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 bronnen worden deze ontwikkelingen nogmaals bevestigd; zij blijken actueler dan ooit.^{30,31,32,33,34}

Groei populatie ouderen

Ook voor de komende periode houden we sterk rekening met een toename van de zorgvraag door de groei van de groep (kwetsbare) ouderen en met de dubbele vergrijzing tot in ieder geval 2040 (figuur 6). Daarna lijkt er een plateau te ontstaan in de groei van het aantal ouderen van 65 jaar en ouderen opzichte van het aantal 20- tot 65-jarigen. In 2021 was ongeveer 34% van de bevolking 65 jaar

²⁸ <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/diversen/2022/ontwikkelingen-in-sterfte-in-2020-en-2021/2-ontwikkelingen-in-de-totale-sterfte>

²⁹ Landelijke Huisartsenvereniging, & Nederlands Huisartsengenootschap (2012). *Toekomstvisie huisartsenzorg: Modernisering naar menselijke maat; Huisartsenzorg in 2022*. Utrecht: Auteurs.

³⁰ <https://www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv>. (juli 2019)

³¹ Jansen, T., Bolt, E., Hooiveld, M., Hendriksen, J., Korevaar, J. In 2021 meer jongvolwassen vrouwen naar de huisarts met depressieve gevoelens en angst. Utrecht: Nivel, 2022

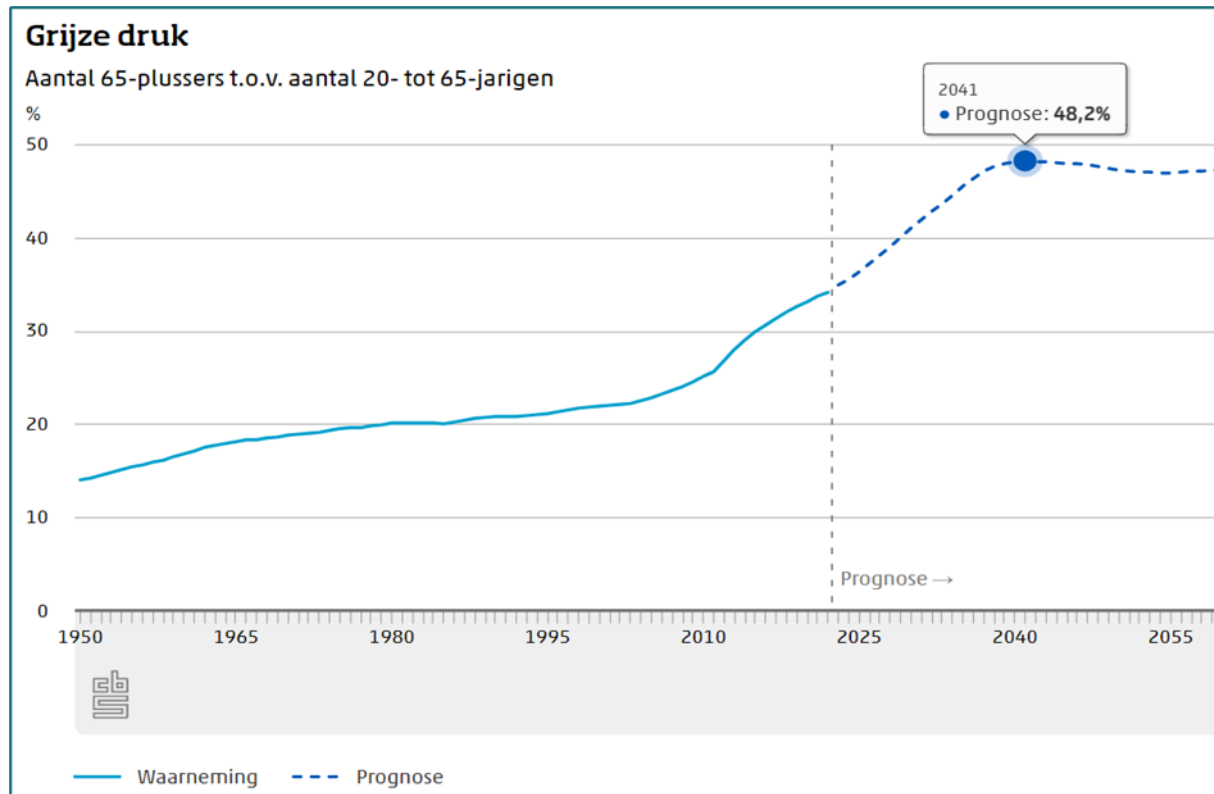
³² Rijpkema, C., Ramerman, L., Bos, N., Beugel, G., Olde Hartman, T., Muris, J., Berger, M., Peters, L., Verheij, R. Minder zorggebruik via huisartsenpost in 2020 voor niet COVID-19-geassocieerde gezondheidsproblemen, maar niet voor ouderen. COVID-GP Factsheet 1 Huisartsenzorg buiten kantooruren via de huisartsenpost. Utrecht: Nivel, 2021

³³ <https://www.rivm.nl/monkeypox-apeenpokken>. (geraadpleegd op 12-7-2022)

³⁴ <https://www.nza.nl/zorgsectoren/geestelijke-gezondheidszorg-ggz-en-forensische-zorg-fz/kerncijfers-geestelijke-gezondheidszorg-ggz>.

en ouder ten opzichte van het aantal 20 tot 65-jarigen, terwijl dit in 2041 ongeveer 48% zal zijn volgens prognose van het CBS.³⁵

Figuur 6: Ontwikkeling vergrijzing in Nederland 1950-2055



Bron: CBS

Toenemende GGZ-problematiek

Patiënten met ernstig psychisch lijden zijn aangewezen op zorg vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Beide wetten maken dat de kwaliteit van de lokale samenwerking tussen ggz en sociaal domein op gemeenteniveau zeer variabel is, wat onder meer leidt tot lange wachttijden voor cliënten. Huisartsen en POH's-ggz ervaren de problemen in de toegang tot de ggz. Zij kunnen psychische zorg bieden bij lichte, veelvoorkomende problematiek, binnen de huisartsgeneeskundige kaders. Daarmee bieden zij andere zorg dan de ggz-aanbieders en niet de specialistische zorg die de ggz in huis heeft. Huisartsen hebben de afgelopen periode soms te maken met ggz-wachttijden van meer dan een halfjaar en bij complexe problematiek is niet altijd duidelijk waar de patiënt als eerste naartoe moet.

Ontwikkelagenda

Een brede coalitie van partijen uit de eerste lijn, de ggz en het sociaal domein, samen met zorgverzekeraars, heeft in het voorjaar van 2022 de 'Ontwikkelagenda Toegankelijkheid en wachttijden ggz

³⁵ <https://www.cbs.nl/nl-nl/visualisaties/dashboard-bevolking/leeftijd/ouderen>. (geraadpleegd op 14-7-2022)

2022' gestuurd aan minister Helder voor Langdurige Zorg en Sport³⁶. De ondertekenaars stellen dat wachtlijsten niet alleen 'het' probleem van de ggz zijn, maar vragen om een brede maatschappelijke discussie in combinatie met een regionale aanpak. Voor de huisartsen geldt dat het hierbij van belang is dat regionale huisartsen-organisaties en (grote) ggz-instellingen elkaar weten te vinden en hun samenwerking vormgeven.

In de brief schetsen ze de randvoorwaarden daarvoor.

De hoofddoelen die worden nagestreefd zijn:

- Verbeteren van juiste en tijdige mogelijkheden in de sociale basis,
- Verbeteren van toegang tot de ggz,
- Passende zorg en verbeteren door- en uitstroom in de ggz

Groep met gezondheidsachterstand groeit

In 2021 bracht de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (RVS) het adviesrapport 'Een eerlijke kans op gezond leven' uit. De RVS signaleert dat ondanks de toegenomen aandacht voor het probleem, en vele programma's, convenanten en preventieakkoorden, de gezondheidsachterstanden tussen bepaalde groepen burgers hardnekkig blijven voortbestaan en de gezondheidskloof tussen rijk en arm groeit³⁷. Dit is zowel zorgelijk als onwenselijk, omdat het niet alleen individuen raakt, maar ook de samenleving als geheel³⁸. Gezondheidsachterstanden zijn oververtegenwoordigd bij mensen in een kwetsbare maatschappelijke positie. Zij leven minder lang in goede gezondheid. Ze zijn bijvoorbeeld oververtegenwoordigd bij chronische aandoeningen (zoals diabetes en COPD) en overlijden vaker aan kanker.

Echter in een onderzoek uitgevoerd door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) blijkt dat de sociale ongelijkheid in Nederland tussen 2014 en 2020 nagenoeg gelijk blijft³⁹. Het meest opvallende is dat de groep jongere kansrijke groeide (van 12% naar 15% van de volwassen bevolking) en de groep die onder de noemer precariaat valt is afgenomen (van 13% naar 9%). Bij deze laatste groep gaat het om mensen die veelal niet werken, weinig inkomen en vermogen hebben en over een slechte gezondheid en over een klein sociaal netwerk beschikken. De maatregelen en de lockdown tijdens de coronapandemie hebben impact gehad op alle leefgebieden. Mensen met een lagere sociaaleconomische status zijn echter harder geraakt dan mensen in betere leefomstandigheden⁴⁰. De groep mensen met een lagere sociaaleconomische status werd daarnaast ook steeds groter, doordat werk en inkomen wegvielen.

³⁶ <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2022/03/bijlage-3.-ontwikkelagenda-toegankelijkheid-en-wachttijden-ggz.pdf>

³⁷ Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Een eerlijke kans op gezond leven. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; 2021.

³⁸ Grootegoed, E., Winsemius, A., Noordegraaf-Eelens, L., & Dannenberg, E. (2022). Gezondheidsachterstanden aanpakken bij de bron: minder leefstijl, meer bestaanszekerheid. TSG-Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen, 100(1), 32-35.

³⁹ Hoff, S., Vrooman, C., Iedema, J., Boelhouwer, J. en Kullberg, J. (2021). Verschil in Nederland 2014-2020: Zes sociale klassen en hun visies op samenleving en politiek. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.

⁴⁰ De maatregelen en de lockdown hebben impact gehad op alle leefgebieden. Mensen met een lagere sociaaleconomische status, zijn harder geraakt dan mensen in betere leefomstandigheden.

Tot slot blijkt uit onderzoek van het Nivel en het Amsterdam Health and Technology Institute ⁴¹ dat gebruikers van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), veel meer gebruik maken van huisartsenzorg dan niet Wmo-gebruikers. Ook verschilt Wmo-gebruik tussen stadsdelen en speelt migratieachtergrond een rol in de mate van Wmo-gebruik. De vraag naar Wmo-ondersteuning en zorg blijft de komende decennia stijgen. Tegelijkertijd krimpt ook in deze sector de arbeidsmarkt en neemt de druk op mantelzorgers toe ⁴². Mogelijk zal dit leiden tot een toename in de huisartsenzorg.

Preventie en gecombineerde leefstijlinterventies (GLI)

De overheid wil dat Nederlanders gezond zijn en blijven. De gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) helpt mensen met overgewicht meer te bewegen en gezond te eten. Sinds januari 2019 vergoeden zorgverzekeraars de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Uit de GLI-monitor, het halfjaarlijkse onderzoek van het RIVM⁴³, gebaseerd op declaratiedata van zorgverzekeraars en het GLI-register, blijkt dat het aantal deelnemers iets lager is dan het RIVM bij aanvang had verwacht. De deelname lijkt zich na een 'coronadip' weer te herstellen. Tot en met eind augustus 2021 waren er ruim 79.000 declaraties ingediend voor een bedrag van 8,4 miljoen euro. Uit het rapport blijkt dat het aantal gestarte deelnemers weer verder gestegen is tot ruim 39.000 deelnemers, een stijging van 40% in vier maanden tijd (peildatum 31 december 2021). Het aantal ingediende declaraties nam toe tot ruim 129.000 declaraties (een stijging van 63%).

Parameter epidemiologie

Het Capaciteitsorgaan houdt bij het vaststellen van de parameter epidemiologie rekening met de omvang van bovengenoemde ontwikkelingen, de snelheid waarmee deze zich zullen voordoen en de maatschappelijke veranderingen die hieraan ten grondslag liggen.

Het Capaciteitsplan 2019 ging uit van +0,5% tot +1,0%. Met name vanwege de voortgezette ontwikkelingen in de GGZ en toename van zorg voor ouderen en kwetsbare groepen wordt deze parameter hetzelfde ingeschat als in 2019.

Daarom worden de parameterwaarden (c.q. de jaarlijks benodigde groei aan capaciteit huisartsen) analoog aan de raming in 2019 gesteld op: Lage waarde: +0,5%, midden waarde: +0,75%, hoge waarde: +1,0%.

2.2.4 Sociaal-culturele factoren

Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder meer voort uit veranderende wensen en eisen vanuit de maatschappij en de politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg. Dit zijn de belangrijkste sociaal-culturele ontwikkelingen en trends die de benodigde capaciteit aan huisartsen beïnvloeden:

⁴¹ Cramer, C., Prins, A., Verhagen, M., Beem, R. van, Heidenrijk, M., Verheij, R. Zorggebruik sociaal domein en eerste lijn in Amsterdam: de meerwaarde van het combineren van gegevens. Utrecht: Nivel, 2021.

⁴² <https://www.actiz.nl/meer-aandacht-nodig-voor-preventie-inclusie-en-samenwerking-de-wmo>. (13 april 2022)

⁴³ Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Drie jaar gecombineerde leefstijlinterventie (20-6-2022)

- De overheid wil kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg garanderen. Tegelijkertijd signaleert zij dat er sprake is van schaarste aan arbeid en financiering. Hierdoor is het noodzakelijk om de zorg anders te organiseren. De groei in het aantal banen in de zorgsector moet beperkt worden. Onder meer het belang van regionaal gedeeld werkgeverschap, de inzet van werkdruk verlagende technologie en het behoud van zorgmedewerkers wordt centraal gesteld. Zorgopleidingen moeten goed aansluiten op de arbeidsmarkt en maatschappij. Taken en functies moeten herijkt worden in het streven naar optimale inzet van zorgprofessionals en het leveren van passende zorg. Initiatieven om door samenwerking in de regio de zorg anders te organiseren en passende capaciteit te creëren worden door VWS actief ondersteund. Dit kan een stabiliserend effect hebben op de vraag naar de toch al schaarse beroepen, zoals huisartsen ^{44,45,46}.
- De populatie van huisartsenzorg vergrijsst. Ouderen wonen steeds langer zelfstandig thuis of in kleinschalige woon-zorgvormen, waarbij de huisarts hoofdbehandelaar is. Deze groep kwetsbare ouderen wordt steeds groter en de zorgvraag van deze groep wordt steeds intensiever en complexer. Verwijzen naar de ouderengeneeskunde is vanwege tekorten daar niet altijd eenvoudig ^{47,48,49,50}.
- De druk op de huisartsen stijgt verder door een toename in ziekenhuis verplaatste zorg. Dit is onder meer ingegeven vanuit de noodzaak tot het beheersen van zorgkosten en het leveren van persoonsgerichte, passende zorg door het bieden van 'de juiste zorg op de juiste plek'. De gemiddelde ligduur in ziekenhuizen is steeds korter geworden (in 2019 gemiddeld 5,2 dagen volgens de meest recente CBS-gegevens). Patiënten worden zo snel mogelijk ontslagen. De nazorg en monitoring door de huisarts wordt intensiever ^{39,40,41,42}.
- Ook zorgvragen op sociaal-maatschappelijk vlak en vanuit psychische problematiek komen bij veel bij huisartsen terecht. Mogelijkheden om te verwijzen naar het sociale domein, de ggz en/of jeugdzorg zijn beperkt, mede door de krapte in die sectoren ^{39,40,41,42}.
- Vanuit een gerichtheid op 'positieve gezondheid' en 'persoonsgerichte zorg' - waarbij het welbevinden van de patiënt en het behoud van eigen regie centraal staan - en op preventie en leefstijl krijgen huisartsen/huisartspraktijken steeds meer de rol van ondersteuner en 'coach'. Patiënten worden steeds mondiger en kritischer en hebben meer vragen. Intensiever overleg met patiënten/naasten en 'samen beslissen' vraagt een tijdsinvestering en anders werken van huisartsen.

⁴⁴ Ministerie van VWS (2022, 13 mei). Hoofdlijnenbrief Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2022/05/13/hoofdlijnenbrief-toekomstbestendige-arbeidsmarkt-zorg>

⁴⁵ Inspectie der Rijksfinanciën (2020). Naar een toekomstbestendig zorgstelsel: Brede maatschappelijke heroverweging. Geraadpleegd op 14 juni 2022 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/04/20/bmh-2-naar-een-toekomstbestendig-zorgstelsel>

⁴⁶ Waardigheid en Trots. Duurzame medische zorg vliegwielen voor meer samenwerking in de regio. Geraadpleegd op 14 juni 2022 op <https://www.waardigheidentrots.nl/praktijk/duurzame-medische-zorg-vliegwielen-samenwerking-regio/>

⁴⁷ Flinterman, L., Vis, E., & Batenburg, R. (2022). Wat wil de werkgever? De vraag naar zorgprofessionals in vijf sectoren en de komende vijf jaar: Uitkomsten van de werkgeversenquête 2021/2022. Utrecht: Nivel.

⁴⁸ Capaciteitsorgaan, Focusgroep vanuit Kamer PA/VS voor sector Huisartsenzorg, 13 oktober 2021.

⁴⁹ Verenso, V&VN, & LHV. Gezamenlijke reactie op WOZO vanuit de beroepsgroepen V&VN, LHV en Verenso. Geraadpleegd op 15 juni 2022 op https://www.verenso.nl/_asset/_public/Nieuws/reactie-WOZO_LHV_VVN_Verenso_08062022-LHV_VVN_DEF.pdf

⁵⁰ Boelens, R., Hogenbirk, E., & Heijer, M. den (2022). Huisarts? Bekijk de trends van 2022 in uw vakgebied. Geraadpleegd op 15 juni 2022 op <https://www.abnamro.nl/nl/prive/speciaal-voor/medici/tips-voor-medici/trends-huisartsenzorg.html>

‘Meer tijd voor de patiënt’ is al jaren een wens van huisartsen. De aanpak kent succesfactoren maar ook belemmeringen en is vooralsnog geen gemeengoed ^{39,42,43,44,45,46,47,48}.

- Veel (oudere) praktijkhoudende huisartsen ondervinden problemen met het vinden van praktijkopvolging. De ‘nieuwe generatie’ huisartsen wil vaker (nog) niet de verantwoordelijkheid voor en investering in een eigen praktijk. Jonge huisartsen willen liever: parttime werken voor grip op de werk-privébalans, samenwerken met andere huisartsen in groter organisatorisch verband (bijvoorbeeld een gezondheidscentrum), werken in loondienst of als waarnemer ^{39,42,49}.

In de vorige raming werden bovenstaande ontwikkelingen ook gesignaleerd. Daarom worden de parameterwaarden (c.q. de jaarlijks benodigde groei aan capaciteit huisartsen) analoog aan de raming in 2019 gesteld op: Lage waarde: +0,8%, midden waarde: +1,2%, hoge waarde: +1,6%

2.2.5 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

De parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen geeft de toe- of afname in de behoefte aan een beroepsgroep aan, als gevolg van technische, wetenschappelijke of andere inhoudelijke ontwikkelingen en wijzigingen in het vak en de uitvoering van het werk. Dit zijn de belangrijkste vakinhoudelijke ontwikkelingen en trends die de benodigde capaciteit aan huisartsen beïnvloeden:

- Huisartspraktijken groeien in omvang, met meer personeel, verschillende functies en faciliteiten. Huisartsen zijn steeds vaker regisseur, supervisor, manager, waar zij veelal liever hun tijd besteden aan patiëntenzorg. Er wordt in toenemende mate multidisciplinair gewerkt, wat meer overleg en afstemming vraagt ^{39,40,42,43,49,50}.
- Er is, mede door de coronapandemie en het thema duurzaamheid, meer aandacht voor het tijdig en adequaat reageren bij uitbraken van infectieziekten, (infectie)preventie, leefstijlgeneeskunde, veilig werken. Dit leidt onder meer tot nieuwe protocollen en handreikingen, die kennis, implementatie en onderhoud vragen ^{39,40,51,52}.

⁴³ KNMG (2021). De rollen van de arts in 2040: Kernwaarden en verhouding tot de samenleving. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://knmg.maglr.com/knmg-rol-van-de-arts-in-2040/de-rollen-van-de-arts-in-2040>

⁴⁴ Kramer, P., Damhuis, E., & Verhue, D. (2020). Samen beslissen: Doelgroepenonderzoek onder zorgverleners en zorggebruikers. Amsterdam: Kantar Public.

⁴⁵ InEen, NHG, & ZO! (2020 of 2021). Infographic Persoonsgerichte Zorg. Geraadpleegd op 15 juni 2022 op https://www.nhg.org/sites/default/files/content/nhg_org/uploads/ineen-nhg-zo-infographic-persoonsgerichte-zorg.pdf

⁴⁶ Dulmen, S. van, Roodbeen, R., & Noordman, J. (2020). Kennisvraag Tijd voor samen beslissen: Perspectieven van patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars ten aanzien van tijd om samen te beslissen. Utrecht: Nivel.

⁴⁷ Patiëntenfederatie Nederland (2021). Rapport Huisartsenzorg. Geraadpleegd op 15 juni 2022 op <https://www.patiëntenfederatie.nl/downloads/rapporten/765-rapport-huisartsenzorg-jan2021/file>

⁴⁸ Keuper, J., Schaijk, A. van, & Batenburg, R. (2021). Meer tijd voor de Patiënt: Geleerde lessen voor uitrol en structurele verankering. Een vergelijkend onderzoek naar zeven ‘Meer tijd voor de Patiënt’ projecten in de huisartsenzorg. Utrecht: Nivel

⁴⁹ Geit, E. de, Flinterman, L., Keuper, J., Schaijk, A. van, Vis, E., & Batenburg, R. (2022). *De arbeidsmarkt van de Nederlandse huisartsenzorg in 2020: Toelichting en samenvatting van het onderzoek en de regionale factsheets*. Utrecht: Nivel.

⁵⁰ Zaat, J. (2018). Generalisme versus specialisme. *Huisarts en Wetenschap*, 62(1), 12–16. doi:10.1007/s12445-018-0389-4

⁵¹ Ministerie van VWS (2022, 14 april). Kamerbrief ‘Beleidsagenda pandemische paraatheid’. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/04/14/kamerbrief-over-beleidsagenda-pandemische-paraatheid>

⁵² Veer, A. de, Schlinkert, C., Groot, K. de, & Wagner, C. (2021). Coronacrisis biedt mogelijkheden voor veiligere zorg. Utrecht: Nivel.

- Het toepassen van nieuwe technologie in zorg en behandeling vraagt van zorgprofessionals nieuwe (digitale) vaardigheden, meer kennis en andere manieren van werken. Ook ondersteunen zij cliënten en mantelzorgers vaker bij het gebruik van (nieuwe) digitale middelen. Hoewel digitale zorg de afgelopen jaren al steeds meer in opkomst was, kreeg dit door de coronacrisis een extra impuls. Vooral het gebruik van beeldbellen, e-consulten en patiëntportalen is toegenomen. Niet zelden betekent de inzet van (innovatieve) technologie nu nog een tijdsinvestering voor huisartsen ^{39,40,42,43,47,53,54}.

Vooral door de voorziene toename van taken voor huisartsen op het gebied van infectieziekten (preventie) worden de parameterwaarden voor deze raming iets hoger ingeschat dan in 2019 (toen: +0,2% tot +0,5%): Lage waarde: +0,5%, midden waarde: +0,8%, hoge waarde: +1,0%.

2.2.6 Efficiëntie met wisselend effect op de inzet

Ontwikkelingen op het vlak van efficiency volgen o.a. uit schaalvergroting, samenwerking, veranderingen in de procesinrichting, administratie of ICT. Het betreft wijzigingen die de productiviteit beïnvloeden, zoals verlichting of verzwaren van administratieve lasten, de verbetering van ICT-systemen, het afstoten van oneigenlijke taken, tijdwinst door minder reistijd of effectiever overleg.

Dit zijn de belangrijkste efficiency ontwikkelingen en trends die de benodigde capaciteit aan huisartsen beïnvloeden:

- Digitale toepassingen zoals e-health, beeldcontact, apps, AI, 'slimme brillen', e-consulten, digitale voorlichting, e.d. kunnen het werk gemakkelijker maken en voor verhoogde productiviteit zorgen. maar daarvoor moet nog veel gebeuren. Digitale zorg is nog lang niet altijd en overal zodanig geïmplementeerd dat het een vast, goed ingebed onderdeel is van de zorg. Tijdens de coronapandemie heeft het gebruik ervan wel een enorme impuls ervaren. Vooralsnog heeft digitale zorg – met name het gebruik van patiëntportalen - eerder een werkdruk verhogend dan een werkdruk verlagend effect. Door de overheid wordt de inzet van technologie om werkdruk en schaarste tegen te gaan als belangrijke oplossingsrichting benoemd ^{36,37,39,40,42,43,47,53,54,55,56,57}.
- ICT-verbeteringen zoals de koppeling van ICT-systemen, eenduidige registratie en uitwisseling van gegevens via elektronische zorgdossiers zijn zichtbaar in de huisartsenzorg en verhogen de efficiency. Er is nog wel veel ruimte voor verbetering ^{36,37,39,40,42,43,47,53,54,55,56,57,58,59}.

⁵³ Meurs, M., Keuper, J., Sankatsing, V., Batenburg, R., & Tuyl, L. van (2020). De rol van e-health in de organisatie van zorg op afstand in coronatijd: perspectieven van huisartsen, consumenten en patiënten. Utrecht: Nivel,

⁵⁴ Keuper, J., Batenburg, R., Verheij, R., & Tuyl, L. van (2021). Use of e-health in Dutch general practice during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23). Geraadpleegd op 15 juni 2022 op <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/23/12479>

⁵⁵ Korteweg, L. (2020). Huisartsenzorg 2030: van praktijk naar platform? *Huisarts en Wetenschap*, 63, 65–66. doi:10.1007/s12445-020-0924-y

⁵⁶ RIVM, Nivel, & NeLL (2021). E-healthmonitor 2021: Stand van zaken digitale zorg. Bilthoven: RIVM.

⁵⁷ Gupta Strategists (2022). Uitweg uit de schaarste: Over noodzaak en belofte van medische technologie in de aanpak van personeelstekort in de zorg. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://gupta-strategists.nl/storage/files/220525-Gupta-Strategists-FME-Uitweg-uit-de-schaarste.pdf>

⁵⁸ Kusiak, L. (2019). Hulpmiddel voor overbelaste huisarts. *Zorgvisie ICT*, 20, 12–15. doi:10.1007/s41186-019-0037-7

⁵⁹ Baltesen, F. (2021). Stappen zetten in digitalisering. *Zorgvisie* 51, 44–47. doi:10.1007/s41187-021-1030-x

- Zorg en behandeling worden vaker regionaal georganiseerd, zodat capaciteit efficiënter benut kan worden. Er worden nog wel vaak belemmeringen ervaren in de samenwerking en organisatie, door tegenstrijdige belangen, wet- en regelgeving en financieringsproblemen. Meer centrale regie zal hierbij helpen ^{40,60,61,62,63}.
- Er wordt een hoge administratieve last ervaren door wet- en regelgeving vanuit overheid en zorgverzekeraars, onduidelijkheid over al dan niet verplichte registraties, ICT-knelpunten en angst voor klachten en juridische processen. Vanuit het overheidsprogramma '(Ont)Regel de Zorg' zijn en worden stappen gezet om de gelddruk te verminderen ^{40,64,65,66}.
- Er is behoefte aan meer balans tussen werk en privé. De werkdruk van huisartsen is toegenomen en is volgens het merendeel van de huisartsen te hoog ^{39,40,65,66}.

Ten opzichte van de vorige ramingen lijkt de capaciteitsbehoefte op het vlak van efficiency zeker niet gedaald te zijn. In 2019 werd deze parameter ingeschat op +0,3% tot +0,5%. De inschatting van de parameterwaarden voor deze raming is daaraan gelijkgesteld: Lage waarde: +0,3%, midden waarde: +0,4%, hoge waarde: +0,5%

2.2.7 Horizontale substitutie

Horizontale substitutie betreft het structureel herschikken van werkzaamheden van een beroepsgroep naar een andere beroepsgroep van een gelijk opleidingsniveau. Als er structureel taken verschuiven tussen de huisarts en bijvoorbeeld medisch specialisten of de specialist ouderengeneeskunde zullen er meer of minder huisartsen nodig zijn.

Dit zijn op het gebied van horizontale substitutie de belangrijkste ontwikkelingen en trends die de benodigde capaciteit aan huisartsen beïnvloeden:

⁶⁰ Ieder(in), InEen, KansPlus, LHV, NVAVG, VGN, V&VN, & ZN (2020). Convenant Randvoorwaarden en facilitering medisch generalistische zorg voor mensen met een beperking. Geraadpleegd op 10 juni 2022 op https://www.vgn.nl/system/files/2020_10/convenant%20medisch%20generalistische%20zorg%20voor%20mensen%20met%20een%20beperking%20definitief.pdf

⁶¹ SER (2021). Aan de slag voor de zorg: Een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2021/arbeidsmarkt-in-zorg.pdf>

⁶² Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2022). Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking. Den Haag: Auteur.

⁶³ Kiers, B. (2022). Bas Leerink: 'Domeinoverstijgende samenwerking geeft te veel gedoe'. Zorgvisie, 4 maart 2022.

⁶⁴ (Ont)Regel de Zorg (2022, 1 maart). Ernst Kuipers neemt Verscheurkalender in ontvangst [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 15 juni 2022 op <https://www.ordz.nl/actueel/nieuws/2022/03/01/ernst-kuipers-neemt-verscheurkalender-in-ontvangst>

⁶⁵ Landelijke Huisartsen Vereniging (2021). Huisartsen met handen in het haar om bezetting rond te krijgen. Geraadpleegd op 15 juni 2022 op <https://www.lhv.nl/actueel/nieuwsberichten/huisartsen-met-handen-in-het-haar-om-bezetting-rond-te-krijgen/>

⁶⁶ Newcom (2021). Zorgen over werkdruk en bezetting: Huisartsen in tijden van COVID-19. Geraadpleegd op 15 juni 2022 op <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/10/LHV-Onderzoek-2021-Zorgen-over-werkdruk-en-bezetting.pdf>

- Relatief eenvoudige zorg en behandeling uit de tweede lijn wordt vaker door de huisarts uitgevoerd. Ook de nacontrole bij patiënten die in het ziekenhuis behandeld zijn, vindt vaker bij de huisarts plaats ^{39,40,67}.
- Het wordt steeds lastiger om de medische zorg voor de kwetsbare groepen ouderen en mensen met een verstandelijke beperking te waarborgen. Huisartsen ervaren vaker dat, met de toename van de complexiteit van de zorgvraag van deze kwetsbare patiënten, zij overvraagd worden. Er is een groeiende vraag naar inzet van de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten in de eerste lijn. Kanttekening is echter dat deze beroepen met grote tekorten kampen. Het overdragen of samendragen van hoog complexe zorg zal naar verwachting kunnen groeien, maar vraagt creativiteit in de inrichting van zorg ^{68,69,70,71,72}.

In 2019 werd deze parameter ingeschat op +1,0% tot +1,4%. De bovengenoemde ontwikkelingen waren toen ook in beeld. Bovendien werd toen gesignaleerd dat medisch specialisten niet meer taken kunnen overhevelen omdat de grenzen bij de huisartsen bereikt zijn.

De inschatting van de parameterwaarden voor deze raming is nu iets hoger vergeleken met de vorige raming: Lage waarde: +1,2%, midden waarde: +1,4%, Hoge waarde: +1,6%

2.2.8 Verticale substitutie

- Verticale substitutie betreft het structureel herschikken van werkzaamheden tussen beroepsgroepen van verschillende opleidingsniveaus. Dit zijn met betrekking tot verticale substitutie de belangrijkste ontwikkelingen en trends die de benodigde capaciteit aan huisartsen beïnvloeden:
- Om het tekort aan artsen in de ouderengeneeskunde en de oplopende werkdruk te lenigen, wordt het inzetten van ‘aanverwante beroepen’, zoals POH’s, doktersassistenten, physician assistants (PA), verpleegkundig specialisten-algemene gezondheidszorg (VS-AGZ) en -geestelijke gezondheidszorg (VS-GGZ), basisartsen en hbo-opgeleide verpleegkundigen meer en meer als oplossing gezien. Zij kunnen taken in de laag- tot middelcomplexe zorg van de huisarts overnemen. De huisarts kan zich dan meer richten op de hoog complexe zorgvragen. Dit is ook een manier om de druk op de kosten van de gezondheidszorg te verminderen. Het inzetten van functies als de PA en VS zijn belangrijk voor het bieden van continuïteit en het verhogen van de kwaliteit van zorg ^{37,39,40,66,67}.

⁶⁷ Nivel. Onderzoeksprogramma Huisartsgeneeskundige Zorg. Geraadpleegd op 16 juni 2022 op <https://www.nivel.nl/nl/nivel-zorgregistraties-eerste-lijn-beroepenregistraties-de-gezondheidszorg/huisartsgeneeskundige/>

⁶⁸ Wijck, F. van (2021). Benut de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. De Eerstelijns, 8, 15-16.

⁶⁹ NZa (2021). Monitor contractering gzsp 2021. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2021/05/19/passende-zorg-voor-kwetsbare-patiënten-thuis-benut-de-mogelijkheden-van-gzsp> en https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_637725_22/1/

⁷⁰ Verenso (2021). Specialist ouderengeneeskunde 2030: handelingsperspectieven en positionering. Utrecht: Auteur.

⁷¹ Rompen, H., Lovink, M., Vught, A. van, & Laurant, M. (2020). Eindrapport regionale arbeidsmarkt ouderenzorg: Optimaal benutten van expertise en capaciteit specialisten ouderengeneeskunde in Zorgregio Nijmegen. Nijmegen: Lectoraat Organisatie van Zorg en Dienstverlening, HAN University of Applied Sciences.

⁷² Waard, R. de, Meulen, M. van der, & Baardman, S. (2020). 18 praktijkvoorbeelden van medische generalistische zorg: Het samenspel tussen artsen in ouderen- en gehandicaptenzorg. Utrecht: Vilans.

- Het aantal fte VS-AGZ en PA dat werkzaam is binnen de sector huisartsenzorg is in de afgelopen jaren langzamerhand toegenomen. In 2012 waren er 75 fte VS-AGZ werkzaam in de huisartsenzorg, in 2021 waren dat er 260. In de periode 2019 - 2021 was de groei ruim 30%. Voor de PA geldt dat er 160 fte werkzaam zijn in de huisartsenzorg. In 2012 waren dit er minder dan 30. Het aantal PA werkzaam in de huisartsenzorg is in de periode 2019 - 2021 met 75% gegroeid ^{73,74}.
- Werkgevers in de huisartsenzorg verwachten dat er in de komende 5 jaar een verdere toename zal zijn van diverse ondersteunende functies. Er wordt vooral een toename verwacht in de inzet van doktersassistenten, spreekuurondersteuners, POH voor ouderen en jeugd, PA en praktijkmanagers. Veel PA en VS-AGZ zelf verwachten dat zij over 5 jaar nog meer worden ingezet en meer taken van de huisartsen zullen overnemen. Echter, ook de ondersteunende beroepen kampen met tekorten en een gebrek aan doorstroom vanuit bijvoorbeeld de verpleegkundeopleiding ^{39,73,74,75}.

In 2019 werd deze parameter ingeschat op -0,6% tot -1,4%. De inzet van aanverwante beroepen lijkt sindsdien niet veel meer impact op de huisartsencapaciteit te hebben.

De inschatting van de parameterwaarden is daarom voor de huidige raming: Lage waarde: -0,6%, midden waarde: -1,0%, hoge waarde: -1,4%

2.2.9 Veranderende arbeidstijden: meer deeltijd en 'normalisering' werktijden

Ook in deze raming wordt de 'normalisering' van arbeidstijden voor huisartsen veel genoemd. Hiermee wordt bedoeld dat de balans tussen werk en privé steeds belangrijker wordt en dat er meer deeltijd gewerkt wordt.

In de voorgaande raming van 2019 is de parameter arbeidstijdverandering gesteld op +0,8% tot +1,0% per jaar. Er werd geconstateerd dat er verschillende signalen waren dat de werkdruk onder huisartsen aan het toenemen was en dat zij dit proberen te compenseren door meer uren per fte te werken.

Deze ontwikkeling lijkt zich voort te zetten. Vanuit het veld komen berichten dat steeds meer huisartsen kiezen voor een evenwichtige werk-privé balans. Dit vertaalt zich onder andere in een toename van de onvervulde vraag. Hiermee is bij de onvervulde vraag in deze raming al rekening gehouden. Maar de ervaren werkdruk blijft onverminderd hoog.

De inschatting van de parameterwaarden is daarom voor de huidige raming iets verhoogd naar: Lage waarde: +1,3%, midden waarde: +1,55%, hoge waarde: +1,8%

⁷³ Korf, W., Vadanescu, A., Visee, H., & Rossing, H. (2022). Alumnionderzoek Physician Assistant. Amsterdam: Regioplan.

⁷⁴ Korf, W., Vadanescu, A., Visee, H., & Rossing, H. (2022). Alumnionderzoek Verpleegkundig Specialisten. Amsterdam: Regioplan.

⁷⁵ Schaaik, A. van, Flinterman, L., Geit, E. de, Keuper, J., Vis, E., & Batenburg, R. (2022), De praktijkondersteuner huisartsenzorg (POH) in de huisartsenpraktijk: diversiteit en capaciteit, najaar 2021. Utrecht: Nivel,



3 Advisering over het op te leiden aantal huisartsen

3.1 Punten van aandacht

Het doel van deze raming is om evenwicht tussen vraag en aanbod over 18 jaar (2040) in het aantal huisartsen te bereiken. Deze horizon ligt ver vooruit, omdat uit de totale ramingen voor alle geneeskundig specialismen het advies voor het totaal op te leiden geneeskunde studenten wordt afgeleid. De ramingsperiode beslaat dus het gehele opleidingstraject van de start van de geneeskundeopleiding tot aan de registratie als huisarts.

Elke 3 jaar wordt een nieuw advies opgesteld om tijdig bij te kunnen sturen bij veranderingen in de zorgvraag of het zorgaanbod. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij meer uitstroom van huisartsen of wijzigingen in de bekostiging van zorg. Hierdoor worden grote schommelingen in de instroom in de opleidingen zoveel mogelijk voorkomen.

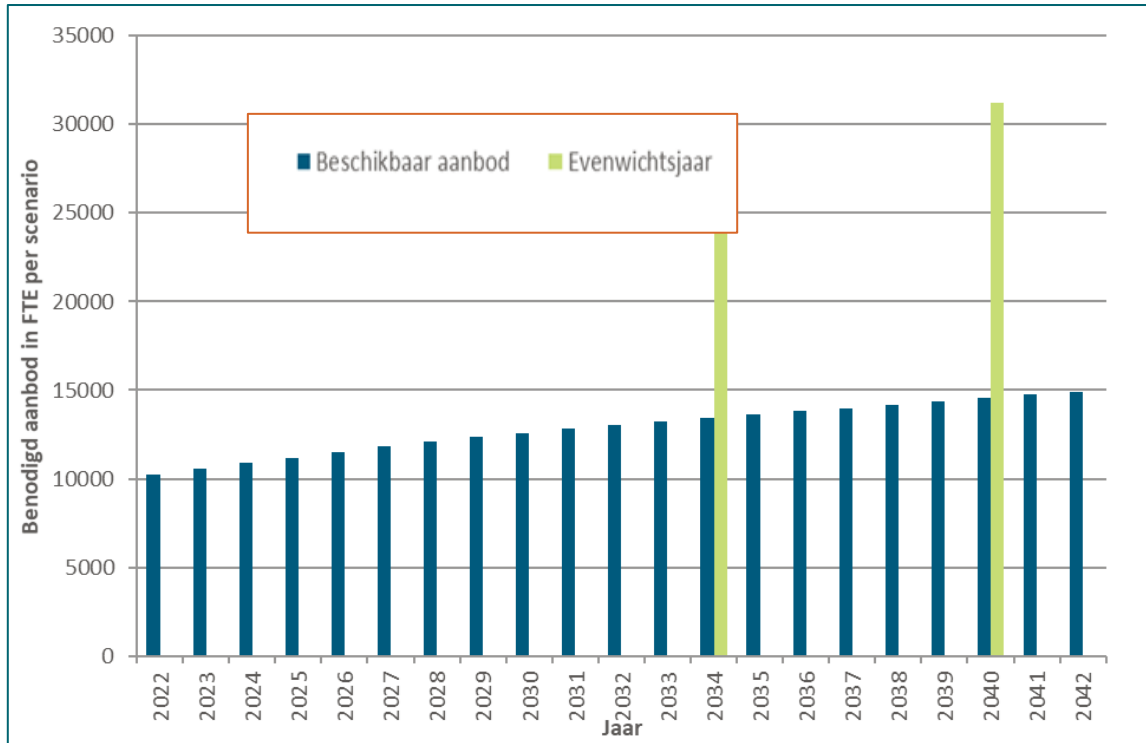
3.1.1 Aantal huisartsen bij gelijkblijvende instroom

In figuur 7 en 8 zijn respectievelijk de ontwikkeling van het aanbod te zien in personen en fte (bij gelijkblijvende instroom). In het eerste evenwichtsjaar, 2034, zal het aantal werkzame huisartsen gegroeid zijn tot 18065 personen en 13.457 fte. In het tweede evenwichtsjaar, 2040, zijn dat er 19657 personen en 14.582 fte. Figuur 1 maakt ook duidelijk hoe het aanbod is opgebouwd en wordt 'gevoed' door het saldo van uitstroom en instroom.

Figuur 7: Voorziene aanbod aan werkzame personen per jaar per oorsprongsgroep in het ramingsmodel



Figuur 8: Voorziene aanbod in fte per jaar in het ramingsmodel bij gelijkblijvende groei



3.1.2 Demografievariant

In deze variant 1 wordt met groei van de zorgvraag gerekend op basis van demografische veranderingen in de patiëntenpopulatie. Hierbij wordt het huidig niveau aan huisartsen in stand gehouden. Om tot deze projectie te komen is het aantal geconsumeerde consulteneenheden in de jaren 2018 en 2019 geanalyseerd naar leeftijd en geslacht. De jaren 2020 en 2021 wijken voor specifieke leeftijdsgroepen af van voorgaande jaren. Dit is hoogstwaarschijnlijk een gevolg van de covidpandemie. Daarom is gekozen om de zorgindicaties te baseren op de consulteneenheden van 2018 en 2019.

Vervolgens worden daar de bevolkingsprognose van het CBS op toegepast om een projectie naar de toekomst te krijgen. In de verdeling van het aantal consulteneenheden zit beleid vervlochten van de jaren 2018 en 2019 en dat wordt dus geprojecteerd. Nieuw beleid is in deze variant niet meegenomen; daarom noemen we deze wel 'beleidsarm'. Dit is overigens conform projecties die het RIVM of CPB gebruiken als het gaat om zorggebruik of -kosten.

De berekening van deze variant start met een correctie voor onvervulde vraag. Daarbovenop een groei vanwege de demografische verandering van de patiëntenpopulatie.

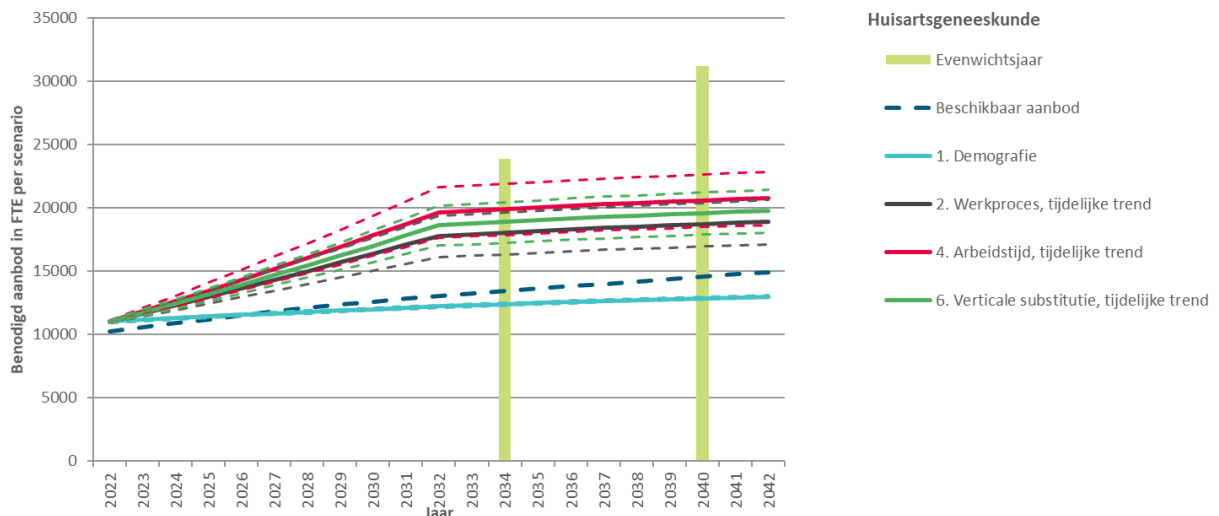
3.1.3 Beleidsrijke varianten

Gezien de dynamische en onzekere toekomst en de beleidsmatige invulling van de (inhoudelijke) uitgangspunten in het integraal zorgakkoord, die nog onduidelijk zijn, is gekozen om varianten te kiezen met tijdelijke trends.

Naast de demografievariant (1), worden alle varianten met tijdelijke trends weergegeven. In de varianten worden de (zorgvraag)trends na 10 jaar gestopt en op 0% gezet. Dit levert de volgende varianten op:

- de 'demografievariant' (1), met doorrekening van alleen de zorgvraagparameterwaarden onvervulde vraag en demografie;
- de variant 'werkproces met tijdelijke trend' (2);
Deze variant past bij (overheids-)beleid dat, naast demografische ontwikkelingen, ook groeieffect heeft op het gebied van sociaal culturele ontwikkelingen, epidemiologische ontwikkelingen, vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiëntie winsten en horizontale substitutie van en naar andere beroepen. Deze variant bouwt voort op het demografiescenario.
- de variant 'arbeidstijdverandering met tijdelijke trend' (4);
Deze variant bouwt voort op de demografie- en werkprocesvariant.
- De variant 'verticale substitutie met tijdelijke trend' (6); Hierbij zijn alle parameters uit de voorgaande varianten meegenomen.

Figuur 9: Benodigd aanbod in FTE voor variant 1 demografie en de varianten met tijdelijke trend

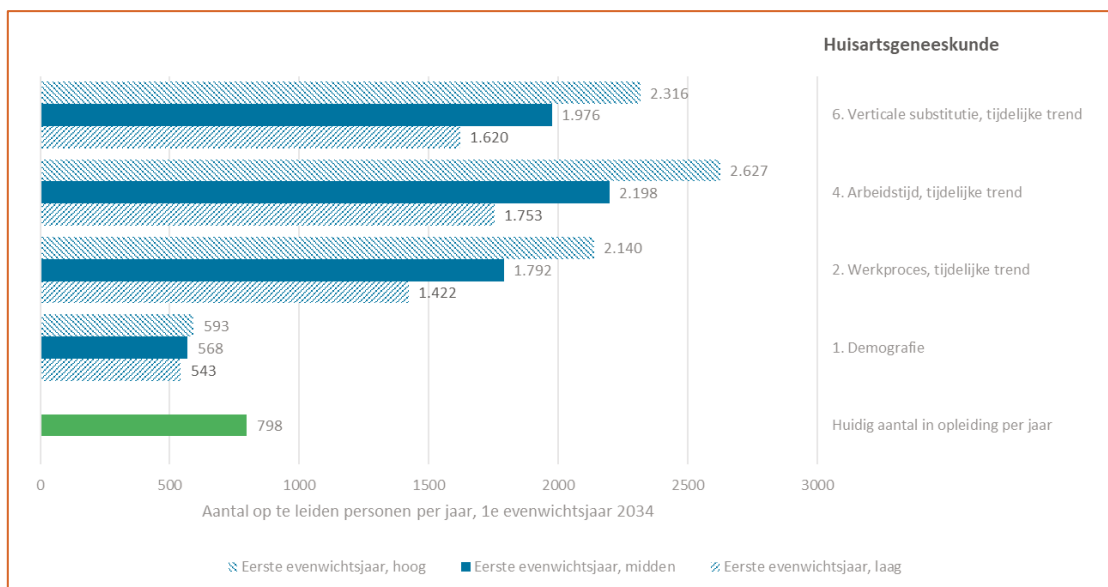


De varianten 4 en 6 leverden in de vorige raming (2019) de bandbreedte van het instroomadvies. In figuur 9 is goed te zien dat de meeste varianten zich concentreren rond de lage en midden waarden van variant 4 (arbeidstijdverandering met tijdelijke trend) en de midden waarde van variant 6 (verticale substitutie met tijdelijke trend).

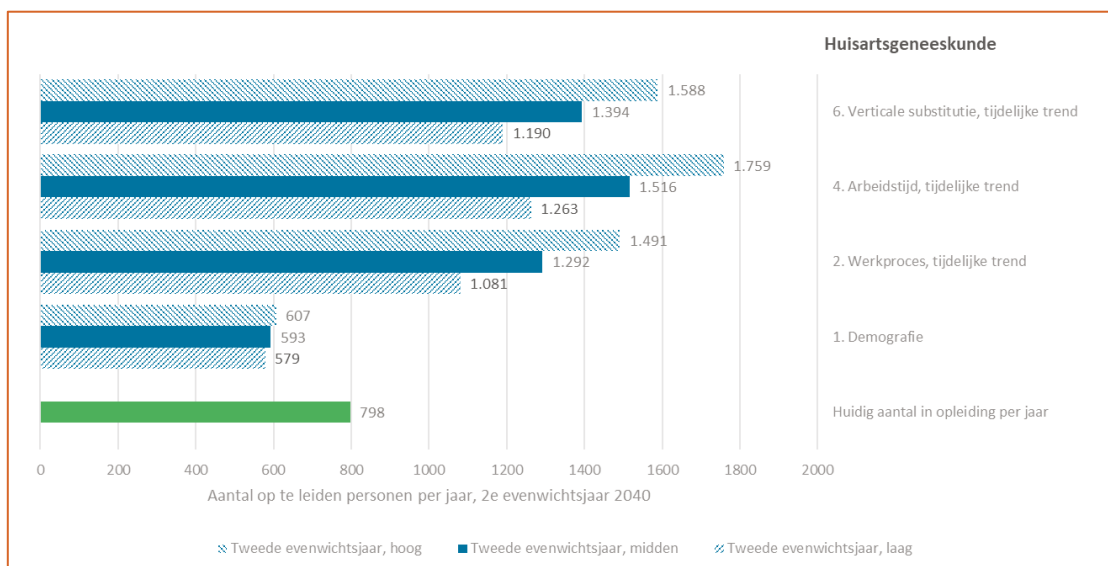
3.1.4 Resultaten benodigde instroom per variant

In figuur 10 en 11 is de benodigde instroom aan aios huisartsgeneeskunde weergegeven bij de verschillende varianten van 'meenemen van zorgvraagparameters' voor het eerste en het tweede evenwichtsjaar. Per variant is in de middelste blauwe balk de uitkomst bij hanteren van de midden inschatting van de zorgvraagparameters te zien. Daar boven en onder staan per variant de uitkomsten wanneer de lage of de hoge waarden zijn meegenomen. In de figuren zijn de uitkomsten weergegeven voor de demografievariant en alle varianten met tijdelijke trends.

Figuur 10: Aantal op te leiden aios huisartsgeneeskunde per jaar (met range) voor evenwicht in het eerste evenwichtsjaar 2034, per variant



Figuur 11: Aantal op te leiden aios huisartsgeneeskunde per jaar (met range) voor evenwicht in het tweede evenwichtsjaar 2040, per variant



3.2 Overwegingen en advies

De ontwikkelingen in de zorg kennen momenteel bijzonder veel onzekerheden, bijvoorbeeld: komen er nieuwe oplevingen van corona of andere infectieziekten, houdt de krapte op de arbeidsmarkt aan, wat betekent het nieuwe integrale zorgakkoord voor de organisatie van de huisartsenzorg en de daarbij passende arbeidscapaciteit, lukt het om met de inzet van technologie en digitale zorg een groter deel van de zorgvraag adequaat en efficiënter te bedienen, zullen de aandacht voor preventie, proactieve gezondheidsplanning en 'positieve gezondheid' de zorgvraag geleidelijk aan gaan dempen of juist doen toenemen, kunnen we met efficiëntere inzet van de functiemix het zorgaanbod optimaliseren? En niet te vergeten: 'meer tijd voor de patiënt' zal impact hebben op de toegankelijkheid van de huisartsenzorg maar ook op die van de 2e lijn. Hierbij is het niet ondenkbaar dat de huisartsenzorg een nog veel belangrijkere rol gaat spelen in de totale zorgketen, als inhoudelijk gekeken wordt naar het onlangs gepubliceerde integraal zorgakkoord met ruimte voor groei binnen de huisartsenzorg.

Gezien alle onzekerheid, rekening houdend met de ervaren werkdruk binnen de huisartsenzorg en om recht te doen aan alle eerder genoemde ontwikkelingen, is gekozen om het instroomadvies te baseren op de variant arbeidstijdverandering met tijdelijke trends (4) en tweede evenwichtsjaar met de midden waarde als bovengrens, en op de variant verticale substitutie met tijdelijke trends (6) en tweede evenwichtsjaar, met de midden waarde als gemiddelde en de lage waarde als ondergrens. De benodigde jaarlijkse instroom is dan 1.190 – 1.394 – 1.516 aios. Met als voorkeursadvies 1.190 aios.

Dit doet recht aan een aantal punten:

- De vele onduidelijkheden rondom maatschappelijke en beleidsmatige ontwikkelingen maken het extra lastig om de 'houdbaarheid' van de beleidsrijke varianten en de waarden van de parameters te bepalen.
- Het lijkt aannemelijk en noodzakelijk dat ontwikkelingen als substitutie, efficiënter inrichten en optimaliseren van de zorg de komende jaren invloed zullen hebben op de vraag naar huisartsen. Of en hoe de trends na 10 jaar zullen doorlopen is onzeker. Het lijkt daarom goed om de variant verticale substitutie met tijdelijke trends een plek te geven in het advies naast de ontwikkelingen binnen de arbeidstijdverandering.
- Duidelijk is in ieder geval dat het "narratief" van het vak huisarts aandacht behoeft en het beroep weer beter in balans moet komen zodat de relatief hoge uitstroom uit het vak beperkt blijft. Hierbij kan gedacht worden aan meer huisartsen die zich binden aan een vaste populatie (al dan niet als praktijkhouder en verlichting van werkdruk door 'meer tijd voor patiënt'.
- Beleid en acties rondom het zichtbaarder en aantrekkelijker maken van de opleiding en het vak, door het meer onder de aandacht van geneeskundestudenten en te brengen (bijvoorbeeld door meer anios plekken te creëren), zal naar verwachting de instroom in de opleiding de komende jaren doen toenemen.



Bijlage 1: Parameterwaarden Capaciteitsplan 2013 t/m 2022

Parameter	Capaciteitsplan 2013	Capaciteitsplan 2016	Capaciteitsplan 2021-2024*		Capaciteitsplan 2024-2027*		
Opleiding							
Gemiddeld in opleiding per leerjaar	600	707	743		798		
instroom opleiding vanaf tussenjaar	638	720	722		798		
percentage vrouwen in opleiding	76,0%	77,5%	74,6%		74%		
(formele) opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3,1 jaar		3,2 jaar		
intern rendement	94%	93%	93,8%		94,3%		
Zorgvraag							
onvervulde vraag	0,0%	0,0%	+3,0% tot +5,0%		+7,0% tot +9,0%		
factor demografie effect in 5 jaar	3,5%	4,9%	4,8%		5,8%		
factor demografie effect in 10 jaar	7,1%	9,4%	9,5%		10,8%		
factor demografie effect in 15 jaar	10,6%	13,5%	13,6%		14,8%		
factor demografie effect in 20 jaar	13,3%	17,2%	16,7%		17,9%		
factor epidemiologie	0,3% tot 0,6%	0,4% tot 0,8%	+0,4% tot +0,8%		+0,5% tot +1,0%		
factor sociaal-cultureel	0,7% tot 1,4%	0,8% tot 1,6%	+0,8% tot +1,6%		+0,8% tot +1,6%		
Zorgaanbod							
werkzame huisartsen	11.133	11.821	12.766		13.492		
aantal fte	8.280	8.809	9.496		10.213		
gemiddelde fte mannen	0,83	0,85	0,79		0,83		
gemiddelde fte vrouwen	0,64	0,65	0,71		0,71		
percentage werkzame vrouwen	45,4%	52,4%	57,7%		61%		
arbeidstijdverandering	0,0%	0,0%	+0,8% tot +1,0%		+1,3% tot +1,8%		
		Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
uitstroom in 5 jaar	10,0%	15,4%	6,0%	13,2%	5,0%	17%	6%
uitstroom in 10 jaar	23,2%	28,7%	12,9%	33,6%	14,3%	36%	16%
uitstroom in 15 jaar	35,9%	43,5%	22,6%	48,1%	24,9%	53%	28%
uitstroom in 20 jaar	48,4%	56,7%	34,2%	60,0%	37,7%	65%	37%
		Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
extern rendement na 1 jaar	94,8% na 1 jaar	97,8%	97,9%	98,9%	99,1%	99%	99%
extern rendement na 5 jaar	93,5% na 5 jaar	92,5%	93,1%	94,4%	94,1%	95%	96%
extern rendement na 10 jaar	90,6% na 10 jaar	89,3%	89,9%	93,3%	91,3%	91%	90%
extern rendement na 15 jaar	87,0% na 15 jaar	86,2%	86,5%	90,6%	88,6%	72%	80%
In buitenland opgeleid							
rendement buitenland	65,0%	40,0%	40%		0%		
Werkproces							
vakinhoudelijke en technologische ontwikkelingen	0,1% tot 0,4%	0,1% tot 0,4%	+0,2% tot +0,5%		+0,5% tot +1,0%		
efficiency	0,3% tot 0,5%	0,0%	+0,3% tot +0,5%		+0,3% tot +0,5%		
horizontale substitutie	1,0% tot 1,5%	1,2% tot 1,6%	+1,0% tot +1,4%		+1,2% tot +1,6%		
verticale substitutie	-0,6% tot -1,2%	-1,0% tot -1,6%	-0,6% tot -1,4%		-0,6% tot -1,4%		

Bijlage 2: Procedure en betrokken experts

De Kamer Huisartsen heeft dit advies in haar vergadering van 10 november 2022 besproken.

Het Algemeen Bestuur heeft dit advies van de Kamer Huisartsen in haar vergadering op 7 december 2022 besproken en vastgesteld.

De samenstelling van de Kamer Huisartsen was op **10 november 2022** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Mw. H.R. ter Veer
Dhr. A.L. Verdaasdonk
Mw. R.L.S. Weersma

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. R. Dijkstra
Dhr. J. Muris
Mw. N.D. Scherpbier-de Haan

Organisaties van zorgverzekeraars

Mw. S. Spoelstra

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op **7 december 2022** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Mw. R. Abrahams
Dhr. R. Dutrieux
Dhr. T. Haasdijk
Dhr. J. Kappert
Dhr. F. Kroon
Dhr. G.J. Prosman
Mw. A. Rühl
Mw. H. Staal (lid Dagelijks Bestuur)

Organisaties van opleidingsinstellingen/ opleidingsinstellingen

Mw. F. Haak - van der Lely (lid Dagelijks Bestuur)
Mw. H. van der Hek
Mw. P. Huijbregts
Dhr. A. Houtsma
Mw. K. Leferink
Dhr. C. Polman
Dhr. M. Schalij
Dhr. L. Verburgh
Mw. C. Wijmenga

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. W. Adema (voorzitter, lid Dagelijks Bestuur)
Dhr. J. Berkelmans
Mw. M. Vissers

Vanuit het bureau van het Capaciteitsorgaan waren **dhr. F. de Roo** (programmasecretaris) en **mw. T. Zijlstra** (programmasecretaris) betrokken bij de totstandkoming van dit Capaciteitsplan.

Bijlage 3: 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
aio	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
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CV	curriculum vitae.
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
e-health	de toepassing van zowel digitale informatie als communicatie om de gezondheid en de gezondheidszorg te ondersteunen en/of te verbeteren
ELV	Eerstelijnsverblijf
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
HN	Huisartsopleiding Nederland
HRM	human resource management
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

LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
MANP	Master Advanced Nursing Practice
MC	Medisch centrum
MDO	multidisciplinair overleg
Menzis	Zorgverzekeraar
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
Opleidingsinstellingen	Zorginstellingen die opleidingsplaatsen bieden voor geneeskundige vervolgopleidingen
Opleidingsinstituten	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
PVH	praktijkverpleegkundige huisartsenzorg
Ref	referentie
RGS	Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
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

VS	Verpleegkundig Specialist(en)
VTV	Volksgezondheid Toekomst Verkenning
VU	Vrije Universiteit (Amsterdam)
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

**Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheekundige Vervolgopleidingen**

**Postbus 20051
3502 LB Utrecht**

bezoekadres

**Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht**

telefoon

030 2004510

e-mail

**info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl**