



Capaciteitsplan 2013

Deelrapport 2

Huisartsgeneeskunde

Capaciteitsplan 2013

Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde

**Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2013
voor de medische, tandheelkundige,
klinisch technologische en aanverwante (vervolg)opleidingen**



Statutaire doelstellingen:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefte-ramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgo-p-leidingen;
- b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgoopleidingen;
- c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Inhoud

Samenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	9
1.2 Ontwikkeling in taakstelling Capaciteitsorgaan	10
1.3 Disciplinespecifieke aandachtspunten	10
1.4 Indeling van dit deelrapport	11
2. Positionering huisartsen	15
2.1 Inleiding	15
2.1.1 Aantal praktijken	15
2.1.2 Aantal apotheekhoudende praktijken	16
2.1.3 Huisartsenposten	16
2.1.4 Waarnemers en huisartsen in dienstverband	16
2.1.5 Inzet waarnemers en HIDHA's	19
2.1.6 Uitkomsten van de WADI-enquêtes voor het capaciteitsramingsmodel	19
2.2 Overzicht aanverwante disciplines	20
2.2.1 Doktersassistenten	20
2.2.2 Praktijkondersteuners	21
2.2.3 Verpleegkundig specialisten	21
2.2.4 Physician assistants	22
2.3 Verhoudingen tussen disciplines	22
2.3.1 Zorggroepen	23
2.3.2 Overige disciplines	23
2.3.3 Zorgpaden	24
2.3.4 Anderhalvelijnszorg	24
2.4 Kaderhuisartsen	25
2.5 Spreiding huisartsen	25
2.6 Regionale Ondersteuningsstructuur	28
3. Opleiding	29
3.1 Inleiding	29
3.2 Adviezen	29
3.3 Besluiten	30
3.4 Interesse en realisatie	31
3.5 Intern rendement	32
3.6 Conclusies	33
4. Zorgvraag	35
4.1 Inleiding	35
4.2 Demografie	35
4.3 Epidemiologie	44
4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen	45
4.5 Onvervulde zorgvraag	46
4.6 Conclusie zorgvraag	46

5.	Zorgaanbod	51
5.1	Inleiding.....	51
5.2	Omvang beroepsgroep	51
5.2.1	Aantal geregistreerd.....	51
5.2.2	Aantal werkzaam.....	52
5.3	Geslacht en leeftijdsverdeling	53
5.4	Omvang dienstverband.....	54
5.5	Instroom in het vak.....	55
5.6	Uitstroom uit het vak	55
5.7	Conclusie zorgaanbod	56
6.	Werkproces	59
6.1	Inleiding.....	59
6.2	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	59
6.3	Patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd	59
6.3.1	Tijdsbestedingsonderzoek (TBO) onder huisartsen	60
6.4	Efficiency.....	60
6.5	Taakherschikking/ taakverschuiving.....	60
6.5.1	Horizontale taakherschikking.....	60
6.5.2	Verticale taakherschikking.....	61
6.6	Conclusie werkproces.....	61
7.	Scenario's	63
7.1	Inleiding.....	63
7.2	Beleidsarm scenario of Referentiescenario	63
7.3	Realistisch scenario met tijdelijke of doorgaande trend.....	64
7.4	Reëel scenario met tijdelijke of doorgaande trend.....	64
7.5	Maximale scenario met tijdelijke of doorgaande trend	65
7.6	Conclusie scenario's	66
8.	Overwegingen en advies	71
8.1	Inleiding.....	71
8.2	Beleidsontwikkelingen	71
8.2.1	LHV	71
8.2.2	Beleid overheid.....	72
8.2.3	AWBZ en Zorgverzekeringswet.....	72
8.2.4	Maatschappelijke veranderingen	73
8.2.5	Taakherschikking	73
8.2.6	Buitenland	73
8.2.7	Relatie met andere adviezen	74
8.2.8	Opleidingsinstituut en opleidingsinstellingen.....	74
8.3	Onzekerheden	74
8.3.1	Vraag.....	74
8.3.2	Aanbod	74
8.3.3	Werkproces.....	74
8.3.4	Opleidingscapaciteit	75

8.3.5	Belangstelling voor het vak.....	75
8.4	Belangrijkste scenario's	75
8.5	Advies instroom	76
Bijlage 1:	Model Capaciteitsorgaan	77
Bijlage 2:	Parameterwaarden Capaciteitsplan 2008, Tussentijds advies 2009, Capaciteitsplan 2010 en Capaciteitsplan 2013.....	78
Bijlage 3:	Gedetailleerde gegevens berekening NIVEL.....	79
Bijlage 4:	Het effect van het reëel scenario.....	81
Bijlage 5:	Procedure en betrokken experts	82



Samenvatting

De gezondheidszorg, waaronder de huisartsenzorg, moet anticiperen op grote veranderingen en aanpassingen in de beroeps- én bedrijfsuitoefening. Zowel de politiek als de beroepsgroep zien voor de huisartsen een sleutelpositie binnen de gehele gezondheidszorg: de huisartsen zijn verantwoordelijk voor de coördinatie, aansturing en levering van zorg dicht bij de burger.

Nieuw beleid

Bij het ramen van de benodigde huisartsencapaciteit in de toekomst gaat het Capaciteitsorgaan er vanuit dat de urgentie, de wenselijkheid en waarschijnlijkheid van de gewenste veranderingen wordt onderschreven door alle betrokkenen. De implementatie van het beleid van de overheid en de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 van de beroepsgroep huisartsen zullen een grote impact hebben op de huisartsenvoorziening in de (nabije) toekomst. Het tempo waarmee veranderingen kunnen worden ingevoerd, kent echter een grens en is afhankelijk van veel externe factoren. Het Capaciteitsorgaan houdt rekening met mogelijke belemmeringen op het gebied van wet- en regelgeving. Andere onzekere factoren zijn: de mogelijkheden van substitutie van zorg bij zowel horizontale als verticale taakherschikking, de beschikbaarheid van voldoende en goed opgeleid ondersteunend en administratief personeel en de mogelijkheden van innovatieve zorgconcepten en eHealth.

Het gedrag van de patiënten zal veranderen, waarbij een deel van de patiëntenpopulatie vaker en intensiever een beroep zal doen op huisartsenzorg. Het gaat daarbij vooral om de grote groep kwetsbare ouderen en gehandicapten die in de toekomst niet meer in aanmerking komen voor intramurale AWBZ-gefinancierde zorg. Een ander deel van de bevolking zal juist minder vaak gezien worden in de huisartsenpraktijk. Dit komt door: een betere gezondheid, toegang tot medische kennis, zelfzorg en eHealth-oplossingen. De wens van de beroepsgroep om de praktijken te verkleinen komt voort uit een verwachte toename van complexe zorgvragen van een vergrijzende bevolking. Verder zal de invoering van populatiegerichte zorg en preventie bijdragen aan de gezondheid en kwaliteit van leven van de burgers maar ook tijd van huisartsen vragen.

Teams

Uiteindelijk is de (regionale) zorgvraag bepalend voor het zorgaanbod dat de huisartsen gaan leveren. Dat zorgaanbod moet geleverd worden door teams van zorgverleners en ondersteuners met een optimaal samengestelde skill mix. Naast de klassieke praktijkvormen van huisartsen met hun ondersteunende personeel en de gezondheidscentra waar meerdere eerstelijnsdisciplines werken, zijn er nieuwe samenwerkingsverbanden in opkomst. Het betreft samenwerkingsvormen waarbij de nulde-lijn, de eerste lijn en de tweede lijn expertise uitwisselen en de zorg afstemmen.

Tijdsbestedingsonderzoek

Het Capaciteitsorgaan heeft eind 2012 opdracht gegeven aan het NIVEL om onderzoek te doen naar de tijdsbesteding van huisartsen. Eind 2013 is duidelijk hoeveel uren huisartsen gemiddeld besteed hebben aan patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken. Met de veranderingen in de huisartsenzorg in het verschiep kunnen de resultaten van het tijdsbestedingsonderzoek als een nulmeting beschouwd worden. Tijdsbestedingsonderzoek kan een nuttig instrument zijn om de verwachte veranderingen en trends in de patiëntgebonden én de niet-patiëntgebonden activiteiten te monitoren.

Voorkeursvariant

De experts uit de Kamer Huisartsen hebben de waarden van de parameters voor het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan vastgesteld. Het effect daarvan op de raming en het uiteindelijke instroomadvies is doorgerekend en geaccordeerd. Voor deze berekening is uitgegaan van de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan, die tot kort bekend stond als de lage combinatievariant met verticale substitutie en doorgaande trends (tot 2031). Een nieuwe naam voor deze voorkeursvariant is: **reëel scenario**. Bij dit scenario wordt rekening gehouden met de meest realistisch geachte aannames en worden (te) grote schommelingen in de toekomstige instroomadviezen voorkomen. De keuze van het Capaciteitsorgaan voor dit scenario en het daarop gebaseerde instroomadvies, laat onverlet dat het ministerie daarvan kan afwijken.

Advies

Bij de raming van 2010 heeft het Capaciteitsorgaan het ministerie ook geadviseerd de voorkeursvariant te gebruiken, maar toen is gekozen voor evenwicht op de korte termijn (toen 2022). De reden daarvoor was de verwachte dip die zou ontstaan door het uitreden uit het vak door de “babyboomers”. Het instroomadvies van **720** was om die reden relatief hoog. Als toen gekozen was voor evenwicht op de lange termijn (toen 2028) dan was het instroomadvies uitgekomen op **670**.

De instroom in de opleiding in 2012 bleef met 638 aiOS achter bij het potentiële aantal opleidingsplaatsen van 720. In 2013 is de kans reëel dat de instroom hoger uitkomt dan in 2012, maar mogelijk toch nog achter blijft bij de 720 plaatsen. Voor de raming is uitgegaan van het conservatieve aantal van 660 aiOS voor de instroom in 2013.

In de loop van 2014 zal de instroom centraal gereguleerd gaan worden volgens een nieuw landelijk toewijzingsmodel in de verwachting dat daarmee naast een betere geografische spreiding ook een hoger aantal aiOS geplaatst kan worden. (Zie **par. 3.1** voor toelichting.)

Voor de raming 2013 adviseert het Capaciteitsorgaan te rekenen met de voorkeursvariant c.q. het **reëel scenario** met evenwicht op de lange termijn (nu 2031). De reden daarvoor is het relatief grote effect op de capaciteit dat op de lange termijn verwacht wordt van de geleidelijke verhoging van de AOW-leeftijd met twee jaar.

Met de voorgestelde parameterwaarden komt het instroomadvies dan uit op **698**. Als de minister kiest voor evenwicht op de korte termijn (nu 2025) dan komt het instroomadvies uit op **695**.

In algemene zin zien we dat de uitstroom uit de beroepsgroep de komende 20 jaar procentueel een stuk lager zal zijn dan voorheen. Het externe rendement van de huidige en toekomstige groepen in opleiding neemt behoorlijk toe. Bij deze raming is voor het eerst rekening gehouden met de geleidelijke verhoging van de AOW-leeftijd met twee jaar. Het totale zorgaanbod in fte's blijft daardoor de komende 20 jaar flink stijgen ten opzichte van de groei van de bevolking.

Huisartsen zullen, mede door de vergrijzing van het patiëntenbestand, relatief meer tijd moeten uittrekken voor consulten en visites. De gemiddelde consulttijd zal hoger worden. In de raming van het Capaciteitsorgaan zijn de effecten daarvan op de efficiency meegenomen. Het aantal inwoners dat bediend kan worden door 1 fte huisartsenzorg zal hierdoor dalen. Het aantal inwoners per fte daalt van 2.026 in 2013 naar 1.619 in 2025 en naar 1.485 in 2031 (bijlage 4 figuur 16).

1. Inleiding

Dit deelrapport bij het Capaciteitsplan 2013 bevat alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die door het Capaciteitsorgaan zijn gebruikt bij de formulering van het instroomadvies voor de erkende medische vervolgopleiding “Huisartsgeneeskunde”. Dit deelrapport kan los van het integrale Capaciteitsplan 2013 gelezen worden. Het integrale Capaciteitsplan 2013 omvat naast het instroomadvies over het specialisme Huisartsgeneeskunde ook instroomadviezen over de 27 klinische specialismen en de 3 klinisch technologische specialismen, de arts voor verstandelijk gehandicapten (AVG), de mondzorg (de kaakchirurgen, orthodontisten, tandartsen en mondhygiënist), de specialisten ouderengeneeskunde, de sociale geneeskunde en de beroepen geestelijke gezondheid. Over elk van deze onderwerpen is ook een apart deelrapport met achtergrondinformatie beschikbaar.

1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 opgericht door veldpartijen in de zorg. De statutaire doelstellingen van het Capaciteitsorgaan zijn:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefte-ramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgopleidingen;
- b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgopleidingen;
- c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit met betrekking tot de gewenste instroom in de diverse erkende medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Tevens wordt een advies uitgebracht over de noodzakelijk geachte instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Het oogmerk van deze adviezen is om ongewenste discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en den duur zelfs te voorkomen.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van informatie op basis waarvan partijen beleid kunnen maken rond bijvoorbeeld de capaciteitsfixus, buitenlandse instroom, horizontale en verticale substitutie en nieuwe opleidingen. Op verzoek van het ministerie van VWS werkt het Capaciteitsorgaan mee aan een initiatief van de Europese Unie om ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en te vergelijken. Ten slotte werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, 'invited expert' meetings en klankbord sessies.

Het bestuur van het Capaciteitsorgaan telt 24 zetels, waarvan er acht worden ingevuld door de zorgverzekeraars, acht door de opleidingsinstellingen en acht door de beroepsgroepen. Deze paritaire vertegenwoordiging is ook doorgevoerd in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

1.2 Ontwikkeling in taakstelling Capaciteitsorgaan

Sinds de oprichting heeft het Capaciteitsorgaan veel ervaring en kennis opgedaan die ook bruikbaar is voor beleidsadvisering over en ramingen van de benodigde instroom in andere dan de oorspronkelijke beroepsgroepen.

In 2006 adviseerde de Commissie Innovatie Mondzorg om vanaf 2008 de beroepsgroepen van de tandartsen en de mondhygiënist te laten monitoren door het Capaciteitsorgaan. Aanleiding voor dit advies was het gegeven dat het Capaciteitsorgaan al sinds 2000 de ontwikkelingen binnen de aanpalende beroepen kaakchirurgie en orthodontie volgt en adviezen geeft over de instroom in deze twee opleidingen. Op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2008 gestart met het volgen van de capaciteitsontwikkelingen binnen de eerstelijnsmondzorg.

Eveneens op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2009 begonnen met projectmatig onderzoek naar gewenste en daadwerkelijke capaciteitsontwikkelingen bij de BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheid. In 2011 is een eerste, richtinggevend advies over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Vanaf 2012 is deze activiteit structureel onderdeel van de werkzaamheden van het Capaciteitsorgaan.

1.3 Disciplinespecifieke aandachtspunten

Aandachtspunten voor het specialisme Huisartsgeneeskunde zijn de volgende:

1. In 1890 was er één specialist op dertig huisartsen, in 1950 was die verhouding één op drie en vanaf eind jaren zestig zijn er meer specialisten dan huisartsen. In 1995 waren er ruim twee keer zoveel specialisten (13.918) als huisartsen (6.800). Door die specialisatie in de zorg werden huisartsen ertoe gedwongen zich af te vragen wat hun taken behoorden te zijn. Zij zochten een oplossing in professionalisering¹. In 2013 zijn er ruim 20.000 werkzame specialisten en ruim 11.000 werkzame huisartsen. Daarmee lijkt er in de afgelopen 20 jaar een getalsmatig evenwicht te zijn ontstaan in de verhouding van ongeveer twee specialisten op één huisarts. De toekomst moet uitwijzen of dit evenwicht blijft bestaan dan wel het keerpunt in luidt naar een getalsmatig lagere verhouding.
2. Eind 2010 is het LHV/NHG-project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 van start gegaan in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH). Het leidende motto daarbij was: “Modernisering naar menselijke maat”. Tijdens de voorbereiding is de achterban van beide huisartsenorganisaties in de verschillende fasen nauw betrokken. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 is op 14 november 2012 gepresenteerd in Den Haag. De toekomstvisie staat in het teken van kleinschalige, persoonsgerichte zorg dicht bij de patiënt, waarbij het versterken van de relatie tussen patiënt en huisarts centraal staat. Dat betekent dat elke patiënt een vaste huisarts heeft en dat bij afwezigheid van deze huisarts er een tweede vaste huisarts is die de patiënt ook kent. Bovendien helpt de huisarts de patiënt bij het managen van zijn eigen zorgplan dat is afgestemd op de persoonlijke situatie en behoeftes.
3. In “Bruggen slaan”, het recente regeerakkoord van VVD en PvdA, is er een sleutelrol voor de huisartsen weggelegd. Die rol en de toekomstige financiering gebaseerd op populatie-

¹ Van Daalen, R.M.; P.M. Verbeek-Heida, P.M. (2001): Het bestaansrecht van de huisarts; Huisarts

gebonden bekostiging moet leiden tot goedkopere zorg van hogere kwaliteit dicht bij de mensen. Door substitutie van tweedelijnszorg naar de eerste lijn, de inzet van wijkverpleegkundigen en betere (regionale) samenwerking tussen zorgaanbieders wordt dure tweedelijnszorg ontmoedigd.

4. Van de zittende groep huisartsen is ongeveer 45% vrouw; het percentage vrouwen in opleiding was in 2010 71% en is in 2012 verder gestegen tot 76%. De vrouwelijke huisartsen werken gemiddeld 0,64 fte, de mannen 0,83 fte. Van de mannen is 62% ouder dan 50 jaar. De komende 20 jaren zal 53% van de huisartsen het beroep verlaten wegens pensionering of om een andere reden.
5. Verticale substitutie en taakherschikking zijn nog in ontwikkeling. Naast de doktersassistenten en de praktijkondersteuners (POH Somatiek en POH GGZ) groeit het aantal verpleegkundig specialisten (VS) en physician assistants (PA) in de huisartsenpraktijk en op de huisartsenpost langzaam, maar gestaag.
6. De opleiding tot huisarts duurt bij een fulltime dienstverband in principe 3 jaar. De opleiding kan in deeltijd worden gevolgd, met een ondergrens van 50%. De opleiding in de praktijk van een erkende huisartsopleider duurt in totaal 21 tot 30 maanden. Gedurende in totaal 6 tot 15 maanden worden stages gevolgd waaronder een klinische stage van ten minste 6 maanden. Ook volgt de huisarts in opleiding stages op het gebied van: chronische ziekten en complexe problematiek, psychische ziekten en psychosociale problematiek en een of meer keuzestages. De SBOH is de werkgever van alle huisartsen in opleiding. In 2012 waren dat er 1.805.
7. In Nederland kan de opleiding tot huisarts gevolgd worden bij de universiteiten in Amsterdam (zowel VUmc als AMC), Leiden, Rotterdam, Utrecht, Groningen, Nijmegen en Maastricht.
8. De gemiddelde leeftijd van aiOS bij instroom in de opleiding is 29,2 jaar in 2013. Dat is bijna 2 jaar jonger dan in 2010 toen het 30,9 jaar was. Dat kan onder andere verklaard worden door de gemiddeld kortere tijd tussen het afronden van de studie geneeskunde en het beginnen met de huisartsenopleiding.
9. Het aantal huisartsen dat na de opleiding gaat werken als waarnemer stijgt de laatste jaren bovengemiddeld. Van ongeveer 1.500 in 2010 zien we een groei met bijna 500 tot bijna 2.000 waarnemers in 2012. Het aantal HIDHA's neemt sinds 2010 juist weer licht af. Vestiging als zelfstandig gevestigd huisarts wordt steeds langer uitgesteld. Voor vestiging gaat de voorkeur uit naar een duo- of groepspraktijk in de randstad. Mede daardoor ontstaan er regionale tekorten en zijn er gebieden waar moeilijk opvolgers voor solopraktijken te vinden zijn.

1.4 Indeling van dit deelrapport

De volgende hoofdstukken bespreken de onderdelen die van belang zijn voor de onderbouwing van het advies over de instroom in de medische vervolgopleiding Huisartsgeneeskunde vanaf 2015. Er wordt een toelichting gegeven op de waarden en de ontwikkeling van de belangrijkste parameters die zijn gebruikt in het ramingsmodel voor de berekening van het instroomadvies.

Hoofdstuk 2 dient als **oriëntatie** en geeft een overzicht van de positie die de huisarts inneemt in het zorgveld. Tegelijkertijd wordt getoond waar de raakvlakken zijn met aanverwante beroepen en hoe de afstemming met deze beroepen is geborgd.

Het Capaciteitsorgaan probeert de toekomstige capaciteit van de beroepsgroepen te sturen door middel van advisering over de gewenste instroom in de erkende medische vervolgopleidingen. Daarom staat het hoofdstuk over de geschiedenis van de instroomadviezen vooraan in het Capaciteitsplan. In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van de **gerealiseerde instroom** in de erkende medische vervolgopleiding Huisartsgeneeskunde vanaf 2005 tot 2013. De adviezen van het Capaciteitsorgaan en de realisatie van instroom in de opleiding passeren de revue. Verder vindt in dit hoofdstuk vaststelling plaats van de parameter 'verwacht intern rendement' op basis van resultaten uit het verleden.

In de volgende drie hoofdstukken worden de drie verschillende hoofdstromen binnen het model van het Capaciteitsorgaan (zie bijlage 1) doorgenomen. Hoofdstuk 4 beschrijft de **verwachte ontwikkeling** van de **zorgvraag** in fte's. Deze verwachting verandert continu. De ontwikkelingen aan de aanbodzijde bieden echter maar beperkte en vertraagde mogelijkheden tot bijsturing in reactie op de zorgvraag. Er is daarom gekozen voor ramingen op de lange termijn. Dit betekent dat de zorgvraag in diverse beleidsscenario's geraamd wordt voor het eerste vaste evenwichtsjaar 2025 en het tweede vaste evenwichtsjaar 2031.

Het Capaciteitsorgaan bestudeert relevant onderzoek, laat onderzoeken doen en schakelt tientallen experts in. Desondanks is een aantal ontwikkelingen niet te vangen in puntschattingen. Deze ontwikkelingen worden gevat in scenario's die de experts opstellen. Het Capaciteitsorgaan hanteert in elk scenario een minimum en een maximum waarde voor de betreffende ontwikkeling. Sommige scenario's worden met elkaar gecombineerd.

Het beleidsarme scenario gaat uit van een onveranderde zorgvraag. Het realistische scenario gaat uit van plausibel ingeschatte veranderingen in de demografische zorgvraagontwikkelingen die zijn gecorrigeerd voor onder- of overconsumptie van zorg. Het reële scenario gaat uit van conservatief ingeschatte veranderingen in demografische, epidemiologische en sociaal-culturele parameters. Het maximale scenario gaat uit van extreem ingeschatte veranderingen in deze parameters. Naast 2025 is gekozen voor het tweede, latere, evenwichtsjaar 2031. Zo nauwkeurig mogelijk wordt in de diverse scenario's rekening gehouden met verwachte demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen in relatie tot de zorgvraag vanaf 2013. Ook de eventuele onervulde vraag die door capaciteitstekort nu niet kan worden beantwoord, wordt in de uitgangspositie betrokken.

Hoofdstuk 5 beschrijft het **aanbod** aan beroepsbeoefenaren. Voor een deel zijn de beroepsbeoefenaren die in 2025 en 2031 (nog) werkzaam zijn nu al opgeleid. Verder mag verwacht worden dat partijen het advies in dit Capaciteitsplan op zijn vroegst vanaf 2015 kunnen implementeren. De duur van de vervolgopleiding Huisartsgeneeskunde is in het betreffende besluit vastgelegd op 3 jaar. Door deze twee gegevens mogen de eerste effecten op de uitstroom van geregistreerde huisartsen pas in 2018 verwacht worden. De hoogte van de instroom in de opleiding Huisartsgeneeskunde beïnvloedt de capaciteit van het aanbod slechts gedurende het "tweede" gedeelte van de onderhavige periode (2018-2031). Beschreven wordt hoe de beroepsgroep zich sinds 2005 heeft ontwikkeld wat betreft aantallen en fte's.

Zorgvraag en zorgaanbod komen bij elkaar in hoofdstuk 6, in het **werkproces**. In dit hoofdstuk wordt het zorgaanbod wat betreft “fte’s zorgaanbieder” gemodificeerd voor vakinhoudelijke ontwikkelingen, veranderingen in cliëntgebonden tijd/werkbare uren, efficiency, horizontale en verticale taakherstelling en/of taakverschuiving. Ook hiervoor wordt gewerkt met een beleidsarm scenario (geen veranderingen), een realistisch scenario (gaat voor de zorgvraag alleen uit van conservatief ingeschatte veranderingen in demografische, epidemiologische en sociaal-culturele parameters), een reëel scenario (reële inschattingen experts waarbij rekening gehouden wordt met verticale substitutie en eventuele arbeidstijdveranderingen) en een maximaal scenario (maximale inschattingen experts).

Op basis van scenario’s rond de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces wordt een aantal beleidsrijke ramingen opgesteld, waarbij achtereenvolgens steeds meer mogelijke ontwikkelingen zijn meegenomen. Hoofdstuk 7 beschrijft de door de experts gemaakte keuzes rond deze **scenario’s**.

Hoofdstuk 8 inventariseert ten slotte de belangrijkste beleidsontwikkelingen en de hiermee gepaard gaande onzekerheden. Op basis hiervan wordt vervolgens een definitieve **keuze** gemaakt voor de **twee** meest waarschijnlijke scenario’s. Het Capaciteitsorgaan biedt de twee hiermee corresponderende instroomwaarden aan als finaal advies aan de minister van VWS en het veld. Soms wordt daarbij ook een voorkeur voor één van de twee scenario’s en het bijbehorende instroomadvies uitgesproken.



2. Positionering huisartsen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen op het niveau van de huisartsenpraktijk weergegeven. Dit betreft zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens. Hoeveel praktijken zijn er en hoe verhouden de verschillende soorten praktijken zich tot elkaar? Hoe wordt invulling gegeven aan de diensten en welke professionals zijn er nog meer actief in de huisartsenzorg?

2.1.1 Aantal praktijken

Op 1 januari 2012 zijn er in Nederland naar schatting 4.018 huisartsenpraktijken². Bij peilingen tot 2012 werd met een praktijk bedoeld: een praktijklocatie waar één of meer huisartsen werkzaam zijn. En de definitie van een solopraktijk was tot voor kort: een praktijklocatie waar één huisarts werkt. Op basis van die definities nam het aantal praktijken elk jaar af, sinds 2005 tot 2012 met ruim 10%. Het aantal solopraktijken verminderde gestaag, ook al nam het aantal regulier werkende huisartsen toe. De trend om meer samen te werken met collega's en andere disciplines in één praktijkgebouw (schaalvergroting) was de belangrijkste verklaring voor de afname van het aantal praktijken. In 2012 is de definitie van de solopraktijk aangepast in: praktijkvoering door één huisarts. In de registratie van huisartsen is het onderscheid tussen praktijklocatie en praktijkvoering nu beter te maken. Dat verklaart de grote verschuiving in de percentages en het totale aantal praktijken onderaan in tabel 1. Het verschil tussen de "oude" en de "nieuwe" meting in 2012 betreft 899 (4.917-4.018) praktijken. Dit betekent dat op 18% (899) van deze praktijken sprake is van een HOED-constructie (Huisartsen Onder Eén Dak).

Tabel 1 : Percentages per praktijkvorm vanaf 2005

1 januari	Solopraktijk	Duopraktijk	Groepspraktijk	Totaal (absoluut)
2005	48,3%	31,1%	20,6%	4.538
2006	46,1%	31,6%	22,3%	4.468
2007	43,4%	32,0%	24,5%	4.352
2008	41,5%	32,5%	25,9%	4.252
2009	40,4%	32,5%	27,1%	4.172
2010	39,0%	32,3%	28,7%	4.111
2011	39,5%	31,8%	28,7%	4.101
2012	38,7%	31,6%	29,7%	4.018
2012³	47%	36%	18%	4.917

Bron: NIVEL 2013

² NIVEL (2013); Cijfers uit de registratie van huisartsen; peiling 2012.

