

Capaciteitsplan 2001

voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen

Advies initiële opleiding geneeskunde

*Capaciteitsorgaan
Postbus 20051
3502 LB Utrecht*

*telefoon
(030) 282 33 31*

Utrecht, maart 2001

Inhoud

Inhoud		3
1. Inleiding		4
2. methode	2.1 model	5
	2.2 variabelen en varianten	5
	2.3 toelichting effecten variabelen	6
3. resultaten	3.1 capaciteitsplan vervolgopleidingen	7
	3.2 initiële opleiding	8
4. beschouwing	4.1 capaciteitsplan vervolgopleidingen	9
	4.2 advies initiële opleiding	11
5. knelpunten		11
6. conclusies en signalen		12
	Figuur 1 model	14
	Tabel 1 vraag- en aanbodontwikkelingen	15
	Tabel 2 benodigde instroom	16
	Tabel 3 arbeidstijdvariatie	17
	Tabel 4 aantal artsen en aantal FTE bij verschillende vraag- en aanbodontwikkelingen	18
Bijlagen I tot en met V		
	I Capaciteitsplan Huisartsen	19
	II Capaciteitsplan Medisch Specialisten	23
	III Capaciteitsplan Sociaal Geneeskundigen	26
	IV Capaciteitsplan Verpleeghuisartsen	29
	Vo Capaciteitsplan Tandheelkundig Specialisten Orthodontie	32
	Vk Capaciteitsplan Tandheelkundig Specialisten Kaakchirurgie	34
Bijlage 1		
	Andere factoren die invloed (kunnen) hebben op de uiteindelijk benodigde opleidingscapaciteit.	36
Bijlage 2		
	Leden en medewerkers Capaciteitsorgaan	37
Bijlage 3		
	Gebruikte afkortingen	40

1. INLEIDING

De stichting "Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen" (kortweg "Capaciteitsorgaan") is in 1999 opgericht door organisaties van medische en tandheelkundige beroepsgroepen, zorgverzekeraars en opleidingsinstellingen. Het Capaciteitsorgaan bestaat uit een Plenair Orgaan en vijf Kamers; voor huisartsen, medisch specialisten, sociaal geneeskundigen, verpleeghuisartsen en tandheelkundig specialisten. Voor de recent erkende beroepsgroep van artsen voor verstandelijk gehandicapten zal het volgend jaar een plan verzorgd worden

Het Capaciteitsorgaan heeft als taken:

- opstellen van een capaciteitsplan voor de vervolgopleidingen;
- adviseren over de gewenste capaciteit van de initiële opleiding geneeskunde;
- informatievoorziening aan het zorgveld en de overheid met betrekking tot de gewenste instroom in de medische en tandheelkundige (vervolg)opleidingen.

Het Capaciteitsorgaan besloot allereerst een onderzoeksmodel te ontwikkelen onder leiding van professor dr. Geurts (directeur) van het IVA uit Tilburg, tezamen met de onderzoeksinstituten NIVEL en Prismant uit Utrecht. In maart 2000 heeft het Plenair Orgaan dit model vastgesteld. Dit model gebruikt zowel harde gegevens (bijvoorbeeld de demografische ontwikkeling van de bevolking en die van de beroepsgroep) als zachte onderzoeksgegevens (bijvoorbeeld het effect van groeiende mondigheid van patiënten op de consulttijd van de artsen). Vooralsnog worden uitsluitend gegevens op landelijk niveau gehanteerd en blijven eventuele regionale verschillen zo buiten beschouwing.

Het orgaan stelt ieder voorjaar een capaciteitsplan vast en informeert jaarlijks veld en overheid over de benodigde opleidingscapaciteit. Op verzoek van de Minister van VWS is al in oktober 2000 een voorlopige raming uitgebracht. De toen uitgebrachte informatie was nog niet beoordeeld en gewogen door iedere Kamer. In dit eerste capaciteitsplan komen de wegingen van de afzonderlijke Kamers wel duidelijk aan bod. In dit plan, opgesteld onder verantwoordelijkheid van het Capaciteitsorgaan, wordt allereerst de methode van werken en berekenen samengevat, met vervolgens een toelichting bij de belangrijkste factoren en de gekozen indeling in varianten. De resultaten komen hierna aan bod, zowel voor de vervolgopleidingen als voor de opleiding tot basisarts. De gegevens hiervan zijn ontleend aan het onderzoeksrapport Raming 2000-2010 van NIVEL en Prismant. Daarnaast worden twee kleinere, aanvullende studies besproken in de beschouwing. Het Capaciteitsplan wordt gecompleteerd met verwachte knelpunten bij de implementatie, gevolgd door conclusies en signalen.

2. METHODE

2.1 Model

Het model dat het Capaciteitsorgaan heeft ontwikkeld, bevat drie hoofdcompartimenten (figuur 1):
de zorgvraag vanuit de bevolking,
het aanbod van artsen,
het werkproces.

Deze drie onderdelen zijn nauw met elkaar verbonden en veranderingen in het ene compartiment hebben effect op de andere compartimenten. Belangrijk zijn de beleidslijnen, die op de drie genoemde onderdelen invloed kunnen uitoefenen. Het is aldus een interactief model. Dit betekent, dat uitkomsten uit het model, gericht op opleidingscapaciteiten, kunnen leiden tot beleidsmaatregelen en omgekeerd, dat invoer van beleid de uitkomsten kan beïnvloeden.

2.2 Variabelen en varianten

De vijf Kamers van het Capaciteitsorgaan hebben onderzoeksmateriaal, verzameld en bewerkt door de onderzoeksinstituten NIVEL en Prismant, beoordeeld en per Kamer goedgekeurd. Voor een aantal variabelen zijn bestaande gegevensbestanden gebruikt en doorgetrokken naar 2010. Dit zijn harde variabelen. Voor andere factoren is er, door de leden van de Kamers te laten functioneren als expertpanel, een schatting gemaakt, hoe deze zullen veranderen in de periode tot 2010. Dit zijn zachte variabelen.

De benodigde opleidingscapaciteit is door de onderzoeksinstituten berekend en geordend op de benodigde instroom op jaarbasis. De variabelen zijn vervolgens gegroepeerd in varianten om tot een nadere weging te kunnen komen.

Er is gekozen voor de volgende varianten:

basisvariant met hierin opgenomen als variabelen:

de bevolkingsontwikkeling,
de demografie van de beroepsgroep,
de lage schatting van de huidige onvervulde vraag.
De eerste twee variabelen zijn hard.

combinatie variant, waarin naast de variabelen in de basisvariant opgenomen zijn:

sociaal-culturele veranderingen,
veranderingen in het werkproces door substitutie/efficiency.

Er zijn binnen deze combinatievariant twee versies berekend door eerst uitsluitend de lage schattingen te combineren en daarna uitsluitend de hoge.

arbeidstijdvariant, alleen geprojecteerd op de lage combinatievariant met daarin berekend de effecten van verlenging en verkorting van de arbeidstijd met 2,5% en 5%.

Als tijdshorizon is gekozen voor 2010.

2.3 Toelichting effecten variabelen

In tabel 1 zijn de vijf belangrijkste variabelen ondergebracht en is het effect op het beschikbare cq benodigde zorgaanbod in percentages uitgedrukt per beroepsgroep. In tabel 2 is de benodigde instroom in de opleidingen voor de basisvariant en de beide combinatievarianten afgezet tegen de huidige instroom. In tabel 3 zijn nog aparte varianten met arbeidstijd uitgewerkt. Hieronder komen de variabelen afzonderlijk aan bod met telkens een verwijzing naar een beroepsgroep ter illustratie.

Een belangrijke harde variabele aan de vraagkant is de bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht. Het effect van vergrijzing op de zorgvraag is goed merkbaar bij de verpleeghuisartsen, van de 27% (zie tabel 2) toename is 21% (zie tabel 1) het gevolg van vergrijzing. Bij de jeugdartsen en orthodontisten ziet men het omgekeerde, omdat zij (voornamelijk) met jongeren werken.

De samenstelling naar leeftijd en geslacht van de beroepsgroep zelf is ook van groot belang om vast te stellen of het aanbod toe- of afneemt, als tegelijk de huidige opleidingscapaciteit constant gehouden wordt. Hier springen weer de verpleeghuisartsen eruit met een groei van zelfs 62% (zie tabel 1). Dit komt doordat het een betrekkelijk jonge beroepsgroep is. Daar tegenover staan de orthodontisten en in mindere mate de (kaak)chirurgen. Bij de eerste groep daalt het aantal beroepsbeoefenaren in 2010 zelfs onder het niveau van 1999, omdat ze relatief ouder zijn. Verder telt de snelheid, waarmee het aandeel vrouwelijke beroepsbeoefenaren toeneemt, buitengewoon sterk mee. Dit is vooral zichtbaar bij de huisartsen, die in de basisvariant al moeten groeien van 336 naar 502 (zie tabel 2). Het percentage vrouwen onder de huisartsen is nu 25%, in 2010 zal dat meer dan 45% zijn. Vrouwelijke artsen werken aanzienlijk meer in deeltijd dan mannen.

Uitgaande van de zorgvraag is besloten de huidige consumptie niet als norm te nemen. Op praktische wijze heeft iedere Kamer een inschatting gemaakt van de huidige onervulde vraag. Hoofdelementen, die beoordeeld zijn, vormden vacatures, suboptimaal werken en wachtlijsten. De lage schattingen lopen uiteen van 3% bij de orthodontisten, die hun patiëntenbestand redelijk goed kunnen reguleren. Aan de andere kant van het spectrum staan de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen met 10% door een combinatie van hierboven genoemde elementen. Besloten is de factor onervulde vraag niet te corrigeren voor oneigenlijke vraag, omdat dit fenomeen nauwelijks goed te kwantificeren is.

Van de zachtere toekomstgerichte factoren spreekt groeiende mondigheid van de bevolking voor zich. Ook de omschrijving, dat de bevolking zich steeds gevoeliger opstelt voor gezondheidsrisico's spreekt aan. De jeugdgezondheidszorg gaat hier aan kop met 30%, mede vanuit in gang gezette beleidsontwikkelingen gericht op intensivering van het jeugdbeleid.

De combinatie substitutie/efficiency leidt in de lage schatting bij de verpleeghuisartsen met 10% tot een toename van werk ten gevolge van verwachte voortgaande verschuiving van patiënten naar deze beroepsgroep vooral uit de

ziekenhuizen, overigens evenals bij de huisartsen met +5%. Binnen de sociale geneeskunde verwacht men met -7% voor de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen nog het meeste van verticale substitutie en ook daadwerkelijke mogelijkheden dit in te voeren.

Tot slot bleek verandering in arbeidstijd een zeer dominante factor. De algemene verwachting dat deze zal dalen verwijst naar een achterliggende, stevige culturele omslag, die gaande is. Ook artsen willen normalere werktijden. In dit verband zijn ook veel “exogene” invloeden van belang als CAO’s, pensioenregelingen en arbeidstijdenbesluiten, ook in Europees verband. Er is hierboven bewust gesproken over “verandering” in arbeidstijd. Bestaande metingen van de werkelijke arbeidstijd bleken vrijwel altijd gebaseerd op opgaven van beroepsbeoefenaren zelf en/of gedateerd. Alleen voor de huisartsen zijn werkelijke gegevens over arbeidstijden bruikbaar geacht. Om ontwikkelingen in arbeidstijd toch in het onderzoek te betrekken is de zogenaamde delta methode gebruikt. De werkelijke tijd wordt dan buiten beschouwing gelaten. Tabel 3 laat duidelijk zien, dat bij een daling met 2,5 tot 5% de gevolgen voor de benodigde opleidingscapaciteit groot zijn; relatief en absoluut. Als grote groepen, als huisartsen en medisch specialisten, deze daling volgen is logischerwijze het effect op de benodigde opleidingscapaciteit in kwantitatieve zin ook groot, namelijk 100 respectievelijk 200 plaatsen meer bij 5% daling van de arbeidstijd van de werkenden.

Ook een aantal variabelen is niet onderzocht vooral met betrekking tot implementatievraagstukken, hetgeen niet behoort tot de taakstelling van het Capaciteitsorgaan (zie bijlage 1).

3. Resultaten

3.1 Capaciteitsplan vervolgopleidingen

Na beoordeling op juistheid van de ingevoerde gegevens heeft iedere Kamer in een aantal sessies zorgvuldig de varianten gewogen en een beargumenteerde keuze gemaakt. Deze worden in de bijlagen I tot en met V weergegeven.

