



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL in 2003. De gegevens mogen met bronvermelding (Vraag en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden, L.F.J. van der Velden, R.J. Kenens, L. Hingstman) worden gebruikt.

Het rapport is te bestellen via receptie@nivel.nl.

Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden van Nederland

L.F.J. van der Velden

R.J. Kenens

L. Hingstman



ISBN 90-6905-594-5

<http://www.nivel.nl>
nivel@nivel.nl
Telefoon 030 2 729 700
Fax 030 2 729 729

©2002 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden veeelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaan de schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

In 2002/2003 is rond het thema "Zorg in de grote steden" door het RIVM een uitgebreid onderzoek uitgevoerd. Ter ondersteuning van dit project zijn verschillende onderzoeksinstituten gevraagd om delen van dit onderzoek uit te voeren. Het NIVEL is gevraagd om voor de beroepsgroep huisartsen de aansluiting tussen vraag en aanbod in de grote steden in beeld te brengen en dit met andere steden en gemeenten te vergelijken.

In onderhavig rapport wordt enerzijds inzicht gegeven in de aansluiting tussen vraag en aanbod in de periode 1990 - 2001. Anderzijds wordt ingegaan op ontwikkelingen in vraag en aanbod tot 2010.

Utrecht, februari 2003

Inhoud

1	Inleiding	7
2	Methode en gegevensverzameling	9
2.1	Begrippen	9
2.2	Vraag naar huisartsenzorg	11
2.3	Aanbod van huisartsenzorg	12
2.4	Aansluiting vraag en aanbod	13
3	Vraag en aanbod in grote steden in 1990 - 2001	15
3.1	Vraag naar huisartsenzorg	15
3.1.1	Relevante achtergrondkenmerken	15
3.1.2	Feitelijk gebruik	18
3.1.3	Geschat gebruik	20
3.2	Aanbod van huisartsenzorg	22
3.3	Aansluiting vraag en aanbod	26
3.4	Conclusie	28
4	Vraag en aanbod in achterstandswijken in 2001	29
4.1	Vraag naar huisartsenzorg	29
4.1.1	Relevante achtergrondkenmerken	29
4.1.2	Geschat gebruik	32
4.2	Aanbod van huisartsenzorg	33
4.3	Aansluiting vraag en aanbod	35
4.4	Conclusie	36
5	Vraag en aanbod in de grote steden tot 2010	39
5.1	Vraag naar huisartsenzorg	39
5.1.1	Relevante achtergrondkenmerken	39
5.1.2	Geschat gebruik	41
5.2	Aanbod van huisartsenzorg	42
5.2.1	Benodigde groei	42
5.2.2	Verwachte uitstroom	44
5.2.3	Benodigde instroom	45
5.2.4	Verwachte instroom	46
5.3.	Conclusie	48
6	Samenvatting en conclusies	49
	Literatuur	55
	Bijlage 1: Grote steden en achterstandswijken	57
	Bijlage 2: Feitelijk gebruik	59

1 Inleiding

De grote steden van ons land worden geconfronteerd met meer complexe gezondheidsproblemen dan elders in Nederland. Deze problemen die overigens vaak samenhangen met onder andere sociaal-culturele achtergronden (1,2) vereisen wellicht andere deskundigheden van zorgverleners en een andere zorginfrastructuur dan in andere delen van ons land. Daarnaast lijkt de toegankelijkheid van zorg in de grote steden in gevaar te komen, enerzijds als gevolg van een toenemende zorgvraag en anderzijds door toenemende tekorten aan menskracht in de gezondheidszorg (3,4). De vraag is of de aansluitingsproblematiek in de grote steden groter is dan in de rest van Nederland en of de verschillen tussen 1990 en 2001 zijn toe- of afgenomen.

Ook binnen de grote steden zelf zijn er verschillen in aansluiting tussen vraag en aanbod. In dit verband kan gewezen worden op de problematiek in achterstandswijken (3,4,5). Zo blijkt dat de beschikbaarheid en kwaliteit van huisartsenzorg in gevaar komt omdat het voor huisartsen niet aantrekkelijk is om in deze wijken hun praktijk uit te oefenen (6). Onderzocht is daarom of de aansluiting tussen vraag en aanbod in de achterstandswijken in 2001 met andere wijken in de grote steden verschilt.

Het is echter niet alleen van belang om inzicht te krijgen in de huidige aansluitingsproblematiek en de ontwikkelingen daarin, maar met name ook hoe dit zich in de toekomst zal gaan ontwikkelen. In hoeverre zal er sprake blijven van een toenemende zorgvraag in de grote steden en wijkt dat af van de rest van Nederland? Hoeveel huisartsen die momenteel werkzaam zijn in de grote steden zullen vanwege hun leeftijd, burn-out of andere redenen in de komende jaren het beroep verlaten en in hoeverre zijn er mogelijkheden om dit weer op te vullen.

In het kader van de doelstelling van het project staan de volgende vraagstellingen centraal:

1. *In hoeverre verschillen grote steden van de rest van Nederland in de mate waarin het aanbod van huisartsen aansluit op de vraag naar huisartsenzorg en in hoeverre zijn deze verschillen in de periode 1990 - 2001 groter of kleiner geworden?*
2. *In hoeverre verschillen in 2001 de achterstandsgebieden in de grote steden van andere wijken in die steden voor wat betreft de aansluiting tussen vraag en aanbod?*
3. *In hoeverre zullen in 2010 de verschillen tussen de grote steden en de rest van Nederland met betrekking tot de aansluiting tussen vraag en aanbod in de huisartsenzorg groter of kleiner worden?*
4. *Hoeveel huisartsen zullen zich tot 2010 in de grote steden moeten vestigen om vraag en aanbod in 2010 goed op elkaar te laten aansluiten en in hoeverre kan dit worden gerealiseerd?*

In hoofdstuk 2 worden de onderzoeksmethode en de wijze waarop de gegevens zijn verzameld behandeld. Hoofdstuk 3 gaat vervolgens in op de vraag- en aanbodontwikkelingen die tussen 1990 en 2001 in de grote steden en de rest van Nederland hebben plaatsgevonden. Om inzicht te krijgen in de situatie in de achterstandswijken wordt in hoofdstuk 4 voor het jaar 2001 in beeld gebracht hoe vraag en aanbod zich in deze wijken verhouden. Tot slot wordt in hoofdstuk 5 naar de toekomst gekeken. Daarbij wordt voor zowel de grote steden als de rest van Nederland onderzocht hoe vraag en aanbod zich zullen ontwikkelen tot het jaar 2010, en of tussen vraag en aanbod aansluitingsproblemen te verwachten zijn. In hoofdstuk 6 worden de belangrijkste conclusie uit dit rapport samengevat.

2 Methode en gegevensverzameling

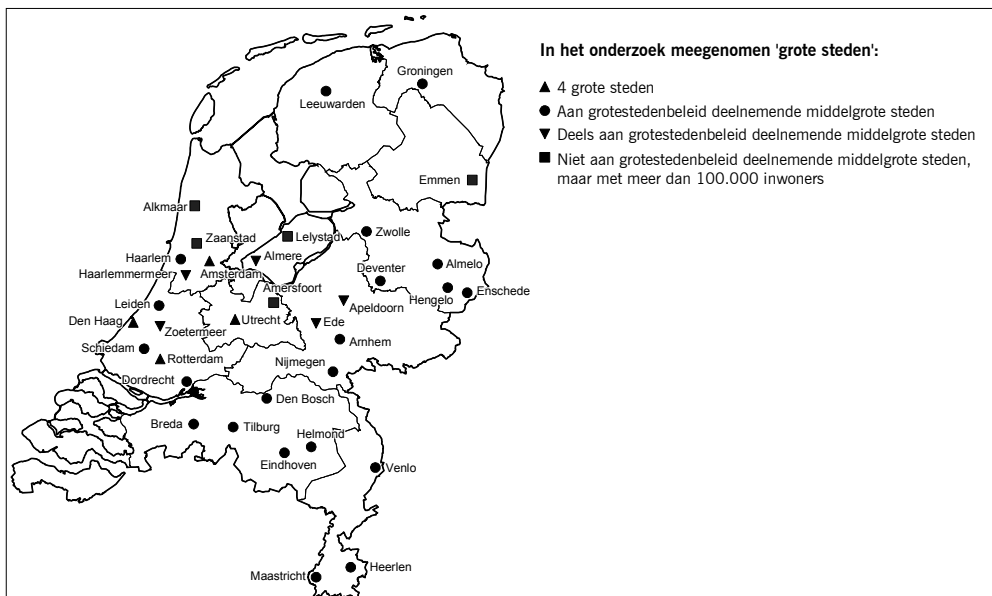
In hoofdstuk 2 zal eerst een toelichting gegeven worden bij een aantal essentiële begrippen voordat ingegaan wordt op de wijze waarop het onderzoek is uitgevoerd.

2.1 Begrippen

Grote steden

In het kader van de vraagstelling van het onderzoek moet een onderscheid gemaakt worden tussen grote steden en de rest van Nederland. Daarbij is aansluiting gezocht bij de criteria die door het RIVM worden gebruikt voor het onderzoek "Gezondheid in de grote steden". Het RIVM verstaat onder grote steden die steden die aan het grotestedenbeleid deelnemen. Dit zijn de 4 grote steden (G4) en 21 middelgrote steden (G21). Daarnaast zijn in het RIVM-onderzoek ook een aantal sinds 1999 deels in het grotestedenbeleid deelnemende steden (G-nieuw) en enkele niet participerende steden met meer dan 100.000 inwoners meegenomen. Het totaal aantal steden met het predikaat 'grote stad' komt daarmee op 35 (zie figuur 2.1). Om de problematiek in de 4 grote steden apart in kaart te kunnen brengen is er binnen de grote steden een tweedeling gemaakt, namelijk: '4 grote steden' en 'overige grote steden'. De gemeenten die niet tot een van deze twee behoren, worden aangeduid met de term 'rest van Nederland'.

Figuur 2.1: Grote steden in Nederland



Bron: Gezondheid in de grote steden, RIVM. Cartografie: NIVEL.

Achterstandsgebieden

Voor de definiëring van achterstandsgebieden is gebruik gemaakt van een methode die in 1995 is gehanteerd voor de identificatie van achterstandsgebieden in het kader van de gedifferentieerde honoreringssystematiek voor huisartsen (4). De systematiek behelst een achterstandsindex op basis van het gemiddelde inkomen, het percentage uitkeringsgerechtigden, het percentage allochtonen en de omgevingsadressendichtheid in vier cijferige postcodegebieden. In totaal zijn 95 postcodegebieden geïdentificeerd als achterstandsgebieden (zie bijlage 1). In het vervolg worden zij aangeduid met de term achterstandswijken. Van de 95 achterstandswijken zijn er 66 gelegen in de 4 grote steden en 27 in de overige grote steden. 2 achterstandswijken kunnen niet worden thuisgebracht, wellicht omdat deze postcodegebieden in de tijd als gevolg van gemeentelijke herindelingen zijn opgeheven.

Feitelijk en geschat gebruik

Om de vraag naar huisartsenzorg in kaart te brengen zijn twee begrippen gehanteerd, te weten: het daadwerkelijk ofwel 'feitelijk' en het 'geschat' gebruik. Voor de operationalisatie van beide begrippen is gekeken welke factoren samenhangen met het gebruik van huisartsenzorg, ofwel de contactfrequentie. Het is algemeen bekend dat de contactfrequentie vooral samenhangt met leeftijd en geslacht van de patiënt. Ouderen en met name vrouwen gaan vaker naar de huisarts dan jongeren. Maar er zijn naast deze demografische kenmerken nog andere sociaal-culturele en sociaal-economische factoren van invloed op de contactfrequentie. Zo blijkt bijvoorbeeld dat ziekenfondsverzekerden vaker de huisarts bezoeken dan particulier verzekerden (12), hetzelfde geldt voor allochtonen (3). Dit betekent dat voor het berekenen van de contactfrequentie naast leeftijd en geslacht ook rekening gehouden moet worden met verzekeringsvorm en etniciteit. Zodoende wordt in dit onderzoek onder feitelijk gebruik de gemiddelde contactfrequentie per persoon met de huisarts naar leeftijd, geslacht, etniciteit en verzekeringsvorm verstaan.¹

Aangezien er op gemeenteniveau geen gegevens beschikbaar zijn omtrent het feitelijk gebruik, wordt het begrip geschat gebruik geïntroduceerd. Onder geschat gebruik wordt verstaan hoe vaak van de diensten van de huisarts gebruik zou kunnen worden gemaakt, gegeven de landelijke gegevens met betrekking tot het feitelijk gebruik én de bevolkingssamenstelling van die gemeente naar leeftijd, geslacht, etniciteit en verzekeringsvorm.

Aanbod huisartsenzorg

Onder het begrip aanbod wordt het totaal aantal werkzame huisartsen dat huisartsenzorg verleent verstaan. Tot deze groep behoren enerzijds de zelfstandig gevestigden (huisartsen met een eigenpraktijk) en anderzijds de HIDHA's (huisartsen in dienst van een andere huisarts). Om een reëel beeld te kunnen geven omtrent de omvang van het aanbod is ook rekening gehouden met het feit dat een deel van de huisartsen in deeltijd werkt (8). Dit betekent dat niet alleen gekeken is naar het aantal werkzame huisartsen maar ook naar het totaal aantal fulltime equivalenten (FTE) aan huisartsenzorg.

¹ Voor alle jaren geldt dezelfde gemiddelde contactfrequentie met de huisarts. De gemiddelde contactfrequentie wordt dus voor de periode 1990 - 2001 en 2001-2010 als constant verondersteld.

Gemeentelijke herindelingen

In het onderhavige rapport wordt ingegaan op de vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de grote steden en de rest van Nederland in de periode 1990 - 2001. De gemeentelijke indeling van Nederland in 2001 geldt hierbij als uitgangspunt. Dat wil zeggen dat voorafgaand aan het bepalen van vraag en aanbod naar type gemeente (4 grote steden, overige grote steden, rest van Nederland) in 1990, eerst alle gemeentelijke herindelingen uit de periode 1990 - 2001 op de gemeentelijke indeling van Nederland in 1990 zijn doorgevoerd. Gemeenten die in 2001 tot de 4 grote steden behoren, doen dat in 1990 dus ook. Een voorbeeld hiervan is de gemeente Vleuten-De Meern. Deze gemeente is in per 1-1-2001 samengegaan met de gemeente Utrecht (CBS Statline). Voor het onderzoek wordt de gemeente Vleuten-De Meern daarom in 1990 ook tot de 4 grote steden gerekend. Voor 2010 geldt eveneens dat 2001 het uitgangspunt vormt.

2.2 Vraag naar huisartsenzorg

Grote steden, overige grote steden en rest van Nederland

Om de vraag naar huisartsenzorg in 1990, 2001 en 2010 in kaart te brengen is allereerst op basis van de module Gezondheid en Arbeid uit het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS, voorheen: Gezondheidsenquête) van het CBS het feitelijk gebruik bepaald. In de betreffende module zijn gegevens opgenomen afkomstig van mondelinge enquêtes onder een steekproef van de Nederlandse bevolking. Het gaat onder andere om bevolkingskenmerken als leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm alsmede gegevens over het aantal contacten dat de respondenten in de twee weken voorafgaand aan de enquêtedatum hebben gehad.

Voor het onderzoek zijn de meest recente en tevens beschikbare POLS-gegevens (1998 t/m 2000) gebruikt.² Het was als gevolg van de geringe aantallen allochtonen (in POLS: personen zonder de Nederlandse nationaliteit) niet mogelijk de contactfrequenties tevens uit te splitsen naar etniciteit. Voor het berekenen van de contactfrequenties van allochtonen is derhalve een andere methode gehanteerd; op basis van een onderzoek van Weide en Foets (1998) zijn de contactfrequenties van niet-westerse allochtonen gelijkgesteld aan die van autochtonen plus een ophoogfactor van 25%. Uit onderzoek van Weide en Foets (14) blijkt namelijk dat de contactfrequentie voor niet-westerse allochtonen 25% hoger ligt dan voor autochtonen. Aangenomen is dat westerse allochtonen even vaak naar de huisarts gaan als autochtonen doen. Voor hen geldt deze ophoogfactor dus niet. Naast de bovengenoemde bevolkingskenmerken is tevens nagegaan of de stedelijkheid van gemeenten een zelfstandige invloed op het gebruik van huisartsenzorg uitoefent. Aangezien de gemeentecode of -naam in de voor het onderzoek beschikbare POLS-gegevens ontbrak, was het niet mogelijk het stedelijkheidseffect voor de door ons gehanteerde driedeling (4 grote steden, overige grote steden, rest van Nederland) te bepalen. In plaats daarvan is dus de stedelijkheid van gemeenten gebruikt (wel aanwezig).