³ In 2013 is de definitie van de solopraktijk aangepast in: praktijkvoering door één huisarts. In de registratie van huisartsen, die door het NIVEL wordt bijgehouden, is het onderscheid tussen praktijklocatie en praktijkvoering nu beter te maken. Dat verklaart de grote verschuiving in de percentages en het totaal aantal praktijken in de twee onderste regels van tabel 1.

2.1.2 Aantal apotheekhoudende praktijken

Op 1 januari 2012 telde Nederland 495 apotheekhoudende huisartsen in 413 apotheekhoudende praktijken. Van alle zelfstandig gevestigde huisartsen is 6,3% apotheekhoudend. In 2002, was nog 8,2% van de zelfstandig gevestigde huisartsen apotheekhoudend. In de jaren '70 telde Nederland nog ongeveer 1.500 apotheekhoudende huisartsen. Het aantal apotheekhoudende praktijken neemt al jaren geleidelijk af, maar lijkt nu te stabiliseren. Apotheekhoudende praktijken bevinden zich doorgaans op plaatsen waarvoor openbare apotheken geen belangstelling hebben om zich te vestigen vanwege regelgeving of economische redenen.

De meerwaarde van de apotheekhoudende huisartsenpraktijk voor de patiënt wordt alom onderkend. De apotheekhoudende praktijk is niet alleen van belang voor goede farmaceutische dienstverlening, maar is ook noodzakelijk om de huisartsenzorg op het platteland in stand te kunnen houden. In niet-stedelijke gemeenten met een kleine populatie zijn de inkomsten uit de apotheek noodzakelijk om de huisartsenpraktijk rendabel te maken. Wel moet er rekening worden gehouden met een lage interesse van praktijkzoekers voor dit soort solopraktijken, waardoor het moeilijk kan zijn een opvolger te vinden. Slechts 3% van de praktijkzoekers geeft aan een voorkeur voor een solo-praktijk te hebben⁴.

2.1.3 Huisartsenposten

De eerste huisartsenposten (HAP's) zijn opgericht in 1999 om de avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten) te verzorgen voor clusters van meerdere praktijken. Er zijn in Nederland 123 huisartsenposten die zijn georganiseerd in 52 rechtspersonen: Huisartsendienstenstructuren (HDS'en)⁵. In totaal zijn bijna 7.800 huisartsen aangesloten bij deze huisartsenposten in Nederland. In 2011 hebben zij gezamenlijk 16,43 miljoen inwoners van huisartsenzorg buiten kantooruren voorzien. Bij een HDS zijn gemiddeld 150 huisartsen aangesloten met een minimum van 10 tot een maximum van 904. Rond de 238.000 Nederlanders hebben een huisarts die niet is aangesloten bij een huisartsenpost. Huisartsen werden in 2011 gemiddeld voor 209 uur per normpraktijk ingeroosterd. De verschillen hierin tussen HDS'en zijn groot, minimaal 122 uur en maximaal 300 uur.

Sinds 2010 is het beleid er op gericht om de (geïntegreerde) samenwerking tussen huisartsenposten en de spoedeisende hulp (SEH) van ziekenhuizen te bevorderen.

2.1.4 Waarnemers en huisartsen in dienstverband

Waarnemers dragen met hun flexibiliteit bij aan een toegankelijke huisartsenzorg. Met de opkomst van huisartsenposten en de trend om ANW-diensten uit te besteden is hun belang alleen maar toegenomen. Voor de capaciteitsramingen is het dan ook belangrijk om hun omvang, samenstelling en arbeidsmarktgedrag zo goed mogelijk te volgen.

Het is belangrijk om te definiëren wat onder 'een waarnemer' wordt verstaan. Met name het onderscheid tussen waarnemers en HIDHA's is relevant, omdat dit posities zijn die ook steeds vaker gecombineerd voorkomen. In tabel 2 worden daarom de definities vermeld op basis waarvan het

4 NIVEL (2013); Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2012.

5 VHN (2012); Benchmarkbulletin 2011, augustus 2012.

NIVEL, de LHV en de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen (SPH) hun waarnemers en HIDHA's hebben geregistreerd.

Het waarnemerschap hangt samen met de loopbaanfase, maar ook andere factoren bepalen hoeveel waarnemers er op een bepaald ogenblik in Nederland actief zijn. Zo kunnen jonge huisartsen vaker voor het waarnemerschap kiezen als het voor hen moeilijker wordt om een passende praktijk of HIDHA-positie te vinden. Voor zelfstandig gevestigde huisartsen kan het aan het eind van hun carrière aantrekkelijk zijn om voor het waarnemerschap te kiezen. De waarneemtarieven liggen sinds begin 2011 niet meer vast en zijn onderhevig aan marktwerking⁶.

Het aantal waarnemers wisselt door de jaren dus. Hetzelfde geldt voor hun werkzaamheid in fte en patiëntgebonden uren en de duur van hun waarnemerschap.

In het ramingsmodel voor capaciteitsplanning van huisartsenzorg in Nederland wordt de capaciteit van waarnemers geschat op basis van enquêtes en vergelijking van registratie- en enquêtebronnen. In 2005 en 2009 deed het NIVEL nader onderzoek naar waarneming in de huisartspraktijken in het kader van haar continue monitor en beroepsregistratie van huisartsen in Nederland⁷. Hieruit werd geconcludeerd dat het waarnemen vooral door jonge huisartsen aan het begin van hun loopbaan wordt gedaan, maar ook door oudere huisartsen aan het einde van hun carrière.

De waarneemmonitor, die de LHV-afdeling WADI⁸ sinds 2010 uitvoert, is in 2012 gebruikt als nieuwe aanvullende bron voor data-onderzoek. Hierdoor is meer inzicht verkregen in het arbeidsmarktgedrag van waarnemers⁹. Tijdens het onderzoek bleek ook de SPH een belangrijke nieuwe informatiebron te kunnen zijn¹⁰. Sinds 1 januari 2007 is de pensioenregeling voor Huisartsen in dienstverband (HID's en HIDHA's) bij de SPH ingegaan. Met ingang van 1 januari 2009 zijn ook de waarnemers opgenomen in de beroepspensioenregeling van de huisartsen.

6 Van Schooten, S.; Van Kemenade S. (2011), Van 75 tot 95 euro. Medisch Contact 66 (20): 1281-1283.

7 Van der Velden, L.F.J.; Batenburg, R.S. (2009). Waarnemende huisartsen in Nederland. Gegevens uit de huisartsregistratie en enkele schattingen. Utrecht: NIVEL.

8 WADI - LHV afdeling voor Waarnemers en huisartsen in dienstverband.

9 Van Hassel, D.; Van der Velden, L.F.J.; Batenburg, R.S. (2012). Het profiel en arbeidsmarktgedrag van waarnemers in de huisartsenzorg. Analyses en monitoring op basis van de WADI-enquêtedata.

10 Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen (SPH) (2011), Jaarverslag 2010, p. 30.

Tabel 2: Definities en aantallen voor waarnemers en HIDHA's naar drie bronnen

	NIVEL ¹	LHV/WADI (leden)	SPH
Definitie waarnemer:	Een waarnemer is een geregistreerde beroepsbeoefenaar die taken (veelal diensten) overneemt van andere (veelal gevestigde of vast gecontracteerde) beroeps-beoefenaren. Binnen de huisartsenregistratie van het NIVEL zijn waarnemers binnen de huisartspraktijk geregistreerde huisartsen die <u>niet</u> zelfstandig gevestigd zijn en <u>niet</u> werkzaam zijn als HIDHA. Waarnemers nemen voor een huisarts waar tijdens kantooruren en ook tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten. Het gaat hier dus <u>niet</u> om waarnemend huisartsen die als zelfstandige of als HIDHA werken en tijdelijk voor elkaar invallen.	Het betreft alle beroepsbeoefenaren die zich bij de LHV hebben laten registreren als zijnde een waarnemer. Bij de LHV kan men slechts onder één type werkzame positie als lid geregistreerd staan.	Alle beroepsbeoefenaren die bij hun verplichte aanmelding bij de SPH hebben aangegeven recht te hebben op een pensioenvoorziening als waarnemer. Bij de SPH kan men voor meerdere type werkzame posities ingeschreven staan. Ultimo 2009 nemen 104 huisartsen deel aan meerdere regelingen; in 2010 zijn dat er 178.
Aantal waarnemers	1.479 (1 januari 2010) 1.972 (1 januari 2012)	1.460 (mei 2010) 1.491 (mei 2011) 1.632 (augustus 2011)	1.246 (december 2009) 1.730 (december 2010) 1.986 (december 2011)
Definitie HIDHA:	Een HIDHA is een huisarts, niet in opleiding, die voor langere tijd (minimaal een half jaar) werkzaam in dienstverband is van een zelfstandig gevestigde huisarts.	Het betreft alle beroepsbeoefenaren die zich bij de LHV hebben laten registreren als zijnde een HIDHA. Bij de LHV kan men slechts onder één type werkzame positie als lid geregistreerd staan.	Alle beroepsbeoefenaren die bij hun verplichte aanmelding bij de SPH hebben aangegeven recht te hebben op een pensioenvoorziening voor HIDHA's. Bij de SPH kan men voor meerdere type werkzame posities ingeschreven staan. Ultimo 2009 nemen 104 huisartsen deel aan meerdere regelingen; in 2010 zijn dat er 178 ¹² .
Aantal HIDHA's	1.088 (januari 2010)	Circa 700 leden (2010)	1.017 (december 2009) 1.074 (december 2010)

2.1.5 Inzet waarnemers en HIDHA's

In het Capaciteitsplan 2010 is er uitgegaan van 762 **zekere** waarnemers op een totaal van 10.371 werkzame huisartsen. Dat kwam overeen met 7,4% van de actieve beroepsgroep. In 2011 gaven 1.007 huisartsen in de NIVEL-vragenlijst aan voornamelijk als waarnemer te werken. In 2012 was het aantal **zekere** waarnemers 1.236. Dat komt overeen met 11,4% van de 10.851 werkzame huisartsen.

Omdat het aantal waarnemers waarschijnlijk hoger is dan het **zekere** aantal dat de geëncquêteerde huisartsen aan hebben gegeven wordt het aantal waarnemers opgehoogd met de helft van het aantal huisartsen waarvan men niet weet of zij werkzaam zijn. Voor 2010 kwam het NIVEL zo op een aantal van $762 + 717 = 1.479$ waarnemers. In 2012 komt het NIVEL uit op $1.236 + 736 = 1.972$ waarnemers. Een groei in twee jaar met bijna 500 waarnemers.

De uitkomsten van het NIVEL sluiten redelijk aan bij de gegevens uit de WADI-enquêtes en het Pensioenfonds voor Huisartsen, maar zijn aan de hoge kant.

De gegevens van de SPH zijn, door de verplichte registratie vanaf 1 januari 2009, waarschijnlijk het meest betrouwbaar. Daarbij moet echter wel rekening gehouden worden met een dubbeltelling omdat de deelnemers aan het pensioenfonds voor meerdere type werkzame posities ingeschreven kunnen staan. De onderzoeksgegevens (Tabel 2) laten zien dat het aantal waarnemers in twee jaar tijd substantieel is gestegen van globaal 1.500 tot bijna 2.000 personen. Het aantal HID(HA)'s is redelijk stabiel gebleven rond de 1.000 personen.

Op 1 januari 2012 zijn er minimaal 497 **praktijkzoekende huisartsen** bij het NIVEL bekend. Van hen is 93% werkzaam als waarnemer of HIDHA. Van hen is 7% niet werkzaam. In 2009 waren minimaal 592 respondenten praktijkzoekend. In 2010 waren dit er minimaal 576 en in 2011 zochten 539 respondenten een praktijk. Het reservoir van praktijkzoekende huisartsen neemt jaarlijks dus met enkele tientallen af.

2.1.6 Uitkomsten van de WADI-enquêtes voor het capaciteitsramingsmodel

Bij de parameters die in het capaciteitsramingsmodel voor de huisartsen gebruikt worden, bepalen vooral de ervaringsjaren en het geslacht het aantal fte's dat iemand werkt. De WADI-enquêtedata van 2010 en 2011 zijn daarop geanalyseerd en vervolgens zijn twee mogelijke gevolgen doordacht en doorberekend als 'scenario's'. Het eerste scenario betreft een aanpassing van het totale aantal werkzame huisartsen. Het tweede scenario betreft aanpassing van het aantal fte's dat huisartsen in de toekomst mogelijk gaan werken. Hierbij benadrukken we dat het doorrekenen van deze scenario's primair bedoeld is om in kaart te brengen welke impact de werkzaamheid van de waarnemers heeft op het totale zorgaanbod van de huisartsen. Voor de beschrijving en uitwerking in figuren wordt hier verwezen naar het onderzoeksrapport¹³.

¹¹ De deels aangevulde definities zijn overgenomen uit de thesaurus opgenomen als bijlage in het Integrale Capaciteitsplan 2013.

¹² Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen (SPH) (2011-2012), Jaarverslag 2010, p. 30.; Jaarverslag 2011, p. 26.

¹³ Van Hassel, D.; Van der Velden, L.F.J.; Batenburg, R.S. (2012). Het profiel en arbeidsmarktgedrag van waarnemers in de huisartsenzorg. Analyses en monitoring op basis van de WADI-enquêtedata.

Voor de capaciteitsramingen lijkt het “meenemen” van de specifieke waarnemers karakteristieken vooralsnog beperkte consequenties te hebben. Op basis van de nieuw verworven kennis en analyses zou de capaciteitsraming en het advies 2010 iets hoger (+ 3fte's) uitgekomen zijn.

Het is een feit dat het aantal waarnemers de laatste jaren substantieel is gestegen. Dat kan op meerdere manieren verklaard worden. De stijging kan mogelijk verklaard worden door onzekerheden binnen de gezondheidszorg, economische onzekerheid en een veranderend toekomstperspectief van recent afgestudeerde huisartsen. Praktijken die vrij komen, en met name de solopraktijken buiten de randstad, sluiten onvoldoende aan bij de voorkeuren van de nieuwe generatie huisartsen.

2.2 Overzicht aanverwante disciplines

2.2.1 Doktersassistenten

In Nederland zijn ongeveer 24.000 doktersassistenten werkzaam¹⁴. De helft van de assistenten werkt in de huisartsenzorg.

De Landelijke Huisartsen Vereniging, de Vereniging Huisartsenposten Nederland, de Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn en de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten laten drie keer per jaar door Kiwa Prismant de Vacaturemonitor Doktersassistenten uitvoeren. Op basis van de *Vacaturemonitor Doktersassistenten 2012-3 - meting oktober 2012*¹⁵ blijkt de vacaturegraad met 3,6% in oktober 2012 het hoogst te zijn bij de huisartsenpraktijken. De huisartsenposten nemen met 2,3% een middenpositie in, terwijl de instellingen uit de georganiseerde eerste lijn de laagste vacaturegraad kennen met 0,7%. Regionaal zijn er wel aanmerkelijke verschillen in de vacaturegraad.

Op dit moment is er sprake van een langzaam dalende vacaturegraad. Opvallend is dat doktersassistenten vaak van baan wisselen. De personeelsvoorziening van deze groep vraagt daarom verhoudingsgewijs meer tijd en energie.

In de brochure *Beroepsbeeld doktersassistent*¹⁶, een uitgave van het Campagneteam Doktersassistent van de eerder genoemde verenigingen en overige stakeholders, wordt aandacht besteed aan de doktersassistent van de toekomst anno 2015/2020:

- de komende jaren zijn in de eerste lijn veel extra doktersassistenten nodig
- het werk breidt zich uit en er gaan de komende jaren veel doktersassistenten met pensioen die vervangen moeten worden
- het vak van doktersassistent is qua inhoud, positie en verantwoordelijkheid snel aan het veranderen
- de eerstelijnsgezondheidszorg speelt een grote rol bij het opvangen van de toenemende zorgvraag en de stijgende kosten
- in deze eerstelijnszorg neemt de doktersassistent – met uiteenlopende rollen en taken – een centrale plaats in

¹⁴ NVDA (2013); Geraadpleegd op 10-01-2013, http://www.nvda.nl/?page_id=9

¹⁵ Kiwa Prismant (2012); Vacaturemonitor Doktersassistenten 2012-3 - meting oktober 2012

¹⁶ Campagneteam Doktersassistent (2011), Beroepsbeeld doktersassistent, Geraadpleegd december 2012, <http://lhv.artsen-net.nl/Campagneteam.htm>

- de doktersassistent van de toekomst heeft een spilfunctie in eerstelijnsorganisaties, zoals de huisartsenpraktijk, het gezondheidscentrum en de huisartsenpost: een goed opgeleide professional in de zorg, aanspreekpunt en steun en toeverlaat voor de huisarts en voor de patiënt
- de 'ondersteunende' doktersassistent krijgt in de eerstelijnsvoorzieningen meer en meer een eigen rol en takenpakket. De zelfstandigheid neemt toe. Dat gaat gepaard met functie-differentiatie: meer specialisatie, meer functieniveaus en meer zelfstandige verantwoordelijkheden. De benaming doktersassistent wordt meer en meer vervangen door praktijkassistent.

De doktersassistenten streven naar een BIG-registratie en herregistratie op basis van aangetoonde deskundigheidsbevordering. Een groot aantal doktersassistenten heeft gekozen voor een carrière als praktijkondersteuner.

2.2.2 Praktijkondersteuners

Naast de doktersassistent is in driekwart van de praktijken een praktijkondersteuner huisartsenpraktijk (POH) werkzaam. De grootste groep praktijkondersteuners is opgeleid tot **POH Somatiek**. De POH-S die ook de module ouderenzorg heeft gevolgd, is in opkomst. De functie van GGZ-ondersteuner Huisartsenzorg (POH GGZ) heeft in 2008 haar intrede gedaan. De opleiding tot POH biedt voor doktersassistenten en verpleegkundigen een aantrekkelijk carrièreperspectief.

Er is geen landelijke registratie van POH's, waardoor er geen exacte gegevens zijn over het aantal werkzame POH's. Wel bekend is dat het aantal huisartspraktijken met een POH in dienst snel is toegenomen: van 6% in 2001 naar 30% in 2003 en 58% in 2006. In 2011 waren er minimaal 4.694 POH's werkzaam in 3.482 huisartspraktijken. Dat komt overeen met 75% van de praktijken. Het totaal aantal fte's aan POH's in 2011 bedraagt 1.864¹⁷. De onzekerheid over het exacte aantal POH's wordt veroorzaakt door het feit dat POH's vaak actief zijn in meerdere praktijken, zonder dat precies bekend is hoe vaak dat voorkomt. Dit wordt mede veroorzaakt door de wijze van financiering. Een POH-S kan in dienst worden genomen door een samenwerkingsverband van huisartsen.

In de registratiegegevens van de huisartsen wordt door het NIVEL nog geen onderscheid gemaakt tussen POH's-Somatiek en **POH's-GGZ** dan wel Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV'ers). Bij de eerste inventarisatie door het ROS-netwerk, in november 2009, werden er 139 POH-GGZ geteld. In april 2012 blijken 687 mensen de functie POH-GGZ uit te voeren¹⁸. Het percentage functionarissen met een achtergrond als Sociaal Psychiatrisch Verpleegkundige (SPV) neemt in deze periode toe van 38% naar 65%, terwijl het percentage psychologen afneemt van 22% naar 8%.

De inzet in uren van de POH-GGZ kent een grote spreiding, van een dagdeel tot een volledige werkweek. Gemiddeld werkt de functionaris zo'n 14 uur per week in de functie van POH-GGZ. De overige uren is deze veelal werkzaam in zijn oorspronkelijke functie.

2.2.3 Verpleegkundig specialisten

De verpleegkundig specialist (VS) komt in de huisartsenzorg nog maar weinig voor. De opleiding tot verpleegkundig specialist is een post-HBO-opleiding die is gericht op één specialisme. De verpleeg-

¹⁷ Heiligers, P.J.M.; Noordman, J.; Korevaar, J.C.; e.a. (2012) Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's) klaar voor de toekomst? Utrecht: NIVEL

¹⁸ ROS-netwerk (mei 2012). Informatieblad Stand van zaken POH-GGZ, april 2012.

kundig specialisten kunnen zich op somatisch terrein specialiseren/registreren in: Intensieve zorg, Chronische zorg, Acute zorg, Preventieve zorg en op psychisch terrein in de Geestelijke Gezondheidszorg. De primaire arbeidsmarkt voor verpleegkundig specialisten wordt gevormd door de ziekenhuizen en grotere zorginstellingen.

De VS was een specialisme in de zin van de Wet BIG, artikel 14, maar daarbij was het *zelfstandig indiceren* van voorbehouden handelingen nog geen feit. Door de wetswijziging die per 1 januari 2012 van kracht werd, is dat wel zo. Per specialisme mogen verschillende voorbehouden handelingen geïndiceerd en uiteraard ook uitgevoerd worden door de VS. Omdat het een Wet BIG-beroep is, valt het onder het tuchtrecht en mogen zo nodig tuchtmaatregelen genomen worden.

De verpleegkundig specialist was eerder ook bekend als nurse practitioner of NP. Een groot aantal nurse practitioners heeft zich in de afgelopen drie jaar na een assessment ingeschreven in het BIG-register als Verpleegkundig Specialist.

Op 1 januari 2013 staan er 1.834 verpleegkundig specialisten ingeschreven in dit register. Van deze groep werken er naar schatting 120 in dienst van huisartsenpraktijken en huisartsenposten. Het betreft ongeveer 75 verpleegkundig specialisten met het specialisme Intensieve zorg, 25 met het specialisme Acute zorg en 20 met het specialisme Chronische zorg.

2.2.4 Physician assistants

De physician assistant (kortweg PA) beschikt over brede medische kennis en vaardigheden en handelt binnen het specialisme waarin hij/zij werkzaam is op het niveau van basisarts¹⁹. Ook het verrichten van medisch technische handelingen en het uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek behoren tot het competentieprofiel.

Per 1 januari 2012 zijn ook de bevoegdheden van de PA bij wet geregeld. De PA is geen Wet BIG-beroep, maar mag wel acht voorbehouden handelingen *indiceren en uitvoeren*. Het uitvoeren van handelingen mochten PA (net als andere zorgwerknemers) al langer, het indiceren van voorbehouden handelingen is met de wetswijziging van kracht. Omdat het geen Wet BIG-beroep is valt het wel onder het tuchtrecht, maar kunnen geen tuchtrechtmaatregelen worden genomen. Deze nieuwe bevoegdheid maakt het herschikken van taken tussen artsen, verpleegkundig specialisten en physician assistants juridisch beter mogelijk²⁰.

Steeds meer medisch specialisten en huisartsen maken gebruik van deze ervaren professionals die speciaal zijn opgeleid om vaak voorkomende taken van artsen over te nemen. Een PA biedt zelfstandig geneeskundige zorg, in een samenwerkingsverband met een medisch specialist of huisarts. Op 17 december 2012 staan er 34 PA's in het Kwaliteitsregister Physician Assistant geregistreerd met als specialisme huisarts /huisartsgeneeskunde.

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

Veel huisartsen werken met doktersassistenten, praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen en Verpleegkundig Specialisten in samenwerkingsverbanden zoals groepspraktijken, gezondheidscentra, eerstelijnscentra, HOED'en (huisartsen onder één dak) , GOED'en (gezondheidszorg onder één dak) etc.

19 Nederlandse associatie physician assistants (NAPA). Geraadpleegd op 16 januari 2013, <http://napa.artsennet.nl/home.htm>.

20 Handreiking implementatie taakherschikking (2012). Utrecht: KNMG, V&VN, NAPA.

De Landelijke Vereniging Georganiseerde eerste lijn (LVG) telt ruim 180 aangesloten eerstelijnsamenwerkingsverbanden. De structurele samenwerking vormt de basis van deze organisaties. Zorgverzekeraars sluiten contracten met samenwerkingsverbanden om het werken met zorgprogramma's en het ontwikkelen van innovatieve zorgprojecten te stimuleren. Zowel formele als informele samenwerking binnen één vestiging biedt voordelen, zoals collegiale raadpleging en overleg met andere disciplines.

2.3.1 Zorggroepen

De invoering van integrale bekostiging van ketenzorg vanaf 2007 heeft mede geleid tot het ontstaan van zorggroepen. Zorggroepen zijn organisaties die contracten sluiten met zorgverzekeraars over de integrale bekostiging van de chronische zorg in een bepaalde regio. Deze zorggroepen zijn verantwoordelijk voor de organisatie, coördinatie en levering van de door hen gecontracteerde zorgprogramma's. Het ontbreken van een eenduidige definitie, maar ook de ontwikkelingen binnen zorggroepen (fusies, nieuwe oprichtingen), leiden ertoe dat er verschillende lijsten zijn met zorggroepen in Nederland en dat het aantal zorggroepen verschilt tussen onderzoeken.

Zorggroepen (als hoofdaannemer) bestaan in de helft van de gevallen alleen uit huisartsen. Huisartsen hebben in relatief korte tijd een groot aantal zorggroepen opgericht. Dit aantal steeg van 14 in 2005, 55 in 2008 naar 103 in 2011. Gemiddeld waren in 2011 bij een zorggroep 81 huisartsen aangesloten. De spreiding tussen zorggroepen is groot en varieert van 3 tot 250 aangesloten huisartsen²¹. Het is onduidelijk of en in hoeverre zorggroepen zich nog zullen gaan ontwikkelen tot multidisciplinaire organisaties waarvan ook andere zorgdisciplines eigenaar zijn.

Steeds meer zorggroepen hebben meerdere keten-dbc-contracten afgesloten (keten-dbc's voor diabetes, COPD en vasculair risicomanagement (VRM)). Hierdoor is er een toenemend aantal patiënten dat aan meerdere zorgprogramma's deelneemt, omdat zij meerdere chronische aandoeningen hebben.

2.3.2 Overige disciplines

Behalve met de bovengenoemde disciplines zijn er op verschillende plekken lossere samenwerkingsvormen met andere eerstelijnsprofessionals, zoals verloskundigen, oefentherapeuten Cesar en Mensendieck, fysiotherapeuten, logopedisten, eerstelijnspsychologen, diëtisten en apothekers.

Samenwerking met kleinschalig georganiseerde (wijk)verpleegkundigen in de eerste lijn volgens de formule van Buurtzorg Nederland²² was in 2010 in opkomst en is sindsdien stevig doorgegroeid. Anno 2013 zijn er 530 Buurtzorgteams in Nederland actief. In totaal zijn er 5.500 medewerkers, daarvan is 40% wijkverpleegkundige, 30% verpleegkundige en 30% wijkziekenverzorgende. Buurtzorg Nederland denkt dat meer dan de helft van alle wijkverpleegkundigen nu bij Buurtzorg werkt²³. Maandelijks komen er 150 nieuwe medewerkers bij. De schatting voor de komende jaren is een jaarlijkse groei van 1.500 collega's, waarvan ongeveer 500 wijkverpleegkundigen.

Buurtzorg Nederland vermoedt dat zij inmiddels met 70% van de huisartsen samenwerkt. Met een klein percentage van de huisartsen bestaan er afspraken over specifieke activiteiten in de praktijk,

²¹ RIVM (2012) De organisatie van zorggroepen anno 2011: Huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren.

²² De missie van Buurtzorg (2006-2013), Geraadpleegd januari 2013, <http://www.buurtzorgnederland.com>.

²³ Persoonlijke mededeling Jos de Blok, directeur Buurtzorg Nederland, 15 januari 2013.

zoals diabetessprekuren, COPD en dergelijke chronische aandoeningen. Door de directe communicatie met de huisarts worden de teams vaak ingeschakeld bij allerlei situaties. In collegiale samenwerking lossen buurtteams en huisartsen veel crisissituaties op. Het is moeilijk in te schatten hoeveel werk dit voor de huisartsen betekent.

