

Behoeftebepaling huisartsen

In de toekomst mogelijk een tekort

In 1985 is het eindadvies van de Adviescommissie Behoeftebepaling Artsen (ABA) uitgebracht¹. In dit advies zijn schattingen gemaakt van de toekomstige behoefte aan artsen en van het aantal artsen dat de komende decennia moet worden opgeleid.

De conclusies in het advies zijn gebaseerd op inzichten en onderzoeksresultaten uit het begin van de jaren tachtig. Sindsdien hebben zich tal van gebeurtenissen en ontwikkelingen voorgedaan die min of meer de toekomstige vraag naar artsen zullen beïnvloeden. Dit maakt het noodzakelijk de cijfers uit het ABA-rapport van 1985 op een aantal punten te herzien. Ten behoeve van die noodzakelijke aanpassing heeft de Permanente Subcommissie Huisartsen Beroepskrachtenplanning van de LHV in 1989 het rapport 'Behoeftebepaling huisartsen' uitgebracht². Om de gegevens uit dit rapport voor een breder voetlicht te plaatsen zullen in dit artikel de belangrijkste resultaten eruit worden gepresenteerd.

In dit artikel zullen drie vragen centraal staan. In de eerste plaats de vraag welke ontwikkelingen worden verwacht met betrekking tot de 'vraag naar huisartsenzorg', alsmede het aantal huisartsen dat nodig is om aan die (verwachte) vraag te voldoen. In de tweede plaats zal worden onderzocht welke ontwikkelingen worden verwacht met betrekking tot het aanbod van huisartsen. Tenslotte zal de toekomstige vraag naar huisartsen worden geconfronteerd met het toekomstige aanbod. Op basis hiervan worden schattingen gemaakt van het aantal huisartsen dat moet worden opgeleid om vraag en aanbod goed op elkaar te laten aansluiten.

VRAAG NAAR HUISARTSEN

Voor het verkrijgen van inzicht in de toekomstige vraag naar huisartsen hanteren wij een model – afgeleid uit het eerdergenoemde ABA-rapport, blz. 17 – waarin het benodigde aantal huisartsenplaatsen afhankelijk wordt gesteld van de vraag naar huisartsenzorg en de verwerkingscapaciteit. Hierin wordt de vraag naar huisartsenzorg uitgedrukt als het totale tijds-

L. Hingstman

'Behoeftebepaling huisartsen' luidt de titel van een vorig jaar verschenen rapport, vervaardigd in opdracht van de LHV. Rapporteur L. Hingstman, werkzaam bij het Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (Nivel), plaatst de uitkomsten in een brede context. Met name de te verwachten ontwikkelingen op het gebied van de thuiszorg voeren hem tot de conclusie dat er in de toekomst mogelijk een tekort aan huisartsen zal ontstaan.

beslag dat patiënten aan huisartsen vragen en de verwerkingscapaciteit van huisartsen als de tijd die huisartsen voor patiëntenzorg ter beschikking hebben. Allereerst zal de vraag naar huisartsenzorg verder worden uitgewerkt, waarbij aansluitend op het eindadvies, alleen is gekeken naar de te verwachten feitelijke vraag.

Vraag naar huisartsenzorg

Bij de vraag naar huisartsenzorg is vooral gekeken naar de patiëntgebonden activiteiten. Voor de operationalisatie is gekozen voor het tijdsbeslag dat de zorg voor patiënten vergt. Dit kan worden uitgedrukt als de som van contactfrequentie en contactduur per leeftijds- en geslachts-groep. De belangrijkste ontwikkelingen die van invloed kunnen zijn op het (patiëntgebonden) tijdsbeslag zijn demografische ontwikkelingen, epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, en institutionele en technische ontwikkelingen.

Voor de ontwikkelingen in de *bevolkingsomvang en -samenstelling* zullen van grote invloed zijn op het toekomstige tijdsbeslag van huisartsen. Om inzicht te krijgen in de toekomstige bevolkingsontwikkeling is gebruik gemaakt van de bevolkingsprognoses van het CBS. Het CBS heeft gekozen voor een drietal varian-

ten³. Analoog aan het eindadvies van de ABA is de middenvariant aangehouden, dat wil zeggen 15.718.000 inwoners in het jaar 2000.

Voor het in kaart brengen van het tijdsbeslag zijn gegevens ontleend aan de Gezondheidsenquête 1985-1986. Op basis van deze gegevens is voor de komende decennia de toename van het aantal contacten berekend, waarbij een onderscheid is gemaakt tussen een toename als gevolg van de bevolkingsgroei en een toename als gevolg van veranderingen in de bevolkingssamenstelling (tabel 1).

