

Capaciteits
orgaan



Capaciteitsplan 2001

*Voor de vervolgopleidingen van
Medisch Specialisten*

Utrecht, november 2001

Capaciteitsplan 2001

Voor de vervolgopleidingen van Medisch Specialisten

*Capaciteitsorgaan
Postbus 20051
3502 LB Utrecht*

*telefoon
(030) 282 33 31*

Utrecht, november 2001

Inhoudopgave

Inhoud		
1. inleiding		4
2. methode		6
3. toelichting variabelen en uitkomsten		8
4. resultaten		12
5. beschouwing		14
6. knelpunten		20
7. conclusies en signalen		22
	Figuur 1 Model	24
	Tabel 1 Demografische verandering in de zorgvraag tot aan 2010 per beroepsgroep	25
	Tabel 2 Leeftijdsverdeling huidige aanbod en verwachte uitstroom tot 2010 per beroepsgroep	26
	Tabel 3 Huidige aanbod per beroepsgroep	27
	Tabel 4 Huidige en toekomstige specialisten in opleiding per beroepsgroep	28
	Tabel 5 Verandering aanbod per beroepsgroep bij huidige instroom	29
	Tabel 6 Huidige en benodigde instroom in de opleiding per beroepsgroep (zonder afbouw)	30
	Tabel 7 Benodigde verandering in de instroom per beroepsgroep ten opzichte van de huidige instroom (zonder afbouw)	31
	Tabel 8 Relatieve aandeel per beroepsgroep in de benodigde groei van de instroom (zonder afbouw)	32
	Tabel 9 Verandering beschikbare en benodigde aanbod in fte	33
Bijlagen		
	1 Capaciteitsplan 2001 november, weging Kamer Medisch Specialisten	34
	2 Leden en medewerkers Capaciteitsorgaan	38
	3 Andere factoren die invloed (kunnen) hebben op de uiteindelijk benodigde opleidingscapaciteit.	40

1. INLEIDING

Uisplitsing van medisch specialisten

De stichting "Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen" (kortweg "Capaciteitsorgaan") is medio 1999 opgericht door organisaties van medische en tandheelkundige beroepsgroepen, zorgverzekeraars en opleidingsinstellingen.

In het najaar van 2000 is een "Voorlopige Raming" uitgebracht, in maart daarop volgend het Capaciteitsplan 2001. In dit rapport waren voor de groep medisch specialisten de getallen nog verdeeld over vier hoofdgroepen. Aangekondigd is toen, dat in het najaar nog een nadere uitsplitsing zou volgen. Dit rapport biedt de bedoelde verdieping van het Capaciteitsplan 2001.

Het Capaciteitsorgaan heeft als taken:

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

Werkwijze

De vervolgopleidingen betreffen: huisartsen, medisch specialisten, sociaal geneeskundigen, verpleeghuisartsen en tandheelkundig specialisten (kaakchirurgen en orthodontisten).

Voor ieder van deze groepen is een Kamer ingesteld, die volgens de hierboven weergegeven driedeling van de oprichtende partijen is samengesteld. Deze Kamers rapporteren aan het bestuur van de Stichting, het Plenair Orgaan. Dit orgaan, ook tripartiet van samenstelling, ziet toe op de gehanteerde methode van ramen, stelt de plannen vast, en brengt deze via het Dagelijks Bestuur naar buiten naar de Minister van VWS en het veld.

Groei totaal volgens plan van het voorjaar 2001

Voor de medisch specialisten is in het Capaciteitsplan 2001 van maart de groei van de opleidingsplaatsen benaderd tot op clusterniveau en nog niet per specialisme apart, met uitzondering van de psychiatrie. De instroom van nieuwe assistenten was in het jaar 1999 nog 651 en zou volgens verschillende varianten kunnen liggen tussen 627 en 1.723. Hieronder worden de benodigde opleidingscapaciteiten op jaarbasis samengevat.

jaarlijkse instroom

Instroom 1999:	651
Basisvariant:	627
Lage combinatievariant:	811
Idem + 2,5% daling arbeidstijd:	908
Idem + 5% daling arbeidstijd:	1.011
Hoge combinatievariant:	1.723

De gegevens en aannames voor deze verschillende uitkomsten zijn neergelegd in gedetailleerde onderzoeksrapporten van het NIVEL en Prismant gezamenlijk. Deze rapporten en het Capaciteitsplan zijn de Minister van VWS aangeboden voor een nadere keuze.

Het Capaciteitsorgaan heeft zelf een uitspraak over de varianten gedaan. Bij verder ongewijzigd beleid wordt overheid en veld aangeraden de zogenaamde lage combinatievariant met 5% arbeidstijdverkorting te volgen, een groei van 651 naar 1.011. De hoge variant is verworpen. Dat de zachte ontwikkelingen allemaal tegelijk voor de hoge schattingen zullen doorzetten is bij dit type ramingen, met lage en hoge schattingen met elkaar gecombineerd, niet aannemelijk. De lage combinatievariant werd als een goed uitgangspunt gezien voor deze eerste ronde. De basisvariant, met alleen demografie van de bevolking en de beroepsgroep, is ook verworpen, gelet op de al zichtbare trends. Deze zijn wel opgenomen in de lage combinatievariant. Hierbij is overigens gewezen op het gevaar, dat sommige aspecten toch hoger kunnen uitvallen. De Kamer Medisch Specialisten zelf noemt met name “het gebruikte lage percentage voor de groeivraag voor sociaal culturele veranderingen (5%) aan de lage kant”. Op jaarbasis wordt getracht deze zachtere ontwikkelingen te monitoren om zo de plannen waar nodig bij te stellen. Verder is gesteld, dat, door bovenop de lage combinatievariant rekening te houden met 5% daling van de arbeidstijd, “de risico’s voor toekomstige tekorten beperkt zijn”.

Groei per cluster volgens plan van het voorjaar 2001

De getallen voor opleidingsplaatsen op jaarbasis zien er per hoofdgroep volgens de lage combinatievariant en daar bovenop de daling met 2,5 en 5% in arbeidstijd als volgt uit:

	lage combinatievariant	+2,5%	+ 5% daling arbeidstijd
Beschouwend:	van 239 naar 310	349	391
Snijgend:	van 219 naar 297	332	368
Overig:	van 93 naar 107	119	131
Psychiatrie:	van 100 naar 97	108	121
Totaal:	van 651 naar 811	908	1.011

De groei in de lage combinatievariant is zonder afbouw van drie plaatsen bij de psychiatrie 163 (814-651), bij de variant met daar bovenop de arbeidstijdverkorting 360 plaatsen (1.011-651).

Voor de medisch specialisten is in het plan geopperd de verdeling van extra opleidingscapaciteit per specialisme voor het lopende jaar 2001 via de betrokken veldpartijen en VWS te laten verlopen. De Minister had daarbij, op grond van de Voorlopige Raming van het Capaciteitsorgaan van het najaar 2000, al een zekere richting bepaald voor een eerste verhoging met 167 plaatsen (overeenkomend met de lage combinatievariant). Zij had het veld gevraagd na te gaan wat mogelijk zou zijn van deze 167 plaatsen. In het Capaciteitsplan 2001 is aangekondigd, dat het Capaciteitsorgaan nog in het najaar in een tussenrapportage met een uitwerking zou komen per specialisme voor

de nadere verdeling in 2002.

Het is aannemelijk, dat er in 2000 en 2001 al enige extra capaciteit bijgekomen is. Besloten is voor deze uitsplitsing te werken met de getallen van eind 1999 en de tijdshorizon op 2010 te houden. Zo blijven de cijfers vergelijkbaar met de rapporten uit het voorjaar. In de tabellen keren deze getallen telkens terug in totaalcijfers met het schuin gedrukte woord raming. In het volgende Capaciteitsplan van maart 2002 zal uiteraard wel geactualiseerd worden.

Verantwoordelijkheden bij uitsplitsing medisch specialisten

De uitsplitsing is tot stand gekomen onder verantwoordelijkheid van de Kamer Medisch Specialisten. Er heeft afrondend een weging plaats gevonden van de betekenis van de uitkomsten door de leden van deze Kamer, die in beknopte vorm in dit plan is opgenomen (zie bijlage 1). De methodische aspecten, die bij die weging speelden, zijn opgenomen in dit plan in de beschouwing. De aanpak van deze Kamer is getoetst en overgenomen door het Plenair Orgaan.

De onderzoeksinstituten NIVEL en Prismant hebben de Kamer terzijde gestaan bij het verzamelen en beoordelen van gegevens. De Kamer zelf is verantwoordelijk voor die cijfers, waarvoor naar de toekomst toe keuzes gemaakt moesten worden. De onderzoeksinstituten zijn verantwoordelijk voor een betrouwbare verzameling van empirische gegevens en de uiteindelijke bewerking (vastgelegd in het rapport: Raming opleidingscapaciteit medisch specialisten 2000-2010) in nauwe samenwerking met het bureau van het Capaciteitsorgaan (samenstelling Plenair Orgaan, Kamer en bureau, zie bijlage 2).

Opbouw rapport

In deze uitsplitsing wordt allereerst de methode van werken en berekenen kort samengevat, met vervolgens een beschrijving van de belangrijkste factoren en de gekozen indeling in varianten. De resultaten komen hierna aan bod en worden besproken in het licht van de eerdere globale uitkomsten van maart 2001. De gegevens zijn ontleend aan het rapport van de onderzoeksinstituten. Daarna komt in een beschouwing de bestuurlijke betekenis van de resultaten aan de orde en wordt de gehanteerde methode nog eens gewogen. Hierop volgt een aanduiding van enkele voorzienbare knelpunten bij de implementatie. Afgesloten wordt met een weging van de uitkomsten, conclusies en enkele signalen.

2. METHODE

Model

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

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

Vraag, aanbod en werkproces in interactie met beleid

Het model bevat drie hoofdcompartimenten (zie figuur 1):

- 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 Kamer Medisch Specialisten van het Capaciteitsorgaan heeft onderzoeksmateriaal, verzameld en bewerkt door de onderzoeksinstituten NIVEL en Prismant, beoordeeld en goedgekeurd. Voor een aantal variabelen zijn bestaande gegevensbestanden gebruikt en doorgetrokken naar 2010. Dit zijn harde variabelen. Voor andere factoren is er, door de leden van de Kamers te laten functioneren als expertpanel, een schatting gemaakt, hoe deze zullen veranderen in de periode tot 2010. Dit zijn zachte variabelen. De benodigde opleidingscapaciteit is door de onderzoeksinstituten berekend en geordend op de benodigde instroom op jaarbasis. De variabelen zijn vervolgens gegroepeerd in varianten om tot een nadere weging te kunnen komen.

Varianten en tijdshorizon

Er is gekozen voor de volgende varianten:

basisvariant met hierin opgenomen als variabelen:

- de bevolkingsontwikkeling,
- de demografie van de beroepsgroep,
- de lage schatting van de huidige onvervulde vraag.

De eerste twee variabelen zijn hard.

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

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

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

arbeidstijdvariant, waarin vier scenario's zijn uitgewerkt met de variabele:

- arbeidstijdverlenging en verkorting met zowel 2,5 als 5%.

Als tijdshorizon is gekozen voor 2010. Dit betekent, dat de berekende en geschatte ontwikkelingen zich over een tijdsperiode van tien jaar voltrekken vanaf het jaar 2000, zonder nader te specificeren in welk tempo.

De schattingen voor onvervulde vraag, sociaal culturele ontwikkelingen en veranderingen in het werkproces zijn voor alle specialismen bewust constant gehouden en weer volgens de lage schattingen op respectievelijk 5, 10 en -5%. Daarmee is uiteraard ook het saldo van 5% voor alle groepen gelijk. Hetzelfde geldt voor de arbeidstijdvariatie: ook deze is voor alle specialismen gelijk gehouden.

3. Toelichting variabelen en uitkomsten

Voor dit rapport is uit de vele tabellen in het rapport van de onderzoeksinstituten een selectie gemaakt. Deze bieden voor de bestuurlijk te maken keuzes een goede illustratie van de mogelijke ontwikkelingen. De tabellen worden hieronder toegelicht, waarbij wat op de resultaten vooruitgelopen wordt om de variabele toegankelijk te maken.

Demografie bevolking

Allereerst is in tabel 1 de verandering in de demografie van de bevolking tot het jaar 2010 ondergebracht. Het effect van deze belangrijke variabele op de zorgvraag is uitgedrukt in een percentage. Er is gebruik gemaakt van CBS voorspellingen en klinische en poliklinische productiecijfers. Bij verschillen tussen deze beide laatste gegevens is veiligheidshalve het hoogste getal gekozen. Door die keuze is het gemiddelde effect van de demografie (totaal 10%), 1% hoger dan volgens de raming in het voorjaar op clusterniveau.

Aan de percentages in de eindkolom per specialisme is direct af te lezen, dat er grote, onderlinge verschillen bestaan. Vergrijzing is uiteraard goed merkbaar bij de klinisch geriater (30%), gevolgd door cardiologen, thoraxchirurgen en radiotherapeuten (alle drie met 19%). Aan de andere kant van het spectrum staan de kinderartsen en gynaecologen, waar de zorgvraag voor dit aspect iets daalt door een kleine geboortedaling volgens de middenvariant van het CBS.

Uitstroom: een derde verlaat het vak in tien jaar

In tabel 2 komt een eerste aspect van de demografie van de beroepsgroep aan de orde, namelijk de verwachte uitstroom de komende tien jaar. Verlaat gemiddeld één op de drie het vak, de percentages lopen opnieuw stevig uiteen.

Per specialisme springen de chirurgen eruit met een afname van 42%, gevolgd door de gynaecologen (39%), de orthopeden (37%) en plastisch chirurgen (37%). Opvallend aan de andere kant is de uitstroom bij de klinisch genetici en de klinisch geriater met respectievelijk 12% en 18%. Dit komt, omdat deze specialismen betrekkelijk recent erkend zijn met hierdoor relatief een jongere samenstelling.

