

Capaciteitsplan 2016

Deelrapport 2

Huisartsgeneeskunde

Capaciteitsplan 2016

Deelrapport 2

Huisartsgeneeskunde

Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2016 voor de medische, klinisch technologische, geestelijke gezondheid, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen

Statutaire doelstellingen:

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

Inhoud

Samenvatting	1
1 Inleiding	3
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	3
1.2 Ontwikkeling in taakstelling Capaciteitsorgaan	4
1.3 Discipline specifieke aandachtspunten	4
1.4 Indeling van dit deelrapport	6
2 Positionering huisartsen	9
2.1 Inleiding	9
2.1.1 Aantal praktijken	9
2.1.2 Apotheekhoudende huisartsen	10
2.1.3 Huisartsenposten	11
2.1.4 Waarnemers en huisartsen in dienstverband	11
2.1.5 Inzet waarnemers en HIDHA's	12
2.1.6 Praktijkzoekende huisartsen	13
2.2 Overzicht aanverwante disciplines	13
2.2.1 Doktersassistenten	13
2.2.2 Praktijkondersteuners	14
2.2.3 Verpleegkundig specialisten	17
2.2.4 Physician assistants	17
2.3 Verhoudingen tussen disciplines	18
2.3.1 Zorggroepen	18
2.3.2 Overige disciplines	19
2.3.3 Zorgpaden	19
2.3.4 Anderhalvelijnszorg	19
2.4 Huisartsen met bijzondere bekwaamheden	20
2.5 Spreiding huisartsen	21
2.6 Regionale ondersteuningsstructuur	23
3 Opleiding	25
3.1 Inleiding	25
3.2 Adviezen	25
3.3 Besluiten	26
3.4 Interesse en realisatie	26
3.5 Aios huisartsgeneeskunde	29
3.6 Opleidingsduur	30
3.7 Huisartsopleiders	31
3.8 Intern rendement	31
3.9 Conclusies	32
4 Zorgvraag	35
4.1 Inleiding	35

4.2	Onvervulde vraag	35
4.2.1	Arbeidsmarktmonitor	35
4.2.2	Spanningsindicator Arbeidsmarkt	37
4.2.3	Parameter effect onvervulde vraag voor raming	38
4.3	Demografie	38
4.4	Epidemiologie	44
4.5	Sociaal-culturele ontwikkelingen	45
4.6	Conclusie zorgvraag	48
5	Zorgaanbod	49
5.1	Inleiding	49
5.2	Omvang beroepsgroep	49
5.2.1	Aantal geregistreerd	49
5.2.2	Aantal werkzaam	50
5.2.3	Aantal naar werkzame positie	51
5.3	Geslacht en leeftijdsverdeling	52
5.4	Omvang dienstverband	53
5.5	Instroom in het vak	54
5.6	Uitstroom uit het vak	54
5.7	Extern rendement	57
5.8	Conclusie zorgaanbod	58
6	Werkproces	61
6.1	Inleiding	61
6.2	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	61
6.3	Efficiency	61
6.4	Horizontale substitutie	63
6.5	Verticale substitutie	64
6.6	Conclusie werkproces	65
7	Scenario's	67
7.1	Inleiding	67
7.2	Basisscenario	68
7.3	Demografie scenario	69
7.4	Werkprocesscenario's met tijdelijke of doorlopende trend	71
7.5	Arbeidstijdverandering scenario's	72
7.6	Verticale substitutiescenario's met tijdelijke of doorlopende trend	72
7.7	Maximale parameterwaardenscenario's met tijdelijke of doorlopende trend	72
7.8	Overzicht zorgvraagontwikkeling per scenario	73
8	Overwegingen en advies	77
8.1	Inleiding	77
8.2	Beleidsontwikkelingen	77
8.2.1	LHV	77
8.2.2	Overheidsbeleid	78

8.2.3	Relatie met andere adviezen	80
8.2.4	Opleidingsinstituten	81
8.2.5	Belangstelling voor het vakgebied	81
8.3	Onzekerheden	81
8.3.1	Vraag	81
8.3.2	Aanbod	82
8.3.3	Werkproces	82
8.3.4	Opleidingscapaciteit	82
8.4	Belangrijkste scenario's	83
8.5	Advies instroom	83
Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan		85
Bijlage 2: Procedure en betrokken experts		86
Bijlage 3: Parameterwaarden Capaciteitsplan 2008 t/m 2016		87

Samenvatting

De huisarts blijft de komende tijd de ingezette veranderingen in de beroeps- én bedrijfsuitoefening doormaken. Ook zijn er nieuwe ontwikkelingen waarvan het doel is om enerzijds de zorg als geheel te optimaliseren en anderzijds de kosten in de zorg beheersbaar te houden. Zowel de politiek als de beroepsgroep zien hierin voor de huisartsen een sleutelpositie weggelegd. De huisartsen blijven zo verantwoordelijk voor de coördinatie, aansturing en levering van zorg dichtbij de burger.

Nieuw beleid

Het nieuwe overheidsbeleid en de in 2012 vastgestelde 'Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022' van de LHV zullen een grote impact hebben op de huisartsenvoorziening. Deze impact is er op organisatorisch, uitvoerend en economisch vlak. Naast nieuwe wet- en regelgeving is er ook beleid voor: de inpasbaarheid van horizontale en verticale taakherschikking in de zorg, de beschikbaarheid van voldoende en goed opgeleid ondersteunend personeel en de mogelijkheden van innovatieve zorgconcepten in de eerstelijnszorg. De beroepsgroep zelf streeft naar het verkleinen van de huidige praktijkgrootte. Er zijn namelijk meer complexe zorgvragen in een vergrijzende populatie. Tenslotte leidt verdere implementatie van populatiegerichte zorg en preventie tot een grotere tijdsbelasting van de huisarts. Het Capaciteitsorgaan houdt in zijn ramingen zoveel mogelijk rekening met deze toekomstige ontwikkelingen.

Huisartspraktijk

Het aantal huisartsen met een solopraktijk blijft verder dalen. In de afgelopen 10 jaar is de ondersteuning in de huisartspraktijk geleidelijk uitgebreid met de (diabetes-)verpleegkundige, de praktijkondersteuner voor somatiek (POH-S) en geestelijke gezondheidszorg (POH-GGZ) en meer recent ook de POH ouderenzorg en POH jeugd GGZ. Ook zijn er op een aantal praktijken physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten (VS-en) aangesteld. Naast de reguliere praktijkvormen van huisartsen met ondersteunend personeel en gezondheidscentra waar meerdere eerstelijnsdisciplines samenwerken komen nu ook nieuwe samenwerkingsverbanden. Dit betreft bijvoorbeeld samenwerkingsvormen waarbij de nulde, eerste en tweede lijn expertise uitwisselen en zorg onderling gaan afstemmen.

Voorkeursvariant

Het Capaciteitsorgaan richt zich bij zijn keuze voor de scenario's op evenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod. Het Capaciteitsorgaan acht het realistisch dat de huisarts te maken krijgt met zowel verticale als horizontale taakherschikking. De mate waarin verticale substitutie precies tot een vermindering van de taken van de huisarts leidt, is niet geheel duidelijk. Wel wordt algemeen aangenomen dat het ondersteunend personeel meer taken overneemt van de huisarts dan waar het Capaciteitsorgaan voorheen rekening mee hield.

Uiteindelijk selecteerde het Capaciteitsorgaan twee scenario's voor het bepalen van de bandbreedte van dit advies. Het betreft in beide gevallen het verticale substitutiescenario, de ene keer met tijdelijke trend en vroeg evenwichtsjaar, de andere keer met doorlopende trend en laat evenwichtsjaar.

Advies

Op grond van bovengenoemde scenario's adviseert het Capaciteitsorgaan aan de overheid en het veld een jaarlijkse instroom van minimaal **555 aios** en maximaal **630 aios**. Dit advies is lager en ruimer dan het advies uit 2013 (695 tot 698). De grotere bandbreedte wordt verklaard door de andere scenariokeuzes, waarbij het al dan niet doorlopen van de verticale substitutie voor een groot verschil in benodigde capaciteit zorgt. De inzichten in een aantal parameters zijn de afgelopen jaren verder verbeterd. Dit zijn bijvoorbeeld het tempo van verticale substitutie en de tijdsbesteding van huisartsen. Ook zijn er de afgelopen jaren meer huisartsen opgeleid dan het eerdere maximum advies van het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan spreekt een voorkeur uit voor een instroom van **630 aios**. Daarnaast geeft het capaciteitsorgaan in overweging om analoog aan de handelwijze bij de medisch specialisten ook bij de huisartsen een overgangsjaar te hanteren om de nieuwe instroom te implementeren.

1 Inleiding

Dit deelrapport van het Capaciteitsplan 2016 vormt de basis voor het instroomadvies voor de erkende medische vervolgopleiding huisartsgeneeskunde. Het bevat alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die het Capaciteitsorgaan hiervoor heeft gebruikt. Dit deelrapport kan los gelezen worden van het integrale Capaciteitsplan 2016. Naast het integrale Capaciteitsplan zijn ook deelrapporten gepubliceerd over de instroomadviezen voor de medisch specialisten (inclusief de klinisch technologische specialismen en de profielopleiding spoedeisende hulp arts, deelrapport 1), de tandheelkundig specialisten (deelrapport 3), de sociaal geneeskundigen (deelrapport 4), de specialisten ouderengeneeskunde (deelrapport 5), de artsen voor verstandelijk gehandicapten (deelrapport 6), de beroepen in de geestelijke gezondheid (deelrapport 7, gepubliceerd 2015) en de beroepen Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO, deelrapport 8).

1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

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

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

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit voor de gewenste instroom in de diverse medische profiel- en vervolgopleidingen en de tandheelkundige vervolgopleidingen. Tevens brengt het Capaciteitsorgaan een raming uit over de daarvoor noodzakelijke instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Deze ramingen hebben een bandbreedte, waardoor ze als advies voor de overheid en het veld beschouwd kunnen worden. Overheid en veld moeten binnen deze bandbreedte een finale keuze maken. Het oogmerk van deze adviezen is om discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en in de toekomst te voorkomen.

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

¹ Health Workforce Policies in OECD countries; right jobs, right skills, right places (OECD, 2016)

² Malgieri, A. et al: Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries (EU Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, 2015)

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

1.2 Ontwikkeling in taakstelling Capaciteitsorgaan

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

- De ervaringen op het terrein van monitoring en participatieve beleidsontwikkeling zijn gebruikt om zorgvraag en zorgaanbod in de eerstelijns mondzorg in kaart te brengen. Naar aanleiding van een advies van de Commissie Innovatie Mondzorg heeft het Capaciteitsorgaan op verzoek van VWS vanaf 2008 tot 2014 de beroepsgroepen tandarts en mondhygiënist (beide initiële opleidingen in de mondzorg) in kaart gebracht en gemonitord.
- In 2009 is het Capaciteitsorgaan gestart met het in kaart brengen van de gewenste en gerealiseerde capaciteitsontwikkelingen voor de vijf BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheid. In 2011, 2013 en 2015 zijn de eerste adviezen over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Vanaf 2014 worden deze ramingen structureel uitgevoerd. Het ministerie van VWS heeft van deze adviezen gebruik gemaakt in haar afwegingen voor het aantal te subsidiëren instroomplaatsen voor deze opleidingen, met name voor de klinische neuropsychologie en verpleegkundig specialist GGZ.
- In 2012 heeft het ministerie van VWS het Capaciteitsorgaan gevraagd om te onderzoeken of de capaciteit aan beroepen waarvan de opleiding gesubsidieerd wordt via het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) met de voorhanden zijnde methodieken in kaart gebracht kan worden. Het betrof vijftien beroepen³, waarover op landelijk niveau geen capaciteitsgegevens beschikbaar waren. Het bijzondere aan dit verzoek was dat, naast de landelijke overkoepelende raming, er ook ramingen voor de twaalf FZO regio's moesten worden opgesteld in verband met de beperkte geografische mobiliteit van deze beroepsgroepen. Het Capaciteitsorgaan concludeerde dat dit kon met de bestaande methodieken. Het eerste advies met bijbehorende ramingen voor de FZO beroepen is medio 2014 opgeleverd. Vanaf dat moment is deze activiteit ook toegevoegd aan de structurele activiteiten van het Capaciteitsorgaan.

1.3 Discipline specifieke aandachtspunten

Specifiek voor de huisartsgeneeskunde zijn de volgende aandachtspunten:

1. In 1890 was er één medisch specialist op dertig huisartsen, in 1950 was die verhouding één op drie en vanaf eind zestiger jaren zijn er meer medisch specialisten dan huisartsen. In 1995 waren er circa twee keer zoveel medisch specialisten (13.918) als huisartsen (6.800). Door die specialisatie in de zorg werden huisartsen ertoe gedwongen zich af te vragen wat hun taken behoorden te zijn. Zij kozen voor verdere professionalisering.⁴ Eind 2015 telde de

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

⁴ Daalen, R.M. van, Verbeek-Heida, P.M.. Het bestaansrecht van de huisarts. Huisarts Wet 2011; 44 (13): 26-30

Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen (RGS) 23.374 medisch specialisten en 12.371 huisartsen. De verhouding tussen het aantal (geregistreerde) huisartsen en medisch specialisten lijkt weer iets te verschuiven in de richting van de huisartsen.

2. Eind 2010 is het NHG/LHV-project 'Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022' van start gegaan, in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH)⁵. Het leidende motto daarbij was 'modernisering naar menselijke maat'. De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 werd op 14 november 2012 gepresenteerd in Den Haag en staat in het teken van kleinschalige, persoonsgerichte zorg dichtbij de patiënt, waarbij het versterken van de relatie tussen patiënt en huisarts centraal staat. De Nederlandse huisartsenzorg heeft continuïteit hoog in het vaandel staan. Daarom wordt in de toekomstvisie voorgesteld dat de huisarts in 2022 minimaal drie contactdagen per week heeft voor zijn patiënten. De zorgvraag groeit en verandert en de zorg rondom de patiënt wordt complexer. DE NHG en LHV pleiten voor lokale en regionale samenwerkingsverbanden om patiënten een breed zorgaanbod te kunnen bieden.
3. De 17 ambities in de toekomstvisie gaan over drie hoofdthema's: de directe relatie met de patiënt, de samenwerking met andere zorgverleners en gemeenten én de organisatie van huisartspraktijken. Om te analyseren of de ambities al gerealiseerd zijn, verrichtte het NIVEL in 2014 onderzoek naar de stand van zaken.⁶ Het NIVEL concludeerde dat de inhoudelijke zorg van de huisarts al voldeed aan de doelen van de beroepsgroep voor 2022.
Wel dienen huisartsen de komende jaren meer energie te steken in de samenwerking met andere zorgverleners en de gemeente. De samenwerking met andere eerstelijnszorgverleners en de samenwerking binnen de huisartsenpost is goed georganiseerd. Het merendeel van de huisartspraktijken werkt echter nog niet structureel samen met gemeenten en de GGD-en. Ook zijn de ambities voor het gebruik van ICT-toepassingen in de huisartsenzorg nog niet gerealiseerd. Bijna de helft van de huisartsen biedt patiënten de mogelijkheid via e-mail een vraag te stellen, maar slechts bij 1% van de praktijken is het mogelijk om via de computer met een beeldverbinding een gesprek met de huisarts te voeren.
4. De laatste jaren gaan steeds meer huisartsen na de opleiding aan de slag als wisselend waarnemer. Sinds 2010 is er een groei van 1.400 naar 2.150 wisselende waarnemers in 2015. De groep huisartsen in dienst bij een huisarts (HIDHA's) nam aanvankelijk toe van 1.050 in 2010 naar 1.170 in 2014, maar is vervolgens weer afgenomen tot 900 in 2015. De mogelijke verklaring voor deze twee tendensen is een aanpassing in de antwoordcategorieën van de enquête voor pas afgestudeerden in 2015.
5. Huisartsen stellen een vestiging als zelfstandig gevestigd huisarts langer uit. Bij vestiging gaat de voorkeur uit naar een duo- of groepspraktijk in de randstad. Daardoor zijn regionale tekorten en opvolgingsproblemen bij solopraktijken – in met name de niet-stedelijke gebieden – een punt van aandacht.⁷
6. De NZa heeft vanaf 2014 de normpraktijkgrootte verlaagd van 2.350 naar 2.168 patiënten.
7. Het aandeel Nederlanders dat staat ingeschreven bij een huisarts is opgelopen naar bijna 100%. Een aantal groepen valt niet onder de reguliere huisartsenzorg, omdat deze onder een ander

⁵ NHG/LHV (november 2012). Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Modernisering naar menselijke maat. Utrecht: auteur

⁶ Hassel, D. van, Korevaar, J., Batenburg, R.S., Schellevis, F. (mei 2015). De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022, waar staat de huisartsenzorg anno 2014? Utrecht: NIVEL

⁷ Batenburg, R.S. (juli 2016). Praktijkovername in de eerste lijn. Huisartsen, tandartsen en apothekers over hun overname-wensen als praktijkhouder of praktijkzoeker. Utrecht: NIVEL

zorgregime vallen. Dit zijn bijvoorbeeld personen die zijn opgenomen in AWBZ-instellingen, langdurig in detentie zitten of onder het ministerie van Defensie vallen. Dat aantal is door de zorgverzekeraars becijferd op circa 400.000 mensen.⁸

8. In Nederland kan de opleiding tot huisarts gevolgd worden bij de universiteiten in Amsterdam (zowel AMC-UvA als VU Medisch Centrum), Nijmegen (UMC St. Radboud), Rotterdam (Erasmus MC), Maastricht (MUMC+), Groningen (UMCG), Utrecht (UMC) en Leiden (LUMC).
9. De nominale opleidingsduur huisartsgeneeskunde bedraagt 3 jaar. De opleiding kan ook in deeltijd gevolgd worden, met een ondergrens van 50%, ofwel een beschikbaarheid van minimaal tweeënhalf dag per week. De opleiding in de praktijk van een erkende huisartsopleider duurt in totaal 21 tot 30 maanden. Gedurende de overige 6 tot 15 maanden volgt de aios stages, waaronder een klinische stage van ten minste 6 maanden. Ook volgt de aios stages op het gebied van chronische ziekten en complexe problematiek, psychische ziekten en psychosociale problematiek en één of meer keuzestages. De SBOH is de werkgever van alle huisartsen in opleiding.
10. De gemiddelde leeftijd van aios bij instroom in de opleiding is 29,1 jaar in 2016. Bij eerdere ramingen in 2013 en 2010 was dat nog respectievelijk 29,2 en 30,9 jaar.
11. Van de huidige werkzame huisartsen is ongeveer 52,4% vrouw. In 2013 bedroeg dit percentage nog 45,4%. Het percentage vrouwen in opleiding tot huisarts is circa 77,5%, terwijl dat in 2010 en 2013 respectievelijk 73% en 78% was. Bij de vrouwen is 26% ouder dan 50 jaar en bij de mannen is dat 64%.
12. Horizontale substitutie van de tweede naar de eerste (of anderhalvelijns) zorg is volop in gang. Horizontale substitutie naar de huisarts leidt op dit moment eerder tot uitbreiding van diens werkzaamheden dan tot lasten- of kostenbesparingen. Soms leidt het tot een verhoging van de kwaliteit.
13. Verticale substitutie is eveneens volop in ontwikkeling en verre van uitgekristalliseerd. Naast een snelle toename van het aantal doktersassistenten en praktijkondersteuners, neemt ook het aantal verpleegkundig specialisten en physician assistants toe. Die laatste twee beroepsgroepen groeien in de eerstelijns nog minder snel dan in de tweede lijn. Toch zorgen ook deze beroepsgroepen voor een vermindering van de werkdruk van de huisarts.

1.4 Indeling van dit deelrapport

In **hoofdstuk 2** wordt de positie besproken die de huisartsgeneeskunde inneemt voor de bevolking en diens gezondheid. Ook worden raakvlakken met aanverwante beroepen benoemd en wordt aangegeven hoe de afstemming met deze beroepen is geborgd.

Het Capaciteitsorgaan geeft om de paar jaar adviezen aan het veld en aan de overheid over de gewenste instroom in een groot aantal (erkende) initiële, profiel- en vervolgoopleidingen. Daarmee probeert het Capaciteitsorgaan te anticiperen op verwachte ontwikkelingen in de toekomstige zorgvraag. In **hoofdstuk 3** staat een overzicht van de adviezen van het Capaciteitsorgaan sinds 2005, de daarop volgende besluiten van VWS en de reacties van het veld. Het hoofdstuk bevat ook een analyse van de gerealiseerde instroom sinds 2005. Ten slotte volgt er een berekening van het rendement van de opleiding. Uitkomsten hiervan zijn parameters voor het ramingsmodel. Dit zijn: opleidingsduur, aantal aios in opleiding, nieuwe aios in opleiding in 2016 en 2017 en intern rendement.

⁸ <https://ion.lhv.nl/ion-database>

Hoofdstuk 4 beschrijft het belangrijkste en meest onzekere onderdeel uit het ramingsmodel: de verwachte ontwikkeling/verandering van de zorgvraag van 1 januari 2016 tot 1 januari 2028 en 1 januari 2034. Dat lijken lange periodes, maar de eerste effecten van beleid zijn pas merkbaar in 2021. De erkende vervolgopleiding huisartsgeneeskunde duurt nominaal 3 jaar. Het advies van het Capaciteitsorgaan wordt door het ministerie van VWS waarschijnlijk in 2017 omgezet in subsidiebesluiten. Implementatie van deze besluiten is dan mogelijk vanaf 2018. De eerste voorzichtige effecten van deze besluiten op de aanwezige arbeidscapaciteit zijn dan te verwachten vanaf 1 januari 2021. Er rest dan een “venster” van 7 respectievelijk 13 jaar om door een gewijzigde instroom in de opleidingen de totale beschikbare arbeidscapaciteit aan te passen aan de verwachte vraag

Het model van het Capaciteitsorgaan houdt rekening met vier parameters: de huidige onvervulde vraag, de demografische effecten op de toekomstige vraag, epidemiologische effecten op de toekomstige vraag en sociaal-culturele effecten (waaronder beleid) op de toekomstige vraag. Het Capaciteitsorgaan bestudeert daartoe relevante onderzoeken, laat indien nodig (toegepast) wetenschappelijk onderzoek doen, bevraagt stakeholders en schakelt zo nodig externe experts in. Al deze gegevens worden dan voorgelegd aan de Kamer Huisartsgeneeskunde, waarin de beroepsgroep, zorgverzekeraars en opleidingsinstellingen paritair zijn vertegenwoordigd. De Kamer bespreekt de voorgelegde gegevens en stelt dan de waarde(n) vast van de vier parameters.

Een aantal verwachte ontwikkelingen is niet terug te brengen tot puntschattingen. In deze gevallen hanteert het Capaciteitsorgaan een minimum en een maximum waarde voor de betreffende parameter.

Een aantal karakteristieken van het bestaand aanbod aan beroepsbeoefenaren komt in **hoofdstuk 5** aan bod. Het hoofdstuk beschrijft onder meer: de ontwikkeling van het aantal geregistreerde beroepsbeoefenaren, werkzame beroepsbeoefenaren, gemiddelde fte's en gerealiseerde uitstroom sinds 2005 (naar geslacht). Het Capaciteitsorgaan voorspelt de toekomstige ontwikkeling van uitstroom en gemiddelde fte's. Dit gebeurt op basis van de ontwikkeling van de laatste jaren én de verwachtingen van experts.

In **hoofdstuk 6** worden de verwachtingen voor het werkproces beschreven. Aan de orde komt: de vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency, horizontale taakverschuiving en verticale taakverschuiving. De verwachtingen hierover beïnvloeden het verwachte beschikbare zorgaanbod aan beroepsbeoefenaren. Ook voor deze verwachtingen geldt dat niet in alle gevallen puntschattingen mogelijk zijn.

Het Capaciteitsorgaan gebruikt de gegevens uit de hoofdstukken 3, 4, 5 en 6 vervolgens om een aantal scenario's op te stellen. Aan de hand hiervan raamt het Capaciteitsorgaan telkens de benodigde arbeidscapaciteit in de twee evenwichtsjaren en de bijbehorende instroom in opleidingen. Het Capaciteitsorgaan betreft steeds meer gegevens bij de diverse scenario's. Het opstellen van de scenario's gebeurt dus op cumulatieve wijze in **hoofdstuk 7**.

Het **basisscenario** gaat uit van een onveranderde zorgvraag in de komende 18 jaar. Dit scenario wordt door het Capaciteitsorgaan meestal buiten beschouwing gelaten, omdat het zeer onwaarschijnlijk is. Het **demografiescenario** houdt rekening met de bestaande onvervulde vraag en met de consequenties die geschatte veranderingen in de demografische samenstelling van de bevolking

kunnen hebben op de benodigde capaciteit aan beroepsbeoefenaren. Vervolgens worden daar overheen twee **zorgvraagscenario's** gelegd, waarin andere factoren die de zorgvraag beïnvloeden zijn meegenomen. Dit zijn bijvoorbeeld: de laag ingeschatte verwachte effecten van epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuiving. Vanwege de onzekerheden in deze verwachtingen wordt in het ene scenario met deze verwachtingen maar 10 jaar (tijdelijke trend) rekening gehouden, terwijl in het andere scenario (doorlopende trend) de verwachtingen over de volle 18 jaar worden geprojecteerd.

Daarna wordt in de twee **arbeidstijdsenario's** het effect toegevoegd van eventuele veranderingen in de geraamde gemiddelde arbeidstijd per beroepsbeoefenaar. Deze scenario's worden in dit rapport niet uitgewerkt omdat indicaties hiervoor ontbreken. Vervolgens worden deze scenario's aangevuld met twee **verticale substitutiescenario's**. Hierin worden de (extra) effecten berekend van een laag ingeschatte verticale substitutie op de verwachte benodigde arbeidscapaciteit. Dit gebeurt als trend voor een periode van 10 jaar en voor een onbeperkte periode. Ten slotte zijn er twee **maximale parameterwaarden scenario's**. Daarin zet het Capaciteitsorgaan alle parameterwaarden op de hoogste waarden van de gezamenlijke experts. Op deze manier ontstaat een overzicht van de ontwikkelingen gevat in negen verschillende scenario's.

Ten slotte inventariseert het Capaciteitsorgaan in **hoofdstuk 8** de belangrijkste beleidsontwikkelingen. Dit leidt tot een keuze voor de twee meest waarschijnlijke scenario's met bijbehorende instroomadviezen. Het Capaciteitsorgaan beschouwt deze twee instroomadviezen als de bandbreedte van het advies voor de minister van VWS en het veld. Daarbij spreekt het Capaciteitsorgaan een voorkeur uit voor één van de twee scenario's en het bijbehorende instroomadvies.

De bijlagen 4 t/m 15 zijn omvangrijk. De bijlagen bij dit deelrapport kunt u daarom downloaden via www.capaciteitsorgaan.nl.

2 Positionering huisartsen

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de ontwikkelingen in de huisartspraktijk weergegeven. Dit betreft zowel kwantitatieve als kwalitatieve gegevens. Hoeveel praktijken zijn er en hoe verhouden de verschillende praktijksoorten zich tot elkaar? Hoe wordt er invulling gegeven aan de avond-, nacht- en weekenddiensten en welke professionals zijn er naast de huisartsen nog meer actief binnen de huisartsenzorg?

2.1.1 Aantal praktijken

Het NIVEL publiceert jaarlijks in het voorjaar een brochure met de actuele cijfers van het voorgaande jaar.⁹ Bij peilingen tot 2012 werd met een ‘praktijk’ bedoeld op een praktijklocatie waar één of meer huisartsen werkzaam zijn. De definitie van een solopraktijk was een praktijklocatie waar één huisarts werkte. Het aantal solopraktijken verminderde gestaag, ook al nam het aantal regulier werkende huisartsen toe. De trend om meer met collega’s en andere disciplines samen te werken in één gezamenlijk praktijkgebouw – schaalvergroting – vormde de belangrijkste reden voor de afname van het totaal aantal praktijken.

In 2012 is de definitie van een solopraktijk aangepast en veranderd tot de praktijkvoering door één huisarts. In de registratie van huisartsen is het onderscheid tussen praktijklocatie enerzijds en praktijkvoering anderzijds nu beter te maken. Het verschil tussen de oorspronkelijke en de met ingang van 1 januari 2012 bijgestelde manier van definiëren – zoals verwoord in box 1 – verandert ook de verhoudingen tussen huisartsen die werkzaam zijn in een solo-, duo- of groepspraktijk.

Box 1: Herdefiniëring huisartspraktijk in de NIVEL-huisartsenregistratie

Oorspronkelijke praktijkdefinitie (tot aan de peiling van 2012):

Praktijkadressen worden als uitgangspunt genomen. Huisartsen op hetzelfde adres tellen als één praktijk. Bij het onderscheid tussen solo-, duo- of groepspraktijk gaat het dus om het aantal huisartsen dat op één adres is gevestigd.

Bijgestelde praktijkdefinitie (met ingang van de peiling van 2012):

De praktijk waar een huisarts zich toe rekent wordt als uitgangspunt genomen. Verschillende praktijken die zich op één adres bevinden, worden zo apart geteld. Bij het onderscheid tussen solo-, duo- of groepspraktijk gaat het dus om het aantal huisartsen dat zich tot een bepaalde praktijk rekent.

Bron: NIVEL 2016

Tussen 2005 en 2011 is het aantal praktijklocaties met zo’n 500 afgenomen. Zie tabel 1. Het aandeel sololocaties nam af met circa 10%, terwijl het aandeel groepslocaties juist met 10% toenam. Tussen 2012 en 2013 – toen de bijgestelde praktijkdefinitie voor het eerst werd gehanteerd – nam het aan-

⁹ NIVEL (april 2016). Cijfers uit de registratie van huisartsen | peiling 2015. Utrecht: auteur

tal praktijken met 149 toe. De afgelopen 3 jaar stabiliseerde het aantal praktijken zich. Op praktijkniveau geldt voor 1 januari 2015 dat er, als men uitgaat van de bijgestelde praktijkdefinitie, in Nederland 5.045 huisartspraktijken zijn die op 3.877 praktijkadressen zijn gevestigd. In tabel 1 staat dat in 2015 van alle praktijken 41% een solo-, 40% een duo- en 19% een groepspraktijk betrof. In 2014 was het aandeel solopraktijken nog 45% en het aandeel duo- praktijken en groepspraktijken 38% respectievelijk 17%.

Tabel 1: Relatieve verdeling en aantal praktijken naar praktijkvorm op 1 januari in periode 2005-2015, volgens oorspronkelijke (boven) en bijgestelde definitie (onder)

Jaar	Solopraktijk aantal percentage		Duopraktijk aantal percentage		Groepspraktijk aantal percentage		Totaal (absoluut) aantal
conform oorspronkelijke / oude praktijkdefinitie							
2005	2.184	48,2%	1.411	31,1%	935	20,6%	4.530
2006	2.051	46,0%	1.412	31,7%	997	22,4%	4.460
2007	1.878	43,3%	1.390	32,0%	1.070	24,7%	4.338
2008	1.762	41,5%	1.375	32,4%	1.105	26,0%	4.242
2009	1.678	40,4%	1.336	32,2%	1.141	27,5%	4.155
2010	1.582	38,8%	1.309	32,1%	1.190	29,2%	4.081
2011	1.544	38,3%	1.285	31,9%	1.202	29,8%	4.031
conform bijgestelde / nieuwe praktijkdefinitie							
2012	2.193	44,7%	1.818	37,1%	890	18,2%	4.901
2013	2.376	47,0%	1.820	36,0%	854	16,9%	5.050
2014	2.292	45,3%	1.895	37,5%	869	17,2%	5.056
2015	2.046	40,6%	2.022	40,1%	977	19,4%	5.045

Bron: NIVEL 2016

Jaarlijks stuurt het NIVEL een enquête over hun wensen aan artsen die de huisartsopleiding succesvol hebben afgerond. Van de praktijkzoekende huisartsen bleek op 1 januari 2015 78% specifiek op zoek te zijn naar een eigen praktijk. Het grootste deel van deze eigen praktijkzoekers wil in een duopraktijk of groepspraktijk (respectievelijk 53% en 40%) aan de slag. Circa 3% wil het liefst een solopraktijk. De overige 4% heeft geen voorkeur. Het merendeel van de mannen (46%) heeft een voorkeur voor een groepspraktijk; bij de vrouwen is dat een duopraktijk (57%). Verder blijkt dat meer mannen dan vrouwen de voorkeur hebben voor een solopraktijk (respectievelijk 5% en 2%).

2.1.2 Apotheekhoudende huisartsen

In de jaren zeventig van de vorige eeuw telde Nederland nog zo'n 1.500 apotheekhoudende huisartsen. Dit aantal neemt steeds verder af, maar deze afname is de laatste jaren minder groot. Zo was het aandeel apotheekhoudende huisartsen onder zelfstandig gevestigde huisartsen in 2002 8,2% en bij vorige raming 6,3%. Op 1 januari 2015 telde Nederland 518 huisartsen met een apotheekvergunning (hoofdvergunning of associatie). Deze huisartsen waren werkzaam in 368 apotheekhoudende praktijken.

Doorgaans bevinden de apotheekhoudende praktijken zich op vestigingsplaatsen waar openbare apotheken geen belangstelling voor hebben, veelal vanwege regelgeving of economische motieven. De meerwaarde van de apotheekhoudende huisartspraktijk voor de patiënt wordt alom onderkend. Zij is niet alleen van belang voor goede farmaceutische diensten, maar ook noodzakelijk voor de instandhouding van de huisartsenzorg op het platteland. Hier zijn de inkomsten uit de apotheek noodzakelijk om de huisartspraktijk rendabel te maken (en te houden). Wel dient er rekening gehouden te worden met weinig interesse van praktijkzoekende huisartsen voor apotheekhoudende solopraktijken, waardoor het moeilijk kan zijn een opvolger te vinden.