Buurtzorg Nederland verwacht dat wijkverpleegkundigen de komende jaren werkzaamheden kunnen en zullen overnemen van huisartsen, waardoor er voor hen meer ruimte ontstaat voor andere activiteiten.

2.3.3 Zorgpaden

Het zorgpadconcept is ontleend aan de logistiek uit het bedrijfsleven. Vanaf de jaren tachtig gebruiken ziekenhuizen dit voor veelvoorkomende operaties. In de eerste lijn zijn zorgpaden, zoals nu bestaan in de ziekenhuizen, moeilijker vorm te geven. Het traject dat een patiënt doorloopt, is vaak minder voorspelbaar dan bij een liesbreuk- of staaroperatie. Een zorgpad richt zich op de logistiek en afstemming van verantwoordelijkheden en werkzaamheden en kan zo bijdragen aan verbetering van de doelmatigheid van de zorg. In de eerste lijn bestaat een zorgpad vaak uit een compact (digitaal) document, van hooguit enkele pagina's, waarin beschreven wordt wie welke zorg kan leveren. Het wat en waarom staat in een richtlijn, standaard of protocol en is dus geen onderdeel van een zorgpad. Zorgpaden in de eerste lijn zijn multidisciplinair. Het is mogelijk dat, naast bijvoorbeeld huisartsen, POH'ers (Praktijk Ondersteuner Huisarts) en (wijk)verpleegkundigen, professionals van het welzijnswerk, maatschappelijk werk of verpleeg- of verzorgingshuis onderdeel uitmaken van het zorgpad²⁴.

Dit instrument past goed binnen het streven uit het regeerakkoord²⁵ om de zorg meer wijkgericht te organiseren en sluit ook goed aan bij De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022²⁶ die kleinschalige, persoonsgerichte zorg dicht bij de patiënt voorstaat.

2.3.4 Anderhalvelijnszorg

De samenwerking tussen zorgverleners krijgt steeds meer structuur en naamsbekendheid. In dat kader heeft het begrip anderhalvelijnszorg in korte tijd al een grote naamsbekendheid gekregen zonder dat men precies weet wat daar mee bedoeld wordt. Er zijn ook veel manieren denkbaar om invulling te geven aan deze vorm van zorgverlening. Een van de definities luidt als volgt:

“Anderhalvelijnszorg kenmerkt zich door bijzondere zorg die geleverd wordt door gedifferentieerde huisartsen, NP's, PA's en specialisten, in een transmurale setting, waarin de eerste lijn de regie voert.” In de praktijk kan het gaan om een medisch specialist die periodiek spreekuur houdt in een huisartsenvoorziening, maar het komt ook voor dat huisartsen samenwerken met medisch specialisten in een ziekenhuissetting.

Naast anderhalvelijnszorg is er ook al sprake van halvelijnszorg. Het gaat dan om een gestructureerde samenwerking van de huisartsenvoorziening met de mantelzorgers en familie van patiënten. De grootste gemene deler van deze initiatieven is dat men samen verantwoordelijkheid wil dragen voor korte lijnen, zinnige en zuinige zorg.

24 Schaap-Visser, A. - CC zorgadviseurs; De Veer, A. – Nivel; Hamming, A. – Curenz; Werken met ZORGPADEN in de eerstelijns gezondheidszorg, Digitale versie 1.0 november 2012; www.eerstelijnszorgpaden.nl

25 Bruggen slaan, Regeerakkoord VVD – PvdA (29 oktober 2012).

26 LHV, NHG (2012) Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022.

2.4 Kaderhuisartsen

Huisartsen maken actief gebruik van de mogelijkheid tot specialisatie en tot taakdifferentiatie. Inmiddels zijn 2.580 registraties verleend aan meer dan 2.000 huisartsen. Dat is een verdubbeling in drie jaar tijd. Het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB)²⁷ houdt 10 registers van kaderhuisartsen bij. Het betreft huisartsen die één of meer van de volgende opleidingen hebben afgerond: Kaderhuisarts Supervisor, Kaderhuisarts Astma/COPD, Kaderhuisarts Beleid en Beheer, Kaderhuisarts Diabetes, Kaderhuisarts GGZ, Kaderopleiding Hart- en Vaatziekten, Kaderhuisarts Ouderengeneeskunde, Kaderhuisarts Palliatieve zorg, Kaderhuisarts Urogynaecologie en Kaderhuisarts Bewegingsapparaat. Door hun specifieke kennis kunnen kaderhuisartsen een intermediaire rol vervullen. Verder zijn er nog 6 registers van huisartsen die zijn opgeleid voor een specifieke bekwaamheid: Verloskunde, Echografie, Justitiële huisartsenzorg, Oogheelkunde, Reizigersadvisering en Erkend Kwaliteitsconsulent.

Het standpunt van de KNMG²⁸, 'Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen', propageert een structurele samenwerking tussen de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde. Wijzigingen in de financiering van de ouderenzorg maken samenwerking opnieuw actueel. Voor de kwetsbare oudere in de thuissituatie wordt voorgesteld dat de Specialist Ouderengeneeskunde (SO) de huisarts gaat ondersteunen op een veel grotere schaal dan tot nu tot gebruikelijk is. De kaderhuisarts ouderengeneeskunde, waarvan er inmiddels 70 zijn, zou hierbij een brugfunctie kunnen vervullen.

Huisartsen en Specialist Ouderengeneeskunde worden zich steeds meer bewust van de noodzaak om samen te werken en nemen daartoe diverse initiatieven. Uit positieve ervaringen blijkt dat de aanvullende inbreng van de SO in de eerste lijn voorziet in een behoefte. Een SO die de kaderopleiding Specialist Ouderengeneeskunde in de eerste lijn volgt, leert zich zelfbewust en initiatiefrijk op te stellen.

2.5 Spreiding huisartsen

Het grootste deel van de regulier werkzame huisartsen (28%) werkt in gemeenten met een sterk stedelijk karakter. Relatief de minste huisartsen zijn gevestigd in niet-stedelijk gebied. Vrouwen zijn relatief vaker gevestigd in sterk stedelijke gemeenten.

27 CHBB (2013) College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden. Geraadpleegd op 14 januari 2013, <http://chbb.artsenet.nl/Home.htm>.

28 KNMG (2010). Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: www.knmg.nl/publicatie/kwetsbare-ouderen.

Tabel 3: Relatieve verdeling en absolute aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's, naar stedelijkheid en geslacht, op 1 januari 2012

	Man	Vrouw	Totaal
Zeer sterk stedelijk	18,0% (918)	22,4% (847)	19,9% (1.765)
Sterk stedelijk	27,5% (1.402)	27,9% (1.053)	27,7% (2.455)
Matig stedelijk	20,0% (1.020)	19,8% (750)	19,9% (1.770)
Weinig stedelijk	22,3% (1.137)	20,7% (784)	21,6% (1.921)
Niet-stedelijk	12,2% (618)	9,2% (346)	10,9% (964)
Totaal	100% (5.095)	100% (3.780)	100% (8.875)

Bron: Nivel 2013

Er zijn grote regionale verschillen wat betreft de praktijkvorm waarin huisartsen werkzaam zijn. Zo werkt een relatief groot deel (38 tot 43%) van de huisartsen in Zeeland en Friesland in een duopraktijk, terwijl in Flevoland het grootste deel van de huisartsen (65%) werkt in een groepspraktijk. In tabel 4 worden de verschillende percentages per provincie weergegeven. Deze gegevens zijn van belang omdat vooral de vrouwelijke huisartsen sterk in aantal toenemen en zij bij voorkeur in een duo- of groepspraktijk werken. Dit betekent dat plattelandsgebieden die verder van de steden af liggen en die relatief veel solopraktijken tellen, problemen kunnen krijgen met het aantrekken van huisartsen, ofwel meer duo- en groepspraktijken zullen krijgen.

Tabel 4: Relatieve verdeling van het aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's naar praktijkvorm en provincie, op 1 januari 2012

	Solopraktijk	Duopraktijk	Groepspraktijk
Groningen	33,0%	38,8%	28,2%
Friesland	30,5%	42,9%	26,6%
Drenthe	18,5%	37,6%	43,9%
Overijssel	31,0%	38,4%	30,6%
Flevoland	15,9%	19,1%	65,0%
Gelderland	22,3%	44,1%	33,6%
Utrecht	16,2%	36,9%	46,9%
N-Holland	28,8%	41,9%	29,3%
Z-Holland	30,2%	35,5%	34,3%
Zeeland	25,4%	38,3%	36,3%
N-Brabant	24,1%	36,6%	39,3%
Limburg	21,3%	32,1%	46,6%
Nederland	25,7%	38%	36,3%

Bron: NIVEL 2013

N.B. De percentages in tabel 4 wijken soms meer dan 10% af van de gegevens die in voorgaande jaren zijn gepubliceerd. Dat heeft te maken met het gebruik van, in 2012, bijgestelde definities. Volgens de "nieuwe" definities wordt een praktijk niet meer op basis van het adres gedefinieerd, maar op basis van wat huisartsen die deelnemen aan de enquêtes, zelf definiëren.

In de thesaurus van het Capaciteitsorgaan wordt een solopraktijk vanaf 2012 gedefinieerd als, *Praktijkvoering door één huisarts* en niet langer als *Praktijklocatie waar één huisarts werkt*.

De huisartsendichtheid, oftewel het gemiddeld aantal inwoners per fte huisarts (zelfstandig gevestigden én HIDHA's tezamen), bedraagt 2.397 (tabel 5). In 2011 was dat 2.371. De regionale verschillen in huisartsendichtheid zijn niet groot. De laagste dichtheid wordt gemeten in Overijssel (2.496). De hoogste huisartsendichtheid treffen we aan in Drenthe (2.267).

Tabel 5: Aantal fte's huisartsen (zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's) en huisartsendichtheid per provincie, op 1 januari 2012

	Aantal inwoners	Aantal fte's huisarts	Inwoners per fte huisarts
Groningen	580.875	241	2.410
Friesland	647.214	285	2.271
Drenthe	490.807	217	2.262
Overijssel	1.137.668	456	2.495
Flevoland	395.525	174	2.273
Gelderland	2.010.745	848	2.371
Utrecht	1.237.117	521	2.375
N-Holland	2.709.822	1.115	2.430
Z-Holland	3.552.407	1.462	2.430
Zeeland	381.407	168	2.270
N-Brabant	2.463.686	1.005	2.451
Limburg	1.123.075	490	2.292
Nederland	16.730.348	6.982	2.396

Bron: CBS (inwoneraantallen), NIVEL 2013

ION-database²⁹

De stichting Inschrijving op Naam (ION) is in 2006 opgericht door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Elke inwoner van Nederland heeft recht op een vrije toegang tot kwalitatief hoogwaardige huisartsenzorg door een huisarts die de patiënt kent en zijn medische geschiedenis en medicatie vastlegt in een medisch dossier. De stichting ION probeert dit onder meer te bereiken door het beheer van een database waarin elke inwoner van Nederland is gekoppeld aan één huisarts. Deze database levert een bijdrage aan de reductie van de administratieve lasten van huisartsen. Daardoor kunnen zij meer tijd besteden aan de directe patiëntenzorg. De database ondersteunt de huisartsen ook bij het declareren van de inschrijftarieven bij de zorgverzekeraars.

Op 1 januari 2012 zijn er 15.936.826 mensen aangemeld in de ION-database. Dat is 95,2% van 16.743.457, het aantal inwoners dat het CBS op die datum telde. Omdat niet alle inwoners in aanmerking komen voor een inschrijving bij een huisarts (AWBZ, MGD, detentie e.a.) komt de vullingsgraad van de database uit op 97,5% van het geschatte maximum (16.343.457).

²⁹ Jaarverslag 2011 stichting Inschrijving op Naam (ION) (2012). Geraadpleegd december 2012 <http://ion.artsennet.nl/Stichting-ION.htm>.

Normpraktijk “2.350”

Het aantal fte's huisartsen (zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's) in Nederland werd op 1 januari 2012 door het NIVEL geschat op 6.982. Dat komt uit op 2.396 inwoners per fte huisarts (exclusief fte waarnemers). ION komt uit op 2.284 ingeschrevenen per fte huisarts (exclusief fte waarnemers). Dat is iets lager dan de normpraktijk van 2.350.

Het aantal ingeschrevenen waarvan de Nederlandse Zorgautoriteit is uitgegaan bij het Praktijkkosten- en inkomensonderzoek Huisartsenzorg van 2012 met betrekking op de jaren 2009/2010 lag nog lager met gemiddeld iets meer dan 2.150 patiënten per fte huisarts-eigenaar. Het aantal patiënten per huisarts-eigenaar is in dat onderzoek het hoogst bij solopraktijken (2.369 in 2010)³⁰.

2.6 Regionale Ondersteuningsstructuur

Er zijn 17 Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS'en). Alle ROS'en zijn aangesloten bij de LVG³¹. Gezamenlijk vormen ze een landelijk dekkend netwerk. Om te komen tot innovatie, integratie en samenwerking van en binnen de eerste lijn hebben ze een verbindende rol: binnen disciplines, tussen disciplines en met de domeinen zorg, wonen, welzijn en sport. Ze vervullen een maatschappelijke opdracht. ROS'en worden betaald uit collectieve middelen. Er is een vaste bijdrage per inwoner beschikbaar. ROS'en bieden advies en ondersteuning in de omslag naar een geïntegreerde eerste lijn.

³⁰ Jurling, B.; Koster, L.; Batterink, M. (2012). Praktijkkosten- en inkomensonderzoek huisartsenzorg, Barneveld: Significant; Nederlandse Zorgautoriteit.

³¹ De Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn (LVG). Geraadpleegd op 16 januari 2013, http://www.lvg.org/?page_id=496.

3. Opleiding

3.1 Inleiding

Volgens het Kaderbesluit van het (toenmalige) College Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten (CHVG) duurt de opleiding tot huisarts drie jaar bij een voltijds dienstverband. Tot 1994 was de opleiding tweejarig.

De aios worden decentraal geselecteerd door de acht huisartsopleidingsinstituten. In de loop van 2014 wordt er decentraal geselecteerd volgens een landelijk gestandaardiseerde methode en de instroom centraal gereguleerd volgens een landelijk **toewijzingsmodel** in de verwachting dat daarmee naast een betere geografische spreiding ook de opleidingsplaatsen volledig benut worden.

Toewijzingsmodel

SBOH en Huisartsopleiding Nederland hebben in 2011 geconstateerd dat er onvoldoende gebruik werd gemaakt van de beschikbare opleidingscapaciteit in Nederland en hebben adviezen gevraagd voor de allocatie van aios over de acht opleidingsinstituten. Dit heeft geresulteerd in een besluit voor een landelijk toewijzingsmodel, bestaande uit: centrale aanmelding, decentrale selectie volgens een landelijk gestandaardiseerde selectiemethode en landelijke toewijzing van opleidingsplaatsen. Daarbij is het streven alle opleidingsplaatsen te benutten. De sollicitatieprocedure zal hierop worden aangepast.

De Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH) is de formele werkgever van circa 1.800 aios Huisartsgeneeskunde en heeft opleidingsovereenkomsten met ruim 1.800 huisartsopleiders en 80 ziekenhuizen. De huisartsopleiders zijn verbonden aan het VU Medisch Centrum en het AMC-UvA, beide in Amsterdam, het LUMC te Leiden, het UMC St Radboud in Nijmegen, Erasmus MC Rotterdam, Universiteit Maastricht, UMC Groningen en het UMC Utrecht.

3.2 Adviezen

Het Capaciteitsorgaan heeft zeven adviezen uitgebracht over de instroom in de erkende medische vervolgopleiding Huisartsgeneeskunde. In 2000, 2001, 2002, 2005, 2008 en 2010 betrof het een advies in het kader van een integraal Capaciteitsplan. In 2009 is een tussentijds advies uitgebracht over de instroom omdat er onzekerheid bestond over de beschikbare reservecapaciteit aan praktijkzoekers.

Het eerste advies van het Capaciteitsorgaan eind 2000, met de titel: 'Voorlopige Raming', was om jaarlijks 767 aios in te laten stromen. Een jaar later kwam het Capaciteitsplan 2001 met hetzelfde advies van 767 voor de instroom. Eerdere onzekerheden waren opgelost. De getallen over de huisartsen hadden een grote betrouwbaarheid. De gegevens van de registratiecommissie over huisartsen in opleiding waren zeer accuraat. Met deze instroom zou in 2010 een evenwichtssituatie tussen vraag en aanbod ontstaan. In 2000 werd nog weinig verwacht van taakherschikking door substitutie van het werk van de huisarts naar andere disciplines. Wel was er rekening gehouden met de feminisatie van de beroepsgroep en de trend om minder uren te gaan werken.

Door de lage instroom van 360 in 2000 en 420 in 2001 ontstond een forse achterstand op de geadviseerde instroom van 767. In 2002 bleven er, bij een driejarige opleiding, nog maar vijf jaren over om evenwicht te bereiken in 2010. Dit zou betekenen dat de instroom nog veel verder omhoog moest. Om die reden werd de horizon verlegd van 2010 naar 2012 en kwam ook het jaar 2020 voor het eerst voor in de verkenningen. De voorkeursvariant kwam nu uit op een instroom van 861 voor evenwicht in 2012. In 2005 is weer een advies opgesteld en zijn alle scenario's doorerekend voor de evenwichtsjaren 2016 en 2020. Voor evenwicht in 2016 zou kunnen worden volstaan met een instroom van 614 tot 2012 om vervolgens van 2013 t/m 2016 te kunnen zakken naar 532. Er is gekozen om in één keer te mikken op evenwicht in 2020. Voor 2006 t/m 2016 betekende dat een instroom van 584. Over het scenario met substitutie door aanverwante beroepen bestonden nog grote onzekerheden. In plaats van 6% koos men voor 3% substitutie. Daarmee zou de bandbreedte voor de instroom liggen tussen 565 en 585. Gelet op de groeiende reservecapaciteit en het redelijke evenwicht in vraag en aanbod, kwam het uiteindelijke advies uit op 565 gedurende drie jaar.

Het integrale Capaciteitsplan van 2008 kwam uit op een advies van 870 voor twee jaar. Hierop werden twee correcties toegepast. Het advies was tot stand gekomen op basis van evenwicht in 2019 en 2025. De eerste correctie betrof de groei van het aantal POH's die doorzette. Naar verwachting zouden zij in 10 jaar 6% van het werk van de huisartsen opvangen. Dat betekende dan wel dat de instroom in de opleiding met 170 omlaag kon, van 870 naar 700. Een tweede correctie werd voorgesteld vanwege een groeiende reservecapaciteit van actieve praktijkzoekers. Men wilde de reservecapaciteit in twee jaar tijd op een aanvaardbaar peil brengen. Er waren 320 actieve praktijkzoekers méér dan er nodig zouden zijn voor een goede doorstroom naar praktijken. Het leek verstandig die groep in twee jaar weg te werken. Dat gaf een aftrek van 160 in de jaren 2009 en 2010. Het instroomadvies kwam daarmee uit op 540 (700-160) voor twee jaar. Omdat er veel onzekerheden waren en lopend onderzoek naar de complexe arbeidsmarkt nog niet klaar was, werd al wel rekening gehouden met de noodzaak van een tussentijdse bijstelling.

Derhalve werd in 2009 een tussentijds advies opgesteld op basis van geactualiseerde gegevens en onderzoeksresultaten. De belangrijkste bevinding hierbij was dat de reservecapaciteit minder groot was dan in het Capaciteitsplan 2008 werd verwacht. Door het hanteren van verschillende definities, waren er discrepanties ontstaan tussen de trendverwachtingen die in het Capaciteitsplan 2008 waren gehanteerd en de werkelijke trend in praktijkzoekers. Er bleek onvoldoende grond te bestaan voor de gehanteerde correctie van 160 gedurende twee jaar. Het advies vanaf 2011 kwam daarom weer hoger uit: een structurele instroom in de opleiding van 730. In het Capaciteitsplan 2010 was het advies voor de instroom in de opleiding vanaf 2012: 720 aios. Dat was iets lager dan het tussentijdse advies van 2009. De verklaring daarvoor was een iets lagere uitstroom uit de beroepsgroep dan eerder was voorzien. Het Capaciteitsplan 2013 adviseert voor de instroom in de opleiding vanaf 2015: 698 aios. Dat is gebaseerd op het reële of voorkeursscenario met doorgaande trend en evenwicht op de lange termijn (2031).

3.3 Besluiten

De opleidingscapaciteit werd in 2009 door de minister van VWS op eigen gezag verhoogd. In plaats van de gebruikelijk 516 aios ging dat naar 600 en startten uiteindelijk 594 aios met de opleiding. In 2010 en 2011 waren dat er respectievelijk 588 en 613³². Het tussentijdse advies uit 2009 is formeel

32 SBOH Jaarberichten 2009, 2010, 2011, 2012

niet behandeld in verband met de val van het kabinet. Het advies van het Capaciteitsorgaan voor de instroom vanaf 2011 bedroeg toen 730aios. Voor de opleiding Huisartsgeneeskunde kreeg de SBOH in 2011 formeel slechts ruimte voor een instroom van 600aios. Het instroomadvies uit het Capaciteitsplan 2010 van 720aios voor de instroom in de opleiding vanaf 2012 is door VWS overgenomen.

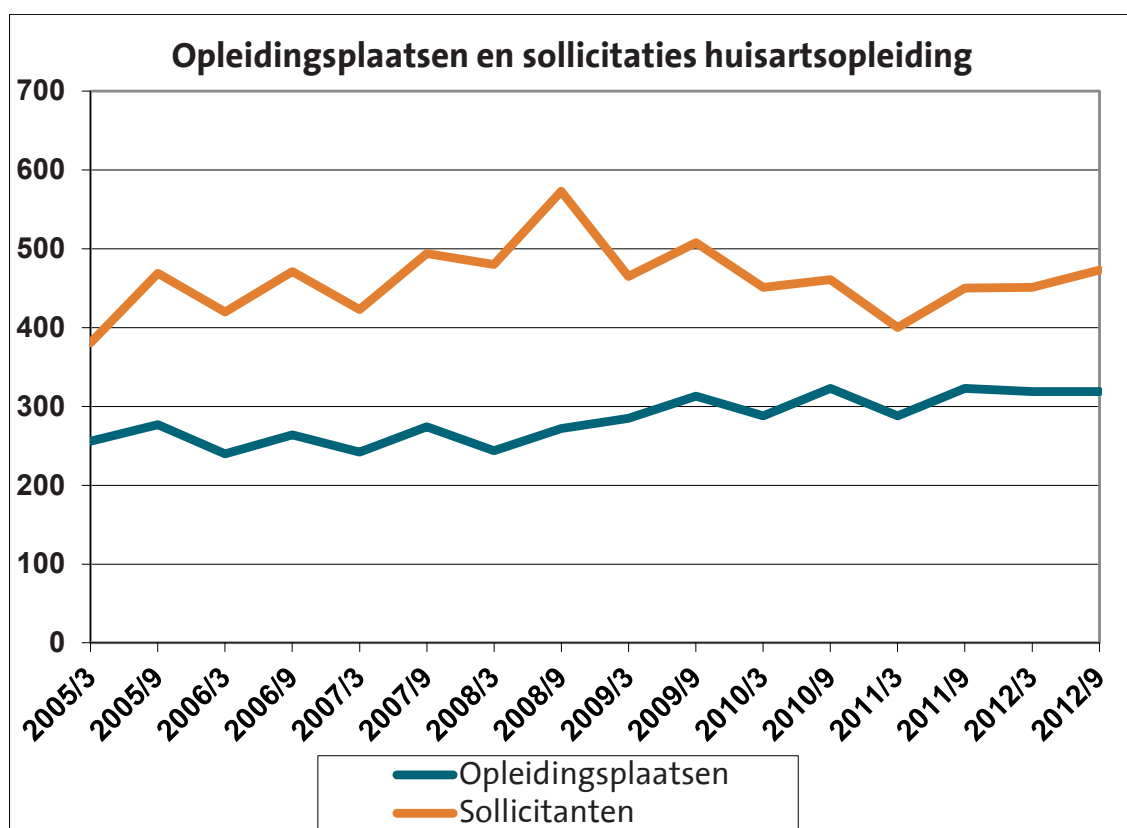
3.4 Interesse en realisatie

Basisartsen kunnen tweemaal per jaar solliciteren naar een opleidingsplaats. De selectie wordt uitgevoerd door de opleidingsinstellingen. De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) houdt bij hoeveel basisartsen interesse hebben in de huisartsenopleiding. Hierbij wordt het aantal sollicitaties vergeleken met het aantal beschikbare plaatsen voor de opleiding.

De verhouding tussen het aantal sollicitanten en het aantal dat wordt aangenomen voor een opleidingsplaats schommelt tussen de 2 en 1,4. Uit figuur 1 is af te lezen dat de interesse voor de opleiding tot 2009 is toegenomen en daarna iets is gezakt. De afgenomen interesse heeft zich niet direct vertaald in minder plaatsingen.

De instroom in 2012 is uitgekomen op 638aios . Er is in 2012 dus onvoldoende gebruik gemaakt van de beschikbare opleidingscapaciteit van 720 plaatsen. Uit onderzoek is gebleken dat dat niet primair lag aan een gebrek aan sollicitanten of huisartsopleiders, maar had dat vooral te maken met een spreidings- en verdelingsvraagstuk in bepaalde regio's van het land.

Figuur 1: Sollicitaties en opleidingsplaatsen huisartsenopleiding vanaf 2005



Tabel 6: Adviezen Capaciteitsorgaan, besluiten VWS, gerealiseerde instroom opleiding en totale opleidingscapaciteit sinds 2005.

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Advies										
Capaciteitsorgaan	861	565	565	565	540	540	730	720	720	720
Besluit VWS	528	504	516	516	600	600	600	720	720	
Instroom aios	533	524	519	537	594	588	613	638		
Totaal aantal aios*	1.421	1.448	1.471	1.507	1.578	1.618	1.711	1.799		
Percentage vrouwen	68	70	70	70	71	72	74	76		

* : daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorgaande jaar

Bron: Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) 26 februari 2013

Uit tabel 6 kan worden afgeleid hoeveel aios per jaar starten met de opleiding en hoeveel aios uit de 3 opleidingsjaargangen in één jaar tegelijkertijd staan ingeschreven. Niet zichtbaar worden de groepen aios die langer dan drie jaar bezig zijn met hun opleiding en degenen die in kortere tijd afstuderen in verband met vrijstellingen, verkregen vanwege eerdere werkervaring, zoals bij herintreders. Ook het aantal aios dat tussentijds uitvalt, is hier niet te zien. Deze tussentijdse uitval tijdens de opleiding wordt verwerkt in het interne rendement. Dit bestaat uit het percentage aios per opleidingscohort dat de opleiding op enig moment wél succesvol afsluit.

3.5 Intern rendement

Het interne rendement is het percentage aios per opleidingscohort dat de opleiding op enig moment succesvol afsluit (zie ook de thesaurus in het hoofdrapport van het Capaciteitsplan). Omdat het geruime tijd kan duren voordat een volledig cohort aios de 3-jarige opleiding al dan niet succesvol heeft doorlopen, wordt als indicator voor het interne rendement vooral gekeken naar de uitval. De verwachting voor de toekomst wordt daarbij gebaseerd op de uitvalresultaten uit het verleden, waarbij het recente verleden zwaarder weegt dan het verder weg gelegen verleden. De meest recente instroomjaren zijn echter nog niet uitgekristalliseerd. Ten slotte wordt een te lage instroom in de opleiding als een groter risico gezien dan een te hoge instroom. Het Capaciteitsorgaan baseert zich op het minimale 5-jaars gemiddelde rendement over de laatste 15 jaar. Dit minimaal 5-jaars gemiddelde wordt in de ramingen in dit Capaciteitsplan vervolgens standaard gecorrigeerd voor het nieuwe beleid van VWS om de vervanging te financieren van aios die hun opleiding afbreken in het kalenderjaar waarin ze ingestroomd waren. De correctie van het interne rendement voor dit nieuwe beleid voor de nuldejaars uitval bedraagt in de meeste specialismen 1 tot 3%. De uitval in het eerste jaar van de opleiding van aios Huisartsgeneeskunde is laag (tabel 7). Het betreft telkens kleine aantallen: het aantal aios dat tussentijds de opleiding afbreekt, lijkt geen grote toe- of afname in de tijd te vertonen.