Deze tabel biedt als extra informatie in de derde kolom het aandeel vijftig plussers. Dit bedraagt gemiddeld 36%. Dezen zullen bijna allen in 2015 niet meer werkzaam zijn. Ook de verdeling over mannen en vrouwen is interessant. Van de vrouwelijke specialisten is volgens de tweede kolom 12% boven de vijftig, bij de mannen volgens de eerste kolom is dit 43%. De vierde en vijfde kolom toont de uitstroom bij 62 en 58 jaar, de gemiddelde leeftijd waarop respectievelijk mannen en vrouwen uitstromen bij de medisch specialisten. Dit is niet uitsluitend pensioenleeftijd. Een aantal gaat

nog steeds later met pensioen, maar anderen gaan uit het vak bijvoorbeeld voor een managementfunctie, of worden arbeidsongeschikt of overlijden.

Een vijfde van de specialisten in 1999 is vrouw

In tabel 3, het huidige aanbod, komt een tweede aspect van de demografie van de beroepsgroep naar voren, namelijk de verdeling over mannen en vrouwen. Volgens de tweede kolom is 22%, ongeveer één op de vijf, een vrouwelijk specialist. Ook hier weer grote verschillen. In een specialisme als de urologie werken in 1999 vier vrouwen, bij de orthopeden twaalf. Bij de klinisch genetici en de klinisch geriateren is het aantal mannen en vrouwen min of meer gelijk, gevolgd door de kinderartsen (42% vrouw) en de revalidatieartsen (38% vrouw).

Aangezien mannen gemiddeld meer werkuren maken dan vrouwen (kolom drie en vier), zijn deze verhoudingen belangrijk voor het uiteindelijke aantal werkzame fte's, dat in de laatste kolom staat.

Bijna de helft assistenten in opleiding in 1999 is vrouw

In tabel 4 is vervolgens het percentage vrouwen weergegeven, dat in 1999 in opleiding was. Het aandeel vrouwen gaat volgens de tweede kolom naar bijna de helft. Naar de toekomst toe wordt dit voor de lichteningen, die nog moeten komen, nog iets verder opgehoogd.

Uit kolom twee is verder af te lezen, dat de percentages per specialisme toch nog steeds onderling sterk verschillen met uitschieters van 3% onder de neurochirurgen tot 82% onder de klinisch genetici. Opvallend is in dit verband ook, dat een grote groep als de algemeen chirurgen in 1999 nog 5% werkzame vrouwen telde, terwijl er momenteel van de chirurgen in opleiding 30% vrouw is. Bij veertien van de zeventwintig specialismen is (bijna) de helft van degenen, die in opleiding zijn vrouw tegen twee tot drie van de werkzame soorten specialisten in 1999.

Deze verschuivende verhoudingen tellen mee voor het aantal fte's, dat straks als geregistreerd specialist werkzaam zal zijn. Ook hier geldt weer het ceteris paribus principe: er wordt verondersteld, dat voor het totaal en voor de onderscheiden specialismen de hoogte en daarmee ook het verschil in fte's van mannen en vrouwen naar de toekomst gelijk blijft.

Autonome groei 16 procent in tien jaar

Tabel 5 toont, hoe de beroepsgroep zich in tien jaar ontwikkelt, als de huidige instroom in de opleiding constant gehouden wordt. Het totaal aantal werkzamen gaat volgens de vierde kolom met 18% omhoog en de fte's volgens de achterste kolom met bijna 16%. De verschillen per beroepsgroep zijn extreem. Letterlijk in het oog vallend zijn de minnen in de laatste kolom voor de oogartsen, de KNO artsen en dermatologen. Deze drie zouden zelfs iets afnemen in fte's. Ook de pathologen en de radiologen groeien nauwelijks. Aan de andere kant staan de klinisch genetici en de revalidatieartsen, die met bijna 50% groeien en de klinisch geriateren met 130%.

Benodigde instroom in varianten

In tabel 6 is de benodigde instroom in de opleidingen voor de diverse varianten afgezet. Er is daarbij gekozen bestaande opleidingen niet af te bouwen. In de eerste

kolom is de instroom nog in 1999 opgenomen, daarna hoe deze zou moeten zijn voor de varianten. De groei is uitgedrukt in absolute getallen. Opnieuw is te zien, dat er uitgesproken verschillen zijn in iedere variant. Als men de laatste kolom vergelijkt met de eerste is te zien, dat de internisten hun opleidingscapaciteit meer dan verdubbelen en de oogartsen zelfs van 14 assistenten op jaarbasis naar bijna 57 zouden moeten.

In tabel 7 wordt de benodigde instroom voor goed begrip nog eens neergezet in de verandering ten opzichte van de instroom per 1999. Dit geeft vooral bij de kolommen met procenten al een eerste beeld van de sterke groei bij een aantal specialismen. De totalen lopen op van een groei van 25% in de basisvariant, via 44% in de lage combinatievariant naar 56% en 71%, als ook nog de arbeidstijd daalt. In de basisvariant moet de opleidingscapaciteit van de dermatologen en oogartsen met meer dan 100% groeien. Voor goed begrip wordt nog gemeld, dat deze hoogte niet voor één jaar geldt, maar zoveel jaren moet worden aangehouden, dat de laatsten die in opleiding gaan nog in 2010 hun registratie halen. Gelet op de duur van de opleidingen is er namelijk vier tot zes jaar beschikbaar. Voor genoemde oogartsen met een zesjarige opleiding zijn er zo vier jaar ter beschikking en voor de dermatologen met een vijfjarige opleiding vijf jaar.

Verdeelsleutel

In tabel 8 wordt het relatieve aandeel in de benodigde groei zichtbaar gemaakt. Het is een weergave van de onderlinge urgenties om te groeien. Door met percentages te werken is een verdeelsleutel ontstaan, die gebruikt kan worden, ongeacht de hoogte van de toe te kennen extra opleidingscapaciteit. Om de werking hiervan inzichtelijk te maken wordt hierbij een voorbeeld gegeven. Zou er gekozen worden voor de lage combinatievariant, dan zouden de radiologen volgens de tweede kolom 12,2% moeten krijgen. Volgens tabel 7 is de absolute groei in totaal 286,7 en voor de radiologen levert dit 35 plaatsen op ($12,2 \times 2,867$). De huidige instroom was volgens tabel 6 in 1999 het aantal van 29,2, een toename van 120%. Op een zelfde wijze kan berekend worden wat de getallen zijn voor de variant met 5% arbeidstijdverkorting: 10% van totaal 457 extra plaatsen geeft zicht op groei voor de radiologen met 45 plaatsen, ofwel een toename van 156%.

Toename aanbod over tien jaar

Tot slot is tabel 9 opgenomen. Hieruit blijkt met welk percentage het aantal fte verandert, als de opleidingscapaciteiten volgens de verschillende varianten omhoog gaan. Bij de basisvariant groeit het werkzame bestand met 16%, bij de lage combinatievariant met 22%, bij de variant met 5% arbeidstijdverkorting 28%. Dit is op zich al informatief, maar des te interessanter als het afgezet wordt tegen de gemiddelde groei van de opleidingscapaciteiten. Bij de lage combinatievariant moet de opleiding met 44% groeien om uiteindelijk 22% meer fte's te krijgen en bij de variant met arbeidstijdverkorting is een gemiddelde ophoging van 71% van de opleiding nodig gedurende een vijftal jaren voor een toename van fte's in 2010 van 28%.

Schatting vraag

Zoals eerder gesteld, is besloten de zachtere percentages met schattingen niet voor de specialismen te differentiëren. Later in de beschouwing wordt hier op terug gekomen.

Hier wordt volstaan met een korte bespreking.

Uitgaande van de zorgvraag is besloten de huidige consumptie niet als norm te nemen. Op praktische wijze heeft de Kamer Medische Specialisten een inschatting gemaakt van de onervulde vraag. Hoofdelementen, die in deze schatting als belangrijke parameters naar voren kwamen, zijn: vacatures, suboptimaal werken en wachtlijsten. De lage schatting bedraagt 5%, de hoge 10%.

Van de andere meer toekomstgerichte factoren is voor de vraagkant geschat, dat deze de komende jaren tussen 10 en 20% zal toenemen in tien jaar. Hierbij gaat het om groeiende mondigheid van de bevolking (mede verbonden aan een gemiddeld hoger opleidingsniveau over tien jaar) en de toenemende gevoeligheid voor gezondheidsrisico's. Er zijn allerlei aanwijzingen, dat dit zal leiden tot frequenter contact en een toename van de duur per contact met specialisten. Een ander element aan de vraagkant volgens het model betreft verandering in pathologie/epidemiologie. De voorspelling hiervan is moeilijk naar zijn effect op capaciteit. Dat er veranderingen komen is uit de afgelopen decennia af te leiden. Hoe deze voor de verschillende specialismen, ook in hun onderlinge verhouding, door zullen werken, is in deze uitsplitsing buiten beschouwing gelaten.

Schatting werkproces

De ook toekomstgerichte inschatting van veranderingen in het werkproces heeft geresulteerd in ofwel een afname van het benodigde aanbod van 5%, ofwel een toename van 10%. Het gaat hier om het saldo van mogelijke substitutie- en efficiencymaatregelen. In de lage schatting, waarbij het aanbod op deze grond zou kunnen afnemen, wordt verwacht, dat er enige taakverschuiving kan plaats vinden en dat moderne informatie- en communicatiemiddelen ook wat soelaas bieden. Die taakverschuiving, bijvoorbeeld naar verpleegkundigen, zal voorlopig geen grote bijdrage leveren, gezien de relatieve schaarste nu. Ook de komende tien jaar zal de sector zorg moeten concurreren met andere maatschappelijke sectoren. Het gaat opnieuw om een inschatting van trends bij verder ongewijzigd beleid. Bij de hoge schatting voor het werkproces, waardoor er meer capaciteit moet komen, is men wat pessimistischer over genoemde aspecten. Met name wordt dan gewezen op een mogelijk effect van de ingezette kanteling om meer klant/patiënt gericht te gaan werken. Dit leidt waarschijnlijk wel tot efficiency voor de patiënt, maar tot minder efficiency bij de specialist.

Verandering in arbeidstijd

Tot slot zijn aparte scenario's gemaakt voor verandering in arbeidstijd. Daling of stijging blijkt een zeer dominante factor. De algemene verwachting, dat deze zal dalen verwijst naar een achterliggende, stevige culturele omslag, die gaande is. Ook artsen willen normalere werktijden. In dit verband zijn ook veel "exogene" invloeden van belang als CAO's, pensioenregelingen en arbeidstijdenbesluiten, ook in breder Europees verband. Ook het omgekeerde is nog wel degelijk denkbaar. Gerichte (financiële) prikkels op arbeidstijden en maatregelen gericht op meer ondersteunend personeel kunnen motivatie geven om nu onbenutte capaciteit weer aan het zorgproces te besteden. Er is hierboven bewust gesproken over "verandering" in arbeidstijd. Bestaande metingen van de werkelijke arbeidstijd bleken vrijwel altijd gebaseerd op opgaven

van beroepsbeoefenaren zelf en/of gedateerd. Om ontwikkelingen in arbeidstijd toch in het onderzoek te betrekken, is de zogenaamde delta methode gebruikt. De werkelijke tijd wordt dan buiten beschouwing gelaten. Dit geldt overigens ook voor de eerder genoemde fte's. Ook daar gaat het niet om de absolute uren, maar om de verschillen onderling. Tabel 7 laat duidelijk zien, dat bij een daling met 2,5 tot 5 % de gevolgen voor de benodigde opleidingscapaciteit groot zijn, relatief en absoluut. Voor medisch specialisten als geheel gaat het bij 2,5% om bijna 80 plaatsen meer en bij 5% daling zelfs om bijna 170 plaatsen extra! Voor de beeldvorming wordt dit toch met een voorbeeld met absolute getallen toegelicht. Uit genoemde bronnen komt naar voren, dat iemand die voltijds werkt ongeveer 45 uur in de week maakt, hetgeen niet buitensporig veel lijkt inclusief diensten. Dan gaat een werkweek naar iets minder dan 44 uur bij 2,5% daling en naar 43 uur en een kwartier bij 5% daling. Als vrouwelijke specialisten gemiddeld 0,8 werken betekent dit, dat ze vermoedelijk 36 uur werken, wat in menig CAO al een normale werkweek is.

Opleiderscapaciteit

Ook een aantal variabelen is niet onderzocht vooral met betrekking tot implementatievraagstukken (zie bijlage 3). Implementatie in engere zin hoort niet tot de taakstelling van het Capaciteitsorgaan. Het uitgangspunt is immers zo zuiver mogelijk te plannen en zich niet te laten leiden door praktische realisatieproblemen.

4. Resultaten

Toename totaal tussen 162 tot 457 plaatsen (groei van 25 tot 71 procent)

In deze uitsplitsing komt de opleidingscapaciteit duidelijk hoger uit dan het Capaciteitsplan 2001 van maart. Voor de belangrijkste varianten worden de uitkomsten hieronder nog eens overzichtelijk gepresenteerd. De tabellen 6 en 7 dienen als basis. In de eerste kolom staat de instroom zoals die op jaarbasis zou moeten zijn, in de tweede de groei in absolute getallen en in de derde de groei in percentages.

	instroom	groei	groei in %
Instroom 1999:	647		
Basisvariant:	809	162	25%
Lage combinatievariant:	934	286	44%
Idem + 2,5% arbeidstijdverkorting:	1.013	366	56%
Idem + 5% arbeidstijdverkorting:	1.104	457	71%

In de huidige berekening wordt in de basisvariant, vooral gebaseerd op harde gegevens, nu duidelijk groei gevraagd en wel naar 809 totaal, ofwel een groei van 25% ten opzichte van de instroom in het jaar 1999, die op 647 lag.

In het aanvullende scenario met 5% daling van de arbeidstijd komt het totaal nu op 1.104 plaatsen, 457 meer dan de instroom in 1999. De groei in de basisvariant komt nu 149 plaatsen hoger uit dan het plan van het voorjaar (162 - 13) en de variant met 5% verkorting met 97 hoger (457 - 360).