2.1.3 Huisartsenposten

De eerste huisartsenposten (HAP-en) zijn opgericht in 1999 om avond-, nacht- en weekenddiensten (ANW-diensten) te verzorgen voor clusters praktijken. Nederland telt 121 huisartsenposten – georganiseerd in 53 huisartsendienstenstructuren (HDS-en) – die alle lid zijn van InEen.¹⁰ Tot en met 2013 verzorgde Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) een jaarlijkse benchmark. Het aantal huisartsenposten en -dienstenstructuren was toen min of meer stabiel. Van de huisartsenposten was 79% alle avond-, nacht- en weekenduren open. In totaal waren bijna 7.700 huisartsen aangesloten bij deze huisartsenposten, die destijds gezamenlijk 16,8 miljoen inwoners van huisartsenzorg buiten kantooruren voorzagen. Per HDS waren gemiddeld 145 huisartsen aangesloten met een minimum van 9 en een maximum van 696. Rond de 158.000 Nederlanders hadden een huisarts die niet was aangesloten bij een huisartsenpost.

Vanaf 2014 rekent de NZa met 2.168 patiënten per normpraktijk en worden huisartsen dus gemiddeld voor 195 uur ingeroosterd. De verschillen tussen HDS-en blijven onverminderd groot met minimaal 131 uur en maximaal 353 uur ANW-diensten. Ongeveer 29,9% van de ANW-diensten wordt verricht door waarnemers. Naast de actieve uren op de huisartsenpost hebben de huisartsen van 45 HDS-en tevens achterwachtdiensten. Tijdens zo'n dienst is een huisarts op afroep beschikbaar. Gemiddeld draaiden deze huisartsen 42 uur achterwachtdienst per normpraktijk.¹¹

2.1.4 Waarnemers en huisartsen in dienstverband

Omdat definities in de loop der tijd kunnen veranderen, is het van belang om geregeld opnieuw te definiëren wat met specifieke functietypen wordt bedoeld. Met name het onderscheid tussen waarnemers en HIDHA's is relevant, omdat deze afzonderlijke functietypen binnen de huisartsgeneeskunde steeds vaker gecombineerd vóórkomen. Tabel 2 vermeldt de definities van het Capaciteitsorgaan voor de vrijgevestigde huisartsen (eventueel in loondienst), HIDHA's en (vaste en wisselende) waarnemers. Deze definities zijn hetzelfde als van NIVEL voor de NIVEL huisartsenregistratie. De term 'wisselend' versus 'vast' bij waarnemers duidt op het dienstverband van de huisarts. De term duidt dus niet op de locatie(-s) waar de betreffende huisarts werkzaam is en evenmin of deze werkzaamheden op één of meerdere dagen per week plaatsvinden.

¹⁰ De landelijke vereniging georganiseerde eerstelijnszorg (LGV), de landelijke organisatie voor ketenzorg (LOK) en de vereniging huisartsenposten Nederland (VHN) zijn 1 januari 2014 gefuseerd tot InEen (augustus 2015). Benchmarkbulletin Huisartsenposten 2014. Utrecht: auteur

Tabel 2: Definities voor: waarnemers, HIDHA's, vrijgevestigde huisartsen en HID's

Type dienstverband	Toelichting
waarnemer	Een waarnemer werkt korte periodes (dagen of weken; zelden maanden) en verzorgt de continuïteit in de patiëntenzorg bij gehele of gedeeltelijke afwezigheid van de gevestigde huisarts. De betaling is op uurbasis, waarbij de waarnemer een zelfstandig ondernemer is die via een overeenkomst van opdracht wordt ingehuurd door een praktijkhoudende huisarts.
- wisselende waarnemer	Het gaat hier om vervanging ad-hoc; bijvoorbeeld voor wisselende dagen en/of perioden (cursus, ziekte, vakantie, zwangerschap, feestdagen en/of drukte) en invulling van de ANW-diensten van de praktijkhoudende huisarts.
- vaste waarnemer	Dit betreft vervanging zonder loondienstverband voor langere perioden; bijvoorbeeld één of meerdere dagen in de week (ook i.v.m. tijdelijk minder werken van de gevestigde huisarts bij ziekte of drukte) waarbij feitelijk sprake is van een meer continu karakter van patiëntcontacten binnen eenzelfde huisartspraktijk.
huisarts in dienst van een huisarts (HIDHA)	Een 'huisarts in dienst van een huisarts' (HIDHA) verzorgt de patiëntenzorg in de praktijk van een gevestigd huisarts gedurende een langere tijd (>6 maanden). De intentie is om dit jarenlang te continueren. De betaling is via een loondienstverband waarbij de HIDHA een werknemer is van de betreffende gevestigde huisarts.
(vrij-)gevestigd huisarts	Een zelfstandig ondernemende/praktijkhoudend huisarts; heeft een contract met de plaatselijke zorgverzekeraar voor het (24 uur/dag) leveren van huisartsenzorg aan de bij deze huisarts ingeschreven patiënten. Deze huisarts wordt betaald per ingeschreven patiënt, per kwartaal en per verrichting en kan in een solo-, duo-, groepspraktijk of HOED-constructie (huisartsen onder één dak) werken.
(vrij-)gevestigd huisarts in loondienst (HID)	Deze huisarts heeft dezelfde taken als een gevestigde huisarts, maar heeft een deel van de bijbehorende managementtaken overgedragen aan een boven hem gesteld rechtspersoon. Deze 'huisarts in dienstverband' (HID) heeft een contract met de plaatselijke zorgverzekeraar. Hij heeft een vast salaris, maar wordt meestal extra betaald naarmate de praktijk meer inkomen genereert (bonussysteem). Deze constructie komt men vaak tegen bij het werken in gezondheidscentra.

Bron: Capaciteitsorgaan, NIVEL, LHV-Wadi en LOVAH 2016

2.1.5 Inzet waarnemers en HIDHA's

Met de opkomst van huisartsenposten en de trend om ANW-diensten uit te besteden, is het belang van de waarnemers verder toegenomen. Het is belangrijk hun omvang, samenstelling en beweegredenen te volgen om zicht te houden op deze 'reservecapaciteit'. Waarnemers met veel werkervaring als huisarts blijven langer waarnemer dan starters. Zij willen relatief vaak als waarnemer werken vanwege registratiebehoud, terwijl starters de flexibiliteit van waarnemen belangrijk vinden.¹¹

HIDHA-monitor 2014

Uit de HIDHA-monitor 2014 van de LHV-Wadi bleek dat HIDHA's essentieel zijn voor de continuïteit van zorg in veel Nederlandse huisartspraktijken. Veel HIDHA's werken jarenlang in een vaste praktijk waar ze een rol spelen bij het kwaliteitsbeleid en de begeleiding van ander personeel. Een kwart van de respondenten vond de werkdruk wel hoog. De belangrijkste redenen voor de ervaren hoge werkdruk betrof het grote aantal medische taken en het structureel overwerken. Meer dan één derde van de HIDHA's werkte 5 à 10 uur per maand over; 17% van deze groep werkte meer dan 10 uur per maand over. Ondanks deze werkdruk gaf 92% van de respondenten aan met plezier naar het werk te gaan.¹²

¹¹ Hassel, D. van, Batenburg, R.S.. Waarnemers in beeld | Diversiteit onder waarnemende huisartsen. Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen 2014; 92: 203-8

¹² LHV-Wadi (april 2014). HIDHA-monitor 2014: HIDHA essentieel voor continuïteit van zorg. Utrecht: auteur

Waarneemmonitor 2014

De Waarneemmonitor 2014 van de LHV-Wadi vermeldde dat 90% van de responderende waarnemers vindt dat het vragen van goodwill bij een praktijkovername te zwaar drukt op de financiële middelen. Hierdoor kan er immers minder geïnvesteerd worden in kwaliteit van zorg. Desondanks was meer dan 90% tevreden met hun baan. Belangrijke reden van deze tevredenheid betrof de flexibiliteit en vrijheid die het werken als waarnemer biedt. De helft deed een vaste waarneming van 1 à 2 dagen per week. Eén derde deed regelmatig meerdere langdurige waarnemingen per jaar (zoals een zwangerschapsverlof). Gemiddeld wordt circa 31 uur per week gewerkt.

Waarneemgroepen (wagro's) als onderdeel van de huisartsenkring raken steeds meer ingeburgerd. Zo krijgen waarnemers en HIDHA's op lokaal en regionaal niveau een gezicht. Eind 2014 telde Nederland 22 wagro's. 97% van de respondenten was bekend met het concept wagro en 60% was zelf lid van een wagro. Enthousiast was men over de nascholingen en de manier waarop de wagro hen vertegenwoordigde binnen de kring.¹³

2.1.6 Praktijkzoekende huisartsen

De NIVEL gegevensverzameling onder afgestudeerde huisartsen bevat ook informatie over het aantal afgestudeerde huisartsen dat op zoek is naar een praktijk. Tot deze groep behoren behalve de niet-werkzame en de wisselend waarnemende huisartsen, tevens de huisartsen die op 1 januari 2015 als HIDHA of als vaste waarnemer werkten. 489 afgestudeerde huisartsen waren naar een eigen praktijk dan wel HIDHA- of vast waarnemerschap op zoek. Dat aantal zal gezien de hoge non-respons bij de enquête ongetwijfeld hoger zijn. Van de 489 praktijkzoekende huisartsen die de enquête invulden, was 71,7% vrouw. Het merendeel van deze huisartsen was op de peildatum als wisselend (44%) of vaste waarnemer (41,7%) aan de slag, terwijl een klein deel (6,5%) HIDHA was of (nog) niet als huisarts was begonnen (7,8%).⁹

Verder is er een groep van 893 huisartsen waarover geen aanvullende informatie beschikbaar is. Op basis van eerder aanvullend onderzoek van het NIVEL gaan we ervan uit, dat 15% van deze groep (134 personen) nog op zoek is naar een eigen praktijk. Daarmee zou het totaal aantal praktijkzoekende huisartsen op 623 uitkomen.¹⁴

2.2 Overzicht aanverwante disciplines

2.2.1 Doktersassistenten

In Nederland werken momenteel ongeveer 26.000 doktersassistenten. Binnen de totale huisartsenzorg zijn circa 14.000 doktersassistenten werkzaam. De doktersassistenten hebben een eigen beroepsorganisatie, de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA). De belangrijkste werkzaamheden zijn triageren, patiënten informeren en adviseren, assisteren bij medische handelingen en het bijhouden van de administratie.^{15,16}

¹³ LHV-Wadi (oktober 2014). Waarneemmonitor 2014: Waarnemers zeer kritisch over goodwill. Utrecht: auteur

¹⁴ Lugtenburg, M., Velden, L.F.J. van der, Hingstman, L. (oktober 2006). Inventarisatie vraag en aanbod van waarnemers in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL

¹⁵ <https://www.lhv.nl/uw-praktijk/personeel/personeelshandboek/medewerkers/doktersassistent>

¹⁶ <https://www.nvda.nl/het-beroep/>

De Stichting Sociaal Fonds Huisartsenzorg (SSFH) laat twee tot drie keer per jaar de Vacaturemonitor Doktersassistenten en POH's uitvoeren door Kiwa Carity. In de tijdreeks van begin 2010 tot eind 2015 blijkt sprake te zijn van een afnemende krapte op de arbeidsmarkt. Seizoenen blijken hierop ook van invloed te zijn. De oorzaak van de daling in het percentage openstaande vacatures is niet exact aan te geven. Veranderingen in de vraag naar doktersassistenten kunnen een rol spelen, maar ook veranderingen in het aanbod zoals bijvoorbeeld de krimp in werkgelegenheid in andere branches in de zorgsector en de uitstroom uit het onderwijs.¹⁷

In oktober 2015 waren er 540 vacatures oftewel 2,8% van de werkzame populatie doktersassistenten. Dit percentage wordt normaal geacht voor een goed functionerende arbeidsmarkt. Er is nageenog geen tekort aan personeel, wel een enigszins krappe arbeidsmarkt. De vacaturegraad blijkt het hoogst te zijn bij de huisartsenposten met 3,3%, gevolgd door de huisartspraktijken met 2,4% en de gezondheidscentra met 2,0%.

De NVDA streeft naar een opname van het beroep van doktersassistent in artikel 34 Wet BIG op basis van aangetoonde deskundigheidsbevordering. Opname leidt tot rechtsbescherming van de titel doktersassistent die dan enkel gevoerd mag worden door diegenen die een opleiding daartoe hebben gevolgd. Een aantal doktersassistenten kiest voor een carrièrestap als praktijkondersteuner en volgt de daarbij behorende opleiding.

2.2.2 Praktijkondersteuners

Naast de doktersassistent is in de meerderheid van de praktijken een praktijkondersteuner huisartspraktijk (POH) werkzaam. De POH is een relatief jonge functie die in 1999 is geïntroduceerd en sindsdien een sterke groei heeft doorgemaakt. Binnen de huisartsenzorg behandelt en begeleidt de POH patiënten op zelfstandige basis, maar onder verantwoordelijkheid van de huisarts. Omdat er geen landelijke registratie van POH's in Nederland is, heeft het NIVEL in opdracht van het Capaciteitsorgaan onderzocht wat hun huidige aantal, kenmerken en geografische spreiding is. Data hierover zijn relevant voor de raming, omdat deze inzicht bieden in de mate waarin taakherschikking heeft plaatsgevonden van huisartsen naar POH's. Ook bieden data inzicht in de bandbreedte voor verdere taakherschikking. Daarnaast heeft de inzet van POH's invloed op andere parameters van het ramingsmodel, zoals het vergroten van de efficiëntie van de praktijk en de horizontale substitutie.¹⁸

Uit de enquête blijkt 94% van de POH's vrouw te zijn en is 46% 50 jaar of ouder. Van de POH's heeft 73% de één- of tweejarige opleiding tot POH gedaan. Verder zijn de meeste POH's mbo (38%) of hbo (32%) opgeleid. Op basis van de respons op de enquête werken POH's gemiddeld 0,64 fte. Van de totale werktijd wordt 74% besteed aan direct patiëntgebonden activiteiten. Gemiddeld hebben POH's 20 contacten per dag, waaronder 13 in de spreekkamer of via een huisbezoek, 5 per telefoon en 2 per e-mail. Een gemiddeld spreekkamerconsult duurt 26 minuten.

¹⁷ Windt, W. van der, Zaalberg, R. (oktober 2015). Vacaturemonitor Doktersassistenten en Praktijkondersteuners (POH) 2015-2. Nieuwegein: Kiwa Carity

¹⁸ Hassel, D. van, Batenburg, R.S., Velden, L.F.J. van der (augustus 2016). Praktijkondersteuners (POH's) in beeld: aantallen, kenmerken en geografische spreiding. Utrecht: NIVEL

Bij de deelnemende POH's is gekeken naar verschil in werkervaring bij de uitoefening van hun functie in de huisartspraktijk. Er blijkt onderscheid te zijn tussen 'startende' POH's met minder dan vijf jaar werkervaring, 'beginnend-ervaren' POH's met 5 tot 10 jaar ervaring en 'ervaren' POH's met tien of meer jaar ervaring. Starters zijn jonger dan hun meer ervaren collega's en vooral hbo-opgeleid. Zij werken relatief vaak als POH-GGZ. Per week werken ze gemiddeld minder uren en hebben ze ook minder patiëntcontacten, maar ze besteden wel meer tijd aan patiëntgebonden contact. Zij zien verhoudingsgewijs vaker patiënten met GGZ-problematiek en jongeren. Daarnaast werken ze frequent samen met andere zorgverleners in de tweedelijns ketenzorg.

Ervaren POH's zijn ouder dan hun startende collega's en hebben doorgaans de mbo-leerweg gevolgd. Zij werken relatief vaak als POH-S in een huisartspraktijk. Gemiddeld genomen werken zij meer uren per week en hebben zij eveneens meer patiëntcontacten per dag, doordat zij minder tijd aan individuele patiënten besteden. Zij zien relatief meer patiënten met diabetes type 2, astma/COPD en HVZ. Gezien de leeftijd waarop deze ziekten zich voordoen, ziet de POH-S relatief meer ouderen. Daarnaast bestaan hun activiteiten vaker uit het uitvoeren van periodieke controles bij mensen met chronische aandoeningen en het geven van voorlichting en educatie tijdens huisbezoeken.

De 'beginnend-ervaren' POH's zitten meestal tussen de twee andere groepen in, maar vertonen de meeste overeenkomst met de ervaren POH's. Deze profielschets laat zien dat POH's verschillen in hun werkweek en baankenmerken. Inzicht hierin – in combinatie met gegevens over de sociaal-demografische samenstelling van POH's – kan helpen bij het schatten van het huidige en toekomstige aanbod van POH's.

Aanvankelijk kende de eerstelijnszorg enkel de POH-S. Pas in 2008 werd de POH-GGZ geïntroduceerd om de toenemende vraag naar psychische en psychosociale hulp binnen de huisartsenzorg op te vangen, evenals de hoge kosten in de tweede lijn te verminderen. Met ingang van 1 januari 2014 is de rol van de POH-GGZ binnen de eerstelijns nog groter geworden, doordat patiënten met lichte psychische klachten alleen nog maar bij de huisarts terecht kunnen. Dit is vastgelegd middels aanpassingen aan de Zorgverzekeringswet (Zvw).¹⁹ Veranderingen in de financiering en organisatie van de zorg hebben ertoe geleid dat er nieuwe subgroepen POH's zijn ontstaan. Zo beschikken diverse praktijken over een POH jeugd GGZ vanwege de grotere rol die huisartsen toebedeeld hebben gekregen voor jongeren met psychische klachten. Dit gebeurde na de decentralisatie van de jeugdzorg van de rijksoverheid naar de gemeenten met ingang van januari 2015. Een ander voorbeeld is de POH ouderenzorg. Door de vergrijzing en een toenemend aantal kwetsbare ouderen zal deze groep komende jaren groter worden.

Op basis van de NIVEL huisartsenregistratie wordt aangenomen dat in 2015 het aantal POH's somatiek (POH-S) minimaal 5.900 bedroeg en het aantal POH's GGZ op minimaal 2.500 lag. Dat maakt het totale aantal POH's al ten minste 8.400. In 2011 werd het aantal POH's nog op minimaal 3.700 geschat. Onderscheid naar subtype was destijds nog niet mogelijk. Voor het Capaciteitsplan 2013 is de aanname gemaakt dat iedere POH 0,5 fte werkt. In circa 5 jaar tijd is het aandeel POH's daarmee meer dan verdubbeld. Het aantal fte POH's kan op basis van de NIVEL huisartsenregistratie nauw-

¹⁹ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/inhoud/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz>

keuriger worden geschat. Duidelijk is dat het aantal POH's is toegenomen. Anno 2015 worden er in de huisartspraktijken naar schatting 2.977 fte POH-S en 1.295 fte POH-GGZ gewerkt. In 2011 ging het in totaal nog om 1.864 fte POH's.

Het blijkt dat veruit het grootste deel van de huisartspraktijken minstens één POH in dienst heeft; slechts 11,6% van de praktijken in 2015 had geen POH-S en 19,1% geen POH-GGZ. Dit is minder dan in 2011, toen 25,8% van de praktijken nog geen POH in dienst had. Verder is er een duidelijk verschil tussen solopraktijken enerzijds en duo- en groepspraktijken anderzijds. In bijna alle duo- en groepspraktijken werkt bijvoorbeeld een POH-S, terwijl dit 8 à 11% lager ligt in solopraktijken.

In 2015 werken er per huisartspraktijk gemiddeld 1,35 POH-S voor gemiddeld ongeveer drie dagen (0,59 fte) per week en ongeveer 1,06 POH-GGZ voor circa anderhalve dag (0,26 fte) per week. In 2011 was per praktijk gemiddeld 1,00 POH werkzaam voor twee dagen per week (0,40 fte). Afgelopen 4 jaar is het aantal POH's dus zowel in absoluut aantal als in aantal fte toegenomen. Dit geldt vooral voor de POH-S. In tabel 3 is het aandeel fte POH's per fte huisarts weergegeven op basis van 1.594 praktijken waar volgens de NIVEL huisartsenregistratie tenminste één POH werkte. Zowel het aantal fte huisartsen als aantal fte POH's zijn gewogen naar praktijkvorm.^{18,20}

Tabel 3: Aandeel fte POH's per fte huisarts bij praktijken waar POH werkzaam is, in 2011 en 2015

	2011 POH	POH-S	2015 POH-GGZ	Totaal POH
Solopraktijk	0,29	0,59	0,29	0,88
Duopraktijk	0,27	0,48	0,23	0,71
Groepspraktijk	0,26	0,39	0,18	0,57
Totaal	0,27	0,51	0,24	0,75

Bron: NIVEL 2016

In juni 2015 heeft de NZa de regelgeving aangepast inzake de prestaties en tarieven voor de huisartsenzorg en de multidisciplinaire zorg met ingang van januari 2016. De inzet van POH-GGZ wordt vergoed door middel van declaratie van specifieke consulten en door een aanvullende opslagmodule op het inschrijftarief. Het maximumtarief voor de opslagmodule bood tot en met 2015 ruimte om bij benadering 12 uur per week per praktijk een GGZ-praktijkondersteuner in te zetten (1 fte POH-GGZ per 3 normpraktijken). Met ingang van 2016 kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars afspraken maken tot aan een maximale inzet van bij benadering 1 fte POH-GGZ per normpraktijk.²¹ De NZa heeft zo de mogelijkheid gecreëerd om meer patiënten met psychische problemen binnen de huisartspraktijk op te vangen.²² Het ministerie van VWS heeft geen extra geld vrijgemaakt voor deze inzet van POH-GGZ in de huisartspraktijk. In de loop van 2016 wordt gekeken of er geld vanuit het GGZ-budget overgeheveld kan worden naar het huisartsenbudget voor de zorg die huisartsen van de GGZ overnemen.²³

²⁰ Heiligers, P.J.M., Noordam, J., Korevaar, J., et al. (oktober 2012). Kennisvraag | Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst? Utrecht: NIVEL

²¹ <http://www.poh-ggz.nl/vereniging/nieuws/153-nza-heeft-de-tariefregels-poh-ggz-voor-2016-bepaald>

²² <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/uitbreiding-poh-ggz-vraagt-om-meer-budget>

²³ <https://www.lhv.nl/actueel/nieuws/minister-definitief-geen-extra-geld-voor-poh-ggz>

2.2.3 Verpleegkundig specialisten

De afgelopen jaren zoeken huisartsen volop naar mogelijkheden voor verticale substitutie van de huisarts naar de verpleegkundig specialist (VS). Deze beroepsgroep groeit snel. In 2012 en 2016 heeft Kiwa Carity op verzoek van het Capaciteitsorgaan onderzoek uitgevoerd onder alumni van de opleidingen Master Advanced Nursing Practice (MANP, leidend tot registratie als VS) en Master Physician Assistant (MPA). In 2016 is het onderzoek uitgebreid tot de driejarige opleiding VS-GGZ. Om een beeld te kunnen schetsen van de gehele beroepsgroep zijn de enquêteresultaten uit 2016 gewogen naar landelijke totalen.²⁴

In totaal zijn er 2.638 alumni van de verpleegkundig specialistische opleidingen werkzaam, goed voor 2.333 fte. Het merendeel van de werkzame VS-en is vrouw, namelijk 80% van deze beroepsgroep. Verschillen tussen de groep die de tweejarige opleiding en de driejarige opleiding (tot VS-GGZ) heeft gevolgd, zijn er niet. Vergeleken met 2012 is het aandeel alumni dat daadwerkelijk werkzaam is als verpleegkundig specialist gestegen. De meesten van hen zijn werkzaam in de gespecialiseerde GGZ, op afstand gevolgd door interne en ouderengeneeskunde. Meer dan de helft van de VS-en is jonger dan 50 jaar (59%) waar dat aandeel in 2012 nog 66% was.

De verpleegkundig specialisten binnen de eerstelijns zijn gemiddeld 46 jaar en 85% is vrouw. Binnen de huisartsgeneeskunde zijn 279 verpleegkundig specialisten werkzaam die tezamen 149 fte leveren. De toename tussen 2012 en 2016 qua aantal verpleegkundig specialisten is het sterkst bij de ouderengeneeskunde, op de voet gevolgd door de huisartsgeneeskunde. In 4 jaar zijn er 160 personen bijgekomen. Desondanks is hun aandeel op de gehele groep werkzame huisartsen van 11.821 en bestaande uit 8.809 fte maar beperkt. Zie paragraaf 5.4. Het aandeel verpleegkundig specialisten is gestegen van 1,1 naar 1,7 fte per 100 fte huisartsen.

2.2.4 Physician assistants

Gezocht wordt naar verdere mogelijkheden voor verticale substitutie van de huisarts naar de physician assistant (PA). Deze beroepsgroep is in de periode 2012-2016 ruim verdubbeld: van 347 in 2012 naar 762 in 2016. Het aantal fte is eveneens toegenomen, van 323 fte in 2012 naar 704 fte in 2016. De deeltijdfactor is vrijwel gelijk gebleven, van 0,93 in 2012 en naar 0,92 nu.

De groep alumni die werkzaam is als PA is relatief jong: 74% is jonger dan 50. Ruim tweederde van de beroepsgroep is vrouw (68%). De gemiddelde leeftijd van de PA is 43 jaar. De PA binnen de eerste lijn is gemiddeld 40 jaar en 76% is vrouw.

Binnen de huisartsgeneeskunde en de heelkunde zijn de meeste PA werkzaam. In de huisartspraktijken zijn 89 PA werkzaam die tezamen 58 fte vormen. De toename tussen 2012 en 2016 van het aantal PA is ook het sterkst bij huisartsgeneeskunde, gevolgd door maag-darm-leverziekten. In 4 jaar zijn er (89 – 42 =) 47 PA bijgekomen. Desondanks is hun aandeel op de gehele groep werkzame huisartsen beperkt, net als bij de verpleegkundig specialisten. In absolute zin werken de meeste PA in de

²⁴ Noordzij, E., Velde, F. van der (juni 2016). Alumni van de masteropleidingen tot verpleegkundig specialist. Alumni van de tweejarige opleiding MANP en de driejarige categorale opleiding GGZ-VS. Nieuwegein: Kiwa Carity

huisartspraktijk, maar ten opzichte van de geneeskundig specialist wordt daar juist de minste capaciteit aangewend, namelijk 0,7 fte PA op 100 fte huisartsen. In 2012 was deze verhouding 0,4.

Tabel 4 toont de totale samenstelling van ondersteunend personeel in de huisartspraktijken.

Tabel 4: Praktijken met ondersteunend personeel

Beroep	Solopraktijk	Duopraktijk	Groepspraktijk	Totaal
Doktersassistent	95%	98%	98%	97%
POH-S	83%	91%	94%	88%
POH-GGZ	76%	85%	84%	81%
SPV/GGZ medewerker	10%	13%	16%	12%
VS	5%	4%	5%	5%
PA	2%	2%	4%	2%
Overig medisch (VPK)	12%	12%	17%	13%
Overig niet-medisch (MW)	25%	28%	36%	28%

Bron: NIVEL 2016 | SPV: sociaalpsychiatrisch verpleegkundige, VPK: verpleegkundige, MW: maatschappelijk werkende

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

Veel huisartsen werken met doktersassistenten, praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen en verpleegkundig specialisten in samenwerkingsverbanden. Dit zijn bijvoorbeeld: een groepspraktijk, gezondheidscentrum, eerstelijnscentrum, HOED (huisartsen onder één dak) of GOED (gezondheidszorg onder één dak). De nieuwe brancheorganisatie InEen zet zich in om de organisatiegraad in de eerstelijnszorg te versterken met de focus op organisatie, innovatie en samenwerking.²⁵ Zorgverzekeraars sluiten contracten met deze samenwerkingsverbanden om het werken met zorgprogramma's en het ontwikkelen van innovatieve zorgprojecten te stimuleren. Zowel formele als informele samenwerking binnen en tussen vestigingen onderling biedt voordelen, zoals collegiale raadpleging en interdisciplinair overleg.

2.3.1 Zorggroepen

Zorggroepen zijn organisaties die contracten sluiten met zorgverzekeraars over de integrale bekostiging van de chronische zorg in een bepaalde regio. Een zorggroep is een organisatie met rechtspersoonlijkheid waarin zorgaanbieders verenigd zijn en coördinatie en levering van de gecontracteerde zorg in een bepaalde regio wordt vastgelegd. Met de term 'zorggroep' wordt de hoofdcontractant van de ketenzorgprogramma's bedoeld. Er zijn zo'n 115 zorggroepen in Nederland. Zorgstandaarden voor aandoeningen worden als uitgangspunt voor ketenzorgprogramma's gehanteerd.

In de rapportage 'Benchmark ketenzorg 2015' zijn gegevens opgenomen over de zorgprogramma's diabetes mellitus type 2, COPD en vasculair risicomanagement (VRM). VRM geldt zowel voor patiënten met hart- en vaatziekten (HVZ) als zonder verhoogd vasculair risico (VVR). In 2015 is voor astma een nieuw zorgprogramma opgenomen. In 2015 leverden 105 zorggroepen gegevens aan die geza-

²⁵ <http://www.rosrobuust.nl/nieuws/ineen-vereniging-organisaties-voor-eerste-lijn>

menlijk ongeveer 14,5 miljoen inwoners van Nederland vertegenwoordigen, ofwel 85% van de Nederlandse bevolking. De benchmark ketenzorg als instrument wordt breed gedragen in het veld.²⁶

2.3.2 Overige disciplines

Behalve met bovengenoemde disciplines zijn er op verschillende plekken tevens lossere samenwerkingsvormen met andere eerstelijnsprofessionals zoals verloskundigen, oefentherapeuten (Caesar en Mensendieck), fysiotherapeuten, logopedisten, maatschappelijk werkenden, eerstelijnspsychologen, diëtisten en apotheken. Samenwerking met kleinschalig georganiseerde (wijk-)verpleegkundigen en wijkziekenverzorgenden volgens de formule van Buurtzorg is verder uitgegroeid. Buurtzorg is gestart in 2006 en inmiddels uitgegroeid tot een thuiszorgorganisatie met 650 teams en 8.000 medewerkers.²⁷

2.3.3 Zorgpaden

Het zorgpadenconcept is ontleend aan de logistiek uit het bedrijfsleven en wordt sinds de jaren '80 gebruikt in ziekenhuizen bij veel voorkomende operaties. In de eerstelijns zijn zorgpaden moeilijker vorm te geven, omdat het traject dat een patiënt doorloopt vaak moeilijk te voorspellen is. 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. Een zorgpad in de eerstelijns bestaat vaak uit een compact document waarin staat wie welke zorg kan leveren. Het wat, hoe en waarom staat in een richtlijn, standaard of protocol en is geen onderdeel van een zorgpad. Naast huisartsen, POH's en (wijk-)verpleegkundigen kunnen ook professionals van het welzijnswerk, maatschappelijk werk of verpleeg-/verzorgingshuis onderdeel uitmaken van een zorgpad. Binnen het ZonMw project 'Zichtbare Schakel' in Schiedam hebben wijkverpleegkundigen met POH's, huisartsen en overige ketenpartners het initiatief genomen om de aanpak en werkwijze bij frequent voorkomende gezondheidsproblemen in zorgpaden te beschrijven. Gezamenlijk is een werkmethode ontwikkeld waarin het continu verbeteren van de zorg binnen de eerstelijns gestimuleerd wordt. ZonMw heeft de zorgpaden uit Schiedam aangemerkt als 'good practice'.²⁸

Met de invoering van de basis GGZ in 2014 hebben de twaalf partijen van het Bestuurlijk Akkoord GGZ, waaronder InEen en de LHV, een website gelanceerd. Hierop staat informatie over de invoering van de generalistische basis GGZ en de veranderingen voor huisartsen, patiënten en zorgverleners in de GGZ. In 2014 zijn er diverse zorgpaden toegevoegd, waaronder voor depressie, angststoornissen, problematisch alcoholgebruik en slaapproblemen.²⁹

2.3.4 Anderhalvelijnszorg

Er ontstaan de laatste jaren ook steeds meer samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en medisch specialisten waarbij zij onderling laagdrempelig contact kunnen opnemen. Zij kunnen ook casuïstiek bespreken of patiënten sneller doorsturen en beoordelen. In dat kader heeft het begrip

²⁶ InEen (juni 2016). Transparante ketenzorg. Rapportage 2015 | zorggroepen diabetes mellitus, VRM, COPD en astma. Op weg naar genuanceerde rapportage van zorg. Utrecht: auteur

²⁷ Blok, J. de, Pool, A. (mei 2013). Buurtzorg: menselijkheid boven bureaucratie. Den Haag: Boom Lemma Uitgevers

²⁸ Schaap-Visser, A., Veer, A. de, Hamming, A. (september 2013). Werken met zorgpaden in de eerstelijns gezondheidszorg. Utrecht: CC Adviseurs, Curenz, NIVEL

²⁹ <http://www.eerstelijnsGGZ.nl/>

anderhalvelijnszorg een grote naamsbekendheid gekregen, zonder dat precies gedefinieerd is wat dat begrip precies inhoudt. Aanleiding van het ontstaan van anderhalvelijnszorg is de behoefte om de zorg goedkoper te maken met dezelfde kwaliteit als de tweedelijnszorg. Dat kan als medisch specialisten uit de tweedelijns hun spreekuur houden bij gezondheidscentra in de wijk in plaats van het ziekenhuis. Veelal kunnen specialistische consulten ook in spreekkamers gedaan worden waar minder diagnostische en/of therapeutische middelen voorhanden zijn. Soms voorkomt het antwoord van de specialist op de vraag van een huisarts een verwijzing en kan de huisarts de regie over de behandeling houden.