Na het feitelijke gebruik is het geschatte gebruik bepaald. Hiertoe is per gemeente voor 1990, 2001 en 2010 het aantal personen naar leeftijd, geslacht, etniciteit en verzekeringsvorm bepaald. Het ontbreken van gegevens noodzaakte het doen van bepaalde aannamen of het gebruik van andere bestanden. Zo is bijvoorbeeld aangenomen dat het aandeel ziekenfondsverzekerden in 1990 per combinatie van achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht en etniciteit) gelijk is aan die in 2001. Hetzelfde geldt voor het aandeel ziekenfondsverzekerden in 2010. Voor wat betreft het aandeel westerse en niet-westerse allochtonen is gebruik gemaakt van gegevens uit 1996. Eerdere jaren zijn vanwege definitieverschillen omtrent het

² De gebruikte module Gezondheid en Arbeid van de POLS uit 2000, 1999 en 1998 bevatten tezamen informatie over het zorggebruik van ruim 27.000 individuen.

begrip allochtoon niet voor het onderzoek bruikbaar. Op basis van het gegeven dat het aantal allochtonen in de periode 1990 - 1995 met zo'n 81% is toegenomen (15), is het aantal allochtonen voor het jaar 1990 berekend door de aantallen uit 1996 met 0,8 te vermenigvuldigen.

De aantallen personen naar leeftijd, geslacht, etniciteit en verzekeringsvorm zijn vervolgens gecombineerd met de gegevens over het feitelijke gebruik, ofwel de gemiddelde contactfrequentie per persoon per jaar, zodat per gemeente een schatting van het totale gebruik kon worden gemaakt.³ Tot slot zijn de uitkomsten per gemeente geaggregeerd naar de driedeling: 4 grote steden, overige grote steden, rest van Nederland.

Achterstandswijken

Voor het in kaart brengen van ontwikkelingen in de vraag naar en het aanbod van huisartsenzorg in achterstandswijken van de grote steden is grotendeels dezelfde methode gehanteerd als voor de grote steden en de rest van Nederland. Door het in de POLS-gegevens ontbreken van de vier cijferige postcode was het echter niet mogelijk om apart voor de achterstandswijken het feitelijke gebruik te bepalen. Verondersteld is daarom dat het feitelijke gebruik in de achterstandswijken gelijk is aan het feitelijke gebruik in de grote steden waartoe ze behoren. Hetzelfde geldt voor het aandeel ziekenfondsverzekerden. Vraag en aanbod zijn overigens alleen voor het jaar 2001 in kaart gebracht aangezien voor 1990 geen gegevens op postcodeniveau beschikbaar waren.

Overzicht van gehanteerde gegevensbronnen:

CBS:

- Bevolkingsopbouw (leeftijd en geslacht) per gemeente in 1990 en 2001.
- Aantal westerse en niet-westerse allochtonen naar leeftijd en geslacht per gemeente in 2001.
- Aantal westerse en niet-westerse allochtonen naar geslacht per gemeente in 1996.
- Bevolkingsopbouw (leeftijd en geslacht) per postcode in 2001.
- Aantal westerse en niet-westerse allochtonen per postcode in 2001.
- POLS-bestanden 1998, 1999 en 2000 (door RIVM beschikbaar gesteld).

Primos:

- Primos bevolkingsprognose model per gemeente 2010 (door RIVM beschikbaar gesteld).

CVZ:

- Aantal ziekenfondsverzekerden naar gemeente 2001.

2.3 Aanbod van huisartsenzorg

Grote steden, overige grote steden en rest van Nederland

Om het aanbod van huisartsenzorg in 1990 en 2001 in kaart te kunnen brengen, is gebruik gemaakt van gegevens uit de NIVEL-registratie van werkzame huisartsen. In deze registratie die een vrijwel volledige dekking heeft, worden vanaf 1955 gegevens verzameld over alle

³ Het geschatte gebruik per gemeente is het aantal contacten dat de bevolking in die gemeente zou genereren als het zorggebruik per persoon met een bepaalde combinatie van achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, etniciteit en verzekeringsvorm) hetzelfde zou zijn als het zorggebruik van de gemiddelde Nederlander met diezelfde combinatie van kenmerken.

werkzame huisartsen in Nederland. Uit deze registratie zijn zowel voor het jaar 1990 als het jaar 2001 per gemeente het aantal werkzame huisartsen en het aantal FTE huisartsen afgeleid. Vervolgens zijn deze gegevens geaggregeerd naar grote steden, overige grote steden en de rest van Nederland.

Voor wat betreft te verwachten ontwikkelingen in het aanbod is in de eerste plaats rekening gehouden met de te verwachten uitstroom. De NIVEL-registratie van huisartsen geeft zowel inzicht in het aantal werkzame huisartsen per gemeente als inzicht in een aantal essentiële gegevens die nodig zijn om de uitstroom te berekenen (leeftijd, geslacht, aantal FTE). Op basis van uitstroombatronen uit voorgaande jaren is per gemeente berekend hoeveel huisartsen in de periode 2001 - 2010 vanwege hun leeftijd, burn-out of andere redenen het beroep mogelijk zullen verlaten. Door deze gegevens te aggregeren naar type gemeente en te combineren met ontwikkelingen in het gemiddeld aantal FTE per huisarts kan tezamen met de te verwachten zorgbehoefte de potentiële toegankelijkheid in de grote steden in 2010 bepaald worden.

Achterstandswijken

Ook voor het bepalen van het huisartsenaanbod in de achterstandswijken, aangrenzende en overige postcodegebieden is gebruik gemaakt van de huisartsenregistratie van het NIVEL. Uit deze registratie kan het totaal aantal huisartsen en FTE worden afgeleid dat op een bepaald praktijkadres beschikbaar is, zodat per postcodegebied het huisartsenaanbod kan worden berekend. Vervolgens is dit aanbod geaggregeerd naar type gemeente.

Overzicht van gehanteerde gegevensbronnen:

NIVEL:

- Registratie van werkzame huisartsen
- Ramings- en vooruitberekingsmodel

RIVM:

- Lijst met de postcodes van de achterstandswijken en de direct aangrenzende postcodegebieden.

2.4 Aansluiting vraag en aanbod

Grote steden, overige grote steden en rest van Nederland

Om inzicht te krijgen in hoeverre er in de periode 1990 - 2001 in de grote steden en de rest van Nederland sprake is van een aansluitingsproblematiek en of deze groter of kleiner is geworden zijn de vraag- en aanbodgegevens aan elkaar gerelateerd. Dit betekent dat voor zowel 1990 als 2001 voor elk van de typen gemeenten het verhoudingsgetal tussen het geschatte gebruik en het beschikbare aanbod aan huisartsen (FTE) berekend is. Deze is weergegeven als (1) het aantal inwoners per FTE huisarts en (2) het verwachte aantal contacten per FTE huisarts. Vervolgens is gekeken of deze aansluiting tussen vraag en aanbod tussen 1990 en 2001 verbeterd dan wel verslechterd is.

Achterstandswijken

Om antwoord te krijgen op de vraag in hoeverre er in 2001 in de achterstandswijken sprake was van een aansluitingsproblematiek en of deze groter dan wel kleiner dan in de aangrenzende en overige postcodegebieden was, is dezelfde methode gehanteerd als voor de grote steden, de overige grote steden en de rest van Nederland.

3 Vraag en aanbod in grote steden in 1990 - 2001

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de periode 1990 - 2001 uitgesplitst naar type gemeente. Nadat eerst vraag en aanbod apart worden besproken, wordt vervolgens ingegaan op de veranderingen in de aansluiting tussen vraag en aanbod.

3.1 Vraag naar huisartsenzorg

Bij het bespreken van de vraag naar huisartsenzorg dient rekening te worden gehouden met factoren die op deze vraag van invloed op zijn. In de literatuur worden vele factoren aangehaald, doch wij beperken ons hier tot de volgende belangrijke demografische, sociaal-culturele en sociaal-economische factoren: leeftijd, geslacht, etniciteit en verzekeringsvorm.⁴ Daarnaast is nagegaan of de stedelijkheid van gemeenten wel of geen zelfstandige invloed op de vraag uitoefent.

Om te beginnen wordt er voor de zojuist genoemde factoren een overzicht van de ontwikkelingen over de periode 1990 - 2001 gegeven. Vervolgens worden ze naar vraagontwikkelingen vertaald. Er is daarbij onderscheid gemaakt tussen 'feitelijk' en 'geschat' gebruik (zie paragraaf 2.1).

3.1.1 Relevante achtergrondkenmerken

Aantal inwoners

Een belangrijke en relatief ongecompliceerde indicator voor de ontwikkeling van de vraag naar huisartsenzorg is de ontwikkeling van het aantal inwoners. In 1990 telde Nederland ruim 14.892.000 inwoners. In 2001 was dat aantal inmiddels opgelopen tot circa 15.988.000, ofwel een toename van 7,4%. Als onderscheid wordt gemaakt naar type gemeente dan blijkt dat relatief de grootste bevolkingstoename heeft plaats gevonden in de middelgrote steden (10,3%). De bevolking in de 4 grote steden is daarentegen slechts met 3,4% gegroeid (zie tabel 3.1).

Tabel 3.1: Ontwikkeling aantal inwoners (x 1.000) naar type gemeente in de periode 1990 - 2001

	1990	Aandeel t.o.v. totaal	2001	Aandeel t.o.v. totaal	Relatieve toename
Vier grote steden	1.962	13,2%	2.029	12,7%	3,4%
Overige grote steden	3.319	22,3%	3.662	22,9%	10,3%
Rest Nederland	9.611	64,5%	10.297	64,4%	7,1%
Totaal	14.892	100,0%	15.988	100,0%	7,4%

Bron: bewerking CBS-gegevens.

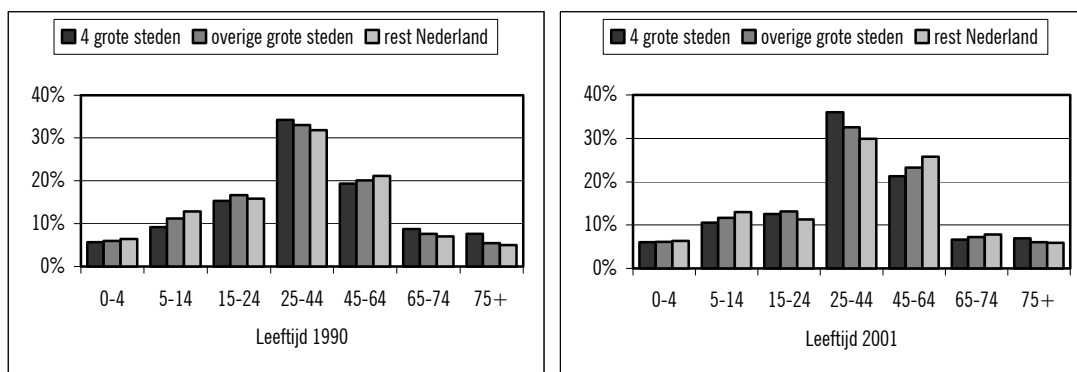
⁴ Vanwege een gebrek aan gegevens kon een andere belangrijke factor, het opleidingsniveau, niet worden meegenomen. Een deel van het effect van het opleidingsniveau zal echter via de verzekeringsvorm en etniciteit zijn uitwerking hebben.

De ontwikkeling van de vraag naar huisartsenzorg is niet alleen afhankelijk van de ontwikkeling van het aantal inwoners. De ontwikkeling van het aantal contacten met de huisarts is evenzeer zo belangrijk. Deze is afhankelijk van demografische, sociaal-culturele en sociaal-economische ontwikkelingen. Op een aantal van deze ontwikkelingen wordt nu ingegaan.

Leeftijd

Wat betreft de leeftijdsopbouw in de periode 1990 - 2001 geldt dat er geen grote veranderingen zijn opgetreden (zie figuur 3.1). De groep 15-24-jarigen is relatief gezien in alle typen gemeenten afgenomen. Voor de groep 25-44-jarigen geldt dat de verschillen ten opzichte van 1990 iets groter zijn geworden; hun aandeel in de 4 grote steden is toegenomen, terwijl het relatief aantal 25-44-jarigen in de rest van Nederland juist is afgenomen. Verder valt uit figuur 3.1 op te maken dat het aandeel 45-64-jarigen in de rest van Nederland in 2001 ten opzichte van de grote steden nog groter is geworden. Hetzelfde geldt voor het aandeel 65-74-jarigen met als enig verschil dat in 1990 het relatief aantal 65-74-jarigen in de rest van Nederland nog kleiner was dan in de 4 grote steden.

Figuur 3.1: Relatieve verdeling inwoners naar leeftijd naar type gemeente in de periode 1990 - 2001



Bron: Bewerking CBS-gegevens.

Geslacht

In de periode 1990 - 2001 zijn er vrijwel geen veranderingen opgetreden in de sekseratio. In 1990 was 50,6% van de Nederlandse bevolking van het vrouwelijke geslacht en in 2001 bedroeg dit 50,5%.

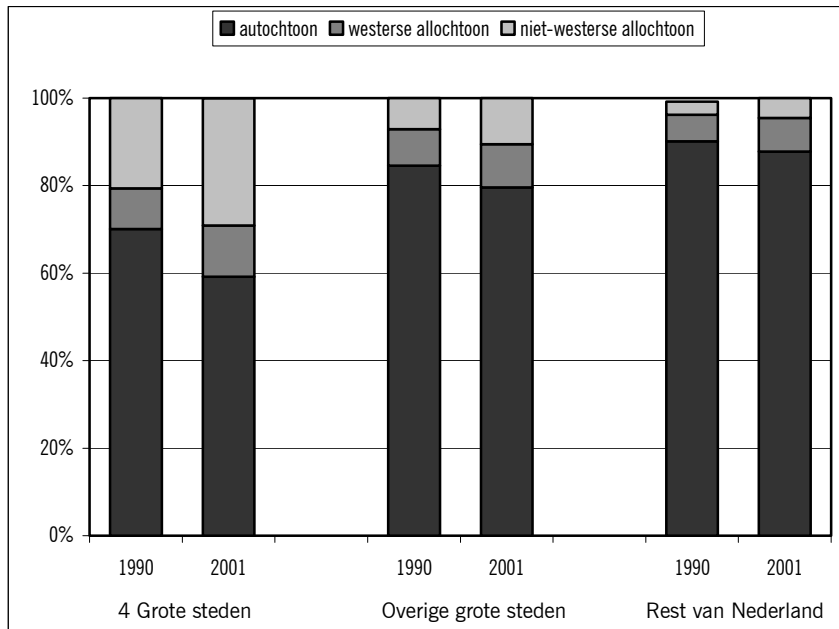
Verder blijkt dat tussen de onderscheiden typen gemeenten de verschillen niet groot zijn, hoewel het percentage vrouwen in de vier grote steden in 2001 wat hoger (51,1%) is dan in de overige grote steden (50,8%) en de rest van Nederland (50,3%). Overigens zijn deze verschillen in de periode 1990 - 2001 vrijwel gelijk gebleven.

Etniciteit

In Nederland is het aandeel allochtonen in de periode 1990 - 2001 met 4,4% toegenomen tot 17,7% in 2001. Deze groep bestaat voor 8,7% uit westerse allochtonen en voor 9% uit niet-westerse allochtonen. Uitgesplitst naar type gemeente blijkt dat zowel in 1990 als in 2001 in de 4 grote steden relatief de meeste allochtonen wonen. Hoewel het aandeel allochtonen in de 4 grote steden in 1990 al hoger was dan in de andere typen gemeenten, is dat aandeel in 2001 nog verder toegenomen tot 41% (was in 1990 30%). Deze toename

van het aandeel allochtonen wordt overigens ook waargenomen in de overige grote steden in Nederland.

Figuur 3.2: Relatieve verdeling van inwoners naar etniciteit naar type gemeente in de periode 1990 - 2001

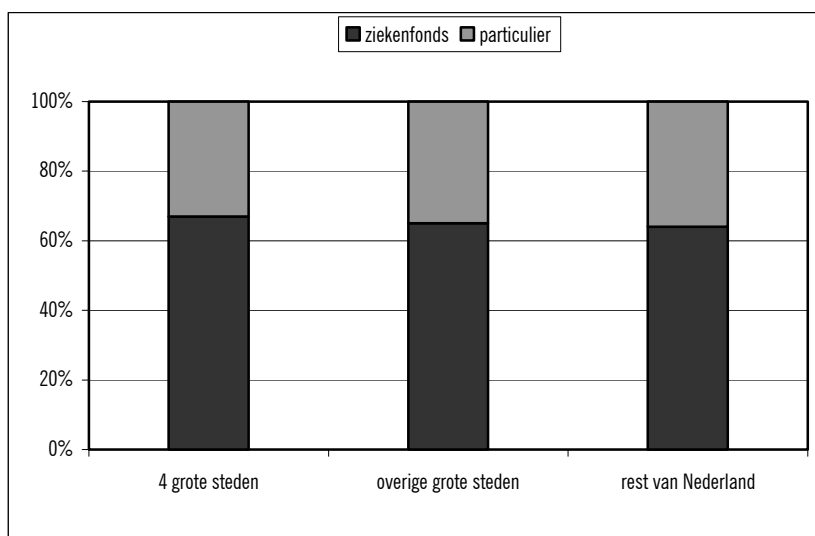


Bron: Bewerking CBS-gegevens.

Verzekeringsvorm

Gegevens met betrekking tot het percentage ziekenfondsverzekerden per gemeente in 1990 ontbreken. Voor 2001 zijn die wel beschikbaar: in 2001 is bijna tweederde (64,3%) van de Nederlandse bevolking via het ziekenfonds verzekerd (CVZ, 2002). Voor wat betreft het aandeel ziekenfondsverzekerden zijn er geen grote verschillen tussen de onderscheiden typen gemeenten (figuur 3.3). In de 4 grote steden is het aandeel ziekenfondsverzekerden met 67,2% relatief het hoogst en in de rest van Nederland het laagst (64,3%).

Figuur 3.3: Relatieve verdeling van inwoners naar verzekeringsvorm naar type gemeente in 2001



Bron: CVZ.

3.1.2 Feitelijk gebruik

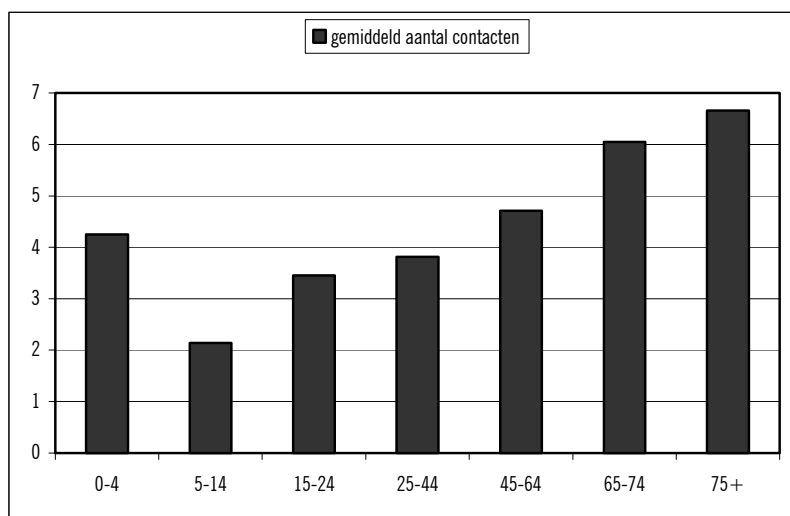
Zoals in hoofdstuk 2 is vermeld, is aan de hand van POLS-gegevens van het CBS het 'feitelijk' gebruik berekend (zie ook bijlage 2). Hieronder zal het feitelijke gebruik uitgesplitst worden naar een viertal achtergrondkenmerken: leeftijd, geslacht, etniciteit en verzekeringsvorm. Voor het gemiddelde aantal contacten naar etniciteit kon geen gebruik gemaakt worden van POLS. De reden hiervoor is dat het aantal allochtone respondenten in de steekproef niet toereikend is voor een gedetailleerde uitsplitsing naar achtergrondkenmerken. Op basis van Weide en Foets (1998) zijn we uitgegaan van een generieke ophoogfactor van 25% binnen elk van de onderscheiden achtergrondkenmerken ten opzichte van het autochtone deel van de bevolking (en westerse allochtonen).

Tenslotte is gekeken of er sprake is van een zogenaamd stedelijkheidseffect. Aangezien in de POLS-gegevens alleen de stedelijkheid van gemeenten is opgenomen en niet de gemeente-code of -naam, kon het stedelijkheidseffect alleen naar stedelijkheidsgraad bepaald worden en niet op basis van de dieldeling die in dit onderzoek gehanteerd wordt.

Leeftijd

Wat de leeftijd betreft, blijkt dat men vaker van huisartsenzorg gebruik maakt naarmate men ouder is (zie figuur 3.4). De groep van 75 jaar en ouder maakt het meeste gebruik van de zorg van de huisarts. Dit is niet verwonderlijk en hangt samen met gezondheidsproblemen die op die leeftijd een rol (gaan) spelen. Verder zien we dat onder jonge kinderen (0-4 jaar) het huisartsenbezoek hoog is.

Figuur 3.4: Gemiddeld aantal huisartscontacten naar leeftijdsklasse in 1998 - 2000, voor de autochtone bevolking



Bron: CBS POLS-gegevens.

Geslacht

De gemiddelde jaarlijkse contactfrequentie voor vrouwen is groter dan die voor mannen, hetgeen veroorzaakt wordt door het feit dat vrouwen in hun vruchtbare periode (15-44 jaar) vaker de huisarts bezoeken dan mannen. Gemiddeld bezoekt een vrouw 4,89 keer per jaar de huisarts, terwijl de man gemiddeld 3,31 keer per jaar gaat.

Verzekeringsvorm

De gemiddelde jaarlijkse contactfrequentie voor ziekenfondspatiënten is groter dan die voor particulier verzekerden, namelijk 4,55 contacten per jaar tegenover 3,39 contacten per jaar.

Etniciteit

Gewogen naar de demografische en sociale samenstelling in 2001, blijkt de autochtone bevolking gemiddeld 4,11 keer per jaar de huisarts te bezoeken. Voor de niet-westerse allochtone bevolking wordt een gemiddeld aantal contacten van 4,72 geschat. Dat het verschil in gemiddelden voor deze twee groepen niet simpelweg 25% is, wordt met name veroorzaakt door het verschil in leeftijdsopbouw. We veronderstellen dat de westerse allochtonen dezelfde contactfrequentie kennen als het autochtone deel van de bevolking.

Urbanisatiegraad

De feitelijke contactfrequentie met de huisarts van de autochtone bevolking, ligt in de zeer sterk verstedelijkte gemeenten het hoogst, namelijk 4,46 keer per jaar (zie tabel 3.2). In de niet-verstedelijkte gemeenten ligt deze duidelijk het laagst is: men gaat daar per jaar 3,87 keer naar de huisarts. In de overige gemeenten bezoekt men de huisarts gemiddeld 4,03 dan wel 4,15 keer per jaar.

Tabel 3.2: Feitelijke en geschatte aantal contacten per inwoner naar stedelijkheidsgraad in 1998 - 2000, voor de autochtone bevolking

	Feitelijk	Relatief t.o.v. totaal	Geschat	Relatief t.o.v. totaal	Relatieve Verschil
Zeer sterk verstedelijkt	4,46	108,5%	4,19	101,9%	6,4%
Sterk verstedelijkt	4,03	98,1%	4,12	100,2%	-2,2%
Matig verstedelijkt	4,03	98,1%	4,05	98,5%	-0,5%
Weinig verstedelijkt	4,15	101,0%	4,12	100,2%	0,7%
Niet verstedelijkt	3,87	94,2%	4,08	99,3%	-5,1%
Totaal	4,11	100,0%	4,11	100,0%	0,0%

Bron: bewerking CBS-gegevens.

Wordt de feitelijke contactfrequentie vergeleken met de geschatte contactfrequentie, dan lijkt er sprake te zijn van een stedelijkheidseffect. Op basis van de demografische, sociaal-culturele en sociaal-economische samenstelling van de autochtone bevolking in de zeer sterk verstedelijkte gemeenten wordt geschat dat men gemiddeld 4,19 keer per jaar naar de huisarts zou gaan. Het feitelijke gebruik ligt daar echter 6,4% hoger. In de overige gemeenten is dit niet het geval; men gaat daar dus minder vaak naar de huisarts dan op basis van de bevolkingssamenstelling is geschat. Voor de sterk verstedelijkte gemeenten geldt bijvoorbeeld dat de geschatte contactfrequentie 2,2% hoger ligt dan de feitelijke contactfrequentie. Voor de overige gemeenten geldt daarom dat de feitelijke contactfrequentie daar 1,2% lager ligt dan geschat.

Kortom: als er rekening moet worden gehouden met een stedelijkheidseffect, dan gaat het om +6,4% voor de zeer sterk verstedelijkte gemeenten, -2,2% voor de sterk verstedelijkte gemeenten en -1,2% voor de overige gemeenten.

3.1.3 Geschat gebruik

Rekening houdend met de in paragraaf 3.1.2 gepresenteerde contactfrequenties is in tabel 3.3 het totaal aantal huisartscontacten over 1990 en 2001 berekend. Daarbij is rekening gehouden met de demografische ontwikkelingen in die betreffende periode. Dit levert dus het geschatte gebruik op.

Uit tabel 3.3 blijkt dat geschat wordt dat in de periode 1990 - 2001 het totaal aantal huisartscontacten met 9,8% is gestegen. Als vervolgens een uitsplitsing naar type gemeente wordt gemaakt dan blijkt dat de vier grote steden gekenmerkt worden door een veel lagere groei (4,3%) dan in de overige gebieden in Nederland.

De absolute omvang van de zorgvraag is daarbij weliswaar afhankelijk van de vraag of er al dan niet een stedelijkheidseffect meegenomen moet worden, maar voor de relatieve ontwikkeling maakt het niet uit. Wordt wel met een stedelijkheidseffect rekening gehouden, dan is de groei tussen 1990 en 2001 in het aantal contacten namelijk nog steeds 9,8%.

Tabel 3.3: Ontwikkeling geschatte aantal contacten (x 1.000) naar type gemeente in de periode 1990 - 2001, zonder en met een stedelijkheidseffect

Zonder een stedelijkheidseffect	1990	Aandeel t.o.v. totaal	2001	Aandeel t.o.v. totaal	Relatieve toename
Vier grote steden	8.711	14,1%	9.085	13,4%	4,3%
Overige grote steden	13.902	22,5%	15.621	23,0%	12,4%
Rest Nederland	39.261	63,5%	43.259	63,6%	10,2%
Totaal	61.874	100,0%	67.965	100,0%	9,8%

Met een stedelijkheidseffect	1990	Aandeel t.o.v. totaal	2001	Aandeel t.o.v. totaal	Relatieve Toename
Vier grote steden	9.269	15,0%	9.666	14,3%	4,3%
Overige grote steden	13.596	22,1%	15.277	22,6%	12,4%
Rest Nederland	38.790	62,9%	42.740	63,1%	10,2%
Totaal	61.655	100,0%	67.684	100,0%	9,8%

Bron: Bewerking CBS-gegevens.

Op basis van het totaal aantal contacten per jaar en het aantal inwoners is in tabel 3.4 berekend hoe groot het gemiddeld aantal contacten per jaar per inwoner is. Dit gemiddelde was in 1990 4,2 keer per jaar. In 2001 is het gemiddelde aantal contacten toegenomen tot 4,3 keer per jaar, ofwel een toename van 2,3%. Als vervolgens per type gemeente gekeken wordt naar veranderingen in de periode 1990 - 2001, dan blijkt dat de sterkste groei zich waarschijnlijk in de rest van Nederland (2,8%) heeft voorgedaan. In de vier grote steden is de groei in de verwachte contactfrequentie beperkt tot 0,8%. Deze groeipercentages gelden ongeacht of er met een stedelijkheidseffect rekening wordt gehouden.

Zonder rekening te houden met een eventueel stedelijkheidseffect, blijkt de verwachte gemiddelde contactfrequentie in de grote steden ongeveer 6% hoger te zijn dan het landelijke gemiddelde; in 1990 was het bijna 7% hoger en in 2001 iets meer dan 5%. De verwachte contactfrequenties in de rest van Nederland zijn in dit geval 1 á 2% lager dan het landelijk gemiddelde.

Wordt er wel met een stedelijkheidseffect rekening gehouden, dan is het verwachte aantal contacten per inwoner in de 4 grote steden ongeveer 13 á 14% groter dan het landelijk gemiddelde. Het verschil met de rest van Nederland is dan duidelijk groter.

Tabel 3.4: Ontwikkeling geschatte aantal contacten per inwoner naar type gemeente in de periode 1990 - 2001, zonder en met een stedelijkheidseffect

	1990	Aandeel	2001	Aandeel	Relatieve toename
		t.o.v. totaal		t.o.v. totaal	
Zonder een stedelijkheidseffect					
Vier grote steden	4,4	106,9	4,5	105,3	0,8%
Overige grote steden	4,2	100,8	4,3	100,3	1,8%
Rest Nederland	4,1	98,3	4,2	98,8	2,8%
Totaal	4,2	100,0	4,3	100,0%	2,3%
Met een stedelijkheidseffect					
Vier grote steden	4,7	114,1	4,8	112,5	0,8%
Overige grote steden	4,1	98,9	4,2	98,5	1,8%
Rest Nederland	4,0	97,5	4,2	98,0	2,8%
Totaal	4,2	100,0%	4,3	100,0%	2,3%

Bron: Bewerking CBS-gegevens.

3.2 Aanbod van huisartsenzorg

In deze paragraaf wordt ingegaan op het aanbod van huisartsen in de periode 1990 - 2001. Aan de orde komen het aantal werkzame huisartsen, de geslachts- en leeftijdsverdeling en de praktijkvorm.

Aantal werkzame huisartsen

In 1990 waren er 6.801 huisartsen werkzaam in Nederland. In de periode 1990 - 2001 is het totaal aantal huisartsen met 14,7 % toegenomen tot 7.801 in 2001. Deze groei heeft niet overal in gelijke mate plaatsgevonden. Uit tabel 3.5 blijkt dat de groei in de vier grote steden veel lager is geweest (5,6%) dan in de overige grote steden in Nederland (16,5%) en de rest van Nederland (16,2%).

Bovengenoemde ontwikkelingen hebben er toe bijgedragen dat het aandeel huisartsen dat werkzaam is de vier grote steden in de periode 1990 - 2001 is afgenomen. In 1990 werkte 14,7% van alle huisartsen in Nederland in een van de vier grote steden; in 2001 bedroeg dat 13,6%.

Tabel 3.5: Ontwikkeling totaal aantal werkzame huisartsen naar type gemeente in de periode 1990 - 2001

	1990	Aandeel	2001	Aandeel	Relatieve toename
		t.o.v. totaal		t.o.v. totaal	
Vier grote steden	1.002	14,7%	1.058	13,6%	5,6%
Overige grote steden	1.538	22,6%	1.792	23,0%	16,5%
Rest Nederland	4.261	62,7%	4.951	63,5%	16,2%
Totaal	6.801	100,0%	7.801	100,0%	14,7%

Bron: NIVEL.

Dat het aantal huisartsen in de periode 1990 - 2001 is toegenomen hoeft nog niet te betekenen dat ook het aanbod aan huisartsenzorg is toegenomen. Immers niet iedere huisarts werkt full-time. Als gekeken wordt naar het aantal FTE aan huisartsenzorg, dan blijkt in de onderzochte periode sprake is geweest van een groei van 9,4% (zie tabel 3.6). Deze groei ligt beduidend lager dan de groei van het aantal huisartsen (14,7%). Uitgesplitst naar type gemeente blijkt dat in de vier grote steden het aantal FTE zelfs nauwelijks is toegenomen, namelijk slechts met 0,8%. Daarentegen was er wel sprake van groei in de overige grote steden (11,1%) en in de rest van Nederland (10,8%).

Tabel 3.6: Ontwikkeling totaal aantal FTE werkzame huisartsen naar type gemeente in de periode 1990 – 2001

	1990	Relatief t.o.v. totaal	2001	Relatief t.o.v. totaal	Relatieve toename
Vier grote steden	868	14,4%	875	13,2%	0,8%
Overige grote steden	1.361	22,5%	1.513	22,9%	11,1%
Rest Nederland	3.810	63,1%	4.223	63,9%	10,8%
Totaal	6.039	100,0%	6.610	100,0%	9,4%

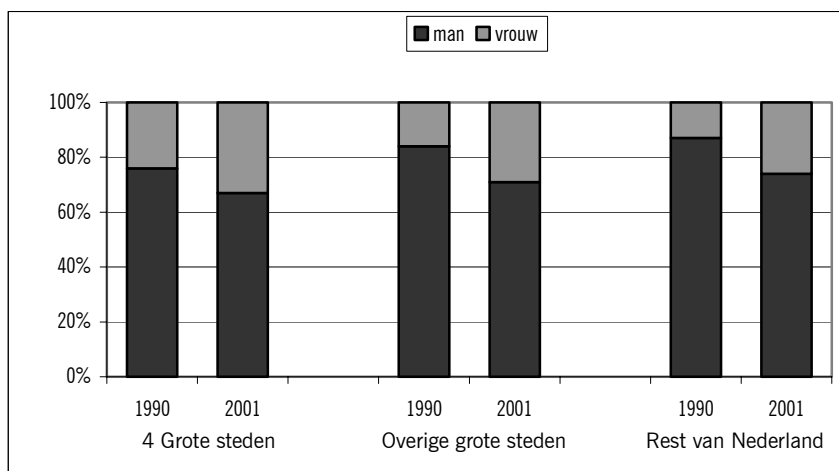
Bron: NIVEL.

Geslacht

Sinds 1990 is het aandeel vrouwen binnen de beroepsgroep huisartsen sterk toegenomen. In 1990 was 15% van de huisartsen vrouw en in 2001 bedroeg dit reeds 27%. Het aandeel vrouwen in de grote steden is altijd al hoger dan in de rest van Nederland (figuur 3.5). In 1991 was 23% van de huisartsen in de 4 grote steden vrouw, terwijl dit in de rest van Nederland bijna 13% bedroeg. In 2001 is het aandeel vrouwen in de vier grote steden en de rest van Nederland toegenomen tot respectievelijk 35% en 25%.

Overigens is het gemiddelde aantal FTE per arts van mannen tussen 1990 en 2001 iets gedaald, namelijk van 0,93 naar 0,92 FTE per man. Voor vrouwen is het gemiddelde daarentegen constant gebleven op 0,65 FTE.

Figuur 3.5: relatieve verdeling aantal huisartsen naar geslacht en type gemeente in de periode 1990 - 2001



Bron: NIVEL.

Voor de 4 grote steden kan worden geconstateerd dat het absoluut aantal mannelijke huisartsen in de periode 1990 - 2001 met bijna 11% is afgenomen. In de overige grote steden en de rest van Nederland is het dit aantal stabiel gebleven. Het absoluut aantal vrouwelijke huisartsen neemt daarentegen overal toe. In de 4 grote steden was sprake van een toename van 60% maar in de rest van Nederland is het meer dan verdubbeld. Hieruit blijkt dat de rest van Nederland bezig is aan een inhaalrace. Opvallend is overigens dat er in elk van drie onderscheiden typen gemeenten sprake is van een toename met vrijwel precies 12% in het aandeel vrouwen.

Tabel 3.7: Ontwikkeling aantal huisartsen naar geslacht en type gemeente in de periode 1990 - 2001

	1990	Aandeel vrouwen	2001	Aandeel vrouwen	Relatieve toename
4 Grote steden					
Man	773		692		-10,5%
Vrouw	229	22,9%	366	34,6%	59,8%
Overige grote steden					
Man	1.292		1.288		-0,3%
Vrouw	246	16,0%	504	28,1%	104,9%
Rest van Nederland					
Man	3.715		3.720		0,1%
Vrouw	546	12,8%	1.231	24,9%	125,5%
Totaal					
Man	5.780		5.700		-1,4%
Vrouw	1.021	15,0%	2.101	26,9%	105,8%

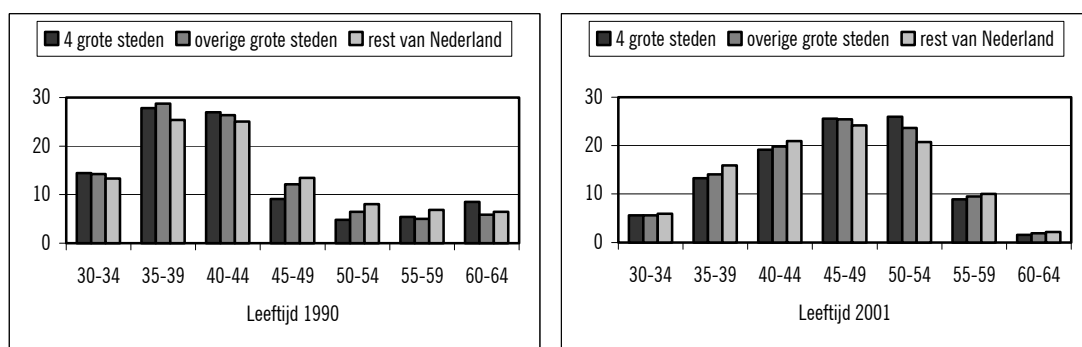
Bron: NIVEL.

Leeftijd

De leeftijdsopbouw van de huisartsen in 1990 en 2001 laten grote verschillen zien. In 1990 was 21% van de huisartsen ouder dan 50 jaar. In 2001 geldt dat voor bijna 34% van alle huisartsen (zie figuur 3.6). Als vervolgens een onderscheid wordt gemaakt naar type gemeente dan zien we dat het percentage 50 plussers in de vier grote steden is toegenomen van 20% in 1990 tot 36% in 2001. In de overige grote steden was sprake van een toename van 18% naar 35% en in de rest van Nederland van 22% naar 32%.

Dit duidt er op dat er geen erg grote verschillen zijn tussen de onderscheiden typen gemeenten. Dit zien we ook terug in het aandeel huisartsen dat in de periode 1990 - 2001 de praktijk heeft neergelegd. Voor heel Nederland geldt dat 31% in die periode is gestopt, waarbij de grote steden een wat hogere uitstroom (34%) hebben laten zien dan in de overige grote steden (28%) en de rest van Nederland (32%).

Figuur 3.6: Relatieve verdeling aantal huisartsen naar leeftijdsopbouw in de periode 1990 - 2001



Bron: NIVEL.

Praktijkvorm

Per 1 januari 2001 werkt 35% van alle huisartsen in Nederland in een solopraktijk (zie tabel 3.8). Dit is aanmerkelijk lager dan 10 jaar geleden (47%). In het verlengde hiervan is het aantal huisartsen dat in een groepspraktijk werkt toegenomen van 18% in 1990 naar 27% in 2001. Uitgesplitst naar type gemeente blijkt dat binnen alle typen gemeenten het aandeel solowerkende huisartsen is afgenomen. Binnen de vier grote steden is de afname het grootst geweest (14%).

Tabel 3.8: Relatieve verdeling aantal huisartsen naar praktijkvorm naar type gemeente in de periode 1990 - 2001

	1990	2001
4 Grote steden		
Solopraktijk	45%	31%
Duopraktijk	33%	35%
Groepspraktijk	22%	34%
Overige grote steden		
Solopraktijk	46%	33%
Duopraktijk	31%	33%
Groepspraktijk	23%	34%
Rest van Nederland		
Solopraktijk	48%	36%
Duopraktijk	36%	37%
Groepspraktijk	16%	27%
Totaal		
Solopraktijk	47%	35%
Duopraktijk	34%	36%
Groepspraktijk	18%	27%

Bron: NIVEL.

3.3 Aansluiting vraag en aanbod

In deze paragraaf worden vraag en aanbod aan elkaar gerelateerd om te kunnen beoordelen in hoeverre de grote steden ten opzichte van de rest van Nederland verschillen in de aansluiting tussen vraag en aanbod en of deze verschillen tussen 1990 en 2001 groter of kleiner zijn geworden.

Aantal inwoners per FTE

Uit tabel 3.9 kan worden afgeleid dat het aantal inwoners per FTE huisarts is afgenomen van 2.466 in 1990 tot 2.419 in 2001, ofwel een afname van 1,9%. In de grote steden is het aantal inwoners per FTE net als in 1990 ook in 2001 nog steeds het laagst. De verschillen met de overige delen van Nederland zijn echter aanmerkelijk kleiner geworden. Zowel in de overige grote steden (-0,7%) als in de rest van Nederland (-3,3%) is het aantal inwoners per FTE afgenomen, terwijl in de grote steden juist sprake is van een toename (+2,6%).

Tabel 3.9: Ontwikkeling aantal inwoners per FTE huisarts naar type gemeente in de periode 1990 - 2001

	1990	Relatief t.o.v. totaal	2001	Relatief t.o.v. totaal	Relatieve toename
4 Grote steden	2.261	91,7	2.320	95,9	2,6%
Overige grote steden	2.438	98,9	2.421	100,1	-0,7%
Rest Nederland	2.523	102,3	2.439	100,8	-3,3%
Totaal	2.466	100,0	2.419	100,0	-1,9%

Bron: Bewerking CBS- en NIVEL-gegevens.

Aantal contacten per FTE

In de vorige paragraaf is geconstateerd dat de gemiddelde contactfrequentie in de periode 1990 - 2001 is toegenomen van 4,2 tot 4,3 keer per jaar. Als dit vervolgens wordt gerelateerd aan het aantal FTE dan blijkt dat er sprake is van een vrijwel constant blijven van het totaal aantal contacten per FTE: 0,3% of 0,4% (zie tabel 3.10). Uitgesplitst naar type gemeente blijkt echter dat in de 4 grote steden het aantal contacten per FTE huisarts wellicht met 3,5% is toegenomen, terwijl er in de overige gemeenten in Nederland sprake is van een kleine afname (-0,6%).

Tabel 3.10: Ontwikkeling geschatte aantal contacten (x 1.000) per FTE huisarts naar type gemeente in de periode 1990 - 2001, zonder en met een stedelijkheidseffect

Zonder een stedelijkheidseffect	1990	Relatief t.o.v. totaal	2001	Relatief t.o.v. totaal	Relatieve toename
4 Grote steden	10.039	98,0	10.388	101,0	3,5%
Overige grote steden	10.211	99,7	10.328	100,4	1,1%
Rest Nederland	10.305	100,6	10.245	99,6	-0,6%
Totaal	10.246	100,0	10.283	100,0	0,4%

Met een stedelijkheidseffect	1990	Relatief t.o.v. totaal	2001	Relatief t.o.v. totaal	Relatieve toename
4 Grote steden	10.681	104,6	11.053	107,9	3,5%
Overige grote steden	9.986	97,8	10.100	98,6	1,1%
Rest Nederland	10.181	99,7	10.122	98,8	-0,6%
Totaal	10.209	100,0	10.240	100,0	0,3%

Bron: bewerking CBS- en NIVEL-gegevens.

3.4 Conclusie

Het antwoord op de vraag naar het verschil in aansluiting tussen vraag en aanbod van de huisartsenzorg voor de grote steden versus de rest van Nederland, en de ontwikkelingen daarin in de periode 1990 - 2001, is niet geheel eenduidig. Wel is duidelijk dat als er verschillen zijn, dat het eigenlijk gaat om verschillen tussen de 4 grote steden versus de overige grote steden én de rest van Nederland.

Als simpelweg gekeken wordt naar het aantal inwoners per fulltime huisarts, dan blijkt er in 4 grote steden sprake te zijn van een iets gunstiger verhouding dan in de overige gemeenten. Op dit moment gaat het dan om 4 á 5% minder inwoners per huisarts. Op basis daarvan kan zeker niet geconcludeerd worden dat de aansluiting in de grote steden problematischer is dan in de rest van Nederland het geval is.

In 1990 was het verschil overigens nog wat groter, namelijk 7 á 10%. De ontwikkeling in het aantal inwoners per FTE huisarts is in de 4 grote steden dus iets ongunstiger geweest dan in de rest van Nederland. In de 4 grote steden is het aantal inwoners per huisarts namelijk met bijna 3% toegenomen, terwijl het in de rest van Nederland met 1 á 3 % is afgenomen. De aansluiting in de 4 grote steden is wat dat betreft dus meer onder druk komen te staan, terwijl dat in de rest van Nederland juist iets minder het geval is.

Aangezien het aantal inwoners per huisarts slechts een ruwe indicatie geeft van de werklust, is vervolgens gekeken naar het aantal contacten dat per FTE huisarts op basis van de demografische, sociaal-culturele en sociaal-economische samenstelling van de bevolking in de verschillende typen gemeenten is geschat. Daartoe is op basis van de bevolkings-samenstelling (leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en etniciteit) per gemeente het aantal patiëntcontacten geschat. Het meest lastige daarbij is de vraag of ook nog rekening gehouden moet worden met een zelfstandig stedelijkheidseffect.

Het blijkt dat puur op basis van de bevolkingssamenstelling verwacht mag worden dat het aantal contacten per FTE huisarts in de 4 grote steden tegenwoordig minstens even groot is als in de rest van Nederland. Ondanks het feit dat er in de 4 grote steden gemiddeld iets minder inwoners per FTE huisarts zijn (namelijk 4 á 5% minder), is het verwachte aantal contacten per FTE huisarts toch 1 á 2% groter. Dit geeft echter nog steeds niet voldoende argumenten om te stellen dat de aansluitingsproblematiek in de 4 grote steden op dit moment veel ongunstiger is dan in de rest van Nederland. Als rekening wordt gehouden met een zelfstandig stedelijkheidseffect, dan lijkt er sprake van een 8 á 9% groter aantal contacten per FTE huisarts in de 4 grote steden. In dat geval is er dus wél duidelijk sprake van een verschil in aansluiting.

4 Vraag en aanbod in achterstandswijken in 2001

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de vraag naar en het aanbod van huisartsenzorg in de achterstandswijken. Nadat eerder de situatie in de grote steden ten opzichte van de rest van Nederland beschreven is, wordt nu de aandacht gericht op dat deel van de grote steden waar problemen worden verwacht: de achterstandswijken. Net als in het voorgaande hoofdstuk zal de vraag met het aanbod worden vergeleken zodat aan het eind van dit hoofdstuk vast kan worden gesteld in hoeverre er sprake is van een aansluitingsproblematiek.

4.1 Vraag naar huisartsenzorg

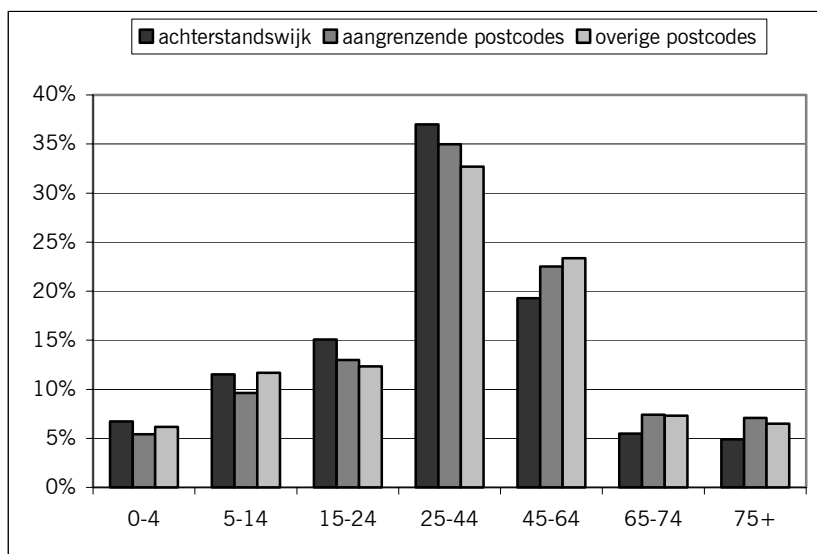
4.1.1 *Relevante achtergrondkenmerken*

In 2001 telden de verschillende achterstandswijken gezamenlijk zo'n 863.000 inwoners, ofwel 15,2% van de totale bevolking in de grote steden. Het aantal inwoners in de aangrenzende postcodegebieden bedroeg op dat moment zo'n 1.143.800 inwoners, hetgeen neerkomt op 20,1%. De overige postcodegebieden waren met een kleine 3.680.000 inwoners goed voor 64,7% van de grootstedelijke bevolking.

Leeftijd

Wanneer er wordt gekeken naar de leeftijdsopbouw van de bevolking in de achterstandswijken, blijkt dat zij vergeleken met de aangrenzende en overige postcodegebieden een vrij jonge bevolkingsopbouw kennen (zie figuur 4.1). Het aantal personen in de leeftijdscategorie tot 45 jaar komt relatief vaker voor in de achterstandswijken dan in de overige postcodes; circa 71% is jonger dan 44 jaar tegenover 63% in de overige postcodes. Het relatief aantal personen van 45 jaar en ouder komt daarentegen gemiddeld minder vaak in achterstandswijken voor.

Figuur 4.1: Leeftijdsopbouw bevolking achterstandswijken en andere wijken in 2001



Bron: Bewerking CBS-gegevens.

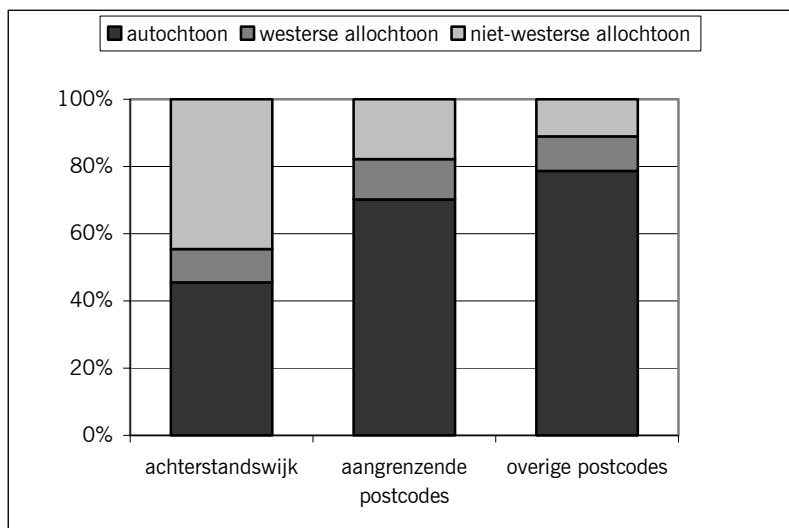
Geslacht

Wat het geslacht van de inwoners van achterstandswijken betreft, kan gesteld worden dat het aandeel vrouwen onder hen nauwelijks afwijkt van het aandeel vrouwen in de andere wijken; in de achterstandswijken is de helft van de inwoners van het vrouwelijk geslacht terwijl het aandeel vrouwen in de aangrenzende en overige postcodes slechts 1 procent hoger ligt.