Hieronder volgen de resultaten per Kamer. Als er een spreiding wordt aangegeven, houdt dit verband met de keuze van de Kamer nog open te laten of de arbeidstijdvermindering met 2,5% daalt of met 5%.

De spreiding bij de orthodontie daarentegen houdt verband met onzekerheid over de instroom de komende tien jaar van orthodontisten uit het buitenland.

- Huisartsen: van 336 naar 717 tot 767 jaarlijks; meer dan een verdubbeling.
- Medisch specialisten: van 651 naar 1011 jaarlijks; een gemiddelde toename van 55 %, maar voor de groep beschouwend 64% en de groep snijdend (inclusief anesthesiologie) 68%.

- Sociaal geneeskundigen: van 192 naar 245 tot 267; een groei van 28 tot 39% gemiddeld, maar voor de bedrijfsartsen een toename van 52%. De getallen 245 en 267 liggen 19 respectievelijk 16 hoger, dan in tabel 3 weergegeven, omdat er van wordt uitgegaan dat er (op korte termijn) geen afbouw plaats vindt in de groep algemene gezondheidszorg en overig.
- Verpleeghuisartsen: van 84 naar 90 met de aanbeveling op korte termijn bovendien nog twee keer extra 12 assistenten in opleiding te nemen.
- Tandheelkundig specialisten: orthodontisten van 4,5 naar 12 tot 15 en kaakchirurgen van 7,5 naar 20 ; ongeveer een verdrievoudiging.

De totale behoefte aan assistenten voor de vervolgoopleidingen bedraagt op jaarbasis tussen 2095 en 2180; een optelling van de deelplannen, waarbij geen rekening gehouden is met eventuele afbouw van opleidingsplaatsen.

3.2 Initiële opleiding

In de achterliggende Raming van NIVEL/Prismant is voor de lage combinatievariant met arbeidstijdverkorting van 5% een berekening gemaakt van het aantal studenten, dat de opleiding geneeskunde moet aanvangen. Deze berekening komt uit op bijna 3000.

Bekend is dat van beginnende studenten 80% afstudeert tot arts en van deze laatste groep bijna 85% een vervolgopleiding gaat volgen. Op verschillende gronden is het gewettigd deze laatste lijn niet zomaar naar de toekomst door te trekken. Als de opleidingen in capaciteit gaan groeien, is het aannemelijk dat men eerder een opleiding instroomt en ook eerder bij de opleiding van voorkeur. Gewaagder is het om een doorstroom van 95% te veronderstellen. Deze variaties in doorstroom kunnen omgezet worden in rekenformules. Het benodigde aantal eerstejaars studenten geneeskunde bij 85% is het $1,47 (1/0,80 \times 1/0,85)$ x het berekende aantal in te vullen opleidingsplaatsen, bij 90% is het $1,39 (1/0,8 \times 1/0,90)$ en bij 95% $(1/0,80 \times 1/0,95)$ nog 1,32.

Hieronder wordt voor de berekening van het aantal studenten uitgegaan van de optelsom van de getallen uit de capaciteitsplannen per Kamer.

- bij 85%: $1,47 \times 2095$ tot 2180 = 3078 tot 3205
- bij 90%: $1,39 \times 2095$ tot 2180 = 2912 tot 3030
- bij 95%: $1,32 \times 2095$ tot 2180 = 2765 tot 2878

De waarschijnlijkheid van de doorstroming beoordeelend is een bandbreedte tussen 2912 tot 3205 studenten, die de studie geneeskunde aanvangen op jaarbasis, veilig.

De instroom in de universiteiten in 1999 bedroeg 1875. Bij 2912 studenten is een toename nodig van 55%. Inmiddels is bekend, dat de universiteiten in 2003 verwachten in staat te zijn om 2400 eerstejaars in opleiding te nemen. Dit aantal ligt

nog beduidend onder het berekende, minimale aantal van 2912, zoals hierboven aangegeven.

Op deze getallen wordt in de beschouwing nog uitdrukkelijk teruggekomen.

**Overigens zou een evenredige uitbreiding van de opleiding tot tandarts, waarin het Capaciteitsorgaan statutair geen taak heeft, een logische denklijn zijn bij de beoogde groei van de tandheelkundige vervolgopleidingen van in totaal 12 in 1999 naar 32 tot 35.*

4. Beschouwing

4.1 Capaciteitsplan vervolgopleidingen

In de Voorlopige Raming van oktober 2000 bespraken we dat het model bruikbaar is gebleken en op onderdelen bijstelling behoeft. Zo is van belang rekening te houden met mogelijke interacties tussen onderdelen in het model en op interacties tussen beroepsgroepen. Het is bijvoorbeeld denkbaar, dat er naar de toekomst overlap gaat ontstaan tussen huisartsen en verpleeghuisartsen in verzorgingshuizen. Voor dit plan is er nog sprake van complementariteit, maar dit aspect behoeft extra aandacht, omdat het model dit soort verbanden niet automatisch laat zien.

Ook de gekozen tijdshorizon 2010 werd besproken in samenhang met de uiteenlopende duur van de opleidingen. Een verdere verkenning naar 2015 is toen aangekondigd. Inmiddels is bekend, dat naarmate de opleiding korter is, de kans op een eventueel overschot groter wordt. Verder is duidelijk dat naarmate een beroepsgroep zelf meer vergrijsd is en voor een belangrijk deel voor ouderen werkt, de berekende capaciteit nog aan de lage kant kan zijn. Bij het verleggen van de horizon naar 2015 is een minder steile groei voorstelbaar, maar wordt het evenwicht tussen vraag en aanbod later bereikt.

De absolute en relatieve omslag tot normalisatie van arbeidstijd en deeltijdwerk, dit laatste vooral bij vrouwen, kan naar de toekomst nog bijzondere gevolgen hebben voor de opleidingen zelf. Bij de registratiecommissies ziet men een toename van de (tijdelijke) onderbreking van de opleidingen en is de druk om opleidingstrajecten nog verder te individualiseren groot. In een aparte in opdracht van het Capaciteitsorgaan verrichte internationale literatuurstudie van de VU naar keuzeprocessen van basisartsen voor vervolgopleidingen is deze ontwikkeling ook gesignaleerd. Vrouwen blijken langer te wachten met hun keuze en vooral gericht op een combinatie met het privé-leven. Zij switchen in sommige landen ook op latere leeftijd nog van een medisch specialisme naar huisartsgeneeskunde. Waarschijnlijk spelen arbeidsomstandigheden, althans de combinatiemogelijkheid met een gezinsleven, en de duur van een opleiding een rol. Het is de vraag vanuit deze achtergrond of de langere klinische opleidingen voor hen daarom wel aantrekkelijk blijven. Verdere flexibilisering is geen panacee, maar mogelijk toch beter aansluitend bij de opvattingen van de jongere generatie artsen. In modeltermen: het interne en externe rendement kan afnemen.

Van belang bij dit eerste, echte Capaciteitsplan is de zinsnede, die bij herhaling gebruikt wordt: “bij ongewijzigd beleid”. Het model is neutraal gevuld met trends in een vorm van passieve planning. Geheel juist is dit niet, omdat een achterliggende keuze, zoals de tijdshorizon, wel degelijk een beleidskeuze is. Bij de bespreking in de paragraaf over het model werd al gesteld, dat het model interactief is; open staat voor beleid. Enerzijds zullen uitkomsten, zoals de verdubbeling bij de huisartsen, tot nadenken stemmen, anderzijds kunnen beleidsmaatregelen van overheid en veld (zoals zware inzet op substitutie, een fundamentele herziening van het onderwijscontinuüm, een sterke stelselwijziging, of verandering in de sociale wetgeving) gevolgen hebben voor de uitkomsten voor de opleidingscapaciteiten.

Aparte aandacht is nog nodig voor de medisch specialisten. Voor drie groepen is nog niet uitgesplitst over de totaal 28 specialismen. Dit is niet alleen een kwantitatief vraagstuk, maar ook methodisch een complex probleem met name door de interacties tussen specialismen. Er wordt naar gestreefd na de zomer voor het komend jaar 2002 nog tot een uitwerking te komen in de vorm van een tussenrapportage. Voor het lopend jaar 2001 kunnen betrokken partijen mogelijk zelf tot een verdeling komen van de toename van het aantal opleidingsplaatsen. De Minister van VWS heeft namelijk al een eerste richting bepaald, op basis van de Voorlopige Raming, door in een brief aan de MSRC te spreken over “een structurele uitbreiding met 167 plaatsen als eerste tranche”.

Onvervulde vraag is geschat voor de meeste groepen, maar voor de verpleeghuisartsen door het NIVEL in opdracht van het Capaciteitsorgaan voor vacatures nader onderzocht. Hieruit kwam als belangrijkste gegeven naar voren, dat het percentage boven de 10% ligt. Dit is voor de medische sector relatief hoog. In plaats van verhoging van het percentage onvervulde vraag is gekozen voor een tijdelijke extra ophoging. Bij deze beroepsgroep bestaat anders het risico, dat er teveel verpleeghuisartsen komen, die niet in de sector zullen gaan werken.

De absolute aantallen artsen bij ongewijzigd beleid en de volgens het plan benodigde aantallen staan vermeld in tabel 4. Illustratief is de groep huisartsen. Als de veronderstelde noodzakelijke groei zou slagen, zijn er in 2010 in totaal 11.319 huisartsen tegen nu 8.087, ofwel 40% meer, en in fte's 30% meer.

Tot slot is bij dit plan 2001 al duidelijk, dat de berekende opleidingscapaciteiten al in 2000 een aanvang hadden moeten nemen en niet gehaald zijn. Besloten is de planning met behoud van de horizon 2010 niet bij te stellen. Er gaat anders een soort modeltechnocratie optreden. Immers de cijfers voor de jaarlijkse instroom gaan versterkt verder omhoog voor ieder jaar dat de planning niet gehaald wordt. In de toekomstige plannen zal de horizon worden verlegd en het effect van de gerealiseerde uitbreiding en het effect van eventuele nu te nemen maatregelen worden meegewogen.

4.2 Advies initiële opleiding

In de berekening voor de aantallen eerstejaars studenten, uitkomend op een bandbreedte van 2912 tot 3205 kan ook een vorm van modeltechnocratie ingeslopen zijn. Allereerst is het zo, dat binnen het model blijvend en binnen de gekozen tijdshorizon 2000 tot 2010, een ophoging van het aantal studenten geen noemenswaardige betekenis heeft voor het te bereiken evenwicht in vraag en aanbod in 2010. In 1999 nog namen de medisch specialisten als grootste groep de helft van het totaal van de assistenten in opleiding. De opleidingsduur is in deze groep 5 tot 6 jaar. De lichtingen die na 2005 beginnen tellen technisch niet mee voor 2010 als specialist. De opleiding tot basisarts is 6 jaar. Gemiddeld studeert men af na 7 jaar, dus vanaf 2000 in 2007. Dit betekent dat alleen de kortste opleiding, die van 2 jaar van de verpleeghuisartsen, nog net gebruik kan maken van deze groep om in 2009 geregistreerd te zijn. Deze redenering zit dicht aan tegen het onderwerp van het volgende hoofdstuk “Knelpunten”, waarin de realisatie besproken wordt. De kern is hier echter, dat het illustreert, dat een besluit over de verdere uitbreiding van de opleiding tot basisarts betekenis heeft voor de periode na 2010. De capaciteitsplanning na 2010 is door het Capaciteitsorgaan uitsluitend oriënterend verkend.

Er is bovendien nog een tweetal aannames dat in de komende jaren kan wijzigen. Allereerst speelt een breed gedragen initiatief tot herbezinning op het gehele onderwijscontinuüm. Dit kan gevolgen hebben voor de lengte van de totale keten van basisarts tot en met de registratie aan het einde van een vervolgopleiding. Ook zijn hierdoor wijzigingen denkbaar in het aantal afstuderende artsen (meer dan 80%?) en de doorstroming naar vervolgopleidingen. Ook de Minister van VWS heeft zich onlangs over deze materie uitgesproken zonder dat het Capaciteitsorgaan zich over de gevolgen voor opleidingscapaciteiten heeft kunnen buigen.

Gelet op het grote maatschappelijke belang van een verhoging van het aantal studenten is dan ook nader onderzoek nodig om beter geïnformeerd te zijn over deze aspecten van de studie geneeskunde. Op grond daarvan zal duidelijk worden of de nu berekende aantallen benodigde eerstejaars van 2912 tot 3205 reëel zijn.