In Maastricht Heuvelland houdt de specialist bij een aantal gezondheidscentra in de wijk spreekuur. Dit concept staat beschreven in de 'Blauwe Zorg' en is één van de pilots die momenteel loopt. Specialisten van zes verschillende vakgebieden houden consulten in een eerstelijns praktijk/gezondheidscentrum. Dit zijn: cardiologie, dermatologie, interne geneeskunde, neurologie, oogheelkunde en orthopedie. Uit onderzoek van de 'Carrousel Gezamenlijke Consulten' bleek dat slechts 15% van alle patiënten die in de huisartspraktijk worden gezien door een specialist, uiteindelijk wordt doorverwezen naar het Maastricht UMC+. Bij de 'Carrousel' draait het niet alleen om de patiëntverwijzingen, maar ook om kennisoverdracht tussen de eerste- en tweedelijns. Doordat de medisch specialist in hetzelfde gebouw consulten houdt als de huisarts, kan hij ook laagdrempelig contact opnemen met de verwijzende huisarts.³⁰

2.4 Huisartsen met bijzondere bekwaamheden

Het College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden (CHBB) is in 2005 opgericht door LHV en NHG om de kwaliteit van bijzondere huisartsenzorg te borgen en regionale kwaliteitsverbetering op specifieke terreinen te ondersteunen. Dit gebeurt door huisartsen met bijzondere bekwaamheden als zodanig te registreren. In deze registers zien beroepsgeenoten en andere partijen over welke bijzondere bekwaamheden de betreffende huisartsen beschikken. Het doel is om zo de eerstelijns zorg – en de samenwerking daarin – verder te versterken. In de loop der jaren zijn er meer registers bijgekomen. Eind 2015 waren er zestien afzonderlijke registers. Er wordt door het CHBB onderscheid gemaakt in drie registers. Ten eerste zijn er de 'kaderhuisartsen' voor: astma/COPD, bewegingsapparaat, diabetes, GGZ, HVZ, ouderengeneeskunde, palliatieve zorg, urogynaecologie, beleid en beheer en supervisor. Ten tweede de registers 'bijzonder aanbod': echografie, justitiële huisartsenzorg, oogheelkunde, reizigersadvies en verloskunde. Als derde is er het register 'EKC' voor erkend kwaliteitsconsulent.^{31,32} Omdat de kaderopleidingen niet allemaal tegelijkertijd starten, is er een carrousel waar men in kan stappen. Het zijn parttime opleidingen van 1,5 tot 2 jaar met een studiebelasting van ongeveer één dag per week. De opleidingen starten doorgaans eenmaal per 2 jaar.³³ In 2015 zijn 327 registraties en 258 herregistraties verleend, waarmee het totale aantal registraties op 2.891 en het aantal geregistreerde huisartsen op 2.460 is gekomen. De meervoudige registraties komen vooral voor bij kaderhuisartsen die tevens erkend kwaliteitsconsulent zijn.³⁴

³⁰ <http://www.mumc.nl/verwijzers/regionale-samenwerking/anderhalvelijnszorg>

³¹ <https://chbb.lhv.nl/>

³² Braken, M., Braspenning, J., Wensing, M. (september 2015). Evaluatie CHBB-registers voor huisartsen met bijzondere bekwaamheden. Nijmegen: IQ Scientific Institute for Quality of Healthcare

³³ <https://www.nhg.org/scholing/11967>

³⁴ CHBB (2016). Jaarverslag 2015. College voor Huisartsen met Bijzondere Bekwaamheden. Utrecht: auteur

2.5 Spreiding huisartsen

Van de huisartsen - zelfstandig gevestigden én HIDHA's/vaste waarnemers - is het grootste deel (30,0%) gevestigd in gemeenten met een sterk stedelijk karakter. Zie tabel 5. In gemeenten met een niet-stedelijk karakter zijn relatief de minste huisartsen gevestigd (9,2%). Vrouwelijke huisartsen blijken relatief vaker dan mannelijke huisartsen gevestigd te zijn in zeer sterk stedelijke gemeenten (24,1 versus 19,7%).

Tabel 5: Relatieve verdeling en absolute aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's / waarnemers, naar stedelijkheid en geslacht, op 1 januari 2015

Stedelijkheid	Man		Vrouw		Totaal	
	aantal	percentage	aantal	percentage	aantal	percentage
Zeer sterk stedelijk	956	19,7%	1.098	24,1%	2.054	21,8%
Sterk stedelijk	1.462	30,1%	1.359	29,8%	2.821	30,0%
Matig stedelijk	842	17,3%	793	17,4%	1.635	17,4%
Weinig stedelijk	1.107	22,8%	928	20,4%	2.035	21,6%
Niet-stedelijk	489	10,1%	380	8,3%	869	9,2%
Totaal	4.856	100%	4.558	100%	9.414	100%

Bron: NIVEL 2016

Er zijn regionale verschillen in de praktijkvorm waarin huisartsen werken. Zie tabel 6. Zo werkt in de provincies Groningen, Overijssel en Zuid-Holland een relatief groot deel van de huisartsen in een solopraktijk. In vooral Flevoland, maar ook Limburg, Utrecht, Drenthe en Zeeland werken relatief veel huisartsen in een groepspraktijk.

Tabel 6: Relatieve verdeling en absolute aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's / waarnemers, naar praktijkvorm en provincie, op 1 januari 2015

	Solopraktijk		Duopraktijk		Groepspraktijk		Totaal aantal
	aantal	percentage	aantal	percentage	aantal	percentage	
Groningen	80	25,2%	146	45,9%	92	28,9%	318
Friesland	92	24,8%	169	45,6%	110	29,6%	371
Drenthe	43	14,9%	104	36,0%	142	49,1%	289
Overijssel	173	28,7%	246	40,9%	183	30,4%	602
Flevoland	37	15,9%	47	20,3%	148	63,8%	232
Gelderland	208	17,5%	542	45,5%	441	37,0%	1.191
Utrecht	99	13,1%	285	37,6%	373	49,3%	757
Noord-Holland	379	24,4%	693	44,6%	481	31,0%	1.553
Zuid-Holland	487	25,0%	776	39,8%	685	35,2%	1.948
Zeeland	39	18,9%	70	34,0%	97	47,1%	206
Noord-Brabant	276	20,9%	491	37,2%	553	41,9%	1.320
Limburg	111	17,7%	188	30,0%	328	52,3%	627
Nederland (totaal)	2.024	21,5%	3.757	39,9%	3.633	38,6%	9.414

Bron: NIVEL 2016 | Voor huisartsen met meerdere vestigingen is de hoofdvestiging genomen

Vergeleken met het Capaciteitsplan van 2013 werken nu minder huisartsen in een solopraktijk (21,5% in 2016 versus 25,7% in 2013) en juist meer in een duo- of groepspraktijk (respectievelijk 39,9% en 38,6% in 2016 versus 38,0% en 36,6% in 2013). Bij de vorige raming was de definitie van een solopraktijk al aangepast van 'de praktijklocatie waar één huisarts werkt' in 'de praktijkvoering door één huisarts'. De definitieverandering kan de verschuivingen dus niet verklaren.

Tabel 7 toont de gemiddelde huisartsendichtheid in Nederland van 42,6 fte huisartsen (zelfstandig gevestigden en HIDHA's/vaste waarnemers) per 100.000 inwoners. De verschillen tussen de provincies zijn niet zo groot. Noord-Brabant heeft de laagste huisartsendichtheid, gevolgd door Overijssel, Zuid-Holland, Noord-Holland en Utrecht (circa 42 fte). De hoogste dichtheid daarentegen is in Drenthe (45,8 fte). Het aantal fte huisartsen (zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's/vaste waarnemers) werd op 1 januari 2015 door het NIVEL geschat op 7.195. Dit correspondeert met 2.349 inwoners per fte huisarts, exclusief het aantal fte wisselende waarnemers. Zie tabel 7. Per 1 januari 2014 heeft de NZa het aantal patiënten per normpraktijk verlaagd van 2.350 naar 2.168.³⁵

Tabel 7: Aantal inwoners, absolute aantal en aantal fte zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's / waarnemers en huisartsendichtheid per provincie, op 1 januari 2015

Provincie	Aantal inwoners	Aantal huisartsen	Aantal fte huisartsen	Aantal inwoners per fte huisarts	Aantal fte huisartsen per 100.000 inwoners
Groningen	583.942	320	252	2.317	43,2
Friesland	646.257	373	293	2.206	45,3
Drenthe	488.576	295	224	2.181	45,8
Overijssel	1.140.652	604	474	2.406	41,6
Flevoland	401.791	235	175	2.296	43,6
Gelderland	2.026.578	1.194	875	2.316	43,2
Utrecht	1.263.572	762	536	2.357	42,4
Noord-Holland	2.761.929	1.555	1.159	2.383	42,0
Zuid-Holland	3.600.011	1.954	1.507	2.389	41,9
Zeeland	380.726	208	170	2.240	44,7
Noord-Brabant	2.488.751	1.324	1.034	2.407	41,5
Limburg	1.117.941	627	497	2.249	44,5
Nederland (totaal)	16.900.726	9.451	7.195	2.349	42,6

Huisartsen tellen meerdere keren mee indien zij in verschillende provincies werkzaam zijn.

Bron: CBS 2016 (inwoneraantallen), NIVEL 2016 (huisartsenregistratie)

Momenteel wordt er door de LHV en NHG een gezamenlijk project uitgevoerd met als titel 'Meer tijd voor de patiënt' als onderdeel van de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022. Het doel hiervan is de ideale praktijkgrootte van de toekomst te onderzoeken. Dit vanwege de extra taken voor de huisarts voor bijvoorbeeld de GGZ, taakherschikking en langer thuiswonende ouderen. Daarbij zal ook gekeken worden of, en zo ja hoe, de zwaarte van het takenpakket van de huisarts verandert.

³⁵ <https://www.lhv.nl/artikelen/onderbouwing-nza-tarieven-huisartsenzorg-2014>

2.6 Regionale ondersteuningsstructuur

Er zijn 17 Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS-en). Zij adviseren en begeleiden de eerstelijnszorg. Daarnaast werken ROS-en actief samen met landelijke, regionale en lokale partners voor het realiseren van gezonde wijken. De ROS-en vormen gezamenlijk een landelijk dekkend netwerk waarin kennis en ervaring wordt uitgewisseld. Alle ROS-en zijn aangesloten bij InEen. Voor hun maatschappelijk opdracht om de eerstelijnszorg voor inwoners in de wijk te versterken, ontvangen ROS-en financiering van het ministerie van VWS. De preferente zorgverzekeraar zorgt voor een vergoeding aan de ROS per inwoner op basis van premiegelden van verzekerden. De ROS-en hebben hiermee regionaal de taak om de implementatie van vernieuwingen te ondersteunen, de eerstelijnszorg te versterken en innovatie te stimuleren.³⁶

³⁶ <http://www.ros-netwerk.nl/over-het-ros-netwerk/>



3 Opleiding

3.1 Inleiding

Volgens het Kaderbesluit van het (toenmalige) College Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten, duurt de opleiding tot huisarts 3 jaar bij een voltijds dienstverband. De sollicitatie naar een opleidingsplaats en de toewijzing van opleidingsplaatsen door de Huisartsopleiding Nederland (HON) is in 2016 gewijzigd. In de periode tussen de voorgaande en de huidige raming is een veranderingstraject ingezet om de toewijzing van opleidingsplaatsen te optimaliseren. In box 2 wordt deze verandering toegelicht.

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

Box 2: Toewijzingsmodel

De SBOH en de HON hebben in 2011 vastgesteld dat de beschikbare opleidingscapaciteit in Nederland onvoldoende werd gebruikt. Daarop hebben zij advies ingewonnen over de allocatie van aios over de acht opleidingsinstituten die ons land telt. Uiteindelijk heeft dit geresulteerd in een besluit voor een landelijk toewijzingsmodel dat bestaat uit een centrale aanmelding, een decentrale selectie volgens een landelijk gestandaardiseerde selectiemethode en vervolgens een landelijke toewijzing van opleidingsplaatsen. Het streven is om zo alle opleidingsplaatsen te benutten.

Bron: HON 2013

3.2 Adviezen

Het Capaciteitsorgaan heeft tot nu toe negen adviezen uitgebracht over de instroom van aios in de medische vervolgopleiding huisartsgeneeskunde. In 2000, 2001, 2002, 2005, 2008, 2010 en 2013 betrof dit een advies voor een integraal Capaciteitsplan. In zowel 2009 als 2015 is een tussentijds advies uitgebracht vanwege nieuwe inzichten en/of ontwikkelingen. In 2009 betrof dit de onzekerheid over de beschikbare reservecapaciteit aan praktijkzoekenden. Uit onderzoek bleek die niet te bestaan, waarop het advies over de instroom in de opleiding tussentijds werd verhoogd naar 730 plaatsen. In het Capaciteitsplan 2013 werd geadviseerd om de instroom in de opleiding te ramen op 698 tot 720 aios. Dat aantal was iets lager dan het tussentijdse advies van 2009. De verklaring hiervoor was een iets lagere uitstroom uit de beroepsgroep dan eerder was voorzien.³⁷ Dat aantal was gebaseerd op het reële alias voorkeursscenario met doorgaande trend en evenwicht op de lange termijn – ofwel 16 jaar na implementatie – in 2031. In dit plan waren de geschatte effecten van

³⁷ Capaciteitsorgaan (december 2010). Capaciteitsplan 2010 | Deelrapport 2 – Huisartsgeneeskunde. Utrecht: auteur

substitutie verdisconteerd, evenals het verondersteld langer doorwerken van huisartsen vanwege de verhoging van de AOW-leeftijd per 1 januari 2014.³⁸

In 2015 is een tussentijds advies uitgebracht naar aanleiding van onderzoek naar de tijdsbesteding van huisartsen. Dit onderzoek is in opdracht van het Capaciteitsorgaan door NIVEL uitgevoerd in de periode van 2013 tot 2014. Het betrof een landelijk SMS tijdsbestedingsonderzoek onder 1.051 huisartsen. Uit dat onderzoek kwam naar voren dat huisartsen gemiddeld 0,77 fte werkten. Dit komt neer op een 44-urige werkweek en die inzet is groter was dan eerder geraamd.³⁹ Daarom was bijstelling nodig van het Capaciteitsplan 2013. Dat heeft geresulteerd in het tussentijds advies dat in april 2015 aan de minister van VWS is aangeboden met het advies om de instroom te verlagen tot 698 aios.⁴⁰

3.3 Besluiten

De opleidingscapaciteit werd in 2009 door de minister van VWS verhoogd. In plaats van de geadviseerde instroom van 540 aios ging de opleidingscapaciteit omhoog naar 600 personen en startten er dat jaar uiteindelijk 594 aios met de opleiding huisartsgeneeskunde. In de periode 2010 tot en met 2015 waren het volgens de RGS respectievelijk 580, 594, 638, 676, 699 en 720 personen die aan de opleiding begonnen.⁴¹

Het tussentijds advies uit 2009 is formeel nooit behandeld door de val van het kabinet. Het instroomadvies vanaf 2011 bedroeg 730 aios. Voor de opleiding huisartsgeneeskunde kreeg de SBOH in 2011 formeel gezien slechts ruimte voor een gemaximeerde instroom van 600 aios. De in het Capaciteitsplan 2010 geadviseerde instroom van 720 aios voor de instroom in de opleiding huisartsgeneeskunde vanaf 2012 is door het ministerie van VWS overgenomen. Het in het Capaciteitsplan van 2013 opgenomen aantal van 698 tot 720 aios is daarentegen niet geaccordeerd. De minister van VWS heeft er in 2015 voor gekozen om de instroom te maximaliseren op 750 aios. De minister week onder meer af van het gegeven advies, omdat de LHV in 2015 stelde dat een gemiddelde huisartspraktijk op termijn minder ingeschreven patiënten zou moeten hebben. Ook zou er een tekort aan huisartsen dreigen door overheveling van taken naar de huisarts.⁴²

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

3.4 Interesse en realisatie

Het Capaciteitsorgaan stelt ramingen op voor zowel de opleidingscapaciteit van de initiële opleiding tot (basis-)arts als voor de medische vervolgopleidingen. In 2009, 2012 en 2016 heeft het Capaci-

³⁸ Capaciteitsorgaan (oktober 2013). Capaciteitsplan 2013 | Deelrapport 2 – Huisartsgeneeskunde. Utrecht

³⁹ Hassel, D. van, Velden, L.F.J. van der, Batenburg, R.S. (november 2014). Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen. Utrecht: NIVEL

⁴⁰ Capaciteitsorgaan (april 2015). Tussentijds advies Huisartsgeneeskunde. Utrecht: auteur

⁴¹ De Huisarts, Verpleeghuisarts en AVG Registratie Commissie (HVR) is samengevoegd met de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC) en de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) tot de huidige RGS in 2013.

⁴² Schippers, E.I. (mei 2015). Rapporten Capaciteitsorgaan. Den Haag: Ministerie van VWS

teitsorgaan daarom Kiwa Carity gevraagd onderzoek te doen naar de loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen.⁴³ Daarbij ging het zowel om de voorkeur voor een eventuele vervolgopleiding als om loopbanen van basisartsen in het algemeen. Tegelijkertijd zijn deze onderzoeken benut om de beweegredenen voor de keuze voor de opleiding van basisartsen en de medische vervolgopleidingen in beeld te brengen. Dit zijn bijvoorbeeld: de zoekduur naar een medische vervolgopleiding, oorzaken en beweegredenen om geen medische vervolgopleiding te gaan doen, te switchen van – of te stoppen met – een medische vervolgopleiding.

De voorkeuren voor een vervolgopleiding onder recent afgestudeerde basisartsen zijn onderzocht. Allereerst is gekeken naar de voorkeur voor een type vervolgopleiding naar leeftijdsklasse. Zie tabel 8.

Tabel 8: Voorkeur recent afgestudeerde basisartsen voor type vervolgopleiding naar leeftijdsklasse

Vergoopleiding	<30 jaar	30-39 jaar	≥40 jaar	Totaal
Huisartsgeneeskunde	22,8%	14,0%	7,7%	19,9%
Medisch specialisme	68,2%	72,2%	28,1%	65,9%
Ouderengeneeskunde	2,6%	3,9%	0,0%	2,6%
Sociale geneeskunde	2,4%	9,9%	64,2%	8,6%
Spoedeisende geneeskunde	3,9%	0,0%	0,0%	2,9%
Geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%

Bron: Kiwa Carity 2016

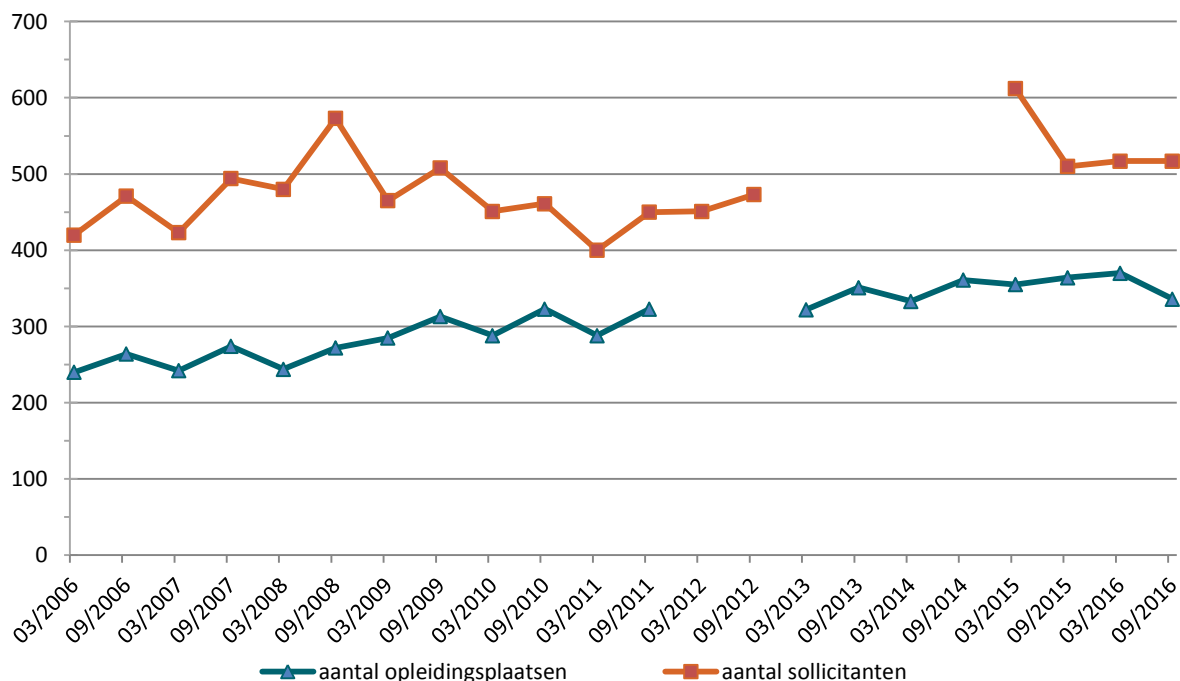
Voor de huisartsopleiding kunnen basisartsen twee keer per jaar solliciteren naar een opleidingsplaats. De selectie wordt decentraal uitgevoerd door de acht afzonderlijke opleidingsinstellingen. Jaarlijks starten in maart en september de nieuwe aios huisartsgeneeskunde aan hun opleiding. De Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen (RGS) houdt bij hoeveel artsen jaarlijks instromen. De Huisartsopleiding Nederland (HON) monitort hoeveel kandidaten ieder jaar solliciteren naar een opleidingsplaats bij één van de acht faculteiten huisartsgeneeskunde. Zo kan het aantal sollicitaties worden vergeleken met het aantal beschikbare opleidingsplaatsen. Zie figuur 1. De verhouding tussen het aantal sollicitanten het aantal opleidingsplaatsen is een maat voor de populariteit van de opleiding. Sinds de registratie in 1994 is ingevoerd, is de ratio op haar hoogtepunt 3,5 geweest in 1995. Na 1999 is deze van 2,7 naar 2,2 gezakt en met ingang van 2000 op of onder de 2,0 gebleven. Afgelopen decennium schommelt de ratio tussen de 1,4 en 2,0.

Niet van alle instroommomenten kon het aantal opleidingsplaatsen en sollicitanten achterhaald worden. Begin 2015 kende het aantal sollicitaties een piekmoment. Toen konden sollicitanten voor het laatst gebruik maken van het oude toewijzingssysteem om in te kunnen stromen in de huisartsopleiding. Eind 2015 vond de implementatie van het nieuwe toewijzingssysteem plaats.⁴⁴

⁴³ Velde, F. van der, Wieringa, M. (mei 2016). Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Herhaling van het onderzoek onder basisartsen 2009 en 2012. Nieuwegein: Kiwa Carity

⁴⁴ Huisartsopleiding Nederland (september 2015). Eén landelijke selectie, één landelijke toewijzing van opleidingsplekken voor de huisartsopleiding | Naar een nieuw evenwicht in het opleiden van huisartsen. Utrecht

Figuur 1: Aantal sollicitanten voor huisartsopleiding versus aantal opleidingsplekken in 2006 t/m 2015



Bron: SBOH & RGS 2016 (t.a.v. aantal benutte opleidingsplekken) / SBOH & HON 2016 (t.a.v. aantal sollicitanten)

Het verzoek aan de opleidingsinstituten was om de opleidingscapaciteit – uitgedrukt in het aantal door de minister van VWS gefinancierde opleidingsplaatsen – volledig te benutten en de capaciteit te spreiden over het gehele land. Bijzondere aandacht werd gevraagd voor de regio's waarin de opvolging van huisartsen een probleem was of zou kunnen worden; de zogenaamde krimpregio's. Ondanks voldoende sollicitanten, bleek een goede spreiding over de regio's niet mogelijk. Dat kwam mede doordat sollicitanten zich slechts bij één van de acht opleidingsinstituten konden aanmelden en er vooral belangstelling was voor opleidingsplekken in de Randstad. Dit resulteerde in een groot aantal afwijzingen en wachtlijsten bij opleidingsinstituten in het westen van het Nederland, en onderbenutting van de opleidingsfaciliteiten in de andere regio's.

Om de (opleidings-)capaciteit overeen te laten komen met het benodigde aantal aspirant-huisartsen dat de minister benoemt, hebben de huisartsopleidingsinstituten en huisartsopleiders (HON), samen met de SBOH en de RGS de sollicitatie aangepast. Wijzigingen zijn er in de selectie van sollicitanten en in de toewijzing van opleidingsplekken. De nieuwe aanpak moet drie factoren met elkaar in evenwicht brengen: het volledig benutten van de opleidingscapaciteit, rekening houden met de voorkeuren van geschikt bevonden sollicitanten én een optimale landelijke spreiding van de opleidingsplekken. De gestandaardiseerde selectie en eerste landelijke plaatsingsronde voor de huisartsopleiding is officieel in september 2015 van start gegaan. De eerste lichting is dus één jaar geleden

begonnen en in maart 2016 is de tweede groep gestart. In bijlage 4 worden de achtergronden van de gestandaardiseerde selectie en landelijke toewijzing van opleidingsplekken nader toegelicht.^{45 44}

3.5 Aios huisartsgeneeskunde

De instroom in 2012 bedroeg 638 aios terwijl de beschikbare opleidingscapaciteit 720 was. Met een bezetting van 89% van de plaatsen werd de opleidingscapaciteit niet ten volle benut. September 2015 is de (eerste) opleidingsgroep volgens het nieuwe toewijzingssysteem ingestroomd. Voor geheel 2015 bedroeg de instroom 720 aios op een door het ministerie van VWS beschikbaar gestelde opleidingscapaciteit van 750, ofwel een bezettingsgraad van 96%.

Tabel 9: Adviezen Capaciteitsorgaan, besluiten VWS, gerealiseerde instroom opleiding en totale opleidingscapaciteit vanaf 2008

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Advies	565	540	540	730	720	720	720	698	698	698
Besluit VWS	516	600	600	600	720	720	720	750	750	750
Instroom aios *	537	594	580	594	638	676	699	720	-	-
Totaal aantal aios *	1.507	1.578	1.661	1.721	1.799	1.898	2.015	2.121	-	-
Percentage vrouwen	70,0%	71,0%	73,0%	75,1%	77,5%	78,0%	77,9%	77,5%	-	-

Bron: RGS 2016 | *: daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorafgaande jaar

In tabel 9 staat het aantal aios per jaar dat start met de opleiding en het aantal uit de drie opleidingsjaargangen dat in één jaar tegelijkertijd ingeschreven staat. Dit totaal omvat alle artsen die in opleiding zijn, maar maakt geen onderscheid tussen de personen die in het reguliere tempo de opleiding voltooien, de aios die er langer dan 3 jaar over doen én diegenen die in kortere tijd afstuderen door vrijstellingen op basis van eerdere werkervaring, zoals het geval is bij herintreders.

Van alle aios huisartsgeneeskunde die door de RGS geregistreerd waren per 2016, is de gemiddelde leeftijd bij de mannen 31,2 jaar, bij de vrouwen 30,4 jaar en voor de gehele groep 30,6 jaar. De gemiddelde aanvangsleeftijd voor alle aios bedroeg 29,1 jaar. Op 1 augustus 2014 en 2015 was dat overigens eveneens 29,1 jaar. In respectievelijk 2010 en 2013 was dat nog 30,9 en 29,2 jaar. Op basis van de gegevens uit voorgaande ramingen kan gezegd worden dat de aanvangsleeftijd – na een aanvankelijke daling – sinds 2013 gestabiliseerd is rond de 29 jaar.

Naast aios zijn er tevens artsen die de huisartsopleiding met een promotietraject combineren (aioto's) en militair artsen die de huisartsopleiding volgen (mil's). De reguliere opleiding van aioto's duurt 6 jaar en van mil's 3 jaar. Academisering wordt gezien als middel om de kwaliteit van het geneeskundig zorgaanbod en van de opleiding te verhogen. Aioto's worden op de reguliere wijze toegelaten tot de opleiding via decentrale selectie. Mil's daarentegen worden door het Ministerie van Defensie voorgedragen en bij hen wordt enkel gekeken of ze geschikt zijn op basis van kennistoets en motivatiegesprek. In 2015 waren er in totaal 68 aioto's en 7 mil's in opleiding. Omdat deze groe-

⁴⁵ Vermeulen, M.I., Kuyvenhoven, M.M., Zuithoff, N.P.A., et al. Selection for Dutch postgraduate GP training | Time for improvement. European Journal of General Practice 2012; 18: 201-5

pen qua aantallen – in vergelijking met de reguliere aios – erg klein zijn, houdt het Capaciteitsorgaan bij de behoefteramingen niet specifiek rekening met deze groepen.

3.6 Opleidingsduur

De formele opleidingsduur van de medische vervolgopleiding huisartsgeneeskunde bedraagt 3 jaar. De feitelijke opleidingsduur kan zowel verkort zijn op basis van eventuele vrijstellingen die een aios heeft, als verlengd worden door ziekte, zwangerschap en/of onderwijskundige redenen.

In het verleden heeft het NIVEL onderzoek verricht naar hoe de feitelijke en formele opleidingsduur zich tot elkaar verhouden.⁴⁶ Ook bij de vervolganalyses die na 2003 zijn uitgevoerd, bleek dat de opleidingsduur nauwelijks verandert. Er zijn weliswaar mensen die er langer over doen, maar daar tegenover staan ook aios die het gehele traject sneller doorlopen. Deze verschillen heffen elkaar op.

Op basis van de RGS-gegevens heeft het NIVEL bekeken hoelang de aios over hun opleiding hebben gedaan. In tabel 10 staan het aantal aios die tussen 2006 en (de eerste helft van) 2016 zijn afgestudeerd als huisarts. De jaarlijkse marges zijn plus of min 0,15 jaar. Er zijn geen significante afwijkingen waar te nemen. Mannen blijken wel korter over de opleiding doen dan vrouwen en dit verschil neemt de laatste jaren toe.

Tabel 10: Gemiddelde feitelijke opleidingsduur van huisartsopleiding in periode 1993-2016, naar geslacht

Jaar	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	Opleidingsduur	Aantal	Opleidingsduur	Aantal	Opleidingsduur	Aantal
2006	2,74	169	2,98	276	2,89	445
2007	2,71	150	3,03	308	2,92	458
2008	2,76	150	3,02	332	2,94	482
2009	2,75	164	3,09	307	2,97	471
2010	2,73	149	3,12	320	3,00	469
2011	2,75	150	3,15	351	3,03	501
2012	2,77	160	3,09	372	3,00	532
2013	2,84	134	3,12	417	3,05	551
2014	2,90	150	3,11	393	3,05	543
2015	2,82	137	3,23	423	3,13	560
2016	2,73	60	3,24	206	3,12	266

Bron: NIVEL 2016

In tabel 11 staat het aantal en aandeel vrouwelijke aios dat gedurende hun opleiding met zwangerschapsverlof ging. Dit is circa de helft van alle vrouwelijke aios. Dit percentage is de afgelopen jaren vrijwel stabiel gebleven. Aangezien de feitelijke opleidingsduur niet significant afwijkt van de formele opleidingsduur, volstaat het om in het rekenmodel enkel de officiële opleidingsduur als parameterwaarde te hanteren.

⁴⁶ Velden, L.F.J. van der, Hingstman, L. (maart 2003). Het medisch opleidingstraject: waar blijft de (leef-)tijd? Utrecht: NIVEL

Tabel 11: Aantal en aandeel aios met zwangerschapsverlof tijdens huisartsopleiding in periode 2009-2016

Zwangerschapsverlof	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal aios	192	204	225	204	242	293	292
Aandeel aios	17,4%	17,4%	17,7%	14,9%	16,6%	19,0%	18,0%

Bron: SBOH 2016

3.7 Huisartsopleiders

Het aantal huisartsopleiders is de laatste jaren gestegen. Dit is in overeenstemming met het toegenomen aantal aios. In 2015 werden er in totaal 1.925 opleiders ingezet tegenover 1.859 in 2014. Dat is een toename van 3,6%. Het aandeel vrouwelijke opleiders is stijgend. Inzicht in de leeftijdsverdeling van huisartsopleiders is nodig om de opleiders die met pensioen gaan tijdig te vervangen. De gemiddelde leeftijd van de opleiders is de afgelopen 3 jaar iets boven de 50 jaar. In tabel 12 staan de leeftijd en geslacht van actieve huisartsopleiders.

Tabel 12: Geslacht en leeftijd actieve huisartsopleiders

Huisartsopleiders	2013	2014	2015
Aantal	1.778	1.859	1.925
Percentage vrouw	33,6%	35,7%	37,2%
Gemiddelde leeftijd	51,1 jaar	52,5 jaar	52,3 jaar

Bron: SBOH 2016

3.8 Intern rendement

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

Het Capaciteitsorgaan baseert zich op het laagste 5-jaarsgemiddelde rendement over de laatste 15 jaar. Een te lage instroom in de opleiding wordt als een groter risico gezien dan een te hoge instroom. (Het uitgangspunt is: 'better safe than sorry'.) Dit 5-jaarsgemiddelde wordt in de ramingen vervolgens standaard gecorrigeerd voor het financieren van de vervanging van aios die hun opleiding afbreken in het kalenderjaar waarin ze ingestroomd waren. Dat is het beleid van VWS. De uitval van aios huisartsgeneeskunde is overigens laag. Zie tabel 13. Het aantal aios dat tussentijds de opleiding afbreekt is stabiel.