Bij 13 tot 21 van de 27 specialismen moet de opleiding groeien

In de ordening, oplopend voor de verschillende varianten, is een patroon te ontdekken. Volgens tabel 7 moeten in de basisvariant 13 van de 27 specialismen groeien. In de lage combinatievariant zijn het er 17, bij 2,5% daling van de arbeidstijd 20 en tot slot bij 5% geldt groei bij 21 van de 27 specialismen. Zonder in detail te treden per specialisme wordt aangestipt, dat in de basisvariant de opleidingscapaciteit van de dermatologen met 129% moet stijgen en die van de oogartsen met 200%. In de variant met 5% arbeidstijdverkorting zijn er 8 specialismen, die meer dan verdubbelen moeten, waaronder de moederdiscipline interne geneeskunde.

Zes specialismen geen extra plaatsen, wel autonome groei

Bij zes groepen behoeft volgens de berekeningen in geen enkele variant de huidige instroom opgehoogd te worden. Deze worden hieronder nog eens gepresenteerd en voorzien van het groeicijfer volgens tabel 5. Het percentage duidt de groei ten opzichte van 1999 aan van het aantal fte's van werkzame specialisten in 2010, als de huidige opleidingscapaciteit gehandhaafd blijft.

	groei in tien jaar
klinisch geriaters:	131%
klinisch genetici:	49%
revalidatieartsen:	49%
plastisch chirurgen:	37%
neurochirurgen:	37%
kinderartsen:	25%

Overigens groeien nog een achttal specialismen meer dan het gemiddelde van 16% bij continuering van de instroom van 1999. Het is dan ook niet toevallig, dat zij behoren bij de groep, die een geringe ophoging van de opleidingscapaciteit nodig heeft. De thoraxchirurgen, de reumatologen en de radiotherapeuten zullen met hun huidige instroom met meer dan 25% in omvang toenemen.

5. Beschouwing

Bovenstaande resultaten op hoofdlijnen tonen aan, dat het model en de achterliggende berekeningen leiden tot onderscheiden groeicijfers per specialisme. Een zestal specialismen behoeft zelfs geen plaatsen extra. Het onderliggend rapport van NIVEL/Prismant spreekt in dit verband bij de diverse varianten rekenkundig over “overschotten”, die zouden kunnen ontstaan. Bij de gevoerde gesprekken heeft menige wetenschappelijke vereniging van een specialisme hierover wrevel laten blijken, niet het minst als zij voornemens waren om hun opleidingscapaciteit juist nog verder te verhogen. Reden temeer nog eens kritisch het model en de berekeningen onder de loep te nemen.

Interacties tussen specialismen

In het Capaciteitsplan 2001 is gesteld, dat het model bruikbaar is gebleken. Er is toen al gewezen op mogelijke complicaties, waaronder interacties tussen beroepsgroepen. Toen zijn enkele mogelijke interacties tussen Kamers aangeduid, zoals tussen huisartsen en verpleeghuisartsen op het terrein van verzorgingshuizen. Deze complicatie is nu uiteraard zichtbaar geworden voor de Kamer Medisch Specialisten, waar 27 specialismen aan de orde waren! De klassieke voorbeelden van verbanden zijn te vinden tussen de moederdisciplines interne geneeskunde en algemene chirurgie enerzijds en de hieruit ontwikkelde andere beschouwende en snijdende specialismen anderzijds. Dit is veelal nog steeds zichtbaar in de opleidingsfase, waar deze aftakkingen nog bijna altijd enige tijd de algemene chirurgie of interne moeten doorlopen: de zogenaamde vooropleiding. De huidige, onderlinge verhouding tussen de specialismen is het resultaat van een complex, historisch proces. Zeker is, dat dit uitgebalanceerde evenwicht van nu zal verschuiven naar de toekomst. Dit soort interacties is niet meegenomen in de huidige berekening. De fijnmazige status quo is als uitgangspunt genomen. Zoals ook vaak herhaald in het Capaciteitsplan 2001, is er gewerkt “bij verder ongewijzigd beleid”. De vraag is, of dit voor de uitkomsten betekenis heeft. Het Capaciteitsorgaan heeft als focus of de vraag naar zorg wel opgevangen zal worden. Ook nu zijn er in de praktijk van alle dag hulpmiddelen om fluctuaties op te vangen, juist door overlap tussen specialismen. De kwestie is dan veel meer of het systeem voldoende flexibel is om verschuivingen naar de toekomst op te vangen.

Specialisatie en superspecialisatie

In het verlengde van de interacties tussen specialismen is nog een aspect van belang. Er is weliswaar voor 27 specialismen een raming gemaakt, maar er zijn echter momenteel meer specialismen formeel erkend. De twee kleinere specialismen allergologie en klinische chemie zijn niet meegenomen. Er worden voor deze vakken namelijk geen nieuwe assistenten meer in opleiding genomen. Het is een klein voorbeeld van de dynamiek, die er ook de komende tien jaar nog kan zijn in de erkenning van specialismen. Specialismen verdwijnen en kunnen opkomen, zoals er ook in Europees verband nog grote verschillen bestaan. Een apart vraagstuk vormen de superspecialisaties. Deze zouden zich tot een volwaardig erkend specialisme

kunnen ontwikkelen. Ook hier zou voor gepland kunnen worden. Het is zeer de vraag of deze detaillering zinvol is. Dit type werkverdeling kan beter aan het operationele vlak overgelaten worden. Centrale planning op landelijk niveau kan immers gemakkelijk tot rigiditeit leiden.

Bij een enkel vak tot slot wordt publiek gespeculeerd over een nieuwe indeling en nieuwe allianties. Ook dit lijkt niet ernstig voor de uitkomsten. Besluitvormingsprocessen op dit gebied verlopen namelijk langzaam. Op deze grond mag wel aangenomen worden, dat er voor de periode tot 2010 geen grote veranderingen te verwachten zijn.

Samenvattend geldt hier dat detaillering niet zinvol is. De planning voor de huidige 27 specialismen is uitsluitend een weerspiegeling van de huidige situatie.

Vakontwikkeling

Zoals hier boven al aangegeven, is de huidige samenstelling, van waaruit gerekend is, een momentopname. Aangevoerd kan worden, dat aldus geen rekening gehouden is met specifieke vakontwikkelingen. Er zijn specialismen, die momenteel een sterke toename hebben van hun wetenschappelijke grondslagen en daarmee nieuwe beloftes hebben voor de (nabije) toekomst. Enkele verwachten hierdoor in de komende vijf jaar, net als de afgelopen vijf jaar, te verdubbelen. Het betreft dan vooral de vakken met minder dan twee honderd geregistreerde specialisten. Verwant hieraan is de stelling, dat deze specialismen op een overgang zitten om zich meer te spreiden naar gewone ziekenhuizen. Zij voorzien dan een patroon, zoals in het verleden de longartsen en cardiologen doorlopen hebben. Ieder zich respecterend ziekenhuis heeft deze twee specialismen aangetrokken.

Methodisch kan gesteld worden, dat vakontwikkeling wel degelijk van belang is en dat er naar de toekomst hiervoor een aanvullende aanpak welkom is.

Voor de getalsmatige uitkomsten kan voorlopig gewezen worden op het gegeven, dat dit type specialismen autonoom al sterk groeit. Zij hebben hun eigen toekomst al georganiseerd door een grote opleidingscapaciteit ten opzichte van het aantal werkenden.

Beleid

Bovenstaande mogelijke trends in de ontwikkeling van een vak zitten dicht tegen beleid aan. In de huidige opleidingscapaciteit zit eigenlijk beleid opgesloten van de betreffende verenigingen van specialisten, zowel bij een ruime als krappe capaciteit. In het eerste geval is ook vaak sprake van ondersteuning van de overheid, koepels of derden, die opleidingsplaatsen financieren. Zo worden van de klinisch geriater zes van de twaalf opleidingsplaatsen door VWS gesubsidieerd. Maar ook bij krapte heeft VWS regelingen getroffen om groei te bevorderen, zoals bij de oogheelkunde. Het hoort niet bij de opdracht van het Capaciteitsorgaan om beleid te maken. Er is bij deze uitsplitsing, evenals bij het algemene plan ook geen rekening gehouden met extern beleid. Wel is door het uitgangspunt om "bij ongewijzigd beleid" te rekenen, de consequentie, dat subsidieregelingen voorlopig doorgaan.

Een andere vorm van beleid zijn de speciale planningsbesluiten van VWS in samenhang met hoogwaardige zorg en vaak grote investeringen. Het

Capaciteitsorgaan is door VWS expliciet gevraagd te kijken naar het besluit voor de neurochirurgie en met name of de daarvoor aangenomen groei naar 120 neurochirurgen al in 2005 past binnen de raming van het Capaciteitsorgaan. Voorts is via de wetenschappelijke verenigingen gemeld, dat er een besluit ligt voor de radiotherapie en de neonatologie. Ook hier geldt, wat boven al gesteld is: er is in deze ronde bewust nog niet gewerkt met invoer van extern beleid.

Klopt leeftijdsverdeling van productiecijfers?

Ook met de variabelen in het model kan iets aan de hand zijn. De demografie van de bevolking mag dan hard genoemd zijn, toch kan er een vertekening ingeslopen zijn met name bij de noodzakelijke koppeling aan productiecijfers. Bij verschuiving de komende tien jaar tussen poli en kliniek, of omgekeerd, is het risico te weinig geraamd te hebben, afgedekt door het hoogste percentage te nemen. Enkele specialismen hebben gewezen op een recente verschuiving in de productiecijfers. In dit soort gevallen is gekeken of in de jaren voor 1999 al van een zekere trend sprake is. Tot nu toe zijn deze nog niet gevonden in de beschikbare getallen. Voor een enkele specialisme ontbraken nog landelijke cijfers. Voor de klinische geriatrie bijvoorbeeld is gebruik gemaakt van regionale cijfers. Of hier met het hoge getal de juiste aanname gedaan is, zal later blijken. Het zou kunnen afhangen van de verdere ontwikkeling van dit vak. Zet de trend door, dat huisartsen rechtstreeks verwijzen naar de geriater, waar juist nog wat minder oudere patiënten op de poli onder vallen, of ontwikkelt dit specialisme zich primair voor interne consulten preoperatief naar de snijdende collega's, als oogartsen voor staaroperaties en orthopeden voor een heupoperatie bij de echt oudere patiënten? Door de hogere percentages te nemen is het risico van een te lage berekening voor dit aspect gering.

Keuze CBS bevolkingsprognose

Een apart probleem kan zijn, of voor de juiste bevolkingsprognose gekozen is door de CBS middenvariant te nemen. Ramen blijft altijd voor een deel kiezen, omdat het over de toekomst gaat die we nog niet kennen. Afwijkingen kunnen vooral spelen bij de prognoses voor geboortes. Immers de andere leeftijdsgroepen zijn al bekend en voor hen spelen de wat stabielere sterftcijfers. Ook de totale omvang van de bevolking kan nog veranderen door migratie. Voor dit soort afwijkingen kan op jaarbasis bezien worden of er bijgesteld moet worden.

Kleine specialismen minder voorspelbaar

Voor kleinere, en daarmee ook vaak jongere, specialismen is het minder goed te voorspellen, hoe de ontwikkeling van bijvoorbeeld de bezetting van opleidingsplaatsen zal verlopen. Bij de genetica bijvoorbeeld is er enkele jaren sprake geweest van een onderbezetting. De keuze, om geen verwachtingen naar de (nabije) toekomst op te nemen, is consequent volgehouden. Voor de klinische genetica betekent dit overigens, dat ze vermoedelijk nog wat hoger uitkomen. Ook is bij dit type kleinere specialismen het interne rendement niet stabiel. Uitval gedurende de opleiding van enkele assistenten heeft dan procentueel grote

gevolgen. Ook hier gaat op, dat er op jaarbasis bijgesteld kan worden door voortschrijdend inzicht.

Onvervulde vraag uniform gehouden

Van de zachte variabelen is het vaste percentage van 5% voor onvervulde vraag veel besproken. Het zal duidelijk zijn, dat in sommige vakken er meer vacatures zichtbaar zijn dan in andere. Ook de wachtlijsten zijn niet even lang en bestaan in sommige specialismen formeel zelfs niet, met name niet bij enkele, echt ondersteunende specialismen. Ook sub-optimaal werken zal gedifferentieerder liggen, dan is aangenomen. Hier gaan twee afwegingen op. Allereerst wordt in herinnering gebracht, dat gerekend is met de lage verwachting. Als specialismen in de consultatieronde op dit punt wezen, is het denkbaar, dat het werkelijke percentage hoger ligt dan de gekozen variant van 5%. Mogelijk dat hier nader onderzoek naar gedaan wordt.

Werkproces vraagt om detaillering

Ook bij de combinatie van factoren in het werkproces met onderdelen als substitutie, efficiency en technologie zijn nuances aan te brengen per specialisme. Dan moet zeer gedetailleerd gekeken worden naar handelingen en taakdifferentiatie. Het is de vraag of deze inspanning voor 27 specialismen dat waard is.

Over het algemeen is men niet erg optimistisch over slaagkansen voor de eerste twee elementen op korte termijn. Anders ligt dit voor technologieontwikkeling. Technologie is dan breed opgevat en niet alleen ICT. Het is toegenomen kennis, ook beschikbaar komend van buiten. Veelal is dit wel gekoppeld aan vakontwikkelingen, waar men, zoals boven al besproken, een trendmatige groei aan ontleent. Het speelt in bijna ieder vak, vooral gelieerd aan de industrie. Het kan echter ook zijn, dat een bepaalde technologie in de loop van tien jaar sterk vereenvoudigd en (voorzien van beslisbomen en ICT) breder beschikbaar komt. Bepaalde vakken kunnen zo zelfs weer op onderdelen gaan afnemen.

Ook hier geldt afrondend, dat juist omdat er voor een kleine daling is gekozen voor het geheel van substitutie en efficiency van 5%, er eerder sprake is van onderschatting dan overschatting en dat daarmee met dit percentage voor alle specialismen gerekend kan worden.

Toename vraag grillig per specialisme

Tot slot is van de drie zachte variabelen de sociaal culturele ontwikkeling ook moeilijk objectief te nuanceren per specialisme. Sommige vakken met goede allianties met patiëntenverenigingen, fondsen en media springen mogelijk uit boven het algemeen percentage van 10%. Zo kan het zijn, dat met 10%, als lage variant, de groei van de vraag over de hele linie bescheiden is ingeschat.

Feminisatie van invloed op daling arbeidstijd?

Rest nog de vraag, of de algemeen toegepaste scenario's voor arbeidstijddaling van 2,5 en 5% voor alle groepen gelijkmatig van toepassing zijn. Het gaat hier bovendien om een factor, die van groot belang is voor de opleidingscapaciteit. De kernvraag is hier, of de daling, dan wel de eventuele stijging van de arbeidstijd voor alle specialismen

gelijkelijk opgaat. Hiervoor zijn een tweetal mogelijke verschuivingen nader afgewogen, die niet voor alle groepen gelijk hoeft op te gaan: de toename van het aantal vrouwen, en een mogelijke overgang van vrije vestiging naar dienstverband. De omslag naar meer vrouwen lijkt een bredere culturele verandering met zich mee te brengen, waardoor ook mannen minder gaan werken dan voorheen. Dan nog is vermoedelijk sprake van behoorlijk stevige werkweken, maar normaler ten opzichte van andere sectoren. Consequent door redenerend kan het zijn, dat juist bij vakken, die al langer veel vrouwen tellen, dit effect minder zal optreden dan bij de specialismen, die net aan de feminisatie begonnen zijn. Van de grotere specialismen zouden dan de kinderartsen en de gynaecologen minder beïnvloed worden door verkorting van arbeidstijd dan andere specialismen. Mogelijk moet hier in een volgende ronde toch wat gecorrigeerd worden.

Daling arbeidstijd beïnvloed door overgang naar dienstverband?

Het tweede aspect is echter minstens zo belangrijk. Er bestaat vermoedelijk al een trend bij jongeren om meer in dienstverband te gaan dan in het verleden. Waarschijnlijk heeft dit wel enig effect op de werkelijke uren in de zorg. Belangrijker lijkt echter de cultuur in een ziekenhuis, een afdeling, een vak. In dit kader is het voor de medisch specialisten dan ook nog weinig zinvol om met de officiële CAO's in de hand de uren in te voeren. Er zijn aanwijzingen, dat er een mechanisme bestaat, dat bij groei van het aanbod er geleidelijk meer mogelijkheden komen om minder uren te maken en tegelijk wat meer tijd per patiënt te gaan besteden. Daarmee is de paradox inzichtelijk, dat uitbreiding van capaciteit juist nog meer uitbreiding vraagt, omdat hierdoor normalisatie van arbeidstijd mogelijk wordt. Als een fte werkelijk voor ongeveer 45 uur per week staat, dan is de trend naar beneden een echte normalisatie ten opzichte van de meeste andere maatschappelijke sectoren. Nader empirisch onderzoek naar de werkelijke tijdsbesteding kan hier verheldering brengen. Bij ontbreken van gedifferentieerde gegevens lijkt de algemene toepassing van de 5% het meest acceptabel.

Effect van nieuwe dienstverbandarrangementen en goodwillregeling

De Kamer Medisch Specialisten is van oordeel, dat de komende arrangementen voor dienstverbanden en de goodwill extra gevolgen kunnen hebben voor arbeidstijd. Voor het Capaciteitsplan 2002 wordt een aanvullend scenario overwogen, waarbij die specialismen met nu veel vrije vestiging en een mogelijk sterkere drang tot overgang naar een dienstverband in aanmerking komen voor een hogere variant voor arbeidstijdverkorting.

Inspanning uitbreiding opleidingen afgezet tegen effect in 2010

De verandering naar 2010 in het aantal fte's volgens de varianten staat vermeld in tabel 9. Deze wordt hieronder nog eens kort gememoreerd in de tweede kolom, lopend van 16 tot 28%. De daarvoor benodigde groei van de instroom in de eerste kolom loopt volgens tabel 7 van 25 tot 71%.

	groei opleiding	groei fte's
Basisvariant:	25%	16%
Lage combinatievariant:	44%	22%
Idem + 2,5% arbeidstijdverkorting:	56%	25%
Idem + 5% arbeidstijdverkorting:	71%	28%

Hieruit is direct af te leiden, dat er met sprongen grotere inspanningen geleverd moeten worden en dat de groei van het aantal fte's bescheidener is en veel vlakker verloopt.

Internationale vergelijking?

Niet zelden wordt gesteld, dat Nederland in internationale vergelijkingen achter loopt in de artsendichtheid. Menig auteur kiest de statistieken dan zo, dat Nederland wordt neergezet als ontwikkelingsland. Gemakkelijk wordt dan gesproken over verdubbeling van het aantal huisartsen of zo'n 50% meer specialisten. Uit bovenstaande valt af te leiden, dat dergelijke uitspraken een enorme uitbreiding van de opleiding vragen. Het veel bescheidener effect hierboven tot 28% wordt bovendien pas na 10 jaar bereikt. Het is gevaarlijk dit soort complexe getallen in internationaal perspectief te vergelijken. Het is al een grote inspanning geweest om voor Nederland betrouwbare informatie te verzamelen om redelijk goed te benaderen, hoeveel artsen van diverse soorten er werkzaam zijn en hoeveel ze werken. Verstandiger lijkt het dan te kijken per specialisme. Het zal na bovenstaande niet verbazen, dat bijvoorbeeld Duitsland of België over ruim twee keer zoveel oogartsen beschikt. Maar ook dit getal kan niet goed geïnterpreteerd worden, zonder nader te onderzoeken welke andere disciplines zich met dezelfde categorie cliënten/patiënten bezig houden.

Internationale vergelijking is gevaarlijk zonder nader studie van de handelingen van artsen en verwante disciplines, de inbedding in het zorgstelsel en de onderliggende cultuur aan de vraagkant.

Gevolgen aantal medisch studenten

In de berekening in het Capaciteitsplan 2001 voor de aantallen eerstejaars studenten vanuit het perspectief van de vervolgopleidingen, kwam een bandbreedte van ongeveer 2900 tot 3200 naar voren.

In hetzelfde plan is geschreven, dat een ophoging van het aantal studenten de eerst komende jaren geen betekenis heeft voor de medisch specialisten voor het te bereiken evenwicht in vraag en aanbod in 2010. De opleidingsduur is voor deze groep immers gemiddeld ruim vijf jaar en die van de basisopleiding zes jaar. Ook het recente kabinetsbesluit om al eerder honderden studenten vanaf 2002 te laten instromen, zal daarom pas na 2010 van betekenis zijn.

In deze uitsplitsing ligt de opleidingscapaciteit in iedere variant duidelijk hoger. De logische lijn is, dat dan ook het aantal studenten navenant hoger moet liggen. Het Capaciteitsorgaan heeft bij de eerdere getallen nader onderzoek naar de periode na 2010 aangekondigd. Het is een te zwaar maatschappelijk belang om op een eenmalige meting tot een oordeel te komen.

6. Knelpunten

Is groei van meer dan 50 procent organisatorisch haalbaar ?

In het Capaciteitsplan 2001 is op basis van gezond verstand voorspeld, dat door enkele knelpunten de implementatie vertraagd zal verlopen. Er zijn bovendien vraagtekens gezet, of een groei van opleidingscapaciteiten van 50% of meer ook na verloop van tijd wel haalbaar is. Toen werden op clusterniveau met name de snijdende specialismen met 65% groei van de opleiding genoemd. Bij de huidige uitsplitsing doen groeipercentages van 50% of meer zich voor in de lage combinatievariant bij negen specialismen. In de variant met 5% arbeidstijdverkorting gaan al veertien specialismen boven de 50% uitkomen, waaronder acht uitschieters met meer dan 100%.

De registratiecommissie voor de medisch specialisten heeft op verzoek van de Minister mogelijkheden tot groei nader onderzocht en zal hierover rapporteren.

Vanuit het veld wordt aangedragen bestaande assistent geneeskundigen niet in opleiding (agnio's) om te zetten in assistenten wel in opleiding. Dit lijkt veelbelovend. De effecten hiervan echter op productie zouden wel eens per specialisme en per soort ziekenhuis uiteen kunnen lopen.

Voorts zal in dat geval de regelgeving van opleidingen door het betreffende college aangepast moeten worden. Als een specialist duidelijk meer assistenten onder zijn hoede heeft, zijn ook nieuwe onderwijsvormen nodig om het gewenste kwaliteitsniveau in ieder geval te kunnen handhaven. Hier zitten mogelijk ook oplossingen voor een eventueel tekort aan nieuwe opleiders c.q. het gevaar, dat deze aan de zorg onttrokken worden.

Een bijzondere complicatie zou ook kunnen zijn, dat bij veel beschouwende en snijdende vakken de capaciteit extra zal knellen, omdat ook dochterdisciplines door een deel van de moederopleiding geloodst moeten worden.

Tot slot is het de vraag of de drang tot superspecialisatie en daarna weer erkenning tot een specialisme het systeem niet stroperig maakt en daarmee minder flexibel naar de toekomst. Dit geldt mutatis mutandis ook voor de huidige waaier van 27 specialismen.

Zijn er voldoende basisartsen?

Naast dit soort organisatorische grenzen voor groei is ook de inschatting gedaan, dat er binnen enkele jaren zich te weinig assistenten zullen aanmelden. Bekend is, dat op jaarbasis de aanvoer uit de opleiding tot arts voor het totaal van alle vervolgoopleidingen te gering is, in ieder geval voor de lage combinatievariant met arbeidstijdverkorting. Hierbij is al rekening gehouden met de geleidelijke ophoging van de instroom van studenten in de jaren negentig en zogenaamde zij-instromers. Ook de zogenaamde pool van 6.000 artsen jonger dan veertig jaar, waaronder vermoedelijk iets minder dan een derde agnio's, zal betrekkelijk snel leeggehaald zijn. Het biedt vermoedelijk geen soelaas om gedurende zo'n vijf jaar achtereen de vervolgoopleidingen op het beoogde niveau te vullen. Er is dus sprake van een faseverschil tussen de behoefte aan assistenten volgens de berekeningen en de snelheid, waarmee dit ingevuld kan worden vanuit de basisopleiding. Bekend is verder, dat vanouds een vijftien procent niet doorstroomt naar een vervolgoopleiding. Momenteel loopt in opdracht van het Capaciteitsorgaan een

deelonderzoek naar de voorkeuren van net afgestudeerde artsen, waarover in maart 2002 de eerste rapportage zal volgen.

Beleidskeuzes veld en overheid

Het Capaciteitsorgaan zelf stelt de streefgetallen niet bij, zonder duidelijke beleidsinbreng. Beleid kan op zijn consequenties voor de opleidingscapaciteit nader doorgerekend worden. Bij de huisartsen, waar al vroeger aan ophoging begonnen is, wordt op betrekkelijk korte termijn een niveau van bijna 500 plaatsen op jaarbasis bereikt. Deze worden tot en met 2001 ook bezet. Dit is een groei ten opzichte van 1999 in enkele jaren van bijna 50%. Toch worden ook hier geluiden gehoord, dat verdere groei op grenzen zal gaan stuiten. Vanuit het besef dat meer capaciteit nodig is, en vanuit actuele knelpunten in het veld in deze sector, ontstaan sterke beleidsimpulsen om het werk fundamenteel anders te gaan organiseren. In het plan van 2002 zullen wij hier nader op in gaan.

Gaat de analogie voor de medisch specialisten op, dan is een groei tot 50% geleidelijk in de loop van de komende drie tot vier jaar voorstelbaar. Dit is een groei van 647 met 323 plaatsen naar 970, ongeveer tussen de lage combinatievariant en het scenario met 2,5% arbeidstijdverkorting in. Hoe dit per specialisme verloopt wordt daarbij in het midden gelaten.

Ook de Minister heeft beleidsvoornemens onder meer op het gebied van prikkels om arbeidstijdvermindering tegen te gaan. Verder zijn er beleidsvoornemens die de structuur en duur van de (vervolg)opleidingen nog kunnen veranderen.

Het faseverschil tussen de benodigde instroom in de vervolgopleiding en het aanbod van assistenten, lijkt op sommige plaatsen, bij een enkel specialisme al zichtbaar te worden. In ieder geval wordt bij een aantal specialismen een daling van de aantallen sollicitanten gemeld. Het is dan ook voorspelbaar, dat ook bij de medisch specialisten door praktische knelpunten beleidsimpulsen krachtiger zullen worden om met name de periode van toenemende spanning tussen vraag en aanbod vermoedelijk in de periode na 2005 te overbruggen.

Vanuit deze analyse is een haalbaarheidsscenario, gekoppeld aan enkele (mogelijke) beleidsmaatregelen, te ontwerpen. Hier komen we in maart 2002 zeker op terug, waarbij gepoogd zal worden enkele mogelijkheden ook grafisch weer te geven. Het spreekt voor zich, dat als deze lagere scenario's ook bestuurlijk gekozen worden, dat dan ook de aantallen studenten lager uit zullen komen. Hier staat tegenover, dat de uitstroom van specialisten na 2010 vermoedelijk nog wat zal toenemen evenals de vergrijzing van de bevolking. Het saldo van al deze bewegingen is nu nog onvoldoende helder om een onderbouwde conclusie te trekken.

7. Conclusies en signalen

Overwegingen

De algemene conclusies van het Capaciteitsplan 2001 van maart staan nog recht overeind en zijn voor de vervolgopleidingen van de medisch specialisten in enkele opzichten versterkt.

Allereerst volgen enkele algemene overwegingen.

- Veel specialismen hebben al beleid ontwikkeld, waardoor er al een behoorlijke tot sterke groei plaats vindt met de huidige opleidingscapaciteit.
- Het model levert bij verder ongewijzigd beleid een gedifferentieerd beeld op voor de diverse specialismen en daarmee in de benadering van grof naar fijn een eerste handvat voor de verdeling over de specialismen voor het komend jaar.
- Vakontwikkeling, als impuls naar de toekomst voor groei, verdient voor een vervolgronde nader aandacht.
- Bij de uniform gehouden percentages is regelmatig gewaarschuwd, dat de lage combinatie wel eens te laag zou kunnen zijn voor sommige specialismen.
- Bij ongewijzigd beleid en doorzetten van de harde en zachte ontwikkelingen is een (zeer) sterke verhoging van de capaciteiten van vervolgopleidingen nodig. In totaal is een stijging nodig bij de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan van 647 opleidingsplaatsen in het jaar 1999 naar 1.104 plaatsen, die ook daadwerkelijk bezet zouden moeten worden.
- Er tekent zich vertraging af bij de implementatie en er rijzen vraagtekens bij de hoogte die haalbaar is.
- Door het faseverschil tussen de wens tot groeien en de mogelijkheden, alleen al door te weinig aanbod van assistenten, is het aannemelijk, dat beleidsimpulsen om het werk anders te gaan structureren zullen toenemen.
- Dit laatste zal ook consequenties hebben voor de hoogte van de instroom in de initiële opleiding. Met name de hoogte en het aantal jaren, dat de instroom hoog moet blijven, vraagt nog nadere onderbouwing.
- De kans op een groot overschot is klein. Immers zelfs bij een zeer grote inspanning bij de opleidingen neemt de totale capaciteit in het veld veel vlakker toe.
- Bij een bescheiden overschot zal de mogelijkheid om artsen meer te kunnen selecteren alle partijen goed doen.
- Tot slot is ook een eventuele bescheiden werkloosheidspercentage een vorm van normalisatie, evenals het normaler wordt om na de universitaire opleiding tot arts in een andere sector of ander (Europees) land te gaan werken.

Conclusies

- Er is een maximale inspanning nodig van veld en overheid om de opleidingscapaciteit van veel specialismen sterk uit te breiden.
- Er is een hiërarchie in urgenties aangebracht, die kan dienen als een verdeelsleutel voor toekenning van extra plaatsen in het jaar 2002.
- Als er tussen nu en 2010 via een scala van beleidsmaatregelen meer zorgcapaciteit ter beschikking komt kan de planning mogelijk naar beneden bijgesteld worden.
- De bandbreedte voor de instroom naar de initiële opleiding van 2.900 tot 3.200

gaat rekenkundig wel wat omhoog, maar vraagt nog nader onderzoek.

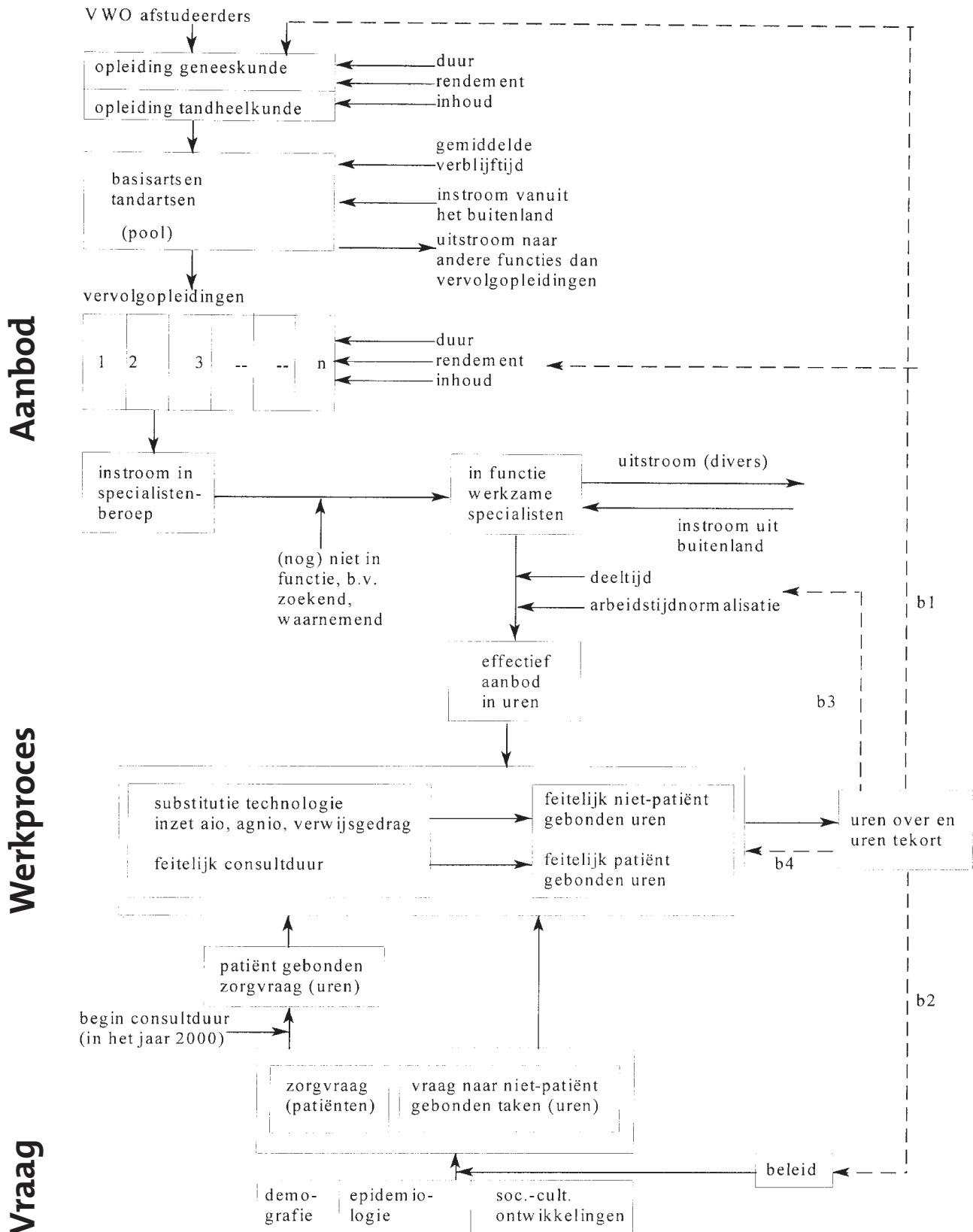
- Om risico's te voorkomen wordt aangeraden de ingezette (versnelde) ophoging door te zetten.

Signalen

Het Capaciteitsorgaan heeft door de combinatie van de drie veldpartijen een uniek overzicht verworven van knelpunten en geeft op grond hiervan telkens enkele signalen af voor beleidsmakers.

- Er is al vertraging bij de implementatie in 2001 opgetreden bij de eerste mogelijkheden tot uitbreiding. De overgang tussen planning en realisatie vraagt van veld en overheid nog veel extra aandacht.
- Voor een maximaal resultaat wordt opnieuw opgeroepen om het al in gang gezette beleid, gericht op knelpunten in de regelgeving rond de opleidingen met behoud van kwaliteit, verder door te zetten.
- Aanvullend hierop wordt nu, naast flexibilisering van de regelgeving van de opleidingen, ook gepleit voor ontschotting tussen specialismen. De ontwikkeling van de vraag naar, en de kennis per specialisme is namelijk moeilijk voorspelbaar, terwijl men wel weet dat deze verandert. Overgangen moeten derhalve soepeler kunnen verlopen. Hierin passen ideeën over een meer generalistische basisopleiding. Deze zal voor veel handelingen voldoende zijn en ook voor een deel van de basisartsen aantrekkelijk zijn. Zo kan later voor een kopopleiding gekozen worden in richtingen die dan nodig zijn.
- Als ook partijen door de uitkomsten van deze gedetailleerde raming zich realiseren, dat opleiden alleen niet voldoende is, kunnen door allerlei beleidsmaatregelen mogelijke tekorten nog voorkomen worden. Vooral substitutie kan dan serieuzer genomen gaan worden en een hogere vlucht gaan nemen.
- Een aparte zorg is nog, dat de vervolgoopleidingen voor medisch specialisten zich niet kunnen verheugen in een evenredige belangstelling van afgestudeerde artsen. Met name vrouwelijke artsen kiezen volgens literatuuronderzoek in grote mate voor een goede combinatie tussen werk en privé. Wil men de plaatsen bij specialismen goed gevuld krijgen, dan zullen betrokken partijen hierop moeten inspelen. Het aandeel vrouwen neemt immers absoluut en relatief toe.

Figuur 1: model



Tabel 1: demografische verandering in de zorgvraag tot aan 2010 per beroepsgroep

Beroepsgroep	Verandering in poliklinische zorgvraag	Verandering in klinische zorgvraag	Verandering in totale zorgvraag
BESCHOUWENDE SPECIALISMEN			
Internisten	14%	15%	15%
Longartsen	15%	16%	16%
Cardiologen	18%	19%	19%
Reumatologen	13%	15%	15%
Gastro-enterologen	12%	14%	14%
Kinderartsen	-2%	-5%	-2%
Klinisch gerieters	20%	30%	30%
Dermatologen	9%	12%	12%
Neurologen	11%	13%	13%
Subtotaal besch. spec.	11%	12%	12%
<i>Raming cluster besch. spec.</i>	12%	12%	12%
SNIJDENDE SPECIALISMEN			
Chirurgen	7%	12%	12%
Orthopaeden	9%	12%	12%
Urologen	12%	15%	15%
Plastisch chirurgen	7%	6%	7%
Neurochirurgen	10%	9%	10%
Thoraxchirurgen	19%	18%	19%
Gynaecologen	-3%	-8%	-3%
Oogartsen	13%	16%	16%
KNO-artsen	8%	3%	8%
Anaesthesiologen	11%	13%	13%
Subtotaal snijd. spec.	8%	11%	10%
<i>Raming cluster snijd. spec.</i>	8%	6%	8%
ONDERSTEUNENDE/OVERIGE SPECIALISMEN			
Klinisch genetici	3%	3%	3%
Medisch microbiologen	10%	10%	10%
Nucleair geneeskundigen	12%	12%	12%
Pathologen	11%	11%	11%
Radiologen	12%	12%	12%
Radiotherapeuten	19%	19%	19%
Revalidatiegeneeskundigen	8%	12%	12%
Subtotaal ond./ov. spec.	11%	12%	12%
<i>Raming cluster ond./ov. spec.</i>	10%	10%	10%
PSYCHIATRIE			
Psychiatrie	4%	4%	4%
Subtotaal psychiatrie	4%	4%	4%
<i>Raming cluster psychiatrie</i>	4%	4%	4%
MEDISCHE SPECIALISMEN			
Totaal med. spec.	9%	10%	10%
<i>Totaal raming per cluster</i>	9%	9%	9%

Nb: de regels 'Raming cluster', betreffen de gegevens uit het in maart 2001 uitgekomen rapport 'Vraag en aanbod artsen'

Tabel 2: leeftijdsverdeling huidige aanbod en verwachte uitstroom tot 2010 per beroepsgroep

Beroepsgroep	Huidige aandeel mannelijke werkzame specialisten ouder dan 50 jaar	Huidige aandeel vrouwelijke werkzame specialisten ouder dan 50 jaar	Huidige aandeel werkzame specialisten ouder dan 50 jaar	Verwachte uitstroom van mannen (nu ouder dan 52 jaar, c.q straks 62 jaar)	Verwachte uitstroom van vrouwen (nu ouder dan 48 jaar, c.q. straks 58 jaar)	Verwachte Uitstroom Van Werkzame specialisten
BESCHOUWENDE SPECIALISMEN						
Internisten	42%	19%	37%	33%	27%	32%
Longartsen	34%	27%	33%	23%	38%	25%
Cardiologen	38%	27%	37%	27%	36%	28%
Reumatologen	37%	30%	35%	26%	35%	29%
Gastro-enterologen	33%	12%	31%	26%	12%	25%
Kinderartsen	44%	18%	33%	33%	27%	31%
Klinisch gerieters	16%	9%	13%	13%	22%	18%
Dermatologen	43%	21%	37%	33%	28%	31%
Neurologen	44%	25%	41%	33%	33%	33%
Subtotaal besch. spec.	40%	20%	36%	31%	29%	30%
<i>Raming cluster besch. spec.</i>	40%	21%	36%	30%	28%	30%
SNIJDENDE SPECIALISMEN						
Chirurgen	51%	15%	49%	43%	20%	42%
Orthopaeden	46%	8%	45%	37%	17%	37%
Urologen	41%	0%	40%	32%	0%	32%
Plastisch chirurgen	43%	31%	41%	36%	47%	37%
Neurochirurgen	39%	17%	37%	33%	25%	33%
Thoraxchirurgen	36%	41%	36%	28%	41%	29%
Gynaecologen	56%	12%	44%	46%	16%	39%
Oogartsen	39%	24%	34%	32%	25%	30%
KNO-artsen	46%	8%	43%	39%	11%	37%
Anaesthesiologen	38%	32%	37%	28%	38%	30%
Subtotaal snijd. spec.	45%	22%	42%	37%	26%	35%
<i>Raming cluster snijd. spec.</i>	45%	22%	42%	37%	26%	35%
ONDERSTEUNENDE/OVERIGE SPECIALISMEN						
Klinisch genetici	22%	7%	13%	20%	7%	12%
Medisch microbiologen	27%	20%	24%	21%	27%	23%
Nucleair geneeskundigen	38%	27%	35%	31%	27%	30%
Pathologen	43%	20%	38%	38%	26%	35%
Radiologen	44%	21%	41%	38%	26%	36%
Radiotherapeuten	34%	20%	29%	28%	23%	26%
Revalidatiegeneeskundigen	34%	19%	29%	28%	26%	27%
Subtotaal ond./ov. spec.	39%	19%	35%	34%	24%	31%
<i>Raming cluster ond./ov. spec.</i>	39%	20%	34%	33%	24%	31%
PSYCHIATRIE						
Psychiatrie	43%	22%	37%	36%	18%	31%
Subtotaal psychiatrie	43%	22%	37%	36%	18%	31%
<i>Raming cluster psychiatrie</i>	43%	22%	37%	36%	18%	31%
MEDISCHE SPECIALISMEN						
Totaal med. spec.	43%	12%	36%	34%	25%	32%
<i>Totaal raming per cluster</i>	42%	13%	36%	34%	25%	32%

Nb: de regels 'Raming cluster', betreffen de gegevens uit het in maart 2001 uitgekomen rapport 'Vraag en aanbod artsen'

Tabel 3: gegevens huidige aanbod per beroepsgroep

Beroepsgroep	Huidige aantal werkzame specialisten	Huidige aandeel vrouwen bij werkzame specialisten	Huidige aantal FTE per man	Huidige aantal FTE per vrouw	Huidige aantal FTE per arts	Huidige aantal FTE van werkzame specialisten
BESCHOUWENDE SPECIALISMEN						
Internisten	1.539	23,0%	0,98	0,85	0,95	1.462,2
Longartsen	362	16,0%	0,98	0,80	0,95	344,3
Cardiologen	577	9,4%	0,97	0,79	0,96	551,8
Reumatologen	159	27,7%	0,97	0,79	0,92	146,92
Gastro-enterologen	171	9,4%	0,97	0,79	0,96	163,5
Kinderartsen	894	42,2%	0,97	0,76	0,88	788,0
Klinisch geriaters	79	49,4%	0,97	0,79	0,88	69,9
Dermatologen	312	29,2%	0,95	0,75	0,89	278,2
Neurologen	598	18,9%	0,97	0,76	0,93	556,3
Subtotaal besch. Spec.	4.691	24,4%	0,97	0,79	0,93	4.360,5
<i>Raming cluster besch. spec.</i>	4.694	24,3%	0,97	0,79	0,93	4.363,4
SNIJDENDE SPECIALISMEN						
Chirurgen	855	5,4%	0,98	0,79	0,97	829,2
Orthopaeden	419	2,9%	0,98	0,79	0,97	408,3
Urologen	261	1,5%	0,96	0,79	0,95	248,6
Plastisch chirurgen	144	11,1%	0,94	0,77	0,92	132,6
Neurochirurgen	86	5,8%	0,96	0,79	0,95	81,3
Thoraxchirurgen	92	4,3%	0,96	0,79	0,95	87,2
Gynaecologen	700	25,4%	0,94	0,83	0,91	638,4
Oogartsen	509	30,5%	0,89	0,76	0,85	432,9
KNO-artsen	383	8,1%	0,91	0,72	0,89	342,6
Anaesthesiologen	941	22,3%	0,98	0,80	0,94	884,4
Subtotaal snijd. Spec.	4.390	15,1%	0,96	0,79	0,93	4.085,6
<i>Raming cluster snijd. spec.</i>	4.382	15,3%	0,96	0,79	0,93	4.076,3
ONDERSTEUNENDE/OVERIGE SPECIALISMEN						
Klinisch genetici	61	59,0%	0,94	0,80	0,86	52,3
Medisch microbiologen	173	34,7%	1,00	0,94	0,98	169,4
Nucleair geneeskundigen	109	21,1%	0,97	0,84	0,94	103,0
Pathologen	289	23,2%	0,95	0,85	0,92	267,3
Radiologen	730	12,7%	0,98	0,82	0,96	700,5
Radiotherapeuten	150	33,3%	0,97	0,80	0,91	137,0
Revalidatiegeneeskundigen	273	38,1%	0,97	0,82	0,91	249,2
Subtotaal ond./ov. spec.	1.785	24,3%	0,97	0,84	0,94	1.678,7
<i>Raming cluster ond./ov. spec.</i>	1.797	23,7%	0,97	0,84	0,94	1.691,9
PSYCHIATRIE						
Psychiatrie	1.910	30,4%	0,92	0,77	0,87	1.673,7
Subtotaal psychiatrie	1.910	30,4%	0,92	0,77	0,87	1.673,7
<i>Raming cluster psychiatrie</i>	1.910	30,4%	0,92	0,77	0,87	1.673,7
MEDISCHE SPECIALISMEN						
Totaal med. spec.	12.776	22,0%	0,96	0,80	0,92	11.798,5
<i>Totaal raming per cluster</i>	12.783	22,0%	0,96	0,80	0,92	11.805,2

Nb: de regels 'Raming cluster', betreffen de gegevens uit het in maart 2001 uitgekomen rapport 'Vraag en aanbod artsen'

Tabel 4: gegevens huidige en toekomstige specialisten in opleiding per beroepsgroep

Beroepsgroep	Gerealiseerde instroom in de opleiding per jaar t/m basisjaar	Aandeel vrouwen bij specialisten in opleiding t/m basisjaar	Verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf basisjaar (= huidige instroom)	Aandeel vrouwen bij specialisten in opleiding vanaf basisjaar
BESCHOUWENDE SPECIALISMEN				
Internisten	73,2	47,0%	73,2	52,0%
Longartsen	18,3	36,0%	18,3	41,0%
Cardiologen	25,3	23,0%	25,3	28,0%
Reumatologen	9,3	57,0%	9,3	62,0%
Gastro-enterologen	8,0	46,0%	8,0	51,0%
Kinderartsen	55,0	71,0%	55,0	76,0%
Klinisch geriaters	12,3	65,0%	12,3	70,0%
Dermatologen	10,2	51,0%	10,2	56,0%
Neurologen	27,5	49,0%	27,5	54,0%
Subtotaal besch. spec.	239,1	50,8%	239,1	55,8%
<i>Raming cluster besch. spec.</i>	<i>239,1</i>	<i>50,8%</i>	<i>239,1</i>	<i>55,8%</i>
SNIJDENDE SPECIALISMEN				
Chirurgen	52,3	30,0%	52,3	34,0%
Orthopaeden	23,0	13,0%	23,0	17,0%
Urologen	14,0	25,0%	14,0	29,0%
Plastisch chirurgen	11,0	28,0%	11,0	32,0%
Neurochirurgen	6,0	3,0%	6,0	7,0%
Thoraxchirurgen	5,5	27,0%	5,5	31,0%
Gynaecologen	37,3	67,0%	37,3	71,0%
Oogartsen	14,0	53,0%	14,0	57,0%
KNO-artsen	14,6	30,0%	14,6	34,0%
Anaesthesiologen	41,2	33,0%	41,2	37,0%
Subtotaal snijd. Spec.	218,9	35,3%	218,9	39,3%
<i>Raming cluster snijd. spec.</i>	<i>218,9</i>	<i>35,4%</i>	<i>218,9</i>	<i>39,4%</i>
ONDERSTEUNENDE/OVERIGE SPECIALISMEN				
Klinisch genetici	4,0	82,0%	4,0	88,0%
Medisch microbiologen	8,0	54,0%	8,0	60,0%
Nucleair geneeskundigen	5,5	38,0%	5,5	44,0%
Pathologen	12,4	59,0%	12,4	65,0%
Radiologen	29,2	31,0%	29,2	37,0%
Radiotherapeuten	8,0	50,0%	8,0	56,0%
Revalidatiegeneeskundigen	22,3	70,0%	22,3	75,0%
Subtotaal ond./ov. spec.	89,4	51,1%	89,4	56,8%
<i>Raming cluster ond./ov. spec.</i>	<i>93,4</i>	<i>50,5%</i>	<i>93,4</i>	<i>56,5%</i>
PSYCHIATRIE				
Psychiatrie	100,0	56,0%	100,0	60,0%
Subtotaal psychiatrie	100,0	56,0%	100,0	60,0%
<i>Raming cluster psychiatrie</i>	<i>100,0</i>	<i>56,0%</i>	<i>100,0</i>	<i>60,0%</i>
MEDISCHE SPECIALISMEN				
Totaal med. spec.	647,4	46,4%	647,4	51,0%
<i>Totaal raming per cluster</i>	<i>651,4</i>	<i>46,4%</i>	<i>651,4</i>	<i>51,0%</i>

Nb: de regels 'Raming cluster', betreffen de gegevens uit het in maart 2001 uitgekomen rapport 'Vraag en aanbod artsen'

Tabel 5: verandering aanbod per beroepsgroep bij huidige instroom

Beroepsgroep	Huidige	Toekomst.	Toename		Huidige	Toekomst.	Toename	
	aantal	aantal	in aantal	in aantal	aantal	aantal	in aantal	in aantal
	werkzame	werkzame	werkzame	werkzame	FTE van	FTE van	FTE van	FTE van
	specialisten	specialisten	specialisten	specialisten	specialisten	specialisten	specialisten	specialisten
			absoluut	Relatief			absoluut	relatief
BESCHOUWENDE SPECIALISMEN								
Internisten	1.539	1.784	245	15,9%	1.462,2	1.668,0	206	14,1%
Longartsen	362	453	91	25,2%	344,3	424,9	81	23,4%
Cardiologen	577	672	95	16,5%	551,8	635,4	84	15,2%
Reumatologen	159	207	48	30,0%	146,92	185,4	39	26,7%
Gastro-enterologen	171	210	39	22,6%	163,5	194,5	31	18,9%
Kinderartsen	894	1.162	268	30,0%	788,0	987,0	199	25,3%
Klinisch gerieters	79	186	107	136,0%	69,9	161,5	92	131,0%
Dermatologen	312	316	4	1,4%	278,2	276,5	-2	-0,6%
Neurologen	598	675	77	12,9%	556,3	609,3	53	9,5%
Subtotaal besch. spec.	4.691	5.665	974	20,8%	4.360,5	5.142,5	782	17,9%
<i>Raming cluster besch. spec.</i>	<i>4.694</i>	<i>5.685</i>	<i>991</i>	<i>21,1%</i>	<i>4.363,4</i>	<i>5.163,4</i>	<i>800</i>	<i>18,3%</i>
SNIJDENDE SPECIALISMEN								
Chirurgen	855	1.022	167	19,5%	829,2	961,6	132	16,0%
Orthopaeden	419	495	76	18,3%	408,3	476,5	68	16,7%
Urologen	261	319	58	22,3%	248,6	297,8	49	19,8%
Plastisch chirurgen	144	201	57	39,6%	132,6	181,7	49	37,0%
Neurochirurgen	86	118	32	36,9%	81,3	111,2	30	36,7%
Thoraxchirurgen	92	120	28	30,7%	87,2	111,9	25	28,3%
Gynaecologen	700	803	103	14,7%	638,4	710,4	72	11,3%
Oogartsen	509	499	-10	-1,9%	432,9	419,3	-14	-3,1%
KNO-artsen	383	386	3	0,8%	342,6	337,2	-5	-1,6%
Anaesthesiologen	941	1.073	132	14,0%	884,4	1.001,5	117	13,2%
Subtotaal snijd. Spec.	4.390	5.037	647	14,7%	4.085,6	4.609,0	523	12,8%
<i>Raming cluster snijd. spec.</i>	<i>4.382</i>	<i>5.025</i>	<i>643</i>	<i>14,7%</i>	<i>4.076,3</i>	<i>4.582,3</i>	<i>506</i>	<i>12,4%</i>
ONDERSTEUNENDE/OVERIGE SPECIALISMEN								
Klinisch genetici	61	93	32	52,0%	52,3	77,9	26	48,9%
Medisch microbiologen	173	212	39	22,4%	169,4	206,4	37	21,8%
Nucleair geneeskundigen	109	131	22	20,0%	103,0	122,0	19	18,5%
Pathologen	289	309	20	6,9%	267,3	280,9	14	5,1%
Radiologen	730	756	26	3,6%	700,5	713,8	13	1,9%
Radiotherapeuten	150	192	42	28,0%	137,0	172,4	35	25,9%
Revalidatiegeneeskundigen	273	418	145	53,2%	249,2	370,5	121	48,7%
Subtotaal ond./ov. spec.	1.785	2.111	326	18,2%	1.678,7	1.944,0	265	15,8%
<i>Raming cluster ond./ov. spec.</i>	<i>1.797</i>	<i>2.156</i>	<i>359</i>	<i>20,0%</i>	<i>1.691,9</i>	<i>1.992,6</i>	<i>301</i>	<i>17,8%</i>
PSYCHIATRIE								
Psychiatrie	1.910	2.304	394	20,6%	1.673,7	1.963,4	290	17,3%
Subtotaal psychiatrie	1.910	2.304	394	20,6%	1.673,7	1.963,4	290	17,3%
<i>Raming cluster psychiatrie</i>	<i>1.910</i>	<i>2.304</i>	<i>394</i>	<i>20,6%</i>	<i>1.673,7</i>	<i>1.963,4</i>	<i>290</i>	<i>17,3%</i>
MEDISCHE SPECIALISMEN								
Totaal med. spec.	12.776	15.117	2.341	18,3%	11.798,5	13.658,9	1.860	15,8%
<i>Totaal raming per cluster</i>	<i>12.783</i>	<i>15.169</i>	<i>2.386</i>	<i>18,7%</i>	<i>11.805,2</i>	<i>13.701,7</i>	<i>1.896</i>	<i>16,1%</i>

Nb: de regels 'Raming cluster', betreffen de gegevens uit het in maart 2001 uitgekomen rapport 'Vraag en aanbod artsen'

Tabel 6: huidige en benodigde instroom in de opleiding per beroepsgroep, zonder afbouw

Beroepsgroep	Huidige instroom per jaar	Benodigde instroom per jaar vanaf basisjaar voor basisvariant (demografische vraag en aanbod- ontwikkelingen + onvervulde vraag)	Benodigde instroom per jaar vanaf basisjaar voor laag/laag- combinatie- variant zonder arbeidstijd- verkortung	Benodigde instroom per jaar vanaf basisjaar voor laag/laag- combinatievariant met 2,5% arbeidstijd- verkortung	Benodigde instroom per jaar vanaf basisjaar voor laag/laag- combinatievariant met 5% arbeidstijd- verkortung
BESCHOUWENDE SPECIALISMEN					
Internisten	73,2	102,4	128,4	142,4	157,1
Longartsen	18,3	18,3	23,2	26,6	30,1
Cardiologen	25,3	40,3	50,3	55,7	61,4
Reumatologen	9,3	9,3	9,3	10,6	12,1
Gastro-enterologen	8,0	8,4	11,4	13,0	14,7
Kinderartsen	55,0	55,0	55,0	55,0	55,0
Klinisch gerieters	12,3	12,3	12,3	12,3	12,3
Dermatologen	10,2	23,3	27,5	29,8	32,2
Neurologen	27,5	42,5	52,8	58,3	64,2
Subtotaal besch. spec.	239,1	311,8	370,2	403,6	439,0
<i>Raming cluster besch. spec.</i>	239,1	239,0	310,0	349,0	391,0
SNIJDENDE SPECIALISMEN					
Chirurgen	52,3	56,0	70,3	78,0	86,1
Orthopaeden	23,0	23,8	30,6	34,2	38,1
Urologen	14,0	14,3	18,7	21,1	23,6
Plastisch chirurgen	11,0	11,0	11,0	11,0	11,0
Neurochirurgen	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Thoraxchirurgen	5,5	5,5	6,2	7,0	8,0
Gynaecologen	37,3	37,3	37,3	37,3	40,6
Oogartsen	14,0	42,1	49,0	52,7	56,6
KNO-artsen	14,6	27,4	32,3	34,9	37,7
Anaesthesiologen	41,2	52,0	64,3	71,0	77,9
Subtotaal snijd. Spec.	218,9	275,4	325,7	353,3	385,7
<i>Raming cluster snijd. spec.</i>	218,9	232,0	297,0	332,0	368,0
ONDERSTEUNENDE/OVERIGE SPECIALISMEN					
Klinisch genetici	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Medisch microbiologen	8,0	8,0	8,0	9,0	10,2
Nucleair geneeskundigen	5,5	5,5	6,5	7,1	7,8
Pathologen	12,4	19,7	23,5	25,5	27,6
Radiologen	29,2	54,7	64,3	69,5	74,9
Radiotherapeuten	8,0	8,0	9,6	10,7	11,9
Revalidatiegeneeskundigen	22,3	22,3	22,3	22,3	22,3
Subtotaal ond./ov. spec.	89,4	122,2	138,1	148,0	158,7
<i>Raming cluster ond./ov. spec.</i>	93,4	93,4	107,0	119,0	131,0
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie	100,0	100,0	100,0	108,0	121,0
Subtotaal psychiatrie	100,0	100,0	100,0	108,0	121,0
<i>Raming cluster psychiatrie</i>	100,0	100,0	100,0	108,0	121,0
MEDISCHE SPECIALISMEN					
Totaal med. spec.	647,4	809,4	934,1	1.013,0	1.104,4
<i>Totaal raming per cluster</i>	651,4	664,4	814,0	908,0	1.011,0

Nb: de regels 'Raming cluster', betreffen de gegevens uit het in maart 2001 uitgekomen rapport 'Vraag en aanbod artsen'

Tabel 7: benodigde verandering in de instroom per beroepsgroep ten opzichte van de huidige instroom, zonder afbouw

Beroepsgroep	Benodigde verandering instroom per jaar vanaf basisjaar voor basisvariant (demografische vraag en aanbod-ontwikkelingen + onvervulde vraag)		Benodigde verandering instroom per jaar vanaf basisjaar voor laag/laag-combinatievariant zonder arbeidstijdverkorting		Benodigde verandering instroom per jaar vanaf basisjaar voor laag/laag-combinatievariant met 2,5% arbeidstijdverkorting		Benodigde verandering instroom per jaar vanaf basisjaar voor laag/laag-combinatievariant met 5% arbeidstijdverkorting	
	absoluut	relatief	absoluut	relatief	absoluut	relatief	absoluut	relatief
BESCHOUWENDE SPECIALISMEN								
Internisten	29,2	40%	55,2	75%	69,2	94%	83,9	115%
Longartsen	0,0	0%	4,9	27%	8,3	45%	11,8	64%
Cardiologen	15,0	59%	25,0	99%	30,4	120%	36,1	143%
Reumatologen	0,0	0%	0,0	0%	1,3	13%	2,8	30%
Gastro-enterologen	0,4	5%	3,4	42%	5,0	62%	6,7	83%
Kinderartsen	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%
Klinisch geriaters	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%
Dermatologen	132,1	129%	17,3	170%	19,6	192%	22,0	215%
Neurologen	15,0	55%	25,3	92%	30,8	112%	36,7	133%
Subtotaal besch. spec.	72,7	30%	131,1	55%	164,5	69%	199,9	84%
<i>Raming cluster besch. spec.</i>	0,0	0%	71,0	30%	110,0	46%	152,0	64%
SNIJDENDE SPECIALISMEN								
Chirurgen	3,7	7%	18,0	34%	25,7	49%	33,8	65%
Orthopaeden	0,8	3%	7,6	33%	11,2	49%	15,1	66%
Urologen	0,3	2%	4,7	34%	7,1	51%	9,6	69%
Plastisch chirurgen	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%
Neurochirurgen	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%
Thoraxchirurgen	0,0	0%	0,7	12%	1,5	28%	2,5	45%
Gynaecologen	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%	3,3	9%
Oogartsen	28,1	200%	35,0	250%	38,7	277%	42,6	305%
KNO-artsen	12,8	87%	17,7	121%	20,3	139%	23,1	158%
Anaesthesiologen	10,8	26%	23,1	56%	29,8	72%	36,7	89%
Subtotaal snijd. Spec.	56,5	26%	106,8	49%	134,4	61%	166,8	76%
<i>Raming cluster snijd. spec.</i>	13,0	6%	78,0	36%	113,0	52%	149,0	68%
ONDERSTEUNENDE/OVERIGE SPECIALISMEN								
Klinisch genetici	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%
Medisch microbiologen	0,0	0%	0,0	0%	1,0	12%	2,2	27%
Nucleair geneeskundigen	0,0	0%	1,0	18%	1,6	29%	2,3	42%
Pathologen	7,3	59%	11,1	89%	13,1	105%	15,2	123%
Radiologen	25,5	87%	35,1	120%	40,3	138%	45,7	156%
Radiotherapeuten	0,0	0%	1,6	20%	2,7	34%	3,9	49%
Revalidatiegeneeskundigen	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%	0,0	0%
Subtotaal ond./ov. spec.	32,8	37%	48,7	55%	58,6	66%	69,3	78%
<i>Raming cluster ond./ov. spec.</i>	0,0	0%	14,0	15%	26,0	28%	38,0	41%
PSYCHIATRIE								
Psychiatrie	0,0	0%	0,0	0%	8,0	8%	21,0	21%
Subtotaal psychiatrie	0,0	0%	0,0	0%	8,0	8%	21,0	21%
<i>Raming cluster psychiatrie</i>	0,0	0%	0,0	0%	8,0	8%	21,0	21%
MEDISCHE SPECIALISMEN								
Totaal med. spec.	162,0	25%	286,7	44%	365,6	56%	457,0	71%
<i>Totaal raming per cluster</i>	13,0	2%	163,0	25%	257,0	39%	360,0	55%

Nb: de regels 'Raming cluster', betreffen de gegevens uit het in maart 2001 uitgekomen rapport 'Vraag en aanbod artsen'

Tabel 8: relatieve aandeel per beroepsgroep in de benodigde groei van de instroom, zonder afbouw

Beroepsgroep	Relatieve aandeel in de benodigde groei voor basisvariant (demografische vraag en aanbod-ontwikkelingen + onvervulde vraag)	Relatieve aandeel in de benodigde groei voor laag/laag-combinatievariant zonder arbeidstijdverkorting	Relatieve aandeel in de benodigde groei voor laag/laag-combinatievariant met 2,5% arbeidstijdverkorting	Relatieve aandeel in de benodigde groei voor laag/laag-combinatievariant met 5% arbeidstijdverkorting
BESCHOUWENDE SPECIALISMEN				
Internisten	18,0%	19,2%	19,9%	18,4%
Longartsen	0,0%	1,7%	2,3%	2,6%
Cardiologen	9,3%	8,7%	8,4%	7,9%
Reumatologen	0,0%	0,0%	0,3%	0,6%
Gastro-enterologen	0,2%	1,2%	1,4%	1,5%
Kinderartsen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Klinisch geriater	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Dermatologen	8,1%	6,0%	5,4%	4,8%
Neurologen	9,3%	8,8%	8,4%	8,0%
Subtotaal besch. spec.	44,9%	45,7%	45,0%	43,7%
<i>Raming cluster besch. spec.</i>	<i>0,0%</i>	<i>43,6%</i>	<i>42,8%</i>	<i>42,2%</i>
SNIJDENDE SPECIALISMEN				
Chirurgen	2,3%	6,3%	7,0%	7,4%
Orthopaeden	0,5%	2,6%	3,1%	3,3%
Urologen	0,2%	1,7%	1,9%	2,1%
Plastisch chirurg	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Neurochirurgen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Thoraxchirurgen	0,0%	0,2%	0,4%	0,5%
Gynaecologen	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%
Oogartsen	17,3%	12,2%	10,6%	9,3%
KNO-artsen	7,9%	6,2%	5,6%	5,1%
Anaesthesiologen	6,7%	8,1%	8,1%	8,0%
Subtotaal snijd. Spec.	34,9%	37,3%	36,8%	36,5%
<i>Raming cluster snijd. spec.</i>	<i>100,0%</i>	<i>47,9%</i>	<i>44,0%</i>	<i>41,4%</i>
ONDERSTEUNENDE/OVERIGE SPECIALISMEN				
Klinisch genetici	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Medisch microbiologen	0,0%	0,0%	0,3%	0,5%
Nucleair geneeskundigen	0,0%	0,3%	0,4%	0,5%
Pathologen	4,5%	3,9%	3,6%	3,3%
Radiologen	15,7%	12,2%	11,0%	10,0%
Radiotherapeuten	0,0%	0,6%	0,7%	0,9%
Revalidatiegeneeskundigen	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Subtotaal ond./ov. spec.	20,2%	17,0%	16,0%	15,2%
<i>Raming cluster ond./ov. spec.</i>	<i>0,0%</i>	<i>8,6%</i>	<i>10,1%</i>	<i>10,6%</i>
PSYCHIATRIE				
Psychiatrie	0,0%	0,0%	2,2%	4,6%
Subtotaal psychiatrie	0,0%	0,0%	2,2%	4,6%
<i>Raming cluster psychiatrie</i>	<i>0,0%</i>	<i>0,0%</i>	<i>3,1%</i>	<i>5,8%</i>
MEDISCHE SPECIALISMEN				
Totaal med. spec.	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
<i>Totaal raming per cluster</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>	<i>100,0%</i>

Nb: de regels 'Raming cluster', betreffen de gegevens uit het in maart 2001 uitgekomen rapport 'Vraag en aanbod artsen'

Tabel 9: verandering beschikbare en benodigde aanbod in FTE, ten opzichte van huidige aantal FTE

Beroepsgroep	Verandering beschikbare aantal FTE van werkzame specialisten bij huidige instroom	Benodigde verandering aantal FTE in prognosejaar voor basisvariant (demografische vraag en aanbod- ontwikkelingen + onvervulde vraag)	Benodigde verandering aantal FTE in prognosejaar voor laag/laag- combinatievariant zonder arbeidstijd- verkortung	Benodigde verandering aantal FTE in prognosejaar voor laag/laag- combinatievariant met 2,5% arbeidstijd- verkortung	Benodigde verandering aantal FTE in prognosejaar voor laag/laag- combinatievariant met 5% arbeidstijd- verkortung
BESCHOUWENDE SPECIALISMEN					
Internisten	14,1%	20,9%	26,9%	30,2%	33,6%
Longartsen	23,4%	22,1%	28,2%	31,5%	35,0%
Cardiologen	15,2%	24,5%	30,8%	34,1%	37,6%
Reumatologen	26,7%	20,2%	26,2%	29,5%	32,9%
Gastro-enterologen	18,9%	19,7%	25,7%	28,9%	32,3%
Kinderartsen	25,3%	2,8%	7,9%	10,7%	13,6%
Klinisch geriater	131,0%	36,5%	43,3%	47,0%	50,9%
Dermatologen	-0,6%	17,8%	23,7%	26,9%	30,2%
Neurologen	9,5%	18,1%	24,0%	27,2%	30,6%
Subtotaal besch. spec.	17,9%	17,8%	23,7%	26,9%	30,2%
<i>Raming cluster besch. spec.</i>	<i>18,3%</i>	<i>18,1%</i>	<i>24,1%</i>	<i>27,2%</i>	<i>30,6%</i>
SNIJDENDE SPECIALISMEN					
Chirurgen	16,0%	17,5%	23,4%	26,5%	29,9%
Orthopaeden	16,7%	17,4%	23,3%	26,4%	29,7%
Urologen	19,8%	20,2%	26,2%	29,5%	32,9%
Plastisch chirurgen	37,0%	12,2%	17,9%	20,9%	24,1%
Neurochirurgen	36,7%	15,1%	20,8%	23,9%	27,2%
Thoraxchirurgen	28,3%	24,6%	30,9%	34,2%	37,8%
Gynaecologen	11,3%	2,2%	7,3%	10,0%	12,9%
Oogartsen	-3,1%	21,5%	27,6%	30,8%	34,3%
KNO-artsen	-1,6%	13,1%	18,7%	21,8%	25,0%
Anaesthesiologen	13,2%	18,4%	24,4%	27,6%	30,9%
Subtotaal snijd. spec.	12,8%	15,4%	21,2%	24,3%	27,6%
<i>Raming cluster snijd. spec.</i>	<i>12,4%</i>	<i>13,6%</i>	<i>19,3%</i>	<i>22,4%</i>	<i>25,5%</i>
ONDERSTEUNENDE/OVERIGE SPECIALISMEN					
Klinisch genetici	48,9%	7,7%	13,1%	16,0%	19,1%
Medisch microbiologen	21,8%	15,5%	21,3%	24,4%	27,7%
Nucleair geneeskundigen	18,5%	17,5%	23,4%	26,5%	29,9%
Pathologen	5,1%	16,3%	22,2%	25,3%	28,6%
Radiologen	1,9%	17,5%	23,4%	26,5%	29,9%
Radiotherapeuten	25,9%	24,4%	30,6%	34,0%	37,5%
Revalidatiegeneeskundigen	48,7%	17,3%	23,1%	26,3%	29,6%
Subtotaal ond./ov. spec.	15,8%	17,3%	23,2%	26,4%	29,7%
<i>Raming cluster ond./ov. spec.</i>	<i>17,8%</i>	<i>15,7%</i>	<i>21,5%</i>	<i>24,7%</i>	<i>27,9%</i>
PSYCHIATRIE					
Psychiatrie	17,3%	10,9%	16,7%	19,5%	22,8%
Subtotaal psychiatrie	17,3%	10,9%	16,7%	19,5%	22,8%
<i>Raming cluster psychiatrie</i>	<i>17,3%</i>	<i>10,9%</i>	<i>16,7%</i>	<i>19,5%</i>	<i>22,8%</i>
MEDISCHE SPECIALISMEN					
Totaal med. spec.	15,8%	15,9%	21,8%	24,9%	28,2%
<i>Totaal raming per cluster</i>	<i>16,1%</i>	<i>15,2%</i>	<i>21,0%</i>	<i>24,1%</i>	<i>27,3%</i>

Nb: de regels 'Raming cluster', betreffen de gegevens uit het in maart 2001 uitgekomen rapport 'Vraag en aanbod artsen'

Bijlage 1

CAPACITEITSPLAN 2001 november

Weging Kamer Medisch Specialisten

1. Inleiding

De Kamer Medisch Specialisten heeft zich gesteld gezien voor een complexe en gevoelige taak. De uitsplitsing van zevenentwintig specialismen is verricht door per specialisme gegevens in het model in te voeren. Dit is op zich kwantitatief al een hele opgave.

De complexiteit is gelegen in de vraag of de toerekening van de factoren onverkort voor ieder specialisme opgaat. De gevoeligheid houdt verband met vele interacties tussen specialismen. Daarbij willen specialismen hun vak ook naar de toekomst zelf vorm geven. De vraag is dan echter hoe deze optelsom van toekomstverwachtingen te toetsen, juist als er onderlinge overlappingsen zijn. Wordt hier niet zorgvuldig mee omgegaan, dan kunnen makkelijk dubbeltellingen ontstaan en telt Nederland meer dan 16 miljoen inwoners.

Voor het complexiteitsvraagstuk is het besluit gevallen om van grof naar fijn te werken. Voor de gevoeligheid is besloten alle wetenschappelijke verenigingen uit te nodigen. Gevraagd is de berekeningen van het Capaciteitsorgaan technisch te beoordelen en de eigen opvattingen kenbaar te maken.

Hieronder wordt ingegaan op de uitwerking van deze aanpak, komt daarna een aantal afwegingen aan de orde, gevolgd door een eindoordeel en afsluitend worden weer enkele signalen afgegeven.

2. Van grof naar fijn

Ramingen gaan per definitie over een toekomst, die zich nog moet ontrollen en maar ten dele voorspeld kan worden. Er is voor gekozen om bij de uitsplitsing rekening te houden met verschillen tussen specialismen in de hardere getallen (demografie bevolking en beroepsgroep). Veel hiervan is ook goed door te rekenen naar de komende tien jaren. Voor de zachtere elementen is besloten deze in dit stadium niet te differentiëren, ook al is duidelijk, dat niet alle groepen over één kam te scheren zijn.

3. Consultatieronde wetenschappelijke verenigingen

Bijna alle zeven en twintig uitgenodigde verenigingen hebben gehoor gegeven om mondeling te reageren op de berekening. Men had veelal waardering en begrip voor de benadering van grof naar fijn en de uniforme aanpak. Opvallend is, dat dit ook gold voor enkele verenigingen, waarbij de uitkomst voor extra groei van de opleidingscapaciteit op zeer laag of nul uitkwam. Deze verenigingen blijken al jaren zelf actief beleid te voeren op het aantal opleidingsplaatsen en herkennen dit in de uitkomsten. Daarnaast hebben enkele verenigingen, die ook niet of nauwelijks groeien in opleidingscapaciteit, duidelijk bezwaren geuit. Het gaat hier vooral om de relatief kleinere specialismen, die nog volop in ontwikkeling zijn. Deze bezwaren

bleven overeind ondanks het gegeven, dat bij handhaving van hun huidige opleidingscapaciteit deze specialismen de komende tien jaren sterk tot zeer sterk groeien. Men wil de lat gewoon nog hoger leggen. Juist onder deze laatste groep en nog enkele andere vallen specialismen, die zich beroepen op lopende beleidsafspraken met VWS (subsidieregelingen en planningsbesluiten).

4. Afwegingen

In het hoofdstuk beschouwing worden de aspecten, waarop de Kamer Medisch Specialisten het model en de berekeningen kritisch heeft beoordeeld, uitvoerig beschreven. Alvorens tot een oordeel te komen worden hieronder de belangrijkste afwegingen nog kort gegeven.

- Interacties tussen specialismen en superspecialisaties

Deze zijn in deze ronde buiten beschouwing gelaten. De fijnmazige status quo wordt als uitgangspunt genomen. Voor het geheel worden dan ook naar de toekomst getalsmatig geen fouten gemaakt, ook al is voorspelbaar dat er tussen en binnen specialismen nog verschuivingen zullen optreden.

- Beleid en vakontwikkeling

De Kamer Medisch Specialisten heeft geconstateerd, dat bij handhaving van de bestaande opleidingscapaciteiten er een groei plaats vindt van het aantal specialisten van achttien procent voor alle specialismen tezamen. Zoemt men in op afzonderlijke specialismen, dan worden grote verschillen zichtbaar. Hieruit wordt duidelijk, dat op de variabele opleidingscapaciteit al impliciet of expliciet beleid gevoerd wordt door diverse partijen. In de uitkomsten van de berekeningen wordt dit weer geneutraliseerd. Immers de verenigingen, die sterk groeien door een relatief grote opleidingscapaciteit, eindigen met een geringe extra groei of op nul. Aan de andere kant staan enkele specialismen voor de bijna onmogelijke opgave om in tien jaar een evenwicht te bereiken door zeer sterk te groeien.

Enkele verenigingen hebben echter uitgesproken beleidsvoornemens tot een nog sterkere groei kenbaar gemaakt, al of niet met aantoonbare steun van VWS. De gronden hiervoor kunnen volstrekt legitiem zijn. Voor deze ronde is echter besloten invoer van beleid niet voor een enkel specialisme op te pakken. Het vraagt om een vaste methodische werkwijze en dan gericht op alle vakken. Bovendien is dan niet alleen de opvatting van een wetenschappelijke vereniging aan de orde, maar ook die van andere partijen.

Van een andere orde is, dat veel verenigingen ontwikkelingen op hun vakgebied zien, waaruit groei zou moeten voortkomen. Dit is niet zelden ook een vorm van beleid, gepresenteerd als een trend. Per specialisme hebben deze trends de charme van aannemelijkheid. Methodisch echter is het ook hier moeilijk voldoende te objectiveren per specialisme. Hier is het voornemen te bezien of er een methode te bedenken valt om deze mogelijke ontwikkelingen in een volgende ronde nader te onderzoeken.

- Systematische vertekeningen

In de bespreking van de berekeningen is stil gestaan bij de vraag of er systematische

vertekeningen in de berekeningen geslopen kunnen zijn. Ook deze passeren de revue in hoofdstuk vier. Het gaat daarbij om beoordeling of de juiste productiecijfers en bevolkingsprognoses zijn gebruikt, naast de bevinding, dat kleinere en jongere specialismen minder voorspelbaar zijn. Voorts is de onervulde vraag voor alle specialismen op 5% gehouden, maar kan voor sommige de vraag hoger uitvallen. Het werkproces vraagt om detaillering, met name voor substitutie. Voor het geheel is de schatting doorgezet, dat er door een samenspel van factoren in het werk er 5% minder nodig is, vooral door enige substitutie.

Getalsmatig belangrijk is de hoogte van de geschatte daling van arbeidstijd. Verloopt deze wel voor alle specialismen gelijk? Feminisatie is op zich hard te voorspellen per specialisme, maar op de achtergrond speelt een bredere, culturele omslag in opvattingen over arbeid, ook bij mannen. Uit het algemene scenario met variatie in arbeidstijd is al gebleken, dat dit een factor is, die groot effect sorteert op de opleidingscapaciteit. Er is overwogen in dit kader de graad en snelheid van feminisering te gebruiken als nuancering voor de specialismen. Dit is achterwege gelaten vanwege nog een mechanisme, dat te herkennen valt en vermoedelijk nog veel sterker zal doorzetten.

Er vindt geleidelijk een verschuiving plaats van vrije vestiging naar dienstverband. Daar lijkt een extra effect van arbeidstijdvermindering vanuit te gaan. Met de aangekondigde nieuwe arrangementen voor dienstverbanden is de inschatting, dat deze trend versneld kan gaan doorzetten. Dit zou wel eens tot een extra daling van 5% kunnen leiden. In deze trend zijn wel specifieke elementen per specialisme te ontdekken. Er zijn immers grote verschillen per specialisme voor de graad van vrije vestiging. In het voorjaar zal in Capaciteitsplan 2002 geprobeerd worden dit nader uit te werken voor de diverse specialismen en voor de groep als geheel in een mogelijk extra scenario.

Zo is het aannemelijk, dat de 5% daling voor alle groepen opgaat en enkele hierboven uit kunnen komen.

5. Eindoordeel

Na bovenstaande afweging zal duidelijk zijn, dat de Kamer Medisch Specialisten nog steeds kiest voor de lage combinatievariant met een arbeidstijdverkorting van 5%. Dit laatste zou overigens voor enkele specialismen aan de lage kant kunnen zijn.

De Kamer hecht minder waarde aan de absolute uitkomsten per specialisme voor de benodigde instroom naarmate de specialismen kleiner zijn. Het is een eerste momentopname. De absolute getallen bieden betrokken partijen een gevoel voor richting en mate van inspanning.

De Kamer hecht veel waarde aan de procentuele verdeling onderling van mogelijke extra instroom. Het levert een goede graadmeter op voor de onderlinge urgenties om te groeien. Ook hier gaat de voorkeur uit naar dezelfde variant. De basisvariant geeft ook een goede urgentiegraad en toont aan, dat bij toepassing van uitsluitend harde getallen er dertien specialismen moeten groeien in opleidingscapaciteit. Zetten de trends met de zachtere getallen de komende tien jaar door, dan is de door de Kamer gekozen variant minder riskant. Immers nog eens acht andere specialismen delen dan in de groei. Tot slot constateert de Kamer Medisch Specialisten, dat in de huidige,

verfijnde berekening de groei afhankelijk van de variant tussen 97 tot 149 plaatsen hoger uitkomt. In deze tussentijdse rapportage hecht de Kamer minder waarde aan deze ophoging in absolute zin. Wel wordt dit als een aanwijzing gezien voor de risico's. Bij verder ongewijzigd beleid kunnen er nog grotere tekorten ontstaan, dan nog in het voorjaar gedacht werd.

6. Signalen

In het algemeen Capaciteitsplan 2001 van maart jongstleden zijn al enkele signalen afgegeven gerubriceerd naar de drie compartimenten vraag, werkproces en aanbod. In deze tussentijdse rapportage benadrukt de Kamer Medisch Specialisten nog eens met betrekking tot het aanbod, dat flexibilisering van regelingen een belangrijk hulpmiddel kan zijn om de benodigde groei ook te realiseren. Voor bijvoorbeeld het totale cluster snijdend werd toen nog gewezen op een gemiddelde groei van de opleidingscapaciteit met 65% bij de gekozen lage combinatievariant met 5% arbeidstijdverkorting. Er werd voorzien, dat dit niet gemakkelijk gehaald zou worden. Nu blijkt bij de uitsplitsing, dat al in de basisvariant er vijf specialismen zijn met een groei van meer dan 65% en in de genoemde variant van de Kamer zelf ongeveer de helft 65% of meer moet groeien met acht groepen, die ver boven een verdubbeling uitkomen.

Echt verontrustend is daarnaast, dat een moederdiscipline als de interne geneeskunde al in de lage combinatievariant op een groei van 75% uitkomt. Het is dan ook verheugend te constateren, dat wetenschappelijke verenigingen zich bezinnen op nieuwe onderwijsvormen en het Centraal College voor Medisch Specialisten en de betreffende registratiecommissie zich bezinnen op aanpassing van de bestaande regelgeving.

Het zal ook duidelijk zijn, dat voornemens om in het werkproces tot herschikking van taken te komen met grote voortvarendheid ter hand genomen zouden moeten worden. Prikkel om arbeidstijdverkorting tegen te gaan en specialisten te ontlasten van defensieve regelgeving zijn eveneens mogelijkheden die nadere studie waard zijn. Ook mogelijkheden om de vraag te beïnvloeden onder meer met moderne communicatiemiddelen verdienen serieuze aandacht.

Beleid alleen gericht op meer opleiden zal nooit tot een evenwicht in vraag en aanbod leiden. Het opstellen van ramingen, gericht op opleidingscapaciteit, is de taak van het Capaciteitsorgaan. Dit orgaan geeft alleen signalen af, zonder deze uit te werken in de verwachting, dat veld en overheid deze taak voortvarend oppakken.

Bijlage 2

Leden en medewerkers Capaciteitsorgaan

Plenair orgaan

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Mr. A.W. J. M. van Bolderen
P. G. M. Doves
Dr. H. P. Muller
Prof. dr. P.E. Postmus, lid DB
A. M. J. Veer
J. Verhaar
A.M. Vernooij
L. Wigtersma

Organisaties van opleidingsinstellingen

Prof. dr. O.J. S. Buruma
P.C. H. M. Holland, voorzitter DB
Mr. E. M. d'Hondt
Fr. C.A. Jaspers
J. van der Spek
Dr. H. J. van der Steeg
Prof. dr. E.A. van der Veen

Organisaties van zorgverzekeraars

L. A. van Helden
J. G. M. Hendriks, ondervoorzitter DB
H. J. van der Hoek
J. G. den Hollander
A. M. van Houten
W. A. Roobol
J. Ph. P. Stenger

Kamer Medisch Specialisten

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dr. J. M. Broekman
Dr. P.A. de Groot
Dr. P. Leguit, ondervoorzitter
Prof. dr. P. M. J. Stuyt

Organisaties van opleidingsinstellingen

Prof. dr. O.J.S. Buruma, voorzitter
Fr. C. A. Jaspers
Dr. H. J. van der Steeg
Mr. G. A. M. Thiadens

Organisaties van zorgverzekeraars

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

Bureau Capaciteitsorgaan

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

Bijlage 3

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

A zorgvraag

- 1 veranderingen in de zorgvraag
- 2 epidemiologie

B werkproces

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

C aanbod

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

D overige

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

Stichting Capaciteitsorgaan voor medische
en tandheelkundige vervolgoopleidingen

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

telefoon
(030) 282 33 31

fax
(030) 282 33 18

e-mail
h.liefeld@caporg.nl