

Capaciteits
orgaan



Capaciteitsplan 2002

*voor de medische en tandheelkundige
vervolgopleidingen*

Advies 2002

over de initiële opleiding geneeskunde

Utrecht, maart 2002

Capaciteitsplan 2002

***voor de medische en tandheelkundige
vervolgopleidingen***

Advies 2002

over de initiële opleiding geneeskunde

*Capaciteitsorgaan
Postbus 20051
3502 LB Utrecht*

*telefoon
(030) 282 33 31*

Utrecht, maart 2002

Inhoudopgave

Samenvatting	5
1 Inleiding	6
Taken Capaciteitsorgaan	6
Opbouw rapport	7
2 Terugblik op planperiode 2000 – 2010 en implementatie	7
Groei van vervolgopleidingen van 70% nodig	7
Implementatie komt geleidelijk op gang	8
3 Nieuwe planperiode 2002 – 2012	10
Evenwicht in 2010 steeds minder haalbaar	10
Toename uitstroom bij huisartsen structureel?	10
Toename zorgvraag door vergrijzing van de bevolking	10
Toe- en afname aantal artsen bij handhaving van de huidige opleidingscapaciteit	11
Bijna alle opleidingen moeten voor 2012 verder uitbreiden	12
4 Planperiode 2002 – 2017/ 2020	13
Eerst stijging dan daling	13
5 De ‘pool’ van basisartsen	14
Pool van basisartsen afgelopen twee jaren stabiel gebleven	14
Bij sterke groei van de vervolgopleidingen is de pool in ruim vier jaar leeg	14
Vraag en aanbod in de pool	15
Bij medisch specialisten iets meer rek in de pool	15
6 Haalbaarheidsscenario	16
Op iedere drie assistenten in ziekenhuizen komen er twee bij	17
Tekort huisartsen niet in te halen	17
Medisch Specialisten kunnen tekorten later inhalen	18
7 Initiële opleiding	20
8 Beschouwing	21
Vulgoopleidingen	21
Beleid nodig om zorggat te dichten	22
Instroom studenten 2.700 – 2.850 of 3.300 – 3.500 ?	23
9 Conclusies	25
Vulgoopleidingen	25
Initiële opleiding	25

BIJLAGEN

Bijlage I tot en met V	26
I Capaciteitsplan Huisartsen	26
II Capaciteitsplan Medisch Specialisten	29
III Capaciteitsplan Sociaal Geneeskundigen	31
IV Capaciteitsplan Verpleeghuisartsen	33
V Capaciteitsplan Tandheelkundig Specialisten	34
Bijlage 1	
Model, varianten en figuur	36
Bijlage 2	
Leden en medewerkers Capaciteitsorgaan	39
Bijlage 3	
Literatuurlijst	43
Bijlage 4	
Grafieken en Tabellen	44

SAMENVATTING

Het Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen heeft na de oprichting medio 1999 jaarlijks een plan uitgebracht.

In de twee voorgaande rapportages is aangeraden de opleidingen over een brede linie uit te breiden. Het doel was in 2010 een evenwicht te bereiken tussen vraag en aanbod.

Voor een aantal beroepsgroepen is toen al gesignaleerd, dat meer opleiden niet de enige aanpak kan zijn. Als belangrijk knelpunt werd voorzien, dat er te weinig basisartsen zouden zijn om de extra opleidingsplaatsen te gaan bezetten. Veel andere beleidsmaatregelen zijn denkbaar als taakdifferentiatie en beïnvloeding van de vraag. Geadviseerd werd de toestroom van studenten tot de initiële opleiding geneeskunde te verhogen van bijna 1.900 nog in 1999 in de richting van 2.900 tot 3.200.

Het aantal studenten is inmiddels toegenomen naar 2.400 en zal in het jaar 2003 vermoedelijk naar 2.800 gaan. In ieder geval biedt dat tegen 2010 wat meer ruimte voor de vervolgopleidingen.

Bij de vervolgopleidingen begint een geleidelijk groei op te treden, maar bescheiden ten opzichte van wat nodig is. Voor het jaar 2010 zullen er bij ongewijzigd beleid tekorten in het aanbod ontstaan in ieder geval bij de huisartsen en in mindere mate bij de medisch specialisten en waarschijnlijk ook bij de tandheelkunde en de jeugdgezondheidszorg.

Als men de horizon verlegt van 2010 naar 2012 zijn er twee jaren meer om op te leiden. Het blijkt dat in die jaren ook de vergrijzing van de bevolking toeneemt en met name bij de huisartsen er nog weer meer het vak zullen verlaten.

De huisartsenopleiding moet nog steeds verdubbelen. In een haalbaarheidsscenario leidt dit tot een tekort aan huisartsen van 20% in 2012.

Bij de tandheelkunde, een kleiner en overzichtelijk veld, is de beoogde, sterke groei wellicht nog te realiseren. Voor de sociaal geneeskundigen is er meer perspectief, ook al zijn er zorgen over de jeugdartsen. De verpleeghuisartsen liggen op schema voor 2012, maar moeten eerst de huidige tekorten wegwerken.

Bij de groep medisch specialisten als geheel is het tekort in 2012 niet dramatisch, maar zijn er onderling grote verschillen en moet de echte implementatie nog op gang komen.

Berekent men het aantal studenten op wat nodig is voor de vervolgopleidingen, dan komt dit aantal nu te liggen op 3.300 tot 3.500. Gaat men uit van wat haalbaar is, dan is een instroom van 2.700 tot 2.850 studenten nodig. Dezen hadden eigenlijk al eerder met de studie geneeskunde moeten beginnen. Bij verdere ophoging op korte termijn kan tegen 2010 het eerste resultaat verwacht worden.

De eindconclusie is voor drie van de vijf hoofdgroepen nog dringender: **en** extra opleiden **en** in ieder geval bij de huisartsen een scala van aanvullende maatregelen in gang zetten om een ernstig zorggat te voorkomen in 2010, maar ook in 2012. Voor 2012 komen de tandheelkundige specialisten en een deel van de medisch specialisten in de gevarenzone.

1. INLEIDING

Het Capaciteitsorgaan brengt sinds de oprichting medio 1999 jaarlijks een capaciteitsplan uit over de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. In het verlengde hiervan wordt tevens een advies gegeven over de benodigde capaciteit van de initiële opleiding geneeskunde(1,2).

Het plan van maart 2001 handelde over: huisartsen, medisch specialisten, sociaal geneeskundigen, verpleeghuisartsen en tandheelkundig specialisten. In november volgde een uitwerking voor de groep van zeventwintig medische specialismen (3). De nieuw erkende groep 'artsen voor verstandelijk gehandicapten' kwam nog niet aan de orde. Nu de eersten geregistreerd zijn kan in een volgend rapport ook voor deze beroepsgroep een deelplan opgesteld worden.

Veld en overheid zijn volop bezig met implementatie. Voorspelde knelpunten beginnen zichtbaar te worden. Een conclusie in maart 2001 luidde: 'uitbreiding tot het gewenste niveau zal grote moeite kosten'. Het oog was toen gericht op het jaar 2010.

In dit plan ligt de horizon op 2012 en verder tot 2020. Er ontstaat daarmee inzicht in de ontwikkelingen op de langere termijn. Belangrijk is bijvoorbeeld de vraag, hoe lang de groei van de vervolgopleidingen volgehouden moet worden, en hoeveel studenten geneeskunde daarvoor nodig zijn.

In dit rapport zijn de uitgangsetallen voor de aantallen artsen en opleidingsplaatsen van 1999 naar eind 2001 geactualiseerd. Het achterliggende onderzoek is weer verricht door de onderzoeksinstituten Nivel en Prismant en in een apart rapport verantwoord(4). Het bevat een baaiend aan informatie. Dit plan is op die informatie gebaseerd. Het ontwikkelde model en de belangrijkste varianten (bijlage 1 met figuur 1), zoals in het vorige rapport beschreven, vormen weer de basis.

Taken Capaciteitsorgaan:

- 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 deze (vervolg)opleidingen.

Het Capaciteitsorgaan heeft geen taak om op grond van de conclusies concrete beleidsvoorstellen uit te werken. Wel zijn er uiteraard beleidsoplossingen uit af te leiden. Deze gaan zeker ook in andere richtingen in aanvulling op de uit te breiden opleidingscapaciteiten.

Nu er voor enkele groepen onafwendbaar een kloof tussen vraag en aanbod zichtbaar wordt, is in afwijking van de voorgaande plannen een haalbaarheidsscenario aan de bestaande varianten toegevoegd. Het verheldert hoe groot het gat kan worden en zal daarmee een extra stimulans zijn tot aanvullend beleid.

Het voorliggende capaciteitsplan is vastgesteld door het Plenair Orgaan in zijn vergadering van 18 maart 2002. Het Capaciteitsorgaan is tripartiet samengesteld vanuit organisaties van: beroepsgroepen, opleidingsinstellingen en verzekeraars (bijlage 2).

Opbouw rapport

Allereerst worden de opleidingscapaciteiten volgens het plan 2001, dat liep tot 2010, in herinnering gebracht. In vogelvlucht komt daarbij de voortgang van de implementatie tot en met 2002 naar voren. Vervolgens wordt de periode 2002 tot 2012 besproken. Het gaat dan, net als bij het vorige plan, om een tijdshorizon van 10 jaar. Moeten de opleidingscapaciteiten dan stijgen of dalen? Daarna wordt de periode tot 2020 onder de loep genomen. Wanneer kan er wellicht weer naar beneden bijgesteld worden? De volgende vraag is of er voldoende basisartsen beschikbaar zullen zijn. Op geleide van waarneembare knelpunten is vervolgens een haalbaarheidsscenario opgesteld. Kan er een evenwicht bereikt worden tussen vraag en aanbod in 2012 en later, of ontstaan er tekorten? Daarna komt de benodigde instroom van medische studenten aan de orde. Het plan sluit af met een beschouwing en conclusies.

2. Terugblik op planperiode 2000-2010 en implementatie

Groei van vervolgopleidingen van 70% nodig

De jaarlijks benodigde instroom voor alle varianten is in het plan 2001 voor alle vervolgopleidingen tezamen:

Instroom 1999:	1.275
Basisvariant:	1.470
Lage combinatievariant:	1.827
Idem + 2,5% arbeidstijdverkorting	1.989
Idem + 5% arbeidstijdverkorting:	2.172 (voorkeur Capaciteitsorgaan)
Hoge combinatievariant:	3.298

Alles wegend heeft het Capaciteitsorgaan de voorkeur uitgesproken voor de lage combinatievariant met daar bovenop nog 2,5 tot 5% arbeidstijdverkorting. Hierin zijn zowel harde factoren opgenomen, als een combinatie van zachtere (maar dan laag ingeschat) en een daling van arbeidstijd. Deze variant vraagt een groei van de in de opleidingen in te stromen artsen per jaar van 1.275 naar 2.172. Dit is een toename van 70% over de hele linie.

Per hoofdgroep waren de aantallen in de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan als volgt:

Tabel 2: jaarlijks benodigde instroom per hoofdgroep volgens de voorkeursvariant Capaciteitsplan 2001

	Instroom 1999	Benodigd
Huisartsen	336	767
Medisch specialisten	651*	1.011*
Sociaal geneeskundigen	192	267
Verpleeghuisartsen	84	90
Tandheelkundig specialisten	12	32-37

*De uitkomst voor de instroom in 1999 lag in het aanvullende rapport in het najaar van 2001 over de 27 specialismen afzonderlijk op 647 in plaats van 651 en de benodigde instroom op 1.104 in plaats van 1.011.

Vervolgens werd het aantal studenten geneeskunde bepaald. Dat kwam uit op een jaarlijkse instroom in het eerste studiejaar van 2.900 tot 3.200 studenten. Ook hier een stevige ophoging. Als hier toe besloten wordt en een snelle implementatie volgt, studeren deze studenten in 2010 af. Daarom is een zeker voorbehoud gemaakt. Een beter oordeel over de benodigde aantallen artsen voor de vervolgopleidingen is te geven, als de periode tot 2020 in kaart gebracht is.

Implementatie komt geleidelijk op gang

Van de totaal benodigde 2.172 is voor de huisartsen vanaf 2000 jaarlijks een instroom van 767 nodig. Meer dan een verdubbeling ten opzichte van de instroom van 336 in het jaar 1999. Met een geleidelijke ophoging is in 2001 de instroom gegroeid naar 420. In 2002 zal de opleiding openstaan voor 468 gegadigden. Dan zal de jaarlijkse instroom in de opleiding in drie jaar toegenomen zijn met 129 plaatsen, ofwel bijna 40%. Uit de formulering, dat de plaatsen in 2002 'open staan', kan afgeleid worden, dat nog niet zeker is, dat deze in 2002 volledig bezet gaan worden.