5. Knelpunten

In het Capaciteitsplan is telkens vermeld hoe krachtig de benodigde groei is. Het is te voorzien, dat er knelpunten zijn, die de implementatie vertragen. De vraag rijst echter bij een groei van opleidingscapaciteiten van 50% of meer, of dit hoge niveau binnen de bestaande contexten en regelgeving van de opleidingen wel echt haalbaar is. Deze hoge groeipercentages gelden voor veel groepen.

Inmiddels heeft de HVRC de Minister van VWS al geïnformeerd, dat 492 plaatsen haalbaar zijn in 2003, terwijl de Minister gevraagd had om 525 plaatsen. Het Capaciteitsorgaan heeft een stijging naar 717 tot 767 berekend.

Ook bij de medisch specialisten in de snijdende vakken zijn er tekenen, dat binnen de

bestaande regelgeving met betrekking tot de opleidingen de beoogde groei niet haalbaar is. Mogelijk geldt dit ook maar in veel mindere mate voor de beschouwende vakken. Uit andere bronnen is bekend dat de plannen van de wetenschappelijke verenigingen gemiddeld lager liggen, waarbij anders dan bij het Capaciteitsorgaan waarschijnlijk ook haalbaarheid een rol speelt. Het ministerie van VWS heeft in het verlengde van de Voorlopige Raming de MSRC verzocht te onderzoeken of een uitbreiding als eerste tranche van 167 te realiseren is. Dit is nu nog niet te beoordelen. Zeker is dat de uitbreiding bij de kaakchirurgen problemen zal opleveren, alleen al door de extra vooropleiding voor de specialisatie, waardoor het hele traject al gauw negen jaar beslaat. Uit het huidige aantal in vooropleiding kan geconcludeerd worden dat dit onvoldoende is.

Er is nog een tweede reden, waarom de beoogde groei niet in volle omvang gerealiseerd kan worden. Waarschijnlijk zullen in de periode tot en met 2004 ongeveer 1500 basisartsen per jaar de studie geneeskunde afronden. In de periode 2005 tot en met 2009 komen vervolgens ongeveer 1.750 basisartsen per jaar uit de opleiding. Dit is duidelijk minder dan nodig is om de instroom per jaar van ongeveer 2.100 basisartsen in de vervolgoopleidingen te realiseren. Temeer daar niet iedereen zal willen of kunnen doorstromen naar een vervolgoopleiding, maar wellicht slechts 85 %. De groei van de instroom in de vervolgoopleidingen zal daarom alleen gerealiseerd kunnen worden ten koste van een aanzienlijke uitdunning van de zogeheten 'pool' van basisartsen die hun opleiding al hebben afgerond maar nog niet begonnen zijn aan een vervolgoopleiding. Het zou daarbij gaan om een daling van de 'pool' met minimaal 500 basisartsen per jaar. Als de vervolgoopleidingen in de praktijk minder snel groeien in de richting van de benodigde 2.100 zal de uitdunning minder snel verlopen. Vermoedelijk bestaat er nu reeds een zeker evenwicht, nu de eerste signalen klinken, dat de aanmeldingen voor opleidingsplaatsen afnemen en vacatures voor basisartsen langer onvervuld blijven.

6. Conclusies en signalen

Er is een sterke verhoging van de capaciteiten van de vervolgoopleidingen nodig over een brede linie. De verhoging van de opleiding tot basisarts, zoals al in gang gezet, is in ieder geval nodig.

Vertraging bij implementatie is bij de vervolgoopleidingen al zichtbaar. Verwacht mag worden dat uitbreiding tot het gewenste niveau grote moeite zal kosten.

Een maximale inspanning is nodig binnen de bestaande opleidingsstructuren om de capaciteit zo hoog mogelijk te maken.

Daarnaast is actief beleid te overwegen, gericht op knelpunten in de regelgeving met betrekking tot de opleidingen.

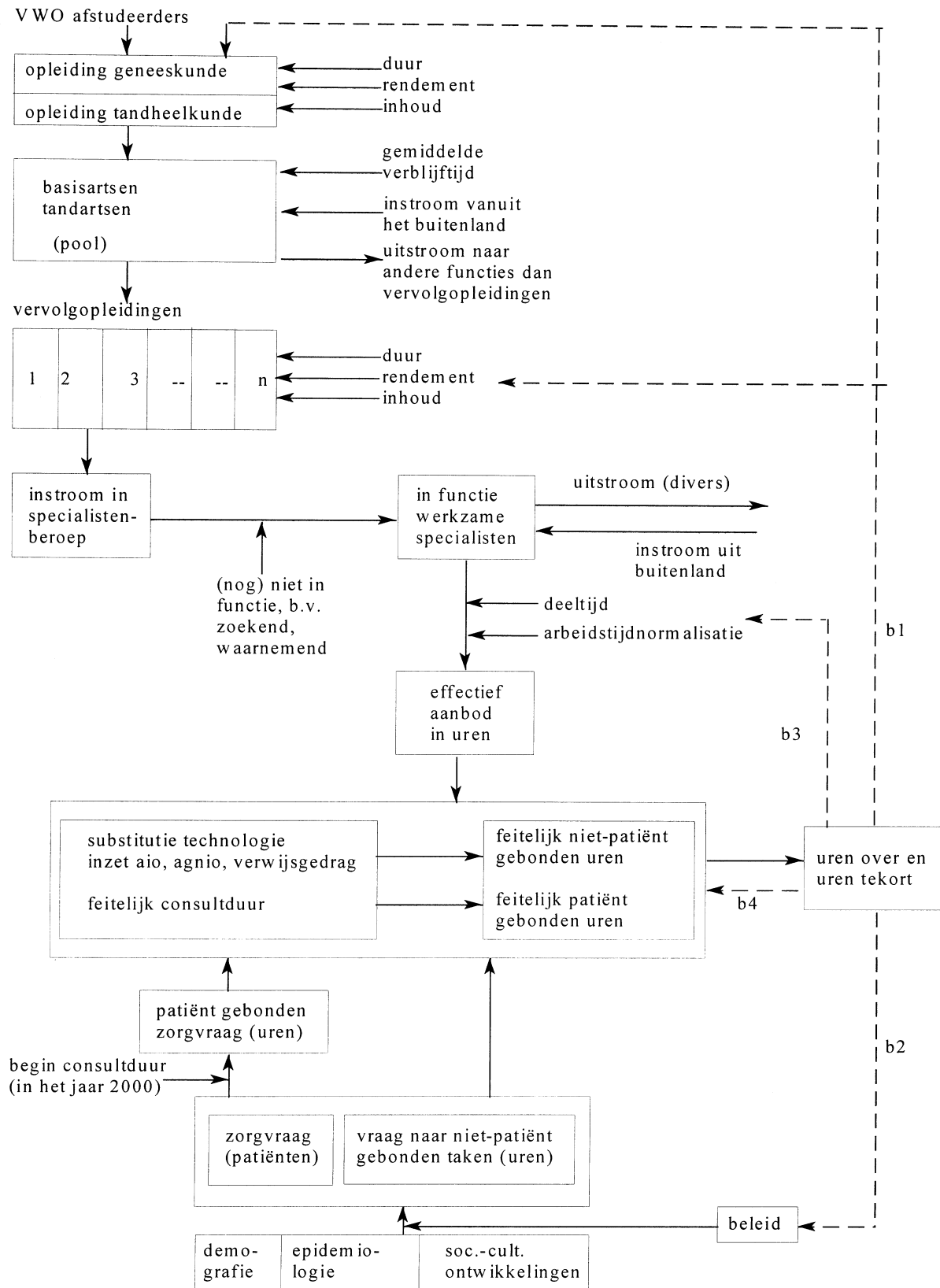
Tot slot zijn maatregelen denkbaar om langs andere wegen in de zorgvraag te voorzien.

In de capaciteitsplannen per Kamer zijn signalen gegeven, waar deze maatregelen op gericht kunnen zijn. De belangrijkste zijn substitutie en flexibilisering van

opleidingen (naar duur en structuur) naast prikkels om de arbeidstijd minder sterk te laten verminderen.

Het is niet de taak van het Capaciteitsorgaan zelf actief beleid te ontwikkelen. Wel kunnen met het model mogelijke maatregelen op hun effecten getoetst worden. Het Capaciteitsorgaan is voornemens in de loop van dit jaar enkele scenario's gericht op dit soort mogelijkheden te ontwikkelen en nader onderzoek te doen. Hierover zal in het Capaciteitsplan 2002 gerapporteerd worden. Elementen die hierin onder meer een plaats krijgen zijn de factoren substitutie, arbeidstijd en keuzes van basisartsen voor vervolgoopleidingen.

Figuur 1: model



Tabel 1: percentages

Veronderstellingen over verschillende vraag- en aanbodontwikkelingen								
Specialisme	Verandering zorgvraag Op basis van leeftijd en geslacht van de bevolking (bij huidige consumptie- patronen)	Verandering zorgaanbod op basis van leeftijd en geslacht van de beroeps- groep (bij huidige in- en uitstroom- patronen)	Onvervulde vraag		Verandering vraag als gevolg van sociaal culturele ontwikkelingen		Verandering vraag als gevolg van substitutie/efficiency	
			Lage schatting	Hoge schatting	Lage schatting	Hoge schatting	Lage schatting	Hoge schatting
Huisartsen	7,4%	2%	5%	20%	5%	30%	5%	10%
Beschouwende specialismen	12,2%	18%	5%	10%	10%	20%	-5%	10%
Snijdende Specialismen	8,0%	12%	5%	10%	10%	20%	-5%	10%
Ondersteunende Specialismen	10,1%	19%	5%	10%	10%	20%	-5%	10%
Psychiatrie	4,2%	16%	5%	10%	10%	20%	-5%	10%
Subtotaal med. Specialismen	9,3%	15%	5%	10%	10%	20%	-5%	10%
Bedrijfsgeneeskunde	7,0%	25%	10%	20%	20%	30%	-7%	-7%
Verzekerings- geneeskunde	7,0%	16%	10%	20%	5%	10%	-7%	-7%
Algemene gezondheidszorg	4,8%	45%	5%	10%	20%	20%	-5%	-5%
Jeugd- gezondheidszorg	2,4%	25%	5%	20%	30%	30%	-3%	-3%
Overige soc.gen. Specialisaties	4,8%	65%	5%	10%	10%	10%	-5%	-5%
Subtotaal soc.geneesk.	6,0%	26%	9%	18%	16%	21%	-6%	-6%
Verpleeghuisartsen	21,0%	62%	5%	15%	12%	20%	10%	10%
Kaakchirurgie	7,7%	2%	5%	5%	15%	20%	0%	0%
Orthodontie	0,0%	-11%	3%	3%	5%	5%	0%	0%
Subtotaal Tandheelk. sp.	3,7%	-4%	4%	4%	10%	12%	0%	0%
Totaal	8,5%	14%	5%	14%	9%	23%	-1%	8%

Tabel 2: benodigde instroom

Samenvatting benodigde instroom Bij verschillende vraagontwikkelingen			Basisvariant (alleen demografische aanbod- en vraag- ontwikkelingen) inclusief opvang onvervulde vraag		Combinatievarianten vraagzijde: extra vraag in verband met zowel de sociaal culturele ontwikkelingen als substitutie/efficiency			
					Laag/laag-versie		Hoog/hoog-versie	
	Huidige instroom	Groei zorg- aanbod	Groei zorg- vraag	Benodigde instroom	Extra groei	Benodigde instroom	Extra groei	Benodigde instroom
Huisartsen	336	2%	13%	502	10%	670	40%	1.172
Beschouwende specialismen	239	18%	18%	236	5%	310	30%	678
Snijdende Specialismen	219	12%	13%	232	5%	297	30%	620
Ondersteunende Specialismen	93	19%	16%	85	5%	107	30%	217
Psychiatrie	100	16%	9%	74	5%	97	30%	208
Subtotaal med. special.	651	15%	15%	627	5%	811	30%	1.723
Bedrijfsgeneeskunde	73	25%	18%	50	13%	100	23%	138
Verzekerings- geneeskunde	44	16%	18%	48	-2%	42	3%	56
Algemene gezondheidszorg	33	45%	10%	8	15%	20	15%	20
Jeugd- gezondheidszorg	31	25%	8%	15	27%	38	27%	38
Overige soc.gen. Specialisaties	11	65%	10%	1	5%	2	5%	2
Subtotaal soc. geneesk.	192	26%	15%	122	11%	202	16%	254
Verpleeghuisartsen	84	62%	27%	40	22%	79	30%	93
Kaakchirurgie	7,5	2%	13%	12	15%	18	20%	20
Orthodontie	4,5	-11%	3%	12	5%	14	5%	14
Subtotaal Tandheelk. Spec.	12	-4%	8%	24	10%	32	13%	34
Totaal met uitbreiding en afbouw van plaatsen	1.275	14%	14%	1.315	10%	1.794	33%	3.276
Totaal met uitbreiding en handhaven bestaande opleidingsplaatsen	1.275			1.470		1.826		3.298