Tabel 7: Afbreken van de opleiding in relatie tot opleidingscapaciteit

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal aios dat tussentijds afbreekt	38	34	35	42	28	45	30	42	
Totaal aantal aios*	1.421	1.448	1.471	1.507	1.578	1.618	1.711	1.799	
Benadering intern rendement (%)	97	98	98	97	98	98	98	98	94

*: per 31 december

Bron: RGS 2013

Het percentage uitvallers, gemeten ten opzichte van het totale aantal aios, lag in de periode 2005 t/m 2012 tussen de 2% en 6%. Dat is een laag percentage ten opzichte van andere opleidingen, zoals die van de specialist ouderengeneeskunde waar de gemiddelde jaarlijkse uitval tussen 10-20% bedraagt van het totale aantal aios. Op basis van deze cijfers lijkt het aannemelijk dat het percentage aios dat de opleiding vroegtijdig afbreekt de komende jaren stabiel zal blijven op een niveau van circa 6%.

De aanvangsleeftijd voor de huisartsenopleiding is de laatste jaren gezakt tot 29,2 jaar. In 2010 was dat nog 30,9 jaar. Vrouwen studeren iets sneller en jonger af als huisarts dan de mannen. Gemiddeld begint men ook eerder na afronding van de opleiding geneeskunde aan de opleiding tot huisarts. In 2012 was die wachttijd gemiddeld 2,7 jaar. Voorheen stond daar nog 3 tot 4 jaar voor.

3.6 Conclusies

De instroom van aios in de opleiding tot huisarts is sinds 2010 weer aan het stijgen. Er is voldoende belangstelling voor het aantal opleidingsplaatsen. (Zie figuur 1.) De toegestane opleidingscapaciteit wordt echter niet altijd volledig benut. Om die reden is een nieuw toewijzingsmodel ontwikkeld. Het streven is hiermee zoveel mogelijk opleidingsplaatsen te benutten. Het model bestaat uit: centrale aanmelding, decentrale selectie volgens een landelijk gestandaardiseerde selectiemethode en landelijke toewijzing van opleidingsplaatsen. centrale aanmelding, uniforme selectie en centrale toewijzing. Huisartsopleiding Nederland zal de sollicitatieprocedure hierop aanpassen.

Het percentage aios dat tussentijds de opleiding afbreekt, is laag en ligt vrij constant rond de 6%. In het Capaciteitsplan 2010 is een intern rendement van 98% gehanteerd. In het Capaciteitsplan 2013 wordt een percentage van **94%** als realistisch beschouwd.

Tabel 8: Parameterwaarden opleiding

Capaciteitsplan:	2008	2010	2013
Instroom gemiddeld	483	512,7	602
Instroom opleiding laatste jaar	522	596	638
Percentage vrouwen in opleiding	70%	71,30%	77%
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3 jaar
Intern rendement	98%	98%	94%*

*Verwachting gebaseerd op de huidige groep aios in opleiding.

4. Zorgvraag

4.1 Inleiding

In het model van het Capaciteitsorgaan staat het ramen van de verwachte zorgvraag voorop. Als basis van het gebruik van huisartsenzorg wordt het aantal contacten van de patiënten met de huisarts genomen, ingedeeld op leeftijd en geslacht. De gegevens komen uit de registraties van het NIVEL en het CBS. Voor de toekomst komt het NIVEL uit op een groei van de zorgvraag van **7,1% tot 2023**, van **8,5% tot 2025** en **12,2% tot 2031**.

De op deze manier gecorrigeerde zorgvraag wordt geprojecteerd op de toekomst, met standaard aanpassingen voor demografische invloeden. Voor de meeste scenario's gelden ook sociaal-culturele en epidemiologische parameters die invloed kunnen hebben op de zorgvraag.

4.2 Demografie

Voor de bepaling van de parameterwaarden voor de demografie wordt gebruik gemaakt van onderstaand onderzoek van het NIVEL³³.

Demografische ontwikkelingen in de zorgvraag voor huisartspraktijken

Voor het effect van de demografische ontwikkelingen op de zorgvraag in de huisartspraktijk, is eerst gekeken naar de meest recente gegevens die beschikbaar zijn uit LINH. Het gaat dan om de contacten uit 2011. Voor een selectie van 75 praktijken met in totaal 275.000 patiënten waarvoor deze gegevens compleet beschikbaar waren op 21 februari 2013, is nagegaan hoeveel consulteenheden per inwoner er zijn geweest. Een zogeheten kort consult telt daarbij als één consulteenheid, een lang consult en een visite als twee consulteenheden en een telefonisch contact of email-consult als een halve consulteenheid. Daarbij zijn consulten met de POH in principe meegerekend. Maar het aandeel van de POH-consulten is klein: 0,22 consulteenheid per inwoner van de POH versus 4,51 van de huisarts en 4,73 in totaal.

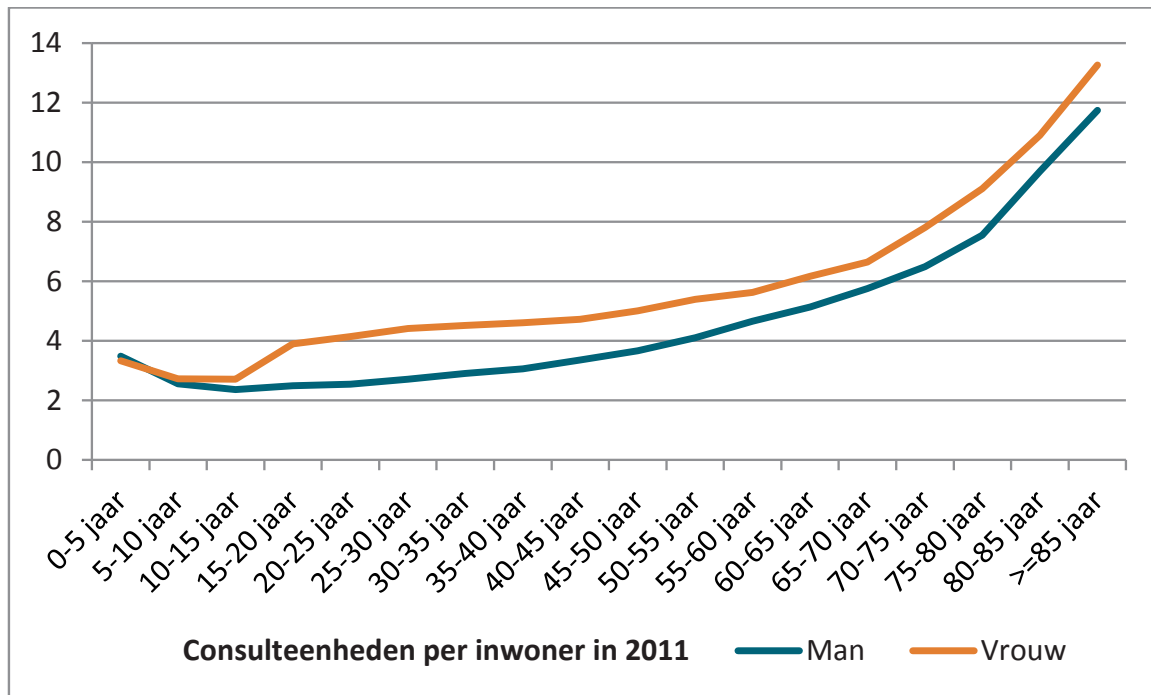
Zorgvraag per inwoner in 2011 (naar verwachting geldt dit ook voor het basisjaar 2013)

Het aantal consulteenheden per ingeschreven patiënt varieert voor de mannen van 3,5 per jaar voor de groep van 0-4 jaar, via 2,6 voor de groep van 5-10 jaar en 2,4 voor de groep van 10-15 jaar, 2,5 voor zowel de groep van 15-20 als 20-25 jaar, en stijgt daarna langzaam, maar steeds sneller met de leeftijd. In bijvoorbeeld de leeftijdsgroep van 60-65 jaar is deze 5,1 en in de leeftijdsgroep van 70-75 jaar is deze 7,6.

Voor de vrouwen loopt het aantal consulteenheden net als voor mannen eerst wat naar beneden van 3,3 voor de leeftijdsgroep van 0-5 jaar naar 2,7 voor zowel de groep van 5-10 jaar als 10-15 jaar. Maar daarna komt er een duidelijke verhoging naar 3,9 consulteenheden per jaar voor de groep van 15-20 jaar. Daarna stijgt de zorgvraag met de leeftijd, maar in feite iets minder sterk dan voor de mannen. Figuur 2 illustreert het voorgaande.

³³ Van der Velden, L.F.J.; Batenburg, R.S. (2013); Demografische ontwikkelingen in de zorgvraag voor huisartspraktijken. Utrecht: NIVEL.

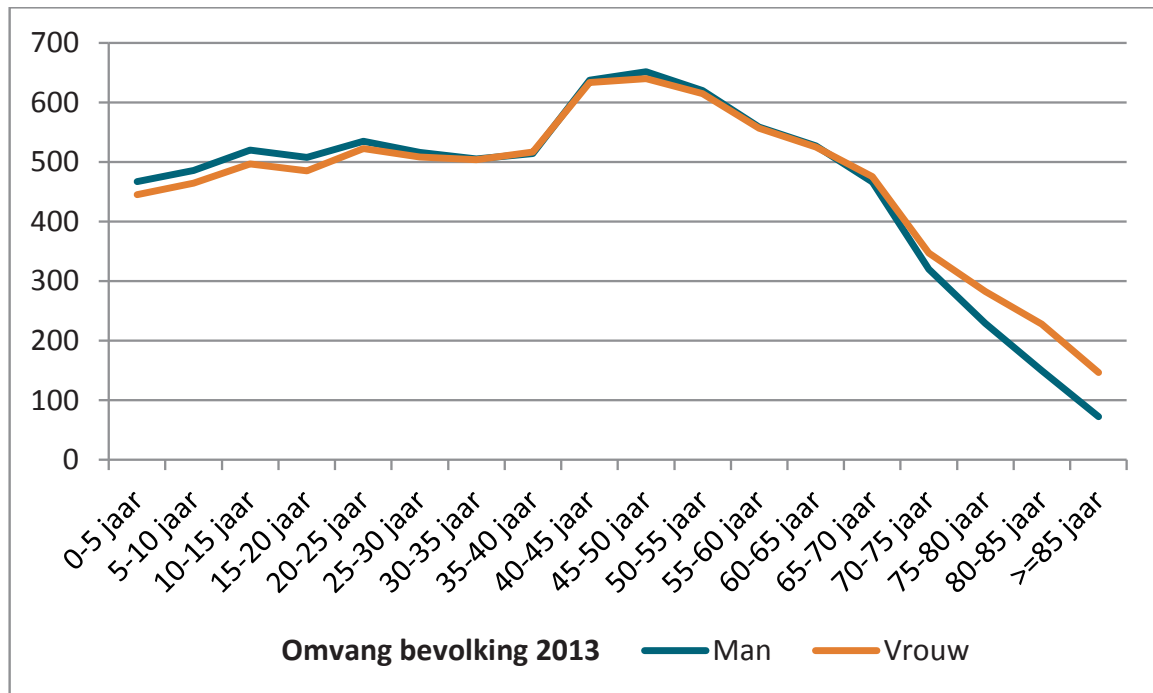
Figuur 2: aantal consulteenheden per inwoner in 2011 per 5-jaarsleeftijdsgroep, naar geslacht



Bevolking in 2013

De bevolking in 2013 (16,7 miljoen inwoners in totaal) kent een opbouw die gekenmerkt wordt door een vrij constant aantal van ongeveer 1 miljoen inwoners per 5-jaarsgroep tot en met de leeftijdsgroep van 35-40 jaar. Daarvan is tot aan de leeftijdsgroep van 30-35 jaar steeds iets meer dan de helft man en iets minder dan de helft vrouw. In de leeftijdsgroepen van 40-45, van 45-50 en van 50-55 jaar zitten steeds meer dan 1,2 miljoen inwoners. Daarna neemt de omvang van elke leeftijdsgroep af. Vanaf de leeftijdsgroep van 70-75 jaar is die daling iets sterker bij de mannen dan bij de vrouwen. Figuur 3 illustreert het voorgaande.

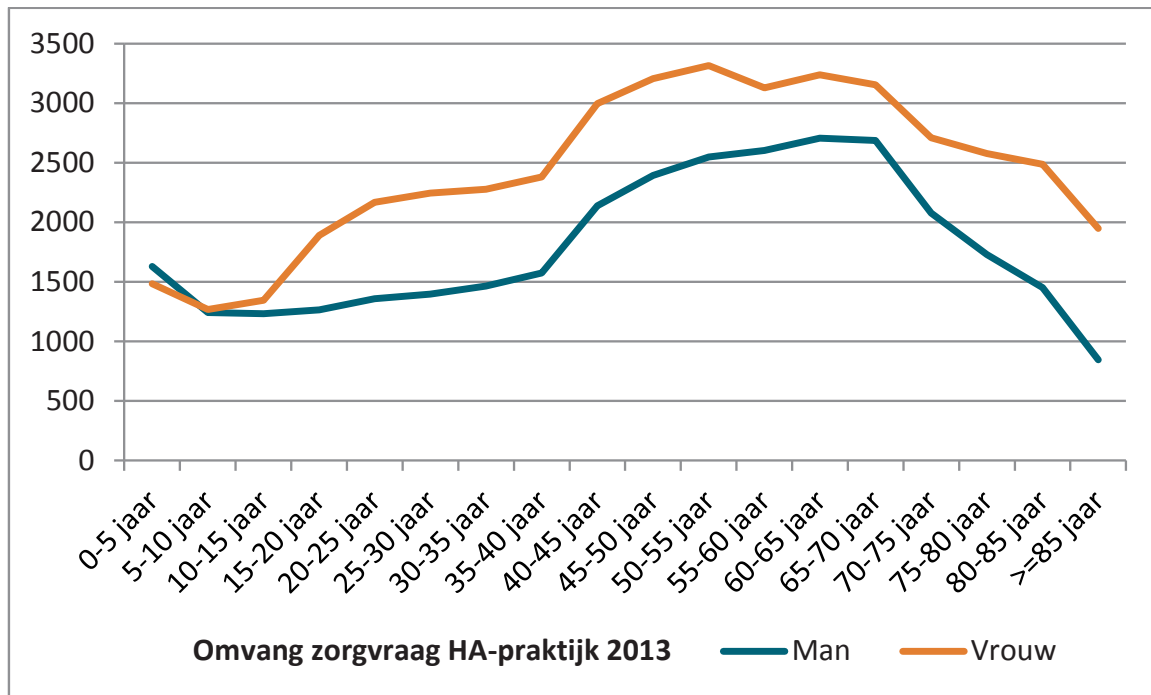
Figuur 3: aantal inwoners (in duizendtallen) in 2013 per 5-jaarsleeftijdsgroep, naar geslacht



Zorgvraag in 2013

Gegeven de zorgvraag per persoon en de inwonersaantallen, is de omvang van de zorgvraag verdeeld zoals te zien in figuur 4. In totaal gaat het om naar schatting 76,1 miljoen consulteenheden. Behalve in de leeftijdsgroep van 0-15 jaar is het aantal consulteenheden voor de vrouwen hoger dan voor de mannen.

Figuur 4: aantal consulteenheden (in duizendtallen) in 2013 per 5-jaarsleeftijdsgroep, naar geslacht

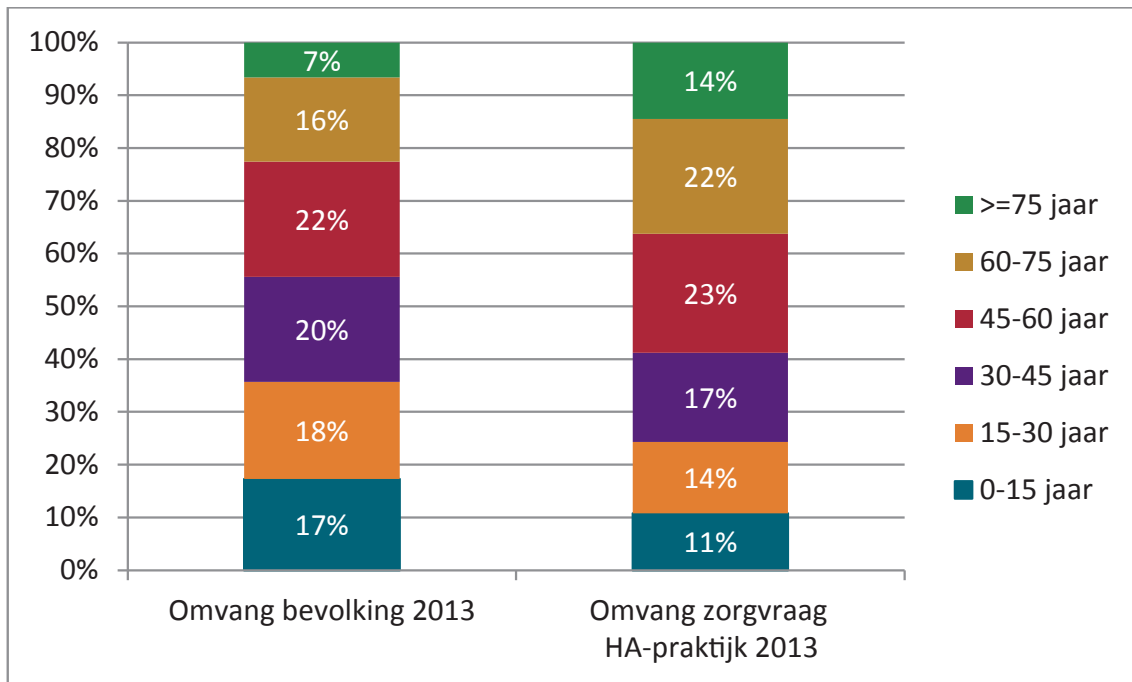


Verdeling bevolking en zorgvraag in 2013

Als de verdeling van de bevolking en de zorgvraag naar leeftijd wordt afgebeeld per 15-jaarsleeftijdsgroep zoals in figuur 5, dan is bijvoorbeeld te zien dat de groep van 75 jaar en ouder 7% van de bevolking betreft, maar dat deze verantwoordelijk is voor 14% van de zorgvraag. De groep van 60-75 jaar omvat 16% van de bevolking, maar 22% van de zorgvraag. De bevolking vanaf 60 jaar heeft een aandeel van 23% in de bevolking en 36% in de zorgvraag.

De groep van 45-60 jaar heeft een aandeel in de zorgvraag (23%) die vrijwel overeenkomt met hun aandeel in de bevolking (22%). De andere leeftijdsgroepen hebben steeds een duidelijk kleiner aandeel in de zorgvraag dan hun aandeel in de bevolking. De groep van 0-15 jaar omvat bijvoorbeeld 17% van de bevolking, maar slechts 11% van de zorgvraag.

Figuur 5: verdeling bevolking en zorgvraag in 2013 per 15-jaarsleeftijdsgroep

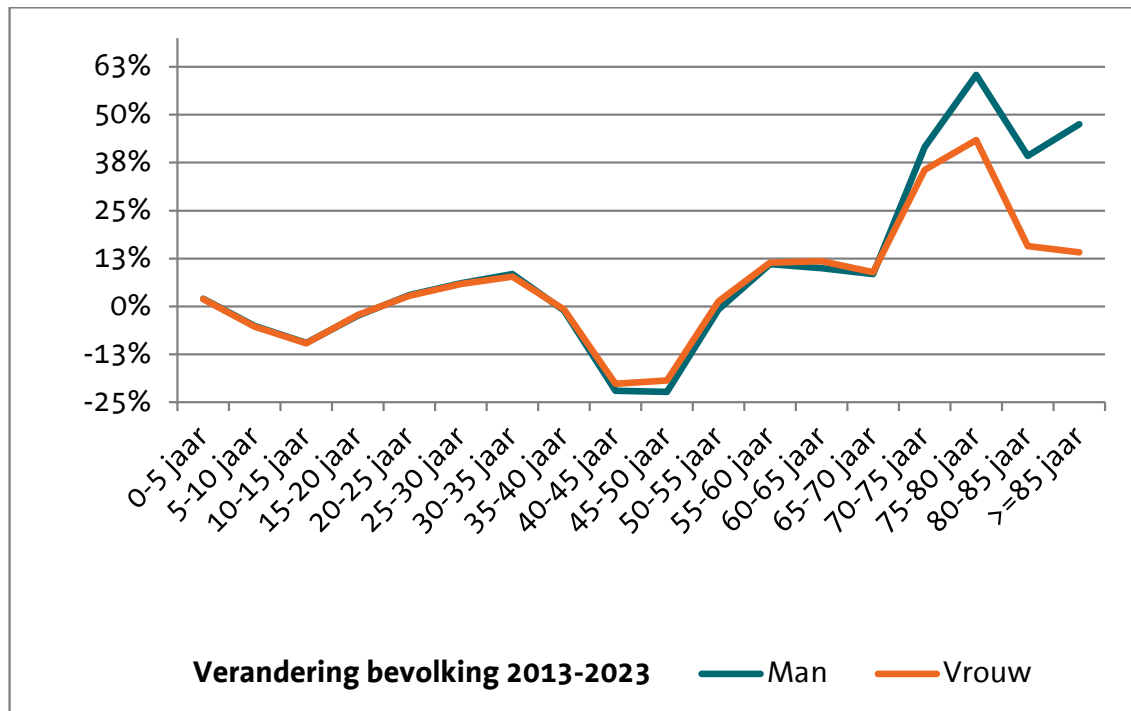


Groei van de bevolking tussen 2013 en 2023

Tussen 2013 en 2023 wordt door het CBS een groei verwacht van in totaal 2,8% van het aantal inwoners. Die groei is de resultante van enerzijds een aantal leeftijdsgroepen waar een forse daling zal plaatsvinden (met name de groepen van 40-45 en van 45-50 jaar) en anderzijds van groepen waar een forse stijging gaat komen (met name de groepen vanaf 70-75 jaar).

Die groei is voor de mannen en de vrouwen als geheel precies gelijk. Per leeftijdsgroep wordt eveneens meestal een gelijk groeipercentage verwacht voor de mannen en de vrouwen. Maar in figuur 6 is te zien dat in de leeftijdsgroepen van 40-45 tot en met 60-65 jaar, de groei van de mannen iets onder die van de vrouwen ligt. En vanaf 70-75 jaar is de groei bij de mannen juist beduidend hoger dan bij de vrouwen.

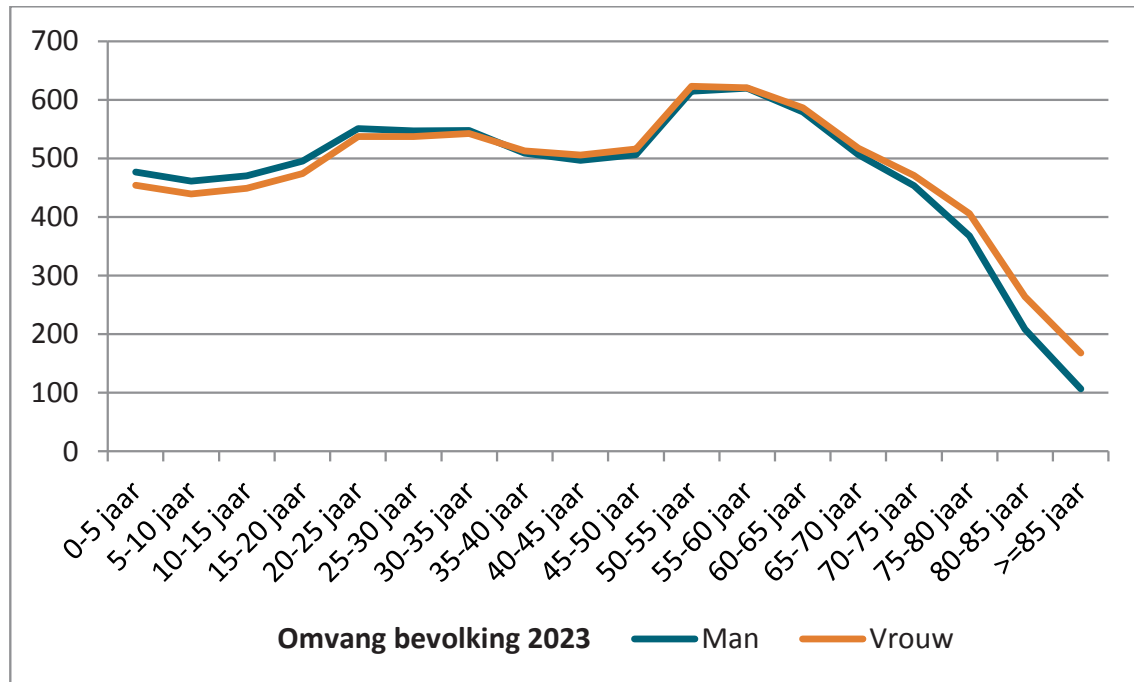
Figuur 6: verandering van de bevolking tussen 2013 en 2023 per 5-jaarsleeftijdsgroep, naar geslacht



Bevolking in 2023

De verdeling van de bevolking in 2023 (met in totaal 17,1 miljoen inwoners) over de 5-jaarleeftijdsgroepen, lijkt op het eerste oog nog sterk op die van 2013. Maar waar in 2013 een piek te zien was bij de groepen van 40-55 jaar, is dat in 2023 bij 50-65 jaar. Dat deze piek precies 10 jaar is verschoven komt uiteraard doordat het prognosejaar 2023 precies 10 jaar verder ligt dan 2013. Zie figuur 7.

Figuur 7: aantal inwoners (in duizendtallen) in 2023 per 5-jaarsleeftijdsgroep, naar geslacht



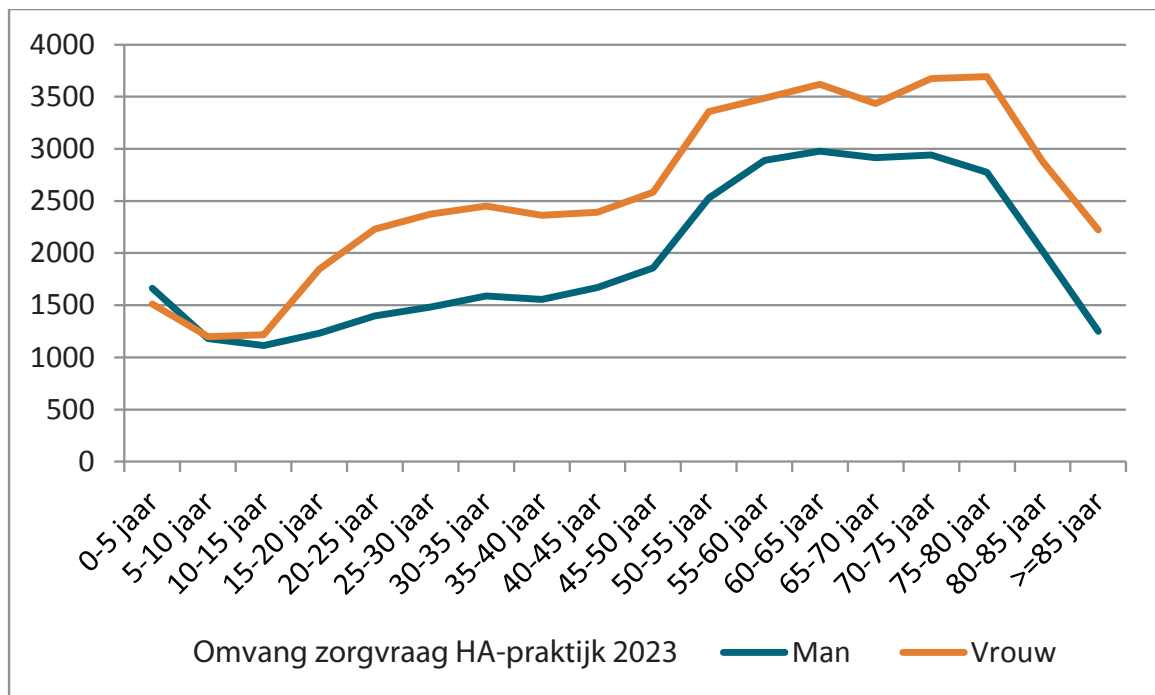
Groei van de zorgvraag tussen 2013 en 2023

De totale groei voor de zorgvraag op basis van de demografische ontwikkelingen in de periode 2013-2023 wordt geschat op 7,1%. Daarbij is per 5-jaarsleeftijdsgroep van precies dezelfde veranderpercentages uitgegaan als voor de bevolking op zich, zie figuur 6. Maar de vertaling naar het effect op de zorgvraag is dus dat er bij een groei van 2,8% van de bevolking een groei van 7,1% van de zorgvraag zal optreden. De groei van de zorgvraag is voor de mannen (8,3%) net iets hoger dan voor de vrouwen (6,2%).