Ondanks een behoorlijke groei, die al snel ingezet is, loopt de opleiding van de huisartsen flink achter bij wat nodig is.

Voor de medisch specialisten is het besluitvormingstraject later ingezet. Er is al wel sprake van enige groei in 2000 en 2001 van 651 naar 766 plaatsen. Onlangs werd bekend, dat in de loop van 2002 begonnen wordt met een extra instroom van ruim 300. Het totaal komt dan op 1.066. Dit zou een groei van bijna 65% zijn ten opzichte van de instroom in 1999. Dit is wat lager dan de benodigde groei naar 1.104 plaatsen. Hoe de betrokken veldpartijen de precieze verdeling over de 27 specialismen zien, vraagt nog om uitwerking van het Capaciteitsorgaan. De implementatie in 2002 speelt weer mee in het plan voor het jaar 2003.

De uitbreiding komt op gang, maar benadert het beoogde niveau. Het is kort dag om nog in 2010 een evenwicht te bereiken, mede gelet op de hier wat langere duur van de

opleidingen. Met een gemiddelde duur van vijf en een half jaar resten nog drie en een half jaar, inclusief 2002.

Binnen de groep van de sociale geneeskunde heeft zich tegelijk zowel een scherpe stijging als een daling voorgedaan. Het totaal is gestegen naar 307 in 2001 tegen 192 nog in 1999. Dit is meer dan de 267, die voor het totaal door het Capaciteitsorgaan toen is aangeraden. De bewegingen binnen deze hoofdgroep zijn bijzonder. De opleiding jeugdgezondheidszorg is met een kwart gedaald, terwijl deze met een kwart groeien moest. Die voor de bedrijfsgezondheidszorg is bijna verdubbeld en voor de verzekeringsgeneeskunde bijna verdrievoudigd. Dit is bij beide meer dan volgens de berekeningen nodig was. Vermoedelijk spelen bij deze drie beroepsgroepen korte termijn impulsen op basis van nu ervaren tekorten, die op uiteenlopende wijzen worden aangepakt.

Het zeer beleidsgevoelige terrein van de sociale geneeskunde blijkt flexibel in aanpassingen aan ontwikkelingen.

Voor de opleiding tot verpleeghuisarts zijn concrete initiatieven ontwikkeld om de beoogde extra instroom in de opleiding gestalte te geven, mogelijk al in 2002. Het gaat om een combinatie van een structurele verhoging van de jaarlijkse instroom met 6 plaatsen van 84 naar 90 en een incidentele van twee keer 12. Er is voor de huidige situatie een tekort van meer dan 10% aan verpleeghuisartsen geconstateerd. De prioriteit ligt hier bij de korte termijn.

Voor de tandheelkunde tot slot is besloten tot een bescheiden uitbreiding voor de orthodontie door een nieuwe opleiding in Groningen te starten. De kaakchirurgie moest relatief ten opzichte van andere beroepsgroepen zeer sterk groeien. Besloten is inmiddels de opleidingscapaciteit uit te gaan breiden.

In dit kleinere werkveld is wellicht bij een hogere inzet meer te bereiken, zodat een tekort wellicht nog afgewend kan worden.

Concluderend kan gesteld worden, dat groei van de opleidingen op gang is gekomen. Ieder van de vijf hoofdgroepen kent daarbij zijn eigen dynamiek. Bij de tandheelkunde en (een deel van) de medisch specialisten zijn er zorgen over 2010, bij de huisartsen zal er in ieder geval een zorggat ontstaan.

3. Planperiode 2002-2012

Evenwicht in 2010 steeds minder haalbaar

Bij de oprichting van het Capaciteitsorgaan in 1999 werd het doel gesteld om in 2010 een evenwicht te bereiken tussen vraag en aanbod. Indien nu in 2002 vastgehouden wordt aan dit jaartal kan de conclusie snel getrokken worden. Met uitzondering van de groep sociaal geneeskundigen als geheel moeten alle groepen nog meer opleiden, dan in het vorige rapport is aangegeven. Als er al groei heeft plaats gevonden, dan weegt dit niet op tegen het gegeven, dat er inmiddels twee jaren minder beschikbaar zijn. Zo zouden de huisartsen dan van 767 plaatsen naar 925 moeten om de doelstelling voor 2010 nog te halen. Er is sprake van een wijkend perspectief.

Toename uitstroom bij huisartsen structureel?

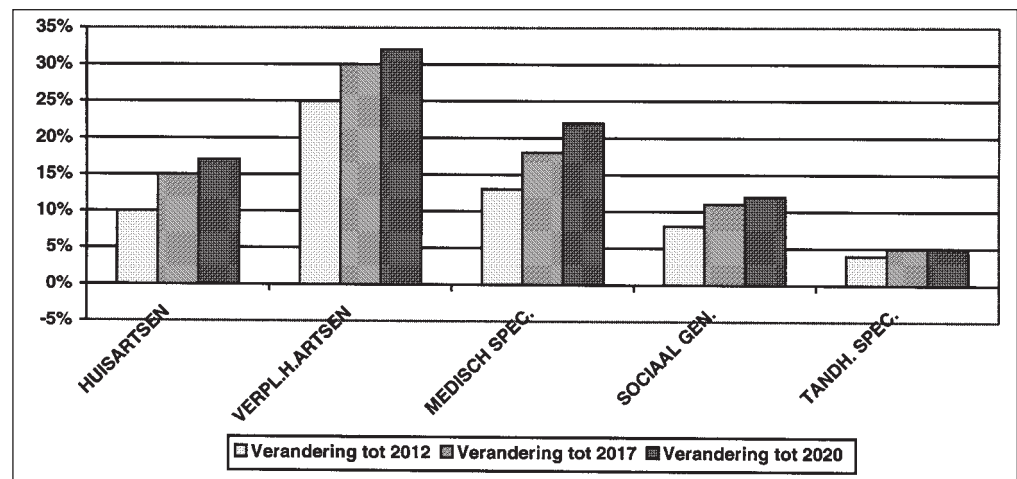
Er zijn bij de huisartsen enkele veranderingen geconstateerd, die mogelijk een bredere betekenis hebben. De voorspelde uitstroom voor de huisartsen tot 2010 lag in de vorige meting nog op ongeveer een derde. Volgens de huidige gegevens zullen van de nu werkzame huisartsen tot 2010 ongeveer 40% het vak verlaten hebben. De uitstroom in het jaar 2000 is namelijk duidelijk toegenomen ten opzichte van de voorgaande jaren en vooral onder vrouwen. Of dit eenmalig is of structureel wordt uiteraard nauwlettend gevolgd.

Achter deze stijging gaat mogelijk een toename van de arbeidsongeschiktheid van huisartsen schuil. Het Capaciteitsorgaan zal aanvullend onderzoek doen om deze mogelijke trends te verifiëren en voor beleidsmaatregelen toegankelijk te maken.

Toename zorgvraag door vergrijzing van de bevolking

Alvorens de eindgetallen voor de belangrijkste varianten te presenteren, wordt met een enkel voorbeeld ingegaan op sommige achterliggende deelfactoren. De demografische ontwikkeling van de bevolking is goed voorspelbaar. Het effect hiervan op de zorgvraag, zoals deze op de vijf hoofdgroepen afkomt, is in figuur 2 in beeld gebracht.

Figuur 2: procentuele verandering zorgvraag in fte vanaf 2000 tot aan 2012, 2017 en 2020, door demografische ontwikkelingen in de bevolking



Bron: Raming Nivel, Prismant(4)

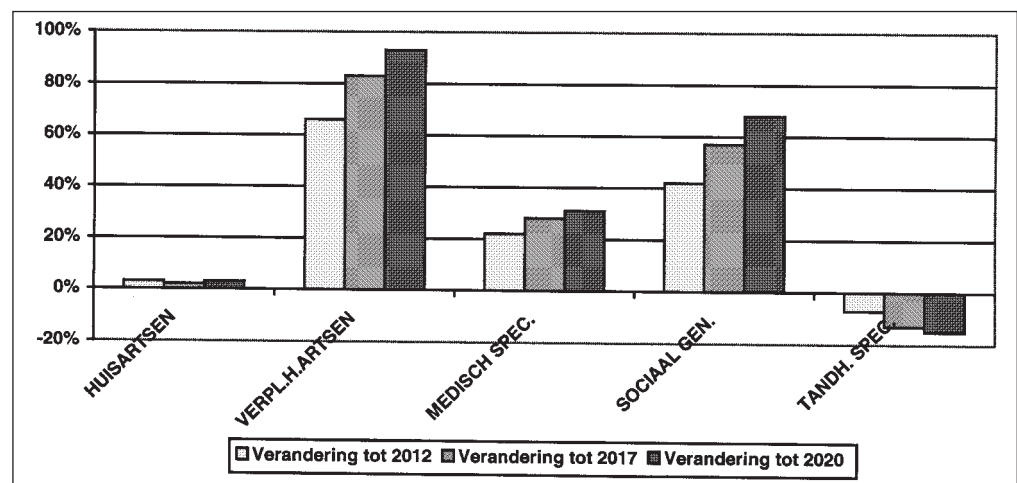
Uit de figuur valt af te leiden, dat de ontwikkeling van de bevolking tot extra vraag leidt. Dit is gedeeltelijk groei, maar vooral vergrijzing. Deze laatste factor werkt het sterkst door voor de verpleeghuisartsen. Voor het jaar 2012 telt bij hen de demografie voor 25% tegen 13% bij de medisch specialisten en 10% bij de huisartsen. De figuur geeft een procentuele toename per beroepsgroep. Wordt dit gerelateerd aan de absolute aantallen, dan staat bijvoorbeeld de 10% vraagtoename voor de huisartsen voor ongeveer 800 extra huisartsen en de 25% voor de verpleeghuisartsen voor 250 artsen meer. Bij de grootste groep van de medisch specialisten gaat het zelfs om bijna 1.700 medisch specialisten die vanwege deze factor meer moeten worden opgeleid.

De trend zet voor bijna alle groepen door naar 2017 en 2020. Overigens zijn er binnen de hoofdgroepen medisch specialisten, sociaal geneeskundigen en tandheelkundig specialisten ook enkele beroepsgroepen, die eerder te maken kunnen krijgen met een mate van ontgroening.

Toe- en afname aantal artsen bij handhaving van de huidige opleidingscapaciteit

Een andere belangrijke en harde factor is het aanbod zelf. Ook deze ontwikkeling is grafisch weer te geven. Het gaat dan om het aanbod in de onderscheiden jaren als de opleiding gehandhaafd wordt op het niveau van 2001 (figuur 3).

Figuur 3: procentuele verandering beschikbare aanbod in fte vanaf 2000 tot aan 2012, 2017 en 2020, bij handhaving opleidingscapaciteit 2001



Bron: Raming Nivel, Prismant(4)

Er is bewust voor gekozen de capaciteit van werkzame artsen met een afgeronde vervolgopleiding in fte's uit te drukken. Dit geeft bij de toename van het aantal deeltijdwerkers, vooral door de toename van het aandeel vrouwen, een beter beeld. Hier vallen opnieuw de verpleeghuisartsen op met een zeer sterke stijging. Al in maart vorig jaar is gesteld, dat deze opleidingscapaciteit mogelijk al voor 2010 weer omlaag kan. De tandheelkunde springt er aan de onderkant uit met een daling. Ook bij deze figuur is het raadzaam de achterliggende absolute aantallen er bij te betrekken. Op een kleine 500 werkzame tandheelkundig specialisten is de daling

kwantitatief te overzien.

De weergaven voor de sociaal geneeskundigen en medisch specialisten zeggen niet zoveel. Bij deze twee hoofdgroepen is het verstandig per specialisme te kijken. Opvallend is ook, dat de huisartsen in fte's slechts met 3% toenemen, terwijl de opleiding intussen toch al gegroeid is. Een ander gegeven kan dit goed verklaren. De uitstroom van huisartsen gaat vanaf 2010 niet alleen door maar neemt dan ook nog toe: van ongeveer 300 in 2001 geleidelijk oplopend naar bijna 400 in 2011. De piek ligt dus nog na 2010.

Bijna alle opleidingen moeten voor 2012 verder uitbreiden

Hierboven zijn de twee harde factoren, demografie van de bevolking en de beroepsgroep, met enkele voorbeelden geïllustreerd. De zachte factoren (sociaal culturele ontwikkelingen en het saldo van substitutie en efficiency) zijn in dit plan bewust niet veranderd ten opzicht van de vorige meting. Bovendien is de arbeidstijdverkorting op 5% gehouden. In het onderliggende rapport van de onderzoeksinstituten, worden ook uitkomsten getoond met doorgaande trends na 2010. Uiteraard vallen in dat geval de benodigde opleidingscapaciteiten hoger uit.

De periode 2002-2012 kan goed vergeleken worden met die van het vorige plan 2000-2010. De tijdsperiode is gelijk gebleven: tien jaar. In onderstaande tabel 3 worden de cijfers voor de opleidingscapaciteiten voor twee hoofdvarianten gepresenteerd. Daarbij is telkens tussen haakjes weergegeven, hoe de getallen lagen volgens het plan van maart 2001.

Tabel 3: jaarlijks benodigde instroom per hoofdgroep volgens de voorkeursvariant Capaciteitsplan 2002

	Instroom 2001 (1999)		Benodigde instroom voor evenwicht in 2012 (2010)			
			Lage combinatievariant		Lage combinatievariant + 5% daling arbeidstijd	
Huisartsen	420	(336)	765	(670)	861	(767)
Medisch Specialisten	766	(651)	1.002	(815)	1.157	(1.011)
Sociaal Geneeskundigen	307	(192)	342	(226)	353	(267)
Verpleeghuisartsen	84	(84)	84	(84)	87	(90)
Tandheelkunde	12	(12)	34	(32)	40	(37)
Totaal	1.589	(1.275)	2.227	(1.827)	2.498	(2.172)

Voor alle opleidingen tezamen blijkt uit tabel 3, is een toename nodig van een instroom jaarlijks van 1.589 naar 2.498 volgens de voorkeur van het Capaciteitsorgaan. Vergelikt men beide varianten, dan blijkt nu in 2002 de lage combinatievariant met 2.227 hoger uit te vallen dan in het vorige plan de variant met 2.172, waarin ook rekening gehouden was met arbeidstijdverkorting. Er wordt hier niet in detail getreden over alle achterliggende mechanismen. De twee

hoofdverklaringen zijn hierboven al besproken: vergrijzing bevolking en verhoogde uittreding uit het vak. Deze factoren wegen dus ook zwaarder voor die beroepsgroepen, waar de afgelopen twee jaar de opleiding al uitgebreid is.

De toename geldt voor bijna alle hoofdgroepen. Volgens de variant in de rechter kolom moeten de opleidingen van de twee grootste groepen, de huisartsen en medisch specialisten, met ongeveer 440 respectievelijk 400 plaatsen op jaarbasis toenemen. Voor de huisartsen is dit nog steeds meer dan een verdubbeling. Bij de tandheelkunde is er nog niet daadwerkelijk gegroeid en begint men verder achterop te raken. Bij de sociaal geneeskundigen is de opleiding zeer snel gegroeid in het veld van arbeid en sociale zekerheid. De hier nog benodigde groei komt bijna geheel op het conto van de jeugdartsen. Vermeldenswaard is tot slot de situatie bij de opleiding tot verpleeghuisarts. De eerder aangeraden stijging van 84 naar 90 plaatsen per jaar kan volgens de rechterkolom naar 87. De huidige opleidingscapaciteit zit dus in de goede richting om de toenemende vergrijzing van de bevolking vanaf 2010 op te vangen.

Met deze tijdshorizon tot 2012 komt naar voren, dat het perspectief om tekorten te voorkomen voor medische en tandheelkundige specialisten wijkt. Om het aantal benodigde huisartsen in 2012 te bereiken wordt het echt knellend. Hierbij wordt benadrukt, dat uitsluitend voor de harde factoren bijgesteld is. De zachte factoren zijn gelijk gehouden. Deze nemen als het ware vanaf 2010 niet meer toe. Dit is overigens niet vanzelfsprekend.

4. Planperiode 2002-2017/2020

Eerst stijging dan daling

Wordt de horizon nog verder verlegd, dan begint het beeld er anders uit te zien. Om het overzichtelijk te houden, wordt in tabel 4 hieronder alleen de lage combinatievariant getoond, inclusief 5% arbeidstijddaling. Het gaat er om een patroon zichtbaar te maken.

Tabel 4: jaarlijks benodigde instroom vervolgoopleidingen per hoofdgroep periode 2002-2012/2017/2020 volgens de voorkeursvariant Capaciteitsplan 2002

	Instroom 2001	Benodigde instroom vanaf 2002		
		2012	2017	2020
Huisartsen	420	861	552	466
Medisch specialisten	766	1.157	857	879
Sociaal geneeskundigen	307	353	317	307
Verpleeghuisartsen	84	87	84	84
Tandheelkunde	12	40	19	16
Totaal	1.589	2.489	1.829	1.752

De opleidingen moeten kennelijk eerst omhoog om in 2012 geen tekorten te hebben. Voor de jaren 2017 en 2020 kan de capaciteit weer dalen. Voor de huisartsen en de tandheelkunde is deze afname het sterkst. Deze zet ook nog door in de laatste periode naar het jaar 2020 toe. De dalingen gaan natuurlijk alleen op, als men eerst naar een piek richting 2012 heeft toegewerkt.

5. De ‘pool’ van basisartsen

Zoals al is aangedragen, is een snelle groei naar de benodigde instroom tot nu toe niet gerealiseerd. Verwacht wordt, dat de curve niet alleen langzamer omhoog gaat dan gewenst, maar ook de top niet haalt. Er zal bij sterke groei van de opleidingen op de korte termijn een tekort ontstaan aan beschikbare artsen. Daar staat tegenover dat het aantal afstuderende artsen geleidelijk omhoog gaat van ongeveer 1.500 naar bijna 1.800 tegen het jaar 2010. Vanaf 2010 stijgt het verder naar 2000 artsen en nog meer als de opleiding geneeskunde per 2003 voor 2.800 studenten open gesteld wordt. De oplossing kan zijn de bestaande ‘pool’ van basisartsen te gebruiken om de opleidingen te bezetten. Meer inzicht in de grootte en samenstelling van die pool is dan ook van belang.

Pool van basisartsen afgelopen twee jaren stabiel gebleven

Evenals bij de vorige meting zijn er nog steeds ongeveer 6.300 basisartsen jonger dan veertig jaar, die geen vervolgopleiding volgen. Vanaf veertig jaar gaat men zelden nog in opleiding. Ongeveer 15% van ieder jaarcohort gaat tot nog toe nooit naar een vervolgopleiding of maakt de opleiding niet af.

Dat het reservoir constant gebleven is, kan verklaard worden. De groei van de opleidingen is ongeveer gelijk aan de toename van het aantal afstuderende artsen. De leeftijdscategorie tot en met 29 jaar is iets gegroeid. Dit is natuurlijk de grootste groep om uit te putten. Als men er van uitgaat, dat 85% blijft doorstromen naar een vervolgopleiding, dan zijn er werkelijk ruim 3.700 basis artsen beschikbaar voor de vervolgopleidingen. Gaat men uit van 90% dan kan gerekruteerd worden uit een groep van bijna 4.600.

Bij sterke groei van de vervolgopleidingen is de pool in ruim vier jaar leeg

Voor alle vervolgopleidingen tezamen is volgens de lage combinatievariant inclusief 5% arbeidstijdverkorting, een instroom van 2.498 nodig per 2002. Als dit organisatorisch al mogelijk zou zijn, kunnen op jaarbasis zo’n 1400 basisartsen, inclusief zij-instroom uit het buitenland, uit de basisopleiding doorgaan naar een vervolgopleiding. De andere 1.100 moeten dan uit de pool komen. De beschikbare 4.600 basisartsen zijn dan na vier tot vijf jaar niet toereikend meer.

Aan de andere kant zal de vulling van de pool met basisartsen ieder jaar wat toenemen. Veel zal dus afhangen van de snelheid, waarmee de opleidingen groeien. Als de curve vlakker verloopt wordt de kans groter, dat vraag en aanbod van artsen in een nieuw evenwicht komen. Op de achtergrond speelt nog een ander belangrijk

aspect. Huisartsen moeten de inspanning vanaf 2002 volhouden tot en met 2008, gelet op hun driejarige opleiding. Medisch specialisten vier en een half jaar. Hier ligt het omslagpunt al halverwege 2006. Huisartsen moeten hun inspanning langer volhouden en zullen dan ook langer een beroep op die pool moeten doen.

Vraag en aanbod in de pool

Bovenstaande rekensom gaat uit van een perfecte match tussen wat basisartsen willen en wat voor de vervolgoopleidingen nodig is. Voor de twee grootste groepen kan de vraag rekenkundig nog wat beter benaderd worden. In 2001 namen de huisartsen van het totaal dat in opleiding ging 26% voor hun rekening, de medisch specialisten 48%. Als er 1.400 daadwerkelijk beschikbaar waren op jaarbasis, dan haalden de huisartsen uit dat jaar 364 basisartsen. Zij moeten zo in 2001 rekenkundig 56 (420-364) artsen uit de pool genomen hebben. De specialisten met 94 (766-672) nog wat meer. Zouden de huisartsen in 2002 het benodigde aantal van 861 opleiden en de specialisten 1.157 dan zijn de verhoudingen 35% en 47% geworden. De huisartsen vragen dan een groter deel van de koek. Dit kan weer geprojecteerd worden op het deel, dat van een jaarcohort werkelijk beschikbaar is voor een vervolgoopleiding. Voor 2002 zijn dat er ongeveer 1.450. Hiervan gaan er dan 508 uit dat jaar naar een huisartsenopleiding en 682 naar die tot specialist. Als ze in totaal 861 zouden opleiden respectievelijk 1.157, dan zouden de huisartsen 353 en de specialisten in 2002 475 basisartsen uit de pool moeten halen. Van de specialisten is bekend dat voor een aantal vakken nog steeds grote belangstelling bestaat. Van sommige zijn kwalitatieve geluiden bekend, dat het aantal (geschikte) sollicitanten afneemt. Voor de huisartsenopleiding was de belangstelling de afgelopen jaren in absolute zin dalend naar 600. Hier lijkt in 2002 een kentering op te treden.

Wordt verder gekeken dan de erkende opleidingen, dan gaat er ook aantrekkingskracht uit van uiteenlopende andere scholingsvormen zowel in de specialistische hoek (eerste hulp-, poortarts, ziekenhuisgeriater) als in de sociaal geneeskundige hoek (infectieziekten, forensische geneeskunde). Voorspelbaar is dat bij een sterke uitbreiding eerst een beroep gedaan zal worden op de zogenaamde agnio's. In opleidingsziekenhuizen is dit een logische gedachtegang. In andere ziekenhuizen kunnen deze agnio's dan weggetrokken worden. Het gevolg is dat er druk komt op de bestaande capaciteit van specialisten. Dit is nog maar een kleine schets van de gevolgen voor de samenstelling van de pool en de verschuivingen in de bezettingen van allerlei functies die basisartsen nu vervullen.

Bij medisch specialisten iets meer rek in de pool

Er zijn enkele schattingen bekend over het aantal zogenaamde 'agnio's'. Dit zijn artsen werkzaam in ziekenhuizen, meestal met interesse voor een opleiding van hun voorkeur. Die schattingen lopen uiteen van 1.500 tot 2.000. Dit is een aanduiding van de grootte van de pool meer specifiek voor de medisch specialisten. Ook hier kan de dynamiek benaderd worden. Als de belangstelling voor een klinisch specialisme 65% is, dan gaan er op jaarbasis ongeveer 940 in het ziekenhuis werken. Hiervan gaan er na een jaar 682 naar een opleiding. De andere 258 tekenen nog een jaar bij of haken af. Als men het aantal, dat de ziekenhuiswereld los laat, schat op 20%, dan blijven er nog

zoo in deze specifieke pool. Voor de specialisten lijkt er zo wat meer rek in de pool te zitten. Veel zal hier afhangen van de match tussen de voorkeur van basisartsen en de benodigde groei per specialisme.

6. Haalbaarheidsscenario

De conclusie dringt zich op, dat voor enkele groepen de benodigde groei van de opleidingscapaciteiten onvoldoende zal zijn om de vraag volgens de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan in 2012 aan te kunnen. Daarom wordt hieronder een haalbaarheidsscenario beschreven. Het is een projectie naar de toekomst, hoe de opleidingscapaciteiten zich in de praktijk de komende jaren kunnen gaan ontwikkelen. Dit scenario dient drie doelen. In de eerste plaats kan voor de vervolgopleidingen inzichtelijk gemaakt worden, hoe lang de inspanningen moeten duren. In de tweede plaats is het voor de initiële opleiding een extra hulpmiddel om het aantal studenten te bepalen. In de derde plaats kan nu berekend worden, hoe groot het zorggat is, dat kan ontstaan en door andere maatregelen gevuld zou moeten worden.

Het ontwerp van de groeicurve in dit scenario richt zich primair op de opleidingen van huisartsen en medische specialisten. Bij de andere drie hoofdgroepen is het aannemelijker, dat wat benodigd is, ook haalbaar is. Voor de tandheelkunde is de beoogde groei relatief wel groot, maar deze moet in dit kleinere werkveld toch te realiseren zijn. Voor de verpleeghuisartsen geldt een bescheiden groei, die zonder meer haalbaar is. De planning bij de sociale geneeskunde verloopt in de praktijk heel anders dan de andere groepen en is daarom ook grillig maar wel flexibel.

De huisartsenopleiding is de voorbije jaren gestaag gegroeid. Voor 2002 wordt gezien of de 468 plaatsen gehaald worden. Aangenomen wordt, dat de opleiding tot 2005 eerst op 468 plaatsen blijft steken. Intussen neemt het aantal huisartsen toe en komen er zo ook meer opleiders beschikbaar. Er vindt nog steeds een vorm van selectie plaats. Niet alle sollicitanten worden geplaatst. Daarnaast neemt het aantal afstuderende basisartsen geleidelijk toe. Zo kan vanaf 2005 de opleiding naar 516 gaan en wellicht later nog verder stijgen naar 552. Als men die 516 plaatsen bereikt, zou dit een toename zijn van ruim 50% ten opzichte van de 336 nog in 1999.

Bij de medisch specialisten is de inschatting, wat haalbaar is, sinds kort ook mogelijk. Tijdens het opstellen van dit plan hebben de veldpartijen hun voornemens aan VWS bekend gemaakt. Men verwacht in 2002 te kunnen beginnen met de invulling van ruim 300 plaatsen. Enkele complicaties zijn te voorzien. Het gaat hier om een relatief lange opleiding van gemiddeld vijf en een half jaar. Als deze groei jaarlijks herhaald wordt, dan neemt het totaal aantal assistenten, dat tegelijkertijd in opleiding is, snel en fors toe. Het is dus de vraag, hoe lang dit volgehouden wordt.

Ook voor deze groep wordt verondersteld, dat de groei met 300 de komende jaren nog

niet constant is. In het scenario wordt een geleidelijke ophoging geprojecteerd. Het is aannemelijk, dat vanaf 2005 de opleiding stabiel op het door de veldpartijen beoogde niveau van een totale jaarlijkse instroom van 1.066 komt. Tegen die tijd is ook de aanwas van artsen verder toegenomen. Een structurele uitbreiding kan vanaf dat jaar dan ook langer volgehouden worden.

Op iedere drie assistenten in ziekenhuizen komen er twee bij

Men moet in dit scenario het cumulatieve effect van jaarlijks meer in opleiding nemen niet onderschatten. Bij een geleidelijke groei naar 1.066 en dit niveau vasthoudend voor enkele jaren ligt de top in het jaar 2009. De hoeveelheid assistenten, tegelijk in opleiding is dan gestegen van nog ongeveer 3.500 in 2001 naar 5.800. Op iedere drie komen er twee bij! Voor beleidsbeslissingen in het veld is ook van belang, hoe het geprognosticeerde beloop vanaf 2010 is. Vooruitlopend op de uitkomst in dit scenario voor deze lange termijn, wordt hier al gemeld, dat vanaf 2010 er blijvend ongeveer 880 jaarlijks moeten instromen. Dit geeft structureel 4.800 assistenten tegelijk in opleiding. Op iedere drie komt er dan één bij ten opzichte van 2001.

Voor de groepen tezamen kan het haalbaarheidsscenario vanaf 2005 vergeleken worden met wat nodig is.

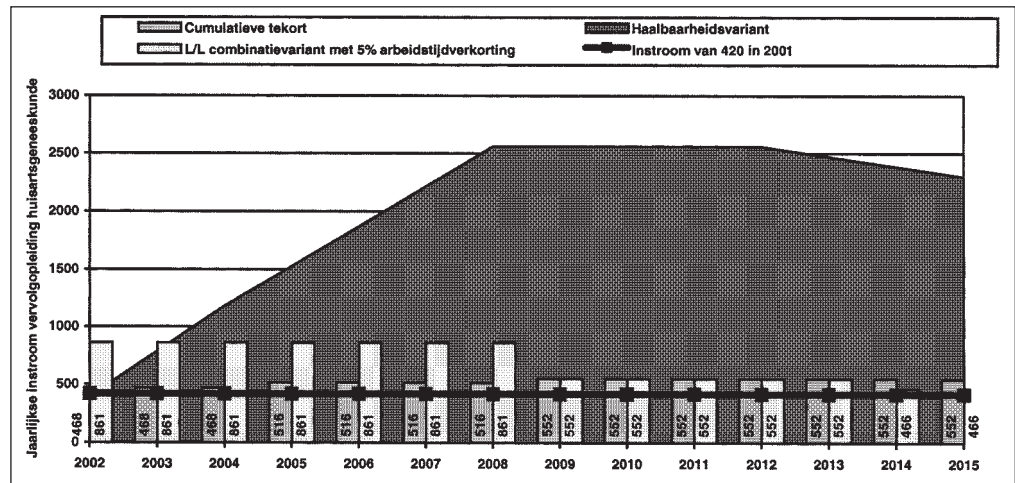
Tabel 5: jaarlijkse instroom vervolgoopleidingen per hoofdgroep volgens het haalbaarheidsscenario Capaciteitsplan 2002

	1999	Nodig	Haalbaar 2005	Toename t.o.v. 1999
Huisartsen	336	861	516	180
Medisch Specialisten	647	1.157	1.066	419
Sociaal Geneeskundigen	192	353	353	161
Verpleeghuisartsen	84	87	87	3
Tandheelkunde	12	40	40	28
Totaal	1.271	2.498	2.062	791

Het totaal van het haalbaarheidsscenario ligt volgens tabel 5 op 2.062 vanaf 2005. De volgende vraag kan nu beantwoord gaan worden: hoe lang moet dit niveau aangehouden worden om in 2012 en vervolgens in 2017 geen tekorten te hebben.

Tekort huisartsen niet in te halen

Belangrijk zijn de sturingsmomenten, die per beroepsgroep verschillend zijn. Als men het benodigde aantal in de huisartsenopleiding van 861 zou halen, dan kan de daling (volgens tabel 4 naar 552) vanaf 2009 ingezet worden. Het gaat immers om een driejarige opleiding. In het haalbaarheidsscenario worden vanaf 2005 minder, namelijk 516, plaatsen gevuld. De achterstand die opgelopen is (vanaf 2005 zijn het er 345 en de jaren daarvoor nog meer) moet ingehaald worden. Het is dan ook logisch om in 2009 het niveau minimaal naar 552 op te trekken. Minimaal, want dan wordt nog steeds niets ingehaald. Zo kan hier de conclusie al getrokken worden, dat voor de huisartsenzorg er in 2012 en in 2017 een duidelijk tekort zal ontstaan.

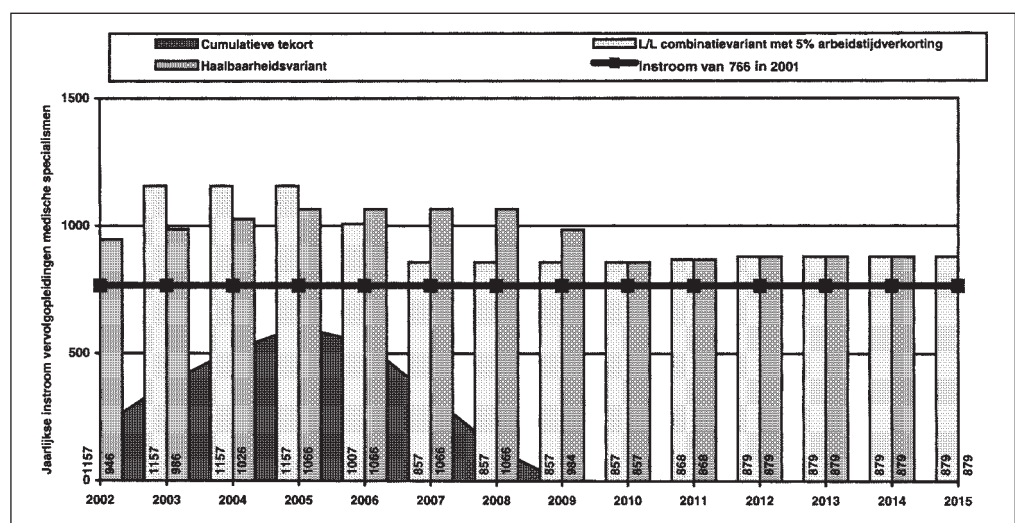


Figuur 4: instroom vervolgopleiding huisartsgeneeskunde voor drie verschillende scenario's.

De lichte staafdiagrammen in figuur 4 staan voor de instroom in de opleiding volgens de lage combinatievariant met 5% arbeidstijdverkorting. In 2009 zou in deze variant de opleiding dalen van 861 naar 552. De donkere staven weerspiegelen het haalbaarheidsscenario, dat in 2009 opgehoogd is van 516 naar 552 plaatsen. De donkere schaduw demonstreert het cumulatieve aantal dat eigenlijk opgeleid had moeten worden. Het tekort wordt pas vanaf 2014 enigszins ingelopen. In 2012 zijn er zo ruim 2.500 minder in opleiding gegaan dan nodig is. Dit geeft in 2012 een tekort van 20% aan huisartsen.

Medisch specialisten kunnen tekorten later inhalen

Voor de medische specialisten ligt het sturingsmoment al halverwege het jaar 2006 met een opleidingsduur van gemiddeld ongeveer vijf en een half jaar.

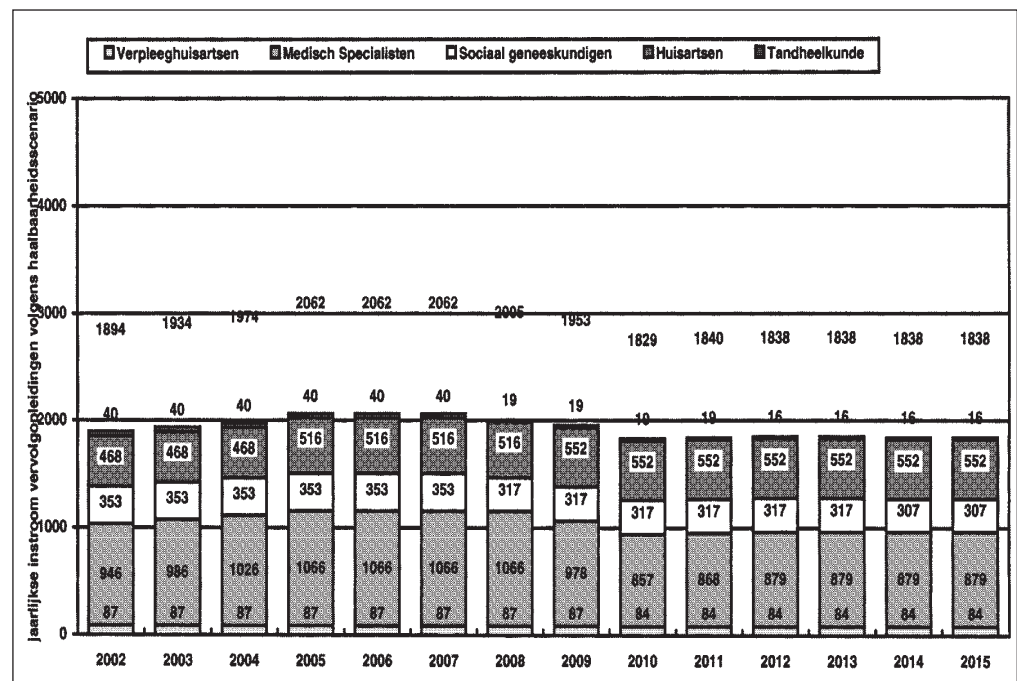


Figuur 5: Instroom vervolgopleidingen medische specialisten voor drie verschillende scenario's.

De horizontale streep in figuur 5 laat het niveau zien van de opleidingscapaciteit van 2001. De lichtere staven geven weer, wat in de lage combinatievariant met 5%

arbeidstijdverkorting nodig is. Het patroon is als volgt. Er is tot en met 2005 een instroom nodig van 1.157 assistenten. Al halverwege 2006 begint een daling op te treden om vanaf 2007 een viertal jaren op 857 te blijven en daarna weer iets te stijgen. In het haalbaarheidsscenario met de donkere staven is de geleidelijke ophoging tot 2005 weergegeven naar 1.066. De daling treedt nu pas in het jaar 2009 op. Wat niet gehaald is wordt vanaf 2006 ingehaald. Dit is gerealiseerd in de loop van 2009. Het betekent wel, dat in 2012 nog te weinig medisch specialisten opgeleid zijn. Dit tekort bedraagt meer dan 600, zoals weergegeven in de vorm van de donkere schaduw achter de staven. Dit tekort is niet dramatisch op het totaal aantal werkende medisch specialisten.