Tabel 3: arbeidstijdvariatie

Benodigde instroom in de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen bij verschillende vraag- en aanbodontwikkelingen							
Specialisme		Basisvariant Stijging zorg- vraag en zorgaanbod op basis van leeftijd en geslacht (inclusief op- vang van onvervulde vraag)	Combinatievarianten vraag én aanbodzijde: relatief geringe extra vraag in verband met de sociaal culturele ontwikkelingen en substitutie/efficiency (laag/laag-versie) Plus een groter of kleiner aanbod per arts in verband met arbeidstijdverlenging of -verkorting				
			Meer vraag (laag/laag- versie) én 5% meer aanbod	meer vraag (laag/laag- versie) én 2,5% meer aanbod	meer vraag (laag/laag- versie) en géén veran- dering in aanbod	meer vraag (laag/laag- versie) én 2,5% minder aanbod	Meer vraag (laag/laag- versie) én 5% minder aanbod
	Huidige instroom	Benodigde instroom	Benodigde instroom	Benodigde instroom	Benodigde instroom	Benodigde instroom	Benodigde instroom
Huisartsen	336	502	582	625	670	717	767
Beschouwende specialisten	239	236	236	272	310	349	391
Snijdende specialisten	219	232	232	264	297	332	368
Ondersteun. Specialisten	93	85	85	96	107	119	131
Psychiaters	100	74	74	85	97	108	121
Subtotaal med. special.	651	627	627	717	811	908	1.011
Bedrijfs- geneeskunde	73	50	79	89	100	111	122
Verzekerings- Geneeskunde	44	48	29	35	42	49	57
Algemene gezondheidszorg	33	8	16	18	20	22	25
Jeugd- gezondheidszorg	31	15	32	35	38	41	44
Overige soc.g. Specialisaties	11	1	1	1	2	3	3
Subtotaal sociaal geneesk.	192	122	157	178	202	* 226	* 251
Verpleeg- huisartsen	84	40	69	73	79	84	90
Kaakchirurgie	7,5	12	16	17	18	19	20
Orthodontie	4,5	12	12	13	14	16	17
Subtotaal tand- heelk. sp.	12	24	28	30	32	35	37
Totaal	1.275	1.315	1.463	1.623	1.794	1.970	2.156
Totaal, indien geen afbouw	1.275	1.470	1.557	1.683	1.826	1.989	2.172

* zonder afbouw bij algemene gezondheidszorg en overig: 245 en 267

Tabel 4: benodigde aantal artsen en aantal FTE bij verschillende vraag- en aanbodontwikkelingen

Specialisme			Basisvariant Stijging zorgvraag en zorgaanbod op basis van leeftijd en geslacht (inclusief opvang van onvervulde vraag)		Combinatievarianten vraag én aanbodzijde: relatief geringe extra vraag in verband met de sociaal culturele ontwikkelingen en substitutie/efficiency (laag/laag-versie) plus een groter of kleiner aanbod per arts in verband met arbeidstijdverlenging of –verkorting					
					meer vraag (laag/laag-versie) en géén verandering in aanbod		meer vraag (laag/laag-versie) én 2,5% minder aanbod		meer vraag (laag/laag-versie) én 5% minder aanbod	
	Huidige aantal artsen	Huidige aantal FTE	Beno- digde aantal artsen	Beno- digde aantal FTE	Beno- digde aantal artsen	Beno- digde aantal FTE	Beno- digde aantal artsen	Beno- digde aantal FTE	Beno- digde aantal artsen	Beno- digde aantal FTE
Huisartsen	8.087	7.088	9.681	7.993	10.720	8.795	11.010	9.020	11.319	9.258
Beschouwende specialisten	4.694	4.363	5.673	5.153	5.971	5.413	6.127	5.550	6.296	5.698
Snijdende specialisten	4.382	4.076	5.077	4.629	5.339	4.862	5.481	4.988	5.626	5.117
Ondersteun. Specialisten	1.797	1.692	2.116	1.957	2.226	2.056	2.286	2.110	2.346	2.163
Psychiaters	1.910	1.674	2.174	1.856	2.292	1.953	2.348	2.000	2.415	2.055
Subtotaal med. special.	12.783	11.805	15.040	13.595	15.828	14.284	16.242	14.648	16.683	15.033
Bedrijfsge- neeskunde	1.400	1.274	1.667	1.499	1.893	1.698	1.942	17.41	1.992	1.785
Verzekerings- geneeskunde	1.025	931	1.227	1.097	1.200	1.074	1.232	1.101	1.268	1.132
Algemene ge- zondheidszorg	420	380	474	418	550	483	563	494	582	510
Jeugdgezond- heidszorg	550	405	595	435	742	538	761	551	780	565
Overige soc.g. specialisaties	120	110	132	121	138	127	141	130	144	133
Subtotaal soc. geneesk.	3.515	3.100	4.095	3.570	4.523	3.920	4.639	4.017	4.766	4.125
Verpleeg- huisartsen	952	737	1.241	935	1.532	1.143	1.569	1.170	1.613	1.202
Kaakchirurgie	207	185	238	211	273	241	279	246	284	251
Orthodontie	265	243	282	252	293	262	305	272	310	277
Subtotaal tandheelk. sp.	472	428	520	463	566	503	584	518	594	528
Totaal	25.809	23.158	30.577	26.556	33.169	28.645	34.044	29.373	34.975	30.146

Capaciteitsplan 2001

Bijlage I

Huisartsen

Keuze uit varianten In een beleidsmatige eindweging van de varianten acht de Kamer de lage combinatievariant een goede mengeling van harde en zachte factoren. In deze variant zouden al vanaf 2000 jaarlijks 670 artsen (in plaats van de 336 nog in 1999) de opleiding tot huisarts moeten volgen om in de berekende behoefte aan huisartsen in 2010 te voorzien. Bij invoering van een arbeidstijdverkorting van 2,5% zijn 717 plaatsen nodig en bij 5% moet het aantal op bijna 767 liggen. De Kamer Huisartsen acht alles wegend een bandbreedte van 670 tot 767 een goede, eerste indicatie van wat nodig is bij de huidige structuur en werkwijze in de eerste lijn.

Aanvullende afwegingen In de basisvariant is al de harde factor in het aanbod opgenomen, dat er meer in deeltijd gewerkt gaat worden. Zo is vooral verdisconteerd de nu reeds voorspelbare sterke toename van vrouwen in dit beroep, die gemiddeld minder uren werken dan mannen.

De Kamer verbindt hier aan, dat er een culturele omslag gaande is, waarbij de opvattingen over de combinatie van werk en privé-leven aan het veranderen is, niet alleen bij de vrouwen, maar ook bij de mannen, niet alleen bij de jongeren maar ook bij de ouderen. Het gaat om een veel bredere ontwikkeling in de samenleving als geheel, waarbij een evenwicht gezocht wordt tussen arbeid, zorg en andere taken en activiteiten. Dit blijkt nog maar gedeeltelijk uit de beschikbare gegevens tot 2000, maar is vermoedelijk een serieuze trend, die geleidelijk ook door steeds meer artsen opgepakt zal worden.

Er zijn nog meer signalen, die aan deze mogelijke ontwikkeling verwant zijn. Zo begint er informatie beschikbaar te komen, die er op kan duiden, dat de uitstroom uit het vak van huisarts de komende tien jaar groter zal zijn dan berekend. Het ziekteverzuim lijkt n.l. toe te nemen, evenals langduriger arbeidsongeschiktheid. Voorts is denkbaar, dat onder de groep van vijftig en ouder een grotere groep bewust (partieel) afscheid gaat nemen van het vak dan tot nu toe. Ook onder jongeren is het gevaar aanwezig, dat de huisartsgeneeskunde vaarwel gezegd wordt. Voor beide verschijnselen lijkt de hoofdverklaring de (ervaren) hoge werkdruk en ontbrekende loopbaanperspectieven, naast economische voorspoed. De (ervaren) werkdruk zal er overigens vermoedelijk toe leiden, dat de verkorting van de arbeidstijd eerder bij de 5% zal liggen, dan bij de 2,5%.

Nog een andere, zachte variabele vraagt om een nadere beschouwing. In de factor sociaal cultureel is een 5% stijging aangenomen voor de contacttijd met de patiënten. Juist de huisarts in de eerste lijn zal mondigheid sterk proeven. Het is denkbaar, dat de frequentie en de duur van de contacten omhoog gaan, zodat de 5% een te lage schatting is. Tot slot is de Kamer van oordeel dat de huidige lage inschatting voor substitutie verantwoord is voor zover deze ontwikkeling inderdaad nu nog niet leidt tot meetbaar minder arbeidstijd. Bij groeiende tekorten aan huisartsen en krachtige investeringen in substitutie, zoals het ministerie van VWS ook voornemens is, kan

deze factor mogelijk toch een belangrijke bijdrage gaan leveren.

In de bezinning op de getalsmatige uitkomst heeft de Kamer zich gerealiseerd, dat een sprong van 336, de instroom nog in 1999, naar 670 tot 767 meer dan een verdubbeling is. Het illustreert, dat de Kamer zich niet heeft laten leiden door haalbaarheidsafwegingen. Het maakt bovendien duidelijk, dat steeds meer huisartsen opleiden niet de enige aanpak kan zijn.

Eindoordeel Alles wegend is de Kamer Huisartsen van oordeel, dat de opleidingscapaciteit uitgebreid moet worden van een instroom van 336 jaarlijks naar een bandbreedte tussen 717 en 767 bij verder ongewijzigd beleid.
De Kamer Huisartsen verwacht, dat dit een onmogelijke opgave is en uit zijn verontrusting, dat er een ernstig tekort aan huisartsenzorg zal gaan ontstaan, als niet op korte termijn een integrale aanpak komt van een breed scala aan beleidsmaatregelen.

Signalen Zoals hierboven al aangestipt, is de Kamer Huisartsen zich ervan bewust, dat deze sterke sprong in opleidingscapaciteit, zoal haalbaar, niet de enige aanpak behoeft te zijn. Feitelijk kan geconstateerd worden, dat in het jaar 2000 er een ophoging heeft plaats gevonden van een instroom van 336 naar 360. Voor 2001 denkt de HVRC, dat de instroom onder een aantal condities op 420 gebracht kan worden. Het Ministerie van VWS heeft aansluitend op deze uitspraak aan de HVRC gevraagd of een uitbreiding tot 525 plaatsen eind 2004 gerealiseerd kan worden. Hierop is geantwoord, dat in 2003 tot en met 2005 onder een aantal condities de jaarlijkse capaciteit op 492 gebracht kan worden. Een eenvoudige rekensom laat zien, dat eind 2003 er al zo'n 1000 assistenten te weinig in opleiding komen volgens deze planning van de HVRC ten opzichte van de minimaal 717, die nodig is vanaf 2000. Besloten is deze, zich aftekenende, achterstand niet in het eindoordeel op te nemen. Om in 2010 aan de zorgvraag te kunnen voldoen zou er bijvoorbeeld van 2004 tot en met 2007 (het laatste jaar, dat meetelt om huisartsen in een driejarige opleiding klaar te hebben in 2010) op jaarbasis 950 tot 1000 assistenten moeten instromen. Deze consequente modelberekening, gericht uitsluitend op opleidingscapaciteiten, illustreert dat een vicieuze cirkel dreigt te ontstaan.

De Kamer Huisartsen voorziet dan ook, dat, ondanks een grote inspanning met een sterke groei in stappen, er in de jaren 2000 tot en met 2004 in ieder geval beduidend minder huisartsen opgeleid worden, dan in die periode volgens de planning vanuit behoefte van het Capaciteitsorgaan nodig is. Het trefwoord in het eindoordeel, hierboven weergegeven, is dan ook "bij verder ongewijzigd beleid".