Etniciteit

In 2001 waren de allochtonen met ruim 470.000 inwoners de grootste bevolkingsgroep in de achterstandswijken (zie figuur 4.2). Onder hen bevonden zich een kleine 385.000 niet-westerse allochtonen (44,6%) en ruim 85.000 westerse allochtonen (9,9%). Het autochtone deel van de bevolking was goed voor 45,5% (ruim 392.000 inwoners). In de aangrenzende en overige postcodegebieden lag het totale percentage allochtonen aanzienlijk lager (respectievelijk 29,8% en 21,3%). Dat geldt in het bijzonder voor het aandeel niet-westerse allochtonen; in de aangrenzende postcodes bedroeg het aandeel niet-westerse allochtonen 17,9%, terwijl in de overige postcodes slechts 11,1% van de inwoners een niet-westerse afkomst had.

Figuur 4.2: Relatieve verdeling etniciteit in achterstandswijken en andere wijken in 2001

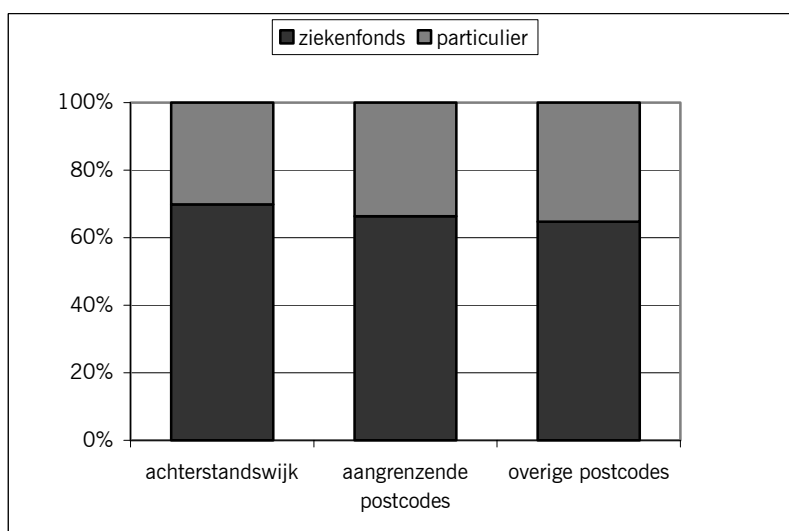


Bron: Bewerking CBS-gegevens.

Verzekeringsvorm

Als de verzekeringsvorm van de inwoners van achterstandswijken wordt vergeleken met die in andere wijken blijkt dat zij relatief vaker via het ziekenfonds verzekerd zijn (zie figuur 4.3). In 2001 had 70% van hen een ziekenfondsverzekering. In de aangrenzende postcodegebieden was circa tweederde via het ziekenfonds verzekerd en in de overige postcodegebieden lag dit percentage nog iets lager, namelijk op 64%.

Figuur 4.3: Relatieve verdeling verzekeringsvorm in achterstandswijken en andere wijken in 2001



Bron: Bewerking CVZ-gegevens.

4.1.2 **Geschat gebruik**

Rekening houdend met de in paragraaf 3.1.2 gepresenteerde contactfrequenties – deze zijn voor de achterstandswijken uiteraard dezelfde – is in tabel 4.1 het geschatte aantal huisartscontacten berekend. Dit was alleen mogelijk voor 2001 aangezien gegevens over 1990 ontbreken. Bij het berekenen van het aantal contacten met de huisarts is rekening gehouden met de bevolkingssamenstelling per gemeente.

In 2001 bedraagt het geschatte gebruik (in duizendtallen) voor achterstandswijken 3.855 huisartscontacten. De aangrenzende postcodegebieden waren goed voor 5.038 contacten en in de overige postcodegebieden is men naar verwachting in totaal 15.783 keer naar de huisarts gegaan.

Tabel 4.1: Geschatte aantal contacten (x 1.000) in achterstandswijken en andere wijken in 2001

	2001
Achterstandswijken	3.885
Aangrenzende postcodes	5.038
Overige postcodes	15.783
Totaal grote steden	24.706

Bron: Bewerking CBS-gegevens.

Op basis van het geschatte aantal contacten en het aantal inwoners is berekend hoe groot het gemiddeld aantal contacten per jaar per inwoner is (zie tabel 4.2). Uit de tabel blijkt dat inwoners van achterstandswijken met gemiddeld 4,5 contacten per jaar het vaakst naar de huisarts gaan, al is het verschil met de andere wijken niet groot te noemen; in de aangrenzende en overige postcodegebieden gaat men respectievelijk 0,1 en 0,2 keer per jaar minder vaak.

Tabel 4.2: Gemiddeld aantal contacten per inwoner in achterstandswijken en andere wijken in 2001¹

	2001
Achterstandswijken	4,5
Aangrenzende postcodes	4,4
Overige postcodes	4,3
Totaal grote steden	4,3

¹ Exclusief een eventueel stedelijkheidseffect.

Bron: Bewerking CBS-gegevens.

4.2 Aanbod van huisartsenzorg

In deze paragraaf wordt ingegaan op het aanbod van huisartsen in de periode 1990 - 2001. Aan de orde komen het aantal werkzame huisartsen, de geslachts- en leeftijdsverdeling en de praktijkvorm.

Aantal werkzame huisartsen

In 2001 praktiseerden er 436 huisartsen in de achterstandswijken (zie tabel 4.3). Dat komt neer op 15,3% van het totale huisartsenbestand in de grote steden. In de aangrenzende postcodegebieden werkte 22% en in de overige postcodegebieden was 62,7% werkzaam. Het aantal FTE huisartsen laat eenzelfde verdeling zien.

Tabel 4.3: Aantal werkzame huisartsen en FTE huisartsen in achterstandswijken en andere wijken in 2001

	Aantal personen		Aantal FTE	
	abs	%	abs	%
Achterstandswijk	436	15,3	358	15,0
Aangrenzende postcodes	626	22,0	523	21,9
Overige postcodes	1.788	62,7	1.507	63,1
Totaal grote steden	2.850	100,0	2.388	100,0

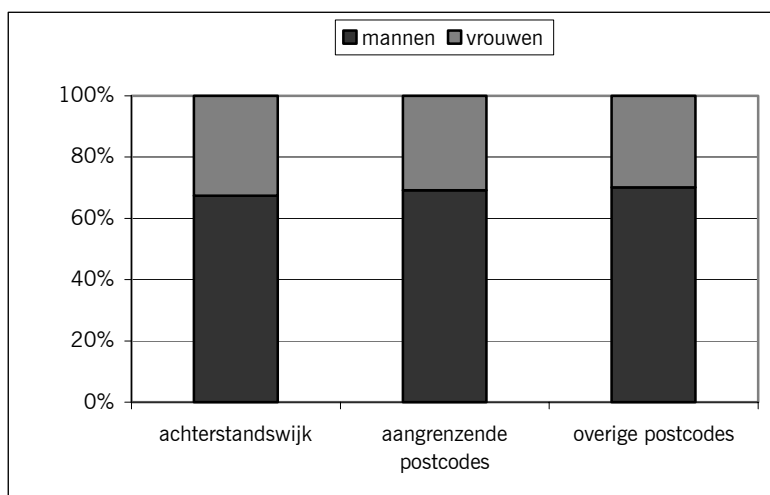
Bron: NIVEL.

Gemiddeld werkte een huisarts in een achterstandswijk 0,81 FTE. Dat is iets minder dan de huisartsen in de andere wijken; in de aangrenzende postcodegebieden bedroeg het gemiddeld aantal FTE 0,83 en in de overige postcodegebieden gemiddeld 0,84 FTE.

Geslacht

In 2001 werkte er relatief iets meer vrouwen in de achterstandswijken dan in de aangrenzende en overige postcodegebieden (zie figuur 4.4). Het percentage vrouwen bedroeg in 2001 in de achterstandswijken 32,6%, tegenover 30,8% in de aangrenzende postcodegebieden en 29,9% in de overige postcodegebieden.

Figuur 4.4: Relatieve verdeling huisartsen in achterstandswijken en andere wijken naar geslacht in 2001

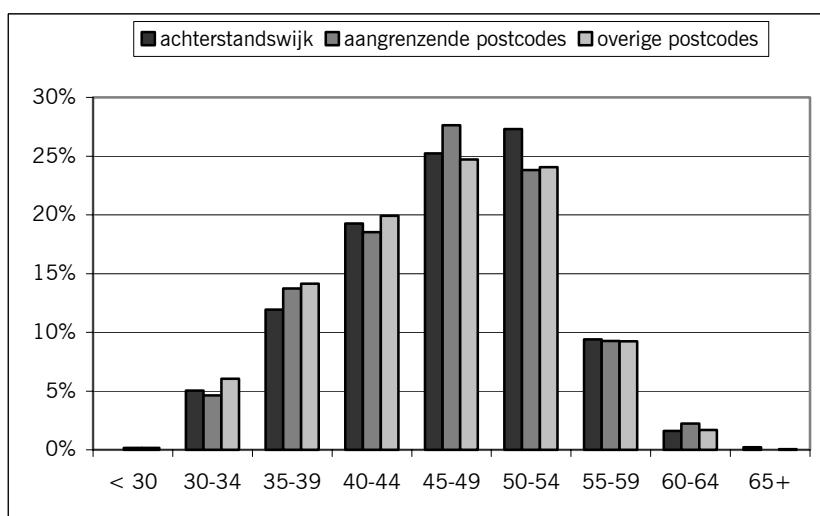


Bron: NIVEL.

Leeftijd

De meeste huisartsen (27,3%) in de achterstandswijken zijn 50-54 jaar oud. Verder is 16,9% van de huisartsen jonger dan 40 jaar. De huisartsen in de andere wijken worden gekenmerkt door een jongere leeftijdsopbouw; de meeste huisartsen zijn daar 45-49 jaar. Daarnaast is het aandeel huisartsen jonger dan 40 jaar groter dan in de achterstandswijken het geval is, namelijk 18,5% in de in de aangrenzende en 20,4% in de overige postcodegebieden.

Figuur 4.5: Relatieve verdeling huisartsen in achterstandswijken en andere wijken naar leeftijd in 2001

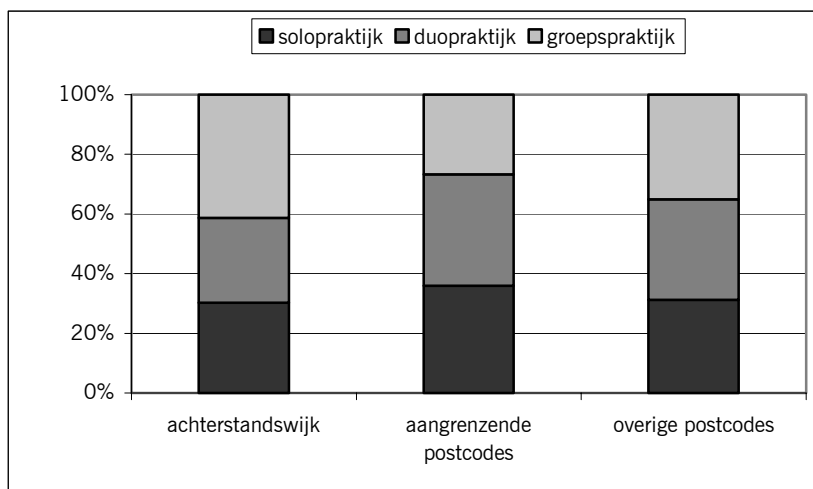


Bron: NIVEL.

Praktijkvorm

Wat de praktijkvorm betreft kan gesteld worden dat de huisartsen in de achterstandswijken vooral in groepspraktijken (41,3%) werkzaam zijn. Het aandeel solowerkende huisartsen bedraagt 30,3% en 28,4% van de huisartsen werkt met z'n tweeën. Wanneer dit beeld vergeleken wordt met dat in de aangrenzende en overige postcodegebieden dan valt op dat de praktijkvorm van de in de achterstandswijken werkende huisartsen met name afwijkt van die huisartsen in de aangrenzende postcodegebieden; er werken relatief meer huisartsen in een groepspraktijk, maar juist minder in een solopraktijk (zie figuur 4.5).

Figuur 4.6: Relatieve verdeling huisartsen naar praktijkvorm in achterstandswijken en andere wijken in 2001



Bron: NIVEL.

4.3 Aansluiting vraag en aanbod

In deze paragraaf worden vraag en aanbod aan elkaar gerelateerd teneinde te kunnen beoordelen of er in 2001 tussen de achterstandswijken en de andere wijken in de grote steden sprake was van een verschil in de aansluiting tussen vraag en aanbod.

Aantal inwoners per FTE

Uit tabel 4.4 kan worden afgeleid dat het aantal inwoners per FTE huisarts niet in de achterstandswijken maar in de overige postcodegebieden het grootst is, namelijk 2.441. In de aangrenzende postcodegebieden is het aantal inwoners per FTE huisarts het kleinst (190 inwoners per FTE huisarts minder dan het grootstedelijk gemiddelde). De achterstandswijken nemen met 2.407 inwoners per FTE huisarts een middenpositie in.

Tabel 4.4: Aantal inwoners per FTE huisarts in achterstandswijken en andere wijken in 2001

	2001
Achterstandswijken	2.407
Aangrenzende postcodes	2.191
Overige postcodes	2.441
Totaal grote steden	2.381

Bron: Bewerking CBS-gegevens, NIVEL.

Aantal contacten per FTE

Het aantal contacten per FTE huisarts blijkt in de achterstandswijken het grootst te zijn (zie tabel 4.5). Het verschil met het grootstedelijk gemiddelde is eveneens aanzienlijk (500 contacten meer). De aangrenzende postcodegebieden laten daarentegen een heel ander beeld zien; het aantal contacten per FTE huisarts is in die wijken het laagst (700 contacten minder dan in de grote steden als geheel). Het aantal contacten in de overige postcodegebieden bevindt zich tussen het aantal contacten in de achterstandswijken en aangrenzende postcodegebieden in.

Tabel 4.5: Geschatte aantal contacten (x 1.000) per FTE huisarts in achterstandswijken en andere wijken in 2001¹

	2001
Achterstandswijken	10.841
Aangrenzende postcodes	9.650
Overige postcodes	10.469
Totaal grote steden	10.346

¹ Exclusief een eventueel stedelijkheidseffect.

Bron: Bewerking CBS-gegevens.

4.4 Conclusie

Ook hier is de vraag of naar het verschil in aansluiting tussen vraag en aanbod in de achterstandswijken en de overige postcodegebieden in de grote steden niet eenduidig te beantwoorden. Uit paragraaf 4.3 blijkt dat de werkdruk uitgedrukt in het aantal inwoners per FTE huisarts in de achterstandswijken niet het grootst is, maar wat dat betreft een middenpositie inneemt. Het aantal inwoners per FTE huisarts in de overige postcodegebieden is het grootst (2.441), in de aangrenzende postcodegebieden is die het kleinst (2.191). Dit zou kunnen betekenen dat in de achterstandswijken relatief grotere praktijken zijn gevestigd dan in de aangrenzende postcodegebieden. Het is echter niet uitgesloten dat de patiëntenpopulatie van de huisartsen in de aangrenzende gebieden voor een deel afkomstig is uit achterstandswijken.

Wat het aantal contacten per FTE huisarts betreft, geldt een ander verhaal. Met 10.841 contacten per FTE huisarts ligt de werkdruk in de achterstandswijken hoger dan in de grote steden als geheel. De oorzaak hiervoor ligt waarschijnlijk in het grote aandeel allochtonen en ziekenfondsverzekerden in deze wijken. Opvallend is de lage werkdruk in de aangrenzende postcodegebieden (9.650 contacten per FTE), terwijl de gemiddelde praktijkgrootte daar eveneens het laagst is. Deze wijken zouden wellicht een rol kunnen spelen bij het opvangen van een deel van het aantal contacten ten einde de werkdruk in de achterstandswijken iets te verlagen.

5 Vraag en aanbod in de grote steden tot 2010

5.1 Vraag naar huisartsenzorg

In deze paragraaf wordt ingegaan op de ontwikkelingen die te verwachten zijn in de vraag naar huisartsenzorg in de periode 2001 - 2010. Daarbij wordt allereerst ingegaan op de verwachte ontwikkelingen in het aantal inwoners en de opbouw naar verschillende achtergrondkenmerken.

5.1.1 Relevante achtergrondkenmerken

Op basis van Primos-prognoses voor wat betreft het aantal inwoners per gemeente is door ons het verwachte aantal inwoners naar type gemeente in 2010 afgeleid. Naar verwachting zal het aantal inwoners in de 4 grote steden met 5,7% zal toenemen, wat ongeveer gelijk is aan de verwachte groei in het aantal inwoners voor geheel Nederland (zie tabel 5.1). In de overige grote steden is de verwachte groei duidelijk hoger: 8,8%.

Tabel 5.1: Ontwikkeling aantal inwoners (x 1.000) naar type gemeente in de periode 2001 - 2010

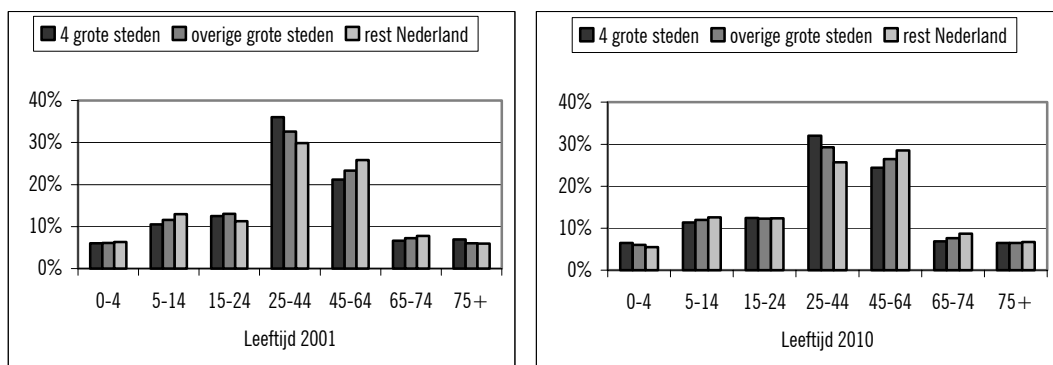
	2001	Aandeel t.o.v. totaal	2010	Aandeel t.o.v. totaal	Relatieve toename
4 Grote steden	2.029	12,7%	2.144	12,7%	5,7%
Overige grote steden	3.662	22,9%	3.983	23,6%	8,8%
Rest Nederland	10.297	64,4%	10.737	63,7%	4,3%
Totaal	15.988	100,0%	16.864	100,0%	5,5%

Bron: bewerking CBS- en Primos-gegevens.

Leeftijd

De Primos-prognoses geven voor 2010 ook een verwachte opbouw naar leeftijd per gemeente. Op basis hiervan kan gesteld worden dat er ten opzichte van 2001 eigenlijk geen grote veranderingen in de leeftijdsopbouw naar type gemeente zullen voordoen (zie figuur 5.1). Uitzondering hierop vormen de 25-64-jarigen. Te zien valt dat het aandeel personen in de leeftijdscategorie 25-44 jaar ten opzichte van 2001 is afgenomen, terwijl het relatief aantal 45-64-jarigen daarentegen is toegenomen. Dit geldt voor alle typen gemeenten.

Figuur 5.1: Relatieve verdeling inwoners naar leeftijd naar type gemeente in de periode 2001 – 2010



Bron: Bewerking CBS-gegevens en Primos-gegevens.

Geslacht

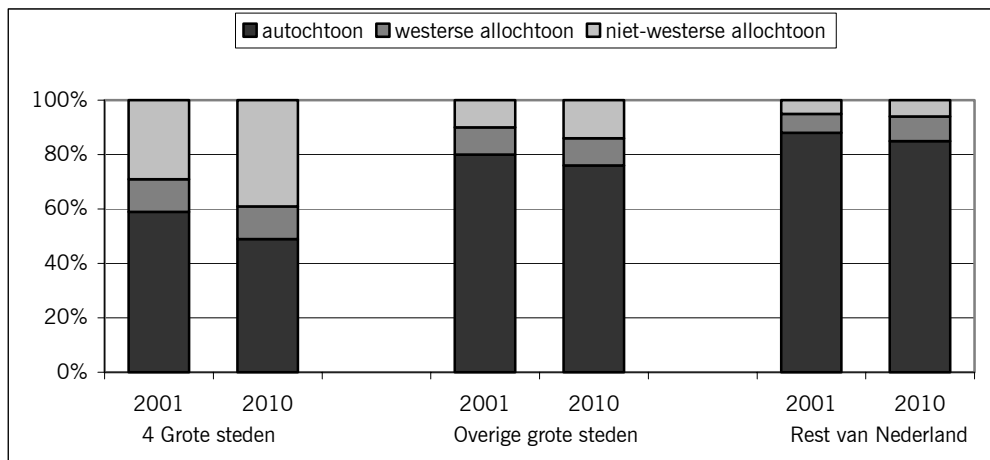
Uitgaande van de Primos-prognoses kan de verwachting worden uitgesproken dat het aandeel vrouwen in 2010 ten opzichte van 2001 niet zal veranderen; was in 2001 50,5% van de inwoners van Nederland vrouw, in 2010 zal dat 50,4% zijn. Ook voor wat betreft het aandeel vrouwen naar type gemeente zal de sekseratio nagenoeg gelijk blijven.

Etniciteit

De ontwikkeling in de etniciteit van de bevolking naar type gemeente, kan niet gebaseerd worden op de Primos-prognoses. Wel is er een CBS-prognose van de opbouw naar etniciteit per gemeente in 2010 beschikbaar. Deze is door ons gecombineerd met de Primos-prognoses. Hieruit blijkt dat in de periode 2001 - 2010 het percentage allochtonen zal toenemen tot 21,5%, ofwel een toename van 3,8% (zie figuur 5.2). Het aandeel niet-westerse en westerse allochtonen zal in 2010 respectievelijk 12,1% en 9,4% bedragen.

Wordt er onderscheid gemaakt naar type gemeente dan blijkt dat in de 4 grote steden relatief de meeste allochtonen voorkomen. In 2010 is de helft van de inwoners van de grote steden allochtoon; in 2001 was dit nog 41%. Niet alleen in de 4 grote steden neemt het aandeel allochtonen toe. Ook in de overige grote steden en de rest van Nederland is een toename te verwachten van het aantal niet-Nederlanders. Hoewel het aantal allochtonen daar net zo snel toeneemt, blijft het aandeel allochtonen op de totale bevolking in die gemeenten aanzienlijk kleiner dan in de 4 grote steden.

Figuur 5.2: Relatieve verdeling inwoners naar etniciteit naar type gemeente in de periode 2001 - 2010



Bron: NIVEL.

Verzekeringsvorm

Er zijn geen prognoses beschikbaar voor wat betreft het percentage ziekenfondsverzekerden per gemeente in 2010. Daarom is aangenomen dat deze percentages per combinatie van achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht en etniciteit) in 2010 gelijk zijn aan die in 2001.

5.1.2 Geschat gebruik

Gegeven de verwachte ontwikkeling in het aantal inwoners naar type gemeente naar leeftijd, geslacht, etniciteit en verzekeringsvorm (zie de voorgaande paragraaf) en onder constant houding van de gemiddelde contactfrequentie per combinatie van achtergrondkenmerken voor 2001 (zie paragraaf 3.1.2) zijn door ons de totale aantallen contacten voor 2010 geschat.

Voor geheel Nederland wordt op basis van de demografische ontwikkelingen een toename van 7,7% in het aantal huisartscontacten verwacht (zie tabel 5.2). Dit bij een groei van 5,5% in het aantal inwoners. Voor de 4 grote steden is de verwachte toename in het aantal contacten 8,7%. Voor de overige grote steden ligt de verwachte groei nog wat hoger, namelijk op 10,9%. Deze verwachting is onafhankelijk van de vraag of er al dan niet rekening gehouden moet worden met een stedelijkheidseffect. In beide situaties zijn de groeipercen-tages gelijk.

Tabel 5.2: Ontwikkeling aantal contacten (x 1.000) naar type gemeente in de periode 2001 - 2010

	2001	Aandeel t.o.v. totaal	2010	Aandeel t.o.v. totaal	Relatieve toename
Zonder een stedelijkheidseffect					
4 Grote steden	9.085	13,4%	9.877	13,5%	8,7%
Overige grote steden	15.621	23,0%	17.322	23,7%	10,9%
Rest Nederland	43.259	63,6%	46.006	62,8%	6,4%
Totaal	67.965	100,0%	73.205	100,0%	7,7%
Met een stedelijkheidseffect					
4 Grote steden	9.666	14,3%	10.509	14,4%	8,7%
Overige grote steden	15.277	22,6%	16.941	23,2%	10,9%
Rest Nederland	42.740	63,1%	45.454	62,3%	6,4%
Totaal	67.684	100,0%	72.904	100,0%	7,7%

Bron: bewerking CBS- en Primos-gegevens.

5.2 Aanbod van huisartsenzorg

In deze paragraaf wordt ingegaan op de ontwikkelingen die te verwachten zijn in het aanbod van huisartsenzorg in de periode 2001 - 2010. Allereerst wordt ingegaan op de verwachte ontwikkelingen in het benodigde aantal huisartsen op basis van onder andere de beschreven ontwikkelingen in het aantal inwoners en de bevolkingssamenstelling. Vervolgens wordt achtereenvolgens ingegaan op de verwachte uitstroom en de verwachte instroom.

5.2.1 Benodigde groei

Benodigde groei op basis van een verwachte groei in de vraag

In de vorige paragraaf was te lezen dat de verwachte groei in het totaal aantal contacten ongeveer 8% is, met een iets grotere verwachte groei voor de overige grote steden en een iets kleinere groei voor de rest van Nederland. De verwachte groei in het aantal contacten naar type gemeente, is daarbij in feite onafhankelijk van de vraag of er nu wel of niet een zelfstandig stedelijkheidseffect is.

Tabel 5.3: Benodigde groei in aantal huisartsen tot 2010 naar type gemeente, wanneer alleen gekeken wordt naar de verwachte groei in het aantal contacten

	Beschikbaar in 2001	Benodigd in 2010	Benodigde groei
4 Grote steden	1.058	1.150	8,7%
Overige grote steden	1.792	1.987	10,9%
Rest van Nederland	4.951	5.265	6,4%
Totaal	7.801	8.403	7,7%

Bron: NIVEL.

De benodigde groei in het aanbod van huisartsenzorg is vervolgens in principe gelijk aan de verwachte groei van de vraag: als er 8% meer vraag ontstaat, dan moet er ook 8% meer aanbod komen. Dit is echter de benodigde groei in aantal FTE huisartsen. De benodigde groei in het aantal personen dat een functie als huisarts bekleedt, is echter groter. Omdat er steeds meer vrouwen tot de beroepsgroep toetreden, zal het gemiddelde aantal FTE per huisarts gaan dalen.

Benodigde groei op basis van een verwachte toename van het deeltijdwerken

Vanwege het toenemende aandeel vrouwen, zal het aantal huisartsen waarschijnlijk met 14% moeten toenemen, om 8% meer vraag op te kunnen vangen (zie tabel 5.4). Daarbij wordt rekening gehouden met een toename tot 45% vrouwen voor geheel Nederland. Per type gemeente is rekening gehouden met een toename van 18%.

De benodigde groei voor deze variant is overigens onafhankelijk van het al dan niet meenemen van een zelfstandig stedelijkheidseffect.

Tabel 5.4: Benodigde groei in aantal huisartsen tot 2010 naar type gemeente, wanneer gekeken wordt naar **(1)** de verwachte groei in het aantal contacten én **(2)** de verwachte toename in deeltijdwerken door feminisering van de beroepsgroep

	Beschikbaar in 2001	Benodigd in 2010	Benodigde groei
4 Grote steden	1.058	1.222	15,5%
Overige grote steden	1.792	2.109	17,7%
Rest van Nederland	4.951	5.584	12,8%
Totaal	7.801	8.914	14,3%

Bron: NIVEL.

Benodigde groei op basis van een eventuele gelijkschakeling van de werklust naar type gemeente

In hoofdstuk 3 bleek dat de werklust per fulltime huisarts verschilt per type gemeente. In het jaar 2001 en zonder rekening te houden met een zelfstandig stedelijkheidseffect, werd voor de 4 grote steden een aantal contacten per FTE huisarts vermeld van 10.388, terwijl er voor de rest van Nederland sprake was van gemiddelde van 10.245. In de vorige berekeningen, blijft dit verschil bestaan. Als nu voor de toekomst daarentegen rekening wordt gehouden met

een gelijk getrokken werklast voor huisartsen naar type gemeente, dan moet het aantal huisartsen in de 4 grote steden sterker groeien en in de rest van Nederland minder sterk.

Als niet wordt uitgegaan van een zelfstandig stedelijkheidseffect, dan moet het aantal huisartsen in de 4 grote steden met 16,7% groeien en in de overige grote steden met 18,2% (zie tabel 5.5). De benodigde groei in de rest van Nederland is dan 12,4%

Als wel uitgegaan wordt van een zelfstandig stedelijkheidseffect, dan is het aantal contacten in de 4 grote steden 11.053 per FTE in de 4 grote steden en 10.122 in de rest van Nederland. Omdat het verschil in werklast in 2001 dan dus groter is, is de benodigde groei in de 4 grote steden voor het alsnog gelijk trekken van de werklast ook groter, namelijk 24,7%. Voor de overige grote steden is dan een groei van 16,1% nodig. De groei in de rest van Nederland kan in dat geval beperkt blijven tot 11,5%.

Tabel 5.5: Benodigde groei in aantal huisartsen tot 2010 naar type gemeente, wanneer gekeken wordt naar **(1)** de verwachte groei in het aantal contacten én **(2)** de verwachte toename in deeltijdwerken door feminisering van de beroepsgroep én **(3)** een gelijk getrokken werklast naar type gemeente

Zonder een stedelijkheidseffect	Beschikbaar in 2001	Benodigd in 2010	Benodigde groei
4 Grote steden	1.058	1.235	16,7%
Overige grote steden	1.792	2.118	18,2%
Rest van Nederland	4.951	5.563	12,4%
Totaal	7.801	8.915	14,3%

Met een stedelijkheidseffect	Beschikbaar in 2001	Benodigd in 2010	Benodigde groei
4 Grote steden	1.058	1.319	24,7%
Overige grote steden	1.792	2.080	16,1%
Rest van Nederland	4.951	5.519	11,5%
Totaal	7.801	8.918	14,3%

Bron: NIVEL.

5.2.2 **Verwachte uitstroom**

In de vorige paragraaf is berekend hoeveel meer huisartsen straks nodig zijn, om aan de vraag te voldoen. Dat is de zogeheten uitbreidingsvraag. In deze paragraaf wordt ingegaan op de vraag hoeveel huisartsen er nodig zijn om de uitstroom in verband met pensionering en dergelijke op te vangen. Dit wordt de vervangingsvraag genoemd.

Op basis van de leeftijds- en geslachtsspecifieke uitstroomp patronen tot nu toe en rekening houdend met de opbouw van de beroepsgroep naar leeftijd en geslacht naar type gemeente, zijn voorspellingen gedaan over de uitstroom in de komende jaren. Omdat de leeftijd en geslachtsopbouw van dit moment in feite niet sterk verschilt, lopen de verwachte percentages uitstroom ook niet sterk uiteen; voor de grote steden wordt een uitstroom van 41,3% verwacht en voor de rest van Nederland is dit 39,4% (zie tabel 5.6).

Tabel 5.6: Verwachte uitstroom van huisartsen tot 2010 naar type gemeente

	Beschikbaar in 2001	Verwachte uitstroom tot 2010	Percentage uitstroom tot 2010
4 Grote steden	1.058	437	41,3%
Overige grote steden	1.792	732	40,8%
Rest van Nederland	4.951	1.949	39,4%
Totaal	7.801	3.118	40,0%

Bron: NIVEL.

5.2.3 *Benodigde instroom*

Op basis van de gegevens in de paragrafen 5.2.1 en 5.2.2 kan uitgerekend worden hoeveel huisartsen in de komende jaren moeten instromen in de beroepsgroep om zowel de uitbreidingsvraag als de vervangingsvraag op te vangen. Dit is uiteraard weer afhankelijk van onder andere de aannames over het al dan niet bestaan van een zelfstandig stedelijkheidseffect. Bovendien is het afhankelijk van de verwachte, c.q. gewenste werklast per huisarts naar type gemeente: blijven de huidige verschillen bestaan, of wordt de werklast gelijk getrokken?

Als we uitgaan van een in 2010 gelijkgetrokken werklast en zonder een onafhankelijk stedelijkheidseffect, dan moeten er in de jaren 2001 tot 2010 in totaal zo'n 4.232 huisartsen instromen (zie tabel 5.7). Daarvan moet dan 14,5% zich vestigen in de 4 grote steden, 25% moet zich in de overige grote steden gaan vestigen en 60,5% in de rest van Nederland. Op jaarbasis gaat het om 68 huisartsen die zich in de grote steden moeten vestigen, 117 per jaar in de overige grote steden en 286 per jaar in de rest van Nederland.

Als wél rekening wordt gehouden met een onafhankelijk stedelijkheidseffect, dan moet de verdeling van de instroom iets anders worden. Per jaar moeten er dan 78 huisartsen naar de 4 grote steden, 113 naar de overige grote steden en 280 naar de rest van Nederland.

Tabel 5.7: Benodigde instroom van huisartsen tot 2010 naar type gemeente, wanneer gekeken wordt naar **(1)** de verwachte groei in het aantal contacten én **(2)** de verwachte toename in deeltijdwerken door feminisering van de beroepsgroep én **(3)** een gelijk getrokken werklast naar type gemeente én **(4)** de verwachte uitstroom van huisartsen

Zonder een stedelijkheidseffect	Benodigde instroom tot 2010	Benodigde instroom per jaar	Benodigde aandeel
4 Grote steden	614	68	14,5%
Overige grote steden	1.057	117	25,0%
Rest van Nederland	2.561	286	60,5%
Totaal	4.232	471	100,0%

Met een stedelijkheidseffect	Benodigde instroom tot 2010	Benodigde instroom per jaar	Benodigde aandeel
4 Grote steden	698	78	16,5%
Overige grote steden	1.018	113	24,1%
Rest van Nederland	2.516	280	59,4%
Totaal	4.232	471	100,0%

Bron: NIVEL.

5.2.4 Verwachte instroom

We hebben dus gezien dat minimaal 14,5% van de nieuwe huisartsen zich in de grote steden moeten gaan vestigen en dat het daarbij gaat om minimaal 68 huisartsen per jaar. De vraag is nu of een dergelijke instroom ook gehaald kan worden. Daartoe hebben we onder andere gekeken naar de verdeling van de instroom tussen 1990 en 2001 naar stedelijkheid. Daarbij blijkt dat tot nu toe 13% van de nieuwe huisartsen in de 4 grote steden terecht is gekomen, 22% in de overige grote steden en 65% in de rest van Nederland (zie tabel 5.8). Als in de toekomst 15 á 16% zich in de 4 grote steden moet vestigen en 24 á 25% in de overige grote steden, dan moet het relatieve aandeel voor dit type gemeente dus duidelijk gaan groeien. Tegelijkertijd is te zien dat de instroom in de grote steden zeker niet veel groter hoeft te worden dan tot nu toe het geval was.

Tabel 5.8: Gerealiseerde instroom van huisartsen naar type gemeente in de periode 1990 – 2001

	Gerealiseerde instroom 1990 - 2001	Gerealiseerde instroom per jaar	Gerealiseerde aandeel
4 Grote steden	409	37	13,0%
Overige grote steden	694	63	22,1%
Rest van Nederland	2.035	185	64,9%
Totaal	3.138	285	100,0%

Bron: NIVEL.

Terwijl de relatieve verdeling van de instroom naar type gemeente in de afgelopen periode dus niet heel sterk afwijkt van de verdeling van de benodigde instroom in de komende jaren, is de absolute omvang van de benodigde instroom wél veel groter dan de in het verleden gerealiseerde instroom. De gerealiseerde instroom van 285 per jaar, is daarbij echter afkomstig van een opleiding waar per jaar ongeveer 325 mensen aan mochten beginnen. In de komende jaren zal de opleidingscapaciteit veel groter zijn. Op dit moment is deze reeds verhoogd tot 460 mensen per jaar. Dit is in dezelfde orde van grootte als de benodigde instroom. Omdat de instroom in de opleiding wellicht zelfs opgetrokken gaat worden naar meer dan 500 per jaar, hoeven we ons om de absolute omvang van de totale instroom niet veel zorgen te maken. Het blijft dus vooral gaan om de vraag of men zich wel wil vestigen in de grote steden.

Wensen van pas-afgestudeerde huisartsen

Gevraagd naar de voorkeur voor stedelijkheidsgraad, geeft slechts 8% van de praktijkzoekende huisartsen de voorkeur aan vestiging in een grote stad. De meest populaire categorie blijkt het verstedelijkte platteland te zijn: maar liefst 39% van de praktijkzoekende huisartsen geeft daaraan de voorkeur. Dit patroon van voorkeur blijkt op te gaan voor zowel de praktijkzoekende huisartsen van de afgelopen drie jaar (1999 tot en met 2001), als voor degenen die tussen 1995 en 1997 een praktijk zochten.

Van de praktijkzoekende huisartsen van de jaren 1999 tot en met en 2001, is 15% bereid om zich eventueel in een achterstandswijk te vestigen en 56% is daartoe niet bereid. In 1995 tot en met 1997, was 13% bereid zich in een achterstandswijk te vestigen en 65% was daartoe niet bereid.

In onderstaand kader is overigens precies te zien welke vragen aan de praktijkzoekende huisartsen zijn gesteld en welke antwoordcategorieën daarbij zijn aangeboden.

In welk soort plaats zou u het liefst als huisarts of HIDHA werkzaam willen zijn? (één mogelijkheid aankruisen)
<input type="checkbox"/> Platteland
<input type="checkbox"/> Verstedelijkte platteland
<input type="checkbox"/> Forensengemeente
<input type="checkbox"/> Kleine steden (tot 30.000 inwoners)
<input type="checkbox"/> Middelgrote steden (30.000 tot 100.000 inwoners)
<input type="checkbox"/> Grote steden (meer dan 100.000 inwoners)
<input type="checkbox"/> Geen voorkeur

In hoeverre bent u bereid om in een achterstandswijk als huisarts of HIDHA werkzaam te zijn?
<input type="checkbox"/> Ja, reden
<input type="checkbox"/> Nee, reden
<input type="checkbox"/> Geen mening

5.3 Conclusie

Puur op basis van demografische, sociaal-culturele en sociaal-economische ontwikkelingen kan geschat worden dat de vraag naar huisartsenzorg in de 4 grote steden in de periode 2001 - 2010 met ongeveer 9% zal toenemen. In de overige grote steden gaat het dan om een groei van 11%. In de rest van Nederland kan verwacht worden dat de vraag naar huisartsenzorg met bijna 7% zal toenemen. Als de "gemiddelde" huisarts in 2010 op eenzelfde wijze zal werken als een "gemiddelde" huisarts van 2001, dan moet het aantal huisartsen ook met respectievelijk 9%, 11% en 7% groeien in achtereenvolgens de 4 grote steden, de overige grote steden en in de rest van Nederland. Omdat het aandeel vrouwen bij de toekomstige groep huisartsen echter beduidend hoger zal liggen dan nu het geval is, en vrouwen waarschijnlijk ook in 2010 relatief vaak in deeltijd zullen werken, moet het aantal huisartsen niet met respectievelijk 9%, 11% en 7% groeien, maar met ruwweg 16%, 18% en 13%.

Met een dergelijke groei in het aantal huisartsen zullen de huidige verschillen in werklust blijven bestaan. Indien men dit ongewenst vindt, dan veranderen de benodigde groeipercentages. Als er geen rekening wordt gehouden met een stedelijkheidseffect, is de benodigde groei echter nauwelijks anders, namelijk 17%, 18% en 12%. Wordt daarentegen wél rekening gehouden met een zelfstandig stedelijkheidseffect, dan worden de benodigde groeipercentages respectievelijk 25%, 16% en 12%.

Naast de groei in het benodigde aantal huisartsen, moet ook nog rekening gehouden worden met de vervanging van huisartsen die met pensioen gaan of om andere redenen uitstromen. Het benodigde aantal nieuwe huisartsen voor opvang van de te verwachten uitstroom, is zelfs groter dan het benodigde aantal nieuwe huisartsen voor de opvang van de uitbreiding van de zorgvraag. Het gaat namelijk om een vervangingsvraag van 40%, tegenover een uitbreidingsvraag van 14%. De verwachte uitstroom verschilt overigens nauwelijks naar type gemeente. In de 4 grote steden én in de overige grote steden wordt een uitstroom van 41% verwacht, tegenover een uitstroom van 39% in de rest van Nederland. Dit verschil van 2% in de uitstroom komt echter wel weer boven op de verschillen van 3 á 13% die reeds waren geconstateerd voor de uitbreidingsvraag.

Het een en ander betekent dat er in de komende periode per jaar tussen de 68 en de 78 huisartsen moeten kiezen voor vestiging in de 4 grote steden, tegenover een instroom van ruwweg 115 per jaar voor de overige grote steden en 280 á 286 per jaar voor de rest van Nederland. Anders geformuleerd: van de 471 huisartsen die volgens de hier gepresenteerde berekeningen jaarlijks moeten gaan instromen, moet 15 á 17% zich gaan vestigen in de 4 grote steden.

In de afgelopen jaren heeft 13% van de instroom zich gevestigd in de 4 grote steden. Dit percentage wijkt niet heel sterk af van het voor de toekomst gewenste aandeel van 15 á 17%. Het betekent echter wel dat de relatieve belangstelling voor vestiging in de grote steden toch beduidend moet groeien. Een ophoging van 13% naar 15 á 17% betekent immers een relatieve groei met ruwweg 15 á 30%. Daarbij moet ook bedacht worden dat de belangstelling van nieuwe huisartsen voor een vestigingsplaats in eerst instantie vooral uitgaat naar het verstedelijkte platteland (39%) en in veel mindere mate naar de grote steden (8%). Er moeten dus meer mensen naar de grote steden dan op basis van de uitgesproken belangstelling verwacht mag worden. Gebeurt dit niet, dan zal de aansluitingsproblematiek in de grote steden duidelijk gaan toenemen.

6 Samenvatting en conclusies

Vraagstellingen

Volgens diverse onderzoeken zouden de grote steden van ons land geconfronteerd worden met meer complexe gezondheidsproblemen dan elders in Nederland. Verder zou in de grote steden in toenemende mate de toegankelijkheid van zorg in gevaar te komen. Dit zou enerzijds veroorzaakt worden door een toenemende zorgvraag en anderzijds door tekorten aan menskracht in gezondheidszorg. Om dit nader te onderzoeken is in dit rapport onderzocht of de aansluitingsproblematiek tussen vraag en aanbod in de grote steden groter is dan elders in Nederland.

Om bovengenoemde vraag te kunnen beantwoorden is in eerste instantie onderzocht welke ontwikkelingen in de afgelopen tien jaar hebben plaatsgevonden op het terrein van vraag en aanbod aan huisartsenzorg. Met name is gekeken of tussen de grote steden en de rest van Nederland verschillen bestaan in aansluiting tussen vraag en aanbod en of die verschillen in de afgelopen tien jaar groter of kleiner zijn geworden. Omdat ook binnen de grote steden verschillen worden verondersteld rond de aansluiting tussen vraag en aanbod, is deze problematiek ook voor de achterstandswijken in kaart gebracht.

Vanuit beleidsmatige overwegingen is het van groot belang om ook inzicht te krijgen in de toekomstige ontwikkelingen. Vandaar dat ook gekeken is naar verwachte vraag- en aanbodontwikkelingen tot het jaar 2010. Voor dit prognosejaar is voor zowel voor de grote steden als de rest van Nederland onderzocht hoe vraag en aanbod zich tot elkaar verhouden.

Methode en gegevensverzameling

Voor het onderzoek is een onderscheid gemaakt tussen drie typen gemeenten, te weten: de vier grote steden, de overige grote steden en de rest van Nederland. Hierbij is dezelfde indeling aangehouden als in het RIVM- onderzoek "Zorg in de grote steden".

Gegeven de vraagstellingen van het onderzoek moesten eerst de begrippen vraag en aanbod geoperationaliseerd worden. Voor wat betreft de vraag spelen twee begrippen een belangrijke rol in dit onderzoek, te weten het feitelijke gebruik en het geschatte gebruik. Voor het berekenen van het feitelijke gebruik – onder feitelijk gebruik wordt verstaan hoe vaak mensen naar de huisarts gaan – is gebruik gemaakt van de POLS-gegevens (1998 t/m 2000) van het CBS. Op basis hiervan zijn de contactfrequenties naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm berekend. Aangezien er alleen op landelijke schaal gegevens over het feitelijke gebruik beschikbaar zijn, is voor het in kaart brengen van het gebruik per gemeente op basis van de bevolkingssamenstelling van de betreffende gemeente en de landelijke gebruikgegevens een schatting gemaakt van de vraag naar huisartsenzorg: het geschatte gebruik. Voor het in kaart brengen van de demografische, sociaal-culturele en sociaal-economische opbouw per gemeente zijn gegevens van het CBS gebruikt. Voor het berekenen van de bevolkingsprognoses per gemeente is gebruik gemaakt van het "Primos-model".

Door tenslotte voor zowel de grote steden als de rest van Nederland het aanbod met het geschatte gebruik te vergelijken, konden de aansluitingsproblemen in beeld gebracht worden.

Vraag en aanbod in 1990 en 2001

In de periode 1990 - 2001 is het aantal inwoners in Nederland met 7,4% toegenomen. In de vier grote steden bedroeg de toename 3,4%. In de overige grote steden was de groei het hoogst (10,3%). Voor wat betreft de leeftijdsopbouw van de bevolking blijkt dat in de genoemde periode het percentage 65-74 jarigen in de vier grote steden is afgenomen en in rest van Nederland juist is toegenomen. In de grote steden is met name sprake van een toename van het relatieve aandeel 25-44 jarigen. Een andere opvallende demografische ontwikkeling is de groei van het aantal allochtonen. In Nederland is het percentage allochtonen toegenomen van ruim 13% in 1990 naar bijna 18% in 2001. Hoewel in de vier grote steden het aandeel allochtonen altijd al veel hoger was dan in de rest van Nederland, is dit aandeel verder gestegen van 30% in 1990 naar 41% in 2001. In de overige grote steden was sprake van een toename van 15% naar 20%. In de rest van Nederland is het aandeel allochtonen gestegen van 9% naar 12%.

Om bovengenoemde ontwikkelingen te kunnen vertalen in de vraag naar huisartsenzorg, is gekeken wat de invloed is van demografische, sociaal-culturele en sociaal-economische factoren op het aantal contacten met de huisarts. Op basis van de POLS-gegevens van het CBS is afgeleid dat de contactfrequentie onder andere samenhangt met leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm. Zo gaan ouderen vaker naar de huisarts dan jongeren, hebben vrouwen een hogere contactfrequentie dan mannen en is de gemiddelde contactfrequentie van ziekenfondsverzekerden hoger dan voor particuliere patiënten. De ter beschikking staande POLS-data bevatten niet voldoende gegevens omtrent de verschillen in contactfrequentie tussen allochtonen en autochtonen. Derhalve is op basis van literatuuronderzoek hieromtrent een schatting gemaakt. Er is voor het niet-westerse allochtone deel van de bevolking een generieke ophoogfactor van 25% binnen elk van de onderscheiden bevolkingskenmerken (leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm) gehanteerd.

Tot slot is ook rekening gehouden met urbanisatiegraad. Op basis van een vergelijking tussen feitelijk en verwacht gebruik is geconstateerd dat binnen de vier grote steden waarschijnlijk een stedelijkheidseffect bestaat van 6,4%, ofwel de feitelijke contactfrequentie is 6,4% hoger dan verwacht mocht worden op basis van de achtergrondkenmerken van de bevolking. In de overige grote steden daarentegen ligt de feitelijke contactfrequentie 2,2% lager dan verwacht. Als rekening wordt gehouden met bovengenoemde factoren (bevolkingsgroei, leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm, etniciteit en stedelijkheid) blijkt dat het totaal aantal contacten in de periode 1990 - 2010 waarschijnlijk met 9,8% is toegenomen. Daarbij laten de vier grote steden een lagere verwachte groei zien (4,3%) dan de overige grote steden (12,4%) en de rest van Nederland (10,2%)

Voor wat betreft het aanbod van huisartsen moet worden geconstateerd dat in Nederland het aantal huisartsen in de periode 1990 - 2001 met 14,7% is toegenomen. In de vier grote steden bedroeg de groei echter slechts 5,6%. In de overige grote steden en de rest van Nederland bedroeg de groei respectievelijk 16,5% en 16,2%. Als gekeken wordt naar het aantal FTE, is de groei veel lager. In de vier grote steden blijkt het aantal FTE van huisartsen in de periode 1990 - 2001 vrijwel gelijk te zijn gebleven. In de overige grote steden en de rest van Nederland was daarentegen sprake van een groei van respectievelijk 11,1% en 10,8%. Dat het aantal FTE minder sterk is toegenomen dan het aantal huisartsen heeft deels te maken met een snelle toename van het aantal vrouwelijke huisartsen en daarmee het aantal deeltijd werkende huisartsen. In 1990 was 15% van de huisartsen vrouw en in 2001 bedroeg dit reeds 27%. Overigens lag het percentage vrouwen in de grote steden altijd al hoger dan elders in Nederland. In 1990 was 23% van de huisartsen in de vier grote steden vrouw. Dit percentage is toegenomen tot 35% in 2001.

Als vervolgens wordt gekeken naar de leeftijdsopbouw van huisartsen dan blijkt dat er grote verschillen zijn tussen 1990 en 2001. In 1990 was 21% van de huisartsen ouder dan 50 jaar. In 2001 geldt dit voor bijna 34% van alle huisartsen. In de vier grote steden is het percentage 50 plussers toegenomen van 20% in 1990 naar 36% in 2001. Dit wijkt overigens nauwelijks af van de overige grote steden en de rest van Nederland. Als de uitstroom onder de loep wordt genomen dan blijkt dat in de periode 1990 - 2001 circa 31% van alle in Nederland werkzame huisartsen gestopt is met werken. De vier grote steden hebben daarbij een iets hogere uitstroom laten zien (34%) dan de overige grote steden (28%) en de rest van Nederland (32%).

Als tot slot wordt gekeken hoe vraag en aanbod zich in de periode 1990 - 2001 tot elkaar verhouden dan blijkt dat het aantal inwoners per FTE huisarts in de vier grote steden het laagst is (2.320). In de overige grote steden en de rest van Nederland bedraagt het gemiddelde respectievelijk 2.421 en 2.439. Dit betekent dat de vier grote steden voor wat betreft dit gemiddelde gunstig afsteken vergeleken met de overige gemeenten. In de vier grote steden gaat het om 4 á 5% minder inwoners per huisarts. Tien jaar geleden was dat verschil overigens groter, namelijk 7% á 10%. De ontwikkeling in het aantal inwoners per FTE huisarts is in de vier grote steden dus ongunstiger geweest dan in de rest van Nederland. In de vier grote steden is het aantal inwoners per FTE huisarts gestegen met bijna 3% terwijl dit elders tussen de 1% en 3% is afgenomen. De aansluiting in de vier grote steden is dus wat meer onder druk komen te staan.

Aangezien het aantal inwoners per huisarts slechts een ruwe indicatie geeft van de werklast, is vervolgens gekeken naar het aantal contacten dat per FTE huisarts verwacht mag worden op basis van de achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en etniciteit) van de bevolking in de verschillende typen gemeenten. Op basis hiervan is berekend hoeveel patiëntcontacten verwacht mogen worden. Hieruit blijkt dat het aantal contacten per FTE huisarts in de 4 grote steden tegenwoordig minstens even groot is als in de rest van Nederland. Dus ondanks het feit dat er in de 4 grote steden gemiddeld iets minder inwoners per huisarts zijn (namelijk 4 á 5% minder), is het verwachte aantal contacten per huisarts toch 1 á 2% groter. Maar het 1 á 2% grotere aantal contacten per FTE huisarts geeft nog niet voldoende argumenten om te stellen dat de aansluitingsproblematiek in de 4 grote steden op dit moment veel ongunstiger is dan in de rest van Nederland. Als echter ook rekening wordt gehouden met een zelfstandig stedelijkheidseffect, dan lijkt er sprake van een 8 á 9% groter aantal contacten per FTE huisarts in de 4 grote steden. In dat geval is er dus wél duidelijk sprake van een verschil in aansluiting.

Vraag en aanbod in achterstandswijken in de grote steden

Voor dit onderzoek zijn de wijken in de grote steden van ons land opgedeeld in drie groepen, te weten: de achterstandswijken, de postcodegebieden die grenzen aan de achterstandswijken en de overige postcodegebieden.

In de achterstandswijken wonen circa 863.000 mensen, ofwel 15% van de totale bevolking in de grote steden. Circa 20% woont in de aangrenzende gebieden en 65% in de overige gebieden van de grote steden. De achterstandgebieden worden verder gekenmerkt door een relatief jonge leeftijdsopbouw. Circa 71% is jonger dan 44 jaar tegenover 63% in de overige gebieden. Als gekeken wordt naar etniciteit dan zijn de verschillen tussen de onderscheiden gebieden veel groter. Bijna 55% van de bevolking in de achterstandswijken bestaat uit allochtonen. In de aangrenzende postcodegebieden en de overige gebieden bedraagt dit respectievelijk 30% en 21%.

Rekening houdend met landelijke contactfrequenties naar achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en etniciteit) is berekend dat in de achterstandswijken de gemiddelde contactfrequentie waarschijnlijk hoger is (4,5) dan in de aangrenzende (4,4) en overige gebieden (4,3).

Voor wat betreft het aanbod van huisartsen geldt dat 15% van de huisartsen in de grote steden gevestigd is in een achterstandgebied. Dit geldt ook voor het aantal FTE huisartsen. Overigens werken er relatief iets meer vrouwen in de achterstandswijken dan elders. Circa 33% van de huisartsen in achterstandswijken is vrouw. Qua leeftijdsopbouw blijkt dat de huisartsen in de achterstandswijken iets ouder zijn dan in de overige gebieden. Circa 38% is ouder dan 50 jaar. In zowel de aangrenzende gebieden als de overige gebieden bedraagt dit 35%.

Als wordt gekeken naar de aansluiting tussen vraag en aanbod, dan blijken er grote verschillen te zijn in het aantal inwoners per FTE huisarts. De aangrenzende gebieden scoren het laagst; namelijk 2.191 inwoners per FTE huisarts. De overige wijken scoren het hoogst (2.441). In de achterstandswijken bedraagt het aantal inwoners per FTE 2.407. Dit zou kunnen betekenen dat in de achterstandswijken relatief grotere praktijken zijn gevestigd dan in de aangrenzende gebieden. Het is echter niet uitgesloten dat de patiëntenpopulatie van de huisartsen in de aangrenzende gebieden voor een deel afkomstig is uit de achterstandswijken. Als vervolgens wordt gekeken of er ook verschillen zijn in het aantal contacten, dan blijkt dat in de achterstandswijken het gemiddeld aantal contacten per FTE huisarts waarschijnlijk het hoogst is; 10.841 op jaarbasis. In de aangrenzende gebieden wordt een gemiddelde van 9.650 genoteerd en in de overige gebieden geldt een gemiddelde van 10.469. Dit betekent dat de werklast in achterstandswijken hoger ligt dan in de overige gebieden. Opvallend is echter dat juist in de aangrenzende gebieden de werklast het laagst is terwijl de gemiddelde praktijkgrootte daar eveneens het laagst is.

Vraag en aanbod in de grote steden in 2010

Een belangrijke beleidsmatige vraag is hoe vraag en aanbod zich in de komende jaren zal ontwikkelen. Op basis van bevolkingsprognoses op gemeentelijke niveau (Primos-model) is berekend dat het aantal inwoners in de vier grote steden met 5,7% zal toenemen, wat ongeveer gelijk is aan de verwachte groei voor geheel Nederland. In de overige grote steden ligt de verwachte groei veel hoger (8,8%). Als vervolgens wordt gekeken naar de leeftijdsopbouw dan blijkt dat in 2010 circa 37% van de bevolking in de grote steden ouder is dan 44 jaar. Dit percentage is lager dan in de overige grote steden (41%) en de rest van Nederland (46%). Naar verwachting zal in periode 2001 - 2010 het aandeel allochtonen in de Nederlands bevolking toenemen van 18% in 2001 naar 22% in 2010. In de grote steden zal daarbij sprake zijn van een toename van 41% tot 50%.

Als demografische, sociaal-culturele en sociaal-economische ontwikkelingen worden vertaald in een verwachting over het toekomstige gebruik van huisartsenzorg, dan blijkt dat in de periode 2001 - 2010 voor geheel Nederland het aantal contacten met de huisarts waarschijnlijk met 7,7% toe zal nemen. Dit bij een bevolkingsgroei van 5,5% in de genoemde periode. Voor de vier grote steden is de verwachte toename in het aantal contacten 8,7%. Voor de overige grote steden ligt de verwachte groei veel hoger (10,9%) en voor de rest van Nederland veel lager (6,4%). Als de "gemiddelde" huisarts in 2010 op dezelfde wijze zal werken als de "gemiddelde" huisarts in 2001, dan moet het aantal huisartsen dus ook met respectievelijk 8,7%, 10,9% en 6,4 % toenemen in achtereenvolgens de vier grote steden, de overige grote steden en de rest van Nederland.

Voor wat betreft de ontwikkelingen in het aanbod is eerst gekeken hoeveel huisartsen in de komende jaren mogelijk zullen stoppen (leeftijd, burn-out, ander beroep e.d.). Op basis van leeftijds- en geslachtsspecifieke uitstroompatronen is berekend dat in de periode 2001 - 2010 circa 40% van de huidige groep werkzame huisartsen in Nederland zullen stoppen. Aangezien tussen de onderscheiden typen gemeenten geen grote verschillen zijn in leeftijds en geslachtungbouw, lopen de verwachte uitstroompercentages ook niet veel uiteen. In de vier grote steden zal 41% van de huisartsen het werk neerleggen, tegenover 39% in de rest van Nederland. Op basis van bovengenoemde uitstroompercentages is berekend dat in Nederland in totaal 3.118 huisartsen vervangen zullen moeten worden om de uitstroom op te vangen. Voor de vier grote steden gaat het in totaal om 437 huisartsen.

Naast de vervangingsvraag is er ook sprake van een uitbreidingsvraag. Immers, eerder is aangegeven dat de vraag naar huisartsenzorg in de komende jaren zal toenemen. Om deze extra vraag op te vangen zal het aantal huisartsen moeten groeien. Zo blijkt dat het totaal aantal huisartscontacten voor geheel Nederland in de genoemde periode met circa 8% zal toenemen, waarbij in de vier grote steden een groeipercentage van 8,7% geldt en in de overige grote steden 10,9%. Dit betekent dat het aantal FTE aan huisartsen eveneens met bovengenoemde percentages moet toenemen om de vraag op te vangen. Aangezien in toenemende mate in deeltijd wordt gewerkt (feminisering) zal het benodigde aantal huisartsen hoger zijn. Voor heel Nederland zou het aantal huisartsen met 14,3% moeten toenemen. Voor de vier grote steden geldt een toename van 15,5% en voor de overige grote steden een benodigde groei van 17,7%.

Als ook rekening wordt gehouden met het alsnog gelijk trekken van de werklast van huisartsen in alle typen gemeenten, dan zal het aantal huisartsen in de vier grote steden met 24% moeten toenemen. Voor de overige grote steden is dan een groei van 16,1% nodig en voor de rest van Nederland een groei van 11,5%.

De vraag is vervolgens hoeveel huisartsen in de komende jaren moeten instromen om zowel de vervangingsvraag als de uitbreidingsvraag op te vangen. Uit de berekeningen blijkt dat het in totaal gaat om 4.232 huisartsen. Daarvan zal 16,5% zich moeten vestigen in de vier grote steden, 24,1% in de overige grote steden en 59,4% in de rest van Nederland. Voor de vier grote steden betekent dit dat er per jaar 78 huisartsen moeten instromen om de vervangingsvraag en de uitbreidingsvraag op te vangen. De vraag is of dit ook haalbaar is. Tot nu toe blijkt dat 13% van de nieuwe huisartsen in de vier grote steden terecht is gekomen. Gegeven het feit dat het benodigde aandeel in de grote steden ongeveer 16% is, moet in de toekomst een iets groter deel van de nieuwe huisartsen zich gaan vestigen in de vier grote steden.

Veel belangrijker is de toename van het absolute aantal benodigde huisartsen. In de jaren negentig bedroeg de instroom in de opleiding gemiddeld 325 per jaar en jaarlijks vestigden zich 285 huisartsen. De uitkomsten omtrent de benodigde instroom hebben laten zien dat de instroom jaarlijks rond de 470 moet liggen. Dit zou betekenen dat de instroom in de opleiding vanaf nu aanzienlijk hoger zou moeten liggen. Aangezien in 2001 de instroom in de opleiding is verhoogd naar 460 en in de komende jaren verder zal worden uitgebreid, zijn er waarschijnlijk voldoende huisartsen die van de opleiding komen om de benodigde instroom op te vangen. De vraag is echter of de groep die in de komende jaren van de opleiding komt zich wel vestigen in de vier grote steden. Uit een wensonderzoek onder praktijkzoekende huisartsen blijkt dat slechts 8% de voorkeur heeft voor het werken in een grote stad. Dit geldt in iets hogere mate voor vrouwen dan voor mannen. Het grootste deel (39%) heeft een voorkeur voor het werken op het verstedelijkt platteland.

Tot slot is ook nog gevraagd of men bereid is om een praktijk uit te oefenen in een achterstandwijk. Circa 15% zegt daar eventueel bereid toe te zijn, waarbij de vrouwen wat hoger scoren dan de mannen. Er moeten dus meer mensen naar de grote steden dan op basis van de uitgesproken belangstelling verwacht mag worden. Indien dit niet gebeurt zal de aansluitingsproblematiek in de grote steden duidelijk toenemen.

Literatuur

1. Van der Lucht F., H. Verkleij. Ontwerprapport Gezondheid in de grote steden: preventie en facetbeleid. Bilthoven: RIVM 2000.
2. Verheij R.A., D.H. de Bakker, J. van der Velden. De huisarts in de grote stad. Utrecht: NIVEL 1992.
3. Verheij R.A. Urban-rural variations in health care (PhD thesis). Utrecht: NIVEL 1999.
4. Verheij R.A., D. H. de Bakker. Beschikbaarheid en toegankelijkheid van huisartsenzorg in stedelijke achterstandsgebieden: eerste meting. Utrecht: NIVEL 1998.
5. Verheij, R.A., S.A. Reijneveld, D.H. de Bakker. Identificatie van stedelijke achterstandsgebieden. Evaluatie van een systematiek voor de verdeling van extra middelen. Utrecht/Leiden: NIVEL/TNO 1998.
6. Galesloot J.A.M., G.W.A.M. Bless. Huisarts in een achterstandswijk: onbetaald en overwerkt. Medisch Contact, nr. 43, 1993.
7. Hingstman L., J. Pool. Behoefteraming huisartsen 1992. Utrecht: NIVEL, 1992.
8. Hingstman L., L. van der Velden. Behoefteraming huisartsen 1998-2010. Utrecht: NIVEL, 1998.
9. Velden L.F.J., L. Hingstman. Vraag en aanbod huisartsen: Bronnenoverzicht en raming 2000-2010. Utrecht: NIVEL, 2000.
10. Hingstman L. Cijfers uit de registratie van huisartsen. Utrecht: NIVEL, diverse jaren.
11. CBS. Medische consumptie en gezondheid. Maandbericht gezondheidsstatistiek, diverse jaren.
12. Bakker D.H. de, L. Jabaaij, H. Abrahamse, J. Braspenning, T. van Althuis, R. Rutten. Jaarrapport LINH 2000. Utrecht: NIVEL 2001.
13. CBS. Statistisch jaarboek, diverse jaren.
14. Weide M.G., M. Foets. Contacten van migranten in de Nederlandse huisartspraktijk. Huisarts en Wetenschap, nr. 4, 1998.
15. Jaarboek Minderheden 2001.

Bijlage 1

Grote steden en achterstandswijken

Tabel B1.1: In het onderzoek meegenomen 'grote steden'

Gemeente	Type	Stedelijkheidsgraad	Gemeente	Type	Stedelijkheidsgraad
Alkmaar	>100.000 inw.	2	Helmond	G21	2
Almelo	G21	3	Hengelo O	G21	2
Almere	>100.000 inw.	3	Leeuwarden	G21	2
Amersfoort	G-nieuw	2	Leiden	G21	1
Amsterdam	G4	1	Lelystad	G21	3
Apeldoorn	>100.000 inw.	2	Maastricht	G21	2
Arnhem	G21	2	Nijmegen	G21	2
Breda	G21	2	Rotterdam	G4	1
Deventer	G21	2	's-Gravenhage	G4	1
Dordrecht	G21	2	's-Hertogenbosch	G21	2
Ede	>100.000 inw.	3	Schiedam	G21	1
Eindhoven	G21	2	Tilburg	G21	2
Emmen	G-nieuw	4	Utrecht	G4	1
Enschede	G21	2	Venlo	G21	3
Groningen	G21	1	Zaanstad	G-nieuw	2
Haarlem	G21	1	Zoetermeer	>100.000 inw.	2
Haarlemmermeer	>100.000 inw.	3	Zwolle	G21	2
Heerlen	G21	2			

Bron: Gezondheid in de grote steden, RIVM.

Tabel B1.2: Postcodes achterstandswijken

Postcodes									
1013	1057	1094	2525	3021	3033	3084	5701	6841	8937
1021	1061	1095	2526	3022	3034	3087	6214	7202	9713
1022	1063	1102	2532	3023	3035	3118	6534	7417	9715
1031	1064	1103	2533	3024	3036	3119	6535	7543	9716
1032	1072	1104	2541	3025	3061	3193	6542	7544	9742
1051	1073	2512	2544	3026	3071	3531	6822	7605	
1052	1074	2515	2562	3027	3072	3552	6826	8918	
1053	1091	2516	2571	3029	3073	3554	6828	8923	
1055	1092	2521	2572	3031	3074	3744	6832	8924	
1056	1093	2524	3014	3032	3081	5621	6833	8936	

Bron: RIVM.

Bijlage 2

Feiteijk gebruik

Tabel B2.1: Gemiddelde contactfrequentie met de huisarts per persoon per jaar per combinatie van achtergrondkenmerken (leeftijd, geslacht, verzekeringsvorm en etniciteit)¹

Leeftijdsklasse	Verzekeringsvorm	Autochtoon/westerse allochtoon		Niet-westerse allochtoon	
		man	vrouw	man	vrouw
0-4 jaar	ziekenfonds	4,77	4,39	5,96	5,49
	particulier	3,81	3,90	4,76	4,87
5-14 jaar	ziekenfonds	2,36	2,44	2,95	3,05
	particulier	1,77	1,98	2,21	2,48
15-24 jaar	ziekenfonds	2,94	4,57	3,68	5,71
	particulier	1,59	4,40	1,99	5,50
25-44 jaar	ziekenfonds	3,10	5,04	3,87	6,30
	particulier	2,33	4,36	2,91	5,45
45-64 jaar	ziekenfonds	4,69	6,04	5,87	7,54
	particulier	2,88	4,71	3,60	5,89
65-74 jaar	ziekenfonds	6,30	6,35	7,88	7,93
	particulier	4,99	5,83	6,23	7,29
75+	ziekenfonds	5,51	7,19	6,88	8,98
	particulier	5,82	7,36	7,28	9,21

¹ Contactfrequenties van (niet-)westerse allochtonen zijn niet afkomstig uit POLS, maar door het NIVEL berekend.
Bron: CBS POLS-gegevens (1998-2000).