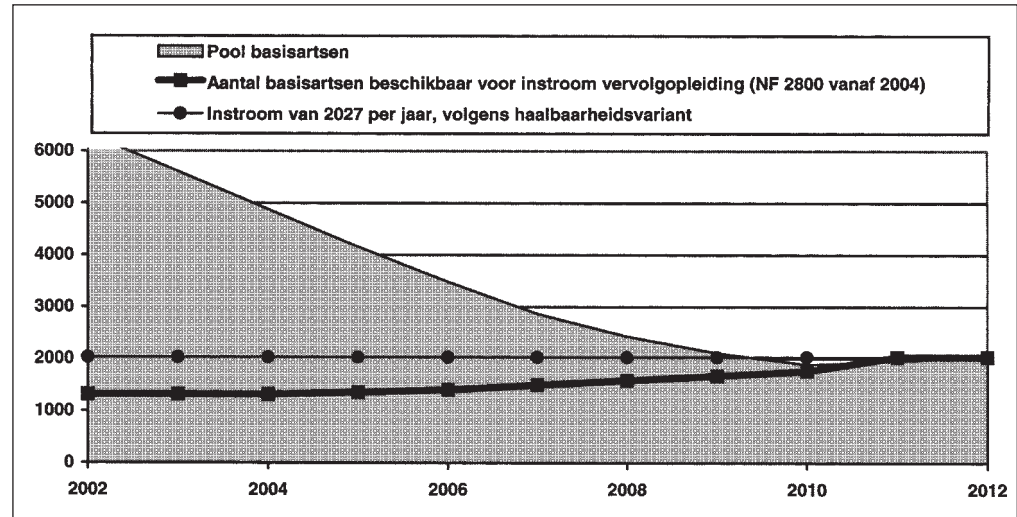
Voor alle groepen tezamen biedt figuur 6 de patronen in de tijd.



Figuur 6: instroom vervolgoopleidingen volgens het haalbaarheidsscenario.

Er vindt eerst een geleidelijke groei plaats naar 2.062 assistenten, die de opleidingen instromen, om geleidelijk weer te dalen vanaf 2008 naar 1838.

De haalbaarheid van dit scenario kan nog anders in beeld gebracht worden. Is de ruimte in dat geval groot genoeg in de pool van basisartsen onder veertig?



Figuur 7: uitstroom pool bij haalbaarheidsscenario

Figuur 7 maakt in een oogopslag duidelijk dat ook dit scenario krap is. Denkbaar is dat er ook in het haalbaarheidsscenario fricties gaan ontstaan en de groei van de opleidingen iets geleidelijker gaat verlopen.

7. Initiële opleiding

Nu er meer zicht is op de periode na 2010 kan de instroom van studenten geneeskunde voor de belangrijkste varianten overzichtelijk in kaart gebracht worden. In de berekening wordt er van uitgegaan, dat de zij-instroom constant op 150 artsen blijft. Verder zijn er marges genomen in de doorstroming naar een vervolgopleiding van 85 tot 90%. Zo volgt er telkens een bandbreedte met twee getallen. Voorts wordt aangenomen, dat ook in de toekomst 80% van de studenten als arts blijft afstuderen. In tabel 6 kunnen voor vier varianten de uitkomsten afgelezen worden

	Instroom assistenten		Instroom studenten	
	In 2002	Na 2010	Vanaf 1995	Na 2010/2013
Basisvariant	1.921	1.723	2.481/2.638	2.206/2.346
Haalbaarheidsscenario	2.062	1.838	2.676/2.845	2.365/2.515
Lage combinatievariant	2.227	1.738	2.906/3.088	2.226/2.368
Lage combinatievariant met 5% arbeidstijdverkorting	2.498	1.752	3.282/3.486	2.246/2.389

De instroom van de studenten is verdeeld over twee periodes. Omdat het aantal assistenten daalt in de richting van 2020 in alle varianten, geldt dit ook voor de studenten.

De onderste variant, benodigd volgens de berekeningen van het Capaciteitsorgaan, vraagt om 3.300 tot 3.500 studenten. Hier duikt een lastig vraagstuk op. Deze studenten zouden dan wel al 7 jaar geleden, in 1995, aan hun studie begonnen moeten zijn om vanaf 2002 met bijna 2.500 een vervolgopleiding in te kunnen stromen. Het is dan ook eigenlijk zinloos om naar de later optredende daling te kijken. Vanuit het haalbaarheidsscenario is het aantal studenten ongeveer 2.700 tot 2.850. Ook hier bestaat een faseverschil. Het concrete voornemen is al uitgebracht, dat er een ophoging plaats gaat vinden van 2.400 naar 2.800, al in 2003. Deze zullen dan pas in 2010 de vervolgopleidingen in kunnen gaan. Volgens de vorige grafiek voor de totaalaantallen assistenten, die instromen begint er vanaf 2008 juist weer een eerste daling op te treden. Dan zijn er ook een kleine 2.500 studenten of minder nodig. Dit dilemma keert in de beschouwing terug.

8. Beschouwing

Alvorens de eindconclusies te trekken volgt eerst een korte beschouwing over de ontwikkelingen in het veld en de getallen.

Vervolgopleidingen

Als de horizon op 2010 gehouden wordt, moeten bijna alle vervolgopleidingen in omvang verder toenemen, ook als er al uitbreiding heeft plaats gevonden. In steeds minder tijd moeten er steeds meer opgeleid worden.

Als de periode van tien jaar aangehouden wordt en de horizon op 2012 gelegd wordt, is het beeld iets genuanceerder. Vooral de benodigde opleidingscapaciteit van de huisartsen moet sterk groeien. De periode na 2012 laat zien, dat er weer afgebouwd kan worden. Deze uitspraak gaat echter alleen op, als er eerst een piek gehaald wordt.

Intussen tekent zich in het veld af, wat er kan. Vooral de huisartsenopleiding blijft fors achter bij wat nodig is.

Bij de specialisten moet bij de implementatie nog blijken, of de groei van 65% volgens het haalbaarheidsscenario werkelijk bereikt wordt. Er zijn op de eerste plaats 27 specialismen, alle met een eigen dynamiek. De bereidheid om stevig te gaan opleiden is bij enkele specialismen geconditioneerd. Men wil dan meer duidelijkheid naar de toekomst. Zal een groeiende zorgvraag ook daadwerkelijk leiden tot een navenant ruimere financiering, zodat al deze specialisten ook volwaardig hun vak kunnen uitoefenen?

Het voorstel van de veldpartijen om met 300 extra plaatsen in 2002 uit te breiden zit in ieder geval een flink eind in de goede richting. Het is raadzaam de gedetailleerde getallen voor alle 27 specialismen in de raming van de onderzoeksinstituten nog met enige terughoudendheid te hanteren. De groei in de afgelopen jaren vraagt nog om een extra verificatieslag. Dan zou ook na de zomer weer een uitsplitsing per specialisme aangeleverd kunnen worden. Daarbij zal dan ook een verdeelsleutel gevoegd worden om de rangorde qua urgentie voor het jaar 2003 te kunnen stellen.

Bij de tandheelkundige specialismen zijn de plannen op een laag niveau ingezet. Hier is een sterk verhoogde inspanning nodig om in 2012 geen tekorten te krijgen,

Voor de opleiding tot verpleeghuisarts gaat het primair om een versnelde inhaal, om de huidige tekorten bij te stellen. De relatief hoge opleidingscapaciteit kan van belang zijn als het meer sluipende beleid zich verder ontwikkelt om verpleeghuisartsen breder in te zetten naar ouderen ook buiten de verpleeghuizen.

Bij de sociale geneeskunde verloopt het patroon grillig. Ook als men hier in de afzonderlijke specialismen duikt zijn er niet alleen zorgen over de jeugdgezondheidszorg. In de groep overig zitten deelspecialismen, als tuberculosebestrijding, die aandacht vragen. Overigens wordt in deze sector aan artsen ook substantiële cursussen aangeboden. Dit is voor aangetrokken artsen in de jeugdgezondheidszorg ook het geval.

Tot slot is er voor het nieuwe specialisme artsen verstandelijk gehandicapten nog geen raming gemaakt. Er is nu een eerste groep van twaalf in opleiding gegaan. Verder is al duidelijk, dat er een leeftijdspiek zit boven de vijftig.

Het haalbaarheidsscenario laat zien, dat er voor de huisartsen in ieder geval geen oplossing te vinden is via opleiden alleen. Er ontstaat zonder nader beleid een aanzienlijk tekort aan huisartsenzorg. Voor de grote groep van specialisten is het vooral de vraag, hoe snel de groei zal gaan en daarbinnen in welke mate de pool van basisartsen groot genoeg blijkt. Hoe geleidelijker de curve loopt hoe meer kans, dat de opleidingen gevuld worden. Het gevolg is, dat er dan ook hier een zeker tekort zal gaan ontstaan.

Methodisch en praktisch wordt nog op een bijzondere complicatie gewezen. Er bestaat interactie tussen allerlei beroepsgroepen. Zo kan bij een tekortschietende huisartsenvoorziening de druk op de tweede lijn weer toenemen. Aanwijzingen hiervoor zijn al zichtbaar na de introductie van de nieuwe dienstenstructuur van de huisartsen. In ieder geval is de vergrote toeloop naar de eerste hulp al merkbaar. Omgekeerd kan ondermeer de verpleeghuisarts in de zorg voor ouderen de huisarts in enige mate verlichten. Dit is slechts een kleine greep uit de mogelijke interacties en mogelijke toekomst. Dit zet afsluitend ook vraagtekens bij de periode na 2012. Over 10 jaar zal de zorg en preventie in ieder geval anders georganiseerd zijn dan nu.

Beleid nodig om zorggat te dichten

Het zorggat voor 2012 is gekwantificeerd. Voor de huisartsen gaat het om het gemis van ruim 2.500 opgeleide huisartsen. Voor de medisch specialisten gaat het om ruim 600.

Dit biedt een goed houvast, om gericht aan maatregelen te werken.

Volgens het model kan beleid gevoerd worden op het aanbod, waarbij gedacht kan worden aan wijzigingen in duur en structuur van de opleidingen, belangstelling van basisartsen vergroten, prikkels gericht op vergroting arbeidstijd. Op het werkproces

kan ook aangegrepen worden. Hier kan vooral substitutie/ taakdifferentiatie een belangrijk hulpmiddel zijn, naast veranderingen in de technologie. Gezien de grootte van het verwachte zorggat bij de huisartsen, zijn de uitkomsten van het Project Toekomstvisie van de LHV/ NHG van het grootste belang. Vanuit het model kan dit gezien worden als een groot substitutie-experiment. Het voornemen bestaat dit nader door te rekenen. Het kan nu mogelijk ook gekoppeld worden aan de op te vangen formatie, die eigenlijk opgeleid had moeten worden. Het zijn vooral de zachte factoren die open staan voor beleid. Bijvoorbeeld bij een andere inrichting van het werkproces, zoals nu al uitgeprobeerd wordt in de vorm van triagesystemen ondersteund door beslissingsmodellen, zijn nog vele oplossingen voor tekorten te vinden. Tot slot is de vraag zelf ook te beïnvloeden. Zo zijn er voldoende aanwijzingen, dat de toenemende vraag sterk te maken heeft met onzekerheidsreductie. Deze hoeft niet te leiden tot consumptie in de zorg, maar zou ook met moderne technologie in de preventieve sector voor een deel weggevangen kunnen worden.

Er is nog een andere beleidsmatige onzekerheid. Er staan belangrijke veranderingen voor de deur in het zorgstelsel. Als er inderdaad meer marktwerking gaat optreden, kan dit grote effecten hebben, niet alleen op het gedrag van artsen, maar ook op dat van patiënten.

Er worden momenteel bredere scenario's ontwikkeld ondermeer vanuit de Stichting Toekomstverkenningen Gezondheidszorg. Deze kunnen een welkome aanvulling zijn op de meer extrapolerende benadering van het Capaciteitsorgaan. Mogelijk dat het Capaciteitsorgaan enkele van dit soort scenario's voor het volgende plan 2003 gaat doorrekenen met behulp van bredere expertpanels.

Daarnaast is dit jaar een eerste advies te verwachten van de landelijke commissie Medisch Opleidingscontinuüm. Zoals hierboven al aangereikt, zullen uitspraken over duur en structuur van de opleidingen ook effect hebben op de benodigde capaciteiten.

Instroom studenten 2700-2850 of 3.300-3.500?

Er is meer inzicht in de periode na 2010 gekomen. Rechtlijnig doorredenerend zijn er volgens de lage combinatievariant met 5% arbeidstijdverkorting eerst 3.300-3.500 studenten nodig, die aan de opleiding geneeskunde beginnen. Vervolgens kan een daling naar ongeveer 2.400 of lager ingezet worden. Een scherpe stijging en een scherpe daling. Verder is er op gewezen dat die aantallen niet op tijd komen om de vervolgoopleidingen te vullen.

Het kan zijn, dat bij een besluit in deze richting het fenomeen ontstaat, dat men gewoonlijk aanduidt met de term varkenscyclus. Begin jaren tachtig zijn de aantallen studenten drastisch naar beneden gegaan, toen er een overschot aan artsen was. Nu op het moment, dat een tekort zichtbaar wordt gaat de pendel weer de andere kant op. Het risico is niet denkbeeldig, dat als dit te lang wordt doorgezet er weer een overschot ontstaat.

Er lijkt zich nog een nieuw probleem af te tekenen. Er is een zekere daling geconstateerd onder de eerste aanmeldingen voor de medische opleidingen. Als deze

trend doorzet zullen er binnen afzienbare tijd zich geen 3.300 studenten melden. Het haalbaarheidsscenario verloopt vlakker met eerst 2.700 tot 2.850 studenten en na verloop van tijd een daling naar 2.500 of minder. Ook in dit scenario hadden de eerst genoemde aantallen al veel vroeger moeten instromen. Dan zou omstreeks 2005 het aantal wat kunnen dalen. Raadzaam is het aantal van 2.700 tot 2.850 nog minimal een drietal jaren na 2005 door te zetten voor het geval ook het haalbaarheidsscenario niet slaagt. Essentiëler is of intussen aanvullende beleidsmaatregelen op gang komen en of deze oplossingen bieden, die bekijken. Door ontwikkelingen goed te monitoren kan dan tijdig bijgestuurd worden.

Als men de onderbouwing overneemt, dat de lage combinatievariant met 5% arbeidstijdverkorting niet haalbaar is, dan volgt hieruit de keuze voor het haalbaarheidsscenario. Daarbij is de veronderstelling aan de orde geweest, dat er geleidelijk aanvullend beleid komt om de groeiende zorgvraag toch op te vangen. Naarmate men hier minder op vertrouwt, is het aan te bevelen hoger in te zetten.

9. Conclusies

Vervolgopleidingen

Dezelfde conclusies voor de vervolgopleidingen als van 2001 kunnen met nog meer kracht herhaald worden. Bondig geformuleerd gaat het om:

- **en** een maximale inspanning om de vervolgopleidingen van huisartsen, tandheelkundig specialisten en (een deel van de) medisch specialisten uit te breiden
- **en** een integrale aanpak van aanvullende beleidsmaatregelen, in ieder geval bij de huisartsen en vermoedelijk ook bij een deel van de medisch specialisten en de kaakchirurgen.

Uitgaande van een aantal harde en zachte ontwikkelingen is naar het oordeel van het Capaciteitsorgaan een instroom in totaal van 2.500 assistenten in de vervolgopleidingen nodig. Ingeschat is, dat dit op diverse gronden niet gerealiseerd kan worden. Wel lijkt met een geleidelijke groei van de opleidingen een instroom van bijna 2.100 haalbaar.

In ieder geval zal er bij de huisartsen zonder nader beleid een uitgesproken tekort ontstaan, niet alleen in 2010 maar ook in alle peildata later. Beleidsmaatregelen zijn hier urgent. Een strakke centrale aansturing van alle initiatieven rond de huisartsenvoorziening, kan daarbij van nut zijn.

Initiële opleiding

Voor de initiële opleiding ligt een keuze voor:

Het Capaciteitsorgaan voorziet, alles wegend, dat vanaf 2003 in ieder geval een instroom van 2.850 nodig is, om de haalbare groei van de vervolgopleidingen op termijn te kunnen realiseren.

Dit aantal moet vanaf 2003 minimaal vijf jaar volgehouden worden en mogelijk acht tot tien jaar. Een beperkte daling naar 2.400 tot 2.500 kan ingezet worden, als door aanvullend beleid de vraag naar artsen zal dalen.

Kiest men voor de bandbreedte 3.300 tot 3.500 volgens de benodigde groei, dan kan later bij ongewijzigd beleid afgebouwd worden naar minder dan 2.400. Het risico is niet denkbeeldig dat bij deze keuze er op termijn een overschot aan artsen zal ontstaan. Er is echter nog een signaal op zijn plaats. Bij de studie geneeskunde zou over enkele jaren kunnen blijken, dat de belangstelling gaat afnemen. Er zijn tekenen, dat het aantal eerste aanmeldingen voor de studie geneeskunde dalend is. Als deze trend doorzet, dan wordt binnen enkele jaren zelfs de 2.800 niet gehaald.

Een campagne, gericht op middelbare scholieren, om belangstelling te wekken, niet alleen om arts te worden, maar breder voor alle disciplines in de gezondheidszorg, is op zijn plaats.

Capaciteitsplan 2002

Huisartsen

Keuze uit varianten

In een eindweging van de varianten acht de Kamer Huisartsen de lage combinatievariant met daarbovenop arbeidstijdverkorting nog steeds een goede indicatie van wat nodig is. Bij de arbeidstijdverkorting wordt nu geen bandbreedte van 2,5 tot 5% aangehouden. De 5% wordt nu eerder als een ondergrens gezien. Houdt men vast aan de horizon 2010, dan moet de benodigde instroom nog weer duidelijk hoger liggen dan de 767, zoals in het plan vorig jaar is aangegeven. De hoofdverklaring is, dat in de jaren 2000 en 2001 er al wel belangrijke ophogingen hebben plaats gevonden, maar lang niet het beoogde aantal. Er moet zo in kortere tijd nog meer opgeleid worden.

Men kan de tijdsperiode van tien jaar aanhouden en vanaf 2002 de horizon op 2012 leggen. In dat geval moeten er vanaf 2002 tot en met 2007 jaarlijks 861 basisartsen de opleiding tot huisarts instromen. Ook deze uitkomst is hoger dan vorig jaar. De hoofdverklaring is nu, dat de uitstroom uit het vak na 2009 nog enkele jaren wat stijgt. De piek ligt vermoedelijk in 2011.

Wil men, na het bereiken van een evenwicht in 2012 vervolgens voor een evenwicht in 2017 en later voor 2020 bijsturen, dan kan vanaf 2009 een stevige daling ingezet worden uiteindelijk naar 466. Daarbij is aangenomen, dat de daling van de arbeidstijd met 5% stopt in 2010, evenals de lage schatting van 5% van de groei van de vraag ten gevolge van sociaal culturele ontwikkelingen.

Deze rekenkundige benadering vraagt om nadere afwegingen.

Aanvullende afwegingen

In het voorjaar van 2001 gaf de Kamer Huisartsen al het oordeel af, dat een groei van de opleidingscapaciteit met een instroom op jaarbasis van meer dan 700 plaatsen een onmogelijke opgave zou zijn. De getallen liggen nu nog hoger. Er is meer nodig dan alleen het aanbod van huisartsen vergroten door meer op te leiden. Vanuit de taakopdracht van het Capaciteitsorgaan worden deze maatregelen niet nader uitgewerkt. Wel komen hieronder nog enkele positieve en negatieve ontwikkelingen aan de orde, die van invloed kunnen zijn op de capaciteitsvraag.

Negatief

- De uitstroom in 2000 lag hoger dan de jaren ervoor. Is dit een trend of toeval?
- De Kamer Huisartsen is bezorgd over de nu beter onderbouwde informatie over een toenemende arbeidsongeschiktheid. Hoe gaat deze curve lopen?
- Hardnekkig zijn de geluiden, dat frequentie en duur van spreekuren al stevig toenemen. Daarmee kan de aanname, dat de zorgvraag door sociaal culturele ontwikkelingen in tien jaar met 5% zal groeien, aan de lage kant zijn, dan wel dat deze groei al veel eerder dit niveau bereiken zal.
- Het aantal praktijken, dat niet vast bemand wordt, is gestegen van mogelijk

ongeveer vijftig naar honderd. De absolute aantallen zijn niet geobjectiveerd door het Capaciteitsorgaan zelf. De trend echter, die een verdubbeling laat zien, wordt als waarschijnlijk beoordeeld.

- Mede in samenhang met het vorige lijkt waarneming moeilijker te vervullen, terwijl het aantal, dat op deze manier een bestaan opbouwt of een geschikte praktijk zoekt, stabiel is gebleven. Een aantal in deze “pool” van waarnemers lijkt zich anders te gedragen dan tien jaar geleden. Het is voor deze, vermoedelijk toenemende, groep een vastere bestaansvorm aan het worden.

Positief

- Het aantal opgeleide huisartsen neemt in absolute zin jaarlijks toe. Ook het aantal dat zich jaarlijks vestigt stijgt.
- Van de afgestudeerde huisartsen vestigen zich procentueel en absoluut meer na een jaar na afstuderen, dan tien jaar geleden. Er zijn ook meer vestigingsmogelijkheden gekomen.
- Het saldo van in- en uitstroom is ook nog positief.
- Er zijn aanwijzingen, dat huisartsen, die het vak verlaten, onder een aantal condities met plezier het vak nog gedeeltelijk zouden willen uitvoeren.

Zonder nog het effect op capaciteit te kunnen beoordelen, wordt daarnaast nog gesignaleerd, dat er enkele belangrijke veranderingen zijn opgetreden in de werkprocessen en in het gedrag van patiënten.

- In enkele regio's wordt, bij gebrek aan zich vestigende huisartsen, geëxperimenteerd met een groter aantal patiënten per huisarts. Dit kan een voorbeeld zijn van verticale substitutie. Te vaak wordt voetstoots aangenomen, dat dit veel werk uit handen neemt. Of dit werkelijk zo is, dient nader onderzocht te worden.
- De dienstenstructuur is breed ingevoerd. De verandering in het aantal werkzame uren vraagt nadere aandacht.
- Door de schaalvergroting bij de dienstenstructuur is de eigen huisarts wat meer op afstand gekomen. Mogelijk dat hierdoor het aantal (telefonische) contacten toeneemt.
- In het verlengde hiervan is ook de directe gang van patiënten naar het ziekenhuis mogelijk aan het toenemen.
- Tot slot wordt er toenemend gewerkt via 'callcenters', niet alleen 's avonds, maar ook experimenteel overdag.

Het saldo van al deze bewegingen is nog moeilijk te kwantificeren. Van grote invloed kan zijn, wat de uitkomst is van het in gang gezette project Toekomstvisie van LHV en NHG gezamenlijk. Deze heroriëntatie kan voor het plan van volgend jaar als beleidsinput dienen in het model om opnieuw te bezien, hoe groot de opleidingscapaciteit in dat geval zou moeten zijn.

Eindoordeel

- Alles wegend is de Kamer Huisartsen van oordeel, dat de opleidingscapaciteit bij

verder ongewijzigd beleid eigenlijk uitgebreid moet worden van een instroom van 420 nog in 2001 naar 861 vanaf 2002 om in 2012 een evenwicht te bereiken. Met nog meer redenen dan in het vorige plan kan gesteld worden, dat dit een onmogelijke opgave is.

- Als men de onvervulde vraag, de openvallende praktijken, en de druk op de pool van waarnemers combineert, kan geconstateerd worden, dat er momenteel al een tekort aan gevestigde huisartsen is.
- Bij ongewijzigd beleid zal er binnen afzienbare tijd een tekort aan opgeleide huisartsen ontstaan. Dit dreigend tekort kan niet met meer opleiden aangepakt worden.
- Op korte termijn is een integrale aanpak nodig met een breed scala aan beleidsmaatregelen, anders dan alleen meer opleiden.

CAPACITEITSPLAN 2001

Bijlage II

Medisch Specialisten

Keuze uit varianten

In een eindweging van de varianten acht de Kamer Medisch Specialisten de lage combinatievariant met daarbovenop 5% arbeidstijdverkorting nog steeds een goede indicatie van wat nodig is.

Volgens deze variant liggen de cijfers voor de totale instroom als volgt:

- capaciteitsplan maart 2001: 1.011
- uitsplitsing november 2001: 1.104.

Zou men nu de horizon op het jaar 2010 houden, dan moet de benodigde instroom nog weer hoger liggen. De hoofdverklaring hiervoor is, dat er in de jaren 2000 en 2001 niet voldoende vooruitgang is geboekt. In 1999 gingen nog 647 artsen naar een vervolgopleiding in 2001 waren het er 766. Er moet zo in steeds kortere tijd steeds meer opgeleid worden om in 2010 geen tekort te krijgen.

Men kan de tijdsperiode van tien jaar aanhouden en vanaf 2002 de horizon op 2012 leggen. In dat geval moeten er 1.157 per jaar vanaf 2002 opgeleid worden. Dit is toch nog iets meer dan eind vorig jaar berekend is voor de periode van tien jaar tot 2010. Wil men, na het bereiken van een evenwicht in 2012, vervolgens bijsturen voor een evenwicht in 2017 en later voor 2020, dan kan al voor 2012 een daling ingezet worden naar ongeveer 870. Daarbij moeten intussen die hoge aantallen eerst wel gehaald zijn! Ook is in deze variant aangenomen, dat de daling van de arbeidstijd met 5% en de geschatte groei van 10% van de vraag door sociaal culturele ontwikkelingen stopt in 2010. Dit is bepaald niet vanzelfsprekend.

Deze rekenkundige benadering vraagt om nadere afwegingen.

Aanvullende afwegingen

Zoals al voorspeld in maart 2001 is het plan weer hoger uitgevallen voor 2010 en tekent zich voor 2010 een vicieuze cirkel af.

Ook vanuit de praktijk blijkt de implementatie vertraagd te verlopen en koerst het veld af op een lager aantal, dat wel haalbaar zou zijn. Het gaat dan om 300 plaatsen, waarschijnlijk boven op de 766 van het jaar 2001. Het totaal komt dan op 1.066. Dit is nog altijd een kleine 100 minder dan wat benodigd is. Hierdoor ontstaat een tekort aan opgeleide medische specialisten in 2010 en in mindere mate ook in 2012. Zo kan er een zorggat ontstaan. Dit vraagt dan ook om meer maatregelen dan alleen meer opleiden. Het is niet de taakopdracht van het Capaciteitsorgaan dit nader uit te werken. Wel worden hieronder nog enige ontwikkelingen geschetst, die van invloed kunnen zijn op de capaciteitsvraag.

Er is mogelijk een trend gaande waarin jongeren meer in dienstverband gaan en

afhankelijk van de cultuur in het betreffende ziekenhuis en specialisme, daarmee ook hun aantal uren wat daalt.

Er zijn kwalitatieve signalen uit het veld, dat een aantal specialismen te weinig

aanwas van assistenten krijgt om hun huidige opleidingscapaciteit te vullen.

Het besef groeit onder de specialisten zelf, dat er vanwege een (dreigend) gebrek aan specialisten anders gewerkt moet gaan worden en dat met name veel werk gedelegeerd kan/moet worden.

Er zijn kwalitatieve signalen over verlies aan werkplezier, hetgeen kan leiden tot verhoogde uittreding, mede door een mogelijke toename van arbeidsongeschiktheid.

Een aantal specialismen begint voor een deel van de activiteiten het ziekenhuis uit te trekken, mede om zo hun eigen werkcondities te creëren.

Het saldo van al deze bewegingen is nog moeilijk te kwantificeren.

Eindoordeel

Alles wegend is de Kamer Medisch Specialisten van oordeel, dat de opleidingscapaciteit bij verder ongewijzigd beleid eigenlijk uitgebreid moet worden van een instroom van ongeveer 766 nog in 2001 naar 1.157 om in 2012 een evenwicht te bereiken. Het veld acht een groei met 300 naar ongeveer 1.066 haalbaar. Het tempo van invoeren blijft achter, evenals het beoogde niveau.

Er is een meer integrale aanpak nodig van het capaciteitsprobleem met een breed scala aan beleidsmaatregelen, anders dan alleen meer opleiden.

Capaciteitsplan 2002

Bijlage III

Sociaal Geneeskundigen

Keuze uit varianten

In een eindweging van de varianten acht de Kamer Sociale Geneeskunde de lage combinatievariant met daarbovenop 5% arbeidstijdverkorting nog steeds een goede indicatie van wat nodig is.

Houdt men aan, dat er in 2010 geen tekort ontstaat, dan moet de benodigde instroom voor het totaal omhoog, maar lang niet zoveel als in de vorige raming. De hoofdverklaring is, dat in de jaren 2000 en 2001 de opleidingen tot bedrijfs- en verzekeringsarts zeer sterk gestegen zijn.

De jeugdgezondheidszorg is echter sterk gedaald. In het veld van de jeugdgezondheidszorg worden overigens wel degelijk artsen opgeleid, maar dan in de vorm van een kortere cursus. Dit is ook gebruikelijk bij andere functies, zoals de infectieziektebestrijding en forensische geneeskunde.

Ook in de groep overig, met veel kleine sociaal geneeskundige specialismen, zijn in het werkveld problemen aan het ontstaan. Zo is er een onderbezetting bij de sociaal geneeskundigen in de tuberculosebestrijding. Deze richting valt onder de bredere nieuwe opleiding maatschappij en gezondheid met meer uitstroomprofielen.

Men kan ook vasthouden aan de periode van tien jaar en vanaf 2002 de horizon op 2012 leggen. In dat geval moeten er vanaf 2002 voor het totaal 353 per jaar instromen, zo'n 50 meer dan de 307, die in 2001 in opleiding gingen. Het gaat dan vooral om jeugdartsen (die van 23 naar 64 zouden moeten) en ook in enige mate om de algemene gezondheidszorg. De opleidingen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen kunnen op hetzelfde niveau blijven of na enkele jaren weer dalen.

Voor de periode na 2012 kan al voor 2012 over de hele linie afgebouwd worden. Deze rekenkundige benadering vraagt om nadere afwegingen.

Aanvullende afwegingen

Het veld van de sociale geneeskunde is per definitie beleidsgevoelig. Zo vinden er grote wijzigingen plaats in het veld van de jeugdgezondheidszorg en het veld van de arbeid. Ook de medische opvang van asielzoekers vraagt de laatste jaren om duidelijk meer medisch personeel met een zwaardere opleiding dan alleen die tot basisarts. De landelijke overheden hebben overigens ten aanzien van de kwantitatieve aansturing van deze opleidingen voor een terughoudende opstelling gekozen. VWS subsidieert een deel van de genoemde opleiding maatschappij en gezondheid.

Impulsen voor opleidingscapaciteiten komen uit het veld zelf. Deze worden vooral ingegeven door ervaren tekorten en problemen op de korte termijn. Tegelijk is dit veld door de wijze van opleiden, met nadruk op het cursorisch onderwijs, flexibel in het aanpassen van aantallen. De opleidingen gericht op het veld van arbeid zijn immers (meer dan) verdubbeld in twee jaar en de jeugdgezondheidszorg begint een eigen oplossing te vinden.

Voor andere, kleinere groepen in deze sector geldt, dat de vooral rekenkundige

benadering van het Capaciteitsorgaan met een tijdshorizon van tien jaar niet toereikend is.

Eindoordeel

Alles wegend is de Kamer Sociale Geneeskunde van oordeel, dat de opleidingscapaciteit voor de richting arbeid en gezondheid op het goede spoor zit. Voor de richting maatschappij en gezondheid is het beeld nog diffuus. Er wordt overwogen niet alleen naar de reguliere opleidingen te kijken, maar een bredere benadering te zoeken. Er worden in deze sector voor allerlei functies aanvullende cursussen geboden van enige omvang.

Capaciteitsplan 2002

Bijlage IV

Verpleeghuisartsen

Keuze uit varianten

In een eindweging van de varianten acht de Kamer Verpleeghuisartsen de lage combinatievariant met daarbovenop 5% arbeidstijdverkorting nog steeds een goede indicatie van wat nodig is.

Houdt men aan, dat er in 2010 evenwicht moet zijn tussen vraag en aanbod, dan moet de benodigde instroom nog steeds van 84 naar 90 opgehoogd, zoals in het plan 2001 is aangegeven. Verlegt men de horizon naar 2012, dan kan de opleidingscapaciteit iets dalen en wel naar 87 plaatsen. Er zijn dan weer twee jaren meer op te leiden. Dit weegt op tegen verdere vergrijzing van de bevolking en uittreding uit het vak de twee jaren vanaf 2010. Wil men, na het bereiken van een evenwicht in 2012, vervolgens voor een evenwicht in 2017 en later voor 2020 bijsturen, dan kan de capaciteit terug naar 84. Deze rekenkundige benadering vraagt om nadere afwegingen.

Aanvullende afwegingen

In het plan van het voorjaar van 2001 is er al meer nadruk gelegd op het huidige tekort, dan dat op de langere termijn. Hiertoe is een inhaalslag nodig geacht van twee keer twaalf plaatsen. Er zijn tekenen, dat dit geëffectueerd gaat worden.

De mogelijkheden tot substitutie lijken verder te verslechteren. De verpleeghuisarts heeft van oudsher al een sterk regisserende rol en is vervolgens sterk afhankelijk van de kwaliteit van de verpleging en de verzorging. Deze Kamer heeft zorgen over een mogelijke verdere daling van het aantal en het opleidingsniveau van dit personeel. Voorts is het profiel van de verpleeghuisarts aan het veranderen. De nadruk begint steeds meer te vallen op de populatie ouderen in brede zin en minder op de ouderen in het verpleeghuis. Verwantschappen gaan meespelen met diverse andere geriatrisch opgeleide artsen. Het verdient aanbeveling, ook in navolging van het Plan van Aanpak van VWS zelf, dit cluster als geheel in kaart te gaan brengen. Het Capaciteitsorgaan zou dit kunnen doen dwars door de diverse Kamers heen. Dit neemt niet weg dat de werkdruk en de tekorten vermoedelijk geleidelijk groeien. Immers de taakstelling van de verpleeghuisarts gaat, ook vanuit deze sector gestimuleerd, steeds meer buiten de muren. Zonder duidelijke externe beleidsbeslissingen blijft de raming van het zorgaanbod in de lucht hangen. Er zijn verder kwalitatieve signalen, dat (nu de pioniersfase achter de rug is) het elan in het veld wat afneemt. Dit kan leiden tot een grotere uitstroom, dan vanuit de historie tot nu toe aangenomen wordt en in de getallen verwerkt is.

Eindoordeel

Alles wegend is de Kamer Verpleeghuisartsen van oordeel, dat de opleidingscapaciteit bij verder ongewijzigd beleid structureel nog steeds iets uitgebreid moet worden. Minstens zo belangrijk is op korte termijn de aanbevolen extra instroom te realiseren. Voor de medische beroepsgroepen gericht op ouderen is meer integraal beleid nodig.

Capaciteitsplan 2002

Tandheelkundig Specialisten

Keuze uit varianten

In een eindweging van de varianten acht de Kamer Tandheelkundig Specialisten de lage combinatievariant met daar bovenop arbeidstijdverkorting nog steeds een goede indicatie van wat nodig is.

Voor de kaakchirurgie geldt nu, net als voor andere specialisten in het ziekenhuis, dat voor de arbeidstijdverkorting rekening gehouden moet worden met 5% als een ondergrens. Voor de orthodontie kan 2,5% aangehouden worden.

Zou men vasthouden aan de horizon 2010, dan moet de benodigde instroom voor beide groepen nog weer hoger liggen dan in het plan 2001 is aangegeven. De hoofdverklaring is, dat in de jaren 2000 en 2001 er nog geen substantiële ophoging heeft plaats gevonden. Er moet zo in kortere tijd nog meer opgeleid worden.

Men kan de tijdsperiode van tien jaar aanhouden en vanaf 2002 de horizon op 2012 leggen. In dat geval moeten er vanaf 2002 jaarlijks 22 assistenten de opleiding tot kaakchirurg instromen en bij de orthodontisten 15 tot 17. Deze getallen komen iets hoger uit dan vorig jaar. Voor deze laatste groep is dan bovendien net als vorig jaar iets naar beneden gecorrigeerd voor instroom van Nederlandse orthodontisten, opgeleid in het buitenland. Deze is in 2000 en 2001 iets lager geweest dan in de jaren hiervoor. Het is echter nog te vroeg om deze daling zo maar door te trekken.

Wil men, na het bereiken van een evenwicht in 2012 vervolgens bijsturen voor een evenwicht in 2017 en later voor 2020, dan kan een daling ingezet worden, zoveel jaren eerder als de duur van de opleiding. Daarbij is aangenomen, dat zowel de groei van de vraag door sociaal culturele ontwikkelingen (ongeveer 4%), als de van de genoemde dalingen van de arbeidstijd (2,5 en 5%) stopt in 2010. Dit is bepaald niet vanzelfsprekend. Uiteraard geldt ook dat die daling pas geldt als, de beoogde sterke groei eerst gehaald is.

Deze rekenkundige benadering vraagt om nadere afwegingen.

Aanvullende afwegingen

De uitkomst ten aanzien van de benodigde opleidingscapaciteit voor de tandheelkundige specialismen met een procentuele groei van 200% was in het voorjaar 2001 het hoogste van alle hoofdgroepen. Er is dan ook door de Kamer Tandheelkunde verbaasd en verontrust gereageerd, dat uitbreiding voor deze sector nog zo weinig zichtbaar is. De inmiddels wel in gang gezette, maar beperkte groei voor beide disciplines zal naar het oordeel van deze Kamer nooit voldoende zijn om in 2012, laat staan in 2010 tekorten te voorkomen. Het is een overzichtelijke sector, waarin veel meer opleiden mogelijk moet zijn. Er is daarnaast meer nodig dan alleen het aanbod vergroten.

Vanuit de taakopdracht van het Capaciteitsorgaan worden dergelijke beleidsmaatregelen niet nader uitgewerkt. Wel komen hieronder nog enkele ontwikkelingen aan de orde, die van invloed kunnen zijn op de capaciteitsvraag.

In de kaakchirurgie zijn op enkele plaatsen nieuwe werkwijzen aan het groeien, waarbij tandartsen in de kliniek gericht kaakchirurgische werkzaamheden beginnen te verrichten. Deze vorm van substitutie kan tot op zekere hoogte oplossingen bieden voor eenvoudiger ingrepen. Het aantal werkzame kaakchirurgen mag hierdoor echter niet onder een kritische grens gaan dalen. Het draagvlak om het vak op (wetenschappelijk) niveau te houden, dreigt anders te versralen. In de orthodontie biedt substitutie vooralsnog geen zichtbare oplossing.

Kijkt men echter vanuit de tandheelkunde naar het gehele scala van activiteiten en (mogelijke nieuwe) disciplines, gericht op het cluster 'mondzorg' rondom de tandarts, dan is er sprake van communicerende vaten.

Overigens is in dit kader van belang, dat bij de aantallen op te leiden tandartsen er wel degelijk rekening gehouden gaat worden met de uitbreiding, die nodig is voor de vervolgopleidingen in de tandheelkunde. De raming van de tandartsen behoort niet tot de taakstelling van het Capaciteitsorgaan. Toch wordt hier een ruwe inschatting gegeven. De benodigde groei van het aantal studenten zal in de orde liggen van enkele tientallen extra per jaar.

Eindoordeel

Zowel in de kaakchirurgie als in de orthodontie begint het tekort zich in volle omvang te manifesteren. Alles wegend is de Kamer Tandheelkundig Specialisten van oordeel, dat de opleidingscapaciteit bij de kaakchirurgen bij verder ongewijzigd beleid uitgebreid moet worden van een instroom van 7 nog in 2001 naar 22 vanaf 2002. Voor de orthodontisten geldt een uitbreiding van 5 naar 15 tot 17 plaatsen op jaarbasis. Beduidend meer opleiden lijkt ook te kunnen en derhalve als oplossingsrichting van het grootste belang.

Vooraf voor de kaakchirurgie geldt, dat daarnaast een meer integrale benadering in samenhang met andere disciplines in de mondzorg mogelijk nieuwe perspectieven biedt om tekorten op korte termijn (tijdelijk) het hoofd te bieden.

Bijlage 1

Model

Het Capaciteitsorgaan heeft een onderzoeksmodel laten ontwikkelen onder leiding van professor dr. Geurts van het IVA uit Tilburg, tezamen met de onderzoeksinstituten NIVEL en Prismant uit Utrecht.

Dit model gebruikt zowel harde als zachte variabelen. Vooralsnog worden uitsluitend gegevens op landelijk niveau gehanteerd en blijven eventuele regionale verschillen buiten beschouwing.

Vraag, aanbod en werkproces staan in interactie met beleid.

Het model bevat drie hoofdcompartimenten (zie stroomdiagram, figuur 1 blz. 38):

- de zorgvraag vanuit de bevolking,
- het aanbod van artsen,
- het werkproces.

Deze drie onderdelen zijn nauw met elkaar verbonden. 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. Het omgekeerde geldt eveneens: invoer van beleid kan de uitkomst opleidingscapaciteit beïnvloeden

De Kamers van het Capaciteitsorgaan hebben onderzoeksmateriaal, verzameld en bewerkt door de onderzoeksinstituten NIVEL en Prismant, beoordeeld en goedgekeurd. Voor een aantal variabelen zijn bestaande gegevensbestanden gebruikt en doorgetrokken tot 2020. 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 en voor de periode daarna geëxtrapoleerd. 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.

Varianten

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.

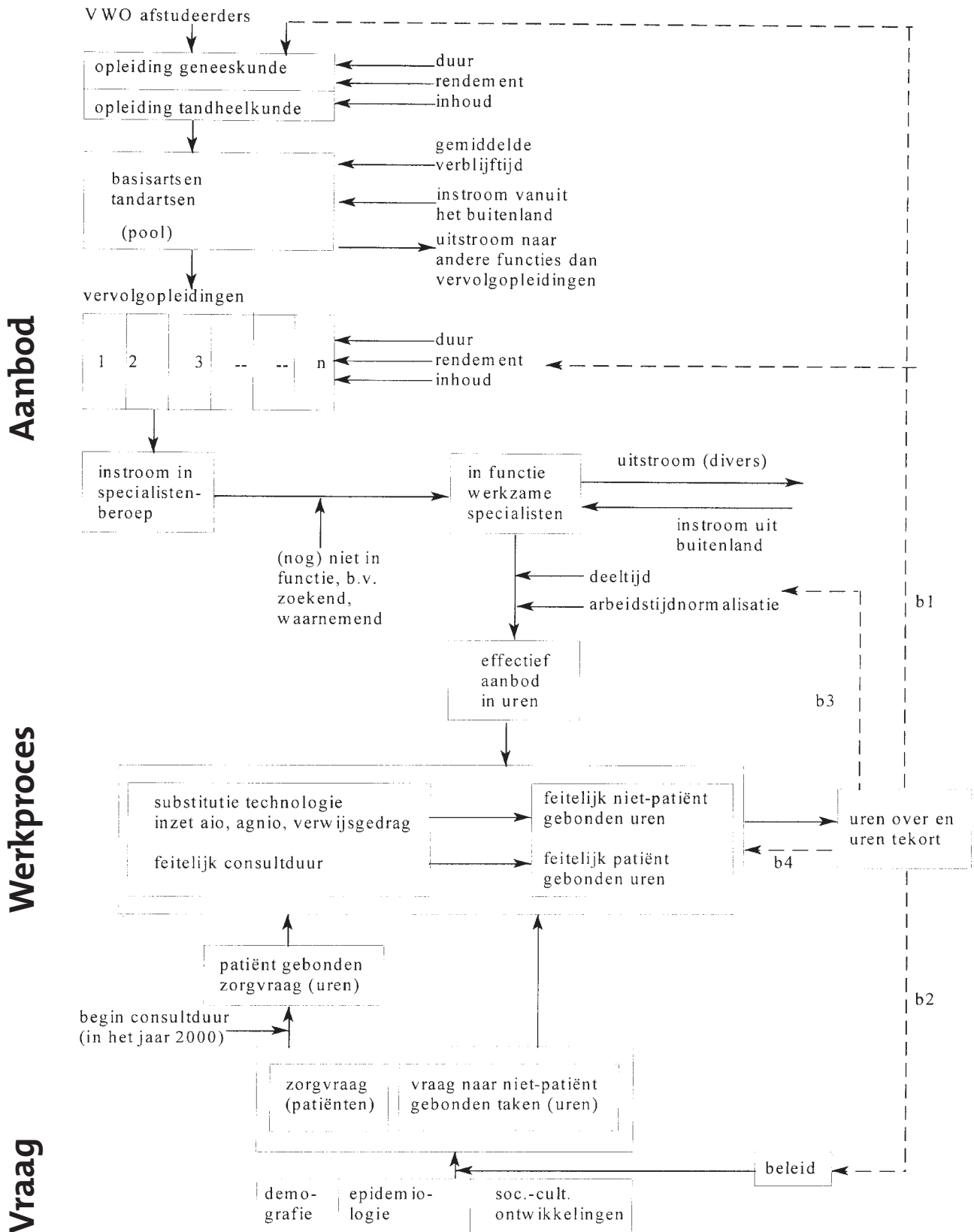
De eerste twee variabelen zijn hard.

Combinatievariant, 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. Zo is een lage combinatievariant ontstaan en een hoge combinatievariant.

Figuur 1: model



Bijlage 2

Leden en medewerkers Capaciteitsorgaan

Plenair orgaan

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. mr. A.W.J.M. van Bolderen
Dhr. P.G.M. Doves
Dhr. dr. H.P. Muller
Dhr. prof. dr. P.E. Postmus, lid DB
Dhr. A.M.J. Veer
Dhr. J. Verhaar
Dhr. A.M. Vernooij
Dhr. L. Wigersma

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. prof. dr. O.J.S. Buruma
Dhr. P.C.H.M. Holland, voorzitter DB
Dhr. mr. E.M. d'Hondt
Dhr. Fr.C.A. Jaspers
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. J.G.M. Hendriks, ondervoorzitter DB
Dhr. H.J. van der Hoek
Dhr. J.G. den Hollander
Dhr. A.M. van Houten
Dhr. J.D. de Klein
Dhr. W.A. Roobol
Dhr. J.Ph.P. Stenger

Kamer Huisartsen

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. P. Klinkhamer, voorzitter
Mevr. G. Raap
Dhr. C.S.M. Tromp
Dhr. P. van der Veer
Mevr. A. van Slobbe (adviserend)

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. prof. dr. J.W. van Ree
Dhr. A.L. Rutgers, ondervoorzitter

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. A.G. Bouwmeester
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. prof. dr. P.M.J. Stuyt

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. B. Osseman
Dhr. M.J.F. Pijnenburg
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

Mevr. W.J.D.M. van Beers
Dhr. prof. dr. L.G.M. de Bont, voorzitter
Dhr. R.R.M. Noverraz
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

Mevr. C.S. Boltje-de Boer
Dhr. T.J.E. van Hemert
Dhr. J.A. Kieft
Dhr. W.Ph.L. Van Ouwerkerk

Kamer Sociale Geneeskunde

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. G.J. Burggraaff
Dhr. J.B.J. Drewes
Dhr. B. Starink
Dhr. F.G. Vlutters (adviserend)
Mevr. M. Wagenaar-Fischer

Organisaties van opleidingsinstellingen /werkgevers

Mevr. A.P. Bisschops
Dhr. dr. mr. N.H.Th. Croon
Mevr. J.F. Lim-Feijen
Mevr. dr. J.F. Meulmeester
Dhr. prof. dr. G. van der Wal, voorzitter
Dhr. P.A. Wiegersma

Bureau Capaciteitsorgaan

Mevr. J.J. Baardman, beleidsmedewerker
Dhr. H.J. Leliefeld, directeur

Bijlage 3

Literatuurlijst

1 Capaciteitsorgaan. Voorlopige raming voor de medische en tandheelkundige (vervolg) opleidingen. Utrecht, oktober 2000.

2 Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2001 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen en advies initiële opleiding geneeskunde. Utrecht, maart 2001.

3 Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2001 voor de vervolgopleidingen van Medisch Specialisten. Utrecht, november 2001.

4 Velden LFJ van der, Hingstman L, Windt W van der, Arnold EJE. Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2002 – 2012/2017/2020. Utrecht, Nivel/-Prismant, maart 2002.

Bijlage 4

Grafieken en Tabellen

Tabel 1:	jaarlijks benodigde instroom Capaciteitsplan 2001
Tabel 2:	jaarlijks benodigde instroom per hoofdgroep volgens de voorkeursvariant Capaciteitsplan 2001
Tabel 3:	jaarlijks benodigde instroom per hoofdgroep volgens de voorkeursvariant Capaciteitsplan 2002
Tabel 4:	jaarlijks benodigde instroom vervolgopleidingen per hoofdgroep periode 2002 – 2012/2017/2020 volgens de voorkeursvariant Capaciteitsplan 2002
Tabel 5:	jaarlijkse instroom vervolgopleidingen per hoofdgroep volgens het haalbaarheidsscenario Capaciteitsplan 2002
Tabel 6:	benodigde instroom initiële opleiding
Figuur 1:	model
Figuur 2:	procentuele verandering zorgvraag in fte vanaf 2000 tot aan 2012, 2017 en 2020, door demografische ontwikkelingen in de bevolking
Figuur 3:	procentuele verandering beschikbare aanbod in fte vanaf 2000 tot aan 2012, 2017 en 2020, bij handhaving opleidingscapaciteit 2001
Figuur 4:	instroom vervolgopleiding huisartsgeneeskunde voor drie verschillende scenario's
Figuur 5:	instroom vervolgopleidingen medische specialismen voor drie verschillende scenario's
Figuur 6:	instroom vervolgopleidingen volgens het haalbaarheidsscenario
Figuur 7:	uitstroom pool bij haalbaarheidsscenario

Stichting Capaciteitsorgaan voor medische
en tandheelkundige vervolgoopleidingen

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

telefoon
(030) 282 33 31

fax
(030) 282 33 18

e-mail
h.liefeld@caporg.nl