

# *Ontwikkeling capaciteit huisartsenzorg*

*2000 - 2004 - 2012*

*Een tussenrapportage met  
beleidsscenario's*

# ***Ontwikkeling capaciteit huisartsenzorg***

***2000 - 2004 - 2012***

***Een tussenrapportage met beleidsscenario's***

*Capaciteitsorgaan  
Postbus 20051  
3502 LB Utrecht*

*Utrecht, december 2004*

*telefoon  
(030) 282 33 31*



# Inhoudsopgave

<b>Samenvatting</b>	<b>5</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>8</b>
<b>2. Adviezen bij ongewijzigd beleid</b>	<b>10</b>
2.1 Opleiding: verdubbeling instroom nodig	10
2.2 Capaciteit: groei nodig van 34% in fte's	11
<b>3. Ontwikkelingen 2000 – 2005</b>	<b>15</b>
3.1 Inleiding	15
3.2 Vraag	15
3.3 Werkproces	16
3.4 Aanbod	18
3.5 Onvervulde vraag	24
<b>4. Scenario's</b>	<b>26</b>
4.1 Inleiding	26
4.2 Scenario vergroting instroom in opleiding	26
4.3 Scenario verkorting opleidingsduur	28
4.4 Scenario beperking (vroegtijdige) uitstroom huisartsen	28
4.5 Scenario's substitutie	30
<b>5. Beschouwing en conclusies</b>	<b>34</b>
5.1 Inleiding	34
5.2 Beschouwing	34
5.3 Hoofdconclusies	36

## Bijlagen

1. Brief Minister VWS d.d. 1 maart 2004	38
2. Raming 2000-2010	42
3. Raming 2002-2012	45
4. Scenario vergroting instroom in opleiding	47
5. Scenario vermindering uitstroom	50
6. Scenario's substitutie	56
7. Leden en medewerkers Capaciteitsorgaan	62
8. Literatuurlijst	64



## Samenvatting

In 2002 gaf het Capaciteitsorgaan het signaal af dat er tegen 2012 een groot tekort aan huisartsen zou kunnen ontstaan. In 2000 waren er 7.700 (6.385 fte) huisartsen regulier werkzaam. Dit zou groeien met 1.000 naar 8.700 (6.870 fte) in 2012, als de instroom in de opleiding op het niveau van 2002 zou blijven. Er was echter aangeraden te streven naar 10.880 (8.560 fte) huisartsen, ruim 40% meer in aantal ruim 30% in fte. Gegeven de verwachte groei zouden er bijna 2.200 huisartsen te weinig werken (1.700 fte), een tekort van 20%.

Die uitspraak was gebaseerd op ramingen met twee soorten beperkingen. In de eerste plaats kunnen verwachte trends verkeerd ingeschat zijn, dan wel in de loop van de tijd veranderen. In de tweede plaats werd geen rekening gehouden met beleidsontwikkelingen. Deze tussenrapportage geeft nader inzicht in beide aspecten.

Inmiddels zijn er begin 2004 ruim 8.200 huisartsen (6.795 fte) werkzaam, 7.420 zelfstandig gevestigd en 790 in dienstverband. Deze 500 (410 fte) huisartsen meer geven een uitbreiding in capaciteit van 6,4%, terwijl in die vier jaar een toename van 10% nodig was voor een evenwicht in 2012. Die 500 meer zijn een saldo van ruwweg 1.000 huisartsen die stopten en 1.500 die er bij kwamen.

De opbouw van de groei met 500 is van belang: ruim 300 meer in een dienstverband en 200 meer zelfstandig gevestigden. De balans sloeg dus door naar dienstverbanden. Belangrijk is ook de samenstelling naar geslacht. Bij de dienstverbanden gaat het om 270 vrouwen en 30 mannen meer. Bij de zelfstandige huisartsen is de toename met 200 volledig toe te schrijven aan vrouwen. Dit laatste groeicijfer is een saldo van toename en afname en laat nog niet de onderliggende bewegingen zien. Het aantal zelfstandige mannen nam af van 5.700 naar 5.500, het aantal zelfstandige vrouwen nam toe van ruim 1.500 naar ruim 1.900. Die toename bij de vrouwen met 400 betekent dat vrouwelijke huisartsen zich meer zelfstandig vestigen dan in dienstverband gaan. Deze bewegingen zijn niet verrassend. Het proces van feminisatie zal krachtig doorzetten. Lag het aandeel vrouwelijke huisartsen in 2000 op 25%, in 2004 is dit al gestegen naar 31% en in 2012 zal het ongeveer 50% zijn. Maar ook mannen gaan meer parttime werken. Dit heeft de komende jaren belangrijke gevolgen voor de arbeidstijd. Werkte een huisarts in de tweede helft van de jaren negentig gemiddeld bijna 0,9 fte, in 2012 zal dit bijna 0,8 fte zijn. Tegen deze achtergrond is het een goede ontwikkeling dat momenteel meer huisartsen afstuderen dan weggaan. Ruwweg kan gesteld worden dat voor twee vertrekkende huisartsen, vooral mannen, drie moeten terugkeren, merendeels vrouwen. Parallel aan deze beweging nam onder de zelfstandigen het aantal solisten af van 43 naar 37%. De toename aan huisartsen kan afgezet worden tegen de groei van de bevolking. Op bijna 15,9 miljoen inwoners in 2000 was er een huisartsendichtheid van 1 fte op 2.483. In 2004 zijn er ongeveer 400.000 inwoners meer en is er 1 fte huisarts op 2.393. Dat wil zeggen, dat de groei van de bevolking ruim gecompenseerd is. Dit duidt op enige verbetering ten opzichte van 2000. Dat wil nog niet zeggen dat de (ervaren) werkdruk intussen is afgenomen. Afgezien van allerlei andere factoren die werkdruk beïnvloeden is vanuit capaciteit van belang of de arbeidstijd per fte intussen gedaald

is en of de vraag naar zorg extra is toegenomen. Als beide het geval is zou men in minder tijd meer zijn gaan doen.

Onderzoek geeft inmiddels aan dat in tien jaar tot en met 2003 de vraag, afgezien van demografie, inderdaad extra toenam met ongeveer 8% en ook de arbeidstijd per fte daalde in een tienjaarsperiode met 6%. Dit geeft steun aan de schattingen, gedaan in het jaar 2000, dat deze trends zullen doorzetten. De aannahme dat de vraag met 10% extra doorzet is dan mogelijk aan de hoge kant, maar de schatting dat de arbeidstijd per fte met 5% daalt aan de lage kant.

Hoe het ook zij, als de huisartsendichtheid in 2012 als maat genomen wordt kan goed geïllustreerd worden dat een tekort dreigt. Uitgaande van een groei met 1.000 huisartsen zal met ruim 16,5 miljoen inwoners de dichtheid uitkomen op 1 fte huisarts op 2.407 zijn, wel een verbetering ten opzichte van 2000 maar niet vergeleken met 2004.

Dit geeft aan dat men vanaf 2004 wel de groei van de bevolking goed zal kunnen opvangen, evenals de vervanging van vertrekkende huisartsen. Er is echter geen ruimte voor ontwikkelingen als vergrijzing, laat staan extra vraag en daling van de arbeidstijd.

Redenen genoeg om te zien of beleidsmaatregelen het nog steeds dreigende gat kunnen vullen.

Daarvoor zijn een vijftal opties uitgewerkt in de vorm van scenario's, waarvan drie gericht op het aanbod aan huisartsen.

- Het is denkbaar meer huisartsen op te leiden. In 1999 gingen nog 360 huisartsen in opleiding, in 2004 waren dit er bijna 515. Dit is een toename van 43% en voor een groot deel al meegenomen in de berekening van het tekort in 2012. Het aantal basisartsen groeit weer en ook de belangstelling voor de opleiding in de vorm van het aantal sollicitanten. Vanuit deze twee invalshoeken wordt gesteld dat met een geleidelijke ophoging tegen 2008 zo'n 750 artsen de opleiding kunnen instromen.
- Deze hoogte zou ook meer huisartsen opleveren in 2012 als men zou overwegen om de duur van de opleiding te bekorten. Het is echter een eenmalig effect.
- Interessant is ook de optie om maatregelen te nemen, vooral gericht op verlichting van de (ervaren) werkdruk van huisartsen, om de (vroegtijdige) uitstroom uit het vak te beperken en de dalende pensioenleeftijd om te buigen.

De vraag kan echter gesteld worden of andere disciplines niet een deel van het werk kunnen opvangen.

- Hiertoe is al beleid in gang gezet. Er zijn tussen 2000 en 2004 minstens 1.100 (660 fte) praktijkondersteuners gaan werken bij ruim 40% van de huisartsen (per fte huisarts 0,2 fte praktijkondersteuner). Er is volgens onderzoek sprake van enige substitutie van werk van de huisarts, maar deze is nog moeilijk te kwantificeren. Over de hoogte is de aannahme gedaan dat dit momenteel op 30% ligt en in de toekomst bij efficiencyverbetering op 50% zal komen. Daarbij wordt ook een deel van de extra vraag door deze ondersteuner opgepakt, vooral de chronische aandoeningen. Dit is een tweede reden dat de situatie in 2004 verbeterd is. Uitgaande van een substitutie-effect van 30% is er tot 2004 nog eens 3,1%

capaciteit, equivalent aan die van de huisarts, bijgekomen. Een verdere toename naar 1.600 tegen 2012 is mogelijk. Twee derde van de huisartsen wil deze ondersteuning.

- Er werken momenteel enkele tientallen nurse practitioners in de eerste lijn. Dit kan mogelijk doorgroeien richting 2012 naar een aantal liggend tussen 400 tot 800. Er is nog geen betrouwbaar onderzoek voor handen over substitutie-effecten en het domein is nog niet helder.

In beleidsscenario's liggen de effecten op het tekort in 2012 per maatregel tussen 2 tot 6%. Die effecten kunnen niet bij elkaar opgeteld worden. Te voorzien is bijvoorbeeld dat in de onderwijsketen knelpunten gaan ontstaan als diverse disciplines tegelijk meer opgeleid gaan worden.

#### **De hoofdconclusies luiden:**

##### **2004**

- Door groei met 500 huisartsen (6,4%) en inzet van 1.100 praktijkondersteuners (3,1%), is de capaciteit in vier jaar, uitgedrukt in fte's van huisartsen, met 9,5% toegenomen.
- Met deze extra capaciteit is niet alleen de groei van de bevolking opgevangen en de vervanging van huisartsen, maar is er ruimte gekomen om de toegenomen vraag op te vangen en de arbeidstijd te laten dalen.
- De vraag naar en het aanbod van huisartsen is eveneens verbeterd ten opzichte van 2000, omdat er momenteel tientallen meer afstuderen dan er vertrekken.
- Alles wegend is er in 2004 een beter evenwicht ontstaan tussen vraag en aanbod dan in 2000.

##### **2012**

- Vanaf 2004 tot 2012 neemt het aantal huisartsen met nog eens 500 minder sterk toe en verbetert de huisartsdichtheid niet meer. De groei van de bevolking kan wel afgedekt worden evenals de vervanging, maar niet vergrijzing, daling van arbeidstijd en extra vraag
- Het eerder voorspelde tekort in 2012 kan door de toegenomen instroom in de opleiding na 2002, de inzet van 1.100 praktijkondersteuners en minder groei van de bevolking worden bijgesteld met 4% van 20 naar 16%.
- Het dreigende tekort van 16% in 2012 kan afnemen met het treffen van beleidsmaatregelen. Een vijftal scenario's geven indicaties dat de effecten op vermindering van tekorten per beleidsmaatregel liggen tussen 2 en 6%.

## 1. Inleiding

De hoofdvraag in deze tussenrapportage is, of door (lopende) beleidsontwikkelingen de voorspelde tekorten voor 2012 kunnen afnemen.

Het Capaciteitsorgaan bracht eind 2000 een eerste rapport uit over de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. (1) Gesteld werd dat bij ongewijzigd beleid de instroom in de opleiding tot huisarts meer dan verdubbelen moest. Ook uit latere ramingen bleek dezelfde tendens. (2,3) Begin 2001 was al duidelijk, dat er wel enige ophoging van de capaciteit van de opleidingen haalbaar was, maar beslist niet tot het beoogde niveau.

In 2002 en 2003 werd gerapporteerd, dat die tekorten bij ongewijzigd beleid zouden kunnen oplopen tot 20%. (3,4)

Op de vraag of er in de uitgangssituatie in 2000 tekorten aan huisartsen waren werd genuanceerd gerapporteerd. (2) Er werd een onvervulde vraag van 5% verondersteld, gelet op de werkdruk en een mogelijk groeiend aantal onbemande praktijken, in 2000 ongeveer 50. Op toen 7.700 werkzame huisartsen zou men eigenlijk een kleine 400 huisartsen meer willen hebben. Daarnaast waren er echter ongeveer 500 opgeleide huisartsen, die niet regulier (zelfstandig gevestigd of in dienstverband) werkzaam waren in een praktijk. Ongeveer 300 hiervan werkten aansluitend op de opleiding eerst een tijd als waarnemer. Die reservecapaciteit was ook nodig en mogelijk nog aan de krappe kant. De andere 200 hadden wel belangstelling om te gaan werken als huisarts, maar hadden dit (nog) niet geëffectueerd. Hierover werd opgemerkt: "De momenteel openvallende huisartsenpraktijken kunnen dan ook nu nog primair gezien worden als een mobiliteitsvraagstuk en niet als een tekort aan opgeleiden." (2) Daarmee werd aangedragen dat ook beleidsmaatregelen, anders dan alleen meer opleiden, te overwegen waren om te bevorderen dat men meer zou gaan werken als huisarts en men ook op de juiste plaatsen zou neerdalen.

Inmiddels is de opleiding uitgebreid voor zover haalbaar en zijn diverse beleidsontwikkelingen tot stand gekomen rond de huisartsenzorg, al of niet naar aanleiding van signalen over tekorten. Op zich al voldoende reden om te beoordelen wat de effecten van al deze maatregelen tussentijds geweest kunnen zijn op de capaciteit van de huisartsen. Bovendien zijn er nog meer veranderingen in beleid in ontwikkeling. De minister van VWS, de heer Hoogervorst, heeft in reactie op het Capaciteitsplan 2003 in maart 2004 in een brief gevraagd een raming op te stellen met inachtneming van enkele beleidsopties en verzocht daarover aangaande de huisartsen bij voorkeur na de zomer te rapporteren. (bijlage 1) Met enige vertraging wordt hieraan in deze tussenrapportage voldaan. Nog niet alle vragen kunnen met gedegen onderzoek onderbouwd worden en niet alle onderwerpen komen aan bod. Bij sommige aspecten wordt, gelet op het belang, al wel een eerste indruk gegeven. Dit rapport leidt nog niet tot een nieuwe raming voor de opleiding tot huisarts. Dat komt aan de orde in het komend Capaciteitsplan 2005.

Hieronder worden allereerst bondig de adviezen bij ongewijzigd beleid in herinnering gebracht. Vervolgens komt aan de orde of de uitgangspunten, zoals gehanteerd in

2000, nu richting 2005 bijgesteld moeten worden, gelet op al in gang gezet beleid of algemene ontwikkelingen. Daarna volgen een aantal mogelijke beleidsmaatregelen, die in scenariovorm naar de toekomst doorgetrokken worden. Afgesloten wordt met een beschouwing en hoofdconclusies.

## 2. Adviezen bij ongewijzigd beleid

### 2.1 Opleiding: verdubbeling instroom nodig

De eerste twee rapportages van het Capaciteitsorgaan van eind 2000 en begin 2001 lieten voor de instroom in de opleiding tot huisarts een bandbreedte in varianten zien van 500 tot 1.170. (1, 2) Alles wegend werd bij verder ongewijzigd beleid een instroom nodig geacht van bijna 770 voor een evenwicht tussen vraag en aanbod in het jaar 2010. De instroom lag in 1999 en 2000 op 360. De instroom zou volgens de aangeraden variant meer dan verdubbelen moeten en eigenlijk al vanaf het jaar 2000. (zie bijlage 2 voor de onderbouwing van dit advies)

Het was te voorzien dat deze sterke ophoging niet te realiseren zou zijn. Zo werd toen al aangedragen dat met alleen meer huisartsen opleiden niet volstaan kon worden. In het Capaciteitsplan 2002 werd de horizon voor een evenwicht verlegd naar 2012. Het beeld werd er niet rooskleuriger op. Er moest nu een instroom van minimaal 600 gerealiseerd worden en de aangeraden variant vroeg om een instroom van 860. (zie bijlage 3 voor de onderbouwing van dit advies) Intussen was de instroom weliswaar opgetrokken van 360 naar 420 in 2001, maar nog steeds was meer dan een verdubbeling van de instroom nodig, te beginnen in het jaar 2002.

De adviezen over de instroom in de vervolgopleiding tot huisarts worden hieronder in tabel 1 voor de belangrijkste varianten weergegeven.

Tabel 1: Benodigde instroom opleiding huisarts volgens varianten voor evenwicht in 2010 of 2012 bij instroom van 360 in 1999 en van 420 in 2001

	2010	2012
Demografie bevolking 2000-2010 + Veranderingen in samenstelling naar leeftijd en geslacht van huisartsen + Onvervulde vraag in 2000, lage schatting: 5%		
<b>= Basisvariant</b>	<b>502</b>	<b>600</b>
+ Toename vraag sociaal cultureel, lage schatting: 5% + Verandering werkproces lage schatting: 5%		
<b>= Lage combinatievariant</b>	<b>670</b>	<b>765</b>
+ Arbeidstijdverkorting 5%		
<b>= Variant met Arbeidstijdverkorting*</b>	<b>767*</b>	<b>861*</b>

\* nodig volgens advies Capaciteitsorgaan bij ongewijzigd beleid

In tabel 1 is te zien, dat voor een evenwicht in het jaar 2012 er ongeveer 100 meer moeten instromen in elke variant dan eerder voor 2010 was aangegeven. De geschatte percentages, waarvoor in totaal 20% extra capaciteit was aangenomen, waren gelijk gehouden. De belangrijkste verklaring voor de ophoging is de nog toenemende groei en vergrijzing van de bevolking in de jaren 2010 en 2011.

In het Capaciteitsplan 2002 is in een haalbaarheidsscenario gezien of de instroom, die in 2001 op 420 lag, nog verder opgetrokken kon worden. Volgens dat scenario was in 2005 een instroom mogelijk van ruim 500. Het belangrijkste knelpunt, dat voorzien werd, was het totale aantal beschikbare basisartsen voor alle vervolgoopleidingen tezamen. Met name die voor de klinische specialismen moesten ook fors uitbreiden. De inschatting was dat een deel van de belangstelling om huisarts te worden zou worden verdrongen. Inmiddels kan vastgesteld worden dat de instroom in de opleiding dit niveau iets eerder dan verwacht gehaald heeft. De grens van 500 werd al in 2004 gepasseerd met een instroom van bijna 515. Daarmee is de instroom in de opleiding vanaf 2000 in vier jaar met 43% toegenomen. Die 500 was de ondergrens in de raming voor 2010 en deze had al bereikt moeten worden in het jaar 2000. Voor een evenwicht in 2012 moest de instroom op 860 liggen en dan al vanaf 2002. Dat wil zeggen dat voor alle varianten te weinig of te laat opgeleid wordt, ook volgens de basisvariant. Deze omvat uitsluitend de aangenomen onvervulde vraag in 2000 (5%), de verwachte demografische ontwikkeling (groei en vergrijzing, samen 10%) en de uitstroom uit het vak (49%), beide over de periode 2000-2012. Er zal derhalve een tekort optreden. Hoe groot dit kan zijn wordt in de volgende paragraaf besproken.

#### Conclusies opleiding:

- Voor een evenwicht in het jaar 2010 kwam een bandbreedte voor de instroom in de opleiding naar voren van 500 tot 1.170. Alles wegend werd een instroom van bijna 770 nodig geacht vanaf het jaar 2000, terwijl de instroom in 1999 op 360 lag.
- Bij het verleggen van de horizon van 2010 naar 2012 bleek minimaal 600 nodig en werd 860 aangeraden vanaf 2002. Nog steeds was een verdubbeling nodig ten opzichte van de instroom in 2001 die inmiddels naar 420 was opgetrokken.
- De instroom in de vervolgoopleiding tot huisarts is gestegen van 360 in 1999 naar bijna 515 in 2004, een toename van 43%.
- Er is voor alle varianten te weinig opgeleid, of te laat voldoende.
- Er zullen tekorten aan huisartsen gaan ontstaan tegen 2010 en 2012 *bij ongewijzigd beleid*.

#### 2.2 Capaciteit: groei nodig van 34% in fte's

Vanuit deze varianten kan ook aangegeven worden wat de benodigde capaciteit moet zijn voor het jaar 2012 en hoe sterk de groei zou moeten zijn ten opzichte van 2000. Dit wordt in tabel 2 gepresenteerd.

Tabel 2: Benodigde capaciteit aan huisartsen volgens varianten voor evenwicht in 2012 en groei t.o.v. 2000 met 7.700 huisartsen en 6.385 fte's

	Aantal (groei)	Fte's (groei)
Basisvariant	9.380 (21%)	7.410 (16%)
Lage combinatievariant	10.260 (35%)	8.110 (27%)
Variant met arbeidstijdverkorting	10.880 (41%)*	8.560 (34%)*

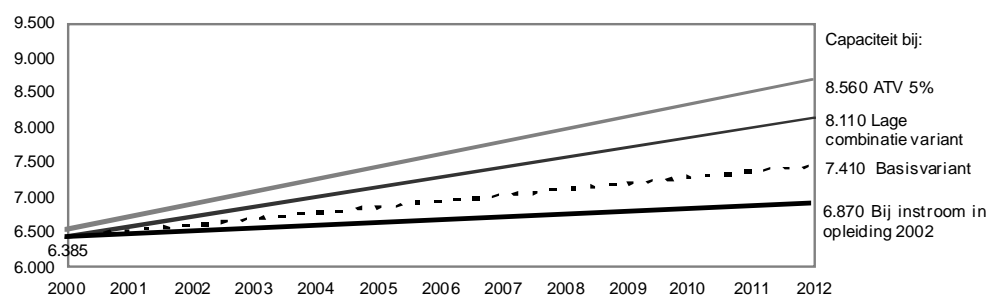
\* voorkeur Capaciteitsorgaan bij ongewijzigd beleid

De benodigde capaciteit ligt tussen bijna 9.400 en 10.900 huisartsen. Uitgaande van 7.700 huisartsen in het jaar 2000 wordt een groei gevraagd van 21 tot 41% aan huisartsen in twaalf jaar. In 2000 waren er 6.385 fte's beschikbaar. Vanuit deze maat, die beter is om de echte capaciteit aan te geven, is een groei nodig die ligt tussen 16 en 34%. Daarbij worden huisartsen die wel opgeleid maar niet regulier (zelfstandig gevestigd of in dienstverband) werkzaam zijn buiten beschouwing gelaten. Het totaal aantal opgeleide huisartsen lag in 2000 op 8.200.