De primaire taakstelling van het Capaciteitsorgaan is vanuit behoefte aan zorg de capaciteit voor de vervolgopleidingen te ramen. Worden deze ramingen niet gerealiseerd, dan is het aan het veld en de overheid om over beleidsalternatieven na te denken. Vanuit de modelbenadering van het Capaciteitsorgaan is het mogelijk beleidsvoornemens te laten aangrijpen op de onderdelen vraag, werkproces en aanbod. Voornemens tot beleid en daadwerkelijke beleidsveranderingen kunnen

doorgerekend worden en daarmee op hun mogelijke effecten beoordeeld worden. Vanuit de driedeling in het model worden hieronder enkele signalen afgegeven, die nu al aan de orde zijn of verder opgepakt kunnen worden door veld (waaronder partijen in het Capaciteitsorgaan in hun rol buiten het orgaan) en overheid.

Vraag Een belangrijk deel van de werkzaamheden komt voort uit de spilfunctie, die de huisarts inneemt in de zorg. Deze functie is momenteel onderwerp van bespreking in diverse gremia. Wijzigingen in deze centrale functie kunnen grote gevolgen hebben voor patiëntenstromen en daarmee uiteindelijk op de opleidingscapaciteit. In ieder geval is nu reeds zichtbaar aan het worden, dat door allerlei ontwikkelingen de relatie tussen de huisartsenzorg en de ziekenhuizen aan het veranderen is. Ook is er een geleidelijk proces gaande, waarin een deel van de zorgvraag van ouderen in verzorgingshuizen verschuift naar verpleeghuisartsen. Tot slot is recent nog besloten een onderdeel in de preventieve activiteiten niet systematisch in de eerste lijn op te pakken.

Werkproces De Kamer Huisartsen ziet in verticale substitutie de eerste jaren nog weinig perspectief voor daadwerkelijke verlichting. Vooralsnog wordt het vooral gezien als een middel om zorg in de eerste lijn op niveau te krijgen. Gelet op de meerjarenplannen van VWS, waarin zwaar ingezet wordt op substitutie kan het zijn, dat ook de beroepsgroep, mede gelet op de uitkomsten van dit capaciteitsplan, substitutie als een kans of een noodzaak gaat zien. Vanuit een andere invalshoek kan de huisartsen zorg als een voorziening gezien gaan worden. Van buiten af doet het er dan niet toe welke discipline welke activiteit verricht, als de kwaliteit en verantwoordelijkheid maar toetsbaar geborgd is. Vooral in praktijken met meer huisartsen tezamen, gecombineerd met een uiteenlopend aantal disciplines beginnen nieuwe taakverdelingen te ontstaan. Een ander element dat in beweging is in het werk, is de dienstenstructuur. Nieuwe organisatievormen hiervoor kunnen mogelijk leiden tot taakverlichting en kunnen zo ook bijdragen aan minder extra uitstroom van huisartsen, zoals bij de overwegingen al aangeduid. Zowel bij grotere als kleinere eenheden zijn tot slot ook velerlei varianten gaande om managementtaken te professionaliseren en de professie vrij te houden voor de eigenlijke medische taken.

Aanbod Bekend is, dat men zich in de kring van huisartsen in 2001 fundamenteel gaat bezinnen op het beroepsprofiel. De uitkomsten hiervan zijn uiteraard van het grootste belang voor de capaciteitsvraag, zowel in het veld als voor de opleidingscapaciteit. Zo zou bij een verandering naar een regieachtige functie met inzet van velerlei disciplines in de eerste lijn de uitkomst voor de opleidingscapaciteit op termijn bijgesteld kunnen worden. In de ontwikkeling van een nieuw curriculum wordt hierop al ingespeeld. In de huidige regelgeving is de formele opleidingsduur 3 jaar. In de praktijk bestaat al een ruim vrijstellingsbeleid. Zo is praktisch de opleidingsduur korter voor veel assistenten door met name klinische ervaringen voor men de opleiding in gaat. Hier is

in de berekeningen nog geen rekening mee gehouden vanuit de verwachting, dat de assistenten de komende jaren sneller na het afstuderen als arts en dus met minder klinische ervaring in opleiding gaan.

Het is van belang de aandacht nog te vestigen op het gegeven, dat er een groeiend aantal praktijken niet bezet wordt. In 2000 gaat het waarschijnlijk om een kleine vijftig praktijken. Dit is op het eerste gezicht opmerkelijk naast de wetenschap, dat er ongeveer 500 opgeleide huisartsen zijn, die niet een vaste verbintenis hebben met huisartsenpraktijken. Getalsmatig zou men in eerste instantie kunnen constateren, dat er momenteel geen tekort is aan opgeleide huisartsen. Bij nadere beschouwing ligt dit wat complexer. Ongeveer de helft van de 500 neemt waar en vormt zo een belangrijke schakel in de continuïteit van zorg. Zelfs is er enige bezorgdheid aan het groeien of dit wel voldoende is. Belangrijk is namelijk, dat het totale aantal opgeleide huisartsen zonder vaste praktijk de afgelopen tien jaren wat gedaald is. Tegelijk is het aannemelijk dat in het licht van de culturele verschuiving in de opvatting over arbeid veel net afgestudeerde huisartsen (de andere helft van de 500) zich nog oriënteert op andere functies in en buiten de gezondheidszorg. De momenteel openvallende huisartsenpraktijken kunnen dan ook nu nog primair gezien worden als een mobiliteitsvraagstuk en niet als een tekort aan opgeleiden. Verwacht mag worden, dat het aantal onbemande praktijken zal toenemen. Een groot aantal maatregelen, vooral gericht op huisvesting, waar veel partijen bij betrokken zijn, wordt al op sommige plaatsen overwogen en doorgevoerd om de onbemande praktijken weer in te vullen. Waarschijnlijk zijn arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorwaarden voor de jonge huisartsen, die zich willen vestigen, dan wel een praktijk willen overnemen, hierin cruciaal. Dit type regionale bijsturingen kunnen een meer permanent karakter krijgen, als er werkelijk sprake is van frictie op deze specifieke arbeidsmarkt. Tot slot nog een enkele overweging over het aantrekken van huisartsen uit het buitenland, met name België en Groot Brittannië. Een systematische evaluatie van geslaagde en mislukte pogingen zou meer zicht kunnen geven op deze optie. Het is overigens nog maar de vraag of deze instroom zo stabiel zal blijven als in de afgelopen jaren (ongeveer 50 per jaar). Er zijn tekenen, dat in veel landen binnen de Europese Unie er een begin van schaarste aan (huis)artsen aan het ontstaan is.

NB: Op verzoek van VWS heeft een vorm van afstemming plaats gevonden met de RHO. Het conceptplan is met de achterliggende Raming van het NIVEL en Prismant ter informatie toegestuurd. De RHO heeft schriftelijk bevestigd "dat de cijfers een reële weergave vormen". De RHO voorziet problemen bij de implementatie van het plan. Zij stellen een integrale aanpak voor om de capaciteitsproblematiek op te lossen.

CAPACITEITSPLAN 2001

Bijlage II

Medisch Specialisten

Keuze uit varianten In de beleidsmatige eindweging van de varianten acht de Kamer Medisch Specialisten de lage combinatievariant een goede mengeling van harde en zachte factoren. In deze variant zouden vanaf 2000 jaarlijks 814 artsen (in plaats van de 651 nog in 1999) een vervolgopleiding tot medisch specialist moeten gaan volgen om in de berekende behoefte aan medisch specialistische zorg te voorzien. Bij invoering van een arbeidstijdverkorting van 2,5% zijn 908 artsen nodig en bij 5% 1.011 per jaar. De Kamer Medisch Specialisten acht alles wegend een bandbreedte van 814 tot 1.011 een goede, eerste indicatie, van wat nodig is, bij verder ongewijzigd beleid, om in 2010 in de zorgvraag te voorzien.

Aanvullende afwegingen In de berekeningen is nog geen recht gedaan aan de afzonderlijke beroepsgroepen, die ieder hun eigen dynamiek hebben. Zo zullen de toegekende, uniforme percentages voor ontwikkelingen in het werkproces en voor de sociaal culturele veranderingen in de zorgvraag niet stroken met de eigenheid van iedere groep. Er wordt naar gestreefd om in 2001 nog een verdiepingsslag aan te brengen. In de berekeningen aan de aanbodkant zijn trends, zoals bekend tot 2000, met harde cijfers door getrokken naar 2010. Het is denkbaar dat de deeltijdfactor sterker doorzet, dan tot nu toe uit de cijfers blijkt. De inschatting wordt gemaakt, dat dit niet alleen geldt voor het momenteel sterk toenemend aantal vrouwen in bijna alle beroepsgroepen. Ingeschat wordt, dat dit toenemend ook zal gelden voor jongere, mannelijke specialisten. Hierbij gaat het ook om het goed combineren van werk en privé, waaronder zorgtaken. Verwacht wordt dat de oudere generatie ook vaker en eerder (partieel) uittreedt, dan uit de cijfers tot 2000 blijkt. Tegelijk realiseert de Kamer zich, dat juist op dit terrein door derden mogelijk verstrekkende beleidsbeslissingen momenteel genomen worden, die nog niet op al zijn consequenties voor arbeidstijd overzien kunnen worden. Zo zou de beslissing van het PGGM om bij vervroegde pensionering nog zonder korting bij te kunnen verdienen wel eens tot gevolg kunnen hebben, dat een deel van de uitstroom terugkeert. De besluitvorming over de CAO voor specialisten legt arbeidstijdenafspraken vast. De effecten hiervan op capaciteiten kunnen nog niet worden bepaald. De Kamer Medisch Specialisten heeft echter het sterke vermoeden dat de nieuwe CAO afspraken leiden tot verdere daling van de arbeidstijd. Iets dergelijks geldt mogelijk ook bij nadere besluitvorming over nieuwe pensioenarrangementen voor de vrijgevestigden. Dit alles leidt ertoe, dat de Kamer aanraadt de arbeidstijdvariant eerder bij 5% daling te leggen dan bij 2,5%. Tot slot betreft de Kamer in zijn overwegingen, dat het gebruikte lage percentage voor de groeivraag door sociaal culturele veranderingen aan de lage kant is.

Eindoordeel Alles wegend is de Kamer Medisch Specialisten van oordeel, dat de lage combinatievariant, versterkt met de arbeidstijddaling van 5% een verstandige keuze

is, waarbij de risico's voor toekomstige tekorten beperkt zijn, overigens bij verder ongewijzigd beleid.

Dit betekent een noodzakelijke stijging van de opleidingsplaatsen voor het cluster:

- beschouwend van	239 naar 391
- snijdend (inclusief anesthesiologie) van	219 naar 368
- overig van	93 naar 131
- psychiatrie van	100 naar 121

totaal van 651 naar 1.011

Signalen De Kamer Medisch Specialisten is er zich van bewust, dat het resultaat van de berekeningen leidt tot een sterke sprong in de benodigde opleidingscapaciteit, namelijk een gemiddelde groei van 55%. Dit komt mede voort uit de keuze om in 2010 een evenwicht te bereiken tussen vraag en aanbod en er door de duur van de opleidingen maar een viertal jaren zijn om op te leiden voor 2010. De Kamer voorziet in ieder geval voor het snijdend cluster (en beduidend minder voor het beschouwend cluster) implementatieproblemen mede door bestaande regelgeving met betrekking tot opleidingen. Hier gaat het om een groei van ruim 65%, waarbij zich nu al aftekent, dat in de jaren 2000 en 2001 de planning niet gehaald wordt. Zo is bij de wetenschappelijke verenigingen geïnventariseerd, wat de voornemens zijn voor de komende jaren. Hieruit blijkt dat de groei, vanuit de opvattingen van deze verenigingen, lager uitvalt, dan door het Capaciteitsorgaan als noodzakelijk is berekend. Wordt de horizon op 2010 gehouden dan is evident, dat bij een opleidingsduur van gemiddeld bijna 6 jaar het volgend Capaciteitsplan 2002 weer veel hoger zal uitvallen, als de planning van het Capaciteitsorgaan in 2000 en 2001 niet gehaald is. Een dergelijke consequente modelberekening, gericht uitsluitend op opleidingscapaciteiten, dreigt dan een vicieuze cirkel op te leveren.

De primaire taakstelling van het Capaciteitsorgaan is raming van opleidingscapaciteiten.