Zorgvraag in 2023

De zorgvraag in 2023 (81,6 miljoen consulteenheden) zal nog steeds lijken op die van 2013, maar net als voor de bevolking komt er een verschuiving van 10 jaar in de piek. Zie figuur 8.

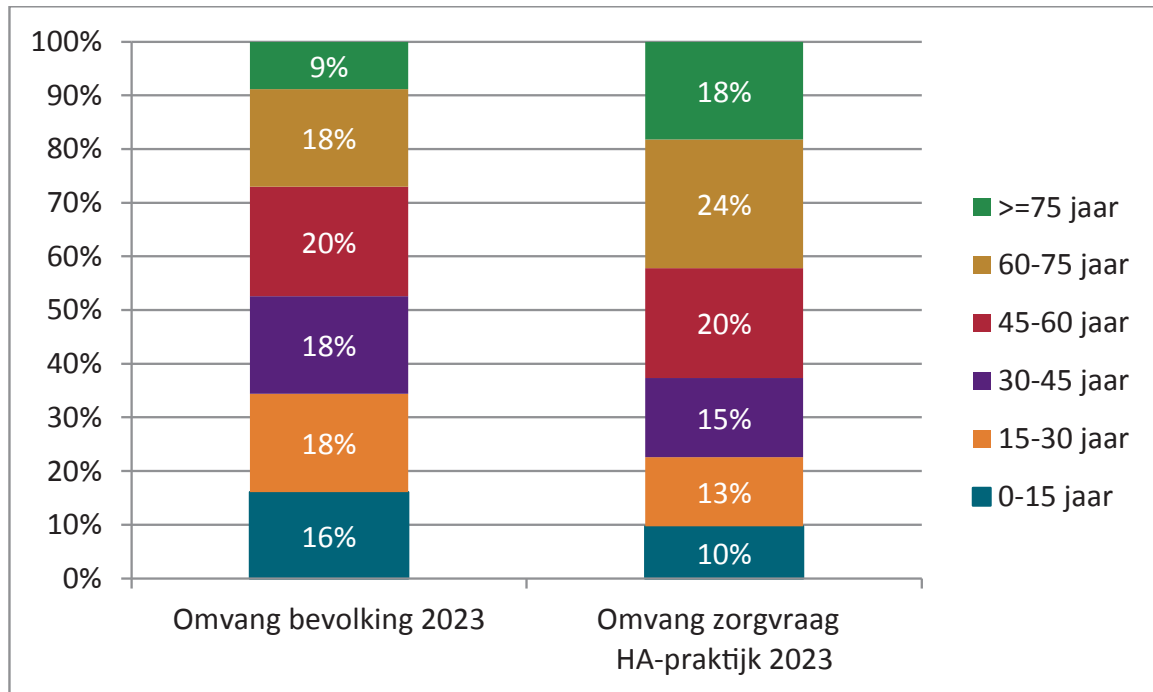
Figuur 8: verwacht aantal consulteenheden (in duizendtallen) in 2023 per 5-jaarsleeftijdsgroep op basis van demografische ontwikkelingen, naar geslacht



Verdeling bevolking en zorgvraag in 2023

Figuur 9 laat zien dat in 2023 de groep van 75 jaar en ouder een aandeel heeft van 9% in de bevolking en van 18% in de zorgvraag. De groep van 60-75 jaar heeft in 2023 een aandeel van 18% in de bevolking en van 24% in de zorgvraag. Samen hebben degenen van 60 jaar en ouder in 2023 een aandeel van 27% in de bevolking en van 42% in de zorgvraag.

Figuur 9: verdeling bevolking en zorgvraag in 2023 per 15-jaarsleeftijdsgroep



Parameters effect demografie voor de raming

Vergelijkbaar met de groei die hiervoor is getoond voor de 10-jaarsperiode 2013-2023 (2,8% groei van de bevolking en 7,1% groei van de zorgvraag), is ook voor de periode 2013-2018 en voor 2013-2028 en 2013-2033 nagegaan hoe de zorgvraag door de bevolkingsontwikkeling beïnvloed zal worden. Het blijkt dat de groei van de zorgvraag vrij constant toeneemt: 3,5% tot aan 2018 (dus in 5 jaar), 7,1% tot aan 2023 (dus in 10 jaar), 10,6% tot aan 2028 (dus in 15 jaar) en 13,3% tot aan 2033 (dus in 20 jaar). Zie tabel 9.

Tabel 9: Parameterwaarden demografie: effect na 5, 10, 15 en 20 jaar

	Groei in de bevolking	Groei in de zorgvraag
In 5 jaar	1,4%	3,5%
In 10 jaar	2,8%	7,1%
In 15 jaar	4,0%	10,6%
In 20 jaar	4,8%	13,3%

Op basis van deze nieuwe gegevens is de parameter **demografie** aangepast naar **7,1% (effect in 10 jaar)**. Dat is 1,1% hoger dan in het Capaciteitsplan 2010.

4.3 Epidemiologie

Voor informatie over de ontwikkeling van de epidemiologie is het Capaciteitsorgaan afhankelijk van externe bronnen. De Toekomstverkenningen van het RIVM³⁴ zijn daarvoor een gezaghebbende bron. In de literatuur valt een aantal tegengestelde ontwikkelingen te signaleren. De toename van diabetes mellitus en de toename van kankerprevalentie kunnen leiden tot een toename van de zorgvraag. De verdere verbetering van de volksgezondheid en de kwaliteit van leven, zoals die ook blijken uit andere RIVM-studies, doen dit effect weer teniet.

In het Capaciteitsplan 2008 werd al gewezen op de toename van drankmisbruik onder ouderen en jongeren. Hierdoor kan het aantal Korsakow-patiënten in de toekomst fors toenemen. Door diverse aandoeningen, waaronder hart- en vaatziekten, zal het aantal mensen met hartfalen de komende jaren waarschijnlijk ook fors toenemen. Momenteel hebben ongeveer 130.000 mensen last van hartfalen, in 2025 is dit aantal gestegen tot naar verwachting 195.000. Dit blijkt uit het rapport “Hartfalen: epidemiologie, risicofactoren en toekomst” van het RIVM³⁵.

Los van veranderingen in demografie zijn er dus veranderingen in het ziektepatroon die de zorgvraag beïnvloeden. Sinds 2003 is de levensverwachting van de Nederlanders sterk toegenomen, maar niet genoeg om Nederland terug te brengen in de top van Europa. Steeds meer mensen hebben een ziekte, inmiddels een kwart van alle Nederlanders. Desondanks nemen de ervaren gezondheid en de lichamelijke beperkingen niet toe. Roken is nog steeds verantwoordelijk voor het meeste gezondheidsverlies, gevolgd door overgewicht. Voor veel determinanten van gezondheid³⁶ zijn de trends niet ongunstig. Opvallend is dat de lagere sociaal-economische groepen het meeste gezondheidsverlies lijden. Fysieke en sociale omstandigheden spelen daarbij een grote rol.

Het Capaciteitsorgaan en het NIVEL vinden het plausibel als de parameterwaarde voor epidemiologie voor de raming 2013 blijft staan op +3% tot +6%. Die waarden worden ondersteund door variant 2 uit het rapport “Op één lijn, toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020”³⁷, samengevat in tabel 10. De trendanalyses zijn gebaseerd op een gedeelte van alle beschreven ziekten per ziektecluster. Voor de overige ziekten wordt een aanname gemaakt. In variant 1 wordt verondersteld dat de trend in de overige ziekten nul is (de zorg blijft constant). In variant 2 wordt er vanuit gegaan dat de trend in de overige ziekten hetzelfde is als de totale trend van de wel bekende ziekten binnen een ziektecluster. Variant 1 is dus behoudender dan variant 2.

34 RIVM (2010) Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 met de titel “Van gezond naar beter” en het deelrapport “Gezondheid en determinanten”

35 RIVM (2012) Hartfalen: epidemiologie, risicofactoren en toekomst.

36 (RIVM) Wat zijn determinanten van gezondheid?
<http://www.nationaalkompas.nl/gezondheidsdeterminanten/determinanten-van-gezondheid/>

37 RIVM, NIVEL (2005) “Op één lijn, toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020”

Tabel 10: Variant 2 als referentie voor parameterwaarde epidemiologie

Epidemiologische groeicijfers (%) voor de periode 2005-2010 en 2005-2020 naar discipline				
Sector/discipline	2005-2010		2005-2020	
	variant 1 (%)	variant 2 (%)	variant 1 (%)	variant 2 (%)
Huisartsenzorg				
contacten	0,7	2,9	2,1	8,6
recepten	1	2,5	3	7,4

Bron : RIVM, NIVEL (2005) Op één lijn, toekomstverkenning eerstelijnszorg 2020

In de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) rapporteert het RIVM elke vier jaar over de ontwikkeling van de volksgezondheid in Nederland. De zesde uitgave, de VTV-2014, verschijnt in 2014. Elke VTV beschrijft de laatste ontwikkelingen op het gebied van gezondheid, ziekte, determinanten, preventie, zorg, gezondheidsverschillen en regionale en internationale vergelijkingen. Recente ontwikkelingen in beleid, wetenschap en praktijk van de volksgezondheid zijn van invloed op de manier waarop deze vervolgens worden uitgewerkt. Zo zal de komende editie aandacht besteden aan gevolgen van ziekten in termen van zelfredzaamheid, functioneren en maatschappelijke participatie. Als de VTV-2014 of andere publicaties daartoe aanleiding geven dan zal de parameter epidemiologie bijgesteld worden. De Kamer en het ministerie van VWS zullen daarover geadviseerd worden. N.B. De grote toename van het aantal patiënten met dementie in de nabije toekomst is gerelateerd aan de factor demografie en wordt daarin meegenomen. Dat geldt ook voor de groep gezonde chronische zieken die steeds ouder worden.

De parameter **epidemiologie** blijft daarom gehandhaafd op + 0,3% tot + 0,6%.

4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

De waarde van de parameter Sociaal Cultureel wordt bepaald door tal van ontwikkelingen in de maatschappij, de politiek, de financierbaarheid van de gezondheidszorg en de visie en wensen van de beroepsgroep.

Behalve de afspraken over een budgettaire groeiruumte van maximaal 2,5% voor de huisartsenzorg in 2013 zien wij de volgende beleidsmaatregelen en maatschappelijke wensen waarmee “gerekend” kan worden.

Bruggen slaan³⁸

In het recente regeerakkoord, Bruggen slaan, is de zorgparagraaf gericht op kwaliteitsverhoging en kostenverlaging. Een derde prioriteit betreft het bevorderen van (regionale) samenwerking tussen zorgaanbieders. Voor de huisarts is er een sleutelrol weggelegd voor onderstaande thema's.

Zorg dichtbij

- Minder complexe zorg dichtbij de mensen
- Zinloos medisch handelen tegen gaan
- Huisartsenzorg altijd bereikbaar
- Integratie van Spoedeisende hulp (SEH) en Huisartsenposten (HAP)

38 Bruggen slaan, Regeerakkoord VVD – PvdA, 29 oktober 2012

Substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg

- Het ontmoedigen van onnodige doorverwijzingen
- Het bevorderen van chronische zorg in de eerste lijn
- Voor nieuwe aanbieders blijft ruimte

Wijkverpleging

- Vanaf 2015 gaat de overheid investeren in extra wijkverpleegkundigen met een bedrag dat oploopt tot minimaal 250 miljoen in 2017. Dit wordt gefinancierd met middelen die worden vrijgespeeld bij medische zorg in de tweede lijn (substitutie).
- Bovenstaand punt bevordert dat meer zorg dicht bij de mensen thuis wordt geleverd.

Populatiegebonden bekostiging

- Uiteindelijk zullen deze voorzieningen (SEH/HAP en Wijkverpleging) onder regie van de verzekeraars in één bekostigingssysteem met de huisartsen worden ondergebracht. Dit systeem gaat uit van populatiegebonden bekostiging en biedt ruimte voor aanvullende beloningsafspraken met verzekeraars.
- Extramurale verpleging wordt in 2017 van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (ZVW) en valt daar onder hetzelfde systeem van populatiegebonden bekostiging als de huisartsenzorg.
- De kostenstijging wordt verder gedrukt van 2,5 naar 2% voor medisch specialistische zorg en vrijgevestigde medisch specialisten. Voor huisartsen naar maximaal 2,5%.
- Bovenstaand pakket van maatregelen legt het fundament voor een structuur van sterke eerste- en anderhalvelijnszorg, dicht bij de mensen en met de huisarts in een sleutelrol.

Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022³⁹

Eind 2010 is het LHV/NHG-project Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 van start gegaan in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH). Het leidende motto daarbij was: “Modernisering naar menselijke maat”. Tijdens de voorbereiding van de toekomstvisie is de achterban van beide huisartsenorganisaties in de verschillende fasen nauw betrokken. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 is op 14 november 2012 gepresenteerd.

De toekomstvisie staat in het teken van kleinschalige, persoonsgerichte zorg dicht bij de patiënt, waarbij het versterken van de relatie tussen patiënt en huisarts centraal staat. Dat betekent dat elke patiënt een vaste huisarts heeft, en dat bij afwezigheid van deze huisarts er een tweede vaste huisarts is die de patiënt ook kent. Bovendien helpt de huisarts de patiënt bij het managen van zijn eigen zorgplan.

De Nederlandse huisartsenzorg heeft continuïteit hoog in het vaandel staan, daarom wordt in de toekomstvisie voorgesteld dat de huisarts in 2022 minimaal drie dagen per week beschikbaar is voor zijn patiënten. De inzet van informatie- en communicatietechnologie (ICT) kan hierbij behulpzaam zijn, zodat patiënt en huisarts ook gemakkelijk contact met elkaar kunnen hebben zonder een consult in de praktijk.

39 Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 (2012). Utrecht: LHV/NHG.

- **Flexibeler openingstijden**

Voor een efficiënte communicatie met de patiënt wordt meer ICT ingezet. Zo wordt het bijvoorbeeld voor de patiënt mogelijk om zelf online afspraken te maken. Flexibelere openingstijden bieden mogelijkheden voor zowel de huisarts als de patiënt om zorg op het gewenste moment te bieden en te ontvangen.

- **Breed zorgaanbod**

De zorgvraag groeit en verandert, de zorg rondom de patiënt wordt complexer. Met het streven om de patiënt zoveel mogelijk zorg dicht bij huis te bieden, wordt samenwerking met andere zorgverleners, zoals bijvoorbeeld met de wijkverpleegkundige, apotheker en psycholoog, steeds belangrijker. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 pleit daarom voor lokale en regionale samenwerkingsverbanden om patiënten een breed zorgaanbod te kunnen aanbieden. Daarmee is het mogelijk de zorg aan de patiënt dicht in de buurt te blijven leveren, terwijl de samenwerking verder weg - eventueel virtueel - is georganiseerd. Bij verwijzing naar het ziekenhuis blijft de huisarts de patiënt goed volgen en begeleiden. De coördinerende rol van de huisarts blijft behouden.

Parameterwaarden **Sociaal Cultureel verhoogd naar + 7% tot + 14%**

Dat de gezondheidszorg, en de huisartsenzorg in het bijzonder, moet anticiperen op grote veranderingen en aanpassingen in de bedrijfsuitoefening van het beroep staat buiten kijf.

Door zowel de politiek als de beroepsgroep wordt voor de huisartsen een sleutelpositie gezien binnen de gehele gezondheidszorg met een verantwoordelijkheid voor de coördinatie, aansturing en levering van zorg dicht bij de burger.

Voor de bepaling van de parameterwaarde voor de raming 2013 gaan we er van uit dat de urgentie, de wenselijkheid en waarschijnlijkheid van de veranderingen wordt onderschreven door alle betrokkenen en een **grote impact** zal hebben op de **huisartsgeneeskundige zorg** in de (nabije) toekomst. Het tempo waarmee de veranderingen worden ingevoerd, is echter gelimiteerd en afhankelijk van veel externe factoren. Er moet rekening gehouden worden met: belemmeringen op het gebied van wet- en regelgeving, de beschikbaarheid van voldoende en goed opgeleid ondersteunend personeel, de mogelijkheden van en medewerking aan horizontale en verticale substitutie van zorg, huisvesting en (des)investeringen, de implementatie van innovatieve zorgconcepten en e-Health. Het gedrag van de zorgvragers zal veranderen, waarbij een deel van de patiëntenpopulatie vaker en intensiever een beroep zal doen op huisartsenzorg. Een ander deel van de bevolking zal door een betere gezondheid, toegang tot medische kennis, zelfzorg en e-health-oplossingen minder vaak gezien worden in de huisartsenpraktijk.

De wens van de beroepsgroep om de praktijken te verkleinen is hier niet meegenomen maar komt wel aan de orde bij de parameter efficiency.

Rekening houdend met de omvang van de veranderingen, het tempo waarin die zich zullen voltrekken en overige ontwikkelingen in de maatschappij, wordt voor de factor **Sociaal Cultureel** een parameterwaarde met een bandbreedte van **+7% tot + 14%** plausibel geacht.

4.5 Onvervulde zorgvraag

Om de bestaande zorgvraag beter te benaderen, wordt gekeken naar de mate waarin de beroepsgroep de zorgvraag van de bevolking niet of niet voldoende kan beantwoorden **op het moment van de raming**, de zogenoemde onvervulde vraag. Als graadmeters hiervoor valt in het algemeen te denken aan wachtlijsten (mits niet vervuld om andere redenen) en aan het al dan niet bestaan van (veel) moeilijk vervulbare vacatures. Dit geeft de indicatie dat er werk blijft liggen of dat er suboptimaal wordt gewerkt. Voor de klinisch specialistische beroepen en voor de artsen in loondienst zijn dit goede indicatoren. Voor de huisartsenzorg zijn deze indicatoren minder goed van toepassing. Huisartsenzorg verhoudt zich slecht met wachtlijsten. Indien nodig wordt er langer doorgewerkt of worden er (extra) waarnemers ingezet.

In de Arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact was het aantal vacatures in 2012 vrij constant en kwam het overeen met een onvervulde vraag van ruim 1%. Hierbij moet wel worden bedacht dat huisartsenvacatures ook kunnen worden geplaatst voor functies waarvoor moeilijk andere medisch specialisten zijn te vinden, zoals in de ouderenzorg, jeugdzorg, verslavingszorg, de gehandicaptenzorg en vacatures in het buitenland. Uit het jaarlijkse onderzoek⁴⁰ naar de regionale spreiding van huisartsen door het NIVEL, bleek er geen tekort aan huisartsen op landelijk en regionaal niveau te zijn. Wel zijn er in enkele gemeenten problemen met de opvolging. Die hebben echter vaak te maken met de geografische ligging en/of de aard van de praktijk (zie ook hoofdstuk 2 Positionering huisartsen, huisartsendichtheid). Het opvolgingsprobleem is in feite een groter probleem dan het capaciteitsvraagstuk.

Onvervulde vraag naar 0%

Een tekort van 1% is een normaal onderdeel van het functioneren van de arbeidsmarkt (frictiewerkloosheid). Tegenover plaatsen waar huisartsen zich graag vestigen, staan plaatsen en lokale situaties waarvoor weinig belangstelling bestaat.

In de afgelopen jaren is gebleken dat de reservecapaciteit, c.q. de groep waarnemers, die zich zouden kunnen vestigen als zelfstandig gevestigde huisartsen, flink in aantal is gegroeid. Waarnemers blijven ook langer als waarnemer actief dan voorheen en geven aan dat zij soms moeilijk werk kunnen vinden. Onderzoeksgegevens laten zien dat het aantal waarnemers in twee jaar tijd substantieel is gestegen van globaal 1.500 tot bijna 2.000 personen. Het aantal HID(HA)'s is redelijk stabiel gebleven rond de 1.000 personen. Om deze redenen kan de onvervulde vraag op 0% worden gezet. Ook bij een aantal medisch specialistische beroepen in de kliniek is de onvervulde vraag op 0% gezet. Het krimpen van wachtlijsten is daar een goede indicator voor.

4.6 Conclusie zorgvraag

In tabel 11 worden de parameterwaarden die in deze raming van de zorgvraag zijn gehanteerd, samengevat en vergeleken met de Capaciteitsplannen 2008 en 2010.

⁴⁰ NIVEL (2013). Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2012.

Tabel 11: Parameterwaarden zorgvraag: effect na 10 jaar

Onderwerp	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
Demografie	+ 4,7%	+ 6,0%	+ 7,1%
Sociaal cultureel	+ 5% tot + 10%	+ 5% tot + 10%	+ 7% tot + 14%
Epidemiologie	+ 3% tot + 6%	+ 3% tot + 6%	+ 3% tot + 6%
Onvervulde vraag	+ 1%	+ 1%	+ 0%



5. Zorgaanbod

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de samenstelling van de huidige beroepsgroep huisartsen. Op basis van deze samenstelling én andere beschikbare gegevens is een verwachting uit te spreken over het verloop van de capaciteit in de komende 18 jaren. Voor de samenstelling van de huidige beroepsgroep wordt gebruik gemaakt van het daartoe ingestelde register Huisartsgeneeskunde en gegevens van het NIVEL. Het register Huisartsgeneeskunde is in 1990 opengesteld door de HVRC, de Huisarts, Verpleeg-huisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie. Per 1 januari 2013 zijn de voormalige drie registratiecommissies de (HVRC), (MSRC) en (SGRC), samengevoegd tot één commissie; de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).

5.2 Omvang beroepsgroep

5.2.1 Aantal geregistreerd

Tabel 12 laat zien dat het aantal geregistreerde huisartsen per 1 januari 2005 10.061 bedroeg en per 1 januari 2013 11.912⁴¹. Dit is een groei van 1.851 huisartsen ten opzichte van 2005, oftewel 18% in 8 jaar. De groeipercentages fluctueren over de jaren door schommelingen in de in- en uitstroom van geregistreerde huisartsen (zie par. 5.5 en 5.6).

Tabel 12: Aantal en geslacht geregistreerde huisartsen per 1 januari

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal	10.061	10.370	10.492	10.673	10.858	11.110	11.396	11.608	11.912
Index 2005	100	103	104	106	108	110	113	115	118
% vrouwen	35%	36%	36%	37%	40%	42%	43%	45%	46%

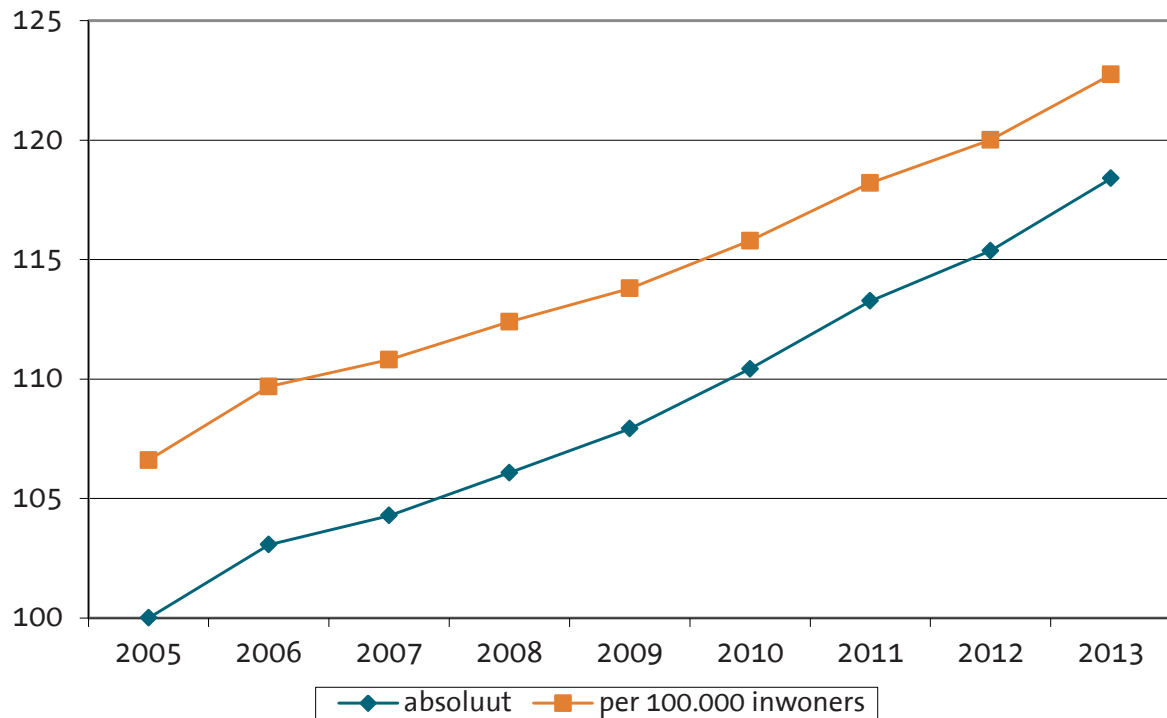
Bron: RGS

Het lijkt erop dat het percentage vrouwelijke huisartsen blijft toenemen, zij het in een iets langzamer tempo dan in het begin van dit decennium. Overigens bestond de instroom van nieuwe huisartsgeneeskunde in 2009 voor 71,3%, in 2010 voor 74% en in 2012 voor 76% uit vrouwen.

Als de groei van het aantal geregistreerde huisartsen wordt afgezet tegen de groei van de Nederlandse bevolking tussen 2005 en 2013, leidt dit tot een percentage van bijna 15% (zie figuur 10).

⁴¹ De RGS (voorheen HVRC) heeft de cijfers van het aantal geregistreerde huisartsen weer per 31 december van enig jaar. In navolging van andere bijlagen en in aansluiting bij cijfers van het aantal werkzame huisartsen, worden de cijfers van de HVRC hier weergegeven op 1 januari 0.00 uur, waarbij de cijfers van 31 december van het voorgaande jaar worden ge-

Figuur 10: Ontwikkeling geregistreerde huisartsen op 1 januari, 2005 t/m 2013, absoluut en per 100.000 inwoners



5.2.2 Aantal werkzaam

Binnen een specialisme is het aantal werkzame artsen lager dan het aantal geregistreerde artsen. Artsen kunnen werkzaam zijn in het buitenland of tussentijds zijn gestopt met de uitoefening van hun vak in verband met arbeidsongeschiktheid, ontslag, recent overlijden of instroom in een ander beroep (bijvoorbeeld een ander specialisme of een managementfunctie). De titel huisarts is geen statisch gegeven, maar is omgeven met tal van kwaliteitswaarborgen. Alle huisartsen moeten voortdurend voldoen aan een aantal criteria om de titel te mogen blijven voeren. Sinds 1995 vindt herregistratie plaats, waardoor het aantal huisartsen dat bijvoorbeeld is gestopt met de uitoefening van het beroep, in de telling wordt beperkt tot diegenen die in de afgelopen 5 jaar niet opnieuw zijn geregistreerd.

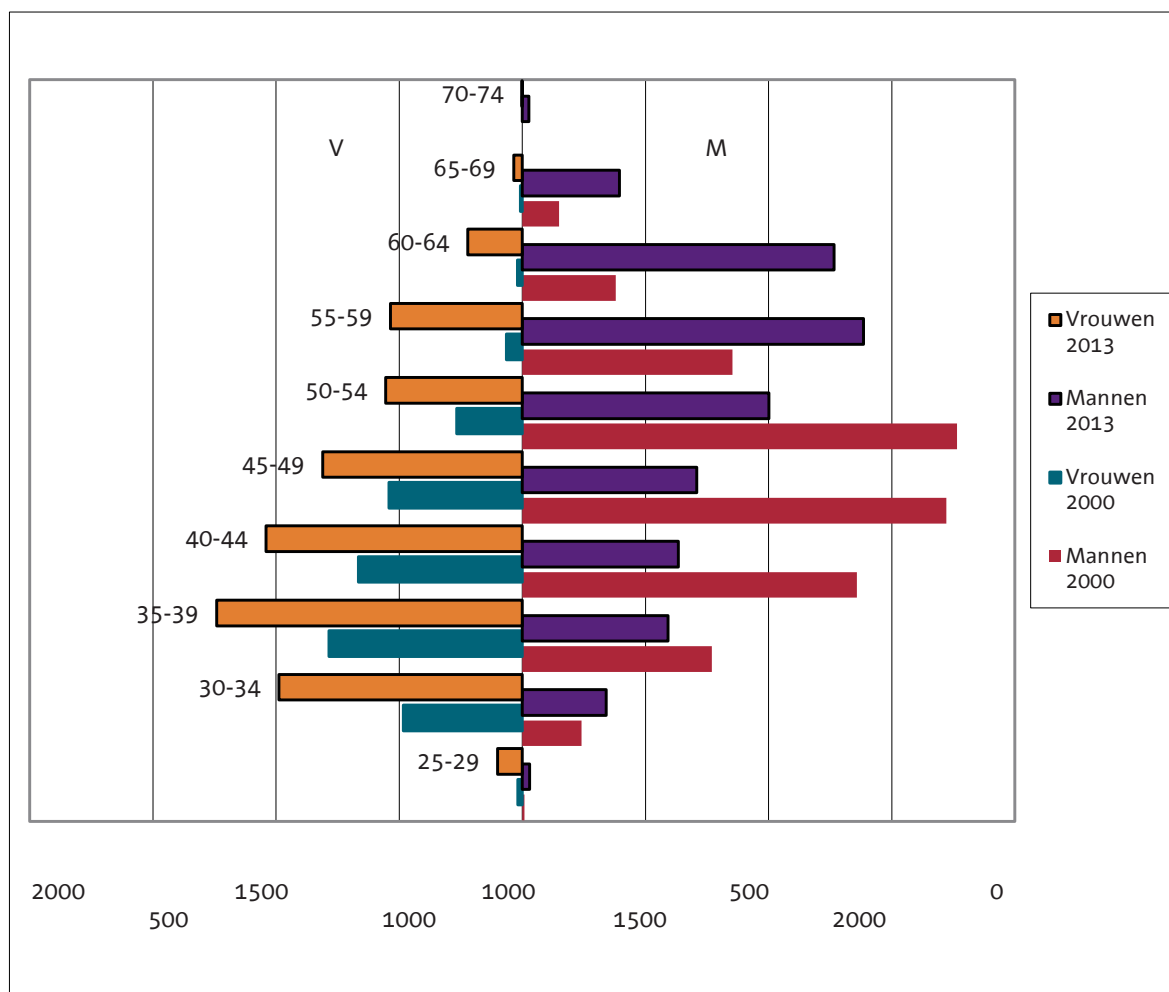
Het aantal werkzame personen is gebaseerd op de groei van het aantal geregistreerde huisartsen. Eind 2011 waren er 11.608 huisartsen geregistreerd en eind 2012 waren dat er 11.912. Een stijging van 2,6%. Er wordt vanuit gegaan dat het aantal werkzame huisartsen met hetzelfde percentage is gestegen. Op 1 januari 2012 waren er volgens de berekening van het NIVEL circa 10.851 huisartsen werkzaam. Op 1 januari 2013 zijn er dan $10.851 \times 1,026 = 11.133$ werkzame huisartsen.

De parameter **werkzame** huisartsen wordt vastgesteld op **11.133**. Voor de parameter **percentage** vrouwen onder de huisartsen wordt **45,4%** ingevuld.

5.3 Geslacht en leeftijdsverdeling

De beroepsgroep huisartsen is gemiddeld redelijk jong. Het aandeel huisartsen van 50 jaar en ouder bedraagt momenteel 34% (2010: 46%) van het totale aantal geregistreerde huisartsen. De verdeling tussen de mannen en vrouwen laat echter zien dat vooral de vrouwen de gemiddelde leeftijd naar beneden halen (figuur 11). Van de vrouwen is 24% 50 jaar of ouder en bij de mannen is 64% 50 jaar of ouder.

Figuur 11: Leeftijd en geslachtsofbouw huisartsen; 1 januari 2001 en 1 januari 2013



De instroom van mannelijke huisartsen loopt terug. Op basis van analyses van dit soort gegevens over langere perioden kan de uitstroom uit de beroepsgroep per periode van 5 jaar worden berekend. Uit deze figuur blijkt dat de uitstroom van huisartsen uit het beroep door pensionering in de komende 10 jaar grotendeels zal bestaan uit mannen. Het gaat dan om ongeveer 2.100 mannen tegen ruim 900 vrouwen die het beroep verlaten. Omdat mannen gemiddeld meer fte's werken dan vrouwen, zal het aanbod aan fte's huisartsenzorg in de komende jaren behoorlijk snel dalen en opgevangen moeten worden door relatief veel vrouwelijke nieuwkomers. We zien een verjonging van de beroepsgroep en een toename van vrouwen onder huisartsen.

5.4 Omvang dienstverband

Veel huisartsen werken parttime (tabel 13). Dit geldt meer voor vrouwen dan voor mannen. Hieronder is gebruik gemaakt van de gegevens van het NIVEL⁴². Het betreft de regulier werkzame huisartsen. Op 1 januari 2012 werkt 57% van de huisartsen (inclusief HIDHA's) in deeltijd. Het zijn vooral de vrouwelijke huisartsen die een parttime baan hebben (85%). Van de mannelijke huisartsen werkt 37% in deeltijd. Wordt onderscheid gemaakt naar functie, dan blijkt dat 98% van de HIDHA's in deeltijd werkt, tegenover 52% van de zelfstandig gevestigde huisartsen. De genoemde percentages zijn in de afgelopen drie jaar nagenoeg gelijk gebleven.

Tabel 13: Parttime werken van zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's op 1 januari 2012

	Zelfstandig gevestigde huisartsen	HIDHA's	Totaal
Mannen	36%	93%	37%
Vrouwen	81%	99%	85%
Totaal	52%	98%	57%

Bron: NIVEL 2013

In tabel 14 wordt het gemiddeld aantal fte's voor mannen en vrouwen weergegeven voor de groep zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's. Het gaat om 7.893 zelfstandig gevestigde huisartsen en 986 HIDHA's, samen 8.879 huisartsen.

Tabel 14: Deeltijdfactor van zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's op 1 januari 2012

	Zelfstandig gevestigde huisartsen	HIDHA's	Totaal
Deeltijdfactor mannen	89%	55%	88%
Deeltijdfactor vrouwen	69%	53%	65%
Deeltijdfactor totaal	82%	53%	79%

Bron: NIVEL 2013

De totale groep werkzame huisartsen bestaat uit 11.133 huisartsen, waaronder veel waarnemers. Door de aard van hun werk werken waarnemers in een jaar gemiddeld minder uren dan een gevestigde huisarts. Daarom komt de deeltijdfactor voor de gehele groep van werkzame huisartsen nog iets lager uit. De vrouwelijke huisartsen werkten gemiddeld **0,64 fte** en de mannelijke huisartsen **0,83 fte**. Voor vrouwen en mannen samen komt het gemiddelde uit op **0,74 fte**.

De parameter **gemiddeld fte** bedraagt daarom voor mannen **0,83** en voor vrouwen **0,64**.

⁴² NIVEL (2013). Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2012.

5.5 Instroom in het vak

Instroom als huisarts is in principe alleen mogelijk door inschrijving in het register na voltooiing van de vervolgopleiding. Het enige alternatief, instroom uit het buitenland, is beperkt van omvang. In 2009 heeft het Capaciteitsorgaan besloten om bij de ramingen van 2010 geen rekening meer te houden met de instroom uit het buitenland. Voor de ramingen van 2013 is besloten om wel weer te kijken naar de buitenlandse instroom omdat enkele medische specialismen afhankelijk zijn van die instroom. Voor de huisartsenzorg in Nederland is het

geringe aantal dat instroomt vanuit het buitenland niet relevant voor de raming van de benodigde opleidingscapaciteit. Sinds 2005 ligt het aantal huisartsen dat in het buitenland is afgestudeerd en zich in Nederland heeft ingeschreven ieder jaar tussen de 4 en 21. De ontwikkelingen van instroom en uitstroom worden natuurlijk wel gemonitord.

Omdat een aantal landen, waaronder België, Frankrijk, Zweden en Nieuw-Zeeland, een oplopend tekort aan huisartsen hebben en in Nederland actief werven, zullen meer huisartsen (tijdelijk) de stap naar het buitenland gaan zetten. Exacte aantallen hiervan zijn niet bekend.

Tabel 15: Aantal nieuwe inschrijvingen van huisartsen in het RGS register per kalenderjaar

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Inschrijvingen	447	464	484	513	505	485	523	549

Bron: RGS 2013

Vanaf 2005 t/m 2012 is het aantal nieuw ingeschreven huisartsen in het RGS-register licht gegroeid.

5.6 Uitstroom uit het vak

Uitschrijving geschiedt door het niet voldoen aan de eisen voor (5-jaarlijkse) herregistratie, uitschrijving op eigen verzoek of op last van het Tuchtcollege. Herregistratie wordt (sinds 1995) elke 5 jaar door de huisarts aangevraagd bij de RGS.

Voor de raming van 2013 zijn de uitstroomkansen berekend op basis van bekende trends en uitstroomgegevens. Het besluit van de overheid om vanaf 1 januari 2013 de AOW-leeftijd geleidelijk te gaan verhogen, heeft ook invloed op de uitstroom van huisartsen uit hun vak. Zowel de vrijgevestigde huisartsen als de huisartsen in loondienst verwachten langer door te (moeten) gaan werken. De berekende percentages zijn daarom aangepast voor de effecten van een stopleeftijd die twee jaar later is. Verondersteld wordt dat de (pre)pensioenleeftijd met gemiddeld twee jaar zal toenemen.

Tabel 16 : De vertrekkans in de komende 5, 10, 15 en 20 jaar; mannen, vrouwen en totaal

	Mannen	Vrouwen	Totaal
tot aan 2018	13,1%	6,3%	10,0%
tot aan 2023	29,3%	15,8%	23,2%
tot aan 2028	43,7%	26,6%	35,9%
tot aan 2033	56,3%	38,9%	48,4%

Bron: NIVEL 2013

Het percentage afgestudeerden van een afstudeercohort dat na het behalen van het einddiploma een bepaalde periode (veelal 1, 5, 10 of 15 jaar) werkzaam is in Nederland in de betreffende beroepsgroep bepaalt het extern rendement.

Tabel 17 : Extern rendement voor opleiding vanaf 1e bijsturingsjaar; mannen en vrouwen en totaal: na 1, 5, 10 en 15 jaar

	Mannen	Vrouwen	Totaal
na 1 jaar	95,4%	94,6%	94,8%
na 5 jaar	94,0%	93,3%	93,5%
na 10 jaar	92,3%	90,0%	90,6%
na 15 jaar	90,7%	85,8%	87,0%

Bron: NIVEL 2013

Deze schattingen zijn gunstiger dan de schattingen voor het externe rendement van de huisartsen in opleiding van 1 januari 2010.

5.7 Conclusie zorgaanbod

Per 1 januari 2013 bedraagt het percentage vrouwen onder de 11.912 geregistreerde huisartsen 45,4%. In hoofdstuk 3 is al aangegeven dat 77% van de huidige 1.799 aios vrouw is. Dit overtreft het percentage vrouwelijke geneeskundestudenten. Een verdere toename van het percentage vrouwelijke aios wordt niet meer verwacht. Door de instroom van vrouwelijke huisartsen zal de geregistreerde beroepsgroep in de komende jaren blijven feminiseren met ongeveer + 2,0% per jaar.

Het aantal werkzame huisartsen in 2013 wordt door het NIVEL geschat op 11.133. Ervan uitgaande dat de percentages werkzame vrouwen en mannen identiek zijn aan de percentages geregistreerde vrouwen en mannen, beschikt de beroepsgroep over **8.280 fte's** aan capaciteit. In het Capaciteitsplan 2010 werd uitgegaan van 7.353 fte's en in 2008 van 7.062 fte's.

In tabel 18 worden de parameterwaarden die in deze raming voor het zorgaanbod zijn gehanteerd, samengevat en vergeleken met het Capaciteitsplannen 2008 en 2010.

Tabel 18: Parameterwaarden zorgaanbod

Onderwerp	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
Werkzame huisartsen	9.809	10.371	11.133
Aantal fte's	7.062	7.353	8.280
Gemiddelde fte man	0,82	0,82	0,83
Gemiddelde fte vrouw	0,55	0,55	0,64
% werkzame vrouwen	36,7%	41,9%	45,4
Arbeidstijdverandering	0%	0%	0%
Uitstroom in 5 jaar	16,4%	14,5%	14,0%
Uitstroom in 10 jaar	34,2%	30,2%	27,8%
Uitstroom in 15 jaar	51,4%	44,8%	40,7%
Uitstroom in 20 jaar	66,3%	58,0%	53,2%
Extern rendement	92,5% na 1 jaar	94,0% na 1 jaar	94,8% na 1 jaar
	90,9% na 5 jaar	92,7% na 5 jaar	93,5% na 5 jaar
	85,4% na 10 jaar	88,5% na 10 jaar	90,6% na 10 jaar
	80,6% na 15 jaar	83,3% na 15 jaar	87,0% na 15 jaar
Instroom buitenland	17,6	0	14,8

NB. Voor het Capaciteitsplan 2008 is op basis van uitgebreid onderzoek ingeschat dat het aantal FTE per man 0,82 FTE was en per vrouw 0,55 FTE. Voor zowel het Tussentijdsadvies 2009 als het Capaciteitsplan 2010 is vanwege een gebrek aan voldoende gegevens over de waarnemingen gebruik gemaakt van het zelfde aantal FTE per man en per vrouw als in het Capaciteitsplan 2008.

Op dit moment wordt voor de situatie in 2010 echter ingeschat dat er per man niet 0,82 maar 0,84 FTE werd gewerkt en per vrouw niet 0,55 maar 0,63 FTE. Dat is dus vooral voor de vrouwen wat hoger dan in 2010 werd aangenomen. Het totaal aantal FTE in 2010 was daarom 7.801 in plaats van 7.353.

Het effect van deze 'correctie achteraf' is dat het instroomadvies volgens het voorkeursscenario in 2010 lager zou uitkomen: geen 720 instroomplaatsen, maar 677. Deze correctie heeft géén effect op de ramingsuitkomsten voor het Capaciteitsplan 2013. Daartoe is namelijk uitgegaan van de FTE's van de huidige huisartsengroep, die geactualiseerd zijn en waarbij de werktijd van mannelijke en vrouwelijke waarnemers op de nieuwe en meest reële wijze is meegenomen.

6. Werkproces

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de verwachtingen over ontwikkelingen binnen het werkproces. Deze ontwikkelingen spelen een belangrijke rol bij de toekomstige 'match' tussen zorgvraag en zorgaanbod. De hoeveelheid voor de zorgvraag beschikbare tijd kan fors toe- of afnemen door een verbetering of verslechtering van de efficiency of een andere verdeling van de tijd over patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd. Parameters die met het werkproces te maken hebben, gelden immers voor de totale groep werkzame huisartsen. In de navolgende paragrafen wordt ingegaan op de parameters vakinhoudelijke ontwikkelingen, verhouding patiëntgebonden/niet-patiëntgebonden tijd, efficiency en taakherschikking/substitutie.

6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Door de stijgende zorgvraag enerzijds en het versterken van de huisartsenrol als regisseur in keten-zorgtrajecten anderzijds, zal er naar verwachting meer elektronisch gecommuniceerd gaan worden. Nieuwe technieken kunnen ook een rol gaan spelen in de zorg op afstand: telediagnostiek, telemonitoring en eHealth. Voor de patiënt verkort dit de wachttijd en bespaart het reistijd. Voor de huisarts kan dit echter leiden tot een intensivering van het werk.

Over ontwikkelingen in de GGZ heeft VWS met partijen afspraken gemaakt. Een groot deel van de zorg uit de GGZ-instellingen in de tweede lijn zal in de eerste lijn gegeven moeten gaan worden. Over deze zogenaamde “ambulantisering” van de GGZ-zorg bestaat op het moment van schrijven nog onduidelijkheid bij de huisartsen. Huisartsen die deze zorg of de verantwoordelijkheid voor deze zorg gaan aanbieden zullen zich als eindverantwoordelijken (weer) moeten bekwamen in de complexe medisch-farmaceutische aspecten van deze zorg. In verband met de onzekerheid over deze vakinhoudelijke ontwikkeling wordt de bandbreedte van deze parameter iets hoger ingeschat op 0,4% in plaats van 0,2% zoals in voorgaande ramingen.

Er zijn verder geen bijzondere vakinhoudelijke ontwikkelingen bekend die van grote invloed kunnen zijn op de inzet van de huisartsenzorg.

De parameter **vakinhoudelijke ontwikkelingen** wordt gesteld op **+ 0,10% tot + 0,40%**. Ten opzichte van het Capaciteitsplan 2010 betekent dit dat de bandbreedte aan de bovenkant is verhoogd van 0,2% naar 0,4%.

6.3 Patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd

Er zijn geen aanwijzingen dat het percentage patiëntgebonden tijd in 2012 sterk is toe- of afgenomen ten opzichte van recente jaren. Er zijn wel geluiden over een toename van het percentage niet-patiëntgebonden tijd in de vorm van extra administratieve lasten, maar die laten zich moeilijk kwantificeren. Huisartsen ervaren de totale werklust als zwaarder dan voor 2012.

Arbeidsongeschiktheidsverzekeraar Movir constateerde een toename van burn-outklachten bij vooral vrouwelijke en jonge huisartsen. Dit was aanleiding om een onderzoek onder huisartsen te starten in 2012. Het doel hiervan is meer inzicht te krijgen in factoren die deze toename veroorzaken en wellicht aanknopingspunten te vinden om arbeidsongeschiktheid te voorkomen⁴³.

43 Movir(2012), Landelijk onderzoek naar langdurige stressfactoren bij huisartsen.

6.3.1 Tijdsbestedingsonderzoek (TBO) onder huisartsen

Het Capaciteitsorgaan heeft eind 2012 opdracht gegeven aan het NIVEL om onderzoek te doen naar de tijdsbesteding van huisartsen. Eind 2013 zal duidelijk zijn hoeveel uren huisartsen gemiddeld besteed hebben aan patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken. Met de veranderingen in de huisartsenzorg in het verschiet kunnen de resultaten van het tijdsbestedingsonderzoek als een nulmeting beschouwd worden. Tijdsbestedingsonderzoek zal een nuttig instrument kunnen zijn om de verwachte veranderingen en trends in de patiëntgebonden én de niet-patiëntgebonden activiteiten te monitoren.

6.4 Efficiency

Factoren die de efficiency verlagen, zijn bijvoorbeeld extra administratieve handelingen. Het kan hierbij gaan om het documenteren van de behandeling van een patiënt of een toename van vergadertijd voor coördinatie en overleg. Factoren die de efficiency verhogen, zijn bijvoorbeeld het schrappen van oneigenlijke taken, het effectiever vergaderen en een effectievere patiëntenlogistiek.

Een voorbeeld van de verhoging van de efficiency is ook de inzet van de POH-S bij de protocollaire behandeling van bepaalde patiëntengroepen en bij het maken van huisvisites.

De factoren die van invloed zijn op de efficiency, zijn moeilijk in kaart te brengen. De genoemde voorbeelden zijn gebaseerd op enkele signalen en de mening van experts uit de Kamer Huisartsen.

Omdat er ook in de komende jaren nog veel veranderingen in de huisartsenzorg met effect op de tijdsbesteding van de huisarts worden verwacht, is het nuttig om hier gedurende meerdere jaren onderzoek naar te doen. De veranderingen in de huisartsenzorg zullen de komende jaren grote aanpassingen vragen. Zo zal de huisarts relatief meer tijd kwijt zijn aan bedrijfsvoering, administratie, intern overleg met medewerkers en extern overleg met de zorggroep, gemeente en zorgverzekeraars.

Verder is rekening gehouden met de vergrijzende patiëntenpopulatie, de tendens om daar meer tijd voor uit te (moeten) trekken en de daarmee samenhangende wens de norm voor de normpraktijk geleidelijk te verlagen.

Op basis van deze gegevens is de parameter **efficiency** geschat op **+3% tot +5%** in 10 jaar. In het Capaciteitsplan 2010 zijn lagere percentages gehanteerd.

6.5 Taakherschikking/ taakverschuiving

Taakherschikking c.q. taakverschuiving kent twee componenten. De horizontale taakherschikking betreft taakherschikking van de klinisch specialist naar de huisarts. Verticale taakherschikking betreft taakherschikking van de huisarts naar de praktijkassistente, de POH-S, POH-GGZ, de praktijkverpleegkundige, de Verpleegkundig Specialist, de Physician Assistant en overig ondersteunend personeel.

6.5.1 Horizontale taakherschikking

Verschuiving van zorg van de tweede lijn naar de eerste lijn blijft de komende jaren een speerpunt van beleid. Door de financiële grenzen die bepaald worden door de budgettering in de zorg, zal deze verschuiving nu ook sterk op gang komen. De wijzigingen in de AWBZ-wetgeving en verschuiving van verantwoordelijkheden naar de gemeenten (WMO) zal gepaard gaan met een groter beslag op de huisartsenvoorziening.

Over de veranderingen in de GGZ-zorg, waar VWS met partijen afspraken over heeft gemaakt, bestaat nog onduidelijkheid bij de huisartsen. Een groot deel van de zorg uit de tweedelijns GGZ-instel-

lingen zal in de eerste lijn gegeven moeten gaan worden. Over deze zogenaamde “ambulantisering” van de GGZ-zorg worden modellen ontwikkeld, maar de verdeling van de werklust over huisartsen, POH-GGZ, eerstelijnspsychologen en andere zorgverleners is nog onduidelijk. Tot slot zijn er ook horizontale substitutie-effecten te verwachten van de integratie van de Huisartsenposten met de SEH-afdelingen van ziekenhuizen.

De parameterwaarde voor de **horizontale substitutie** laat de **grootste aanpassing** zien in dit rapport met een grote invloed op de uitkomsten van de raming en het advies.

De parameter **horizontale substitutie/taakherschikking** is vastgesteld op **+10% tot +15% in 10 jaar**.

6.5.2 Verticale taakherschikking

Verticale taakherschikking betreft het structureel verschuiven van taken van huisartsen naar lager opgeleide disciplines. Het gaat om een grote groep medewerkers. In 2012 waren er ruim 29.500 “ondersteuners” in de huisartsenzorg actief. De doktersassistenten zijn met ongeveer 24.000 personen het sterkst vertegenwoordigd. Zij worden steeds professioneler en zijn daardoor breder inzetbaar in de praktijk. Het andere deel van 5.500 personen bestaat afgerond uit: 4.700 POH-Somatiek, 700 POH-GGZ, 120 Verpleegkundig Specialisten en 34 Physician Assistants.

Op basis van aannames over de groeiende vraag naar huisartsenzorg en een lagere toename van het aantal fte's van de reguliere huisartsen in dezelfde periode, ligt het voor de hand om het opvangen van een deel van de zorgvraag toe te rekenen aan de POH-S. Tot nu toe heeft de inbreng van de POH-S nog niet overal tot taakverlichting voor de huisarts geleid maar wel tot betere eerstelijnszorg voor mensen met diabetes.

Het Capaciteitsorgaan acht een parameterwaarde voor verticale taakherschikking met een bandbreedte van -6% tot -12% echter wel plausibel want:

- de doktersassistent wordt professioneler en beter inzetbaar voor zorgtaken.
- de inzetbaarheid van de POH-S en POH-GGZ neemt toe naarmate de huisarts er meer ervaring mee heeft.
- er zijn meer ondersteunende beroepen in opkomst, waaronder Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants, maar in kwantitatieve zin spelen zij (nog) geen grote rol.
- huisartsen zullen zich meer gaan concentreren op de complexe zorgvragen, coördinatie en preventie. Eenvoudige zorgvragen en geprotocolleerde taken zullen eerder worden overgedragen.
- de overheid stimuleert verticale substitutie.

Op basis van het voorgaande is voor de parameter **verticale taakherschikking** een percentage gehanteerd van **-6% tot -12%** in 10 jaar.

6.6 Conclusie werkproces

In tabel 19 worden de conclusies uit het werkproces samengevat en vergeleken met de capaciteitsplannen 2008 en 2010.

Tabel 19: Parameterwaarden werkproces: effect na 10 jaar

Onderwerp	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	+ 1% tot + 2%	+ 1% tot + 2%	+ 1% tot + 4%
Efficiency	+ 2% tot + 4%	+ 2% tot + 4%	+ 3% tot + 5%
Substitutie horizontaal	+ 5% tot + 10%	+ 5% tot + 10%	+ 10% tot + 15%
Substitutie verticaal	- 6% tot -12%	- 6% tot -12%	- 6% tot -12%

7. Scenario's

7.1 Inleiding

De hoofdstukken 4, 5, en 6 bevatten alle beschikbare informatie over de stand van zaken over respectievelijk de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces. Ook is in deze hoofdstukken door de experts zo goed mogelijk geschat hoe de afzonderlijke parameters voor deze drie onderdelen zich de komende 12 tot 18 jaar gaan ontwikkelen. De experts hebben voor sommige parameters aangegeven dat het onmogelijk is de toekomst te beschrijven aan de hand van één waarde. Bij deze parameters zijn twee waarden - een plausibele en een extreme - gehanteerd in de raming. Bijlage 2 geeft een samenvattend overzicht van de parameterwaarden die het NIVEL uiteindelijk heeft gehanteerd in het rekenmodel.

In deze raming is dezelfde systematiek gehanteerd als in het Capaciteitsplan 2010. Op basis van signalen uit het veld is wel de benaming van de verschillende scenario's (voorheen varianten) in dit hoofdstuk aangepast. De nieuwe benamingen zijn meer in overeenstemming met de inhoud van het betreffende scenario. Ook zijn de verschillende scenario's in dit hoofdstuk grafisch weergegeven.

Een theoretisch scenario is het **status-quo scenario**. Dit scenario beperkt zich tot het doorrekenen van de capaciteit aan huisartsen bij handhaving van de huidige instroom in de opleiding in de komende periode. In die zin is het een scenario dat alleen focust op de aanbodzijde van het systeem. De bruikbaarheid van het scenario is beperkt, omdat ontwikkelingen in vraag en aanbod volledig worden genegeerd. Het scenario geeft wel duidelijk aan wat er met het aanbod aan huisartsen gebeurt in een status-quo situatie. Het scenario wordt in dit deelrapport niet gebruikt.