Dat er een tekort voorspeld is wil niet zeggen dat de capaciteit niet toeneemt. Uitgaande van de instroom in de opleiding van 2002 van bijna 470 is voorspeld dat het aantal regulier werkzame huisartsen met ongeveer 1.000 zou toenemen. Dat betekent dat er in 2012 ongeveer 8.700 werken (6.870 fte's). Het aantal huisartsen dat werkzaam is groeit dan met 13%. Belangrijk is de constatering dat de fte's duidelijk minder toenemen, namelijk met 9%. Dit is toe te schrijven aan de sterke toename van vrouwelijke huisartsen, die minder fte werken dan de mannen. De toename met 1.000 is wat minder dan in de vergelijkbare periode 1990-2002. Het totale aantal steeg toen met 1.150 van 6.800 naar 7.950, een toename van 17%.

Naast de 8.700 die regulier werken in 2012 zal er nog een reservecapaciteit zijn van ongeveer 600. Het totaal ligt dan in de orde van 9.300 opgeleide huisartsen.

De ontwikkeling in reguliere capaciteit, uitgedrukt in fte's, zoals deze zich aftekent wordt hieronder grafisch afgezet tegen wat benodigd is voor de verschillende varianten.



Figuur 1: ontwikkeling fte's huisartsen volgens instroom in opleiding in 2002 in verhouding tot varianten

De onderste lijn in figuur 1 geeft de groei in het aantal werkzame huisartsen weer bij handhaving van de instroom in de opleiding van ongeveer 470 in 2002. Volgens de basisvariant ontstaat er een tekort van bijna 490 fte's (700 huisartsen), ofwel 7%. Volgens de lage combinatievariant met ook nog een arbeidstijdverkorting van 5%, de bovenste lijn, loopt dit tekort op naar afgerond 1.700 fte (bijna 2.200 huisartsen), ofwel 20%. De conclusie was en is dat voor alle varianten te weinig gedaan wordt, ook al groeit het aantal huisartsen en de daarbij horende fte's.

Bij deze voorspelde tekorten, ondanks groei in capaciteit, passen nog een viertal kanttekeningen.

In de eerste plaats is voor de formatietijd gebruik gemaakt van historische patronen.

Daarbij is rekening gehouden met een flinke toename van het aantal vrouwelijke huisartsen. Het aandeel vrouwen lag in 2000 op ruim 25% en zal in 2012 op 50% liggen. In de tweede helft van de jaren '90 werkte een huisarts gemiddeld 0,88 fte; een man 0,94 en een vrouw 0,7. Die formatietijd kan aan verandering onderhevig zijn door algemene economische ontwikkelingen, maar kan ook beïnvloed worden door beleid gericht op de eerste lijn, met name door veranderingen in de financieringswijze van huisartsen. Dit aspect komt in deze tussenrapportage verder niet aan de orde.

In de tweede plaats is de instroom inmiddels in 2004 uitgekomen op bijna 515. Daarmee kan betrouwbaar voorspeld worden dat het tekort iets lager zal uitvallen. Dit wordt meegenomen in een beleidsscenario over verdere vergroting van de instroom in de komende jaren. In de beschouwing wordt hierop ook teruggekomen om in deze rapportage de tussenstand op te maken van het voorspelde tekort van 20%.

In de derde plaats wordt ook de uitstroom uit het vak voorspeld op basis van historische patronen. Ook hierin kunnen veranderingen optreden. Hieronder wordt bijvoorbeeld gemeld dat de uitstroom in 2003 lager lag dan verwacht werd. Die uitstroom kan ook beïnvloed worden door beleid en zal ook terugkeren in een scenario.

In de vierde plaats zijn voor een aantal factoren in het jaar 2000 schattingen gedaan. Deze kunnen onjuist zijn of aan veranderingen onderhevig zijn geweest tot nu toe maar kunnen ook de komende jaren nog wijzigen. Daarop wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan.

De ontwikkeling van de capaciteit kan gerelateerd worden aan het aantal inwoners. Dit kan het beste gedaan worden aan de hand van de ontwikkeling van de fte's. In 2000 was er 6.385 fte regulier werkzaam op bijna 15,9 miljoen inwoners. Dat wil zeggen dat er 1 fte huisarts was op 2.483 inwoners. De praktijkgrootte per fte zal enkele tientallen lager gelegen hebben, afhankelijk van het toenmalige aantal niet bij huisartsen ingeschreven mensen. Het juiste aantal was toen en is ook nu niet bekend en zal door het Capaciteitsorgaan nog nader onderzocht worden.

Bij de raming van 2002 is een prognose van het CBS gebruikt met in 2012 bijna 16,8 miljoen inwoners. Zoals boven beschreven zullen er in 2012 ongeveer 8.700 huisartsen werken (6.870 fte). Dat wil zeggen dat tegen die tijd 1 fte huisarts werkzaam is op bijna 2.445 inwoners. Dit betekent dat de huisarts in 2012 iets meer speling heeft dan in het jaar 2000. Dit geeft aan dat de groei van huisartsen toereikend is om de groei van de bevolking op te vangen en zorg draagt voor vervanging van vertrekkende huisartsen. Maar de aankomende vergrijzing zal dan maar voor een beperkt deel opgevangen kunnen worden.

Als daarnaast de vraag extra toeneemt met 5% door sociaal culturele ontwikkelingen en als de vraag ook nog groeit door verschuiving vanuit de tweede naar de eerste lijn met 5% en als bovendien de tijd per fte huisarts daalt met 5%, dan dreigt er een groot tekort.

Op basis van dit soort factoren heeft het Capaciteitsorgaan gesteld dat bij ongewijzigd beleid een capaciteit van 10.880 reguliere huisartsen (8.560 fte) nodig is. Feitelijk werd daarmee aangegeven, dat een huisartsendichtheid in 2012 nodig is van 1

fte op 1.960 inwoners.

Of die verwachte ontwikkelingen in de vraag en de hoeveelheid uren dat gewerkt wordt uitkomen wordt in het volgende hoofdstuk aan de orde gesteld, waarbij de nadruk ligt op de periode 2000-2004.

**Conclusie capaciteit:**

- Het aantal huisartsen in het veld zal in de periode 2000-2012 toenemen met ongeveer 1.000, een groei van 13%, wat minder dan in de periode 1990-2002..
- De groei in capaciteit uitgedrukt in fte's zal met 9% toenemen; dit is duidelijk minder dan de toename in absolute aantallen en ook minder dan in het vorige decennium door een toenemend aantal parttimers, vooral door feminisatie.
- In 2012 zal het tekort aan huisartsen liggen tussen 700 (470 fte) en 2.200 (1.700 fte), een tekort in fte's van 7 tot 20% bij ongewijzigd beleid.
- Door toename in capaciteit zal er in 2012 1 fte huisarts op ruim 2.445 inwoners zijn, in 2000 lag dit op 2.500. De groei van de bevolking wordt aldus afgedekt en vergrijzing voor een beperkt deel. Als de vraag 10% extra toeneemt en de arbeidstijd met 5% daalt kan dit niet opgevangen worden.

### 3. Ontwikkelingen 2000 – 2005

#### 3.1 Inleiding

De eerste berekeningen en schattingen zijn gedaan in het jaar 2000. Door de instelling van een permanent orgaan voor ramingen kunnen ontwikkelingen gevolgd worden en kunnen diverse prognoses zonodig tussentijds bijgesteld worden.

Sinds het jaar 2000 zijn bovendien mede door voorspellingen over tekorten allerlei beleidsmaatregelen op gang gekomen. Alvorens enkele mogelijke maatregelen in de vorm van scenario's in beeld te brengen worden in dit hoofdstuk eerst de ontwikkeling van factoren in de afgelopen jaren besproken. Als er harde gegevens voorhanden zijn dan lopen deze meestal tot en met 2003 en enkele keer is ook al voor 2004 betrouwbare informatie beschikbaar.

De bespreking volgt de lijn van de hoofdcompartimenten van het model. De informatie per onderdeel is deels gebaseerd op onderzoek en deels op kwalitatieve signalen uit het veld. In de conclusies zullen alleen de door onderzoek gesteunde uitkomsten terugkeren.

#### 3.2 Vraag

De *demografische ontwikkeling* is betrekkelijk makkelijk tussentijds te beoordelen en bij te stellen aan de hand van CBS varianten. De grootte en samenstelling naar leeftijd van de bevolking is van groot belang voor de frequentie, waarmee men de huisarts bezoekt. Voor de periode 2000-2010 was voor deze factor een groei van 7,4% nodig, waarvan 4,9% voor groei van de bevolking en de rest voor vergrijzing. Kleine veranderingen die optraden in de verwachte omvang van de bevolking (bijvoorbeeld in het verwachte kindertal) in de relatief korte periode 2000-2004 blijken te verwaarlozen. Overigens is in het Capaciteitsplan 2002 voor dit aspect al wat gecorrigeerd. De onlangs uitgekomen prognose stelt de groei van de bevolking richting 2012 sterk bij en wel van bijna 16,8 naar ruim 16,5 miljoen inwoners. Voor 2012 geeft dit wel een reductie van het tekort van 1%.

Belangrijker dan momenteel wordt de toenemende vergrijzing, omdat ouderen veel frequenter de huisarts consulteren. In die vergrijzing trad geen verandering op in de periode 2000-2004. Dat die vergrijzing belangrijker wordt blijkt uit de hoogte van de groei, nodig voor demografie voor de periode 2000-2012. Deze ligt namelijk op 10%, terwijl met twee jaren extra 9% verwacht mocht worden. De vergrijzing begint zich duidelijker te manifesteren in de jaren 2010 en 2011. Dit is van belang in verband met de vraag hoe de groeicurve in totaal loopt. Voor de factor demografie loopt deze niet rechtlijnig maar loopt deze wat op richting 2012. Om die reden kan gesteld worden dat de benodigde groei van 34% in capaciteit niet tijdsevenredig verloopt. Als indicatie wordt gesteld dat over de eerste vier jaren van de periode 2000-2012 geen ruim 11% groei nodig is, maar ongeveer 10%. Dit is een maat om hieronder in de paragraaf aanbod de gerealiseerde groei tot 2004 tegen af te zetten.

Voor de vraagontwikkeling is verder geschat dat deze door *sociaal culturele ontwikkelingen* toeneemt met 5% in de periode 2000 - 2010. De inschatting is dat mensen door toenemende mondigheid indringender informatie willen. Uit de Nationale

Studie, die loopt tot 2001, blijkt dat er groei in de vraag is geweest, maar er wordt geen onderscheid gemaakt tussen de vraaggroei door demografie en die door sociaal culturele ontwikkelingen. Uit een notitie van het Nivel voor het Capaciteitsorgaan is naar voren gekomen dat dit laatste wel het geval blijkt te zijn in de periode 1994 tot en met 2003 en wel met ongeveer 8%. (5) Dit geeft onderbouwing aan de schatting dat een dergelijke groei doorzet in de hele periode 2000-2010. Voor de periode tot 2004 gaat het om een toename voor deze factor van bijna 1% (zie ook werkproces).

De vraag kan ook nog veranderen door *epidemiologische ontwikkelingen*, waardoor wijzigingen ontstaan in frequentie en duur van ziekten. Het onderdeel epidemiologie is in het jaar 2000 op 0% gehouden, omdat toen moeilijk voorspeld kon worden hoe dit aspect voor de brede populatie die de huisarts bedient zou gaan verlopen. Inmiddels is hierover meer informatie beschikbaar. Zo komt steeds krachtiger naar voren dat diabetes gaat toenemen per leeftijdsgroep. Dit zal voor de eerste lijn een toename van de werkzaamheden kunnen geven, waarmee in het volgende Capaciteitsplan rekening gehouden moet worden. Uit diverse publicaties blijkt dat geleidelijk lichamelijke en psychische chronische aandoeningen de zorgvraag gaan domineren. Op het gebied van kankeraandoeningen is recent naar voren gekomen, dat mensen geleidelijk langer in leven zullen blijven. (6) Daarbij treedt ook co-morbiditeit op, een extra reden dat ook de huisartsenzorg zwaarder belast wordt, met name met chronische patiënten.

#### Conclusies vraag:

- Veranderingen in de bevolkingsontwikkeling ten opzichte van de prognoses zijn voor de periode 2000-2004 te verwaarlozen, maar geven voor 2012 een reductie van het tekort met 1%.
- De extra toename van de vraag van 5% in tien jaar bovenop demografie voor sociaal culturele ontwikkelingen wint aan waarschijnlijkheid, omdat deze trend ook al speelde in de periode 1994-2003. Tot 2004 is die extra vraag bijna 1%.
- Er dient in een volgend Capaciteitsplan rekening gehouden te worden met groei in de zorgvraag op grond van epidemiologische ontwikkelingen, met name door enkele chronische aandoeningen die meer toenemen dan door demografische veranderingen (o.a. diabetes en kanker).

### 3.3 Werkproces

In 2000 is aangenomen dat door veranderingen in het werkproces 5% meer capaciteit nodig is in 2010. Ook bij dit onderdeel gaat het om een afweging van meer factoren.

Allereerst werd ingeschat dat er van *verticale substitutie* van werk naar andere disciplines niet veel te verwachten was, met name door de toenmalige krapte op de arbeidsmarkt van verpleegkundigen. Vrij snel daarna trad een behoorlijke omslag op, waarschijnlijk door verslechtering van de economie. Dit heeft ook steun gegeven om een beleidsmaatregel te kunnen realiseren. In rap tempo zijn tussen 2000 en 2002 zo'n 700 praktijkondersteuners (po's) in praktijken van huisartsen gaan werken (400 fte's) bij zo'n 2.240 huisartsen (1.865 fte's). Ruim een kwart van de huisartsen beschikte

in 2002 over een po voor ongeveer een dag in de week. Volgens recente gegevens van de LHV waren dit er eind 2003 in ieder geval al 1.100. (7) Waarschijnlijk zijn het er meer omdat in de telling tweede po's in samenwerkingsverbanden niet meegenomen zijn. Zij werkten toen voor 3.160 huisartsen, waarmee al ruim 40% van de huisartsen over enige capaciteit aan po's beschikte. Daarnaast is bekend dat po's ongeveer 0,6 fte werken. In totaal gaat het zo om een injectie aan capaciteit van 660 fte's tot en met 2003. Dit is substantieel, afgezet tegen de 7.700 huisartsen in 2000 met 6.385 fte's. De hoofdaandacht van de po gaat uit naar chronisch zieken.

In een later te bespreken beleidsscenario wordt gesteld dat er sprake is van substitutie door de po van activiteiten van de huisarts. Over de mate waarin worden daarvoor aannames gedaan. Hierop vooruitlopend wordt gemeld dat de aanname, gesteund door onderzoek, is dat de po in de periode 2000-2004 ongeveer 30% substitutie gaf aan werk van de huisarts en bij efficiencyverbetering de komende jaren dit naar 50% kan stijgen. Dat betekent dat er vanuit de huidige manier van werken 200 fte huisartscapaciteit is bijgekomen. Dit is een toename in huisartscapaciteit van 3,1%. Afgezet tegen het voorspelde tekort van 1.700 fte in 2012 zal dit afnemen met 2,3%. De recente introductie van nurse practitioners (np's) in de eerste lijn zal lokaal ook voor verlichting gezorgd hebben, al is dit nog niet goed onderzocht. (8) Vanuit een landelijke optiek is deze impuls met enkele tientallen afgestudeerde np's tot en met 2003 nog bescheiden. Het aantal afgestudeerde physician assistants (pa's) is op één hand te tellen. De substitutie-effecten zijn mogelijk groter. Empirische gegevens ontbreken ook hier nog.

Voorts leefde bij het onderdeel werkproces de verwachting dat er wellicht *enige efficiencywinst* te boeken viel door ICT-ontwikkelingen, maar dat dit weg zou vallen tegen een *groei van administratieve werkzaamheden*. Dit laatste lijkt wel juist ingeschat te zijn, maar er zijn signalen dat menig huisarts een deel van dit werk intussen is gaan uitbesteden. Mogelijk dat zo de verhouding tussen patiënt- en niet-patiëntgebonden tijd gunstiger is geworden. Het zou een deelverklaring kunnen zijn voor de bevinding dat de werkweek van de huisarts is afgenomen en deze toch meer consulten is gaan doen. (9) Ook deze mogelijke trend kan nog niet voor recente jaren beoordeeld worden.

De belangrijkste reden om te verwachten dat er 5% meer capaciteit nodig was, kwam voort uit de inschatting dat er *horizontale substitutie* zou gaan optreden. Er werd een trend gesignaleerd dat vanuit de tweede lijn werk zou verschuiven naar de eerste lijn. Dit liep overigens goed parallel met dezelfde verwachtingen hierover aangaande het werk van medisch specialisten. Deze zogenaamde "extramuralisering" is duidelijk aangetoond in de vorm van afname van opnames en verpleegdagen per hoofd van de bevolking tot 2001. Gesteld wordt dat mede hierdoor de huisarts een toename heeft van complexe problematiek. (9) Bij het onderdeel vraag is al aangegeven dat deze tot en met 2003 in tien jaar extra is toegenomen met 8%. Een deel zal voortgekomen zijn vanuit horizontale substitutie. De inschatting van 5% meer capaciteit in tien jaar kan gehandhaafd blijven en zal voor de periode tot 2004 op bijna 1% gelegen hebben.

Indertijd is niet meegenomen dat er veranderingen in de *schaalgrootte van praktijken* zouden kunnen gaan optreden. Inmiddels tekent zich af dat het aandeel solisten

onder de vrijgevestigden afneemt (van 43% in 2000 naar 37% in 2004) en men toenemend in samenwerkingsverbanden gaat werken. (10) Een gunstig effect kan zijn dat meer (jonge) huisartsen het zo aantrekkelijker gaan vinden om na de opleiding dit werk ook te gaan doen. Parttime werken kan aldus wat makkelijker gerealiseerd worden en zo zullen mogelijk wat minder huisartsen vroeg of laat afhaken. Een nadelig effect, vanuit capaciteit gezien, is dat in bredere samenwerkingsverbanden de overlegtijd mogelijk toeneemt.

De organisatie van de huisartsenzorg is ook in korte tijd sterk veranderd door *schaalvergroting van de diensten*. Dit zou wel eens een belangrijke factor kunnen zijn. Het is zeer aannemelijk dat daarmee de werkweek inclusief diensten gedaald is. Dit geeft geen verlies aan capaciteit, omdat de vraag nog steeds opgevangen wordt maar vanuit de huisarts gezien efficiënter. Deze verandering in de werkwijze, in gang gezet vanaf het jaar 2000, kan geleid hebben tot vermindering van de (ervaren) werkdruk. In ieder geval zal de werkweek per fte in uren afgenomen zijn. Dit is nog niet onderzocht. Worden meer maatregelen op dit terrein genomen dan kan dit mogelijk leiden tot vermindering van de vroegtijdige uitstroom van huisartsen en mogelijk ook een demping of een omkering geven in de daling van de pensioenleeftijd. Hierop wordt in een scenario teruggekomen.

#### Conclusies werkproces:

- In de periode 2000 tot en met 2003 zijn er 1.100 praktijkondersteuners gaan werken voor ruim 40% van de huisartsen.
- De praktijkondersteuners voegen in totaal 660 fte toe, wat substantieel is ten opzichte van de 6.385 fte van de huisartsen in 2000.
- Uitgaande van een substitutie-effect van 30% gaven deze po's een extra impuls van 200 fte huisarts capaciteit tot 2004, een toename in fte's huisartsen van 3,1%. Het tekort van 20% wordt gereduceerd met 2,3%.
- De toename van de vraag bij de huisarts door toenemende mondigheid (5%) en door verschuiving van werk van de tweede naar de eerste lijn (5%), wordt voor beide samen beter onderbouwd door een trend van extra groei in de vraag van 8% tot 2004. Voor de periode 2000-2004 zal de toename voor verschuiving uit de tweede lijn gelegen hebben op 1%.
- De factor epidemiologie is ten onrechte verwaarloosd en moet voor chronische aandoeningen bijgesteld worden in de komende raming.
- De praktijkondersteuner zal een flink deel van deze vraag opgevangen hebben.

### 3.4 Aanbod

Bij het onderdeel aanbod is de ontwikkeling van vijf aspecten waard om aan te stippen:

- de uitstroom uit het vak
- de instroom in het vak
- de in- en uitstroom uit de opleiding
- de pool van waarnemers
- de arbeidstijd

Voor de voorspellingen van de capaciteit in 2012 is o.a. gebruik gemaakt van cijfers over verwachte aantallen *huisartsen die(vroegtijdig) uitstromen*. Voor de uitstroom worden historische getallen gebruikt die via het Nivel betrouwbaar worden bijgehouden. Tot en met 2002 zijn de verwachtingen goed uitgekomen. Uitstroom betreft dan vooral zelfstandig gevestigden, daarnaast huisartsen in dienstverband en een kleine groep die of als waarnemer functioneert of aangeeft na de opleiding wel belangstelling te hebben, maar deze nog niet effectueert. Als die waarnemers en belangstellenden aangeven, dat ze niet meer in het werk van huisarts geïnteresseerd zijn wordt dit meegerekend in de uitstroom. De uitstroom was in het vorig decenium met bijna 350 in 1990 het hoogst en in 1996 met bijna 170 het laagst en nam daarna geleidelijke toe naar ruim 270 in 1999. In 2000 trad een eenmalige piek op van meer dan 350, gevolgd door een scherpe daling in 2001 naar ruim 210. In de jaren 2002 en 2003 was de uitstroom 250. In totaal gaat het in 4 jaar om 1.075, ofwel bijna 270 per jaar gemiddeld. Beperkt men zich tot de regulier werkzame huisartsen dan kan gesteld worden dat tot 2004 jaarlijks 250 huisartsen stopten, in totaal 1.000 in vier jaar.

In het Capaciteitsplan 2003 is al aangegeven dat de gemiddelde leeftijd van de mannelijke huisartsen die stoppen in de periode 1991–2001 gedaald is van 60 jaar naar 55 jaar. Dit laatste getal geeft aan dat men niet alleen vanwege pensionering stopt. Wordt de groep die stopt vanwege pensionering apart gezien, dan blijkt ook daar een daling op te treden van 64 naar 61 jaar in dezelfde periode. De vraag is nu of die dalende trend in de pensioenleeftijd doorzet en of de vroegtijdige uitstroom uit het vak verandert. De verwachting voor de uitstroom in 2003 op basis van historische getallen was dat deze duidelijk boven de 250 zou liggen. Dat deze stijging niet is opgetreden kan eenmalig zijn, maar ook het begin van een trend. Dat er een verminderde uitstroom is blijkt ook als alleen gekeken wordt naar de zelfstandig gevestigden. In 1999 lag de uitstroom bij deze groep nog net onder de 200. In de periode 2000-2002 op gemiddeld 217. Die opgaande lijn werd verwacht. Dat in het jaar 2003 de uitstroom weer onder de 200 is gezakt is daarom opmerkelijk. Omdat het een eenmalig verschijnsel kan zijn wordt dit nog niet meegenomen in een reductie van het tekort in 2012.

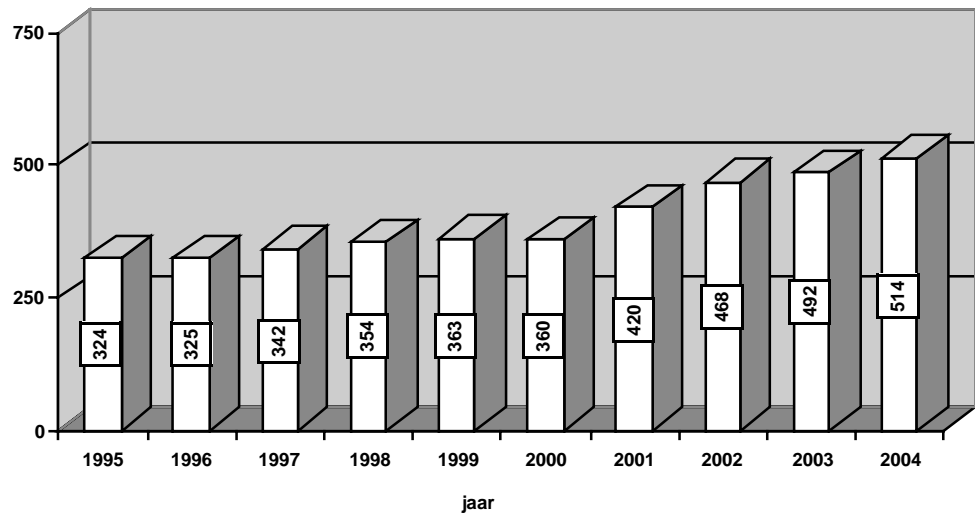
Mogelijk dat door maatregelen gericht op huisartsen van met name vijftig jaar en ouder men meer zal blijven praktiseren. Hier wordt in een apart scenario op terug gekomen.

De tweede factor waarbij stil gestaan moet worden is de *instroom van huisartsen in het vak* en dan vooral vanuit de opleiding. Het aanbod van geregistreerden nam toe van 362 in 2000 naar 444 in 2003. De instroom vanuit het buitenland daarbinnen lag de afgelopen jaren op 40 tot 50 en betrof voor het grootste deel Nederlanders die met opleidingen in met name België en Engeland huisarts werden. Dit aantal neemt in 2003 wat af, vermoedelijk omdat men in Nederland makkelijker dan voorheen een opleidingsplaats kan bemachtigen.

Een belangrijke vraag is of degenen die de opleiding afronden de afgelopen jaren ook daadwerkelijk als huisarts gingen werken. Hierover bestaan vaak oude beelden, die er van uitgaan dat een groot deel iets anders gaat doen. In de periode 1975-1985 ging ongeveer 30% niet werken als huisarts. Er was toen echter een overschot aan opgeleide huisartsen. Dat percentage is daarna gaan dalen. Vanaf 1993 schommelde

dit tussen de 3 en 5%. Dit zet door in de jaren 2000 en 2001. (10) Ruwweg kan gesteld worden dat tot 2004 jaarlijks 375 huisartsen gingen werken, in totaal 1.500.

De derde factor is de *instroom in de opleiding* en het aantal dat vervolgens als huisarts geregistreerd wordt. De instroom in de opleiding staat hieronder afgebeeld voor een



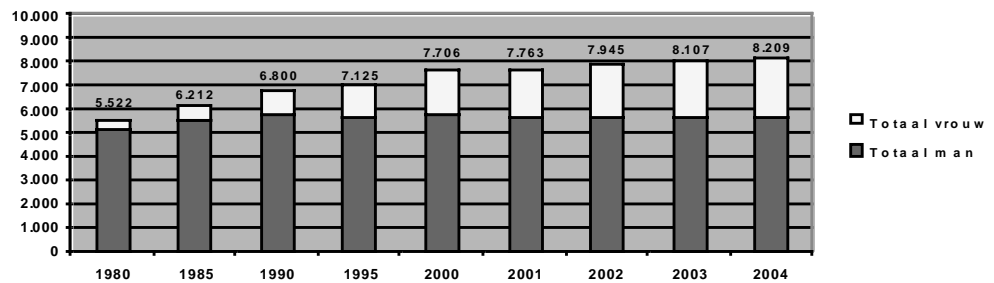
Figuur 2: Instroom in de opleiding huisartsgeneeskunde vanaf 1995

langere periode vanaf 1995.

Figuur 2 laat zien dat vanaf 2001 de instroom duidelijk omhoog gaat en in dat jaar met een sprong van 60 meer. In vier jaar gaat het om een stijging van meer dan 150 naar bijna 515, een uitbreiding met 43% vanaf 2000. Ongeveer 97% studeert ook af, zodat bij deze driejarige opleiding er van het cohort van 1997 in 2000 ongeveer 320 uit de Nederlandse opleidingen kwamen en in 2004 zullen er van het cohort van 2001 ruim 410 huisartsen geregistreerd worden. In de komende jaren loopt dit aantal verder op. Daarnaast kwamen er nog jaarlijks ruim 40 bij uit buitenlandse opleidingen. In de prognose van 2003 over de tekorten in 2012 is gewerkt met handhaving van de instroom van het jaar 2002, die op bijna 470 lag. Er zijn inmiddels al zo'n 80 huisartsen meer in opleiding gegaan en ook in 2005 gaat de instroom verder omhoog. In totaal gaat het om 100 waarop nu al zicht is. Verwacht mag worden dat ruim 95% afstudeert, waarvan vervolgens tegen 2012 ongeveer 4% van werk als huisarts afziet. Een deel zal dan nog waarnemen. Dat betekent dat er ongeveer 70 huisartsen extra regulier werken in 2012, 55 fte. Daarmee wordt het tekort gereduceerd met 0,6%. Dit wordt meegenomen in een scenario over verdere uitbreiding van de instroom in de opleiding.

De *capaciteit aan werkzame huisartsen* is de resultante van de in- en uitstroom uit het vak.

De ontwikkeling van het aantal regulier werkzame huisartsen tot 2004 wordt hierna in figuur 3 gepresenteerd over een periode vanaf 1980. Daarbij zijn de waarnemers weer buiten beschouwing gelaten.



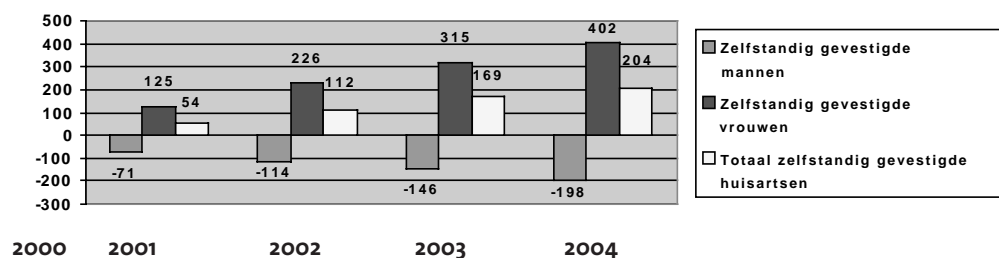
Figuur 3: Aantal regulier werkzame huisartsen vanaf 1980

Over de gehele periode is sprake van gestage groei. Vanaf 2000 zet dit door van 7.700 naar 8.200 huisartsen begin 2004. Het gaat de laatste vier jaren om een toename van in totaal 500, gemiddeld 125 per jaar. Dit is een saldo van jaarlijks 250 huisartsen die stoppen en 375 die regulier gaan werken.

In fte's nam de capaciteit toe met 410 van 6.385 naar 6.795. (11) De uitbreiding in aantallen is 6,5% en in fte's 6,4%.

Hierboven is al aangegeven dat de capaciteit in de periode 2000-2004 moest toenemen met 10% om in 2012 geen tekort te krijgen. De groei aan huisartsen is in dat opzicht duidelijk achtergebleven.

Uit figuur 3 kan verder afgeleid worden dat de verhouding tussen mannen en vrouwen verschuift en dat dit vooral in de laatste jaren sterk doorzet. Te zien is ook dat vanaf 2000 het aantal mannen in absolute zin afneemt. Ook deze beweging zet door. Het is zinvol de onderliggende verschuivingen nog wat meer gedetailleerd in beeld te brengen, allereerst in figuur 4 voor de zelfstandig gevestigde huisartsen.



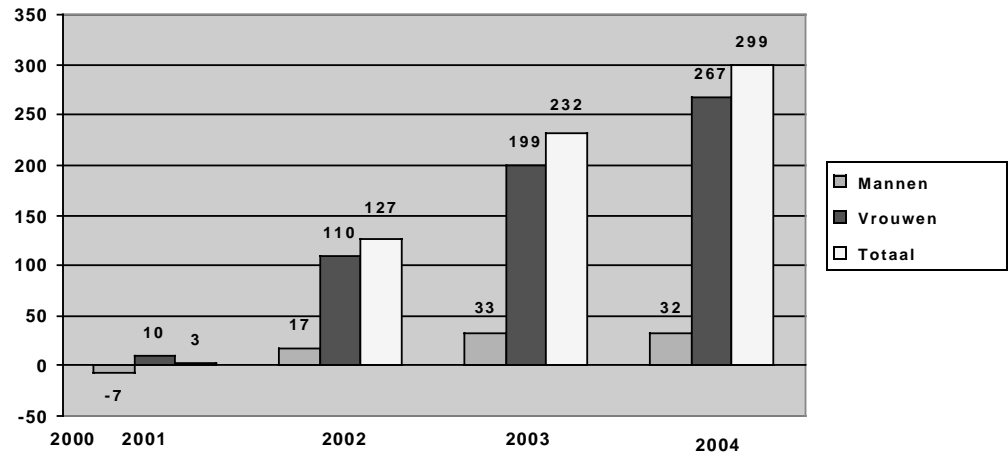
Figuur 4: Toe- en afname zelfstandig gevestigde huisartsen cumulatief ten opzichte van 2000

In de loop van het jaar 2000 neemt voor het eerst het aantal mannelijke zelfstandig gevestigde huisartsen af en dit loopt in totaal tot en met 2003 op tot 200, ongeveer 50 per jaar. Dat wil niet zeggen dat zich geen mannelijke huisartsen vestigden. De figuur toont dat het saldo van in- en uitstroom uit het vak negatief is. In diezelfde periode neemt het aantal vrouwelijke zelfstandig gevestigde huisartsen in totaal toe met 400, ongeveer 100 per jaar meer. De groei komt daarmee in totaal uit op 200 in vier jaar, het saldo van ongeveer 400 meer en 200 minder.

Het patroon bij de huisartsen in dienstverband ziet er iets anders uit.

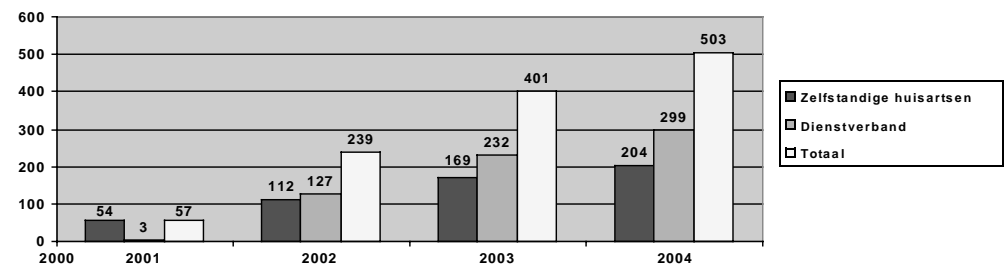
Figuur 5 demonstreert dat er ruim 30 mannen in dienstverband zijn bijgekomen vanaf 2000 en daarnaast bijna 270 vrouwen, in totaal een toename van 300. De

toename van het aantal van 400 vrouwen, dat zich zelfstandig vestigde, overstijgt dus de groei in het aantal van 270 dat in dienstverband ging.



Figuur 5: Toe- en afname huisartsen in dienstverband cumulatief ten opzichte van 2000

Het saldo van toe- en afname wordt in figuur 6 getoond voor de beide soorten huisartsen sinds 2000.



Figuur 6: Saldo toe- en afname soorten huisartsen cumulatief ten opzichte van 2000

De groei in huisartsen in dienstverband met 300 blijkt groter te zijn dan de toename van 200 van de zelfstandig gevestigden.

Uit de combinatie van de tabellen voor mannen en vrouwen kan afgeleid worden dat de groei totaal van 500 volledig bepaald wordt door vrouwelijke huisartsen.

Bij de sterke toename van het dienstverband is de vraag of vrouwelijke huisartsen nog wel 0,7 fte werken, en de mannelijke 0,94 fte. Het effect kan tweeledig zijn. Gaan zowel de vrijgevestigden minder werken als degenen met een dienstverband? Het is van belang te gaan onderzoeken hoe de arbeidstijd van huisartsen zich de laatste jaren ontwikkeld heeft. Een daling is mogelijk. Het kan wel betekenen dat hierdoor de werkdruk minder wordt en huisartsen ook om deze reden op dit moment al minder vroeg gaan stoppen.

Wordt de uitstroom uit het vak vergeleken met de uitstroom uit de opleiding dan is de laatste groep al enkele jaren groter in aantal. Dat neemt niet weg dat velen een weg gevonden hebben in praktijken. Immers het zijn vooral vrouwen die erbij komen,

die traditioneel 0,7 fte gaan werken en mannen die stoppen werken traditioneel 1 fte. Ruwweg betekent dit dat voor twee huisartsen, vooral mannen, drie nieuwe, vooral vrouwen, nodig zijn. Als in 2005 ongeveer 300 huisartsen stoppen en hieronder opnieuw veel zelfstandig gevestigde mannen zijn dan zijn er ook meer dan 400 afstuderende huisartsen nodig.

Het vierde aspect binnen het onderdeel aanbod is de grootte van de groep *waarnemers*.

Gedurende een reeks van jaren was er een redelijk vast bestand van 500 tot 600 recenter afgestudeerde huisartsen, die het Nivel jaarlijks volgt als potentieel belangstellenden om als huisarts regulier te gaan werken. Een deel valt na enige jaren definitief af, maar een ander deel gaat als huisarts werken, hetzij zelfstandig, hetzij in dienstverband. Ongeveer 300 van hen functioneren als waarnemer en oriënteren zich zo op praktijken of zien dit als een geschikte baan voor enige tijd. Dit aantal is tot en met 2003 stabiel gebleven. Er zijn altijd meer waarnemers geweest dan deze meer jonge groep. Signalen geven aan dat er in 2004 zo'n 1.500 tot zelfs 2.000 waarnemers zouden zijn. Hiernaar is een eerste oriëntatie gedaan. Dit getal wordt ontleend aan een recenter ontwikkeld systeem waarin voor waarnemers aanbod en vraag elektronisch gekoppeld worden. De getallen zijn om meer redenen verwarrend en liggen in ieder geval te hoog. Allereerst koppelt dit systeem ook vraag en aanbod voor dienstverbanden en vestigingen en niet uitsluitend waarnemers. Onder de waarnemers moet ook sprake zijn van dubbeltellingen. Een deel van hen werkt ongetwijfeld in een (klein) dienstverband en is tegelijk waarnemer.

Het is wel denkbaar dat bij het jaarlijks onderzoek van Nivel begin 2004 zal blijken dat het aantal waarnemers onder de recent afgestudeerden is gegroeid door een toenemende uitstroom uit de opleiding. Het kan zijn dat ook het aandeel oudere waarnemers, huisartsen die (vroegtijdig) gestopt zijn, is toegenomen. De grootte en samenstelling van de totale groep waarnemers zal het Capaciteitsorgaan laten onderzoeken.

Het vijfde aspect betreft de mogelijke *daling in arbeidstijd per fte*. Aangenomen is dat deze in tien jaar met 5% zou dalen. Ook hier geeft onderzoek inmiddels een betere onderbouwing dat deze trend bestaat. (9) In de periode 1987-2001 ging de werkweek per fte huisarts (inclusief effectieve diensten) van ruim 58,6 uur naar 53,4 uur. Een daling in 14 jaar van 5,2 uur, ofwel van bijna 9%. Dit staat gelijk aan ruim 6% in tien jaar. Door de invoering van de grootschalige dienstenstructuur zal men momenteel al duidelijk minder uren per week werken. Dit neemt niet weg dat het waarschijnlijk is dat het proces van normalisatie van de werkweek met 5% in tien jaar doorzet. Als het aantal huisartsen in dienstverband blijft toenemen is dit mogelijk nog te laag ingeschat. Tot 2004 gaat het mogelijk om een daling van 2%.

#### **Conclusies aanbod:**

- De uitstroom uit het vak neemt geleidelijk toe en lag over de periode 2000 tot 2003 gemiddeld op ongeveer 250 per jaar.
- In 2003 stopten 250 huisartsen, wat minder dan voorzien was. Dit kan eenmalig zijn, maar ook het begin van een trend.

- De instroom in de opleiding is na 1999 gegroeid van 360 naar ruim 510 in 2004, een toename van ruim 40%.
- Meer dan 95% studeert af zodat er in 2004 ongeveer 400 zullen afstuderen en dit aantal neemt de komende jaren nog toe tot 500 in 2007.
- Van degenen die afstudeerden in de jaren 1993 tot en met 2001 zag 3 tot 5% van de huisartsen af om te gaan praktiseren in dat vak.
- Het saldo van uitstroom uit het vak ten opzichte van het aantal dat afstudeert was in aantallen huisartsen duidelijk positief; in 2003 enkele tientallen en dit kan in 2004 oplopen naar meer dan 100 als de uitstroom uit het vak net als in 2003 minder is dan verwacht.
- Een duidelijk positief saldo is nodig, omdat enerzijds met name zelfstandig gevestigde mannelijke huisartsen stoppen en er anderzijds vooral vrouwelijke huisartsen bijkomen die meer parttime werk zoeken dan mannen.
- Er is sprake van groei in het aantal werkzame huisartsen (zelfstandig en in dienstverband) van 2000 tot en met 2003 met 500 van 7.500 naar 8.200. Die 500 is een saldo van ruwweg 1.000 die stopten en 1.500 die aan de slag gingen. De toename in fte's was 410. Een uitbreiding met 6,5%, respectievelijk 6,4% in vier jaar; dit loopt achter bij het advies dat een groei nodig achtte van 10% in fte's.
- De groei in het veld wordt bepaald door vrouwelijke huisartsen. In vier jaar nam het aantal vrouwen dat zich zelfstandig vestigde toe met 400 en groeide het aantal dat in dienstverband ging met bijna 270. Het aantal mannen nam in totaal af met zo'n 170, het aantal zelfstandigen met 200.
- Het aantal recent afgestudeerde huisartsen dat waarneemt is tot 2004 stabiel gebleven op ongeveer 300. Het totaal aantal waarnemers is onbekend. Signalen dat het aantal op 1.500 tot 2.000 zou liggen zijn in ieder geval te hoog.
- De schattingen voor een daling van de arbeidstijd met 5% in tien jaar is op grond van nieuw onderzoek over een dalend aantal uren per fte per werkweek in de jaren '90 beter onderbouwd en mogelijk nog aan de lage kant.

### 3.5 Onvervulde vraag

Het Capaciteitsorgaan heeft tot slot ook nog een factor onvervulde vraag in de berekeningen opgenomen. Deze variabele bevindt zich op het grensvlak van vraag, werkproces en aanbod. Bij de schatting hiervan werd in 2000 aangenomen dat een deel van de vraag niet aan bod kon komen, vermindering van werkdruk van belang zou zijn voor de kwaliteit van werken en dat er door niet ingevulde vacatures patiënten enige tijd geen eigen huisarts hadden. Hiervoor werd in het jaar 2000 geacht dat 5% meer capaciteit nodig was. Daarmee werd gesteld dat er een kleine 400 te weinig regulier werkzame huisartsen waren en dat, afgezien van de waarnemers en belangstellenden (in totaal 500), dit aantal extra opgeleid moest worden om in 2012 een beter evenwicht te bereiken. De discussie of er daarnaast niet ook sprake was van onnodige vraag is indertijd ook gevoerd, maar als moeilijk vooraf te voorspellen en te beïnvloeden beschouwd.

Vooruitlopend op de schatting voor deze factor voor het Capaciteitsplan 2005 wordt nu reeds gesteld dat dit percentage momenteel beduidend lager ligt.

**Conclusie onvervulde vraag:**

- De onvervulde vraag van 5% in 2000 ligt in 2004 beduidend lager.

**Hoofdconclusies**

Alle factoren overziend zijn de volgende hoofdconclusies te trekken:

- De bevolking groeit minder sterk wat een reductie geeft van het tekort met 1%.
- De schatting van 10% extra toename van de vraag deels door sociaal culturele ontwikkelingen en deels door verschuiving van werk uit de tweede lijn is inmiddels beter onderbouwd. Dit heeft geleid tot een toename van de vraag boven op demografie van 2% tot 2004.
- De instroom in de opleiding tot huisarts is gestegen van 360 in 1999 naar bijna 515 in 2004, een toename van 43%. Dit is wat meer dan is meegenomen in de berekening van het tekort, dat aldus kan afnemen met 0,6%.
- Het aantal huisartsen dat na afloop van de opleiding afzag van het werk als huisarts schommelt sinds 1993 tussen de 3 en 5%.
- Het aantal huisartsen is tot en met 2003 toegenomen met 500 van 7.700 eind 1999 naar ruim 8.200 eind 2003; een toename van 6,5%; in fte's een uitbreiding van 410, een toename met 6,4%. De toename met 500 huisartsen is een saldo van 1.000 die stopten en 1.500 die erbij kwamen; een verhouding van 2 : 3.
- Hoewel de bevolking is toegenomen sinds 2000 met ongeveer 400.000 inwoners is de huisartsendichtheid, gemeten aan uitsluitend de fte's huisartsen, verbeterd en op ruim 2.400 uitgekomen in plaats van 1 fte op bijna 2.500 inwoners in 2000.
- Er heeft daarnaast tot en met 2003 een capaciteitsuitbreiding plaats gevonden met minimaal 1.100 praktijkondersteuners, samen goed voor 660 fte's. Bij 30% substitutie is dit gelijk te stellen aan 200 fte huisarts. Daarmee is de huisartscapaciteit toegenomen met 3,1% en neemt het tekort in 2012 af met 2,3%.
- Er bestaat al enkele jaren een positief saldo van enkele tientallen aan afgestudeerde huisartsen ten opzichte van het aantal dat stopt. Dit is nodig als men het uiteindelijke effect in fte's beziet.
- In 2003 zagen 280 huisartsen er van af (nog) als huisarts te gaan werken in plaats van de 330 die verwacht werden; of dit eenmalig is of een begin van een trend moet nog gezien worden.
- De totale toename in huisartscapaciteit (huisartsen en praktijkondersteuners tezamen) tussen 2000 en 2004 is 9,5% (6,4 + 3,1) en daarmee vrijwel gelijk aan de 10% uitbreiding tot 2004, die nodig was voor een evenwicht in 2012.
- Op basis van de dalende bevolkingsonvang, de inzet van praktijkondersteuners en een toename van de instroom in de opleiding zal het tekort afnemen met 4% (1 + 2,3 + 0,6).