Hierboven is een plan aangegeven bij ongewijzigd beleid. Worden deze ramingen niet gerealiseerd dan is het aan het veld en de overheid om over beleidsalternatieven na te denken.

Het is denkbaar dat veld en overheid beleidsvoornemens, gericht op vraag, werkproces en aanbod, toetsen op hun effecten met betrekking tot de opleidingscapaciteit en daarmee op de capaciteit in het veld.

Vanuit de driedeling in het model worden hieronder enkele signalen afgegeven, die opgepakt kunnen worden door veld en overheid.

Vraag Het gedrag van patiënten kan in de komende tien jaar nog op veel manieren wijzigen, anders dan in de bestaande trends, die in dit onderzoek meegenomen zijn. De grenzen in Europa gaan open ook voor patiënten, maar ook virtuele informatiestromen kunnen leiden tot nieuwe vormen van arts-patiënt/cliënt contacten.

Ook een stelselwijziging in gezondheidszorg kan verregaande invloed gaan hebben op patiëntenstromen en daarmee op opleidingscapaciteiten.

- Werkproces* In het werkproces zijn er verschuivingen aan de gang van werkzaamheden van de specialist naar allerlei soorten artsen en gespecialiseerde verpleegkundigen, gericht op bepaalde doelgroepen of geclusterde specialismen. De effecten hiervan zijn nog niet goed voorspelbaar.
- Aanbod* In de berekeningen is gewerkt met de bestaande opleidingsstructuur. Hierboven is al aangegeven, dat er concurrerende opleidingen ontstaan (bijvoorbeeld ziekenhuisarts). Waarschijnlijk voldoen deze varianten in een behoefte bij jongere artsen, die een beweeglijker carrièrepatroon voorstaan. Mogelijk dat de regelgeving specialistenopleiding meer flexibiliteit en individualisering van opleidingstrajecten mogelijk maakt. Flexibiliteit zowel in duur als in structuur.
- Van grote invloed op het aanbod het afgelopen decennium is regelgeving geweest vanuit andere departementen, zoals bijvoorbeeld Sociale Zaken met nadere afspraken over werktijden met toezicht van de arbeidsinspectie met name op assistenten in opleiding.
- Tot slot is zeer goed denkbaar dat in de Europese context de in- en uitstroom van specialisten een veel grotere vlucht gaat nemen, dan in de huidige berekeningen is meegenomen. Ook hier geldt, dat het aan het veld en de overheid is eventueel gerichte maatregelen te nemen, die op zijn consequenties voor de opleidingscapaciteit door het Capaciteitsorgaan beoordeeld kan worden.

Capaciteitsplan 2001

Bijlage III

Sociaal Geneeskundigen

- Keuze uit varianten** In een beleidsmatige eindweging van de varianten acht de Kamer Sociaal Geneeskundigen de lage combinatievariant een goede mengeling van harde en zachte factoren. In deze variant zouden vanaf 2000 jaarlijks 100 artsen (tegen 73 in de afgelopen jaren) de opleiding tot bedrijfsarts moeten gaan volgen om in de berekende behoefte in 2010 te voorzien. Bij invoering van een arbeidstijdverkorting van 2,5% tot 5% is voor de bedrijfsarts een uitbreiding nodig naar 111 tot 122, maar ook uitbreiding voor de verzekeringsarts van 44 naar 49 tot 57 bij verder ongewijzigd beleid. Ook voor de jeugdartsen wordt een groei in de lage combinatievariant, gecombineerd met arbeidstijdverkorting van 2,5% tot 5%, voorzien van 31 in 1999 naar 41 tot 44 op jaarbasis als de beleidsontwikkeling voor intensivering van jeugdbeleid daadwerkelijk doorzet.
- Nadere afweging** Voor de sociale geneeskunde in het bijzonder geldt, dat de uitspraak hierboven “bij verder ongewijzigd beleid” van wezenlijk belang is. De zinsnede over doorzettend beleid in de jeugdzorg illustreert dit direct. Het veld van de sociale geneeskunde kenmerkt zich per definitie door de directe band met beleid. De overheid heeft in de afgelopen tien jaren in het veld van arbeid en gezondheid vele ingrijpende beslissingen genomen, die van grote invloed geweest zijn. Kenmerkend hiervoor is de enorme wijziging in taakstelling en werkwijzen van bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen ten gevolge van wetswijzigingen in de sociale zekerheid vanuit het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid het afgelopen decennium. Hetzelfde is van toepassing op de vele andere (deel)specialisaties in het veld van de sociale geneeskunde. De Kamer Sociale Geneeskunde is van mening dat er geen enkele reden is om aan te nemen, dat dergelijke beslissingen niet in dezelfde mate zich de komende tien jaar zullen voordoen. In deze eerste ronde van planning is in het model nog niet actief beleid ingevoerd door veld en overheid, maar is uitgegaan van nu reeds zichtbare harde en zachte factoren in aanbod, werkproces en vraag. Daarmee zijn uitsluitend bestaande tendensen doorgetrokken. Deze aanpak heeft zijn waarde, vooral bij de vier grootste groepen van beroepsbeoefenaren: de bedrijfsartsen, verzekeringsgeneeskundigen, jeugdartsen en artsen algemene gezondheidszorg.
- Er kleven echter risico's aan en deze zijn des te groter naarmate de beleidsontwikkeling grilliger is en het veld van aandacht relatief kleiner. Zonder volledig te kunnen en willen zijn, kan dit goed geïllustreerd worden aan de volgende richtingen in de sociale geneeskunde. Moet er geanticipeerd worden op een groeiende aandacht voor (top)sport en daarmee een sterke impuls voor de sportgeneeskunde, waar er 61 geregistreerd waren in 1999? Is het aannemelijk dat de aandacht voor milieuvraagstukken en preventie in de westerse wereld verder toeneemt en er niet volstaan kan worden met vervanging van de huidige 13 medische milieukundigen? Hoe is de komende tien jaar de ontwikkeling van tuberculose en andere

infectieziekten en wordt het belang van preventieve zorg gewogen? Juist bij deze voorbeelden is vanuit het verleden bekend, dat er een lange periode zit tussen het zichtbaar worden van beleidsvraagstukken en het beschikbaar komen van voldoende gespecialiseerde kennis. Hoeveel belang wordt gehecht bij een voortgaande juridisering aan forensisch geneeskundige kennis? Binnen het veld van de sociale geneeskunde is dit fenomeen niet nieuw, juist vanwege de hoge beleidsgevoeligheid. Hierop is ingespeeld door in de opleidingen niet alleen te volstaan met volwaardige beroepsopleidingen, die leiden tot een erkende registratie tot sociaal geneeskundige, maar ook een palet van scholingen gericht op (zich aftekenende) deelaspecten, waar veelal de werkgevers ook eisen stellen aan het nadere opleidingsniveau van artsen. Zo bestaat er bijvoorbeeld voor artsen, werkzaam op consultatiebureau's een erkende opleiding. Het aantal is bovendien niet onaanzienlijk, namelijk ongeveer 1000, naast de kleine 500 huisartsen die ook verbonden zijn aan consultatiebureau's en waaraan dezelfde aanvullende opleidingseisen gesteld worden. De facto onttrekt dit type opleidingen zich aan de waarneming in de planning van het Capaciteitsorgaan, omdat het uitgangspunt is planning van erkende beroepsopleidingen. Naast deze meer functiegerichte scholing is sprake van academisering van de beroepsopleidingen door intensievere banden tussen veld en universiteiten. Tot slot is er de mogelijkheid aan het ontstaan, gesteund door VWS, om een bredere opleiding te gaan volgen met de mogelijkheid ingezet te kunnen worden voor uiteenlopende preventieve vraagstukken. Dit biedt veld en opgeleiden meer flexibiliteit om zich aan te passen aan nu nog onbekende beleidsontwikkelingen en zich voordoende risico's, waarop preventieve acties nodig zijn.

Eindoordeel Alles wegend is de Kamer Sociale Geneeskunde van oordeel, dat de opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts uitgebreid moet worden van een instroom van 73 en 44 naar respectievelijk 111 en 49 op jaarbasis bij 2,5% en 122 en 57 bij 5% arbeidstijdverkortung.
Voor de jeugdartsen moet rekening gehouden worden met een uitbreiding van 31 naar 41 tot 44 artsen, die de opleiding jaarlijks zouden moeten volgen.

Signalen De primaire taakstelling van het Capaciteitsorgaan is raming van opleidingscapaciteiten. Hierboven is bij verder ongewijzigd beleid, alles wegend, een oordeel gegeven over de planning. Zoals boven al is aangegeven is de sociale geneeskunde bij uitstek beleidsgevoelig. Het is daarom aan te bevelen, dat veldpartijen en overheden beleidsvoornemens toetsen op hun effecten met betrekking tot opleidingscapaciteiten en daarmee op de capaciteit in het veld om deze voornemens gestalte te geven.

Vanuit de driedeling in het model worden hieronder enkele signalen afgegeven, die opgepakt kunnen worden door veld en overheid.

Vraag Ook in de Kamer Sociale Geneeskunde is de verwachting uitgesproken, dat er sprake is van toenemende mondigheid. Dit is vooral voor de bedrijfsgeneeskunde en de algemene gezondheidszorg meegenomen in een relatief hoog percentage voor sociaal

culturele ontwikkelingen, waar deze beroepsgroepen beide te maken hebben met een sterk eisende opstelling van respectievelijk werknemers en burgers, die opkomen voor hun rechten.

Deze ontwikkeling is echter verbreed vanuit de visie, dat er sprake is van een groeiende perceptie van gezondheidsrisico's en (mini)rampen onder de bevolking. Mensen willen met hun vragen over hun gezondheid, met of zonder manifeste ziektes bij een dokter terecht kunnen. Een deel van deze bezorgdheid onder de bevolking uit zich in de curatieve sector, waar vragen over invloeden uit de directe omgeving maar beperkt opgevangen kunnen worden. Bij grotere incidenten worden dan snel nieuwe organisatorische verbanden tussen curatie, ggz en preventie gelegd om de acute vraag op te vangen. Zijn hier meer permanente voorzieningen in het meer publieke domein nodig om deze vraag beter te kanaliseren en te objectiveren? In dit kader zou ook een vraagbaak met geavanceerde, geautomatiseerde toepassingen kunnen opgezet kunnen worden, waar individuele vragen gesteld kunnen worden over gezondheid en ziekte, waarbij die kennis ontsloten wordt, die door deskundigen geautoriseerd is: een erkende internetsite.

Werkproces Juist in de sociale geneeskunde is relatief nog een behoorlijk effect ingeschat van efficiencyverbeteringen en substitutie. Mogelijk dat hier vanuit een krachtige impuls tot protocollering nog beduidend meer winst te behalen valt.

Aanbod Realisatie van lange termijn plannen voor sociaal geneeskundigen is kwetsbaar vanwege de bijzondere situatie, dat voor bijna alle richtingen niet de landelijke overheid de opleidingen direct of indirect financiert, maar de lagere overheden en de markt het aanbod bepalen.

Deze positie kan verder in het gedrang komen als andere medische vervolgoopleidingen sterk gaan groeien en daarmee artsen na het afstuderen sneller kunnen gaan "afvangen" voor een curatieve opleiding. Bekend is namelijk dat een positieve keuze voor een sociaal geneeskundige opleiding vaak pas na enkele jaren van verkenning van diverse medische werkmogelijkheden gemaakt wordt. Vooral vroege studiecontacten in de opleiding tot arts bij alle faculteiten kunnen de beeldvorming over deze richtingen positief beïnvloeden.

Capaciteitsplan 2001

Bijlage IV

Verpleeghuisartsen

Keuze uit varianten In een beleidsmatige eindweging van de varianten acht de Kamer Verpleeghuisartsen de lage combinatievariant een goede mengeling van harde en zachte factoren. In deze variant zouden vanaf 2000 jaarlijks 79 artsen de opleiding tot verpleeghuisarts moeten gaan volgen om in de berekende behoefte aan verpleeghuisartsen in 2010 te voorzien. Bij invoering van een arbeidstijdverkorting van 5%, als beleidskeuze, moet het aantal op 90 liggen, iets meer dan de huidige instroom jaarlijks van 84. Vanuit deze langere termijn acht de Kamer Verpleeghuisartsen alles wegend een bandbreedte van 79 tot 90 een goede, technische indicatie van wat nodig is bij verder ongewijzigd beleid.

Aanvullende afwegingen Bovenstaande uitspraak vraagt om enkele belangrijke nuanceringen. Voor de tijdshorizon van 2010 is de lage combinatievariant een evenwichtige keuze. De vraag is echter of deze horizon goed gekozen is, gelet op de huidige knelpunten in de zorg. Overigens is de verwachting dat ook bij een horizon van 2015 de uitkomsten in dezelfde richting zullen wijzen. De verklaring hiervoor wordt hieronder nog eens kort samengevat, mede omdat de beroepsgroep verpleeghuisartsen in de combinatie van drie factoren, vergeleken met andere beroepsgroepen, uniek is.

- Met 84 plaatsen op jaarbasis nu is de opleidingscapaciteit ten opzichte van de ruim 1000 werkzame verpleeghuisartsen relatief groot. Dit is het gevolg van duidelijke beleidskeuzes in voorgaande jaren om dit vak sterk te stimuleren.
- De leeftijdsopbouw van dit specialisme is bijzonder. In de verdeling valt op, dat vooral grote groepen van 35 tot 50 jaar vertegenwoordigd zijn en relatief weinig boven de 55 en onder de 30 jaar. De komende jaren zal de uitstroom dan ook relatief laag zijn. De verklaring is enerzijds, dat het een jong specialisme is, anderzijds, dat artsen vaak pas na hun dertigste een definitieve keuze maken voor deze specialisatie. Het is waarschijnlijk ook een vak dat mogelijkheden biedt om arbeid en privé-leven goed te combineren.
- De derde factor is gelegen in de duur van de opleiding, die het kortste is van alle specialisaties namelijk twee jaar. Door de keuze de behoefte in 2010 als ijkpunt te nemen, zijn er relatief veel jaren, namelijk acht, waarin opgeleid wordt.

In de huidige praktijk wordt een groot tekort aan verpleeghuisartsen gesignaleerd, dat gedeeltelijk al vanuit het Capaciteitsorgaan door nader onderzoek geobjectiveerd is. Zo zijn er momenteel bijvoorbeeld veel vacatures voor verpleeghuisartsen ten opzichte van het totaal aantal werkenden (namelijk 12%) en verrichten ook relatief veel basisartsen werkzaamheden op een suboptimaal niveau. Het aantal vacatures is overigens al meegenomen als één van de aspecten in de beoordeling van de onervulde vraag, die tussen 5 en 15% is geschat. Het aantal vacatures ligt echter hoger dan eerder ingeschat. Er is overwogen de lage schatting voor onervulde vraag te verhogen naar 7,5 in plaats van 5%. De Kamer heeft er de voorkeur aan gegeven een

meer beleidsmatige afweging te maken. Er zijn namelijk nog meer ontwikkelingen gaande, die niet zomaar in trends te kwantificeren zijn, maar in allerlei geleidelijke beleidskeuzes tot uiting komen.

Allereerst blijken verpleeghuisartsen toenemend buiten de traditionele grens van het verpleeghuis ingezet te worden. Dit is in de tijdsbesteding van de verpleeghuisartsen wel meegenomen, maar uitsluitend geijkt op 2000. Zullen verpleeghuisartsen duidelijk meer ingezet worden in de bejaardenzorg en verzorgingshuizen, dan zal deze beleidsbeslissing substantiële effecten hebben op de capaciteit in het veld en de opleidingscapaciteit.

Voorts is het bekend, dat een kleiner aantal verpleeghuisartsen primair werkt vanuit een gezondheidscentrum, een instituut voor geestelijk gehandicapten of de geestelijke gezondheidszorg vanuit hun specifieke deskundigheid op het terrein van de ouderen. Ook hier geldt, dat als dit doorzet de capaciteit groter moet worden (met overigens mogelijk ook gevolgen voor de planning van andere beroepsgroepen).

Uitdrukkelijk melden we hierbij dat het externe rendement van de opleiding in de laatste voorbeelden niet in het geding is. Verpleeghuisartsen verlaten het vak niet, maar werken voor ouderen vanuit een andere organisatorische verband. Wel mag aangenomen worden, dat het intern rendement van de opleiding gaat afnemen nu de pioniersfase voorbij is.

Tot slot is het een overweging waard om stil te staan bij de snelheid waarmee tekorten nu weggewerkt worden. Met de huidige capaciteit van 84 opleidingsplaatsen en de boven beschreven geringe uitstroom is het voorspelbaar, dat over ongeveer vijf tot zes jaar de huidige tekorten zijn weggewerkt (zonder arbeidstijdverkorting van 5% en ook overigens verder zonder gewijzigd beleid!). Het is de vraag of deze tijdsperiode verantwoord overbrugd kan worden. Er is voldoende kwalitatieve informatie om risico's met betrekking tot vervroegd uittreden serieus te nemen. Dit wordt versterkt door de toenemende werkdruk en verzwaring van de verantwoordelijkheden door schaarste aan verpleging en verzorging en het bijpassende opleidingsniveau. Frequenter dan voorheen nemen verpleeghuisartsen polshoogte in de dagelijkse werkzaamheden of vallen bij crisissituaties in voor deze disciplines.

Eindoordeel Alles wegend is de Kamer Verpleeghuisartsen van oordeel, dat gelet op genoemde sluipende beleidsontwikkelingen en zachtere risico's uitbreiding van de opleidingscapaciteit nodig is en wel naar een instroom van 84 naar 90 als men kiest voor een gelijkmatige spreiding over de periode 2000-2010. Gelet op de huidige arbeidsmarkt en (ervaren) werkdruk wordt aanbevolen hierboven op een inhaalslag te plegen van twee keer 12 assistenten extra in opleiding voor de korte termijn (2002 en 2003). Uitdrukkelijk geldt hier dan voor, dat deze extra capaciteit mogelijk binnen afzienbare termijn weer afgebouwd moet worden, als de werkdruk afneemt en er zich intussen geen nieuwe beleidsontwikkelingen voordoen, die om herbezinning vragen.

Signalen De primaire taakstelling van het Capaciteitsorgaan is vanuit de behoefte aan zorg de capaciteit van vervolgopleidingen te ramen. Vanuit de modelbenadering van het Capaciteitsorgaan is het echter ook mogelijk beleidsvoornemens te toetsen op

gevolgen voor de opleidingscapaciteit. Beleidsvoornemens kunnen aangrijpen op de vraag, het werkproces en het aanbod. Vanuit deze driedeling worden hieronder enkele signalen afgegeven, die nu al aan de orde zijn of verder opgepakt kunnen worden door veld en overheid.

Vraag Hierboven is al aangeduid, dat er grote gevolgen voor de capaciteit in het veld verbonden zijn aan een structurele inzet, integraal van verpleeghuisartsen in de verzorgingshuizen, uiteraard met consequenties voor de opleidingscapaciteit. Hiermee wordt de vraag verlegd van de huisarts naar de verpleeghuisarts voor een omvangrijke groep met meervoudige problematiek. Uiteraard zijn ook mengvormen denkbaar, dat zowel de huisarts intensievere zorg zal gaan aanbieden in verzorgingshuizen als de verpleeghuisarts.

Werkproces Het is mogelijk dat bij een meer vraaggestuurde zorg de horizontale substitutie vanuit de ziekenhuizen afneemt. In een meer transmurale benadering zal het omgekeerde ook gaan toenemen.

Aanbod Al eerder is beschreven, dat het vak van verpleeghuisarts op wat latere leeftijd gekozen wordt. Dit zal zeker verband houden met de aard van de populatie. Toch zijn er ook signalen, dat de basisarts in zijn opleiding weinig in aanraking komt met dit vak. Onbekend maakt onbemind. Hierin speelt mee, dat de opleiding ook niet bij alle universiteiten gevolgd kan worden. Dit zou ook kunnen doorwerken in een mogelijk bestaande regionale ongelijkheid in de bezetting van verpleeghuizen met verpleeghuisartsen. Uit een literatuuronderzoek, verricht in opdracht van het Capaciteitsorgaan, kan afgeleid worden, dat in het bijzonder de co-assistentenschappen een belangrijke kennismakingsfase zijn om interesse te krijgen in een vakgebied.

Capaciteitsplan 2001

Bijlage Vo

Tandheelkunde

Orthodontie

Keuze uit varianten	In de beleidsmatige eindweging van de varianten acht de Kamer Tandheelkunde de lage combinatievariant een goede mengeling van de harde en zachte factoren. In deze variant moeten vanaf 2000 jaarlijks 10 tot 18 assistenten de opleiding tot orthodontist gaan volgen ten opzichte van nu gemiddeld 4,5 per jaar uit de Nederlandse opleiding, indien uitgegaan wordt van pensionering op 63 jarige leeftijd en een instroom van Nederlandse orthodontisten uit het buitenland tussen 0 tot 40 over de komende tien jaar. Bij invoering van een arbeidstijdverkorting van 2,5%, als beleidskeuze, moet het aantal tussen 12 tot 19 liggen. De Kamer Tandheelkunde acht een bandbreedte tussen 10 en 19 een goede, eerste indicatie van wat nodig is bij verder ongewijzigd beleid.
Aanvullende afwegingen	Er werken eind 1999 in Nederland 265 orthodontisten. Ook voor dit overzichtelijk aantal geeft het model een goede indicatie, maar is een zorgvuldige weging van allerlei ontwikkelingen van extra belang. Een drietal zaken speelt een grote rol. Allereerst werken de orthodontisten zelfstandig in een extramurale setting. Er bestaat een grote variatie in praktijkvoering, waardoor het moeilijk voorspelbaar is, hoe deze beroepsgroep om zal gaan bijvoorbeeld met arbeidstijdverkorting en pensionering, ook al zijn de wensen op dit laatste wel onderzocht. Mogelijk is een verkorting van 2,5% aan de hoge kant. Essentieel in de nadere afweging is de onzekerheid in de voorspelling van het aantal Nederlandse orthodontisten, dat zich via een buitenlandse opleiding in Nederland zal vestigen. Deze instroom de afgelopen jaren is tamelijk constant en relatief groot geweest. Ongeveer de helft van de inschrijvingen in het register tot orthodontist is de afgelopen jaren namelijk uit een buitenlandse opleiding afkomstig. Verwacht wordt dat bij uitbreiding van de Nederlandse opleidingscapaciteit deze route een deel van zijn aantrekkingskracht zal gaan verliezen. Dit betekent, dat het aantal dat zich hier vestigt eerder bij de 20 zal liggen dan de 40, maar zeker niet tot nul zal terugvallen. Tot slot is er samenhang met het aantal beschikbare tandartsen. De ook in die kring geconstateerde behoefte aan uitbreiding kan bij realisatie effecten hebben op patiëntenstromen naar de orthodontist. Dit is niet nader onderzocht, maar speelt kwalitatief wel in de totale afweging mee. In de orthodontie bestaan in veel regio's samenwerkingsverbanden met tandartsen om hun orthodontisch handelen te begeleiden. Uitbreiding van het aantal tandartsen wordt ook door de Minister van VWS ondersteund, blijkens de nota Mondzorg, gericht aan de Tweede Kamer. Deze nota is een reactie op het rapport "Capaciteit mondzorg" van augustus 2000. Belangrijker nog dan de kwantitatieve uitbreiding met tandartsen op termijn is de aanbeveling, die de Minister ook overneemt, om te komen tot clustering van

disciplines met de tandarts als spil. De Kamer Tandheelkunde verwacht van dit streven om een grotere samenhang te brengen in de mondzorg voorlopig geen effect op de orthodontie. Het huidige aandeel orthodontische werkzaamheden van de tandartsen zal naar verwachting niet toenemen.

Eindoordeel Alles wegend is de Kamer van oordeel, dat de opleidingscapaciteit van orthodontie uitgebreid moet worden van een instroom van 4,5 naar 12 tot 15 assistenten op jaarbasis bij verder ongewijzigd beleid.

Signalen De primaire taakstelling van het Capaciteitsorgaan is vanuit behoefte aan zorg de capaciteit voor de vervolgopleiding te ramen. Worden deze ramingen niet gerealiseerd, dan is het aan het veld en de overheid om over beleidsalternatieven na te denken. Vanuit de modelbenadering van het Capaciteitsorgaan is het mogelijk beleidsvoornemens te toetsen op zijn gevolgen. Hieronder worden enkele signalen afgegeven, die nu al aan de orde zijn of verder opgepakt kunnen worden door veld en overheid.

Vraag De vraag van patiënten ligt hoger dan strikt functioneel nodig is, maar zal niet eenvoudig te beïnvloeden zijn. Ook is bekend uit epidemiologisch onderzoek, dat consumptie regionaal verschillend is. Nader onderzoek naar achterliggende factoren kan van belang zijn.

Aanbod Er zijn aanwijzingen, dat orthodontisten niet regelmatig over Nederland gespreid gevestigd zijn. Dit zou in verband kunnen staan met regionale verschillen in vraag. Daarnaast zou door een betere regionale spreiding van de opleidingen over Nederland ook een meer gebalanceerde vestiging van orthodontisten gerealiseerd kunnen worden. Een inventariserend onderzoek kan wellicht nader inzicht geven in deze mogelijke verbanden.

NB: Van de organisaties van opleidingsinstellingen heeft één lid alsnog schriftelijk kenbaar gemaakt een minderheidsstandpunt in te willen nemen. Het plan is naar de opvatting van dit lid "onvoldoende onderbouwd" en kan "tot medicalisering leiden".

Capaciteitsplan 2001

Bijlage Vk

Tandheelkunde

Kaakchirurgie

Keuze uit varianten	In de beleidsmatige eindweging van de varianten acht de Kamer Tandheelkunde de lage combinatievariant een goede mengeling van de harde en zachte factoren. In deze variant moeten vanaf 2000 jaarlijks 18 assistenten de opleiding tot kaakchirurg gaan volgen ten opzichte van nu gemiddeld 7,5 per jaar bij een pensionering op 63 jarige leeftijd. Bij invoering van een arbeidstijdverkorting van 2,5 tot 5%, als beleidskeuze, moet het aantal op 19 respectievelijk 20 liggen. De Kamer Tandheelkunde acht genoemde bandbreedte van 18 tot 20 een goede indicatie, van wat nodig is bij verder ongewijzigd beleid. De Kamer realiseert zich, dat het om bijna een verdrievoudiging gaat van de opleidingscapaciteit.
Aanvullende afwegingen	Er werken eind 1999 in Nederland 207 kaakchirurgen. Ook voor dit overzichtelijk aantal geeft het model een goede indicatie, maar is een zorgvuldige weging van allerlei ontwikkelingen van extra belang. Een drietal zaken speelt een grote rol. Allereerst is de opleiding tot kaakchirurg de langste opleiding van alle groepen waar het Capaciteitsorgaan ramingen voor maakt, namelijk nominaal negen jaar met inbegrip van de opleiding tot arts na de opleiding tot tandarts. Vanuit de huidige bezetting van die vooropleiding tot arts, alvorens in opleiding te gaan tot kaakchirurg, is nu reeds zichtbaar, dat het aantal, nodig volgens de lage combinatievariant, niet op korte termijn gerealiseerd kan worden. In de tweede plaats is de leeftijdsopbouw van de kaakchirurgen zo, dat er een piek duidelijk boven de vijftig jaar ligt, zodat 30% de komende 10 jaren zal uittreden. Tot slot is er nog een belangrijke samenhang met het aantal beschikbare tandartsen. De ook in die kring geconstateerde behoefte aan uitbreiding kan bij realisatie effecten hebben op patiëntenstromen naar de kaakchirurg. Dit is niet nader onderzocht, maar speelt kwalitatief wel in de totale afweging mee. In de kaakchirurgie bestaat namelijk zorg over een te snelle verwijzing nu van pathologie, die bij de tandarts thuis hoort. Uitbreiding van het aantal tandartsen wordt ook door de Minister van VWS ondersteund, blijkens de nota Mondzorg, gericht aan de Tweede Kamer. Deze nota is een reactie op het rapport "Capaciteit mondzorg" van augustus 2000. Belangrijker nog dan de kwantitatieve uitbreiding met tandartsen op termijn is de aanbeveling, die de Minister ook overneemt om te komen tot een goede afbakening van taken via clustering van disciplines met de tandarts als spil. Zet deze ontwikkeling door met daadwerkelijk een grotere en bredere inzet van meer disciplines, dan zal dit verlichting gaan opleveren voor de tandarts. Bij een goede afbakening van activiteiten vervolgens ook tussen tandarts en kaakchirurg zal deze laatste hier ook mee gebaat zijn. Enige substitutie is al ingecalculleerd, maar zou dan sterker kunnen doorzetten.

- Eindoordeel** Alles wegend is de Kamer van oordeel, dat alle inspanning gepleegd moet worden, om de opleidingscapaciteit van de kaakchirurgen in flinke stappen uit te breiden van een instroom van 7,5 naar 20 assistenten bij verder ongewijzigd beleid.
- Signalen** De primaire taakstelling van het Capaciteitsorgaan is vanuit behoefte aan zorg de capaciteit voor de vervolgopleiding te ramen. Worden deze ramingen niet gerealiseerd, dan is het aan het veld en de overheid om over beleidsalternatieven na te denken. Het is evident, dat dit hard nodig is voor de kaakchirurgie. Het gevaar is niet denkbeeldig, dat de komende jaren een kritische grens overschreden wordt, om in de vraag naar kaakchirurgie nog in volle breedte en redelijk gespreid in Nederland te kunnen voorzien.
Vanuit de modelbenadering van het Capaciteitsorgaan is het mogelijk beleidsvoornemens te toetsen op hun gevolgen. Vanuit de driedeling in het model worden hieronder enkele signalen afgegeven, die nu al aan de orde zijn of verder opgepakt kunnen worden door veld en overheid.
- Vraag** De vraag van patiënten zal niet eenvoudig te beïnvloeden zijn, zolang de druk op tandartsen groot blijft. Toch is denkbaar, dat ziekenhuizen/ maatschappen consequenter vraag gaan terugspelen naar de eerste lijn, om geen roofbouw te plegen op de zittende kaakchirurgen.
- Werkproces** Substitutie, ook binnen de kaakchirurgie zelf, is een zeer serieus te nemen optie. Mede op basis van de uitkomsten van dit plan zullen de diverse partijen zich realiseren, dat er een groot probleem aan het ontstaan is. Er bestaat al enige ervaring met (tand)artsen in de tweede lijn, vooral voor dento-alveolaire chirurgie. Dit type benadering verdient navolging.
- Aanbod** De duur van de opleiding kan voor wat betreft de vooropleiding (hetzij tot tandarts, hetzij tot arts) nog leiden tot verkorting bij de meeste opleidingsplaatsen. Tot slot is het denkbaar de instroom uit het buitenland, met name Vlaanderen met een gelijksoortige dubbele vooropleiding, systematischer te gaan bevorderen.

Bijlage 1

Andere factoren die invloed (kunnen) hebben op de uiteindelijk benodigde opleidingscapaciteit.

A zorgvraag

- 1 veranderingen in de zorgvraag
- 2 epidemiologie

B werkproces

- 3 verandering in de financiering van de verrichte zorg (budget of per verrichting)
- 4 een verandering in de structuur van de (specialistische) zorg

C aanbod

- 5 toename vraag naar docenten voor medische faculteiten/geaffilleerde ziekenhuizen voor scholing van de grotere aantallen studenten/co-assistenten
- 6 toename vraag naar opleiders voor de vervolgopleiding en de (extra) tijdsinvesteringen van deze opleiders voor de opleiding
- 7 een verandering in de opleidingsduur
- 8 een verandering in de structuur van de opleiding (sneller beginnen aan al te ver gedifferentieerde vervolgopleiding geeft het risico van het maken van de verkeerde keuze)
- 9 differentiatie in eindpunten van de opleiding
- 10 opleiding in modules die niet altijd hoeven aan te sluiten
- 11 door het verdwijnen van basisartsen zullen universitaire onderzoeksplaatsen niet worden ingevuld; te verwachten is dat jonge specialisten dit werk gaan doen
- 12 prioritering van de opleidingscapaciteit
- 13 verandering in de rendementen van de faculteiten bij een ander toelatingsbeleid
- 14 starten nieuwe typen opleidingen zonder dat duidelijk is wat de effecten zijn voor de bestaande opleidingen en behoeften ("ziekenhuisarts")
- 15 toename productie geleverd door meer artsen in opleiding
- 16 verlies van productie door verdwijnen AGNIO's (negatieve substitutie?)
- 17 regionaliseren van het zorgaanbod

D overige

- 18 verandering in het percentage basisartsen dat geen verdere specialisatie gaat volgen
- 19 beroepsgroepen waarvoor geen goede registratie bestaat

Leden en medewerkers Capaciteitsorgaan

Plenair Orgaan

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. mr. A. W. J. M. Van Bolderen
Dhr. P. G. M. Doves
Dhr. dr. L. M. Kingma
Dhr. prof. dr. P.E. Postmus, voorzitter DB
Dhr. A. P. N. van Rooijen
Dhr. A. M. J. Veer
Dhr. J. Verhaar
Dhr. A.M. Vernooij

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. prof. dr. O. J. S. Buruma
Dhr. P. C. H. M. Holland, ondervoorzitter DB
Dhr. Fr. C. A. Jaspers
Dhr. dr. H. J. van der Molen
Dhr. J. van der Spek
Dhr. dr. H. J. van der Steeg
Dhr. prof. dr. E.A. van der Veen

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. L. A. van Helden
Dhr. H. J. van der Hoek
Dhr. J. G. den Hollander
Dhr. A.M. van Houten
Dhr. J. A. M. Peijnenburg
Dhr. D. Quaak, lid DB
Dhr. W. A. Roobol
Dhr. J. Ph. P. Stenger

Kamer Huisartsen

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. J. J. M. Becker Hoff
Dhr. A. Hansma
Dhr. P. Klinkhamer, voorzitter
Dhr. C. S. M. Tromp
Dhr. P. van der Veer

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. prof. dr. J. W. van Ree
Dhr. A. L. Rutgers, ondervoorzitter
Dhr. dr. R. Starmans
Dhr. P. L. Schoonheim

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. R.P. Blom
Dhr. H. P. Th. Derkx
Dhr. M. A. F. W. M. Gramser
Dhr. A. L. J. E. Martens

Kamer Medisch Specialisten

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. dr. J. M. Broekman
Dhr. dr. P.A. de Groot
Dhr. dr. P. Leguit, ondervoorzitter
Dhr. dr. H. P. Muller

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. prof. dr. O. J. S. Buruma, voorzitter
Dhr. Fr. C. A. Jaspers
Dhr. dr. H. J. van der Steeg
Dhr. mr. G. A. M. Thiadens

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. L. C. A. Bernts
Dhr. B. Osseman
Dhr. J. W. Schouten
Dhr. J. G. de Vries

Kamer Verpleeghuisartsen

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. R. D. Dutrieux, ondervoorzitter
Dhr. M. J. D. Ficken, voorzitter
Mevr. L. Jacobs -Stoel
Mevr. W. E. Weeder

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. prof. dr. H. J. M. Cools
Dhr. prof. dr. P. G. A. M. Froeling
Dhr. L. J. Markus
Dhr. J. van der Spek

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. J. J. W. H. Crasborn

Dhr. A. L. J. E. Martens

Kamer Tandheelkunde

Organisaties van beroepsbeoefenaren

Dhr. prof. dr. L. G. M. de Bont, voorzitter

Dhr. R. R. M. Noverraz

Dhr. dr. P.H. van Spronsen, ondervoorzitter

Dhr. B. Witsenburg

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. prof. dr. G. H. Blijham

Dhr. Fr. C. A. Jaspers

Mevr. prof. dr. B. Prah - Andersen

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. Th. Gerritsen

Dhr. J. A. Kieft

Dhr. G. Koopmans

Dhr. W. Ph. L. van Ouwerkerk

Kamer Sociale Geneeskunde

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. G. J. Burggraaff

Dhr. J. B. J. Drewes

Dhr. B. Starink

Mevr. M. Wagenaar

Organisaties van opleidingsinstellingen /werkgevers

Mevr. A.P. Bisschops

Dhr. dr. mr. N. H. Th. Croon

Dhr. prof. dr. R. T. J. M. Janssen

Mevr. J. F. Lim-Feijen

Mevr. dr. J. F. Meulmeester

Dhr. prof. dr. G. van der Wal, voorzitter

Bureau Capaciteitsorgaan

Mevr. J. J. Baardman, beleidsmedewerker

Dhr. H. J. Leliefeld, directeur

AFKORTINGENLIJST

FTE	full-time equivalent
HVRC	Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
IVA	Instituut voor sociaal-wetenschappelijk beleidsonderzoek en advies
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
RHO	Raad voor de Huisartsopleiding
VU	Vrije Universiteit
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport