

Capaciteitsplan 2003

*voor de medische en tandheelkundige
vervolgopleidingen
en de initiële opleiding geneeskunde*

Een tussenbalans

Capaciteitsplan 2003

***voor de medische en tandheelkundige
vervolgopleidingen
en de initiële opleiding geneeskunde***

Een tussenbalans

Capaciteitsorgaan
Postbus 20051
3502 LB Utrecht

Utrecht, augustus 2003

telefoon
(030) 282 33 31

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1 inleiding	8
2 opleidingen en beschikbare capaciteit tot en met 2002.	9
2.1 Instroom in vervolgoopleidingen toegenomen na 1998 met 36%	9
2.2 Aantal werkzame artsen toegenomen na 1998 met bijna 11%	10
2.3 Instroom in de opleidingen verschilt per groep	
2.4 Instroom in opleidingen medisch specialisten toegenomen na 1998 met 64%	12
2.5 Totale opleidingscapaciteit medisch specialisten toegenomen na 1998 met 36%	13
2.6 Instroom in opleiding huisarts toegenomen na 1998 met 32%	14
2.7 Aantal werkzame huisartsen in tien jaar toegenomen met 15% (9% in fte's)	15
2.8 Instroom in opleiding sociale geneeskunde gedaald in 2002	18
2.9 Instroom in de opleiding tot verpleeghuisarts gedaald in 2002	18
2.10 Instroom in de opleiding tot tandheelkundig specialist toegenomen	19
3 benodigde instroom in 2002 vergeleken met realisatie; mogelijke tekorten in 2012.	20
3.1 Ramingen met varianten	20
3.2 Instroom van 2002 vergeleken met de varianten	21
3.3 Medisch specialisten: tekort tussen 0 tot 4% in 2012	21
3.4 Huisartsen: voorspelde tekort van 20% in 2012 blijft geldig	25
3.5 Sociale geneeskunde: tekorten jeugdgezondheidszorg	27
3.6 Verpleeghuisartsen: tekorten bij vraagsturing AWBZ?	29
3.7 Orthodontie en kaakchirurgie: tekorten van 10% tot 20% in 2012	30
3.8 Instroom studenten toegenomen na 1998 met 42%	31
4 benodigde instroom niet haalbaar bij alle groepen.	34
4.1 Twee op drie artsen wil medisch specialist worden, één op vijf artsen wil huisarts worden	34
4.2 Voor instroom van ruim 1.000 per jaar in opleidingen tot medisch specialisten voldoende belangstelling, maar verdeling onevenwichtig	36
4.3 Instroom in opleiding tot huisarts van 500 haalbaar?	38
4.4 Sociale geneeskunde: belangstelling komt later op gang	39
4.5 De instroom bij verpleeghuisartsen daalt door groei andere opleidingen	40
5 beleidsontwikkelingen en maatregelen	42
5.1 Ramingen bij ongewijzigd beleid	42
5.2 Verkorting van de opleidingsduur en het effect op de opleidingen	43
5.3 Effect van verkorting op leeftijd	48
5.4 Schaarste aan opleiders en patiënten?	50

5.5	Taakherschikking	51
5.6	De invloed op de leeftijd waarop het vak wordt verlaten	53
5.7	Tweede of derde carrière	53
5.8	Langdurige vacatures	54
5.9	Regionale spreiding opleidingen en vestiging	56

6	conclusies	57
----------	-------------------	-----------

Bijlagen

I	medisch specialisten	61
II	huisartsen	76
III	sociaal geneeskundigen	93
IV	verpleeghuisartsen	101
V	tandheelkundig specialisten	109
Bijlage 1		
	Model, varianten en figuur.	114
Bijlage 2		
	Beschikbare en benodigd aanbod in fte's en tekort of overaanbod	117
Bijlage 3		
	Beschikbare en benodigd aanbod in personen en tekort of overaanbod	118
Bijlage 4		
	Leden en medewerkers Capaciteitsorgaan	119
Bijlage 5		
	Literatuurlijst	123

Samenvatting

Het Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen is opgericht in 1999. Vanaf het jaar 2000 zijn er jaarlijks ramingen uitgebracht. In het voorliggende Capaciteitsplan 2003 wordt een tussenbalans opgemaakt.

Bij alle vervolgopleidingen tezamen is de instroom gegroeid van ongeveer 1.400 in 1998 naar 1.900 in 2002, een toename van 36% in vier jaar.

Het aantal geregistreerde beroepsbeoefenaren dat een vervolgopleiding voltooide nam intussen ook al toe van 27.800 in 1998 naar vermoedelijk bijna 31.000 in 2002 een toename van 11% in vier jaar.

De instroom van studenten naar de opleiding geneeskunde is ook omhoog gegaan. In 1998 begonnen ongeveer 1.800 studenten aan de initiële opleiding, in 2002 waren dit er 2.550. Dit is een toename van 42% in vier jaar.

De instroom in alle vervolgopleidingen tezamen moest in 2002 volgens het Capaciteitsorgaan liggen tussen 2.300 en 2.500. Bij een gerealiseerde instroom van 1.900 zijn er in totaal derhalve ongeveer 500 te weinig in opleiding gegaan.

De opleidingen tot medisch specialist namen met 1.100 het grootste deel voor hun rekening en volgen daarbij exact de raming voor 2002. Bij deze groep is de instroom sinds 1998 met 64% in vier jaar sterk gegroeid. De verdeling over de specialismen is echter ongelijk en wijkt soms sterk af naar boven en beneden van de afzonderlijke ramingen per specialisme.

Bij de huisartsen is in 2002 een instroom van 468 gerealiseerd, iets meer dan de helft van de 861 artsen die aan die opleiding hadden moeten beginnen. De toename van de instroom sinds 1998 bedraagt 32%.

Ook bij de tandheelkundig specialisten is de instroom aanzienlijk omhoog gegaan, maar deze blijft eveneens steken op ongeveer de helft van de hoeveelheid die aangeraden is.

Bij de sociaal geneeskundigen is een daling ingezet die bij de opleidingen voor de richting arbeid en gezondheid voorkomt, dat er grote overschotten gaan ontstaan. Voor de richting maatschappij en gezondheid is al langer een daling gaande, met name in de jeugdgezondheidszorg, terwijl hier juist een sterke ophoging had moeten plaats vinden met het oog op het bereiken van een evenwicht in vraag en aanbod in 2012. Ook bij de verpleeghuisartsen ging de instroom in de vervolgopleiding naar beneden. Deze opleiding moest vooral uitbreiden in verband met het relatief grote aantal huidige vacatures van 12%.

Bij de vraag of een hogere instroom in de vervolgopleidingen haalbaar is, speelt de belangstelling van basisartsen voor de verschillende richtingen een belangrijke rol. Ruim 60% wil vlak na het afstuderen bij voorkeur medisch specialist worden. Daarmee is op jaarbasis een instroom van ongeveer 950 te realiseren. De verdeling over de zevenentwintig verschillende opleidingen is echter niet evenwichtig. Vier grote specialismen (interne geneeskunde, algemene chirurgie, kindergeneeskunde en psychiatrie) vangen de helft van de belangstelling en zullen landelijk meer

sollicitanten houden dan plaatsen. Bij andere specialismen is het de vraag of er voldoende belangstelling zal zijn. Dit klemmt vooral bij een deel van de dertien specialismen waarbij de instroom in de vervolgopleiding nog moet groeien. Ongeveer 20% heeft een eerste voorkeur voor de opleiding tot huisarts. Daarmee zou momenteel op jaarbasis een instroom van ongeveer 300 artsen gerealiseerd kunnen worden. Als de komende jaren veel artsen in tweede instantie voor deze opleiding blijven kiezen, kan een instroom van ongeveer 500 gerealiseerd worden. Het aantal sollicitanten voor deze opleiding is de laatste jaren sterk gedaald en iets boven de 600 gestabiliseerd. Deze daling komt voort uit de uitbreiding van de huisartsenopleiding zelf, zodat mensen minder vaak hoeven te solliciteren om een kans te maken of de juiste plaats te vinden. Een ander deel van de verklaring is dat de opleidingen tot specialist sterk gegroeid zijn en men daar meer kans heeft om de eerste voorkeur te gaan volgen. Zo zal de tweede voorkeur om huisarts te worden ook de komende jaren minder tot uitdrukking komen en kan een instroom bij de huisartsen van 500 problematisch worden.

Groei van de opleidingen tot huisarts en medisch specialist verklaart dat de uitbreiding van de instroom van 84 naar 96 bij de opleiding tot verpleeghuisarts niet tot stand is gekomen. Mogelijk dat de belangstelling voor de sociale geneeskunde vlak na het afstuderen ook al dalend is. In ieder geval loopt de leeftijd, waarop men de vervolgopleiding aanvangt, bij de opleidingen tot verpleeghuisarts en sociaal geneeskundige al omhoog naar 35 jaar en ouder.

Vanuit deze informatie kunnen eerdere voorspellingen over tekorten in 2012 nog wat beter onderbouwd worden. Bij de huisartsen, de oogheelkunde, de kaakchirurgie en de jeugdgezondheidszorg zullen de tekorten bij verder ongewijzigd beleid oplopen naar 20% of meer. Bij de medische specialismen dreigen niet alleen grote tekorten bij de oogheelkunde. Nog bij 8 andere specialismen kunnen tekorten van 8 tot 14% ontstaan. Daaronder zijn echt grote specialismen als de neurologie, de anaesthesie en de radiologie.

Voor de opleiding tot huisarts is versterkt aangetoond, dat het tekort van 20% niet opgevangen kan worden door meer te gaan opleiden. Voor deze beroepsgroep kan over veel extra informatie worden beschikt. Dit biedt aanknopingspunten voor aanvullend beleid, mogelijk ook van belang voor andere beroepsgroepen. Zo is een trend vastgesteld dat de pensioenleeftijd bij de mannelijke huisartsen gedaald is van 64 jaar naar 61 jaar. Voorts verlaten mannen dit vak gemiddeld met 57 jaar en vrouwelijke huisartsen gemiddeld met 47 jaar. Een deel van de mannen en vrouwen stapt voor de pensioenleeftijd over naar ander medisch werk. Een groeiend deel stopt echter geheel met werken in de medische sector. Bij de vrouwelijke huisartsen die stoppen is dit de laatste jaren al meer dan 30%, in absolute zin enkele tientallen per jaar.

Veelal wordt geopperd dat bij verkorting van de vervolgopleidingen de dreigende tekorten zullen afnemen. Dit effect bestaat inderdaad. Bij een verwacht groot tekort van 20%, zoals bij de huisartsen, daalt dit tekort met ongeveer 3% naar 17%, als deze opleiding

teruggebracht wordt van drie naar twee jaar. Als men omgekeerd overschotten van een zelfde orde van 20% verwacht dan zullen deze toenemen met ongeveer 6%. Een andere reden tot verkorting is dat de benodigde jaarlijkse instroom naar beneden zou kunnen. Bij verkorting met één jaar is het effect dat de instroom met 13 tot 22% kan dalen. Deze maatregel kan interessant zijn als er schaarste dreigt aan assistenten. Tot slot leidt verkorting tot reductie van het totaal aantal assistenten, dat tegelijk in opleiding is. De grootte van dit effect hangt af van de duur van de vervolgopleiding. Bij verkorting met één jaar van een zesjarige opleiding tot medisch specialist neemt de opleidingscapaciteit af met een zesde en bij een driejarige opleiding tot huisarts met een derde. Dat effect is pas merkbaar bij aanvang van het zesde, respectievelijk derde jaar na invoering van de verkorte opleiding.

Tekorten aan artsen met een vervolgopleiding kunnen mogelijk gecompenseerd worden door taakherschikking door andere disciplines. Goede kwantitatieve studies naar de effecten op capaciteit van de betreffende medische of tandheelkundige beroepsgroep ontbreken echter. Wel kan worden geconstateerd, dat bij de medische specialisten bij handhaving de komende jaren van de instroom op het huidige hoge niveau de tekorten bij negen van de zevenentwintig specialismen kunnen oplopen naar 10% of meer. Dit pleit nog sterker voor maatwerk in de plannen voor taakherschikking. Deze moeten geënt worden op de betreffende vakken. Bij een aantal specialismen, waaronder de oogheelkunde, is taakherschikking al in gang gezet en leidt dit mogelijk tot taakverlichting.

Er dreigen verder grote tekorten aan huisartsen, kaakchirurgen, en sociaal geneeskundigen in de richting jeugdgezondheidszorg. Als men verwacht dat taakherschikking effecten heeft op de capaciteit van deze beroepen zou hier de prioriteit gelegd kunnen worden voor de zich ontwikkelende initiatieven.

Voor het doen van goede voorspellingen spelen er voor diverse beroepsgroepen grote beleidsonzekerheden. Bij de verpleeghuisartsen kan versterkte vraagsturing in de AWBZ tot gevolg hebben dat er beduidend meer verpleeghuisartsen opgeleid moeten worden. Bij de sociaal geneeskundigen richting arbeid bestaan voornemens tot veranderingen in het sociale zekerheidsstelsel, die sterk fluctuerende effecten kunnen geven met name op de behoefte aan verzekeringsgeneeskundigen. Al in gang gezet beleid om tot intensivering van de jeugdzorg te komen kan een sterke toename geven van de vraag naar artsen in deze richting gespecialiseerd binnen de sociale geneeskunde.

Tot slot kan een mogelijke versterking van marktwerking voor veel groepen in de curatieve sector nog allerlei gevolgen hebben, evenals veranderingen in het zorgstelsel. Daarbij kunnen ook de bestaande gegroeide verhoudingen tussen de eerste en tweede lijn gaan schuiven met mogelijke gevolgen voor de vraag naar de verschillende beroepsgroepen.

Capaciteitsplan 2003, een tussenbalans

1. Inleiding

Het Capaciteitsorgaan is medio 1999 opgericht. Het doel is ramingen op te stellen voor veld en overheid, gericht op medische en tandheelkundige (vervolg)opleidingen. Voor de werkwijze en het gehanteerde model wordt verwezen naar bijlage 1.

In het najaar van 2000 verscheen een 'Voorlopige Raming'. (1) In het voorjaar van 2001 kwam het eerste complete 'Capaciteitsplan' uit, gericht op een evenwicht in 2010. (2) In het najaar werd apart een plan uitgebracht voor de instroom in de vervolgopleidingen van de medisch specialisten. (3) In het voorjaar van 2002 is het Capaciteitsplan 2002 uitgebracht, waarin de horizon was verlegd naar 2012 en verder. (4) Deze plannen werden telkens vergezeld door onderzoeksrapporten van Nivel en Prismant gezamenlijk. (5,6,7)

In het voorliggende Capaciteitsplan 2003 wordt een tussenbalans opgemaakt ten aanzien van de ontwikkeling van de opleidingen in de voorgaande jaren, gevolgd door een prognose of er tekorten of overschotten gaan ontstaan. Deze worden gepresenteerd samen met het huidige en toekomstige aanbod in bijlage 2 en 3.

De belangrijkste bevindingen worden besproken in het eerste deel, vastgesteld door het Plenair Orgaan. In de bijlagen I tot en met V worden per beroepsgroep meer gedetailleerde gegevens gepresenteerd, opgesteld door de verschillende Kamers. De samenstelling van het Capaciteitsorgaan wordt verantwoord in bijlage 2.

De gegevens zijn zoveel mogelijk geactualiseerd tot en met 2002 en vooral weer ontleend aan onderzoeken, uitbesteed aan Nivel en Prismant. Deze instituten brengen separaat een raming uit. (8) De gebruikte literatuur wordt vermeld in bijlage 5.

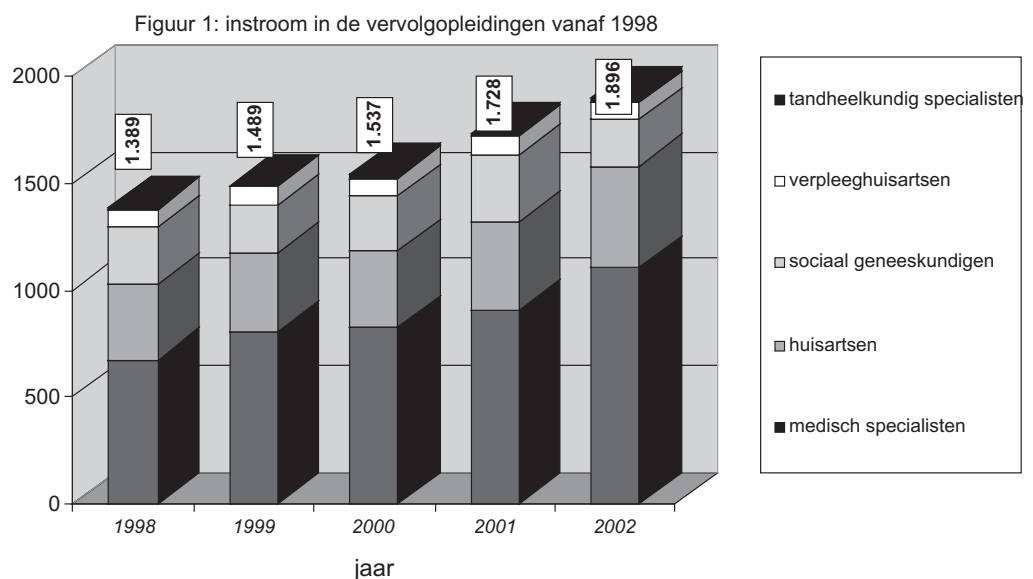
Allereerst worden de ontwikkelingen in de opleidingen en de capaciteit in het veld beschreven. Daarna wordt gezien of de instroom in de opleidingen de ramingen voor 2002 volgen. Daarbij wordt bij afwijkingen van die ramingen een eerste balans opgemaakt of er tekorten of overschotten gaan ontstaan in 2012. In een volgende stap wordt nagegaan of de benodigde groei nog in de komende jaren te realiseren is. Daarbij komt nieuw onderzoek aan de orde vanuit de vraag of de wensen van basisartsen vlak na het afstuderen ten aanzien van de vervolgopleidingen kwantitatief wel aansluiten bij wat nodig is.

In het vijfde hoofdstuk worden enkele signalen aangereikt voor beleid van overheid en/of veldpartijen. Daarbij wordt zowel gekeken naar maatregelen die betrekking hebben op de opleidingen (zoals een mogelijke verkorting van de opleidingsduur) als op de capaciteit in het veld (zoals mogelijke beïnvloeding van vervroegde uitstroom). Afgesloten wordt met de hoofdconclusies ten aanzien van de vervolgopleidingen en enkele beleidsontwikkelingen rond opleidingen en de capaciteit in het veld.

2. Opleidingen en beschikbare capaciteit tot en met 2002

2.1 Instroom in vervolgoopleidingen toegenomen na 1998 met 36%

Er is een duidelijke toename te constateren in de totale instroom in de vervolgoopleidingen. Figuur 1 geeft deze ontwikkeling weer.



In 1998 begonnen bijna 1.400 artsen aan een vervolgopleiding. In 2002 was de instroom bijna 1.900, een toename van ruim 36% in vier jaar. De stijging ten opzichte van het voorgaande jaar was in 2001 het grootst met 12%. Vooral de opleidingen tot medisch specialist en huisarts dragen hieraan bij. Bij deze twee groepen zet deze opwaartse beweging door in 2002. In figuur 1 is echter ook te zien, dat in dat jaar de instroom bij de sociaal geneeskundigen duidelijk daalt. De toename in 2002 ten opzichte van het voorgaande jaar is met 10% daardoor weer wat lager dan deze was in 2001.

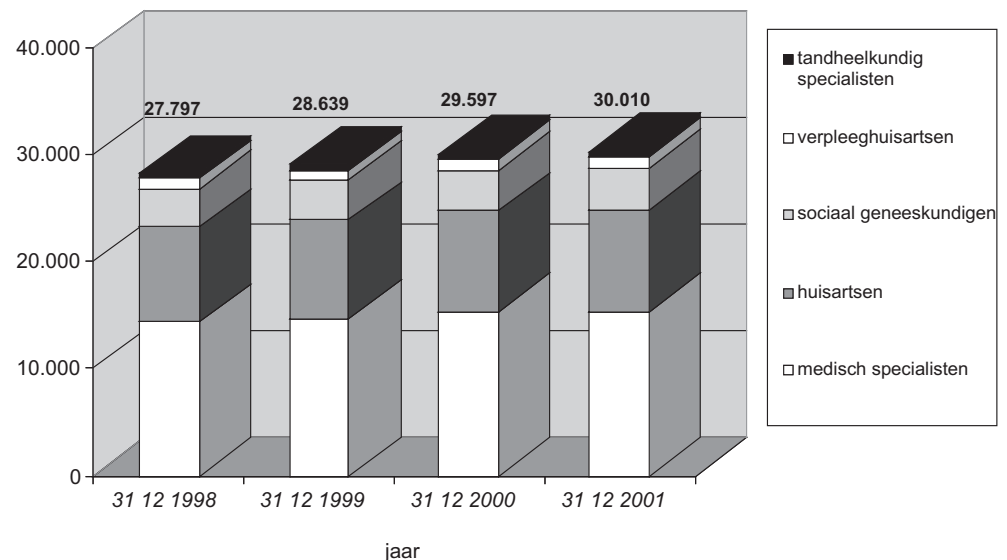
Uitbreiding van de instroom in opleidingen heeft pas na verloop van tijd effect op de capaciteit in het veld. De snelheid waarmee dit naar voren komt is afhankelijk van de duur van de opleidingen. Deze lopen uiteen van twee jaar bij de verpleeghuisartsen tot zes jaar bij een aantal medische specialisten.

Bij enkele groepen is de groei van de instroom al voor 1998 begonnen, in het bijzonder bij de grote groep van medisch specialisten. Dit kan betekenen, dat ook de capaciteit in het veld momenteel al aan het groeien is.

2.2 Aantal werkzame artsen toegenomen na 1998 met bijna 11%

De capaciteit in het veld kan afgeleid worden van gegevens over het aantal dat na een vervolgopleiding geregistreerd is. Dit wordt hieronder weergegeven in figuur 2.

Figuur 2: ontwikkeling beroepsgroepen vanaf 1998



In figuur 2 wordt in de eerste kolom weergegeven, dat het totaal aantal artsen dat een vervolgopleiding heeft afgerond met een registratie in 1998 bijna 27.800 bedroeg. Dit is met 2.200 opgelopen naar ongeveer 30.000 in 2001. Over het jaar 2002 waren nog niet alle cijfers ter beschikking. In drie jaren is de toename 8%. Vermoedelijk kan deze ontwikkeling naar 2002 doorgetrokken worden. Het aantal geregistreerden zou dan in vier jaar uitgebreid zijn met bijna 11%.

Deze cijfers zijn ontleend aan landelijke registraties. Vanaf 1998 benaderen deze getallen beter dat men ook daadwerkelijk in het beroep werkzaam is. Aangenomen mag worden dat er een uitbreiding in het veld heeft plaatsgevonden in dezelfde orde van bijna 11% in vier jaar. Dit is ongeveer 2,5% per jaar.

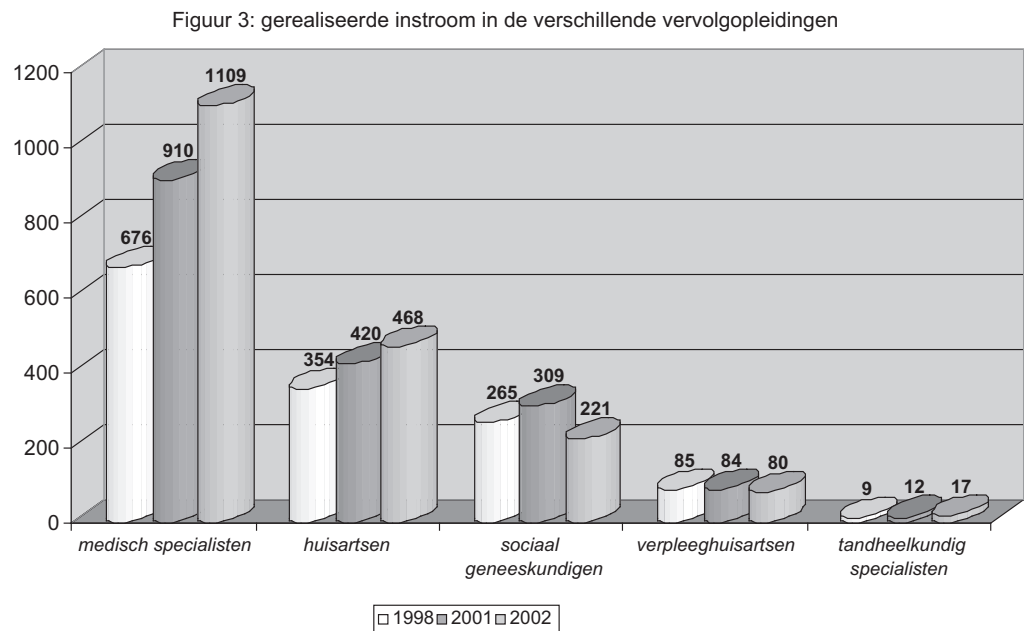
De toename van de capaciteit, gemeten in personen met een registratie na een vervolgopleiding, komt vooral voort uit groei van de vervolgoopleidingen in de jaren voor 1998. Het is echter niet de enige bepalende factor. De uitstroom uit het vak is ook van belang. In de afgelopen vier jaar was er kennelijk sprake van een positief saldo over deze twee factoren. Met andere woorden de zogenaamde "vervanging" van degenen die gestopt zijn is de afgelopen jaren in ieder geval meer dan afgedekt. De groei van de capaciteit in het veld na 1998 ligt met 11% ruim onder de toename van 36% bij de instroom in de vervolgoopleidingen. Die toegenomen instroom in de opleidingen zal zich de komende jaren gaan manifesteren in de vorm van een groeiend aanbod van artsen die een vervolgoopleiding hebben afgerond. Tegelijk neemt de komende jaren de uitstroom uit het vak geleidelijk toe. Het saldo van beide factoren zal positief zijn. Verwacht mag worden, dat de capaciteit in het veld blijft groeien met ongeveer 2,5% per jaar in ieder geval de komende jaren. Dit groeicijfer moet om twee redenen met enige voorzichtigheid gehanteerd worden. Allereerst

gaat het om een toename in personen. De toename in formatietijd ligt lager, zoals hieronder voor de huisartsen toegelicht zal worden. Verder geldt die toename alleen voor de totaalgetallen. Er bestaan grote verschillen per beroepsgroep. Niet bij alle vervolgopleidingen is de instroom toegenomen en ook de verwachte uitstroom uit het vak is wisselend qua hoogte en qua tempo in de tijd.

2.3 Instroom in de opleidingen verschilt per groep

In figuur 1 was al zichtbaar dat de patronen van instroom in de opleidingen verschillen per groep.

Dit is in figuur 3 voor de verschillende beroepsgroepen nog eens afzonderlijk in beeld gebracht.

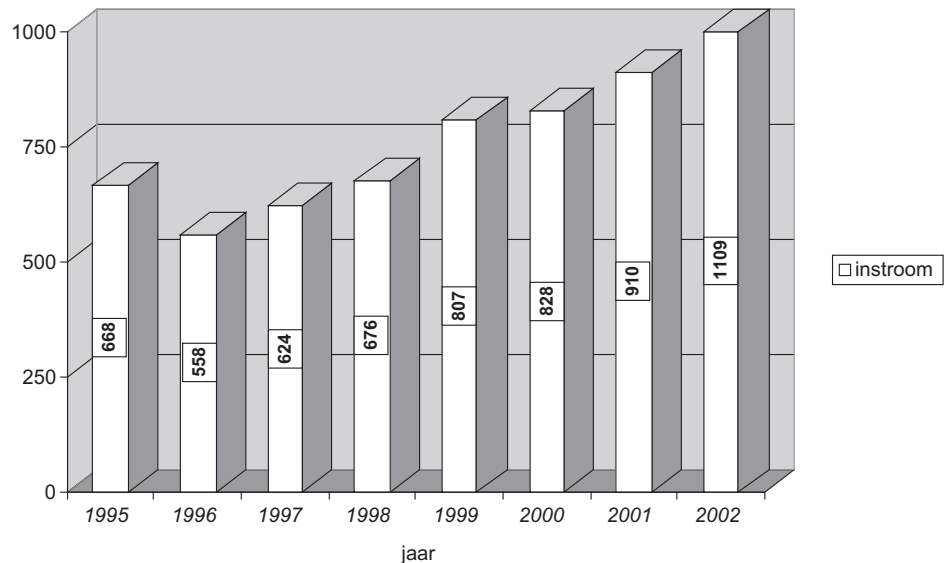


In figuur 3 is de instroom weergegeven voor de jaren 1998, 2001 en 2002. Bij de medisch specialisten, huisartsen en tandheelkundig specialisten is er sprake van stijging in 2001 en 2002 ten opzicht van 1998. Bij de sociaal geneeskundigen en verpleeghuisartsen trad in 2002 een daling op. Hieronder komen de ontwikkelingen per groep afzonderlijk aan bod.

2.4 Instroom in opleidingen medisch specialisten toegenomen na 1998 met 64%

De grootste groep, de medisch specialisten, bepaalt in grote mate het patroon in figuur 1. Bij deze opleidingen gaat de curve al ruim vóór 1998 omhoog. In figuur 4 wordt daarom een langere periode gepresenteerd.

Figuur 4: instroom in de medisch specialistische vervolgopleidingen



In figuur 4 treedt in 1996 eerst nog een daling op ten opzichte van het jaar daarvoor. De instroom gaat daarna omhoog van 550 naar 1.100 in 2002, een verdubbeling in zes jaar. Vanaf 1998 is de toename 64% en ligt deze duidelijk boven het percentage van 36% voor het totaal van alle vervolgopleidingen tezamen over die periode van vier jaar. In het afgelopen jaar 2002 was de toename ten opzichte van het voorgaande jaar met 22% het grootste. Opvallend is echter, dat er ook al in het jaar 1999 sprake is van een sterke uitbreiding van 19% ten opzichte van het voorgaande jaar. Dit kan al in 2003 merkbaar zijn in een groter aanbod van specialisten, die uit de kortste opleidingen van vier jaar stromen. De groei van de vervolgopleidingen is niet evenwichtig gespreid over de zevenentwintig specialismen. Bij sommige is de instroom nauwelijks toegenomen of vertoont grote schommelingen in de tijd. Een deel van de specialismen heeft al vanaf het begin van de jaren '90 het initiatief genomen de opleiding uit te breiden.

Toename aanbod specialisten met 2.000 komende vijf jaar, ofwel 13%

Dit zal zich de komende jaren gaan manifesteren in een groei van het aanbod aan specialisten. Zo mag verwacht worden dat er in 2003 ongeveer 650 specialisten afstuderen, tegen ongeveer 400 die het vak naar verwachting gaan verlaten. Dit geeft een toename van 250 specialisten in 2003, een uitbreiding met ruim 1,5%. In 2004 ligt die uitbreiding vermoedelijk al op 350, een toename van ruim 2%. In de loop van 2007 zal die toename vermoedelijk zijn hoogtepunt bereiken met een positief saldo van in- en uitstroom uit het vak van ongeveer 600 medisch specialisten. In vijf jaar zal het aanbod van medisch specialisten met ongeveer 2.000 toenemen, een groei ten opzicht van 2002 van ongeveer 13%.

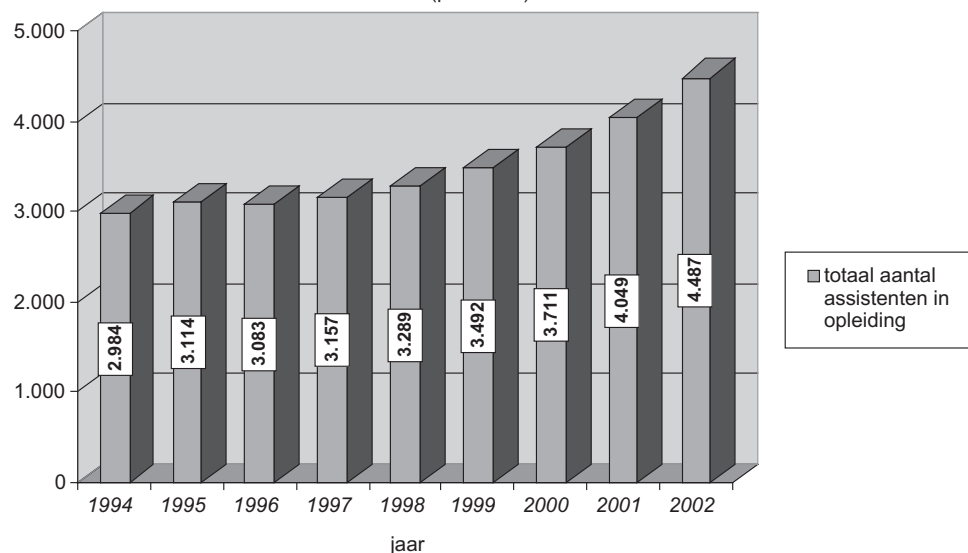
Dit maakt zichtbaar dat de in 2.2 genoemde groei in capaciteit van ongeveer 2,5% qua werkzame personen in ieder geval voor de grootste groep, de medisch specialisten opgaat. Het is van belang dat overheid en veld hierop anticiperen. Er wordt daarmee de komende jaren meer gedaan dan de kale vervanging. Door enkele specialismen is daar in het verleden ook al rekening mee gehouden door uit te gaan van een toename van het aandeel vrouwelijke specialisten in het betreffende vak. De ervaring leerde dat zij gemiddeld minder uren per werkweek maken. Vrouwelijke specialisten werken momenteel gemiddeld 0,8 fte, de mannelijke 0,96. Bij een fte moet men overigens niet denken aan een gebruikelijke werkweek in CAO's van 36 tot 40 uur, maar een aanzienlijk aantal uren meer, nog afgezien van diensten, die voor enkele specialismen intensief kunnen zijn.

De groei in formatietijd zal dan ook duidelijk lager liggen dan 2,5% per jaar.

2.5 Totale opleidingscapaciteit medisch specialisten toegenomen na 1998 met 36%

Bij de medisch specialisten is de duur van de opleiding het langst met gemiddeld ruim vijf jaar. Verhoging van de instroom geeft zo een geleidelijk effect op de totale capaciteit van de opleidingen. Om dit zichtbaar te maken is ook in figuur 5 weer gebruik gemaakt van cijfers over een langere periode.

Figuur 5: totaal aantal assistenten in de opleidingen tot medisch specialist (per 31 12)



In figuur 5 is te zien dat de totale capaciteit van de opleidingen tot medisch specialist stijgt van ongeveer 3.100 medio jaren '90 naar bijna 4.500 artsen in 2002, een toename van ongeveer 45% na 1996 in zes jaar. Op iedere twee assistenten is er één bijgekomen. De toename was in 2002 het grootst met 438 meer dan in 2001, een groei van 11% ten opzichte van het voorgaande jaar. De totale opleidingscapaciteit is vanaf 1998 in vier jaar toegenomen met 36%.

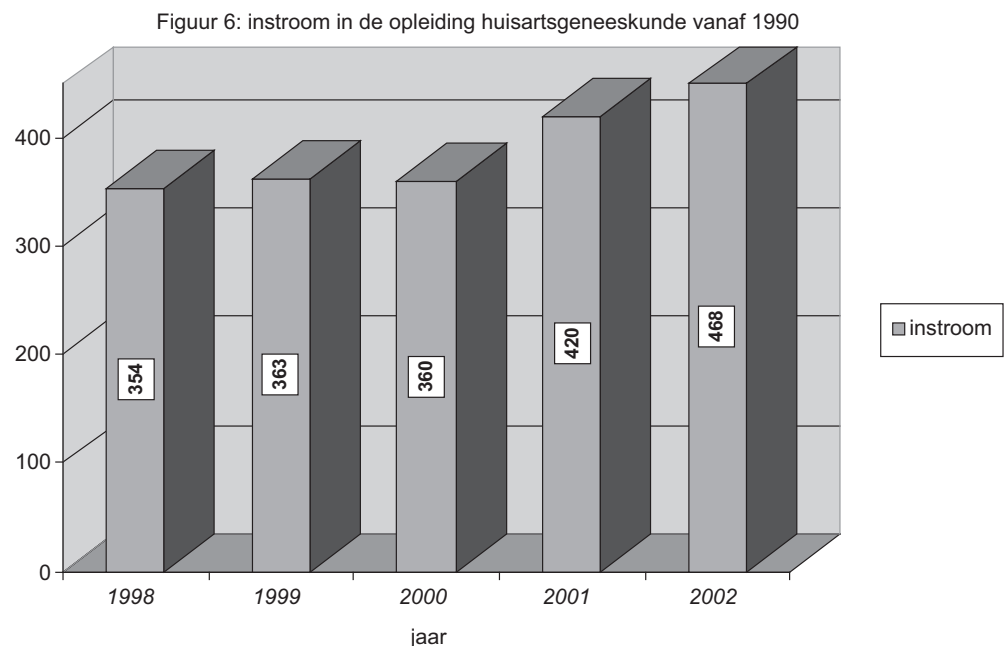
Deze uitbreiding komt in toenemende mate tot stand in niet-academische ziekenhuizen. Ook de regelgeving voor de opleidingen is op onderdelen aangepast,

zodat er meer assistenten binnen de bestaande opleidingsplaatsen konden worden opgevangen. Daarnaast is ook het aantal opleidingsplaatsen uitgebreid. Het aantal assistenten is overigens niet gelijk aan het aantal plaatsen, met name omdat een deel de opleiding onderbreekt of parttime volgt.

In de Kamer Medisch Specialisten is gesignaleerd, dat binnen de bestaande opleidingsziekenhuizen geleidelijk de grenzen bereikt worden, wat men aankan. Deels zou het gaan om organisatorische zaken (ruimtes, opleiders), deels om de juiste mix van patiënten voor de assistenten in opleiding.

2.6 Instroom in opleiding huisarts toegenomen na 1998 met 32%

Bij de huisartsenopleiding, tweede in omvang, begon de instroom in 2001 duidelijk te groeien. In figuur 6 wordt de ontwikkeling getoond vanaf 1998.



Volgens figuur 6 heeft de instroom in de opleiding tot huisarts van 1998 tot en met 2000 op ongeveer 360 gelegen. Dit was al een bescheiden ophoging met enkele tientallen ten opzichte van de jaren daarvoor. De instroom gaat in 2001 met 60 plaatsen duidelijk omhoog naar 420. In 2002 begonnen 468 artsen aan deze opleiding, een toename na 1998 van 32% in vier jaar. In de jaren 2001 en 2002 lag de uitbreiding op respectievelijk 17% en 11% ten opzicht van het voorgaande jaar. De beweging omhoog is later ingezet dan bij de opleidingen voor de medisch specialisten en ligt ook lager.

Daling sollicitanten naar 600.

De opleidingsplaatsen waren goed bezet, hoewel dit in een enkele regio al wat meer moeite kostte dan voorheen. Het totale aantal sollicitanten lag in 1995 op een hoogtepunt van bijna 1.200 om daarna gestaag te dalen naar 600 in 2001. In 2002 is deze trend naar beneden gestopt en gestabiliseerd boven de 600.

In het Capaciteitsplan van maart 2002 is voorspeld, dat bij groeiende opleidingen het aanbod van (geschikte) kandidaten zal afnemen en er gedurende enige jaren een zekere schaarste kan gaan optreden. Dit begint zich nu bij de huisartsenopleiding daadwerkelijk te manifesteren. De daling van het aantal sollicitanten bij de huisartsen is het gevolg van twee bewegingen.

Allereerst is van belang dat de huisartsopleiding zelf uitgebreid is en kandidaten zo meer kans maken geplaatst te worden. Daarmee daalt het aantal dat herhaald solliciteert. In de tweede plaats zijn ook andere opleidingen gaan groeien. Het is aannemelijk dat met name de sterke toename sinds 1997 van de instroom bij de opleidingen tot medisch specialist aan de daling van de aanmeldingen bij de huisartsenopleiding heeft bijgedragen.

Alle vervolgoopleidingen “vissen in een pool” van basisartsen met belangstelling voor een vervolgopleiding. Deze pool wordt gevoed door de uitstroom uit de opleiding tot basisarts. Vanaf de eerste helft van de jaren '90 zijn geleidelijk meer dan 1.400 studenten toegelaten. Momenteel studeren er ongeveer 1.500 artsen per jaar af. Dat men desondanks bij alle vervolgoopleidingen in 2002 ongeveer 1.900 artsen in opleiding heeft kunnen nemen, kan verklaard worden uit het gegeven, dat er ongeveer 6.000 basisartsen onder de veertig jaar zijn. De vervolgoopleidingen kunnen zo uit meer jaargangen putten, maar de selectiemogelijkheden voor de opleiders worden minder ruim dan voorheen. Omgekeerd hebben afgestudeerde basisartsen een grotere kans hun voorkeur te realiseren.

Of de daling van het aantal sollicitanten voor de huisartsenopleiding ook verband houdt met een afname in de belangstelling voor dit vak is de vraag. Dit wordt in hoofdstuk 4 uitgewerkt.

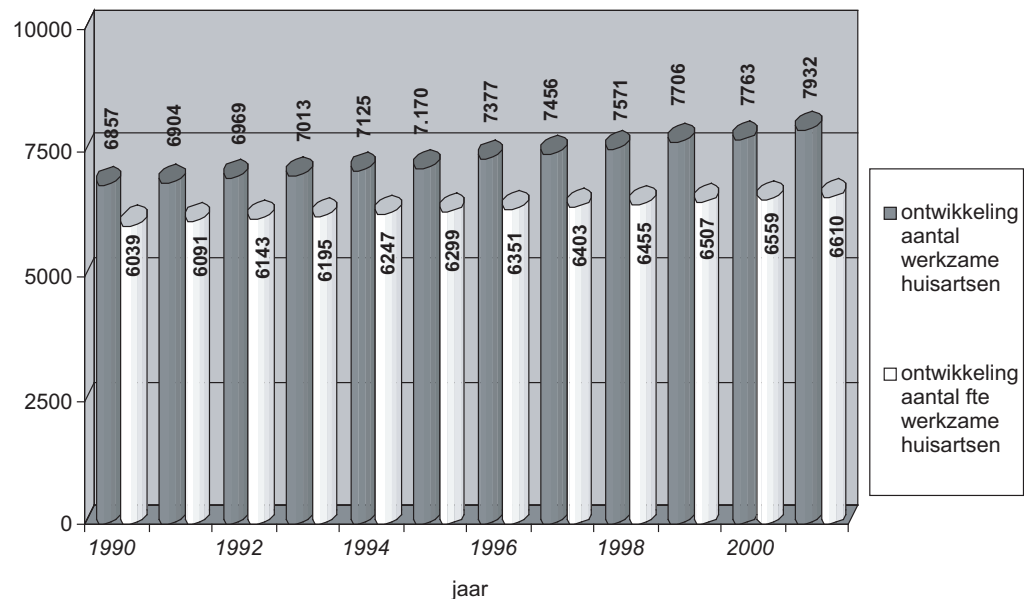
2.7 Aantal werkzame huisartsen in tien jaar toegenomen met 15% (9% in fte's)

Aan de hand van registratiegegevens is hierboven aangegeven dat de totale capaciteit in het veld met ongeveer 11% is toegenomen na 1998. Over de huisartsen staan over het aantal, dat daadwerkelijk werkzaam is, zeer betrouwbare gegevens ter beschikking. Voor deze groep worden jaarlijks extra registraties bijgehouden door het Nivel. De bijlage II over de huisartsen bevat op die basis daarom veel meer gedetailleerde informatie, vergeleken met de andere beroepsgroepen.

In figuur 7 wordt de ontwikkeling van het aantal werkzame huisartsen getoond, opnieuw over een langere periode.

Hieruit valt af te lezen dat er sprake is van een continue stijging van het aantal werkzame huisartsen (vrijgevestigd en in dienstverband). In 1991 waren dat er bijna 7.000, in 2001 bijna 8.000. Dit is een groei van ongeveer 15% in tien jaar. Vanaf 1997 is de toename in vier jaar 6,4%.

Figuur 7: ontwikkeling aantal werkzame huisartsen en aantal FTE's huisartsen vanaf 1990



De uitbreiding van het aantal werkzame huisartsen vanaf 1998 tot en met 2001 kan worden vergeleken met de groei van het totale aantal artsen dat na een vervolgopleiding geregistreerd stond over die periode. Zoals onder punt 2.2 aangegeven, lag die groei op 8%. Voor de huisartsen was dit over dezelfde periode lager, namelijk bijna 5%. In de totaalgetallen zijn de medisch specialisten oververtegenwoordigd. Het vermoeden bestaat dat aldus het aantal werkzame specialisten sterker is toegenomen dan het aantal huisartsen.

Geen trend dat huisartsen meer stoppen met het vak

Opvallend is verder in figuur 7 de geringe toename met 60 werkzame artsen in 2000. Er gingen bijna 400 huisartsen in dit vak aan de slag, maar tegelijk verlieten in dat jaar 328 hun praktijk. De verwachting was dat ongeveer 270 huisartsen zouden stoppen. Toen dit gegeven in de loop van 2001 bekend werd, kwam de vraag op of dit het begin van een trend was. Later bleek dat de uitstroom in 2001 weer sterk gedaald was, namelijk naar 212. Voorlopig is er dus geen sprake van een trend, dat huisartsen meer dan voorheen stoppen met het vak.

300 waarnemers

In bovenstaande figuur zijn waarnemers niet meegeteld. Het gaat om een betrekkelijk stabiel aantal van ongeveer 300. Deze reserve vormt een onmisbare schakel in de continuïteit van zorg in de eerste lijn. Waarneming was voorheen vooral een methode van net afgestudeerde huisartsen om zich te oriënteren op een geschikte praktijk. Een deel van de waarnemers begint dit werk als een meer permanente functie te zien. Zij worden de laatste jaren ook ingezet in praktijken die (tijdelijk) niet bemand zijn door een reguliere huisarts. Zij zouden ook toenemend een rol spelen in de nieuwe dienstenstructuur 's avonds, 's nachts en in de weekeinden. De Kamer Huisartsen overweegt deze reserve in de raming mee te gaan nemen, waarbij deze reserve mogelijk nog wat moet groeien in verhouding tot het toenemend aantal dat werkzaam is.

Al eerder is aangegeven dat het van belang is niet alleen personen te tellen, maar ook het aantal fte's. De opvatting over arbeid is aan het veranderen en niet alleen bij de vrouwelijke artsen. In toenemende mate wil men geen volle werkweken maken. Met name over huisartsen zijn betrouwbare cijfers over het aantal fte's beschikbaar. Zoals in bovenstaande figuur 7 is aangegeven, is in dezelfde periode van tien jaar dit aantal omhoog gegaan van bijna 6.200 tot ruim 6.600 fte's, een toename van ongeveer 9%. Dit is duidelijk lager dan de 15% groei in personen. Uit een recente publicatie van het Nivel blijkt er een daling opgetreden te zijn in het aantal werkuren per week. (9) Een deel van deze daling komt voort uit het gegeven dat degenen die nieuw aan het vak beginnen korter werken, dan degenen die het vak verlaten. Na 1997 is de groei in fte's tot en met 2001 met 3,2% toegenomen. In dezelfde periode van vier jaar nam het aantal personen toe met 6,2%, meer dan het dubbele. Het illustreert duidelijk dat de arbeidstijd per werkzame huisarts aan het dalen is.

Nog 300 "belangstellenden" extra

Een zeer beperkt deel van de huisartsen gaat na de opleiding niet (direct) in een huisartspraktijk werken maar aanvaardt een andere functie. Deze artsen blijven nog enige tijd bij het Nivel geregistreerd. Zij geven aan wel belangstelling te hebben voor werk als huisarts. Een beperkt deel effectueert uiteindelijk deze wens. Een ander deel verliest na enige tijd de registratie en wordt uitgeschreven.

Deze tot huisarts opgeleide artsen mogen niet worden gezien als een echte 'reserve', zoals de waarnemers. Zij doen immers ander werk en zijn niet onmiddellijk ter beschikking. Het gaat om ongeveer 300 huisartsen. Dit aantal is redelijk stabiel, maar de samenstelling van de groep wisselt.

Het feit dat niet iedereen gaat werken in het vak waarvoor men is opgeleid, keert als algemener vraagstuk terug in hoofdstuk 5 bij het onderwerp 'Vacatures'. Voor de huisartsen heeft dit onderwerp veel publieke belangstelling gekregen door het waarschijnlijk toenemende aantal onbemande praktijken. Het wekt dan bevreemding dat er opgeleide huisartsen zijn, die ander werk gaan doen. Dit fenomeen begint vermoedelijk ook te spelen bij een enkele medisch specialisme en wordt daarom in een breder kader besproken.

Voor de huisartsen geldt mogelijk dat zij door het generalistische karakter van hun opleiding een ruimere keuzemogelijkheid hebben dan de andere beroepsgroepen. Overigens neemt het deel dat niet doorgaat, nu de uitstroom uit de opleiding de laatste jaren al wat omhoog gaat, niet toe.

De Kamer Huisartsen ziet dit verloop na de opleiding als een min of meer permanent gegeven. Wellicht zijn er toch maatregelen denkbaar om deze uitval na de opleiding wat in te dammen. Er is dan meer inzicht nodig in de motieven van afgestudeerde huisartsen om zich niet te gaan vestigen. Enkele aanwijzingen hierover komen in hoofdstuk 4 aan de orde in het kader van het onderzoek naar de belangstelling onder net afgestudeerde basisartsen voor de uiteenlopende vervolgoopleidingen en hun beeld van de beroepuitoefening daarna.

2.8 Instroom in opleiding sociale geneeskunde gedaald in 2002

Bij de sociaal geneeskundigen zijn de opleidingen tot en met 2001 in totaliteit gegroeid. In 1995 begonnen 167 artsen aan een opleiding, in 2001 ongeveer 310. Dit is bijna een verdubbeling. Deze getallen geven echter geen juist beeld. De sociale geneeskunde kent een groot aantal uiteenlopende afstudeerrichtingen, die qua instroom uiteenlopen.

In de groep die zich richt op arbeid en gezondheid (bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen) is de groei zeer sterk geweest. De verklaring hiervoor is, dat veel extra artsen zijn aangetrokken in het kader van landelijke beleidsveranderingen om meer aandacht te gaan besteden aan terugdringing van arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim. De instroom was in 1999 al toegenomen tot bijna 160; in 2000 was dat bijna 260. In 2002 trad een omslag op met een daling naar ruim 200.

In de gedifferentieerde groep die zich richt op maatschappij en gezondheid is deze omslag naar beneden al begonnen na 1997. In dat jaar stroomden nog 80 artsen in. Deze daling is vooral zorgelijk voor de jeugdgezondheidszorg. De totale instroom in de in 2002 begonnen nieuwe opleiding maatschappij en gezondheid is in 2002 nog verder gedaald naar 16 artsen.

Veranderingen in de vraag naar sociaal geneeskundigen worden van oudsher sterk bepaald door overheidsbeleid. Een illustratie hiervan is de hierboven genoemde snelle stijging bij de opleidingen in de richting arbeid door veranderingen in het sociale zekerheidsstelsel, doorgevoerd vanaf het midden van de jaren '90.

De scherpe daling van de instroom in de richting maatschappij en gezondheid moet vooral verband houden met de nieuwe opleiding. De oude opleidingen, direct gericht op diverse deelspecialisaties, zijn vervallen. Om uiteenlopende redenen heeft dit in 2002 geleid tot een beperkte instroom.

2.9 Instroom in de opleiding tot verpleeghuisarts gedaald in 2002

Het beroep van verpleeghuisarts is ontstaan in de jaren '70. Begin jaren '90 ging de eerste, erkende tweejarige opleiding van start. In deze fase zijn enkele honderden artsen, die al langdurig in de sector werkten, direct als verpleeghuisarts erkend.

De nieuwe opleiding heeft een sterke impuls gegeven aan dit vak. In 2000 waren er ongeveer 1.000 verpleeghuisartsen werkzaam en ongeveer 1.050 geregistreerd. In 2001 waren het er 1.120 en aan het eind van 2002 waren dit er 1.161.

In de tweede helft van de jaren '90 is de instroom in de opleiding gegroeid van 60 naar 84 artsen. Deze instroom is groot in verhouding tot het aantal werkzame verpleeghuisartsen. De leeftijdsopbouw van deze groep is jong, zodat de uitstroom uit het vak beduidend lager lag dan het aantal artsen dat uit de opleiding kwam en aan het werk ging. Zo neemt het aantal verpleeghuisartsen jaarlijks met ongeveer 50 toe. De daling in 2002 naar een instroom van 80 artsen is opmerkelijk, ook al gaat het

ogenschijnlijk om een relatief kleine terugval van 84. Het doel voor 2002 lag echter hoger. Men wilde in dat jaar een instroom realiseren van 96. Er zijn meer dan 80 personen voor de opleiding ingeschreven, maar aan het begin trad ook nog uitval op. Een enkeling blijkt dan te elfder ure de bakens verzet te hebben. Vergelijkbaar met de daling in het aantal sollicitanten bij de huisartsenopleiding is dit een aanwijzing, dat de stagnatie in de instroom verband houdt met uitbreiding van andere vervolgopleidingen, in dit geval die tot huisarts en medisch specialist.

2.10 Instroom in de opleiding tot tandheelkundig specialist toegenomen

De tandheelkundig specialisten bestaan uit twee groepen: kaakchirurgen en orthodontisten. Voor beide specialismen moet men de opleiding tot tandarts volgen. Een kaakchirurg moet bovendien de opleiding tot arts doorlopen, alvorens de vervolgopleiding in te kunnen. Bij de kaakchirurgie is dus sprake van een dubbele vooropleiding.

De instroom in de opleiding tot kaakchirurg is met ingang van 2002 toegenomen van 6 naar 11, bijna een verdubbeling. Bij de orthodontie heeft al enige groei plaats gevonden in de bestaande opleidingscentra en zal de instroom in 2003 nog verder uitbreiden met de start van een nieuwe opleiding in Groningen.

Voor de kaakchirurgie geldt door de dubbele vooropleiding tot tandarts en arts, dat de doorlooptijd lang is en daarmee de tijd om bij te sturen met het oog op de capaciteit in 2012 bijzonder kort is in vergelijking met de andere opleidingen.

Het aantal geregistreerde kaakchirurgen is de afgelopen jaren vrijwel stabiel gebleven, evenals het aantal dat werkzaam was. Dit laatste lag in 2002 op ruim 180. Bij dit specialisme worden met enig succes gepensioneerde kaakchirurgen ingezet.

Voor de orthodontie geldt als bijzonderheid dat de capaciteit in het veld de afgelopen jaren in niet onaanzienlijke mate is bepaald door Nederlanders die zijn opgeleid in het buitenland. Dit geeft onzekerheid in de prognoses voor de toekomst. Er lijkt echter een lichte daling in die stroom uit het buitenland op te treden.

Ook het aantal geregistreerde orthodontisten is de afgelopen jaren vrijwel gelijk gebleven op ongeveer 280. Het aantal dat werkzaam was bleef ook redelijk constant en lag wat lager.

3 Benodigde instroom in 2002 en gerealiseerde instroom in 2002; mogelijke tekorten in 2012

3.1 Ramingen met varianten

Als de hiervoor geschetste ontwikkelingen worden afgezet tegen wat benodigd is, kan een oordeel gegeven worden of de beschreven stijgingen en dalingen in de instroom de goede kant uitgaan. In eerdere rapporten heeft het Capaciteitsorgaan aangegeven dat er zowel tekorten als overschotten kunnen ontstaan.

Daarbij is van belang dat er keuzes gemaakt zijn met betrekking tot de tijdsduur waarin een evenwicht bereikt moet worden. Er is gekozen voor een tijdsperiode van tien jaar, eerst van 2000 tot 2010, later bijgesteld van 2002 tot 2012. Die tien jaar geeft meer of minder speling om bij te sturen afhankelijk van de duur van de opleidingen. Voor de verpleeghuisartsen met de kortste opleiding van twee jaar staan er acht lichtingen ter beschikking, bij de langere opleidingen van de medische specialisten van zes jaar, maar vier lichtingen. Als er vergelijkbare grote tekorten dreigen in 2012 moet dan binnen een veel kortere periode de benodigde instroom gerealiseerd worden. Dit kan een opstuwende effect hebben op de getallen.

Factoren, waarmee rekening gehouden is, zijn op een bepaalde manier gegroepeerd in varianten. De belangrijkste worden hieronder in tabel 1 weergegeven.

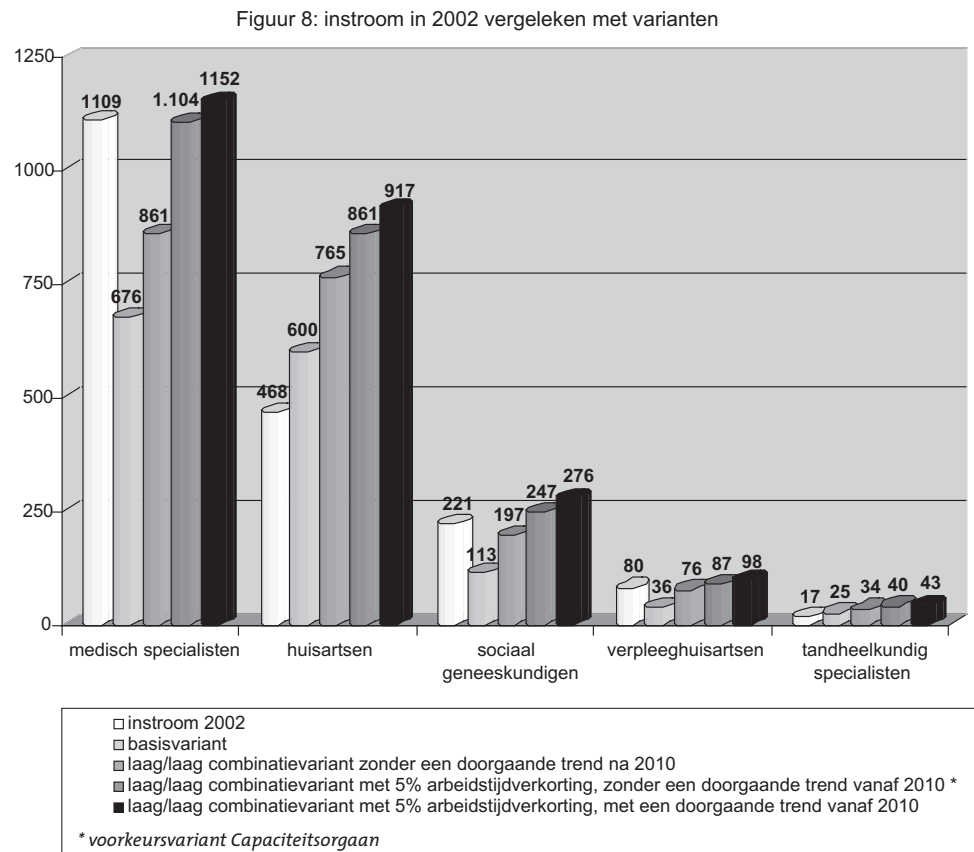
Tabel 1: variabelen en varianten

Varianten	Variabelen
Basisvariant	Bevolkingsontwikkeling Demografie beroepsgroep Lage schatting onvervulde vraag
Laag/ laag combinatie variant	Basisvariant + Lage schatting van sociaal culturele veranderingen Lage schatting van veranderingen in het werkproces
Laag/laag combinatievariant met arbeidstijdverkorting, zonder een doorgaande trend vanaf 2010	Laag/ laag combinatievariant + Effecten van verkorting van de arbeidstijd met 2,5 of 5% Verondersteld wordt dat de lage schattingen van sociaal culturele veranderingen, veranderingen in het werkproces en verkorting van arbeidstijd stoppen in 2010
Laag/laag combinatievariant met arbeidstijdverkorting, met een doorgaande trend vanaf 2010	Variant arbeidstijdverkorting + Verondersteld wordt dat de lage schattingen van sociaal culturele veranderingen, veranderingen in het werkproces en verkorting van arbeidstijd doorgaan in 2010 en 2011
Als tijdshorizon is gekozen voor 2012	

Er zijn meer varianten denkbaar en ook gedocumenteerd in de onderzoeksrapporten van Nivel en Prismant. Uiteraard bestaat er ook nog een hoog/hoog combinatievariant. Verder kan men van alle varianten de tijdshorizon ook verder leggen dan 2012; bijvoorbeeld vijf jaar later op 2017.

3.2 Instroom van 2002 vergeleken met de varianten

De in 2002 gerealiseerde instroom kan worden vergeleken met de benodigde instroom volgens de aangegeven varianten. De benodigde instroom is gebaseerd op het plan voor 2002 en is nog niet bijgesteld voor de ontwikkeling in 2002 zelf. De onderstaande figuur 8 toont of men in 2002 al op weg was om te kunnen voldoen aan de vraag over tien jaar in 2012.



Uit figuur 8 kan worden afgeleid, dat bij de opleidingen tot huisarts en tandheelkundig specialist de instroom in 2002 nog onder de basisvariant lag. De andere drie groepen liggen (redelijk) dicht bij wat nodig was volgens de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan, aangegeven met een * in de figuur. Dit geeft al een uitgesproken aanwijzing, dat bij de huisartsen en tandheelkundig specialisten het risico dat er tekorten ontstaan in 2012 het grootste is. Over elke groep worden hieronder enkele bijzonderheden gemeld.

3.3 Medisch specialisten: tekort tussen 0 tot 4% in 2012

In het najaar van 2001 is aangeraden de instroom voor 2002 te bepalen op 1.104. Daarbij moesten eenentwintig van de zevenentwintig specialismen (sterk) uitbreiden. Zes specialismen hoefden niet uit te breiden. De instroom in 2002 is op 1.109 uitgekomen. Daarmee is het totaalbeeld gunstig. Er

zijn echter specialismen die meer of minder hebben gedaan dan aangeraden is. Door het grote aantal specialismen is de materie complex en wordt hieronder volstaan met enkele hoofdlijnen.

Instroom kan in 2003 dalen met 3%

Met de gedetailleerde gegevens over de instroom in 2002 per specialisme is in maart 2003 aan VWS en veldpartijen een bijgestelde raming voor 2003 aangereikt. (zie bijlage I.1 en I.2). De totale instroom in dit jaar kan wat dalen en is bepaald op 1.068. Dit is 3% minder dan voor 2002 nodig was. Dit geeft aan dat een deel van de opleidingen goed op koers ligt. De kern is dat in 2003 de instroom van de opleidingen van dertien specialismen (in plaats van eenentwintig, zoals in 2002) omhoog moet. Bij de andere veertien kan de instroom weer naar beneden.

Hoe dit voor deze veertien opleidingen beoordeeld moest worden, was voor het Capaciteitsorgaan een nieuw vraagstuk. Als de berekeningen strikt gevolgd waren, konden sommige opleidingen zo sterk krimpen, dat de opleidingsinfrastructuur aangetast zou worden. Tegelijk was al bekend, dat voor de periode na 2012 deze weer opgebouwd zou moeten worden. Die projecties, die lopen tot 2020, zijn bovendien met meer onzekerheden omgeven dan tot 2012.

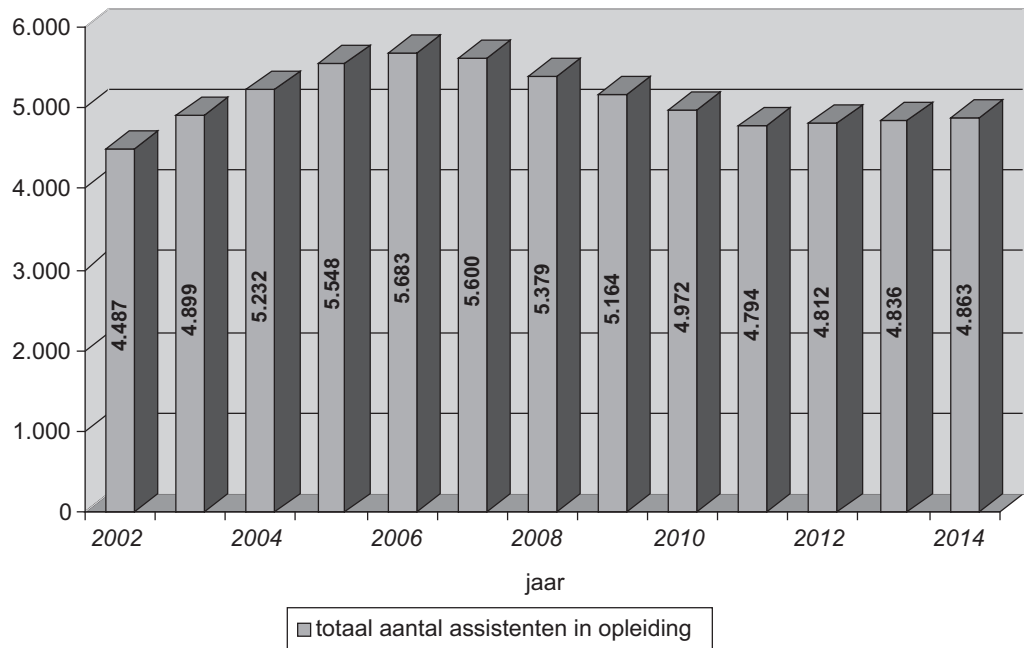
Als men eenzijdig op een evenwicht in het jaar 2012 gefixeerd blijft, moet er op jaarbasis telkens gecorrigeerd worden als er teveel of te weinig assistenten in opleiding genomen zijn. Er kunnen dan grote schommelingen in de instroom gaan optreden. Opleidingen vragen om een zekere stabiliteit. Aan VWS en het veld is daarom aangereikt bij negen van de veertien specialismen in 2003 de instroom gelijk te houden aan de uitstroom. Iedere assistent, die de opleiding verlaat, wordt dan vervangen. De totale opleidingscapaciteit wordt daarmee voorlopig gehandhaafd. Bij de andere vijf kan de instroom wel naar beneden, maar ligt deze nog boven de verwachte uitstroom uit de opleiding. Daarmee zal het totaal aantal assistenten bij deze groep nog stijgen. Dit geldt uiteraard ook voor de dertien specialismen, die nog moeten uitbreiden.

Die totale capaciteit is een belangrijk gegeven voor veld en overheid om op te sturen en wordt hieronder nog apart besproken.

Totale opleidingscapaciteit tot 2006 nog omhoog met 27%

Hoewel de instroom wat naar beneden kan, zal de totale capaciteit van alle assistenten die tegelijkertijd in opleiding zijn, nog behoorlijk sterk toenemen. Deze ontwikkeling wordt hieronder grafisch weergegeven in figuur 9 om zichtbaar te maken, dat de gevraagde opleidingsinspanning nog groter gaat worden. In deze voorspelling wordt ervan uitgegaan, dat de instroom de komende jaren op 1.068 blijft liggen.

Figuur 9: toekomstige aantal assistenten in de medisch specialistische vervolgoopleidingen bij een instroom van 1.068



Zoals in figuur 9 zichtbaar is, gaat de totale opleidingscapaciteit nog omhoog van 4.500 in 2002 naar 5.700 in 2006. Dit zou nog weer een toename van 27% in vier jaar zijn.

De eerder gestelde vraag of de grenzen van groei bereikt zijn klemmt nu des te meer. Kunnen de huidige opleidingsziekenhuizen met behoud van kwaliteit de nog verder groeiende opleidingscapaciteit verwerken?

Als men die capaciteit verder wil uitbreiden en hier meer ziekenhuizen bij wil betrekken is het van belang om de benodigde capaciteit op langere termijn te kennen. Volgens de figuur gaat deze dalen na 2006.

De jaren 2006 en 2007 vormen voor de opleidingen van de medisch specialisten, die bijna allemaal vijf tot zes jaar duren, belangrijke omslagpunten. Vanaf die jaren telt de instroom niet meer mee omdat men niet geregistreerd kan zijn per 1 januari 2012. In het vorig Capaciteitsplan is al tentatief naar de horizon van 2017 en 2020 gekeken. Met de berekeningen daarvoor was een zekere daling van de instroom mogelijk vanaf 2006. Of dit juist is hangt met name af van de mate waarin de schattingen van de Kamer over de vraag en het werkproces na 2010 doorzetten of stoppen. Wil men hiervoor bijstellen dan moet hierover al in 2005 meer duidelijkheid komen. Het is dan ook van groot belang de vinger aan de pols te houden. Men moet voor deze langere opleidingen telkens ongeveer zes jaar tevoren prognoses opstellen.

Ondergrens totale capaciteit na 2006 moet hoger blijven dan in 2002

Er is nog een andere constatering te doen in figuur 7, van belang voor het meerjarenbeleid van veldpartijen. Het niveau na 2006 blijft liggen op ruim 4.800. Dit is nog wat hoger dan in 2002. Er is daarmee een redelijke inschatting gedaan van de ondergrens, die voor langere tijd zal gelden. Dit geldt helaas alleen voor het totaal en vraagt om belangrijke nuanceringen per specialisme, die in deze tussenbalans buiten beschouwing blijven.

Tekorten bij negen specialismen van 10% of meer

In het Capaciteitsplan 2002 is een tekort van 600 specialisten voorspeld in een haalbaarheidsscenario. Op een benodigd aantal in 2012 van meer dan 17.000 specialisten is dit tekort van bijna 4% zeer bescheiden. De instroom in 2002 lag met 1.109 ongeveer 40 hoger dan haalbaar geacht is. Dit totaalbeeld vertekent, dat er zowel tekorten als overschotten kunnen ontstaan, als men naar afzonderlijke specialismen kijkt. Als de instroom en de verdeling blijft als in 2002 zal het tekort aan specialisten wat oplopen naar 700. Dit is op het totaal nog steeds bescheiden met ruim 4%. Als de instroom bij de eerder genoemde groep van dertien echter niet snel en onvoldoende verhoogd wordt in de loop van 2003, kunnen er tekorten bij negen specialismen van 8% of meer ontstaan.

Aan de andere kant zullen er ook specialismen zijn waar tegen 2012 grotere overschotten kunnen ontstaan, met name als enkele grotere specialismen hun instroom niet naar beneden bijstellen.

Bandbreedte bij instroom

Opnieuw wordt een waarschuwing gegeven de berekeningen met een zekere bandbreedte te hanteren en niet eenzijdig op 2012 te fixeren.

Er zijn drie belangrijke nuances aan de brengen in de voorspellingen van tekorten en overschotten.

Allereerst geldt voor kleinere specialismen met een jaarlijkse instroom van minder dan tien assistenten, dat afwijkingen van de instroom grote uitslagen geven. Veelal kan men hier echter in een volgend jaar weer snel op bijsturen, omdat het betreffende veld overzichtelijk is.

Belangrijk is ook dat de schattingen voor on vervulde vraag, de veranderingen in de vraag door sociaal culturele ontwikkelingen, in het werkproces en de daling van de arbeidstijd algemeen zijn gehouden en mogelijk nog sterke verschillen vertonen per specialisme. De Kamer Medisch Specialisten buigt zich nog over dit vraagstuk, mede gehoord de reacties van de verenigingen van de medisch specialisten.

Tot slot is van belang dat de horizon verlegd is van 2010 naar 2012. Als men eerder op orde wil zijn hoeft de daling van de instroom in 2003 bij veertien specialismen minder sterk te zijn.

In deze complexe materie zijn drie groepen te onderscheiden.

Bij negen specialismen is aangeraden de instroom gelijk te stellen aan de uitstroom uit de opleiding. Er wordt dan meer gedaan dan volgens de berekeningen nodig is. Dit kan leiden tot overschotten. Of dit tot gevolg heeft, dat opgeleide specialisten geen of moeilijk werk kunnen vinden, zoals in het begin van de jaren '80 is opgetreden, is nog de vraag. Dit wordt in het beleidshoofdstuk verder besproken bij het onderwerp vacatures.

Het lijkt verstandig om in ieder geval bij de grotere specialismen, die de instroom kunnen laten afnemen, als de kindergeneeskunde, dicht op de aangeraden instroom te gaan zitten. Bij kleinere specialismen, als de klinische genetica, is minder duidelijk, hoe het vak zich verder gaat ontwikkelen.

Bij vijf specialismen, waaronder grote als interne geneeskunde en psychiatrie, kan de instroom ook dalen maar ligt deze dan nog steeds boven de verwachte uitstroom uit

de opleiding. Ook bij deze groep is een zekere bandbreedte in de afwijking naar boven denkbaar. Het zal ertoe leiden dat er sneller een evenwicht tussen vraag en aanbod ontstaat. Het nadeel is dat daarmee de kans wel groter wordt, dat de instroom omstreeks 2006 nog veel sterker moet dalen dan nu het geval is.

De dertien specialismen die nog sterk moeten groeien vragen om de meeste aandacht. Bij sommige is zelfs meer dan een verdubbeling van de instroom nodig. Er kunnen tekorten ontstaan in de grootte van 10% of meer. Het gaat dan om echt grotere poortspecialismen als oogheelkunde en neurologie en om een ondersteunend specialisme dat ook groot is, als de radiologie.

Vanuit de dreigende tekorten zijn dit de specialismen die het meest in aanmerking komen voor andere maatregelen dan alleen meer opleiden. Een deel van deze specialismen, waaronder de oogheelkunde, ziet zelf uitgesproken mogelijkheden in taakherschikking met disciplines, die scherp aansluiten op de activiteiten in het betreffende vak. Als deze substitutie goed gekwantificeerd wordt in termen van capaciteitsreductie bij het betreffende specialisme kan de benodigde instroom in de vervolgopleiding wellicht alsnog naar beneden worden bijgesteld.

3.4 Huisartsen: voorspelde tekort van 20% in 2012 blijft geldig

Voor de huisartsen is in het Capaciteitsplan 2002 voorspeld dat er een tekort van ongeveer 20% aan werkzame huisartsen kan ontstaan. Deze prognose was gebaseerd op een haalbaarheidsscenario met een instroom in 2002 van 468 later oplopend naar 516. De instroom in 2002 was 468. Het scenario komt tot nu toe uit. Voor 2003 gaan er mogelijk 492 in opleiding. Het eerder verwachte tekort van 20% kan aldus gehandhaafd worden. Er is dan ook alle reden om naar andere maatregelen dan meer opleiden om te zien.

Volgens het Capaciteitsplan 2002 hadden 861 artsen in 2002 aan de opleiding moeten beginnen, ongeveer een verdubbeling ten opzichte van 2001. Deze sterke stijging houdt vooral verband met twee factoren.

Snelle omslag naar meer dan 50% vrouwelijke huisartsen

Allereerst speelt de relatief sterke toename de komende jaren van vrouwelijke huisartsen een belangrijke rol. Zij werken op dit moment gemiddeld ongeveer 0,7 fte. Hun mannelijke collega's werken 0,94 fte. Dit is vergeleken met andere groepen niet sterk afwijkend. Men moet hierbij voor ogen houden dat de mannen dan gemiddeld ongeveer 45 uur werken en de vrouwen ongeveer 35 uur (exclusief de diensten).(9) In 2001 was ongeveer 28% van de werkzame huisartsen vrouwelijk. In 2012 zal duidelijk meer dan de helft van de huisartsen vrouw zijn. In de opleiding is het momenteel al ruim 60%. Dit geeft een indicatie, dat de omslag snel gaat verlopen. In de ramingen is hiermee rekening gehouden. Er wordt van uitgegaan dat ook de toekomstige vrouwelijke huisartsen 0,7 fte werken en de mannen 0,94. Met name dit laatste zou wel eens naar beneden kunnen gaan. Daar is nog geen rekening mee gehouden.

In periode 2000 – 2012 neemt 50% afscheid van het vak

Een tweede belangrijke verklaring voor de benodigde hoge instroom is gelegen in de leeftijdsopbouw van de zittende huisartsen. De verwachte uitstroom neemt de komende jaren geleidelijk toe en zal in 2011 een piek bereiken van ongeveer 400 huisartsen. Tussen 2000 en 2010 stopt ongeveer 40% van de huisartsen. Wordt vervolgens ook de uitstroom in de jaren 2010 en 2011 erbij getrokken dan gaat het al om bijna 50%, die het vak in die twaalf jaar gaat verlaten.

Er zijn belangrijke verschillen per regio in Nederland. In een aanvullend onderzoek van het Nivel, verricht in opdracht van het Capaciteitsorgaan, is de verwachte uitstroom per huisartsendistrict in kaart gebracht tot het jaar 2010. (10) Deze zogenaamde ‘vervangingsvraag’ is met 46% het grootste in de DHV Groningen, terwijl deze in sommige andere districten op ongeveer 35% ligt.

Mannen stoppen met het vak van huisarts met 57 jaar, vrouwen met 47 jaar

De hierboven weergegeven uitstroom van 50% is niet uitsluitend gebaseerd op pensionering. Een deel van de huisartsen, mannen en vrouwen, stoppen na verloop van tijd met hun vak. Bij de mannen is de gemiddelde leeftijd, pensionering inbegrepen, waarop ze uit de praktijk stappen 57 jaar. Bij de vrouwen is dit 47 jaar. Dit verschil tussen mannen en vrouwen van tien jaar is opmerkelijk.

Er werken momenteel weinig vrouwen van boven de vijftig jaar als huisarts. Dit wordt wel eens verklaard vanuit het gegeven dat er vroeger veel minder vrouwen dan mannen dit vak uitoefenden. Deze uitspraak is op zich genomen correct. Als echter afzonderlijk naar de uitstroom van mannelijke en vrouwelijke huisartsen gekeken wordt komt een andere verklaring naar boven. Van ieder cohort vrouwelijke huisartsen stopt procentueel jaarlijks telkens wat meer dan van ieder mannelijk cohort. Na verloop van 15 tot 20 jaar zijn er zo uiteindelijk nog weinig van de oorspronkelijke vrouwelijke huisartsen in een praktijk actief. Dit is in de berekeningen meegenomen. Er wordt dan verondersteld, dat de vrouwelijke huisartsen die nu beginnen in de toekomst hetzelfde patroon zullen aanhouden en gemiddeld met 47 jaar het werk als huisarts hebben neergelegd.

Uit deze gemiddelde leeftijden bij mannen en vrouwen van 57 jaar en 47 jaar kan verder afgeleid worden dat men niet alleen stopt om met pensioen te gaan. Wordt de pensioenleeftijd als reden om het vak te verlaten afzonderlijk beoordeeld dan is een neergaande trend te constateren bij de mannen.

Pensioenleeftijd mannelijke huisartsen gedaald van 64 naar 61 jaar

Uit aanvullend onderzoek in het afgelopen jaar is gebleken, dat de pensioenleeftijd van de mannelijke huisarts begint te dalen. Deze is teruggelopen van 64 naar 61 jaar. Of deze trend nog verder doorzet is ongewis. Hier is in de berekeningen nog geen rekening mee gehouden. Zet deze daling door, dan zal het tekort groter worden dan 20%.

Tweede carrière

Een belangrijk deel van de mannen en vrouwen, die ruim voor hun pensioen stoppen, beginnen een tweede carrière, met name in de sociale geneeskunde of

verpleeghuisgeneeskunde. Velen volgen daarin ook de betreffende opleiding, als ze nog ongeveer veertig jaar zijn. Het aandeel in de uitstroom uit het vak dat ander medisch werk gaat doen begint procentueel echter wat af te nemen. Er is meer aan de hand.

Een deel stopt geheel met medisch werk

Het aantal huisartsen dat stopt en (tijdelijk?) geen andere medische werkzaamheden verricht, begint procentueel wat toe te nemen. Deze ontwikkeling is onder vrouwen sterker dan onder mannen. Per jaar zijn het nog kleine aantallen - enkele tientallen op een totale uitstroom van gemiddeld ongeveer 270 huisartsen - maar als het aantal vrouwen onder de huisartsen oploopt en deze ontwikkeling doorzet, kan deze uitstroom groter worden. Als een reden wordt opgegeven dan blijkt dat men meer aandacht wil schenken aan privé-zaken.

Arbeidsongeschiktheid als reden om te stoppen is beperkt

Tot slot is van belang dat het aantal huisartsen dat zegt te stoppen vanwege arbeidsongeschiktheid klein is. Over een langere periode gemeten is er wel een stijgende lijn te zien, maar deze daalde weer in 2001, bij mannen naar 10% en bij vrouwen naar 6%. Op de jaarlijkse uitstroom van 270 gaat het in absolute zin om enkele tientallen. Als men dit afzet tegen ongeveer 8.000 werkzame huisartsen lijkt het te verwaarlozen. Voor goed begrip wordt er daarom op gewezen, dat deze percentages niets zeggen over de arbeidsongeschiktheid onder de huisartsen die praktijk voeren. Men kan alleen constateren, dat degenen die zijn gestopt deze reden in beperkte mate opgeven en een opgaande lijn hierin recent weer is gedaald.

3.5 Sociale geneeskunde: tekorten jeugdgezondheidszorg

Instroom 2002 met 221 onder benodigde 247

De totaalcijfers voor deze groep zijn, zoals eerder al aangegeven, enigszins misleidend. Er lijkt een redelijk evenwicht te ontstaan als men in figuur 6 ziet dat 221 artsen aan de opleiding zijn begonnen, terwijl er 247 nodig waren. De achterliggende bewegingen per hoofdgroep vragen echter om een nadere uitleg.

Kans op overschot in richting arbeid afgenomen

De sterk gegroeide instroom in de opleidingen sociale geneeskunde vóór 2002 kwam bijna volledig voor rekening van de richting arbeid, de opleidingen tot bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige. Het was vooral een inhaalslag om bestaande tekorten weg te werken. Als die instroom in de jaren na 2001 was gehandhaafd, zouden er overschotten zijn ontstaan in 2012 van beduidend meer dan 10%. De instroom voor deze richting is in 2002 gedaald, waarmee de kans op grote overschotten verminderd is. Waarschijnlijk loopt de inhaalslag in de personele werving van artsen in het kader van een grotere inspanning om arbeidsongeschiktheid terug te dringen vanaf 2002 af.

Beleidsonzekerheid in planning mankracht in de richting arbeid is groot

De Kamer Sociale Geneeskunde achtte het tot voor kort denkbaar, dat er al op korte termijn een overschot met name aan verzekeringsgeneeskundigen zou ontstaan. De op- en neergaande lijn in de opleidingen richting arbeid houdt primair verband met beleid van het ministerie van Sociale Zaken. Voor deze beroepsgroepen zijn voor de zeer nabije toekomst de onzekerheden in de planning van de mankracht intussen nog groter geworden. De recente, voorgenomen kabinetsplannen om tot herkeuringen over te gaan kunnen betekenen dat er op korte termijn veel extra capaciteit nodig is en snel daarna mogelijk een overschot ontstaat. De beleidsonzekerheid in de planning van mankracht voor de richting arbeid, met name voor de verzekeringsgeneeskunde, is dan ook groot. Er zijn in het jaar 2002 in totaal ruim 2.800 sociaal geneeskundigen geregistreerd in de hoofdrichting arbeid en gezondheid.

In jeugdgezondheidszorg kan met huidige instroom in de opleiding niet voorzien worden in kale vervanging

In de hoofdrichting maatschappij en gezondheid zijn ongeveer 1.150 sociaal geneeskundigen geregistreerd, waarvan bijna de helft in de specialisatie jeugdgezondheidszorg ("schoolartsen"). In vorige capaciteitsplannen is al aangegeven dat een groot tekort dreigt in de jeugdgezondheidszorg. In 2002 gingen er 16 in opleiding voor de richting maatschappij als geheel, terwijl een instroom van ongeveer 100 nodig was. Bij de aanvang van deze nieuwe opleiding is nog niet zeker, in welke specialisatie men afstudeert. Vooral de richting jeugdgezondheidszorg moet sterk toenemen en wel naar een instroom van 64. Uit het grote verschil kan geconcludeerd worden, dat het eerder voorspelde tekort groter wordt. In de jeugdgezondheidszorg werken 550 sociaal geneeskundigen. Vergelijkbaar met de huisartsen zal van 2000 tot 2012 ongeveer 50% van hen het vak verlaten hebben. Dit zijn ongeveer 275 artsen. Bij de huidige instroom in de opleiding maatschappij en gezondheid zal zelfs niet in de vervangingsvraag voorzien worden en dreigen er tekorten van meer dan 30%. De Kamer Sociale Geneeskunde heeft hier echter wel een vraagteken bijgezet. Er worden nieuwe scholingsmogelijkheden ontwikkeld van een lichter karakter dan de huidige opleiding maatschappij en gezondheid.

Beleidsonzekerheid in planning mankracht in de richting jeugd is groot

Bij de richting jeugd zijn ook nog enkele beleidsonzekerheden van belang. De ongeveer 550 sociaal geneeskundigen in de jeugdgezondheidszorg werken als 'schoolarts' voor 4 tot 19 jarigen. Daarnaast zijn er ongeveer 850 artsen werkzaam op consultatiebureaus voor de 0 tot 4 jarigen. Deze laatste zijn niet opgeleid als sociaal geneeskundige. Het grootste deel is basisarts en zij kunnen/moeten een kortere cursus volgen. Of hier tekorten zijn wordt door derden onderzocht. Er zijn beleidsontwikkelingen in gang gezet om de medisch preventieve zorg voor de hele jeugd van 0 tot 19 jaar te integreren. Het is mogelijk dat hierbij ook het opleidingspakket wordt herzien. De voorliggende raming voor de groep die voor alle 0 tot 19 jarigen werken krijgt zo een enigszins theoretisch karakter. Voor de jeugdzorg speelt ook een beleidsonzekerheid op regeringsniveau. Vorige

kabinetten hebben al maatregelen in gang gezet ter intensivering van het jeugdbeleid in brede zin. Hierin spelen met name de ministeries van Justitie en VWS een rol. Het is mogelijk dat bij verdere versterking van de jeugdzorg ook op de preventieve medische deskundigheid een groter beroep gedaan gaat worden.

Tekorten tuberculosebestrijding en preventie infectieziekten in bredere zin?

De richting maatschappij kent nog allerlei andere afstudeerrichtingen, die nog niet in detail onderzocht en in de Kamer Sociale Geneeskunde besproken zijn. Het gaat dan om relatief kleine groepen, waarbij het bureau van het Capaciteitsorgaan de eerste oriëntaties heeft gepleegd. In deze tussenbalans is het belangrijk vanuit de bescherming van de volksgezondheid te vermelden, dat in de tuberculosebestrijding, een taak verricht vanuit G.G.D'en, men begint te kampen met tekorten aan sociaal geneeskundigen, gespecialiseerd in deze richting. Vanuit deze organisatie zijn ook geluiden gekomen, dat er zorgen zijn over de kwaliteit en kwantiteit in de deskundigheid in de preventie van infectieziekten in bredere zin.

3.6 Verpleeghuisartsen: tekorten bij vraagsturing AWBZ?

Bij ongewijzigd beleid nauwelijks tekorten

Bij de verpleeghuisartsen is de instroom in de opleiding in 2002 gedaald van 84 naar 80 artsen. Dit lijkt niet zo'n probleem te zijn, gezien het kleine verschil met de benodigde instroom die voor 2012 was bepaald op 87. Voor de termijn tot 2012 zouden bij ongewijzigd beleid nauwelijks tekorten ontstaan.

Er was echter een belangrijke reden de benodigde instroom vanaf 2002 niet over acht jaar uit te smeren.

Inhaalslag om vacatures versneld weg te werken

Eind 2000 is voor deze groep het aantal vacatures onderzocht op ruim 1.000 werkzame verpleeghuisartsen. Dit lag op 12% en is daarmee niet te verwaarlozen. Door het Capaciteitorgaan is in dat kader aangeraden een tweetal jaren achtereenvolgende twaalf verpleeghuisartsen meer op te leiden en mogelijk de instroom later weer naar beneden bij te stellen.

Veldpartijen hebben aansluitend besloten die bestaande achterstand versneld weg te werken door twee jaar lang 96 verpleeghuisartsen op te leiden, te beginnen in 2002.

Instroom in 2002 stagneert

De instroom is in 2002 niet omhoog gegaan maar iets gedaald. Er is extra energie gestoken in het betrekken van meer verpleeghuizen bij de opleiding en actiever geworven om het gestelde doel van 96 te halen.

De capaciteit in het veld zal de komende tijd wel jaarlijks met ruim vijftig verpleeghuisartsen blijven toenemen omdat de uitstroom naar verwachting nog duidelijk onder de dertig zit. De vacatures zullen dan echter minder snel weggewerkt worden. De stagnatie in de instroom ondanks een verhoogde inspanning kan grote betekenis krijgen als bepaalde beleidsontwikkelingen sterk doorzetten.

Verpleeghuisartsen: tekorten bij vraagsturing AWBZ

Mede in het licht van de vergrijzing is een modernisering van de AWBZ in gang gezet. Daarbij zal waarschijnlijk de vraagsturing vanuit patiënten en familie steeds meer toenemen. Het gevolg kan zijn dat hiermee ook de vraag naar de deskundigheid van verpleeghuisartsen sterk verandert. Deze zal mogelijk steeds minder gebonden zijn aan de muren van het verpleeghuis. Er is al enige jaren volop geëxperimenteerd met de inzet van verpleeghuisartsen, met name in verzorgingshuizen. Dit kan een grote vlucht gaan nemen. Ook is denkbaar dat verpleeghuisartsen (meer) zullen gaan werken in grotere huisartsenvoorzieningen, Riagg's en ziekenhuizen.

De Kamer Verpleeghuisartsen van het Capaciteitsorgaan heeft deze ontwikkeling al in kaart gebracht in een scenariostudie. De verwachting is dat deze ontwikkeling doorzet en dat dit consequenties zal hebben voor de benodigde instroom in de opleiding. Deze studie vraagt nog om verdieping alvorens een uitspraak met getallen te kunnen staven. Mogelijk gaat het om een aanzienlijke uitbreiding van de instroom in de opleiding tot verpleeghuisarts. In dat kader is de stagnerende instroom in 2002 van nog grotere betekenis.

Zet de vraagsturing door en nemen daarmee ook de indicaties toe waar nu verpleeghuisartsen voor ingezet worden, dan is het de vraag of er snel voldoende verpleeghuisartsen meer opgeleid kunnen worden. In dat geval kunnen er wel degelijk (grote) tekorten ontstaan en kan de urgentie om andere maatregelen te nemen, dan alleen meer opleiden, de komende jaren gaan groeien.

3.7 Orthodontie en kaakchirurgie: tekorten van 10% tot 20% in 2012

Instroom wel omhoog, maar blijven steken op ongeveer de helft van wat nodig is

In de kaakchirurgie zijn ongeveer 180 specialisten werkzaam en in de orthodontie ongeveer 265.

Bij beide tandheelkundige specialismen is de instroom al omhoog gegaan maar is deze blijven steken in 2002 op ongeveer de helft van wat nodig was. Er kunnen dan ook aanzienlijke tekorten in de orde van ruim 25% ontstaan, als deze instroom op dit niveau blijft hangen. Hierbij worden enkele kanttekeningen geplaatst.

Tekorten minder door verwachte uitbreiding instroom

Het gaat om twee kleinere specialismen. Daarvoor gaan de berekeningen volgens het model wel op, maar op deze schaal zijn kleine veranderingen van grote betekenis. Zo is de instroom bij de kaakchirurgie van 2001 naar 2002 omhoog gegaan van 6 naar 11. Het geeft een aanduiding dat er mogelijk nog meer flexibiliteit in het systeem zit. Bij het berekenen van tekorten door de onderzoeksinstituten wordt bewust geen rekening gehouden met verwachte ophogingen van de instroom. De Kamer kan hier op goede gronden van afwijken.

Wanneer wel rekening wordt gehouden met ophoging van de instroom de komende jaren dan zal het tekort in de kaakchirurgie ongeveer 20% zijn.

Bij de orthodontie gaat de instroom in 2003 verder omhoog als een nieuwe opleiding in Groningen begint en komt het tekort mogelijk uit op ongeveer 10% in 2012.

In deze voorspellingen spelen per specialisme nog enkele inhoudelijk bijzonderheden, die iets zeggen over de mate van onzekerheid in de toekomstige tekorten.

Bij orthodontie grotere onzekerheid voorspelling twaalfjarigen tegen 2020

Bij de orthodontie is de vraag van belang, hoe de instroom van Nederlanders, die zijn opgeleid in het buitenland, gaat verlopen. Deze instroom was jarenlang aanzienlijk maar loopt recent wat terug. Bij de schatting van het tekort van 10% is met deze daling bewust nog geen rekening gehouden.

Een andere complicatie is de lange termijn voorspelling van het aantal twaalfjarigen. Deze leeftijdsgroep is zeer bepalend voor de werklust van orthodontisten. De benodigde instroom is gebaseerd op CBS-voorspellingen primair tot 2012. Mogelijk dat het aantal twaalf jarigen tegen 2020 daalt. Als men nu uitsluitend opleidt voor de korte termijn kan het zijn dat er later vanuit de variabele demografie teveel orthodontisten zijn.

Bij kaakchirurgie minder flexibiliteit door lange pijplijn door dubbele vooropleiding

Een belangrijke bijzonderheid bij de kaakchirurgie is, dat men pas toegelaten wordt tot de vervolgopleiding als men zowel arts als tandarts is. Dat men de instroom het afgelopen jaar zo sterk heeft kunnen uitbreiden betekent dat men hier al vroeg op geanticipeerd moet hebben. Of er nog meer in de pijplijn zitten met een dubbele vooropleiding is de vraag. Ook hier zijn andere maatregelen te overwegen, dan meer opleiden alleen.

3.8 Instroom studenten toegenomen na 1998 met 42%

Ophoging instroom studenten van 1.400 naar 1.800 in 1998

Tot slot enkele opmerkingen over de ontwikkelingen in de basisopleiding tot arts. Het aantal artsen dat afstudeert is zeer bepalend om voldoende instroom in de vervolgopleidingen te realiseren.

Het aantal toegelaten studenten is vooral de afgelopen paar jaar sterk gestegen. In het begin van de jaren '80 is de instroom ingekrompen naar 1.400, toen er werkeloze (huis)artsen en specialisten waren. Die instroom is daarna jarenlang constant gehouden. In de jaren '90 werd het aantal studenten ieder jaar wat verhoogd tot ongeveer 1.800 in 1998.

Ongeveer 20% studeert niet af en men doet ongeveer acht jaar over de studie. (18) Momenteel studeren vooral artsen af die begonnen zijn in de jaren 1994 tot en met 1996. Met de zogenaamde zij-instromers erbij studeren er op dit moment ongeveer 1.500 artsen per jaar af. Dit aantal zal de komende tijd jaarlijks wat stijgen.

Instroom studenten naar 2.550 in 2002, toename van 42% in vier jaar.

In het jaar 2002 begonnen 2.550 studenten aan de medische studie. Ten opzichte van 1998 is er sprake van een groei van 42% in vier jaar. Afgezien van de zij-instroom, die moeilijk voorspelbaar is, zullen tegen 2010 ruim 2.000 artsen uit de basisopleiding stromen als de komende jaren nog steeds 80% de studie afrondt.