De inzet van praktijkondersteuners en uitbreiding van de opleiding duiden er op dat beleid effect heeft op de voorspelde tekorten. Een vijftal beleidsopties komen in het volgende hoofdstuk aan de orde.

## 4 Scenario's

### 4.1 Inleiding

Beleidsontwikkelingen kunnen omgezet worden in scenario's gericht op de toekomst. Het zijn hulpmiddelen voor beleidsmakers om tot afwegingen te komen. De inmiddels gereed gekomen scenario's komen in dit hoofdstuk aan de orde en zijn voor een deel in bijlagen verder onderbouwd met onderliggend onderzoek. De scenario's worden telkens afgesloten met het mogelijk effect op het eerder voorspelde tekort van 20% in 2012 bij ongewijzigd beleid. Door de verschillende opties voor beleid zo uit te drukken kan het belang van de maatregelen onderling vergeleken worden. Enige voorzichtigheid is geboden bij deze aanpak, omdat veelal aannames nodig waren, ook als er onderzoek aan ten grondslag ligt.

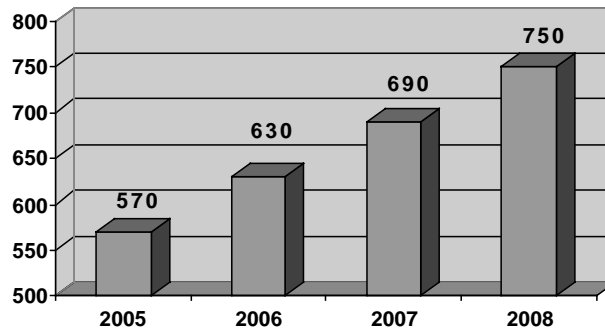
### 4.2. Scenario vergroting instroom in opleiding

In het Capaciteitsplan 2002 was een haalbaarheidsscenario opgenomen aangaande de hoogte van de instroom bij alle vervolgoopleidingen. Daarin werd voor de huisartsen voorspeld dat de instroom, die in 2001 op 420, lag wat opgetrokken kon worden en in 2005 op een niveau van ruim 500 zou kunnen liggen. (zie bijlage 4 voor de onderbouwing). Dit scenario ging niet in op de vraag of dit in organisatorische zin haalbaar was. Als knelpunt werd het aanbod van artsen onderzocht. De prognose dat 500 haalbaar zou zijn, was gebaseerd op drie aspecten:

- het aantal basisartsen dat vanuit de initiële opleiding beschikbaar zou komen voor een vervolgoopleiding
- de belangstelling onder basisartsen voor het beroep van huisarts en andere specialismen
- de totale opleidingsbehoefte vanuit alle vervolgoopleidingen.

Vanuit deze drie aspecten kon beoordeeld worden dat er onderlinge verdringing tussen vervolgoopleidingen zou gaan ontstaan, met name omdat de belangstelling om klinisch specialist te worden, met ruim 60% als eerste voorkeur, groot is. Deze vervolgoopleidingen gingen bovendien sterk uitbreiden. Voorspelbaar was dat de opleiding tot huisarts met 20% eerste voorkeur maar bescheiden zou kunnen groeien en het dan ook zou moeten hebben van basisartsen die huisarts als tweede keuze hebben. De totale belangstelling kan dan op 38% uitkomen. Die groei naar 500 is al gelukt in het jaar 2004, waarschijnlijk omdat in dat jaar de instroom bij enkele onder basisartsen populaire klinische specialismen weer naar beneden is gegaan, in totaal met vermoedelijk ongeveer een kleine 100. Het betreft de specialismen interne, psychiatrie en kindergeneeskunde. Het is aannemelijk dat een flink deel van degenen die voor deze drie vakken belangstelling hebben uitgeweken zijn naar de opleiding tot huisarts.

Voor de komende jaren wordt het volgende haalbaarheidsscenario opgesteld tot en met 2008, het laatste jaar dat meetelt om met de opleiding gereed te zijn in 2012.



Figuur 7: Haalbaarheidsscenario instroom opleiding t/m 2008

De belangrijkste verwachting achter dit scenario is dat de instroom in de opleidingen tot klinisch specialist in totaal wat lager blijft en met name de instroom bij de genoemde drie specialismen. Daarnaast zal de uitstroom uit de opleiding geneeskunde jaarlijks toenemen. Het reservoir van recent afgestudeerde basisartsen, waaruit geput kan worden, zal de komende jaren geleidelijk weer groeien.

Hierbij worden nog twee kanttekeningen geplaatst. Niet onderzocht is of deze groei, en dan ook nog in dit tempo, haalbaar is vanuit de organisatie van de opleidingen. Bekend is wel dat men streeft naar een instroom van 530 in 2005, waarvan de helft al in het voorjaar van 2005 start. Ook in het veld wordt kennelijk ingeschat, dat er meer mogelijk is. In 2004 was de instroom al bijna 515.

Door een samenwerkingsverband van betrokken instanties bij de opleiding tot huisarts wordt momenteel onderzoek gedaan naar vernieuwing van de opleiding, waarbij ook de vraag naar uitbreiding meegenomen wordt. Vanuit het Capaciteitsorgaan kan voorzien worden dat er knelpunten gaan komen als er meer van diverse disciplines opgeleid gaan worden. Niet alleen om gekwalificeerde opleiders in de eerste lijn te vinden, maar ook om voldoende plekken te vinden in de tweede lijn.

De tweede kanttekening is van belang voor de later te behandelen scenario's, met name die voor taakherschikking. Uit langere termijnvoorspellingen is gebleken, dat als men het jaar 2020 zou kiezen voor een evenwicht men dan zou kunnen volstaan met een instroom van bijna 700 in de opleiding (zie ook de tabel op pagina 45). Deze informatie is van groot belang. Als intussen andere disciplines in grote getale zouden worden opgeleid kan er rond 2020 ook in de huisartsenzorg een overschot in het aanbod gaan ontstaan, als men tegelijk veel meer huisartsen zou gaan opleiden. In het Capaciteitsplan 2005 zullen opties tot meer opleiden van huisartsen, po's, np's en pa's daarom naast elkaar gezet moeten worden.

Met bovenstaande getallen voor de instroom tot 2009 kunnen nu twee exercities gemaakt worden. Daarbij wordt aangenomen dat de 750 in 2008 gehaald wordt en dat het gemiddelde in die vier jaar ligt op 660.

Allereerst wordt bezien welke variant deze getallen benaderen. Voor een evenwicht in 2012 was volgens de basisvariant een instroom nodig van 600 (zie tabel 1). Dit wordt nu in de komende jaren ruimschoots gehaald, maar had men al moeten realiseren

vanaf 2002. In de periode 2002 tot en met 2005 wordt bij elkaar ongeveer 360 te weinig gedaan. In de periode 2006 tot en met 2008 wordt daarentegen zo'n 270 meer gedaan, dan eerder is aangenomen. Op 90 na kan toch in 2012 de basisvariant redelijk afgedekt worden. Dat wil zeggen dat in de de onvervulde vraag, de demografie (groei en vergrijzing) en de vervanging, ook in fte's, voorzien kan worden.

In de tweede plaats kan berekend worden hoe groot het tekort nog is vanuit de variant waarvoor het Capaciteitsorgaan een voorkeur uitsprak. Daarbij was een instroom nodig van zo'n 730 (zie tabel 2). Dit wordt alleen gehaald in het jaar 2008. In 2000 waren er 7.700 huisartsen regulier werkzaam. Volgens het Capaciteitsorgaan zijn er in 2012 11.000 nodig. Bij een instroom in de opleiding van ongeveer 420 tot en met 2008 zullen er in 2012 ongeveer 8.700 huisartsen werken, een tekort van 20%. Uitgedrukt in fte's is het tekort ongeveer 1.700 fte's. Er werd intussen al wat meer gedaan dan 420 en met het bovenstaande scenario erbij worden er in totaal ongeveer 720 meer in opleiding genomen. Hiervan zullen er in 2012 ongeveer 650 regulier werken in de huisartsenzorg (dienstverband of zelfstandig gevestigd). Dit geeft ruim 510 fte's meer.

**Conclusie: Met ophoging van de instroom geleidelijk naar 750 zal het tekort met 6% afnemen van 20 naar 14% in 2012.**

#### 4.3 Scenario verkorting opleidingsduur

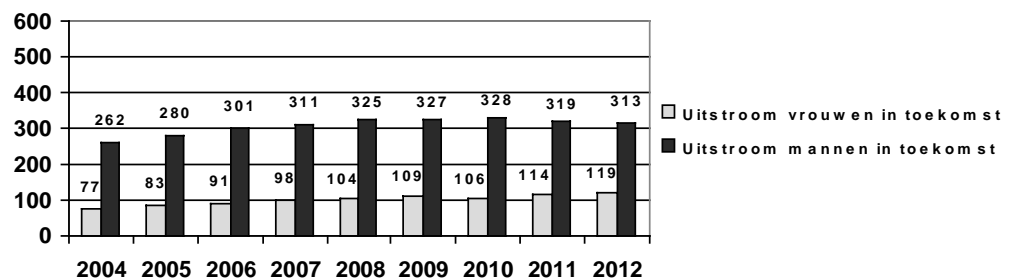
Eerder bracht het Capaciteitsorgaan een beleidsscenario uit, dat betrekking had op verkorting van de duur van de opleiding. (4) Dit scenario was gebaseerd op onderzoek van het Nivel. (12) Deze informatie heeft nog niet geleid tot concrete beleidsmaatregelen. Veelal komen als tegenargumenten naar voren verlies van kwaliteit en Europese regelgeving die enige tijd ook nog tenderde naar verlenging van de opleidingsduur. Het effect op tekorten was indertijd bij een verkorting van de opleiding van drie naar twee jaar met 3% betrekkelijk gering. Hoe het ook zei, als volgens bovenstaande getallen de instroom in de opleiding met 750 beduidend hoger zal liggen, dan voorheen werd aangenomen, kan het oude scenario bijgesteld worden. Verkorting van opleiding geeft effecten op tekorten in 2012, op de instroom en op de totaalcapaciteit. Beperkt men zich tot het eerste effect dan zal nu bij een verkorting van de opleiding tot huisarts naar opnieuw twee jaar één cohort een jaar sneller ter beschikking staan. Zou men bijvoorbeeld deze maatregel in 2009 invoeren dan is dat cohort na twee jaar in 2011 afgestudeerd en telt deze mee in het jaar 2012. Als het aantal dat instroomt dan net als in 2008 zo'n 750 is, zal dit een effect geven op het tekort in 2012 van ruim 6%. Vanuit het Capaciteitsorgaan wordt de relativering aangebracht dat dit scenario een eenmalig effect meebrengt alleen in het jaar 2012.

**Conclusie: Met verkorting van de duur van de opleiding met een jaar zal het tekort dalen met 6% van 20 naar 14%.**

#### 4.4 Scenario beperking (vroegtijdige) uitstroom huisartsen

Het volgende scenario heeft betrekking op de capaciteit in het veld. Een belangrijk aspect is de hoogte van de uitstroom uit het vak. Het gaat dan vooral om

vrijgevestigden en huisartsen in dienstverband. Maar ook van de waarnemers en belangstellenden valt jaarlijks een klein deel af. De uitstroom vertoont in vergelijking met andere specialismen een bijzonder kenmerk in die zin dat vanouds juist bij huisartsen een relatief groot deel ruim voor de pensioenleeftijd stopt. In figuur 8 is de verwachte uitstroom in kaart gebracht tot en met 2012 voor mannen en vrouwen apart. Deze is nog niet gecorrigeerd voor de eenmalige daling in de verwachte uitstroom in 2003.



Figuur 8: Ontwikkeling in uitstroom van huisartsen in toekomst?

Bron: Nivel

Bij mannen en vrouwen gaat de uitstroom omhoog en bereikt de eerste groep een piek in het jaar 2008. Het totaal van beide groepen blijft vanaf 2008 op ongeveer 430 hangen. De uitstroom van mannen neemt af vanaf 2010 en die van vrouwen stijgt dan nog in ongeveer gelijke mate. Het gaat dus om substantiële aantallen.

Bij deze totaalgetallen zijn twee te onderscheiden deelvragen van belang. Kan de pensioenleeftijd beïnvloed worden en kan de vroegtijdige uitstroom ingedamd worden? Dat er serieuze kansen liggen om arbeidsjaren te winnen bleek uit onderzoek in opdracht van het Capaciteitsorgaan. (13) Op de algemene vraag of vertrek onder bepaalde omstandigheden voorkomen had kunnen worden geeft 62% van de mannen en 61% van de vrouwen, die al gestopt zijn, als antwoord: "ja, wellicht wel". Bij nog werkzame huisartsen geven van degenen die voor hun 65-ste denken te stoppen maar liefst 75% aan dat vertrek eventueel te voorkomen is. Voor het scenario is met bescheidener percentages gewerkt (voor de uitwerking zie bijlage 5).

Samenvattend stelt het onderzoek, gedaan in opdracht van het Capaciteitsorgaan door het Nivel, dat de:

*'.. alles overheersende reden om voor de pensioengerechtigde leeftijd te stoppen met het werk als huisarts, is de hoge werkbelasting. Daarbij gaat het zowel om het totaal aantal werkuren, de diensten als de administratieve taken die bovenmatig veel tijd in beslag nemen.'*

Het lijkt ondenkbaar dat aan alle wensen voldaan kan worden en dat iedereen zo te bewegen is om langer als huisarts te blijven werken.

Echter als men met name de diensten zou kunnen verminderen of wegnemen van degenen die dat willen en als men zich meer kan concentreren op patiëntenzorg is

wellicht 35% bereid alsnog het werk te willen continuëren. Het gaat dan in 2012 om 560 huisartsen meer die werkzaam zullen zijn. Als de mannen hieronder voor gemiddeld 0,8 fte directe patiëntenzorg leveren en vrouwen 0,6 neemt het tekort van 1.700 fte's af met 430 fte's.

**Conclusie: Bij maatregelen die de werkdruk verminderen en concentratie bieden op patiëntenzorg zal het tekort van 20% met 5% afnemen naar 15%.**

#### 4.5 Scenario's substitutie

Dit scenario is het meest speculatief, in die zin dat onderzoek naar de prille ontwikkeling van inzet van andere disciplines en effecten daarvan op de capaciteit van huisartsen (en andere medische en tandheelkundige specialisten) nog nauwelijks goed empirisch onderbouwd zijn. Toch is het Capaciteitsorgaan van oordeel dat een eerste signaal over mogelijke effecten voor beleidsmakers van belang is. Er zijn verschillende termen in zwang, die duiden op een verandering in de werkverdeling van beroepsbeoefenaren in de volksgezondheid, zoals taakherschikking, taakdelegatie en substitutie. Het Capaciteitsorgaan heeft al in het ontwerp van het model om tot ramingen te komen de voorkeur gegeven aan het begrip "substitutie". Deze factor is geplaatst in het onderdeel "werkproces" en duidt op mogelijke verschuivingen in het werk die daadwerkelijk leiden tot minder capaciteit van medische en tandheelkundige specialisten. Bij de schaarste aan personeel in het jaar 2000 is voor alle specialismen, behalve de sociale geneeskunde in 2000 aangenomen, dat er geen of nauwelijks substitutie zou plaats vinden. Hierboven is al aangegeven dat er een snelle omlag heeft plaats gevonden in de arbeidsmarkt van verpleging en verzorging. In de eerste lijnzorg zijn bovendien beleidsontwikkelingen op gang gekomen met impulsen om ondersteunend personeel in te gaan zetten. Het betreft drie zich nog ontwikkelende beroepsgroepen, die hieronder aan de orde komen: de praktijkondersteuner huisarts (po), de nurse practitioner (np) en de physician assistant (pa). Van belang is verder dat de po binnen het veld van huisartsen in korte tijd breed geaccepteerd is. Er bestaat een functieomschrijving en er zijn protocollen ontwikkeld. De functie van de np en pa is nog volop in ontwikkeling en de acceptatiegraad is vooralsnog beduidend minder dan bij de po.

##### Physician assistant (pa)

Deze nieuwe beroepsgroep wordt opgeleid op postHBO-niveau en stromen naar verschillende sectoren in de zorg uit. De eerste lichtingen in de opleiding zijn veelal enige jaren werkzaam geweest in de zorg. Het aantal afgestudeerden bedraagt momenteel nog enkele tientallen, waarvan maar een beperkt gedeelte werkt in de eerste lijn. Zij werken duidelijk binnen het medisch domein. De bevoegdheden zijn nog niet vastgelegd, maar veelal gedragen zij zich in ziekenhuizen als assistent geneeskundigen in opleiding en doen zij ook een deel van de werkzaamheden, die deze assistenten doen of deden en werken zij duidelijk onder verantwoordelijkheid van de specialist.

Nu er meer opleidingen voor pa's zijn kan het aantal gaan toenemen. Betrouwbare uitspraken over substitutie-effecten in Nederland kunnen nog niet gedaan worden op basis van empirisch onderzoek. Internationale gegevens geven aanwijzingen dat deze

effecten kunnen oplopen tot 80%. (8) Dit speelt met name in de VS, waar vooral in delen van het land met absolute schaarste aan gevestigde specialisten, juist de pa een groot deel van de zorgvraag beantwoordt. Vanuit de voorspelling voor 2012 dat er een tekort aan huisartsen gaat ontstaan van bijna 2.200 is het denkbaar dat ook in Nederland in sommige delen van het platteland en wijken in de stad absolute schaarste gaat ontstaan aan huisartsen en de pa ook in de eerste lijn een belangrijke plek zal krijgen. Incidenteel heeft dit al plaats gevonden in een enkele grote stad met langdurig onbemande praktijken. Dit fenomeen is in de loop van 2003 en 2004 vermoedelijk weer afgenomen.

Uitgaande van de huidige ontwikkelingen in de opleidingen tot pa zijn er in 2012 mogelijk zo'n 560 pa's werkzaam. Gelet op de belangstelling onder de pa's voor de eerste lijn is het mogelijk nog aan de hoge kant als ongeveer 30% in 2012 zal werken in de eerste lijn, ofwel 160 pa's.

**Conclusie: Mogelijk dat er in 2012 zo'n 160 pa's werken in de eerste lijn. De functie moet zich echter nog ontwikkelen. Vanuit landelijke cijfers is dit aantal niet interessant, hoe groot het substitutie-effect ook is. Vanuit een lokale optiek kan de pa wel degelijk een bijdrage leveren in de continuïteit van de eerste lijnzorg, als er gaten gaan vallen in minder aantrekkelijke gebieden.**

#### Scenario Praktijkondersteuner (po)

De po is opgeleid op HBO-niveau, specifiek gericht op de huisartspraktijk. Meer dan 60% is oorspronkelijk als verpleegkundige opgeleid, de rest vooral als doktersassistente. Zij verrichten werkzaamheden onder verantwoordelijkheid van de huisarts.

Zoals eerder aangegeven zijn er eind 2003 minstens 1.100 po's werkzaam in praktijken bij meer dan 40% van de huisartsen en zal dit aantal sindsdien nog verder toegenomen zijn. Uitspraken over substitutie-effecten zijn voor deze groep het meest betrouwbaar.

Een studie van Nivel in samenwerking met de Rijksuniversiteit Groningen biedt hiervoor een aanknopingspunt. (14) Uit dit onderzoek komt naar voren, dat bij een flink aantal onderzochte praktijken in 2002 de po 6% van de patiëntcontacten heeft tegen de huisarts 65% en de praktijkassistente 29%. Die 6% is bescheiden, zoals ook Nivel zelf stelt. Belangrijk is echter dat die 6% tot stand komt in 0,2 fte po per fte huisarts. Zij werken gemiddeld 0,6 fte, die ingezet wordt in samenwerkingsverbanden van drie tot vier huisartsen. Een fulltime po is rechtlijnig doorgetrokken goed voor 30% van de contacten, maar dan gespreid over meer praktijken. Hieruit mag nog niet geconcludeerd worden dat het substitutie-effect 30%. De vraag is namelijk of de huisarts zelf deze contacten ook gehad zou hebben, of dat deze (deels) gegenereerd worden door de aanwezigheid van de po.

Een tweede gegeven uit deze studie geeft een duidelijker aanwijzing dat er sprake is van substitutie. In praktijken met een po heeft een huisarts bijna 17% minder contact met patiënten dan in praktijken zonder po. Zou dit doorgetrokken worden naar een fulltime fte po dan kan deze zelfs zorgen voor 85% vermindering van contacten, opnieuw gespreid over meer praktijken. Ook hier rijst eenzelfde soort vraag. Zijn dit huisartsen, die vanuit hun opvattingen al meer gewend zijn te delegeren en trokken zij daarom een po aan? Deze lagere contactfrequentie is bovendien gemeten eind 2002 bij de pioniers, die als

eersten een po aangetrokken en kan niet zomaar gegeneraliseerd worden over alle huisartsen. Dat deze eerste groep anders werkt blijkt ook uit het gegeven dat in praktijken met een po ook de doktersassistent meer patiëntcontacten heeft. Bekend is verder dat de po vooral werkt voor chronisch zieken en daarbinnen met het hoofddaccent op diabetespatiënten. Daarbij werken zij sterk geprotocolleerd. Dit is een aanwijzing dat men in de eerste lijn vraag beantwoordt die vroeger in ziekenhuizen opgevangen werd en dat men als po een intensievere aanpak heeft dan de huisarts. Het is derhalve aannemelijk dat de po een deel van de vraag opvangt die in hoofdstuk 3 beschreven is onder sociaal cultureel en zou stijgen met 5% en onder werkproces door horizontale substitutie vanuit het ziekenhuis en daardoor zou stijgen met nog eens 5%. Als een deel van deze beide verwachte ontwikkelingen wordt opgevangen door de po zijn er minder huisartsen nodig. Het gaat derhalve waarschijnlijk om deels substitutie van bestaande vraag en deels om nieuwe vraag.

Voor het maken van een scenario gericht op de toekomst wordt, alles wegend, een substitutie-effect aangenomen van 50%. Dat wil zeggen dat een fte po gelijk is aan een halve fte huisarts. Daarbij wordt inbegrepen dat na verloop van tijd de tijdbesteding van de po per patiënt na verloop van tijd efficiënter wordt. Het substitutie-effect voor de aanloopperiode tot 2004 werd eerder gesteld op 30%. De tweede hoofdvraag voor dit scenario is hoe de ontwikkeling van het aantal po's de komende jaren zou kunnen zijn. In het jaar 2000 waren er nog vrijwel geen poh's. Daarna is de introductie van deze beroepsgroep snel opgelopen naar minimaal 1.100 (660 fte's). Ruim 40% van de huisartsen werkt met een po. Bekend is dat ongeveer twee derde geïnteresseerd is in een po. Dan zouden er nog zo'n 550 po's (330 fte's) bij kunnen komen. Deze groei zou bij een goede organisatie ook voldoende van de vraag kunnen beantwoorden van vooral chronische patiënten. Van belang is wel dat de grenzen van de inzetbaarheid nog onderzocht moeten worden in een verhouding tussen het toekomstige aantal chronische patiënten, de inzet van de po en de frequentie, waarmee de huisarts de patiënt moet blijven zien.

Tegen 2012 zijn er dan in totaal 1.650 po's werkzaam voor bijna 990 fte's. Hierdoor zijn er bijna 500 fte's aan huisartsen minder nodig. Het voorspelde tekort aan huisartsen was 1.700 fte.

**Conclusie: het tekort aan huisartsen van 20% zal met 1.650 po's met bijna 6% dalen van 20 naar 14%.**

### Scenario Nurse practitioner (np)

Ook bij de np spreekt men over een nieuwe professional, maar is nog volop in discussie of zij primair werken binnen het medische dan wel verpleegkundige domein. Vergeleken met de np en de pa geldt bij de np de grootste onzekerheid hoe deze discipline zich zal ontwikkelen en in welke mate zij een eigen beroepsverantwoordelijkheid dragen. Het Capaciteitsorgaan mengt zich hier niet in. De hoofdvraag is of er sprake is van substitutie-effecten naar huisartsen.

De np heeft een postHBO-opleiding en is daarmee zwaarder opgeleid dan de po. Ook bij deze discipline zijn de eerste lichtingen veelal enige jaren werkzaam geweest, vooral als HBO-verpleegkundige.

In 2000 studeerden de eersten af. Momenteel zijn er honderden in opleiding en al

zo'n 150 werkzaam, het overgrote deel in ziekenhuizen. Het gaat dus om een kwantitatief veel krachtiger ontwikkeling vergeleken met de pa. Door uitbreiding van het aantal opleidingen is er ook een flinke potentie om te groeien. In het studiejaar 2003/2004 begonnen al zo'n 250 np's aan de opleiding.

De tweede hoofdvraag is hoeveel np's tegen 2012 in de eerste lijn zullen werken. Er werken enkele tientallen afgestudeerde np's in de eerste lijn. Een gedegen onderzoek naar substitutie-effecten, die van deze discipline kunnen uitgaan, bestaat nog niet. Een lopend onderzoek vanuit de universiteit van Maastricht zal over vier jaar meer uitsluitsel kunnen geven. Het Capaciteitsorgaan liet een onderzoek doen in een drietal verschillend praktijken naar de activiteiten van np's. (15) Deze informatie kan door de beperkte schaal niet gegeneraliseerd worden. Interessant is echter het gegeven dat naar voren komt dat bij een beperkte taakstelling ongeveer 10% van de aandoeningen door een np zelfstandig afgehandeld kan worden. Het gaat dan net als bij de po om vooral chronische aandoeningen. Wordt de np breder ingezet dan komt 30% van de aandoeningen in aanmerking. De np doet dan eerste consulten over een breed front. De bandbreedte kan nog groter zijn, omdat in dit onderzoek nog niet alle aandoeningen zijn doorgelopen. Het geeft een aanwijzing dat de np breder inzetbaar is dan de po. Die bevinding van 30% van de aandoeningen geeft echter nog geen uitsluitsel over het substitutie-effect. Zo is nog niet gemeten hoeveel consulten de huisartsen minder doen, noch hoeveel tijd de np's aan hun consulten besteden in vergelijking tot de huisarts en hoeveel extra werk de inzet van een np aan de huisarts geeft. Daarom is een aanname nodig. Gesteld wordt voor het beleidsscenario dat net als bij de po het substitutie-effect van een goed ingewerkte np ligt op 50%. Mogelijk dat dit in de toekomst voor een deel van het werk van de huisarts hoger ligt en ook hoger dan de po. Dan moet echter ook rekening gehouden worden met het gegeven dat de huisarts zelf een zwaardere caseload krijgt en meer tijd per patiënt nodig zal hebben.

Voor de vraag hoeveel er werken in 2012 zijn ook nog enkele aannames nodig. Bij de instroom van 250 np's in de opleidingen van 2004 bleek het moeilijk voldoende belangstellenden te trekken voor de eerste lijnszorg. Aangenomen wordt dat 20 tot 30% kiest voor de huisartsenzorg, hoewel dit mogelijk aan de hoge kant is. Voor een eerste indruk van de mogelijkheden vanuit de opleidingen en de belangstelling onder aanstaande np's wordt aangenomen dat de komende jaren die instroom van 250 gelijk blijft dan wel opgetrokken wordt naar het dubbele, ofwel 500 vanaf 2005. De bandbreedte van het aantal np's in 2012 ligt dan bij ongeveer zes lichten tussen 400 en 950, als de al opgeleide np's voor de eerste lijn meegenomen worden en ook rekening gehouden wordt met uitval tijdens en na de opleiding. Het is de vraag of voldoende huisartsen bereid zijn de np te gaan opleiden. Gekozen wordt daarom voor een bandbreedte van 400 tot 800 werkzame np's in 2012 in de eerste lijn. Zij werken mogelijk wat meer fte dan de po. Wordt dit gesteld op 0,7 fte dan is er 280 tot 560 fte beschikbaar. Dit is dan gelijk aan 140 tot 280 fte huisarts. Het voorspelde tekort aan huisartsen ligt op 1.700 fte's.

**Conclusie: Bij inzet van 400 tot 800 np's zal het tekort van 20% in 2012 met 2 tot 3% dalen naar 17 tot 18%.**

## 5 Beschouwing en conclusies

### 5.1 Inleiding

Voorspeld is dat er in 2012 een tekort aan huisartsen van 20% kan ontstaan bij verder ongewijzigd beleid. Reden genoeg om langs twee lijnen na te gaan of de toekomst er anders uit kan zien. Enerzijds is een eerste oordeel gegeven of lopende ontwikkelingen de trends bevestigen, die het Capaciteitsorgaan begin 2000 voorzag. Anderzijds is beoordeeld of enkele beleidsmaatregelen kunnen helpen het tekort te verminderen. In dit hoofdstuk worden de diverse elementen uit beide hoofdlijnen nog eens gewogen en worden deze ook met elkaar in verbinding gebracht, alvorens tot eindconclusies te komen.

### 5.2 Beschouwing

Eind 2000 is door het Capaciteitsorgaan geoordeeld dat een verdubbeling van de instroom in de opleiding tot huisarts nodig was bij verder ongewijzigd beleid. In hoofdstuk 3 zijn de ontwikkelingen geschetst. De belangrijkste worden hieronder nog eens kort aangestipt.

Het aanbod groeide met 500 huisartsen tot 2004 met 6,4% in fte's. Deze ontwikkeling is in 2000 goed voorzien; ook dat deze toename langzaam uitsluitend vrouwelijke huisartsen betreft. Dit groeitempo neemt echter af. In totaal zullen er uitgaande van de instroom in de opleiding van 2002 ongeveer 1.000 huisartsen bijkomen in twaalf jaar, een groei van 13%, maar in fte's van 9% door een toename van parttimers. Deze groei zal wel de vervanging goed afdekken evenals de toenemende vraag ten gevolge van de groei van de bevolking.

Een goede illustratie hiervan is de huisartsendichtheid die volgens een oudere bevolkingsprognose zou gaan van 1 fte huisarts op bijna 2.483 inwoners in 2000 naar 2.445 in 2012. Dit biedt nauwelijks meer ruimte als de vraag toeneemt en de arbeidstijd per fte daalt. Het perspectief is wel verbeterd door een recente prognose, waardoor de huisartsendichtheid uitkomt op 2.407. Als echter vergeleken wordt met de situatie per begin 2004 wijkt het perspectief. De huisartsendichtheid lag toen op 1 fte huisarts op 2.393 inwoners. Ten opzichte van 2004 treedt geen verbetering meer op. Het is zeer aannemelijk dat vanaf 2004 de vraag verder toeneemt en de tijd per fte daalt. Alleen de groei van de bevolking wordt dan vanaf 2004 opgevangen.

Dat het toekomstige gat met beleidsmaatregelen zal afnemen is al redelijk goed aangetoond. De traditionele aanpak om meer op te leiden zette door tot 2005 en zal op het tekort een bescheiden effect hebben van 0,6%.

Het werk kan door taakherschikking echter ook door andere disciplines gedaan worden. Ook deze beweging is al goed op gang gekomen. Er zijn tussen 2000 tot en met 2003 ongeveer 1.100 po's (660 fte's) gaan werken bij ruim 40% van de huisartsen. Uitgedrukt in fte's huisartsen zou het met een substitutie-effect in deze aanloopfase van 30% gaan om 200 fte huisartscapaciteit meer. Een toename in huisartscapaciteit van 3,1%. De totale toename in capaciteit komt zo op 9,5%. In de hele periode 2000-20012 zou de capaciteit in fte's volgens het advies van 2002 omhoog moeten met 34%.

In de eerste vier jaar met 10%. Die doelstelling wordt bijna gehaald.

Dit geeft een reductie van het tekort in 2012 van 2,3% bij het huidige substitutie-effect van 30%.

Van groot belang voor de huidige arbeidsmarkt is dat er momenteel meer huisartsen uit de opleiding stromen dan er vertrekken. Dit surplus is nodig, omdat de toename aan werkzame huisartsen geheel uit vrouwen bestaat, die vooral parttime willen werken en vooral mannen vertrekken, waarvan nu nog een groot deel fulltime werkte. Dat wat uit de opleiding komt tot 2004 ook goed geacomodeerd wordt in het veld blijkt uit het gegeven, dat de toename met 500 het saldo is van ruwweg 1.000 huisartsen die stopten en 1.500 die erbij kwamen in vier jaar; een verhouding van 2 : 3.

De beleidsscenario's bieden zicht op de mogelijkheid het dreigende tekort verder te laten afnemen. Hieronder volgt een korte opsomming van de mogelijke effecten op die tekorten. Uitdrukkelijk wordt nog eens gesteld dat deze maar voor een deel gebaseerd zijn op onderzoek en dat in alle scenario's met aannames gewerkt is. Deze schetsen van de toekomst mogen bovendien niet bij elkaar opgeteld worden, met name omdat er sprake is van interactie tussen scenario's.

Scenario's	Effect
- Vergroting instroom in opleiding tot 750 in 2008	6 %
- Verkorting duur opleiding met een jaar	6 %
- Beperking uitstroom door werkdrukvermindering bij 50+	5 %
- Substitutie praktijkondersteuner huisarts	6 %
- Substitutie nurse practitioner	2 tot 3 %

Het is aan beleidsmakers de waarde van deze scenario's te wegen en af te zetten tegenover andere aspecten, dan alleen deze kwantitatieve opsomming. Vanuit het Capaciteitsorgaan worden nog enkele kanttekeningen geplaatst, om te voorkomen dat de conclusie getrokken wordt dat het voorspelde tekort in 2012 als sneeuw voor de zon verdwijnt.

De instroom in de opleiding kan weliswaar hoger liggen, maar zal in het Capaciteitsplan 2005 opnieuw beoordeeld worden vanuit twee invalshoeken. Allereerst moeten hardere en zachtere factoren opnieuw geijkt worden voor de periode 2005- 2015. Zoals in hoofdstuk 3 besproken, zitten er plussen en minnen in, waarvan het saldo nu nog niet bekend is. In de tweede plaats zullen de ramingen voor de instroom in de opleiding tot huisarts afgewogen moeten worden tegen die voor de po, np en pa. Terloops is al aangeduid dat er tegen 2020 de bekende varkenscyclus kan optreden als alle oplossingen om meer te gaan opleiden tegelijk genomen zouden worden. Het zou dan wel helpen om in 2012 tekorten weg te werken, maar dan ontstaat later mogelijk een overschot.

Een andere complicatie is dat bij het meer gaan opleiden van huisartsen, po's, np's en pa's de organisatie van de opleidingen voorspelbaar ergens in de hele keten tekort zal gaan schieten. Ook als alleen meer huisartsen opgeleid zouden worden, kan dit wel

vanuit het groeiend aanbod aan basisartsen, maar zijn ook nog vraagtekens te zetten of wel voldoende opleiders te vinden zijn en de ziekenhuiscapaciteit niet tekort schiet.

Het scenario verkorting van de opleidingsduur levert nu met 6% wel meer op dan in een eerdere berekening, maar het blijft een eenmalig effect, dat alleen kwantitatieve aspecten aandraagt. Het ligt niet op de weg van het Capaciteitsorgaan dit af te wegen tegen mogelijk kwaliteitsverlies en belemmeringen in (Europese) regelgeving. Uitstroombeperking is om allerlei redenen interessant en speelt mogelijk al in 2004 toen er al duidelijk minder stopten.

Bij de scenario's voor substitutie wordt nog eens opgemerkt dat de effecten op tekorten bij de po's gebaseerd zijn op een flink aantal praktijken, terwijl voor de np alleen een drietal praktijksituaties onderzocht zijn.

De vraag is ook hier hoe beide scenario's zich onderling verhouden. Als de po vooral blijft werken voor chronisch zieken en de np vooral aan de voorkant hoeft er geen overlap te zijn. Aannemelijk is dat er toch enige overlap zal zijn in deze werkzaamheden. Dan ligt het voor de hand dat er per praktijk gekozen gaat worden voor of de np, of de po. Van groot belang is hoe de professie np zich zal ontwikkelen. Verder zullen in ieder geval bij de po grenzen bereikt gaan worden aan de inzetbaarheid. Het aantal chronische patiënten in 2012 en later is hiervoor de maat.

### 5.3 Hoofdconclusies

Voor de situatie in 2004 kunnen vier hoofdconclusies getrokken worden:

- Door een toename van de capaciteit van huisartsen zelf met 6,4% is in ieder geval de groei van de bevolking ruimschoots opgevangen.
- Door inzet van praktijkondersteuners met een equivalent van 3,1% huisartscapaciteit is er extra ruimte gekomen om ook de toegenomen vraag op te vangen en de arbeidstijd wat te laten dalen.
- In 2000 bestond nog een spanning tussen het aanbod van huisartsen en de vraag hiernaar toen ongeveer 400 huisartsen meer nodig waren en er een reserve was van 500 huisartsen, terwijl toch het aantal onbemande praktijken begon te groeien. Momenteel kan in de vraag naar huisartsen beter voorzien worden door een groter aantal dat afstudeert dan vertrekt.
- Alles wegend is er een beter evenwicht gekomen tussen vraag en aanbod in 2004 ten opzichte van 2000.

Voor de situatie in 2012 kunnen ook vier hoofdconclusies getrokken worden:

- Vanuit de huidige situatie kan gesteld worden dat door minder groei van de bevolking, de praktijkondersteuners en de toegenomen instroom in de opleiding het voorspelde tekort in 2012 van 20% naar beneden kan worden bijgesteld met 4% naar 16%.

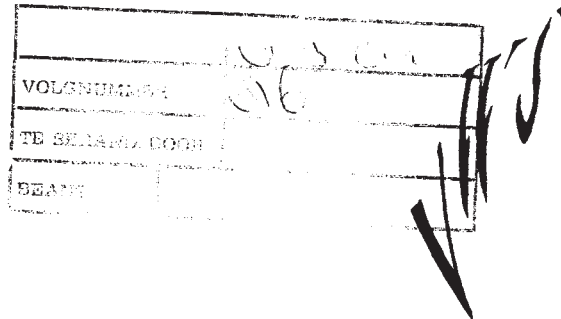
- Het aantal huisartsen zal met nog eens 500 toenemen in de periode 2004-2012, de huisartsendichtheid blijft in die periode schommelen rond de 2.400. Daarmee kan alleen groei van de bevolking afgedekt worden en de uitstroom uit het vak maar niet de vergrijzing.
- Er zal een tekort van 16% ontstaan, als de vraag extra toeneemt en de arbeidstijd verder daalt.
- Dit tekort zal afnemen door beleidsmaatregelen, waarvan de vijf opties die onderzocht zijn effecten aandragen die per scenario liggen tussen 2 tot 6%.

In het Capaciteitsplan 2005 zullen niet alleen nieuwe ramingen voor de opleiding tot huisarts gemaakt worden, maar ook voor de po, np en pa.

## Bijlage 1

## Brief Minister VWS d.d. 1 maart 2004 betreft opleidingscapaciteit

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



Het Bestuur van het Capaciteitsorgaan  
t.a.v. J. Hendriks, voorzitter  
Postbus 20051  
3502 LB UTRECHT

Ons kenmerk  
IBE/BO-2456571  
Onderwerp  
opleidingscapaciteit

Inlichtingen bij  
R.J. Knaap

Doorkiesnummer  
070 - 340 7182  
Bijlage(n)

Den Haag  
- 1 MRT 2004  
Uw brief  
HL/MB/04-01 d.d.  
6 januari 2004

Geachte heer Hendriks,

Met waardering heb ik kennisgenomen van uw adviezen bij de bovengenoemde en uw eerdere brief van 16 september 2003 met kenmerk HL/MB/03-103.

Op hoofdlijnen neem ik uw adviezen graag over. Ook stem ik in met uw voorlopig advies voor de instroom en capaciteit van de vervolgoopleidingen medische specialisten 2004 en de bijbehorende verdeelsleutel. Voor 2004 moeten dus nog twaalf specialismen de instroom uitbreiden en kunnen er dertien deze gaan afbouwen, waarbij voor een deel van deze groep ook de totaalcapaciteit gaat afnemen. Uw mogelijke bijstellingen van dit voorlopige advies wacht ik af.

Hieronder ga ik in op een aantal thema's, die u aan de orde heeft gesteld.

### *Aanvaardbare overschotten*

Enige ruimte voor mogelijke overschotten bij de medische specialismen in de toekomst acht ik binnen zekere marges acceptabel en wenselijk vanuit het perspectief van beoogde marktwerking. Ik heb goede nota genomen van uw relativeringen bij deze overschotten. Tientallen procenten mogelijk overschot zoals denkbaar is bij de kindergeneeskunde acht ik evenwel onwenselijk, mede als dit nog zou leiden tot een verdere daling van de arbeidstijd. Dat de verschillende vervolgoopleidingen elkaar in zekere mate onderling verdringen, zie ik ook als een probleem. Het afbouwen van de instroom bij enkele medisch specialistische vervolgoopleidingen vanaf 2004 tot het niveau dat nodig is voor de langere termijn, acht ik dan ook geboden.

### *Uitbreiding ramingen naar andere disciplines*

Ik heb er begrip voor dat dit slechts gefaseerd kan. Met u ben ik van mening dat prioriteit moet worden gelegd bij die beroepen die via taakherschikking andere reeds geraamde beroepen kunnen ontlasten waar nu de grootste tekorten dreigen. Welke disciplines daarbij nodig zijn kan inderdaad per beroepsgroep uiteenlopen en vraagt om maatwerk. Ik kan ook ermee instemmen dat u eerst begint met de disciplines die vanuit het perspectief van een specifieke medische of tandheelkundig specialisme direct aanpalend zijn.

Postbus 20350  
2500 EJ DEN HAAG  
Telefoon (070) 340 79 11  
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend  
richten aan het postadres  
met vermelding van de  
datum en het kenmerk van  
deze brief.

Internetadres:  
[www.minvws.nl](http://www.minvws.nl)

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad

2

Kenmerk

IBE/BO-2456571

VVFJ

Deze benadering geef ik de voorkeur boven het zonder meer gaan ramen van capaciteit voor verpleegkundige vervolgoopleidingen. In de volgende passage doe ik enkele meer specifieke suggesties.

#### *Beleidsrijk ramen*

Ik ben verheugd dat uw ramingsmodel open staat voor beleidswijzigingen zoals taakherschikking of veranderingen in de organisatie of werkwijzen in de zorg. In het verlengde hiervan verzoek ik u mij met voorrang te rapporteren over ramingsuitkomsten voor de volgende scenario's:

1. bij uitdrukkelijke inzet van andere beroepen in de zorg en met name van:
  - nieuwe beroepsbeoefenaren zoals physician assistants, nurse practitioners resp. mondzorgkundigen in de eerstelijns- en ziekenhuiszorg resp. mondzorg;
  - nieuwe beroepsbeoefenaren zoals physician assistants en nurse practitioners in de verpleeghuissector en gehandicaptenzorg;
  - reeds werkzame professionals (zoals optometristen, orthoptisten, opticiens of nurse practitioners) bij medische specialismen;
  - praktijkondersteuners in de huisartsenzorg;
2. bij een andere organisatie van huisartsenzorg zoals met optimale gebruikmaking van ICT, call centra, praktijkondersteuning e.d. (zie hiervoor ook de brief over de eerstelijnszorg<sup>1</sup>), waarbij aan verschillende schaalgroottes gedacht kan worden en graden van taakverdeling;
3. bij invoering van prestatiebekostiging van de huisartsenzorg;
4. bij meer verwijsmogelijkheden voor andere disciplines dan de huisarts. Graag verneem ik van u welke effecten u hiervan voorziet op de capaciteit van de huisartsen respectievelijk de medische specialismen.

Ik verzoek u mij zo spoedig mogelijk in de tweede helft van 2004 te rapporteren over beleidsrijke ramingen rond de huisartsenzorg.

#### *Sturing op getalsmatige verhouding tussen de medici in de eerste en de tweede lijn*

Bij de huidige ontwikkelingen in de opleidingen zal volgens u de capaciteit in het huisartsveld minder groeien dan die van de specialisten met als gevolg een andere getalsmatige verhouding dan de huidige. Ik ben van mening dat de huidige verhouding op basis van het historisch gegroeide evenwicht tussen de werkzaamheden van de huisartsen en medische specialisten niet heilig is. Ik zie het meer als een uitkomst van diverse ontwikkelingen waar ik actief op wil sturen dan als een streefgetal. Zo mag duidelijk zijn dat ik sterk hecht aan een sterke eerstelijnsgezondheidszorg, die onnodige belasting van de tweede lijn kan voorkomen. In mijn visie op de eerstelijnszorg is daarbij de huisartsenzorg fundamenteel, maar kan en moet die eerstelijnszorg op een meer hedendaagse leest georganiseerd worden met inzet en betrokkenheid van andere disciplines. Het is mijn overtuiging dat een andere organisatie en werkwijze van de eerstelijnszorg de meeste problemen oplost. Omdat de problematiek per beroepsgroep en per regio varieert, moeten oplossingen op lokaal en regionaal niveau tot stand komen.

<sup>1</sup> Kamerstuk 2003-2004, 29247, nr. 4, Tweede Kamer

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad  
3  
Kenmerk  
IBE/BO-2456571

VWS

#### *Stuurgroep MOBG en Capaciteitsorgaan*

Zoals u bekend zal binnenkort de stuurgroep MOBG starten. Naarmate het proces rond de stuurgroep vordert en de werkzaamheden van deze groep uitkristalliseren, zullen de relatie tussen de stuurgroep en uw orgaan duidelijker worden. Voorlopig blijft de minister van VWS rechtstreeks de opdrachtgever van het CO.

#### *Informatievoorziening*

Helder inzicht in de benodigde en gerealiseerde opleidingscapaciteit en de daarmee gemoeide kosten is onmisbaar om te plannen en desgewenst bij te sturen. Daarvoor zijn betrouwbare overzichten op regionaal en landelijk niveau nodig. In mijn brief aan de Tweede Kamer over het nieuwe bekostigingstelsel voor zorgopleidingen heb ik gesteld dat het in eerste instantie de taak is van het Capaciteitsorgaan en het opleidingsfonds dergelijke informatie aan te leveren. Hierbij verwacht ik van u landelijke beleidsrijke ramingen en van het opleidingsfonds landelijk en per regio overzichten van de gerealiseerde opleidingsplaatsen. Het is niet de bedoeling dat u per regio gaat ramen. Het is mij bekend dat bij zorgverzekeraars grote behoefte bestaat aan inzicht in de regionale spreiding van de te realiseren opleidingsplaatsen om daarover afspraken te kunnen maken met individuele zorginstellingen. Dit verdelingsvraagstuk reken ik niet tot uw verantwoordelijkheid. Dit punt zal ik aan de in te stellen Stuurgroep MOBG voorleggen. Na ontvangst van hun reactie zal ik hierop bij u terugkomen.

#### *Second opinion*

De voorgenomen second opinion op de uitkomsten van het Capaciteitsorgaan acht ik nu niet opportuun. De second opinion kan nu alleen betrekking hebben op de wijze waarop u totnogtoe heeft geraamd. D.w.z. beleidsarm. In verband met de toegenomen behoefte aan beleidsrijke ramingen wil ik u eerst daarvoor gelegenheid bieden. Een evaluatie op termijn van de nieuwe ramingswijze acht ik meer zinvol dan een nu mogelijke second opinion.

#### *Jeugdgezondheidszorg*

Veel jeugdartsen (50%) stromen de komende jaren uit. Er moet een alternatief aanbod komen anders ontstaan er binnen 5 jaar problemen. Ik heb hier al extra aandacht voor. Ik stel het op prijs dat u een bredere inventarisatie voor ogen staat van scholingsmogelijkheden dan alleen de opleiding arts maatschappij en gezondheid en daarbij ook kijkt naar de hele groep van artsen die werkzaam zijn in de openbare gezondheidszorg en dan met name naar de jeugdartsen. Jeugdartsen zijn wat mij betreft zowel artsen die de eenjarige module jeugdgezondheidszorg hebben voltooid als geregistreerde artsen maatschappij en gezondheid met de uitstroomrichting jeugdgezondheidszorg.

Op basis van de informatie over het tekort aan jeugdartsen zoeken VWS en de brancheorganisaties naar oplossingsrichtingen voor het tekort aan jeugdartsen. Zo heeft de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) onder thuiszorginstellingen laten onderzoeken wat de omvang van het artsentekort is. Voorgestelde oplossingen zijn het inzetten van oudere huis- en kinderartsen als jeugdarts en het aantrekkelijker maken van de functie van jeugdarts. Ook taakherschikking binnen de jeugdgezondheidszorg en tussen de jeugdgezondheidszorg en de curatief-somatische zorg kan het tekort aan jeugdartsen helpen verminderen. Door VWS en door de brancheorganisaties wordt nagedacht over de mogelijkheden voor een verwijfsfunctie voor geregistreerde jeugdartsen.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Blad  
4  
Kenmerk  
IBE/BO-2456571

VWS

Daarnaast streeft VWS ernaar dat de opleidingsmodules voor jeugdgezondheidszorg en de andere basistaken en de opleidingen voor arts maatschappij en gezondheid van voldoende kwaliteit zijn en aansluiten bij de opleidingsbehoeften in het veld.

Ik verzoek u mij te rapporteren over de behoefte aan artsen en mogelijke andere medische disciplines binnen de openbare gezondheidszorg. Het gaat hierbij vooral om de artsen en andere medische professionals die de basistaken uitvoeren die in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (WCPV) worden benoemd.


*Verpleeghuisgeneeskunde*

Voor de verpleeghuisgeneeskunde is een aantal ontwikkelingen van belang. De vraagsturing in de AWBZ zal waarschijnlijk doorzetten. Naast de demografische ontwikkelingen die slechts voor 25% in de ramingen zijn meegenomen, speelt ook voor de verpleeghuisgeneeskunde taakherschikking een rol. De komende jaren zal blijken vanuit de cliënten, professionals en organisaties in deze sector in welke richting deze ontwikkeling gaat. U hebt aangegeven daar volgend jaar verder op in te gaan. Ik ben zeer benieuwd naar uw aanbevelingen.

Ten slotte verzoek ik u uiterlijk voor 1 april 2004 een bijgesteld subsidieverzoek met een activiteitenplan en een bijbehorende begroting in te dienen.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,



H. Hoogervorst

Cc: OCW, VAZ, NVZ en ZN.

## Bijlage 2 Raming 2000 – 2010

Eind 2000 werd een eerste rapport uitgebracht voor alle doelgroepen van het Capaciteitsorgaan. Op verzoek van de toenmalige minister kwam dit versneld uit. De politieke druk was groot om meer te gaan opleiden, met name huisartsen. Gelet op onzekerheden over de betrouwbaarheid van sommige gegevens kreeg het rapport de titel: “Voorlopige Raming”. (1) In het voorjaar daarna kwam het “Capaciteitsplan 2001” uit met dezelfde cijfers voor de opleiding tot huisarts. (2) Juist de getallen over huisartsen hadden een zeer grote betrouwbaarheid. De gegevens van de betreffende registratiecommissie over de huisartsen in opleiding zijn zeer accuraat. Daarnaast beschikt het Nivel over een eigen database aangaande de werkzame huisartsen, die jaarlijks geactualiseerd wordt.

Het Capaciteitsorgaan presenteerde de bevindingen in de vorm van een aantal varianten met telkens meer factoren die van invloed kunnen zijn. (zie tabel 1) Het doel was toen om in 2010 een evenwicht te bereiken tussen vraag en aanbod.

Tabel 3: Instroom in opleiding volgens varianten voor evenwicht in 2010

	percentages	instroom
- Demografie bevolking 2000-2010	7,4%	
- Toename aantal huisartsen in fte's bij huidige in- en uitstroom uit de opleidingen en veranderingen in samenstelling naar leeftijd en geslacht	1,6%	
- Onvervulde vraag in 2000, lage schatting	5%	
Basisvariant		502
+ Toename vraag sociaal cultureel, lage schatting	5%	
+ Verandering werkproces substitutie/efficiëncy, lage schatting	5%	
Lage combinatievariant		670
+ Arbeidstijdverkorting	5%	
Arbeidstijdverkorting 5%		767*
+ Toename vraag sociaal cultureel, hoge schatting	30%	
+ Verandering werkproces substitutie/efficiëncy, hoge schatting	10%	
Hoge combinatievariant: instroom van		1.172

\* voorkeur Capaciteitsorgaan

De bandbreedte voor de instroom in de opleiding lag tussen 502 en 1.172. De varianten boden beleidsmakers de gelegenheid overzichtelijk tot een keuze te komen. Het Capaciteitsorgaan sprak alles wegend zelf een voorkeur uit voor een instroom van 767. Bij deze aanbeveling werd uitdrukkelijk vermeld dat dit een raming was *bij verder ongewijzigd beleid*.

De varianten worden hieronder nader toegelicht met de weging van de verschillende factoren per variant.

De basisvariant vraagt een instroom van 500. Daarin wordt allereerst rekening gehouden met ontwikkelingen in de demografie van de bevolking. Uitgaande van de CBS middenvariant was voor deze factor 7,4% meer capaciteit nodig zijn. De tweede factor geeft aan wat nodig is voor de in- en uitstroom uit de beroepsgroep. Uitgaande van de instroom in de opleiding in 1999 zou de beroepsgroep met 1,6% groeien. Dat wil zeggen dat de verwachte uitstroom van huisartsen in de periode 2000-2010 van ruim 30% in iedere geval afgedekt werd. In deze zogenaamde “vervangingsvraag” werd ook rekening gehouden met het goed voorspelbare gegeven, dat het aandeel vrouwen zou toenemen en dat deze gemiddeld minder uren werken dan de mannen. (0,7 respectievelijk 0,94 fte). Tot slot was in deze variant de “onvervulde” vraag in het jaar 2000 opgenomen. Deze werd laag geschat op 5%. Er was toenemende onrust over een mogelijk groeiend aantal onbemande praktijken, waardoor meer patiënten dan voorheen niet meer bij een huisarts zouden zijn ingeschreven. Verder werd bij onvervulde vraag ook rekening gehouden met de inschatting dat (ervaren) hoge werkdruk optimaal werken in de weg staat.

De benodigde instroom van 500 volgens deze basisvariant zou al in het jaar 2000 gerealiseerd moeten worden om in 2010 een evenwicht te krijgen tussen vraag en aanbod. De instroom in 1999 en 2000 lag op (ruim) 360.

Volgens de lage combinatievariant zou men ook nog rekening kunnen houden met nog twee trends, die allebei volgens een lage schatting op 5% uitkwamen. Allereerst is aangenomen dat de vraag naar de huisarts, los van de ontwikkeling van de demografie, extra groeit door toenemende mondigheid van de bevolking. Daarnaast is nagedacht over mogelijke veranderingen in het werkproces. Daarbinnen werd voor het onderdeel taakherschikking, nader gedefinieerd als echte substitutie van het werk van de huisarts naar andere disciplines, in het jaar 2000 nog weinig verwacht. Er was toen nog volop schaarste aan menskracht.

Dat er 5% meer capaciteit nodig zou zijn werd vooral gebaseerd op de trend dat werk vanuit ziekenhuizen zou toenemen. Een vorm van horizontale substitutie. Patiënten zouden sneller worden ontslaan na opname, er zou meer poliklinisch gewerkt gaan worden en zo zou de werkdruk van de huisarts verzwaren. Tot slot werd ook verwacht dat de administratieve lasten nog verder zouden toenemen en dat dit wellicht enige efficiencywinst door technologie weer teniet zou doen.

In totaal was volgens deze variant 10% meer capaciteit nodig en steeg de benodigde instroom van 500 naar 670.

Daar bovenop zou men rekening kunnen houden met een trend die aangeeft dat huisartsen minder uren gaan werken, zowel fulltimers als parttimers. Daarvoor werd een daling van 5% aannemelijk geacht. Toen werd al gewaarschuwd dat dit nog aan de lage kant zou kunnen zijn. Stel dat een fulltime huisarts ongeveer 50 uur werkt (exclusief diensten) en navenant iemand met 0,7 ongeveer 35 uur dan zal men in 2010 ongeveer 47,5 en 33,25 uur willen werken. In totaal zou dan een instroom van 767 nodig zijn.

Bij de hoge combinatievariant zouden de geschatte trends allemaal tegelijk hoog uitvallen en was een instroom van 1.172 de uitkomst.

Deze varianten zijn in dit rapport opnieuw wat uitvoeriger beschreven omdat de diverse onderdelen beïnvloed kunnen worden door beleid; trends kunnen “autonoom” veranderen maar kunnen ook actief omgebogen worden. Het Capaciteitsplan bood aldus ook een spiegel over een mogelijke toekomst, die nog veranderd kon worden.

Zoals bedoeld verliep in de loop van 2001 de discussie in het politieke proces langs lijnen van de varianten. Zo betoogde minister Borst in de loop van 2001 dat een streefrichting van 670 haar voorkeur had. (16) Zij gaf daarbij aan dat diverse beleidsmaatregelen mogelijk waren: anders opleiden, taakherschikking en maatregelen om daling van de arbeidstijd tegen te gaan. Het getal 670 is daarna in enkele begrotingen van VWS als doelstelling aangehouden. De tweede kamer bleek breed voorstander te zijn van een hogere instroom en vond bijvoorbeeld dat uitdrukkelijk wel rekening gehouden moest worden met daling van arbeidstijd. Daarbij wees de kamer de minister er op, dat het tweede paarse kabinet in algemene zin voorstander was van beleid om arbeid en zorg beter te kunnen combineren. Zo neigde de minister er toe mogelijk toch bij de huisartsen akkoord te gaan met een arbeidstijddaling van 2,5%. Dit was een tussenvariant, die hierboven in tabel 1 niet opgenomen is, en waarvoor een instroom van 717 nodig was. Met andere woorden als alle huisartsen in 2010 ongeveer vijf kwartier minder werken dan in 2000, moeten er vanaf 2000 jaarlijks bijna 50 (717-670) meer huisartsen in opleiding genomen worden. Arbeidstijd is een belangrijke factor.

In het politieke debat werden eind 2001 de contouren zichtbaar waarop gekoerst zou worden: een instroom in de opleiding ergens tussen 670 en 767. Een achterliggende vraag was echter wat praktisch mogelijk was.

Hiervoor lag al een plan gereed, opgesteld in de loop van 2000 door de secretaris van de betreffende registratiecommissie samen met de opleidingsinstituten. Dit plan voorzag een geleidelijke groei. Eind 2000 had de minister al het besluit genomen om de instroom in de opleiding tot huisarts te verhogen van 360 naar 420 conform dit plan. Die instroom zou in de jaren 2002 tot en met 2004 geleidelijk verder omhoog kunnen naar ongeveer 500. VWS betaalt de opleiding tot huisarts rechtstreeks uit de eigen begroting en heeft wat volgens dit plan mogelijk was ook de afgelopen jaren gefinancierd. In begrotingen van VWS werd de mogelijkheid geboden voor een instroom van 670.

Er zat zo een flink gat tussen wat haalbaar was (500 en dan pas in 2004) en de ruimte die VWS bood (670) en de aanbeveling van het Capaciteitsorgaan (767) *bij verder ongewijzigd beleid*.

## Bijlage 3 Raming 2002 – 2012

Zoals hierboven aangegeven werd er in de praktijk gewerkt naar een geleidelijke ophoging van de instroom naar 500 in 2004. Dit aantal benaderde de basisvariant, die als een soort ondergrens gezien kan worden. Dit is om twee redenen van belang. Allereerst zaten veel andere specialismen met hun instroom voor de betreffende opleidingen voor het jaar 2000 al boven de basisvariant, die voor dat specialisme was berekend. Dit gaf een aanwijzing dat de huisartsen prioriteit zouden moeten krijgen bij het nemen van andere beleidsmaatregelen dan alleen meer opleiden. Daarnaast werd duidelijk dat met een instroom van 360 in 2000 en 420 in 2001 er al een forse achterstand was opgelopen. Bij een driejarige opleiding kan er voor 2010 nog bijgestuurd worden met de instroom tot en met 2006. Wie begin 2007 aan deze opleiding begint is namelijk nog net niet huisarts per 1 januari 2010. Met ingang van 2002 waren er nog vijf jaren over. Zou men vast houden aan een evenwicht in 2010 dan kon voorzien worden dat bij alle varianten de instroom nog behoorlijk omhoog zou moeten om te compenseren wat in de eerste twee jaren te weinig was gedaan. Dit was één van de redenen om in de loop van 2001 te beslissen verder te gaan kijken dan het jaar 2010.

In de loop van 2001 werd de horizon verlegd van 2010 naar 2012. Wellicht zou de situatie verbeteren als vanaf 2002 een nieuwe start gemaakt werd met opnieuw een periode van zeven opleidingsjaren om in tien jaar een evenwicht te bereiken. Besloten werd ook de eerste verkenningen te doen richting 2020. In tabel 2 hieronder wordt opnieuw de instroom per variant weergegeven, nu voor een evenwicht in 2012, 2017 en 2020.

In alle varianten bleek de instroom voor 2012 nog 90 tot 100 hoger te moeten liggen

Tabel 4: Instroom in opleiding volgens varianten voor evenwicht in 2012, 2017 en 2020 (evenwicht 2010)

	percentages	Instroom 2012	Instroom 2017	Instroom 2020
- Demografie bevolking 2000-2012	10% (7,4%)			
- Toename aantal huisartsen in fte's bij instroom in de opleiding van 420, zoals in 2001	3% (1,6%)			
- Onvervulde vraag, lage schatting	5%			
<b>Basisvariant</b>		<b>600 (502)</b>	<b>574</b>	<b>549</b>
+ Toename vraag sociaal cultureel, lage schatting	5%			
+ Verandering werkproces				
substitutie/efficiëncy, lage schatting	5%			
<b>Lage combinatievariant</b>		<b>765 (670)</b>	<b>674</b>	<b>631</b>
+ Arbeidstijdverkorting	5%			
<b>Arbeidstijdverkorting 5%*</b>		<b>861 (767)*</b>	<b>732</b>	<b>679</b>

\* voorkeur Capaciteitsorgaan

dan voor 2010. Het is een samenspel van vooral twee factoren. Positief was dat het aantal huisartsen wat meer zou toenemen dan voorheen (3% in plaats van 1,6%). Immers inmiddels was de instroom in de opleiding verhoogd van 360 naar 420. Negatief was dat voor de demografische verandering meer nodig was dan voorheen, namelijk 10% in plaats van 7,4%. Met andere woorden de vergrijzing en bevolkingsomvang neemt nog wat meer toe in de jaren 2010 en 2011 dan daarvoor. Bij deze exercitie waren de andere, geschatte percentages gelijk gehouden. Enigszins arbitrair werd gesteld dat de trends tegen 2010 zouden afvlakken.

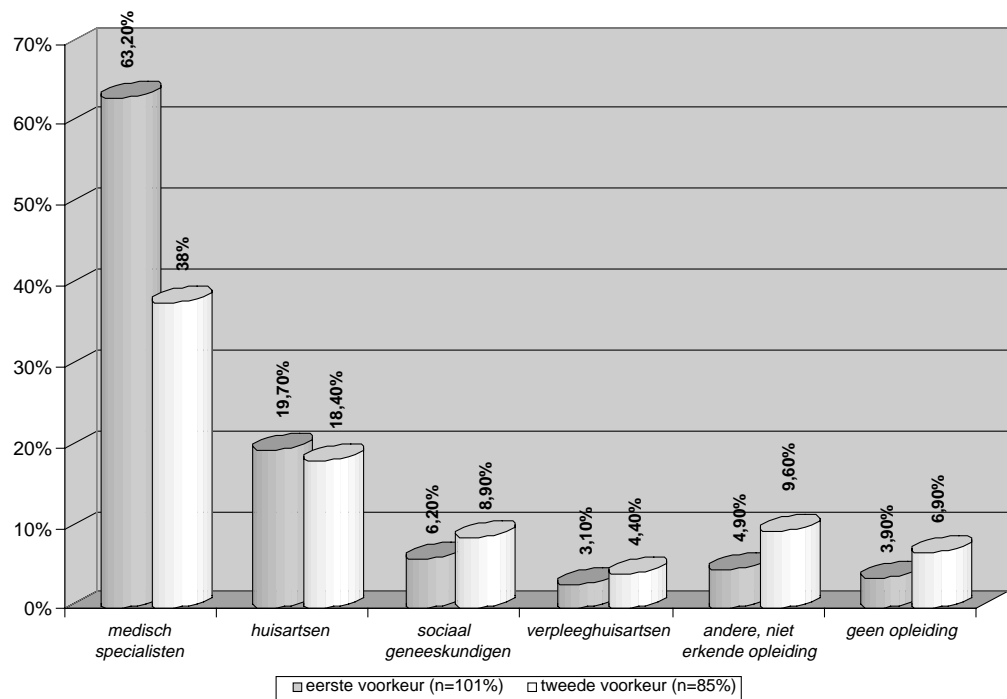
De conclusie was dat het perspectief om het capaciteitsvraagstuk aan te pakken met meer opleiden alleen maar slechter werd. In plaats van een minimum van zo'n 500 vanaf 2000 voor een evenwicht in 2010 was nu een instroom van 600 nodig vanaf 2002 voor een evenwicht in 2012. Bij het uitbrengen van dit advies was al bekend dat men in 2002 in de praktijk koerste op een instroom van 470. Het gat bleef groot ten opzichte van de basisvariant, die nu op 600 uitkwam, laat staan ten opzichte van de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan, die nu op 860 uitkwam in plaats van voorheen bijna 770.

## Bijlage 4 Scenario vergroting instroom opleiding huisartsen

De grootste onzekerheid in de ramingen van de opleidingen van 2002 werd veroorzaakt door de vraag hoeveel ieder specialisme uit een “pool” van basisartsen zou kunnen rekruteren. Het totaal aantal basisartsen onder de veertig jaar bedroeg toen ruim 6.000. De diverse vervolgoopleidingen zouden in totaal naar verwachting in 2002 een kleine 1.900 in opleiding nemen, oplopend naar 2.060 in 2005. Tegelijk was bekend dat er in deze jaren zo’n 1.500 tot 1.600 basisartsen per jaar zouden afstuderen, waarvan vanouds zo’n 85% doorstroomde naar een vervolgoopleiding. Voorspeld werd dat die pool zou slinken en dat het jaarlijks lastiger zou kunnen worden om voldoende gegadigden te vinden.

In het Capaciteitsplan 2003 is inzicht geboden in de verdeling van de belangstelling onder recent afgestudeerde basisartsen voor de diverse vervolgoopleidingen. (4) De volgende figuur biedt een overzicht van de eerste en tweede voorkeur.

Figuur 9: eerste en tweede voorkeur van recent afgestudeerde basisartsen



De belangrijkste informatie uit deze figuur is dat de eerste voorkeur om huisarts te worden ligt op 20% en de tweede op 18%; bij de klinische specialisten is dit 63%, respectievelijk 38%. Zonder in detail te treden over alle onderliggende redeneringen luidt de hoofdconclusie dat de belangstelling voor huisarts maximaal 38% is. Of dit gehaald wordt is sterk afhankelijk van wat er bij de specialisten instroomt. Als men binnen deze grote groep van zevenentwintig verschillende specialismen zijn eerste voorkeur niet kan realiseren, daalt de belangstelling in totaal sterk. Men wijkt kennelijk in grote mate uit naar het beroep van huisarts, waar de tweede voorkeur

redelijk stabiel blijft.

Het is dan ook te simpel om te stellen dat de belangstelling om huisarts te worden daalt, zoals nogal eens naar voren gebracht wordt. Voor zover onderzoek te vergelijken valt is vermeldenswaard dat uit een eerder onderzoek van 1992 ook een eerste voorkeur bleek van ongeveer 20%. Als men metingen doet onder studenten komt de belangstelling lager uit, meestal in de orde van 15%. Als men vervolgens dit soort getallen per fase in de opleiding uitsplitst blijkt nogal eens dat naarmate men verder in de opleiding is de belangstelling om huisarts te worden groter is.

Het gerucht dat de belangstelling zou afnemen is ook gevoed door het gegeven dat het aantal sollicitanten aanzienlijk was afgenomen. De registratiecommissie van de opleiding heeft gepubliceerd en geeft aan dat de sollicitaties systematisch daalden van 1.200 naar 600 en daarna weer wat steeg in 2003. Hiervoor zijn twee hoofdverklaringen.

Allereerst is de huisartsopleiding zelf toegenomen. Een sollicitant zal meer kans maken tot deze opleiding toegelaten te worden, althans als niet tegelijk het aantal afstuderende artsen evenredig is toegenomen. In ieder geval is in de periode vanaf 2001 de groei van de instroom groter geweest. Dat dit speelt wordt ondersteund door een kleine afname in het aantal dat voorheen besloot om in Engeland of België de opleiding te gaan volgen. Verder is bekend dat bij de 1.200 indertijd meer sollicitanten zaten die verschillende pogingen waagden, dan momenteel.

De tweede verklaring voor de daling van het aantal sollicitanten is dat de instroom in een opleiding tot klinisch specialist al vanaf 1996 toegenomen is van ongeveer 600 naar 1.100 in de jaren 2002 en 2003. De conclusie is dat de tweede voorkeur om huisarts te worden geleidelijk minder tot expressie is gekomen. Zoals in het Capaciteitsplan 2003 werd geformuleerd, is er sprake van onderlinge verdringing tussen diverse vervolgopleidingen.

Met een uitstroom van ongeveer 1.500 per jaar uit de opleiding geneeskunde is het dan ook bijzonder dat de huisartsopleiding een instroom van 500 haalde. Uitgaande van een maximale belangstelling van bijna 40% kunnen op één jaarcohort van 1.500 een kleine 600 solliciteren. Op basis van de eerste voorkeur van 20% zijn dit er 300. In werkelijkheid wordt voor de instroom in vervolgopleidingen geput uit meer jaargangen. Die pool van basisartsen kent zijn eigen dynamiek. Verwacht werd dat de pool behoorlijk sterk zou afnemen. Hierop kunnen inmiddels wat bijstellingen gepleegd worden. Zonder in detail te treden over alle achterliggende getallen gaat het om de volgende mechanismen:

- De instroom is in totaal niet veel boven de 1.900 uitgekomen, omdat bij de sociale geneeskunde er ongeveer 150 minder in opleiding gegaan zijn dan indertijd werd verwacht.
- Bij de opleidingen tot sociaal geneeskundige en verpleeghuisarts zijn de afgelopen jaren veel meer dan voorheen artsen begonnen die veertig jaar of ouder zijn.
- De uitstroom uit de basisopleiding lag wat hoger dan verwacht, vermoedelijk door een toegenomen zij-instroom.

Kortom de pool waaruit ook de huisartsen geput hebben is wat minder hard geslonken dan verwacht.

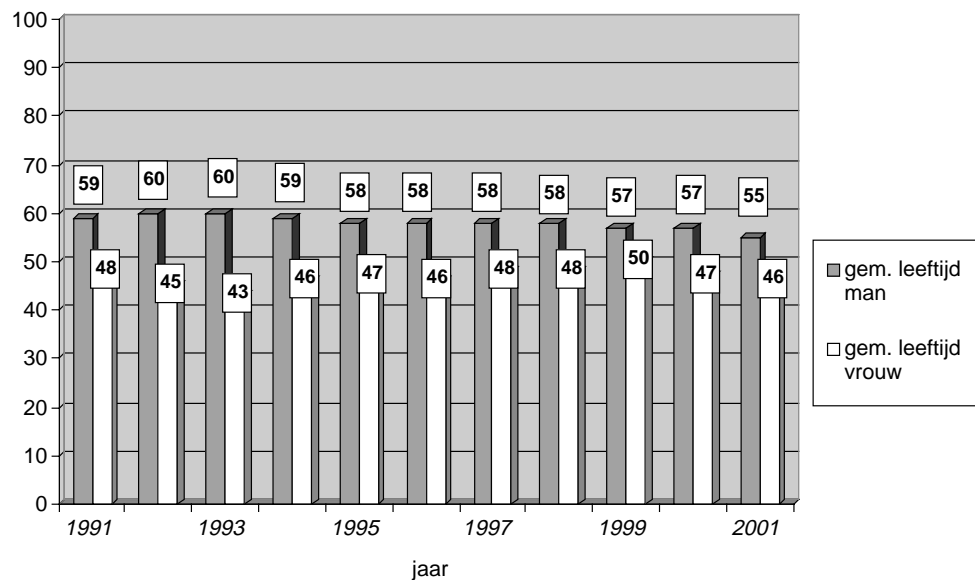
Om voor de komende jaren een voorspelling te doen wat haalbaar is zijn de volgende aspecten afgewogen.

- Het aantal afstuderende basisartsen neemt jaarlijks verder toe en groeit naar 1.800 per jaar.
- Het aandeel vrouwen zal verder toenemen.
- Vrouwelijke basisartsen met belangstelling voor de opleiding en het vak van huisarts verwachten dat zij juist in deze richting de mogelijkheid hebben om werk en privé-zaken te combineren en zij denken dit ook te kunnen realiseren.
- Bij de vervolgoopleidingen tot klinisch specialist zal de instroom in totaal weer wat gaan dalen van 1.100 naar vermoedelijk ongeveer 1.050. Deze daling is niet zo indrukwekkend, maar het is een saldo van bewegingen in een drietal groepen. De helft van deze specialismen moet meer gaan doen, een deel kan ongeveer gelijk blijven en een zestal kan weer sterk naar beneden.
- Onder deze laatste categorie vallen specialismen als psychiatrie, kindergeneeskunde en interne geneeskunde, die in 2004 en volgende jaren elk tientallen minder moeten gaan opleiden dan in 2003. Samen gaat het om ongeveer 100 per jaar minder. Het is ook te verwachten dat de instroom daadwerkelijk daalt.
- Deze drie specialismen behoren met chirurgie tot de vier populairste specialismen, die ook de afgelopen jaren nog meer belangstelling trokken dan er plaatsen waren.
- Het is daarom aannemelijk dat belangstellenden voor juist deze drie specialismen, die nu minder kans krijgen de opleiding van hun eerste keuze te volgen, in grotere getale hun tweede voorkeur voor huisarts na verloop van tijd gaan exploreren.

## Bijlage 5 Scenario vermindering uitstroom

Alvorens dit scenario uit te werken wordt getoond op welke leeftijden men stopt met werken over een langere periode tot en met 2001.

Figuur 10: Gemiddelde leeftijd huisarsten bij vertrek, in de periode 1991/2001



Bron: Nivel

Bij de mannen treedt er een daling op van 59/60 jaar naar 55 en bij de vrouwen blijft deze redelijk constant liggen op ongeveer 46 jaar. Beide reeksen maken al duidelijk dat het niet alleen gaat om vertrek door pensionering.

De ontwikkeling van de pensioenleeftijd is op verzoek van het Capaciteitsorgaan door het Nivel apart in kaart gebracht.

Tabel 5: De ontwikkeling van de pensioenleeftijd

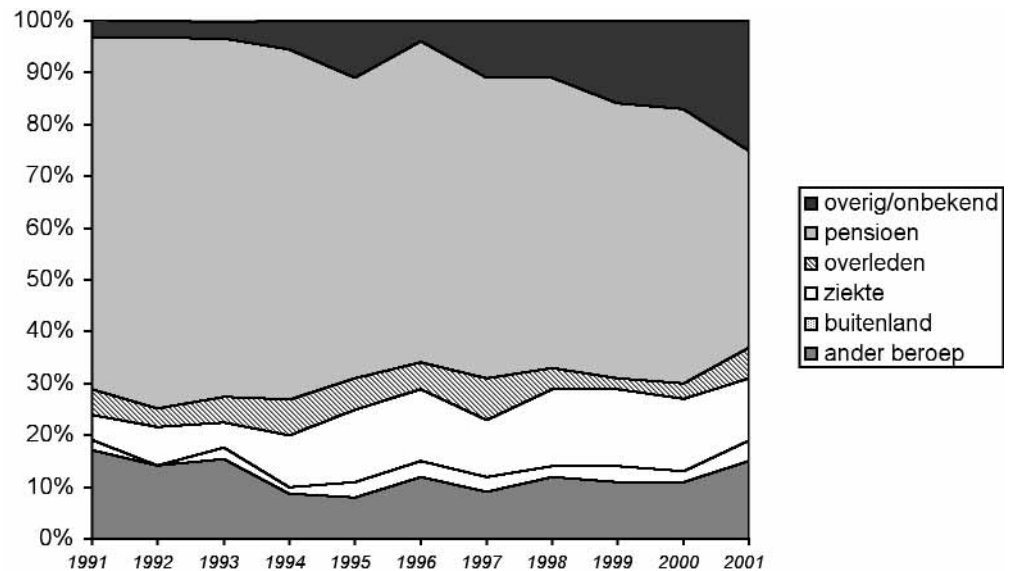
Gemiddelde leeftijd mannelijke/vrouwelijke huisartsen die de beroepsgroep in de periode 1991-2001 hebben verlaten met pensionering als reden											
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Mannen	64	64	64	64	63	63	63	62	62	61	61
Vrouwen	57	61	47	46	56	52	54	59	58	55	56

Bron: Nivel

Bij de mannen is sprake van een daling van 64 jaar naar 61 jaar. Bij de vrouwen schommelt het wat; de aantallen zijn veel kleiner. Deze reden om te stoppen lijkt redelijk stabiel te blijven rond 56 jaar. Zij is dan wel de laatste jaren zo'n vijf/zes jaar jonger dan haar mannelijke collega, als ze stopt vanwege "pensioenering".

Voor het maken van een pensioenscenario is van belang te weten wat het aandeel gepensioneerden is op het totaal van de uitstroom. Daarvoor worden eerst de redenen om te stoppen in herinnering gebracht.

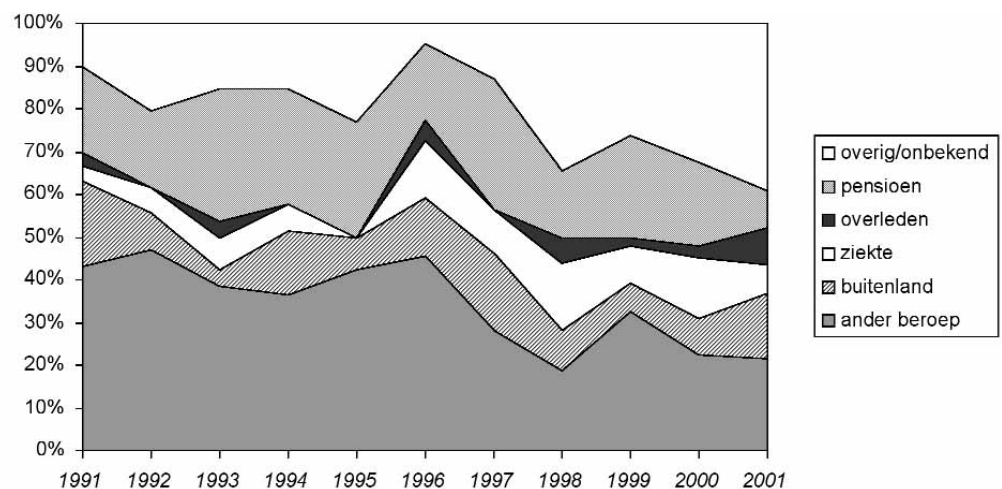
*Figuur 11: Relatieve verdeling van de redenen waarom mannelijke huisartsen zijn gestopt in de periode 1991-2001*



Bron: Nivel

Bij de mannen was het aandeel dat vanwege pensioen zei te stoppen in 1991 nog 70% in 2001 is dit ongeveer gehalveerd naar 35%. In de jaren 2000 en 2001 stopten gemiddeld ongeveer 185 mannen per jaar. Ongeveer 65 stopten dus vanwege pensioen. Het aandeel ander beroep blijft door de jaren min of meer gelijk op 10 tot 15%. Opvallend is de toename overig/onbekend naar meer dan 20%.

*Figuur 12: Relatieve verdeling van de redenen waarom vrouwelijke huisartsen hun werkzaamheden hebben neergelegd in de periode 1991-2001*



Bron: Nivel

Bij de vrouwen zijn ook verschuivingen gaande.

Men gaat minder dan voorheen over naar een ander beroep en ook hier neemt de categorie overig/onbekend toe, maar zeer sterk naar zo'n 40%. Het aandeel dat opgeeft met pensioen te gaan is over de hele periode betrekkelijk gering (20% in 1991), maar lijkt in recentere jaren wat te dalen naar mogelijk ongeveer 12%. In 2000 en 2001 ging het om gemiddeld zo'n 85 vrouwen die stopten waarvan ongeveer 10 zeiden met pensioen te zijn gegaan. Deze getallen geven een eerst indicatie om welke aantallen het momenteel gaat en in welke mate er een ombuiging naar boven tot stand kan komen van de pensioenleeftijd.

Het grootste deel van de uitstroom zit echter in het gegeven dat men om andere redenen dan pensioen stopt. Er is daarom meer gedetailleerd onderzoek gedaan naar de uitstroommotieven. (13) Daarbij zijn zowel huisartsen die nog werken, als degenen die gestopt zijn benaderd.

Samenvattend stelt het onderzoek van het Nivel, dat de

*'.. alles overheersende reden om voor de pensioengerechtigde leeftijd te stoppen met het werk als huisarts is de hoge werkbelasting. Daarbij gaat het zowel om het totaal aantal werkuren, de diensten als de administratieve taken die bovenmatig veel tijd in beslag nemen.'*

Voor eventuele beleidsmaatregelen is van belang te bezien of en zo ja onder welke voorwaarden men langer zou willen blijven werken in de huisartsenzorg. Waren degenen die gestopt zijn over te halen om langer te werken en zijn degenen die nog werken dat ook?

In tabel 6 worden de condities, die daarvoor nodig zijn en het hoogst scoorden, op een rij gezet, verdeeld naar werktijden, takenpakket en omstandigheden.

Tabel 6: Hoogste scores condities om niet te stoppen

	Gestopt voor 60	Gestopt van 60-64	Gestopt met 65	Van plan voor 60	Van plan van 60-64	Van plan met 65
<b>Werktijden</b>						
Per week kleiner aantal uren werken	50%	39%	29%	57%	65%	63%
Gemakkelijk aantal dagen vrij nemen	49%	38%	19%	60%	70%	66%
Geen volledige dagen meer werken	43%	36%	19%	49%	57%	53%
Een sabbatical nemen als nodig	34%	20%	0%	38%	57%	52%
<b>Takenpakket</b>						
Alleen concentreren op patiëntenzorg	44%	24%	12%	45%	55%	53%
Geen administratieve taken/meer steun	46%	30%	18%	54%	60%	59%
Geen diensten avond en weekeinde	46%	30%	18%	58%	66%	55%
<b>Omstandigheden</b>						
Als er een financiële noodzaak komt	33%	28%	0%	51%	61%	60%
Bij vermindering opgelegde bureaucratie	43%	25%	0%	50%	59%	60%
Minder directieven van boven	38%	23%	0%	46%	49%	46%

Bron: Nivel

Vooral de werktijd scoort hoog en dan vooral bij degenen die nog werken. Allerlei andere aspecten van het takenpakket, zoals geen visites meer rijden, scoren veel lager. Hetzelfde geldt voor hele rubrieken als praktijkvorm (dienstverband, duo-verband, groepspraktijk) en loopbaanperspectief (andere taken naast huisarts, meer variatie, wetenschap).

Dat er serieuze kansen liggen om arbeidsjaren te winnen bleek bij dit onderzoek ook bij de algemene vraag of vertrek onder bepaalde omstandigheden voorkomen had kunnen worden. Dan geeft 62% van de mannen en 61% van de vrouwen aan “ja, wellicht wel”. Bij de werkzame huisartsen geven van degenen die voor hun 65-ste denken te stoppen maar liefst 75% aan dat vertrek eventueel te voorkomen is.

Voor het maken van een scenario wordt een onderscheid gemaakt tussen degenen die met pensioen gaan en degenen die veel vroeger stoppen.

Voor beide categorieën worden niet automatisch de boven weergegeven percentages overgenomen. Als de bovenstaande hoogste scores gezien worden dan zou van de groep die voor 60 jaar wil stoppen ongeveer 50 tot 60% te bewegen zijn dit later te doen. Bij degenen die willen stoppen tussen 60 en 65 jaar ligt dit wat breder, namelijk tussen 50 en 70% voor de diverse onderdelen. Het gaat om meer factoren die spelen en het is zeer de vraag of deze allemaal in de goede richting zullen gaan vanuit de huisartsen gezien. Daarom wordt voor beide groepen voor een veiliger marge van 35% gekozen. De werkelijke, vroege uitstroomkansen liggen historisch namelijk beduidend hoger dan men in deze enquête opgeeft.

Er kunnen nu naar de toekomst projecties gemaakt worden, hoeveel huisartsen enige tijd zouden willen bijtekenen. Allereerst wordt de groep die “gewoon” met pensioen gaat besproken.

Tegen 2010 zullen er ongeveer 430 huisartsen per jaar zonder beleid stoppen en tegen die tijd gaat het om ongeveer 320 mannen en 110 vrouwen. Aangenomen wordt dat dan nog steeds ongeveer 35% van de mannen met pensioen wil gaan, ofwel 112. Bij de vrouwen is dit 12%, ofwel 13 vrouwen. Ook wordt aangenomen dat die mannen dan nog steeds gemiddeld 61 zijn en de vrouwen 56. Als 35% van deze mannen en vrouwen twee jaar bij willen tekenen is het aantal vrouwen 5 en levert dit bij de mannen 40 huisartsen op. De belangrijkste maatregelen voor deze groep zouden kunnen zijn dat zij geen diensten meer draaien en zich kunnen concentreren op patiëntenzorg.

De tweede groep die veel eerder dan het pensioen stopt is niet alleen kwantitatief interessanter, maar kan ook meer arbeidsjaren opleveren.

Men kan nu vanuit de gekozen marge van 35% stellen dat van de 208 mannen (320 – 112), die eerder stoppen er 73 bereid zijn om enige jaren langer te werken. Bij de 97 vrouwen (110 – 13) is dit 34. In totaal zou het dan gaan om 107 huisartsen. De spreiding in leeftijd onder deze groep huisartsen is echter zeer groot. De uitstroomkansen nemen echter geleidelijk toe met de leeftijd. Het grootste deel is daarom ouder dan vijftig jaar. Enigszins arbitrair nemen we daarom aan dat ze gemiddeld voor vijf jaar bijtekenen, opnieuw onder de conditie dat ze zich kunnen concentreren op

patiëntenzorg en geen diensten meer draaien.

Als men vervolgens veronderstelt dat het bijbehorend beleid vanaf 2006 in gang is gezet, dan zullen er in 2012 vijf cohorten van 107 huisartsen extra zijn, ofwel in totaal 535 huisartsen (365 mannen en 170 vrouwen).

Zij gaan ongetwijfeld minder uren werken, maar sterk gericht op patiëntenzorg. De mannen worden daarom toch voor ongeveer 80% meegeteld en de vrouwen voor 60% om het effect op het tekort in 2012 te bepalen. Andere taken kunnen ook door niet-artsen overgenomen worden, maar dan nog mag verwacht worden dat zij minder uren willen werken. Wel is van belang hoe de diensten opgevangen kunnen worden, want daar draaien dan andere huisartsen voor op. Hierop wordt later teruggekomen. Volgens dit scenario zijn er in 2012 in totaal 580 (5+40+535) huisartsen meer werkzaam. Het gaat om 40 mannen en 5 vrouwen, die anders met pensioen gegaan waren en 365 mannen en 170 vrouwen die vroeger gestopt zouden zijn. Die leveren bij elkaar 429 fte's op (324+105). Dit geeft een reductie van het tekort van 20% (1.700 fte's) met 5%.

Hierboven is aangegeven dat een flink deel van degenen die vroeger stoppen in de vijftig zijn. Wellicht kan 35% behouden worden, waarbij dan met name vrijstelling van diensten hen zou kunnen verlokken. Het Nivel heeft over vrijstelling onlangs gepubliceerd en aangegeven dat het financieel en praktisch niet haalbaar zou zijn om alle huisartsen boven de 50 vrij te stellen. Het vraagt nog wat nadere studie vanuit het Capaciteitsorgaan, maar mogelijk dat een deel van de praktische knelpunten wat minder zwaar wegen. In ieder geval is evident dat de groep van 35% die nu niet stopt buiten het vraagstuk valt of er wel genoeg mankracht is om al die diensten over te nemen. Immers als ze net als in het verleden wel zouden stoppen, draaien ze ook geen diensten.

Er kunnen echter mogelijk nog wat meer huisartsen behouden worden, als er minder of geen diensten meer gedraaid hoeven te worden. In het onderzoek van Nivel worden de diensten van alle 50+ huisartsen verdeeld over de werkzame huisartsen die dan zwaarder belast worden. Dit is vermoedelijk niet de enige optie. Een belangrijke reserve voor capaciteit vormen de waarnemers, die nu ook ingezet worden voor diensten. Onder jongeren was dit een pool van ongeveer 300. Een recente studie van Nivel geeft aan dat dit aantal tot en met 2003 ongeveer gelijk is gebleven. Het gaat dan nog steeds om net afgestudeerde huisartsen die in grote getale zoeken naar een geschikte plek.

Er zijn aanwijzingen dat het totaal aantal waarnemers de afgelopen jaren is gegroeid. Als dit juist is dan is een seniorenbeleid mogelijk wel haalbaar. Die mogelijke groei in de reservecapaciteit wordt nog onderzocht in opdracht van het Capaciteitsorgaan. Voorzichtig worden echter nu al een drietal mogelijkheden voor die toename genoemd. Een eerste verklaring voor de mogelijke toename is dat het aantal jongeren dat waarneemt inmiddels in 2004 wel is toegenomen. Er studeren er immers in 2004 zo'n 60 meer af dan in voorgaande jaren. Belangrijker waarschijnlijk is dat beduidend meer ouderen, die hun eigen praktijk vaarwel zeiden, zijn gaan waarnemen. Dit kan gelden voor de gepensioneerden, waarvan de mannen nu immers 61 jaar zijn en de vrouwen gemiddeld 56 jaar, maar zeker ook voor degenen die nog jonger stopten en

daarna tot voor kort zonder zorgen over een eigen praktijk een behoorlijke boterham konden blijven verdienen. De derde verklaring zit vermoedelijk bij de huisartsen in dienstverband. Een waarschijnlijk groeiend deel van de huisartsen, met name van boven de vijftig jaar, heeft een huisarts (meestal een vrouw) parttime in de eigen praktijk opgenomen en heeft zo speling gecreëerd voor de eigen werkbelasting en aandacht voor andere zaken. Het gevolg is echter dat de dienstverbanders of een plek moeten vinden bij meer huisartsen en/of ook waarnemer worden. Als er in totaal meer dan 1.000 waarnemers zouden zijn, dan is er in ieder geval sprake van dubbeltellingen.

## Bijlage 6 Scenario's substitutie

### 6.1 Inleiding

In het rapport “De zorg van morgen” wordt aanbevolen dat het Capaciteitsorgaan ook ramingen opstelt voor nurse practitioners (np's) en physician assistants (pa's) naast die voor medische en tandheelkundige (vervolg)opleidingen. Gesteld werd: “De behoefteramingen van traditionele en nieuwe professionals moeten in hun onderlinge verhoudingen worden opgesteld, welke verhouding bij de na te streven stapsgewijze ontwikkeling met het verloop van de tijd zal veranderen.” (17)

Het Capaciteitsorgaan onderschrijft om twee redenen het belang om die verhoudingen te gaan bezien. Allereerst is het zo dat als aanpalende disciplines van invloed zijn op de capaciteit van medische en tandheelkundige specialisten het methodisch correct is dit aspect mee te nemen in de ramingen van de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen zelf. In het model van het Capaciteitsorgaan is vanaf het begin hiervoor ruimte gemaakt in het onderdeel werkproces met de term “substitutie”. Daarmee wordt bedoeld op de mogelijkheid dat werk van een medisch of tandheelkundig specialist door een andere discipline wordt overgenomen en in een bepaalde mate leidt tot een vermindering van de capaciteit van medische en tandheelkundige specialisten.

Bij substitutie kan het gaan om horizontale verschuivingen tussen gelijkwaardig opgeleide beroepen. Zo is in 2000 ingeschat dat werk verschuift van specialisten naar huisartsen. Het kan ook gaan om verticale substitutie naar disciplines met een lagere opleiding. Dat is het thema in dit scenario.

Zoals hierboven is aangegeven werd bij de ramingen voor de huisartsen tot nu toe verondersteld dat verticale substitutie verwaarloosd kon worden. Deze weging was in ieder geval begrijpelijk bij de eerste ramingen, opgesteld in het jaar 2000. Toen was er nog grote schaarste in de verpleging en verzorging en waren er nog nauwelijks beleidsimpulsen in deze richting. Een trend, dat dit soort professionals op grote schaal ingezet zouden gaan worden, leek toen nog onwaarschijnlijk. Inmiddels zijn er wel duidelijke beleidsinitiatieven op gang gekomen, mede door geluiden vanuit het Capaciteitsorgaan dat er bij een aantal specialismen tekorten gaan ontstaan.

In de tweede plaats is het van belang vervolgens voor die aanpalende disciplines ook ramingen voor de opleidingen op te gaan stellen om zo veel mogelijk te bevorderen dat de capaciteit daarna in het veld evenwichtig zal zijn. Dat dit nodig is kan afgeleid worden uit de conclusies van het Capaciteitsorgaan van 2003 dat er zich bij de klinisch specialisten twee vleugels aftekenen met enerzijds tekorten en anderzijds overschotten. Taakherschikking vraagt derhalve ook nog om maatwerk per medische en tandheelkundige beroepsgroep. Mogelijk dat in 2005 de eerste uitspraken gedaan zullen worden over de aantallen op te leiden np's en pa's.

Overigens zijn dit niet de enige disciplines die van belang kunnen zijn voor substitutie. Hieronder zal blijken dat juist in de huisartsenzorg al enkele jaren ervaring bestaat met een andere, ook betrekkelijk nieuwe discipline, de zogenaamde “praktijkondersteuner” (po).

## 6.2 Voorstudie Prismant

Prismant is in 2003 gevraagd een voorstudie te doen om enkele relevante aspecten in kaart te brengen. (8) Het gaat immers in Nederland om een nog prille ontwikkeling. Enkele bevindingen komen hier aan de orde. Waar mogelijk wordt de informatie geactualiseerd en doorgetrokken naar 2012. Daarbij wordt getracht de informatie naar de huisartsenzorg te specificeren.

Kwantitatief gaat het om enkele tientallen pa's die momenteel in opleiding zijn en nog maar enkelen die afgestudeerd zijn. Minder dan de helft van hen werkt tijdens de opleiding in een huisartspraktijk. Volgens deze studie zouden bij een grote inspanning tegen 2008 maximaal 1.900 opgeleid kunnen worden. Een aantal van 600 tot 1.200 lijkt de onderzoekers waarschijnlijker.

Inmiddels kan voor 2004 vastgesteld worden dat er een tweede opleiding van start is gegaan. De instroom ligt nu in de orde van 40 per jaar. Het is daarmee zeer de vraag of de ondergrens van 600 in 2008 gehaald wordt. Mogelijk wel tegen 2012. Als het grootste deel (90%) aansluitend op de opleiding ook als pa blijft werken gaat het om zo'n 540 pa's. Als hiervan 30% voor de huisartsenzorg zou kiezen is er een capaciteit van ruim 160 pa's beschikbaar. Het zal derhalve gaan om een zeer bescheiden bijdrage om het mogelijke tekort van 2.400 huisartsen te reduceren. Hoe groot die bijdrage is in verhouding tot de werkwijze van de huisarts (vooral productiviteit) is voor Nederland nog niet bekend. De zeer kleinschalige ervaringen met pa's (in opleiding) in de huisartspraktijk zijn nog niet (door het Capaciteitsorgaan) onderzocht.

De eerste opleiding tot np is al wat eerder begonnen. In 2000 studeerden de eersten af. Momenteel zijn er honderden in opleiding en al zo'n 150 werkzaam, het overgrote deel in ziekenhuizen. Het gaat dus om een kwantitatief veel krachtiger ontwikkeling vergeleken met de pa. In het studiejaar 2003/2004 begonnen al zo'n 250 np's aan de opleiding. Als deze aantallen doorgetrokken worden en als zo'n 20 tot 30% kiest voor de eerste lijn, dan zijn er tegen 2012 ongeveer 400 voor de huisartsenzorg beschikbaar (rekening houdend met enige verlies in de opleiding en een wat groter verloop na de opleiding dan bij de pa. Als de instroom in de opleiding verdubbeld zou worden zijn er in 2012 met ongeveer zes lichteningen zo'n 950 beschikbaar. Dit is kwantitatief al interessanter maar ook bij deze nieuwe professional is de vraag in welke mate er sprake is van substitutie. Daarover wordt later een aannname gedaan, gedeeltelijk gebaseerd op een studie in opdracht van het Capaciteitsorgaan, gedaan bij een drietal praktijken.

In de VS bestaat al ervaring met np's en pa's sinds het midden van de jaren '60. De studie van Prismant kan wellicht aanknopingspunten bieden om de effecten van taakherschikking op capaciteit in te schatten. Er wordt voor gewaarschuwd "ervaringen daar klakkeloos te vertalen naar de Nederlandse situatie."

Er zijn meer dan 46.000 pa's en meer dan 85.000 np's werkzaam in de VS en ruim 836.000 artsen. De verhouding np/pa en arts is zo ongeveer 1 : 8. In de huisartsenzorg (familypractice) gaat het om bijna 16.000 pa's en 21.000 np's op ruim 135.000 artsen, een verhouding van 1 : 4.

Het takenpakket van np en pa overlapt elkaar. De np's worden daar opgeleid vanuit het

verpleegkundig model. Vanuit die invalshoek besteden zij wat meer tijd aan patiëntbegeleiding, voorlichting en preventie dan de pa en arts. Prismant citeert onderzoek waaruit blijkt dat de pa in de VS “83% van de taken van artsen in de ‘primary care’ kunnen overnemen, zonder directe supervisie van een arts.” De studie wijst er op dat dit soort sterke effecten kunnen samenhangen met (dunbevolkte, landelijke) gebieden in de VS waar sprake is van een zeer grote schaarste aan artsen. Voor de np vermeldt de studie geen effect op de taken van artsen, maar het is aannemelijk dat dit lager ligt dan bij de pa, omdat zij door hun opleidingsachtergrond meer energie steken in begeleiding en voorlichting en zo taken verrichten die voorheen (te) weinig of niet aan bod kwamen. Zij spelen volgens Prismant meer in op “kwaliteit en continuïteit van de zorg.”

Het is volgens het Capaciteitsorgaan niet zinnig deze informatie uit de VS voor Nederland over te nemen. Hoe groot zal in ons land het absoluut tekort aan huisartsen zijn? Er zijn momenteel enkele voorbeelden waar een huisarts intensief samenwerkt met een np, nadat er geen opvolger gevonden kon worden voor een andere huisarts. De np houdt dan op een locatie alleen spreekuur en handelt een flink deel van de patiënten in grote mate van zelfstandigheid zelf af. Het is aannemelijk dat het substitutie-effect groter zal zijn naarmate ook de absolute schaarste aan huisartsen groter is/wordt. Het zal dan overigens ook de vraag zijn of pa’s of np’s zich in die landelijke gebieden of stadswijken willen vestigen. Voorlopig gaat het vooral om casuïstiek die niet makkelijk te veralgemeniseren valt.

Voor de Nederlandse situatie beschikt het Capaciteitsorgaan inmiddels over twee deelstudies, die eerste indrukken geven over substitutie-effecten van taakherschikking bij huisartsen door np’s en po’s.

### 6.3 De invloed van de praktijkondersteuner (po) op de werklust van huisarts

In opdracht van de Stichting Praktijkvoering Huisartsen is met subsidie van VWS een onderzoek gedaan naar de praktijkondersteuner (po). (14) De po heeft een geleidelijk uitkristalliserend takenpakket. Het gaat vooral om verpleegkundigen (ruim 60%), maar ook wel om praktijkassistenten, die beiden (door aanvullende scholing) op HBO-niveau zijn opgeleid. Het onderzoek heeft betrekking op zo’n 100 praktijken. De hoofdconclusie van het onderzoek luidt:

*“De introductie van de praktijkondersteuner verminderde de werklust van de huisarts voor specifieke groepen patiënten. Gezien de totale omvang van deze vermindering levert het nog geen substantiële bijdrage aan de voorziene capaciteitstekorten. De belangrijkste reden hiervoor is dat de taken zich beperken tot controles van chronisch zieken. ....Om een substantiële bijdrage te leveren aan de oplossing van het huisartsentekort is verdergaande taakdelegatie noodzakelijk.”*

Vanuit deze conclusie wordt in de beschouwing gewaarschuwd voor een te groot optimisme bij de plannen om ook “nieuwe” disciplines in te gaan zetten:

*“Gezien de tijd die het kennelijk kost om nieuwe beroepen effectief in te zetten voor*

*taakverlichting van huisartsen moeten de verwachtingen die er worden gekoesterd van het inzetten van nurse practitioners en physician assistants waarschijnlijk worden getemperd.”*

Een belangrijke basis voor de hoofdconclusie van de onderzoekers is dat de po 6% van de patiëntcontacten heeft tegen de huisarts 65% en de praktijkassistente 29%. De tweede peiler is dat het aantal contacten van de huisarts in een praktijk met een po gedurende vier jaren achtereen significant lager ligt dan in een praktijk zonder po. Het gaat dan om ongeveer 84 contacten per maand minder. In een praktijk zonder po schommelen de contacten in de loop van het jaar voor huisartsen tussen 400 en 600 per maand. Overigens nemen de contacten van de praktijkassistente juist toe met ongeveer 72 meer per maand in een praktijk met een po.

Dat een po 6% van de contacten heeft lijkt weinig. Belangrijk is echter dat die contacten geleverd worden door 0,2 fte po per fte huisarts. Een po, die meestal 0,6 fte werkt, bedient meestal drie huisartsen. Een fte po zou dan zorgen voor 30% van de contacten maar dan over meer praktijken verdeeld. Men kan hiermee nog niet stellen dat de substitutie 30% is, omdat het hebben van contacten niet wil zeggen dat de huisarts ontlast wordt. Gelet op de aandacht voor chronisch zieken zou het kunnen gaan om extra aandacht die de huisarts niet in die mate geeft. Gewoonlijk wordt dan ook gesteld dat er sprake is van kwaliteitsverbetering. Vanuit het model van het Capaciteitsorgaan is er echter reden om er van uit te gaan dat daarmee ook een deel van de extra vraag van de bevolking boven op demografie door po's wordt opgevangen. Voor het substitutie-effect moet daarom een aanname gedaan worden. Deze wordt voor de lopende periode tot 2004 gesteld op 30%. Hierin is inbegrepen dat een huisarts een po moet inwerken en blijvend superviseert.

In het jaar 2000 waren er nog vrijwel geen po's. Daarna is de introductie van deze beroepsgroep relatief snel verlopen. Eind 2002 waren er ongeveer 700 werkzaam voor in totaal ongeveer 400 fte. Ruim een kwart van de huisartsen werkte toen met een po. Er zaten toen nog 400 po's in de opleiding. Uit een studie van de LHV blijkt dat er eind 2003 in ieder geval 1.100 po's werkzaam waren voor in totaal 3.160 huisartsen, ruim 40% van de huisartsen. Het gaat dan om een impuls aan capaciteit van po's van 660 fte's. Dit is substantieel, afgezet tegen de capaciteit aan huisartsen, die eind 2003 lag op 6.725 fte. Uitgaande van 30% substitutie geven 660 fte's een equivalent aan fte's van huisartsen van 200 fte. Op 6.385 fte huisarts in 2000 is dit een toename in huisartscapaciteit van 3,1%.

Voor het scenario richting 2012 is nog een aanname nodig over het aantal huisartsen dat zal (willen) werken met een po. Ongeveer twee derde van de huisartsen heeft hiervoor belangstelling. Er zouden dan in 2012 ongeveer 1.650 po's werkzaam zijn, nog steeds in een verhouding van 0,2 po per fte huisarts. Deze groei lijkt haalbaar gelet op de afgelopen jaren. Die po's bieden dan in 2012 zo'n 990 fte. Vervolgens wordt verondersteld dat deze discipline efficiënter zal gaan werken en door verdere protocollering minder supervisie zal gaan vragen. Het substitutie-effect wordt daarmee gesteld op 50%. Dat wil zeggen dat die 990 fte po gelijk te stellen is aan bijna 500 fte huisarts. Het voorspelde tekort was 1.700 fte.

**Conclusie: het tekort aan huisartsen kan door inzet van 1.600 po's dalen met 6% van 20 naar 14%.**

#### 6.4 De invloed van nurse practitioners op het werk van de huisarts

Een nurse practitioners (np) is hoger opgeleid dan de po. Boven op het hbo niveau volgt een aanvullende opleiding van twee tot drie jaar. Het aantal np's is in verhouding tot de po nog veel geringer. Enkele tientallen werken er in de huisartsenzorg en er zijn er nog wat meer in opleiding. Was het voor de po al lastig om tot schattingen te komen van de capaciteitseffecten voor de np is dit, gezien het veel lagere aantal dat werkzaam is, nog moeilijker. Uit een onderzoek in opdracht van het Capaciteitsorgaan bij een drietal verschillende soorten praktijken komen de eerste indicaties naar voren. (15) De variatie in de onderzochte praktijken is van belang, als generalisaties gemaakt gaan worden. In dit onderzoek is een groot gezondheidscentrum betrokken, daarnaast een praktijk in een binnenstad en een plattelandspraktijk. Die verscheidenheid is wel van belang, omdat de uitkomsten in dezelfde richting wijzen, hoewel het om casuïstiek gaat. De volgende uitkomsten mogen dan ook alleen onder voorbehoud gebruikt worden.

Wordt opnieuw vooral gekeken naar chronische aandoeningen dan is een minimum-effect van 10% gevonden. Deze aandoeningen zijn dan bijna geheel overdraagbaar. Beziet men ook andere diagnosecategorieën, dan is nog eens 15% extra voor een groot deel overdraagbaar. Het totaal loopt daarmee op naar 25% en heeft dan nog niet zijn grens bereikt. Men heeft namelijk naar de meest voorkomende diagnoses gekeken die ongeveer 40% van de contacten uitmaken. Wordt dit bescheiden in de berekening verdisconteerd op nog eens 5% dan is het effect 30%. Zo is zowel de tijd voor begeleiding afgetrokken als de extra tijd voor verzwaring van de caseload van de huisarts.

De vraag is nu ook weer hoeveel np's er in 2012 zullen werken. Belangrijk voor die inschatting is dat een flink deel van het effect aan de "voorkant" tot stand komt. De np ziet ook patiënten in een eerste contact, waarbij een goede triage van de praktijkassistente nodig is op basis van een flinke set afspraken over de werkverdeling over verschillende soorten patiënten tussen huisarts en np. In kleinere praktijken lijkt daarbij de opvatting van de huisarts zelf ook een belangrijke rol te spelen.

Inzet aan de voorkant is in de kring van huisartsen omstreden. In de onderzochte praktijken vormde dit na verloop van tijd geen wezenlijk probleem ook al was er wel enige weerstand bij aanvang. Dit werd genoemd "de kunst van het loslaten". Mogelijk dat juist deze np's in staat waren om zelfstandig te werken, omdat zij dit veelal als (wijk)verpleegkundigen voorheen al gewend waren. Het gevaar bestaat dat dit bij latere lichten van np's minder het geval zal zijn.

Het is gezien die weerstand te verwachten dat zeker aanvankelijk het aantal huisartsen dat bereid zal zijn een np op te leiden en daarna in de praktijk op te nemen maar geleidelijk zal toenemen. De voorkeur gaat in het algemeen uit naar de po. Het is overigens ook nog de vraag of het veel zal gaan voorkomen dat een praktijk beschikt over èn een po èn een np. Huisartsenzorg is generalistisch van karakter en kan alleen bij een grotere organisatieschaal wat differentiatie in de vraag mogelijk maken en daarmee verschillende soorten medewerkers.

Hierboven is al aangegeven dat tegen het jaar 2012 met de huidige instroom in de opleiding tot np er tegen 2012 ongeveer 400 tot 950 np's beschikbaar kunnen zijn voor de huisartsenzorg. Gelet op een zekere weerstand onder huisartsen en mogelijk toch wat

meer belangstelling onder np's voor de tweede lijn wordt voor een veiliger bandbreedte gekozen van 400 tot 800 np's in 2012. Waarschijnlijk werkt de np 0,7 fte, wat meer dan de po. In totaal gaat het dan om 280 tot 560 fte. Net als bij de po wordt een substitutie-effect van 50% aangenomen. Dat betekent dat er 140 tot 280 fte huisartsen minder nodig zijn in 2012. Het voorspelde tekort zonder beleidswijzigingen lag op 1.700 fte.

**Conclusie: Het tekort aan huisartsen kan door inzet van 400 tot 800 np's dalen met 2 tot 3% van 20% naar 17 tot 18%.**

## Bijlage 7 Leden en medewerkers Capaciteitsorgaan

### Plenair orgaan

#### Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. mr. A.W.J.M.van Bolderen  
Dhr. dr. L.H. van Hulsteijn  
Dhr. prof. dr. E. Schadé, lid DB  
Dhr. R.M. Sluiter  
Dhr.dr. R.J. Stolker  
Dhr. C.J.G. Theeuwes  
Dhr. A.M.J. Veer  
Dhr. drs. B. Vos

#### Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. drs. F.J.M. Croonen  
Dhr. mr. dr. R.J. de Folter  
Mevr. prof. dr. L.J. Gunning-Schepers  
Dhr. mr. .E.M. d 'Hondt  
Dhr. F.C.A. Jaspers, lid DB  
Dhr. J. van der Spek  
Dhr. prof. dr. E.A. van der Veen

#### Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. L.A. van Helden  
Dhr. J.G.M. Hendriks, voorzitter DB  
Dhr. H.J. van der Hoek  
Dhr. A.M. van Houten  
Dhr. J.D. de Klein  
Dhr. W.A. Roobol  
Dhr. J.Ph.P. Stenger

### Kamer Huisartsen

#### Organisaties van beroepsbeoefenaars

Mw. J. Bont  
Dhr. drs. C.F.H. Rosmalen  
Dhr. J.F. van Santen  
Dhr. C.S.M. Tromp

#### Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. dr. B.J.A.M. Bottema  
Mw. dr. Y. van Leeuwen

Dhr. A.P. Timmers, voorzitter

**Organisaties van zorgverzekeraars**

Mw. J. Batenburg

Dhr. A.G. Bouwmeester

Dhr. H.P.Th. Derkx

Dhr. A.L.J.E. Martens, ondervoorzitter

**Bureau Capaciteitsorgaan**

Dhr. H.J. Leliefeld, directeur

Dhr. J.G. Meegdes, senior adviseur

Mevr. M. van den Biezenbos, secretariaat

## Bijlage 8

### Literatuurlijst

1. Capaciteitsorgaan. Voorlopige raming voor de medische en tandheelkundige (vervolg) opleidingen. Utrecht, oktober 2000.
2. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2001 voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen en advies initiële opleiding geneeskunde. Utrecht, maart 2001.
3. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2002 voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen en advies initiële opleiding geneeskunde. Utrecht, maart 2002.
4. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2003, een tussenbalans. Utrecht, augustus 2003.
5. L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. Ontwikkeling vraag huisartsenzorg tot en met 2003. Notitie voor Kamer Huisartsen van het Capaciteitsorgaan. Utrecht, december 2004.
6. KWF. Kanker in Nederland. Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag. KWF, oktober 2004.
7. LHV. Voortgangsmeting implementatie Praktijkondersteuning Huisartsen. November 2004.
8. J.E. Grunveld, M. Derks. Nieuwe professionals in het medisch domein. Prismant. Utrecht, december 2003.
9. Nivel. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. De werkbelasting van huisartsen. Utrecht, 2004.
10. Nivel. Cijfers uit de registratie van huisartsen, peiling 2004. Utrecht, november 2004.
11. L.F.J. van der Velden. Ontwikkeling capaciteit huisartsen in fte's vanaf 2000. Notitie voor Kamer Huisartsen van het Capaciteitsorgaan. Utrecht, december 2004.
12. L.F.J. van der Velden, L. Hingstman. Herstructurering van het medisch opleidingstraject: mogelijke capaciteitseffecten. Nivel, Utrecht, maart 2003.
13. L.F.J. van der Velden, P.J.M. Heiligers, L. Hingstman. Uitstroomonderzoek huisartsen, 3e concept. Nivel, Utrecht, mei 2004.
14. M. Lamkadden e.a.. De invloed van praktijkondersteuning op de werklust van huisartsen. Nivel/ Rijksuniversiteit Groningen. Utrecht, 2004.
15. H. Bussemakers. De effecten van taakherschikking op de behoefte aan (para)medici en verpleegkundigen. Deel 1: Taakherschikking in de huisartsenzorg. Concept. STG. Leiden, december 2003.
16. E. Borst-Eilers. Medisch Contact nr. 12, 2001, 56<sup>e</sup> jrg.
17. Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking. De zorg van morgen. Den Haag, juli 2003.

Stichting Capaciteitsorgaan voor medische  
en tandheelkundige vervolgoedingen

Postbus 20051  
3502 LB Utrecht

telefoon  
(030) 282 33 31

fax  
(030) 282 33 18

e-mail  
[h.leliefeld@caporg.nl](mailto:h.leliefeld@caporg.nl)