7.2 Beleidsarm scenario of Referentiescenario

Het eerste echte scenario is het **beleidsarme scenario**. In dit scenario wordt de huidige zorgvraag (in fte huisartsen) eerst gecorrigeerd voor de onvervulde vraag en vervolgens wordt de vraagontwikkeling ten gevolge van de parameter "demografie" geraamd voor de komende 18 jaar, met specifieke aandacht voor de twee zogenaamde evenwichtsjaren 2025 en 2031. Vervolgens wordt aan de hand van de huidige beschikbare capaciteit en de verwachte capaciteit van al in opleiding zijnde aios geraamd hoeveel van deze capaciteit aan huisartsen in 2031 nog beschikbaar is. Het verschil tussen de geraamde zorgvraag en het verwachte zorgaanbod (uit de huidige arbeidsmarktcapaciteit) in 2025/2031 bepaalt hoeveel aios moeten worden opgeleid vanaf 2015.

Zowel de ontwikkeling van de zorgvraag als de ontwikkeling van het zorgaanbod worden alleen bepaald door extrapolaties op basis van gegevens uit eerdere jaren. Het beleidsarme scenario is een directe, bijna lineaire afleiding van de observaties uit het verleden en bevat geen elementen die door beleid beïnvloed (kunnen) worden. Het beleidsarme scenario wordt beschouwd als een referentiepunt voor alle andere ramingen. De overige scenario's kunnen, in de ogen van de lezers, beschouwd worden als beleidsrijk. Het Capaciteitsorgaan zelf maakt geen beleid, maar verdisconteert wel het effect van beleid van overheid, beroepsgroep(en) en ontwikkelingen in het gedrag van cliënten/patiënten in de scenario's.

7.3 Realistisch scenario met tijdelijke of doorgaande trend

De twee volgende scenario's die worden getoond zijn het **realistisch scenario met tijdelijke trend** tot 2023 en het **realistisch scenario met doorgaande trend**. Deze twee scenario's borduren voort op het beleidsarme scenario door de toevoeging van de parameters "epidemiologie" en "sociaal-culturele ontwikkelingen" aan de zorgvraagzijde en de parameters "vakinhoudelijke ontwikkelingen", "technologie", "efficiency", en "horizontale substitutie" aan de werkproceszijde.

Voor de parameters "sociaal-culturele ontwikkelingen" en "horizontale substitutie" zijn in het algemeen gevoelig voor beleidsontwikkelingen. De experts uit de Kamer Huisartsen bevestigen dat dit ook het geval is bij het inschatten van het benodigde aantal huisartsen. Afhankelijk van de uitwerking van beleid zal deze parameter volgens de experts de komende jaren kunnen variëren tussen twee vastgestelde percentages: het plausibele percentage en het extreme percentage. In het realistische scenario wordt voor de sociaal-culturele ontwikkeling het plausibele percentage (+7%) gebruikt. Voor het realistische scenario wordt voor horizontale substitutie het plausibele percentage (+10%) gebruikt. De reden voor het hanteren van het plausibele percentage is dat voor elk van de afzonderlijke parameters geldt dat zij zich niet, geheel, of deels kunnen voordoen gedurende de onderhavige tijdsperiode.

Voor de andere parameters geldt dat in de realistische scenario's telkens de plausibele waarden zijn gehanteerd. Daardoor wordt bereikt dat parameters die misschien helemaal geen uitwerking zullen hebben op de raming in de bewuste tijdsperiode worden gecompenseerd door parameters die een hogere dan plausibele uitwerking zullen hebben. Voor de duidelijkheid moet men beseffen dat de plausibele waarde de waarde is die 0,0% het dichtste benadert. Beide realistische scenario's combineren dus de meest plausibele waarden van elke geschatte parameter met elkaar.

Voor geen van bovenstaande parameters kan worden gegarandeerd dat zij de komende 12 tot 18 jaar onverkort dezelfde invloed op de zorgvraagontwikkeling zullen blijven hebben. Om die reden is er naast het realistische scenario met doorlopende trend ook een realistisch scenario doorgerekend waarbij alle trendmatige veranderingen, met uitzondering van demografische veranderingen, na 10 jaar stoppen. De gedachte daarachter is dat trends niet oneindig door kunnen blijven gaan. Sommige trends stoppen misschien al over 5 jaar, andere over 10 jaar, weer andere misschien pas over 20 jaar. Door alle trends na 10 jaar te laten stoppen, ontstaat voor beleidsmakers meer inzicht in de invloed die deze trends hebben op het realistische scenario. Dit scenario wordt het **realistisch scenario met tijdelijke trend** tot 2023 genoemd.

Aan de andere kant zou een beschreven trend ook kunnen doorzetten. De demografische veranderingen gaan bijvoorbeeld door gedurende de hele looptijd van de raming. Hetzelfde zou ook kunnen gelden voor de epidemiologische en sociaal-culturele effecten. Het betreft dan een scenario waarin zich geen veranderingen in de epidemiologische en sociaal-culturele parameters meer voordoen na de start van de raming. Dit scenario wordt het **realistisch scenario met doorgaande trend** genoemd.

Normaliter volgen in de systematiek van het Capaciteitsorgaan nu twee scenario's waarin de effecten van toekomstige arbeidstijdveranderingen ten gevolge van cao-afspraken of veranderingen in de ver-

houding loondienst/vrij ondernemer worden getoond. Voor de huisartsen, die grotendeels als zelfstandig gevestigd ondernemer werken, gelden geen cao-afspraken. Voor de huisartsen die in loondienst werken, worden de komende jaren geen arbeidstijdveranderingen verwacht.

7.4 Reëel scenario met tijdelijke of doorgaande trend

Het vierde en het vijfde gehanteerde scenario zijn het **reëel scenario met tijdelijke trend** tot 2023 en het **reëel scenario met doorgaande trend**. Op basis van het tweede en derde scenario wordt de raming van de zorgvraag naar huisartsen verminderd door mogelijke verticale substitutie in het werkproces. Dit is een beleidsrijk scenario, omdat deze verticale substitutie alleen wordt gerealiseerd indien de beroepsgroep, werkgevers, beleidsmakers bij de overheid en de zorgverzekeraars de mogelijkheden daartoe scheppen én benutten. Verticale substitutie komt binnen de huisartsgeneeskunde goed op gang. In de Capaciteitsplannen 2008 en 2010 werd er ook al rekening mee gehouden. Momenteel zijn de verwachtingen over verticale substitutie hoger gespannen dan in het recente verleden. Verticale substitutie zal hard nodig zijn en wordt gestimuleerd door de overheid. Op basis van recente rapporten over de inzet van Doktersassistenten, POH's⁴⁴, Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants^{45,46}, is de parameter verticale substitutie voor de huisartsen gehandhaafd op jaarlijks -0,6% tot -1,2%.

7.5 Maximale scenario met tijdelijke of doorgaande trend

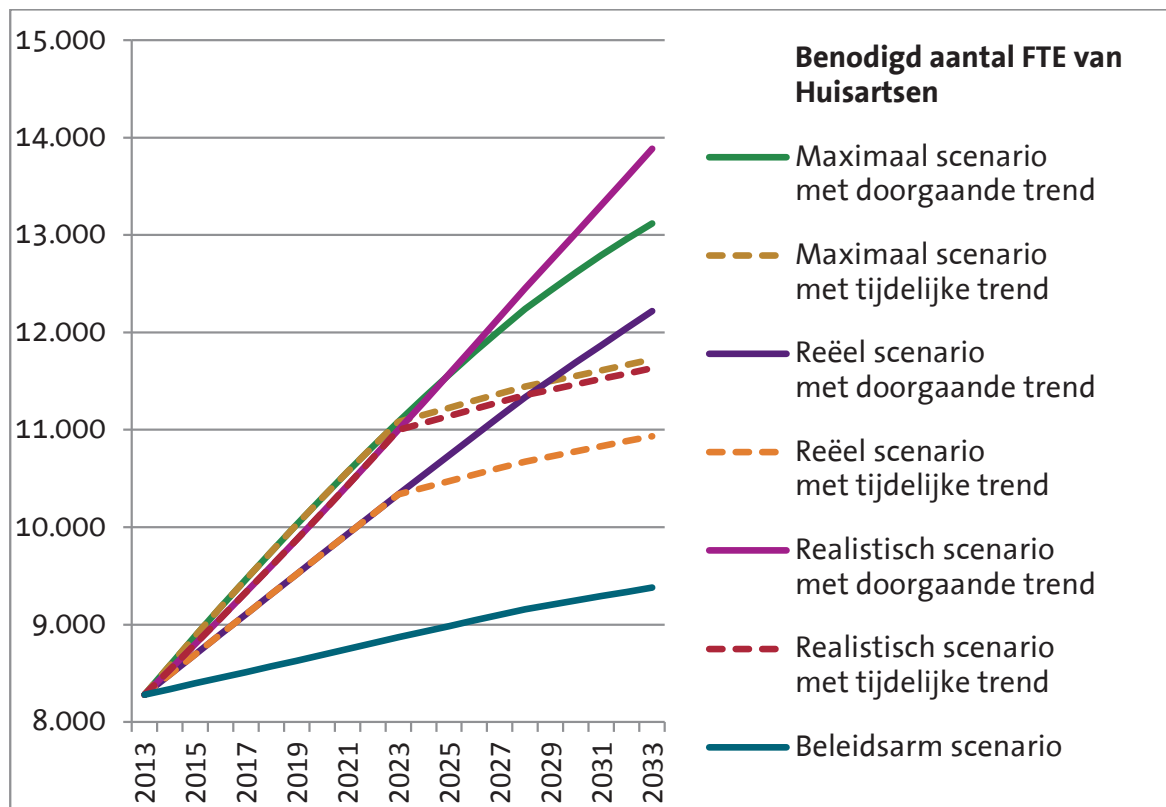
Tot slot zijn er voor de huisartsen nog twee scenario's uitgewerkt: het **maximale scenario met tijdelijke trend** tot 2023 en het **maximale scenario met doorgaande trend**. Zoals de naam al suggereert, zijn in deze twee scenario's voor alle afzonderlijke parameters de extreme percentages (waarover overeenstemming tussen alle partijen in het veld kon worden bereikt) opgenomen. In het maximale scenario worden deze extreme waarden gehanteerd, waardoor de schatting van de toekomstige zorgvraag in sommige gevallen hoger, maar in sommige gevallen ook lager kan uitvallen. De kans dat alle parameters tegelijkertijd voor de gehele looptijd van de raming op hun meest extreme waarde zullen doorwerken, wordt als klein beschouwd. Tegelijkertijd geeft deze informatie de beleidsmaker wel informatie over de maximale bandbreedte die met behulp van de huidige gegevens kan worden bepaald. In figuur 12 wordt weergegeven hoe de zeven scenario's de verwachte zorgvraag beïnvloeden, waarbij de tijdas in de figuur overigens doorloopt tot 2033.

44 NIVEL (2012) Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's) klaar voor de toekomst?

45 van der Velde, F.; Van der Windt, W.; Alumni van de masteropleiding advanced nursing practitioner (2012).

46 van der Velde, F.; Van der Windt, W.; Alumni van de masteropleiding physician assistant (2012).

Figuur 12. Zorgvraagontwikkeling in fte Huisartsen voor zeven verschillende scenario's; 2013-2033



7.6 Conclusie scenario's

Duidelijk is dat in het beleidsarme scenario, waar alleen on vervulde vraag en demografische veranderingen worden gebruikt om de toekomstige vraag te voorspellen, er (naast de eenmalige aanpassing in 2013 ten gevolge van de on vervulde vraag) al een behoorlijke toename is te verwachten van de zorgvraag. De zorgvraag stijgt van 8.280 fte's naar 9.292 fte's huisartsen voor het jaar 2031.

In het realistisch scenario wordt naast de on vervulde vraag en de demografische veranderingen ook rekening gehouden met de andere parameters in de vraagontwikkeling, plus een paar parameters uit het werkproces. De toevoeging van epidemiologie en sociaal-cultureel respectievelijk vakinhoud, technologie, efficiency en horizontale substitutie resulteert in een tweetal (groene) lijnen die een duidelijk hogere hellingshoek hebben dan het beleidsarme scenario. Uiteraard breekt de groene lijn met tijdelijke trend na 10 jaar af en deze krijgt dan dezelfde hellingshoek als het beleidsarme scenario. Deze twee scenario's leiden tot een verwachte vraag naar 11.522 respectievelijk 13.306 fte's huisartsen in 2031.

Daarmee belanden we bij de twee reële scenario's: het ene met doorgaande trend en het andere zonder. De zorgvraag stijgt in deze twee scenario's in 2031 naar 10.831 respectievelijk 11.869 fte's. De waarden liggen lager dan in de twee respectievelijke realistische scenario's. Dit weerspiegelt de verwachtingen over de effecten van verticale substitutie in deze sector.

In het maximale scenario wordt voor alle parameters in plaats van de meeste plausibele waarde de extreme waarde gebruikt waarover consensus bestond bij de experts. Bij de huisartsen betekent dit dat de verwachte zorgvraag in 2031 hoger wordt dan in de reële scenario's, namelijk 11.775 en respectievelijk 13.054 fte's. Deze waarden worden hier weergegeven omdat zij, net als het beleidsarme scenario, de bandbreedte van de mogelijke verwachtingen bepalen. De verwachting is dat van alle mogelijke werkelijkheden in 2031 de 9.292 fte's en de 13.054 fte's de twee uitersten weergeven. Tabel 20 vat de gegevens uit figuur 13 nog eens samen en voegt de geraamde zorgvraag in aantallen huisartsen toe aan de geraamde fte's huisartsen.

Tabel 20: Geraamde zorgvraag in fte's en in aantal huisartsen per scenario in 2025 en 2031

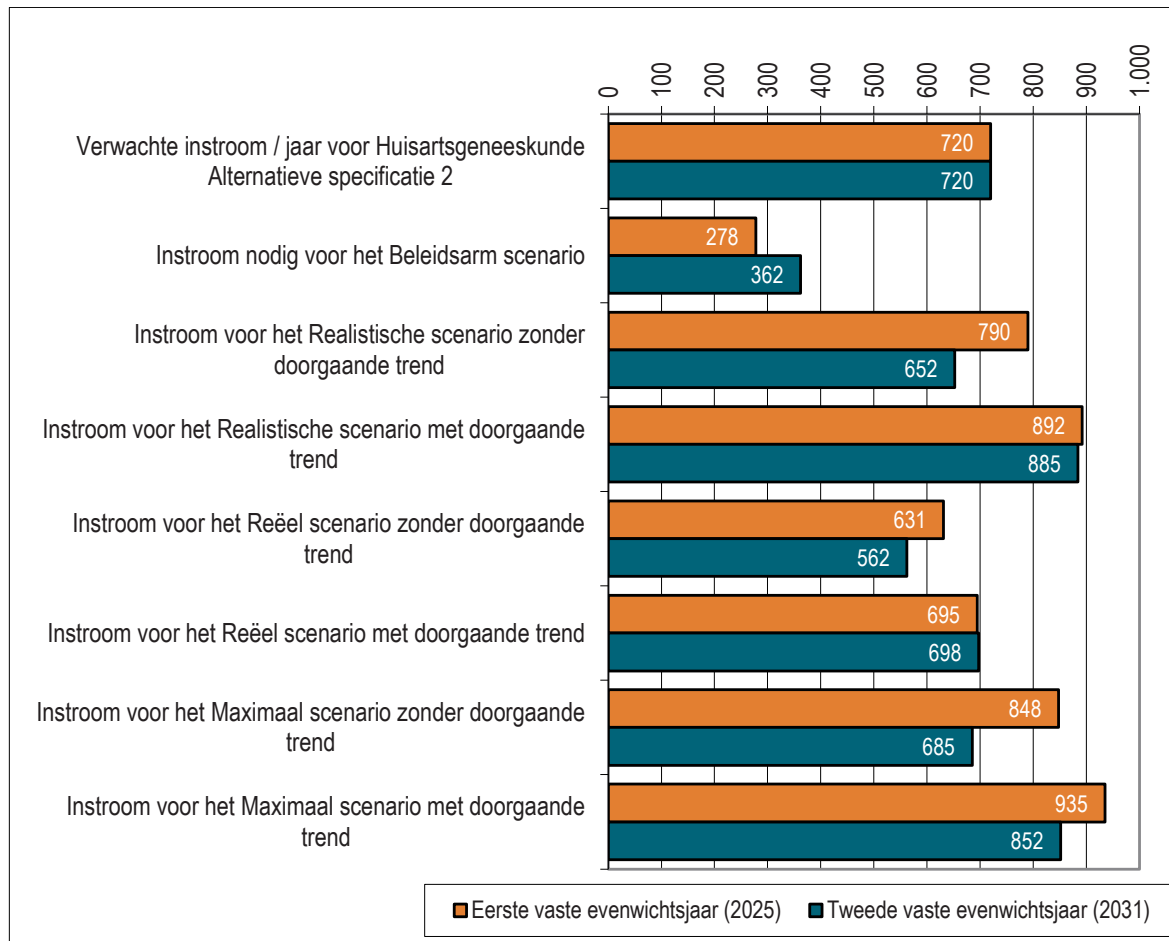
Evenwichtsjaar	2025 fte's	Aantal	2031 fte's	Aantal
Beleidsarm scenario	8.984	12.525	9.292	13.122
Realistisch scenario; tijdelijke trend	11.140	15.669	11.522	16.372
Realistisch scenario; doorgaande trend	11.571	16.297	13.306	18.972
Reëel scenario; tijdelijke trend	10.472	14.694	10.831	15.365
Reëel scenario; doorgaande trend	10.738	15.083	11.869	16.878
Maximaal scenario; tijdelijke trend	11.384	16.025	11.775	16.740
Maximaal scenario; doorgaande trend	11.751	16.559	13.054	18.605

Gevolgen diverse scenario's voor de benodigde instroom aios Huisartsgeneeskunde

Tabel 20 laat zien welke gevolgen de diverse scenario's hebben voor de benodigde fte's huisartsen en voor de aantallen huisartsen in 2025 en 2031. Het Capaciteitsorgaan creëert daarmee de mogelijkheid om het evenwicht tussen vraag en aanbod 6 jaar eerder of later te bereiken. Als een evenwicht tussen vraag en aanbod in 2025 bereikt moet worden, heeft dat grotere effecten op de geadviseerde instroom. De periode waarover ingegrepen kan worden, start immers pas in 2015 (met effectuering in het veld van een eventuele verandering in de instroom in de opleiding) en stopt in 2022 (het laatste jaar waarin aios kunnen instromen die in 2025 meegeteld kunnen worden op de arbeidsmarkt van de huisartsen). Keuze voor het evenwichtsjaar 2031 levert in plaats van 7 jaar 13 jaar tijd op om de capaciteit geleidelijk bij te sturen. Dat laatste levert meer stabiliteit op voor de opleidingsinstituten.

In figuur 13 wordt getoond welke instroom aan aios Huisartsgeneeskunde vanaf 2015 nodig is om voor elk van de scenario's vraag en aanbod in 2025 of 2031 in evenwicht te krijgen.

Figuur 13: Instroomaios Huisartsgeneeskunde vanaf 2015 per scenario voor evenwicht in 2025 of 2031



Figuur 13 laat zien dat de benodigde jaarlijkse instroom in de opleiding tot huisarts een bandbreedte heeft van 278 tot 935 aios. Momenteel is de instroom gemiddeld over de laatste 3 jaar 602 aios per jaar (ongewijzigd scenario). De instroom zou in het beleidsarme scenario (dat alleen rekening houdt met de demografische ontwikkelingen en de onervulde vraag) omlaag kunnen naar 278 aios per jaar voor evenwicht in 2025 en naar 362 voor evenwicht in 2031.

Indien gekozen wordt voor één van de twee realistische scenario's (dus met plausibel ingeschatte epidemiologische en sociaal culturele factoren) bedraagt de bandbreedte 652 tot 892 aios Huisartsgeneeskunde. Bij aanname van een tijdelijke trend is voor het bereiken van het evenwicht in 2025 (korte termijn) een jaarlijkse instroom van 790 aios nodig. Voor evenwicht in 2031 (lange termijn) bedraagt de benodigde jaarlijkse instroom 652 aios. Uiteraard zijn beide getallen hoger als in het realistische scenario wordt gekozen voor doorgaande trends. Voor evenwicht in 2025 of 2031 wordt de benodigde jaarlijkse instroom dan 892 respectievelijk 885 aios.

In de twee reële scenario's wordt de verticale substitutie toegevoegd aan de realistische scenario's. Dat leidt uiteraard tot een lichte afname van de behoefte aan instromende aios. Bij het reële scenario met tijdelijke trend wordt de instroom dan 631 aios bij een evenwicht in 2025 en 562 aios voor een later te bereiken evenwicht. Indien de trends doorgaan wordt de instroom voor een evenwicht in 2025 of 2031 695 aios respectievelijk 698 aios.

De twee maximale scenario's gaan uit van de meest extreme waarden voor een aantal eerdere beschreven parameters waarover consensus kon worden bereikt. Het maximale scenario met tijdelijke trend heeft een jaarlijkse instroom van 848 of 685 aios om in 2025 respectievelijk 2031 evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. Bij een doorgaande trend zijn 935 of 851 instromende aios per jaar nodig.



8. Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de vraag welke scenario's door het Capaciteitsorgaan gekozen worden als de meest passende voor een advies over de jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding Huisartsgeneeskunde. Deze keuze wordt bepaald door de verwachtingen die kunnen worden gekoesterd rond de beleidsontwikkelingen en de belangrijkste onzekerheden die op dit moment bestaan. Op basis van deze beschrijving in de betreffende paragrafen 8.2 en 8.3 wordt in paragraaf 8.4 een keuze gemaakt voor de twee scenario's die het Capaciteitsorgaan het meest waarschijnlijk lijken. In paragraaf 8.5 ten slotte wordt het advies geformuleerd dat per 2013 aan de minister wordt gegeven over de instroom in de erkende medische vervolgopleiding Huisartsgeneeskunde.

8.2 Beleidsontwikkelingen

8.2.1 LHV

De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hebben eind 2012 de breed gedragen **Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022**⁴⁷ gepresenteerd. Zowel de beroepsvereniging als de wetenschappelijke vereniging van huisartsen hebben deze visie in nauw overleg met hun leden en andere relevante stakeholders ontwikkeld. Hieruit kan geconcludeerd worden dat er draagvlak voor de visie is en dat huisartsen bereid zijn deze te implementeren.

De toekomstvisie staat in het teken van kleinschalige, persoonsgerichte zorg dicht bij de patiënt, waarbij het versterken van de relatie tussen patiënt en huisarts centraal staat. Dat betekent dat elke patiënt een vaste huisarts heeft, en dat bij afwezigheid van deze huisarts er een tweede vaste huisarts is die de patiënt ook kent. Bovendien helpt de huisarts de patiënt bij het managen van zijn eigen zorg.

De Nederlandse huisartsenzorg heeft continuïteit hoog in het vaandel staan. Daarom wordt in de toekomstvisie voorgesteld dat de huisarts in 2022 minimaal drie dagen per week beschikbaar is voor zijn patiënten. De inzet van informatie- en communicatietechnologie (ICT) kan hierbij behulpzaam zijn, zodat patiënt en huisarts elkaar ook via die weg gemakkelijk kunnen vinden.

Het leidende motto: *“Modernisering naar menselijke maat”* is herkenbaar in de doelstelling **Flexiblere openingstijden**. Voor een efficiënte communicatie met de patiënt wordt meer ICT ingezet. Zo wordt het bijvoorbeeld voor de patiënt mogelijk om zelf online afspraken te maken. Flexiblere openingstijden bieden mogelijkheden voor zowel de huisarts als de patiënt om zorg op het gewenste moment te bieden en te ontvangen.

Het bovengenoemd motto is ook herkenbaar in de doelstelling van een **Breed zorgaanbod**. De zorgvraag groeit en verandert; de zorg rondom de patiënt wordt complexer. Met het streven om de patiënt zoveel mogelijk zorg dicht bij huis te bieden, wordt samenwerking met andere zorgverleners - zoals bijvoorbeeld met de wijkverpleegkundige, apotheker en psycholoog - steeds belangrijker. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 pleit daarom voor lokale en regionale samenwerkingsverbanden

47 Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 (2012). Utrecht: LHV/NHG.

om patiënten een breed zorgaanbod aan te kunnen bieden. Daarmee is het mogelijk de zorg aan de patiënt dicht in de buurt te blijven leveren, terwijl de samenwerking verder weg, eventueel virtueel, is georganiseerd. Bij verwijzing naar het ziekenhuis blijft de huisarts de patiënt goed volgen en begeleiden. De coördinerende rol van de huisarts blijft behouden.

8.2.2 Beleid overheid

De groei van de gezondheidszorg en de snel stijgende kosten daarvan in het bijzonder, zijn reden geweest voor het kabinet om grote veranderingen in de zorg door te willen voeren. In het regeerakkoord, **Bruggen slaan**⁴⁸ is de zorgparagraaf gericht op kwaliteitsverhoging én kostenverlaging. Een derde prioriteit betreft het bevorderen van (regionale) samenwerking tussen zorgaanbieders. Voor de huisarts is er een sleutelrol weggelegd om die doelen te helpen realiseren. De focus op zinnige en zuivere zorg komt tot uitdrukking in de volgende thema's:

Zorg dichtbij, Substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg, Wijkverpleging en Populatiegebonden bekostiging.

Met Zorg dichtbij wordt bedoeld dat minder complexe zorg dicht bij de mensen geleverd kan worden. Zinloos medisch handelen moet worden tegengegaan. Goede bereikbaarheid van huisartsenzorg en de integratie van Spoedeisende hulp (SEH) en Huisartsenposten (HAP) moeten het gebruik van dure zorg in het ziekenhuis voorkomen. **Substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg** wordt gerealiseerd door het ontmoedigen van onnodige doorverwijzingen, het bevorderen van chronische zorg in de eerste lijn en de ruimte die voor nieuwe zorgaanbieders blijft bestaan. Vanaf 2015 gaat de overheid investeren in Wijkverpleging met extra wijkverpleegkundigen. Het investeringsbedrag loopt minimaal op tot 250 miljoen in 2017. Dit wordt gefinancierd met middelen die worden vrijgespeeld bij medische zorg in de tweede lijn (substitutie). Zo wordt bevorderd dat meer zorg dicht bij de mensen thuis wordt geleverd. Het ZonMw-programma 'Zichtbare schakel, de wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt' heeft bijgedragen aan de terugkeer van de wijkverpleegkundige in de wijk. In de periode 2009-2012 zijn 96 projecten verspreid over het hele land gesubsidieerd. In 2013 en 2014 worden de projecten gefinancierd door de gemeenten.

Populatiegebonden bekostiging wordt geïntroduceerd om de nodige voorzieningen onder regie van de verzekeraars in één bekostigingssysteem met de huisartsen onder te kunnen brengen.

8.2.3 AWBZ en Zorgverzekeringswet

De beoogde bezuinigingen in de AWBZ kunnen bij implementatie van het huidige regeerakkoord leiden tot een absolute daling van het aantal kwetsbare ouderen en verstandelijk gehandicapten dat intramuraal mag verblijven. Cliënten met een lage indicatie voor hun ZorgZwaartePakket (ZZP) kunnen dan niet meer intramuraal worden opgenomen. De zorg voor die groep mensen zal dan in de thuissituatie gecoördineerd en geleverd moeten worden onder regie van de huisarts.

De kostenstijging wordt verder gedrukt van 2,5% naar 2% voor medisch specialistische zorg en vrijgevestigde medisch specialisten. Voor huisartsen naar 2,5%. Dit pakket van maatregelen legt het fundament voor een structuur van sterke eerste- en anderhalvelijnszorg, dicht bij de mensen en met de huisarts in een sleutelrol.

⁴⁸ Bruggen slaan, Regeerakkoord VVD – PvdA, 29 oktober 2012.

Extramurale verpleging wordt in 2017 van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet (ZVW) en valt daar onder hetzelfde systeem van populatiegebonden bekostiging als de huisartsenzorg.