Het voornemen is om al in 2003 de instroom verder te verhogen naar 2.850. Dit getal is door het Capaciteitsorgaan aangeraden in het Capaciteitsplan van maart 2002. Als dit gerealiseerd wordt, dan studeren in 2011, acht jaar later, ruim 2.200 artsen af. Dit aantal is nog steeds lager dan de 2.300 tot 2.500 artsen, die eigenlijk momenteel al nodig zijn om jaarlijks naar de vervolgopleidingen te gaan. Daarbij moet in gedachte gehouden worden dat zo'n 10 tot 15% van de basisartsen niet zal doorstromen. Het aantal van 2.300 tot 2.500 dat aan een vervolgopleiding zou moeten beginnen is niet structureel voor de langere termijn. Het ligt wat hoger, omdat er gewerkt wordt met een tijdslimiet om in 2012 op orde te zijn. Om 2.500 assistenten aan een vervolgopleiding te laten beginnen zijn 3.300 tot 3.500 studenten nodig, afhankelijk van de mate van doorstroming naar de vervolgopleiding. Deze hadden dan wel ongeveer acht jaar eerder aan de opleiding tot arts moeten beginnen. Als men dit type hoge getallen op zich af laat komen ligt het voor de hand zich af te vragen of er niet een soort varkenscyclus gaat optreden. Het Capaciteitsorgaan heeft dit in de beschouwingen betrokken.

Daling instroom studenten over vijf jaar naar 2.500?

In het haalbaarheidsscenario voor de vervolgopleidingen wordt uitgegaan van een instroom die kan groeien van 1.900 naar bijna 2.100. Daarvoor zijn 2.700 tot 2.850 studenten nodig. Alles wegend is aangeraden om in ieder geval een instroom van 2.850 te realiseren. Om een varkenscyclus te voorkomen is er ook een tijdslimiet genoemd. Voorzien werd dat dit aantal minimaal vijf jaar volgehouden moet worden en mogelijk acht tot tien jaar. Verder is gesteld dat, als door aanvullend beleid de vraag naar artsen zal dalen, de instroom van studenten mogelijk terug kan naar 2.400 tot 2.500.

Sterke groei van andere disciplines?

Of deze daling daadwerkelijk kan plaats vinden hangt onder meer af van de vraag of andere disciplines delen van het werk van artsen zullen gaan overnemen. Als op dit terrein krachtige impulsen worden gegeven mede omdat er tekorten zijn of dreigen is wellicht een snellere bijsturing nodig dan na vijf jaar.

In dat licht zijn de initiatieven om studies te openen voor klinisch technologische beroepen, evenals de voornemens om in veel grotere getale dan nu zogenaamde nurse-practitioners (n.p's) en physicians assistants (p.a.'s) op te gaan leiden, van groot belang. Als er inderdaad sprake zou zijn van echte taakherschikking ten opzichte van het werk van medische en tandheelkundige specialisten kan dit gevolgen hebben voor de bestaande ramingen zowel van de vervolgopleidingen als van de initiële opleiding.

Selectiemogelijkheden voor vervolgopleidingen worden krappere

Zoals eerder gesteld, met name bij de medisch specialisten, is de periode na 2012 nog onzeker. Daarmee is de vraag opgeworpen of de aangenomen daling in het aantal studenten wel moet optreden. De genoemde 2.850 is daarom voorlopig als een ondergrens aangegeven.

In besprekingen met de verenigingen van medisch specialisten is door enkele delegaties voorgesteld een nieuw element toe te voegen aan de raming van het

aantal medische studenten. Bij een aantal specialismen begint het aantal sollicitanten momenteel min of meer gelijk te lopen met het aantal plaatsen. Dit geldt overigens ook voor huisartsen en verpleeghuisartsen. Hiermee komt de wens om te kunnen selecteren steeds meer in het gedrang. Men pleit daarom in feite voor een zeker surplus aan artsen. De huidige 'pool' van basisartsen van ongeveer 6.000 onder de veertig jaar, is kennelijk te klein voor een behoorlijke selectie. Men neemt immers ongeveer 1.900 in opleiding terwijl er 1.500 afstuderen. Verwacht mag worden dat die pool van jongere basisartsen tegen 2010 zal stabiliseren op een veel lager niveau dan 6.000 om daarna weer wat te gaan stijgen.

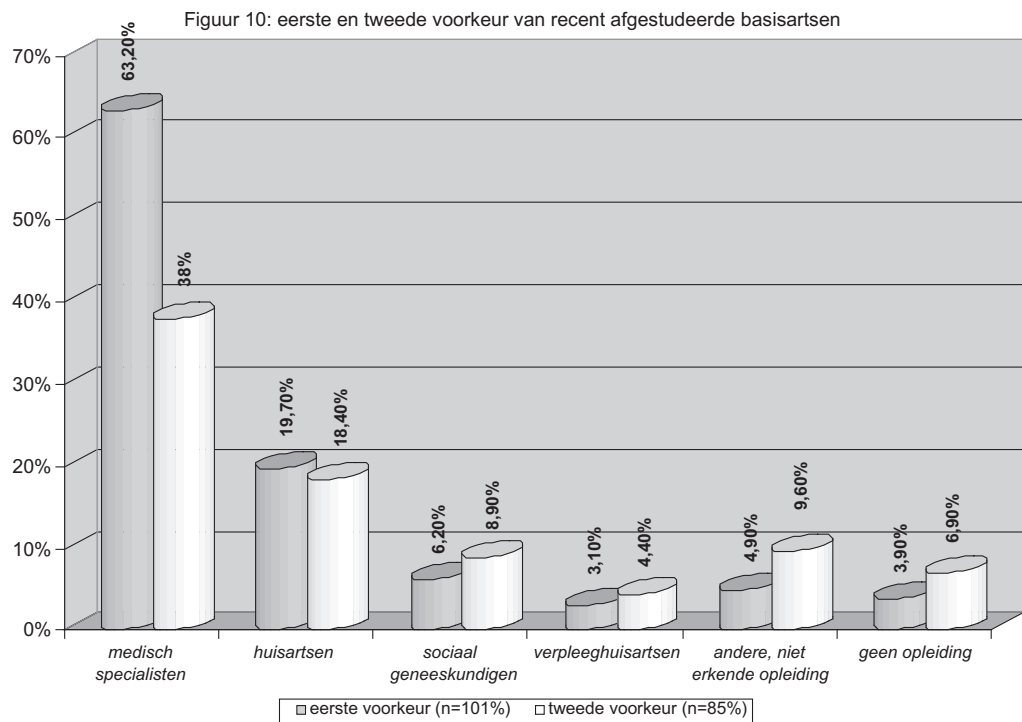
Intussen kunnen er fricties gaan optreden in de bezetting van opleidingsplaatsen dan wel zullen niet alle benodigde plaatsen kunnen worden ingevuld met kandidaten. Het Plenair Orgaan meent dat een kleinere pool van basisartsen dan momenteel juist maatschappelijke gewenst is. Een ruimere selectie heeft als keerzijde dat basisartsen teleurgesteld kunnen raken. Herhaling van het zogenaamde stuwmeer (een groot aantal basisartsen, dat niet kon doorstromen naar een vervolgopleiding) van begin jaren tachtig is sociaal niet acceptabel.

Mede tegen deze achtergrond heeft het Capaciteitsorgaan onderzoek laten doen naar de voorkeur van net afgestudeerde basisartsen voor de verschillende vervolgopleidingen. Dit geeft een beter inzicht in de instroom die haalbaar is en of de hierboven voorspelde tekorten bijgesteld moeten worden.

4. Benodigde instroom niet haalbaar bij alle groepen

4.1 Twee op drie artsen wil medisch specialist worden, één op vijf artsen wil huisarts worden

In opdracht van het Capaciteitsorgaan is door het bureau Scaudit onderzoek gedaan onder recent afgestudeerde artsen naar hun voorkeur voor vervolgoopleidingen.⁽¹¹⁾ De tandheelkundig specialisten met hun vooropleiding tot tandarts zijn niet betrokken in deze studie.



De figuur laat voor de vier onderzochte groepen een groot verschil in eerste voorkeur zien. De gevonden percentages zijn door het bureau van het Capaciteitsorgaan gekoppeld aan mogelijke instroom in vervolgoopleidingen. Als de responderende studenten gelijk gesteld mogen worden aan de totale groep van afstuderende artsen dan zijn belangrijke conclusies te trekken met betrekking tot de haalbaarheid van de benodigde instroom.

Vervolgopleiding tot specialist met 63% voorkeur niet helemaal op jaarbasis te vullen

Bijna 63% van de net afgestudeerde artsen geeft aan bij voorkeur een opleiding tot medisch specialist te willen volgen. Uitgaande van 1.500 afstuderende artsen per jaar momenteel zou dit jaarlijks een instroom van 950 artsen garanderen. Dit ligt onder de instroom van 1.109 in 2002 en de benodigde instroom van 1.068 artsen in 2003. Het verschil is echter te overzien. Er wordt bovendien gerekruteerd uit meer afstudeerjaren. De pool van 6.000 artsen onder de 40 jaar zal relatief nog veel belangstellenden voor een medisch specialistische opleiding bevatten. In het recente verleden gingen veel minder dan 950 artsen per jaar in opleiding. Een instroom in

totaal van 1.000 tot 1.100 moet daarom enige jaren haalbaar zijn. Tegelijk zal geleidelijk het aantal artsen dat afstudeert omhoog gaan.

Voor de haalbaarheid van een instroom ongeveer boven de 1.000 moet uitdrukkelijk een voorbehoud gemaakt worden of de verdeling van die eerste voorkeur over de verschillende specialismen wel evenwichtig is.

Vervolgopleiding tot huisarts met 20% voorkeur helemaal niet voldoende te vullen

De huisartsenopleiding heeft de eerste voorkeur van bijna 20% van de afgestudeerde artsen. Hiermee zou op jaarbasis een instroom van 300 kunnen worden gerealiseerd. Dit is beduidend minder dan de instroom van 468 artsen in 2002. Nu wordt feitelijk een opleiding gevuld uit meer afgestudeerjaren. Omdat echter de opleiding tot huisarts al een aantal jaren een instroom boven de 300 heeft is het zeer waarschijnlijk dat er al langer assistenten gesolliciteerd hebben en geselecteerd, die in tweede instantie besloten hebben om deze opleiding te gaan volgen. Het geeft tevens een eerste aanwijzing dat het benodigde aantal van 861 niet haalbaar zal zijn.

Eerste voorkeur voor sociale geneeskunde en verpleeghuisgeneeskunde met 6% en 3% duidelijk lager

De opleidingen tot sociaal geneeskundige en verpleeghuisarts scoren veel lager met respectievelijk 6% en 3%. Hiermee kan ongeveer de helft van de benodigde instroom worden gerealiseerd. Er is de afgelopen jaren beduidend meer ingestroomd dan op deze eerste voorkeur van recent afgestudeerde basisartsen te verwachten valt. Ook hier moeten dus nog andere zaken spelen dan alleen de eerste voorkeur vlak na het afstuderen.

Meer dan 90% wil naar een erkende vervolgopleiding

Belangrijk is verder dat 5% een andere, niet erkende vervolgopleiding wil volgen en dat 4% helemaal geen opleiding ambieert. Met andere woorden, potentieel wil minimaal 90% doorstromen. Dat is meer dan in het verleden in de praktijk gebeurde. Ongeveer 85% ging voorheen naar een vervolgopleiding en rondde die ook af. Bezieet men overigens de tweede voorkeur bij deze twee laatste groepen dan geeft ongeveer 16% aan een niet erkende opleiding of helemaal geen opleiding te willen volgen.

Dat betekent dat voornemens van jonge artsen verloren kunnen gaan als men geen erkende opleidingsplaats naar eigen keuze kan bemachtigen.

Uitval basisartsen tot 40 jaar kan niet groot zijn

Er zijn kwalitatieve aanwijzingen dat artsen die geen vervolgopleiding hebben gevolgd, zich meer aan het arbeidsproces onttrekken, dan degenen die wel een vervolgopleiding hebben afgerond. Er doen hardnekkig geruchten de ronde dat basisartsen, en dan vooral vrouwen, al snel en in grote getale na het afstuderen “afhaken” en geen medisch werk meer zouden doen. Deze uitspraken kunnen weerlegd worden op basis van het bovengenoemde percentage van 85%, dat historisch doorstroomde, gecombineerd met gegevens over aantallen basisartsen in allerlei functies in de zorg en de preventie. (12, 13) Waarschijnlijk gaat eerder een omgekeerde trend op en stroomt momenteel al meer dan 85% door naar een vervolgopleiding sinds deze uitgebreid zijn. De andere 10 tot 15% van ieder jaarcohort

moet in grote mate aan het werk zijn in de medische sector gezien de vele functies die door basisartsen vervuld worden.

Uitval basisartsen boven 40 jaar?

Wel is denkbaar dat er uitval plaats gaat vinden vanaf de leeftijd van 40 jaar en ouder als men begint te vermoeden dat men steeds minder kans maakt op een vervolgopleiding in de curatieve sector. Het is in elk geval zeer onduidelijk hoeveel basisartsen werkzaam zijn, met name vanaf de leeftijd van 40 jaar.

Het patroon in de tweede voorkeur voor de erkende opleidingen, ook aangegeven in figuur 10, is opmerkelijk en zeer bepalend voor de uiteindelijke instroom in de vervolgopleidingen. Deze worden hieronder per beroepsgroep afzonderlijk besproken.

4.2 Voor instroom van ruim 1.000 per jaar in opleidingen tot medisch specialisten voldoende belangstelling, maar verdeling onevenwichtig

Sterke daling tweede voorkeur van 63 naar 38%

Opvallend is dat de tweede voorkeur met 38% veel lager is dan de eerste voorkeur van 63%. Men kiest dus in relatief grote mate geen andere opleiding tot medisch specialist, terwijl juist hier met zevenentwintig richtingen volop keuze is.

Vier vakken trekken meer dan de helft van eerste belangstelling

Bij de medisch specialisten blijkt bij nader inzien de verdeling van de eerste keuze niet evenwichtig in verhouding tot wat per specialisme nodig is. Bijna 33%, meer dan de helft, van de eerste voorkeur gaat uit naar vier vakken: interne geneeskunde, kindergeneeskunde, psychiatrie en algemene chirurgie. De belangstelling hiervoor was in 2002 nog steeds groter dan het aantal beschikbare plaatsen.

Deze sterke voorkeur voor vier specialismen en het feit dat er dalingen optreden in de tweede voorkeur geven twee effecten.

Bij te weinig belangstelling voor vakken die juist nog sterk moeten groeien ontstaan er tekorten.

Allereerst zullen er binnen de groep medische specialismen fricties ontstaan. De andere drie en twintig specialismen kunnen gezamenlijk onvoldoende artsen aantrekken voor de benodigde instroom. Dit is niet goed per specialisme aan te geven, omdat de percentages voor deze specialismen afzonderlijk beduidend kleiner zijn en daarmee statistisch minder betrouwbare informatie bieden. Voor het totaal kan wel voorspeld worden, dat er zich een tekort aan belangstelling zal gaan manifesteren en daarmee ook bij een deel van de dertien specialismen die nog moeten groeien om in 2012 een evenwicht te bereiken.

Op basis hiervan is het aannemelijk, dat er bij sommige specialismen wel degelijk tekorten ontstaan.

Tekorten van 10% of meer bij zes poortspecialismen

Hiervoor is het tekort op ongeveer 700 specialisten geschat. Het kan echter toch hoger uitkomen, als de belangstelling voor een specialisme tekortschiet om de plaatsen te vullen. Het zal zich met name kunnen manifesteren bij een zestal poortspecialismen met voorspelde tekorten van 10% of meer. Het betreft de oogartsen, de dermatologen, de k.n.o. artsen, de neurologen, de reumatologen en de urologen

Tekorten van 10% bij drie ondersteunende specialismen van belang voor hele bedrijfsvoering

Bij de ondersteunende specialismen kunnen er tekorten van ongeveer 10% ontstaan bij de anesthesiologen, pathologen en radiologen, als de instroom niet verder omhoog gaat. Hierdoor kan ook het werk van andere specialismen stagneren. Er is een zekere evenwicht nodig in de grootte van de groei van de poortspecialismen en de ondersteunende specialismen.

Meer belangstelling dan benodigde plaatsen bij vier specialismen

De daling van de tweede keuze kan nog een ander belangrijk effect geven. Waar die tweede keuze naar toe gaat per respondent is niet onderzocht, maar de veranderingen in de tweede keuzes geven wel een aanwijzing. Elf vakken blijven gelijk of trekken juist aan bij de tweede keuze. Dit geldt onder meer voor het specialisme dermatologie, dat nog sterk moet groeien.

De vier genoemde populaire specialismen zorgen tezamen voor een daling van ruim 18%. Dit is geen probleem voor deze specialismen. De eerste belangstelling tezamen zou goed zijn voor 490 sollicitanten op jaarbasis, terwijl in 2003 voor deze vakken gezamenlijk een instroom van 362 nodig is.

Houdt men zich aan wat benodigd is dan moeten ongeveer 130 artsen een tweede keuze gaan afwegen. Er zijn aanwijzingen dat degenen die niet een plaats krijgen voor de algemene chirurgie uitwijken naar andere snijdende vakken, mogelijk naar enkele die nog moeten groeien, zoals oogheelkunde en k.n.o. Dit zou ook kunnen opgaan voor de andere drie vakken.

Iets dergelijks moet ook spelen bij de tweede voorkeur. De belangstelling voor de plastische chirurgie is weliswaar met 1.1 % statistisch klein, maar als men dit toch zou doortrekken naar een jaarcohort is er twee keer meer belangstelling dan nodig is. Als men dan uitwijkt naar de algemene chirurgie als tweede voorkeur is de kans opnieuw klein dat men een plek bemachtigt. Iets dergelijks kan ook opgaan voor de andere drie vakken. In totaal bedraagt die tweede keuze bij die vier vakken ruim 14%, tezamen goed voor ruim 210 artsen die ook niet zeker zijn van een plek. Mogelijk dat zij dan alsnog uitwijken naar een ander medisch specialisme, waar de belangstelling in eerste instantie minder groot voor is.

Echter vanuit het perspectief van de medische specialisten zal ook een deel “weglekken” en geen opleiding meer ambiëren of uitwijken naar een opleiding buiten de muren van het ziekenhuis.

Kwantitatief komt bij die tweede voorkeur met name de opleiding tot huisarts naar voren. De betekenis hiervan wordt hieronder besproken.

4.3 Instroom in opleiding tot huisarts van 500 haalbaar?

Eerste voorkeur huisarts van 20% niet afgenomen vergeleken met vroeger

De uitkomst dat ongeveer één op de vijf basisartsen huisarts wil worden, is niet nieuw. Onderzoek van 10 jaar geleden wijst in dezelfde richting van ongeveer 20%. (14) Er is dan ook geen reden om te veronderstellen dat onder jonge artsen de belangstelling voor de huisartsenopleiding en daarmee ook voor het vak van huisarts daalt. Die conclusie wordt nogal eens getrokken omdat er geleidelijk wat minder sollicitanten zijn voor deze opleiding.

Daling sollicitanten door groei vervolgopleidingen huisarts en specialist

De daling in het aantal sollicitanten, die nu stabiliseert vlak boven de 600, houdt verband met de groei van de opleiding van de huisartsen zelf en met de toename bij de opleidingen tot medisch specialist. Door deze laatste ontwikkeling moet een deel van de tweede voorkeur om huisarts te worden geleidelijk minder tot uitdrukking gekomen zijn.

De tweede voorkeur om de opleiding tot huisarts te gaan volgen, blijft onder de geëncquêteerden redelijk stabiel en komt uit op 18%. Die moet vooral voortkomen uit de sterke daling in de tweede voorkeur bij de medisch specialisten.

Met de eerste voorkeur erbij zou bij de huisartsenopleiding een instroom mogelijk zijn van 570 op jaarbasis. Het is zeer onwaarschijnlijk dat die tweede voorkeur de komende jaren in volle omvang naar boven zal komen.

Instroom van ruim 500 haalbaar?

Het is de vraag hoe het keuzeproces van de groep, die huisarts als tweede voorkeur heeft, zich gaat ontwikkelen de komende jaren. Zoals hierboven al gesteld zal dit voor een deel afhangen van de hoogte van de instroom bij de medisch specialisten.

Voorspelling tekort van 2.000 huisartsen in 2012 wordt gehandhaafd

In het haalbaarheidsscenario in het Capaciteitsplan 2002 stonden de huisartsen enige jaren op een instroom in de opleiding van 468 die in 2005 zou oplopen naar ruim 516 artsen per jaar.

Het voornemen van de opleidingen is om in 2003 en enkele daarop volgende jaren 492 huisartsen in opleiding te gaan nemen. Daarbij wordt door de betreffende registratiecommissie in het jaarverslag 2002 gesteld dat een grotere instroom haalbaar is, als er meer basisartsen te beschikking komen (15). Ook vanuit deze instantie wordt aldus aangegeven, dat de grenzen van de groei bereikt zijn.

In het lopende jaar kan bezien worden of deze instroom van 492 gehaald wordt en of het haalbaarheidsscenario bijgesteld moet worden.

Voorlopig wordt de eerdere uitspraak, dat het tekort in 2012 op ongeveer 20% zal uitkomen, gehandhaafd. Er zijn dan ongeveer 2.600 huisartsen te weinig opgeleid en ongeveer 2.400 te weinig werkzaam.

4.4 Sociale geneeskunde: belangstelling komt later op gang

De tweede voorkeur van 9% overstijgt de eerste van 6%

Bij de sociaal geneeskundigen schiet de eerste voorkeur die op 6,2% uitkomt voor het totaal tekort om de instroom in de vervolgoopleidingen jaarlijks te vullen met artsen vlak na het afstuderen. Er zijn er ruim 200 nodig en er is een belangstelling op jaarbasis van minder dan 100.

Opvallend is echter dat de tweede voorkeur een hoogte heeft van 9% en daarmee de eerste voorkeur overstijgt. Er is derhalve een vrij groot aantal dat deze richting ook snel na het afstuderen al overweegt. Waarschijnlijk sluimert die tweede voorkeur enige tijd maar komt deze geleidelijk weer terug. Van oudsher geldt namelijk dat men gemiddeld op een duidelijk hogere leeftijd dan bij andere vervolgoopleidingen deze stap zet. Daarmee is de voorkeur na het afstuderen maar ten dele een maat om aan te geven of de benodigde instroom kan worden gerealiseerd.

De daling van de instroom in de opleidingen in de beide hoofdrichtingen, maatschappij en arbeid, komt momenteel vermoedelijk nog niet of nauwelijks voort uit de groei van de opleidingen tot huisarts of specialist.

Instroom bij richting arbeid afgelopen jaren nog ruim boven eerste voorkeur

De instroom in de richting arbeid is wel gedaald maar nog op een redelijk niveau gebleven. De meesten die in opleiding gaan hebben al enige tijd ervaring met werk in arbodiensten en sociale verzekeringsinstellingen. Waarschijnlijk is bij de instroom in 2002 en daarvoor een deel aan deze opleiding begonnen vanuit een tweede keuze. Enige jaren geleden was een opleiding tot huisarts of specialist moeilijker te realiseren, toen er nog beduidend minder opgeleid werden. Ook is bekend dat een deel na enige klinische ervaring dit werk of de langere opleiding alsnog minder aantrekkelijk begon te vinden.

Net voldoende belangstelling vlak na afstuderen om de kale vervanging in de jeugdgezondheidszorg op te vangen.

Voor de richting maatschappij en gezondheid bedraagt de eerste voorkeur 3,8%. Hieruit kan een jaarlijkse instroom resulteren van bijna 60 jonge artsen. De instroom in 2002 bedroeg 16. De eerste belangstelling voor de jeugdgezondheidszorg binnen de richting maatschappij bedraagt bijna 2%, ofwel bijna 30 artsen. Hieruit blijkt dat ook hier de groei van de andere opleidingen geen hoofdrol gespeeld heeft. De voornaamste reden is al eerder genoemd: de opleiding is met ingang van 2002 veranderd en trekt om wat voor reden dan ook minder gegadigden. Als men per jaar 30 artsen in opleiding zou nemen, kan de uitstroom van ongeveer 250 sociaal geneeskundigen in de jeugdgezondheidszorg tot 2012 voor een groot deel worden opgevangen. Er is dus voldoende belangstelling al vlak na het afstuderen om minimaal de vervanging te garanderen.

Op termijn daling aanmeldingen sociale geneeskunde

Op termijn kan er wel een daling gaan optreden in de aanmeldingen door de groei van de andere opleidingen. De meer curatieve voorkeur na het artsexamen voor de opleiding tot medisch specialist en huisarts is samen goed voor ruim 80%.

Aannemelijk is dat de realisatie van de tweede voorkeur voor de sociale geneeskunde zal gaan afnemen, als men over een reeks van jaren meer mogelijkheden heeft om in opleiding te gaan tot huisarts of specialist.

Voor de richting arbeid is dat alleen een probleem als door nieuwe beleidsontwikkelingen juist weer meer sociaal geneeskundigen nodig zijn.

Voor de richting maatschappij en gezondheid is hiervoor al een groot tekort voorspeld. Bij een afname van de realisatie van de tweede belangstelling voor deze richting wordt het gat nog groter.

Flexibiliteit in carrières?

Die tweede keuze voor de sociale geneeskunde komt nog op een andere wijze tot stand. Een niet onbelangrijk deel begint op latere leeftijd, nadat eerder een andere opleiding en veelal ook een ander beroep is uitgeoefend. Het gaat dan vooral om huisartsen die een tweede carrière beginnen, maar ook een enkele specialist. Ook zonder een opleiding tot sociaal geneeskundige worden functies door basisartsen vervuld in deze sector.

Vanuit een enkel medisch specialisme worden in de preventieve sector ook functies vervuld. Zo zijn enkele longartsen niet meer in de volle breedte van hun vak in het ziekenhuis werkzaam, maar bij GGD'en in het kader van de tuberculosebestrijding. Dit zijn echter meer incidenten dan structurele ontwikkelingen. In het algemeen zijn volgens de Kamer Sociale Geneeskunde de schotten tussen beroepen groot.

Het is denkbaar dat bij tekorten in één groep en overschotten bij een andere groep de overgangen vloeiender worden, als ook de opleidingen vernieuwd worden in de richting van het gedachtegoed van het rapport "De arts van straks". Men zou dan soepeler van carrière kunnen veranderen.

Deze Kamer signaleert ook dat er sociaal geneeskundigen zijn die na hun vijftigste (weer) huisarts zouden willen worden, maar diverse barrières ervaren om deze optie uit te werken (duur opleiding en daling inkomen).

4.5 De instroom bij verpleeghuisartsen daalt door groei andere opleidingen

Tweede voorkeur met 4,4% hoger dan eerste voorkeur

Bij de verpleeghuisartsen is de instroom op ongeveer 80 blijven steken terwijl het doel was om 96 artsen in opleiding te nemen.

Uitgaande van de eerste voorkeur van ruim 3% is een jaarlijkse instroom te verwachten van jonge artsen van ongeveer 45. Voor een instroom van ruim 80 in de afgelopen jaren moet men al geput hebben uit de tweede voorkeur, die 4,4% bedraagt. Deze ligt net als bij de sociale geneeskunde hoger dan de eerste voorkeur. Evenals bij de sociale geneeskunde geldt dat deze opleidingen het moeten hebben van al wat oudere artsen, al of niet als tweede carrière.

Stagnatie in belangstelling blijvend?

Het is aannemelijk dat bij een blijvend hoge instroom in de opleiding tot huisarts en specialist de aanmeldingen zullen blijven stagneren, of mogelijk gaan dalen en vooral ouderen in tweede instantie voor dit vak kiezen.

Opnieuw een reden om voor deze sector ook naar andere beleidsopties te gaan omzien.

5. Beleidsontwikkelingen en maatregelen

5.1 Ramingen bij ongewijzigd beleid

Bij de ramingen is uitgegaan van ongewijzigd beleid. De bestaande situatie is doorgetrokken naar de toekomst. Allerlei factoren waarmee wordt gerekend, kunnen echter wel degelijk worden beïnvloed door beleid.

Omgekeerd geven de uitkomsten van de ramingen zelf ook impulsen tot beleidsvorming. Vanuit de primaire taakstelling van het Capaciteitsorgaan gaat het daarbij uiteraard om maatregelen van overheid en veldpartijen met betrekking tot de instroom in opleidingen. Daarnaast zijn andere maatregelen denkbaar, die betrekking hebben op de vraag, het werkproces en het aanbod in het veld zelf. Dergelijke aanvullende maatregelen zijn des te noodzakelijker als tekorten niet alleen kunnen worden weggewerkt met opleiden.

Verder staan zorg en preventie onder invloed van de algemene economische ontwikkelingen. Sommige verbanden zijn zeer direct. Zo zijn er tekenen dat de belangstelling onder jongeren voor de studie geneeskunde weer toeneemt. Deze begon de laatste jaren zodanig te dalen dat bij een voortschrijdende trend de aanmeldingen onder de 2.800 zouden zakken. Deze trend is echter omgebogen en opvallend is dat zich ook weer wat meer mannelijke studenten gaan melden. Dit wijst er nog sterker op dat de huidige economische situatie van invloed is. Men verwacht meer zekerheid op termijn als arts een baan te vinden dan bij andere studies. Een verslechterende economie kan ook van invloed zijn op het jaar, waarin men stopt met het werken. Zo zal om die reden de pensioenleeftijd, die in ieder geval bij de huisartsen dalend is, wellicht weer stabiliseren of zelfs oplopen.

Ook algemene nationale en Europese politieke ontwikkelingen als de toetreding van een tiental landen tot de EU kunnen gevolgen hebben voor de prognoses van de in- en uitstroom van artsen en specialisten, vanuit en naar het buitenland. De instroom is nu nog beperkt en wordt voorzover deze bekend is meegenomen in de berekeningen. De uitstroom van Nederlandse artsen naar het buitenland is mogelijk groter en minder goed in kaart gebracht.

Voorspelling van dit soort ontwikkelingen is lastig en voorlopig wordt getracht met monitoring vroegtijdig mogelijke trends op te sporen.

Tot slot kan men ook vanuit een brede scenariobenadering de behoefte aan artsen in de toekomst in beeld brengen. Zo is door het STG een studie met een dergelijke benadering verricht, die uiteindelijk pleit voor grotere flexibiliteit. (16) Het huidige systeem van beroepsgroepen en regelgeving met eigen domeinen zou voor de grote onzekerheden in de toekomst volgens deze studie te star zijn om verwachte mogelijke ontwikkelingen op te vangen.

Vanuit de optiek van het Capaciteitsorgaan en het gekozen model worden hieronder enkele meer concrete beleidsontwikkelingen aangereikt. Voor enkele beleidsvragen is het Capaciteitsorgaan actief benaderd met het verzoek om mogelijke capaciteitseffecten van maatregelen nader te onderzoeken. Zo is verkorting van de

vervolgopleidingen een optie, die van belang kan zijn om het ontstaan van tekorten te voorkomen. Dit onderwerp komt als eerste aan de orde en is voor een belangrijk deel gebaseerd op onderzoek, naast enkele inschattingen van de betreffende Kamers. Ook het daaropvolgend onderwerp dat de ontwikkeling in de leeftijd in het hele opleidingscontinuüm beschrijft is goed onderzocht, waarbij ook weer inschattingen van de Kamers gevoegd worden over de toekomst. De andere onderwerpen zijn beschouwend van aard en al eerder in deze tussenbalans aangekondigd.

5.2 Verkorting van de opleidingsduur en het effect op de opleidingen

Een landelijke commissie onder leiding van mevrouw Meijboom heeft onder de titel ‘De arts van straks’ een rapport uitgebracht over vernieuwing van het gehele medische opleidingscontinuüm. (17) Deze vernieuwing kan tot gevolg hebben dat het hele traject korter wordt. Mogelijke verkortingen zijn op verzoek van de voorzitter van de commissie door het Nivel in opdracht van het Capaciteitsorgaan doorgerekend en vervolgens in de Kamers van het Capaciteitsorgaan gewogen (18, 19). De bevindingen worden hier kort samengevat.

Geen verkorting in formele duur van de opleiding tot basisarts

De commissie voorziet in de opleiding tot arts geen echte verkorting van de formele duur die nu zes jaar omvat. Wel ziet de commissie de mogelijkheid zich in het laatste jaar intensief voor te bereiden op een vervolgopleiding. Dat leidt later mogelijk tot een verkorting van de duur van de vervolgopleidingen, maar is door de commissie niet gekwantificeerd.

Uit nader onderzoek is gebleken dat de feitelijke duur van de opleiding waarschijnlijk acht jaar bedraagt. Het verlies zit met anderhalf jaar vooral in de fase tot het bestaande doctoraal. Het is niet aannemelijk dat bij de nieuwe structuur met een bachelors en masters dit tempo verandert. Het verlies is vergelijkbaar met andere studies en lijkt meer samen te hangen met algemene opvattingen over de studieperiode, dan specifiek met de medische opleiding.

Drie tot vier jaren winst mogelijk in overgangsperiode tussen artsexamen en vervolgopleidingen van huisartsen en medisch specialisten

Een ander voorstel van de commissie is een naadloze aansluiting tot stand te brengen tussen de afronding van de medische studie en het begin van de vervolgopleiding. Deze overgangsperiode is ook onderzocht en blijkt momenteel drie jaar te zijn als men de opleiding tot huisarts gaat volgen en vier jaar voor de opleiding tot medisch specialist. Bij de andere vervolgopleidingen duurt het nog langer. Als men de opleiding tot sociaal geneeskundige ingaat, is deze periode al acht jaar. Bij de overgang tussen het artsexamen en de vervolgopleiding valt volgens de commissie belangrijke winst te behalen. De vraag is hoeveel extra maatregelen hiervoor nodig zijn. Nu de instroom in de opleiding tot huisarts en specialist al sterk is uitgebreid mag verwacht worden dat men al sneller gaat doorstromen.

Groei vervolgopleidingen leidt tot verkorting van overgangperiode bij medisch specialisten van vier naar één jaar

Bij de medisch specialisten duurt het nu nog ongeveer vier jaar voor men een opleidingsplaats heeft bemachtigd. Die tussentijd zal behoorlijk sterk gaan afnemen en in de richting van één jaar gaan. De Kamer Medisch Specialisten ziet deze beweging momenteel al op gang komen.

De toename van het aantal vrouwen speelt hierbij een rol. Zij beginnen sneller dan de mannen aan een vervolgopleiding. Een andere factor weegt waarschijnlijk zwaarder. Van oudsher studeren namelijk degenen die specialist willen worden het snelst af. Zij zijn met ongeveer 27 jaar ook het jongste als ze arts worden. Dit komt vermoedelijk voort uit het besef, dat zij nog een lange vervolgopleiding hebben te gaan. Dit zet aan tot een zekere haast. Daar is ook wel reden toe. Zij zijn op dit moment gemiddeld 37 jaar als ze uiteindelijk als specialist worden geregistreerd.

Als het aantal opleidingsplaatsen tussen de 1.000 en 1.100 blijft liggen zullen zij gemakkelijker doorstromen en het gewenste tempo gaan realiseren. Verder zal meespelen dat de opleiders minder zwaar zullen gaan selecteren.

Uiteindelijk betekent dit dat medisch specialisten drie jaar eerder volwaardig aan de slag kunnen als ze ongeveer 34 jaar zijn.

Groei vervolgopleidingen leidt tot een beperkte verkorting van overgangperiode bij huisartsen van drie naar twee jaar

Het is aannemelijk dat deze overgangperiode bij de huisartsen de komende jaren 'vanzelf' minder zal afnemen dan bij de medisch specialisten. Verwacht wordt een verkorting van drie naar twee jaar. Deze komt ook deels voort uit het feit dat het aandeel vrouwen zal toenemen, maar wat minder sterk dan bij de medisch specialisten. Verder telt mee dat het aantal plaatsen nog wat meer in evenwicht zal zijn met het aantal sollicitanten dan voorheen. Afgestudeerde basisartsen zullen sneller dan vroeger een opleidingsplaats van hun gading verwerven, verwacht de Kamer Huisartsen. Nu waren de barrières in het verleden ook al niet groot en is de duur van de opleiding met drie jaar betrekkelijk kort en te overzien. Verder zal een deel pas in tweede instantie tot deze keuze komen. Bij de huisartsenopleiding zal men ook naar de toekomst zich eerst elders oriënteren, met name in het ziekenhuis. Op dit moment is men gemiddeld 34 jaar als men afstudeert als huisarts. Door de verkorting van de overgangperiode zal die leeftijd dalen naar ongeveer 33 jaar.

Groei vervolgopleidingen bij huisartsen en medisch specialisten leidt tot verlenging overgangperiode bij sociaal geneeskundigen en verpleeghuisartsen

Bij de sociaal geneeskundigen en verpleeghuisartsen is door de groei van de opleidingen bij de huisartsen en medisch specialisten nu al een tegengestelde beweging te zien. Er is sprake van een duidelijke verlenging van de overgangperiode, met name bij de mannen, die aan deze vervolgopleidingen beginnen.

Verkorting vervolgopleidingen zelf geeft drie effecten

Volgens de genoemde commissie is het denkbaar sommige vervolgopleidingen korter te maken. Deze voorstellen moeten door betrokken veldpartijen nog worden uitgewerkt en zijn volgens de commissie met name van toepassing op de langere opleidingen tot medisch specialist.

Het Nivel heeft in opdracht van het Capaciteitsorgaan onderzoek gedaan naar de effecten van de mogelijke verkortingen op de capaciteit. Hiervoor zijn, vooruitlopend op de nog uit te werken voorstellen, technische aannames gedaan. Alle opleidingen zijn met een half, één of anderhalf jaar bekort, ongeacht het mogelijke werkelijkheidsgehalte.

Het onderzoek laat drie mogelijke effecten zien:

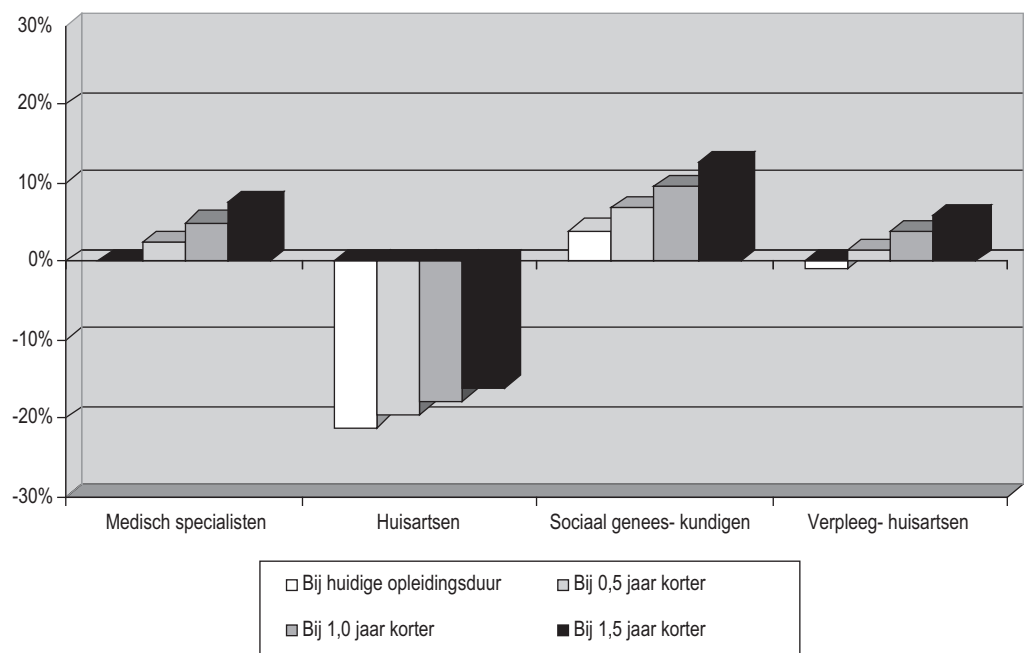
- effecten op tekorten of overschotten
- effecten op de instroom
- effecten op het aantal assistenten dat tegelijkertijd in opleiding is.

Effect verkorting vervolgopleiding met één jaar reduceert tekorten met 3% en vergroot overschotten met 6%

Verkorting heeft een herkenbaar effect op tekorten, maar ook op overschotten. Figuur 11 visualiseert enkele belangrijke inzichten.

Figuur 11: tekort of overschot in 2012 bij variatie in de opleidingsduur

Bron: Nivel



Deze figuur is ontleend aan de studie van het Nivel, dat bij de berekening van de tekorten uitsluitend rekening houdt met de actuele instroom tot en met 2002 en niet met mogelijk nog te verwachten verhogingen of verlagingen hiervan. In voorgaande hoofdstukken is dit wel gedaan zodat overschotten en tekorten in de figuur iets anders kunnen uitvallen, dan eerder beschreven is. De orde van grootte van de effecten wordt hierdoor niet wezenlijk aangetast.

De tandheelkundig specialisten zijn ook in dit onderzoek niet betrokken, maar in een analogieredenering kunnen wel conclusies getrokken worden.

Verkorting opleiding huisartsen met één jaar heeft effect van ongeveer 3%

In figuur 11 valt onmiddellijk het tekort bij de huisartsen op, dat bij verkorting van de opleiding in beperkte mate afneemt. Wanneer de opleiding van drie jaar bijvoorbeeld met één jaar wordt bekort, daalt in 2012 het tekort aan opgeleide huisartsen met ongeveer 3%.

Verkorting opleiding tandheelkundig specialisten met één jaar ook effect van ongeveer 3%

Deze berekening gaat ook op voor het verwachte tekort van 20% bij de kaakchirurgie. Bij de orthodontie met een mogelijk tekort van 10% zou een verkorting van één jaar het tekort met iets meer dan 3% laten afnemen.

Verkorting opleiding medisch specialisten leidt tot een overschot van ongeveer 4%

Bij de medisch specialisten leidt handhaving van de huidige opleidingsduur voor de totale groep tot een evenwicht in 2012. Daarbij wordt de instroom van het afgelopen jaar door het Nivel doorgetrokken naar de komende jaren en geen rekening gehouden met onderliggende verschillen per specialisme.

In de figuur is zichtbaar dat elke verkorting leidt tot een overschot. Bij verkorting met één jaar is het effect dat er een overschot van ongeveer 4% ontstaat. Nogmaals, dit geldt louter voor de totaalgetallen. Er zijn specialismen met dreigende tekorten in de orde van grootte van 10 tot 23% die ook met verkorting in vergelijkbare mate als bij de huisartsen afnemen met 3%.

Omgekeerd kunnen er bij enkele specialismen grote overschotten ontstaan als de instroom niet wordt bijgestuurd. Dan ontstaat een effect dat overeenkomt met de kolommen, weergegeven voor de sociaal geneeskundigen.

Bij een verwacht overschot zal verkorting van de opleiding het overschot verder laten toenemen

Bij de totale groep sociaal geneeskundigen is nog steeds een overschot zichtbaar dat voortkomt uit een nog wat grotere instroom in totaal dan nodig is vanuit de richting arbeid. Opnieuw is ook bij deze groep niet genuanceerd per afstudeerrichting. Verkorting van de opleidingsduur zou tot versterking van de overschotten leiden. Zou het overschot in de orde van 20% liggen dan is de toename van dit overschot bij verkorting met één jaar ongeveer 6%.

Samenvattend hebben verkortingen van vervolgoopleidingen aantoonbare effecten op tekorten en overschotten. Het effect van een verkorting met één jaar bij een groot tekort van 20% is ongeveer 3%, maar bij grotere overschotten van 20% worden deze ongeveer 6% groter.

Medische specialismen met mogelijke overschotten kunnen instroom verder laten dalen bij verkorting van de opleiding

Zoals eerder aangegeven kunnen bij medisch specialismen overschotten ontstaan, met name bij dertien specialismen die hun instroom kunnen laten afnemen. Bij een deel van deze medische specialismen bestaan concretere voornemens tot verandering van de opleiding, waaruit verkortingen tot een jaar kunnen voortkomen. De argumenten om tot vernieuwing te komen zijn in het algemeen vooral kwalitatief van aard. Mogelijk dat er in de nabije toekomst druk gaat ontstaan vanuit Europese

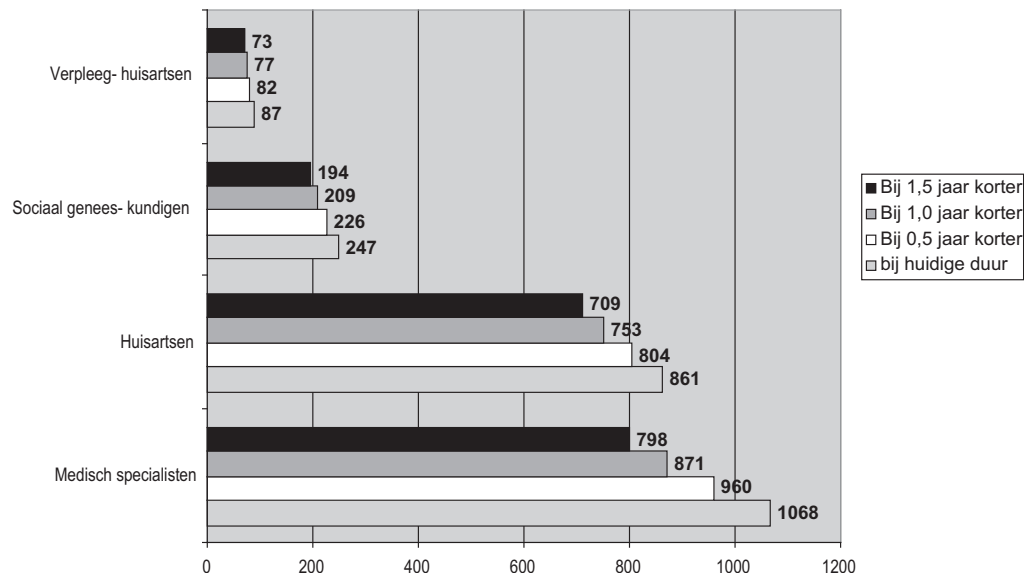
bewegingen. In het kader van het vrije verkeer van personen in de Europese Unie zijn er richtlijnen voor medische beroepsgroepen. Deze geven formeel alleen een minimale duur van de opleiding aan. Ieder land kan naar boven afwijken. De helft van de vervolgoopleidingen van de medisch specialisten in Nederland duurt ongeveer een jaar langer dan in deze richtlijnen is vastgelegd.

Bij daadwerkelijk verkorting van de duur van de opleiding kan het van belang zijn bij specialismen, waar grotere overschotten kunnen ontstaan, de instroom tijdig naar beneden bij te stellen.

Verkorting met één jaar kan instroom laten dalen met 13 tot 22%

Het tweede effect heeft betrekking op de instroom. Figuur 12 geeft hiervan een beeld.

Figuur 12: daling van de jaarlijks benodigde instroom voor 2012 bij variatie in de opleidingsduur (bij een ontwikkeling conform de verwachting van het Capaciteitsorgaan)



Bron: Nivel

Volgens figuur 12 kan de instroom telkens meer afnemen bij een grotere verkorting. Vermeldenswaard is dat verkorting van één jaar een verlaging geeft van de instroom van 13 tot 22%. Zo zou de instroom in de opleiding tot huisarts kunnen dalen van de benodigde 861 naar 753.

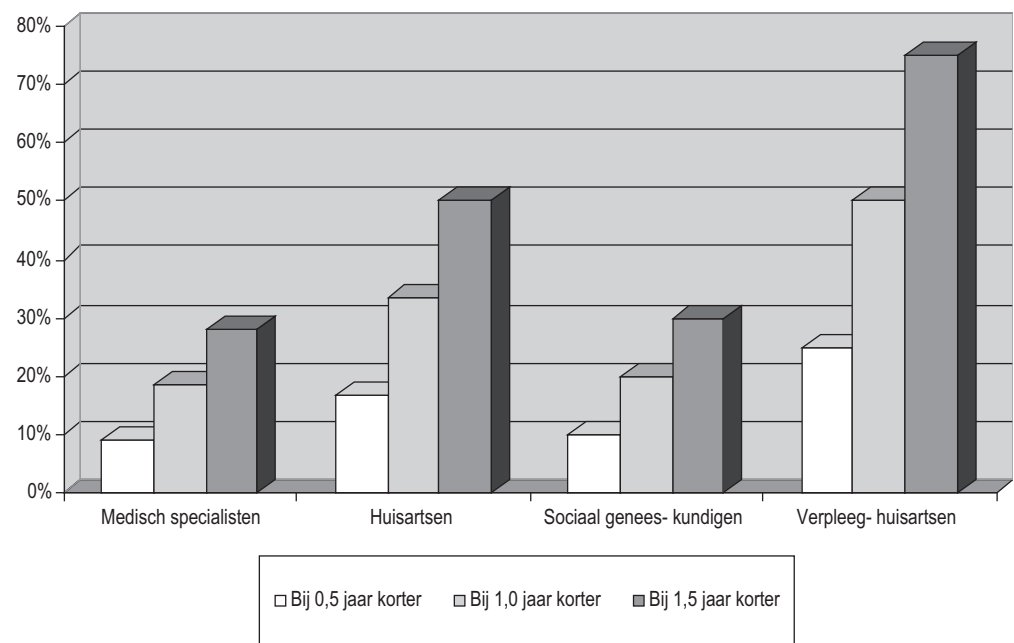
Men kan de redenering ook omdraaien als er tekorten dreigen. Als de instroom op het oude niveau wordt gehouden, leidt men met verkorting van een jaar in feite voor 2012 één extra cohort op. Als men dit toepast op het tekort aan huisartsen van ongeveer 20% kan men langs deze weg bijvoorbeeld 500 huisartsen meer hebben opgeleid. Als men aanneemt dat hiervan 450 gaan werken, reduceert men het tekort van 2.000 naar 1.550. Procentueel daalt het tekort dan met 4.5% naar 15,5%.

Effect op totaalcapaciteit van verkorting met één jaar minimaal 16,6% bij een zesjarige opleiding

Het derde effect betreft het totale aantal assistenten dat tegelijkertijd in opleiding is. Dit wordt gepresenteerd in figuur 13.

Figuur 13: procentuele daling van de totaal benodigde opleidingscapaciteit voor 2012 en 2020 bij variatie in de opleidingsduur (ongeacht de vraag- of aanbodontwikkelingen)

besparing voor 2012



Bron: Nivel

De vermindering van de totale opleidingscapaciteit is aanzienlijk. De verschillen in percentages per beroepsgroep houden verband met de uiteenlopende duur van de vervolgoopleidingen. Bij de driejarige opleiding tot huisarts geeft verkorting van één jaar een daling in de capaciteit van 33%. Bij de medisch specialisten met een zesjarige opleiding gaat het om 16,6%.

Dit effect is vooral van belang als de totale opleidingscapaciteit veel knelpunten oplevert, bijvoorbeeld door schaarste aan opleiders en/of accommodatie.

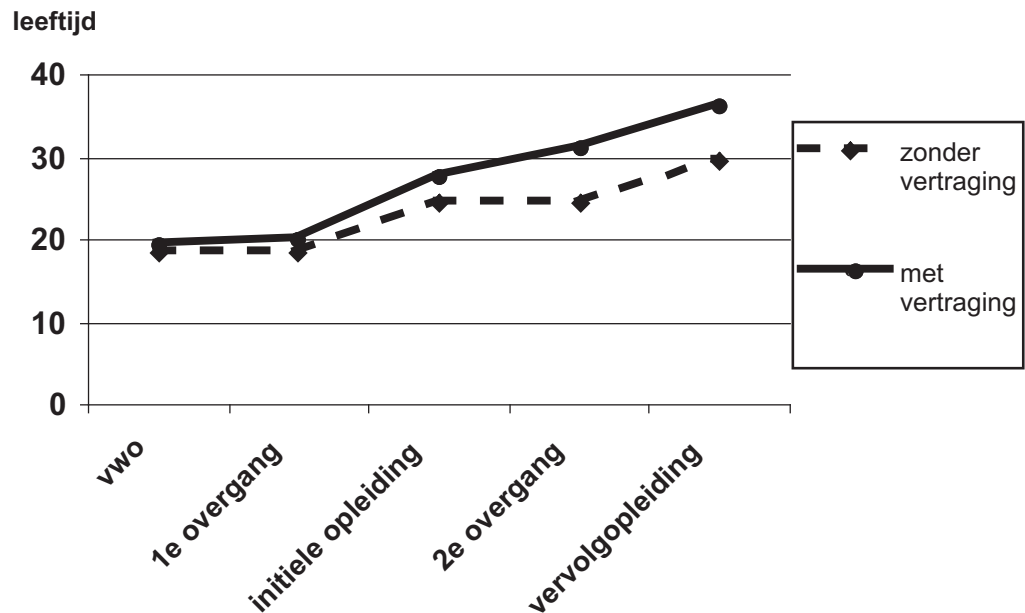
Verder is van belang dat de totale capaciteit van de opleiding pas na verloop van enkele jaren daalt en dit moment verder weg ligt naarmate de opleiding langer is. Als men bijvoorbeeld een opleiding van zes jaar naar vijf jaar terugbrengt en al vanaf 2005 zou implementeren, begint die daling van de totale opleidingscapaciteit in 2010.

5.3 Effect van verkorting op leeftijd

Een tweede onderzoek heeft zich gericht op de vraag hoe oud artsen zijn als ze het hele opleidingstraject hebben doorlopen.

Allereerst wordt weergegeven op welke leeftijd men de verschillende fases doorloopt.

Figuur 14: leeftijd met en zonder vertraging op cruciale momenten in het opleidingstraject



Bron: Nivel

Afsluiting vervolgopleidingen bij 37 jaar

De gemiddelde leeftijd bij registratie na de vervolgopleiding is 37 jaar. Overigens lopen de vrouwen in alle fases sneller door het traject heen dan mannen. Als het aandeel vrouwen toeneemt, is daarom nog enige daling van de gemiddelde leeftijd te verwachten. Men begint tegenwoordig aan de basisopleiding tot arts als men bijna 20 jaar is. Dit is de eerste overgangperiode. Deze stijgende leeftijd komt niet voort uit her-inlating. Velen gaan na de middelbare school enige tijd met een rugzak de wereld verkennen.

Studieduur geneeskunde acht jaar

Over de medische studie doet men acht jaar, terwijl het in zes jaar kan. Het grootste verlies zit in de fase tot het doctoraalexamen, waar men in de geneeskunde ongeveer anderhalf jaar langer over doet, vergelijkbaar met andere studies. De vertraging in de zogenaamde co-schappen is gemiddeld een half jaar. Het is niet waarschijnlijk dat de studieduur veel verandert.

Overgangsfase tussen artsexamen en begin vervolgopleiding drie jaar

De tweede overgangsfase is de fase tussen het artsexamen en de vervolgopleiding. De gemiddelde duur hiervan is ruim drie jaar. Bij de vervolgopleiding loopt de feitelijke duur in het algemeen parallel aan de voorgeschreven tijdsduur. Als men alle vertraging uit het hele continuüm zou halen, kan men op de leeftijd van 30 jaar gereed zijn om het betreffende beroep in volle omvang uit te oefenen.

Dit ideaal van de eerder genoemde commissie zal om diverse redenen moeilijk haalbaar zijn. Een belangrijke factor is het gedrag van de student zelf. Dit is al

zichtbaar bij de wat stijgende leeftijd bij aanvang van de medische studie en ook bij de vertraging tijdens de studie zelf.

Naadloze aansluiting moeilijk bij “rugzakgeneratie”

Een echt naadloze aansluiting naar de vervolgopleidingen lijkt dan ook moeilijk te bereiken bij de huidige ‘rugzakgeneratie’. De rugzak staat niet alleen symbool voor een zekere reislust, maar ook voor de drang om zich na de artsopleiding nog verder te oriënteren op het te volgen pad. Met name als een vervolgopleiding korter is, zoals die tot huisarts, wil een flink deel van de jonge artsen nog enige tijd in een ziekenhuis werken.

Verkorting vervolgopleidingen zal helpen maar er zijn ook tegenbewegingen

Verkorting van de vervolgopleidingen zal zeker wel helpen om de leeftijd enigszins te laten dalen. Toch zijn er ook tegenbewegingen. Opmerkelijk is dat bij de medisch specialisten de assistenten in de kortere opleidingen van vier jaar deze termijn duidelijk overschrijden. Bij de langere is men juist eerder klaar. Verder kan worden voorspeld dat door een snellere aansluiting de bestaande kortingen zullen afnemen. Tot slot is er al een zekere tendens om de opleiding te onderbreken en/of deze parttime te volgen. Deze trend zal vermoedelijk sterker worden naarmate de schaarste aan assistenten groter is. Men kan deze redenering ook omdraaien en stellen dat verkorting van de opleiding zal helpen om deze tegenbeweging te compenseren.

Toekomstige huisartsen en specialisten jonger klaar, sociaal geneeskundigen en verpleeghuisartsen juist ouder.

Het saldo van al deze bewegingen geeft uiteindelijk wel een daling van de leeftijd waarop men huisarts is van 34 jaar naar 33. Bij de medisch specialisten zal die daling wat groter zijn van 37 jaar nu naar 34 jaar in de komende jaren.

Bij de verpleeghuisartsen en sociaal geneeskundigen begint de leeftijd al op te lopen en zal de leeftijd waarop deze vervolgopleidingen afgerond worden gaan liggen bij 40 jaar en ouder.

5.4 Schaarste aan opleiders en patiënten voor opleidingen tot medisch specialist?

De ramingen beperken zich tot het primaire proces van zorg en preventie. De andere processen, zoals onderwijs en onderzoek, zijn niet opgenomen in het model. Het zal echter duidelijk zijn dat met name bij de medisch specialisten de groei van het aantal assistenten de komende jaren nog een zware wissel zal trekken op de opleidingstaken. Daarnaast kan worden gevreesd dat een deel van de research blijft liggen als veel jonge artsen sneller de opleidingen worden ingetrokken. Het was tot voor kort één van de manieren om zich te profileren om een begeerde opleidingsplaats te bemachtigen.

De uitgesproken groei van het totaal aantal assistenten, dat tegelijk in opleiding is in de ziekenhuizen, kan tot gevolg hebben dat de leersituatie minder optimaal wordt. Er

kan een verdunning gaan optreden met betrekking tot het aantal patiënten en de mix hierin.

De komende jaren zal de totale opleidingscapaciteit nog verder toenemen en kan wellicht een oplossing gevonden worden door meer ziekenhuizen in de opleidingen te gaan betrekken.

5.5 Taakherschikking

Door verwachte capaciteitstekorten en bestaande wachtlijsten komt taakherschikking steeds pregnanter in beeld. De veronderstelling is dat dit het werk van artsen kan verlichten. Het Capaciteitsorgaan heeft zelf nog geen onderzoek laten doen op dit terrein. Nederlandse literatuur op dit punt biedt nog weinig houvast om over de kwantitatieve gevolgen voor de medische en tandheelkundige capaciteit iets te kunnen zeggen. In het algemeen is men in de Kamers terughoudend om uitspraken te doen over de mogelijke toekomstige effecten van taakherschikking.

Bij de schattingen in 2000 over veranderingen in het werkproces gaven twee Kamers aan dat van een andere organisatie van de werkzaamheden enige winst mocht worden verwacht. De Kamer Sociale Geneeskunde en de Kamer Medisch Specialisten zagen trends waarmee enige efficiencyverbetering zou worden bereikt. Volgens lage schattingen zou de capaciteitsbehoefte hierdoor met respectievelijk 6% en 5% kunnen afnemen. Bij de sociale geneeskunde had taakherschikking onder de algemene noemer 'efficiencyverbetering' een behoorlijk aandeel. Men zag in de sector maatschappij mogelijkheden om meer verpleegkundigen in te zetten en in de sector arbeid vooral paramedici. De Kamer Medisch Specialisten betrok in die schatting van 5% vooral verbetering van administratieve processen door ict-ontwikkelingen. Deze verschillen tussen de hoofdgroepen geven al enigszins weer dat dit onderwerp zich moeilijk leent voor generalisaties.

Vermeldenswaard is dat in een extra consultatieronde met de wetenschappelijke verenigingen van de medisch specialisten een aantal specialismen aangaven dat belangrijke ontwikkelingen in gang waren gezet rondom taakverschuiving, zoals bij de oogartsen. Zo verwacht deze beroepsgroep dat o.a. optometristen toenemend een deel van de werkzaamheden zullen verrichten.

Het argument om taakherschikking als beleidsmaatregel in te zetten om tekorten te verminderen of te voorkomen, vraagt met de nieuwe inzichten van deze tussenbalans om een belangrijk nuancerend.

Zoals eerder beschreven is het risico dat in 2012 tekorten gaan ontstaan bij de medisch specialisten in totaal afgenomen, onder de voorwaarde dat de instroom in de vervolgoopleidingen nog enige jaren ongeveer op het niveau van 2002 blijft. In ieder geval geldt dit voor ongeveer de helft van de specialismen. Hieronder zijn belangrijke poortspecialismen, als de interne geneeskunde en algemene chirurgie.

Als vanuit andere opvattingen dan tekorten bij specialisten besloten wordt tot het opleiden van veel zogenaamde nurse practitioners (n.p.'s) en 'physician assistants' (p.a.'s) met generalistische taken in bovengenoemde specialismen kan het van belang zijn deze ontwikkelingen af te stemmen op die van de medisch specialisten. Er vinden bij een aantal specialismen al innovaties plaats, waarbij met name verpleegkundigen substantiële taken verrichten, bijvoorbeeld in de thoraxchirurgie, klinische genetika, urologie en dermatologie. Deze initiatieven zijn niet allemaal op landelijk niveau gestandaardiseerd en nog moeilijk te beoordelen op kwantitatieve effecten. Laat staan dat het automatisch leidt tot taakverlichting van de betreffende specialist. Veelal wordt wel gesignaleerd dat de kwaliteit van de zorg verbetert. Voor een deel kunnen de tekorten zich voordoen bij ondersteunende specialismen, zoals de radiologie en de pathologie. Vergelijkbaar met de oogartsen gaat het dan bij taakherschikking om zeer gerichte opleidingen, vanuit een takenpakket dat door het betreffende specialisme wordt gedefinieerd en om een zekere technische achtergrond vraagt.

Een andere factor om rekening mee te houden, is dat een deel van de vernieuwingen van de opleidingen tot medisch specialist kunnen uitmonden in een vorm van gefaseerd opleiden. Nadat men ongeveer twee jaren algemene vaardigheden heeft opgedaan, wordt de opleiding beëindigd en kan men met een certificering welomschreven taken verrichten.

Op basis van deze afbakening kan een raming van de capaciteit worden gemaakt voor de combinatie van n.p., p.a., de 'basisspecialist', de assistent in opleiding en de gewone specialist.

Vanuit de verwachte, grote tekorten bij de huisartsen ligt het voor de hand de effecten van taakherschikking als mogelijkheid te verkennen.

Hoewel in de huisartsenzorg al langer wordt gewerkt met praktijkondersteuners, zijn er geen goede kwantitatieve studies beschikbaar. Ook hier geldt het signaal dat de zorg kwalitatief verbetert.

Er zijn inmiddels wel praktijken waar men vanwege onvoldoende huisartsencapaciteit meer met verpleegkundigen is gaan werken. Het betreft de zogenaamde nurse-practitioners, verpleegkundigen met een aanvullende opleiding. Zij worden méér dan de praktijkondersteuners direct aan de 'poort' ingezet. Zij zijn soms ook overdag betrokken bij de selectie wie naar de huisarts gaat, zoals ook bij de avond-, nacht- en weekeinddiensten meer systematisch gebeurt. Ook kunnen zij in sommige praktijken een deel van de zorgvragen voor hun rekening nemen. Veel lijkt echter af te hangen van de individuele kwaliteiten van de betreffende huisarts en verpleegkundige. Zonder een zekere standaard kunnen effecten op capaciteit moeilijk geraamd worden.

De beroepsgroep huisartsen heeft initiatieven in gang gezet om te komen tot taakomschrijvingen. Dit kan een basis bieden voor een zekere uniformiteit. Deze kunnen ook aanknopingspunten bieden om bredere ramingen te maken voor meer disciplines in samenhang met elkaar. In de huisartsvoorziening gaat het daarbij overigens om meer dan alleen de huisarts, praktijkondersteuner en verpleegkundige. Er zijn bijvoorbeeld suggesties dat fysiotherapeuten en psychologen, op andere manieren dan tot nu toe, taken over kunnen nemen.

Bij de tandheelkunde wordt er door kaakchirurgen, waar ook een groot tekort dreigt, gewerkt aan substitutie waarbij tandartsen eenvoudige kaakchirurgische handelingen verrichten. De grootte van het effect op de werklast kan in kaart worden gebracht.

Bij de sociale geneeskunde is taakherschikking vooral van belang in de jeugdzorg. Het is mogelijk dat verpleegkundigen hierin een nog grotere rol kunnen spelen. Op korte termijn is een vorm van substitutie naar basisartsen aan de orde. Het gaat om basisartsen met een kortere scholing dan de erkende opleiding maatschappij en gezondheid met de afstudeerrichting jeugdgezondheidszorg.

Bij de verpleeghuisartsen nemen de huidige tekorten minder snel af en kunnen deze beduidend groter worden als de vraagsturing in de AWBZ een hoge vlucht gaat nemen. Met name voor psychogeriatrische patiënten in verzorgingshuizen is de extramurale inzet al sterk toegenomen. Een lopende scenariostudie zal het komende jaar meer zicht geven op de mogelijke bandbreedtes die extra nodig zijn als de vraagsturing doorzet. De instroom in de opleiding zal dan naar verwachting aanzienlijk uitgebreid moeten worden. Mede gelet op de stagnatie in de belangstelling voor deze opleiding is het van belang de mogelijkheden van taakherschikking naar verpleegkundigen in deze studie te gaan betrekken, alvorens uitspraken te doen over de benodigde instroom in ronde getallen.

5.6 De invloed op de leeftijd waarop het vak wordt verlaten

Er zijn enkele trends ontdekt in de leeftijd waarop men de beroepspraktijk verlaat. Hierop kan mogelijk worden ingespeeld met maatregelen. Deze ontwikkelingen die bij de huisartsen goed zijn gedocumenteerd, kunnen wijzen op een bredere beweging die ook opgaat voor andere groepen.

Zo is het opmerkelijk dat de leeftijd van pensionering bij de mannelijke huisartsen is gedaald van 64 naar 61 jaar. Er zijn districten waarin huisartsen die met pensioen gaan systematisch worden benaderd met het verzoek om nog enige tijd te blijven werken. Ook van de kaakchirurgie is bekend dat gepensioneerden bereid gevonden zijn om voor een deel weer werkzaam te zijn.

Verder is van belang - ook al gaat het nu nog om kleine aantallen - dat er weinig vrouwelijke huisartsen boven de 50 jaar werkzaam zijn als huisarts. Een deel is al eerder veranderd van werkring. Dit is geen nieuw gegeven. In deze groep is echter een begin van een trend waargenomen dat men niet alleen stopt met het vak van huisarts maar helemaal niet meer actief is op het medische vlak.

Het is evident dat hier vele productieve jaren kunnen worden gewonnen. Van belang is uiteraard dit signaal te volgen en ook te onderzoeken bij andere groepen.

5.7 Tweede of derde carrière

In het voorgaande is al aangegeven dat een deel van de huisartsen die na hun opleiding gaan praktiseren, na enige tijd stoppen met hun praktijk. Dit geldt voor zowel mannen als vrouwen. Velen van hen gaan een tweede opleiding volgen in de sociale geneeskunde of verpleeghuisgeneeskunde.

Bekend is dat specialisten minder van loopbaan veranderen. Mogelijk dat men in deze groep minder kansen ziet of heeft om elders te gaan werken. Een huisarts is met zijn generalistische kennis en ervaring breed inzetbaar met name in sociaal geneeskundige functies.

Dit fenomeen doet zich overigens ook voor direct na de opleiding. In het bijzonder bij de huisartsen is er jaarlijks een klein deel dat niet in zijn vak gaat werken. Men heeft wel belangstelling voor dit werk maar gaat iets anders doen. Omdat dit voor de huisartsen goed wordt gedocumenteerd, is dit verschijnsel bekend en gekwantificeerd. Het gaat om een vast aantal van ongeveer 300 huisartsen, waarbinnen jaarlijks wel mutaties plaatsvinden. Signalen wijzen erop dat dit ook speelt bij enkele medisch specialisten. Bekend is in elk geval dat nogal wat vrouwelijke assistenten aan het einde van de vervolgopleiding zwanger zijn en hun carrière onderbreken. Zij zijn dan ongeveer 32 tot 36 jaar oud.

De sociaal geneeskundigen en verpleeghuisartsen hebben tijdens de opleiding een band met de werkgever die er ook belang bij kan hebben om degene die opgeleid is voor het werk te behouden.

Na de opleidingen tot huisarts en medisch specialist gaat men zelf op zoek naar een werkplek. Men kan dan gemakkelijker in een gat vallen.

Het is nog onduidelijk of het om substantiële aantallen gaat. In 2002 heeft de KNMG een bijeenkomst georganiseerd voor vrouwelijke artsen met belangstelling voor herintreding. Ruim 200 vrouwen kwamen naar deze dag en een deel toonde interesse om weer aan de slag te gaan. De leeftijd schommelde om de veertig jaar.

Tot slot zijn er ook geluiden met name vanuit de Kamer Sociale Geneeskunde dat oudere sociaal geneeskundigen, die voorheen huisarts waren, onder een aantal condities opnieuw enige jaren als huisarts zouden willen werken, maar opzien tegen enkele barrières (duur opleiding en daling inkomen in die periode). Als er binnen afzienbare tijd een overschot aan verzekeringsgeneeskundigen gaat ontstaan kan wellicht belangstelling gewekt worden voor omscholing tot huisarts. Het zijn enkele voorbeelden van voorheen ondenkbare carrièrepaden, die bovendien kansen bieden om tekorten te verminderen.

5.8 Langdurige vacatures

De afgelopen jaren is de onrust gegroeid over langdurig onvervulde vacatures in huisartsenpraktijken. Dit heeft extra aandacht gekregen omdat daarmee de eerste toegang tot de zorg in het gedrang kan komen. Het is mogelijk dat in 2002 ongeveer 150 praktijken al wat langer 'leeg' stonden. Er is waarschijnlijk sprake van een

opgaande lijn die doorzet. Jaarlijks zullen 300 tot 400 huisartsen de praktijk verlaten, waarvan een groot deel vanwege de leeftijd.

Zoals eerder beschreven zijn er ongeveer 300 waarnemers die voor een deel dit soort gaten vullen. Daarnaast zijn er opgeleide huisartsen die niet in een praktijk gaan werken. Hiervan zijn er ook een 300 die aangeven wel belangstelling te hebben voor het werk als huisarts. Dit zijn twee vrij constante gegevens. Elders is dit een mismatch genoemd (20). Er is een zeker overschot aan opgeleide huisartsen, maar deze vullen niet de plekken waar de gaten vallen.

Het onderzoek naar de voorkeur van jonge basisartsen biedt een aanknopingspunt om dit verschijnsel te verklaren. Als wordt gevraagd naar het type werkverband dat men wenst, scoort een praktijk in teamverband het hoogst met 7,0 op een schaal van 10. Omgekeerd scoort een solopraktijk het laagst met 3,9. Dit is niet specifiek voor degenen die aangeven de opleiding tot huisarts te willen volgen maar geeft wel een aanwijzing. De onbezette huisartspraktijken zijn vooral solopraktijken.

Als jongeren andere keuzes maken dan voorheen, zullen dit soort praktijken blijvend een probleem vormen, althans zolang de afgestudeerde huisarts aantrekkelijker alternatieven heeft.

Mogelijk dat initiatieven om grotere samenwerkingverbanden te realiseren, zullen helpen om meer opgeleide huisartsen in het vak werkzaam te laten zijn.

Een tweede gegeven uit het onderzoek zegt vermoedelijk ook iets over de aard van de verbintenis met een praktijk. Het loondienstverband scoort met een 6,8 duidelijk beter dan het vrije ondernemerschap met 5,5. Met die grotere verbanden kunnen ook meer mogelijkheden ontstaan voor dienstverbanden.

In de ziekenhuizen zijn er ook vacatures, zoals in de kindergeneeskunde, die te maken hebben of krijgen met een dergelijke mismatch.

De opleidingscapaciteit van de opleiding tot kinderarts is één van de eerste die volgens een bredere aanpak met scenario's door de betreffende vereniging is gepland. De komende jaren studeren er jaarlijks ongeveer 60 kinderartsen af. Dit zijn in grote mate vrouwen, net als bij de huisartsen. Het aantal dat stopt met werken, is nog aanzienlijk lager. Zo zal het aantal werkzame kinderartsen jaarlijks toenemen. Er zijn echter voldoende aanwijzingen dat ook hier vacatures zullen blijven bestaan als niet aanvullend organisatorische maatregelen worden getroffen. Kinderartsen wegen zorgvuldig af waar men zich zal vestigen en hebben sterke aandacht voor arbeidscondities.

Voor de verdeling van de avond-, nacht- en weekenddiensten weegt zwaar. Het is dan ook de vraag of hardnekkige vacatures in ziekenhuizen verdwijnen, als er meer kinderartsen worden opgeleid.

Grotere samenwerkingsverbanden tussen ziekenhuizen bieden een oplossing om de continuïteit in de paediatrische zorg te waarborgen en tegelijkertijd meer kinderartsen op de juiste plek te krijgen.

Dit verschijnsel is vermoedelijk van toepassing op meer specialismen, met name die waar het aantal vrouwen groeit.

Anders dan bij de vorige generaties gaat het momenteel veelal om tweeverdieners, waarbij beide partners zoeken naar een voor hen geschikte functie in de regio.

5.9 Regionale spreiding opleidingen en vestiging

Een andere factor die een rol speelt bij de uiteindelijke vestiging, is de aantrekkelijkheid van de regio.

Er zijn aanwijzingen dat jonge artsen een opleiding zoeken in de regio waar ze zijn opgeleid. Als een opleiding niet dichtbij kan worden gevolgd, zal men eerder een tweede voorkeur volgen. Het kan dus zinnig zijn te kijken naar de spreiding van de opleidingen als deze niet voorkomen in alle acht academische regio's. Zo worden verpleeghuisartsen alleen opgeleid in Amsterdam, Leiden en Nijmegen. Mogelijk dat hierdoor een deel van de belangstelling voor dit vak, in andere academische regio's verloren gaat.

Deze factor is niet op dezelfde manier van toepassing op de huisartsenopleiding die in alle acht academische regio's wordt verzorgd. Wel kan het zijn dat sommige regio's meer sollicitanten krijgen dan er plaatsen zijn. Als men in een andere regio wel kan worden geplaatst vallen er sollicitanten af.

Wellicht nog belangrijker is de voorkeur van vestiging na afronding van de opleiding. Ook hierbij zijn er aanwijzingen dat men primair zoekt naar werkzaamheden in een huisartspraktijk in of dicht bij de plaats waar men is opgeleid.

In districten waar een relatief groot verloop gaat komen en die verder van universitaire centra afliggen, kunnen wellicht maatregelen genomen worden om het aantrekkelijker te maken voor jongere huisartsen.

Een aanvullend onderzoek, in opdracht van het Capaciteitsorgaan verricht door het Nivel (10), biedt een goed inzicht welke districten extra kwetsbaar zijn door een verloop dat groter is dan 40% tot 2010.

6 Conclusies

De medische en tandheelkundige vervolgopleidingen zijn wat betreft instroom en totaalcapaciteit behoorlijk tot sterk gegroeid, evenals de initiële opleiding tot arts. Toch betekent dit niet dat dit op alle fronten voldoende is. Bijlage 1 en 2 bieden een overzicht van de huidige capaciteiten, wat benodigd is en welke tekorten of overschotten er kunnen ontstaan.

In deze Tussenbalans 2003 zijn uit de ramingen en achterliggende deelonderzoeken enkele belangrijke algemene conclusies te trekken.

Allereerst komen bevindingen per beroepsgroep aan de orde bij verder ongewijzigd beleid.

* Bij de **medisch specialisten** is in 2002 het benodigde aantal van ruim 1.100 aan een vervolgopleiding begonnen. Voor de zevenentwintig specialismen moet de komende jaren nog gezocht worden naar een nieuw evenwicht.

De instroom is de afgelopen vier jaar met 64% toegenomen en de totale opleidingscapaciteit met 36%. Voor een evenwicht in 2012 kan de instroom in totaal iets naar beneden (in 2003 naar 1.068), maar de totale capaciteit zal nog toenemen met ruim 25% en een top bereiken in 2006.

Volgens de huidige berekeningen ontstaat er in 2012 voor het totaal een beperkt tekort van minder dan 4%, ongeveer 700 specialisten. Echter bij negen specialismen kunnen die tekorten liggen tussen 8 tot 24%, hetgeen voor dat specialisme substantieel is. Hieronder vragen de volgende echt grote specialismen extra aandacht: oogheelkunde, neurologie, anaesthesie en radiologie.

De belangstelling onder jonge artsen om specialist te worden is met 63% groot, maar niet gelijkmatig verdeeld over de specialismen. De vakken psychiatrie, interne geneeskunde, algemene chirurgie en kindergeneeskunde trekken samen meer dan de helft van de belangstelling naar zich toe. Als deze vakken laten instromen wat benodigd is, zullen er nog steeds meer sollicitanten zijn dan plaatsen. Deze zullen dan voor een deel een ander specialisme kiezen, maar ook uitwijken naar andere opleidingen buiten het ziekenhuis.

* Bij de **huisartsen** is in 2002 een instroom van 468 gerealiseerd, terwijl er 861 nodig waren. Dit betekent dat er nog minder in opleiding genomen worden dan nodig is om de huidige onvervulde vraag, de uitstroom uit het vak en de bevolkingsontwikkeling te compenseren. Vooral de uitstroom uit het vak is met 50% tussen 2000 en 2012 groot bij de huisartsen.

Als de vraag toeneemt en de arbeidstijd nog verder daalt, zoals het Capaciteitsorgaan verwacht, ontstaat bij ongewijzigd beleid een tekort van ongeveer 2.400 huisartsen, ofwel 20%.

De primaire belangstelling onder net afgestudeerde artsen voor de opleiding huisarts is nog steeds 20% en niet afgenomen ten opzichte van vroeger. Het aantal sollicitanten is wel afgenomen, omdat er meer kansen gekomen zijn om de opleiding tot huisarts en tot specialist te volgen. Mogelijk dat enige jaren achtereen een instroom van ongeveer 500 haalbaar is. Een belangrijk deel van de instroom in de huisartsenopleiding komt voort uit een tweede keuze, nadat men in eerste instantie de voorkeur had voor een specialisme in het ziekenhuis.

* Voor de **sociaal geneeskundigen** dreigde een overschot in de richting 'arbeid'. Hier is al een daling opgetreden in de opleidingscapaciteit waardoor overschotten minder groot worden.

In de richting 'maatschappij' is eerder een groot tekort voorspeld, met name in de jeugdgezondheidszorg. Dit kan voor een deel worden bijgestuurd door de introductie van een nieuw opleidingspakket, maar ook in deze sector zal 50% voor 2012 het vak verlaten hebben.

De belangstelling voor de sociale geneeskunde is met 6% beperkt na het afstuderen, maar kwam traditioneel later wel behoorlijk opgang. Als de opleidingen voor de meer curatieve beroepen tot huisarts en medisch specialist de huidige hogere instroom aanhouden kan deze latere belangstelling afnemen.

* Bij de **verpleeghuisartsen** is de instroom de afgelopen jaren met ruim 80 relatief groot geweest ten opzichte van het aantal werkenden. Voor 2012 was een bescheiden verhoging nodig naar 87 ondanks een sterk toenemende vergrijzing van de bevolking. Er was wel een groot aantal vacatures, waardoor besloten is in twee jaar 96 artsen in opleiding te nemen. Dit is duidelijk niet gelukt. De instroom stagneerde in 2002 op 80. Direct na het afstuderen als arts heeft 3% belangstelling voor dit beroep. Dit is veel te weinig om deze vervolgopleiding te vullen. Er zijn wel een groot aantal oudere artsen die deze opleiding volgen. De gemiddelde leeftijd bij aanvang begint al op te lopen. De verhoogde capaciteit van de opleidingen tot huisarts en specialist heeft vermoedelijk al geleid tot minder sollicitanten. Het gevolg is dat de huidige tekorten van 12% minder snel zullen afnemen de komende jaren.

Als dan bovendien de vraagsturing in de AWBZ mogelijk nog om een aanzienlijke uitbreiding van de instroom vraagt, zal men ook bij de verpleeghuisartsen zijn toevlucht moeten zoeken tot andere maatregelen dan alleen meer opleiden.

* In de **tandheelkundige specialismen**, orthodontie en kaakchirurgie, gaat het om kleine aantallen in absolute zin, maar ook hier zullen grote tekorten van respectievelijk 10% en 20% ontstaan, ook al zullen de opleidingen de komende jaren nog wat verder uitbreiden. De huidige wachtlijsten in de kaakchirurgie zullen zonder nadere maatregelen groeien. Mogelijk dat in het kader van ingezette verschuivingen in de werkzaamheden van alle disciplines in de totale mondzorg kansen liggen.

Uit de onderzoeken, gedaan in opdracht van het Capaciteitsorgaan, zijn ook enkele conclusies te trekken die van belang zijn voor andere beleidsmaatregelen dan alleen meer opleiden.

Verkorting van de vervolgopleidingen heeft een herkenbaar effect op tekorten. Bij een tekort van ongeveer 20% zal het tekort bij een verkorting met één jaar afnemen met 3%. Bij eventuele grotere overschotten van meer dan 10% nemen die overschotten dan toe met ongeveer 6%.

Een ander effect van verkorting is dat de instroom naar beneden kan. Waar tekorten dreigen kan omgekeerd ook gesteld worden dat er een extra cohort opgeleid wordt en daarmee de tekorten afnemen. Bij een groot tekort van 20% is dan het effect op de

tekorten bij een verkorting met één jaar al wat meer dan 4%. Het effect van zo'n maatregel tot slot op de totale capaciteit van de opleidingen is echt substantieel. Bijvoorbeeld bij verkorting van een opleiding tot medisch specialist van zes jaar naar 5 jaar leidt dit bij invoering in 2005, in 2011 tot een daling van de totale capaciteit van 16,6%.

De leeftijd in het opleidingscontinuüm is aan veranderingen onderhevig. Afgezien van eventuele verkorting van vervolgoopleidingen mag een zekere daling verwacht worden in de leeftijd waarop de opleiding tot huisarts en specialist aangevangen wordt. De periode tussen het artsexamen en de start van de vervolgopleiding zal waarschijnlijk afnemen van ongeveer 3 à 4 jaar naar 1 à 2 jaar. Deze ontwikkeling is voorspelbaar vanuit de gegroeide opleidingscapaciteit bij deze twee groepen. Bij de sociaal geneeskundigen en verpleeghuisartsen loopt deze leeftijd momenteel al op naar 35 jaar en ouder.

Over **taakherschikking** zijn nog geen goede kwantitatieve studies ter beschikking die inzicht bieden in mogelijke capaciteitseffecten. Als het leidt tot taakverlichting is het is van belang om spoedig duidelijkheid te krijgen over voornemens om meer zogenaamde 'physician assistants' (p.a.'s) en nurse practitioners (n.p.'s) te gaan opleiden. Als dit op grote schaal gaat plaats vinden kan dit van invloed zijn op de raming van de medisch specialisten. Bij meer dan de helft van de specialismen, waaronder belangrijke poortspecialismen als interne en chirurgie, zal geen tekort meer ontstaan als men de instroom de komende jaren op het beoogde niveau houdt. Bij medische specialismen waar wel een tekort voorzien wordt, is maatwerk nodig. Bij sommige specialismen zijn al ontwikkelingen in gang gezet.

Bij de huisartsen, verpleeghuisartsen en in de jeugdgezondheidszorg zouden beleidsmakers vanuit tekorten kunnen anticiperen op gunstige effecten van inzet van speciaal opgeleide verpleegkundigen waarbij het in totaal om aanzienlijke aantallen kan gaan.

De **opvattingen over arbeid** zijn sterk aan verandering onderhevig. Dit zal de komende jaren een stevige stempel gaan drukken op de capaciteit in het veld. In deze tussenbalans is op dit gebied vooral informatie aangereikt over huisartsen. In diverse stadia na het afstuderen als huisarts verlaten huisartsen het vak. Mogelijk dat hier met meer beleidsmaatregelen winst te behalen valt.

In algemene zin kan gesteld worden dat jonge artsen na het afstuderen een team verkiezen boven het werk als solist en een dienstverband boven het ondernemerschap. Het is dan ook een misvatting te verwachten dat vacatures in de zorg verdwijnen als er meer wordt opgeleid. Veel vacatures in de huisartsenzorg en ziekenhuizen zullen structureel blijven als deze plaatsen onaantrekkelijk zijn en er voor tweeverdieners in de regio geen boeiende functies te vinden zijn.

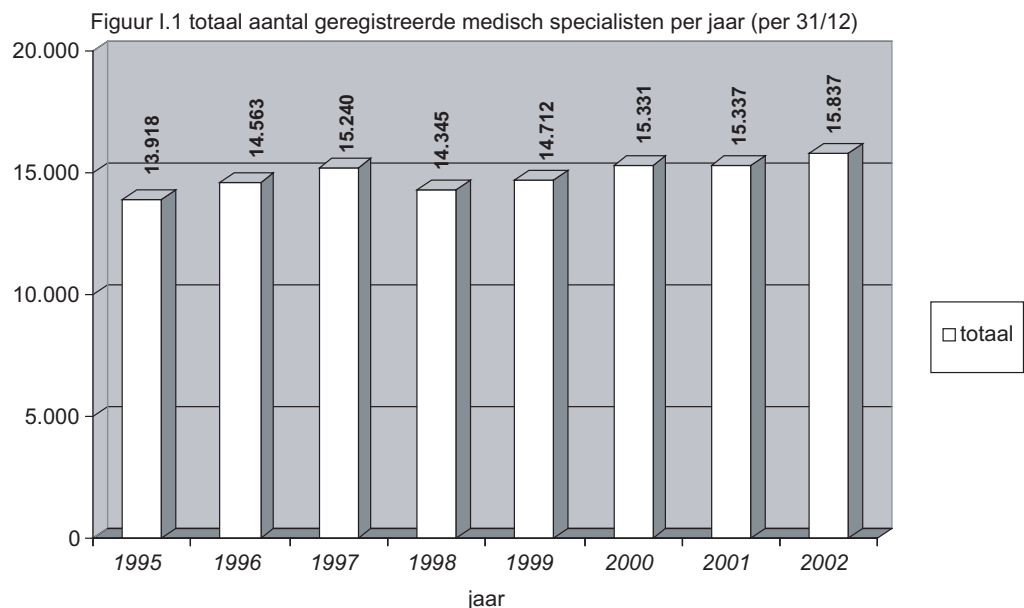
Zoals bij iedere arbeidsmarkt gaat het om meer maatregelen dan alleen opleiden. Op hoog abstractieniveau gaat het om een geïntegreerd plan dat ook aandacht heeft voor de werkenden (flexibeler doorstroming, uitstroom voorkomen en optimalere inzet), de bedrijfsvoering (samenwerkingsverbanden, plaats van activiteiten) en reserves (herintreders, gepensioneerden).

Bijlage I Medisch specialisten

1. Ontwikkeling van de capaciteit

Aantal specialisten in vier jaar toegenomen met 10%

De groep van medisch specialisten telt 27 specialismen die actief opleiden. In deze bijlage worden de totale cijfers toegelicht. De details per specialisme worden verantwoord in de onderzoeksrapporten van Nivel/Prismant.^(5,6,7,8) Begin jaren '90 hebben enkele specialismen het initiatief genomen om externe bureaus de benodigde opleidingscapaciteit te laten berekenen. Uit deze studies blijkt dat men dan al rekening begint te houden met andere factoren dan alleen de vervanging van degenen die stoppen met het vak vanwege pensionering. Sommige specialismen voorzagen daarbij een toename van het aandeel vrouwelijke specialisten en daarmee ook dat de arbeidstijd per persoon zal gaan afnemen. Enkele specialismen zijn inmiddels toe aan hun derde of vierde externe rapport. De onderstaande figuur I.1 geeft de ontwikkeling van het totale aantal geregistreerde specialisten weer voor een langere periode.



In bovenstaande figuur neemt eerst het aantal toe om dan in 1998 te dalen en daarna weer toe te nemen.

In 1998 werd begonnen met het systeem van herregistratie, waarbij het register geschoond werd van specialisten die niet meer werkzaam waren. De toename van 14.345 in 1998 naar 15.837 in 2002 bedraagt bijna 1.500 in vier jaar, ofwel 10%.

Aangenomen mag worden dat deze toename behoorlijk goed correspondeert met de toename van het aantal werkzame specialisten.

In het laatste jaar is de toename met 500 specialisten het sterkst. Dit is vermoedelijk een voorbode van een opgaande lijn de komende jaren. Dit komt voort uit de vergroting van de instroom in de opleidingen in de tweede helft van de jaren '90. De totale capaciteit in het veld is ook afhankelijk van de uitstroom uit het vak, die hieronder besproken wordt.

Medisch specialisten

Verwachte uitstroom in de periode 2000-2012: 41%

De leeftijdsopbouw geeft een indicatie hoeveel specialisten de komende 10 jaar zullen stoppen.

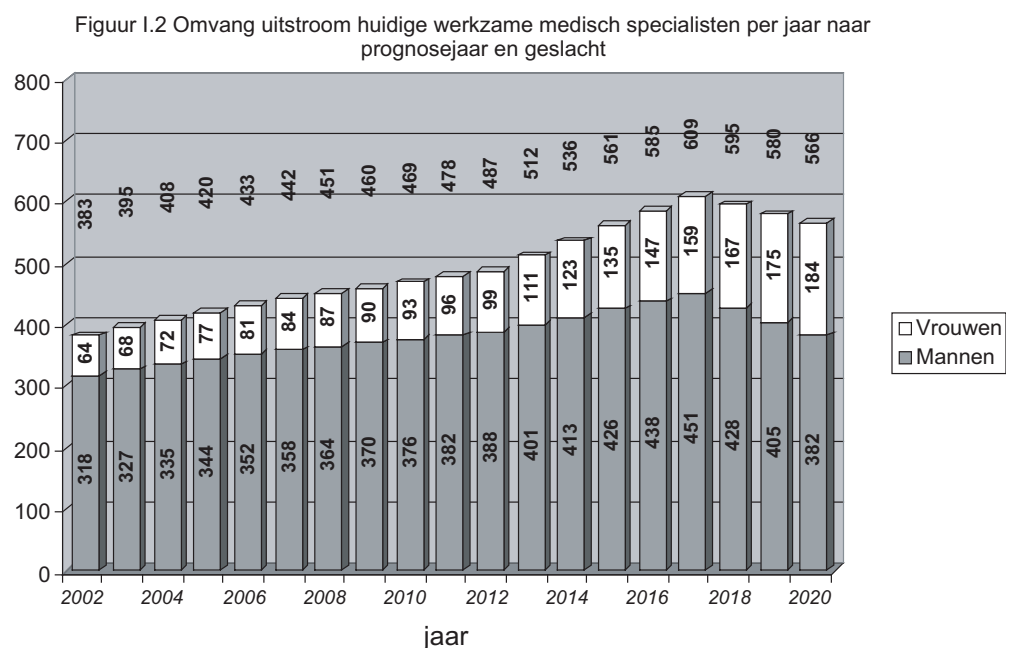
Ongeveer 43% van de mannen is ouder dan 50 jaar. Van de vrouwen is 21% ouder dan 50 jaar. Het gemiddelde komt uit op 38%. In de berekeningen voor de periode 2000-2012 wordt er van uitgegaan dat 41% het vak zal hebben verlaten. Er bestaan echter

Tabel I.1	
Leeftijdsverdeling aanbod medisch specialisten in het jaar 2000	
Aandeel mannelijke werkzame artsen ouder dan 50 jaar	43%
Aandeel vrouwelijke werkzame artsen ouder dan 50 jaar in het jaar 2000	21%
Aandeel werkzame artsen ouder dan 50 jaar in het jaar 2000	38%

grote verschillen tussen de specialismen. De algemeen chirurgen en de gynaecologen zijn het oudste. De verwachte uitstroom ligt bij hen op respectievelijk 50% en 48%. In bijlage II zal blijken dat dit overeenkomt met de huisartsen. Aan de andere kant staan jonge specialisten zoals de klinische genetica en de klinische geriatrie waar respectievelijk 17% en 21% zullen stoppen, vergelijkbaar met de verpleeghuisartsen.

Uitstroom uit het vak

De verwachte uitstroom is op jaarbasis in absolute getallen weergegeven in onderstaande figuur.



Gaan er in 2002 nog een kleine 400 stoppen, in 2012 zijn dit er bijna 500 en de piek ligt in het jaar 2017 met ruim 600.

Tekort aan medisch specialisten in 2000 ongeveer 640

De Kamer Medisch Specialisten van het Capaciteitsorgaan heeft het tekort aan medisch specialisten bij de lage schatting van de onvervulde vraag in 2000 gesteld op

Medisch specialisten

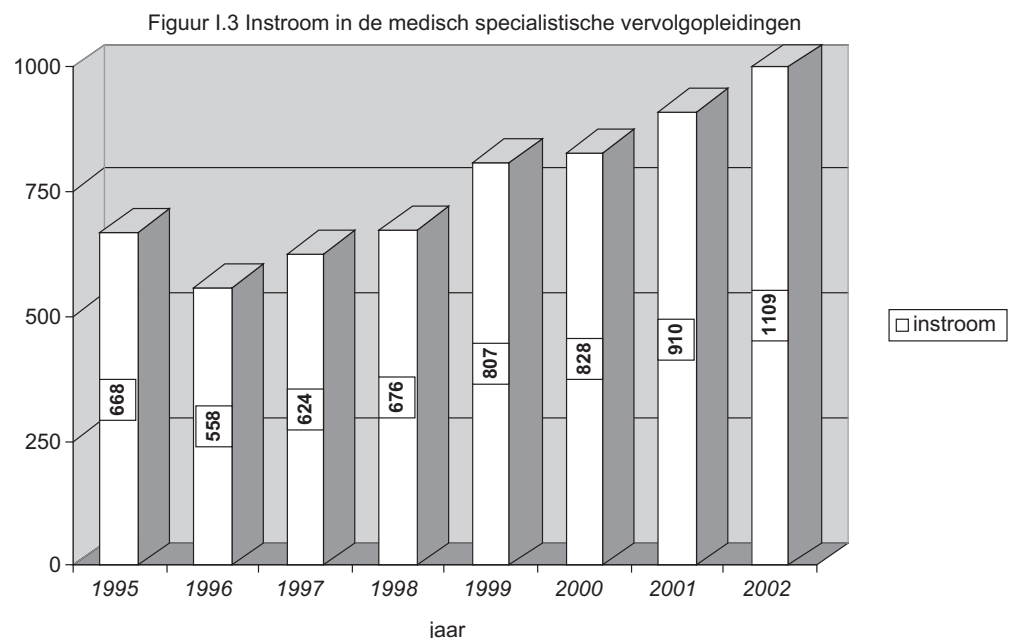
5%. Onvervulde vraag is dan het geheel van vacatures, wachtlijsten en suboptimaal werken. Deze schatting is niet genuanceerd per specialisme.

Het totaal aantal werkzame specialisten is lager dan het aantal dat staat geregistreerd en kwam voor 2000 uit op ongeveer 12.800. Als de schatting hierop wordt toegepast, kan men stellen dat er een tekort is van ongeveer 640 medische specialisten.

3. Ontwikkeling van de opleidingen

Instroom in de opleidingen verdubbeld na 1995

Er is sprake van een toename van het aantal assistenten dat in opleiding is gegaan. De onderstaande figuur biedt inzicht in de ontwikkeling vanaf het jaar 1995.



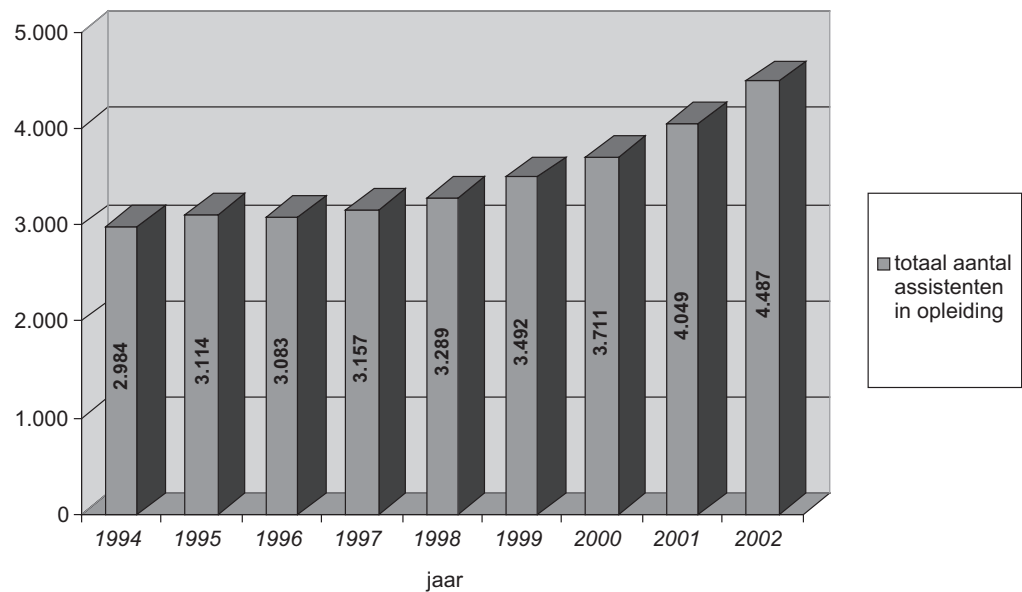
De instroom is toegenomen van ruim 550 artsen in 1996 naar ruim 1.100 in 2002, een verdubbeling in zes jaar. Opvallend is de grote uitbreiding in 1999 met ongeveer 130 meer dan het voorafgaande jaar. Bij de kortste opleidingen van vier jaar betekent dit dat dit reeds in 2003 merkbaar zal zijn in een toetreding van meer jonge specialisten. De toename in 2002 met 200 ten opzichte van 2001 is bijzonder sterk.

Totaal aantal assistenten in opleiding nam toe na 1995 met 45%.

Midden jaren '90 waren er nog ongeveer 3.100 assistenten tegelijkertijd in opleiding. In 2002 waren het er bijna 4.500. Dit is een toename van 1.400, ofwel 45%. Anders gesteld, op bijna iedere twee assistenten is er één bijgekomen. Deze ontwikkeling is weergegeven in figuur 1.4.

Medisch specialisten

Figuur I.4 Totaal aantal assistenten in de medisch specialistische vervolgoopleidingen



Die totale capaciteit is het saldo van in - en uitstroom uit de opleidingen. Deze stijgt als de instroom groter is dan de uitstroom. Voor het jaar 2003 is een instroom aangeraden van 1.068 artsen. Zonder hier in detail te treden over de samenstelling van dit aantal en de achterliggende mechanismen, is het van belang te constateren dat de totale benodigde instroom kennelijk wat lager kan liggen dan in 2002. De instroom bij een aantal specialismen kan weer (iets) naar beneden (zie bijlage I.1 en I.2).

Aantal werkzame specialisten neemt komende jaren toe met 2% of meer

Uit voorgaande twee figuren kan voor de komende jaren logisch worden afgeleid dat het aantal werkzame specialisten de komende jaren zal toenemen. Wordt namelijk de uitstroom uit het vak vergeleken met de verwachte uitstroom uit de opleiding dan is het saldo duidelijk positief. De uitstroom uit de opleiding in bijvoorbeeld 2003, vooral gebaseerd op het aantal dat ruim vijf jaar daarvoor aan de opleiding begon, ligt naar verwachting in de orde van ruim 650. Daarbij wordt aangenomen dat deze ook aansluitend gaan werken. De uitstroom uit het vak in 2003 ligt op bijna 400 in 2003. Het aantal werkzame specialisten zal zo nog stijgen met 250. Dit is een toename van ongeveer 2% ten opzichte van 2002.

Dat betekent niet dat er automatisch meer capaciteit in uren ontstaat. Een belangrijk mechanisme op de achtergrond is dat degenen die met pensioen gaan, bijna uitsluitend mannen zijn en dat geleidelijk de nieuwe specialisten, zowel mannen als vrouwen, steeds vaker parttime gaan werken. Het uiteindelijke effect zal daarom lager liggen dan die 2%.

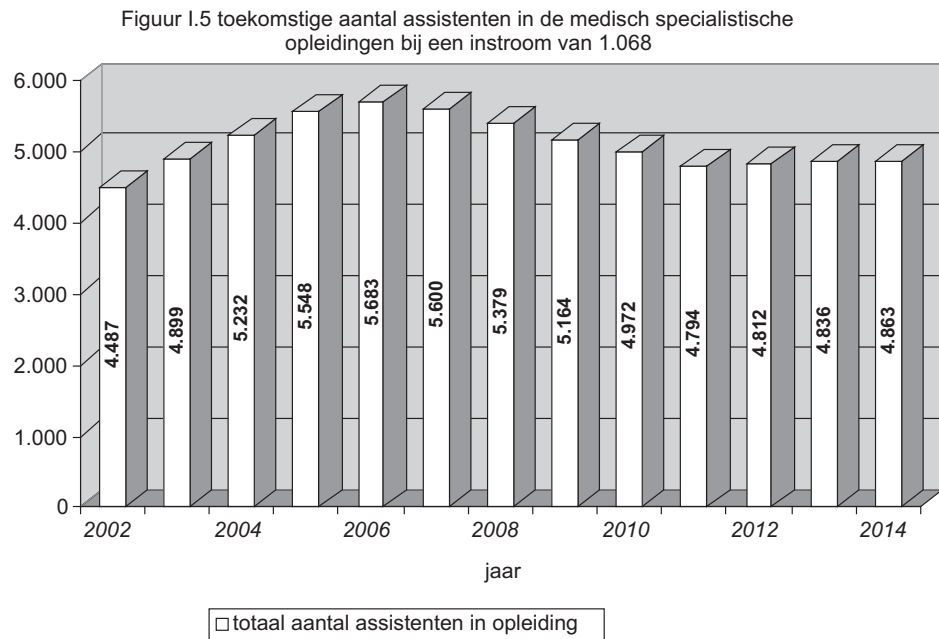
In een recente inspraakronde hebben een aantal wetenschappelijke verenigingen van specialismen hun ernstige zorg geuit of vooruitlopend op de toename van de capaciteit in het veld, er bestuurlijk rekening gehouden is met deze uitbreiding. Zullen die extra specialisten in de gelegenheid zijn volwaardig hun vak uit te oefenen? De motivatie om ook de komende jaren veel te blijven opleiden zal hierdoor worden beïnvloed.

Dat de inspanning groot moet blijven blijkt uit de volgende prognose.

Medisch specialisten

Totale aantal assistenten in opleiding neemt na 2002 nog toe met 27%

De totale opleidingscapaciteit zal de komende jaren nog sterk toenemen, als de instroom van 1.068 een aantal jaren wordt volgehouden. Dit is in onderstaande figuur weergegeven.



Uit de figuur blijkt dat de capaciteit nog oploopt van bijna 4.500 naar bijna 5.700 in 2006 en daarna ombuigt. Het totale aantal assistenten zou dan van 4.500 in 2002 groeien naar bijna 5.700 in 2006. Dit is een toename van 27% in vier jaar. Op iedere vier assistenten komt er nog één bij.

De instroom bij ongeveer de helft van de specialismen moet nog toenemen

Bij de zevenentwintig specialismen zijn de volgende hoofdlijnen van belang met betrekking tot de benodigde instroom van 1.068 in 2003. (zie ook bijlage I.1 en I.2)

- Bij 13 van de 27 specialismen moet de instroom in 2003 nog toenemen. Bij 14 specialismen kan de instroom dalen.
- Bij de 14 specialismen, waar de instroom kan afnemen, zijn er een aantal waarbij de benodigde instroom nog steeds groter is dan de uitstroom uit de opleiding, zodat de totale capaciteit nog steeds toeneemt.
Onder diezelfde 14 specialismen zijn er ook waarvan de instroom zo sterk zou kunnen dalen dat deze uitkomt onder de uitstroom. Hier is op diverse gronden aangeraden voorlopig voor 2003 de totale capaciteit te bevroren. Iedere assistent die de opleiding verlaat, wordt dan vervangen.
- Er zijn schattingen gedaan voor trends als daling van de arbeidstijd en autonome groei in de vraag. Deze zijn totnogtoe gelijk gehouden voor alle specialismen. Er zijn aanwijzingen dat in de afgelopen jaren die trends verschillend zijn verlopen en dat hiervoor mogelijk moet worden gecorrigeerd.
- Met name de wetenschappelijke verenigingen beschikken over inzichten in de ontwikkeling van hun vak, mede in relatie tot zich aftekenende veranderingen in ziektebeelden. Ook hier kan na objectivering tot bijstelling worden gekomen.

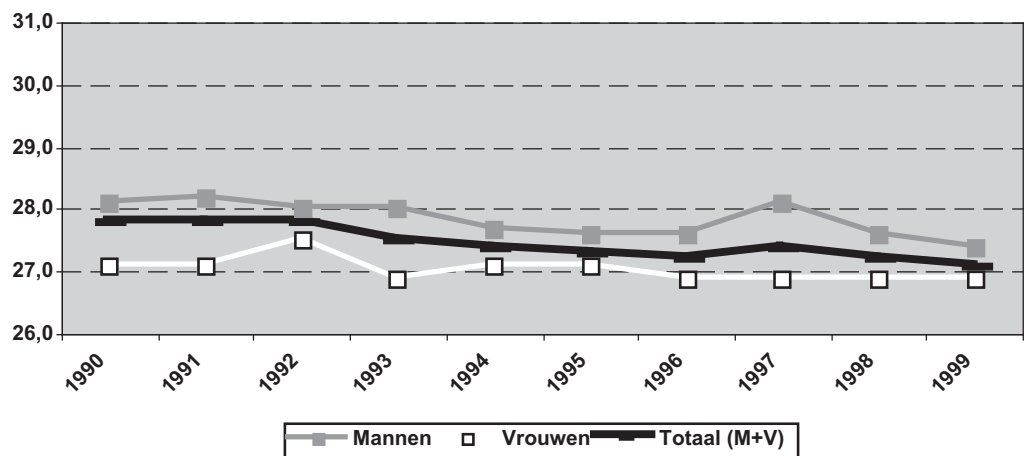
Medisch specialisten

- Vooral bij kleinere specialismen, en daaronder weer met name de jongere, is het gevaarlijk het toekomstige evenwicht tussen vraag en aanbod uitsluitend vanuit historische getallen en algemene trends te construeren.
- De toekomst van een aantal specialismen kan in grote mate worden bepaald door technologische ontwikkelingen die moeilijk voorspelbaar zijn. De toepassing ervan, zeker als deze kostbaar is, zal bovendien sterk worden beïnvloed door financiële kaders.
- Diezelfde technologie kan ook leiden tot aanzienlijke verschuivingen tussen specialismen onderling.

Huidige leeftijd in het opleidingscontinuüm

Degenen die later medisch specialist worden, studeren al jaren als arts af als ze tussen 27 en 28 jaar oud zijn. Dit is weergegeven in onderstaande figuur.

Figuur 1.6, de gemiddelde leeftijd bij het artsexamen van medisch specialisten (inclusief medisch specialisten in opleiding), naar studiejaar (jaar artsexamen) en geslacht, vanaf 1990.



Bron: Nivel

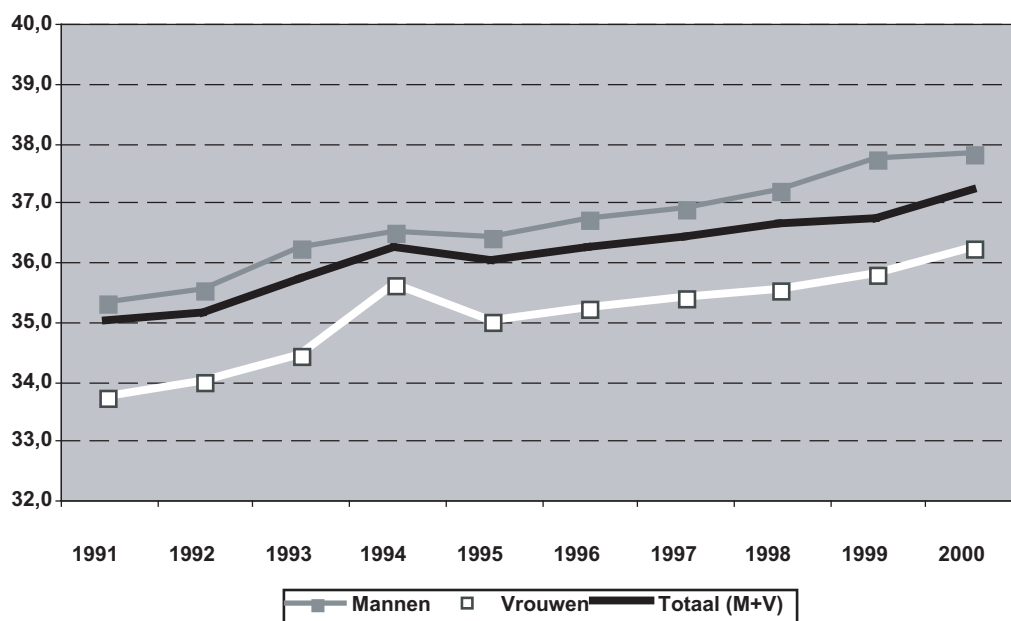
Zoals te zien is in figuur 1.6 is daalt de leeftijd van bijna 28 jaar naar iets meer dan 27 jaar. De toename van het aandeel vrouwen speelt hierbij een rol. Zij studeren over het algemeen een jaar eerder af dan de mannen.

Vergeleken met de andere beroepsgroepen studeren de aanstaande medisch specialisten het jongst af.

Na het artsexamen zoeken zij bijna vier jaar hun weg en beginnen met ruim 31 jaar aan de vervolgopleiding. Deze wordt gemiddeld met ongeveer 5,5 jaar doorlopen, zodat zij de laatste jaren ongeveer 37 jaar zijn als zij worden geregistreerd als specialist. De ontwikkeling van deze leeftijd is in de figuur hieronder afgebeeld.

Medisch specialisten

Figuur 1.7, de gemiddelde leeftijd bij voltooiing van de vervolgopleiding van medisch specialisten, naar studiejaar (jaar voltooiing vervolgopleiding) en geslacht, vanaf 1991



Bron: Nivel

De figuur laat zien dat er een opwaartse beweging zit in de leeftijd, waarop men medisch specialist wordt, zowel bij mannen als bij vrouwen. De vraag is hoe deze lijn zich de komende jaren ontwikkelt.

Verwachte leeftijd in het opleidingscontinuüm

Uitgaande van de stijgende leeftijd gedurende de laatste jaren bij aanvang van de opleiding tot arts mag worden aangenomen dat de leeftijd van afstuderen nog verder oploopt. Deze opwaartse beweging zal worden afgeremd door de toename van het aandeel vrouwen. Zij studeren wat jonger af dan de mannen.

Daarnaast is het te verwachten dat de overgangsperiode duidelijk korter wordt als de komende jaren de instroom in opleidingen in de orde blijft van 1.000 tot 1.100. Het is mogelijk dat die overgangsperiode dan van vier jaar terug gaat naar één jaar. Het gevolg is dat men dan behoorlijk jonger dan voorheen aan de vervolgopleiding zal beginnen. Men is dan ongeveer 28 jaar bij aanvang van de opleiding. Men zou dan met ongeveer 33 jaar specialist kunnen zijn.

Die winst zal echter voor een deel weer verloren gaan door twee andere ontwikkelingen. Door de verkorting van de overgangsperiode zal het aantal kortingen afnemen. Daarnaast zal door een toename van het aantal parttimers de opleiding langer gaan duren dan gemiddeld vijf jaar. Het is mogelijk dat door al deze bewegingen de uiteindelijke leeftijd bij afstuderen daalt van 37 jaar nu naar 34 jaar in de nabije toekomst.

Medisch specialisten

Mogelijke effecten van de beleidsvoorstellen 'Arts van straks' op de leeftijd

In het rapport 'De arts van straks' zijn voor de medische specialisten de meeste voorstellen geformuleerd.

Allereerst geldt ook voor deze groep dat het schakeljaar aan het einde van de opleiding kan leiden tot een betere aansluiting op de vervolgopleiding. Als ook hier wordt aangenomen dat dit leidt tot een korting van een half jaar, lijkt dit in eerste instantie winst op te leveren. Als men echter ook de overgangperiode nog verder weet in te korten, zal het aantal kortingen verder dalen en het eerder behaalde voordeel grotendeels verloren gaan.

Wil men de leeftijd van registratie tot medisch specialist onder de 34 jaar brengen, kan verkorting van de vervolgoopleidingen zelf overwogen worden. Deze duren op dit moment vier tot zes jaar. In het rapport "De arts van straks" worden hierover geen concrete uitspraken gedaan. Veel is nog afhankelijk van de onderwijskundige uitwerking van nieuwe curricula. Er wordt in het rapport wel verwezen naar richtlijnen van de EU voor de duur van de opleidingen. Het gaat hierbij echter om minimumeisen, waarvan een land naar boven toe kan afwijken.

Als er een zekere druk tot harmonisatie zou komen dan geldt dat ongeveer de helft van de vervolgoopleidingen een jaar korter zou worden. De leeftijd van afstuderen als specialist daalt dan bij deze specialismen onder de 34 jaar naar 33 jaar.

Zou men een werkelijk naadloze aansluiting tot stand weten te brengen tussen de opleiding tot arts en de vervolgoopleiding dan komt de leeftijd van 32 jaar in het vizier.

Effecten van mogelijke verkortingen op tekorten

In eerdere rapportages van het Capaciteitsorgaan is voorspeld dat er ook tekorten zullen komen bij (een deel van) de medisch specialisten. De commissie die zich bezig hield met vernieuwing van het opleidingscontinuüm, heeft hier tijdens haar werkzaamheden kennis van genomen. In de eindrapportage wordt gesteld dat verkorting van de vervolgoopleidingen ook een bijdrage kan leveren aan vermindering van de tekorten. Zoals in het algemene deel van dit plan besproken, gaat het om een drietal effecten. Deze komen hieronder voor de medisch specialisten apart aan de orde.

Effect op het tekort aan specialisten

Bij de medisch specialisten is het mogelijke tekort beperkt. In het Capaciteitsplan van maart 2002 werd in een haalbaarheidsscenario bij verder ongewijzigd beleid in 2012 een tekort van ongeveer 600 specialisten voorspeld. Dit moge in absolute zin een groot aantal zijn, afgezet tegenover het dan waarschijnlijke aantal werkzame specialisten van ruim 17.000 is dit met minder dan 4% niet groot. Bovendien heeft men in de afgelopen jaren meer gedaan dan in het scenario voor mogelijk is gehouden. Het gat zou daarom voor het totaal nog wel eens kleiner kunnen zijn als men de instroom de komende jaren op peil weet te houden.

Gelet op de grote differentiatie tussen de specialismen is het verstandiger om per specialisme naar tekorten te kijken.

Zoals boven aangegeven moet nog bij 13 specialismen de instroom in 2003 en latere jaren omhoog. Ongeveer 9 hiervan steunen zonder uitbreiding van de opleiding en

Medisch specialisten

zonder verkorting van de duur af op een tekort dat ligt tussen 10% tot 23%. Zoals in het algemene hoofdstuk al aangegeven, daalt het tekort bij een verkorting van één jaar bij grote tekorten in de orde van 20% met slechts 2% tot 3%. Bij de andere specialismen met een kleiner tekort is het effect wat gunstiger en ligt dit in de orde van 4% tot 5%. Het tekort wordt dan bijna weggewerkt of een beperkt tekort slaat om in een beperkt overschot. Enkele van deze specialismen hebben een opleidingsduur van vier jaar, conform de richtlijn van de EU. Het is onwaarschijnlijk dat bij deze specialismen de duur nog korter wordt.

Bij de 14 specialismen die de instroom kunnen verminderen, is er reden om bij verkorting van de opleiding de instroom nog verder te beperken om (grote) overschotten te voorkomen.

Effect op de instroom

Zoals al gemeld in het algemene hoofdstuk, zou de instroom bij een verkorting van een half jaar met ongeveer 100 artsen kunnen worden verminderd en bij een heel jaar met nog eens 90 artsen. Dit effect op het geheel is vooral van belang voor specialismen die moeten groeien maar minder belangstelling trekken. Als deze maatregel wordt genomen, zal deze niet voor alle specialismen in volle omvang (kunnen) worden doorgevoerd. Het werkelijke effect zal dan wellicht in de orde van ruim 100 artsen liggen, hetgeen nog steeds substantieel is, meer dan 10%.

Effect op de totale opleidingscapaciteit

Het effect op de totale capaciteit is nog sterker. Verkorting van een vierjarige opleiding wordt dan als niet realistisch buiten beschouwing gelaten. Bij verkorting van een opleiding van vijf jaar naar vier jaar zal bij een zelfde instroom na verloop van vier jaar het aantal assistenten afnemen met 20%. Bij een opleiding van zes jaar naar vijf jaar is dit 16,6%. Ook bij een verkorting van een half jaar is het effect nog steeds groot, respectievelijk 10% en 8,3%.

Belangstelling voor de opleiding tot medisch specialist onder artsen: 63%

De opleidingen tot medisch specialist trekken de meeste belangstelling van net afgestudeerde artsen, te weten 63,2%. Bijna twee op de drie ondervraagde basisartsen wil medisch specialist worden. Geprojecteerd op de 1.500 artsen die nu afstuderen, zijn er 950 kandidaten. In de jaren tot en met 2001, toen er maximaal 900 artsen in opleiding gingen, was er bij de meeste specialismen dan ook geen probleem om assistenten te werven. Bekend is dat voorheen bij menig specialisme het aantal plaatsen meer dan twee keer werd overtekend. Deze maat is minder betrouwbaar omdat men vaak meer keren solliciteert.

Opvallend is dat de tweede voorkeur, anders dan bij de huisartsen, sterk afneemt. Men kiest dus in relatief grote mate geen ander specialisme in het ziekenhuis, maar wijkt uit naar de andere hoofdgroepen, in aantal vooral naar de huisartsenopleiding.

Belangrijk is ook de verdeling over de 27 specialismen. Deze is niet evenwichtig verdeeld naar wat nodig is per specialisme. De helft van de eerste voorkeur gaat uit naar de volgende vier vakken: interne geneeskunde, kindergeneeskunde, psychiatrie

Medisch specialisten

en algemene chirurgie. De belangstelling hiervoor was in 2002 nog steeds groter dan het aantal beschikbare plaatsen. Als men vervolgens beziet wat de tweede voorkeur is bij deze vakken, daalt deze maar heel licht bij de algemene chirurgie. Bij de interne geneeskunde daalt de tweede voorkeur echter tot iets meer dan de helft. Bij de psychiatrie is dit onder de helft en bij de kindergeneeskunde een kwart tot een derde.

Deze sterke voorkeur voor vier specialismen en het gegeven dat er dalingen optreden in de tweede voorkeur hebben twee neveneffecten.

Allereerst zullen binnen de groep van 27 medische specialismen fricties ontstaan. De andere specialismen kunnen onvoldoende basisartsen aantrekken voor de benodigde instroom. Dit tekort aan belangstelling speelt juist bij een deel van de 13 specialismen die nog moeten groeien om in 2012 een evenwicht te bereiken. Op basis hiervan kan worden voorspeld dat er wel degelijk bij bepaalde specialismen tekorten komen.

In het haalbaarheidsscenario is het tekort op ongeveer 600 artsen geschat. Dit aantal van 600 zal nu wat lager uitkomen omdat de instroom in de afgelopen jaren wat groter is dan verwacht in het plan van 2002. Het tekort zal zich echter manifesteren bij een beperkter aantal specialismen. Dan kunnen ook tekorten van 20% voorkomen, in de orde van grootte zoals bij de huisartsen. Indien dit zich voordoet bij de ondersteunende specialismen is dit nog meer van betekenis. Als er bijvoorbeeld te weinig anesthesisten, pathologen of radiologen zijn, stagneert het werk van andere specialismen. Er is een zekere gelijkmatigheid nodig in groei van de poortspecialismen en de ondersteunende specialismen.

Beeldvorming opleiding en beroep

De jonge artsen die als eerste voorkeur opgaven medisch specialist te willen worden, kunnen worden onderscheiden in vier subgroepen: psychiatrie, beschouwend, snijdend en ondersteunend. De respondenten die voor één van deze richtingen hebben gekozen, onderscheiden zich in een aantal opzichten van de gemiddelde basisarts. (De mannen worden vergeleken met de gemiddelde man en de vrouwen met de gemiddelde vrouw. Het gaat steeds om scores die hoger of lager liggen dan de gemiddelden.)

Psychiatrie

Met betrekking tot de opleiding vinden de mannen normale werktijden belangrijk en denken zij dit ook in de opleiding te kunnen realiseren. Ten aanzien van het latere beroep hechten zij minder belang aan het beter kunnen maken van mensen en denken ze ook dat dit minder makkelijk te realiseren is.

Bij de vrouwelijke respondenten scoort de mogelijkheid om parttime te kunnen worden opgeleid hoog. Voor het beroep achten zij een dienstverband en vaste werktijden van belang.

Snijdend

Voor de mannelijke en vrouwelijke respondenten met een eerste voorkeur voor een snijdend vak geldt juist wel dat het beter maken van mensen belangrijk is. Zij denken

Medisch specialisten

dit als snijdend specialist ook te kunnen realiseren. Zij verwachten bij snijdende vakken meer mogelijkheden voor wetenschappelijk werk. Bij de mannen scoort publiceren hoog; bij de vrouwen onderzoek.

Opvallend afwijkend is de score op de beschikbaarheid van voldoende opleidingsplaatsen. De kans dat er voldoende plekken zullen zijn, wordt laag geschat; door de vrouwen nog lager dan door de mannen.

Ten aanzien van de werktijden tijdens de opleiding en later in het beroep verwacht men dat er minder mogelijkheden zullen zijn om in deeltijd te werken, terwijl men dit wel belangrijk vindt. De vrouwen scoren hierop nog wat sterker dan de mannen. De mogelijkheden voor kinderopvang tijdens de opleiding worden als minder realiseerbaar beoordeeld.

Beschouwend

Ook bij deze groep komen de werktijden tijdens de opleiding onderscheidend naar voren. Mannen en vrouwen hechten belang aan normale werktijden of aan parttime werken tijdens de opleiding maar verwachten hiertoe weinig gelegenheid te krijgen. Een uitgesproken positieve verwachting is er met betrekking tot de wetenschappelijke kant van de beschouwende specialismen. Tot slot springt er bij de mannen nog uit dat zij belang hechten aan éénduidige groepen patiënten.

Ondersteunend

Mannelijke en vrouwelijke respondenten met een eerste voorkeur voor een ondersteunend specialisme hechten er veel belang aan om kwaliteit te leveren. Menselijk contact is minder belangrijk. De vrouwelijke respondenten kiezen vooral voor de inhoudelijke kant van het beroep. Mannelijke respondenten hechten veel belang aan goede privé omstandigheden.

6. Beleid

‘Basisspecialist’

Eén optie uit het rapport ‘De arts van straks’ is nog niet besproken. Het is denkbaar dat er een soort ‘basisspecialist’ wordt opgeleid. Deze ‘basisspecialist’ kan na twee jaar veel voorkomende, eenvoudiger taken verrichten. Hierna kan men ervoor kiezen om in het ziekenhuis zelfstandig te werken binnen een beperkt domein van handelingen, of men kiest voor verdere specialisatie. Ook bestaat de mogelijkheid om later in de carrière de opleiding weer op te pakken.

Volgens de commissie is een voordeel dat de medisch specialist zijn tijd meer kan besteden aan complexere zorg.

Los van de kwalitatieve overwegingen van de commissie ontstaat met dit voorstel vanuit capaciteit gezien een totaal nieuwe situatie. Als er inzicht is in de onderscheiden handelingen kan voor beide groepen een raming worden gemaakt. Daarbij zijn nu al drie complicaties te voorzien. Hoe zal de verhouding zijn naar assistenten in opleiding? Ook zij verrichten eenvoudige handelingen. De tweede

Medisch specialisten

complicatie is dat de basisspecialist extra voeding kan gaan geven aan de al bestaande beweging naar superspecialisatie. In een aantal opzichten is de huidige verdeling over 27 specialismen al een weergave van deze ontwikkeling. Allerlei vakken hebben zich afgesplitst van de interne geneeskunde en chirurgie en hebben in het veld nog allerlei overlappende aandachtsgebieden. Het is mogelijk dat ook deze ontwikkeling aan de 'bovenkant' meer in kaart moet worden gebracht. De derde complicatie zit aan de 'onderkant' van het werk en komt hierna aan de orde.

Taakherschikking

In het licht van mogelijke tekorten tegen 2012 bij een aantal medische specialismen is het van groot belang meer zicht te krijgen op allerlei bestaande ontwikkelingen die zijn gericht op taakherschikking. Voor een deel betreft het de inzet van meer technisch opgeleide disciplines. Zo heeft de vereniging voor oogheelkunde een studie aangekondigd waarin de inzet van o.a. optometristen wordt beoordeeld. Daarnaast ontstaan op lokaal niveau allerlei substitutie-experimenten waarbij veelal verpleegkundigen worden ingezet. Zij krijgen een training op de werkvloer en zijn gekoppeld aan de specialisten die het initiatief tot het experiment namen.

Een andere impuls gaat uit van de ministeries van OC&W en VWS om - mogelijk op grote schaal - zogenoemde physician assistantants (p.a.'s) op te leiden. Daarbij is het de vraag welke taken zij precies zullen verrichten en hoe deze zich verhouden tot die van de assistenten in de opleiding en de medisch specialisten.

Als deze p.a.'s worden ingezet voor generalistische taken in het ziekenhuis is het van groot belang de capaciteit hiervan af te stemmen met die van de medisch specialisten. Met name de twee moederdisciplines interne geneeskunde en algemene chirurgie zullen met hun huidige instroom in 2012 vrijwel zeker een evenwicht tussen vraag en aanbod bereiken. Krijgen de voornemens vaste vorm en worden er veel p.a.'s opgeleid, dan moet de instroom bij een aantal specialismen waarschijnlijk naar beneden worden bijgesteld.

Samenwerkingsverbanden en vacatures

In de afgelopen jaren zijn er zowel op de werkvloer van de medisch specialisten als op bestuursniveau allerlei samenwerkingsverbanden ontstaan. Deze tendens zal waarschijnlijk verder doorzetten. Dit heeft op verschillende manieren betekenis voor de capaciteit in het veld.

Allereerst kunnen specialismen, met name als er relatief veel intensieve diensten zijn, in die grotere eenheden hun arbeidstijd beter normaliseren. Als dit doorzet, is de lage schatting dat er in 10 jaar per fte 5% minder arbeidstijd wordt gewerkt, zeker aan de lage kant. In deze ontwikkeling is de kindergeneeskunde mogelijk een goed voorbeeld en een voorloper. De opleiding voor dit vak is al vroeg sterk uitgebreid en zou volgens de berekeningen nu weer sterk kunnen dalen om geen overschot te krijgen. Het is echter de vraag of dit overschot zich werkelijk zal manifesteren in de vorm van werkeloze kinderartsen. Volgens een studie blijkt in de afgelopen jaren de toename van het aantal kinderartsen ongeveer gelijk op te gaan met een daling van de

Medisch specialisten

arbeidstijd, zowel bij mannen als bij vrouwen, en tot een iets grotere tijdsbesteding per patiënt (21).

Daarbij doet zich ook al een ander verschijnsel voor. Moeilijk vervulbare vacatures komen vooral voor in kleinere ziekenhuizen, waar per kinderarts meer diensten moeten worden gedraaid. Het is dan zeer de vraag of meer opleiden alleen dit vraagstuk zal oplossen. Net als bij de huisartsen tekent zich hier een 'mismatch' af. Nu al komen er 60 kinderartsen per jaar uit de opleiding en dit gaat in de komende jaren nog verder oplopen. Het totale aantal kinderartsen zal zo sterk groeien. Getalsmatig kunnen de mogelijk 30 tot 50 vacatures binnen drie jaar zijn vervuld. Men kan echter voorzien, dat zonder nadere maatregelen om die plaatsen aantrekkelijker te maken, de vacatures hardnekkig zullen blijven.

Het is mogelijk dat dit weer extra impulsen geeft aan verdieping van de samenwerkingverbanden in academische regio's.

Die samenwerkingsverbanden zullen ook leiden tot voortgaande (super)specialisatie, waarop hierboven ook al is gewezen.

In een aantal in omvang relatief nog kleinere specialismen, zoals kno, is een omslag gaande om zich minder als solist in een ziekenhuis te vestigen. Men geeft de voorkeur aan grotere eenheden van meer kno-artsen om zo ook in de regio, op niveau alle aspecten van het vak te kunnen uitoefenen. Dit speelt vermoedelijk nu al op de plaatsen waar vacatures moeilijk vervulbaar zijn.

Medisch specialisten

Bijlage I.1

Benodigde instroom in 2003 per specialisme voor de laag/ laag combinatievariant met 5% arbeidstijdverkorting MET MINIMAAL HANDHAVING totale opleidingscapaciteit				
Beroepsgroep	Benodigde instroom	Instroom		
	in 2003	2000-2002	en	2002
Anaesthesiologie	87	56		59
Cardiologie	49	61		73
Cardio-thoraxale chirurgie	14	5		4
Dermatologie	33	16		23
Gastro-enterologie	14	12		16
Heelkunde	83	74		81
Inwendige geneeskunde	112	147		185
Keel-neus-oorheelkunde	42	18		20
Kindergeneeskunde	59	76		88
Klinische genetica	7	9		9
Klinische geriatrie	14	14		19
Longgeneeskunde	34	28		28
Medische microbiologie	8	12		17
Neurochirurgie	4	6		4
Neurologie	73	42		48
Nucleaire geneeskunde	7	8		14
Oogheelkunde	58	22		20
Orthopaedie	33	34		50
Pathologie	28	16		20
Plastische chirurgie	7	9		8
Psychiatrie	108	127		135
Radiologie	80	43		53
Radiotherapie	9	14		13
Reumatologie	19	10		13
Revalidatiegeneeskunde	23	26		37
Urologie	30	16		15
Verloskunde/gynaecologie	33	49		57
Totaal	1.068	950		1.109

Vet: dertien specialismen waarbij de instroom in 2003 ten opzichte van het gemiddelde over 2000-2002 moet toenemen

Gewoon: vijf specialismen waarbij de instroom afneemt maar de totale capaciteit nog toeneemt

Schuin: negen specialismen, waarbij de instroom daalt naar het niveau van de verwachte uitstroom in 2003, zodat de totale capaciteit gelijk blijft

Medisch specialisten

Bijlage I.2

Verdeelsleutel extra opleidingscapaciteit in 2003, voor de laag/laag combinatievariant met 5% arbeidstijdverkorting MET MINIMAAL HANDHAVING totale opleidingscapaciteit.		
	Absoluut	Relatief
Anaesthesiologie	45	10,9%
Cardiologie	19	4,6%
Cardio-thoraxale chirurgie	13	3,1%
Dermatologie	25	6,1%
Gastro-enterologie	10	2,4%
Heelkunde	32	7,7%
Inwendige geneeskunde	30	7,3%
Keel-neus-oorheelkunde	26	6,3%
<i>Kindergeneeskunde</i>	0	0,0%
<i>Klinische genetica</i>	0	0,0%
<i>Klinische geriatrie</i>	0	0,0%
Longgeneeskunde	18	4,4%
<i>Medische microbiologie</i>	0	0,0%
<i>Neurochirurgie</i>	0	0,0%
Neurologie	39	9,4%
<i>Nucleaire geneeskunde</i>	0	0,0%
Oogheelkunde	38	9,2%
Orthopaedie	16	3,9%
Pathologie	16	3,9%
<i>Plastische chirurgie</i>	0	0,0%
Psychiatrie	11	2,7%
Radiologie	45	10,9%
Radiotherapie	2	0,5%
Reumatologie	13	3,1%
<i>Revalidatiegeneeskunde</i>	0	0,0%
Urologie	15	3,6%
<i>Verloskunde/gynaecologie</i>	0	0,0%
Totaal	413	100,0%

Schuin: negen specialismen waarbij de totale opleidingscapaciteit gelijk blijft

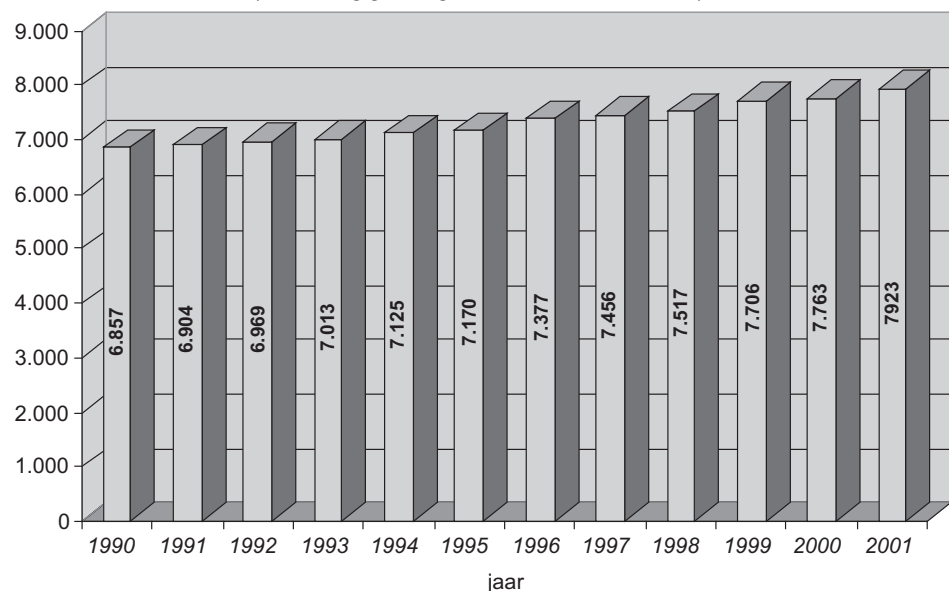
Bijlage II: Huisartsen

1. Ontwikkeling capaciteit

Aantal huisartsen in 10 jaar gestegen met 15%

Over huisartsen is veel bekend door de continue registratie van het Nivel. Zo is ook over een langere tijd bijgehouden hoeveel huisartsen er zijn verbonden aan een huisartspraktijk. Niet iedereen die is opgeleid en geregistreerd als huisarts, oefent dit beroep uit. Figuur II.1 laat vanaf 1990 een gestage toename zien in het aantal werkzame huisartsen.

Figuur II.1 Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's vanaf 1990

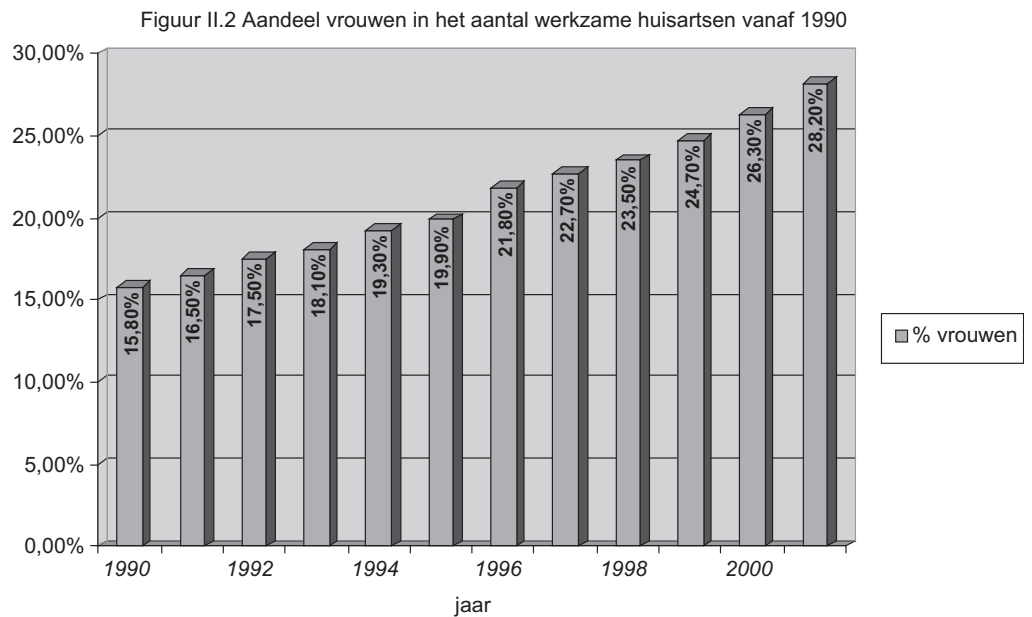


In 1991 waren 6.900 huisartsen werkzaam, in 2001 zijn dat er ruim 7.900. Er kwamen in die periode meer dan 1.000 huisartsen bij, een toename van bijna 15% in 10 jaar. Deze absolute getallen tonen het saldo van huisartsen die de opleiding afrondden en gingen werken in een praktijk en het aantal dat stopte met de praktijk. Voor alle duidelijkheid wordt nog vermeld dat waarnemers niet zijn meegeteld, ook niet de huisartsen die de reguliere praktijk verlaten en als waarnemer gaan werken. De laatste vijf jaar kwamen er gemiddeld ongeveer 110 huisartsen per jaar bij. Dit is het saldo van ongeveer 200 die stopten en ruim 300 die uit de opleiding kwamen en waarvan het grootste deel aansluitend in een praktijk ging werken. Een deel ervan is opgeleid in het buitenland. Dit zijn in hoofdzaak Nederlanders die naar België en Engeland zijn uitgeweken om daar hun opleiding te volgen. Op jaarbasis waren dit er ongeveer 35. Dit aantal loopt recent iets terug.

De toename met 15% aan werkzame huisartsen in 10 jaar wil nog niet zeggen dat de capaciteit is toegenomen. Er is een omslag gaande in de opvatting over arbeid, waarbij men toenemend opteert voor minder volle werkweken. Dit geldt met name voor vrouwelijke huisartsen. In dit verband is de ontwikkeling in het aantal

Huisartsen

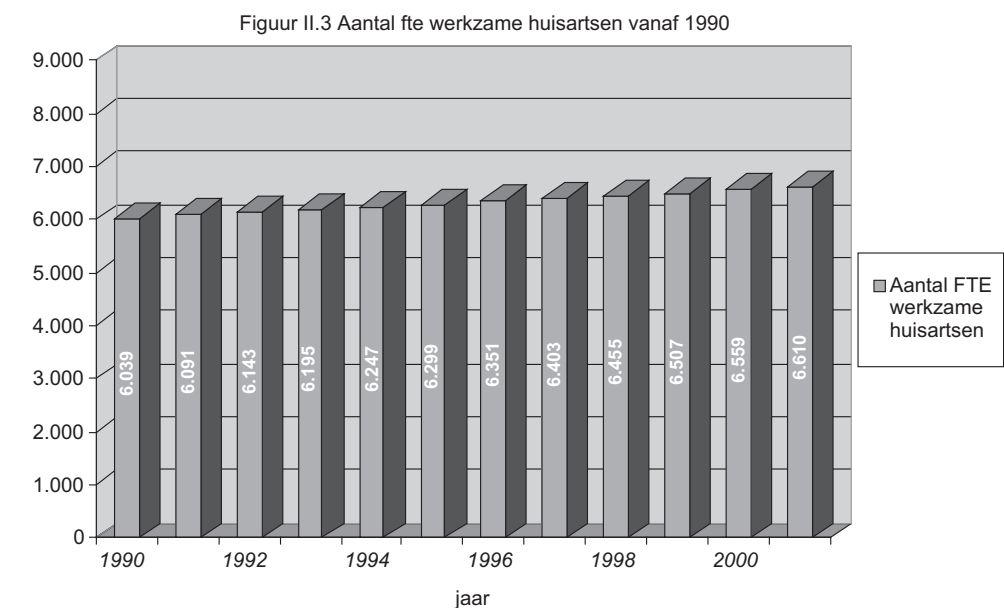
vrouwelijke huisartsen een belangrijk gegeven. Dit wordt weergegeven in figuur II.2.



Het aandeel vrouwen neemt geleidelijk toe van 15% in 1990 naar 28% in 2001. In samenhang hiermee is de gemiddelde tijd die een werkzame huisarts besteedt aan de praktijk gedaald. In het jaar 2000 werkten mannen gemiddeld 0,94 fte en vrouwen 0,70 fte. Alleen de vrouwelijke verpleeghuisarts werkt met 0,68 nog iets minder. Zonder te overdrijven kan worden gesteld dat voor iedere twee huisartsen die met pensioen gaan (bijna uitsluitend mannen) en nog een volle week werken, drie vrouwelijke huisartsen in de plaats moeten komen. Dit geeft aan dat het van belang is de fte's goed te tellen, om te bepalen of de capaciteit daadwerkelijk is toegenomen.

Toename in fte's in tien jaar 8,5%

Ook het aantal fte's blijkt te zijn gegroeid maar minder sterk. Figuur II.3 geeft hiervan een beeld.



Huisartsen

Er is opnieuw een opgaande lijn te zien maar deze verloopt vlakker dan in figuur I.1 met de toename van het aantal personen. Het aantal fte's is toegenomen van bijna 6.100 in 1991 naar ruim 6.600, een groei van 8,5% in 10 jaar.

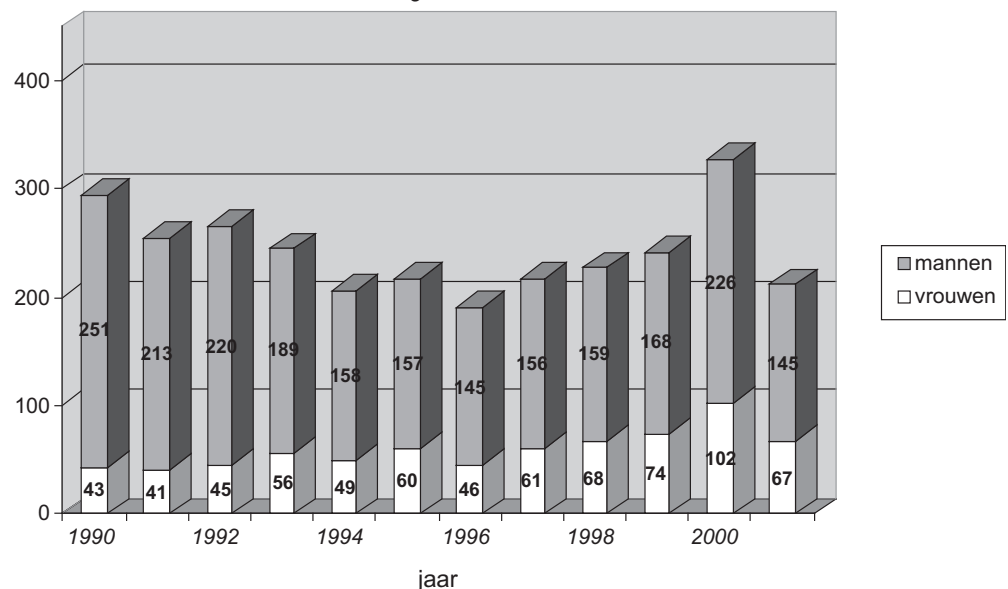
Bij de raming van de opleidingscapaciteit is rekening gehouden met de sterk verschuivende balans tussen mannelijke en vrouwelijk huisartsen en het verschil tussen beiden in arbeidstijd.

Uitstroom uit het vak van huisarts was gemiddeld 245 per jaar

De capaciteit in het veld wordt bepaald door de instroom en uitstroom. De uitstroom stijgt de komende jaren geleidelijk en is bij de huisartsen een zeer bepalende factor voor de raming van de opleidingscapaciteit.

Het beeld van de uitstroom in de afgelopen jaren wordt weergegeven in figuur II.4.

Figuur II.4 Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen en HIDHA's die gestopt zijn, naar geslacht vanaf 1990



De uitstroom uit het vak was in 1990 met bijna 300 huisartsen relatief groot op het aantal werkzame huisartsen. Terwijl het aantal huisartsen daarna geleidelijk toenam, trad er zes jaar lang een daling op en zakte de uitstroom onder de 200. Na 1996 gaat de curve weer omhoog.

In 2000 is een merkwaardige piek zichtbaar van in totaal 328 huisartsen. Wat ook de verklaring is, het jaar daarop daalde het aantal weer sterk. Telt men beide jaren samen dan is de uitstroom 270 per jaar geweest. Dit getal ligt dicht bij de verwachte uitstroom voor die jaren. De plotselinge toename in 2000 lijkt vooralsnog geen trend te zijn om versneld met het huisartsenvak te stoppen. Over de laatste vijf jaar stopten jaarlijks 245 huisartsen.

Omdat er over de uitstroom in 2000 ook in de Kamer Huisartsen verontrusting ontstond, is nader onderzoek gedaan naar de aard van de uitstroom. Uitstroom is een neutraal begrip en wil niet zeggen dat men vanwege de leeftijd met pensioen gaat. Bekend is dat nogal wat huisartsen na verloop van enige jaren ander werk in de gezondheidszorg gaan doen. Een flink deel vindt een weg in sociaal geneeskundige

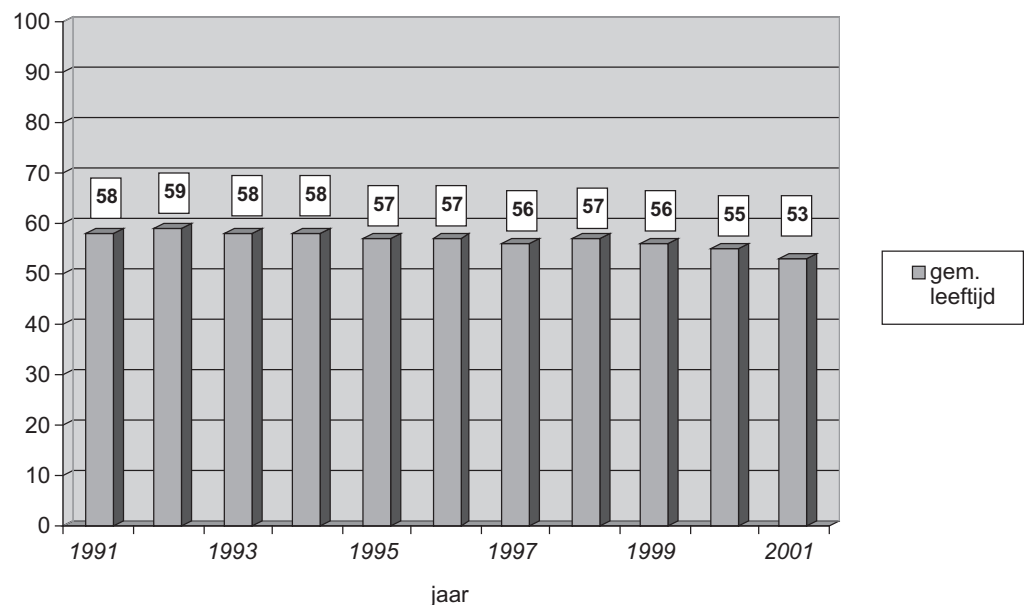
Huisartsen

functies of gaat werken in een verpleeghuis. Dit wordt als een normaal verloop gezien, waarbij het verstandig kan zijn tijdig in de loopbaan te veranderen. Verontrustend waren signalen in het veld, dat er een toename zou zijn van de uitstroom door een (sterk) stijgende arbeidsongeschiktheid onder huisartsen. Dit zou mogelijk meer opgaan voor vrouwelijke huisartsen. Deze laatsten zouden ook in toenemende mate stoppen zonder ander medisch werk te gaan doen. Deze signalen vormden een aansporing om het Nivel onderzoek te laten doen naar de aard van de uitstroom.

Leeftijd van stoppen daalt van 59 naar 53 jaar

Allereerst wordt de gemiddelde leeftijd, waarop men stopt als huisarts, getoond in figuur II.5.

Figuur II.5 Gemiddelde leeftijd huisartsen bij vertrek, in de periode 1991/ 2001



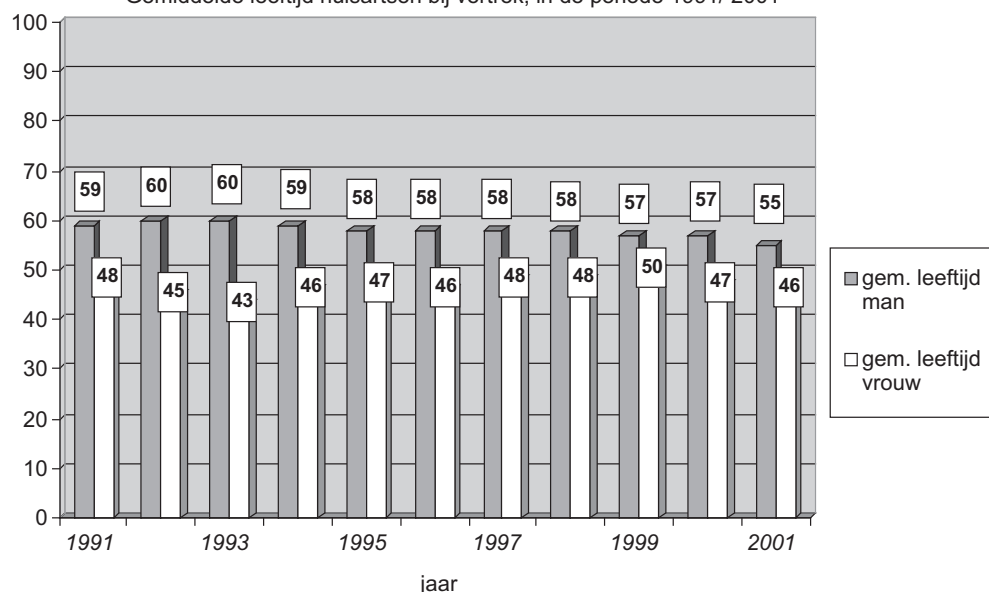
Sinds 1992 daalt de gemiddelde leeftijd waarop huisartsen stoppen van 59 jaar naar 53 jaar. Alvorens de redenen van stoppen te bezien, worden eerst de verschillen tussen mannen en vrouwen getoond.

Vrouwelijke huisartsen stoppen tien jaar eerder dan de mannen

Het verschil tussen mannen en vrouwen is opmerkelijk. Dit komt naar voren in figuur II.6. Duidelijk is dat de mannen veel later stoppen dan de vrouwen. Er zit ongeveer 10 jaar verschil tussen. Bij beide groepen is er vooral na 1998 sprake van een daling, die scherp is in 2001. Het aantal huisartsen mag dan in 2001 niet zijn toegenomen, men stopt wel jonger. Mannen zijn dan gemiddeld 55 jaar, vrouwen 46 jaar als ze stoppen met het vak van huisarts.

Huisartsen

Figuur II.6
Gemiddelde leeftijd huisartsen bij vertrek, in de periode 1991/ 2001

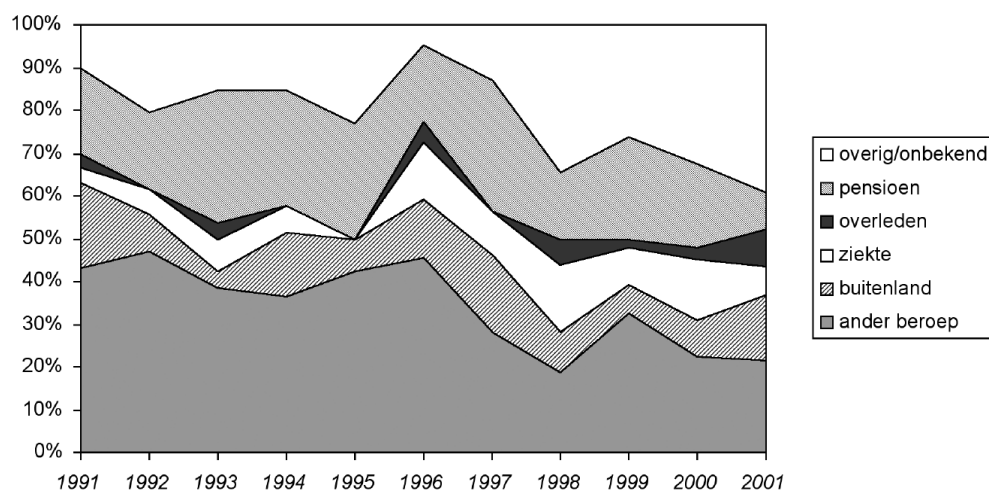


De opmerkelijk veel lagere leeftijd waarop vrouwen stoppen, vraagt nog om extra toelichting. Een belangrijk gegeven is dat van iedere leeftijdsgroep de vrouwen telkens procentueel meer stoppen met de huisartspraktijk dan de mannen. Het resultaat van een relatief klein verschil per jaarcohort is dat na verloop van 15 tot 20 jaar er nog nauwelijks vrouwen van boven de 50 jaar als huisarts werken. Dit is een verlies voor de huisartsencapaciteit. Belangrijk is echter ook na te gaan of zij mogelijk ander medisch werk zijn gaan doen. Dit geldt overigens ook voor de mannen. De gemiddelde leeftijd van 55 jaar bij de mannen in 2001 geeft ook aan dat ze op die leeftijd niet massaal met pensioen zijn gegaan.

Aard van de uitstroom bij vrouwen

Allereerst worden de verhoudingen getoond van de uitstroombestemmingen, eerst voor de vrouwen.

Figuur II.7. Relatieve verdeling van de redenen waarom vrouwelijke huisartsen hun werkzaamheden hebben neergelegd in de periode 1991 – 2001



Bron: NIVEL.

Huisartsen

Deze figuur geeft de relatieve verdeling weer van diverse uitstroombestemmingen en kan zo eventuele trends zichtbaar maken, ongeacht de absolute aantallen.

In het begin van de jaren '90 is de bestemming 'ander beroep' het grootst. Dan gaat nog meer dan 40% van de vrouwen ander werk doen. Deze bestemming halveert bijna in 10 jaar.

De categorie 'overig/onbekend' neemt daarentegen toe van 10% naar bijna 40%. Een aantal respondenten geeft zelf een nadere reden aan. Dit is met name meer aandacht voor het gezin.

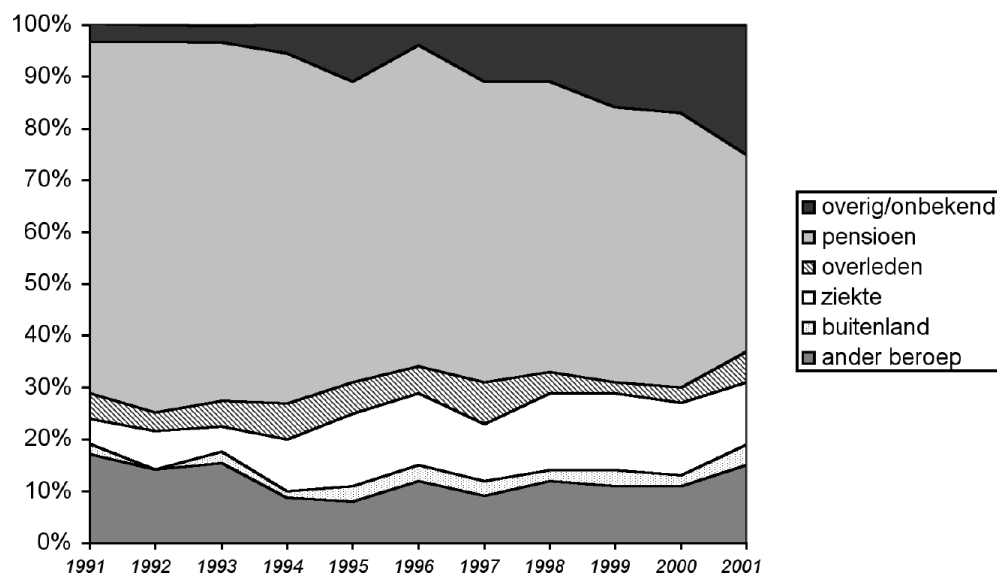
De andere redenen, waaronder pensioen en ziekte, laten een relatief kleiner percentage zien en veranderen nauwelijks.

In 1991 gaat het nog om kleine absolute aantallen maar deze nemen geleidelijk toe. Het kan dan ook van belang zijn bij de stijging van de categorie 'overig/onbekend' na te gaan of deze uitstroom in de toekomst kan worden voorkomen.

Uitstroom bij mannen: pensioen niet meer de hoofdreden om te stoppen

Bij de mannen gaat het gedeeltelijk om een ander patroon.

Figuur II.8 Relatieve verdeling van de redenen waarom mannelijke huisartsen zijn gestopt in de periode 1991-2001



Bron: Nivel

Uit de figuur blijkt dat ook hier de categorie 'overig/onbekend' enigszins toeneemt, vooral de laatste jaren. Het aandeel is echter nog beperkt.

De belangrijkste bestemming is nog steeds pensionering. Dit aandeel neemt wel sterk af. Was dit in het begin van de jaren '90 nog bijna 70%, in 2001 is dit percentage bijna gehalveerd.

De categorie 'ander beroep' is over de gehele periode vrij stabiel.

Het aandeel dat aangeeft te zijn gestopt vanwege arbeidsongeschiktheid, was gering

Huisartsen

maar is enige jaren toegenomen. Elke bestemming wordt hieronder nog afzonderlijk besproken. Wil men maatregelen nemen om trends om te buigen, is het van belang inzicht te hebben in de mogelijke aangrijpingspunten.

Pensioenleeftijd mannen daalt geleidelijk van 64 naar 61 jaar

Als uitsluitend naar de pensioenleeftijd van de mannelijke huisartsen wordt gekeken, is een dalende tendens te zien.

Tabel II.1

Gemiddelde leeftijd mannelijke huisartsen die de beroepsgroep in de periode 1991-2001 hebben verlaten met pensionering als reden.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Mannen	64	64	64	64	63	63	63	62	62	61	61

In 10 jaar is de pensioenleeftijd van mannen gedaald van 64 naar 61 jaar. Het is mogelijk dat deze trend kan worden omgebogen. Bekend is dat in verschillende huisartsendistricten gepensioneerd huisartsen voor delen van de week willen worden ingezet. Het is overigens niet ondenkbaar dat de neerwaartse trend stabiliseert of zelfs omkeert vanaf 2001 door de huidige economische situatie.

Pensioenleeftijd vrouwen

Ligt bij de mannen de pensioenleeftijd nog steeds boven de 60 jaar, bij de vrouwen ligt dit lager. In absolute zin gaat het om kleine aantallen.

Tabel II.2

Gemiddelde leeftijd vrouwelijke huisartsen die de beroepsgroep in de periode 1991-2001 hebben verlaten met pensionering als reden.

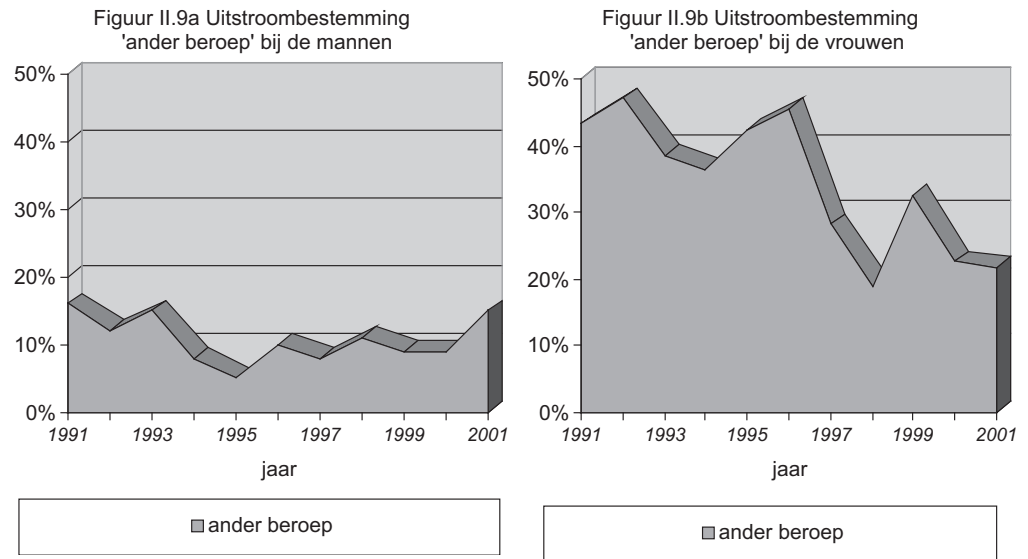
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Vrouwen	57	61	47	46	56	52	54	59	58	55	56

Als de vrouwelijke huisarts met pensioen gaat, is zij jonger dan haar mannelijke collega. Gelet op de leeftijd, die ver onder de 60 jaar ligt, is het de vraag of het hier ook in financiële zin om een echt pensioen gaat. In ieder geval stoppen ze met medisch werk en kunnen hier mogelijk ook arbeidsjaren worden gewonnen.

Daling verandering naar ander werk bij vrouwen

Het aandeel, dat opgeeft een ander beroep te hebben aanvaard, daalde ook en wordt hieronder voor mannen en vrouwen nog eens weergegeven.

Huisartsen



Bron: NIVEL.

In figuur II.9b is sprake van een halvering. Dit is opmerkelijk en nog niet goed te doorgronden. Zien vrouwelijke huisartsen minder naar ander werk om dan voorheen of vinden ze minder gemakkelijk een nieuwe werkkring dan vroeger?

Arbeidsongeschiktheid als reden bij mannen ruim verdubbeld, maar klein in absolute zin

Hoewel het nog een klein deel was van alle redenen om te stoppen, laat deze categorie bij afzonderlijke bestudering van de mannen een aantal jaren een stijging zien. Vanaf 1995 zegt ongeveer 10% of meer te zijn gestopt vanwege arbeidsongeschiktheid.

Tabel II.3

Percentage van de uitstroom bij mannelijke huisartsen met als uitstroombestemming 'ziekte'.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Mannen	3,9%	6,3%	4%	7,5%	11,6%	12,7%	9,5%	13,4%	13,4%	13,7%	10,4%

Als deze verhoudingsgetallen worden omgezet naar absolute aantallen, gaat het in 1991 om een tiental huisartsen en later om ruim 20 per jaar. Als men dit relateert aan het totale aantal huisartsen van 7.000 tot 8.000, is dit zeer gering.

Dit zegt overigens niets over de arbeidsongeschiktheid onder de praktiserende huisartsen. Voorzichtigheid is ook geboden, aangezien de eigen opgaven een vertekend beeld kunnen opleveren. In 2001 is de trend wel weer omgebogen naar beneden

Arbeidsongeschiktheid bij vrouwen schommelt en is absoluut ook klein

Uit deze tabel blijkt eveneens eerst een zekere stijging, maar in 2001 weer een afname. Het gaat hier om zeer kleine aantallen, die in absolute zin per jaar hooguit in de buurt van 10 komen.

Tabel II.4

Percentage uitstroom bij de vrouwen met als uitstroombestemming 'ziekte'.

	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Vrouwen	3,3%	5,9%	7,7%	6,1%	0%	13,6%	10,3%	15,6%	8,7%	14,1%	6,5%

Huisartsen

2. Huidige tekorten

Lage schatting tekort aan huisartsen in 2000 ongeveer 250

De Kamer Huisartsen heeft bij de aanvang van de werkzaamheden in 2000 een schatting gemaakt van de on vervulde vraag. De lage schatting kwam uit op 5%. Hierbij gaat het met name om praktijken die niet zijn bemand en om suboptimaal werken. Als men dit percentage doortrekt naar het aantal werkzame huisartsen van ongeveer 8.000, kan worden gesteld dat men met ongeveer 400 huisartsen meer het werk zou aankunnen. Dit tekort van 400 huisartsen in 2000 vraagt nog om een belangrijke nuancering. Al eerder is gemeld dat er opgeleide huisartsen zijn die niet vast werkzaam zijn in een praktijk.

Reserve van 300 waarnemers en nog 300 belangstellenden

Eerder kwam aan de orde dat de waarnemers niet zijn meegeteld in het stijgende aantal werkzame huisartsen. Er is een reserve van ongeveer 300 waarnemers, een bestand dat in grootte enkele jaren achtereen vrij stabiel is gebleven.

Voorheen was waarneming de manier om te zoeken naar een geschikte plek om zich te vestigen. Dit geldt voor een deel nog steeds maar er groeit een kern van waarnemers die dit werk beschouwt als een reguliere functie.

In een arbeidsmarkt is het gunstig als extra capaciteit flexibel oproepbaar is. Het is een uitstekend smeermiddel voor de continuïteit. Een dergelijke reserve bestaat ook wel bij de medisch specialisten, met name vlak nadat men is gespecialiseerd, maar is veel kleiner.

Het is te overwegen dit deel van de reserve systematisch mee te nemen in de ramingen. Het is mogelijk dat de hoeveelheid waarnemers de afgelopen tijd aan de krappe kant was. In het kader van de nieuwe avond-, nacht- en weekendregelingen worden bijvoorbeeld ook waarnemers ingezet. Tevens is de vraag naar waarnemers nog iets gestegen voor de bezetting van praktijken die niet meer worden bemand na vertrek van de reguliere huisarts.

Met betrekking tot de waarnemers is de opvatting van de Kamer Huisartsen dat dit deel van de reserve hard nodig is en nog wat moet groeien, in balans met de toename in het aantal personen. Het is aannemelijk dat het aantal ook iets zal stijgen nu er jaarlijks meer artsen zullen afstuderen. Als namelijk een evenredig deel van ieder cohort blijft waarnemen, zal het absolute aantal toenemen.

Als men er van uitgaat dat de 300 waarnemers ongeveer voor de helft van hun tijd huisarts zijn, is er een tekort van 250 huisartsen in het jaar 2000.

Groep van 300 belangstellenden geen reserve

Naast de 300 waarnemers is er nog een groep van 300 opgeleide huisartsen die niet in een praktijk werken maar wel opgeven belangstelling te hebben om als huisarts aan het werk te gaan.

Belangrijk daarbij is dat deze groep qua grootte al een aantal jaren constant is gebleven, ook al vinden er mutaties plaats. Kennelijk volgt een deel de opleiding waarna wordt besloten ander medisch werk te gaan doen. Omdat zij ander werk doen, kan dit niet als een echte reserve worden gezien. Eén en ander is een intrigerend

Huisartsen

gegeven. Dat men opgeeft belangstelling te hebben voor het werk als huisarts, zegt iets over het aanbod van werk in de huisartsenzorg. Dat past kennelijk niet bij hun wensen.

Onbemande praktijken een mobiliteitsvraagstuk

Dit verschijnsel klemmt te meer omdat de on vervulde vraag de laatste jaren zeer manifest is in de vorm van onbemande praktijken. Dit is geen nieuw verschijnsel. In sommige delen van Nederland waren er al veel langer hardnekkige vacatures. Volgens een onderzoek van de LHV, beschikbaar gesteld aan het Capaciteitsorgaan, ging het in 2000 vermoedelijk om 50 praktijken. Op een zelfde manier gemeten, waren er het jaar daarop 100 praktijken onbemand. Het onderzoek is niet herhaald, maar als deze trend wordt doorgetrokken, kan het nu gaan om 150 praktijken. Zoals gesteld, wordt een deel van dit gat gevuld door waarnemers. Toch lukt het ook daar vaak niet om tot een vaste bezetting over te gaan. Kennelijk zijn deze praktijken niet aantrekkelijk. Dit moet nog sterker opgaan voor de 300 opgeleide huisartsen die ander medisch werk zijn gaan doen.

Het Capaciteitsorgaan heeft dit in het plan van 2001 een mobiliteitsvraagstuk genoemd (2). In ditzelfde verband is door de commissie Tabaksblatt wel gesproken over een 'mismatch' (20).

Het vraagstuk dat er geen goede koppeling tot stand komt, zal vermoedelijk nog groter worden. Kwalitatieve signalen, vooral van opleiders, wijzen op een grote omslag bij jongere huisartsen in de aard van de praktijk die ze zoeken. Een belangrijke verklaring is vermoedelijk dat de opvallende plaatsen vooral solopraktijken zijn. Waarschijnlijk speelt ook een grote afstand van de stad waar men is opgeleid een rol. Ten slotte zal ook de samenstelling van patiëntengroep worden meegenomen in de afwegingen.

De veranderende opvattingen onder jonge huisartsen zijn niet uniek. Later wordt dit nog wat uitgebreider besproken, als de belangstelling van net afgestudeerde artsen voor het huisartsenvak aan de orde komt.

Het is zeer aannemelijk dat dit soort praktijken de komende jaren nog in veel grotere getale wordt verlaten als de uitstroom van de oudere generatie toeneemt.

Alleen meer opleiden helpt niet als jongere huisartsen een andere voorkeur hebben en gemakkelijk een andere werkkring kunnen vinden.

3. Ontwikkeling opleiding

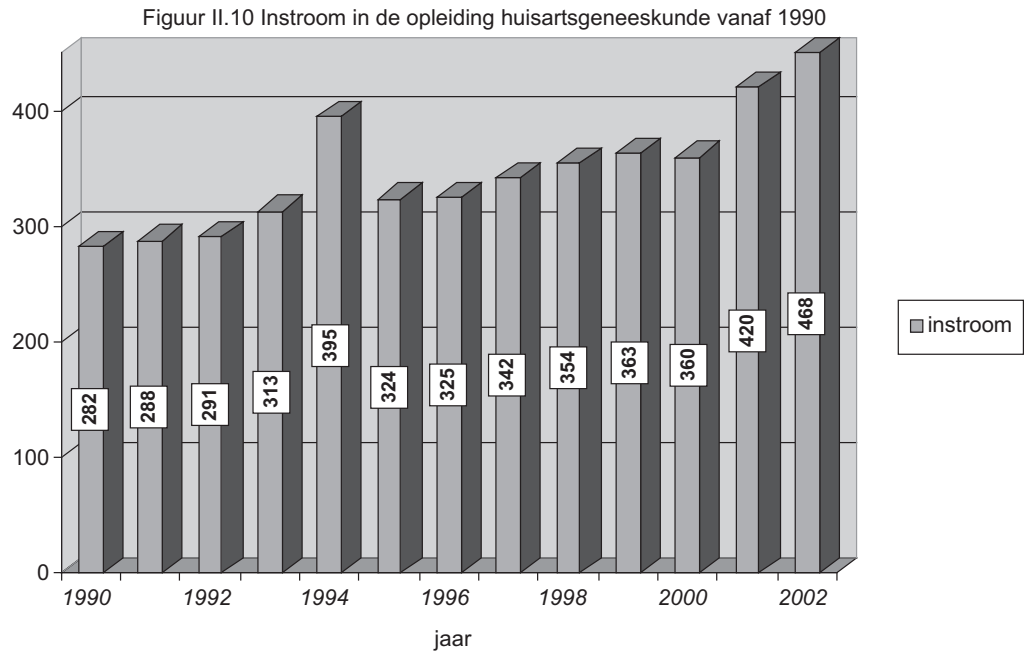
Instroom vooral vanaf 2001 toegenomen

In het begin van de jaren '70 konden afgestudeerde artsen zich nog direct vestigen als huisarts. Een aparte opleiding bestond nog niet. Toen de éénjarige opleiding van de grond kwam, stelden de zorgverzekeraars de eis dat bij nieuwe vestigingen deze opleiding moest zijn gevolgd. In stappen is de opleiding uitgebreid naar drie jaar. Het is mogelijk dat deze ontwikkeling nog verder doorzet. In EU-verband is de duur van verschillende vervolgoopleidingen in discussie. Duitse huisartsen zijn verplicht een vijfjarige opleiding te volgen. De volgende figuur toont de instroom over een langere periode.

De instroom lag begin jaren '90 onder de 300. Afgezien van 1994, toen de opleiding

Huisartsen

werd verlengd naar drie jaar, loopt de curve tot 2001 geleidelijk wat op. Vanaf 2001 gaat de instroom met ongeveer 60 per jaar omhoog om in 2002 uit te komen op 468 artsen.



Totale capaciteit

Een andere maat om de inspanning zichtbaar te maken, is de totale capaciteit.

Tabel II.5:
Totaal aantal huisartsen in opleiding per jaar vanaf 1990 per 31 december

	Totaal aantal in opleiding	% Vrouw
1990	689	-
1991	748	-
1992	585	-
1993	599	-
1994*	692	54%
1995*	726	55%
1996	848	56%
1997	1.003	56%
1998	995	60%
1999	942	63%
2000	969	63%
2001	1.057	62%

* betreft het totaal aantal in opleiding in zowel het twee- als driejarig curriculum

Huisartsen

De totaalcapaciteit is toegenomen van bijna 700 naar ruim 1.000 artsen. In 2001 is op iedere 8 huisartsen er 1 in opleiding.

In de tabel is verder te zien dat het aandeel vrouwen in de opleiding geleidelijk is gestegen naar meer dan 60%. Dit ligt bij de medisch specialisten en sociaal geneeskundigen met respectievelijk 50% en 47% lager. Dit zijn echter gemiddelden. In afzonderlijke beroepen als kindergeneeskunde, gynaecologie en jeugdgezondheidszorg ligt het aandeel vrouwen in de opleiding met 70% of meer hoger dan bij de huisartsen.

De hoogte van dit percentage is minder belangrijk. Belangrijker is het verschil met het percentage vrouwen dat al werkt in het betreffende vak. Als dit beduidend lager is, is de snelheid waarmee de omslag plaatsvindt groot. De omwenteling in de huisartsenzorg naar meer vrouwen gaat hard.

Benodigde instroom 2010-2012

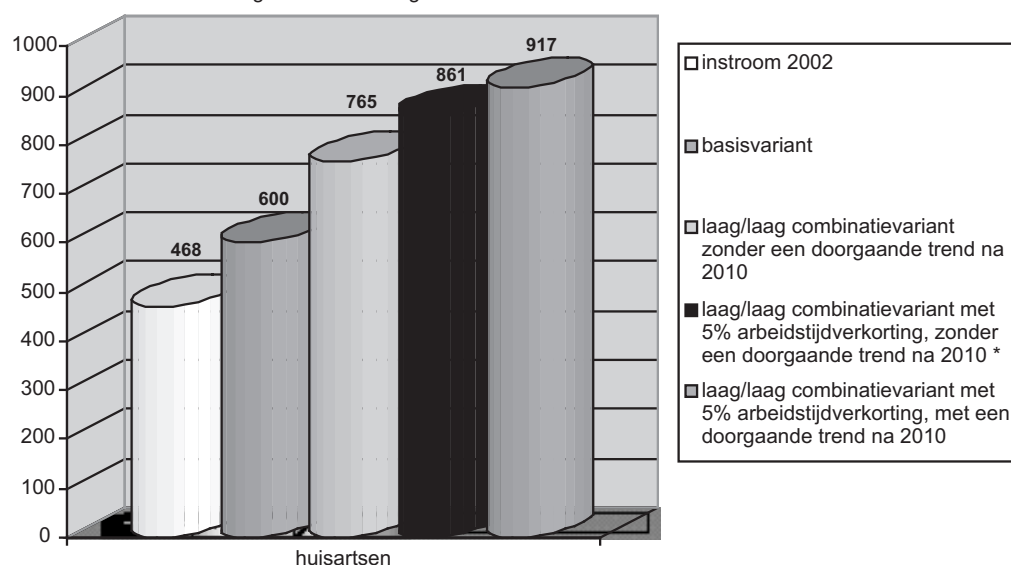
Aanvankelijk heeft het Capaciteitsorgaan zijn ramingen gemaakt met 2010 als horizon. Voor 2000 lag de instroom op ongeveer 336 artsen. Voor de basisvariant moest de benodigde instroom naar 502 en volgens de variant met lage schattingen van extra ontwikkelingen naar 670 artsen. Zou ook nog de arbeidstijd van een fte met 5% dalen – en dat lag volgens het Capaciteitsorgaan in de lijn der verwachting – moesten jaarlijks 767 artsen aan de opleiding beginnen. Daarmee moest de instroom worden verdubbeld.

In het plan van 2002 werd, mede vanwege deze grote sprong bij de huisartsen, gezien hoe het lag voor 2012. Dan zou 2002 een nieuw startjaar kunnen worden.

Het perspectief werd er niet beter op, ook al was inmiddels de instroom in 2001 opgetrokken naar meer dan 400. Voor een evenwicht in het jaar 2012 moest de instroom per variant nu nog ongeveer 100 hoger liggen dan voor 2010.

Volgens de voorkeursvariant gaat het nog steeds om bijna een verdubbeling.

Figuur II.11 benodigde instroom voor verschillende varianten



* voorkeursvariant Capaciteitsorgaan

Huisartsen

Het Capaciteitsplan van 2002 bevatte een haalbaarheidsscenario dat aangaf dat de instroom geleidelijk iets boven de 500 zou uitkomen. Op die basis is voorspeld dat er ruim 2.500 artsen te weinig zouden worden opgeleid, hetgeen zou leiden tot een tekort van 20%, ofwel ongeveer 2.400 werkzame huisartsen in 2012 (Een deel van de huisartsen gaat of blijft niet werken).

Dat niet veel meer dan 500 huisartsen kunnen worden opgeleid, zal later worden gestaafd vanuit nieuw onderzoek welke vervolgopleiding jonge basisartsen voor ogen staat. Hier wordt volstaan met de vermelding dat het aantal sollicitanten aan het dalen is en op jaarbasis stabiliseert op ongeveer 600.

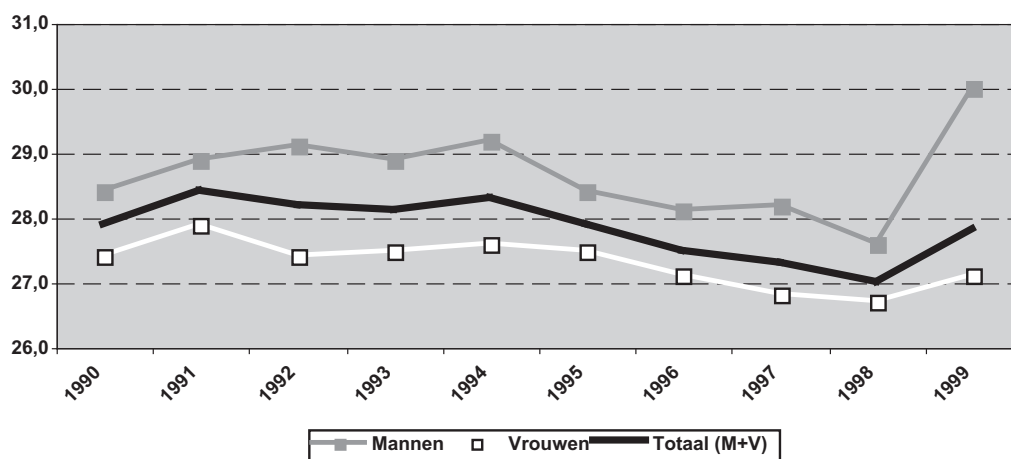
4. Leeftijd in het opleidingscontinuüm

Leeftijd arts van toekomstige huisarts ongeveer 28 jaar

Degenen die later huisarts worden, zijn in de jaren '90 ongeveer 28 jaar als ze afstuderen als arts. Dat is bijna een jaar ouder dan het gemiddelde, dat sterk wordt bepaald door artsen die later specialist worden.

Zoals voor alle vervolgopleidingen opgaat, zijn de mannen wat ouder dan de vrouwen.

Figuur II.12 Gemiddelde leeftijd bij artsexamen van huisartsen (inclusief huisartsen in opleiding), naar studiejaar (jaar artsexamen) en geslacht, vanaf 1990



Bron: Nivel

De curve gaat vanaf 1994 wat naar beneden, maar na 1998 weer omhoog; bij de mannen zelfs scherp naar 30 jaar.

Overgangperiode naar opleiding tot huisarts 3 jaar

De overgangperiode voor men de vervolgopleiding ingaat, is ongeveer drie jaar.

De gemiddelde duur van de overgangperiode is redelijk stabiel gebleven, zowel voor mannen als voor vrouwen. De vrouwen gaan duidelijk sneller de opleiding in dan de mannen; de laatste jaren ongeveer een jaar vroeger. Dit wordt in tabel II.6 weergegeven.

Huisartsen

Tabel II.6 Gemiddelde tijd tussen artsexamen en de start van de vervolgopleiding van huisartsen (inclusief huisartsen in opleiding), naar studiejaar (jaar start vervolgopleiding) en geslacht, vanaf 1991						
Studiejaar (jaar start vervolgopleiding)	Mannen		Vrouwen		Totaal (M+V)	
	Gemiddelde	Aantal	Gemiddelde	Aantal	Gemiddelde	Aantal
1991	3,3	161	2,6	119	3,0	280
1992	3,3	142	3,0	147	3,2	289
1993	4,7	153	3,3	155	4,0	308
1994	4,0	177	3,0	210	3,5	387
1995	3,0	147	2,3	180	2,7	327
1996	2,7	135	2,3	178	2,5	313
1997	3,5	143	2,4	173	2,9	316
1998	3,3	110	2,2	202	2,6	312
1999	3,1	128	2,3	204	2,6	332
2000	3,5	148	2,4	234	2,8	382

Leeftijd waarop men huisarts wordt: 34 jaar

Uit het voorgaande volgt dat men 31 jaar is bij aanvang van de opleiding.

De huidige formele en feitelijke opleidingsduur is drie jaar. Men is dus gemiddeld ongeveer 34 jaar als men de opleiding tot huisarts heeft voltooid.

Verwachte ontwikkeling in de leeftijd in het opleidingscontinuüm

Er zijn enkele schattingen te maken hoe de leeftijd in het opleidingscontinuüm zich de komende jaren zal ontwikkelen.

De laatste jaren loopt de leeftijd van de beginnende student iets op naar 20 jaar. Zo wordt de leeftijd waarop men het artsexamen doet ook hoger. Omgekeerd zal die leeftijd iets dalen als het aantal vrouwen nog verder toeneemt. Gemakshalve wordt de leeftijd van afstuderen op ongeveer 28 jaar gehouden.

De volgende vraag is hoe lang men over de overgangperiode zal gaan doen. Door het toenemende aantal opleidingsplaatsen is te verwachten dat men sneller doorstroomt naar de vervolgopleiding. In 2001 is dit is nog niet te zien in de leeftijd bij aanvang van de vervolgopleiding terwijl in dat jaar het aantal opleidingen al sterk is verruimd.

In 2001 overtroffen de landelijke aanmeldingen voor de opleiding echter nog het aantal plaatsen. De gegevens van 2002 zijn nog niet bewerkt, maar bekend is dat in sommige regio's het moeilijker wordt voldoende gegadigden te plaatsen. Dit kan nog verder doorzetten in de komende paar jaar. Het is mogelijk dat de overgangperiode zo wordt teruggebracht van drie naar twee jaar. Men is dan 30 jaar bij aanvang van de vervolgopleiding. De verwachting is dat die periode bij de huisartsen niet veel korter wordt, ondanks een grotere toegankelijkheid van deze opleiding. Hiervoor zijn twee redenen. Als men huisarts wil worden, blijft het aantrekkelijk enige tijd in het ziekenhuis te werken om de eigen klinische vaardigheden nog verder te vergroten. Ook als men nog niet zeker weet wat men wil, is het ziekenhuis aantrekkelijk. In een huisartsenpraktijk is het ongebruikelijk om artsen zonder extra kwalificaties in te zetten, in tegenstelling tot in veel ander beroepsgroepen.

Huisartsen

Beginnt men de vervolgopleiding, dan zijn er met betrekking tot de feitelijke duur nog schattingen te maken over enkele veranderingen. De huidige duur van drie jaar is een gemiddelde. Sommigen doen er korter over omdat men een korting kan krijgen op onderdelen van de opleiding, vooral als men in de overgangperiode in een klinische omgeving heeft gewerkt. Anderen doen er langer over omdat de opleiding is onderbroken of omdat men (enige tijd) parttime in opleiding was.

Door de verwachte schaarste aan sollicitanten is het aannemelijk dat nog iets meer tegemoet zal worden gekomen aan de wens van assistenten om de opleiding in deeltijd te volgen. Verder zal het aantal kortingen minder worden omdat men door de verkorting van de overgangperiode met een jaar minder ervaring in het ziekenhuis heeft. Beide bewegingen wijzen in dezelfde richting. Als deze samen op 1 jaar uitkomen, zal de feitelijke duur geen drie jaar meer zijn maar wat langer worden. In totaal zal de afstudeerleeftijd iets dalen maar toch niet ver onder de 34 jaar zakken.

5. Belangstelling van basisartsen

Belangstelling opleiding huisarts na artsexamen: 20%

Zoals besproken in het hoofdrapport, heeft 19,7% van de net afgestudeerde artsen, ongeveer één op de vijf, een eerste voorkeur voor een opleiding tot huisarts. Wordt dit toegepast op een jaar-cohort van 1.500 afstuderende artsen, gaat het om ongeveer 300 belangstellenden. Belangrijk is dat bij de vraag naar de tweede voorkeur deze met 18% redelijk stabiel blijft. Die tweede voorkeur moet al aanwezig zijn geweest in vroegere jaren, toen de opleiding in aantallen steeg naar 400 artsen. Nu de opleiding tot medisch specialist sterk is gegroeid, wordt het ook verklaarbaar dat het aantal sollicitanten begint te dalen.

Vanuit dit inzicht is het dan ook onjuist om te stellen dat de belangstelling voor het vak van huisarts minder is geworden. De tweede voorkeur om huisarts te worden, krijgt minder kans.

Als de medisch specialisten meer dan 1.000 artsen per jaar in opleiding blijven nemen, kan het moeilijker worden om jaarlijks ongeveer 500 gegadigden voor de huisartsen-opleiding te vinden.

Beeldvorming opleiding en beroep

Jonge artsen die als eerste voorkeur de huisartsenopleiding aankruisen, onderscheiden zich in een aantal opzichten. Zo scoren zij duidelijk hoger dan gemiddeld op het belang dat zij hechten aan een beroep met een generalistisch karakter. Dit geldt voor mannen en vrouwen. Dit ligt genuanceerder voor parttime werken. Daar onderscheiden alleen de vrouwen zich. Zij vinden dit belangrijker dan de gemiddelde vrouwelijke arts en denken dit ook te kunnen realiseren.

Alle basisartsen scoren hoog op het werken in teamverband. Dit is bij degenen die voor de opleiding tot huisarts kiezen wat minder, bij mannen en bij vrouwen.

Interessant is ook dat het zijn van zelfstandig ondernemer in het algemeen net een voldoende scoort bij basisartsen maar wat hoger ligt bij de belangstellenden voor het vak van huisarts, opnieuw bij mannen en bij vrouwen.

Opvallend is ook dat bij de mannen aspecten als wetenschappelijk onderzoek,

Huisartsen

promoveren en publiceren wat lager scoren dan het gemiddelde. Zij zien hiervoor minder realisatiemogelijkheden in het vak van huisarts maar hechten er ook niet zoveel belang aan. Bij de vrouwen geldt dezelfde weging voor het kunnen doorgroeien in functieniveau.

6. Beleidsontwikkelingen

Het vak van de huisarts en de organisatie van het werk zijn sterk in beweging. Enkele ontwikkelingen kunnen nog van grote invloed zijn op het ontstaan van tekorten.

Voorstellen verkorting van het opleidingscontinuüm

In het rapport 'De Arts van straks' staan voorstellen die ook betrekking hebben op de huisartsen.

Allereerst stelt men een schakeljaar voor, waarin men voorsorteert op het toekomstig gewenste specialisme. Mogelijk dat dit zal leiden tot een korting voor de vervolgopleiding zelf. Dit moet nog worden uitgewerkt, maar arbitrair is deze korting al eens gesteld op een half jaar.

Verder wordt geopperd om de overgangsperiode sterk te bekorten. Men streeft naar een naadloze aansluiting. Eerder is aangegeven dat die periode door de toename van het aantal plaatsen waarschijnlijk zal teruglopen van drie naar twee jaar.

Het is de vraag of die naadloze aansluiting juist bij de huisartsenopleiding werkelijk tot stand kan worden gebracht. Een deel zal zich toch verder willen oriënteren en dit feitelijk hebben gedaan als de huisartsopleiding een tweede keuze is. Bij het deel dat wel direct doorgaat, zullen de kortingen nog verder afnemen.

Het eindresultaat van deze voorstellen zal tot gevolg hebben dat men wat jonger klaar is als huisarts, ongeveer tussen 32 en 33 jaar.

Er is nog een andere optie voor verjonging. Dat is verkorting van de opleiding zelf. In het genoemde rapport wordt de duur niet aangetast. In politiek getinte kringen duikt echter regelmatig de suggestie op om de driejarige opleiding te bekorten naar een tweejarige. Daartegenover zijn er in EU- verband eerder tendensen tot verlenging, mede gelet op de duur in enkele andere landen, zoals Duitsland waar deze opleiding ongeveer vijf jaar duurt. Als men toch zou overwegen de duur van de opleiding te bekorten vanuit de optiek dat men als huisarts jonger moet gaan werken, is het toch van belang op enkele mogelijke neveneffecten te wijzen. Gewoonlijk denkt men dat een verkorting met een jaar tot gevolg heeft dat men dan ook een jaar eerder is geregistreerd. In de praktijk is het verband niet zo rechtlijnig. Zo is het opvallend dat men over de tweejarige opleiding van de verpleeghuisartsen langer doet dan twee jaar. Als men ziet dat een opleiding kort is, zal men overschrijding van de termijn minder bezwaarlijk vinden. De jonge arts zal ook anticiperen op die korte duur en meer toegeven aan neigingen om nog wat rond te kijken. Al met al levert bekorting van de opleiding vermoedelijk geen of nauwelijks winst op voor de leeftijd waarop men afstudeert als huisarts.

Er kan ook nog een ander effect optreden. Het aantal huisartsen dat na de opleiding niet gaat werken als huisarts kan toenemen. De opleiding is dan zo kort geworden dat men het nog minder als een verlies van investering aan tijd gaat zien dan nu.

Huisartsen

Verder is er een ander belang dan de leeftijd dat kan worden afgewogen bij de voorstellen tot verkorting. Dat zijn een mogelijke reductie van tekorten, een reductie van de instroom en het totale aantal artsen dat tegelijkertijd in opleiding is. De hoofdlijnen hiervan zijn beschreven in het hoofdrapport. Waar grote tekorten worden voorspeld, zoals 20% bij de huisartsen, geeft verkorting maar een beperkt effect.

Avond-, nacht- en weekenddiensten

Er heeft in korte tijd een grote verandering plaats gevonden in de organisatie van de diensten. Dit heeft in elk geval grote betekenis voor de werktijd van de huisarts. Het exacte effect op de werktijd wordt in opdracht van het Capaciteitsorgaan nog nader onderzocht.

Het is nog te vroeg om automatisch te anticiperen op een substantiële verlichting. Denkbaar is dat de vraag is toegenomen, nu de hogere drempel van de eigen huisarts is weggevallen.

Het is mogelijk dat deze nieuwe werkvorm tot gevolg heeft dat minder huisartsen stoppen met het werk en dat de daling van de pensioenleeftijd stopt of omkeert. Dit type effecten kan pas over enkele jaren beoordeeld worden.

Taakherschikking

De huisartsen werken al enige tijd met praktijkondersteuning. Begin 2000 schatte de Kamer Huisartsen dat dit vooral een effect had op de kwaliteit van de zorg en niet of nauwelijks op taakverlichting. De praktijkondersteuners worden vooral ingezet bij meer specifieke aandoeningen als diabetes.

In een aantal praktijken wordt op dit moment – vooral uit de nood als huisartsen niet worden opgevolgd – verpleegkundigen ingezet aan de ‘poort’. Dergelijke experimenten zullen in het komende jaar mogelijk meer zicht geven op eventuele capaciteitseffecten. Overigens gaat het om meer disciplines dan alleen verpleegkundigen. In de eerste lijn bieden de fysiotherapie en psychologie mogelijk ook perspectieven. De Kamer Huisartsen onderstreept het belang van heldere taakafbakening.

Daarnaast zijn er vormen van horizontale taakherschikking naar andere medische beroepsgroepen, zoals de verpleeghuisarts en bedrijfsarts. Dit is nog onvoldoende uitgekristalliseerd.

De Kamer Huisartsen voorzagt in 2000 bovendien een voortgaande verschuiving uit het ziekenhuis naar de eerste lijn. Deze trend zou nog wel eens sterker door kunnen zetten dan eerder is aangenomen.

Schaalvergroting

Een belangrijke ontwikkeling in het veld is dat er initiatieven groeien om te komen tot grotere samenwerkingverbanden. Wat hiervan de gevolgen zijn voor de capaciteit is nog niet onderzocht. Wel wordt het aannemelijk geacht dat deze grotere eenheden gemakkelijker in staat zijn huisartsen aan te trekken, die een dienstverband willen. Dit zal meer tegemoet komen aan de wensen van jongere huisartsen.

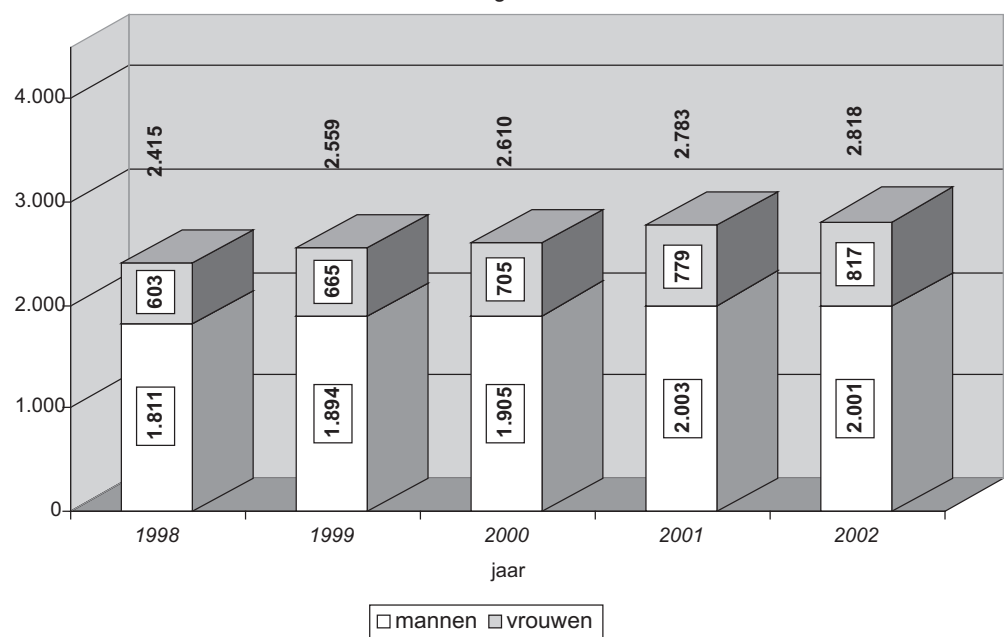
Bijlage III: Sociaal Geneeskundigen

1. Ontwikkeling van de capaciteit

De sociale geneeskunde kent twee hoofdstromen, de richting arbeid en gezondheid en de richting maatschappij en gezondheid. Beide hoofdstromen worden afzonderlijk besproken.

Geregistreerde sociaal geneeskundigen arbeid en gezondheid

Figuur III.1 Aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen hoofdstroom arbeid en gezondheid.

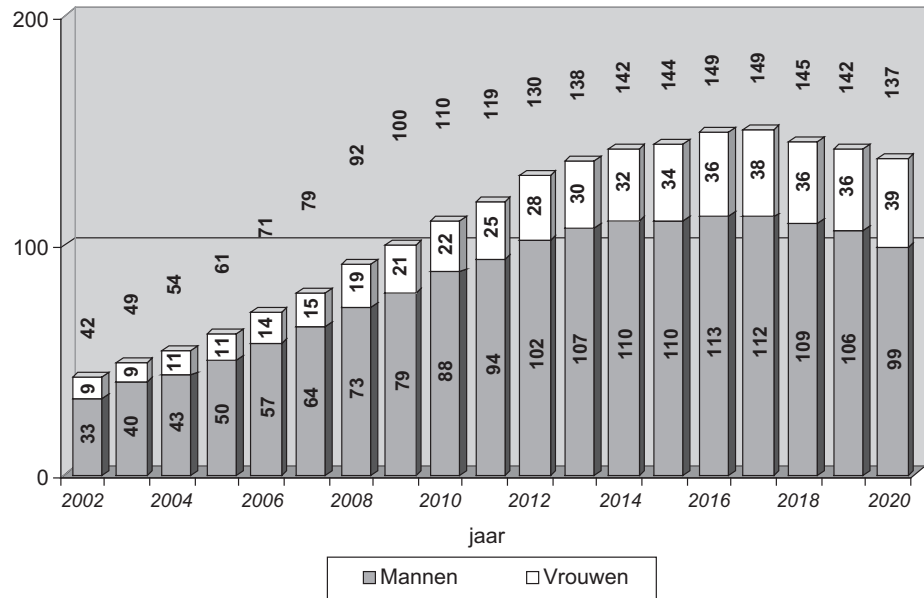


In de bovenstaande figuur is de ontwikkeling van het aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen in de richting arbeid en gezondheid weergegeven. Vanaf 1998 is er een opgaande lijn. Tot 2002 werden jaarlijks gemiddeld 100 sociaal geneeskundigen méér geregistreerd. Het aandeel vrouwen nam licht toe van 25% in 1998 naar 29% in 2002.

Sociaal Geneeskundigen

Uitstroom sociaal geneeskundigen arbeid en gezondheid

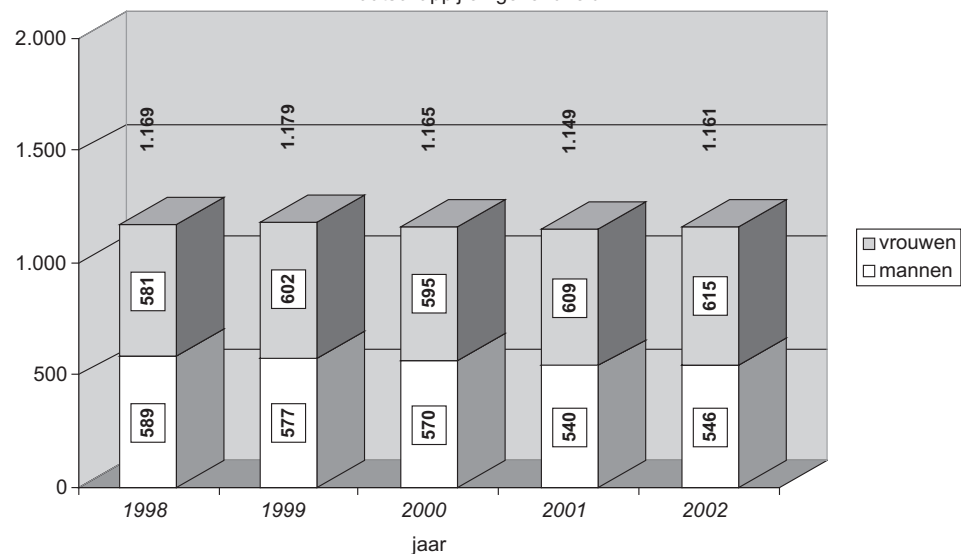
Figuur III.2 Omvang uitstroom huidige werkzame sociaal geneeskundigen binnen de hoofdstroom arbeid en gezondheid per jaar naar prognosejaar en geslacht



De leeftijdsopbouw van de groep geregistreerde sociaal geneeskundigen in de richting arbeid en gezondheid is betrekkelijk jong vergeleken met andere groepen. In de periode tot 2012 zal naar verwachting 30% van de zittende sociaal geneeskundigen in de richting arbeid en gezondheid het beroep verlaten. De piek in de uitstroom wordt bereikt in 2016.

Geregistreerde sociaal geneeskundigen maatschappij en gezondheid

Figuur III.3 Aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen hoofdstroom maatschappij en gezondheid.

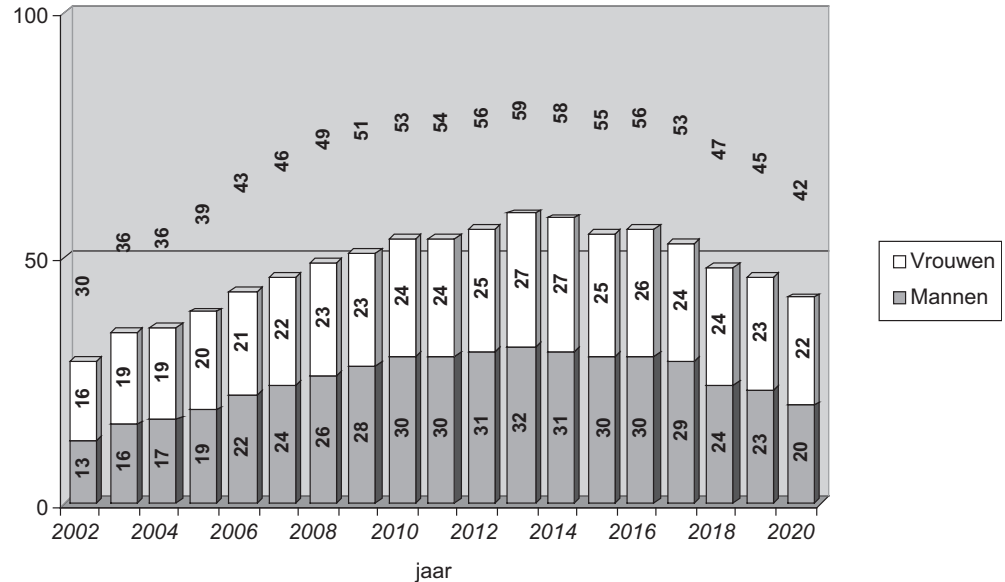


Het aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen in de richting maatschappij en gezondheid is na 1998 stabiel gebleven. Het aandeel vrouwen nam iets toe van 50% in 1998 naar 53% in 2002.

Sociaal Geneeskundigen

Uitstroom sociaal geneeskundigen maatschappij en gezondheid

Figuur III.4 Omvang uitstroom huidige werkzame sociaal geneeskundigen binnen de hoofdstroom maatschappij en gezondheid per jaar naar prognosejaar en geslacht



In de periode tot 2012 zal meer dan 40% van sociaal geneeskundigen in de richting maatschappij en gezondheid het vak verlaten. Van de jeugdartsen zal 50% uitstromen. Deze beroepsgroep behoort met de algemeen chirurgen tot de oudste qua leeftijdsopbouw, gevolgd door de huisartsen met 49%. De piek in de uitstroom voor de hele groep maatschappij en gezondheid wordt bereikt in 2013. Naar verwachting verlaten in dat jaar 59 sociaal geneeskundigen het vak.

2. Huidig tekort

In de loop van 2000 werd door de Kamer Sociaal Geneeskundigen de onvervulde vraag in de richting arbeid en gezondheid geschat op minimaal 10% en maximaal 20%. Het aantal werkzame sociaal geneeskundigen met hoofdstroom arbeid en gezondheid werd in 2000 geschat op 2.425. Een onvervulde vraag van 10% komt neer op een tekort van ongeveer 240 sociaal geneeskundigen.

Voor de richting maatschappij en gezondheid was de schatting van de onvervulde vraag minimaal 5% en maximaal 10%. Het aantal werkzame sociaal geneeskundigen met hoofdstroom maatschappij en gezondheid werd in 2000 geschat op 1.090. Een onvervulde vraag van 5% komt neer op een tekort van 55 sociaal geneeskundigen.

3. Ontwikkeling van de opleiding

De twee richtingen in de sociale geneeskunde ontwikkelen zich verschillend qua instroom.

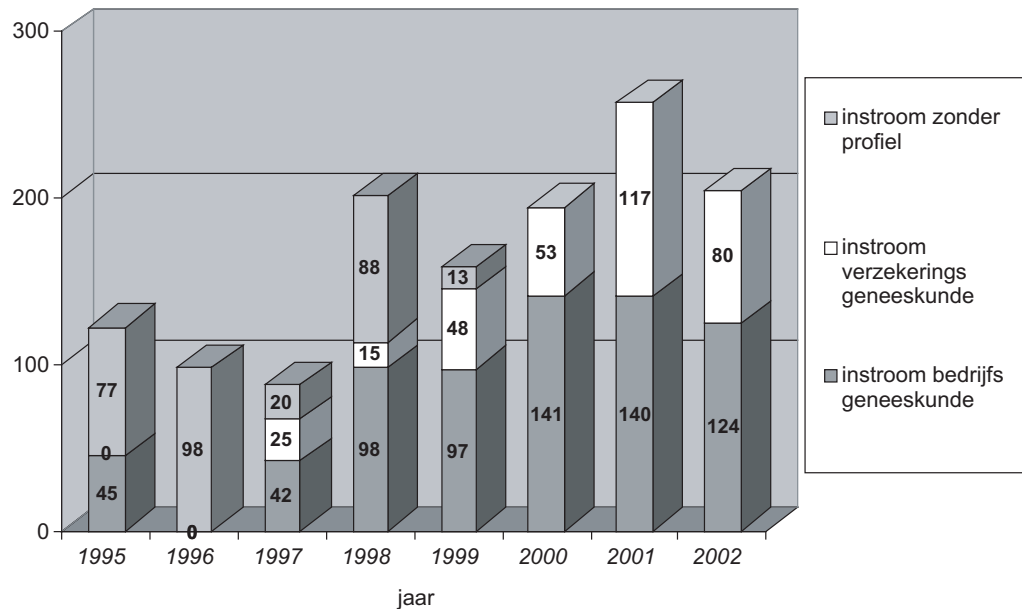
Groei instroom in de richting arbeid en gezondheid, een daling in 2002

De instroom in de richting arbeid en gezondheid is de laatste vijf jaren groot geweest. Het percentage vrouwen bij de instroom is toegenomen van 37% in 1998 naar 45% in

Sociaal Geneeskundigen

2002. De instroom in de opleidingen bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde wordt in grote mate beïnvloed door de werkgevers in deze sector.

Figuur III.5 Instroom in de opleiding sociale geneeskunde per opleidingsrichting binnen Arbeid en Gezondheid



De verklaring voor de hoge instroom is de verscherpte maatschappelijke aandacht voor arbeidsongeschiktheid en ziekteverzuim. De werkgevers hebben extra artsen aangetrokken om deze vraag aan te kunnen. Hiertoe zijn artsen aangesteld die na verloop van tijd in opleiding gaan. Wanneer de instroom van 2001 zou zijn gehandhaafd, zou een groot overschot in 2012 denkbaar zijn. In 2002 is de instroom echter gedaald zodat dit risico afneemt.

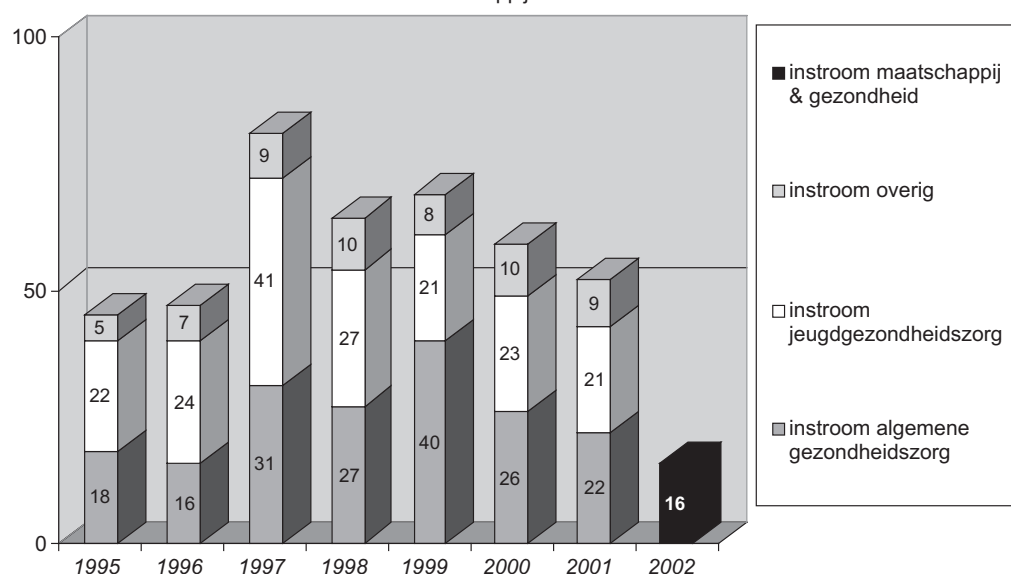
Daling instroom in de richting maatschappij en gezondheid

De instroom in de richting maatschappij en gezondheid daalt sinds 1997. In 2001 wordt deze afname duidelijk met een instroom van 52 artsen. In 2002 blijft de instroom beperkt tot 16 artsen. In laatstgenoemd jaar begon een nieuwe opleiding voor alle richtingen tezamen, terwijl voorheen men direct in de eigen specialisatie werd opgeleid.

Met name voor de jeugdgezondheidszorg is al eerder een tekort voorspeld. Het is een punt van discussie of de achterblijvende instroom inderdaad zal leiden tot een groot tekort binnen de jeugdgezondheidszorg. Enerzijds is er sprake van een intensivering van de jeugdzorg waardoor er mogelijk ook meer sociaal geneeskundigen jeugdgezondheidszorg nodig zijn. Anderzijds zijn er initiatieven om het scholingspakket te differentiëren en af te stemmen op uiteenlopende functieniveaus. Dit is mogelijk een tweede verklaring voor de achterblijvende instroom in deze nieuwe opleiding. Mogelijk kiest men voor meer praktijkgerichte scholingen. Met de totale daling in deze richting in 2002 kan dit ook leiden tot grotere tekorten dan eerder voorspeld in de algemene gezondheidszorg.

Sociaal Geneeskundigen

Figuur III.6 Instroom in de opleiding sociale geneeskunde per opleidingsrichting binnen Maatschappij en Gezondheid



Benodigde instroom voor 2010-2012

In het Capaciteitsplan 2001 lag de tijdshorizon op 2010. Voor de richting arbeid en gezondheid moesten vanaf 2000 jaarlijks 180 artsen starten met de opleiding. De instroom is de laatste jaren dermate hoog geweest dat vanaf 2002 de instroom kon worden afgebouwd naar 149 artsen per jaar om een evenwicht te bereiken in 2012.

Voor de richting maatschappij en gezondheid moesten jaarlijks 72 artsen instromen om in 2010 een evenwicht te bereiken. Vooral de opleiding jeugdgezondheidszorg moest groeien. Deze instroom is de laatste jaren niet gerealiseerd. Om een evenwicht te bereiken in 2012 dienden vanaf 2002 jaarlijks 98 artsen in te stromen in de opleiding.

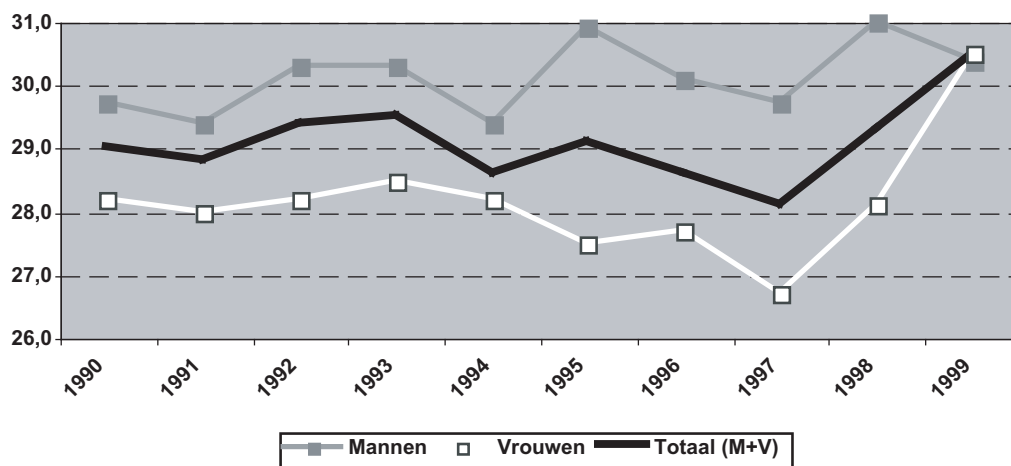
4. Leeftijd in het opleidingscontinuüm

Huidige leeftijd in het opleidingscontinuüm

De leeftijd waarop degenen die later sociaal geneeskundige worden afstuderen als arts ligt boven de 29 jaar. Dit is hoger dan bij andere beroepsgroepen.

Sociaal Geneeskundigen

Figuur III.7 Gemiddelde leeftijd bij artsexamen van sociaal geneeskundigen (inclusief sociaal geneeskundigen in opleiding), naar studiejaar (jaar artsexamen) en geslacht, vanaf 1990



Bron: Nivel

Een mogelijke verklaring is dat zij al tijdens hun medische studie vraagtekens hebben bij de meer klinische, curatieve oriëntatie in de opleiding tot arts.

Ook de overgangperiode tussen de initiële opleiding en de vervolgopleiding is beduidend langer dan gemiddeld. Deze neemt de laatste jaren bovendien nog wat toe, vooral bij de mannen. Het is bekend dat een deel van de artsen die instroomt eerst een andere opleiding heeft gedaan, met name de huisartsenopleiding.

Het eindresultaat is dat men ongeveer 40 jaar is bij registratie als sociaal geneeskundige.

Verwachte leeftijd in het opleidingscontinuüm

Wanneer de opleidingscapaciteit van de medisch specialistische vervolgopleidingen en de huisartsenopleiding op het huidige niveau blijft, kan dit van invloed zijn op de sociaal geneeskundige vervolgopleidingen. Als pas afgestudeerde artsen hun eerste voorkeur kunnen verwezenlijken, zal hun tweede voorkeur voor sociale geneeskunde minder tot uitdrukking komen. Waarschijnlijk is dit ook de verklaring voor de opgaande lijn in de leeftijd waarop mannen starten met de vervolgopleiding. De verwachting is dat de opgaande lijn nog sterker zal worden.

De duur van de opleiding zal waarschijnlijk niet veranderen. In deze sector bestaat al jaren ervaring met parttime opleiden en werken.

5. Belangstelling van basisartsen

Belangstelling voor opleiding sociale geneeskunde na artsexamen 6,2%

In opdracht van het Capaciteitsorgaan is onderzoek gedaan naar de voorkeuren van artsen die recent hun artsexamen hebben behaald. Van deze respondenten had 3,4% een eerste voorkeur voor de sociale geneeskunde in de richting arbeid en gezondheid. Voor de richting maatschappij en gezondheid had 2,8% een eerste voorkeur. Jaarlijks voltooien 1.500 artsen de basis- opleiding. Dit zou kunnen betekenen dat jaarlijks 51

Sociaal Geneeskundigen

artsen willen instromen in de richting arbeid en gezondheid en 42 in de richting maatschappij en gezondheid. Deze belangstelling is onvoldoende om de instroom te realiseren die volgens de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan is benodigd.

Tweede voorkeur 8,9%

Het percentage respondenten dat de sociale geneeskunde heeft opgegeven als tweede voorkeur, ligt hoger. Van de respondenten had 3,5% een tweede voorkeur voor de richting arbeid en gezondheid en 5,4% voor de richting maatschappij en gezondheid. Dit zijn respectievelijk 52 en 82 respondenten die in tweede instantie belangstelling hebben voor de sociale geneeskunde. Als het percentage eerste en tweede voorkeuren bij elkaar worden opgeteld, kan worden verondersteld dat er voldoende animo is om de benodigde instroom in de richting maatschappij en gezondheid te realiseren. Voor de richting arbeid en gezondheid is dit niet het geval. Aangenomen mag worden dat een tweede voorkeur pas een rol gaat spelen als een eerste voorkeur niet kan worden gerealiseerd. Als de opleidingscapaciteit van de opleidingen van de eerste voorkeur groot blijft, zal de tweede voorkeur minder tot uitdrukking komen. De benodigde instroom zal dan niet kunnen worden gerealiseerd vanuit de groep artsen die recent uit de basisopleiding komen. Een andere doelgroep zijn artsen die al langer zijn afgestudeerd of artsen die eerst een andere opleiding hebben gevolgd. Uit hoofdstuk 4 blijkt dat sociaal geneeskundigen gemiddeld ouder zijn als zij starten met de opleiding. Blijkbaar neemt de belangstelling toe naarmate men langer heeft rondgekeken.

Beeldvorming opleiding en beroep

Maatschappij en gezondheid

Vooraf vrouwelijke respondenten hebben een eerste voorkeur voor deze opleiding. Zij denken in de sociale geneeskunde normale werktijden te kunnen realiseren, zowel in de opleiding als in de toekomstige functie. Ook verwachten zij voldoende mogelijkheden om in deeltijd te kunnen werken. Een wetenschappelijke carrière wordt beoordeeld als moeilijk realiseerbaar.

Arbeid en gezondheid

Een belangrijke reden voor de mannelijke respondenten om voor deze opleiding te kiezen, zijn de werktijden en werkomstandigheden. Zij verwachten goede werktijden en goede werkomstandigheden te kunnen realiseren. Het kunnen wisselen van soort functie, het hebben van verantwoordelijkheid en de mogelijkheid om door te kunnen groeien in wetenschappelijk opzicht worden door hen als minder goed realiseerbaar beoordeeld.

Vrouwelijke respondenten kiezen voor deze opleiding om factoren die te maken hebben met de opleiding. Zij denken dat er voldoende opleidingsplaatsen beschikbaar zijn en dat zij tijdens de opleiding goede dienstroosters kunnen realiseren.

Sociaal Geneeskundigen

6. Beleidsontwikkelingen

De sociaal geneeskundige beroepen zijn zeer gevoelig voor beleid. Dit betekent dat projecties naar de toekomst een grotere onzekerheid kennen.

Scenario jeugdgezondheidszorgbeleid

In de sector jeugdgezondheidszorg zijn grote veranderingen gaande. Er komt een organisatorische samenhang in de preventieve zorg voor alle leeftijdsgroepen van 0 tot 19 jaar.

Er wordt al onderzoek gedaan naar de functies, de mogelijke bezetting ervan en het gevraagde scholingsniveau. Er zijn plannen om een nieuwe, kortere scholing verplicht te stellen als een eerste basis voor het uitvoerende medische niveau. Door middel van een modulaire opbouw zou doorstroom naar de 4-jarige opleiding maatschappij en gezondheid mogelijk moeten zijn. Deze opleiding zal nodig blijven voor een aantal functies.

De Kamer Sociale Geneeskunde heeft besloten vanuit deze nieuwe optiek een raming te gaan maken, gedifferentieerd voor de uiteenopende functieniveaus in de sector jeugdzorg. Lopend onderzoek van derden naar de wervingskracht van consultatiebureau's naar artsen voor de 0- tot 4-jarigen zal hiervoor mogelijk aanknopingspunten opleveren, aangevuld met onderzoek in opdracht van het Capaciteitsorgaan.

Taakherschikking

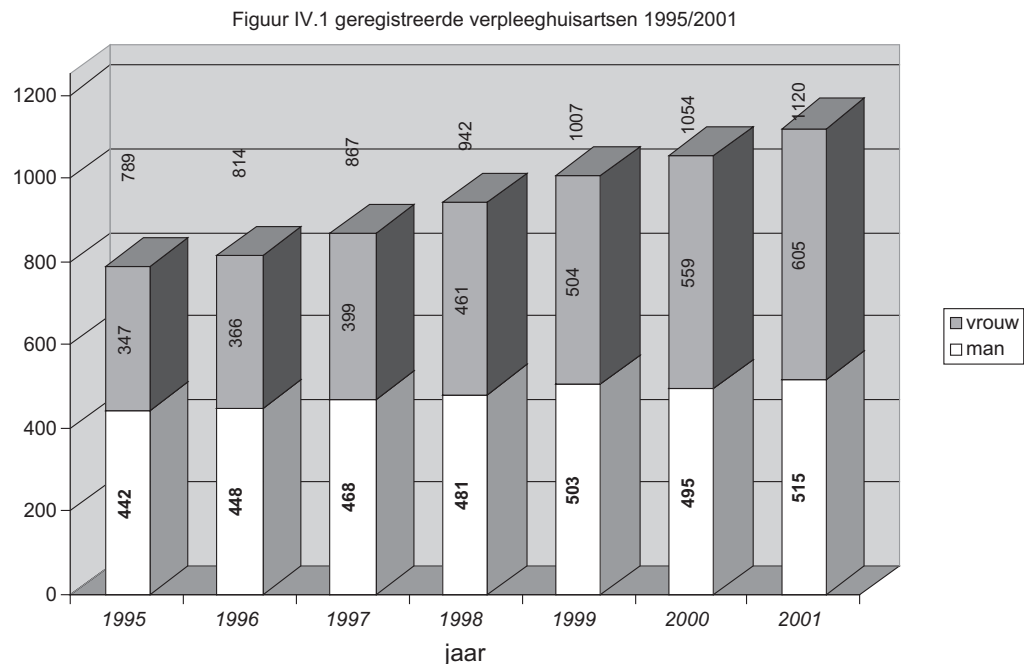
De Kamer Sociale Geneeskunde ziet voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde mogelijkheden om taken te verschuiven naar paramedici. Voor de jeugdgezondheidszorg is al langer sprake van enige taakverschuiving, met name naar verpleegkundigen. In de ramingen is hier al rekening mee gehouden.

Bijlage IV: Verpleeghuisartsen

1. Ontwikkeling van de capaciteit

Aantal verpleeghuisartsen vanaf 1995 toegenomen met 42%

Het aantal geregistreerde verpleeghuisartsen is de afgelopen jaren gestaag toegenomen.



Vanaf 1995 werden er 331 verpleeghuisartsen meer geregistreerd, een toename van 42%. De jaarlijkse groei ligt op ongeveer 6%. Hoewel niet iedereen die is geregistreerd ook werkzaam is, mag worden aangenomen dat deze opwaartse beweging en de jaarlijkse groei van 6% ook geldt voor de groei van de capaciteit in het veld. Opvallend is verder dat dit vak vooral uitbreidt met vrouwen. In 2000 zijn ze duidelijk in de meerderheid.

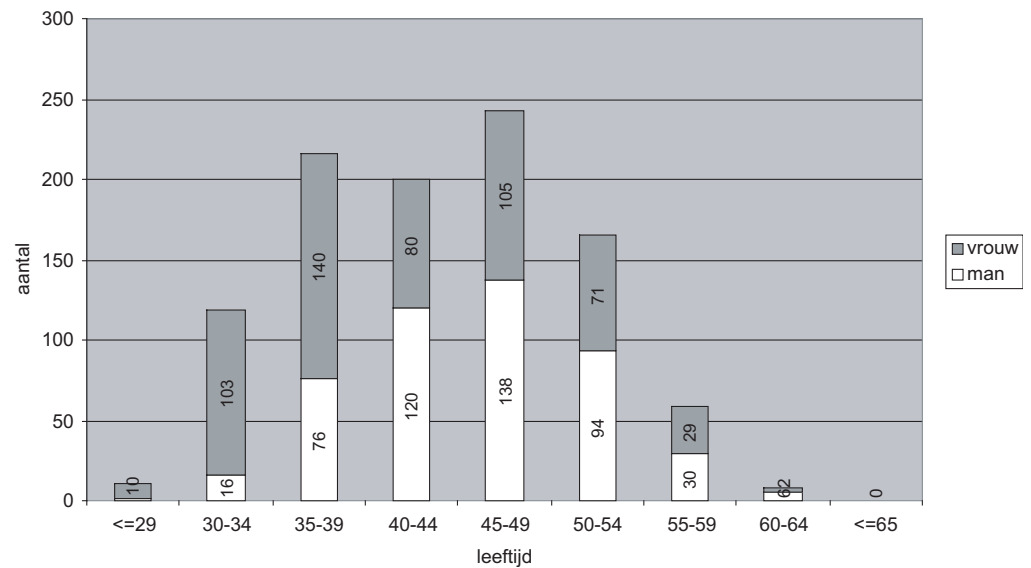
De groei is het gevolg van een positief saldo van het aantal dat jaarlijks uit de opleiding komt en gaat werken in een verpleeghuis en het aantal dat stopt. De uitstroom uit het vak is betrekkelijk laag. Met ingang van 1997 ligt dit positieve saldo op ongeveer 50 per jaar.

Verpleeghuisartsen zijn relatief jong

Dat de uitstroom nog betrekkelijk laag is, hangt samen met de opbouw in leeftijd. Deze wijkt af van de andere beroepsgroepen. Het is ook om een andere reden nog een jong vak. Na de erkenning als een specialisme begon de eerste opleiding in 1990. De meeste verpleeghuisartsen zijn jonger dan 50 jaar met een evenwichtige verdeling tussen de 35 en 50 jaar. De daling daarna wil niet zeggen dat er al veel uitstroom is. Bij de leeftijdsgroep tot 40 jaar is goed te zien dat het aandeel van vrouwen in dit vak sterk toeneemt.

Verpleeghuisartsen

Figuur IV.2 Aantal werkzame verpleeghuisartsen naar leeftijd en geslacht per 31 12 2000

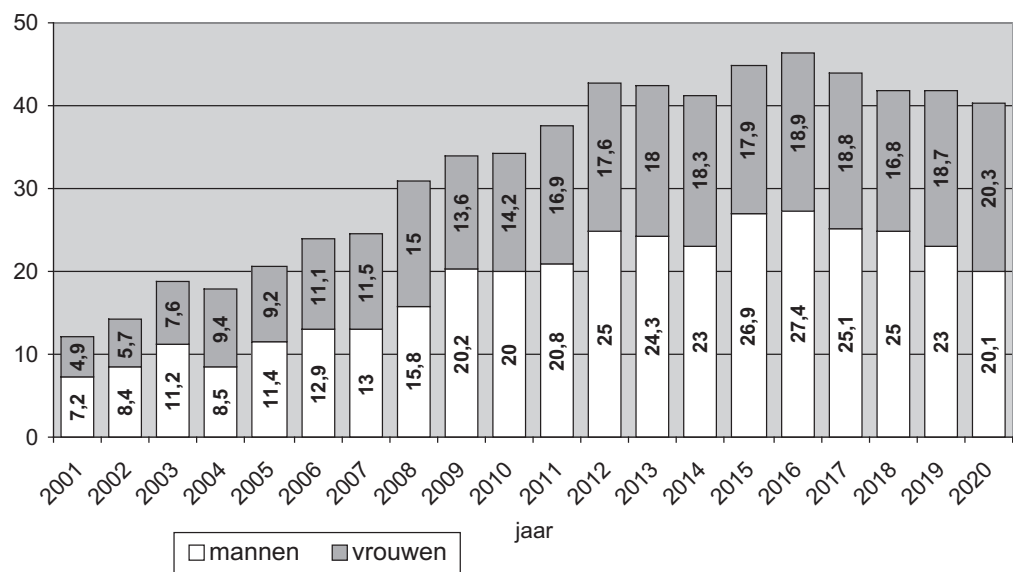


Uitstroom neemt geleidelijk toe met een piek in 2015

De groep verpleeghuisartsen is relatief jong zodat pas tegen 2015 de piek van de uitstroom uit het vak wordt bereikt.

Figuur IV.3

Omvang uitstroom verpleeghuisartsen per jaar naar prognosejaar en geslacht



De figuur maakt nog eens duidelijk dat uitstroom in 2001 en 2002 gering was. Tegen 2008 zal deze naar de 30 gaan en rond 2015 op 45 liggen. Het gaat dan om verwachtingen. Het is dan ook van belang deze ontwikkeling jaarlijks te verifiëren.

2. Huidig tekort minstens 12%

De leden van de Kamer Verpleeghuisartsen hebben in de loop van 2000 geschat dat de onvervulde vraag lag tussen 5 en 15%. Het ging daarbij niet alleen om vacatures maar ook om suboptimaal werken.

Verpleeghuisartsen

Besloten is tot een onderzoek naar de vacatures, hetgeen door het Nivel is uitgevoerd. In absolute zin waren er 118 vacatures voor verpleeghuisartsen. Op de ongeveer 1.000 toen werkzame verpleeghuisartsen is dat 12%. Daarbij zijn de vacatures voor de overige artsen nog niet meegeteld.

In verpleeghuizen werken ook artsen onder supervisie van verpleeghuisartsen. Het is een middel om zich te oriënteren of het vak en de werkplek bevalt. Omgekeerd kan ook worden gezien of de arts geschikt is om verpleeghuisarts te worden.

De lage schatting van 5% had met dit onderzoek kunnen worden verlegd naar minimaal 12% of nog wat hoger als men ook de tekorten aan basisartsen mee zou tellen.

Domein verpleeghuisarts verschuift

De hoge schatting van 15% kende ook nuances. De vraag was en is waar men de grens trekt van het werk van de verpleeghuisarts. Als men dit beroep breder definieert naar alle Nederlanders die een (verborgen) indicatie hebben, is de huidige onervulde vraag en daarmee ook de benodigde capaciteit uiteraard beduidend groter.

Die verbreding is niet gevolgd. Er waren belangrijke kanttekeningen bij te plaatsen. Veel verpleeghuisartsen zijn al betrokken bij allerlei experimenten gericht op patiënten met een indicatie, met name in verzorgingshuizen. Daarbij is een complicatie voor goede ramingen dat deze patiënten ook een eigen huisarts hebben. Vermoedelijk zijn de activiteiten van de verpleeghuisarts vooral complementair ten opzichte van die van de huisarts. Een tweede complicatie is dat deze activiteiten, die vermoedelijk geleidelijk groeien, ook zijn meegeteld in de vacatures.

De Kamer Verpleeghuisartsen heeft toen in samenhang twee deelbesluiten genomen. Allereerst is besloten deze ontwikkeling, die deels buiten de muren van het verpleeghuis plaatsvindt, om te zetten in een apart beleidsscenario. Daarbij zou ook rekening moeten worden gehouden met een mogelijke bijstelling van de raming van de huisartsen als de domeinen mogelijk verder gaan verschuiven.

Daarnaast is er, alles wegend, voor gekozen de berekening voor de structurele instroom in de opleiding voorlopig te blijven baseren op de lage schatting voor onervulde vraag van 5%.

Wel is aangeraden de huidige tekorten versneld weg te werken en zo spoedig mogelijk twee keer 12 assistenten extra in opleiding te nemen. Veel meer is bij ongewijzigd beleid niet nodig om de achterstand van bijna 120 verpleeghuisartsen weg te werken. Er mag immers een sterke jaarlijkse aanwas worden verwacht.

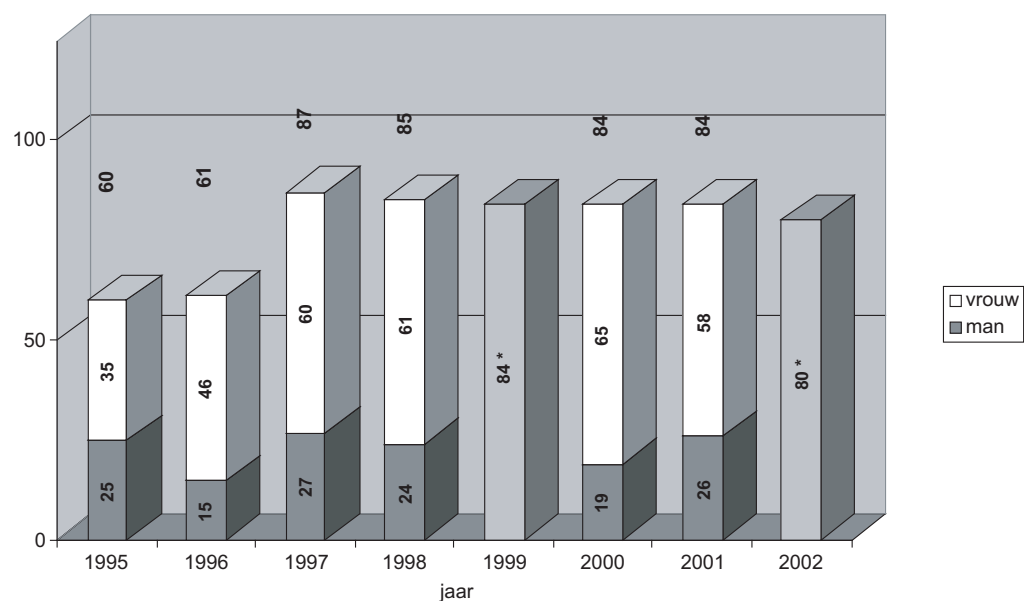
Verpleeghuisartsen

3. Ontwikkeling van de opleiding

Groei van de instroom in de opleiding, een daling in 2002

De instroom in de opleiding is vanaf het midden van de jaren '90 opgelopen van 60 naar 84 artsen. Vergeleken met de andere beroepsgroepen is die instroom hoog ten opzichte van het aantal werkenden. De laatste jaren ligt dit op ruim 8%. Vermeldenswaard is het hoge aandeel vrouwen dat de opleiding volgt. Belangrijk is de daling in 2002 naar 80 artsen.

Figuur IV.4 instroom verpleeghuisgeneeskunde



* Percentage vrouwen bij instroom 1999 en 2002 is niet bekend

Realisatie uitbreiding opleiding blijft achter door te weinig aanmeldingen

In aansluiting op het Capaciteitsplan 2001 is er ruimte gecreëerd om in 2002 en 2003 een instroom van 96 artsen in plaats van 84 te realiseren. Deze plaatsen zijn in 2002 niet volledig gevuld. Met een bezetting van 80 is dit nog onder het gebruikelijke niveau van 84 artsen gezakt. De belangrijkste verklaring hiervoor is dat het aantal aanmeldingen voor deze opleiding onvoldoende was. Ook trokken enkele geplaatste kandidaten zich terug. In voorgaande jaren was het ook wel eens moeilijk om voldoende assistenten te werven. Er zijn extra inspanningen gedaan zodat mogelijk de instroom in 2003 wel op ongeveer 96 artsen uitkomt.

Een belangrijke vraag is hoe de belangstelling voor dit vak zich ontwikkelt, zowel tijdens de medische opleiding als na het afstuderen. Een indicator is de leeftijd waarop men begint aan de opleiding. Alvorens dit te behandelen, komt de benodigde instroom aan de orde.

Benodigde instroom 2010-2012

Om in 2010 een evenwicht te bereiken, is in het Capaciteitsplan van 2001 aangeraden de instroom in de opleiding op te trekken van 84 naar 90 artsen. Daarbij is de extra

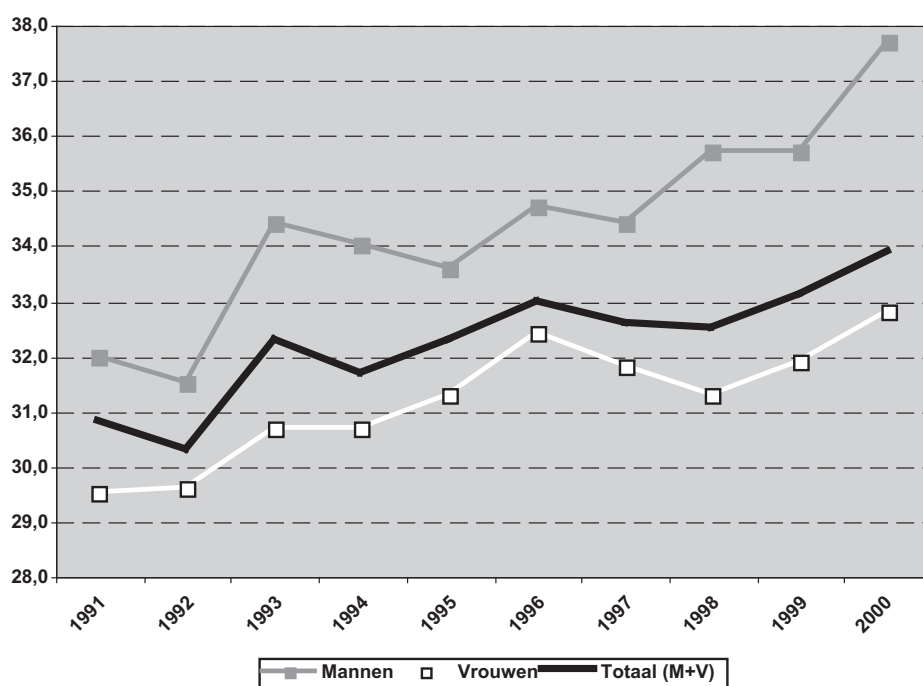
Verpleeghuisartsen

instroom om versneld vacatures weg te werken, buiten beschouwing gelaten. Dit is in absolute en relatieve zin een bescheiden uitbreiding. De belangrijkste verklaring hiervoor is al eerder besproken: de opleidingscapaciteit is ten opzichte van het aantal werkzame verpleeghuisartsen relatief groot en de uitstroom uit het vak is nog gering. In deze berekening wordt de vergrijzing van de bevolking voor ongeveer 25% meegenomen. Voor goed begrip kan erop worden gewezen dat dit bijna het hoogste percentage is van alle beroepsgroepen. Alleen voor het vak klinische geriatrie, een medisch specialisme werkzaam in het ziekenhuis, ligt dit percentage nog iets hoger. Dat die instroom van 90 artsen goed voldoet om de toenemende vergrijzing van de bevolking op te vangen, bleek bij het Capaciteitsplan van 2002. Hierbij was de horizon verlegd van 2010 naar 2012 en verder. Volgens dezelfde berekeningsmethode zou de instroom in de opleiding nu 87 artsen kunnen zijn. Het wil zeggen dat, ook al neemt de vergrijzing in 2010 en 2011 nog wat verder toe, de instroom nog iets kan dalen. Bij ongewijzigd beleid is er voor 2012 maar een beperkte verhoging van de instroom nodig van 84 naar 87.

4. Leeftijd in het opleidingscontinuüm

De gemiddelde leeftijd waarop assistenten aan de tweejarige opleiding beginnen, ligt de laatste jaren met 33 tot 34 jaar duidelijk hoger dan die van bijvoorbeeld de aankomende huisartsen. Bezieet men de hele periode vanaf de eerste opleiding, is bovendien een duidelijke trend waar te nemen.

Figuur IV.5 Gemiddelde leeftijd bij de start van de vervolgopleiding van verpleeghuisartsen (inclusief verpleeghuisartsen in opleiding), naar studiejaar (jaar start vervolgopleiding) en geslacht, vanaf 1991



Bron: Nivel

Verpleeghuisartsen

De leeftijd bij aanvang van de vervolgopleiding vertoont een uitgesproken opgaande lijn. Opvallend is verder dat de mannen aanzienlijk ouder zijn dan de vrouwen. Het verschil ten opzichte van de vrouwen loopt bovendien op van aanvankelijk ruim twee jaar naar meer dan vier jaar.

De leeftijd, waarop verpleeghuisartsen voordien als arts afstudeerden, ligt de laatste 10 jaar op ongeveer 28 jaar. Dit is iets boven het gemiddelde. Dit gemiddelde wordt sterk bepaald door de degenen die later medisch specialist worden en wat sneller afstuderen. De aankomende verpleeghuisarts heeft vervolgens een aantal jaren rondgekeken alvorens in opleiding te gaan. Bij de mannen belooft die overgangperiode al 10 jaar.

Verwachte ontwikkeling van de leeftijd in het opleidingscontinuüm

Een deel van de verklaring voor de stijgende leeftijd waarop men met de vervolgopleiding begint, is dat de opleidingen voor andere specialismen vanaf 1999 sterk zijn uitgebreid. Men heeft zo na het afstuderen meer kans om een opleiding te vinden die bij de eerste voorkeur past. Hierop wordt hieronder terug gekomen.

Wordt deze lijn voor de komende jaren doorgetrokken, is het aannemelijk dat die leeftijd nog verder oploopt. Voor de komende jaren wordt het belangrijk of men bij de sterke groei van de andere opleidingen genoeg belangstelling kan blijven wekken.

5. Belangstelling van basisartsen

Belangstelling voor de opleiding verpleeghuisarts na artsexamen 3%

Zoals besproken in hoofdstuk 4 trekt de opleiding verpleeghuisartsen vlak na het afstuderen belangstelling bij 3,1% van de respondenten. Het is een klein percentage en daarmee statistisch wat minder betrouwbaar. Als dit percentage toch wordt toegepast op een jaarcohort van 1.500 artsen, zijn er onder die jonge artsen jaarlijks ruim 45 artsen te werven voor de opleiding. Dat is aanzienlijk minder dan het aantal dat de afgelopen jaren begon aan de opleiding.

Van belang is dat de score wat oploopt als wordt gevraagd naar de tweede voorkeur. Deze bedraagt 4,4%. Er zouden zo op een jaarcohort nog 66 anderen zijn die deze richting wel overwegen. In totaal gaat het dan om 111 belangstellenden. Als echter in de komende jaren de eerste voorkeur voor andere opleidingen steeds beter bereikbaar wordt, zal die tweede keuze minder tot uitdrukking komen. Het is dan niet gemakkelijk de benodigde instroom te realiseren.

Ook gelet op de oplopende leeftijd waarop men begint met de opleiding, is het vak kennelijk aantrekkelijker voor artsen die al wat langer hebben rondgekeken.

Als wat meer gedetailleerd wordt gekeken naar de beweegredenen van net afgestudeerde basisartsen om verpleeghuisarts te worden, wijken deze op een aantal punten af van de gemiddelden.

Beeldvorming opleiding en beroep

Het hebben van menselijk contact staat bij alle responderende basisartsen het hoogst in het vaandel. Degenen die verpleeghuisarts willen worden, hechten hier nog iets meer belang aan dan gemiddeld, zowel mannen als vrouwen.

Verpleeghuisartsen

Mannen scoren hoog op de zekerheid een baan te vinden. Verder verwachten mannen mogelijkheden om vaste, normale werktijden te kunnen realiseren en van zorginstelling te kunnen wisselen. Zij hechten zeer veel belang aan een goede gezinssituatie. Ook het generalistische karakter van de verpleeghuisgeneeskunde trekt hen aan. Tegelijkertijd ziet men weinig in het ondernemerschap. Dit laatste geldt ook voor de vrouwen, die bovendien hoge verwachtingen hebben van het werken in teamverband. Vrouwelijke respondenten verwachten dat er voldoende opleidingsplaatsen beschikbaar zijn en dat zij tijdens de opleiding normale werktijden hebben. Zij hechtten tot slot aan het werken met ouderen.

6. Beleidsontwikkelingen

Er zijn verschillende externe beleidsontwikkelingen die van invloed zijn op het specialisme verpleeghuisgeneeskunde. Dit betrekkelijke jonge vak kent bovendien een eigen dynamiek. Verkorting van de opleiding komt bij deze groep niet apart aan de orde. Er is eerder sprake van een opwaartse druk. De belangrijkste vraag is waar de grenzen van dit vak liggen.

Verwantschap met andere beroepsgroepen

De pioniersfase van de verpleeghuisgeneeskunde is onmiskenbaar voorbij. Het vak heeft een stevige basis in de zorg gekregen. Met meer dan 1.000 werkzame verpleeghuisartsen behoort dit beroep tot de grotere specialismen. Voor de toekomst begint het beroep zich vanuit zijn deskundigheid breder te positioneren naar vergelijkbare patiënten buiten de muren van het verpleeghuis. De oorspronkelijke naamgeving naar de primaire werkplek begint te knellen.

Tegen deze achtergrond heeft de beroepsgroep zelf een nieuw takenpakket ontwikkeld en vastgesteld. Gelet op de zwaarte hiervan kan dit op termijn betekenen dat de opleidingsduur wordt opgetrokken van twee naar drie jaar.

Verder komt een zekere verwantschap met de sociale geriatrie naar voren. Deze richting is niet als een afzonderlijk specialisme erkend. Sociaal geriaters zijn werkzaam voor ouderen en werken bijna allemaal vanuit instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg. Deze instellingen hebben veelal een structuur met een zekere mate van indeling naar leeftijdsgroepen. Zo is het logisch dat een aantal zich meer heeft gericht op ouderen met geestelijke problemen. Het gaat om ruim 100 artsen waarvan overigens een deel is opgeleid als huisarts, waarvan na verloop van tijd de registratie kan vervallen. Dit laat zien dat er min of meer vloeiende overgangsgebieden zijn.

De grens tussen verpleeghuisarts en huisarts begint ook in beweging te komen, mogelijk van beide kanten. Zo is het denkbaar dat in grotere huisartsenvoorzieningen er voor de huisartsen zelf specialisatiemogelijkheden komen met extra deskundigheid op het terrein van ouderen. Omgekeerd is het denkbaar dat verpleeghuisartsen zich onder een aantal voorwaarden verbinden aan huisartspraktijken.

Verpleeghuisartsen

Het gaat hier om geleidelijke veranderingsprocessen. De gevolgen voor de capaciteit en daarmee ook voor de opleidingscapaciteit zijn nog moeilijk te schatten. Als het beleid van de beroepsverenigingen op dit gebied meer is uitgekristalliseerd en ook breder draagvlak heeft, kunnen de betreffende ramingen hierop worden aangepast.

Vernieuwing in de AWBZ

In de AWBZ zullen verdere vernieuwingen op gang komen. Voorlopers van deze ontwikkeling vonden al plaats vanuit het verpleeghuis naar verzorgingstehuizen en ook naar de thuiszorg. Zeker als er sprake is van fusies of samenwerkingsverbanden, is het begrijpelijk dat dan ook vraag ontstaat naar de deskundigheid van de verpleeghuisarts buiten de muren van het verpleeghuis. Dat die beweging doorzet, is zeer aannemelijk. Hoe groot deze zal zijn, is echter nog onzeker.

In dit kader is aan Prismant gevraagd deze mogelijke ontwikkelingen vanuit een scenariobenadering gestalte te geven voor het Capaciteitsorgaan.

Prismant onderkent in de conceptstudie een drietal bewegingen die in samenhang moeten worden gezien. Het gaat om de combinatie van vergrijzing en een sterke toename van dementie die niet zal worden opgevangen in verpleeghuizen zelf. Er zou dan ook meer vraagsturing komen. Ook speelt in dit scenario mee dat een relatief sterke groei van het budget voor ouderen wordt voorzien.

De Kamer Verpleeghuisartsen heeft nog geen eindconclusies uit deze verkenning getrokken. Als dit scenario zich echter verder ontrolt, is een aanzienlijke uitbreiding van het aantal verpleeghuisartsen nodig. Wil men dit beleid ook op korte termijn gestalte geven, zal de instroom in de opleiding ook aanzienlijk moeten stijgen.

Men kan dit signaal ook omdraaien. Als er niet eerst meer wordt opgeleid, zal het niet meevallen dit beleid met verpleeghuisartsen te realiseren.

Taakherschikking

Een reden om nog geen einduitspraak over dit scenario te doen, is dat de huidige werkwijze van de verpleeghuisarts kan veranderen als deze meer extramuraal gaat werken. Ook is te overwegen een deel van de werkzaamheden af te stoten, zowel binnen als buiten de muren. Bij de start van de werkzaamheden van het Capaciteitsorgaan is aangaande de mogelijke veranderingen in het werkproces van verpleeghuisartsen aangenomen dat er wel substitutie mogelijk was, met name naar hoger opgeleide verpleegkundigen, maar dat deze optie in de arbeidsmarkt van 2000 weinig realistisch was. Nu er beleidsmatig meer aandacht is voor taakherschikking en de arbeidsmarkt verandert, zal de Kamer Verpleeghuisartsen in het komende jaar tot een nieuwe weging komen.

In enkele verpleeghuizen wordt hiermee geëxperimenteerd. Het Capaciteitsorgaan zal dit nog nader onderzoeken.

Bijlage V Tandheelkundig specialisten

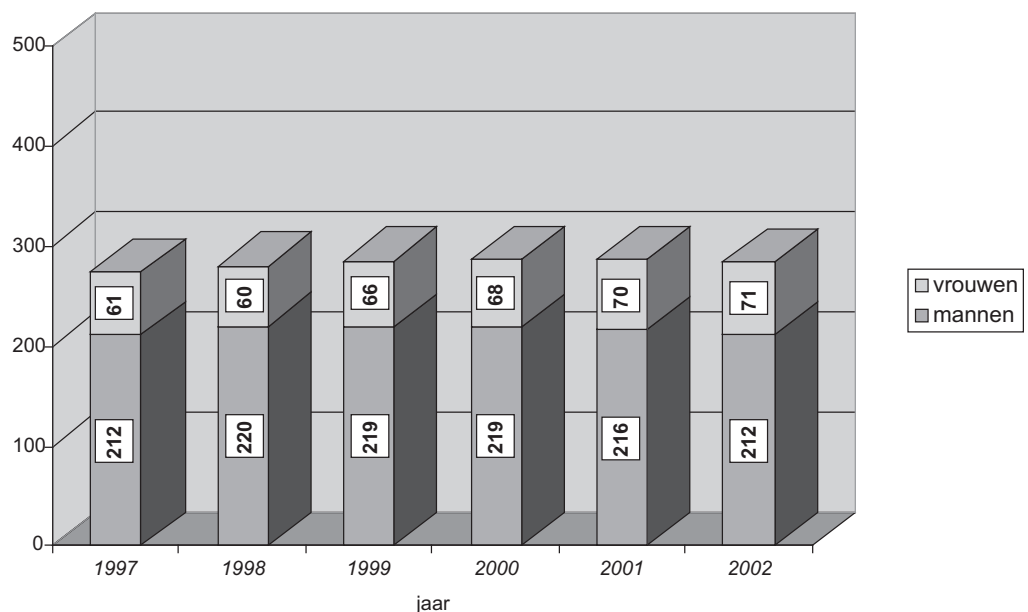
1. Ontwikkeling van de capaciteit

De orthodontisten en de kaakchirurgen vormen samen de hoofdgroep tandheelkundig specialisten. Deze specialismen kennen hun eigen dynamiek en worden afzonderlijk besproken.

Aantal orthodontisten

Het aantal geregistreerde orthodontisten is de afgelopen jaren vrijwel niet veranderd. In 2002 stonden 283 orthodontisten geregistreerd. Op basis van een recent gehouden pensioenenquête, wordt het aantal orthodontisten dat daadwerkelijk werkzaam is gesteld op 267. Dit is inclusief waarnemers. De instroom vanuit het buitenland is van groot belang en blijft kwantitatief onzeker. Het aantal nieuwe inschrijvingen als geregistreerd orthodontist, opgeleid in het buitenland, is de laatste jaren wat gedaald.

Figuur V.1 Aantal geregistreerde orthodontisten jonger dan 65 jaar en met een bekend woon- en/of werkadres in Nederland



Uitstroom orthodontisten

Een groot deel van de nu werkzame orthodontisten zal de komende 10 jaar met pensioen gaan. Het exacte aantal is afhankelijk van de leeftijd waarop men stopt met werken. In Tabel V.1 is te zien hoe deze aantallen kunnen variëren. Feitelijk blijken orthodontisten de afgelopen vier jaar te zijn gestopt op 62-jarige leeftijd. Voor de toekomst wordt deze leeftijd ook in de ramingen aangehouden.

Tandheelkundig specialisten

Tabel V.1

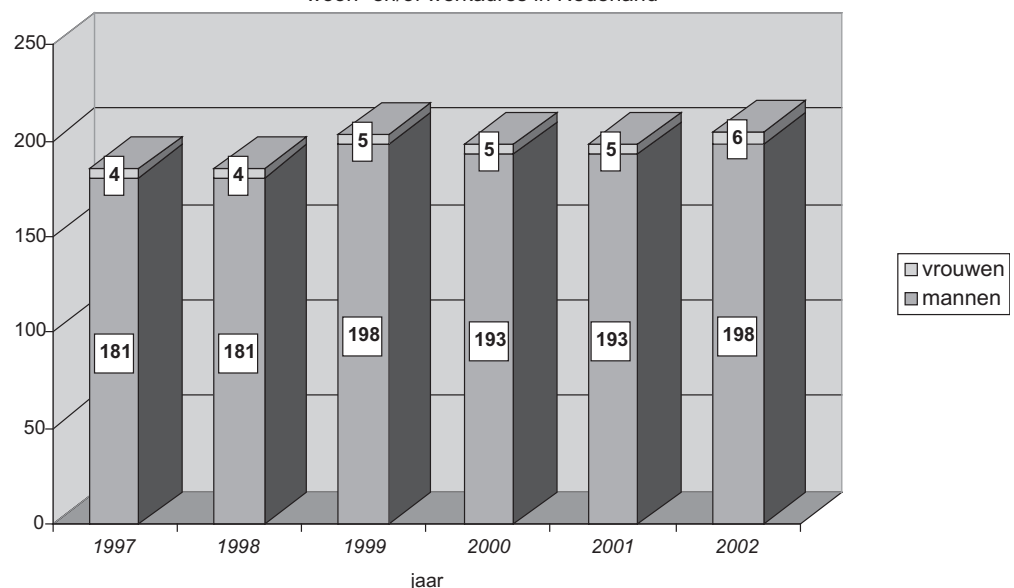
Omvang uitstroom van orthodontisten bij verschillende pensioenleeftijden.

	Pensioen met 65 jaar	Pensioen met 63 jaar	Pensioen met 60 jaar
<i>Uitstroom uit huidige aantal orthodontisten</i>	62	87	106
<i>Percentage uitstroom</i>	23,4%	32,8%	40,0%

Aantal kaakchirurgen

Het aantal geregistreerde kaakchirurgen is de afgelopen jaren nauwelijks veranderd. In 2002 stonden 204 kaakchirurgen geregistreerd. Op basis van een recent gehouden pensioenenquête wordt het aantal kaakchirurgen dat daadwerkelijk werkzaam is gesteld op 187. Dit is inclusief waarnemers. Ook het aandeel vrouwelijke kaakchirurgen blijft stabiel.

Figuur V.2 Aantal geregistreerde kaakchirurgen jonger dan 65 jaar met een bekend woon- en/of werkadres in Nederland



Uitstroom kaakchirurgen

Een groot deel van de nu werkzame kaakchirurgen zal de komende 10 jaar met pensioen gaan. Het exacte aantal is afhankelijk van de leeftijd waarop men stopt met werken. In Tabel V.2 is te zien hoe deze aantallen kunnen variëren. Feitelijk blijken kaakchirurgen de afgelopen 4 jaar op 62 jarige leeftijd gestopt te zijn. Voor de toekomst wordt deze leeftijd ook aangehouden in de ramingen.

Tabel V.2

Omvang uitstroom van kaakchirurgen bij verschillende pensioenleeftijden.

	Pensioen met 65 jaar	Pensioen met 63 jaar	Pensioen met 60 jaar
<i>Uitstroom uit huidige aantal kaakchirurgen</i>	58	65	97
<i>Percentage uitstroom</i>	28,0%	31,4%	46,9%

Tandheelkundig specialisten

2. Huidige Tekorten

De leden van de Kamer Tandheelkundig Specialismen hebben in de loop van het jaar 2000 een schatting gemaakt van de on vervulde vraag.

Orthodontie

De Kamer schat dat de huidige on vervulde vraag maximaal 3% is. Deze schatting is gebaseerd op de wachtlijsten en het aantal vacatures. Het aantal werkzame orthodontisten wordt geschat op 267. Een on vervulde vraag van 3% komt neer op een tekort van ongeveer 8 orthodontisten. Er zijn wel regionale verschillen in de consumptie van orthodontische zorg en het aantal orthodontisten. Orthodontisten die in het buitenland zijn opgeleid, vestigen zich vooral in regio's waar relatief minder orthodontisten werkzaam zijn. Hierdoor wordt een evenwichtiger verdeling over het land bevorderd.

Kaakchirurgie

De Kamer schat dat de huidige on vervulde vraag ongeveer 5% is. Dit is hetzelfde percentage als bij medische specialisten en wijkt niet al te zeer af van een schatting op grond van de wachtlijst. Het aantal werkzame kaakchirurgen is gesteld op 187. Een on vervulde vraag van 5% komt neer op een tekort van ongeveer 10 kaakchirurgen. Bij de kaakchirurgen doen zich alleen wachtlijsten voor in de electieve zorg, regionale verschillen daargelaten.

3. Ontwikkeling opleidingen

Beperkte groei instroom in opleiding

Bij de orthodontisten gaat de instroom in 2003 verder omhoog als een nieuwe opleiding in Groningen begint. Het gaat om een uitbreiding van gemiddeld twee plaatsen per jaar. De instroom bij de kaakchirurgie vertoont een stijgende lijn. In 2002 is de instroom fors verhoogd.

Realisatie uitbreiding opleiding

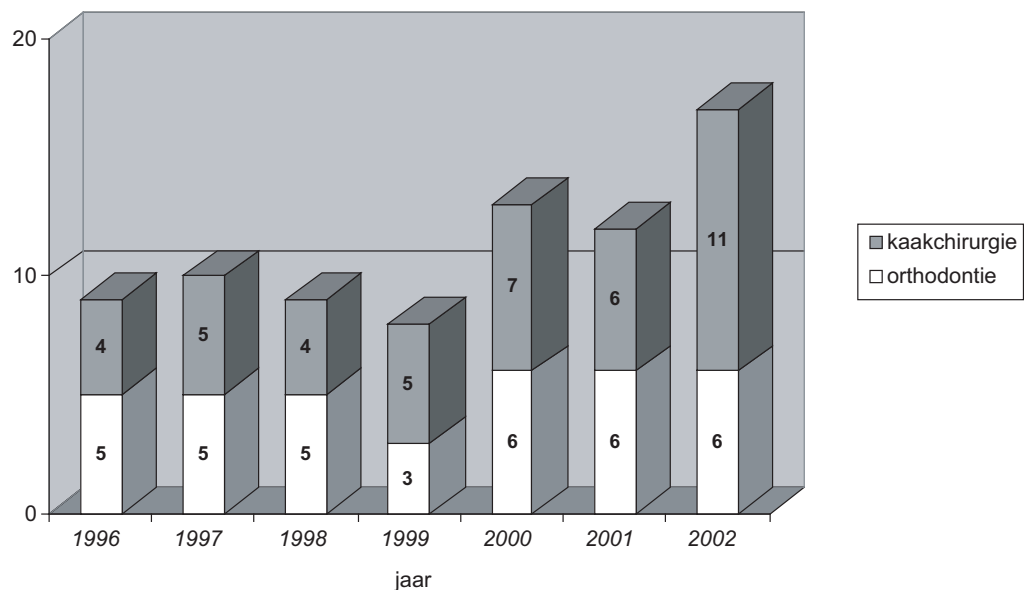
Tot nu toe zijn er geen aanwijzingen dat er onvoldoende belangstelling is voor de opleidingen orthodontie en kaakchirurgie. Het beperkte aanbod van basisartsen en tandartsen zou de komende jaren kunnen leiden tot meer competitie tussen de verschillende medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen.

Benodigde instroom 2010-2012

Voor een evenwicht in 2010 is in het Capaciteitsplan van 2001 berekend dat de instroom moest worden verhoogd van 4,5 naar 17 voor de orthodontie en van 7,5 naar 20 voor de kaakchirurgie. Dit zijn forse uitbreidingen. De belangrijkste verklaring is het grote aantal zittende specialisten dat de komende jaren met pensioen zal gaan. In het Capaciteitsplan van 2002 is berekend dat de benodigde instroom nog verder omhoog moet om een evenwicht te bereiken in 2012. De jaarlijks benodigde instroom voor de orthodontisten is 18, bij de kaakchirurgen 22.

Tandheelkundig specialisten

figuur V.3: Instroom in de vervolgoopleidingen vanaf 1995



De orthodontie heeft de opleidingscapaciteit uitgebreid naar een instroom van 6 assistenten per jaar en streeft naar een gemiddelde instroom van 8 assistenten per jaar in 2005.

De kaakchirurgie heeft de opleidingscapaciteit uitgebreid naar een instroom van 11 assistenten per jaar. De instroom bij beide tandheelkundige specialismen is weliswaar vergroot maar niet voldoende om een evenwicht te bereiken volgens de lage combinatievariant met arbeidstijdverkorting.

Tabel V.3

	<i>Orthodontie</i>	<i>Kaakchirurgie</i>
<i>Instroom 2000/2001</i>	4,5	7,5
<i>Benodigde instroom Capaciteitsplan 2001</i>	14	20
<i>Benodigde instroom Capaciteitsplan 2002</i>	16	22
<i>Gerealiseerde instroom 2002</i>	6	11

Bij een benodigde instroom van 16 assistenten orthodontie per jaar in Nederland, vanaf 2002 tot en met 2007, waarbij tevens rekening gehouden wordt met een lagere instroom uit het buitenland, zou het aantal fte's van werkzame orthodontisten toenemen van 242 fte's in 2000 naar 284 fte's in 2012.

Bij een instroom van 6 assistenten per jaar zal er in 2012 een tekort zijn van 55 fte's. Dit is bijna 20%. Aangenomen mag worden dat de opleiding in 2003 al een instroom van 8 zal hebben en nog verder omhoog kan. Als bovendien de instroom uit het buitenland ook weer omhoog gaat zal het tekort in de orde van 10% liggen. Voor de praktische zorg kan dit betekenen dat wachtlijsten wat toenemen. Verscherping van indicatiestellingen kan nodig zijn voor afwijkingen die binnen een bepaalde termijn behandeld moeten worden.

Bij een instroom van 22 assistenten kaakchirurgie per jaar, vanaf 2002 tot en met 2007, zal het aantal fte's van werkzame kaakchirurgen toenemen van 167 fte's in 2000

Tandheelkundig specialisten

naar 232 fte's in 2012. Bij een instroom van 11 assistenten per jaar zijn er in 2012 181 fte's beschikbaar, een tekort van ongeveer 22%. Ook hier kan de instroom mogelijk nog verder omhoog, zodat het tekort zal liggen in de orde van 20%.

Het gevolg kan zijn dat de bestaande wachtlijsten verder zullen groeien. Op enkele plaatsen worden al gepensioneerde kaakchirurgen ingezet voor een deel van de werkweek. Hoewel dit lokaal enige verlichting kan bieden, is het onwaarschijnlijk dat het grote dreigende tekort blijvend en in voldoende mate gedicht kan worden met gepensioneerden.

4. Beleidsontwikkelingen

Taakherschikking

De Kamer Tandheelkundig Specialisten heeft nog geen studies voorhanden om tot een gefundeerd oordeel te kunnen komen over taakherschikking.

Orthodontistische zorg wordt ook verleend door tandartsen. De mate waarin is onbekend. De kamer verwacht in de verhoudingen tussen deze beroepsgroepen op dit terrein geen grote veranderingen.

Op enkele plaatsen in Nederland wordt geëxperimenteerd met de inzet van tandartsen voor eenvoudige kaakchirurgische ingrepen. De Kamer schat dat het aantal contacten per patiënt voor de kaakchirurgen hierdoor kan verminderen. Onzeker is hoeveel tandartsen belangstelling hebben voor deze werkzaamheden. De capaciteit van de opleiding tandheelkunde valt niet onder de taakstelling van het Capaciteitsorgaan. Deze capaciteit is wel van invloed op de omvang waarin deze taakverschuiving kan worden gerealiseerd. De Kamer verwacht voorlopig geen belangrijke effecten van substitutie door tandartsen op de benodigde capaciteit voor kaakchirurgen en orthodontisten.

Bijlage 1

Model, varianten en figuur

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 in interactie met beleid

Het model bevat drie hoofdcompartimenten (zie stroomdiagram op volgende pagina):

- 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.

In de eerste variant, de basisvariant, zijn allereerst goed bekende, harde factoren opgenomen zoals de demografie van de bevolking en die van de beroepsgroep zelf. Deze factoren zijn specifiek toegepast per beroepsgroep. Ook wordt binnen deze variant rekening gehouden met de onervulde vraag in het jaar 2000. Het betreft een lage schatting van iedere Kamer, waarbij gedacht is aan wachtlijsten en suboptimaal werken. Deze schattingen liepen per beroepsgroep uiteen van 3% (orthodontie) tot 10% (bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen). Voor alle groepen samen kwam de lage schatting gemiddeld op 5% uit, het percentage dat gold voor de huisartsen en medische specialisten. De variant stelt zo dat de huidige achterstanden weggewerkt moeten worden en dat daarnaast uitgaande van de huidige werkwijze en de huidige vraag, de bevolkingsontwikkeling moet worden opgevangen en de uitstroom uit het

vak gecompenseerd moet worden. Deze variant geeft de basis aan, waaraan minimaal moet worden voldaan.

In de tweede variant, de combinatievariant, wordt vervolgens ook nog rekening gehouden met verwachte veranderingen in de zorgvraag door culturele verandering, en in het werkproces door veranderingen die verband houden met o.a. efficiency en substitutie. Deze veranderingen zijn door de leden van de Kamers ingeschat in een bandbreedte van laag naar hoog. Enigszins kunstmatig zijn de percentages uitgesmeerd over de periode 2000 - 2010 en wordt verondersteld dat die ontwikkelingen stoppen in 2010.

Uiteindelijk is besloten in deze variant uitsluitend de lage schattingen te gebruiken. Deze lopen weer uiteen per beroepsgroep. Voor de kaakchirurgie bijvoorbeeld ligt de lage schatting van de toename van de vraag met 15% het hoogst, met name omdat verwacht wordt dat men zwaardere eisen gaat stellen aan het behoud van het gebit. Voor de huisartsen daarentegen valt de groei van de vraag met 5% het laagste uit. Hier is de inschatting gedaan, dat door toenemende mondigheid van patiënten er meer tijd per patiënt nodig zal zijn.

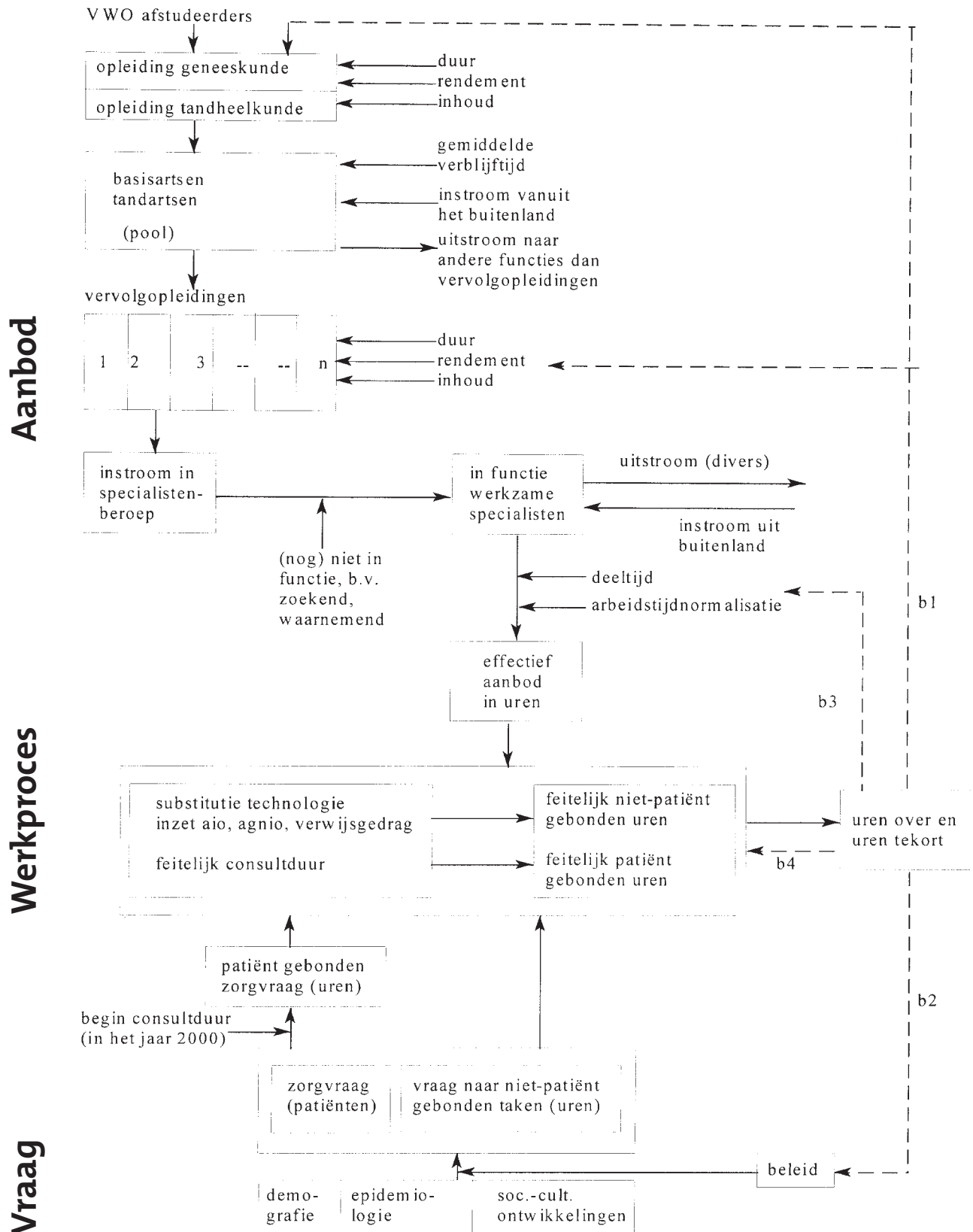
De schattingen over veranderingen in het werkproces lopen eveneens uiteen en leiden bijvoorbeeld bij de medische specialisten en sociaal geneeskundigen tot een vermindering in de behoefte aan capaciteit van ongeveer 5%. Aan de andere kant staan de verpleeghuisartsen met 10% meer behoefte door een toenemende werkdruk door verdergaande verschuivingen vanuit het ziekenhuis naar het verpleeghuis. Door deze lage schattingen boven op de basisvariant te plaatsen, ontstaat de zogenaamde lage combinatievariant. In de hoge combinatievariant worden alle hoge schattingen van mogelijke ontwikkelingen met elkaar gecombineerd. Het risico, dat al deze ontwikkelingen tegelijkertijd in hoge mate optreden, is klein. Daarom wordt deze variant in de diverse vervolgrapporten niet meer besproken. Wel geldt de waarschuwing, dat enkele lage schattingen bij sommige beroepen hoger kunnen uitvallen.

In een volgende variant wordt ook nog rekening gehouden met een daling van de arbeidstijd per fte. Deze is voor de meeste beroepen uitgekomen op 5%. Het Capaciteitsorgaan raadt aan deze variant te gebruiken voor de raming van de benodigde instroom in de opleidingen.

Er is een analyse gedaan naar de gevoeligheid van de verschillende factoren. Daaruit is gebleken dat kleinere veranderingen in de arbeidstijd relatief grote gevolgen hebben op de benodigde instroom. Het risico dat er een daling gaat optreden in de arbeidstijd is groot geacht en vooral op die grond is deze variant aangeraden. Er zijn meer dan aanwijzingen dat er al een stevige daling gaande is in het aantal uren dat een huisarts werkt. Een daling van 5% in 10 jaar kan daarom aan de lage kant zijn (9),

In nog een variant worden ook nog de onzekerheden van de ontwikkelingen na 2010 verwerkt. Hierin wordt verondersteld, dat de geschatte lage trends niet stoppen in 2010 maar gewoon doorzetten.

Model Stroomdiagram



Bijlage 2

beschikbare en benodigde aanbod in FTE's voor de laag/laag combinatievariant met arbeidstijdverkorting (zonder doorgaande trend na 2010) en tekort of overaanbod.

Beroepsgroep	Aantal FTE van werkzame artsen in het jaar 2000	Benodigde Aanbod in FTE in 2012	Bij handhaving van de instroom op het gemiddelde niveau van 2000/2002		Bij handhaving van de instroom op het niveau van 2002	
			Aantal FTE van werkzame artsen in het jaar 2012	Tekort (negatief) of overaanbod aan FTE in 2012	Aantal FTE van werkzame artsen in het jaar 2012	Tekort (negatief) of overaanbod aan FTE in 2012
Huisartsen	7.160	9.602	7.566	-21%	7.718*	-20%*
Verpleeghuisartsen	737	1.242	1.230	-1%	1.210	-3%
Medisch specialisten	11.795	15.419	15.401	0%	15.908	3%
Sociaal geneeskundigen	3.101	4.198	4.364	4%	4.099	2%
Tandheelkundig specialisten	409	512	393	-23%	434	-15%
Totaal	23.201	30.973	28.954	-7%	29.369	-5%
Medisch specialisten:						
- Anaesthesiologie	884	1.180	1.075	-9%	1.087	-8%
- Cardiologie	552	781	812	4%	844	8%
- Cardio-thoraxale chirurgie	87	123	102	-18%	99	-20%
- Dermatologie	278	368	317	-14%	339	-8%
- Gastro-enterologie	164	222	217	-2%	227	2%
- Heelkunde	829	1.097	1.073	-2%	1.093	0%
- Inw. geneesk. (incl. allerg.)	1.462	2.002	2.090	4%	2.192	9%
- Keel-Neus-Oorheelkunde	343	437	362	-17%	368	-16%
- Kindergeneeskunde	788	914	1.133	24%	1.171	28%
- Klinische genetika	52	63	111	76%	111	76%
- Klinische geriatrie	70	105	184	74%	201	91%
- Longgeneeskunde	344	480	465	-3%	465	-3%
- Medische microbiologie	169	220	234	6%	253	15%
- Neurochirurgie	81	105	113	7%	108	3%
- Neurologie (incl. kl. n.fys.)	556	742	666	-10%	682	-8%
- Nucleaire geneeskunde	103	137	149	9%	175	28%
- Oogheelkunde	433	603	466	-23%	461	-24%
- Orthopaedie	408	545	549	1%	591	8%
- Pathologie	267	351	311	-11%	326	-7%
- Plastische chirurgie	133	166	179	8%	176	6%
- Psychiatrie	1.670	2.054	2.120	3%	2.150	5%
- Radiologie	701	930	805	-13%	840	-10%
- Radiotherapie	137	195	212	9%	210	8%
- Reumatologie	146	199	177	-11%	185	-7%
- Revalidatiegeneeskunde	249	331	407	23%	454	37%
- Urologie	249	340	306	-10%	303	-11%
- Verloskunde/gynaecologie	638	726	766	5%	787	8%
Sociaal geneeskundigen:						
- Artsen arbeid en gezondheid	2.205	2.952	3.255	10%	3.175	8%
-Artsen maatschappij en gezondheid	896	1.247	1.109	-11%	890	-29%
Tandheelkundig specialisten:						
- Kaakchirurgen	167	232	166	-28%	181	-22%
- Orthodontisten	242	280	227	-19%	253*	-10%*

* in afwijking van de rest is hier rekening gehouden met verwachte instroom in 2003 en later

Bijlage 3

beschikbare en benodigde aanbod in personen voor de laag/laag combinatievariant met arbeidstijdverkorting (zonder doorgaande trend na 2010) en tekort of overaanbod.

Beroepsgroep	Aantal werkzame artsen in het jaar 2000	Benodigde Aanbod in personen 2012	Bij handhaving van de instroom op het gemiddelde niveau van 2000/2002		Bij handhaving van de instroom op het niveau van 2002	
			Aantal werkzame artsen in het jaar 2012	Tekort (negatief) of overaanbod aan werkzame personen in 2012	Aantal werkzame artsen in het jaar 2012	Tekort (negatief) of overaanbod aan werkzame personen 2012
Huisartsen	8.181	11.694	9.129	-22%	9.302*	-20%*
Verpleeghuisartsen	952	1.666	1.650	-1%	1.624	-2,5%
Medisch specialisten	12.776	17.161	17.141	0%	17.691	3%
Sociaal geneeskundigen	3.515	4.833	5.028	4%	4.727	2%
Tandheelkundig specialisten	454	572	438	-23%	484	-15%
TOTAAL	25.878	35.926	33.386	-7%	33.828	-6%
Medisch specialisten:						
- Anaesthesiologie	941	1.274	1.158	-9%	1.170	-8%
- Cardiologie	577	833	866	4%	899	8%
- Cardio-thoraxale chirurgie	92	134	109	-19%	106	-21%
- Dermatologie	312	429	368	-14%	393	-8%
- Gastro-enterologie	171	241	235	-2%	245	2%
- Heelkunde	855	1.172	1.146	-2%	1.167	0%
- Inw. geneesk. (incl. allerg.)	1.539	2.158	2.254	4%	2.361	9%
- Keel-Neus-Oorheelkunde	383	507	418	-18%	424	-16%
- Kindergeneeskunde	894	1.078	1.348	25%	1.391	29%
- Klinische genetika	61	74	133	80%	133	80%
- Klinische geriatrie	79	121	213	76%	233	92%
- Longgeneeskunde	362	516	500	-3%	500	-3%
- Medische microbiologie	173	226	241	7%	261	15%
- Neurochirurgie	86	111	120	8%	114	3%
- Neurologie (incl. kl. n.fys.)	598	836	747	-11%	765	-8%
- Nucleaire geneeskunde	109	147	160	9%	188	28%
- Oogheelkunde	509	726	558	-23%	549	-24%
- Orthopaedie	419	569	574	1%	618	9%
- Pathologie	289	388	343	-12%	359	-7%
- Plastische chirurgie	144	184	198	8%	195	6%
- Psychiatrie	1.910	2.413	2.492	3%	2.527	5%
- Radiologie	730	994	857	-14%	893	-10%
- Radiotherapie	150	219	238	9%	235	7%
- Reumatologie	159	224	199	-11%	207	-8%
- Revalidatiegeneeskunde	273	374	464	24%	515	38%
- Urologie	261	368	330	-10%	326	-11%
- Verloskunde/gynaecologie	700	825	871	6%	894	8%
Sociaal geneeskundigen:						
- Artsen arbeid en gezondheid	2.425	3.318	3.667	11%	3.570	8%
- Artsen maatschappij en gezondheid.	1.090	1.568	1.362	-13%	1.108	-29%
Tandheelkundig specialisten:						
- Kaakchirurgen	187	263	188	-29%	205	-22%
- Orthodontisten	267	309	250	-19%	279*	-10%*

* in afwijking van de rest is hier rekening gehouden met verwachte instroom in 2003 en later

Bijlage 4 **Leden en medewerkers Capaciteitsorgaan**

Plenair orgaan

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. mr. A.W.J.M. van Bolderen
Dhr. dr. H.P. Muller
Dhr. prof. dr. Schadé, lid DB
Dhr. dr. R.J. Stolker
Dhr. C.J.G. Theeuwes
Dhr. A.M.J. Veer
Dhr. A.M. Vernooij
Dhr. B. Vos

Organisaties van opleidingsinstellingen

Mevr. prof. dr. L.J. Gunning- Schepers
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 Medisch Specialisten

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. dr. J.M. Broekman
Dhr. dr. A.B. Bijnen
Dhr. dr. P.A. de Groot
Dhr. prof. dr. P.M.J. Stuyt
Dhr. F.M.M.A. van der Heijden (adviserend lid)

Organisaties van opleidingsinstellingen

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

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. B. Osseman
Dhr. M.J.F. Pijnenburg
Dhr. J.W. Schouten
Dhr. J.G. de Vries

Kamer Huisartsen

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. J.J.M. Becker Hoff
Dhr. J.F. van Santen
Dhr. C.S.M. Tromp
Mevr. A. M. van Slobbe (adviserend lid)

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. dr. B.J.A.M. Bottema
Mw. dr. Y. van Leeuwen
Dhr. prof. dr. J.W. van Ree
Dhr. A.P. Timmers, voorzitter

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. A.G. Bouwmeester
Dhr. H.P.Th. Derkx
Dhr. A.L.J.E. Martens, ondervoorzitter
Dhr. T. Piket

Kamer Sociale Geneeskunde

Organisaties van beroepsbeoefenaars

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

Organisaties van opleidingsinstellingen /werkgevers

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

Kamer Verpleeghuisartsen

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. R.D. Dutrieux, ondervoorzitter
Mevr. L. Jacobs-Stoel
Dhr. R.F. Wiewel, voorzitter

Organisaties van opleidingsinstellingen

Dhr. prof. dr. H.J.M. Cools
Dhr. prof. dr. P.G.A.M. Froeling
Mw. A.M. Mulder
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. G. Horowitz
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

Bureau Capaciteitsorgaan

Mevr. J.J. Baardman, beleidsmedewerker

Dhr. H.J. Leliefeld, directeur

Bijlage 5

Literatuurlijst

1. Capaciteitsorgaan. Voorlopige raming voor de medische en tandheelkundige (vervolg) opleidingen. Utrecht, oktober 2000.
2. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2001 voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen en advies initiële opleiding geneeskunde. Utrecht, maart 2001.
3. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2001 voor de vervolgoopleidingen van Medisch Specialisten. Utrecht, november 2001.
4. Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2002 voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen en advies initiële opleiding geneeskunde. Utrecht, maart 2002.
5. L.F.J van der Velden, L. Hingstman, C.D. Nienoord-Buré, M.M. van den Berg, Vraag en aanbod artsen: raming 2000 – 2010. Utrecht, Nivel/-Prismant, maart 2001.
6. L.F.J van der Velden, L. Hingstman, W. van de Windt, E.J.E. Arnold, Raming opleidingscapaciteit per medisch specialisme 2000 – 2010. Utrecht, Nivel/-Prismant, november 2001.
7. L.F.J van der Velden, L. Hingstman, W. van de Windt, E.J.E. Arnold, Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2002 – 2012/2017/2020. Utrecht, Nivel/-Prismant, maart 2002.
8. L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, W. van de Windt, E.J.E. Arnold, Raming benodigde instroom per medische en tandheelkundige vervolgopleiding 2003- 2012/2017/2020. Utrecht, Nivel/-Prismant, mei 2003.
9. M.J. van den Berg cs., De werkdruk van de huisarts; zorgvraag en arbeidsduur in 1987 en in 2001, Medisch Contact jrg 58, nr 26/27.
10. R.J. Kenens, L. F. J. van der Velden, L. Hingstman, Vraag- en aanbodontwikkelingen in de huisartsenzorg in de 23 Districts Huisartsen Verenigingen Utrecht, Nivel, 2003.
11. E. R. Brus, R.F.W. Dekker, m.m.v. R.W. Haneveld, Keuzeprocessen en keuzebepalende factoren bij recent afgestudeerde basisartsen. Buren, Scaudit Performance Group & E-Consult, november 2002.
12. A.Ph. Booij, Het optimisme van de overheid. Medisch Contact jaargang 56 nr. 43, oktober 2001.

13. L. Hingstman, L. vd Velden, Foute conclusies (ingezonden brief), Medisch Contact, jaargang 56, nr 50, december 2001.
14. T.M.Dijkstra, Strijd om tijd, een onderzoek naar meningen en wensen van basisartsen met betrekking tot hun beroeps- en privéleven. Utrecht, KNMG, oktober 1992.
15. Jaarverslag 2002, Utrecht, Huisarts en Verpleeghuisarts Registratiecommissie, 2002
16. P.W.E. van Rijn, R.F. Schreuder, M.E. Vulto, Beroep op flexibiliteit; een toekomstverkenning voor de beroepskrachtenvoorziening in de zorgsector. Zoetermeer, STG, 2002.
17. KNMG, VSNU, NVZ, LCVV, VAZ, De arts van Straks; een nieuw medisch opleidingscontinuüm, Utrecht, 2002.
18. L.F.J van der Velden, L. Hingstman, Het medisch opleidingstraject: waar blijft de (leef)tijd. Utrecht, Nivel, maart 2003.
19. L.F.J. van der Velden, L. Hingstman, Herstructurering van het medisch opleidingstraject: mogelijke capaciteitseffecten. Utrecht, Nivel, maart 2003.
20. M.Tabaksblatt, Een gezonde spil in de zorg; bouwstenen voor de toekomstige financiering van de huisartsenzorg, Den Haag, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, april 2001
21. L.F.J. van der Velden, P.Peters, L.Hingstman, Monitoring Arbeidsmarkt voor kinderartsen 1999-2010. Utrecht, Nivel, mei 2001.

Stichting Capaciteitsorgaan voor medische
en tandheelkundige vervolgopleidingen

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

telefoon
(030) 282 33 31

fax
(030) 282 33 18

e-mail
h.liefeld@caporg.nl