Uit de resultaten blijkt, dat de bevolkingsgroei tot het jaar 2000 verantwoordelijk is voor 8,2% meer contacten. Daarnaast zou de verandering van de bevolkingssamenstelling nog eens verantwoordelijk zijn voor 2,4% meer contacten. Het aantal huisartsenplaatsen zou derhalve – bij een gelijkblijvende verwerkingscapaciteit – met 10,6% moeten groeien.

Naast de contactfrequentie is ook de contactduur in de analyses betrokken. Daartoe is gebruik gemaakt van gegevens uit het zogeheten video-onderzoek van het NIVEL⁴. In dat onderzoek worden gegevens gepresenteerd over de gemiddelde consultduur per leeftijdscategorie. Als dit gegeven vervolgens wordt gecombineerd met de gemiddelde contactfrequentie per leeftijdscategorie uit de Gezondheidsenquête 1985-1986, dan blijkt dat door veranderingen in de contactduur – als gevolg van bevolkingsgroei en veranderingen in de bevolkingssamenstelling – in het jaar 2000 circa 1% meer huisartsenplaatsen nodig zijn. Samen met de reeds eerder geconstateerde veranderingen in contactfrequentie zou dit betekenen dat in het jaar 2000 circa 11,6% meer huisartsenplaatsen nodig zijn.

Naast demografische ontwikkelingen zullen ook *epidemiologische ontwikkelingen* van invloed kunnen zijn op de vraag naar huisartsenzorg. Om iets te kunnen zeggen over de niet-demografisch bepaalde verschuiving in het morbiditeitspatroon zouden er gegevens moeten zijn over toekomstige leeftijds- en geslachtspecifieke incidentie- en prevalentiecijfers. Weliswaar biedt de 'Nota 2000' enig inzicht in

die te verwachten epidemiologische ontwikkelingen⁵, maar het is erg moeilijk de niet-demografisch bepaalde verschuivingen in het morbiditeitspatroon cijfermatig te vertalen in veranderingen van de werkbelasting van de huisarts; dit aspect is dan ook buiten beschouwing gelaten. Een derde factor die van invloed is op het (patiëntgebonden) toekomstig tijdsbeslag van huisartsen is de *sociaal-culturele ontwikkeling*. In dit verband kunnen worden genoemd de absolute en relatieve toename van de etnische minderheden in ons land, de toenemende hoeveelheid vrije tijd waar de mensen over beschikken, de verschuiving van bedrijfsongevallen naar ongevallen in en om het huis, de toenemende mondigheid van de patiënt en een toenemend gebruik van drugs en alcohol. Ook voor de sociaal-culturele ontwikkelingen geldt, dat er nauwelijks cijfers voorhanden zijn om voorspellingen te kunnen doen over de invloed van deze ontwikkelingen op de toename van de werkbelasting van de huisarts. Deze factor is eveneens niet in de verdere analyses betrokken.

Tot slot is aandacht besteed aan de *institutionele en technische ontwikkelingen*. In dit verband is in eerste instantie gewezen op de gevolgen van de herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, met name op de wijzigingen in de honoreringstructuur van huisartsen. Er zal een 'uniform gemengd' systeem gaan ontstaan, dat wil zeggen deels een abonnementssysteem, deels een verrichtingen-systeem, van toepassing op alle verzekerden. Volgens Buijs zou deze herstructure-

Tabel 1. Schatting van de toename van het aantal contacten als gevolg van bevolkingsgroei en verandering van bevolkingssamenstelling ten opzichte van 1985-1986 in procenten.

1990			1995			2000		
bevolkings-groei	bevolkings-samenstelling	totaal	bevolkings-groei	bevolkings-samenstelling	totaal	bevolkings-groei	bevolkings-samenstelling	totaal
2,6%	1,1%	3,7%	5,5%	1,9%	7,4%	8,2%	2,4%	10,6%

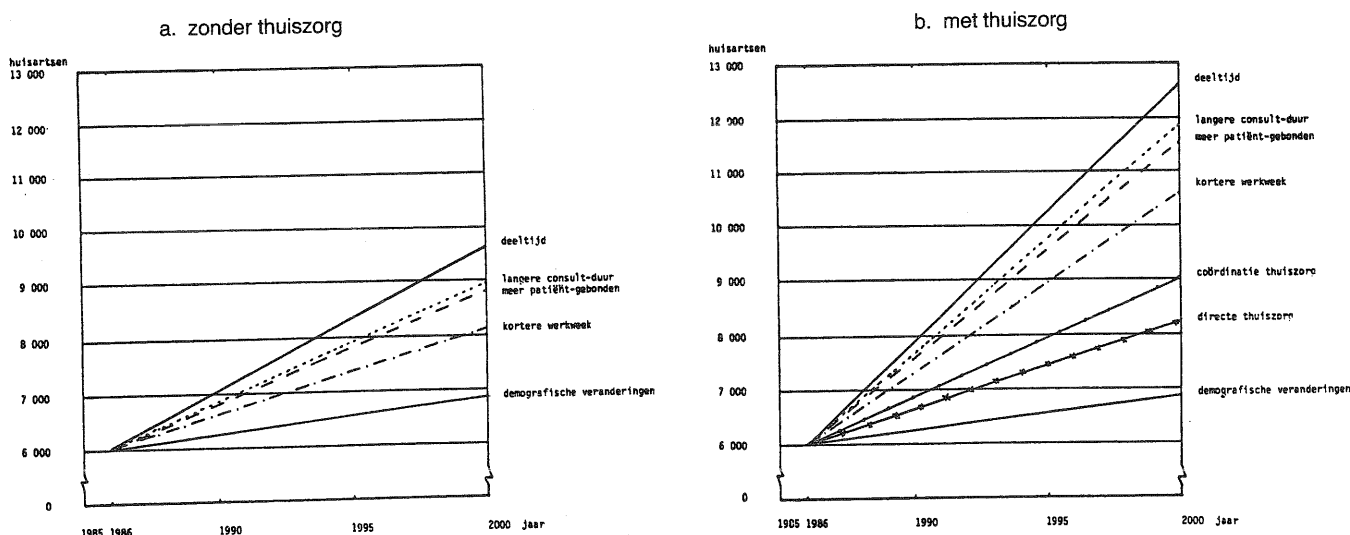
ring op korte termijn een belangrijke impuls geven aan de gewenste substitutie⁶. Een belangrijke vorm van substitutie is die van de intramurale zorg naar thuiszorg. Een toename van het aantal patiënten in de thuiszorg zou gevolgen kunnen hebben voor de werklust van huisartsen. Om hierin enig inzicht te krijgen is in 1988 onderzoek gedaan naar de taakverzwaring van huisartsen bij een reductie van het aantal intramurale verpleegdagen⁷. Uit deze studie zijn de volgende veronderstellingen overgenomen:

1. reductie intramurale verpleegdagen met 20%;
2. een afname met één verpleegdag leidt tot één extra huisvisite;
3. één extra huisartsvisite (inclusief reizen, administratie, overleg en dergelijke) duurt gemiddeld 45 minuten.

Op basis van deze veronderstellingen zal de huisartsenzorg in een minimum-variant met 22,2% en in een maximum-variant met 29,2% toenemen. Voor de verdere analyse is in dit artikel net als in voornoemde studie een percentage aangehouden dat tussen beide varianten in ligt (25,7%). Een groei van de thuiszorg zal vooral met zich meebrengen dat er

meer overleg zal moeten plaatsvinden met de tweede lijn. Als de coördinerende taak bij de huisarts wordt neergelegd, zou dat volgens Elberse c.s. te realiseren zijn indien per waarneemgroep van acht huisartsen één huisarts wordt aangesteld om die taak op zich te nemen. Indien deze structuur zou worden overgenomen, dan zou in de eerste plaats de zojuist geschetste groei van 25,7% resulteren in een toename van 1,8 formatieplaats huisartsenzorg per waarneemgroep; dit zou een toename van 22,5% huisartsenplaatsen betekenen. In de tweede plaats zouden voor de coördinerende rol nog eens 12,5% huisartsen meer nodig zijn. Vanzelfsprekend zijn er naast de thuiszorg nog andere institutionele en technische ontwikkelingen te noemen die de toekomstige vraag naar huisartsen zouden kunnen beïnvloeden. Gedacht kan worden aan de opheffing van de contracteerplicht, het standaardenbeleid, de toename van de secundaire preventie (vroegtijdig opsporen van ziekte) als gevolg van technische ontwikkelingen. Er zijn op dit moment geen onderzoeksgegevens voorhanden die inzicht kunnen geven in de mogelijke gevolgen van deze ontwikke-

Figuur. Het aantal benodigde huisartsen in het jaar 2000.



lingen voor de toekomstige vraag naar huisartsen, zodat in de verdere analyse alleen de gevolgen van de thuiszorg zijn 'meegenomen'.

Concluderend kan worden gesteld, dat ten aanzien van de verwachte ontwikkelingen in de vraag naar huisartsenzorg door gebrek aan onderzoeksgegevens alleen de demografische ontwikkelingen enig houvast bieden. Geschat wordt dat op basis hiervan de vraag naar huisartsenplaatsen in het jaar 2000 circa 11,6% hoger zal zijn dan in het jaar 1986. Naast de demografische ontwikkeling zijn ook de gevolgen van de toenemende thuiszorg in cijfers uitgedrukt, hoewel hier kanttekeningen te plaatsen zijn. Geschat wordt, dat door een reductie van het aantal intramurale verpleegdagen circa 22,5% huisartsenplaatsen meer nodig zijn. Indien de huisarts ook de coördinerende rol binnen de thuiszorg krijgt toegewezen, komen daar nog 12,5% huisartsenplaatsen extra bij.

Verwerkingscapaciteit

De verwerkingscapaciteit van een huisarts is afhankelijk van de tijd die de huisarts per jaar werkt, de verdeling van patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten en de gemiddelde tijd die een consult of visite vraagt.

Als de werktijd van een huisarts onder de loep wordt genomen dan moet worden geconstateerd dat er vrijwel geen gegevens bekend zijn over de feitelijke verdeling van de werktijd van huisartsen. Alleen een onderzoek van Paardekoper en Hoffman uit 1979-1980 geeft hierover enige informatie¹. Als dit onderzoek als uitgangspunt wordt genomen, heeft de huisarts een gemiddelde werkweek van circa 45 uur (exclusief de beschikbaarheidsdiensten).

In het huidige maatschappelijke bestel is in het algemeen sprake van een 40-urige werkweek. Voor een groot deel van onze beroepsbevolking geldt zelfs een 38-urige werkweek. Als voor huisartsen wordt uitgegaan van een 45-urige werkweek in 1986, dan zou voor een 38-urige werkweek in het jaar 2000 de verwerkingscapaciteit met 15,5% dalen; dit zou betekenen dat er 18,5% meer huisartsenplaatsen nodig zijn.

In het onderzoek van Paardekoper en Hoffman bleek, dat 20% van de werkweek werd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten. Blijkens meer recente onderzoeksgegevens wordt reeds 45% van de dagelijkse activiteiten van een huisarts besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten^{8,9}. Er zijn echter allerlei

ontwikkelingen gaande die ervoor zouden kunnen zorgen dat het aandeel van de niet-patiëntgebonden tijd de komende decennia verder zal toenemen; in dit verband kan worden gewezen op de toenemende tijd die moet worden vrijgemaakt voor toetsing, nascholing, wetenschappelijk onderzoek en praktijkmanagement. Verder zullen waarschijnlijk ook de beschikbaarheidsdiensten op een of andere wijze moeten worden verdisconteerd. Geschat wordt dat de tijd die nodig is voor niet-patiëntgebonden activiteiten zal stijgen van 45% tot 55% van de totale tijd van de huisarts. Daarvoor zijn circa 10% meer arbeidsplaatsen nodig.

Meer aandacht voor de patiënt zou moeten betekenen dat ook de consultduur per patiënt zou moeten stijgen. De vraag is hoeveel tijd voor een consult en een visite wenselijk is. In de huidige situatie is sprake van een gemiddelde contactfrequentie van 3,5 en een consult-visiteratio van 1:5¹. Als wordt aangesloten bij de gedachte van het 'Eindadvies', dan zouden de consulten gemiddeld tot circa 10 minuten moeten uitlopen en de visites tot 15 minuten. Hierdoor zou de verwerkingscapaciteit met 2,4% dalen. Om die daling op te vangen zou het aantal huisartsenplaatsen met 2,9% moeten stijgen.

Deeltijdwerk

In de tot nu toe gepresenteerde gegevens is steeds gesproken over een toename van het aantal huisartsenplaatsen. Er moet echter rekening mee worden gehouden dat in de toekomst niet iedereen full-time zal gaan werken. Dit zal betekenen dat voor een toename van het aantal huisartsenplaatsen een grotere toename van het aantal huisartsen nodig is. Een en ander hangt af van de te verwachten aantallen in deeltijd werkende huisartsen. In het eindadvies van de ABA wordt gesteld dat in het jaar 2000 bijna 20% van de huisartsen minder dan 20 uur per week zal werken. De vraag is of dit te realiseren is. Uit een aantal onderzoeken blijkt, dat op dit moment circa 25% van alle zelfstandig gevestigde huisartsen minder dan 75% van een volledige werkweek werkt¹⁰. Op basis hiervan wordt verondersteld, dat in het jaar 2000 circa 50% van alle huisartsen 75% (of minder) per week zal werken. Om dit op te vangen zal in het jaar 2000 het aantal huisartsenplaatsen met 7,1% moeten stijgen.

Geschatte behoefte aan huisartsenplaatsen

De voorgaande analyses hebben geleid tot de volgende belangrijkste veronderstellingen met betrekking tot de vraag

naar huisartsenzorg in het jaar 2000:

- 11,6% meer huisartsenplaatsen als gevolg van demografische ontwikkelingen;
- 22,5% meer huisartsenplaatsen als gevolg van directe thuiszorg;
- 12,5% meer huisartsenplaatsen voor coördinatie thuiszorg;
- 30,9% meer huisartsenplaatsen als gevolg van veranderingen in de verwerkingscapaciteit; en
- 7,1% meer huisartsenplaatsen als gevolg van deeltijdwerk.

Voor het berekenen van de geschatte behoefte aan huisartsenplaatsen is het jaar 1986 als basisjaar aangehouden. In dat jaar waren er in Nederland 6.140 zelfstandig gevestigde huisartsen. Voor de berekening van de behoefte aan huisartsenplaatsen voor het jaar 2000 zijn de verwachte groeipercentages in de vraag in relatie gebracht met de toestand in het basisjaar 1986, respectievelijk zonder en met thuiszorg (figuur). Uit figuur 1a kan worden afgeleid dat voor het opvangen van de demografische ontwikkelingen tot het jaar 2000 in vergelijking tot 1986 circa 700 extra huisartsen nodig zijn. Indien daarnaast ook alle veronderstellingen omtrent de verwerkingscapaciteit worden gerealiseerd, komen daar nog eens 2.100 huisartsen bij. Het werken in deeltijd ten slotte doet het aantal huisartsen nog eens met 630 stijgen. Uit figuur 1b blijkt, dat voor het opvangen van directe thuiszorg en de coördinatie daarvan tot het jaar 2000 circa 2.100 extra huisartsen nodig zijn. Als daar bovenop ook de veranderingen in de verwerkingscapaciteit en de deeltijd worden verdisconteerd, zullen er in het jaar 2000 iets meer dan 12.000 huisartsen werkzaam moeten zijn.

AANBOD VAN HUISARTSEN

Om antwoord te kunnen geven op de vraag hoeveel huisartsen jaarlijks moeten worden opgeleid om bovengenoemde vraagscenario's te realiseren is eerst gekeken naar de toekomstige ontwikkeling in het aanbod.

Voor een raming van het aanbod van huisartsen in het jaar 2000 is nagegaan hoe groot de groep 'beschikbare' huisartsen is, dat wil zeggen hoeveel huisartsen op dit moment beschikbaar zijn om als huisarts te werken. Hieronder vallen alle in Nederland praktiserende huisartsen (zelfstandig gevestigde huisartsen en assistent-huisartsen) plus een 'arbeidsreserve' van artsen die de opleiding tot huisarts hebben gevolgd en zijn geregistreerd als huisarts, maar die (nog) niet als huisarts zijn gevestigd. Hieraan moet nog worden

toegevoegd die groep huisartsen die in opleiding is. Om te kunnen bepalen welk deel van de drie hierboven onderscheiden groepen in het jaar 2000 nog tot de beschikbare huisartsen behoort, dient rekening te worden gehouden met processen van instroom en uitstroom.

Als allereerst gekeken wordt naar de *zelfstandig gevestigde huisartsen*, dan zal in deze groep de uitstroom op twee manieren plaatsvinden: 1. door middel van natuurlijk verloop, te weten pensioneren of overlijden; 2. door middel van niet-natuurlijk verloop als gevolg van verandering van beroep. Op grond van de leeftijdsopbouw per 1 januari 1988 wordt verwacht dat, rekening houdend met uittreding bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd en overlijden vóór het bereiken van deze leeftijd, circa 1.340 huisartsen tussen het jaar 1988 en het jaar 2000 met de beroepsuitoefening zullen stoppen. Voor wat betreft het niet-natuurlijk verloop is voornamelijk gekeken naar ontwikkelingen van de afgelopen jaren. Op grond hiervan wordt verondersteld dat tussen 1988 en 2000 jaarlijks circa 40 huisartsen om deze reden de praktijk zullen verlaten. Naast de zelfstandig gevestigde huisartsen wordt verwacht dat tussen 1988 en 2000 nog eens 15 assistent-huisartsen om redenen van natuurlijke of niet-natuurlijke aard met werken zullen stoppen.

De tweede categorie die tot het beschikbare aantal huisartsen wordt gerekend, is de *arbeidsreserve*: huisartsen die zijn afgestudeerd en nog geen zelfstandige vestiging hebben, maar wel op zoek zijn naar een praktijk. Op 1 januari 1988 omvatte deze groep 632 personen¹⁰. Dit aantal is het hoogste sinds jaren en weerspiegelt grotendeels de geringe vestigingsmogelijkheden na het van kracht worden van het vestigingsbeleid in 1986. De uitstroom uit deze groep vindt op drie manieren plaats: het aanvangen van een ander beroep, het vervallen van de registratie als huisarts of het zich vestigen als huisarts. De derde manier is uiteraard niet van invloed op het totaal aantal 'beschikbare' huisartsen in de toekomst. Aangezien de twee eerstgenoemde manieren grotendeels afhankelijk zijn van de vraag naar huisartsen, worden ze in de berekening van het aanbod niet meegeënen. Het vermelden van deze 'extra uitval' is echter wel op zijn plaats, aangezien er in de huidige situatie sprake is van een niet geheel op elkaar aansluitende vraag en aanbod van huisartsen (langdurige frictiewerkloosheid), waardoor een zekere uitval zal plaatsvinden.

Tabel 2. Het aantal beschikbare huisartsen uit een niet meer te beïnvloeden bestand per 1 januari 1988*.

status per 1-1-1988	1988	1990	1995	2000	2010
zelfstandig gevestigd**	6.275	6.010	5.420	4.935	3.490
assistent**	350	345	340	335	315
praktijkzoekend (arbeidsreserve)	630	630	630	630	630
in opleiding	(430)	390	390	390	390
totaal		7.375	6.780	6.290	4.825
af: niet-natuurlijk verloop*		80	280	480	880
totaal aantal beschikbare huisartsen		7.295	6.500	5.810	3.945

* Er wordt uitgegaan van een pensioengerechtigde leeftijd van 65 jaar.

** Cijfers inclusief natuurlijk verloop.

Bron: Van Dam en Hingstman, 1988.

Tabel 3. Ramingen van vraag en aanbod van huisartsen in het jaar 2000 (op basis van een zestal rekenmodellen) en het daaruit voortvloeiende totaal en jaarlijks aantal op te leiden huisartsen vanaf 1 januari 1989 tot en met het jaar 1998.

rekenmodel	aantal huisartsen in 2000		aantal op te leiden huisartsen tot 1998	
	vraag	aanbod	totaal	per jaar
1) demografisch	6.852	5.810	1.042	110
2) demografisch + verwerkingscapaciteit	8.963	5.810	3.153	332
3) demografisch + verwerkingscapaciteit + deeltijd	9.601	5.810	3.791	399
4) demografisch + thuiszorg	8.995	5.810	3.185	335
5) demografisch + thuiszorg + verwerkingscapaciteit	11.773	5.810	5.963	628
6) demografisch + thuiszorg + verwerkingscapaciteit + deeltijd	12.612	5.810	6.802	717

De laatste groep die tot de beschikbare huisartsen moet worden gerekend, is de groep die bezig is met de *huisartsopleiding*. Op 1 januari 1988 volgden 430 studenten (basisartsen) deze opleiding. Van deze groep zullen, rekening houdend met een studie-uitvalpercentage van 5%, zo'n 410 de huisartsopleiding voltooien. Daarnaast wordt op basis van gegevens uit de afgelopen jaren geschat dat 95% van alle afgestudeerden zich ook daadwerkelijk wil gaan vestigen. In dit geval gaat het om zo'n 390 in opleiding zijnde huisartsen. In tabel 2 is op basis van de hierboven beschreven veronderstellingen een berekening gemaakt van het aantal 'beschikbare' huisartsen in de komende decennia. Hieruit blijkt dat van de 7.685 beschikbare huisartsen in 1988 er in het jaar 2000 nog 5.810 als huisarts werkzaam zullen zijn. Met betrekking tot bovengenoemde cijfers moeten nog de volgende twee kanttekeningen worden geplaatst: In de eerste plaats staat het gehanteerde deelnemingspercentage van 95% in schril contrast met de vestigingscijfers van de afgelopen jaren¹⁰. Dit heeft geleid tot het huidige grote aantal praktijkzoekende huisartsen. Het is dus maar de vraag of men ze wel tot de beschikbare huisartsen moet rekenen; een deel zal ander werk gaan zoeken.

De tweede kanttekening betreft de uitstroom van gevestigde huisartsen als gevolg van het natuurlijk verloop. Bij de berekening is uitgegaan van een pensioengerechtigde leeftijd van 65 jaar. Gezien de ontwikkelingen bij andere beroepsgroepen is het niet ondenkbaar dat wellicht ook voor huisartsen een VUT-regeling tot stand komt; een dergelijke regeling zal ongetwijfeld gevolgen hebben voor het aanbod van huisartsen.

OP TE LEIDEN HUISARTSEN

Om inzicht te krijgen in het aantal huisartsen dat de komende jaren moet worden opgeleid, zijn voor het jaar 2000 vraag en aanbod van huisartsen vergeleken (tabel 3). Uitgangspunt voor de ramingen naar de toekomstige vraag naar huisartsenzorg vormen de verschillende veronderstellingen zoals die eerder zijn verwoord. Dit betekent dat er een zestal rekenmodellen wordt gehanteerd. In het eerste rekenmodel wordt alleen rekening gehouden met de demografische ontwikkeling. In de modellen 2 en 3 worden respectievelijk de veranderingen in verwerkingscapaciteit en deeltijd eraan toegevoegd. In de rekenmodellen 4 tot en met 6 is de thuiszorg verdisconteerd. Uit tabel 3 kan worden afgeleid, dat de

demografische ontwikkelingen het noodzakelijk maken dat er jaarlijks iets meer dan 100 huisartsen moeten worden opgeleid, willen we in het jaar 2000 niet worden geconfronteerd met een tekort aan huisartsen (rekenmodel 1). Een ontwikkeling waarover wat minder zekerheid bestaat betreft de verandering in verwerkingscapaciteit en het werken in deeltijd. Het model rekent ons voor dat, als in het jaar 2000 de 38-urige werkweek wordt ingevoerd, de niet-patiëntgebonden activiteiten met 10% worden uitgebreid en de gemiddelde consultduur 10 minuten zal gaan bedragen, er jaarlijks 332 huisartsen moeten worden opgeleid om in het jaar 2000 een goede afstemming van vraag en aanbod te verkrijgen. Als daarnaast ook nog eens 50% van alle huisartsen 75% (of minder) per week zal gaan werken, zouden er per jaar gemiddeld 400 huisartsen moeten worden opgeleid. Een factor die met veel meer onzekerheden is omgeven, is de thuiszorg. Als wij uitgaan van de veronderstelling dat voor de directe thuiszorg 22,5% meer huisartsen nodig zijn en dat de huisartsen de coördinatie van de thuiszorg voor hun rekening nemen, dan zou dat in het maximale geval (rekenmodel 6) betekenen dat er jaarlijks meer dan 700 huisartsen moeten worden opgeleid. De uitkomsten maken duidelijk dat het belangrijke consequenties heeft voor de prognoses of de thuiszorg al dan niet in het model wordt opgenomen.

SLOTBESCHOUWING

Het doen van voorspellingen over toekomstige ontwikkelingen is geen sinecure. Elk onderdeel van zo'n voorspelling bergt een bepaalde onzekerheid in zich. Vooral nieuwe en onvoorziene ontwikkelingen maken het noodzakelijk prognoses te herzien. Dit geldt ook voor ramingen van de behoefte aan huisartsen. De recente ontwikkelingen in de gezondheidszorg vormden een van de belangrijkste redenen waarom de Permanente Subcommissie Huisartsen Beroepskrachtenplanning van de LHV de prognose omtrent de behoefte aan huisartsen heeft aangepast.

De herziening van cijfers met betrekking tot de toekomstige behoefte aan huisartsen is vooral ingegeven door de plannen die er zijn met betrekking tot de thuiszorg. Om deze nieuwe ontwikkeling in de prognoses te kunnen verwerken heeft de subcommissie zich vooral gebaseerd op het rapport 'Huisarts, thuisarts'. We moeten constateren dat, als de veronderstellingen uit dit rapport worden overge-

nomen, binnen het thuiszorgmodel – als in dat rapport voorgesteld – per waarneemgroep het aantal formatieplaatsen zou moeten toenemen met 1,8, dat wil zeggen een groei van 22,5% huisartsen. Als vervolgens ook nog de coördinerende taak van de thuiszorg bij de huisarts wordt neergelegd, zal er per waarneemgroep nog eens één vrijgestelde huisarts aan moeten worden toegevoegd. Om dit laatste op te vangen zou het aantal huisartsenplaatsen tot het jaar 2000 met 12,5% moeten groeien.

Maar de thuiszorg is niet de enige ontwikkeling die gevolgen zou kunnen hebben voor de vraag naar huisartsen. Een factor waarover met veel meer zekerheid voorspellingen kunnen worden gedaan, zijn de demografische ontwikkelingen. Verondersteld wordt dat er tot het jaar 2000 circa 11,6% meer huisartsenplaatsen nodig zullen zijn om die demografische ontwikkelingen op te vangen.

Een ontwikkeling die ook veel gevolgen zou kunnen hebben voor de vraag naar huisartsen betreft de veranderingen in de verwerkingscapaciteit. Te denken valt aan een 38-urige werkweek, een toename van de niet-patiëntgebonden activiteiten en een toename van de consultduur. Deze drie factoren doen de vraag naar huisartsen in het jaar 2000 met circa 31% stijgen. Het is natuurlijk nog maar de vraag of dit soort ontwikkelingen doorgang zal vinden. Aan de andere kant zijn er ook ontwikkelingen die niet in deze analyses zijn betrokken, maar die de verwerkingscapaciteit ongetwijfeld zullen beïnvloeden; denk bijvoorbeeld aan de invoering van de VUT voor huisartsen.

Overigens zijn in dit artikel meer relevante ontwikkelingen opgesomd die de toekomstige vraag naar huisartsen zouden kunnen beïnvloeden. Helaas zijn er vaak geen onderzoeksgegevens op basis waarvan prognoses kunnen worden opgesteld. Men moet zich er dan ook terdege van bewust zijn dat de hier te boek gestelde prognoses geenszins volledig zijn.

Tot slot moet nog worden geconstateerd dat er, als alle veronderstelde ontwikkelingen ook daadwerkelijk plaatsvinden, vanaf 1989 jaarlijks iets meer dan 700 huisartsen per jaar zouden moeten worden opgeleid. Indien echter de thuiszorg buiten beschouwing wordt gelaten, zouden dat er jaarlijks rond de 400 zijn. Gezien het huidige aantal opleidingsplaatsen van 260 zal er in de toekomst wellicht een tekort aan huisartsen ontstaan; dit pleit ervoor de opleidingscapaciteit voor huisartsen geleidelijk uit te breiden. □

Literatuur

1. Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Eindadvies Adviescommissie Behoeftbeoordeling Artsen. Leidschendam, 1985.
 2. Permanente Subcommissie Huisartsen Beroepskrachtenplanning. Behoeftbeoordeling huisartsen. Utrecht: LHV, 1989.
 3. Centraal Bureau voor de Statistiek. Uitkomsten bevolkingsprognose 1987. Maandstatistiek Bevolking 1988, 1.
 4. Verhaak PFM. Dokters in beeld. Utrecht: Nivel, 1987.
 5. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2000). Tweede Kamer vergaderjaar 1985-1986, 19 500, nr 1-2.
 6. Buijs S. Wordt de huisarts ook thuisarts? Medisch Contact 1989; 44: 118-21.
 7. Elberse WP, Langerak HH, Schrijvers AJP. Huisarts, thuisarts. Utrecht: Rijksuniversiteit Utrecht, 1988.
 8. Zutphen WM van. De taken van de huisarts: resultaten van een taakanalyse in 91 huisartspraktijken. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1984.
 9. Boots JMJ. Het werk van de huisarts. Dissertatie Maastricht. 1983.
 10. Dam F van. Registratie aspirant-huisartsen, peiling 1988. Utrecht: Nivel, 1988.
- Dam F van, Hingstman L. Cijfers uit de registratie van beroepen in de eerstelijnsgezondheidszorg. Utrecht: Nivel, 1988.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Notitie Taakstellingen Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg. Rijswijk, 1988.
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Advies Notitie Taakstellingen Beroepskrachtenplanning 1988. Zoetermeer, 1988.