Tabel 13: Afbreken van de huisartsopleiding in relatie tot de totale opleidingscapaciteit

Jaar	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Tussentijds afbrekende aios*	42	28	45	31	42	30	30	34
Totaal aantal aios *	1.507	1.578	1.661	1.721	1.799	1.898	2.015	2.121
Uitvalpercentage	2,79%	1,77%	2,71%	1,80%	2,33%	1,58%	1,49%	1,60%
Benadering intern rendement	97%	98%	97%	98%	98%	98%	99%	98%

Bron: RGS 2016 | *: daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorafgaande jaar

Het percentage uitvallers van het totale aantal aios, was in de periode 2008 tot en met 2015 tussen de 1,5% en 2,8%. Omgerekend is de benadering van het intern rendement dan gelijk aan 100% minus het uitvalspercentage. In de periode van 2008 tot en met 2015 lag dat steeds tussen de 97% en 99%. Beklemtoond moet worden dat dit een benadering betreft.

De hoogst uitval van de afgelopen 15 jaar vond plaats in het 5-jaarscohort van de aios die tussen 2004 en 2008 aan de huisartsopleiding zijn begonnen. In deze periode was de totale uitval 7,7%. De nuldejaarsuitval van de afgelopen 5 jaar – ofwel van het opleidingscohort dat tussen 2010 en 2014 is gestart – bedroeg 1%. De totale uitval wordt dus geraamd op in totaal $(7,7 - 1,0 =) 6,7\%$. Het interne rendement is dan gelijk aan $(100 - 6,7 =) 93,3\%$. De parameter **intern rendement** voor de huisartsopleiding wordt hierbij vastgesteld op **93%**.

3.9 Conclusies

Het ministerie van VWS stelt elk jaar vast hoeveel opleidingsplekken het financiert voor de huisartsopleiding. Met ingang van 2009 is dat aantal fors uitgebreid van aanvankelijk 600 opleidingsplaatsen per jaar, naar 720 in 2012 en 750 met ingang van 2015. De instroom van aios in de huisartsopleiding is sinds 2009 stijgende. Er is ruim voldoende belangstelling om het aantal opleidingsplaatsen in te vullen. De toegestane opleidingscapaciteit werd in het (recente) verleden echter niet altijd volledig benut. Om die reden is er een met ingang van september 2015 nieuw toewijzingsmodel ingevoerd. De eerste resultaten maken duidelijk dat niet alleen meer opleidingsplaatsen ingevuld worden, maar er tevens een betere verdeling is van aios over de diverse opleidingsinstellingen.

Nog onduidelijk is hoe de aios in het nieuwe systeem presteren. In het najaar van 2016 zal de HON tijdens een conferentie de uitkomsten bespreken van het nieuwe toewijzingssysteem. Mogelijk zullen het intern en extern rendement in de toekomst bijgesteld moeten worden.

In 2016 zijn 706 aios toegelaten tot de huisartsopleiding. Bij het verschijnen van dit rapport is de sollicitatieprocedure afgerond en is bekend hoeveel aios in september zullen starten. Aangezien dit aantal niet definitief is, staan deze niet vermeld in tabel 14. Door mutaties kan dit aantal nog veranderen, maar de door het ministerie van VWS toegestane instroom van 750 aios zal in 2016 niet gerealiseerd worden. De voorlopige instroom in 2016 is echter van belang voor het ramingsmodel, omdat hierin het aantal startende aios voor de tussenliggende jaren (2016 en 2017) nodig is.

Tabel 14: Parameterwaarden opleiding

Capaciteitsplan	2008	2010	2013	2016
Instroom gemiddeld ⁴⁷	502,3	553,7	632,7	707,0
Instroom voorgaande jaar	522	596	638	720
Percentage vrouwelijke aios	69,9%	71,3%	76,0%	77,5%
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3 jaar	3 jaar
Intern rendement	98%	98%	94%	93%

⁴⁷ $2.121 / 3 = 707,0$ aios zijn er gemiddeld ingestroomd in 2016. Dit betreft het totaal aantal aios huisartsgeneeskunde op 1 januari 2016 gedeeld door de opleidingsduur in jaren. De hierboven vermelde aantallen voor de gemiddelde instroom in 2008, 2010 en 2013 komen niet overeen met de aantallen in de Capaciteitsplannen 2008, 2010 en 2013, omdat de RGS ná publicatie van de betreffende Capaciteitsplannen correcties heeft toegepast op de aantallen aios. De meest recente data zijn daarom verwerkt in tabel 17. De aanvankelijke waarden voor de gemiddelde instroom, zoals gehanteerd in voorgaande Capaciteitsplannen, staan vermeld in tabel 2 en vormen daarmee een historisch overzicht.



4 Zorgvraag

4.1 Inleiding

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

4.2 Onvervulde vraag

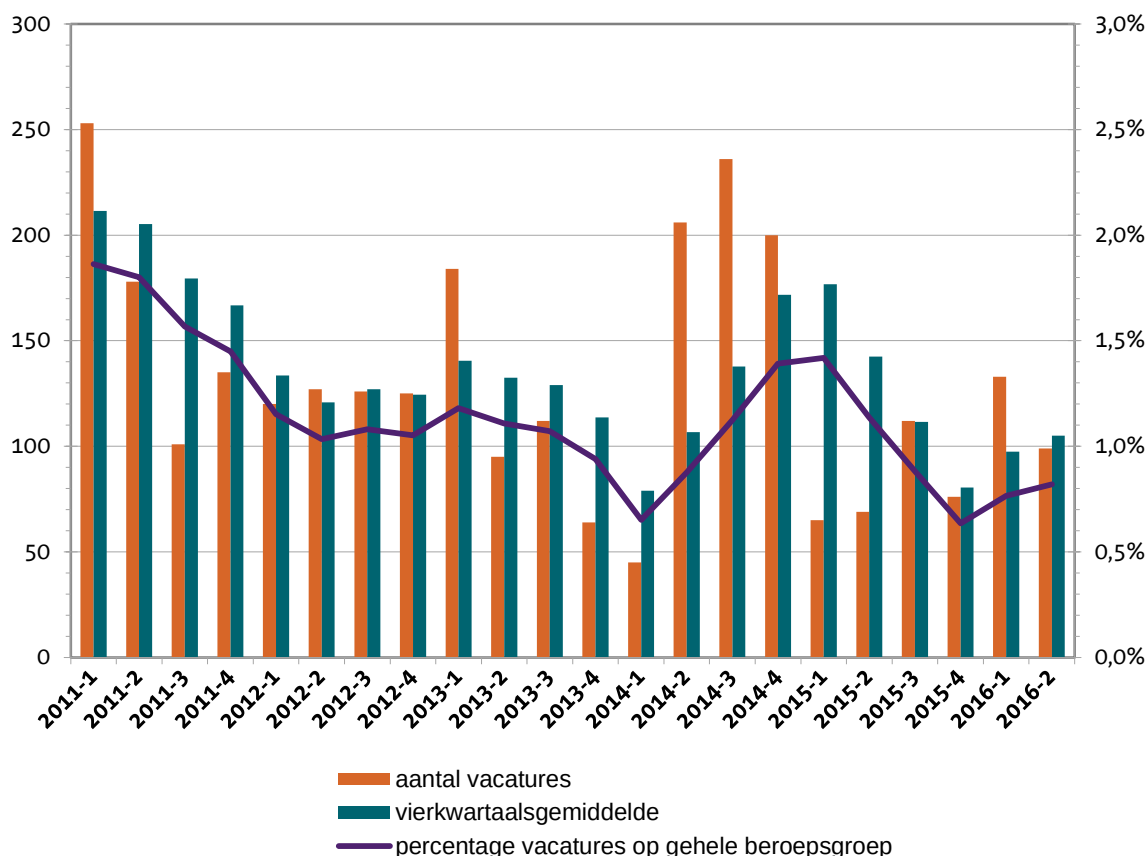
De huidige zorgvraag (geoperationaliseerd als het huidige aanbod) wordt in het ramingsmodel eerst gecorrigeerd voor de onvervulde vraag. De onvervulde vraag is geen goede maatstaf voor de huisartsenzorg. De meeste indicatoren voor de onvervulde vraag zijn minder goed bruikbaar, omdat de huisartsenzorg niet werkt met wachtlijsten. Twee indicatoren zijn wel bruikbaar: Arbeidsmarktmonitor en Spanningsindicator Arbeidsmarkt.

4.2.1 Arbeidsmarktmonitor

Als graadmeter voor de onvervulde vraag naar huisartsenzorg gebruikt het Capaciteitsorgaan de Arbeidsmarktmonitor. Voor deze raming is gebruik gemaakt van de cijfers uit de Arbeidsmarktmonitor van de afgelopen 5 jaar. Figuur 2 toont de ontwikkeling van het aantal vacatures van het eerste kwartaal van 2011 tot en met het tweede kwartaal van 2016. Naast het aantal getelde vacatures per kwartaal is ook het vierkwartaalgemiddelde weergegeven. Het vierkwartaalgemiddelde vacaturepercentage is gedaald van 1,9% in het eerste kwartaal van 2011 naar 0,8% in het tweede kwartaal van 2016. De vacaturepercentages zijn berekend op basis van het aantal geregistreerde huisartsen. Als het aantal vacatures zou worden afgezet tegen het aantal werkzame huisartsen, zou er sprake zijn van (licht) hogere vacaturepercentages.

Opmerkelijk zijn de pieken in de vacatures in het tweede, derde en vierde kwartaal van 2014. Na een voorafgaande periode in 2013 met relatief weinig vacatures, werden er in 2014 juist opmerkelijk veel vacatures geteld. Voor deze sterke stijging in aantal vacatures – tussen het eerste kwartaal van 2014 en het eerste kwartaal van 2015 – is geen afdoende verklaring gevonden. Mede om voor dit soort pieken te corrigeren, wordt in de Arbeidsmarktmonitor gewerkt met vierkwartaalsgemiddelden.

Figuur 2: Vacatures voor huisartsen als absoluut aantal, als vierkwartaalgemiddelde en als vacaturepercentage op gehele beroepsgroep, in periode 2011 tot en met tweede kwartaal van 2016



Bron: Arbeidsmarktmonitor Medisch Contact 2016 / Capaciteitsorgaan 2016

Met ingang van januari 2016 worden de vacatures verzameld en geanalyseerd met behulp van geautomatiseerde zoektechnologie. Dit kan de hogere aantallen gevonden vacatures verklaren. In de Arbeidsmarktmonitor was het absolute aantal vacatures in 2015 redelijk constant en kwam dit overeen met een onvervulde vraag van 1,4% op het hoogste punt (eerste kwartaal) en 0,6% op het laagste punt (vierde kwartaal). Gemiddeld genomen ligt de vacaturegraad rond de 1%. Hierbij moet worden opgemerkt dat huisartsenvacatures ook kunnen worden geplaatst voor functies waarvoor moeilijk andere medisch specialisten te vinden zijn, zoals in de ouderengeneeskunde, jeugdzorg, verslavingszorg, gehandicaptenzorg en voor vacatures in het buitenland.

Bij alle geneeskundige specialismen geldt dat vacaturepercentages van 2 à 3% – in verband met natuurlijk verloop – als normaal beschouwd dienen te worden. Dit wordt de frictiewerkloosheid genoemd.

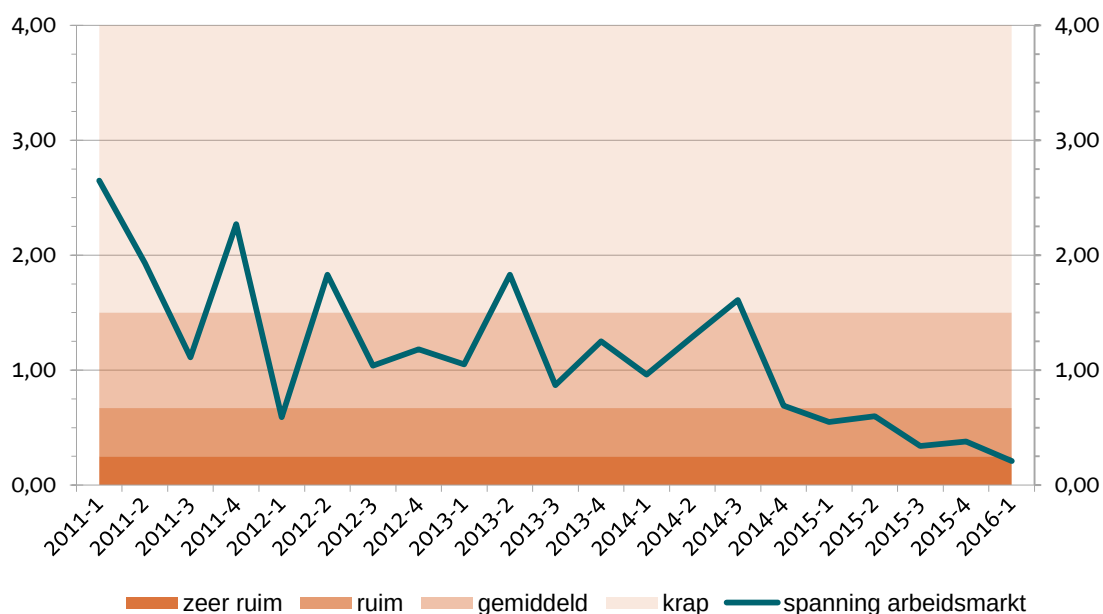
4.2.2 Spanningsindicator Arbeidsmarkt

Vanaf 1 oktober 2012 publiceert het UWV de resultaten van de Spanningsindicator Arbeidsmarkt. Deze indicator geeft de spanning weer tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt. Recentelijk hebben ROA⁴⁸ en CBS een nieuwe beroepsindeling ontwikkeld: de BRC2014. De spanningsindicator van het UWV is hier op aangepast. De beroepenindeling BRC 2014 sluit maximaal aan op de Nederlandse arbeidsmarkt en omdat zowel het CBS, ROA als UWV de beroepenindeling BRC2014 in hun publicaties gebruiken, wordt het eenvoudiger de arbeidsmarktinformatie van deze instanties te vergelijken.⁴⁹

De Spanningsindicator Arbeidsmarkt wordt berekend door het totale aantal openstaande vacatures te delen door het totale aantal bij het UWV ingeschreven werkzoekenden die korter dan zes maanden werkloos zijn. Het gaat om de verhouding tussen openstaande vraag en direct beschikbaar aanbod, met als uitkomstmaat een getal tussen 0 en oneindig. Hoe hoger het getal, hoe hoger de spanning op de arbeidsmarkt voor de werkgevers. Bij veel openstaande vacatures ten opzichte van het aantal kortdurend werklozen is de indicator hoog. Bij een indicator van 0 is de arbeidsmarkt zeer ruim, omdat er geen openstaande vacatures zijn, maar wel kortdurend werklozen.

Dezelfde periode die is gehanteerd bij het opstellen van de Arbeidsmarktmonitor, is tevens gebruikt voor de Spanningsindicator Arbeidsmarkt. Dit betreft het eerste kwartaal van 2011 als startpunt en het eerste kwartaal van 2016 als eindmeting. De resultaten zijn weergegeven in figuur 3.

Figuur 3: Spanningsindicator Arbeidsmarkt huisartsen



Bron: ROA, CBS & UWV 2016

⁴⁸ Researchcentrum voor Onderwijs en Arbeidsmarkt

⁴⁹ Research voor Beleid is onderdeel van Panteia met als kernactiviteit het uitvoeren van beleidsonderzoek voor de publieke sector.

Uit figuur 3 blijkt dat de spanning op de arbeidsmarkt voor huisartsen de afgelopen jaren is teruggelopen van 'krap' in het eerste kwartaal van 2011 (2,65) naar 'zeer ruim' in het eerste kwartaal van 2016 (0,21). Dit duidt erop dat er momenteel meer huisartsen kortdurend werkloos zijn en een baan zoeken dan er vacatures voor huisartsen zijn op de arbeidsmarkt.

4.2.3 Parameter effect onvervulde vraag voor raming

In de afgelopen jaren is gebleken dat de reservecapaciteit flink is gegroeid. Deze reservecapaciteit bestaat uit de groep HIDHA's, wisselende en vaste waarnemers die zich zou kunnen vestigen als zelfstandig gevestigde huisartsen. Waarnemers blijven langer als waarnemer actief dan voorheen en kunnen soms moeilijk werk vinden. Onderzoeksgegevens tonen aan dat het aantal wisselende waarnemers in de periode tussen 2010 en 2016 jaar substantieel is gestegen van 1.400 naar 2.150 personen. Het aantal HID(-HA)'s is diezelfde periode stabiel gebleven, rond de 1.000 personen. Door introductie van de categorie 'HIDHA op waarneembasis', c.q. 'vaste waarnemer', is er met ingang van 2015 een verschuiving opgetreden die geen gevolg is van veranderingen op de arbeidsmarkt, maar het resultaat is van een definitieverandering van het begrip waarnemer.

Volgens de Arbeidsmarktmonitor is er een zeer laag vacaturepercentage. Het UWV stelt dat de arbeidsmarkt voor huisartsen zeer ruim is, oftewel er is geringe spanning op de arbeidsmarkt. Bovendien wordt geconstateerd dat de reservecapaciteit aan HIDHA's en waarnemers momenteel voldoende is. Daarom wordt de **onvervulde vraag** op **0%** gezet, overeenkomstig de waarde in het vorig Capaciteitsplan.

4.3 Demografie

Voor de indicatie van het gebruik van huisartsenzorg in Nederland wordt het gemiddeld aantal contacten van patiënten met de huisarts genomen, onderverdeeld op basis van leeftijd en geslacht. Deze gegevens zijn afkomstig van zowel het NIVEL als het CBS.⁵⁰ De op deze wijze geschatte zorgvraag wordt geprojecteerd op de toekomst met aanpassingen voor demografische veranderingen. Voor de vaststelling van de parameterwaarden voor de factor demografie gebruikt het Capaciteitsorgaan onderzoek dat door NIVEL is uitgevoerd.⁵¹

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 uit de zogeheten NIVEL Zorgregistraties eerste lijn (voorheen LINH). Het gaat dan om de contacten uit 2014. Voor een selectie van 433 praktijken is nagegaan hoeveel consulteenheden per inwoner er zijn geweest. Deze praktijken hebben in totaal iets meer dan 1,7 miljoen ingeschreven patiënten waarvoor deze gegevens compleet beschikbaar waren op 16 april 2016. Een kort consult telt daarbij als één consulteenheid, een lang consult als twee consulteenheden, een korte visite als anderhalve consulteenheid, een lange visite als tweeëneenhalve consulteenheid en een telefonisch contact, email-consult of vaccinatie als een halve consulteenheid.

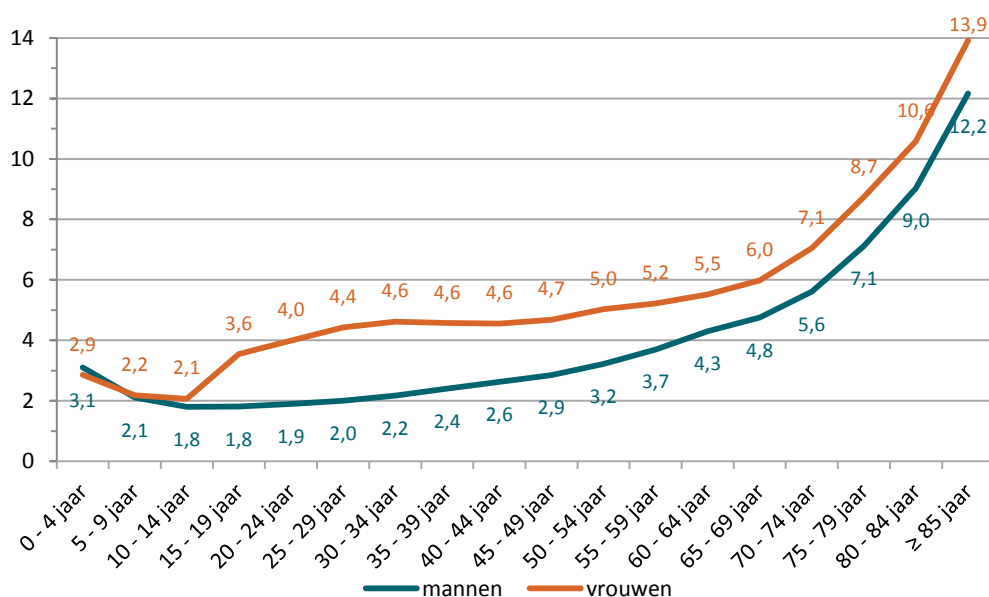
⁵⁰ Cijfers afkomstig uit onderstaand rapport waarbij toekomstige zorgvraag is geraamd op basis van demografie in 5, 10, 15 en 20 jaar. Cijfers voor situatie over 12 en 18 jaar zijn verkregen door interpolatie van data na 10 en 15 en 15 en 20 jaar.

⁵¹ Velden, L.F.J. van der, Batenburg, R.S. (april 2016). Demografische ontwikkelingen in de zorgvraag voor huisartspraktijken, voor de periode 2016-2036. Utrecht: NIVEL

Zorgvraag per inwoner in 2014 (en – naar verwachting – in 2016)

Het aantal consulteenheden per ingeschreven patiënt neemt na de leeftijd van 4 jaar af en stijgt nadat hij 19 jaar is weer. Voor mannen geldt dat zij gedurende hun gehele leven gemiddeld 3,3 consulteenheden per jaar bij de huisarts hebben. Voor vrouwen is dat 5,0 en voor mannen en vrouwen samen 4,2.

Figuur 4: Aantal consulteenheden per inwoner in 2014, per 5-jaarsleeftijdsgroep en geslacht

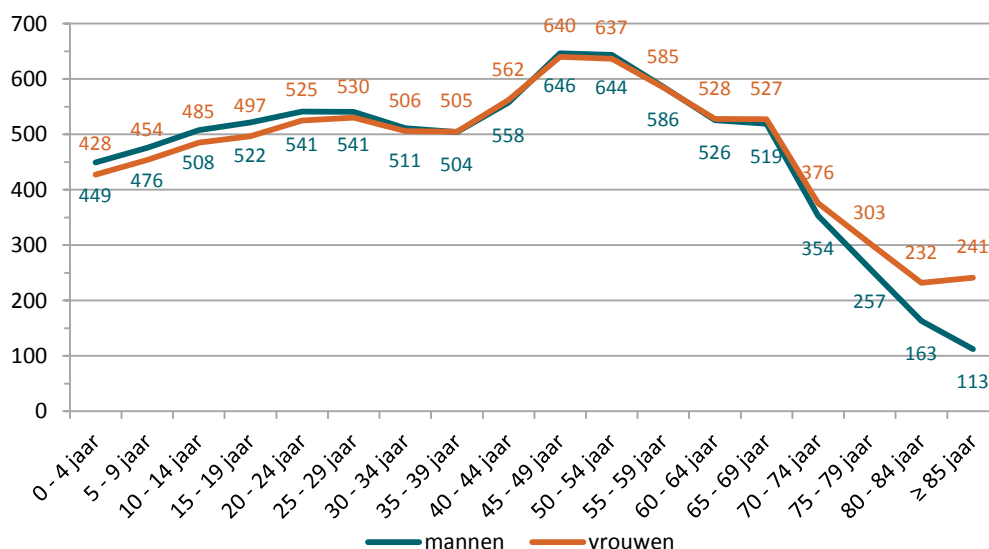


Bron: NIVEL 2016

Bevolking in 2016

Figuur 5 geeft de bevolkingsopbouw weer voor mannen en vrouwen per 5-jaars leeftijdsgroep.

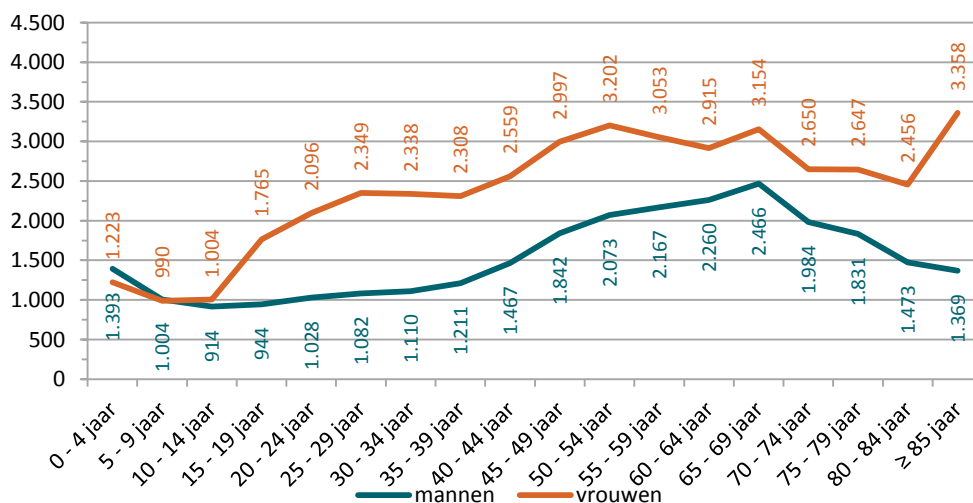
Figuur 5: Aantal inwoners in Nederland in 2016 (in miljoenen), per 5-jaarsgroep en geslacht



Zorgvraag in 2016

Op basis van de zorgvraag per persoon én de inwonersaantallen is de zorgvraag opgedeeld, zoals te zien in figuur 6.

Figuur 6: Aantal consulteenheden in 2016, per 5-jaarsleeftijdsgroep en geslacht

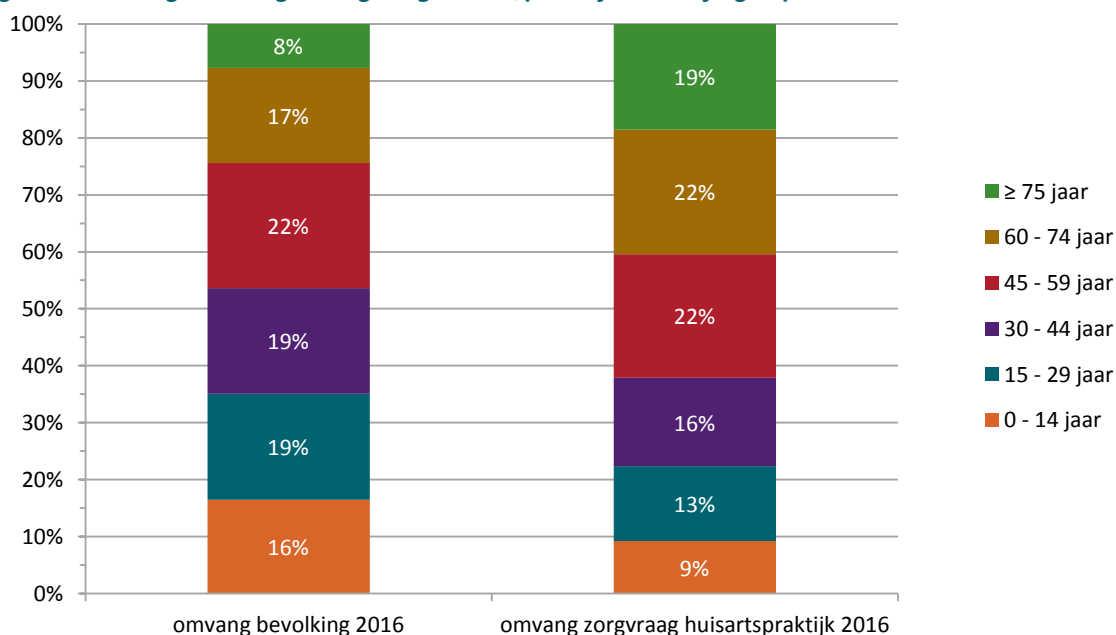


In totaal gaat het om naar schatting 70,7 miljoen consulteenheden. Behalve in de leeftijdsgroep van 0-4 en 5-9 jaar, is het aantal consulteenheden voor vrouwen steeds (beduidend) hoger dan voor de mannen.

Verdeling bevolking en zorgvraag in 2016

In figuur 7 is de zorgvraag per 15-jaarsleeftijds-groep afgebeeld. De groep van 75 jaar en ouder betreft 8% van de bevolking, maar is verantwoordelijk voor 19% van de (totale) zorgvraag.

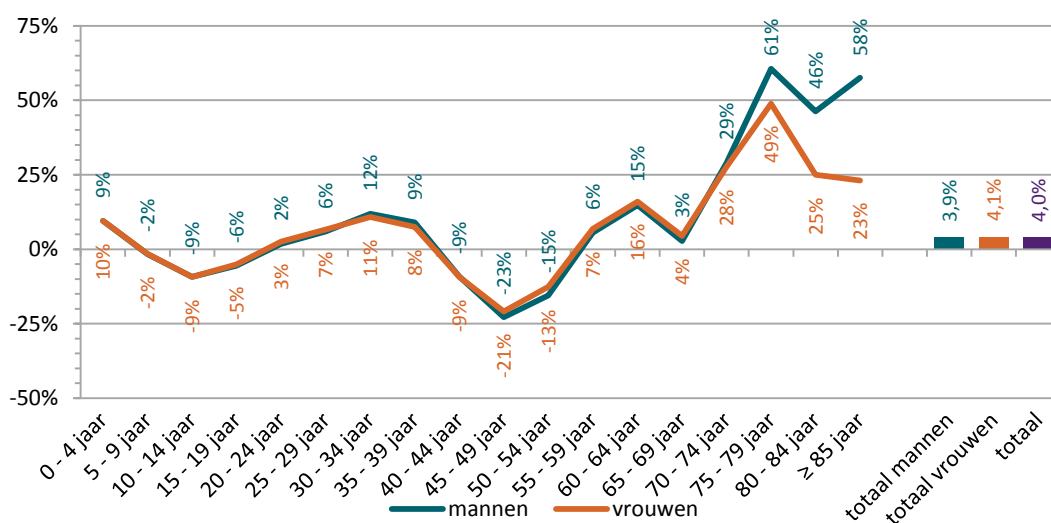
Figuur 7: Verdeling bevolking en zorgvraag in 2016, per 15-jaarsleeftijdsgroep



Groei van de bevolking tussen 2016 en 2026

Het CBS verwacht een groei van 4% van het aantal inwoners tussen 2016 en 2026. Die groei is de resultante van enerzijds een aantal leeftijdsgroepen waar een forse daling zal plaatsvinden (met name de groep van 45-49 jaar) en anderzijds van groepen waar juist een forse stijging zal optreden (met name de groepen vanaf 70-74 jaar). De groei is voor de mannen en de vrouwen als geheel vrijwel gelijk: 3,9% versus 4,1%. Per leeftijdsgroep wordt doorgaans eveneens een gelijk groeipercentage verondersteld voor de mannen en de vrouwen. Maar zoals in figuur 8 te zien is, is in de leeftijdsgroepen vanaf 70-74 jaar de groei bij de mannen beduidend hoger dan bij de vrouwen.

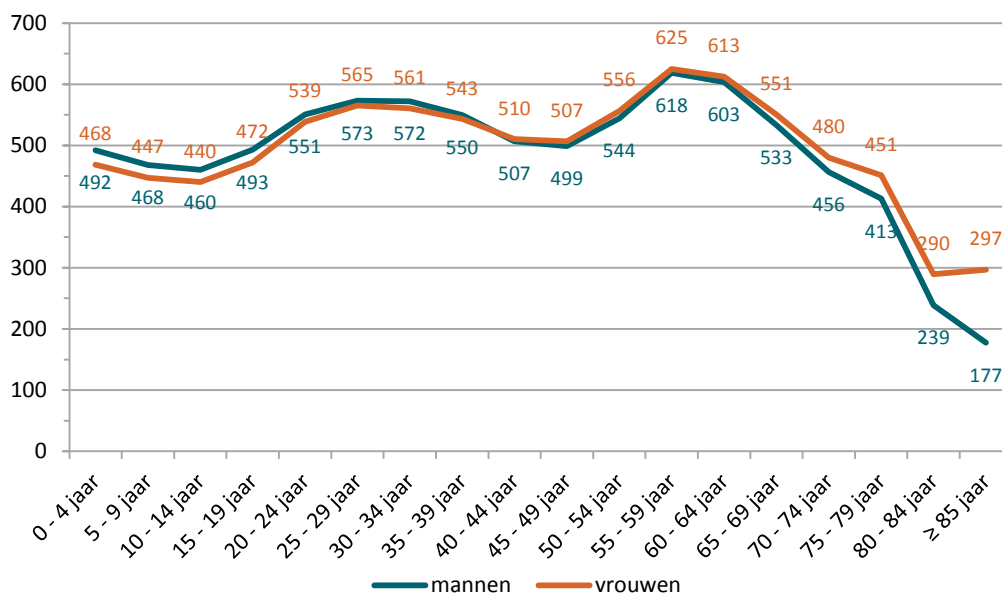
Figuur 8: Verandering van de bevolking tussen 2016 en 2026, per 5-jaarsgroep en geslacht



Bevolking in 2026

De verdeling van de bevolking in 2026 (met in totaal vermoedelijk 17,7 miljoen inwoners) over de 5-jaarsleeftijdsgroepen lijkt op het eerste oog nog sterk op die van 2016. Maar waar in 2016 een piek te zien was bij de leeftijdsgroep van 45-54 jaar, is dat in 2026 bij 55-64 jaar. In Figuur 9 is dat weer gegeven.

Figuur 9: Aantal inwoners in 2026 (in duizendtallen), per vijfjaarsleeftijdsgroep en geslacht

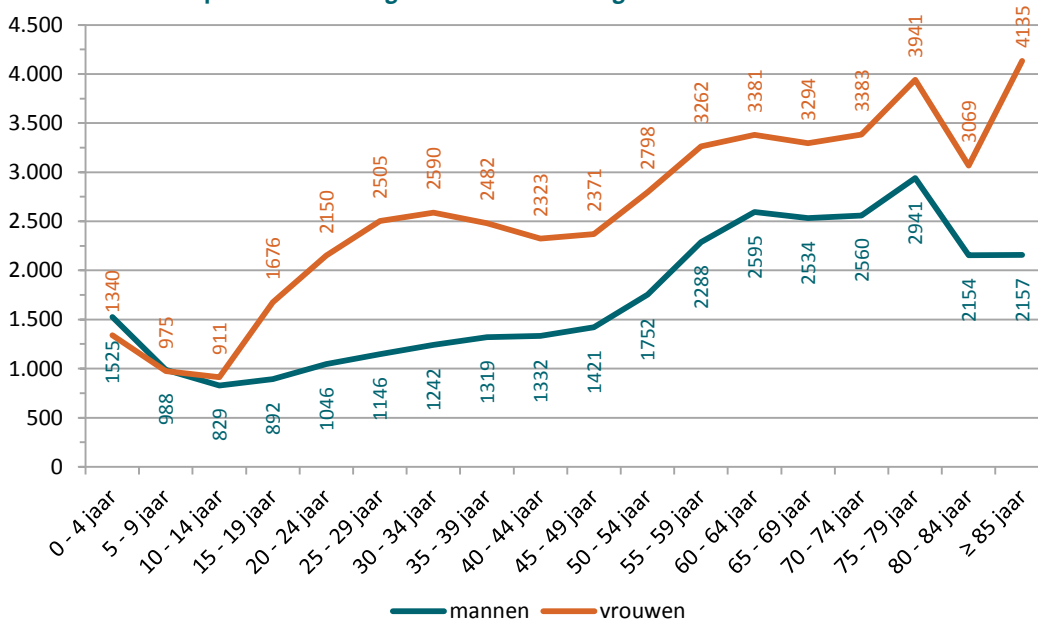


Bron: NIVEL 2016

Groei van de zorgvraag tussen 2016 en 2026

De totale groei voor de zorgvraag door de demografische ontwikkelingen in de periode 2016-2026 wordt geschat op 9,4%. Daarbij is per 5-jaarsleeftijdsgroep van precies dezelfde veranderpercentages uitgegaan als voor de bevolking op zich. (Zie figuur 8.) De vertaling naar het effect op de zorgvraag is dus dat er bij een groei van 4% van de totale bevolking een toename van 9,4% van de zorgvraag op zal treden. De groei van de zorgvraag is voor de mannen (11,2%) net iets hoger dan voor de vrouwen (8,2%). De zorgvraag in 2026 (met 77,3 miljoen consulteenheden per jaar) is nog even groot als in 2016, maar komt voor een groter deel voor rekening van 10 jaar oudere mensen. (Zie figuur 10.)

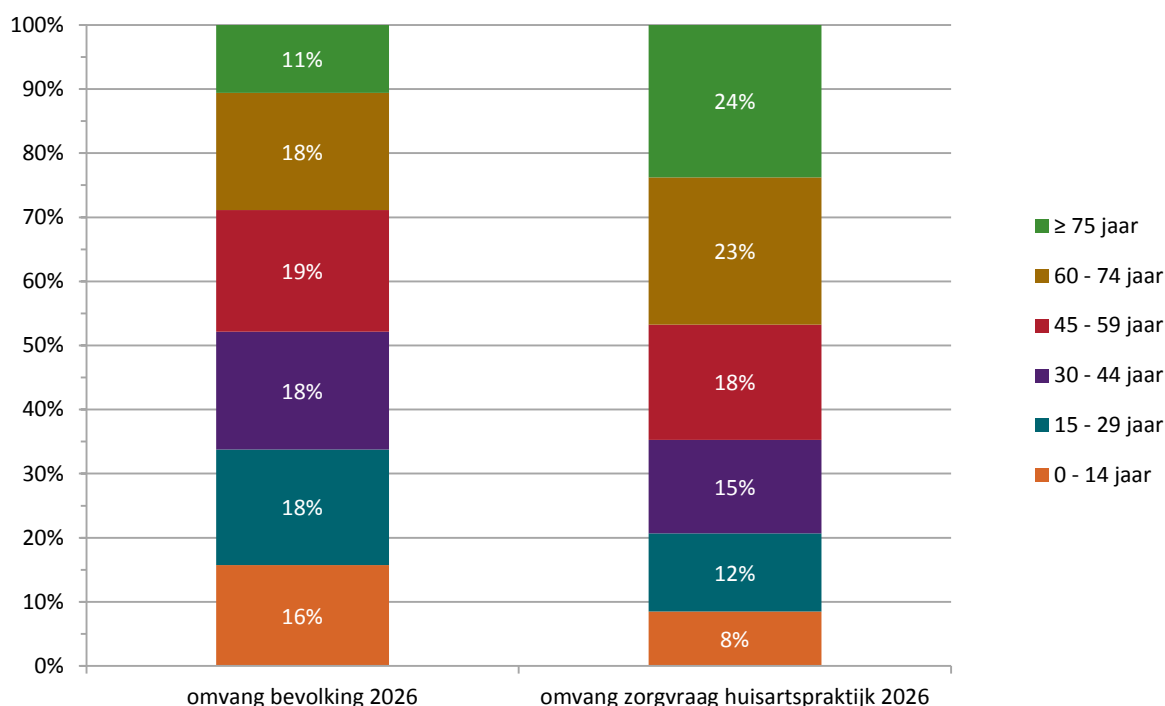
Figuur 10: Verwacht aantal consulteenheden in 2026 (in duizendtallen), per 5-jaarsleeftijdsgroep en geslacht op basis van demografische ontwikkelingen



Verdeling bevolking en zorgvraag in 2026

In 2026 zal de groep van 75 jaar en ouder een aandeel hebben van 11% in de bevolking en van 24% in de zorgvraag. De groep van 60-74 jaar heeft in 2026 een aandeel van 18% in de bevolking en van 23% in de zorgvraag. Samen hebben degenen van 60 jaar en ouder in 2026 een aandeel van 29% in de bevolking en van 47% in de zorgvraag. (Zie figuur 11.)

Figuur 11: Verdeling bevolking en zorgvraag in 2026 per 15-jaarsleeftijdsgroepen



Bron: NIVEL 2016

Vergelijkbaar met de groei die hiervoor is getoond voor de periode 2016-2026 (4% bevolkingsgroei en 9,4% groei van de zorgvraag), is ook voor de periode 2016-2021, 2016-2031 en 2016-2036 nagegaan hoe de zorgvraag door de bevolkingsontwikkeling beïnvloed zal worden. Het blijkt dat de groei van de zorgvraag vrij constant toeneemt: 4,9% tot aan 2021 (dus in 5 jaar), 9,4% tot aan 2026 (in 10 jaar), 13,5% tot aan 2031 (in 15 jaar) en 17,2% tot aan 2036 (in 20 jaar). Tabel 15 toont de resultaten.

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

	Groei in de bevolking	Groei in de zorgvraag
Na 5 jaar	2,5%	4,9%
Na 10 jaar	4,0%	9,4%
Na 15 jaar	5,3%	13,5%
Na 20 jaar	6,2%	17,2%

Bron: NIVEL 2016

In 2013 bedroegen de parameterwaarden voor de factor demografie in 10 en in 20 jaar nog respectievelijk 7,1% en 13,3%. Als gevolg van de vergrijzing – en de ten opzichte van 2013 toegenomen

zorgvraag bij met name de inwoners ouder dan 55 jaar – zijn de parameterwaarden voor de factor demografie naar boven bijgesteld ten opzichte van de vorige raming. Op basis van deze nieuwe gegevens zijn de **parameterwaarden voor de demografie** aangepast naar **4,9%, 9,4%, 13,5% en 17,2%** voor het verwachte effect in respectievelijk 5, 10, 15 en 20 jaar.

4.4 Epidemiologie

De Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) van het RIVM is een gezaghebbende bron bij het identificeren van epidemiologische trends. In de meest recent gepubliceerde VTV van 2014 – met als titel ‘Een gezonder Nederland’ – zijn zowel de trends als toekomstperspectieven in de volksgezondheid beschreven.^{52,53} Data in de rapportage zijn grotendeels afkomstig van het CBS en dateren van 2011. Deze geven een toekomstbeeld over: de sterfte en levensverwachting van Nederlander in 2030, de kwaliteit van leven, status van de Nederlandse zorg en preventie, de meest voorkomende ziekten, de participatie van mensen met een lichamelijke of cognitieve beperking en de bijdrage van verschillende determinanten aan de totale ziektelast.^{54,55}

Levensverwachting

Nederlandse mannen worden gemiddeld 79,1 jaar en vrouwen 82,8 jaar. De levensverwachting bij geboorte in Nederland steeg de laatste 10 jaar sterk, met meer dan 3 jaar. Deze toename was voor een groot deel toe te schrijven aan preventie en gezondheidszorg. Vooral de sterfte aan coronaire hartziekten en beroerte daalde sterk. Volgens het trendscenario zal de levensverwachting blijven stijgen, zij het minder hard dan in de afgelopen 10 jaar: tussen 2012 en 2030 krijgen Nederlandse mannen er ongeveer 3 jaar bij en vrouwen ruim 2 jaar. Vrouwen leven gemiddeld 3,7 jaar langer dan mannen. Het verschil wordt vooral veroorzaakt door lagere sterftetekansen voor vrouwen dan voor mannen van boven de 65 jaar. De resterende levensverwachting voor vrouwen op 65-jarige leeftijd is 3 jaar langer dan voor mannen (21,2 jaar versus 18,3 jaar).

Focusverschuiving

Er zijn steeds meer mensen met een chronische ziekte. Dit komt door vergrijzing, veranderende determinanten van ziekten, eerdere opsporing, betere overleving en het sneller opsporen van ziekten. Tegelijkertijd zien deze mensen zichzelf niet automatisch als ongezond.⁵⁶ Uiteindelijk is niet zozeer het ziekte-label van belang, maar de ervaren klachten, beperkingen en teruggang in kwaliteit van leven die hiermee gepaard kunnen gaan.⁵⁷ Preventie en zorg richten zich steeds meer op terugdringen van beperkingen in het functioneren en bevorderen van de zelfredzaamheid, kwaliteit van leven en participatie.⁵⁸

⁵² Hoeymans, N., Loon, A.J.M. van, Berg, M. van den, et al. (juni 2014). Een gezonder Nederland. Kernboodschappen van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM

⁵³ <http://www.eengezondere nederlandse.nl/>

⁵⁴ <https://www.volksgezondheidenzorg.info/>

⁵⁵ <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/sterfte-levensverwachting-en-daly-s/levensverwachting/>

⁵⁶ Lucht, F. van der, Polder, J.J. (2010). Van gezond naar beter, Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010. Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM

⁵⁷ Zantinge, E.M., Wilk, E.A. van der, Wieren, S. van, Schoemaker, C.G. (2011). Gezond ouder worden in NL. Bilthoven: RIVM

⁵⁸ Hoeymans, N., Loon, A.J.M. van, Schoemaker, C.G. (september 2011). Definitierapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM

De Gezondheidsraad en ZonMw hebben het begrip gezondheid opnieuw gedefinieerd als een dynamisch evenwicht en de capaciteit om met aspiraties en bedreigingen om te gaan; hierbij is de term 'positieve gezondheid' voor het eerst geïntroduceerd en verschuift de focus van de beperkingen van een patiënt (pathogenese) naar de mogelijkheden die een patiënt met zijn beperkingen nog heeft (salutogenese).⁵⁹

Multimorbiditeit

Er komen niet alleen meer mensen met één ziekte, maar ook meer mensen met twee of meer ziekten. Vooral op oudere leeftijd komt multimorbiditeit frequent voor. Van alle 75-plussers heeft 84% tenminste één chronische ziekte en 59% meerdere chronische ziekten.⁶⁰ Bij multimorbiditeit hebben mensen vaak te maken met meerdere zorgverleners met mogelijk tegenstrijdige adviezen of medicatie. Een ziekte-overstijgende aanpak waarin niet 'de ziekten' centraal staan maar 'de zieken' past mogelijk beter bij patiënten met multimorbiditeit. De uitkomsten van zorg worden dan eerder geformuleerd in termen van functioneren, kwaliteit van leven en participatie, dan in ziektespecifieke termen. Bij een ziekte-overstijgende aanpak is een centrale rol voor huisartsen weggelegd.

Het Capaciteitsorgaan houdt bij het vaststellen van de parameter epidemiologie rekening met de omvang van bovengenoemde veranderingen, de snelheid waarmee deze zullen worden doorgevoerd en de maatschappelijke veranderingen die hieraan ten grondslag liggen. De parameter **epidemiologie** wordt vastgesteld op **+0,4% tot +0,8%** (groei per jaar). Het Capaciteitsplan 2013 ging nog uit van +0,3% tot +0,6%; nu wordt deze parameter iets hoger ingeschat.

4.5 Sociaal-culturele ontwikkelingen

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

Toekomstvisie huisartsenzorg 2022

De Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 (LHV, NHG, IOH) is op 14 november 2012 gepresenteerd in Den Haag en staat in het teken van kleinschalige, persoonsgerichte zorg dichtbij de patiënt, waarbij het versterken van de relatie tussen patiënt en huisarts centraal staat. Door de decentralisatie van zorg naar gemeenten en nadruk op zorgverlening in de eigen woonomgeving, is dit belang extra benadrukt. 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 kan hierbij behulpzaam zijn, zodat patiënt en huisarts elkaar ook via die weg gemakkelijk kunnen vinden. Zo wordt het voor de patiënt bijvoorbeeld mogelijk om zelf online afspraken te maken.

⁵⁹ Huber, M., et al. (juli 2011). How should we define health? BMJ 2011; 343: 235-7

⁶⁰ Oostrom, S.H. van, Picavet, H.S.J., Gelder, B.M. van, et al. (mei 2011). Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking – gegevens van huisartsenpraktijken. NTVG 2011; 155: A3193

De zorgvraag groeit en verandert en de zorg voor de patiënt wordt complexer. Met het streven om de patiënt zoveel mogelijk zorg dichtbij huis te bieden, wordt samenwerking met andere zorgverleners – zoals wijkverpleegkundige, apotheker en psycholoog – steeds belangrijker. Er wordt daarom gepleit voor lokale en regionale samenwerkingsverbanden om patiënten een breed zorgaanbod te kunnen bieden. Daarmee is het mogelijk zorg aan de patiënt dicht in de buurt te leveren terwijl de samenwerking verder weg is georganiseerd. De uitgangspunten van deze toekomstvisie zijn nog altijd actueel.

De 17 ambities in de toekomstvisie gaan over drie hoofdthema's: de directe relatie met de patiënt, de samenwerking met andere zorgverleners en gemeenten én de organisatie van huisartspraktijken. Om te analyseren of de ambities al gerealiseerd zijn, is in 2014 onderzoek verricht door het NIVEL naar de stand van zaken.⁶¹ De inhoudelijke zorg van de huisarts voldeed daarbij al aan de doelen die de beroepsgroep stelde voor 2022. Wel dienen huisartsen de komende jaren meer energie (lees: tijd) te steken in de samenwerking met andere zorgverleners en de gemeente.

Versterking GGZ in huisartspraktijk

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) heeft de laatste jaren een flink aantal ingrijpende transitieën ondergaan. Belangrijke onderdelen van deze transitieën zijn de ambulantisering en de hervorming van de langdurige GGZ. Nederland beschikt van oudsher en vanuit internationaal perspectief over een relatief grote capaciteit aan intramurale GGZ-voorzieningen. In het Bestuurlijk Akkoord Toekomst GGZ uit 2012 hebben de landelijke overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en cliëntenorganisaties afgesproken om deze intramurale capaciteit te verkleinen. In 2020 is deze teruggebracht tot tweederde van de capaciteit in 2008. Tegelijkertijd wordt de capaciteit en de kwaliteit van de ambulante zorg, met name voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, uitgebreid en te verbeterd. Ambulante zorg met 'behandelcomponent' blijft onderdeel van de Zvw. De Zvw-financiering van de intramurale zorg is opgerekt van opnamen tot één jaar naar opnamen tot 3 jaar.

⁶¹

Het doel van de invoering van de nieuwe indeling van de GGZ per 1 januari 2014 is een substantiële verschuiving van patiëntenstromen van de gespecialiseerde GGZ (voorheen tweedelijns-GGZ) naar de generalistische basis-GGZ én de huisartsenzorg. Hierdoor moeten de kosten beheersbaar blijven bij gelijkblijvende of betere kwaliteit van zorg. In het nieuwe GGZ-stelsel krijgt de huisartsenzorg een nog belangrijkere rol dan voorheen. De huisarts moet optreden als onafhankelijke poortwachter, moet patiënten met psychische problemen stimuleren tot zelfzorg en voorkomen dat de problemen verergeren en zich ontwikkelen tot een stoornis. De huisarts moet verder begeleiding bieden aan patiënten met stabiele chronische problematiek die instromen vanuit de gespecialiseerde GGZ. Voor adequate uitvoering van deze taken heeft het ministerie van VWS de inzet van POH's-GGZ verruimd van 0,3 naar 1 fte per huisartspraktijk. Daarnaast is er geïnvesteerd in het aanbieden van eHealth modules en het consulteren van GGZ-professionals. Tevens is er een verwijsmodel op hoofdlijnen ontwikkeld dat de huisarts ondersteunt bij het verwijzen naar het juiste behandelingsniveau.⁶² Mogelijk blijft de extra inzet van de huisarts door deze maatregelen beperkt.

⁶¹ Hoof, F. van, Knipsel, A., Hulsbosch, L., et al. (december 2015). Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ. Utrecht: Trimbos-instituut

⁶² Boerema, I., Hermens, M., Nuijen, J., et al. (oktober 2014). Trendrapportage GGZ. Versterking van de GGZ in de huisartsenpraktijk. Terugblik, stand van zaken en vooruitblik. Utrecht: Trimbos-instituut

Kindermishandeling en huiselijk geweld

De Wet verplichte meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling is per 1 juli 2013 van kracht.⁶³ Elke zorginstelling moet sinds die datum beschikken over een meldcode waarin stapsgewijs wordt aangegeven hoe met signalen van huiselijk geweld of kindermishandeling wordt omgegaan en wanneer Veilig Thuis wordt ingeschakeld.⁶⁴ Ook zelfstandig werkende artsen – waaronder zelfstandig gevestigde huisartsen – dienen aan deze verplichting te voldoen.⁶⁵ Hierbij wordt ook van huisartsen een gestandaardiseerde benadering verwacht. Dit is een formalisering van de in de KNMG-meldcode reeds verwoorde professionele verantwoordelijkheid van alle artsen om kinderen te beschermen en kindermishandeling te signaleren en melden, ook als het niet hun patiënten zijn (zoals formeel bij HIDHA's en waarnemers het geval is). In onderling overleg tussen de KNMG, NHG en InEen is de kindcheck ontwikkeld als naslag voor in de huisartspraktijk en op de huisartsenpost.⁶⁶

Diversiteit

De overheid hecht belang aan meer ruimte voor diversiteit en keuzevrijheid. Er zullen echter kwetsbare groepen zijn die daarvoor onvoldoende zijn toegerust, waardoor ze niet volwaardig kunnen participeren in de samenleving. Veel Nederlanders zijn voor het principe van meer eigen verantwoordelijkheid en minder overheidsbemoeienis. Aan de andere kant is ruim 15% van de bevolking ook bang dat meer eigen verantwoordelijkheid leidt tot grotere maatschappelijke ongelijkheid. Met name kwetsbare groepen in de samenleving (bijvoorbeeld verstandelijk gehandicapten, analfabeten, chronisch zieken) hebben minder mogelijkheden en vaardigheden om zelf de regie over hun leven te voeren. Als burgers hun sociale ondersteuning steeds meer zelf moeten regelen, kan dat leiden tot uitsluiting en afhankelijkheid, vooral bij mensen met een klein sociaal netwerk.^{67,52} Voor de huisartsen is het van belang om kwetsbare patiënten tijdig te onderkennen en waar mogelijk hulp in te zetten. Dit leidt tot een grotere zorgvraag.

Introductie nieuw bekostigingsmodel

Het nieuwe bekostigingsmodel voor de huisartsenzorg uit 2015 maakt deel uit van het zorgakkoord dat het ministerie van VWS in de zomer van 2013 sloot met huisartsen en zorgverzekeraars. Het idee achter deze nieuwe systematiek is dat de bekostiging meer ruimte biedt voor resultaatbeloning, innovatie en multidisciplinaire ketenzorg. Voor huisartsen brengt dit een aantal veranderingen met zich mee. Er is afgesproken dat de basiszorg niet in de verdrukking mag komen, dat het macrobudget met 2,5% mag groeien en dat het budget van 112 miljoen euro voor innovatie en resultaatbeloning volledig wordt uitgegeven.

Kern van de nieuwe bekostiging wordt gevormd door verdeling van de huisartsenzorg in drie segmenten. Segment 1 staat voor de basishuisartsgeneeskundige zorg. In segment 2 worden de multidisciplinaire ketens ondergebracht. En vanuit segment 3 vindt de bekostiging plaats van innovaties en/of vernieuwing en specifieke prestaties. In 2014 bleek echter dat de uitvoering wringt, nu zorg-

⁶³ Drewes, Y.. Kindermishandeling: Wet meldcode van kracht. Medisch Contact 2013; 27: 1424-6

⁶⁴ Art. 3a lid 1 Kwaliteitswet zorginstellingen

⁶⁵ Art. 40a lid 1 Wet BIG

⁶⁶ <https://amsterdam-almere.lhv.nl/actueel/nieuws/doe-de-kindcheck>

⁶⁷ Veldheer, V., Jonker, J., Noije, L. van, Vrooman, C. (2012). Een beroep op de burger: minder verzorgingsstaat, meer eigen verantwoordelijkheid? Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau

verzekeraars de beleidsregels en tariefbeschikking van de NZa in contracten vertalen. Ook is tussen huisartsen en zorgverzekeraars niet in alle gevallen consensus bereikt⁶⁸ over de bekostiging van de overname van zorg vanuit de tweede naar de eerstelijns. In grote lijnen wordt dit neutraal ingeschat op het onderdeel sociaal-culturele ontwikkelingen.

Kwetsbare ouderen

Het aandeel ouderen in de samenleving gaat in de toekomst toenemen. De afgelopen jaren is er veel onderzoek verricht naar de kwetsbaarheid van ouderen. Kwetsbaarheid wordt door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) omschreven als het proces van de opeenstapeling van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren waarbij de kans op negatieve gezondheidssuitkomsten (functiebeperkingen, opname of overlijden) wordt vergroot.^{69,70} Dit leidt wel tot extra inzet van de huisarts.

Het Capaciteitsorgaan houdt rekening met de grootte en impact van de genoemde veranderingen, de snelheid waarmee deze kunnen en/of zullen worden doorgevoerd evenals de maatschappelijke veranderingen die hieraan ten grondslag liggen. De parameter **sociaal-cultureel** krijgt een bandbreedte van **+0,8% tot +1,6%** (groei per jaar). In het Capaciteitsplan 2013 werd uitgegaan van +0,7% tot 1,4%.

4.6 Conclusie zorgvraag

In tabel 16 worden alle parameterwaarden, die in deze raming voor de zorgvraag zijn gehanteerd, samengevat en vergeleken met de Capaciteitsplannen van 2008, 2010 en 2013. De resultaten staan vermeld met bijbehorend verwacht effect per jaar. Voor de parameter demografie staan daarentegen de effecten in 5, 10, 15 en 20 jaar vermeld.

Tabel 16: Parameterwaarden zorgvraag, procentuele veranderingen per jaar (behalve bij demografie)

Onderwerp	Capaciteitplan 2008	Capaciteitplan 2010	Capaciteitplan 2013	Capaciteitplan 2016
Onvervulde vraag	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%
Demografie in 5 jaar	2,2%	3,1%	3,5%	4,9%
Demografie in 10 jaar	4,7%	6,0%	7,1%	9,4%
Demografie in 15 jaar	6,9%	8,4%	10,6%	13,5%
Demografie in 20 jaar	8,8%	10,4%	13,3%	17,2%
Epidemiologie	0,3% tot 0,6%	0,3% tot 0,6%	0,3% tot 0,6%	0,4% tot 0,8%
Sociaal-cultureel	0,5% tot 1,0%	0,5% tot 1,0%	0,7% tot 1,4%	0,8% tot 1,6%

⁶⁸ <https://www.lhv.nl/actueel/dossiers/bekostiging-2015>

⁶⁹ Campen, C. van (februari 2011). Kwetsbare ouderen. Den Haag: SCP

⁷⁰ Oostrom, S. van, A. D. van der, Picavet, S., et al. (december 2015). Ouderen van nu en straks: zijn er verschillen in kwetsbaarheid? Bilthoven: RIVM

5 Zorgaanbod

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de samenstelling beschreven van de huidige beroepsgroep huisartsen. Op basis van deze samenstelling spreekt het Capaciteitsorgaan een verwachting uit over de capaciteit huisartsen voor de komende 18 jaar. Hiervoor gebruikt het Capaciteitsorgaan de gegevens van de RGS⁷¹ en het NIVEL. De RGS hanteert in publicaties het aantal geregistreerde huisartsen, terwijl het NIVEL spreekt over het aantal werkzame huisartsen op een bepaald moment in de tijd. Het Capaciteitsorgaan doelt op geregistreerde huisartsen, tenzij dit anders staat vermeld.

5.2 Omvang beroepsgroep

5.2.1 Aantal geregistreerd

Het aantal geregistreerde huisartsen per 1 januari 2006 bedroeg 10.370 en per 1 januari 2016 12.731. Dit is een groei van 2.361 huisartsen ten opzichte van 2006, oftewel 22,8% in 10 jaar. Zie tabel 17.

Tabel 17: Aantal geregistreerde huisartsen en percentage vrouwen op 1 januari

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Aantal *	10.370	10.492	10.637	10.858	11.110	11.395	11.608	11.906	12.195	12.464	12.731
Jaarlijkse toename	3,0% ⁷²	1,2%	1,4%	2,1%	2,3%	2,6%	1,9%	2,6%	2,4%	2,2%	2,1%
Index 2006	100	101	103	105	107	110	112	115	118	120	123
% vrouwen	36%	36%	37%	40%	42%	43%	45%	46%	48%	50%	52%

Bron: RGS 2016 | *: daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorafgaande jaar

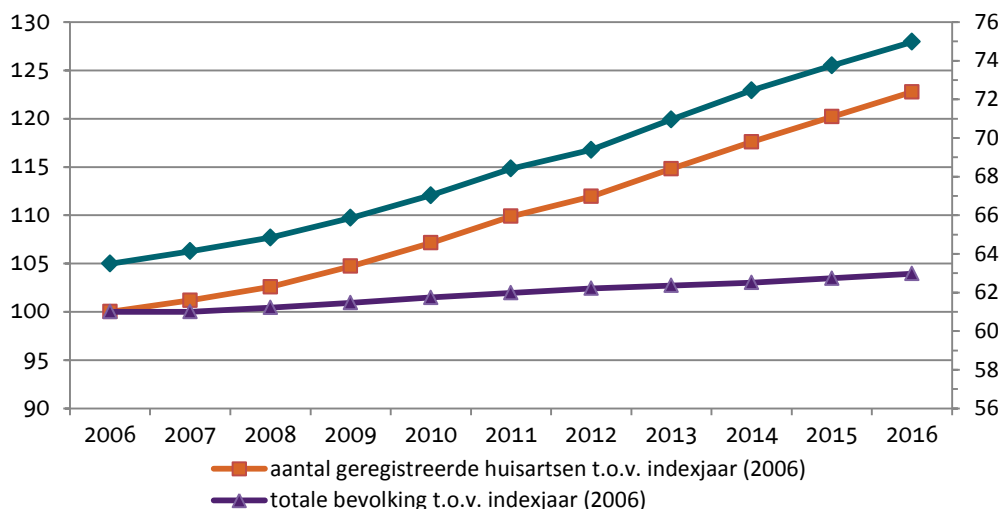
Steeds meer huisartsen zijn vrouw. Bij de aios huisartsgeneeskunde is diezelfde trend waarneembaar; het percentage vrouwelijke artsen in opleiding is zelfs nog groter. De instroom in 2006 bestond voor 68% uit vrouwen, in 2010 en 2013 was dat respectievelijk 73% en 78%.

Figuur 12 geeft de groei van het aantal geregistreerde huisartsen tussen 2006 en 2016 weer. In de afgelopen 10 jaar nam het aantal huisartsen per 100.000 inwoners toe van respectievelijk 63,5 naar 75,0. Dat komt neer op een stijging van 18,1%, ofwel 1,8% per jaar.

⁷¹ <http://www.knmg.nl/Opleiding-en-herregistratie/RGS-1/Over-RGS.htm>

⁷² $\frac{[(10.370 - 10.061) / 10.061] \times 100}{1} = 2,98\%$ waarbij 10.061 het aantal geregistreerde huisartsen in 2005 betreft.

Figuur 12: Aantal geregistreerde huisartsen per 100.000 inwoners



Bron: RGS 2016, bewerkt met data CBS 2016 ten aanzien van bevolkingsgrootte

5.2.2 Aantal werkzaam

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

NIVEL hanteert een huisartsenregistratie waarin het aantal werkzame personen staat. Op 1 januari 2015 waren er volgens het NIVEL 11.568 huisartsen werkzaam. Op die datum waren er volgens de RGS 12.464 huisartsen geregistreerd en op 1 januari 2016 waren dat er 12.731. Dat betreft een stijging van 2,14%. Dat impliceert dat er op 1 januari 2016 $11.568 \times 1,0214 = 11.816$ werkzame huisartsen zouden zijn. Het percentage 'werkzaam' is echter voor mannen en vrouwen verschillend. Correctie voor dit verschil levert de parameter **werkzame huisartsen**. Deze is hierbij vastgesteld op **11.821**.

Het percentage vrouwen onder de huisartsen wordt afgeleid van de man/vrouw-verhouding onder de geregistreerde huisartsen en bedraagt in 2016 51,8%.⁷³ Ook hier geldt dat het nauwkeuriger is om specifiek naar deze ratio te kijken bij de werkzame huisartsen. Volgens het NIVEL waren er op 1 januari 2015 5.700 mannelijke en 5.623 vrouwelijke werkzame huisartsen. Uit deze cijfers blijkt dat de man/vrouw-verdeling iets hoger uitvalt en dat in 2016 het percentage werkzame vrouwelijke huisartsen 52,4% betreft.⁷⁴ De parameter **percentage vrouwen** onder de huisartsen wordt hierbij vastgesteld op **52,4%**. Dit percentage is 7% hoger dan in de raming van 2013.

⁷³ $(6.590 / 12.731) \times 100\% = 51,76\%$ waarbij 6.590 het aantal geregistreerde vrouwelijke huisartsen op 1 januari 2016 is.

⁷⁴ $(6.198 / 11.821) \times 100\% = 52,43\%$ waarbij 6.198 het aantal werkzame vrouwelijke huisartsen op 1 januari 2015 betreft.

5.2.3 Aantal naar werkzame positie

In 2015 zijn er 341 meer gevestigden dan in het jaar daarvoor. (Zie tabel 18.) Dit is een opvallend grotere groei dan in eerdere peiljaren. Dit komt hoogstwaarschijnlijk grotendeels door het relatief hoge aantal huisartsen dat zich vaste waarnemer noemt. Van de 614 vaste waarnemers in 2015 was een jaar eerder ongeveer 23% actief als wisselend waarnemer en 22% werkte toen nog niet. Een klein deel (5%) stond bij het NIVEL geregistreerd als HIDHA op waarneembasis. Opvallend was dat het grootste deel (50%) in 2014 HIDHA was. Het aantal HIDHA's lag daarom in 2015 ruim lager dan in het voorgaande jaar. Dit kan erop duiden dat het onderscheid tussen HIDHA en waarnemer aan het vervagen is. Het verschil kan ook veroorzaakt worden door de fiscale regelgeving die het aantrekkelijker maakt om waarnemer te zijn.

Tabel 18: Aantal werkzame huisartsen naar werkzame positie op 1 januari

Jaar	Zelfstandig gevestigd	HIDHA	HIDHA op waarneembasis / vaste waarnemer ⁷⁵	Totaal aantal regulier gevestigd	(Schatting) wisselende waarnemers ⁷⁶	(Schatting) totaal aantal werkzame huisartsen
2006	7.622	992		8.614	1.058	9.672
2007	7.685	1.048		8.733	1.179	9.812
2008	7.752	1.092		8.844	1.135	9.979
2009	7.780	1.117		8.897	1.289	10.186
2010	7.824	1.046	123	8.993	1.402	10.395
2011	7.838	1.002	92	8.932	1.714	10.646
2012	7.862	1.026	85	8.973	1.879	10.852
2013	7.865	1.070	85	9.020	2.057	11.077
2014	7.876	1.170	68	9.114	2.224	11.338
2015	7.906	898	614	9.418	2.150	11.568

Bron: NIVEL 2016

Naast de zelfstandig gevestigde huisartsen, HIDHA's en vaste waarnemers bestaat er een substantiële groep huisartsen die als waarnemer wisselend voor één of meerdere praktijken werkzaam is. Deze 'wisselende' waarnemers werken voornamelijk voor een korte periode in een praktijk en het werkadres waarop zij benaderd kunnen worden, verandert regelmatig. Hierdoor vormen deze huisartsen voor de NIVEL-registratie een lastig te traceren groep. Het Capaciteitsorgaan schat het aantal werkzame wisselende waarnemers aan de hand van de jaarlijkse enquêtes voor pas afgestudeerde huisartsen en een specifieke rekenmethode. Zie de toelichting in box 3. Ook in voorgaande jaren is deze rekenmethode toegepast. Volgens deze methode werken er in 2015 naar schatting 2.150 wisselende waarnemers. Zie tabel 18.

⁷⁵ In de jaren 2010 t/m 2014 kon men in de NIVEL enquête voor pas afgestudeerden naast HIDHA of waarnemer ook aangeven of men werkte als 'HIDHA op waarneembasis'. In 2015 is deze term vervangen door 'vaste waarnemer'.

⁷⁶ Het aantal waarnemers is gebaseerd op schattingen, die (eerder) zijn samengesteld uit de analyse van de gegevens van de RGS en het NIVEL (zie toelichting in box 3).

Box 3: Schatting aantal wisselende waarnemers

Op 1 januari 2015 werken er 7.906 zelfstandig gevestigde huisartsen, 898 HIDHA's en minimaal 614 vaste waarnemers in Nederland. Zie tabel 18. In de enquête voor pas afgestudeerde huisartsen voor het peiljaar 2015 gaven bovendien 1.260 huisartsen aan hoofdzakelijk als wisselend waarnemer actief te zijn. Daarmee zijn er dus in totaal minimaal 10.678 huisartsen werkzaam. Volgens de RGS hebben op 1 januari 2015 in totaal 12.464 personen (nog) de bevoegdheid om in Nederland als huisarts te werken. Dit betekent dat van 1.786 huisartsen onbekend is of zij al dan niet werkzaam zijn.

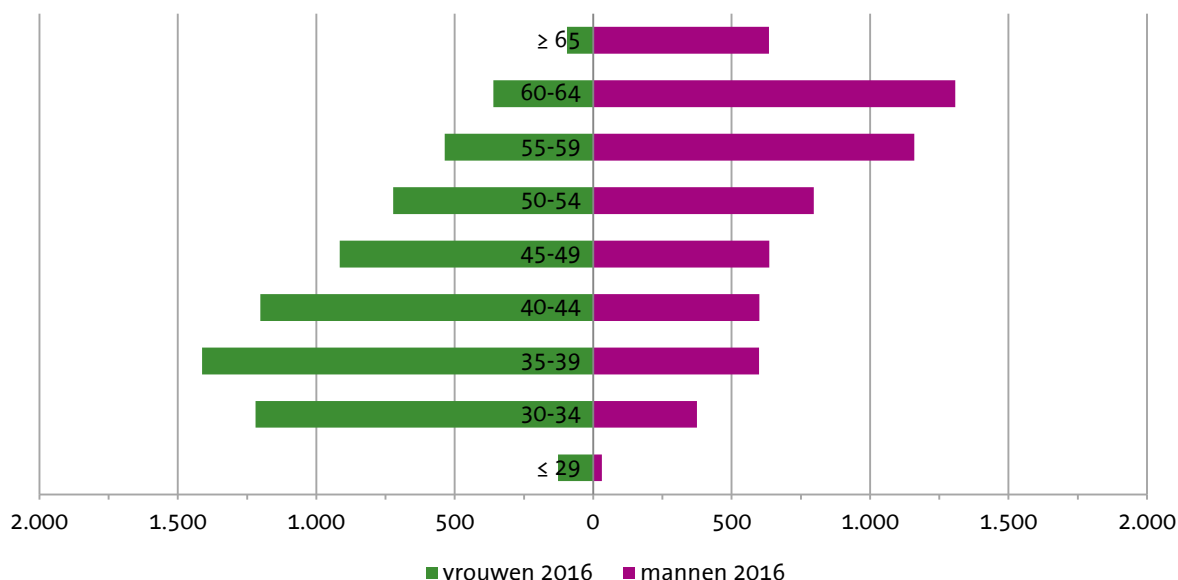
Uit aanvullend onderzoek van het NIVEL is gebleken, dat circa de helft van deze groep als wisselend waarnemer actief is.⁷⁷ Dit zou betekenen, dat van de 1.786 geregistreerde huisartsen er 893 als wisselend waarnemer werkzaam zijn. Hiermee schatten we het totaal aantal wisselende waarnemers op $1.260 + 893 = 2.153$, afgerond 2.150 personen.

Bron: NIVEL 2016

5.3 Geslacht en leeftijdsverdeling

Van de huisartsen is momenteel 44% 50 jaar of ouder. In 2000, 2010 en 2013 was dat respectievelijk 35%, 46% en 46%. Er lijkt dus sprake van een stabilisatie in het aandeel huisartsen van 50 jaar en ouder. Voornamelijk de groep jonge pas afgestudeerde vrouwen reduceren de gemiddelde leeftijd.

Figuur 13: Geslacht en leeftijdsverdeling geregistreerde huisartsen in 2016



Bron: RGS 2015 1 januari 2016

⁷⁷ Velden, L.F.J. van der, Batenburg, R.S. (2009). Waarnemend huisartsen in Nederland: Gegevens uit de huisartsenregistratie en enkele schattingen. Utrecht: NIVEL

Er zijn naar verhouding steeds minder mannelijke huisartsen door de uitstroom en doordat er verhoudingsgewijs minder mannelijke artsen in opleiding tot huisarts zijn. De uitstroom van huisartsen die de komende 10 jaar met pensioen gaan, bestaat grotendeels uit mannen. Zie figuur 13. Het gaat om circa 3.100 mannen tegenover bijna 1.000 vrouwen die nu 55 jaar of ouder zijn. Aangezien mannen gemiddeld meer uren werken dan hun vrouwelijke collega's, zal het totaal aanbod aan fte huisartsenzorg – bij gelijkblijvende instroom – de komende jaren dalen. Het aanbod zal daardoor gecompenseerd moeten gaan worden door verhoudingsgewijs meer nieuwkomers. Daarbij komt dat het aandeel 50-plussers binnen de beroepsgroep inmiddels is gestabiliseerd op het niveau van 2010. In totaliteit is een stabilisatie zichtbaar van de beroepsgroep als geheel en een toename van het aandeel vrouwen onder de huisartsen.

5.4 Omvang dienstverband

Tabel 19 betreft de regulier werkende huisartsen, vandaar dat enkel gekeken is naar de zelfstandig gevestigden, de HIDHA's en de vaste waarnemers en niet naar de groep wisselende waarnemers.

Tabel 19: Percentages parttime werkende zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's/vaste waarnemers (1 januari 2015)

	Zelfstandig gevestigde huisartsen	HIDHA's & vaste waarnemers	Totaal
Mannen	40,0%	94,0%	42,8%
Vrouwen	81,2%	99,1%	86,5%
Totaal	56,7%	98,3%	63,8%

Bron: NIVEL 2016

Op 1 januari 2015 werkt nagenoeg 64% van de zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's/vaste waarnemers in deeltijd. Het zijn vooral de vrouwelijke huisartsen die een parttime baan hebben (87%). Van de mannelijke huisartsen werkt 43% in deeltijd. Van de HIDHA's/vaste waarnemers werkt 98% in deeltijd, tegenover 57% van de zelfstandig gevestigde huisartsen. De afgelopen jaren gingen steeds meer mannelijke huisartsen parttime werken. Op 1 januari 2012 werkte van de mannelijke zelfstandig gevestigde huisartsen 35,8% parttime. Dat is 3 jaar later gestegen naar 40%.

Tabel 20: Deeltijdfactor zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's / vaste waarnemers (1 januari 2015)

	Zelfstandig gevestigde huisartsen (n=7.906)	HIDHA's & vaste waarnemers (n=898)	Totaal
Deeltijdfactor mannen	0,88	0,58	0,87
Deeltijdfactor vrouwen	0,70	0,54	0,65
Deeltijdfactor totaal	0,81	0,54	0,76

Bron: NIVEL 2016

In tabel 20 wordt het gemiddeld aantal fte voor mannen en vrouwen weergegeven voor de zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's.

De totale groep werkzame huisartsen werkten in de periode 2013-2014 gemiddeld 0,77 fte. Dit blijkt uit het SMS-tijdsbestedingsonderzoek dat het NIVEL in de periode 2013-2014 onder ruim 1.000

huisartsen heeft uitgevoerd. (Zie ook bijlage 9.) Mannen werkten gemiddeld 0,82 fte en vrouwen 0,71 fte. Er waren daarbij verschillen naar werkzame positie als het gaat om het aantal fte. Zelfstandig gevestigde huisartsen werkten met 0,83 fte duidelijk meer fte dan zowel de HIDHA's als de waarnemers met 0,66 fte. (Beide groepen zijn samen genomen.) Voor zowel de zelfstandig gevestigde huisartsen als de HIDHA's gold dat mannen ongeveer 0,15 fte meer werkten dan hun vrouwelijke collega's.

Bij de waarnemers werkten mannen daarentegen juist 0,13 fte minder dan de vrouwen. Omdat het aantal waarnemers op de totale groepsgrootte van huisartsen relatief gering was, beïnvloedde dit het verschil tussen mannen en vrouwen voor de gehele huisartsenpopulatie zeer weinig. Het gemiddelde fte bij de mannen daalt een klein beetje. Wel is van belang om het begrip 'deeltijdfactor' nauwkeuriger te beschrijven. Gerelateerd aan het door de huisartsen zelf opgegeven aantal fte tijdens het SMS-tijdsbestedingsonderzoek bedraagt de omvang van 1 fte gemiddeld 57,1 uur.

De parameter **gemiddelde fte** wordt voor mannen **0,85** en voor vrouwen **0,65**.

5.5 Instroom in het vak

Na voltooiing van de medische vervolgopleiding tot huisarts kan de huisarts zich inschrijven in het register van de RGS. Instroom uit het buitenland is beperkt van omvang en bovendien is het aantal vrij stabiel. In de periode 2000-2003 schreven er nog 42 tot 48 huisartsen zich met een diploma uit het buitenland in; in de instroomjaren daarna waren het er minder. Zo ligt sinds 2004 het aantal huisartsen dat in het buitenland is afgestudeerd en zich hier in Nederland heeft ingeschreven, jaarlijks tussen de 12 en 23 personen. De meesten van hen werken als zelfstandig gevestigde huisarts.

Tabel 21: Aantal nieuwe inschrijvingen van in Nederland en elders opgeleide huisartsen

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
In Nederland opgeleid	454	473	494	489	481	510	539	544	578	588
In buitenland opgeleid*	14	11	20	19	17	15	12	12	12	21
Totaal	468	484	514	508	498	525	551	556	590	609
5-jaarsgemiddelde in buitenland opgeleid	28 ⁷⁸	21	17	16	16	16	17	15	14	14

Bron: RGS 2016 | *: peilmoment 15 augustus

Niet alle inschrijvingen van huisartsen met een buitenlands diploma vestigen zich hier permanent. De parameter jaarlijkse instroom van **in het buitenland opgeleide huisartsen** wordt daarom neerwaarts vastgesteld op **9,6**. De parameter **percentage vrouwen** onder in het buitenland opgeleide huisartsen wordt vastgesteld op **71,4%**.

5.6 Uitstroom uit het vak

Uitschrijving kan door: het niet voldoen aan de eis van (5-jaarlijkse) herregistratie, uitschrijving op eigen verzoek, overlijden of op last van het (Centraal) Medisch Tuchtcollege. Tabel 22 geeft een overzicht van het aantal uitschrijvingen van huisartsen per kalenderjaar over de afgelopen 10 jaar.

⁷⁸ 5-Jaarsgemiddelde is gewogen gemiddelde van afgelopen vijf jaar, ofwel instroom uit buitenland van 2002 t/m 2006. In dit geval: $\Sigma(44, 43, 23, 16, 14) / 5 = 28$ in het buitenland opgeleide huisartsen in 2006.

Tabel 22: Aantal uitschrijvingen van huisartsen uit het RGS-register per kalenderjaar

Jaar	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Aantal uitschrijvingen *	288	289	352	263	238	328	274	279	289	329

Bron: RGS 2016 | *: peilmoment 18 april

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

Voor de raming van 2016 zijn de uitstroomkansen berekend op basis van trends en uitstroomgegevens. De geleidelijke verhoging van de AOW-leeftijd vanaf 1 januari 2013 heeft ook invloed gehad op de uitstroom van huisartsen. Zowel de vrijgevestigde huisartsen als de huisartsen in loondienst verwachtten langer door te (moeten) werken. Toch is er op basis van de nu bekende uitstroomgegevens minder lang doorgewerkt dan aanvankelijk aangenomen.⁷⁹ Kiwa Carity heeft voor berekening van de pensioneringsleeftijd van huisartsengebruik gemaakt van het Stelsel van Sociaal-statistisch Bestanden (SSB) van het CBS. Deze gegevens kennen een vertraging in publicatie van 2 jaar. Hierdoor zijn de effecten van de invoering van de verhoogde AOW-leeftijd nu niet zichtbaar.⁸⁰ Tabel 23 vermeldt op welke leeftijd huisartsen doorgaans stoppen met werken.⁷⁹

Tabel 23: Gemiddelde leeftijd (in jaren) bij pensionering huisartsen in periode 2000 t/m 2013

Jaar	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	62,3	61,4	61,5	61,9	61,1	61,2	62,3	61,7	61,6	62,0	61,7	62,8	62,6	62,8

Bron: SSB CBS 2016

Overzicht uitgeschreven huisartsen 1990-2015

Op verzoek van het Capaciteitsorgaan onderzocht NIVEL trends in de uitstroom van huisartsen. Gekeken is naar het aantal uitgeschreven huisartsen in de afgelopen 25 jaar. Op basis daarvan wordt verwacht dat het een stijging verwacht van het aantal uitgeschreven huisartsen, nu ongeveer 300 per jaar. Ook het aandeel vrouwen daarin, nu 25%, gaat naar verwachting stijgen. De leeftijdsverdeling van de uitstroom zal vermoedelijk hetzelfde blijven. Ongeveer 25% wordt uitgeschreven voor hun zestigste, 30% wordt uitgeschreven tussen hun zestigste en vijfenzestigste en 45% wordt uitgeschreven na het vijfenzestigste levensjaar.⁸¹

⁷⁹ Windt, W. van der (2016). Notitie uitstroom van artsen. Nieuwegein: Kiwa Carity

⁸⁰ Bakker, B.F.M., Rooijen, J. van, Toor, L. van. The System of social statistical datasets of Statistics Netherlands: an integral approach to the production of register-based social statistics. Statistical Journal of the IAOS 2014; 30: 411-424

⁸¹ Velden, L.F.J. van der, Hassel, D. van, Batenburg, R.S. (maart 2016). Overzicht uitgeschreven huisartsen 1990-2015. Utrecht: NIVEL

Einde vestiging en einde registratie als huisarts

NIVEL onderzocht in opdracht van het Capaciteitsorgaan wanneer huisartsen doorgaans hun carrière beëindigen. Het NIVEL heeft daartoe het moment van uitschrijving van huisartsen bij de RGS vergeleken met de einddatum van de laatst bekende vestiging bij het NIVEL. Hierbij is gekeken naar alle personen die in 2014 en 2015 zijn uitgeschreven als huisarts door de RGS. In totaal zijn 585 personen geïnccludeerd, waarvan er 284 in 2014 en 301 in 2015 zijn uitgeschreven.

Tabel 24: Aandeel uitgeschreven huisartsen in 2014 en 2015 naar leeftijdsgroep

	≤ 39 jaar	40-44 jaar	45-49 jaar	50-54 jaar	55-59 jaar	60-64 jaar	65-69 jaar	70-74 jaar	≥ 75 jaar
2014	5,6%	3,3%	3,7%	5,6%	5,0%	21,3%	50,8%	3,7%	1,0%
2015	8,5%	4,2%	5,3%	3,2%	9,2%	21,5%	44,4%	3,5%	0,4%
Gemiddeld	7,0%	3,8%	4,4%	4,4%	7,0%	21,4%	47,7%	3,6%	0,7%

Bron: NIVEL 2016

Prognose uitstroom

Zowel NIVEL als KIWA Carity hebben onderzoek gedaan naar de verwachte uitstroom uit het vak. Het Capaciteitsorgaan heeft de NIVEL berekening gebruikt in het model. Deze maakt het namelijk mogelijk de eerste effecten van de verhoging van de AOW-leeftijd te monitoren en te incorporeren in de voorspellingen naar de toekomstige uitstroom. De berekeningen zijn gebaseerd op data in de NIVEL-huisartsenregistratie. Gezien de vrije beroepskeuze van huisartsen kunnen zij min of meer autonoom bepalen wanneer zij willen stoppen. De berekende percentages in het Capaciteitsplan 2013 waren aangepast voor de effecten van een stopleeftijd die 2 jaar later zou zijn. Nu wordt echter verondersteld dat de pensioenleeftijd met gemiddeld 1,8 jaar zal toenemen.

Het NIVEL heeft voor de berekening van de uitstroom in de komende 5, 10, 15 en 20 jaar gekeken naar de gehele groep huisartsen die eind 2010 erkend was als huisarts. Deze groep is daarbij als nulmeting gehanteerd. Vervolgens is eind 2015 gekeken wie van deze huisartsen nog werkzaam was. Op beide momenten is daarbij ook gekeken naar de werkzame positie van de huisartsen. Tevens is gekeken naar artsen die in het buitenland zijn opgeleid en in Nederland willen werken: de zij-instromers. Bij de eerste meting is niet alleen gekeken naar de huisartsen die toen voor het eerst als huisarts zijn ingeschreven in het register geneeskundig specialisten. Ook is toen gekeken naar de huisartsen die al langere tijd erkend waren; steeds onderverdeeld in 5-jaarsgroepen. Huisartsen die in 2010 bijvoorbeeld 20 tot 25 jaar erkend zijn als huisarts, kunnen 5 jaar later 25 tot 30 jaar erkend zijn. De huisartsen die in 2020 voor het eerst beschikbaar komen op de arbeidsmarkt, hebben in 2010 een (fictieve) erkenningstijd die 5 jaar later zal aanvangen.

Tabel 25: Verwachte uitstroom naar geslacht in 5,10,15 en 20 jaar

Geslacht	Interval	Uitstroom (zeker werkzaam)	Uitstroom (zeker erkend)	Uitstroom (gemiddeld)	Uitstroom (na correctie)
Mannen	na 5 jaar	21,1%	17,4%	19,3%	15,4% ⁸²
	na 10 jaar	38,7%	33,0%	35,9%	28,7% ⁸³
	na 15 jaar	53,7%	46,6%	50,2%	43,5% ⁸⁴
	na 20 jaar	67,3%	58,6%	63,0%	56,7% ⁸⁵
Vrouwen	na 5 jaar	8,2%	6,7%	7,5%	6,0%
	na 10 jaar	18,5%	13,7%	16,1%	12,9%
	na 15 jaar	30,5%	21,7%	26,1%	22,6%
	na 20 jaar	44,7%	31,4%	38,1%	34,2%

Bron: NIVEL 2016

De kans dat een werkzame huisarts over 5, 10, 15 of 20 jaar is gestopt als huisarts, staat in tabel 25 in de laatste kolom. De vertrekkansen voor de totale groep huisartsen kan nu uitgerekend worden. Dit kan door de afzonderlijke vertrekkansen voor mannen en vrouwen per uitstroombestand te vermenigvuldigen met de man/vrouw-verhouding.

Tabel 26: Vertrekkans in komende 5,10,15 en 20 jaar; naar geslacht en in totaal (NIVEL)

	Mannen	Vrouwen	Totaal
tot aan 2021	15,4%	6,0%	10,5% ⁸⁶
tot aan 2026	28,7%	12,9%	20,4%
tot aan 2031	43,5%	22,6%	32,5%
tot aan 2036	56,7%	34,2%	44,9%

Bron: NIVEL 2016

Vergeleken met de prognose in 2013 is de vertrek kans voor mannen over de eerste 15 jaar licht gedaald. Voor vrouwen geldt dat voor alle categorieën.

5.7 Extern rendement

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

⁸² $[4/5 \times (21,1 + 17,4)] / 2 = 15,40\%$ is de vertrek kans voor mannelijke huisartsen over 5 jaar.

⁸³ $[8/10 \times (38,7 + 33,0)] / 2 = 28,68\%$ is de vertrek kans voor mannelijke huisartsen over 10 jaar.

⁸⁴ $[13/15 \times (53,7 + 46,6)] / 2 = 43,46\%$ is de vertrek kans voor mannelijke huisartsen over 15 jaar.

⁸⁵ $[18/20 \times (67,3 + 58,6)] / 2 = 56,66\%$ is de vertrek kans voor mannelijke huisartsen over 20 jaar.

⁸⁶ $[15,4 \times (1 - 0,524)] + (6,0 \times 0,524) = 10,47\%$ is de vertrek kans voor alle huidige huisartsen tezamen over 5 jaar.

Het externe rendement kan op verschillende manieren in kaart worden gebracht. Allereerst op basis van de gegevens zoals deze bekend zijn bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen. Zij hebben echter alleen gegevens over de geregistreerde huisartsen. De NIVEL-huisartsenregistratie daarentegen beschikt over de gegevens van de werkzame huisartsen. In tabel 27 staat het externe rendement vermeld voor mannen, vrouwen en de gehele huisartsengroep.

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

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Na 1 jaar	97,8%	97,9%	97,9% ⁸⁷
Na 5 jaar	92,5%	93,1%	93,0%
Na 10 jaar	89,3%	89,9%	89,8%
Na 15 jaar	86,2%	86,5%	86,5%

Bron: NIVEL 2016

In dit capaciteitsplan is het extern rendement na 1 jaar voor zowel mannen als vrouwen hoger dan in 2013. Voor de mannen steeg het van 95,4% naar 97,8% en voor de vrouwen van 94,6% naar 97,9%. Het externe rendement na 5, 10 en 15 jaar is bij de mannen gedaald. Bij de vrouwelijke huisartsen zijn de externe rendementen na zowel 5 als 10 jaar gestabiliseerd en na 15 jaar gestegen.

Het aantal huisartsen dat tussen 2010 en 2014 in Nederland is geregistreerd, maar in het buitenland is opgeleid, bedroeg 65. Op 1 januari 2015 was 3,1% van deze in het buitenland opgeleide huisartsen niet meer geregistreerd als huisarts, 9,2% volgde een andere opleiding of was voor een ander specialisme geregistreerd en 41,5% had op dat moment geen geldig Nederlands adres. Daarom wordt voor de situatie op 1 januari 2015 geschat dat 54,5% niet werkzaam was als huisarts in Nederland. Voor het rendement van de buitenlandse instroom werd in het Capaciteitsplan 2013 uitgegaan van 65%. De nieuwe analyse toont dat het beter is om uit te gaan van 40%.

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

5.8 Conclusie zorgaanbod

Op 1 januari 2016 bedraagt het percentage vrouwen onder: de geregistreerde huisartsen 51,8%, de werkzame huisartsen 52,4% en de aios 77,5%. Dit percentage is hoger dan het percentage vrouwelijke geneeskundestudenten. Het percentage vrouwelijke huisartsen is sinds 2012 stabiel. Een verdere toename wordt niet verwacht. Door de instroom van vrouwelijke huisartsen en uitstroom van vooral mannelijke huisartsen, zal de geregistreerde beroepsgroep de komende jaren verder feminiseren met ongeveer **+1,7%** per jaar.

NIVEL schat het aantal werkzame huisartsen in 2016 op 11.821. Op basis van de man/vrouw-verhouding onder de werkzame huisartsen, is de capaciteit van de beroepsgroep over **8.809 fte**.⁸⁸ In het Capaciteitsplan 2013 werd uitgegaan van 8.280 fte, in 2010 van 7.353 fte en in 2008 van 7.062 fte. Tabel 28 vermeldt alle parameterwaarden voor het zorgaanbod.

⁸⁷ $\{ (0,978 \times [1 - 0,775]) + (0,979 \times 0,775) \} \times 100\% = 97,88\%$ is het extern rendement voor alle huisartsen tezamen na 1 jaar.

⁸⁸ $[(0,524 \times 0,65) + ((1 - 0,524) \times 0,85)] \times 11.821 = 8.809$ is het aantal fte aan werkzame huisartsen.

Tabel 28: Parameterwaarden zorgaanbod

Onderwerp	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013	Capaciteitsplan 2016
Werkzame huisartsen	9.809	10.371	11.133	11.821
Aantal fte	7.062	7.353	8.280	8.809
Gemiddelde fte man	0,82	0,82	0,83	0,85
Gemiddelde fte vrouw	0,55	0,55	0,64	0,65
Percentage werkzame vrouwen	36,7%	41,9%	46,4%	52,4%
Arbeidstijdverandering	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Uitstroom in 5 jaar	16,4%	14,5%	10,0%	10,5%
Uitstroom in 10 jaar	34,2%	30,2%	23,2%	20,4%
Uitstroom in 15 jaar	51,4%	44,8%	35,9%	32,5%
Uitstroom in 20 jaar	66,3%	58,0%	48,4%	44,9%
Extern rendement na 1 jaar	92,5%	94,0%	94,8%	97,9%
Extern rendement na 5 jaar	90,9%	92,7%	93,5%	93,0%
Extern rendement na 10 jaar	85,4%	88,5%	90,6%	89,8%
Extern rendement na 15 jaar	80,6%	83,3%	87,0%	86,5%
Instroom buitenland	17,6	0 ⁸⁹	14,8	9,6
% vrouwen buitenland	38,6%	48,2%	41,8%	71,4%
Rendement buitenland	85,0%	77,5%	60,0%	40,0%

⁸⁹ Bij de instroom uit het buitenland hanteert het Capaciteitsorgaan in verband met fluctuaties het gewogen 5-jaarsgemiddelde. Omdat in 2010 is afgesproken dat er geen rekening gehouden zou worden met de buitenlandse instroom, is de waarde hier nul.



6 Werkproces

6.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de verwachtingen over ontwikkelingen binnen het werkproces. Deze ontwikkelingen spelen een belangrijke rol bij de toekomstige 'match' tussen zorgvraag en zorgaanbod. De navolgende paragrafen gaan in op de parameters: vakinhoudelijke ontwikkelingen, verhouding patiëntgeboden/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-trajecten anderzijds, zal er naar verwachting meer gemaaid gaan worden. Daarnaast kunnen nieuwe technieken een meer prominente rol gaan spelen in de zorg op afstand. Tediagnostiek, telemonitoring en eHealth zijn in opkomst. Voor de huisarts kan dit leiden tot een intensivering van het reguliere werk. Ook moet hij zich verdiepen in nieuwe zorgtechnologieën. Toepassingen die momenteel in de huisartspraktijk worden gebruikt zijn: het verschaffen van online gezondheidsinformatie, de mogelijkheid om online herhaalrecepten aan te vragen, het eConsult en diverse gezondheidsapps. Deze Apps variëren van inhoud met informatie/educatie tot mogelijkheden voor automatische registratie. Denk aan dagboeken en weergave van data van sensoren in wearables en online dossierinzage en screenende en diagnostische zelftesten.

Het ministerie van VWS heeft over ontwikkelingen in de GGZ met diverse partijen aanvullende afspraken gemaakt. Een groot deel van de zorg uit de GGZ-instellingen in de tweede lijn wordt steeds vaker in de eerstelijns gegeven. Er zijn huisartsen die zich specialiseren als kaderhuisarts GGZ. Er zijn nu 32 kaderhuisartsen die zich in de GGZ hebben gespecialiseerd.⁹⁰ Ook hebben huisartsen een extra taak voor de eerste begeleiding en verwijzing van jeugdigen met gedragsproblemen. Daarnaast hebben zij de zorg voor jeugdigen die in probleemgezinnen opgroeien en voor ouders die pedagogisch onmachtig zijn om de opvoeding van hun kind in goede banen te leiden.

De parameter **vakinhoudelijke ontwikkelingen** wordt gesteld op **+0,1% tot +0,4%** per jaar, identiek aan de vorige raming. De technieken worden nu nog maar op beperkte schaal binnen de eerstelijns toegepast. Onduidelijk is of, wanneer en in welke mate deze ontwikkelingen zullen bijdragen aan het ontlasten of verzwaren van het totale takenpakket van de huisarts bij zijn werk.

6.3 Efficiency

Factoren die van invloed zijn op de efficiency zijn bijvoorbeeld de hoeveelheid administratieve handelingen van de huisarts en de beoordelingswijze van patiënten. In het eerste voorbeeld kan het gaan om het documenteren van de behandeling van een patiënt of de vergadertijd. Door het schrappen van oneigenlijke taken, effectiever vergaderen en/of een effectievere patiëntlogistiek, kan de efficiency worden verhoogd. Er hebben de afgelopen jaren verschuivingen plaatsgevonden in de verhouding patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten. Huisartsen ervaren de totale

⁹⁰ <https://chbb.lhv.nl/zoek-huisartsen-chbb-registers-bij-u-de-buurt> (register geraadpleegd op 25-07-2016)

werklust zwaarder dan voorheen. Dat betreft niet alleen de administratieve taken, maar ook de veranderingen door de implementatie van de Wlz en de gemeentelijke decentralisaties.

Huisartsen ervaren vaak hoge werkdruk door eisen van zorgverzekeraars, het aantal patiënten dat zij in korte tijd zien en de hoeveelheid aan administratieve taken. De taakverzwaring door de overheid is de voornaamste oorzaak van de werkdruk. In 2012 heeft arbeidsongeschiktheidsverzekeraar Movir onderzoek laten doen naar langdurige stressfactoren bij huisartsen. Hieruit bleek een toename van de burn-outklachten bij met name jonge en vrouwelijke artsen.⁹¹

Eind 2012 heeft het Capaciteitsorgaan het NIVEL opdracht gegeven onderzoek te doen naar de tijdsbesteding van huisartsen. De uitkomsten verschenen in december 2014 in het rapport 'Landelijk SMS-tijdsbestedingsonderzoek huisartsen'.³⁹ Deze vereisten een herziening van de in het Capaciteitsplan 2013 gebruikte parameters van het gemiddeld aantal fte dat mannelijke en vrouwelijke huisartsen werken. In april 2015 is daarom een tussentijds instroomadvies aan het ministerie van VWS aangeboden.⁴⁰

Het tijdsbestedingsonderzoek betrof een variant op de multi-momentopnametechniek, waarbij het NIVEL sms'jes als observatiemethode heeft gebruikt. Gedurende 57 weken, van december 2012 tot en met januari 2014, zijn iedere week gemiddeld negentien huisartsen gevraagd óf ze werkten, en zo ja, of ze op dat moment met een direct, indirect of niet-patiëntgebonden activiteit bezig waren. In totaal hebben 1.051 huisartsen deelgenomen en zijn er 61.320 meetmomenten gerealiseerd. In een bijlage in het bijlagenboek worden de relevante resultaten uit het SMS-tijdsbestedingsonderzoek nader toegelicht.

Een gemiddelde huisarts werkt 44 uur per week. Van deze uren besteedt hij 56% aan direct patiëntgebonden activiteiten, 26% aan indirect patiëntgebonden activiteiten en 18% aan niet-patiëntgebonden activiteiten. Er waren aanzienlijke verschillen in tijdsbesteding tussen mannelijke en vrouwelijke zelfstandig gevestigde huisartsen, HIDHA's en waarnemers. Zelfstandig gevestigde mannelijke huisartsen werken met 51,6 uur het meest en mannelijke waarnemers met 26,7 uur het minst. De verschillen tussen groepen huisartsen naar functie en geslacht kunnen voor een deel verklaard worden aan de hand van het aantal fte dat de huisartsen werkten. Met de gehanteerde methode kunnen betrouwbare uitspraken gedaan worden over de tijdsbesteding van verschillende groepen huisartsen, waarbij de onderzoeksbelasting voor de deelnemers minimaal was.⁹²

Voor het maken van visites en de protocollaire behandeling van bepaalde (chronische) patiëntgroepen kan de POH-S worden ingezet. De POH-GGZ kan patiënten met GGZ-problematiek laagdrempelig behandelen. Genoemde voorbeelden zijn gebaseerd op input van experts in de Kamer Huisartsen.

'Het Roer Moet Om'

⁹¹ Movir (november 2012). Landelijk onderzoek naar langdurige stressfactoren bij huisartsen. Nieuwegein: auteur

⁹² Hassel, D. van, Velden, L.F.J. van der, Batenburg, R.S. Diversiteit in de tijdsbesteding van huisartsen. Huisarts Wet 2016; 59 (4): 150-4

Op 11 maart 2015 heeft een actiecomité, bestaande uit huisartsen, een manifest op de deur van het ministerie van VWS gespijkerd. Dit Manifest van de Bezorgde Huisarts – met als ondertitel ‘Het Roer Moet Om’ – bevatte een noodkreet om aandacht te vragen voor de bureaucratie in de huisartsenzorg. De noodkreet trok media-aandacht en werd in korte tijd door 7.800 huisartsen en ruim 17.000 sympathisanten ondertekend.⁹³

In april 2016 verscheen een tussenrapportage van het actiecomité ‘Het Roer Moet Om’.⁹⁴ De conclusies uit deze rapportage luidde dat: zowel de bureaucratie als administratieve lasten daadwerkelijk worden teruggedrongen, er meer ruimte is gemaakt voor samenwerking en er hard is gewerkt aan nieuw kwaliteitsbeleid. Bovenal is het vertrouwen tussen huisarts en zorgverzekeraar gegroeid. Het werk is niet af, maar de betrokken partijen zijn positief over de geboekte resultaten.

Persoonsgerichte geneeskunde versus persoonsgerichte zorg

Het verschil tussen persoonsgerichte geneeskunde en persoonsgerichte zorg is het verschil tussen zorg in theorie praktijk. Bij persoonsgerichte geneeskunde ligt de focus bijvoorbeeld primair op DNA-profielen en het maken van een schatting van de persoonlijke kans op ziekte(-n), dan wel de kans op (in-)effectieve behandeling. Persoonsgerichte zorg betreft voornamelijk de communicatie met de patiënt en gedeelde besluitvorming op basis van de persoonlijke wensen en voorkeuren van de patiënt. Meer persoonsgerichte zorg hoort zowel thuis bij vakinhoudelijke ontwikkelingen als efficiency. Het impliceert immers niet alleen een andere manier van werken, maar vraagt ook een tijdsinvestering van de huisarts. Met name in het begin kost persoonsgerichte zorg de huisarts extra tijd. Op termijn kan dat positieve effecten hebben als patiënten zich bijvoorbeeld meer gehoord voelen en daarmee de therapietrouw wordt verhoogd. Vooralsnog is de investering echter groter dan de geanticipeerde winst.

Op basis van de hiervoor genoemde en ingezette ontwikkelingen, wordt de parameter **efficiency** geschat op jaarlijks **0%**.

6.4 Horizontale substitutie

Substitutie kent twee afzonderlijke componenten. Horizontale substitutie betreft de verschuiving van taken van een ander geneeskundig specialist naar de huisarts (of andersom). Verticale taakherstelling betreft de verschuiving van taken van de huisarts naar lager opgeleid (medisch) personeel zoals de doktersassistente, de POH-S, de POH-GGZ, de praktijkverpleegkundige, de physician assistant (PA) en de verpleegkundig specialist (VS).

Huisartsen hebben de laatste jaren veel taken van de tweede lijn overgenomen, zowel in het voortraject – qua diagnostiek van aandoeningen – als in de routinezorg na consultatie door een medisch specialist. De ontwikkeling van de NHG-standaarden en van transmurale afspraken heeft hier sterk aan bijgedragen. De diabeteszorg is een goed voorbeeld van de verplaatsing van een groot deel van de tweedelijnszorg naar de eerstelijns. Toch zijn er nog obstakels die verdergaande substitutie in de weg staan. Het ministerie van VWS onderzoekt nu welke hindernissen er zijn en hoe deze genomen kunnen worden, omdat het veel waarde hecht aan taakherstelling binnen de gezondheidszorg.

⁹³ Bots, P., Buijs, S. van den, Donner, M., et al. (mei 2015). Help! De dokter... Haarlem: Actiecomité Het Roer Moet Om

⁹⁴ Actiecomité Het Roer Moet Om (april 2016). Het Roer Gaat Om. Tussenrapportage. Haarlem: auteur

Integratie HAP-SEH

Een voorbeeld van horizontale taakherschikking betreft de integratie tussen huisartsposten (HAP) en de spoedeisende hulp (SEH). Op steeds meer plaatsen is substitutie van SEH naar HAP gerealiseerd. Door het ontbreken van landelijke richtlijnen gebeurt dit in de vorm van lokale projecten. Integratie tussen HAP en SEH is patiëntvriendelijk, maakt dat de huisarts zijn poort-wachtersfunctie behoudt én zorgt ervoor dat patiënten in de ANW-uren op zorg kunnen rekenen.

De integratie van beide onderdelen met één centrale balie op de 'Spoedpost' zorgt voor nauwere samenwerking in de regionale triage van spoed (huisartsen-)zorg tijdens ANW-uren. Dit verhoogt de kwaliteit van (patiënten-)zorg. De communicatielijnen tussen de huisarts en het ziekenhuis worden immers verkort. De samenwerking kan leiden tot verlaging van de totale zorgkosten.^{95,96}

De parameter **horizontale substitutie** is vastgesteld op **+1,2% tot +1,6%** per jaar. In het Capaciteitsplan 2013 was dit nog +1,0% tot +1,5% per jaar.

6.5 Verticale substitutie

Verticale taakherschikking binnen de eerstelijns betreft het structureel verschuiven van taken van de huisarts naar lager opgeleide professionals. Het NIVEL heeft berekend dat huisartsen minimaal 11% en maximaal 34% van de taken delegeren.¹⁸ Dit was 9 jaar geleden minimaal 4% en maximaal 14%. De extra taakherschikking die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden, is substantieel en de variatie tussen huisartspraktijken onderling is groot. In de raming van 2008 is die ontwikkeling onderschat. Het lijkt erop dat het deel van de huisartsgeneeskundige zorg dat door aanverwante disciplines kan worden verzorgd – groter is dan in de ramingen van 2010 en 2013 is gedacht.

In de afgelopen 9 jaar is de totale omvang van de zorgvraag gestegen met minimaal 3,7% tot maximaal 6,6% per jaar. Daarbij geldt dat de geleverde zorg door huisartsen met 2,6% per jaar is gestegen en de zorg door ondersteuners met 30,6% per jaar. In de nabije toekomst kan vooral het aantal POH-GGZ snel gaan groeien. Maar ook aan de groei van de POH-S lijkt vooralsnog geen einde te zijn gekomen. Het lijkt daarom logisch om – vooral als de groei van de zorgvraag hoog wordt ingeschat – ook rekening te houden met een hoge groei van de praktijkondersteuners.

Op basis van onderzoek van het NIVEL naar de arbeidsmarkt van POH's is voor de **parameter verticale taakherschikking** een percentage gehanteerd van **-1,0% tot -1,6%** per jaar. In het Capaciteitsplan 2013 werd deze parameter (nog) geraamd op -0,6% tot -1,2%. Het Capaciteitsorgaan acht het aannemelijk dat verticale taakherschikking een meer prominente speelt – en zal kunnen spelen – dan in 2008 werd gedacht. Experts stellen wel dat de substitutie van taken ook extra werk voor de huisarts met zich brengt.

⁹⁵ <https://www.laurentiusziekenhuisroermond.nl/over-laurentius/actueel/huisartsenpost-komt-bij-spoedplein-laurentius-ziekenhuis>

⁹⁶ InEen (maart 2016). Symposium 'Samen in Acute Zorg'

6.6 Conclusie werkproces

Technologische zorgtoepassingen hebben minder snel hun entree in de gezondheidszorg gemaakt dan verwacht. Dat komt niet alleen door met de onbekendheid onder huisartsen om deze toepassingen in hun eigen praktijk te introduceren en de kosten ervan. Het komt voornamelijk door de diversiteit aan aanbieders op de markt en de huidige onderlinge incompatibiliteit van de diverse systemen.

Door actiecomité Het Roer Moet Om is in 2015 een nieuwe weg ingeslagen om de bureaucratie en administratieve lasten terug te dringen en intensiever samen te werken met ketenpartners en zorgverzekeraars. De eerste resultaten daarvan zijn positief.

Persoonsgerichte zorg en interprofessioneel werken zijn betrekkelijk nieuwe ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde. Op termijn zullen deze tendensen bijdragen aan het verbeteren van de efficiency. Vooralsnog zitten deze in de ontwikkelfase en kosten zij meer energie dan zij winst opleveren.

Zowel horizontale als verticale taakherschikking maken de laatste jaren hun opmars. De overheid propageert dit en investeert hierin. Ook de professionals binnen de gezondheidszorg zelf zien horizontale taakherschikking als effectieve manier om de groeiende zorgkosten beheersbaar te houden. Met name verticale substitutie blijkt op de huisartspraktijk goed ingebed te zijn; zelfs sterker dan aanvankelijk gedacht en geraamd. Desondanks is de overname van diverse taken door anderen niet één-op-één. Naast een verlichting in zijn takenpakket krijgt de huisarts ook extra taken erbij, zoals het coachen en begeleiden van de ondersteuners en het periodiek controleren van de uitvoering van de taken.

In tabel 29 worden de parameterwaarden uit het werkproces vergeleken met die in eerdere Capaciteitsplannen.

Tabel 29: Parameterwaarden werkproces, procentuele veranderingen per jaar

Parameters	Capaciteitsplan 2008	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013	Capaciteitsplan 2016
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	0,1% tot 0,2%	0,1% tot 0,2%	0,1% tot 0,4%	0,1% tot 0,4%
Efficiency	0,2% tot 0,4%	0,2% tot 0,4%	0,3% tot 0,5%	0,0%
Horizontale substitutie	0,5% tot 1,0%	0,5% tot 1,0%	1,0% tot 1,5%	1,2% tot 1,6%
Verticale substitutie	-0,6% tot -1,2%	-0,6% tot -1,2%	-0,6% tot -1,2%	-1,0% tot -1,6%



7 Scenario's

7.1 Inleiding

De experts kwamen bij sommige parameters niet tot overeenstemming over één waarde. De experts waren het dan wel eens over de ontwikkeling, maar waren het oneens of twijfelden over de mate waarin deze zal optreden. In dat geval zijn voor die parameter twee waarden voor het model beschikbaar: de “minimale” waarde (conservatieve schatting) en de “maximale” waarde (extreme schatting). De minimale waarde is de waarde die het dichtst bij 0% zit en leidt dus tot de kleinste verandering van de zorgvraag.

In deze raming is dezelfde systematiek gebruikt als in het Capaciteitsplan 2013. De benaming van de scenario's, voorheen varianten, is niet altijd dezelfde als in 2013. De scenariobenaming is aangepast om nog beter aan te sluiten bij de inhoud van het betreffende scenario.

Tabel 30 vermeldt welke parameters al dan niet zijn verwerkt in de volgende scenario's. De scenario's worden met een cijfer aangeduid. In de volgende parafen worden de scenario's nader toegelicht en uitgewerkt. Een aantal scenario's zijn gekoppeld. Scenario 2 en 3, 4 en 5, 6 en 7 en tenslotte 8 en 9 onderscheiden zich enkel van elkaar in het al dan niet hebben van een tijdelijke (✓-) of doorgaande trend (✓+). De parameterwaarden die een tijdelijke trend hanteren, kennen steeds een looptijd van 10 jaar. De doorgaande trend stopt niet. De parameters die altijd zónder doorgaande trend zijn: de onervulde vraag, demografie en huidige instroom in de opleiding.

Bijlage 1 geeft achtergrondinformatie over het rekenmodel. Bijlage 3 is een overzicht van alle parameterwaarden die zijn gehanteerd in het rekenmodel. Dit betreft dezelfde waarden die in eerdere hoofdstukken staan vermeld bij de conclusies.

De uitkomsten van alle scenario's zijn terug te vinden in het tabellenboek van NIVEL en Kiwa Carity, dat op de website van het Capaciteitsorgaan is gepubliceerd. In de navolgende paragrafen worden naast het basisscenario alle scenario's uitgewerkt.

Tabel 30: Gehanteerde parameters per scenario, met tijdelijk (✓-) of doorlopende trend (✓+)

Scenario	Basis	Demografie	Werkproces, tijdelijke trend	Werkproces, doorlopende trend	Verticale substitutie, t.t.	Verticale substitutie, d.t.	Arbeidstijdverandering, t.t.	Arbeidstijdverandering, d.t.	Maximale parameterwaarden, t.t.	Maximale parameterwaarden, d.t.
Parameter eventueel met tijdelijke of doorlopende trend										
Vraag										
onvervulde vraag		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
demografie		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
epidemiologie minimale waarde			✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+		
epidemiologie maximale waarde									✓-	✓+
sociaal-cultureel minimale waarde			✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+		
sociaal-cultureel maximale waarde									✓-	✓+
Werkproces										
vakinhoudelijke ontwikkelingen minimale waarde			✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+		
vakinhoudelijke ontwikkelingen maximale waarde									✓-	✓+
efficiency minimale waarde			✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+		
efficiency maximale waarde									✓-	✓+
horizontale substitutie minimale waarde			✓-	✓+	✓-	✓+	✓-	✓+		
horizontale substitutie maximale waarde									✓-	✓+
verticale substitutie minimale waarde							✓-	✓+		
verticale substitutie maximale waarde									✓-	✓+
Aanbod										
Arbeidstijdverandering							✓-	✓+	✓-	✓+
huidige instroom in de opleiding	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

✓-: parameter werkt door tot 2026 (tijdelijke trend)

✓+: parameter blijft doorwerken (doorlopende trend)

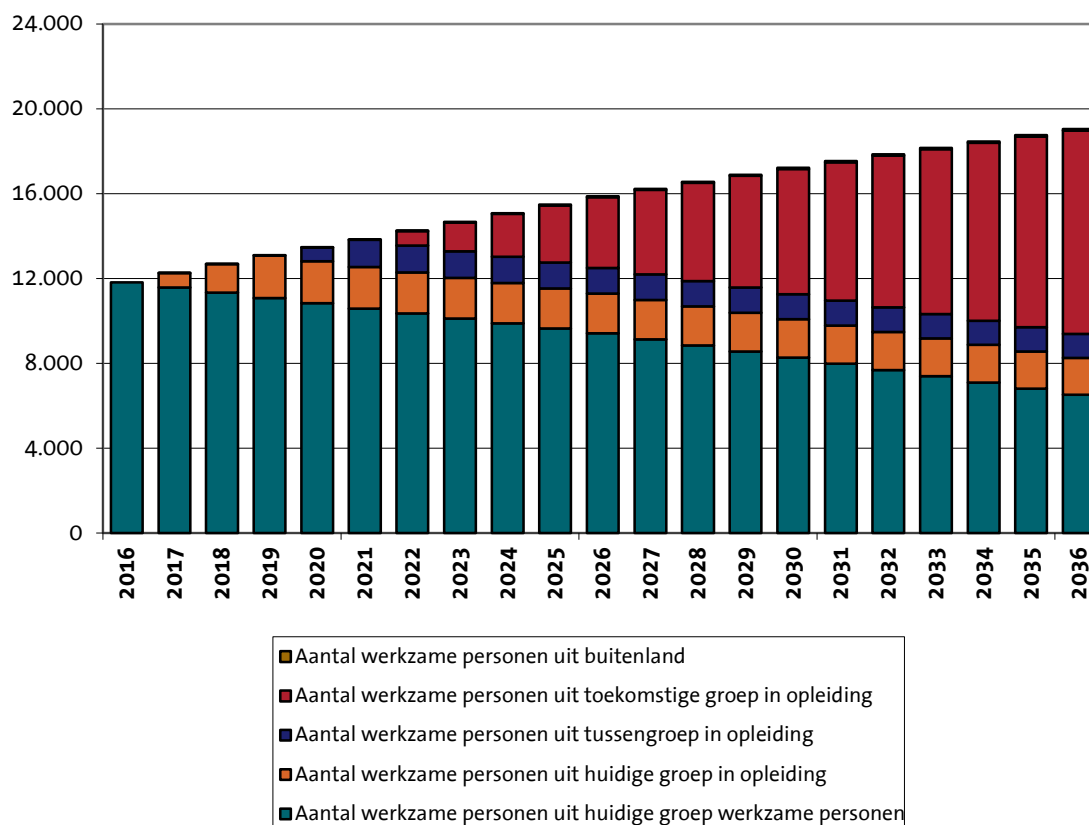
7.2 Basisscenario

Het **basisscenario** is eigenlijk het theoretische vertrekscenario en werd in voorgaand Capaciteitsplan het 'status-quo scenario' genoemd. Dit scenario beperkt zich tot het doorrekenen van de capaciteit aan huisartsen bij handhaving van de huidige instroom in de huisartsopleiding in de komende periode. Het scenario focust enkel en alleen op de aanbodzijde van het systeem. De bruikbaarheid ervan is beperkt, omdat ontwikkelingen in vraag en aanbod volledig worden genegeerd. Het scenario geeft aan wat er met het aanbod aan huisartsen plaatsvindt in een status-quo situatie, ofwel als er geen nieuwe beleidsinput meer is en de huisartsopleiding de huidige instroom continueert zonder enige

bijstelling op basis van nieuwe ontwikkelingen in vraag-, aanbod- en/of opleidingszijde. Een dergelijk beleidsvacuüm is niet erg realistisch en wordt daarom in dit deelrapport verder alleen gebruikt ter illustratie van de capaciteitsontwikkeling bij ongewijzigd beleid (0-meting).

Figuur 14 toont in het aantal werkzame huisartsen dit scenario. De instroom in de opleiding blijft dan de komende 20 jaar 750 aios. Dat is de door het ministerie van VWS gesubsidieerde instroom die momenteel gebruikt wordt⁴². Met dit scenario blijft het aantal werkzame huisartsen de komende jaren stijgen. Op de stijging in de komende 3 jaar (de nominale opleidingsduur) heeft enkel beleid voor de zij-instroom invloed. Als de huidige instroom van 750 aios de komende 14 jaar *niet* verandert, zijn er in 2034 18.458 huisartsen actief, waarvan er 7.097 op dit moment reeds werkzaam zijn.

Figuur 14: Aantal huisartsen in het basisscenario



Bron: NIVEL 2016

7.3 Demografie scenario

In het demografiescenario berekent het Capaciteitsorgaan de zorgvraag door het huidige aantal fte geregistreerde huisartsen aan te vullen met de actuele onvervulde vraag, gemeten in fte. Het daaruit resulterend aantal fte is het uitgangspunt voor de zorgvraag en wordt vervolgens gecorrigeerd voor de toekomstige demografische samenstelling. Voor de demografische ontwikkeling wordt de

zogenaamde ‘middenvariant’ van de meest recente CBS bevolkingsprognose gebruikt. Omdat huisartsen zich bezighouden met de gehele populatie, zijn alle leeftijdsgroepen vertegenwoordigd. De parameter demografie is berekend voor de periode tot 2021, 2026, 2031 en 2036.

In de ramingen wordt uitgegaan van twee referentie jaren voor het bereiken van evenwicht tussen vraag en aanbod: 2028 voor de korte termijn en 2034 voor de lange termijn. Deze termijnen lijken vrij lang; het eerste evenwichtsjaar (2028) wordt immers pas over 12 jaar bereikt. Het advies uit dit deelrapport wordt echter op zijn vroegst pas in 2018 geïmplementeerd en in de praktijk toegepast. In 2021, 3 jaar later, schrijven de eerste huisartsen van deze lichting zich in in het register. De laatste specialisten die in 2028 in het register worden bijgeschreven, starten in 2025 als aios aan de opleiding. Dat betekent dat de onderliggende opleidingsperiode loopt van 2018 tot 2025, ofwel 7 jaar. Voor het tweede evenwichtsjaar betekent dit dat de opleidingsperiode loopt van 2018 tot 2031, ofwel 13 jaar. Het Capaciteitsorgaan hanteert de korte termijn bij voorkeur als er momenteel sprake is van grote verschillen tussen vraag en aanbod, met als doel deze verschillen sneller weg te werken. De resulterende instroom aan nieuwe aios zal dan wel wat hoger (of juist lager) zijn dan bij evenwicht op de lange termijn, waarbij het tekort (of overschot) geleidelijker wordt weggewerkt. Onder normale omstandigheden heeft dat laatste de voorkeur van het Capaciteitsorgaan, omdat het gemakkelijker te organiseren is voor de opleidingen.

Als de zorgvraag is geraamd voor de twee evenwichtsjaren, wordt vervolgens aan de hand van de huidige beschikbare capaciteit – en de verwachte capaciteit van al in opleiding zijnde aios – berekend hoeveel van deze totale capaciteit aan huisartsen in 2028 en 2034 nog werkt als huisarts. Daarna berekent het Capaciteitsorgaan het verschil tussen de geraamde zorgvraag volgens dit scenario en het berekende resterende zorgaanbod in 2028/2034. Dit is het uitgangspunt voor de berekening van het aantal aios dat vanaf 2018 opgeleid dient te worden om evenwicht te genereren in respectievelijk 2028 en/of 2034.

In tabel 31 wordt voor het demografiescenario de geraamde zorgvraag getoond, in combinatie met het aantal aios dat jaarlijks moet instromen om evenwicht in het vroege of late evenwichtsjaar te bereiken. Voor de huisartsgeneeskunde betekent dit het volgende: momenteel zijn er 11.821 geregistreerde huisartsen ook daadwerkelijk werkzaam. Dit correspondeert met 8.809 fte. Dit is berekend op basis van de man/vrouw-verhouding en het aantal uren dat beiden gemiddeld per week werkzaam zijn. De huidige onervulde vraag is in het demografiescenario vastgesteld op 0%, en maakt dat in dit scenario alleen de demografische ontwikkeling bepalend is voor het aantal huisartsen dat in 2028 en 2034 nodig zal zijn. Dan berekent het Capaciteitsorgaan de corresponderende instroom in de opleiding.

Tabel 31: Demografie scenario; huisartsen

Evenwichtsjaar	2028			2034		
Scenario	Aantal fte	Aantal personen	Instroom aios	Aantal fte	Aantal personen	Instroom aios
Demografie	9.782	13.588	269	10.194	14.340	382

Op basis van de huidige instroom in de opleiding van 750 aios per jaar, zijn in het demografie scenario beduidend minder aios nodig. Zoals gezegd wordt in dit scenario slechts ten dele rekening gehouden met de zorgvraagparameters (enkel demografie en on vervulde vraag). De werkprocesparameters worden zelfs helemaal niet meegewogen.

7.4 Werkprocesscenario's met tijdelijke of doorlopende trend

Deze twee scenario's vullen het voorgaande beleidsarme scenario aan. In de eerste plaats wordt de toekomstige zorgvraag nu niet enkel gecorrigeerd voor de on vervulde vraag en demografie, maar tevens voor de epidemiologische en sociaal-culturele factoren. Daardoor is de toekomstige zorgvraag in deze scenario's volledig in beeld. Ook wordt nu gekeken naar een aantal geschatte parameters in het werkproces, namelijk de vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency én horizontale substitutie. Als een parameterwaarde eerder twee waardes toegekend heeft gekregen, wordt telkens de minimale (ofwel de dichtst bij 0% liggende) en dus meest behoudende waarde gehanteerd. De trends in het werkproces kunnen na 10 jaar worden stopgezet (tijdelijke trend) of gedurende de hele ramingsperiode blijven doorlopen (doorlopende trend). De gedachte daarachter is dat trends niet oneindig kunnen blijven doorgaan. Sommige 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 van deze trends op de verschillende scenario's en kunnen scenario's onderling gemakkelijker vergeleken worden.

Binnen de huisartsgeneeskunde is horizontale substitutie met andere medisch specialisten al jaren in ontwikkeling. Huisartsen nemen veel taken van de tweede lijn over, zowel in het voortraject van als in de routinezorg na consultatie door een medisch specialist. De ontwikkeling van zowel de NHG-standaarden als de transmurale afspraken hebben hieraan sterk bijgedragen. De huisarts krijgt meer werk door: wijzigingen in de Wlz-wetgeving en decentralisaties naar de gemeenten van jeugdzorg, GGZ-problematiek en de Wmo. De integratie van HAP en SEH-afdelingen van ziekenhuizen krijgt meer vorm en is net als anderhalvelijnszorg een voorbeeld van hoe aan horizontale taakherschikking vorm gegeven wordt. (Zie par **Fout! Verwijzingsbron niet gevonden..**)

Tabel 32 toont voor beide werkprocesscenario's de geraamde zorgvraag in aantal benodigde (fte) huisartsen. Ook is het aantal aios te zien dat jaarlijks moet instromen om evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken in het vroege (2028) of late evenwichtsjaar (2034).

Tabel 32: Werkproces scenario's met tijdelijke of doorlopende trend; huisartsen

Evenwichtsjaar	2028			2034		
Scenario	Aantal fte	Aantal personen	Instroom aios	Aantal fte	Aantal personen	Instroom aios
Werkproces, tijdelijke trend	12.227	17.107	840	12.742	18.008	710
Werkproces, doorlopende trend	12.716	17.811	954	14.781	20.943	972

Om evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken in 2028, is vanaf 2018 een jaarlijkse instroom van 840 tot 954 aios huisartsgeneeskunde nodig, afhankelijk of uitgegaan wordt van een tijdelijke of

een doorlopende trend. Als pas in 2034 een evenwicht bereikt hoeft te worden, is een jaarlijkse instroom nodig in de huisartsopleiding vanaf 2018 710 tot 972 aios.

7.5 Arbeidstijdverandering scenario's

In de systematiek van het Capaciteitsorgaan volgen nu twee scenario's die de effecten tonen van toekomstige arbeidstijdverandering door cao-afspraken of veranderingen in de ratio loondienst/vrij ondernemerschap. Voor de huisartsen – die grotendeels als zelfstandig gevestigd ondernemer werken – gelden geen cao-afspraken. Voor de huisartsen die in loondienst werken (HIDHA's, waarnemers en HID's), worden de komende jaren geen arbeidstijdveranderingen verwacht. Daarom worden deze twee scenario's niet nader uitgewerkt.

7.6 Verticale substitutiescenario's met tijdelijke of doorlopende trend

In deze scenario's worden *alle* zorgvraag- en werkprocesparameters doorberekend. Ook het effect van verticale substitutie – het verschuiven van taken naar lager opgeleide professionals – op de geraamde zorgvraag wordt dus meegenomen. De behoefte aan huisartsen is lager door de impact van verticale substitutie op het werkproces van de huisartsenzorg. Deze scenario's zijn de meest beleidsrijke die het Capaciteitsorgaan hanteert. Verticale substitutie wordt immers alleen gerealiseerd indien de betrokken beroepsgroepen, de werkgevers, de overheid en de zorgverzekeraars de mogelijkheden daartoe scheppen én benutten.

Tabel 33: Verticale substitutie scenario's met tijdelijke of doorlopende trend

Evenwichtsjaar	2028			2034		
Scenario	Aantal fte	Aantal personen	Instroom aios	Aantal fte	Aantal personen	Instroom aios
Verticale substitutie, tijdelijke trend	11.004	15.348	555	11.468	16.174	546
Verticale substitutie, doorlopende trend	11.190	15.615	599	12.120	17.113	630

In tabel 33 staat de geraamde zorgvraag in het aantal benodigde (fte) huisartsen. Ook staat hier het aantal aios dat ieder jaar in moet stromen om de geraamde evenwichten te bereiken tussen vraag en aanbod in het vroege (2028) of late evenwichtsjaar (2034). Voor evenwicht in 2028 is vanaf 2018 een jaarlijkse instroom van 555 tot 598 aios huisartsgeneeskunde nodig, afhankelijk of uitgegaan wordt van een tijdelijke of een doorlopende trend. Als het bereiken van evenwicht wordt uitgesteld tot 2034, gaat het om een jaarlijkse instroom van 546 tot 630 aios.

7.7 Maximale parameterwaardenscenario's met tijdelijke of doorlopende trend

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

Tabel 34: Maximale parameterwaardenscenario's met tijdelijke of doorlopende trend

Evenwichtsjaar	2028			2034		
Scenario	Aantal fte	Aantal personen	Instroom aios	Aantal fte	Aantal personen	Instroom aios
Maximale parameterwaarden, tijdelijke trend	11.832	16.539	748	12.330	17.416	657
Maximale parameterwaarden, doorlopende trend	12.077	16.891	805	13.006	18.388	744

In tabel 34 wordt de geraamde zorgvraag getoond in het aantal benodigde (fte) huisartsen. Daarbij wordt ook het aantal aios getoond dat jaarlijks in moet stromen om evenwicht te bereiken tussen vraag en aanbod in het vroege (2028) of late evenwichtsjaar (2034). De instroomaantallen variëren nu van 657 aios (bij tijdelijke trend en evenwicht in 2034) tot 805 aios (bij tijdelijke trend en evenwicht in 2028).

Het hanteren van de maximale parameterwaarden in deze twee scenario's betekent niet dat er in deze scenario's ook per definitie meer huisartsen opgeleid dienen te worden. De maximale waarden worden namelijk gevormd door zowel negatieve als positieve parameters die een tegengesteld effect hebben op het aantal benodigde huisartsen in de twee evenwichtsjaren. Bij +1,6% voor de factor sociaal-cultureel en/of horizontale substitutie zullen in 2028 en 2034 meer huisartsen nodig zijn. Bij -1,6% verticale substitutie zullen er in beide evenwichtsjaren juist minder huisartsen vereist zijn om aan de zorgvraag te voldoen.

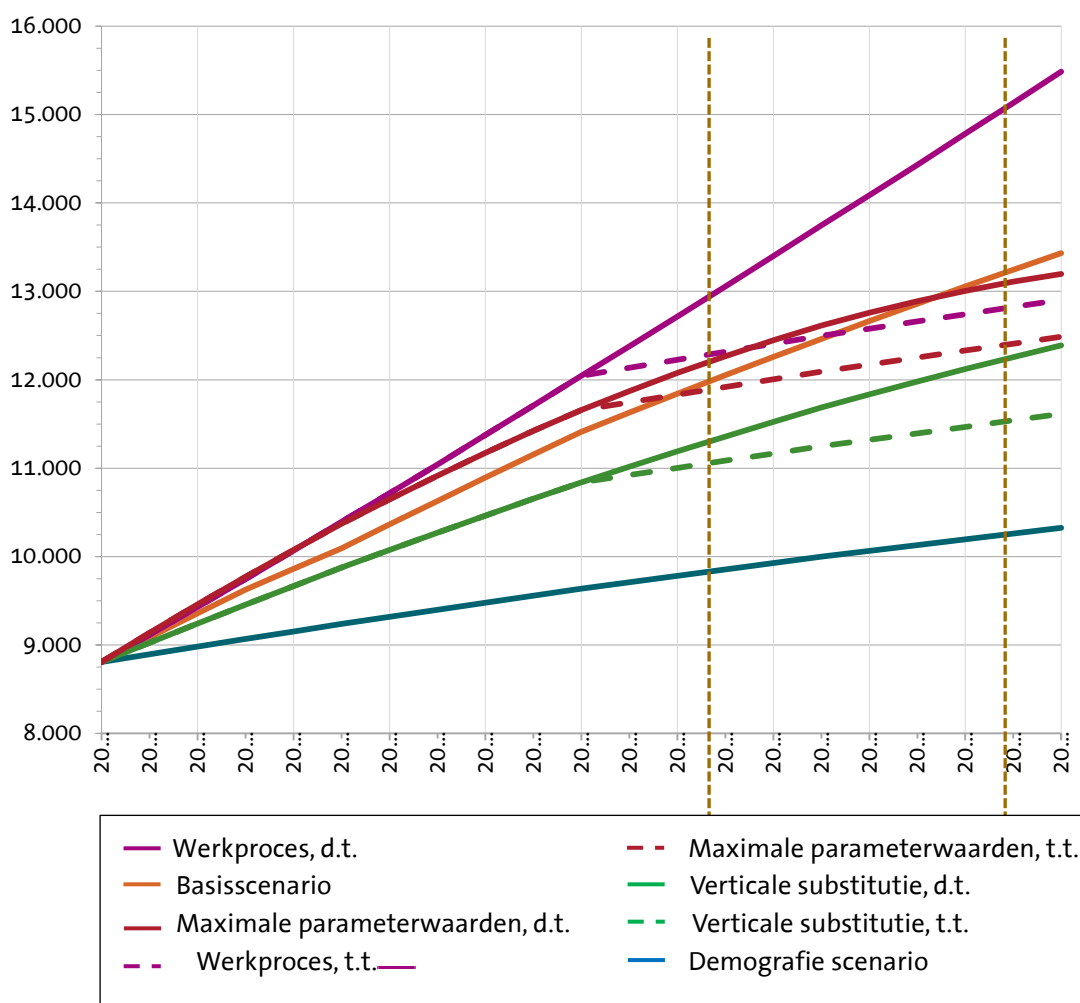
7.8 Overzicht zorgvraagontwikkeling per scenario

Tabel 35 geeft een samenvatting van de scenarioberekeningen. In figuur 15 staat hoe de scenario's de verwachte zorgvraag beïnvloeden in de periode 2016-2036. Het totale tijdsbestek is 20 jaar, omdat de parameters demografie en uitstroom voor 20 jaar zijn doorberekend. Beide evenwichtsjaren zijn in de figuur met stippellijnen aangeduid.

Tabel 35: Samenvatting scenario's met aantal fte en aantal huisartsen in 2028 en 2034

Evenwichtsjaar	2028			2034		
Scenario	Aantal fte	Aantal personen	Instroom aios	Aantal fte	Aantal personen	Instroom aios
Basisscenario	9.782	13.588	269	10.194	14.340	382
Werkproces, tijdelijke trend	12.227	17.107	840	12.742	18.008	710
Werkproces, doorlopende trend	12.716	17.811	954	14.781	20.943	972
Verticale substitutie, tijdelijke trend	11.004	15.348	555	11.468	16.174	546
Verticale substitutie, doorlopende trend	11.190	15.615	598	12.120	17.113	630
Maximale parameterwaarden, tijdelijke trend	11.832	16.539	748	12.330	17.416	657
Maximale parameterwaarden, doorlopende trend	12.077	16.891	804,8	13.006	18.388	743,8

Figuur 15: Zorgvraagontwikkeling in fte huisartsen voor zeven verschillende scenario's, 2016-2036



Figuur 15 laat zien dat in het demografiescenario, waarin enkel de onervulde vraag en demografische veranderingen zijn meegenomen om de toekomstige zorgvraag te ramen, er al een toename van de vraag naar huisartsen te verwachten is. De zorgvraag stijgt van 8.809 fte huisartsen in 2016 naar 10.194 fte in 2034, hetgeen een toename is van 15,7%.

In de werkprocesscenario's wordt naast de onervulde vraag en demografie tevens rekening gehouden met de andere parameters in de vraagontwikkeling, plus een aantal parameters uit het werkproces. De toevoeging van epidemiologie, sociaal-culturele, vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale substitutie, resulteert in de twee lichtpaarse lijnen die de hoogste vraag naar huisartsen in het eerste evenwichtsjaar vormen. In het tweede evenwichtsjaar gaat in het scenario met doorlopende trend de lijn – min of meer lineair – omhoog tot 14.781 fte huisartsen in 2034. In het scenario met tijdelijke trend buigt de lijn af om uit te komen op 12.742 fte huisartsen in het tweede evenwichtsjaar. Dit betreft toenames van respectievelijk 44,6% en 67,8%.

De verticale substitutie scenario's bevatten naast eerder genoemde parameters ook de effecten van verticale substitutie. De zorgvraag stijgt in deze twee scenario's naar respectievelijk 11.468 fte huisartsen in 2034 bij een tijdelijke trend en 12.120 fte bij een doorgaande trend. Dit betreft toenames van het aantal fte huisartsen met respectievelijk 30,2% en 37,6% ten opzichte van de huidige situatie. De (groene) lijnen liggen in beide scenario's gedurende het gehele tijdsbestek lager dan die van het tweede en derde scenario. Dat weerspiegelt verwachtingen van de experts voor de effecten van verticale substitutie. Hierdoor zijn er op termijn verhoudingsgewijs minder huisartsen nodig door taakherschikking naar lager opgeleid personeel.

In de maximale parameterwaardenscenario's wordt voor de parameters met een bandbreedte steeds de extreme waarde gebruikt. Het resultaat is dat de voorspelde vraag naar huisartsen in 2034 naar 12.330 fte huisartsen stijgt bij een tijdelijke trend en naar 13.006 fte bij een doorgaande trend. Dat zijn stijgingen van respectievelijk 40,0% en 47,6%. De (rode) lijn van de doorgaande trend vlakt na 2030 sterker af dan de andere scenario's met doorgaande trend. De onderkant van de figuur wordt gevormd door het basisscenario.

8 Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de vraag welke scenario's het Capaciteitsorgaan kiest als meest passend voor het advies over de jaarlijkse instroom in de huisartsopleidingen met ingang van 2018. Deze keuze wordt bepaald door de huidige en verwachte beleidsontwikkelingen en de belangrijkste actuele onzekerheden daarover. Deze geanticipeerde ontwikkelingen worden samengevat in paragraaf 8.2 en paragraaf 8.3. Vervolgens wordt op basis van deze informatie in paragraaf 8.4 beargumenteed welke twee scenario's het Capaciteitsorgaan het meest waarschijnlijk acht. In paragraaf 8.5 wordt ten slotte het advies geformuleerd dat in 2016 aan de minister van VWS wordt gegeven.

8.2 Beleidsontwikkelingen

8.2.1 LHV

De landelijke Huisartsenvereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) hebben eind 2012 hun Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 geformuleerd. Zowel de beroepsvereniging als de wetenschappelijke vereniging van huisartsen hebben deze visie destijds in nauw overleg met hun leden ontwikkeld. Het draagvlak voor de visie was groot en huisartsen zijn bereid om deze in hun eigen werkzaamheden te implementeren.

Deze toekomstvisie staat in het teken van meer kleinschalige, persoonsgerichte zorg dichtbij de patiënt, waarbij het versterken van de relatie tussen patiënt en huisarts centraal staat. Dat betekent dat iedere patiënt een vaste, eigen huisarts heeft en dat er bij zijn of haar afwezigheid ook een tweede vaste huisarts is die de patiënt kent.

De Nederlandse huisartsenzorg heeft continuïteit hoog in het vaandel staan en daarom is in de toekomstvisie voorgesteld dat de huisarts in 2022 minimaal drie contactdagen per week heeft voor zijn patiënten. De inzet van informatie- en communicatietechnologie (ICT) kan hierbij behulpzaam zijn, zodat patiënt en huisarts elkaar ook via de digitale weg gemakkelijker kunnen vinden dan voorheen.

Motto

Het leidende motto, namelijk 'modernisering naar menselijke maat', was herkenbaar in de doelstelling van **meer flexibele openingstijden**. Voor een efficiënte communicatie met patiënten zou er meer gebruik gemaakt moeten worden van ICT-toepassingen. Het zelf online (24 uur/dag) kunnen maken van een afspraak met de huisarts was één van de doelstellingen in de toekomstvisie. De meer flexibele openingstijden zouden de mogelijkheid bieden – aan zowel de huisarts als de patiënt – om zorg op het gewenste moment te kunnen bieden en ontvangen.

Het motto was tevens herkenbaar in de doelstelling van een **breed zorgaanbod**. De zorgvraag groeit en verandert continu en de zorg rondom de patiënt wordt alsmaar complexer. Het streven om de patiënt zoveel mogelijk zorg dichtbij huis te bieden, maakt de samenwerking met andere zorgverleners in de buurt – zoals wijkverpleegkundigen, apothekers en psychologen – steeds belangrijker. De toekomstvisie pleitte daarom voor lokale en regionale samenwerkingsverbanden om patiënten een

breed (lokaal) zorgaanbod te kunnen aanbieden. Zo zou het namelijk mogelijk zijn om de zorg aan de patiënt dicht in de buurt te leveren, terwijl de onderlinge samenwerking tussen de hulpverleners op afstand – en eventueel zelfs virtueel – zou worden georganiseerd.

8.2.2 Overheidsbeleid

De groei van de vraag naar gezondheidszorg, de betere diagnostische methoden, geavanceerde behandelmethoden en duurdere geneesmiddelen hebben er gezamenlijk voor gezorgd dat de totale kosten voor de gezondheidszorg in snel tempo zijn gestegen. Dit heeft ertoe geleid dat het (huidige) kabinet in het regeerakkoord van oktober 2012 – met de naam ‘Bruggen slaan’⁹⁷ – er onder meer voor heeft gepleit om de huisarts een sleutelrol te geven. De focus op zinnige en zuinige zorg werd in drie thema’s nader uitgewerkt, namelijk: zorg dichtbij, substitutie van tweedelijnszorg door eerstelijnszorg en wijkverpleging en populatiegebonden bekostiging.

Zorg dichtbij

Met Zorg dichtbij wordt bedoeld dat minder complexe zorg dicht bij de mensen geleverd moet worden. Zinloos medisch handelen moet daarbij zoveel mogelijk worden tegengegaan; zowel belangrijk voor de individuele patiënt als in het kader van kostenreductie. Goede bereikbaarheid van huisartsenzorg en de integratie van Spoedeisende hulp (SEH) en Huisartsenposten (HAP) dienen het gebruik van dure zorg in het ziekenhuis te voorkomen. Dit pakket van maatregelen vormde het fundament voor een sterkere eerste- en anderhalvelijnszorg, dicht bij de mensen en met de huisarts in een sleutelrol.

Substitutie van tweedelijnszorg naar de eerstelijns

De eerstelijns gaat zorg van de tweedelijns overnemen. Dit wordt gerealiseerd door het ontmoedigen van onnodige doorverwijzingen en het bevorderen van chronische zorg binnen de eerstelijns. Met ingang van 2015 heeft de overheid zich ten doel gesteld om te investeren in wijkverpleging met extra wijkverpleegkundigen. Het investeringsbedrag loopt minimaal op tot 250 miljoen in 2017. De financiering zou tot stand komen uit geld dat komt uit medische zorg in de tweede lijn. Zo wordt bevorderd dat meer zorg dicht bij de mensen thuis wordt geleverd.

Populatiegebonden bekostiging

Ook in het regeerakkoord speelt ‘populatiegebonden bekostiging’ een belangrijke rol. Hierin is afgesproken dat de basisspoedzorg (SEH/HAP) bekostigd zal worden door middel van populatiegebonden bekostiging, inclusief ‘afspraken voor aanvullende beloning met zorgverzekeraars’. Populatiegebonden bekostiging betekent dat zorgaanbieders een bedrag krijgen per inwoner of verzekerde in hun populatie, of deze persoon nu zorg gebruikt of niet. De verpleegkundige zorg thuis en de wijkverpleging verschuiven van de AWBZ naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en zullen daar vallen onder hetzelfde systeem van populatiegebonden bekostiging als de huisartsenzorg. Tegelijk verkennen tevens gemeenten in hoeverre populatiebekostiging toepasbaar is in het sociale domein waarvoor zij de inkoop gaan verzorgen.

⁹⁷ Rutte, M., Samsom, D. (oktober 2012). Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD - PvdA. Den Haag: Kabinet

Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg

De omvorming van de voormalige AWBZ naar de Wet langdurige zorg (Wlz) per 1 januari 2015 heeft grote gevolgen gehad. Door vergaande extramuralisatie en aandacht voor het bevorderen van zelfredzaamheid, eigen regie en het inschakelen van het eigen sociale netwerk, is het aantal kwetsbare ouderen dat nog een indicatie heeft of verkrijgt voor verblijf en behandeling in een zorginstelling beduidend gedaald. Het beleid is erop gericht dat ouderen met een indicatie voor een laag zorgzwaartepakket (ZZP 1 t/m 4) zo lang mogelijk thuis of in alternatieve extramurale woonvormen blijven wonen. Voor de nodige verpleging, verzorging en andere ondersteuning kunnen zij een beroep doen op hun zorgverzekeraar via de Zvw en op de gemeente via de Wmo. Daarnaast zijn er ouderen die – hoewel zij een verblijfsindicatie hebben – ervoor kiezen om de zorg thuis te ontvangen. De extramurale rol van de specialist ouderengeneeskunde is nog niet uitgekristalliseerd. Het is de bedoeling om de bekostiging van extramurale behandeling in de Zvw onder te brengen, maar dat zal pas in 2018 gebeuren. Wel heeft het ministerie van VWS besloten de subsidieregeling extramurale behandeling nog in 2016 te zullen flexibiliseren, zodat huisartsen laagdrempeliger de hulp van een specialist ouderengeneeskunde kunnen inschakelen.

De Wlz heeft betrekking op zeer kwetsbare patiënten, die recht hebben op passende zorg (en verblijf). De lichtere zorg wordt gefinancierd vanuit de Wmo, zorgverzekeringen en/of private middelen.

Maatschappelijke veranderingen

De maatschappij wordt steeds individualistischer. In deze maatschappij staan ontwikkeling en het benutten van de eigen mogelijkheden voorop. De onderlinge solidariteit neemt verder af. De zorgvraag van patiënten zal veranderen. Een deel van de patiëntenpopulatie zal zowel vaker als intensiever een beroep doen op de huisartsenzorg. Daarbij gaat het hoofdzakelijk om de groter wordende groep kwetsbare ouderen die niet alleen langer thuis blijft wonen, maar ook een kleiner sociaal netwerk heeft. Er kan veelal wel een beroep op mantelzorgers worden gedaan vanuit de familie, kenniskring, buurt of kerk. Wel is de vraag is of deze hulp tezamen voldoende is – en blijft – om de noodzakelijke (mantel-)zorg te geven die de extramuralisatie van hen vraagt. Een ander deel van de bevolking zal door een betere algemene gezondheid, toegang tot medische kennis, zelfzorg en eHealth-oplossingen, juist minder vaak een beroep doen op de huisarts. Per saldo zal het beroep op de huisarts groter zijn, omdat de groep kwetsbare ouderen veel groter is dan het deel dat minder vaak een beroep op de huisarts doet.

Substitutie

De horizontale substitutie van de medisch specialist naar de huisarts is al volop gaande en neemt vermoedelijk nog een verdere vlucht in de nabije toekomst. Het beleid van de overheid, de budgettering van de tweedelijnszorg en de concurrentie tussen zorgverzekeraars versterkt die trend alleen maar verder. In 2015 heeft de LHV aan onderzoeksbureau Newcom gevraagd om een online enquête uit te zetten om naar de mening van de Nederlandse bevolking te vragen inzake hun vertrouwen in de eerstelijnszorg. Aan deze enquête hebben 1.118 mensen deelgenomen en de voornaamste conclusie was dat de tevredenheid en het vertrouwen van mensen in hun huisarts gewaardeerd werd met een 7,9 als rapportcijfer. Van de respondenten gaf 82% aan een groot vertrouwen te hebben in zijn huisarts. Bij patiënten die frequent hun huisarts bezoeken lag dit nog hoger. Vanuit patiëntper-

spectief kan de overstap van zorgverlening van de tweede naar de eerstelijns hierdoor ook gemakkelijker geaccepteerd worden. Dit leidt tot een uitbreiding van de activiteiten van de huisarts.

Aan de andere kant zijn ook voor de verticale substitutie de eerste stappen al gemaakt. Naast de inzet van de doktersassistenten en praktijkondersteuners van de huisarts voor de geprotocolleerde somatische en psychische zorg, komen er meer en meer verschillende ondersteuners in beeld. Voor de praktijkhouders zijn inmiddels afspraken gemaakt met de NZa over de financiering van zorg om POH's-GGZ aan te stellen. De laatste jaren zijn er ook andere subgroepen naast de POH-S en de POH-GGZ op de arbeidsmarkt gekomen die de huisarts ondersteunen bij zijn werkzaamheden. Dit betreft de POH ouderenzorg en de POH jeugd GGZ. De samenwerking met praktijk- en wijkverpleegkundigen wordt ook verder geïntensiveerd. De inzet van de physician assistant en verpleegkundig specialist in de huisartspraktijk is momenteel vrij beperkt. Deze beroepsgroepen werken voornamelijk in de tweede lijn.

Buitenland

Huisartsgeneeskunde is niet alleen in Nederland een erkend medisch specialisme. In de meeste Scandinavische, West-Europese landen en Groot-Brittannië werken huisartsen op een vergelijkbare manier als in Nederland en hebben zij ook een soortgelijke (vervolg-)opleiding gevolgd

De instroom uit het buitenland naar Nederland is gering en schommelt al jaren tussen de 11 en 21 personen. Het betreft hier steeds artsen die in het buitenland de opleiding tot huisarts hebben gevolgd en zich vervolgens in Nederland inschrijven als huisarts in het RGS-register. Dit kunnen echter ook Nederlanders zijn die de geneeskundige basis- én vervolgopleiding tot huisarts in België hebben gevolgd en vervolgens naar Nederland zijn teruggekeerd om hier als huisarts te werken. Daarnaast zijn er ook artsen die (tijdelijk) aan de slag gaan in landen als Zweden, Frankrijk, Duitsland, Australië, Nieuw-Zeeland en Groot-Brittannië. Daar is namelijk een tekort aan huisartsen in met name de meer rurale gebieden met minder voorzieningen. Wanneer deze (buitenlandse) huisartsen in Nederland terugkeren en hier hun beroep willen uitoefenen, dienen zij zich bij de RGS in te schrijven en worden ze aangeduid als 'buitenlandse instroom'.

8.2.3 Relatie met andere adviezen

Huisartsen zijn breed opgeleide generalistische zorgprofessionals die ook buiten de huisartsensector inzetbaar zijn. Dat kan in sectoren waar een tekort bestaat aan medisch specialisten, zoals in de gehandicaptenzorg, maar ook in adviserende functies en de farmaceutische industrie en in de ouderengeneeskunde. Er is steeds meer behoefte aan intensieve samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde. Dit komt door de bezuinigingen in de Wlz-gefinancierde zorg, beleid dat gericht is op extramuralisatie, de voorgenomen populatiegebonden financiering én de sleutelpositie die de huisarts heeft gekregen in de zorg aan thuiswonende ouderen. De intensiteit van de samenwerking met de specialist ouderengeneeskunde, zal afhankelijk zijn van regionale demografische verschillen en de lokale specifieke zorgvraag. Hierbij wordt stilgestaan in zowel de adviezen over de sociale geneeskunde (deelrapport 4), de specialismen ouderengeneeskunde (deelrapport 5) en de artsen voor verstandelijk gehandicapten (deelrapport 6). Er is een groep cliënten die zowel ouderenzorg en/ of AVG-zorg ontvangt als zorg van de huisarts. De zorg voor kwetsbare ouderen met een verstandelijke

beperking is een thema dat bij deze drie betrokken specialismen onder de aandacht is. Tenslotte is er een relatie met de beroepen in de geestelijke gezondheidszorg. In het meest recente advies uit 2015 – dat in het integrale Capaciteitsplan 2016 is ingevoegd (deelrapport 7) – wordt gesteld dat de samenwerking met de eerstelijns zal intensiveren.

8.2.4 Opleidingsinstituten

Het Capaciteitsorgaan houdt in zijn adviezen primair geen rekening met de haalbaarheid ervan. Wel kan er, afhankelijk van de uitkomsten van bepaalde scenario's, rekening gehouden worden met de continuïteit van opleidingsinstituten. Deze zijn immers vertegenwoordigd in de Kamer Huisartsen en het Algemeen Bestuur. De stabiliteit van zowel de instroom als het totaal aantal aios is uit continuïteitsoogpunt van groot belang voor de afzonderlijke opleidingsinstituten. Bij de formulering van het advies is in deze raming rekening gehouden met de belangen van de opleidingsinstituten.

8.2.5 Belangstelling voor het vakgebied

De belangstelling voor het vak huisartsgeneeskunde is in 2009 onderzocht door Kiwa Carity in opdracht van het Capaciteitsorgaan. Het onderzoek is in zowel 2013 als 2016 herhaald. De belangstelling van basisartsen voor dit specialisme is betrekkelijk groot, maar voornamelijk als tweede keus als de instroom tot een klinisch specialistische opleiding niet mogelijk bleek te zijn. Een voordeel van het specialisme huisartsgeneeskunde is dat basisartsen wel een idee hebben over het vak. De ratio van het aantal daadwerkelijke sollicitanten op het aantal beschikbare opleidingsplaatsen lag in 2016 op 1,5. Voornamelijk vrouwelijke artsen kiezen voor dit specialisme, omdat zowel de opleiding als het beroep parttime kunnen worden uitgeoefend.

8.3 Onzekerheden

Deze raming heeft als doel de beleidsbeslissers te voorzien van mogelijke toekomstscenario's, met de daarbij behorende onzekerheden die de bandbreedte van de vraag- en aanbodontwikkelingen bepalen. In totaal buigen zo'n 80 tot 100 deskundigen zich een viertal keren per jaar over de ontwikkelingen in de zorgvraag, de beroepen, en de opleidingen.

8.3.1 Vraag

Aan de vraagzijde is de grootste onzekerheid te vinden in de parameter sociaal-culturele ontwikkelingen. Het gaat dan om de vraag of alle maatregelen uit dit en toekomstige regeerakkoorden worden doorgevoerd, in welk tempo en in welke mate. De uitkomsten daarvan in termen van het volume en de kwaliteit van de huisartsenzorg zijn nu nog deels onbekend.

Verschillende ontwikkelingen zorgen voor veranderingen qua inbedding en uitvoering van de huisartsgeneeskundige zorg. Dit zijn bijvoorbeeld: de wetswijzigingen voor de langdurige zorg, de decentralisaties van de landelijke overheid naar de gemeenten, de versterking van de GGZ in de huisartspraktijk, het beter signaleren van kindermishandeling en huiselijk geweld en de toenemende zorgvraag – zowel kwantitatief als kwalitatief – onder kwetsbare ouderen.

Verder is vooralsnog onduidelijk of nieuwe technologieën, zoals eHealth, in de huisartspraktijk een belangrijkere rol zullen krijgen. Ook onduidelijk is of dat de huisarts ook daadwerkelijk ontlast in zijn totale takenpakket.

8.3.2 Aanbod

Het takenpakket van de huisarts breidt uit en zowel de hoeveelheid als complexiteit van de werkzaamheden van huisartsen nemen toe. Dit komt door de toenemende zorgvraag, de substitutie van zorg uit de tweedelijnszorg naar de eerstelijns en de hervormingen in de langdurige zorg en langere levensverwachting van mensen. De huisartsen onderschrijven de in de Toekomstvisie opgestelde doelstellingen, maar geven aan dat de randvoorwaarden momenteel niet in balans zijn met de aan hen toebedeelde extra taken. Naast voldoende tijd en middelen is het belangrijk om voldoende en goed opgeleid personeel aan te kunnen trekken. De toekomstvisie van de LHV gaat ervan uit dat het aantal patiënten per fte huisarts verder gaat dalen, waardoor vergroting van het aanbod nodig is.

8.3.3 Werkproces

Binnen alle onderdelen van het werkproces vormt de verticale substitutie de meest onzekere factor. Zelfs met de inzet van meer dan 8.400 POH's in de gehele huisartsensector, is het moeilijk gebleken om substitutie van huisartsenzorg inzichtelijk te maken. Het NIVEL heeft een onderzoek uitgevoerd om de grootte van deze verticale substitutie van huisartsen naar POH's te kwantificeren. Zij hebben berekend dat huisartsen minimaal 11% en maximaal 34% van de taken delegeren. Dit was 9 jaar geleden nog minimaal 4% en maximaal 14%. De extra taakherschikking van de afgelopen jaren, is substantieel en de variatie tussen huisartspraktijken onderling bleek groot.

8.3.4 Opleidingscapaciteit

Tot medio 2015 waren er weinig onzekerheden op het terrein van de opleidingscapaciteit. Een tekort aan kandidaten voor de huisartsopleiding is er al decennia niet geweest en ook huisartsopleiders zijn er voldoende. Door de discrepantie tussen de wensen van kandidaten én de beschikbaarheid van opleidingsplaatsen konden de opleidingsinstituten tot voor kort niet alle opleidingsplaatsen vullen. Met name de Randstad was onder aios erg in trek, terwijl men in de meer rurale gebieden moeite had om voldoende aios te werven. Er is een centrale selectieprocedure in gang gezet om zoveel mogelijk opleidingsplaatsen daadwerkelijk te benutten. Er is nu een landelijk gestandaardiseerde selectiemethode (2014) én landelijke toewijzing van opleidingsplaatsen (2015). Begin 2015 vond de sollicitatieronde plaats voor de eerste lichting aios. Zij begonnen volgens dit nieuwe allocatiesysteem met ingang van september 2015 aan de huisartsopleiding. Tot op heden zijn er aldus drie lichtingen in iets meer dan één jaar tijd gestart volgens dit nieuwe systeem. Het is echter nog onduidelijk in welke mate dit nieuwe systeem beter functioneert dan de voormalige werkwijze.

De eerste terugkoppeling van de resultaten van dit nieuwe toewijzings- en plaatsingssysteem vindt plaats in oktober 2016. Huisartsopleiding Nederland (HON) en de Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH) geven hierover een presentatie onder de titel 'Taskforce Capaciteitsuitbreiding'. Gezien de publicatiedatum kunnen deze bevindingen in dit deelrapport helaas niet meer worden meegenomen.

8.4 Belangrijkste scenario's

Het Capaciteitsorgaan kiest voor het specialisme huisartsgeneeskunde voor twee scenario's die onderling niet veel van elkaar verschillen. Dit zijn het verticale substitutiescenario met een tijdelijke trend en ditzelfde scenario, maar dan met doorlopende trend. Gezien de onzekerheid van het moment van de start, de impact van en het tempo waarin bepaalde parameters zullen doorwerken, behoort een doorlopende trend namelijk ook tot de mogelijkheden.

Het Capaciteitsorgaan richt zich bij zijn beleidskeuze van de scenario's op evenwicht op de korte en lange termijn. Alhoewel er minder huisartsen opgeleid hoeven te worden behoeft dit verschil niet ad hoc overbrugd te worden door drastisch in te grijpen in het aantal op te leiden aios. De experts hebben de voorkeur gegeven aan een evenwicht op de korte termijn, dus in 2028. Het alternatief zou evenwicht in 2034 (tweede evenwichtsjaar) zijn, maar dat heeft als nadeel dat er met ingang van 2018 direct al nog minder aios opgeleid moeten worden. Dan krijgen opleidingsinstellingen korter de tijd om zich op een daling van aios voor te bereiden. Bovendien kunnen er dan (ongewenste) schommelingen op de arbeidsmarkt veroorzaakt worden. Kortom, het creëren van evenwicht op de korte termijn leidt niet enkel tot het sneller bereiken van evenwicht, maar ook tot meer stabiliteit bij de opleidingsinstellingen én het verhogen van de continuïteit van het onderwijs.

8.5 Advies instroom

Het Capaciteitsorgaan adviseert de ondergrens van de instroom te bepalen aan de hand van het verticale substitutiescenario met tijdelijke trend en vroeg evenwichtsjaar. Dit scenario komt uit op een benodigde jaarlijkse instroom van **555 aios**. Daarmee hoeven de opleidingsinstituten, ervan uitgaande dat de huidige interesse voor het huisartsenvak behouden blijft, het aantal aios minder drastisch te reduceren dan bij evenwicht op de lange termijn.

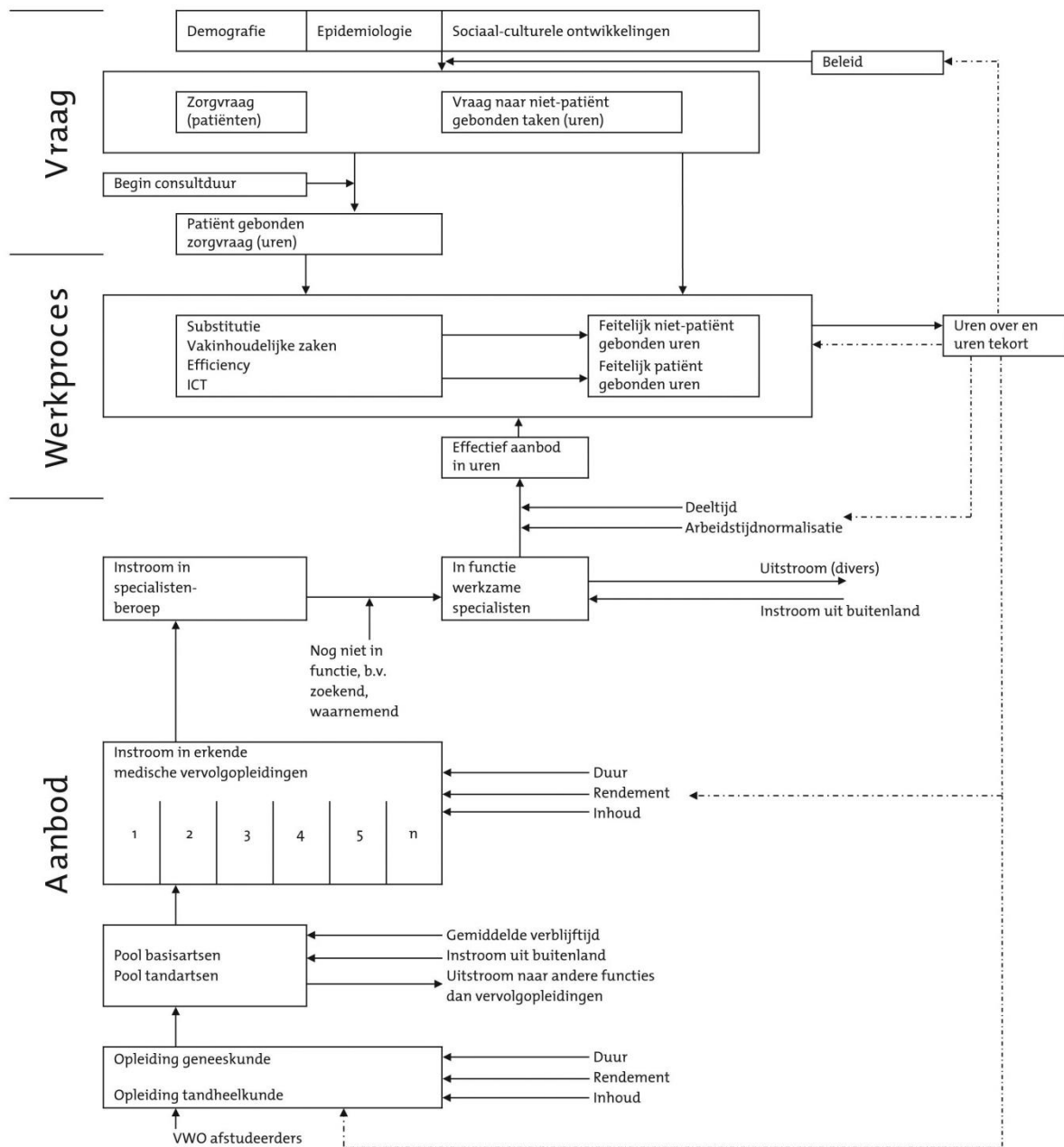
Het Capaciteitsorgaan adviseert de bovengrens van de instroom op basis van het verticale substitutiescenario met doorlopende trend en laat evenwichtsjaar. Als er namelijk vanuit wordt gegaan dat de parameters langer dan 10 jaar zullen doorwerken, dient het evenwichtsjaar ook verder vooruitgeschoven te worden. Dit scenario komt daarmee uit op een benodigde instroom van **630 aios** per jaar.

In vergelijking met het vorige advies uit 2013 en het tussentijds advies uit 2015 resulteren beide scenario's in lagere instroomadviezen. Sinds het vorige Capaciteitsplan 2013 is er echter veel informatie beschikbaar gekomen die tot de nodige bijstelling heeft geleid van de parameters. Zo heeft het SMS tijdsbestedingsonderzoek veel informatie opgeleverd over het aantal uur dat verschillende typen huisartsen gemiddeld besteden aan patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten. De inschattingen van de mogelijkheden voor verticale substitutie zijn aangepast aan de resultaten van nieuw onderzoek. De parameter efficiency is fors aangepast.

Het Capaciteitsorgaan adviseert een structurele jaarlijkse instroom (vanaf 2018) van **555 tot 630 aios** in de medische vervolgopleiding huisartsgeneeskunde. Het Capaciteitsorgaan spreekt daarbij een voorkeur uit voor een instroom van **630 aios**.



Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2: Procedure en betrokken experts

Het Algemeen Bestuur heeft dit advies van de Kamer Huisartsen in haar vergadering op 12 oktober 2016 besproken en vastgesteld.

De samenstelling van de Kamer Huisartsen was op **8 september 2016** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Mw. R. Derks
Dhr. G.J. van Loenen
Dhr. C.F.H. Rosmalen
Dhr. J.L. Runhaar

Organisaties van opleidingsinstellingen

Mw. L.M. Bernsen
Dhr. F.W. Dijkers (voorzitter)
Mw. J.P.H. Fokkema-Elders
Dhr. H.C.P.M. van Weert

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. D.A.C. Beens
Dhr. A.P.E.F. Versteegde

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op **12 oktober 2016** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. J.P.H. Drenth
Dhr. R.D. Dutrieux
Dhr. H.R. de Graaf
Dhr. T. Haasdijk
Dhr. J.M. van Ingen
Mw. C. Littooi
Dhr. R.Ph. Smitshuijzen (vz Dagelijks Bestuur)
Mw. S. Querido

**Organisaties van opleidingsinstituten /
opleidingsinstellingen**

Dhr. M.M. E. Levi
Dhr. N.G.M. Oerlemans
Dhr. S. Poppema
Dhr. J. Schaart
Dhr. A.G.J. van der Zee

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. O. Gerrits
Dhr. J.W.M.W. Gijzen
Mw. J.G.W. Lensink (lid Dagelijks Bestuur)

Bijlage 3: Parameterwaarden Capaciteitsplan 2008 t/m 2016

Parameter	Capaciteitsplan 2008	Tussentijds advies 2009	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013	Capaciteitsplan 2016
Opleiding					
instroom opleiding gemiddeld	482,7	502,3	512,7	601,1	707,0
instroom opleiding voorgaand jaar	522	614	596	638	720
percentage vrouwen in opleiding	69,9%	71,0%	71,3%	76,0%	77,5%
(formele) opleidingsduur	3 jaar	3 jaar	3 jaar	3 jaar	3 jaar
intern rendement	98%	98%	98%	94%	93%
Zorgvraag					
onvervulde vraag	1,0%	1,0%	1,0%	0,0%	0,0%
factor demografie effect in 5 jaar	2,2%	3,1%	3,1%	3,5%	4,9%
factor demografie effect in 10 jaar	4,7%	6,0%	6,0%	7,1%	9,4%
factor demografie effect in 15 jaar	6,9%	8,4%	8,4%	10,6%	13,5%
factor demografie effect in 20 jaar	8,8%	10,4%	10,4%	13,3%	17,2%
factor epidemiologie	0,3% tot 0,6%	0,3% tot 0,6%	0,3% tot 0,6%	0,3% tot 0,6%	0,4% tot 0,8%
factor sociaal-cultureel	0,5% tot 1,0%	0,5% tot 1,0%	0,5% tot 1,0%	0,7% tot 1,4%	0,8% tot 1,6%
Zorgaanbod					
werkzame huisartsen	9.809	10.215	10.371	11.133	11.821
aantal fte	7.062	7.292	7.353	8.280	8.809
gemiddelde fte mannen	0,82	0,82	0,82	0,83	0,85
gemiddelde fte vrouwen	0,55	0,55	0,55	0,64	0,65
percentage werkzame vrouwen	36,7%	40,0%	41,9%	45,4%	52,4%
Arbeidstijdverandering	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
uitstroom in 5 jaar	16,4%	14,7%	14,5%	10,0%	10,5%
uitstroom in 10 jaar	34,2%	30,6%	30,2%	23,2%	20,4%
uitstroom in 15 jaar	51,4%	45,3%	44,8%	35,9%	32,5%
uitstroom in 20 jaar	66,3%	58,5%	58,0%	48,4%	44,9%
extern rendement na 1 jaar	92,5% na 1 jaar	94,0% na 1 jaar	94,0% na 1 jaar	94,8% na 1 jaar	97,9% na 1 jaar
extern rendement na 5 jaar	90,9% na 5 jaar	92,7% na 5 jaar	92,7% na 5 jaar	93,5% na 5 jaar	93,0% na 5 jaar
extern rendement na 10 jaar	85,4% na 10 jaar	88,6% na 10 jaar	88,5% na 10 jaar	90,6% na 10 jaar	89,8% na 10 jaar
extern rendement na 15 jaar	80,6% na 15 jaar	83,3% na 15 jaar	83,3% na 15 jaar	87,0% na 15 jaar	86,5% na 15 jaar
In buitenland opgeleid					
gewogen instroom uit buitenland	17,6	10,9	0	14,8	9,6
percentage vrouwen uit buitenland	38,6%	38,6%	48,2%	41,8%	71,4%
Rendement	77,5%	77,5%	85,0%	65,0%	40,0%
Werkproces					
vakinhoudelijke ontwikkelingen	0,1% tot 0,2%	0,1% tot 0,2%	0,1% tot 0,2%	0,1% tot 0,4%	0,1% tot 0,4%
Efficiency	0,2% tot 0,4%	0,2% tot 0,4%	0,2% tot 0,4%	0,3% tot 0,5%	0,0%
horizontale substitutie	0,5% tot 1,0%	0,5% tot 1,0%	0,5% tot 1,0%	1,0% tot 1,5%	1,2% tot 1,6%
verticale substitutie	-0,6% tot -1,2%	-0,6% tot -1,2%	-0,6% tot -1,2%	-0,6% tot -1,2%	-1,0% tot -1,6%

**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