8.2.4 Maatschappelijke veranderingen

De maatschappij is al een aantal jaren op weg naar een steeds individualistischer ingestelde samenleving, waarin ontwikkeling en benutting van de eigen mogelijkheden voorop staan. De onderlinge solidariteit neemt af. Het gedrag van de zorgvragers zal veranderen, waarbij een deel van de patiëntenpopulatie vaker en intensiever een beroep zal doen op huisartsenzorg. Het gaat daarbij vooral om de grote groep kwetsbare ouderen en gehandicapten die in de toekomst niet meer in aanmerking komen voor intramurale AWBZ-gefinancierde zorg. Een ander deel van de bevolking zal, door een betere gezondheid, toegang tot medische kennis, zelfzorg en eHealth-oplossingen, minder vaak gezien worden in de huisartsenpraktijk.

8.2.5 Taakherschikking

De horizontale taakherschikking van de tweedelijnszorg naar de huisarts zal een grote vlucht nemen. Het beleid van de overheid, de budgettering van de tweedelijnszorg en de concurrentie tussen zorgverzekeraars zal die trend alleen maar versterken.

In de verticale substitutie zit enige ontwikkeling. Naast de inzet van praktijkassistenten (voorheen doktersassistenten) en de praktijkondersteuners voor geprotocolleerde somatische zorg komen er meer ondersteuners in beeld. Voor praktijkhouders worden arrangementen ontwikkeld om een POH-GGZ aan te kunnen trekken. Op basis van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 mag er ook veel verwacht worden van de samenwerking met praktijk- en wijkverpleegkundigen.

Begin 2013 werken er ongeveer 24.000 dokters- of praktijkassistenten, bijna 7.000 POH's, 120 Verpleegkundig Specialisten en 34 Physician Assistants in de huisartsensector. Naar verwachting zal het aantal praktijkverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen (weer) snel gaan stijgen. Vanaf 2015 gaat de overheid investeren in extra wijkverpleegkundigen met een bedrag dat oploopt tot minimaal 250 miljoen in 2017. Dit wordt gefinancierd met middelen die worden vrijgespeeld bij medische zorg in de tweede lijn (substitutie). Zo wordt bevorderd dat meer zorg dicht bij de mensen thuis wordt geleverd.

8.2.6 Buitenland

Het specialisme Huisartsgeneeskunde is niet alleen in Nederland een erkend medisch specialisme. In de meeste Scandinavische landen, West-Europese landen en Groot-Brittannië werken huisartsen zoals we in Nederland kennen. De grootste verschillen zitten in de zorgsystemen en de wijze van financiering. De Nederlandse huisartsenzorg staat goed bekend en is als concept een "exportproduct" naar ontwikkelde landen als Japan en minder ontwikkelde landen als Rusland en Turkije.

De instroom uit het buitenland naar Nederland is gering en schommelt al jaren tussen de 10 en 20 personen. Bovendien betreft het vaak Nederlandse studenten die in het buitenland gestudeerd hebben. In landen als Zweden, Frankrijk, Duitsland, Australië en Nieuw-Zeeland bestaat een tekort aan huisartsen. Jaarlijks maken enkele tientallen Nederlandse huisartsen een (tijdelijk) uitstapje naar het buitenland. Het betreft vaak vacatures in rurale gebieden met weinig voorzieningen.

8.2.7 Relatie met andere adviezen

Huisartsen zijn breed opgeleide generalisten die ook buiten de huisartsensector inzetbaar zijn. Dat kan in de sectoren waar een tekort bestaat aan medisch specialisten zoals in de ouderengeneeskunde en de gehandicaptenzorg, maar ook in adviserende functies en de farmaceutische industrie. Door de bezuinigingen in de AWBZ-gefinancierde zorg, de voorgenomen populatiegebonden financiering en de sleutelpositie die de huisarts krijgt, zullen steeds vaker samenwerkingsrelaties met de Specialist Ouderengeneeskunde, de Arts Verstandelijk Gehandicapten en de Jeugdarts ontstaan. De intensiteit van die relaties zal erg afhankelijk zijn van de regionale demografie en specifieke zorgvraag.

8.2.8 Opleidingsinstituut en opleidingsinstellingen

Het Capaciteitsorgaan houdt in zijn adviezen primair geen rekening met de haalbaarheid. Wel kan, gegeven de uitkomsten van bepaalde scenario's, rekening worden gehouden met de belangen van de opleidingsinstellingen, die immers vertegenwoordigd zijn in de Kamer Huisartsen en in het Plenair Orgaan. Stabiliteit van de instroom en van het totaal aantal aios is uit continuïteitsoogpunt van groot belang voor de opleidingsinstellingen.

8.3 Onzekerheden

Deze raming heeft als doel de beleidsbeslissers een impressie te geven van mogelijke toekomstscenario's met de daarbij behorende onzekerheden, bandbreedte van de vraagontwikkeling en arbeidsmarkten. Onzekerheden bestaan voor elk onderdeel van de raming.

8.3.1 Vraag

Aan de vraagzijde is de grootste onzekerheid te vinden in de parameters "horizontale substitutie" en "sociaal-culturele ontwikkelingen". Het gaat dan om de vraag of alle maatregelen die in het regeerakkoord "Bruggen slaan" staan voor de huisartsensector worden uitgevoerd, in welk tempo en met welke empirische gevolgen voor volume en kwaliteit van zorg. De economische crisis waarin Nederland zich sinds 2008 bevindt zal volgens sommigen nog een aantal jaren duren. Welke invloed heeft dit op de zorgvraag?

8.3.2 Aanbod

Door de toenemende zorgvraag, de substitutie van zorg uit de tweede lijn naar de eerste lijn en de afbouw van de AWBZ-gefinancierde zorg breidt het takenpakket uit en neemt de hoeveelheid werk van de huisarts toe. Op zich ambiëren en onderschrijven de huisartsen die positie in hun Toekomstvisie, maar de randvoorwaarden moeten hen wel in de gelegenheid stellen die rol waar te kunnen maken. Naast tijd en middelen gaat het dan vooral om de mogelijkheid voldoende en goed opgeleid personeel aan te kunnen trekken.

8.3.3 Werkproces

De verticale substitutie is het onzekere deel in het werkproces. Zelfs met de inzet van meer dan 6.000 POH's in de huisartsensector bleef het de afgelopen jaren moeilijk daadwerkelijke substitutie van huisartsenzorg aan te tonen. Er zullen creatieve manieren gevonden moeten worden om de beschikbare skill-mix in de huisartsenvoorziening te kunnen afstemmen op de evoluerende plaatselijke zorgvraag. Daarmee is nog weinig ervaring.

8.3.4 Opleidingscapaciteit

Op het terrein van de opleidingscapaciteit bestaan weinig onzekerheden. Er is geen tekort aan kandidaten en geen tekort aan huisartsopleiders. Door een discrepantie tussen de wensen van de kandidaten en de beschikbaarheid van opleidingspraktijken worden door de opleidingsinstituten nog niet alle mogelijkheden benut. Met de introductie van een nieuw toewijzingsmodel in de loop van 2014 wordt door een centrale uniforme selectieprocedure een betere instroom en spreiding beoogd.

8.3.5 Belangstelling voor het vak

De belangstelling voor het vak Huisartsgeneeskunde is in 2009 door het Capaciteitsorgaan onderzocht. Dit onderzoek is in 2013 herhaald. De belangstelling van basisartsen voor dit specialisme is redelijk groot, maar vooral als tweede keus. Een voordeel van dit specialisme is dat iedereen wel een huisarts kent en een idee heeft over het vak. Het aantal kandidaten voor een opleidingsplaats ligt rond 1,5. Vooral vrouwelijke artsen kiezen voor dit specialisme, omdat zowel de opleiding als het beroep parttime uitgeoefend kunnen worden. Carrièreperspectief is geen belangrijk keuzecriterium.

8.4 Belangrijkste scenario's

Het Capaciteitsorgaan kiest in het geval van het specialisme Huisartsgeneeskunde voor twee verschillende scenario's die aanzienlijk van elkaar verschillen. De redenen daarvoor zijn grotendeels genoemd in de paragrafen 8.2 en 8.3. De kans dat de maatregelen in het regeerakkoord niet leiden tot een aanzienlijk hogere vraag naar huisartsen op termijn lijkt uiterst klein. De onzekerheid zit voornamelijk in het tempo waarin de benodigde aanpassingen doorgevoerd kunnen worden.

Aan de aanbodkant wordt door de huisartsen weliswaar langer en meer doorgewerkt, hetgeen de arbeidsmarktcapaciteit verhoogt, maar het is onzeker of dat mede wordt veroorzaakt door de hoge werkdruk en de moeilijkheid om (in enkele regio's) tijdig opvolgers te vinden. Duidelijk is dat de vraag naar huisartsen de afgelopen jaren stabiel is gebleven. Het aantal waarnemers is sterker gegroeid dan verwacht.

De plaats en rol van de huisarts in de gezondheidszorg zal in de nabije toekomst prominenter en veeleisender worden. De sleutelrol die ingevuld moet gaan worden, vraagt vaardigheden op het gebied van aansturing, coördinatie en personeelsmanagement. Dat vraagt om aanpassing en tijd. Het is reëel te verwachten dat de overheid de verticale substitutie voor de huisartsenzorg gaat stimuleren, maar dit zal mede afhangen van de beschikbaarheid van voldoende kandidaten met de juiste vaardigheden en bevoegdheden. Om die redenen wil het Capaciteitsorgaan de beleidskeuze aan de aanbodzijde vooral op de toekomst richten.

In lijn met de meeste andere adviezen in 2013 wordt **het reële scenario met doorgaande trend** als een van de twee belangrijkste voorkeursscenario's beschouwd. Omdat er geen achterstand is die ingelopen hoeft te worden, is in dit scenario voor het tweede evenwichtsjaar 2031 gekozen. Hierbij past een jaarlijkse instroom van **698** airos per jaar.

De ontwikkeling van de tijdsbesteding aan patiëntgebonden taken en niet-patiëntgebonden taken en de onzekerheid over daadwerkelijke substitutie, moeten wel gemonitord blijven worden om een vinger aan de pols te kunnen houden.

In **bijlage 4** wordt het effect van deze raming grafisch weergegeven. Het totaal aantal gewerkte fte's van huisartsen (zelfstandige gevestigde huisartsen, HIDHA's én waarnemers samen), is in de afgelopen 6 jaar gestegen van 7.139 fte's in 2007 naar **8.281 fte's** in 2013. Voor de specificaties van het voorkeurscenario, moet het aanbod in fte's in de komende 12 jaar verder groeien tot **10.738 fte's** in 2025 en in de 6 jaar daarna naar **11.869 fte's** in 2031. Als het aantal inwoners van Nederland gedeeld wordt door het totaal aantal fte's, dan blijkt dat het aantal inwoners per fte in de afgelopen 6 jaar is gedaald van 2.291 inwoners per fte in 2007 naar 2.026 inwoners per fte in 2013. Bij een groei in het aantal volgens het voorkeurscenario, zal het aantal inwoners per fte dalen naar 1.619 in 2025 en 1.485 in 2031.

Voor de huisartsen is **het reële scenario met doorgaande trend** echter geen maximaal advies. Onderzoek laat zien dat de verticale substitutie tot nu toe is achtergebleven bij de adviezen uit 2008 en 2010. Dat betekent dat een ander scenario als maximaal advies gekozen zou kunnen worden. Als tweede scenario komt dan **het realistische scenario met tijdelijke trend** tot 2023 in beeld. Dit scenario veronderstelt dat er **geen verticale substitutie** optreedt en kent voor het evenwichtsjaar 2025 een benodigde jaarlijkse instroom van **790 aios**.

8.5 Advies instroom

De onzekerheden rond de toekomstige ontwikkeling van vraag, aanbod en werkproces zijn nog groot. Daarbij komt dat de vraag naar zorg die geleverd wordt door huisartsen momenteel in evenwicht is met het bestaande aanbod en er dus geen behoefte bestaat aan een snelle groei op de arbeidsmarkt. Daarnaast wil het Capaciteitsorgaan aansluiten bij eerder gegeven adviezen. In 2010 is een jaarlijkse instroom van **720 aios** geadviseerd.

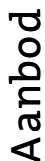
Advies jaarlijkse instroom aios Huisartsgeneeskunde vanaf 2015

In het advies van 2010 is nog geen rekening gehouden met een hoger extern rendement door de verhoogde pensioenleeftijd en andere factoren die de groei van de capaciteit bevorderen.

Het Capaciteitsorgaan is van mening dat het advies van 720 uit 2010, met de kennis van nu, een veilige marge aan de bovenkant weergeeft voor het bereiken van een evenwicht tussen vraag en aanbod in zowel 2025 als in 2031. Als er meer aios opgeleid moeten gaan worden, zullen de opleidingsinstellingen moeite krijgen met het vinden van voldoende opleiders en opleidingsplaatsen en is het ontstaan van werkloosheid onder pas afgestudeerde huisartsen niet denkbeeldig.

Om voorgaande redenen spreekt het Capaciteitsorgaan finaal een voorkeur uit voor een structurele jaarlijkse instroom (vanaf 2015) van 698 tot 720 aios in de medische vervolgopleiding Huisartsgeneeskunde.

Bijlage 1. Model Capaciteitsorgaan



**Bijlage 2. Parameterwaarden Capaciteitsplan 2008, Tussentijds advies 2009,
Capaciteitsplan 2010 en Capaciteitsplan 2013**

Parameter	Capaciteitsplan 2008	Tussentijds advies 2009	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
• Opleiding				
Instroom opleiding gemiddeld	482,7	502,3	512,7	601,07
Instroom opleiding voorgaand jaar	522	614	596	638
percentage vrouwen in opleiding	69,9%	71,0%	71,3%	76,0%
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3 jaar	3 jaar
Opleidingsrendement	98%	98%	98%	94%
• Zorgvraag				
Huidige consumptie	-	-	-	-
Onvervulde vraag	1,0%	1,0%	1,0%	0%
Factor demografie effect in 10 jaar	4,7%	6,0%	6,0%	7,1%
Factor sociaal-cultureel	0,5% tot 1,00%	0,5% tot 1,00%	0,5% tot 1,00%	0,7 tot 1,40%
Factor epidemiologie	0,30% tot 0,60%	0,30% tot 0,60%	0,30% tot 0,60%	0,30% tot 0,60%
• Zorgaanbod				
Werkzame huisartsen	9.809	10.215	10.371	11.133
Aantal fte's	7.062	7.292	7.353	8.280
Gemiddelde fte man	0,82	0,82	0,82	0,83
Gemiddelde fte vrouw	0,55	0,55	0,55	0,64
percentage werkzame vrouwen	36,7%	40,0%	41,9%	45,4%
Arbeidstijdverandering	-	-	-	-
Uitstroom tot 2012/13/14	16,40%	14,70%	14,50%	14,0%
Uitstroom tot 2017/18/19	34,20%	30,60%	30,20%	27,8%
Uitstroom tot 2022/24 totaal	51,40%	45,30%	44,80%	40,7%
Uitstroom tot 2027/29 totaal	66,30%	58,50%	58,00%	53,2%
Extern rendement	92,5% na 1 jaar	94,0% na 1 jaar	94,0% na 1 jaar	94,8% na 1 jaar
	90,9% na 5 jaar	92,7% na 5 jaar	92,7% na 5 jaar	93,5% na 5 jaar
	85,4% na 10 jaar	88,6% na 10 jaar	88,5% na 10 jaar	90,6% na 10 jaar
	80,6% na 15 jaar	83,3% na 15 jaar	83,3% na 15 jaar	87,0% na 15 jaar
Instroom buitenland	17,6	10,9	-	14,8
• Werkproces				
Vakinhoudelijk	0,10% tot 0,20%	0,10% tot 0,20%	0,10% tot 0,20%	0,10% tot 0,40%
Efficiency	0,20% tot 0,40%	0,20% tot 0,40%	0,20% tot 0,40%	0,30% tot 0,50%
Substitutie horizontaal	0,50% tot 1,00%	0,50% tot 1,00%	0,50% tot 1,00%	1,00% tot 1,50%
Substitutie verticaal	-0,60% tot -1,20%	-0,60% tot -1,20%	-0,60% tot -1,20%	-0,60% tot -1,20%

NB. Voor het Capaciteitsplan 2008 is op basis van uitgebreid onderzoek ingeschat dat het aantal FTE per man 0,82 FTE was en per vrouw 0,55 FTE. Voor zowel het Tussentijdsadvies 2009 als het Capaciteitsplan 2010 is vanwege een gebrek aan voldoende gegevens over de waarnemingen gebruik gemaakt van het zelfde aantal FTE per man en per vrouw als in het Capaciteitsplan 2008.

Op dit moment wordt voor de situatie in 2010 echter ingeschat dat er per man niet 0,82 maar 0,84 FTE werd gewerkt en per vrouw niet 0,55 maar 0,63 FTE. Dat is dus vooral voor de vrouwen wat hoger dan in 2010 werd aangenomen. Het totaal aantal FTE in 2010 was daarom 7.801 in plaats van 7.353.

Het effect van deze 'correctie achteraf' is dat het instroomadvies volgens het voorkeursscenario in 2010 lager zou uitkomen: geen 720 instroomplaatsen, maar 677. Deze correctie heeft géén effect op de ramingsuitkomsten voor het Capaciteitsplan 2013. Daartoe is namelijk uitgegaan van de FTE's van de huidige huisartsengroep, die geactualiseerd zijn en waarbij de werktijd van mannelijke en vrouwelijke waarnemers op de nieuwe en meest reële wijze is meegenomen.

Bijlage 3. Gedetailleerde gegevens berekening NIVEL

Tabel 1: overzicht aannames per parameter

Beroepsgroep: Alternatieve specificatie 2	Parameterwaarden volgens alternatieve specificatie		
Aanduiding alternatief	Alternatieve specificatie 2		
Basisjaar (geen alternatief mogelijk!)/ Bijsturingsjaar / Trendjaar	2013	2015	2023
Evenwichtsjaar 1 en 2 (geen alternatief mogelijk!)		2025	2031
AANBOD IN 2013 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2033	Man	Vrouw	Totaal
Aantal werkzame personen in het jaar 2013	6.079	5.054	11.133
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2013	54,6%	45,4%	100,0%
Gemiddeld aantal FTE per persoon in het jaar 2013	0,830	0,640	0,744
FTE per werkzame persoon in 2018	0,830	0,640	0,728
FTE per werkzame persoon in 2023	0,830	0,640	0,715
FTE per werkzame persoon in 2028	0,830	0,640	0,707
FTE per werkzame persoon in 2033	0,830	0,640	0,701
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2018	13,1%	6,3%	10,0%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2023	29,3%	15,8%	23,2%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2028	43,7%	26,6%	35,9%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2033	56,3%	38,9%	48,4%
VRAAG IN 2013 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2033	Laag	Midden	Hoog
Onvervulde zorgvraag in 2013	0,0%		0,0%
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2018		3,5%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2023		7,1%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2028		10,6%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2033		13,3%	
Verandering per jaar a.g.v. epidemiologische ontwikkeling (+ vakinh. vwb. MS)	0,30%		0,60%
Verandering per jaar a.g.v. sociaal-culturele ontwikkelingen	0,70%		1,40%
Verandering per jaar a.g.v. vakinhoudelijke ontwikkeling (voor MS bij epid.)	0,10%		0,40%
Verandering per jaar a.g.v. efficieny (=werkproces MS)	0,30%		0,50%
Verandering a.g.v. horizontale taakherschik. (bij eff. voor MS; +vert. VHA)	1,00%		1,50%
Verandering per jaar a.g.v. inzet aanverwante disciplines.	-0,60%		-1,20%
Verandering per jaar a.g.v. arbeidstijdverkorting	0,00%		0,00%

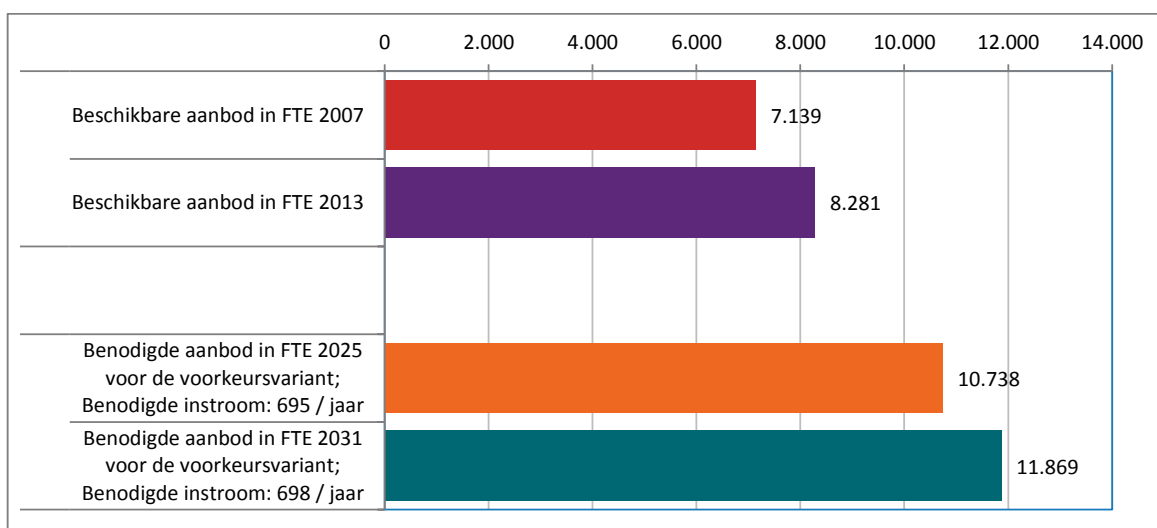
INSTROOM IN OPLEIDING TOT 2013	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde aantal nog in de opleiding per leerjaar per 1-1-2013	144,4	457,3	601,7
Geslachtsverdeling instroom in opleiding per 1-1-2013	24,0%	76,0%	100%
Opleidingsduur voor instroom tot aan het jaar 2013	3,0	3,0	3,0
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2013	98,0%	98,0%	98,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom tot aan 2013	95,4%	94,6%	94,8%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom tot aan 2013	94,0%	93,3%	93,5%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom tot aan 2013	92,3%	90,0%	90,6%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom tot aan 2013	90,7%	85,8%	87,0%
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2013 t/m 2014	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2013/2014	158,4	501,6	660,0
Geslachtsverdeling voor instroom in 2013/2014	24%	76,0%	100%
Opleidingsduur voor instroom in 2013/2014	3,0	3,0	3,0
Intern rendement van de opleiding voor instroom in 2013/2014	93,6%	93,6%	93,6%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom in 2013/2014	95,4%	94,6%	94,8%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom in 2013/2014	94,0%	93,3%	93,5%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom in 2013/2014	92,3%	90,0%	90,6%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom in 2013/2014	90,7%	85,8%	87,0%

INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2015	Mannen	Vrouwen	Totaal
Verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf het jaar 2015	172,8	547,2	720,0
Geslachtsverdeling instroom opleiding vanaf het jaar 2015	24,0%	76,0%	100%
Opleidingsduur voor instroom vanaf het jaar 2015	3,0	3,0	3,0
Intern rendement van de opleiding voor instroom vanaf 2015	93,6%	93,6%	93,6%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom vanaf 2015	95,4%	94,6%	94,8%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom vanaf 2015	94,0%	93,3%	93,5%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom vanaf 2015	92,3%	90,0%	90,6%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom vanaf 2015	90,7%	85,8%	87,0%
INSTROOM UIT BUITENLAND VANAF 2013	Mannen	Vrouwen	Totaal
Instroom per jaar uit buitenland vanaf het jaar 2013	8,6	6,2	14,8
Geslachtsverdeling buitenlandse instroom	58,2%	41,8%	100%
Rendement buitenlandse instroom	65,0%	65,0%	65,0%

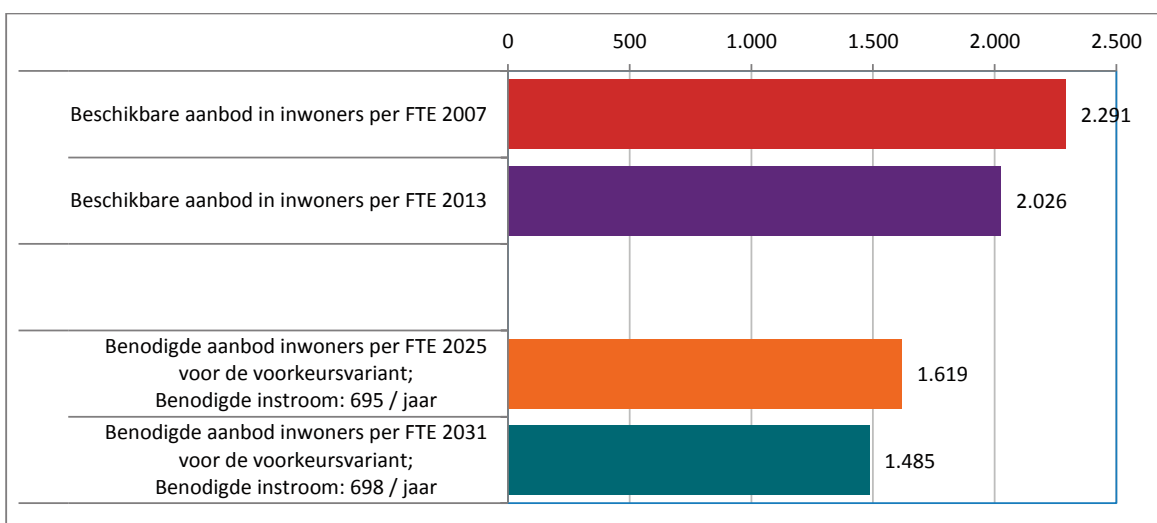
Bijlage 4. Het effect van het reëel scenario

Het totaal aantal gewerkte fte's van huisartsen (zelfstandige gevestigde huisartsen, HIDHA's én waarnemers samen), is in de afgelopen 6 jaar gestegen van 7.139 fte's in 2007 naar **8.281 fte's** in 2013. Voor de specificaties van de zogeheten voorkeursvariant, moet het aanbod in fte in de komende 12 jaar verder groeien tot **10.738 fte's** in 2025 en in de 6 jaar daarna naar **11.869 fte's** in 2031. Om een dergelijke groei te realiseren is vanaf 2015 een instroom nodig in de huisartsenopleiding van 695 per jaar om in 2025 evenwicht te bereiken en van 698 per jaar om in 2031 evenwicht te bereiken.

Figuur 14



Figuur 15



Bijlage 5: Procedure en betrokken experts

Het Plenair Orgaan heeft dit advies van de Kamer Huisartsen besproken in haar vergadering op 26 juni 2013. Het uiteindelijke advies is op 26 juni 2013 vastgesteld.

De samenstelling van Kamer Huisartsen was op **31 december 2012** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. C.F.H. Rosmalen

Dhr. J.L. Runhaar

Dhr. G.J. van Loenen

Mw. A. Hovenkamp

Organisaties van opleidingsinstituten/ opleidingsinstellingen

Mw. M. Langendoen-Roel

Dhr. F.W. Dijkers

Dhr. H.M. Pieters

Dhr. H.C.M.P. van Weert

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. D.A.C. Beens

Dhr. A.P.C. van Velzen

De samenstelling van het Plenair Orgaan was op **31 december 2012** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. A.W.J.M. van Bolderen

Mw. M.M.E. Schneider

Dhr. R.Ph. Smitshuijzen

Dhr. B. Stegeman

Dhr. C.J.G. Theeuwes (lid Dagelijks Bestuur)

Dhr. B. Vogel

Dhr. L. Wigersma

Dhr. H.W. Zijlstra

Organisaties van opleidingsinstituten/ opleidingsinstellingen

Dhr. J.W. Boomkamp

Dhr. F.C. Breedveld

Dhr. drs. P. de Jonge

Dhr. dr. S.J. Noorda

Dhr. N.G.M. Oerlemans

Dhr. H.A.P. Pols

Dhr. J. Schaart

Dhr. R.A. Thieme Groen (lid Dagelijks Bestuur)

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. M.W.L. Hoppenbrouwers (voorzitter Dagelijks Bestuur/Plenair Orgaan)

Dhr. J.W.M.W. Gijzen

Dhr. A.J. Lamping

Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

bezoekadres

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon

030 282 38 40

e-mail

info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl