



Capaciteitsplan 2013

Capaciteitsplan 2013

**Voor de medische, tandheelkundige,
klinisch technologische, geestelijke
gezondheid-, en aanverwante
(vervolg)opleidingen**



Statutaire doelstellingen:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefte-ramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgo-p-leidingen;
- b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgoopleidingen;
- c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Inhoud

1.	Inleiding	7
1.1	Doelstelling Capaciteitsorgaan.....	7
1.2	Ontwikkeling in taakstelling Capaciteitsorgaan.....	7
1.3	Indeling van dit deelrapport.....	8
2	Bestaand aanbod: kwantitatieve ontwikkelingen 2005 - 2013	11
2.1	Medische beroepen.....	11
2.1.1	Aantallen geregistreerde geneeskundig specialisten.....	11
2.1.2	Aantallen werkzame geneeskundig specialisten.....	14
2.1.3	Gemiddelde fte geneeskundig specialisten.....	16
2.1.4	Gemiddelde stopleeftijd geneeskundig specialisten.....	17
2.1.5	Instroom geneeskundig specialisten met een buitenlands diploma.....	18
2.2	Verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) en praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POH).....	20
2.2.1	Aantallen (geregistreerde) verpleegkundig specialisten, physician assistants en POH.....	20
2.2.2	Gemiddelde fte beroepsbeoefenaren.....	21
2.2.3	Buitenlandse instroom en stopleeftijd.....	21
2.3	Mondzorg.....	21
2.3.1	Aantal geregistreerde en aantal werkzame beroepsbeoefenaren.....	22
2.3.2	Gemiddelde fte beroepsbeoefenaren.....	22
2.3.3	Instroom tandartsen met een buitenlands diploma.....	23
2.3.4	Conclusie.....	25
2.4	Geestelijke gezondheid.....	25
2.4.1	Aantal geregistreerde en aantal werkzame beroepsbeoefenaren.....	25
2.4.2	Gemiddelde fte beroepsbeoefenaren.....	27
2.4.3	Conclusie.....	28
3	Instroom opleidingen: adviezen en realisatie	29
3.1	Inleiding.....	29
3.1.1	Advisering.....	29
3.1.2	Realisatie.....	29
3.2	Vervolgopleidingen medische beroepen.....	30
3.3	Initiële en vervolgopleidingen mondzorg.....	32
3.4	Initiële en post-initiële opleidingen beroepen geestelijke gezondheid.....	33
3.5	Initiële opleiding geneeskunde.....	35
3.6	Opleidingen verpleegkundig specialist en physician assistant.....	36
4	Toekomstige zorgvraag	39
4.1	Inleiding.....	39
4.2	Medische beroepen.....	40
4.3	Mondzorg beroepen.....	44
4.4	Geestelijke gezondheid beroepen.....	45
4.5	Conclusies.....	45

5	De geadviseerde instroom	47
5.1	Inleiding.....	47
5.2	Medische beroepen.....	48
5.3	Mondzorgberoepen	49
5.4	Geestelijke gezondheid beroepen.....	50
5.5	Conclusies instroomadviezen	51
6	De inzet van aanverwante disciplines (verticale substitutie)	53
6.1	Inleiding	53
6.2	Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant.....	53
6.2.1	Kenmerken beroepen en opleidingen: Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant.....	53
6.2.2	Onderzoeken naar de substitutie(waarde) verpleegkundig specialist en physician assistant	56
6.3	Praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk	58
6.3.1	Kenmerken beroep en opleiding: praktijkondersteuners huisartsenpraktijk	58
6.3.2	Onderzoeken naar substitutie(waarde) praktijkondersteuner huisartsenpraktijk.....	58
6.4	Mondhygiënist.....	59
6.4.1	Kenmerken beroep en opleiding: mondhygiënist.....	59
6.4.2	Onderzoeken naar substitutie(waarde) mondhygiënist.....	59
6.5	Beleidsontwikkelingen	59
7	Advies initiële opleiding geneeskunde	63
7.1	Inleiding.....	63
7.2	Geadviseerde instroom erkende medische vervolgoopleidingen.....	64
7.3	De geneeskundestudent.....	65
7.4	De basisarts.....	66
7.5	Zoekduur en wachttijd tot begin vervolgoopleiding.....	68
7.6	Benodigde instroom initiële opleiding geneeskunde	70
8	Aandachtspunten beleid	73
8.1	Geneeskundige specialismen.....	73
8.1.1	Medisch specialisten.....	73
8.1.2	Huisartsen	73
8.1.3	Specialist ouderengeneeskunde.....	74
8.1.4	Arts Verstandelijke Gehandicapten	74
8.1.5	Sociaal geneeskundige.....	75
8.2	Mondzorg.....	76
8.3	Beroepen geestelijke gezondheid	77
Bijlage 1:	Model Capaciteitsorgaan.....	78
Bijlage 2:	Procedure en betrokken experts	79
Bijlage 3:	Organisatie Bureau	80
Bijlage 4:	Samenvattingen deelrapporten 1,2,3,4,5,6 en 7.....	81
	Deelrapport 1 Medisch Specialisten	81
	Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde	83
	Deelrapport 3 Beroepen Mondzorg.....	85

Deelrapport 4	Sociaal Geneeskundigen	90
Deelrapport 5	Specialist Ouderengeneeskunde	93
Deelrapport 6	Arts voor Verstandelijk Gehandicapten.....	95
Deelrapport 7	Beroepen Geestelijke Gezondheid	97



1. Inleiding

Dit hoofdrapport bij het Capaciteitsplan 2013 omvat instroomadviezen over: de beroepen geestelijke gezondheid, de 27 klinische specialismen en de 3 klinisch technologische specialismen, de huisartsgeneeskunde, de mondzorg (de kaakchirurgen, orthodontisten, tandartsen en mondhygiënist), de specialisten ouderengeneeskunde, de sociale geneeskunde en de artsen voor verstandelijk gehandicapten. Over elk van deze onderwerpen is eveneens een apart deelrapport met achtergrondinformatie beschikbaar. Deze zeven deelrapporten kunnen ook los van elkaar gelezen worden.

1.1. Doelstelling Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 opgericht door veldpartijen in de zorg. De statutaire doelstellingen van het Capaciteitsorgaan zijn:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefte-ramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgopleidingen;
- b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgopleidingen;
- c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit voor de gewenste instroom in de diverse erkende medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Tevens brengt het orgaan een advies uit over de noodzakelijk geachte instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Het oogmerk van deze adviezen is om ongewenste discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en op den duur zelfs te voorkomen.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van informatie op basis waarvan partijen beleid kunnen maken voor bijvoorbeeld de capaciteitsfixus, buitenlandse instroom, horizontale en verticale substitutie, en nieuwe opleidingen. Op verzoek van het ministerie van VWS werkt het Capaciteitsorgaan mee aan een initiatief van de Europese Unie om ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en te vergelijken. Ten slotte werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, 'invited expertmeetings' en klankbordsessies.

Het bestuur van het Capaciteitsorgaan telt 24 zetels, waarvan er acht worden ingevuld door de zorgverzekeraars, acht door de opleidingsinstellingen en acht door de diverse beroepsgroepen. Deze paritaire vertegenwoordiging van de drie partijen is consequent doorgevoerd in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

1.2. Ontwikkeling in taakstelling Capaciteitsorgaan

Sinds de oprichting heeft het Capaciteitsorgaan veel ervaring en kennis opgedaan die ook bruikbaar is voor beleidsadvisering over en ramingen van de benodigde instroom in andere dan de oorspronkelijke beroepsgroepen.

- In 2006 adviseerde de Commissie Innovatie Mondzorg om vanaf 2008 de beroepsgroepen van de tandartsen en de mondhygiënist te laten monitoren door het Capaciteitsorgaan.

Aanleiding voor dit advies was het gegeven dat het Capaciteitsorgaan al sinds 2000 de ontwikkelingen binnen de aanpalende beroepen kaakchirurgie en orthodontie volgt en adviezen geeft over de instroom in deze twee opleidingen. Op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2008 gestart met het volgen van de capaciteitsontwikkelingen binnen de eerstelijns mondzorg;

- Eveneens op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2009 begonnen met projectmatig onderzoek naar gewenste en daadwerkelijke capaciteitsontwikkelingen bij vijf BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheid. In 2011 is een eerste, richtinggevend advies over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Vanaf 2012 is deze activiteit structureel onderdeel van de werkzaamheden van het Capaciteitsorgaan. In dit Capaciteitsplan is “deelrapport 7: beroepen geestelijke gezondheid” voor het eerst onderdeel van de integrale capaciteitsraming.

1.3. Indeling van dit deelrapport

Hoofdstuk 2 beschrijft de ontwikkeling van de **aanbodzijde** sinds 2005 voor de verschillende beroepen die in dit Capaciteitsplan benoemd worden. Het betreft overigens ook beroepen waarvoor het Capaciteitsorgaan geen instroomadvies verstrekt, maar die wel relevant zijn voor de hoogte van het instroomadvies, bijvoorbeeld in verband met mogelijke substitutie van activiteiten naar deze beroepen.

Het Capaciteitsorgaan probeert de toekomstige capaciteit van de beroepsgroepen te sturen door middel van advisering over de gewenste instroom in de erkende medische vervolgopleidingen. Daarom staat het hoofdstuk over de geschiedenis van de instroomadviezen vooraan in het Capaciteitsplan. In hoofdstuk 3 passeren de adviezen van het Capaciteitsorgaan sinds 2000 en de realisatie van de **instroom** in de opleidingen de revue. Daarmee wordt de terugblik naar de capaciteitsontwikkelingen in relatie tot de instroomadviezen afgesloten.

Het volgende hoofdstuk behandelt een cruciaal onderdeel van het ramingsmodel, namelijk de verwachte ontwikkeling van de zorgvraag. Hoofdstuk 4 beschrijft de **verwachte ontwikkeling** van de **zorgvraag** tot 2031 uitgedrukt in de daarvoor benodigde fte's zorgaanbod. Nieuw is dat – op advies van SEO Economisch Onderzoek uit Amsterdam - de zorgvraag nu ook in een jaarlijks (groei/ krimp) percentage wordt getoond, zodat de lezer zich een beeld kan vormen van de verandering in relatie tot andere ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld de percentages die genoemd worden in een relevant rapport van het Centraal Planbureau.

Hoofdstuk 5 behandelt het toekomstig aanbod. Dit aanbod bestaat in 2031 uit:

- het huidige aanbod, gecorrigeerd voor pensionering of andere stopredenen en/of meer/minder werken;
- het toekomstige aanbod aan beroepsbeoefenaren die al bezig zijn met de opleiding of in het volgende kalenderjaar gaan starten;
- het toekomstig aanbod aan beroepsbeoefenaren die moeten instromen over twee of meer kalenderjaren.

Het Capaciteitsorgaan beïnvloedt het toekomstig aanbod uitsluitend via advisering over de benodigde instroom van beroepsbeoefenaren in de betreffende opleidingen. Het **instroomadvies** heeft alleen effecten op de nog niet geplande instroom in de komende jaren. Wel wordt het aanbod aan

beroepsbeoefenaren ook gecorrigeerd voor verwachte ontwikkelingen in het werkproces en substitutie/taakherschikking naar anders opgeleide beroepsbeoefenaren (horizontale en verticale substitutie). Het instroomadvies wordt per beroepsgroep beschreven, waarbij de bandbreedte van het advies wordt bepaald door de scenario's die de diverse Kamers, werkgroepen en Begeleidingscommissie beroepen geestelijke gezondheid hebben samengesteld in hun afwegingen.

In veel beroepen wordt de bandbreedte van het advies veroorzaakt door het al dan niet introduceren/uitbreiden van de mogelijkheden voor verticale substitutie. Hoofdstuk 6 gaat uitgebreid in op de mogelijkheden tot **verticale substitutie** voor de diverse aandachtsgebieden. Ook wordt hier een overweging geformuleerd voor de substitutie door verpleegkundig specialisten en physician assistants.

De gewenste instroom in de **initiële opleiding** geneeskunde wordt behandeld in hoofdstuk 7. Het Capaciteitsorgaan heeft de advisering over de instroom in de initiële opleiding als statutaire doelstelling. In 2010 heeft het advies over de gewenste instroom in de initiële opleiding geleid tot een brede discussie over de afschaffing van de numerus fixus. De numerus fixus als zodanig is geen wettelijk gegeven. De Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek (WHW) definieert alleen de arbeidsmarktfixus, die kan worden ingesteld door de minister van OCW, en de capaciteitsfixus, die kan worden ingesteld door de universiteiten. Het instroomadvies in de initiële opleiding geneeskunde beoogt te zorgen voor een toekomstige aansluiting tussen de initiële opleiding geneeskunde en de erkende medische vervolg- en profielopleidingen.

De belangrijkste toekomstige **aandachtspunten** voor de verschillende beroepen worden in hoofdstuk 8 benoemd. Niet al deze punten konden in de aanbiedingsbrief bij dit Capaciteitsplan worden verwerkt.

In het Capaciteitsplan en de deelrapporten wordt regelmatig gerefereerd aan begrippen en afkortingen, die uitleg verdienen. Op de website www.capaciteitsorgaan.nl treft u onze thesaurus aan. De thesaurus bevat een ramingsbegrippenlijst, een afkortingenlijst en een verklarende woordenlijst.

De bijlagen tonen het - sinds 2000 ongewijzigde - conceptuele ramingsmodel (bijlage 1), de samenvatting van het Plenair Orgaan (bijlage 2) en de bemensing van het Bureau. De samenvattingen van alle 7 onderliggende deelrapporten zijn als bijlage 3 toegevoegd. De thesaurus voor onze ramingen wordt bijgehouden door het NIVEL en is terug te vinden op onze website.



2. Bestaand aanbod: kwantitatieve ontwikkelingen 2005 - 2013

De verschillende beroepsgroepen, waar mogelijk geclusterd, worden in de onderstaande paragrafen besproken. In overeenstemming met de veranderingen binnen de KNMG wordt de term geneeskundig specialist gebruikt voor alle artsen die geregistreerd staan in het specialistenregister van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Het betreft de voormalige registers van MSRC (medisch specialisten), HVRC (huisarts, arts verstandelijk gehandicapten en specialist ouderengeneeskunde) en SGRC (sociaal geneeskundigen). De term profielartsen wordt gebruikt voor basisartsen die: een profielopleiding hebben gevolgd die voldoet aan de regelgeving van het College Geneeskundige Specialismen (CSG) en zich vervolgens hebben ingeschreven in één van de profielregisters van de KNMG.

2.1. Medische beroepen

2.1.1 Aantallen geregistreerde geneeskundig specialisten

Tabel 1 toont het aantal geregistreerde specialisten per specialisme in 2005, 2010 en 2013, inclusief het percentage vrouwen.

Tabel 1: Aantal geregistreerde geneeskundig specialisten en percentage vrouwen per 1 januari 2005, 1 januari 2010 en 1 januari 2013

Specialisme	Jaar	2005		2010		2013	
		Aantal	% ♀	Aantal	% ♀	Aantal	% ♀
Anesthesiologie		1.279	23	1.605	28	1.805	31
Cardiologie		737	9	912	15	1.072	18
Cardio-thoracale chirurgie		116	6	136	12	143	11
Dermatologie en venerologie		404	34	472	43	538	47
Heelkunde		1.122	11	1.218	17	1.386	19
Interne geneeskunde		1.818	28	2.006	36	2.188	39
KNO		462	12	489	12	531	22
Kindergeneeskunde		1.225	45	1.401	58	1.532	60
Klinische genetica		77	68	110	74	132	76
Klinische geriatrie		137	61	174	64	210	69
Longziekten en tuberculose		438	19	524	26	622	32
Maag-darm-leverziekten		239	15	364	23	442	26
Medische microbiologie		222	35	249	37	273	40
Neurochirurgie		119	2	136	10	152	9
Neurologie		725	21	826	31	931	35
Nucleaire geneeskunde		111	30	152	35	179	37
Obstetrie en gynaecologie		908	34	978	46	1.072	51
Oogheelkunde		641	35	671	38	729	41
Orthopedie		539	4	633	8	743	10
Pathologie		350	35	391	37	437	40
Plastische chirurgie		217	13	270	20	306	26
Psychiatrie		2.534	35	2.966	42	3.299	45
Radiologie		916	15	1.059	21	1.193	24
Radiotherapie		198	30	256	45	287	50
Reumatologie		198	37	248	44	293	50
Revalidatiegeneeskunde		369	46	455	55	507	58
Urologie		332	5	372	13	427	19
Klinische specialismen totaal		16.484	26	19.073	34	21.726	37
Huisartsgeneeskunde		10.061	35	11.121	42	11.912	45
Specialist ouderengeneeskunde		1.256	59	1.475	61	1.491	64
Arts Verstandelijk Gehandicapten		170	56	175	65	200	73
Sociaal geneeskundige A&G		2.878	-	3.219	35	3.000	35
Sociaal geneeskundige M&G		1.157	-	838	59	738	59

Bron: RGS per 31 december 24.00 uur van het voorgaande jaar

De tabel laat zien dat het aantal geregistreerde geneeskundige specialisten zich verschillend ontwikkeld heeft. Voor elk specialisme binnen de specialismen is er sprake van een toename van het absolute aantal geregistreerde specialisten ten opzichte van 2010 en 2005. De totale groei van 2005 tot 2013 bedroeg 32% oftewel 4% per jaar. De toename verschilt per specialisme. Nucleaire geneeskunde

is een jong vak, met sinds 2005 een toename van 61%, terwijl interne geneeskunde de afgelopen 8 jaar met slechts 20% is gegroeid. Van de 27 specialismen hebben er nu 7 maar dan 50% geregistreerde vrouwen, waaronder de traditioneel bij vrouwelijke basisartsen populaire specialismen: kindergeneeskunde, obstetrie en gynaecologie, maar ook klinische genetica, klinische geriatrie, radiotherapie, reumatologie en revalidatiegeneeskunde. Neurochirurgie is met 9% vrouwelijke specialisten de hekkensluiter, na cardio-thoracale chirurgie.

Het specialisme huisartsgeneeskunde heeft van 2005 tot 2013 een relatieve groei van 18% doorgeemaakt. Het Capaciteitsorgaan heeft in 2005 en 2008 een lagere instroom in de opleiding bepleit in verband met de toename van zogenoemde reservecapaciteit aan waarnemers onder de huisartsen. Dit heeft de groei sinds 2005 een beetje afgeremd. Mogelijk speelt ook een rol dat in deze beroepsgroep het percentage geregistreerde/werkzame vrouwen hoger is dan bij de klinisch specialisten, waardoor de extra effecten van de feminisering (door de gemiddeld lagere fte die vrouwen aangeven te werken) op de benodigde aantallen specialisten kleiner zijn. Sinds 2010 zijn er nauwelijks specialisten ouderengeneeskunde bij gekomen. Een grote rol daarbij speelt dat de geadviseerde instroom in de opleiding sinds 2006 niet meer gerealiseerd is door gebrek aan inschrijvingen. De verwachting is dat dit door gecombineerde inspanningen van opleidingsinstellingen, opleidingsinstituten, KNMG en Verenso vanaf 2014 gaat verbeteren. Het aantal geregistreerde Artsen Verstandelijk Gehandicapten (AVG) groeit sinds 2010. In 2007 zijn bij de eerste (collectieve) herregistraties voor dit nog jonge beroep veel specialisten niet opnieuw geregistreerd, waardoor het aantal beroepsbeoefenaren tussen 2002 en 2010 ondanks een redelijke instroom in het specialisme nauwelijks veranderde. Opvallend is verder het hoge percentage vrouwen in dit specialisme, dat verder alleen bij de specialist ouderengeneeskunde benaderd wordt.

Binnen de sociale geneeskunde is vooral de dynamiek in de bedrijfsgezondheidszorg oorzaak van de daling van het aantal specialisten binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid (A&G). De veranderingen in de Arbowet hebben zowel inhoudelijk als financieel de inzet van de bedrijfsarts beperkt. Resultaat is dat de Arbodiensten sinds 2006 zeer terughoudend zijn met het opleiden van bedrijfsartsen. Dit weerspiegelt zich in het aantal geregistreerde bedrijfsartsen, dat 4 jaar later begon te dalen en – op basis van het huidige aantal aios - de komende 5 jaren ook zal blijven dalen, los van elke opleidingsinspanning en los van de bedrijfsartsen die overgaan naar de verzekeringsgeneeskunde. Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid (M&G) is de afgelopen 6 jaar de aandacht vooral uitgegaan naar de nieuwe tweejarige profielopleidingen. Pas vanaf 2012 is de opleiding van artsen M&G weer op gang gekomen door enerzijds de subsidiëring van VWS van een aantal 2e fase opleidingen en anderzijds de zorgverzekeraars die hun medisch adviseurs doen instromen in deze opleiding. Het aantal geregistreerde artsen M&G zal echter ook de komende 4 tot 6 jaar verder blijven dalen.

Samenvattend zijn er bij de erkende medisch specialisten geen nieuwe kwantitatieve ontwikkelingen te signaleren die bij de behandeling van het Capaciteitsplan 2010 niet al verwacht werden.

Naast de erkende medische specialismen zijn er ook nog drie klinisch technologische specialismen (klinische chemie, klinische farmacie en klinische fysica) die geen medische vooropleiding vergen,

maar waarbij dat soms wel voorkomt. Deze specialismen worden sinds 2008 ook door het Capaciteitsorgaan geraamd. Ten slotte heeft het College Geneeskundige Specialismen (CSG) vanaf 2006 een aantal geneeskundige profielen erkend, dat na een opleiding van 2 tot 4 jaar recht geeft op een civielrechtelijk beschermde titel, het zogenoemde dienstmerk. Het aantal erkende profielen zal de komende jaren blijven toenemen. Deze beroepen creëren een nieuwe dynamiek in de medische arbeidsmarkt. In tabel 2 worden de kwantitatieve gegevens voor zover die in de betreffende periode bekend zijn op een rij gezet.

Tabel 2: Aantal geregistreerde klinisch technologische specialisten, profielartsen en percentage vrouwen per 1 januari 2005, 1 januari 2010 en 1 januari 2013

Klinisch specialisme/ profiel	2005		2010		2013	
	Aantal	% ♀	Aantal	% ♀	Aantal	% ♀
Klinische chemie	251	-	236	29	290	34
Klinische fysica	245	9	321	16	363	20
Ziekenhuisfarmacie	337	40	416	48	480	51
Profiel beleid en advies *			178	46	164	45
Profiel forensische geneeskunde*			190	24	148	26
Profiel infectieziektebestrijding*			76	45	96	48
Profiel jeugdgezondheidszorg*			795	91	893	91
Profiel medische milieukunde*			11	44	13	62
Profiel sociaal med. indicatiestelling en advisering*			64	54	63	50
Profiel spoedeisende eerste hulp arts*			137	63	298	64
Profiel tuberculosebestrijding*			19	53	24	54

Bron: RGS

*: weergegeven is het aantal registraties; het aantal artsen met alléén een profielregistratie bedraagt 712.

In de profielopleidingen ligt het percentage vrouwen hoger dan bij de meeste erkende specialismen. Voor een deel komt dat doordat de profielopleidingen pas enkele jaren bestaan en de instroom in deze nieuwe profielen daardoor meer de momentane geslachtsverhoudingen onder basisartsen representeert. Binnen de hoofdstroom M&G zijn er momenteel meer profielregistraties dan dat er geregistreerde artsen M&G zijn. Dit komt omdat zij vaak meer dan een profielregistratie hebben

2.1.2 Aantallen werkzame geneeskundig specialisten

Per 1 januari 2013 telt Nederland naast de 39.067 geregistreerde geneeskundig specialisten en 1.698 geregistreerde profielartsen ook nog eens ongeveer 22.600 basisartsen jonger dan 65 jaar. Daarvan zijn 9.158 bezig met een opleiding tot geneeskundig specialist of profielarts. Van de resterende 13.442 basisartsen werken er 1.485 niet (meer) en zijn 333 artsen arbeidsongeschikt. Het percentage werkzame BIG-geregistreerde basisartsen bedraagt 92%. Dit percentage zal vanaf 2017 gaan stijgen door de geplande introductie van herregistratie voor BIG-geregistreerde basisartsen (en profielartsen). Niet alle basisartsen kunnen c.q. willen voldoen aan de eisen voor herregistratie. Het percentage werkzame

basisartsen is goed te vergelijken met de percentages werkzame geregistreerde geneeskundig specialisten. In tabel 3 worden deze percentages weergegeven. Voor de klinische specialisten wordt een geaggregeerd getal weergegeven. De gedetailleerde gegevens zijn in deelrapport 1 te vinden.

Tabel 3: Werkzame beroepsbeoefenaren: percentage van de geregistreerde specialisten, profielartsen en basisartsen jonger dan 65 jaar per 1 januari 2005, 2010, en 2013

Beroepsgroep	Jaar	2005		2010		2013	
		Aantal	% werkzaam	Aantal	% werkzaam	Aantal	% werkzaam
Klinisch specialisten		16.484	86,6%	19.073	91,0%	21.726	89,1%
Huisartsen		10.061	88,0%	11.121	93,3%	11.912	93,5%
Specialist ouderengeneeskunde		1.256	93,7%	1.475	92,8%	1.491	97,5%
Arts Verstandelijk Gehandicapten		170	100,0%	175	91,7%	200	93,0%
Sociaal Geneeskundige		4.035	76,8%	4.057	91,5%	3.738	94,5%
Klinisch technologische specialisten		833	-	973	92,5%	1.133	94,4%
Profielarts sociale geneeskunde		-	-	612	99,0%	1.401	97,8%
Profielarts SEH		-	-	137	100,0%	297	89,3%
Basisartsen jonger dan 65 jaar		19.500	-	20.300	93,9%	22.600	92,0%
Totaal		52.339	84,0%	57.923	91,5%	64.498	91,7%

Bron: RGS/ SSB/ NIVEL

Zichtbaar is dat het percentage werkzaam ten opzichte van 2010 voor de meeste hoofdgroepen toegenomen is. De daling bij de klinisch specialisten in 2013 komt waarschijnlijk door de andere methode van vaststellen of iemand werkzaam is, namelijk aan de hand van de Sociaal Statistisch Bestand (SSB) database. Deze database geeft veel inzicht in de arbeidscarrière van specialisten zonder dat de specialisten zelf apart informatie moeten aanleveren. Geregistreerde specialisten die in het buitenland wonen en/of werken of werken buiten de sector staan niet in deze database, maar wel in de RGS-database. Dat is het enige nadeel aan de SSB-database, plus het gegeven dat de dataverzameling door de langzame validatie altijd 2 jaar achterloopt. Voor de overige hoofdgroepen zijn andere methodes, meestal surveys, gebruikt om het aantal werkzame specialisten vast te stellen. De dataverzameling is hetzelfde als bij eerdere ramingen zijn gehanteerd. Het percentage werkzaam bij de profielartsen in 2010 en 2013 is waarschijnlijk zo hoog omdat deze profielen recent zijn vastgesteld.

Uit deze tabel mag overigens niet worden geconcludeerd dat 8,3% van alle artsen werkloos is. Een groot aantal van deze artsen werkt in onderwijs en onderzoek, in het buitenland of heeft in de afgelopen 5 jaar het einde van zijn/haar carrière bereikt, maar heeft zich niet actief uit het specialistenregister laten uitschrijven. De geregistreerde werkloosheid binnen medische beroepen bedroeg eind 2012 117 personen onder basisartsen en 79 onder geneeskundig specialisten (31 bedrijfsartsen en 48 huisartsen)¹ die voorheen in dienstverband waren.

1 UWV (2013): De Zorg; sectorbeschrijving

De afgelopen 3 jaar is het aantal artsen dat zich met patiëntenzorg bezig hield feitelijk toegenomen met 6.147 personen. Een stijging van 10,6% ten opzichte van 2010, waarvan 37% wordt veroorzaakt door een toename van het aantal werkzame basisartsen.

2.1.3 Gemiddelde fte geneeskundig specialisten

Het aantal geregistreerde geneeskundig specialisten is hoger dan het aantal specialisten dat daadwerkelijk werkzaam is. Het aantal werkzame specialisten wordt in de ramingen vervolgens nog gecorrigeerd voor het aantal fte dat men gemiddeld werkzaam is. Hierin bestaan verschillen tussen mannen en vrouwen, maar ook tussen verschillende beroepen. Voor de diverse ramingen zijn de waarden per specialisme terug te vinden in de betreffende deelrapporten. Tabel 4 laat de geaggregeerde waarden voor mannen en vrouwen per hoofdgroep zien.

Tabel 4: Werkzame beroepsbeoefenaren: gemiddeld fte van de werkzame specialisten, profielartsen en basisartsen jonger dan 65 jaar per 1 januari 2005, 2010 en 2013

Beroepsgroep	Jaar	2005		2010		2013		
Werkzaam fte fte		Totaal		♂	♀		♂	♀
Klinisch specialisten	14.275	0,90	17.350	0,94	0,82	19.100	0,95	0,90
Huisartsen	8.854	0,82	10.371	0,84	0,63	11.138	0,83	0,64
Specialist ouderengeneeskunde	1.177	0,76	1.443	0,91	0,74	1.486	0,96	0,82
Arts Verstandelijk Gehandicapten	170		192	0,91	0,80	208	0,96	0,82
Sociaal Geneeskundige	3.099	0,83	3.815	0,89	0,72	3.756	0,89	0,72
Klinisch technologische specialisten	833		925	0,96	0,89	1.070	0,97	0,89
Profielarts sociale geneeskunde			612	0,59	0,47	699	0,63	0,47
Profielarts SEH			137	0,96	0,92	256	0,96	0,92
Basisartsen jonger dan 65 jaar	19.500		19.062			20.792		
Totaal gewogen gemiddelde		0,86		0,90	0,73		0,91	0,78

Bron: RGS/ SSB/ NIVEL

De gegevens over 2005 zijn nog niet compleet en ook nog niet uitgesplitst naar geslacht. Voor 2010 en 2013 zijn deze gegevens wel beschikbaar. De belangrijkste observatie is dat binnen de geneeskundige specialismen het gemiddelde fte is gestegen ten opzichte van 2010, vooral voor de vrouwen. De vrouwen zijn qua gemiddelde fte in drie jaar tijd “gemasculiniseerd”. Dit leidt ertoe dat de beschikbare fte’s ten opzichte van 2010 zijn toegenomen door enerzijds een toename van het aantal werkzame artsen (tabel 3) en anderzijds door een toename van het gemiddeld aantal fte’s dat vooral de vrouwelijke artsen werken (tabel 4).

Op de langere termijn is het de vraag of gesproken moet worden over een toename van het gemiddelde fte bij mannen en vrouwen of dat er sprake is van een herstel van de situatie uit het begin van deze eeuw. Uit onderzoek in 2000 onder de medisch specialisten, huisartsen, specialist ouderengeneeskunde en de vier mondzorgberoepen bleek dat het gemiddelde fte over al deze beroepsgroepen in 2000 in totaliteit gemiddeld 0,95 fte voor de mannen en 0,77 fte voor de vrouwen bedroeg. Afgezet tegen soortgelijke cijfers in 2005 zou dus eerder gesproken mogen worden over een daling van

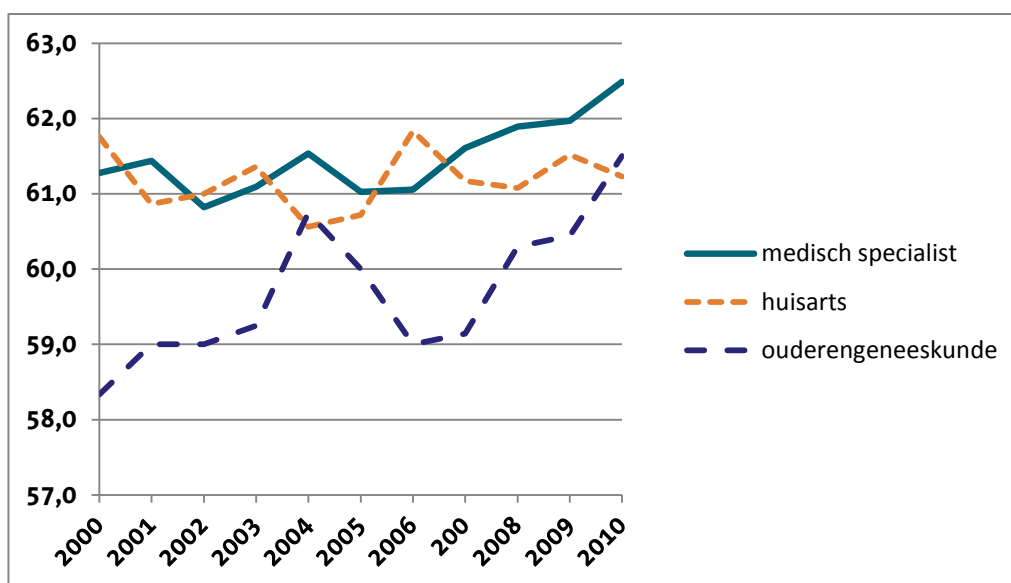
het gemiddelde fte na 2005, die nu weer hersteld is. Vanuit dat perspectief zou de komende jaren niet gerekend hoeven te worden op een verdere stijging van het gemiddelde fte.

De toename van het beschikbare fte ten opzichte van 2010 bedroeg onder de geneeskundig specialisten in totaliteit 3.060 fte's, oftewel 10,5%. De beschikbare fte's namen in deze drie jaar bij de medisch specialisten met 14% toe, bij de huisartsen met 6,2%. In de periode van 2005 tot 2010 waren de veranderingen in beschikbare fte's voor de medisch specialisten 21,1% en voor de huisartsen 9,4%. Na correctie voor het aantal onderliggende jaren was de verandering in totaal aantal beschikbare fte's voor de medisch specialisten per jaar 4,2% tussen 2005 en 2010 en 4,7% per jaar tussen 2010 en 2013. Voor de huisartsen was dat 1,9% per jaar in de periode 2005 tot 2010 en 2,1% per jaar tussen 2010 en 2013. De beschikbare fte's zijn bij de sociale geneeskunde ten opzichte van 2010 met 5% gedaald. Dit wordt vrijwel uitsluitend veroorzaakt door de daling van het aantal werkzame bedrijfsartsen en artsen M&G.

2.1.4 Gemiddelde stopleeftijd geneeskundig specialisten

Het SSB-bestand bevat ook de leeftijd waarop de artsen stoppen met werken. Figuur 1 toont de stopleeftijd voor een aantal geneeskundig specialisten.

Figuur 1: Stopleeftijd per geneeskundig specialisme



Bron: CBS/SSB

Figuur 1 toont de stopleeftijd voor de groep medisch specialisten, de huisartsen en de specialist ouderengeneeskunde in de periode 1999 tot en met 2010. De figuur laat zien dat de stopleeftijd van de medisch specialisten gestegen is van 61 jaar in 2000 naar 62,5 jaar in 2010. Het grootste gedeelte van de stijging vindt plaats vanaf 2006, het jaar van de introductie van de Zorgverzekeringswet. Voor de specialist ouderengeneeskunde is de stopleeftijd in dezelfde periode 2,5 jaar gestegen. Voor de huisartsen is geen stijgende of dalende stopleeftijd uit deze figuur te herleiden. Dit komt door tegenge-

stelde bewegingen in de trends voor de stopleeftijd. Voor de zelfstandig gevestigde huisartsen is de stopleeftijd met 2,3 jaar gestegen, terwijl die voor de groeiende groep huisartswaarnemers met 0,7 jaar is gedaald².

De stijging van de stopleeftijd is, naast een toename van het aantal nieuw geregistreerde medisch specialisten, ook een oorzaak van de relatief grote toename van het aantal werkzame medisch specialisten ten opzichte van bijvoorbeeld de huisartsen. Als de medisch specialisten gemiddeld anderhalf jaar langer doorwerken betekent dat een eenmalige toename van de totale beschikbare capaciteit met circa 4%. Momenteel zijn er nog geen recentere cijfers dan die van 2010 beschikbaar, maar deze ontwikkeling kan mede oorzaak zijn van de verandering in de verhouding tussen vraag en aanbod die begin 2013 manifest werd voor nieuwe toetreders op de markt.

Naast deze toename van de stopleeftijd zal de komende ramingsperiode ook de geplande verhoging van de AOW leeftijd geleidelijk zichtbaar worden in de stopleeftijd. De sociaal geneeskundigen, de specialisten ouderengeneeskunde en de AVG zijn bijna allen in loondienst. Bij de medisch specialisten geldt dit voor ongeveer 50%. Bij de huisartsen is het overgrote deel nog zelfstandig gevestigd. De jongere huisartsen opteren wel vaker voor een dienstverband, maar op de totale populatie is dat nog geen grote groep.

2.1.5 Instroom geneeskundig specialisten met een buitenlands diploma

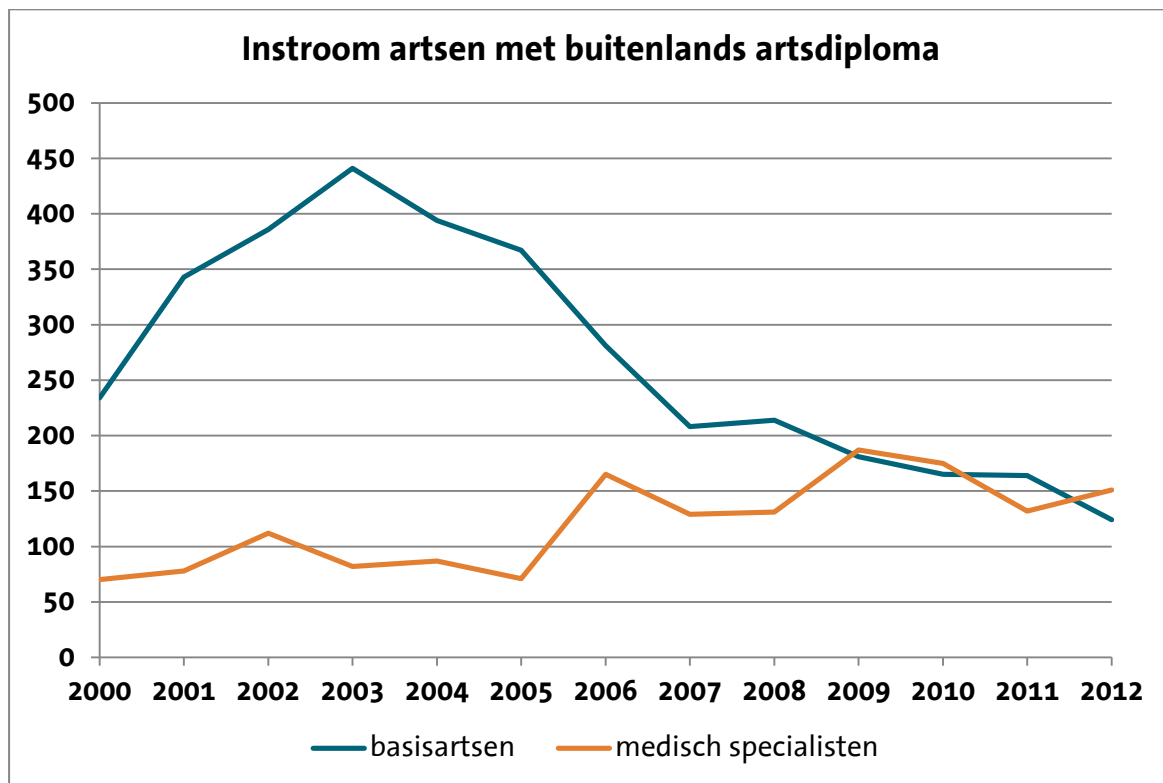
De beschikbare capaciteit wordt beïnvloed door instroom en uitstroom uit het beroep. De instroom wordt grotendeels gerealiseerd door de gezamenlijke inspanningen van opleiders en opleidingsinstellingen. Naast deze instroom vindt ook instroom plaats van geneeskundig specialisten uit andere landen. Deze instroom kent een eigen dynamiek. Degenen die instromen met een buitenlands specialistendiploma hoeven geen langdurig opleidingstraject in Nederland te volgen, maar kunnen meteen op de arbeidsmarkt aan de slag. Bekend is ook dat een gedeelte van deze groep specialisten binnen 5 jaar na aankomst in Nederland weer vertrekt. Monitoring van deze instroom vindt al plaats sinds 1999. In de praktijk is deze instroom alleen relevant voor de opleidingen tot medisch specialist. Jaarlijks worden tussen de 100 en 200 specialisten met een buitenlands specialistendiploma in de registers van de RGS ingeschreven.

In 2009 verwachtte de Europese Unie voor het eerst een tekort aan artsen in Europa. Deze verwachting werd in de jaren daarna sterker. Men verwachtte op Europees niveau een tekort van ongeveer 200.000 artsen in 2020. Voor Nederland zijn vooral de ontwikkelingen in de buurlanden Duitsland en België relevant, omdat meer dan 50% van de artsen met een buitenlands specialistendiploma daar vandaan komt. Ook in deze landen verwachtte men tekorten.

Schommelingen in de instroom van artsen met een buitenlands specialistendiploma kunnen op zijn vroegst 6 jaar later worden gecorrigeerd met behulp van aanpassing van de eigen medische vervolgopleidingen. Om te voorkomen dat Nederland vanaf 2017 afhankelijk zou zijn van buitenlandse instroom van specialisten heeft het Capaciteitsorgaan in de raming 2010 de verwachte instroom uit het buitenland aan medisch specialisten op o gesteld. Uit de eerder genoemde monitoring is de volgende figuur afgeleid.

² NIVEL (2009): Notitie uitstroomleeftijd huisartsen (Utrecht)

Figuur 2: instroom van basisartsen en medisch specialisten met een buitenlands diploma



Bron: RGS/ CIBG

Figuur 2 laat zien dat de instroom van basisartsen met een buitenlands basisartsdiploma al vanaf 2003 aan het dalen is. Deze daling zet de laatste jaren onverminderd door. In 2012 zijn nog maar 124 basisartsen met (alleen) een buitenlands artsdiploma ingestroomd in Nederland. Basisartsen kunnen door de beginnende tekorten aan artsen waarschijnlijk gemakkelijker in hun eigen land terecht voor een medische vervolgopleiding of een betaalde baan. Deze dalende trend past bij de verwachting uit 2009 dat er langzaam tekorten beginnen te ontstaan in de rest van Europa, waardoor de basisarts minder snel zijn eigen land verlaat.

Het patroon is voor de buitenlandse medisch specialisten anders. In tegenstelling tot de basisartsen is geen dalende trend te zien. Het lijkt erop dat medisch specialisten uit de ons omringende landen Nederland nog steeds een aantrekkelijk vestigingsland vinden, ook al is er in het eigen land ook steeds meer werkgelegenheid. Deze gegevens, vooral die over de persisterende instroom van medisch specialisten met een buitenlands diploma, vormen de reden om met ingang van 2013 de instroom van medisch specialisten uit het buitenland weer te betrekken in de raming van de benodigde instroom in de Nederlandse vervolgopleidingen. Daarbij worden dezelfde uitgangspunten gehanteerd als in eerdere ramingen uit 2008 en 2005. Dit betekent dat de instroom in de Nederlandse vervolgopleidingen tot medisch specialist alleen al vanwege de continue buitenlandse instroom omlaag kan met iets meer dan 150 plaatsen.

2.2. Verpleegkundig specialisten (VS), physician assistants (PA) en praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk (POH)

2.2.1 Aantallen (geregistreerde) verpleegkundig specialisten, physician assistants en POH

De drie beroepen verpleegkundig specialisten, physician assistants en praktijkondersteuners huisartsenpraktijk ondersteunen de geneeskundige specialismen en kunnen deze zelfs ten dele substitueren. De registratie van verpleegkundig specialisten is pas in 2010 gestart. Verpleegkundigen die na 2006 de Master Advanced Nursing Practice hebben afgerond, kunnen zich zonder meer laten registreren als verpleegkundig specialist. Degenen die in of voor 2006 zijn afgestudeerd als Nurse Practitioner konden tot 1 juli 2012 een assessment doen. De eerste opleiding is gestart in 1998, de eerste Nurse Practitioners zijn er vanaf 2002 op de arbeidsmarkt. In tabel 5 worden om pragmatische redenen de aantallen geregistreerde Nurse Practitioners gehanteerd voor 2005 en 2010. De getallen van 2012 betreffen het register van verpleegkundig specialisten per 1 januari 2012 om de vergelijking met de werkzame aantallen mogelijk te maken. Per 1 januari 2013 waren er overigens 1.836 VS'en geregistreerd in dit register. Tabel 5 laat ook de Physician Assistants (PA) zien voor dezelfde jaren zoals geregistreerd in het kwaliteitsregister van de vereniging voor physician assistants plus een schatting van het aantal POH's. In 2012 waren er ongeveer 5.160 POH-Somatiek en 690 POH-GGZ werkzaam in de huisartsenzorg.

Tabel 5: Aantal geregistreerde en aantal werkzame beroepsbeoefenaren met substitutiemogelijkheden.

Beroepsgroep	Jaar	2005		2010		2012	
		Register	Werkzaam	Register	Werkzaam	Register	Werkzaam
Verpleegkundig specialist		-	177	801	883	1.373	1.306
Physician assistant		16	15	251	218	409	348
Praktijkondersteuner huisartsenpraktijk		-	2.900	-	4.200	-	5.850

Bronnen: KIWA Carity (2012): Alumni van de masteropleiding Physician Assistant; Alumni van de masteropleiding Advanced Nursing Practice;

NIVEL (2012): Praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's), klaar voor de toekomst?

Het wettelijk voorgeschreven register van de verpleegkundig specialisten is pas in 2009 gestart, waardoor de inschrijving in 2010 iets achterloopt met het aantal werkzame verpleegkundig specialisten. De vereniging voor physician assistants heeft een kwaliteitsregister, waarin meer dan 85% van de beroepsgroep daadwerkelijk is ingeschreven. De POH's hebben geen kwaliteitsregister, alleen een vrijblijvend verenigingsregister. Zichtbaar is dat in alle drie de beroepen het aantal personen is gegroeid en dat deze groei groter is dan de groei van de corresponderende geneeskundige specialisten. In hoofdstuk 6 wordt verder ingegaan op een aantal resultaten uit recent onderzoek naar de arbeidscarrière van verpleegkundig specialisten en physician assistants.

2.2.2 Gemiddelde fte beroepsbeoefenaren

Uit de onderzoeken is alleen het gemiddelde fte bekend van de betrokken beroepsgroepen in 2012. Deze zijn toegepast op de werkzame aantallen in 2005 en 2010. In fte's uitgedrukt ontstaat op basis van deze bronnen de tabel 6.

Tabel 6: Gemiddelde fte en totaal aantal fte's werkzame VS, PA en POH

Beroepsgroep	Jaar	2005	2010	2012	
		Totaal	Totaal	Totaal	Fte ♂ ¹ Fte ♀
Verpleegkundig specialist		148	737	1.071	0,91 0,84
Physician assistant		14	203	319	0,97 0,90
Praktijkondersteuner huisartsenpraktijk		1.131	1.638	2.282	0,39
Totaal		1.293	2.578	3.672	

Tabel 6 laat zien dat het aantal fte's van beroepsbeoefenaren die taken kunnen overnemen van de geneeskundig specialisten snel toeneemt. De POH werkt alleen in de huisartsenpraktijk, terwijl de verpleegkundig specialist en de physician assistant zowel werken in de huisartsenpraktijk als in de ziekenhuizen als in de verpleeghuizen en/of verstandelijk gehandicaptensector. De ratio van fte POH ten opzichte van fte huisarts (0,28) is vier maal groter dan de ratio van fte VS en fte PA ten opzichte van de fte andere geneeskundige specialismen (0,073). De huisarts heeft daardoor meer mogelijkheden (en ook al langer ervaring) met verticale substitutie dan de andere geneeskundige specialismen. In hoofdstuk 6 komen we hierop uitgebreid terug.

2.2.3 Buitenlandse instroom en stopleeftijd

De betrokken beroepen kennen in de praktijk nauwelijks buitenlandse instroom. Naar de arbeidscarrière van de POH is weinig onderzoek verricht. De VS en PA hebben over het algemeen de stopleeftijd nog niet bereikt; betrouwbare data over de stopleeftijd worden pas over een aantal jaren verwacht.

2.3. Mondzorg

De mondzorg beroepen in dit Capaciteitsplan betreffen: de tandarts, de mondhygiënist, de kaakchirurg en de orthodontist. De kaakchirurgie en orthodontie worden al sinds 2000 betrokken in de ramingen, omdat beide post-initiële academische opleidingen zijn. Alvorens zich te specialiseren hebben kaakchirurgen zowel de opleiding geneeskunde als de opleiding tandheelkunde afgerond, de orthodontisten de opleiding tandheelkunde. Op advies van de Commissie Innovatie Mondzorg (2006) heeft het ministerie van VWS aan het Capaciteitsorgaan gevraagd om de tandartsen en mondhygiënisten ook mee te nemen in de ramingen. Het ministerie vroeg dit deels omdat over deze twee beroepsgroepen weinig arbeidsmarktgegevens beschikbaar waren en deels omdat het vraagstuk van substitutie tussen kaakchirurgie, tandarts en mondhygiënist vrij complex bleek te zijn. Vanaf 2010 zijn instroomadviezen voor tandartsen en mondhygiënisten aan de hand van ramingen in het Capaciteitsplan opgenomen.

2.3.1 Aantal geregistreerde en aantal werkzame beroepsbeoefenaren

Tabel 7 laat de aantallen geregistreerde en de aantallen werkzame beroepsbeoefenaren zien voor de vier beroepen. De tandartsen, kaakchirurgen en orthodontisten staan geregistreerd in het BIG-register. Voor de mondhygiënist is gebruik gemaakt van de gegevens van de Nederlandse Vereniging voor Mondhygiënist (NVM), maar de deelnamegraad aan deze vereniging is nog niet eenduidig vastgesteld.

Tabel 7: Aantallen geregistreerde en aantallen werkzame beroepsbeoefenaren mondzorg

Beroepsgroep	Jaar	2005		2010		2013	
		Register	Werkzaam	Register	Werkzaam	Register	Werkzaam
Tandarts		9.467	8.146	10.700	8.881	11.783	8.854
Mondhygiënist		1.775	2.072	2.288	2.425		3.216
Kaakchirurg		206	192	234	233	293	260
Orthodontist		292	192	315	233	506	304

Bronnen: NIVEL; KIWA Carity

De groei van de aantallen werkzame beroepsbeoefenaren heeft verschillende tempi. Het aantal werkzame tandartsen is in 2013 ten opzichte van 2005 met 8,7% oftewel slechts 1,1% per jaar gegroeid. In feite is het aantal werkzame tandartsen de laatste jaren echter niet meer toegenomen. De leeftijdsopbouw van de tandartsen laat zien dat de beroepsgroep sterk vergrijsd is. De komende jaren wordt een daling van het aantal tandartsen verwacht. Het aantal werkzame mondhygiënist is sinds 2005 wel sterk toegenomen, namelijk met 55,2%. Dat betekent een jaarlijkse groei van 6,9%. Voor een gedeelte is deze groei echter kunstmatig ten gevolge van het genoemde gebrek aan eenduidigheid over het aantal werkzame niet-NVM leden.

Het aantal werkzame kaakchirurgen is in 8 jaar tijd met 35,4% gegroeid. Met 4,4% groei per jaar zit deze toename in dezelfde bandbreedte als de andere geneeskundige specialismen. De orthodontie ten slotte is in 8 jaar tijd met 58,3% toegenomen. Deze toename van 7,3% per jaar is reëel; er is gecorrigeerd voor orthodontisten die zich als orthodontist hadden uitgeschreven uit het NMT-register vanwege een tariefskorting en zich naderhand weer inschreven. Samenvattend kan worden geconstateerd dat de kaakchirurgie een doorsnee groei heeft doorgemaakt qua werkzame personen. Bij de mondhygiënist en de orthodontisten is de groei wat onstuimiger geweest, maar deels liggen daaraan ook externe factoren ten grondslag. De aantallen werkzame tandartsen houden geen gelijke tred met deze ontwikkelingen. Geconstateerd kan worden dat er geen groei meer plaatsvindt de laatste drie jaren. Er lijkt eerder sprake te zijn van een lichte daling.

2.3.2 Gemiddelde fte beroepsbeoefenaren

De werkzame beroepsbeoefenaren werken niet allemaal fulltime. Tabel 8 geeft een overzicht van het gemiddelde fte per beroepsgroep per geslacht.

Tabel 8: gemiddeld fte per beroepsgroep per geslacht en beschikbare capaciteit op basis van aantal werkzaam

Beroepsgroep	♂	♀	Totaal	Beschikbare capaciteit (fte's)
Tandarts	0,88	0,75	0,84	7.400
Mondhygiënist	0,96	0,71	0,72	2.315
Kaakchirurg	0,84	0,76	0,83	217
Orthodontist	0,86	0,74	0,82	249

Bron: NIVEL

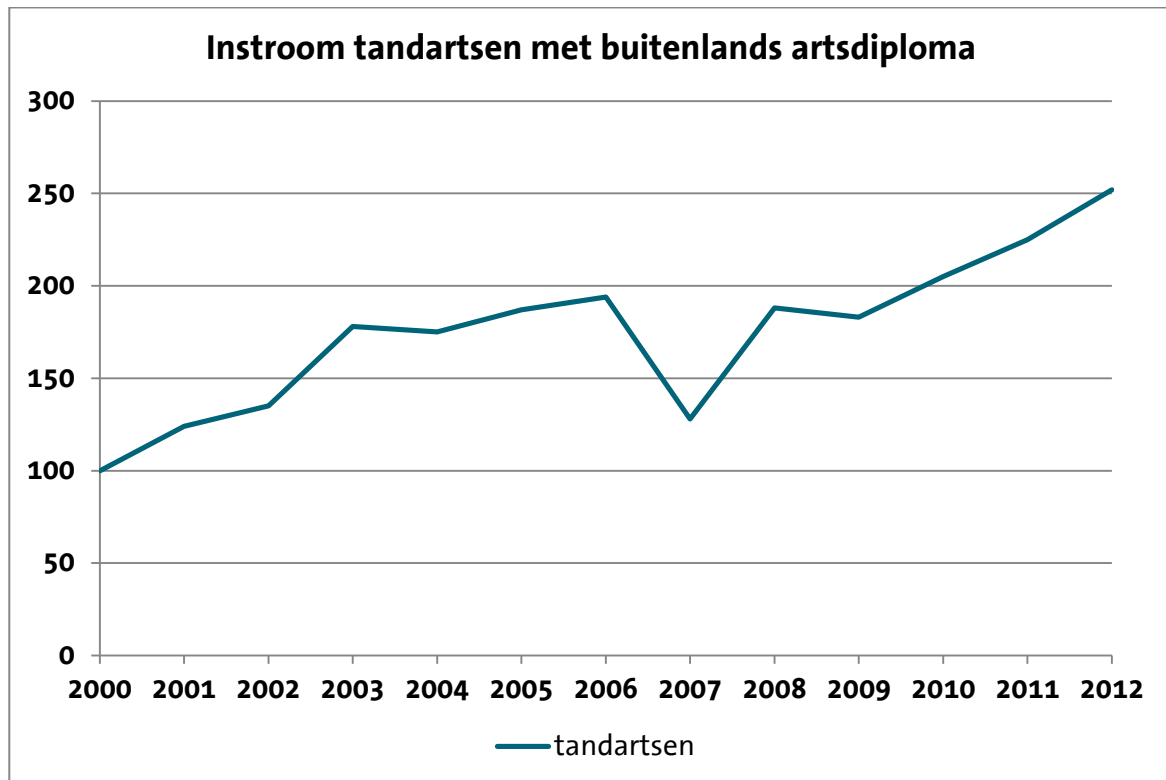
In zijn algemeenheid werken de vrouwen minder fte's dan de mannen. Het verschil bedraagt voor alle beroepsgroepen in de mondzorg, op de mondhygiënist na, ongeveer 0,1 fte. Dat betekent dat de verdere feminisering van deze beroepen een bescheiden doorwerking zal hebben op de benodigde aantallen beroepsbeoefenaren. Alleen bij de mondhygiënisten is het verschil met 0,23 fte groter. De oorzaak daarvan ligt grotendeels bij de mannelijke mondhygiënisten, die gemiddeld 0,1 fte meer werken dan hun mannelijke collega's in de andere drie beroepen in de mondzorg. Overigens kan uit het totaal gemiddelde fte bij de mondhygiënisten worden afgeleid dat er niet zoveel mannen werken als mondhygiënist (97 mannen versus 3.119 vrouwen).

De beschikbare capaciteit in de mondzorg binnen de vier beroepsgroepen wordt grotendeels ingezet door eerstelijns hulpverleners. Voor bijna 73% wordt de capaciteit ingevuld door de tandartsen, voor bijna 23% door mondhygiënisten, en voor bijna 5% door de kaakchirurgen en orthodontisten gezamenlijk. Daarbij moet wel bedacht worden dat er ook nog een aantal andere beroepen in de mondzorg zijn die in dit rapport niet behandeld worden, omdat zij niet in de wet BIG worden benoemd. Belangrijke beroepen qua capaciteit zijn bijvoorbeeld: de tandartsassistent c.q. de preventieassistent, tandtechnici en tandprotheticen.

2.3.3 Instroom tandartsen met een buitenlands diploma

Hoofdstuk 3 behandelt de instroom van beroepsbeoefenaren met een Nederlands diploma. Instroom uit het buitenland is voor mondhygiënisten niet van toepassing, omdat het beroep in veel landen niet als zodanig bestaat. Bij orthodontisten betreft het Nederlandse aiOS die na hun opleiding in het buitenland doorgaans weer in Nederland komen werken. Bij de kaakchirurgen komt het eveneens voor, hoewel de erkenning van dit specialisme vanwege de vereiste dubbele vooropleiding tandheelkunde en geneeskunde in Nederland problemen geeft. Deze paragraaf behandelt een specifiek fenomeen, namelijk de instroom van tandartsen met een buitenlands diploma. Sinds het CIBG op verzoek van het Capaciteitsorgaan in 2012 een opschoonactie heeft uitgevoerd in haar bestanden, beschikken wij over betrouwbare data over de instroom van tandartsen met een buitenlands diploma in Nederland. Figuur 3 toont de instroom van tandartsen met een buitenlands diploma in Nederland sinds 2000.

Figuur 3: Instroom tandartsen met een buitenlands diploma in Nederland



Bron: CIBG

Sinds 2011 is het aantal tandartsen dat jaarlijks Nederland instroomt hoger dan het aantal tandartsen dat aan Nederlandse universiteiten afstudeert. Vanaf 2010 is ook de samenstelling van de immigrant-tandartsen aan het wijzigen. Tot 2010 waren het vooral Belgische en Duitse tandartsen, vanaf 2010 betreft het in toenemende mate tandartsen uit Zuid-Europese landen, vooral Griekenland en Spanje, en Oost-Europese landen, zoals Roemenië en Bulgarije. Deze instroom van tandartsen met een buitenlands diploma is relevant om twee redenen.

In de eerste plaats is een instroom van deze omvang van invloed op de benodigde instroom in de Nederlandse opleidingen tot tandarts. Er moet dus een afweging worden gemaakt in de ramingen of de buitenlandse instroom qua omvang gewenst is. In 2010 werd, analoog aan de afweging bij de geneeskundig specialisten, door het Capaciteitsorgaan geoordeeld dat de huidige omvang van de instroom niet wenselijk is en werd bij de ramingen de buitenlandse instroom niet meegewogen. Voor de raming tandheelkunde werd vanwege de omvang van de buitenlandse instroom bij uitzondering de helft van de buitenlandse instroom meegewogen in de raming. Zelfs met medeweging van de helft van deze instroom was het aantal studenten zou moeten instromen in de Nederlandse opleidingen nog steeds zo hoog dat de overheid dat onderdeel van het advies niet heeft overgenomen.

In de tweede plaats heeft de tandarts met een buitenlands diploma tijdens zijn opleiding niet gewerkt met mondhygiënist. Deze tandartsen zijn gewend alle voorkomende handelingen zelf uit te

voeren. Dat betekent dat het klimaat voor de door de overheid bepleite verticale substitutie van de tandarts naar de mondhygiënist verslechtert door de grote instroom van buitenlandse tandartsen. Verder is de kans op communicatieproblemen met de patiënt bij buitenlandse tandartsen groter en is de kennis van Nederlandse wet- en regelgeving vaak suboptimaal.

2.3.4. Conclusie

Geconcludeerd mag worden dat in de mondzorg 95% van de beschikbare capaciteit wordt ingezet in de eerste lijn. Het aantal werkzame Nederlandse tandartsen daalt sinds 2010, zowel in absolute zin als in het aantal fte's dat beschikbaar is. Op de Nederlandse arbeidsmarkt stromen veel tandartsen met een buitenlands diploma binnen, die in Nederland relatief gemakkelijk aan het werk kunnen. De mondhygiënist daarentegen neemt in aantal en in aantal beschikbare fte's sinds 2005 gestaag toe.

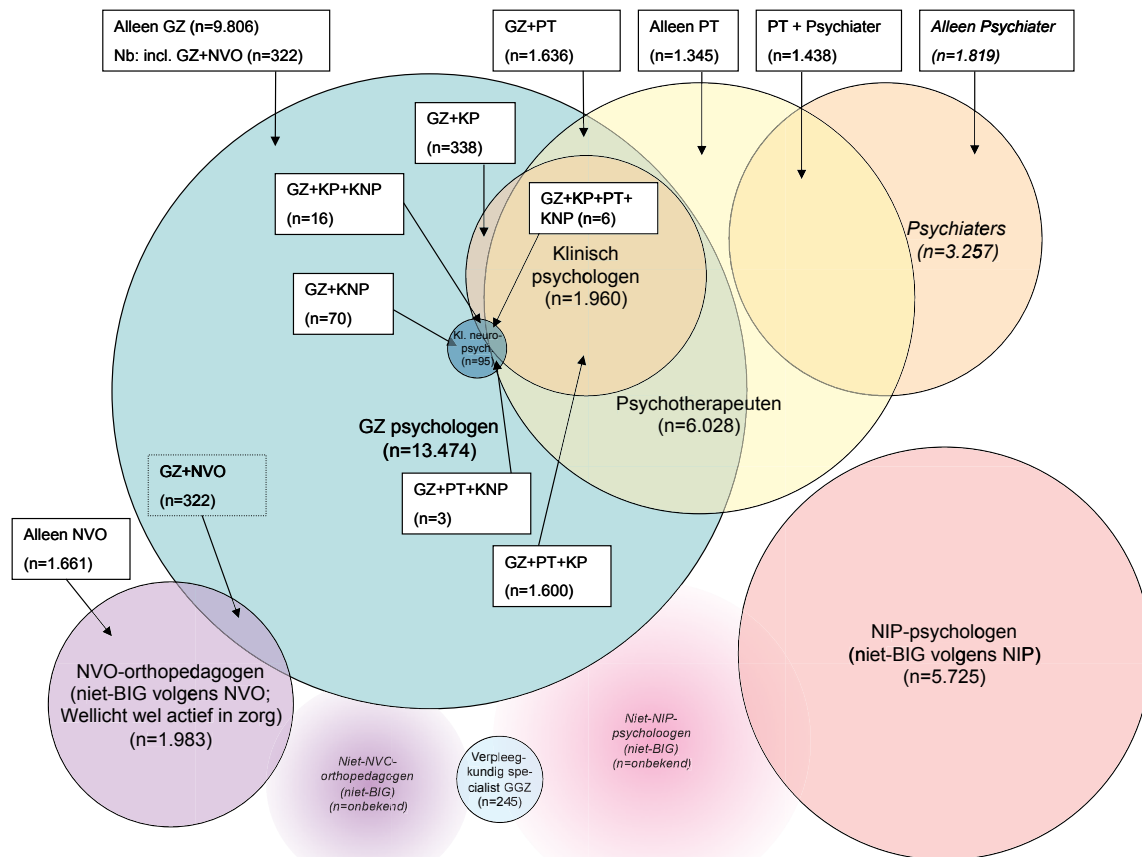
2.4. Geestelijke gezondheid

In dit Capaciteitsplan wordt voor het eerst ook integraal gekeken naar de BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheid. Het betreft dan de gezondheidszorg-psycholoog (GZ-psycholoog), de psychotherapeut, de klinisch psycholoog, de klinisch neuropsycholoog en de verpleegkundig specialist GGZ. In 2011 is voor deze beroepen een eerste, voorlopige raming opgesteld die een indicatief karakter had. Een conclusie van deze richtinggevende raming was dat het in principe mogelijk was om de technieken en modellen die het Capaciteitsorgaan gebruikt voor de ramingen voor de artsen en de mondzorgberoepen, ook toe te passen op de vijf beroepen in de geestelijke gezondheid. Een andere conclusie was dat veel kwantitatieve gegevens voor de parameters van het aanbod onbekend waren. Sinds 2010 is daarom in opdracht van het Capaciteitsorgaan veel kwantitatief onderzoek uitgevoerd naar het aanbod in deze beroepsgroepen.

2.4.1. Aantal geregistreerde en aantal werkzame beroepsbeoefenaren

Eén van deze onderzoeken betrof een survey onder deze beroepsgroepen op basis van een steekproef uit het BIG-register. Deze steekproef leverde onder andere het volgende Venndiagram op.

Figuur 4: Overlap tussen registraties van beroepsgroepen geestelijke gezondheid 2012



Bron: NIVEL

Voor vier van de vijf beroepen geldt dat er overlap bestaat tussen de diverse registraties in het BIG-register. Dit leverde voor de ramingen een complicatie op, omdat moest worden vastgesteld in welk beroep personen met meerdere registraties feitelijk werkzaam zijn. Er wordt van uitgegaan dat iemand het basisberoep (GZ-psycholoog of psychotherapeut) alleen uitoefent als hij geen additionele registratie als specialist (klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog) heeft. Overigens is binnen de geestelijke gezondheid ook een groot aantal niet BIG-geregistreerde hulpverleners actief.

In tabel 9 worden de aantallen geregistreerde en de aantallen werkzame beroepsbeoefenaren voor de vijf beroepen in beeld gebracht. Voor het jaar 2005 zijn deze aantallen niet bekend. Daarom is in onderstaande tabel gebruik gemaakt van de gegevens per 1 januari 2010, 2012 en 2013.

Tabel 9: Aantal geregistreerde en aantal werkzame beroepsbeoefenaren geestelijke gezondheid

Beroepsgroep	Jaar	2010		2012		2013	
		Register	Werkzaam	Register	Werkzaam	Register	Werkzaam
GZ-psycholoog		10.345	6.035	9.806	7.500	10.571	8.100
Psychotherapeut		6.225	1.560	2.981	1.950	3.093	2.020
Klinisch psycholoog		2.348	1.965	1.964	1.964	2.008	2.008
Klinisch neuropsycholoog		75	75	100	100	113	113
Verpleegkundig specialist GGZ		10	150	287	287	438	438

Bron: 2010: Capaciteitsplan 2011
2011/2012: NIVEL, RSG, VSR

Het grootste verschil in deze tabel betreft de daling van het aantal geregistreerde psychotherapeuten in het jaar 2012 ten opzichte van 2010. Dit wordt veroorzaakt door de verwijdering van de dubbele en driedubbele registraties van klinisch psychologen en psychiaters vanaf 2011. De afname van het aantal geregistreerde klinisch psychologen in 2012 is het gevolg van een collectieve herregistratie van deze beroepsgroep in 2011. Verder valt op dat de percentages werkzame klinisch psychologen en klinisch neuropsychologen per 1 januari 2012 en 2013 100% bedragen. Dit is eveneens het gevolg van de collectieve herregistratie in 2011, respectievelijk de start van het betreffende register in 2008. Dit maakt het aannemelijk dat het aantal werkzame beroepsbeoefenaren nog niet afwijkt van het aantal geregistreerden. Ten slotte is het aantal werkzame verpleegkundig specialisten GGZ in 2010 hoger dan het aantal geregistreerden. Het register voor verpleegkundig specialisten is officieel in 2009 gestart, maar de inschrijving in het register is pas in 2010 goed op gang gekomen.

2.4.2. Gemiddelde fte beroepsbeoefenaren

Het arbeidsaanbod is gekwantificeerd door het aantal werkenden te vermenigvuldigen met het full-time equivalent, gespecificeerd naar geslacht. Tabel 10 laat de resultaten hiervan zien.

Tabel 10: Beschikbare capaciteit beroepsgroepen geestelijke gezondheid 1 januari 2013

Beroepsgroep	♂	♀	Totaal	Beschikbare capaciteit in fte
GZ-psycholoog	0,89	0,82	0,83	6.755
Psychotherapeut	0,85	0,78	0,81	1.631
Klinisch psycholoog	1,01	0,87	0,92	1.848
Klinisch neuropsycholoog	0,94	0,89	0,91	103
Verpleegkundig specialist GGZ	1,00	0,91	0,94	413

Bron: NIVEL

De basisberoepen GZ-psycholoog en psychotherapeut leveren 78% van de capaciteit op de arbeidsmarkt, de specialismen de resterende 22%. Net als bij de mondzorg levert een aantal niet in dit Capaciteitsplan opgenomen beroepen, zoals psychologen zonder een BIG registratie, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en agogen eveneens zorg aan cliënten van deze beroepsgroepen.

De branche waarin men werkzaam is, blijkt uit tabel 11. Op basis van de survey zijn de vijf beroepen naar branche waarin men werkzaam is ingedeeld. Het betreft hier de aantallen werkzamen, niet de fte's.

Tabel 11: Aantallen werkzamen per beroepsgroep per branche

Branche	GZ- psycholoog	Psycho- therapeut	Klinisch psycholoog	Klinisch neu- ropsycholoog	VS-GGZ	Totaal
GGZ-instelling	3.240	889	904	28	359	5.420
Praktijk voor 1e lijns psychologie	1.782	81	20	0	0	1.882
Praktijk voor psychotherapie	162	727	542	8	0	1.439
Vrijgevestigde combinatiepraktijk	243	101	120	5	0	469
Gehandicaptenzorg	648	0	20	3	4	675
Ziekenhuizen	324	20	261	45	48	698
Forensische zorg	405	101	40	0	0	546
Overig	1.296	101	100	24	26	1.547
Totaal	8.100	2.020	2.008	113	438	12.679

Bron: NIVEL

De beroepsbeoefenaren werken in verschillende branches. De GGZ-instellingen zijn voor alle beroepsgroepen, behalve de klinisch neuropsychologen, de belangrijkste branche. Uiteraard zijn veel GZ-psychologen werkzaam in praktijken voor eerstelijnspsychologie en veel psychotherapeuten in praktijken voor psychotherapie. Opvallend is dat er meer klinisch psychologen werkzaam zijn in praktijken voor psychotherapie dan in algemene of academische ziekenhuizen.

2.4.3 Conclusie

De aantallen werkzamen zijn voor elk van de vijf beroepsgroepen in de geestelijke gezondheid gestegen ten opzichte van 2011. Dit komt vooral doordat velen de opleiding succesvol afronden. Bij de verpleegkundig specialist GGZ is het ook een gevolg van de eerste vulling van het register, die pas medio 2012 is afgerond. Ook is het inzicht in dubbele registraties sterk verbeterd ten opzichte van 2011 door het laten uitvoeren van gerichte onderzoeken. Er bestaat nu voor het eerst een nauwkeurig beeld van de totale beschikbare arbeidscapaciteit per beroepsgroep.

Daarnaast is door enquêtering en ander onderzoek een beter beeld ontstaan van de daadwerkelijke omvang van de dienstverbanden, de uitstroomkansen en de percentages werkzaam per geslacht. Deze zijn in het voorliggende advies gebruikt, waardoor de raming aan betrouwbaarheid wint en qua bandbreedte kleiner wordt.

3. Instroom opleidingen: adviezen en realisatie

3.1. Inleiding

3.1.1. Advisering

In 2000 is het Capaciteitsorgaan gestart met de advisering van het veld en de overheid over de benodigde instroom om op termijn de zorgvraag en het zorgaanbod in evenwicht te brengen. Het Capaciteitsorgaan stuurt alleen op de parameter “instroom in de opleidingen”. Dat is een langzaam proces. Er wordt indirect en op termijn invloed uitgeoefend op de jaarlijkse instroom in de verschillende beroepen. Alle andere factoren worden niet door het Capaciteitsorgaan beïnvloed. Wel wordt zorgvuldig gekeken of andere parameters, die samenhangen met de beroepskrachtenplanning, veranderen. Het betreft dan bijvoorbeeld de feminisering van een beroep, veranderingen van arbeidstijd, gemiddelde fte, pensioenleeftijd, instroom uit het buitenland et cetera. Deze parameters worden voor elke raming geschat op basis van (literatuur)onderzoek en verwachtingen van experts. Het Capaciteitsorgaan verricht zelf geen onderzoek, maar bepaalt met de experts welke onderzoeken ontbreken om een zo betrouwbaar mogelijk advies te geven. De daadwerkelijke onderzoeken worden verricht door externe bureaus. Deze handelswijze waarborgt de onafhankelijkheid van het Capaciteitsorgaan in de opstelling van de adviezen.

Sinds 2000 heeft het Capaciteitsorgaan integrale instroomadviezen uitgebracht in 2000, 2003, 2005, 2008 en 2010. Daarnaast is op verzoek van veldpartijen of de overheid een aantal deeladviezen gegeven over een specifiek beroep (jeugdarts, arts infectieziektebestrijding, sportarts, mondzorg, beroepen geestelijke gezondheid), meestal in de aanloop naar een integrale opname in de Capaciteitsplannen. Ten slotte heeft het Capaciteitsorgaan in de afgelopen 13 jaar vijf keer een tussentijds advies gegeven (huisartsgeneeskunde, plastische chirurgie, mdl, buitenlandse instroom, AVG). Een tussentijds advies wordt afgegeven als uit de continue monitoring van de ontwikkelingen van zorgvraag en zorgaanbod blijkt dat tussentijdse bijsturing noodzakelijk is. Deze adviezen komen meestal tot stand op initiatief van het Capaciteitsorgaan zelf.

3.1.2. Realisatie

Sinds de oprichting van het Capaciteitsorgaan heeft de realisatie van de adviezen een aantal veranderingen ondergaan. Alleen de instroom in de opleiding huisartsgeneeskunde is al van voor 2000 in handen van het ministerie van VWS. De instroom in de opleidingen tot medisch specialist, specialist ouderengeneeskunde, AVG, kaakchirurg en orthodontist was tot 2007 onderwerp van decentrale onderhandeling tussen de verschillende opleidingsinstellingen en de zorgverzekeraars. De instroom in de opleidingen tot sociaal geneeskundige werd door de werkgevers decentraal bepaald. Van een centrale regie was zeker geen sprake.

In 2006 werd de Zorgverzekeringswet geïntroduceerd in Nederland. Om concurrentievervalsing tussen opleidingsinstellingen en andere instellingen te voorkomen, zijn de opleidingsbudgetten voor deze beroepen van de zorginstellingen overgeheveld naar VWS. Vanaf dat moment is de regie voor de meeste erkende medische vervolg- en profielopleidingen in handen van VWS gekomen. Daartoe is onder meer het zogenoemde Opleidingsfonds ingericht, dat per 1 januari 2013 is overgedragen aan de

NZa. De uitwerking van de landelijke instroomquota voor de vervolgoopleidingen tot medische specialist in een regionale verdeling wordt mogelijk gemaakt door de stichting Bols. De opleidingsgelden worden als beschikbaarheidsbijdrage aan de opleidingsinstellingen uitgekeerd. De Stichting Beroeps Opleiding Huisartsen (SBOH) ontvangt de opleidingsgelden van VWS en treedt op als werkgever van de aios huisartsgeneeskunde en ouderengeneeskunde. Daarnaast financiert de SBOH met deze gelden de acht opleidingsinstituten huisartsgeneeskunde. In de sociale geneeskunde worden alleen de jeugdarts, de arts infectieziektebestrijding, de arts medische milieukunde en de tuberculosearts voor zowel de profielopleiding als de tweede fase opleiding door het ministerie van VWS gesubsidieerd. De verdeling wordt gerealiseerd door ActiZ en GGD Nederland. De overige specialismen en profielen in de sociale geneeskunde zijn onderhevig aan marktwerking.

In de mondzorg geldt dat het ministerie van OCW de opleidingen tot tandarts en mondhygiënist rechtstreeks subsidieert. De opleidingen tot kaakchirurg en orthodontist subsidieert het ministerie van VWS via het Opleidingsfonds. De drie faculteiten tandheelkunde verdelen de instroom samen met het ministerie van OCW. Voor de post-initiële opleidingen gebeurt dat via BOLS.

In het Opleidingsfonds is ook de subsidiëring van een gedeelte van de beroepen geestelijke gezondheid ondergebracht. Tot en met 2013 wordt de hoogte van de instroom in deze beroepen bepaald op historische basis. De verdeling van de gesubsidieerde opleidingsplaatsen werd door CONO gecoördineerd. Het betrof niet alleen opleidingsplaatsen gesubsidieerd door het Opleidingsfonds. Bekostiging van de opleiding vindt ook plaats door de opleiding zelf, de praktijkopleidingsinstelling, of een combinatie van opleiding en praktijkopleidingsinstelling. Eerstelijnspraktijken maken ook extra afspraken over hun opleidingsinspanningen voor de opleiding tot GZ-psycholoog met de zorgverzekeraars. De opleidingen tot klinisch neuropsycholoog en de tweejarige opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ worden ook niet uit het Opleidingsfonds betaald. Het is aan de ministeries van VWS én OCW om hier regie over te voeren. Dat geldt ook voor de initiële opleiding tot basisarts. Omdat de medische vervolgoopleidingen voor hun instroom afhankelijk zijn van de beschikbaarheid van basisartsen vindt hierover afstemming plaats tussen het ministerie van VWS en het ministerie van OCW. In het navolgende worden adviezen over de instroom en de realisatie ervan met elkaar vergeleken.

3.2. Vervolgoopleidingen medische beroepen

Een afgegeven advies leidt niet stante pede tot een wijziging van de instroom. Het advies wordt gevolgd door een beleidsvoornemen van de minister, gevolgd door een besluit. De financiële consequenties van dat besluit moeten weer worden opgenomen in een begroting of een begrotingswijziging. Daarom houdt het Capaciteitsorgaan er rekening mee dat tussen het afgeven en het opvolgen van een advies twee jaar verstrijkt. De opleidingen zelf duren 3 tot 6 jaar. Om die reden wordt alle beschikbare informatie getoond vanaf 2002: het eerste jaar dat een advies opgevolgd had kunnen worden. Een liggend streepje betekent dat tot die datum geen advies gegeven is c.q. geen instroom in de betreffende beroepen is gerealiseerd. Tabel 12 laat de adviezen voor de instroom én de realisatie ervan vanaf 2002 zien.

Tabel 12: Adviezen en realisatie instroom erkende medische vervolgoopleidingen en klinisch technologische beroepen

Vergoopleiding	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Adviezen											
Medisch specialist*	1.104	1.068	1.040 1.181	1.040 1.181	909 992	909 992	909 992	932 1.122	932 1.122	1.242 1.499	1.242 1.499
Huisartsgeneeskunde	767	767	861	861	565	565	565	540	540	730	720
Ouderengeneeskunde	102	102	90	90	96	96	96	112	112	112	109
AVG	-	-	-	-	15	15	15	20 24	20 24	20 24	20
Sociale geneeskunde	122	122	102	102	125	125	125	-	-	580	580
β specialismen	-	-	-	-	-	-	-	62 67	62 67	56 63	56 63
Realisatie											
Medisch specialist*	1.120	1.172	1.095	1.084	1.107	1.069	1.051	1.061	1.153	1.391	1.385
Huisartsgeneeskunde	468	501	512	533	524	519	537	594	588	613	638
Ouderengeneeskunde	82	97	99	96	91	88	86	85	77	83	86
AVG	0	13	15	13	10	13	16	19	15	14	20
Sociale geneeskunde	220	160	114	47	67	82	104	161	121	121	173
β specialismen	63	66	44	59	64	78	60	85	67	75	62

*: inclusief SEH-profiel vanaf 2011

De realisatie van de instroom in elke erkende medische vervolgoopleiding is afhankelijk van diverse factoren. In de eerste plaats het toewijzingsbesluit van VWS, dat voor ieder jaar het bandbreedteadvies van het Capaciteitsorgaan omzet in een vast aantal instroomplaatsen. In de tweede plaats hangt de nieuwe instroom af van de bereidheid en de financiële mogelijkheden van opleidingsziekenhuizen/instellingen om hiervoor opleidingsplaatsen te creëren. Vervolgens hangt het af van de bereidheid en mogelijkheden van opleiders om nieuwe aios te gaan opleiden. En ten slotte is het afhankelijk van de intenties van basisartsen om in te stromen in de aangeboden opleidingsplaatsen op de aangeboden locaties.

Het bestaan van verschillen tussen de gegeven adviezen en de gerealiseerde instroom in een bepaald jaar betekent niet automatisch dat de adviezen niet zijn overgenomen. Het betekent wel dat het advies niet gerealiseerd is. Alleen indien de realisatie het (maximale) advies overschrijdt, is duidelijk dat het advies niet is opgevolgd. Dit was bijvoorbeeld het geval bij de vervolgoopleidingen tot medisch specialist in 2002, 2003, 2006, 2007, 2008 en 2010. De overschrijdingen van de adviezen in deze jaren werden veroorzaakt door de decentrale regulering en invulling van de opleidingsplaatsen voor de medisch specialisten. Chronische overschrijding van de maximale adviezen leidt in de modellen van het Capaciteitsorgaan met een grote waarschijnlijkheid tot een aanbod dat groter is dan de vraag. In de huidige situatie wordt dit effect bij de medisch specialisten versterkt door de verhoging van de stopleeftijd en de toename van het aantal gemiddelde fte's dat vrouwen zijn gaan werken. Vanaf 2008 vindt ook bij de medisch specialisten centrale regulering van de instroom in de opleidingen plaats. Dit betekent dat overschrijding van de maximale adviezen nog maar sporadisch

zal voorkomen. Overigens is in het maximale advies dat het Capaciteitsorgaan geeft de optie “verticale substitutie” door VS of PA niet meegenomen. Dit betekent dat het klimaat voor de ontwikkeling van verticale substitutie bij het maximale advies ongunstig is. De overschrijdingen van eerdere adviezen leiden overigens automatisch tot corrigerende (neerwaartse) aanpassingen van volgende instroomadviezen.

Bij andere opleidingen komt een overschrijding eerder incidenteel voor, zoals de huisartsen in 2009 en 2010, en bij de specialist ouderengeneeskunde in 2004 en 2005. Bij de specialist ouderengeneeskunde is de realisatie van de adviezen eveneens een probleem. De belangrijkste oorzaak is de achterblijvende belangstelling onder basisartsen voor deze erkende medische vervolgopleiding. De opleiding wordt traditioneel vooral door iets oudere artsen gevolgd. De huidige cao voor aios maakt het voor hen echter minder aantrekkelijk om (weer) een vervolgopleiding te gaan doen. Door de toename van het aantal pas afgestudeerde basisartsen dat een plaats in een vervolgopleiding zoekt, bestaat de verwachting dat in de toekomst ook jongere basisartsen vaker voor dit specialisme zullen gaan kiezen.

Geconcludeerd mag worden dat de adviezen van het Capaciteitsorgaan steeds beter opgevolgd worden. De sector is inmiddels gewend aan de adviezen over de gewenste instroom. Overschrijding van het (maximale) instroomadvies is de laatste 5 jaar nauwelijks voorgekomen. Wel worden de gevolgen van eerdere overschrijdingen in de instroom bij de medisch specialistische beroepen nu zichtbaar, geaccentueerd door de toename van de stopleeftijd en het gemiddelde fte bij (vrouwelijke) medisch specialisten. Onzeker is de invloed die deze ontwikkeling heeft op de instroom van medisch specialisten met een buitenlands specialistendiploma en op de uitstroom van specialisten naar het buitenland.

3.3. Initiële en vervolgopleidingen mondzorg

De instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan voor de mondzorg hebben nog geen lange geschiedenis. In 2009 werd voor het eerst een richtinggevend advies afgegeven, gevolgd door een eerste integraal advies in 2010. Om de lezer een indruk te geven van de recente ontwikkelingen in de vier beroepen zijn in tabel 13 de instroomgetallen sinds 2005 weergegeven. Het advies voor de eerstelijns mondzorg uit 2009 had een onderkant en een bovenkant in de bandbreedte

Tabel 13: Adviezen en realisatie instroom beroepen mondzorg

Vervolgopleiding	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Adviezen								
Tandarts	-	-	-	-	-	314 tot 466	314 tot 466	374
Mondhygiënist	-	-	-	-	-	333 tot 413	333 tot 416	358
Kaakchirurg	22	15	15	15	13	13	16	16
Orthodontist	16	9	9	9	9	9	9	9
Realisatie								
Tandarts	300	300	270	240	240	240	240	240
Mondhygiënist	300	300	300	300	300	300	300	300
Kaakchirurg	13	9	15	11	13	13	16	16
Orthodontist	13	6	13	6	13	5	13	5

Bron: NMT/RGS

Duidelijk is dat de adviezen over de instroom in de erkende medische vervolgopleidingen tot kaakchirurg en orthodontist door het ministerie van VWS, opleidingsinstellingen en opleiders vanaf 2005 volledig worden gevolgd (maar in 3 jaren zelfs worden overschreden). Dat is niet het geval bij de twee initiële opleidingen tot tandarts en mondhygiënist, waar de opvolging van de adviezen veel meer afhangt van het ministerie van OCW. Geconstateerd kan worden dat de instroom in beide initiële opleidingen sinds de potentiële inwerkingtreding van de adviezen (2010) geen enkele verandering heeft ondergaan. De consequenties hiervan zijn dat, conform de verwachtingen van het Capaciteitsorgaan, het aantal werkzame Nederlandse tandartsen de komende jaren zal gaan dalen en dat de substantiële instroom uit het buitenland (nog) verder zal toenemen. De door de overheid beoogde substitutie door mondhygiënist kan niet doorzetten door een relatief gebrek aan toekomstige arbeidskrachten enerzijds en een ontbrekende positieve houding van buitenlandse tandartsen ten opzichte van mondhygiënist anderszijds.

Geconcludeerd kan worden dat de instroomadviezen voor de traditionele twee post-initiële opleidingen tot orthodontist en kaakchirurg zijn opgevolgd. Dit heeft inmiddels geleid tot een evenwicht tussen vraag en aanbod in dit gedeelte van de mondzorg. In het veel grotere domein van de eerstelijns mondzorg bestaat er bij de experts inmiddels ook consensus over een gewenste instroom in de opleidingen tot tandarts en mondhygiënist om tot een evenwicht tussen vraag en aanbod te komen. Deze consensus, neergelegd in twee opeenvolgende adviezen, heeft er niet toe geleid dat het ministerie de instroomaantallen in de tandartsopleiding en/of de mondhygiënistopleiding heeft aangepast. Hierdoor is de instroom van buitenlandse tandartsen de afgelopen jaren toegenomen tot ruim 250 in 2012.

3.4. Initiële en post-initiële opleidingen beroepen geestelijke gezondheid

De instroom in de verschillende opleidingen is in het verleden niet betrouwbaar genoeg gemonitord om hier getoond te kunnen worden. De belangrijkste oorzaken daarvoor waren enerzijds het deels ontbreken van centrale opleidingsregisters en anderzijds het instromen in opleidingen zonder subsidie van VWS. Het was immers voor de praktijkopleidingsinstelling mogelijk om de opleiding vergoed te krijgen via de zorgverzekeraar of om de opleiding zelf of door de opleideling te laten betalen. Tabel 14 toont de gegevens vanaf 2009: het eerste jaar waarin enigermate betrouwbare gegevens over de

instroom in alle vijf beroepen beschikbaar waren. Voor het eerste richtinggevende deeladvies 2011 is - in tegenstelling tot gebruikelijk - het jaar 2012 als eerste uitvoeringsjaar genomen, omdat dit advies anders niet zichtbaar zou zijn in dit hoofdrapport.

Tabel 14: Adviezen en realisatie instroom beroepen geestelijke gezondheid

Beroep	09	10	11	12
Adviezen				
GZ-psycholoog	-	-	-	960
Psychotherapeut	-	-	-	160
Klinisch psycholoog	-	-	-	230
Klinisch neuropsycholoog	-	-	-	8/16
VS-GGZ*	-	-	-	160
Realisatie				
GZ-psycholoog	790	894	737	792
Psychotherapeut	132	115	117	171
Klinisch psycholoog	100	32	82	46
Klinisch neuropsycholoog	0	17	0	13
VS-GGZ*	60	85	114	102

Bron: Deeladvies 2011, CONO, LOGO
*: driejarige opleiding VS-GGZ

Het eerste, richtinggevende advies uit 2011 laat twee opvallende afwijkingen zien van de praktijk in de afgelopen jaren. In de eerste plaats lijkt het erop dat de sector te weinig GZ-psychologen laat instromen in de opleiding. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat het ministerie van VWS jaarlijks 460 tot 470 nieuwe instroomplaatsen subsidieert. De overige 320 opleidingsplaatsen moeten door de sector op een andere manier bekostigd worden. Ook opvallend is de achterblijvende instroom in de opleiding tot klinisch psycholoog. Ook hier geldt dat de beschikbaar gestelde subsidie door VWS (47 tot 102 plaatsen) lager is dan de 230 geadviseerde plaatsen, maar hier is vanuit de sector geen initiatief aanwezig om meer op te leiden dan aan subsidiabele plaatsen beschikbaar wordt gesteld.

De opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ (VS-GGZ) kan worden gevolgd middels een driejarige opleiding aan de landelijke opleidingsinstelling VS-GGZ te Utrecht, die door VWS separaat wordt gesubsidieerd. Een tweejarige opleiding tot master Advanced Nursing Practice (NP) met de uitstroomdifferentiatie GGZ aan een van de negen hogescholen leidt ook op tot verpleegkundig specialist GGZ. Deze wordt door VWS en OCW gesubsidieerd. De tweejarige opleiding kent over de laatste 5 jaar een gemiddelde instroom van 32 opleidingen en een uitstroom van 28 gediplomeerde VS-GGZ.

De overheid wil taakherschikking stimuleren. De VS-GGZ is een middel daartoe. Ten aanzien van de instroomplaatsen wordt daarom een ruimhartig beleid gevoerd. De hoge instroom in 2011 en 2012 wordt echter grotendeels verklaard door een tijdelijke regeling die het mogelijk maakt dat SPV'ers met een aantal vrijstellingen alsnog een verkort opleidingstraject tot VS-GGZ aan het landelijk opleidingsinstituut kunnen volgen.

Het opleidingsveld overziend is de conclusie dat de instroom varieert van jaar tot jaar en er geen trends te ontdekken zijn in de instroom. Dit komt doordat tot nu toe sprake was van een situatie waarin de instroom in de diverse opleidingen grotendeels bepaald werd door historische gegevens, budgettaire mogelijkheden van instellingen, initiatieven van opleidingen zelf en ambities en financiële mogelijkheden van de ministeries. Dit kwam door het gebrek aan adequate kwantitatieve informatie over zowel het zorgaanbod als de zorgvraag. De verwachting is dat het Capaciteitsorgaan de instroom de komende jaren beter kan (laten) reguleren op basis van diverse onderzoeken die de afgelopen tijd zijn uitgevoerd.

3.5. Initiële opleiding geneeskunde

De statuten van het Capaciteitsorgaan omvatten ook het geven van een advies aan het veld over de gewenste instroom in de initiële opleiding geneeskunde. Dat onderdeel is in de statuten opgenomen, omdat de adviezen over de instroom in de erkende medische vervolgoopleidingen alleen geëffectueerd kunnen worden als er ook voldoende basisartsen beschikbaar zijn om in te stromen. Ook voor dit advies geldt dat de realisatie mede afhankelijk is van een aantal andere actoren. In de eerste plaats het ministerie van OCW, dat jaarlijks in overleg met het ministerie van VWS het aantal subsidieerbare instroomplaatsen voor de studie geneeskunde vastlegt. Vervolgens de acht universiteiten, die voor elke studie de mogelijkheid hebben om op basis van verwachte capaciteitsproblemen of kwaliteitsproblemen een maximum te stellen aan de instroom (de capaciteitsfixus, in de volksmond de numerus fixus). Voor een aantal studies, waaronder geneeskunde, wordt deze capaciteitsfixus al 40 jaar gehanteerd. En ten slotte de student zelf, die belangstelling moet hebben om de betreffende studie te gaan volgen. In de praktijk is voor de initiële opleiding geneeskunde de capaciteitsfixus de belangrijkste bottleneck. Daarbij spelen vooral kwantitatieve problemen in de eerste fase van de studie een rol. In de tweede fase van de studie zijn er kwantitatieve/kwalitatieve problemen met het aantal beschikbare stageplaatsen. Tabel 15 toont de adviezen en de realisatie van de instroom in de opleiding geneeskunde sinds 2002. Bij deze adviezen is de doorlooptijd tot implementatie één jaar.

Tabel 15: adviezen en realisatie instroom studie geneeskunde

	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Adviezen*	2.850	2.850	2.850	2.850	2.540	2.540	2.540	2.700	2.700	3.100	3.100
Realisatie*	2.631	2.974	2.991	2.948	2.893	2.827	2.851	2.807	2.800	3.050	3.050

Bron: VSNU

*: inclusief zijinstroom vierde jaar

De tabel laat zien dat de adviezen van het Capaciteitsorgaan sinds 2002 gefluctueerd hebben tussen 2.540 en 3.100, terwijl de daadwerkelijke instroom tussen 2003 en 2010 telkens een beetje gedaald is. In 2010 heeft de minister besloten om de instroom daadwerkelijk te gaan verhogen. Vanaf 2011 is de instroom weer hoger dan in de jaren daarvoor.

Het dalend aantal instromende studenten geneeskunde wordt echter ruim gecompenseerd door een toenemend intern rendement van de opleidingen, dat van 81% in 2005 naar 90% in 2013 is gestegen. De toename van het interne rendement wordt deels verklaard door tussentijdse invulling van open-

vallende plaatsen gedurende het eerste studiejaar, deels door het rendement van 95% van zij-instromers in het vierde studiejaar en deels door daadwerkelijke verbetering van het interne rendement bij geneeskundestudenten.

De adviezen van het Capaciteitsorgaan over de benodigde instroom in de opleiding geneeskunde zijn wisselend geweest. De geadviseerde instroom is - met uitzondering van het advies uit 2010 - lager dan de daadwerkelijk gerealiseerde instroom door de medische faculteiten. Het Capaciteitsorgaan vindt dat hierdoor een te groot reservoir van basisartsen is ontstaan dat kan instromen in een erkende medische vervolgopleiding.

Het afgeven van adviezen over de gewenste instroom in de initiële opleiding geneeskunde is moeilijk, omdat het minimaal 6 tot 7 jaar voorafgaat aan het corresponderende advies over de instroom in een erkende medische vervolgopleiding. Daarbij moet eveneens rekening worden gehouden met de instroom van basisartsen met een buitenlands diploma, die tussen 2003 en 2013 met 280 per jaar is gedaald. Het enige doel van het instroomadvies initiële geneeskunde bestaat uit het in stand houden van een functioneel reservoir aan basisartsen die kunnen instromen in een erkende medische vervolgopleiding. Daarom is het belangrijk om ook informatie over de omvang van dit reservoir te verzamelen. Uit twee identiek uitgevoerde onderzoeken kwam naar voren dat het reservoir van basisartsen met belangstelling om in te stromen in een erkende medische vervolgopleiding in 2009 3.719 bedroeg en in 2012 4.670. Dat betekent dat het reservoir in drie jaar tijd met 918 basisartsen, oftewel 24,8%, toegenomen is, terwijl de instroom in de erkende medische vervolgopleidingen eveneens toegenomen is. Het Capaciteitsorgaan vindt deze omvang van het reservoir te hoog. Een veiligheidsmarge van 1 instroomjaar, oftewel ongeveer 2.700 basisartsen, is ruim voldoende om schommelingen in de instroom aan basisartsen in erkende medische vervolgopleidingen op te vangen. Dat betekent dat 1.900 basisartsen aan het reservoir onttrokken kunnen worden. Rekening houdend met een intern rendement van 90%, moet deze instroom in absolute zin gedeeld worden door 0,9. Dus: 1.900 gedeeld door 0,9 is 2.100 instromende geneeskundestudenten. Het enige discussiepunt is dan over welke periode de verlaging van de omvang van het reservoir gerealiseerd moet worden.

3.6. Opleidingen verpleegkundig specialist en physician assistant

Het Capaciteitsorgaan heeft in het verleden geen formeel verzoek van het ministerie van VWS ontvangen om de instroom in de opleidingen tot verpleegkundig specialist (met uitzondering van VS-GGZ, driejarige opleiding) en/of physician assistant te ramen. Toch is het nodig dat het Capaciteitsorgaan dit wel doet. Gegevens over de instroom in het vak en de instroom in de opleidingen zijn namelijk nodig voor het verkennen van scenario's waarin substitutie van een geneeskundig specialist naar verpleegkundig specialist en/of physician assistant een rol speelt. De haalbaarheid van deze toekomstscenario's moet immers getoetst worden. Tabel 16 toont de instroom in de opleidingen tot verpleegkundig specialist respectievelijk physician assistant plus de beschikbare aantallen geregistreerde NP/VS en physician assistant.

Tabel 16: instroom in de opleiding VS/NP en PA plus aantal geregistreerde/-gediplomeerde VS/NP en PA

Beroepsgroep Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
VS/NP: instroom opleiding	217	224	249	281	272	278	263	353
VS/NP: aantal werkzaam	177	247	387	517	667	883	1.091	1.306
PA: instroom opleiding	102	74	78	108	127	128	132	156
PA: aantal werkzaam	-	15	32	78	149	218	271	348

Bron: HBO raad

De aantallen werkzaam in relatie tot de aantallen studenten laten al zien dat de beide beroepsgroepen de komende jaren relatief snel zullen gaan groeien. Het ministerie van VWS heeft eerder al aangegeven de instroom in beide beroepen de komende jaren te zullen blijven stimuleren. Voor 2013 is een verdere uitbreiding voorzien. Het Capaciteitsorgaan heeft in zijn Capaciteitsplan 2010 geadviseerd het aantal opleidingsplaatsen voor de beroepen in totaal naar 650 te laten toenemen. De afgelopen periode melden de wetenschappelijke verenigingen dat niet de beschikbare subsidie voor de toegewezen instroom, maar de beschikbare praktijkopleidingsplaatsen een beperkende factor in de groei van deze beide opleidingen kunnen worden.

Geconcludeerd kan worden dat de verpleegkundig specialist en physician assistant de afgelopen drie jaren een grote groei hebben gekend; het aantal werkzame personen is in beide beroepen ongeveer verdubbeld. Een verdere groei van de twee beroepen wordt voorzien. Aandachtspunt is het creëren van voldoende opleidingsplaatsen, vooral in ziekenhuizen.



4. Toekomstige zorgvraag

4.1. Inleiding

In de ramingen van het Capaciteitsorgaan vormen de verwachtingen over de ontwikkeling van de zorgvraag in combinatie met de huidige zorgvraag het vertrekpunt van de berekeningen. Daarbij wordt getoetst of de huidige zorgvraag en het huidige zorgaanbod met elkaar in evenwicht zijn. Als hierbij signalen worden ontdekt die wijzen op een disbalans tussen vraag en aanbod, wordt de zorgvraag hiervoor gecorrigeerd middels de parameter onvervulde vraag. De zorgvraag en het zorgaanbod worden hierbij uitgedrukt in fte's van de beroepsbeoefenaren.

De ontwikkeling van de zorgvraag is vervolgens het resultaat van een samenspel van demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen en projecties. De gegevens hierover worden verzameld uit tal van registraties en de consequenties die deze hebben voor de zorgvraag wordt voorgelegd aan deskundigen. Beleidsinitiatieven van de overheid en/of veldpartijen worden ondergebracht binnen de parameter sociaal-culturele ontwikkelingen. De uiteindelijke groei- of krimppercentages worden op basis van consensus door de experts bepaald. In een aantal situaties wordt in plaats van een puntschatting een bandbreedte bepaald, omdat er teveel onzekere factoren zijn.

Vervolgens wordt de ontwikkeling van de zorgvraag aangepast aan modifierende ontwikkelingen in het werkproces. Het betreft dan bijvoorbeeld efficiencywinst, bedrijfsvoering, vakinhoudelijke ontwikkelingen, arbeidstijdveranderingen, horizontale substitutie en verticale substitutie. Met name de parameter verticale substitutie beïnvloedt de ontwikkeling van het benodigde aantal fte zorgaanbod. Het Capaciteitsorgaan werkt standaard negen scenario's per beroepsgroep uit, hoofdzakelijk om een beeld te kunnen geven van de betekenis van sommige aannames voor de daadwerkelijk benodigde capaciteit.

In 2010 heeft het ministerie van VWS aan het Centraal Planbureau (CPB) gevraagd om te beoordelen of de raming van het Capaciteitsorgaan in het Capaciteitsplan 2010 plausibel was. Het CPB kwam tot de conclusie dat de raming plausibel is indien de bestaande stijgende trend in de zorguitgaven beleidsmatig wordt geacommodeerd. Het CPB heeft op basis van een extrapolatie de toename van de zorgvraag op 2,4% per jaar geraamd, terwijl het Capaciteitsorgaan rekening houdt met een jaarlijkse toename van 1,7% tot 2,2%. Het Capaciteitsorgaan raamt de toename van de zorgvraag lager dan het CPB, omdat de experts niet alleen extrapoleren, maar bij hun verwachtingen ook nieuwe ontwikkelingen betrekken. Het verschil van 0,5% in de bandbreedte van het Capaciteitsorgaan wordt vooral veroorzaakt door het al dan niet hanteren van verticale substitutie in de scenario's. Het CPB adviseerde om macro-economische tegenkrachten, zoals de beschikbare financiële middelen, in het model te introduceren.

Een onderzoek door SEO kwam tot de conclusie dat de macro-economische tegenkrachten niet los te modelleren zijn van trends die al in de beschikbare parameters worden meegenomen. In zekere zin is dit ook in deze raming zichtbaar. De onzekere toekomst heeft al effecten op: de omvang van het huidige en toekomstige zorgaanbod (meer fte gemiddeld bij de vrouwen, latere stopleeftijd), de vraag, vooral de onvervulde vraag (daling over grote delen van de zorgvraag) en op het werkproces (parame-

ter sociaal-cultureel daalt). SEO adviseerde om het gedeelte over de ontwikkeling van de zorgvraag inzichtelijker te maken door de som van de groeipercents, waarmee uiteindelijk gerekend wordt, in het hoofdrapport te benoemen. Vervolgens kan het Capaciteitsorgaan die som spiegelen aan de verwachtingen die het CPB heeft voor de groei van de zorgvraag. Nu gebruikt het Capaciteitsorgaan nog veel deelpercents voor alle afzonderlijke parameters. In het navolgende wordt het resultaat hiervan getoond, analoog aan de indeling in hoofdstuk 2. Alleen de instroom in de beroepen VS, PA en POH wordt buiten dit hoofdstuk gehouden. Deze beroepen komen in hoofdstuk 6 aan bod.

4.2. Medische beroepen

In tabel 17a en 17b worden per geneeskundig specialisme de onervulde vraag en de totale jaarlijkse toename van de zorgvraag voor de onder- en de bovenkant van de gekozen bandbreedte getoond. Meestal is de bovenkant van de bandbreedte tot stand gekomen door verticale substitutie niet te betrekken in het scenario en de onderkant door dat wel te doen. De getoonde percentages zijn gehanteerd in de deelrapporten van de raming 2013. In deze deelrapporten worden de specifieke percentages per parameter per beroep beschreven.

Tabel 17A: Onvervulde zorgvraag en jaarlijkse toename zorgvraag op basis van onderkant en bovenkant bandbreedte in procenten; geneeskundig specialismen

Geneeskundig specialisme	Onvervulde zorgvraag	Toename zorgvraag met substitutie	Toename zorgvraag zonder substitutie
Anesthesiologie	2,0%	2,20%	2,80%
Cardiologie	0,0%	2,26%	2,86%
Cardio-thoracale chirurgie	0,0%	1,53%	2,39%
Dermatologie en venerologie	1,0%	2,84%	3,15%
Heelkunde	0,0%	1,63%	1,90%
Interne geneeskunde	0,0%	2,28%	2,89%
KNO	0,0%	1,22%	1,47%
Kindergeneeskunde	1,0%	1,00%	1,24%
Klinische genetica	2,0%	3,82%	4,17%
Klinische geriatrie	10,0%	5,95%	6,84%
Longziekten en tuberculose	0,0%	2,31%	2,92%
Maag-darm-leverziekten	15,0%	3,45%	4,15%
Medische microbiologie	1,0%	2,32%	2,61%
Neurochirurgie	1,0%	1,59%	2,15%
Neurologie	0,0%	2,04%	2,63%
Nucleaire geneeskunde	2,0%	3,02%	3,34%
Obstetrie en gynaecologie	2,0%	1,63%	2,19%
Oogheelkunde	2,0%	1,62%	2,49%
Orthopedie	2,0%	2,40%	2,70%
Pathologie	1,0%	2,36%	2,66%
Plastische chirurgie	15,0%	1,92%	2,20%
Psychiatrie	1,0%	1,11%	1,63%
Radiologie	0,0%	2,96%	3,28%
Radiotherapie	1,0%	3,04%	3,36%
Reumatologie	7,5%	3,18%	3,50%
Revalidatiegeneeskunde	2,0%	1,72%	2,29%
Urologie	0,0%	1,79%	2,36%
Klinische specialismen gemiddeld		2,10%	2,61%
Huisartsgeneeskunde	0,0%	2,41%	3,37%
Specialist ouderengeneeskunde	8,0%	0,95%	1,59%
Arts Verstandelijk Gehandicapten	17,0%	1,86%	2,14%
Sociaal geneeskundige A&G	0,0%	-0,84%	-0,10%
Sociaal geneeskundige M&G	0,0%	3,15%	3,46%

Tabel 17b: Onvervulde zorgvraag en jaarlijkse toename zorgvraag op basis van onderkant en bovenkant bandbreedte in procenten; geneeskundig specialismen

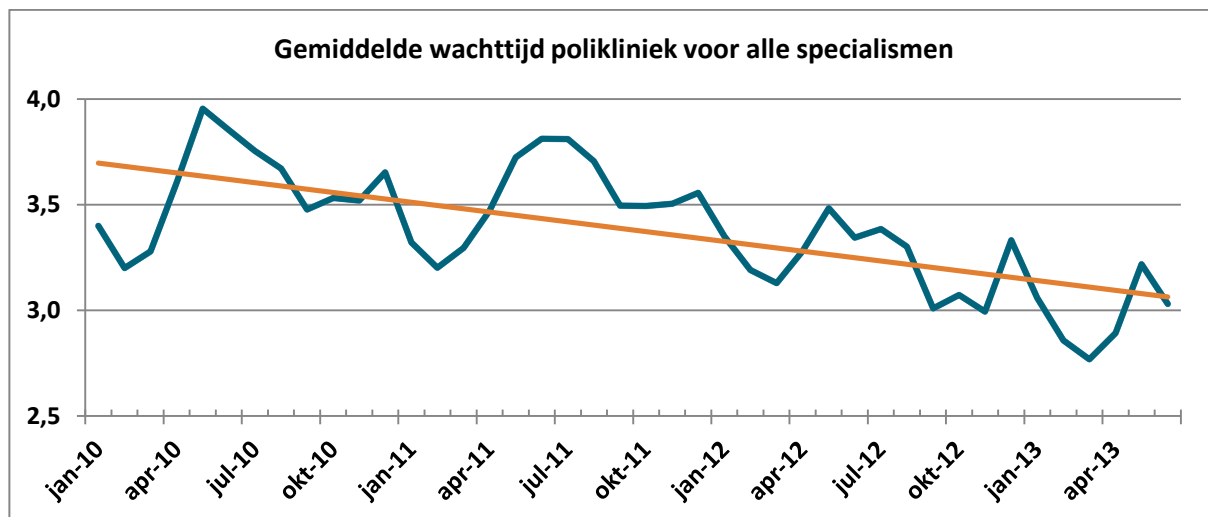
Klinisch specialisme/ profiel	Onvervulde Zorgvraag	Toename zorgvraag met substitutie	Toename zorgvraag zonder substitutie
Klinische chemie	0,0	1,73%	2,01%
Klinische fysica	0,0	2,26%	2,86%
Ziekenhuisfarmacie	2,0	2,64%	2,94%
Profiel beleid en advies	4,0	2,63%	3,10%
Profiel forensische geneeskunde	50,0	3,93%	4,10%
Profiel infectieziektebestrijding	-4,3	7,63%	8,12%
Profiel jeugdgezondheidszorg	130,2	1,88%	2,31%
Profiel medische milieukunde	0,0	9,00%	9,00%
Profiel sociaal med. indicatiestelling en advisering	4,0	5,13%	5,13%
Profiel spoedeisende eerste hulp arts	25,0	10,20%	10,79%
Profiel tuberculosebestrijding	4,0	5,01%	5,40%

Bron: NIVEL

Bij de klinische specialisten neemt de zorgvraag in de reële scenario's inclusief substitutie jaarlijks toe met 1% tot 2% in 11 specialismen, 2% tot 3% in 10 specialismen, 3% tot 4% bij 5 specialismen (klinische genetica, mdl, nucleaire geneeskunde, radiotherapie en reumatologie) en 5% tot 6% bij klinische geriatrie. Met uitzondering van radiotherapie kennen de zes medische specialismen in de categorie 3% en hoger ook een redelijk grote onvervulde vraag. De gemiddelde groei bedraagt in de onderkant van de bandbreedte 2,1%, in de bovenkant van de bandbreedte 2,6%. Daarbij moet wel in aanmerking worden genomen dat ten tijde van de opstelling van deze raming de uitkomsten van het zorgakkoord nog niet bekend waren en de parameter horizontale substitutie (van medisch specialisten door huisartsen) waarschijnlijk lager is ingeschat dan momenteel zou zijn gebeurd.

De onvervulde zorgvraag is – met uitzondering van de eerder genoemde medische specialismen - in deze raming lager ingeschat dan in 2010. Indicatoren daarvoor zijn de vacaturegraad, signalen van moeilijk vervulbare vacatures versus moeilijk plaatsbare nieuwe beroepsbeoefenaren en de wachttijden. In de loop van 2013 bereikten het Capaciteitsorgaan de eerste signalen van nieuwe beroepsbeoefenaren die niet meteen aan de slag konden in hun vak. Eerder constateerde het Capaciteitsorgaan al dat de wachttijd voor een eerste polikliniekbezoek de laatste 3 jaar aan het dalen was (figuur 5).

Figuur 5: wachttijd eerste polikliniekbezoek, alle specialismen



Bron: Mediquest

Deze grafiek kan erop duiden dat het zorgaanbod de zorgvraag lijkt te overtreffen. Aan de andere kant kan het ook een uitkomst zijn van een toegenomen concurrentie tussen ziekenhuizen. Zij willen de patiënt niet “verliezen” aan een ander ziekenhuis met een kortere wachttijd. Het kan ook het resultaat zijn van de wachtlijstbemiddeling door zorgverzekeraars.

De groei van de zorgvraag bij de huisartsen, de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten wijkt niet af van de groei van de zorgvraag bij de medisch specialisten. De verwachte groei van de zorgvraag is het hoogst bij de huisartsen. Dat hangt samen met de ambities die de huisartsen in hun beleidsplan hebben vastgelegd. Bij de huisartsen is een groei van de vraag van 1% per jaar geraamd voor activiteiten die overgenomen kunnen worden van de medisch specialisten.

De sociale geneeskunde is meer van overheidsbeleid afhankelijk dan de twee andere sectoren, de cure en de care. Aan de ene kant is het de enige sector binnen de geneeskundige specialismen waar deels een negatieve groei wordt verwacht. Deze verwachting is vooral gebaseerd op pessimistische verwachtingen rond de bedrijfsgezondheidszorg. Deze hoofdstroom binnen arbeid en gezondheid rekt op een voor alle factoren gecombineerde jaarlijkse daling van de zorgvraag met 1,60% tot 1,82%. In de geraamde ontwikkeling van de zorgvraag staat hier de parameter sociaal-cultureel, die grotendeels beleidsafhankelijk is, nog op 0%. Afhankelijk van de reactie van het ministerie van SZW na het SER-advies in het voorjaar van 2014, kan deze factor naar beide kanten worden bijgesteld. Het Capaciteitsorgaan zal pas na het SER-advies over de wenselijke scenario's voor de bedrijfsgezondheidszorg een instroomadvies uitbrengen voor de erkende medische vervolgopleiding bedrijfsgeneeskunde.

Aan de andere kant kent de sociale geneeskunde de hoogste onvervulde vraag, namelijk 130% bij de profielopleiding tot jeugdarts KNMG. Ten opzichte van de situatie in 2010 is de onvervulde vraag toch al met ruim 30% gedaald. Het betreft hier een inhaalvraag die is ontstaan door de nieuwe profieloplei-

dingen in combinatie met het grote aantal artsen dat al werkzaam was in de jeugdgezondheidszorg en dat voor deze profielopleiding in aanmerking komt. De sector is, na een aanvankelijke gewenningsperiode, deze opleidingsuitdaging in 2010 aangegaan. Inmiddels wordt hard gewerkt aan het inhalen van de openstaande zorgvraag. Er zijn echter beperkingen in wat opleidingsinstituten, opleidingsinstellingen en opleiders qua capaciteit kunnen verwerken, terwijl de uitvoering gewoon doorgaat.

Ook het profiel SEH-arts heeft nog te maken met een hoge onvervulde vraag. Het betreft hier echter de start van een nieuw beroep in een nieuw profiel. De verwachte groei van de zorgvraag zal mede afhangen van de initiatieven uit het veld om enerzijds het aantal SEH-afdelingen te verminderen en anderzijds om de instroom in de SEH terug te gaan dringen.

4.3. Mondzorg beroepen

In de mondzorg is de dynamiek van de zorgvraagontwikkeling beschreven in vier scenario's. Uitgaande van een beleidsarm scenario (basisscenario) is eerst een trendscenario in drie varianten omschreven. Vervolgens is een groeiscenario beschreven, waarin de zorgvraag op een aantal onderdelen toeneemt door het aantrekken van de economie. Tegelijkertijd voorziet dit scenario een andere en meer gedifferentieerde rol voor de mondhygiënist. Ook voorziet het een vraaguitvalscenario, waarin de vraag daalt en de tandartsen minder taakherschikking gaan realiseren door de afnemende omzetten in de mondzorg. Deze scenario's geven een goed beeld van de onzekerheden en de bijbehorende marges in de instroom in de opleidingen de komende jaren. Uiteindelijk worden alle scenario's op een rij gezet. De uitkomsten van de scenario's zijn in tabel 18 weergegeven.

Tabel 18: Onvervulde zorgvraag en jaarlijkse toename zorgvraag op basis van trendscenario, groeiscenario en vraaguitvalscenario zonder doorgaande trend per 2031 in procenten

Beroep	Onvervulde zorgvraag	Trendscenario	Groeiscenario	Vraaguitval scenario
Tandarts	1,00%	-0,20%	0,10%	-0,40%
Mondhygiënist	2,00%	3,27%	4,71%	1,53%
Kaakchirurg	2,00%	0,62%	1,33%	0,06%
Orthodontist	1,00%	-0,29%	0,34%	-0,84%

Deze scenario's laten zien dat voor alle vier de beroepen in de mondzorg alleen in het groeiscenario sprake is van groei. Zowel in het trendscenario als het vraaguitvalscenario treden bij de tandartsen en de orthodontisten naar verwachting netto dalingen van de zorgvraag op. De orthodontisten worden met een iets hogere jaarlijkse uitval geconfronteerd dan de tandartsen. De jaarlijkse veranderingen bedragen zowel in het trendscenario als het vraaguitvalscenario minder dan 1%, met uitzondering van het beroep mondhygiënist. In twee van de drie scenario's is de verwachte groei van de zorgvraag voor mondhygiënist meer dan 3%.

4.4. Geestelijke gezondheid beroepen

Bij de beroepen in de geestelijke gezondheid bestaat er vertrouwen in de ontwikkeling van de verticale substitutie. Minder vertrouwen is er in de toekomstbestendigheid van alle trends die nu hebben ingezet. Om die reden is ervoor gekozen om de bandbreedte in deze sector te laten bepalen door het al dan niet doorzetten van de trends die in het deelrapport beschreven zijn.

Tabel 19: Onvervulde zorgvraag en jaarlijkse toename zorgvraag op basis van reëel scenario zonder doorgaande trend en met doorgaande trend per 2031 in procenten

Beroep	Onvervulde zorgvraag	Toename zorgvraag zonder doorgaande trend	Toename zorgvraag met doorgaande trend
GZ-psycholoog*	1,5%	0,94%	1,73%
Psychotherapeut	1,2%	1,33%	2,59%
Klinisch psycholoog	2,9%	1,38%	2,56%
Klinisch neuropsycholoog	3,0%	5,16%	9,47%
VS-GGZ	1,6%	7,92%	16,24%

Bron: NIVEL

*: groei eigen beroep zonder klinische psychologie en klinische neuropsychologie

Tabel 19 toont dat de variant zonder doorgaande trend bescheidener groeiverwachtingen laat zien dan de variant mét doorgaande trend. De toename van de zorgvraag is aan de onderkant van de bandbreedte voor de drie omvangrijkste beroepsgroepen tussen de 0,94 en 1,38%. Voor de twee relatief nieuwe beroepen verpleegkundig specialist GGZ en klinisch neuropsycholoog is de verwachte groei in de onderkant van de bandbreedte hoger dan 1,5%. Dat heeft voor de verpleegkundig specialist GGZ te maken met de taakverschuiving die in de toekomst onverminderd blijft doorgaan. Voor de klinisch neuropsycholoog is eveneens sprake van een groei op het onderdeel taakherschikking, maar ook van groei in het vakinhoudelijke gedeelte.

4.5. Conclusies

Het Centraal Planbureau geeft in haar rapport “Economische verkenning 2011-2015” haar meest recente middellange termijn verwachting voor de reële groei van de (uitgaven van de) zorg. In tabel 20 staan de relevante groeipercentages weergegeven. Het rapport dateert uit 2010. Onlangs heeft de minister van VWS met het veld een aantal akkoorden gesloten voor de periode 2014-2017 waarin aanmerkelijk lagere groeipercentages zijn vastgelegd.

Tabel 20: Groei zorguitgaven 2011-2015 volgens rapport CPB, CPB toetsing Capaciteitsplan 2010 en volgens zorgakkoord

Indeling	CPB rapport % groei 2011-2015	CPB toetsing Capaciteitsplan 2010	Zorgakkoord: 2014/ 2015-2017	Onderkant bandbreedte Capaciteitsplan 2013
Medisch specialismen	4,00%	2,4%	1,5%/ 1,0%	2,1%
Huisartsen	3,50%	2,4%	2,5%/ 1,5%	2,4%
Tandartsen	3,50%	2,4%		
Geestelijke Gezondheidszorg	4,25%	2,4%	1,5%/ 1,0%	1,3%
Verpleging en Verzorging	4,00%	2,4%		
Gehandicaptenzorg	2,75%	2,4%		

Bron: CPB/ VWS

Tabel 20 laat zien dat de verwachte groei voor de periode tot 2031 zich bevindt tussen de door het CPB verwachte groei en de onlangs door de minister met het veld afgesproken groei voor de periode van 2014 tot en met 2017. In de meeste gevallen bevindt de groei zoals het Capaciteitsorgaan die in haar lage bandbreedte verwacht zich dicht bij de in het zorgakkoord afgesproken groei dan bij de groei zoals het CPB die in 2010 verwachtte. De rechter kolom laat het verschil zien tussen de afgesproken maximale groei uit het Zorgakkoord en de verwachte groei in de onderkant van de bandbreedte van het Capaciteitsorgaan. Als de uitkomst in deze kolom negatief is, wordt door het Capaciteitsorgaan voor de komende 18 jaar een lagere groei gehanteerd in de onderkant van de bandbreedte dan in het Zorgakkoord is afgesproken. De verwachte groei van de zorgvraag bij de medisch specialisten is hoger dan de volumegroei die het zorgakkoord toelaat. Echter, de zorgvraagontwikkeling in de raming van het Capaciteitsorgaan beslaat de periode 2013 tot 2031 en de zorgvraagontwikkeling in de afspraken van het zorgakkoord betreft de periode 2014 tot en met 2017. Sterker nog, de raming van de zorgvraag heeft geen enkele invloed (meer) op de aanbodontwikkeling aan medisch specialistische zorg die de komende 6 jaar zal plaatsvinden.

Ten aanzien van de beroepen in de mondzorg, de specialist ouderengeneeskunde en de AVG zijn geen aparte afspraken gemaakt in dit akkoord. Geconstateerd kan worden dat de verwachte groei volgens het Capaciteitsorgaan voor de onderkant van de bandbreedte in alle gevallen lager is dan de groei die het CPB in 2010 verwachtte. Alleen de groei van de vraag naar mondhygiënisten wordt hoger geschat dan het generieke percentage van 3,5% dat het CPB voor de mondzorg

5. De geadviseerde instroom

5.1. Inleiding

Op basis van het bestaande aanbod uit hoofdstuk 3 en de verwachte groei van de zorgvraag uit hoofdstuk 4 kan, na correctie vooraf van eventueel bestaande on vervulde zorgvraag, het benodigde aanbod in 2031 berekend worden. Deze berekening kan gedaan worden voor zowel de onderkant als de bovenkant van de bandbreedte van de zorgvraag. Vervolgens kan het Capaciteitsorgaan dan de bijbehorende instroom in de opleidingen berekenen. De volgende drie paragrafen laten de berekening zien voor de onderkant en de bovenkant van de bandbreedte voor de (volgens deskundigen) twee meest waarschijnlijk scenario's. Als het Capaciteitsorgaan een voorkeur heeft voor een van de twee gehanteerde scenario's, staat dit in het betreffende instroomaantal **vet** weergegeven.

5.2. Medische beroepen

Tabel 21a: Advies 2013 jaarlijkse instroom geneeskundige specialismen; onderkant en bovenkant bandbreedte

Geneeskundig specialisme	Onderkant bandbreedte	Bovenkant bandbreedte
Anesthesiologie	78	96
Cardiologie	50	62
Cardio-thoracale chirurgie	6	8
Dermatologie en venerologie	25	28
Heelkunde	65	72
Interne geneeskunde	130	157
KNO	18	20
Kindergeneeskunde	62	68
Klinische genetica	9	10
Klinische geriatrie	26	30
Longziekten en tuberculose	34	42
Maag-darm-leverziekten	22	29
Medische microbiologie	16	17
Neurochirurgie	4	5
Neurologie	43	54
Nucleaire geneeskunde	9	10
Obstetrie en gynaecologie	49	61
Oogheelkunde	27	38
Orthopedie	38	43
Pathologie	21	23
Plastische chirurgie	15	17
Psychiatrie	126	155
Radiologie	59	65
Radiotherapie	18	20
Reumatologie	18	19
Revalidatiegeneeskunde	27	32
Urologie	20	25
Klinische specialismen totaal	1.015	1.206
Huisartsgeneeskunde	698	720
Specialist ouderengeneeskunde	120	128
Arts Verstandelijk Gehandicapten	20	24
Bedrijfsarts	(131)	(185)
Verzekeringsarts	43	49
M&G infectieziektebestrijding	15	19
M&G jeugdgezondheidszorg	21	22
M&G medische milieukunde	3	4
M&G tuberculosebestrijding	4	5
M&G rest	54	69

Tabel 21b: Advies 2013 jaarlijkse instroom geneeskundige specialismen; onderkant en bovenkant bandbreedte

Klinisch specialisme/ profiel	Onderkant bandbreedte	Bovenkant bandbreedte
Klinische chemie	15	16
Klinische fysica	19	23
Ziekenhuisfarmacie	28	30
Profiel beleid en advies	17	22
Profiel forensische geneeskunde	22	29
Profiel infectieziektebestrijding	15	19
Profiel jeugdgezondheidszorg	112	144
Profiel medische milieukunde	3	4
Profiel sociaal med. indicatiestelling en advisering	8	8
Profiel spoedeisende eerste hulp arts	42	45
Profiel tuberculosebestrijding	5	6

Bron: NIVEL/KIWA

Tabel 21 beperkt zich tot het instroomadvies voor 2013. Een vergelijking met tabel 12 laat echter duidelijk zien dat met name bij de medisch specialisten de instroom in de afgelopen jaren veel hoger was dan in het huidige advies. Grotendeels heeft dat te maken met het beleid van het Capaciteitsorgaan om vanaf 2010 de instroom van medisch specialisten uit het buitenland niet meer als vanzelfsprekend voor de komende periode mee te nemen als correctie op de Nederlandse instroom in de opleidingen. Deels heeft het echter ook te maken met het beleid van het ministerie van VWS om zowel in 2008 als in 2010 te opteren voor ons instroomadvies bij het negeren van verticale substitutie, oftewel de bovenkant van de bandbreedte. Tegelijkertijd werd tevens de instroom in de opleidingen tot verpleegkundig specialist en physician assistant verhoogd, waarvan de intentie was verticale substitutie verder te stimuleren. Gezien de ontwikkelingen en afspraken in hoofdstuk 4 en de verwachtingen rond de zorgvraagontwikkeling, moet bij de medisch specialisten overwogen worden te opteren voor de onderkant van de bandbreedte. Bij de huisartsen en de AVG wordt geen voorkeur voor de onderkant of bovenkant van de bandbreedte gedaan. Bij de specialist ouderengeneeskunde wordt een voorkeur uitgesproken voor de onderkant van de bandbreedte. De instroom in erkende medische vervolgoopleidingen binnen de sociale geneeskunde onttrekt zich aan de invloed van het ministerie van VWS. Voor de hoofdstroom A&G is dit volledig zo en voor de hoofdstroom M&G is dit gedeeltelijk het geval. De weergave hier heeft vooral het doel om de instroom in de initiële opleiding geneeskunde beter te bepalen.

5.3. Mondzorgberoepen

De vier beroepen in de mondzorg kennen een geadviseerde instroom conform tabel 22. Omdat de scenario's waarmee gewerkt werd verschillen, is in deze tabel een derde kolom opgenomen met het instroomadvies volgens het voorkeursscenario van het Capaciteitsorgaan, op basis van een te bereiken evenwicht in 2031.

Tabel 22: Jaarlijkse instroom beroepen mondzorg; onderkant en bovenkant van de bandbreedte en eindadvies

Beroep	Onderkant bandbreedte	Bovenkant bandbreedte	Eindadvies
Tandarts	241	324	287
Mondhygiënist	194	436	309
Kaakchirurg	5	15	11
Orthodontist	5	13	9

Bron: NIVEL/KIWA

De instroomaantallen in het eindadvies wijken in absolute zin voor de tandartsen af van de werkelijke instroom (240) volgens tabel 13. Dit geldt ook voor de kaakchirurgen (16). Voor de kaakchirurgen is de relatieve verandering groter. Voor alle beroepen, met uitzondering van de tandarts, geldt overigens dat de onderkant van de bandbreedte, die hoorde bij het vraaguitvalscenario, in de huidige praktijk ruim wordt gehaald.

5.4. Geestelijke gezondheid beroepen

De beroepen in de geestelijke gezondheid worden in deze raming voor het eerst integraal opgenomen. De afgelopen jaren is veel onderzoek gedaan naar parameters die belangrijk zijn in de ramingen. De combinatie van het huidige zorgaanbod met de verwachte zorgvraag tot 2025 levert onderstaande tabel op.

Tabel 23: Jaarlijkse instroom beroepen geestelijke gezondheid; onderkant en bovenkant bandbreedte

Beroep	Onderkant bandbreedte	Bovenkant bandbreedte
GZ-psycholoog	585	655
Psychotherapeut	271	295
Klinisch psycholoog	245	266
Klinisch neuropsycholoog	20	25
Verpleegkundig specialist GGZ	57	87

Bron: NIVEL/KIWA

De voorkeur van het Capaciteitsorgaan gaat bij de beroepen geestelijke gezondheid in bijna alle gevallen uit naar de onderste lijn van de bandbreedte. De redenen daarvoor zijn: de onzekere ontwikkelingen bij de verschuiving van de zorgvraag, het volume van de on vervulde vraag en een aantal vakinhoudelijke ontwikkelingen die nader beschreven zijn in deelrapport 7. Alleen voor de verpleegkundig specialist GGZ wordt geldt een ander instroomadvies, omdat verticale taakherschikking van de psychiater naar de verpleegkundig specialist GGZ wel doorgang vindt. De opleidingen voor klinisch psycholoog en psychotherapeut zullen een grote inspanning door moeten maken om ook in 2025 aan de geraamde zorgvraag te kunnen voldoen in verband met de grote uitstroom ten gevolge van de vergrijzing in deze beroepsgroepen.

5.5. Conclusies instroomadviezen

Het vertalen van de geraamde verandering in de zorgvraag in instroomadviezen, levert weinig verrassingen op. Alleen bij de medisch specialisten zijn de instroomadviezen substantieel verlaagd. Dit komt onder meer door het meetellen van de buitenlandse instroom, de daling van de vacaturegraad plus de moeilijkheden die nieuwe specialisten ondervinden bij het vinden van passend werk. De instroomadviezen bij de huisartsen, specialist ouderengeneeskunde en AVG wijken niet sterk af van de eerdere adviezen uit 2010. Bij de sociaal geneeskundigen is bijzonder dat geen advies wordt uitgebracht over de instroom in de erkende medische vervolgopleiding bedrijfsgeneeskunde. Dat hangt mede af van een advies dat door de SER wordt uitgebracht in het kader van beleidsontwikkeling door het ministerie van SZW in 2014. Voor de beroepen waarvan VWS de opleiding subsidieert verandert er weinig.

Voor de mondzorg is inmiddels veel datamateriaal verzameld. De instroom in de initiële opleiding tandheelkunde zou in het voorkeursscenario van het Capaciteitsorgaan omhoog moeten met ongeveer 40 plaatsen. Overigens, mogelijk gaat dan de substantiële instroom van tandartsen uit het buitenland weer dalen. In de opleiding tot mondhygiënist is ook nog enige uitbreidingsruimte, deels ten gevolge van het instroomadvies en deels omdat de overheid verticale substitutie stimuleert.

De beroepen in de geestelijke gezondheid worden door diverse organisaties gesubsidieerd/gefinancierd, hetgeen de opvolging van onze adviezen niet vergemakkelijkt. We adviseren praktijkopleidingsinstellingen, zorgverzekeraars en ministerie van VWS met elkaar in overleg te treden om hier gecoördineerd actie op te ondernemen.

6. De inzet van aanverwante disciplines (verticale substitutie)

6.1. Inleiding

Als gevolg van autonome ontwikkelingen binnen beroepen en ontwikkelingen in het werkproces, is het pallet aan taken van (tand)artsen voortdurend aan het schuiven, ook richting collega's uit andere vakgebieden in de (mond)zorg. Deze verschuiving kan bijvoorbeeld vorm krijgen door taakdelegatie of taakherschikking/substitutie. Dat verschilt per situatie en per team. Voor het Capaciteitsorgaan wordt substitutie gezien in het kader van vrijkomende tijd van de (tand)artsen die weer voor andere zorgtaken kan worden ingezet. Overigens wordt in de literatuur onderscheid gemaakt tussen de substitutie van taken en suppletie van het zorgaanbod. In het geval van substitutie komt tijd vrij bij de (tand)arts. In het geval van suppletie kan vooral gesproken worden over een toenemende zorgvraag voor tandartsen die tot dan toe nog niet door hen wordt uitgevoerd.

6.2. Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant

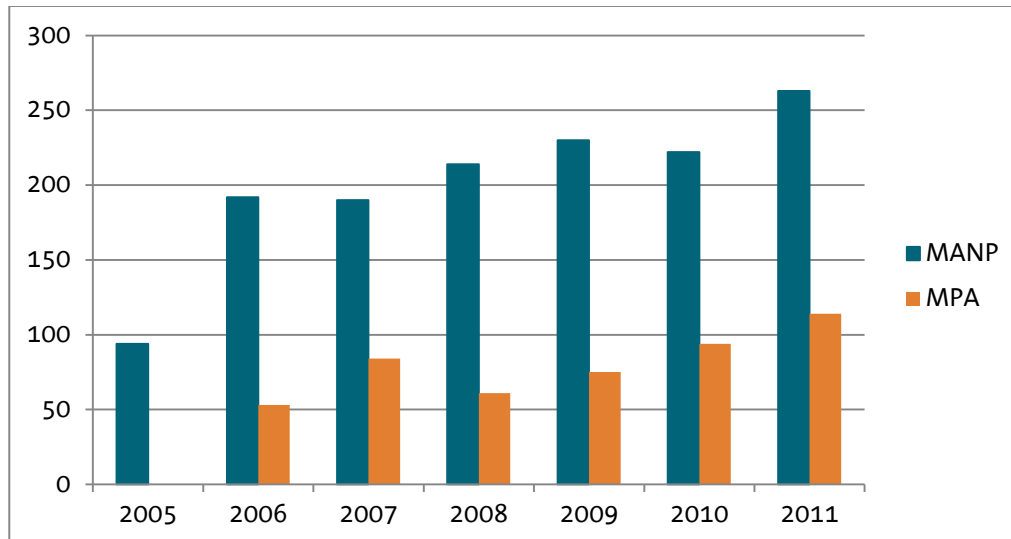
6.2.1 Kenmerken beroepen en opleidingen: Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant

Opleidingen

De opleiding tot verpleegkundig specialist (VS) is een tweejarige duale professionele masteropleiding genaamd Master Advanced Nursing Practice (MANP) die aan 9 hogescholen in Nederland kan worden gevolgd. Men moet een artikel 3 wet BIG-registratie hebben als verpleegkundige en bovendien een vooropleiding HBO-verpleegkunde. De MANP opleiding is in 1998 gestart. De afstudeerrichtingen zijn in de somatische zorg: preventieve, acute, intensieve en chronische zorg. Daarnaast is er een afstudeerrichting GGZ. De opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ (VS-GGZ) kan ook als een duale driejarige categorale opleiding worden gevolgd. Diplomering in één van deze opleidingen leidt tot registratie cf. artikel 14 wet BIG.

De masteropleiding tot physician assistant (MPA) is een duale professionele masteropleiding die 2,5 jaar duurt. Deelnemers moeten onder meer een relevante HBO-opleiding hebben gedaan (verpleegkunde, fysiotherapie, ergotherapie etc.). De opleiding is in 2002 gestart en kan bij 5 hogescholen worden gevolgd. Na diplomering kan men zich in het Kwaliteitsregister PA inschrijven. Dit wordt aanbevolen maar is niet verplicht.

Figuur 6: Aantal gediplomeerden van de MANP en MPA opleiding per jaar



Het ministerie van OCW vergoedt de opleidingskosten voor de hogescholen en het ministerie van VWS bekostigt de salariskosten (tijdens de opleiding) voor zowel de MANP als de MPA. Sinds 2008 is het aantal opleidingsplaatsen voor MANP en MPA gezamenlijk op 400 gesteld. Deze worden naar aanleiding van het Capaciteitsplan 2010 vanaf 2012 stapsgewijs structureel verhoogd, via 550 in 2013, naar 700 in 2014.

Wetgeving en financiële belemmeringen

Er zijn twee besluiten (één voor de VS en één voor de PA) en een nieuw artikel (36a) in de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) geïntroduceerd. De wijziging is experimenteel van aard en is per 1 januari 2012 ingegaan voor een periode van 5 jaar. Hierdoor kunnen de VS en PA onder een aantal voorwaarden, zelfstandig bepaalde voorbehouden handelingen indiceren en verrichten. Dit betekent dat de VS en PA zelfstandig, zonder tussenkomst van een arts, mogen beslissen tot bepaalde voorbehouden handelingen over te gaan en deze ook mogen uitvoeren. Een handreiking om taakherschikking na deze wetwijzigingen te implementeren is in november 2012 door de KNMG, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN) en de Nederlandse Associatie Physician Assistants (NAPA) gepubliceerd³.

Er zijn nog diverse financiële belemmeringen en obstakels in de regelgeving van DBC's voor taakherschikking in de somatische zorg. Door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) worden de volgende belemmeringen gesignaleerd⁴:

- 1) Onderscheid tussen het honorarium- en kostendeel binnen de tarieven. Personeel zoals de VS en PA worden uit het kostendeel gefinancierd, maar dit deel is gemaximeerd en wordt meestal

3 KNMG, V&VN en NAPA (2012). Handreiking implementatie taakherschikking. Implementatie van de wettelijke regeling om taakherschikking mogelijk te maken. Utrecht, november 2012.

4 NZa (2011). Advies taakherschikking in de tweedelijns somatische zorg en curatieve geestelijke gezondheidszorg (Utrecht, december 2011)

al volledig door de werkgever benut. Hierdoor is verschuiving van tarieven (bij taakherschikking) van het honorarium- naar het kostendeel niet mogelijk. Overigens zal de grens tussen deze twee delen en dus de belemmering, met de invoering van integrale bekostiging per 1 januari 2015, verdwijnen.

- 2) De poortspecialist (per definitie een medisch specialist) is verantwoordelijk voor het zorgtraject en dus de typering en registratie van het zorgtraject.
- 3) Het aantal zorgverleners dat een polikliniekbezoek mag registreren is beperkt, vanwege de verplichting tot een face-to-face contact met een poortspecialist.

Voor de laatste twee punten suggereert de NZa om de lijst van zorgverleners die een zorgtraject mogen openen uit te breiden. Ook adviseert de NZa het face-to-face contact met een poortspecialist te vervangen door face-to-face contact met een BIG-geregistreeerde zorgverlener.

Arbeidsmarktonderzoek Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants

Per 1 januari 2012 zijn ongeveer 1.500 VS en 400 PA afgestudeerd. Deze omvang is voldoende om uitspraken te doen over arbeidskenmerken, arbeidsmigratie (tussen specialismen) en (verwachte) uitstroom. Het Capaciteitsorgaan heeft in 2012 onderzoek laten uitvoeren onder alle alumni van de MANP⁵ en de MPA opleidingen⁶.

Hieronder zijn de belangrijkste kengetallen uit de onderzoeken samengevat. Bij het percentage personen dat “graag (opnieuw) aan het werk wil” dient opgemerkt te worden dat een groot deel van de betreffende respondenten in de eerste helft van 2012 afstudeerde en dus per 1 januari 2012 nog niet

Tabel 24: Kerngegevens uit arbeidsmarktonderzoek onder alumni van de MANP en MPA opleidingen.

Alumni MANP per 1 januari 2012	Alumni MPA per 1 januari 2012
88% werkzaam in het beroep	86% is werkzaam in het beroep
8% wil graag (opnieuw) aan het werk	13% wil graag (opnieuw) aan het werk
4% wil niet meer aan het werk, of weet dat nog niet	1% weet dit nog niet
92% geregistreerd als VS	85% geregistreerd in het Kwaliteitsregister
79% vrouw	63% vrouw
gemiddeld fte 0,85	gemiddeld fte 0,93
66% werkzaam in de ziekenhuizen	84% werkzaam in de ziekenhuizen
stopkans varieert tussen 1,8 en 3,5% per jaar	stopkans varieert tussen 2 en 3% per jaar

Op basis van het arbeidsmarktonderzoek kon uitgerekend worden hoeveel VS'en en PA's er per 100 medisch specialisten werkzaam waren per 1 januari 2012. In tabel 25 is terug te vinden in welke 5 specialismen het grootste aantal VS'en en PA's werkzaam waren.

⁵ Kiwa Carity. Alumni van de masteropleiding Advanced Nursing Practice. Utrecht, maart 2013.

⁶ Kiwa Carity. Alumni van de masteropleiding Physician Assistant. Utrecht, maart 2013.

Tabel 25: Aantal VS'en en PA's werkzaam per 100 medisch specialisten per 1 januari 2012

VS	PA
Thoraxchirurgie (24)	Thoraxchirurgie (20)
AVG (15)	Neurochirurgie (7)
Klinische geriatrie (14)	Klinisch geriatrie (5)
Longziekten (12)	Reumatologie (4)
Cardiologie (11)	Revalidatiegeneeskunde (4)

6.2.2. Onderzoeken naar de substitutie(waarde) verpleegkundig specialist en physician assistant

Uit onderzoeken in verschillende sectoren in de zorg en in verschillende landen is inmiddels gebleken dat substitutie plaatsvindt en dat dit bijdraagt aan de (ervaren) kwaliteit van de zorg. Over de effecten op de doelmatigheid en kwaliteit zijn wisselende onderzoeksresultaten te vinden. Voor het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan is het relevant om substitutie (in dit geval van arts naar VS en PA) te kunnen kwantificeren. De substitutiewaarde staat voor een percentage van taken van een arts dat door een andere zorgprofessional kan worden overgenomen. Zoals Amerikaans onderzoek⁷ uit 1995 aangeeft, wordt in bepaalde, oudere onderzoeken naar substitutiewaarde de werkelijke substitutie verward met de in potentie substitueerbare taken. Met deze aantekening hebben de onderzoekers twaalf substitutiestudies geanalyseerd en zij kwamen erachter dat 30-70% van de taken van artsen door lager opgeleid personeel (VS of PA) konden worden uitgevoerd.

In Nederland is recent een waardevol onderzoek uitgevoerd op de huisartsenposten (Laurant, 2013)⁸. Daar zijn gedurende 15 maanden in de weekenden huisartsen deels vervangen door VS'en. Zij konden een groot deel van het werk van huisartsen op de huisartsenposten doen, zonder verlies van (ervaren) kwaliteit en iets goedkoper dan de huisartsen (minder medicatie voorgeschreven en minder verwijzingen). Overigens was er een klein, minimaal, positief effect op de ervaren werkdruk van de huisarts. Berekend werd dat 75-83% van de taken van huisartsen op de spoedpost overgenomen zou kunnen worden door een VS.

Onderzoek naar substitutiewaarden is schaars en wordt op vele manieren uitgevoerd. Het Capaciteitsorgaan heeft daarom advies ingewonnen bij een groep van (internationale) onderzoekers over de wijze waarop hiernaar het beste onderzoek kan worden gedaan. Geconcludeerd werd dat kwantitatieve methoden, zoals tijdsmetingen, moeten worden aangevuld met kwalitatieve inzichten over bevorderende en belemmerende factoren voor substitutie binnen een bepaalde context. Door deze informatie te combineren, kunnen uitspraken worden gedaan over typologieën van contexten waarbinnen taakherschikking plaatsvindt. De combinatie van kwalitatieve en kwantitatieve methoden geeft daarmee een richting van de substitutiewaarde, niet zozeer één waarde. Deze richting van taakherschikking wordt al bij de ramingen voor de mondzorg gebruikt om scenario's te schetsen. Het schetsen van scenario's, met gebruik van het systeem-dynamisch model, zal steeds meer worden in-

7 Richardson G. and Maynard, A. (1995). Fewer doctors? More nurses? A review of the knowledge base of doctor-nurse substitution. Centre for Health Economics, University of York, Working Papers # 135. & Richardson G., Maynard, A., Cullum, N. & Kindig, D. (1998). Skill mix changes: substitution or service development? Health Policy 45 (1998) 119-132.

8 Laurant, M. (2013). Out of hours primary care. International Innovation. Health Partnership, May 2013. P. 119-121.

gezet door het Capaciteitsorgaan om de richting van taakherschikking te duiden voor de ramingen van medische en aanverwante beroepen. Om in het huidige rekenmodel te kunnen werken met één waarde kan worden uitgegaan van 0,60. Dat betekent dat 1 fte VS of PA 0,60 fte arts kan vervangen.

Overigens kan er in de taakuitoefening van de VS en PA ook sprake zijn van suppletie (zoals patiënten-educatie), maar dit is zodanig verweven met het werk van de VS en PA dat dit niet, voor diverse type zorginstellingen, goed te isoleren is ten opzichte van de andere taken van de VS en PA.

Tabel 26: Aantal te substitueren fte's van verschillende medische beroepen.

	Per jaar	Verskil in fte in 2025	Verskil in fte in 2031
Medisch specialisten*	0,4%	1.000	1.675
Huisartsen	0,6%	833	1.437
Sociaal geneeskundigen**	0,6%	310	465
Specialisten ouderengeneeskunde	0,5%	100	162
Artsen Verstandelijk gehandicapten	0,2%	6	10
Totaal		2.249	3.749

* : gemiddeld over alle specialismen, het varieert van 0,2%-0,6% per jaar

** : gemiddeld over alle specialismen en profielen, het varieert van 0% tot 2% per jaar

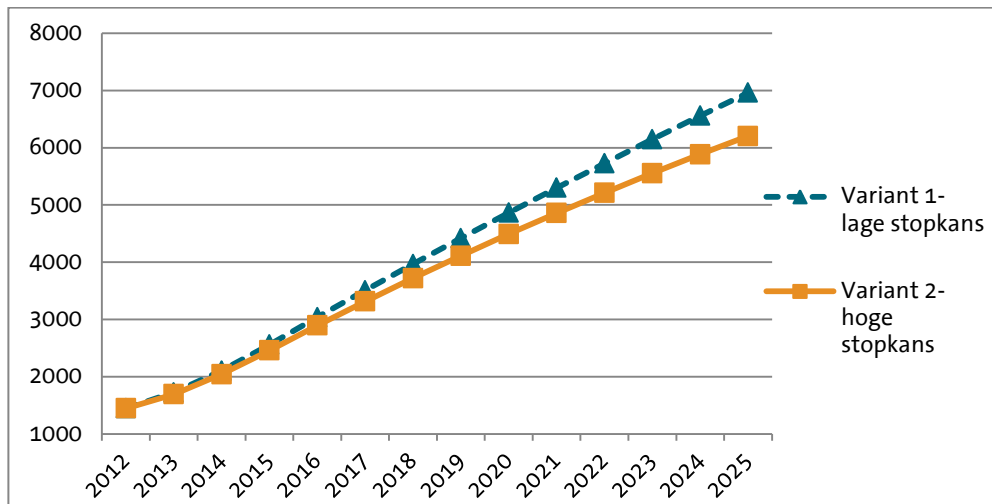
Bovenstaand verschil in (medisch) fte's in 2025 en 2031 wordt opgevangen door de VS, PA en POH maar mogelijk ook door gespecialiseerde verpleegkundigen, doktersassistenten en ander personeel⁹.

Toekomstige aantallen Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant

Per 1 januari 2012 zijn ruim 1.070 fte's VS en ruim 320 fte's PA werkzaam, in totaal bijna 1.400 fte's, ingevuld door 1.800 personen. Bij de toekomstige opleidingsinspanningen (700 voor beide beroepen in totaal per jaar) en met verdiscontering van de uitstroom uit het vak zijn er in 2025 tussen de 5.450 en 6.110 fte's (6.200-6.960 personen, zie figuur 7) aan VS'en en PA's werkzaam. Zoals aangegeven in de voorgaande paragraaf krijgen VS'en en PA's gesubstitueerde taken van medisch specialisten, huisartsen, sociaal geneeskundigen en artsen verstandelijk gehandicapten. Daarnaast vullen ze ook de medische diensten aan (suppletie). De behoefte aan verpleegkundig specialisten en physician assistants zal in 2025 bij de aannames in dit Capaciteitsplan voor substitutie ongeveer 3.750 fte's (2.249/0,60) bedragen. Enige tempering van de instroom van VS'en en PA's zou uit het oogpunt van het temperen van de suppletie niet onlogisch zijn. Eerder heeft het Capaciteitsorgaan in 2010 geadviseerd om jaarlijks 650 studenten in beide opleidingen te laten instromen. Op basis van de nu beschikbare onderzoeksresultaten over de arbeidscarrière van VS'en en PA's zijn er geen aanwijzingen dat dit eerdere advies te laag was.

⁹ Zie o.a.: Van Offenbeek et al. (2007). Scenario-ontwikkeling voor de inzet van nieuwe professionals in een intramuraal zorgtraject met het oog op substitutie- en kosten-effecten. Wenckebach Instituut UMCG.

Figuur 7: Totaal aantal VS'en en PA's werkzaam, berekend met een lage (1,8% tot 2% jaarlijks) en een hoge (3% tot 3,5% jaarlijks) stopkans bij gelijkblijvende opleidingsinspanning.



6.3. Praktijkondersteuner Huisartsenpraktijk

6.3.1. Kenmerken beroep en opleiding: praktijkondersteuners huisartsenpraktijk

In de meeste huisartsenpraktijken is een praktijkondersteuner in de huisartsenzorg (POH) werkzaam. De grootste groep praktijkondersteuners is opgeleid tot POH-somatiek, een deel is opgeleid als GGZ-ondersteuner Huisartsenzorg (POH-GGZ). In 2011 waren er 13 hogescholen waaraan de duale post bachelor opleiding tot POH-somatiek kan worden gevolgd. Voor mensen met een MBO-achtergrond duurt de opleiding twee jaar, voor mensen die al een HBO-opleiding hebben gevolgd, duurt deze één jaar.

Via het Regionale Ondersteunings Structuur (ROS) Netwerk kan een benadering van het aantal werkzame POH's gemaakt worden. Het aantal huisartspraktijken met een POH in dienst is toegenomen van 6% in 2001 naar 58% in 2006. In 2011 waren er minimaal 4.694 POH's werkzaam in 3.482 huisartspraktijken. Het totaal aantal fte's aan POH's in 2011 wordt geschat op 1.864¹⁰. In april 2013 zijn er daarnaast 935 POH-GGZ werkzaam¹¹. De POH-somatiek neemt, in het algemeen, geprotocolleerde zorg voor mensen met een chronische aandoening over van de huisarts, terwijl een POH-GGZ patiënten met psychische problemen ondersteunt en adviseert bij de vraagverheldering, begeleiding en doorverwijzing. In 2012 waren er ongeveer 30.000 "ondersteuners" in de huisartsenzorg werkzaam. De doktersassistenten zijn met ongeveer 24.000 personen het sterkst vertegenwoordigd. Zij worden steeds professioneler en zijn daardoor breder inzetbaar in de praktijk. Het

¹⁰ NIVEL (2012) HYPERLINK

"<http://www.nivel.nl/sites/all/modules/wwwopac/adlib/publicationDetails.php?database=ChoicePublicat&preref=1002161>" \o "Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's) klaar voor de toekomst? " Kennisvraag: praktijkondersteuners in de huisartspraktijk (POH's) klaar voor de toekomst? Utrecht, 2013.

¹¹ ROS-netwerk (juni 2013), mondeling contact.

andere deel van 6.000 ondersteuners bestaat afgerond uit: 5.160 POH's-Somatiek, 600 POH's-GGZ, 120 VS'en en 34 PA's.

6.3.2. Onderzoeken naar substitutie(waarde) praktijkondersteuner huisartsenpraktijk

In 2003 is een meta-analyse uitgevoerd naar onderzoeken over de inzet van de POH. Bij de inzet van de POH bleek deze niet altijd direct bij te dragen aan een objectieve werklastvermindering van de huisarts. Echter, omdat de meta-analyse op basis van een beperkte hoeveelheid data was gedaan, waren landelijke uitspraken niet mogelijk. Tegenover het deel van de werkbelasting dat door de POH wordt overgenomen (substitutie van taken) staan andere factoren die bijdragen aan een vergroting van de werkbelasting van huisartsen (nabespreking, coördinatie, overleg). Ook kwam uit de meta-analyse naar voren dat POH's een gunstig effect op de kwaliteit van de zorg hebben, mede vanuit de toevoeging (suppletie) vanuit hun eigen achtergrond aan de bestaande zorg (signalering van problemen, begeleiding, voorlichting). Zoals gesteld in paragraaf 6.3.1. neemt de POH, naast andere ondersteuners, taken over van de huisarts zonder dat hierin suppletie goed te onderscheiden is van de substitutie.

6.4. Mondhygiënisten

6.4.1. Kenmerken beroep en opleiding: mondhygiënisten

Sinds 2002 leidt de vierjarige bachelor opleiding mondzorgkunde op tot mondhygiënist. In eerdere jaren duurde de opleiding twee jaar, vanaf het jaar 1995 drie jaar. De beroepsuitoefening van de mondhygiënist is geregeld in het krachtens de Wet BIG genomen Besluit mondhygiënist¹². Daarin zijn de opleidingseisen en het deskundigheidsgebied van de mondhygiënist vastgelegd. De mondhygiënist is de deskundige op het gebied van de preventie en houdt zich vooral bezig met het voorkomen van aandoeningen aan het gebit en de het gebit omringende weefsels. Daaronder valt de primaire preventie voor de gehele mondzorg, en de secundaire en tertiaire preventie op het gebied van de parodontologie en cariologie, inclusief de cariësdagnostiek. De mondhygiënist mag een aantal voorbehouden handelingen zelfstandig uitvoeren, zoals het toepassen van lokale anesthesie (d.m.v. injectie), in opdracht van een tandarts en zonder direct toezicht van een tandarts. Op basis van verschillende onderzoeken is inmiddels vastgesteld dat per 1 januari 2013 ruim 3.200 mondhygiënisten werkzaam zijn.

6.4.2. Onderzoeken naar substitutie(waarde) mondhygiënisten

Om antwoord te kunnen geven op de vraag naar de hoeveelheid taakherschikking liet het Capaciteitsorgaan in 2009 en 2010 onderzoek doen. Na deze onderzoeken zijn over de mate van taakherschikking geen nieuwe onderzoeksuitkomsten bekend die in een andere richting wijzen dan de op basis van deze onderzoeken vastgestelde 15% van tandartsen (in tien jaar tijd). Promotieonderzoek uit 2012 heeft bevestigd dat deze taakherschikking plaatsvindt, zij het niet in de mate zoals in het advies van de Commissie Innovatie Mondzorg (2006) werd geschetst¹³. De factor taakherschikking blijft voor de tandartsen daarom gehandhaafd op 15% in 10 jaar, waarvan 7,5% door de mondhygiënist wordt uitgevoerd en 7,5% door de preventie-assistent.

¹² AMvB, Besluit Mondhygiënist 21 februari 2006, Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden, Jaargang 106, nr. 147.

¹³ Jerkovic-Cosic, K. The relation between Profession Development and job(re)design: the case of dental hygiene in the Netherlands. Rijksuniversiteit Groningen. Groningen. 2012

6.5. Beleidsontwikkelingen

Beroepen ontwikkelen zich inhoudelijk in de loop van de tijd. Sommige ontwikkelingen leiden tot een verbreding van het beroep, andere tot een specialisatie. Deze ontwikkelingen doen zich gelijktijdig op alle opleidingsniveaus voor. Als een huisarts een nieuwe activiteit wil ontplooiën, moet hij/zij een andere activiteit daarvoor laten schieten. In eerste instantie zal hij dan onderzoeken of deze zonder kwaliteitsverlies door een functionaris op een lager opleidingsniveau kan worden uitgevoerd. Kwaliteitsverlies kan vaak worden voorkomen door de activiteit vast te leggen in goed omschreven protocollen, die ook door andere functionarissen kunnen worden gevolgd. Soms kan dat zelfs leiden tot ervaren kwaliteitswinst, omdat de patiënt het gevoel heeft dat de praktijkassistente, POH, PA, of VS meer tijd en/of aandacht kan schenken aan de patiënt dan de huisarts. Op die manier ontstaat een situatie waarin de patiënt, de huisarts en de lager opgeleide beroepsbeoefenaar alle drie voordelen ervaren.

De overheid wil de carrièreontwikkeling van beroepsbeoefenaren in de zorg stimuleren. Dat geldt in de volle breedte, dus zowel voor de curatieve zorg, de verpleging en verzorging, de mondzorg als voor de geestelijke gezondheidszorg. In deze sectoren worden nieuwe ontwikkelingen op het terrein van substitutie door de overheid gestimuleerd. Dat blijkt uit experimenten met nieuwe beroepen, wetgeving, en Algemene maatregelen van Bestuur. Soms is beleid echter onvoldoende op elkaar afgestemd. Het klimaat voor verticale substitutie bijvoorbeeld wordt sterk beïnvloed door ervaren tekorten aan beroepsbeoefenaren in het beroep dat taken afstoot. Niet voor niets is de PA in de Verenigde Staten geïntroduceerd tijdens de Korea-oorlog omdat er een gebrek aan militaire artsen was.

Een klein ervaren tekort aan artsen werkt stimulerend op de ontwikkeling van beroepen als de VS en de PA. De parameters voor verticale substitutie zijn hoger dan gemiddeld geraamd bij de sociaal geneeskundigen en bij de specialist ouderengeneeskunde, omdat daar tekorten aan beroepsbeoefenaren bestaan en er dus een gunstig klimaat voor substitutie bestaat. Bij de medisch specialisten is het klimaat voor verticale substitutie de komende jaren minder gunstig. De overheid heeft in 2008 en 2010 gekozen voor scenario's waarin verticale substitutie niet is meegenomen. Dat betekent dat er meer medisch specialisten worden opgeleid, omdat geen rekening wordt gehouden met eventuele substituerende effecten van VS'en en PA's. Als er voldoende medisch specialisten zijn, vervallen bij deze beroepsgroepen veel prikkels om activiteiten over te dragen aan de VS en de PA. Deze situatie wordt verder beïnvloed door het ontbreken van tekorten aan medisch specialisten, een enkele uitzondering daargelaten. Ook van invloed zijn de afspraken in het zorgakkoord over het beperken van de groei van activiteiten van medisch specialisten tot 1,5% tot 1,0% in de komende 4 jaar. Om voorgaande redenen betreft het Capaciteitsorgaan de effecten van verticale substitutie bij de advisering over de instroom in de opleidingen tot medisch specialist.

Nederland is geen geïsoleerde gemeenschap. Er bestaat vrij verkeer van personen, goederen en diensten binnen de Europese Unie. De jaarlijkse instroom van beroepsbeoefenaren met een buitenlands diploma in Nederland was overigens altijd beperkt. Alleen de medisch specialisten (ongeveer 170 jaarlijks) en tandartsen (ongeveer 220 schrijven zich jaarlijks in het BIG register in, ongeveer 50% daarvan is voor enige tijd werkzaam in Nederland) kennen een instroom uit het buitenland van meer dan 5% van de totale instroom. Beroepsbeoefenaren uit het buitenland hebben vaak een ander referentiekader met betrekking tot verticale substitutie. Dit komt bijvoorbeeld doordat het substituerend

beroep in het buitenland niet voorkomt of omdat de cultuur rond delegeren van werkzaamheden anders is in hun thuisland. Dat maakt het voor de overheid lastiger om haar beleid te effectueren. Is de instroom uit het buitenland in de te substitueren opleidingen te hoog, dan is het klimaat voor substitutie door het resulterend hoge aantal beroepsbeoefenaren ongunstig. Is de instroom te laag, dan wordt bijna automatisch en bijna direct de instroom uit het buitenland hoger, waardoor de lager opgeleide beroepen worden verdrongen. Beleidsmatig zou begonnen moeten worden met een instroom in de opleidingen die afgestemd is op de introductie van verticale substitutie, na 3 tot 4 jaar gevolgd door een verhoogde instroom in de opleiding tot PA respectievelijk VS en mondhygiënist. Dan sluiten de beleidsbeslissingen naadloos op elkaar aan.

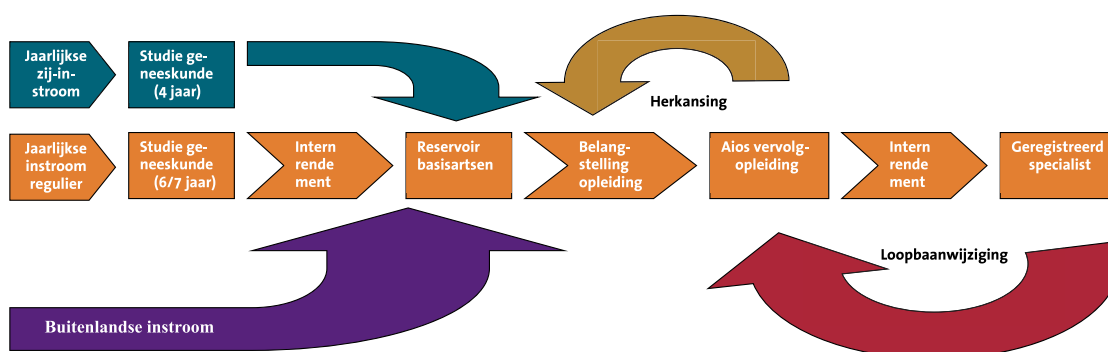
7. Advies initiële opleiding geneeskunde

7.1. Inleiding

Statutair brengt het Capaciteitsorgaan ook de benodigde capaciteit van de opleiding tot basisarts in beeld. Hierover brengt het orgaan vervolgens een advies uit aan het ministerie van VWS. De doelstelling van dit advies is te waarborgen dat er voldoende (basis)artsen zijn om te zijner tijd de geraamde instroom in de erkende medische vervolgopleidingen te realiseren. De moeilijkheid hierbij is dat het instroomadvies in de initiële opleiding geneeskunde pas na $2+7=9$ jaar effect heeft op de aantallen beschikbare basisartsen, terwijl het instroomadvies in de erkende medische vervolgopleidingen al na 2 jaar effect heeft op de aantallen beschikbare basisartsen. Schommelingen in de instroomadviezen voor de erkende medische vervolgopleidingen leiden tot een grotere of een kleinere behoefte aan basisartsen. Mede om die reden is het voor de hand liggend dat er een reservoir aan basisartsen bestaat. Dat aantal stijgt of daalt naar gelang de uitstroom naar de erkende medische vervolgopleidingen kleiner respectievelijk groter is dan het aantal basisartsen dat instroomt in het reservoir.

De instroom in het reservoir aan (basis)artsen bestaat niet alleen uit geneeskundestudenten. De afgelopen jaren heeft het Capaciteitsorgaan onderzoek laten doen naar de oorsprong van aios die ingestroomd zijn in een erkende medische vervolgopleiding. De verschillende soorten aios zijn schematisch weergegeven in figuur 8.

Figuur 8: Instroom in het reservoir van basisartsen die een erkende medische vervolgopleiding willen volgen



In de eerste plaats zijn er aios die eerder in Nederland de initiële opleiding geneeskunde hebben gevolgd. Deze aios kunnen via de reguliere jaarlijkse instroom in de initiële opleiding hun basisartsdiploma hebben gehaald of via de jaarlijkse zijinstroom. Het interne rendement van de reguliere opleiding geneeskunde is de laatste jaren door een aantal maatregelen verhoogd van 81% naar 90% van de aantallen gestarte studenten medicijnen. Voor de studenten die middels zijinstroom hun studie geneeskunde volgen, ligt het interne rendement op ruim 95%. Naast deze twee instroommogelijkheden zijn er dan nog de basisartsen uit andere (meestal Europese) landen die instromen in Nederland en vervolgens proberen een opleidingsplaats in Nederland te bemachtigen. Nieuw is dat

inmiddels ook twee andere “bronnen” van instroom in een erkende medische vervolgopleiding in kaart zijn gebracht. In de eerste plaats betreft dat aios die hun vervolgopleiding afbreken en vervolgens aan een andere vervolgopleiding beginnen. In de tweede plaats betreft het geregistreerde specialisten die hun loopbaan willen wijzigen en daartoe een nieuwe vervolgopleiding gaan doorlopen. Het blijkt uit onderzoek dat er redelijk grote aantallen aios vanuit deze laatste twee categorieën de opleidingen binnenstromen. In tabel 27 worden de aantallen aios naar oorsprong weergegeven, waarbij de reguliere instroom en de zijinstroom zijn gecombineerd.

Tabel 27: Oorsprong aios per instroomjaar

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Reguliere instroom/zij-instroom	1.616	1.640	1.596	1.637	1.763	1.683	1.997	2.118
Buitenlandse basisarts	17	53	48	29	24	37	44	31
Eerder aios/specialist	108	134	129	117	125	130	130	151
Totaal	1.741	1.827	1.773	1.783	1.912	1.850	2.171	2.300

Bron: RGS

Uit deze tabel blijkt dat gemiddeld 6% van de instromende aios eerder een opleiding als aios heeft gevolgd en deze al dan niet succesvol heeft afgerond. Deze aios hoeven niet te worden betrokken bij de berekening van de benodigde instroom in de initiële opleiding. Zij hebben immers al eerder de initiële opleiding gevolgd. Via de correcties voor interne rendementen respectievelijk vertrekkansen voor specialisten zijn zij al beschikbaar gesteld voor de vervolgopleidingen. Daarnaast stromen er jaarlijks gemiddeld 35 basisartsen met een buitenlands artsendiploma de opleidingen in.

7.2. Geadviseerde instroom erkende medische vervolgopleidingen

Hoofdstuk 5 bevat het advies over de benodigde instroom in de diverse erkende medische vervolgopleidingen dat past bij een evenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod in 2031. Afhankelijk van het al dan niet toepassen van verticale substitutie ziet het instroomadvies er als volgt uit.

Tabel 28: Bandbreedte instroomadviezen 2013 erkende medische vervolgopleidingen

Beroep	Bandbreedte	
Medisch specialist	1.015	1.206
Huisarts	698	720
Sociaal geneeskundige	271	353
Specialist ouderengeneeskunde	120	128
AVG	20	24
Kaakchirurg	5	15
Profielen sociale geneeskunde	182	232
Profiel SEH	42	45
Totaal	2.353	2.723

De adviezen voor de diverse deelterreinen leiden tot een totale bandbreedte van 2.353 tot 2.723 aios die vanaf 2015 kunnen instromen in een erkende medische vervolgopleiding. In 2010 luidde het advies 2.614 tot 2.823 aios. Deze twee adviezen hebben betrekking op de totale instroom aan basisartsen in de diverse opleidingen. Binnen de sociale geneeskunde subsidieert het ministerie van VWS via het Opleidingsfonds momenteel alleen de profielopleidingen tot infectieziektearts KNMG, jeugdarts KNMG, medisch milieukundige KNMG, en tuberculosearts KNMG, plus de daaraan gekoppelde tweede fase van deze opleidingen. Als de sociaal geneeskundige opleidingen die geen deel uitmaken van het Opleidingsfonds uit dit overzicht worden verwijderd, verdwijnen 228 respectievelijk 303 instroomplaatsen bij de sociale geneeskunde en 47 respectievelijk 59 plaatsen bij de profielopleidingen. Het aantal geadviseerde instroomplaatsen dat momenteel onder de werkingssfeer van het Opleidingsfonds valt, bedraagt na correctie voor deze aantallen 2.078 respectievelijk 2.361. Daarbij gaat de voorkeur van het Capaciteitsorgaan in de meeste gevallen uit naar de lage(re) instroom.

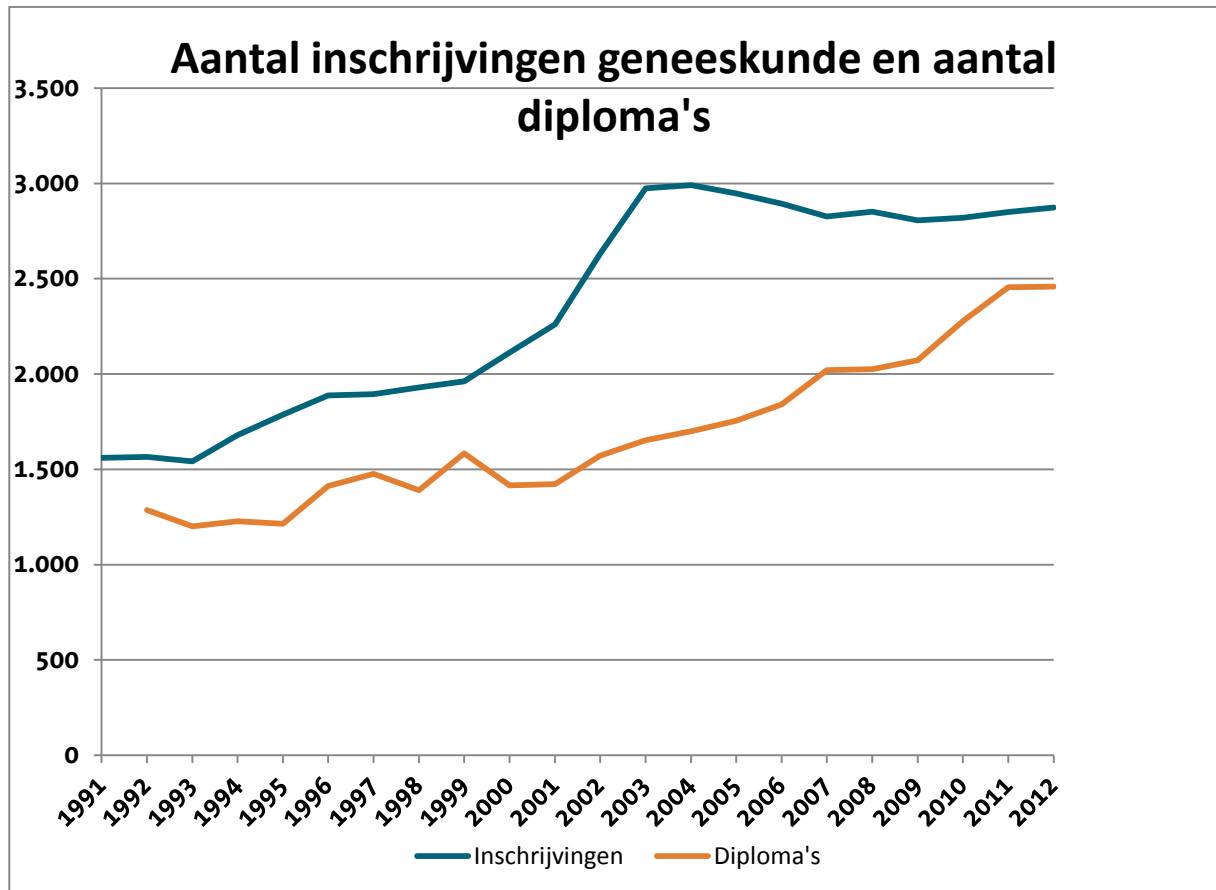
Er bestaat grote onzekerheid over de jaarlijkse instroom in de medische vervolgopleidingen binnen de sociale geneeskunde. Van de geadviseerde 453 tot 585 opleidingsplaatsen subsidieert VWS 225 tot 282 opleidingsplaatsen. In het vorige Capaciteitsplan werd gewezen op de versturende potentie die de sociale geneeskunde (door grote fluctuaties in de instroom) op de instroom in de andere opleidingen kan uitoefenen. Dit geldt vooral voor de twee beroepen in de hoofdstroom A&G. De aantallen geregistreerde bedrijfsartsen en verzekeringsartsen zijn aan het dalen, terwijl de opleidingsinspanningen voor deze specialismen niet zijn veranderd. De competitie om de zittende bedrijfsarts neemt conform de verwachtingen in 2010 inderdaad toe, maar verder is er nog maar weinig beweging in de instroom van aios in de opleiding tot bedrijfsarts te bespeuren. De instroom in de opleidingen voor bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundige samen bedraagt jaarlijks ongeveer 30.

Voor het bepalen van de instroom in de initiële opleiding en instroom baseert het Capaciteitsorgaan zich op een instroom in de vervolgopleidingen van **2.118 tot 2.391**.

7.3. De geneeskundestudent

Om de achtergronden van de advisering rond basisartsen te begrijpen wordt in figuur 9 weergegeven hoeveel geneeskundestudenten in een academisch jaar zijn ingeschreven en hoeveel basisartsdiploma's in datzelfde academisch jaar zijn verstrekt. Het jaartal op de X-as is het beginjaar van het academisch jaar. De figuur laat zien dat tussen 2000 en 2003 het aantal inschrijvingen toenam van 2.113 naar 2.974 per academisch jaar. In de periode daarna nam het aantal inschrijvingen een klein beetje af. In 2012 stabiliseert het aantal zich op 2.850 nieuwe inschrijvingen in de studie geneeskunde per jaar.

Figuur 9: Aantal nieuwe inschrijvingen en aantal artsendiploma's per academisch jaar



Bron: VSNU

De figuur laat zien dat het vervolgens nog tot 2011 duurt voordat het aantal uitgereikte artsendiploma's zich eveneens stabiliseert op circa 2.460 diploma's per academisch jaar. Deze figuur demonstreert dat beleidsbeslissingen rond de instroom in de initiële opleiding geneeskunde pas 7 jaar later effect hebben op het aantal afstuderende basisartsen. Op basis van de gerealiseerde instroom in de periode 2004 tot en met 2012 betekent dat ook dat in de jaren 2013 tot en met 2021 jaarlijks ongeveer nieuwe 2.460 basisartsen uit de Nederlandse opleidingen beschikbaar zullen komen. Ook betekent het dat het interne rendement van de opleiding benaderd kan worden met een percentage van 86% tot 90%. Dat betekent dat het interne rendement van de opleidingen aan het verbeteren is. Voor een beperkt deel wordt dat veroorzaakt door de zij-instromers, voor het resterende deel door een daadwerkelijke verbetering van het interne rendement van de opleidingen geneeskunde. Voor de berekeningen rond de geadviseerde instroom zal het percentage van 90% worden gehanteerd.

7.4. De basisarts

Het Capaciteitsorgaan heeft in 2012 opnieuw onderzoek uit laten voeren naar de loopbaan van basisartsen om een aantal gegevens opnieuw in kaart te brengen. Een eerder onderzoek uit 2009 diende als referentiemateriaal. Het nieuwe onderzoek leverde de volgende resultaten op.

Op 1 december 2012 telde Nederland ongeveer 21.110 basisartsen jonger dan 65 jaar met een Nederlands woonadres. Daarvan waren er 10.005 bezig met een erkende opleiding en 205 met een niet-erkende opleiding. 3.586 basisartsen hadden wel de wens tot het volgen van een opleiding, waarvan 3.474 een erkende opleiding. Uit deze groep waren overigens 942 basisartsen bezig met een promotieonderzoek. Verder waren er 7.290 basisartsen die geen wens hadden om (opnieuw) in opleiding te gaan. Van deze groep was 26% gestopt met werken, had 34% nooit een vervolgopleiding gedaan, 13% een profielopleiding gevolgd en was 9% ooit een vervolgopleiding gestart zonder deze te voltooien. Met name de groep basisartsen die gestopt is met werken, is sterk toegenomen ten opzichte van de meting uit 2009 (11%). Dit wordt veroorzaakt door de toenemende gemiddelde leeftijd van de groep basisartsen en het grotere aantal artsen dat zich aan het einde van zijn loopbaan bevindt.

De groep artsen die aangeeft bewust geen erkende medische vervolgopleiding te willen volgen, geeft als belangrijkste motieven aan dat zij een voorkeur hebben voor een beroep waarvoor geen erkende medische vervolgopleiding nodig is (42%). Ook privé redenen (23%) of geen opleidingsplaats kunnen krijgen in de richting van voorkeur (22%) zijn genoemd. Het motief dat de opleiding slecht te combineren valt met het gezin wordt beduidend minder vaak genoemd (17% versus 31%) dan in 2009.

Tabel 29 toont een benadering van het aantal basisartsen dat daadwerkelijk beschikbaar is voor instroom in een vervolgopleiding.

Tabel 29: Loopbaanonderzoek basisartsen 2009/2013

Omschrijving	2009	2013
Aantal basisartsen januari 2009 / november 2012	18.049	21.110
Bezig met opleiding	8.112	10.234
Geen wens tot opleiding	6.593	6.663
Basisartsen zoekende naar opleidingsplaats	3.345	3.586
Af: zoekend naar niet erkende opleidingsplaats	152	79
Af: bezig met promotieonderzoek	1.119	942
	2.074	2.565
Bij: afgestudeerde basisartsen in 2009/2012	1.995	2.459
Af: reeds met een opleiding gestarte basisartsen	487	269
Bij: buitenlandse instroom	300	124
Correctie: belangstelling erkende opleidingsplaats 91%	1.645	2.105
Reservoir: basisartsen beschikbaar voor opleiding	3.719	4.670

Bron: KIWA

In het Capaciteitsplan 2010 werd aangegeven dat vanaf 2010 het eerste cohort van 2.850 geneeskundestudenten (uit 2003) zou gaan afstuderen. Bij een rendement van 81% zouden in 2010 2.309 basisartsen op de markt beschikbaar komen, waarvan 2.060 basisartsen belangstelling zouden kunnen hebben voor een erkende medische vervolgopleiding. In de praktijk heeft het tot 2011 geduurd voordat de verwachte uitstroom van basisartsen voor het eerst gerealiseerd werd, maar toen bereikte de

uitstroom door een hoger intern rendement zelfs 2.460 basisartsen. Daaronder zullen 2.194 belangstellenden zijn voor een erkende medische vervolgopleiding, 134 meer dan in 2010 werd geraamd.

Het Capaciteitsplan 2010 ging er ook van uit dat de uitstroom uit het reservoir naar de erkende vervolgopleidingen vanaf 2012 2.358 tot 2.576 basisartsen zou gaan bedragen. In de praktijk is gebleken dat de instroom in 2012 iets lager uitviel, vooral door nog achterblijvende instroom in de vervolgopleidingen in de huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde en het specialisme ouderengeneeskunde. De verwachting is echter dat deze instroom de komende jaren wel naar het geadviseerde niveau zal gaan stijgen. Maar ook dan moet er voortaan rekening mee worden gehouden dat gemiddeld circa 6% van de instroom in de erkende medische vervolgopleiding wordt gerealiseerd door aios en geneeskundig specialisten/profielartsen.

De conclusie uit tabel 29 kan zijn dat het reservoir aan basisartsen die beschikbaar zijn voor instroom in een vervolgopleiding tussen 2009 en 2013 is gegroeid met 951 basisartsen, oftewel 317 basisartsen per jaar. Deze groei wordt redelijk verklaard door een jaarlijkse extra instroom in het reservoir van circa 500 in Nederland afgestudeerde basisartsen met belangstelling voor een vervolgopleiding ($2.459 - 1.995 = 464 / 0,892$). Tegelijkertijd moet er dan een jaarlijkse extra uitstroom zijn uit het reservoir van 100 à 200 basisartsen naar een erkende medische profiel- of vervolgopleiding. Daarnaast is het aantal basisartsen dat bezig is met promotieonderzoek in drie jaar tijd met 270 gedaald, waardoor circa 90 extra basisartsen per jaar zoekend zijn naar een vervolgopleiding. Weliswaar is de buitenlandse instroom in 2013 daadwerkelijk lager dan de instroom die in 2009 werd geschat, maar deze instroom draagt in de praktijk maar beperkt bij aan de instroom in een medische vervolgopleiding. De omvang van het reservoir tussen 2009 en 2013 is toegenomen van 3.719 naar 4.670 basisartsen. Dit komt vooral door: de toename van het aantal geneeskundestudenten dat slaagde voor het basisartsexamen, de lager dan geplande uitstroom van basisartsen uit het reservoir doordat niet alle toegewezen opleidingsplaatsen vervuld konden worden en de instroom van aios en geneeskundig specialisten die 6% van alle opleidingsplaatsen betrof. De verwachting is dat op basis van deze drie nieuwe oorzaken het reservoir de komende 7 jaren niet zal afnemen, maar verder zal toenemen. De enige manier om het reservoir in deze periode te laten afnemen, is een extra instroom in de vervolgopleidingen. Dit kan door extra opleidingsplaatsen open te stellen (bedrijfsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde) of door de opengestelde opleidingsplaatsen te benutten (huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde, specialist ouderengeneeskunde).

7.5. Zoekduur en wachttijd tot begin vervolgopleiding

Het reservoir aan basisartsen met belangstelling voor een opleiding wordt groter en dat kan gevolgen hebben voor de zoekduur en de wachttijd. De zoekduur is de tijd tussen het starten met zoeken naar een opleidingsplaats en het instromen in een vervolgopleiding. De wachttijd is de tijd tussen het afstuderen als basisarts en de instroom in een vervolgopleiding. De zoekduur is meestal korter dan de wachttijd, omdat niet elke pas afgestudeerde basisarts meteen met zoeken naar een opleidingsplaats begint. Bovendien is de zoekduur niet zo eenvoudig objectiveerbaar als de wachttijd. Het moment waarop met zoeken naar een opleidingsplaats is begonnen, is meestal niet zo eenduidig vastgelegd als de datum van het basisartsexamen en/of de instroom in een vervolgopleiding.

De twee loopbaanonderzoeken onder basisartsen geven een indruk van de gemiddelde zoekduur naar een opleidingsplaats. Uiteraard kan alleen iets gezegd worden over de groep basisartsen die al met een opleiding gestart is. In de tabel zijn deze basisartsen naar startjaar van de opleiding gerangschikt. De zoekduur in maanden is voor de overlappende jaren 2007, 2008 en 2009 gemiddeld voor de twee uitgevoerde onderzoeken.

Tabel 30: Gemiddeld aantal maanden tussen beginnen met zoeken naar een opleidingsplaats en het kunnen starten met de opleiding, naar jaar waarin de vervolgopleiding is gestart of van start gaat

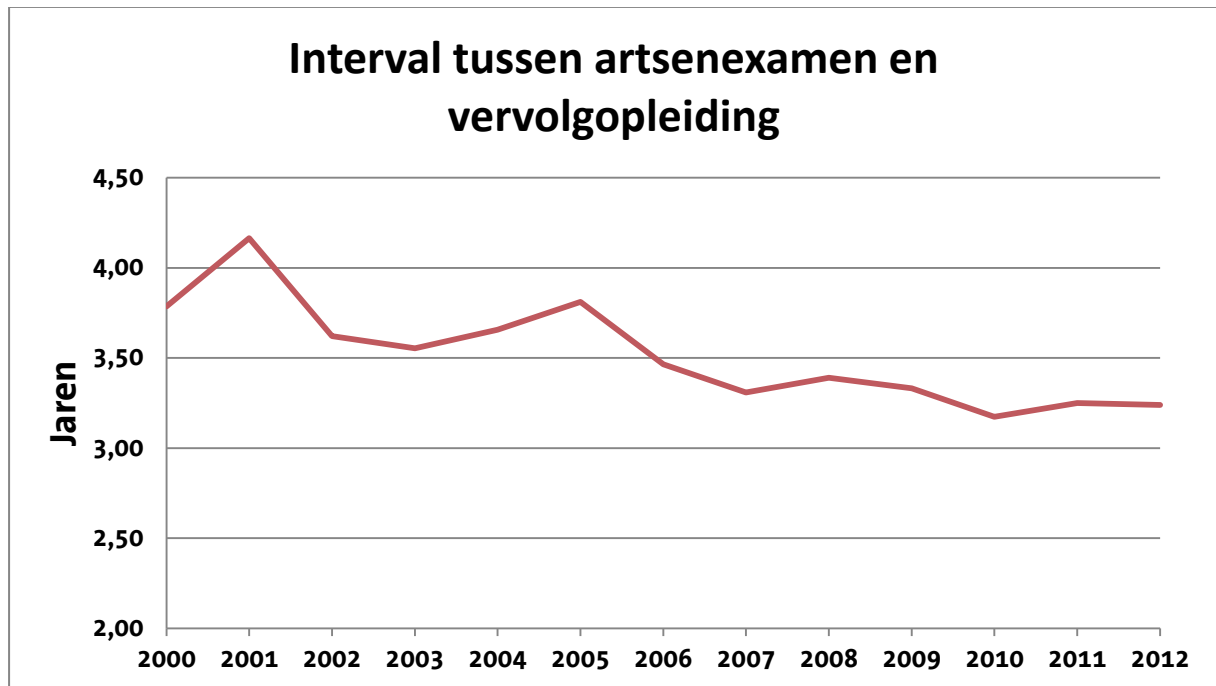
Startjaar vervolgopleiding	Gemiddelde zoekduur (maanden)
2003	16,4
2004	14,4
2005	17,8
2006	20,3
2007	15,3
2008	14,4
2009	15,9
2010	12,6
2011	10,8
2012	15,1
2013	18,7

Bron: KIWA Carity

Tabel 30 biedt weinig houvast voor een analyse. Op zich lijkt het er wel op dat de basisartsen in 2010, 2011 en 2012 relatief minder moeite hadden om een opleidingsplaats te vinden dan eerder en later.

De wachttijd, gemeten aan de hand van het interval tussen het basisartsexamen en de instroom in een vervolgopleiding, is een beter te objectiveren gegeven. Figuur 10 laat de wachttijd zien sinds 2000. Het betreft hier de vrijwel complete gegevens van ruim 24.000 aios die sinds die tijd gestart zijn met hun opleiding.

Figuur 10: Interval tussen basisartsexamen en instroom in een erkende medische vervolg- of profielopleiding



Bron: RGS

Vergelijking van figuur 10 met tabel 30 laat zien dat de zoekduur maar een beperkt gedeelte uitmaakt van de totale tijd tussen het artsexamen en de instroom in een vervolgopleiding. Ook lijkt het interval tussen het basisartsexamen en de instroom in een vervolgopleiding sinds 2000 afgenomen te zijn. Gemiddeld betreft het echter nog steeds ruim 3 jaar. De vraag is of dit wenselijk is.

7.6. Benodigde instroom initiële opleiding geneeskunde

Voor het advies over de benodigde instroom in de initiële opleiding geneeskunde dient men 9 tot 12 jaar vooruit te kijken. Het doel is het zo goed mogelijk benaderen van de instroom die dan nodig is voor de diverse erkende medische vervolgopleidingen en profielopleidingen. Dat betekent dat het advies over de benodigde instroom in de initiële opleiding met meer onzekerheden omgeven is dan het advies over de instroom in de vervolgopleidingen.

De momentane uitgangssituatie is dat het huidige reservoir aan basisartsen ongeveer twee volledige jaargangen bevat van medische vervolgopleidingen en profielopleidingen. De jaarlijkse opleidingsbehoefte zal naar verwachting de komende 10 jaar niet sterk fluctueren. De effecten van de feminisering (meer instroom nodig om het geraamde aantal fte's te bereiken) op de benodigde instroom in vervolgopleidingen zal waarschijnlijk de komende 9 jaren niet verder toenemen. Ook de invloed van een toename van het aantal erkende opleidingen (zowel geneeskundige specialismen als profielen) is maar beperkt, omdat er meestal sprake zal zijn van een verschuiving tussen erkende en niet-erkende opleidingen. Indien de verticale substitutie grotere vormen aanneemt, zou de totale instroom in de

opleidingen zelfs kunnen worden verlaagd. Op basis van de huidige (te) grote omvang van het reservoir wordt door het Capaciteitsorgaan uitgegaan van de geadviseerde instroom in de erkende medische vervolgopleidingen en profielopleidingen voor de onderkant van de bandbreedte conform de middelste kolom in tabel 28. Deze instroom wordt vervolgens zowel met als zonder de instroom in de sociale geneeskundige niet gesubsidieerde beroepen gebruikt voor de berekeningen.

De benodigde instroom in de erkende medische vervolgopleidingen en profielopleidingen zou op basis van deze premissen in de periode van 2022 tot 2025 tussen de 2.078 en 2.353 bedragen. De berekening van het aantal benodigde studenten geneeskunde is stapsgewijs de volgende:

Tabel 31: Berekening benodigde initiële instroom 2015-2018

Omschrijving	Bandbreedte	
Momenteel geschat aantal instroomplaatsen vervolg/ profielopleidingen 2022-2025	2.078	2.353
Af: 6% instroom ten gevolge van instroom door aios en geneeskundig specialisten	1.953	2.212
Af: 25 effectief instromende artsen met een buitenlands basisartsdiploma	1.928	2.187
Bij: Compensatie voor belangstellingspercentage 89,2% onder basisartsen	2.161	2.451
Bij: Compensatie voor intern rendement opleiding geneeskunde: 90%	2.402	2.723

Deze berekening laat zien dat een instroom in de initiële opleiding geneeskunde van 2.400 tot 2.700 geneeskundestudenten vanaf 2015 voldoende is om in 2022 de verwachte opleidingsplekken te vullen. In het vorige advies werd nog uitgegaan van 3.100 instroomplaatsen. De belangrijkste oorzaken voor het grote verschil zijn:

- Het interne rendement van de initiële opleiding geneeskunde, dat van 81% naar 90% gestegen is;
- De verlaging van de geadviseerde instroom in de erkende medische vervolgopleidingen en profielopleidingen ten opzichte van 2010 met 210 tot 280 plaatsen, hoofdzakelijk ten gevolge van de uitblijvende daling van de instroom van specialisten uit het buitenland;
- De onderkenning van het gegeven dat 6% van de instroom in een vervolgopleiding of profielopleiding gerealiseerd wordt door (reeds opgeleide) aios en specialisten.

Het Capaciteitsorgaan heeft, conform de afspraak in het vorige Capaciteitsplan, het reservoir aan basisartsen de afgelopen periode intensiever gemonitord. Het resultaat daarvan is dat de benodigde instroom in de initiële opleiding nu met grotere betrouwbaarheid kan worden geschat dan in eerdere Capaciteitsplannen het geval was. De verwachting van het Capaciteitsorgaan is dat het toch al omvangrijke reservoir aan basisartsen de komende jaren nog zal blijven toenemen, tenzij er extra opleidingsinspanningen worden gepleegd. Uit het oogpunt van continuïteit voor de opleidingsinstellingen wordt geadviseerd om de instroom in de initiële opleiding geneeskunde omhoog te brengen naar **2.700** en de ontwikkelingen in het reservoir nauwlettend te blijven monitoren.

8. Aandachtspunten beleid

In de hoofdstukken 5, 6 en 7 zijn de belangrijkste adviezen van het Capaciteitsorgaan samengevat. Dit hoofdstuk benoemt een aantal beleidsmatige aandachtspunten dat in de deelrapporten ook wordt uitgewerkt.

8.1. Geneeskundige specialismen

8.1.1. Medisch specialisten

In 2008 en 2010 heeft het Capaciteitsorgaan de maximum waarde in de bandbreedte van haar adviezen over de instroom in de vervolgoopleidingen tot medisch specialist bepaald door uit te gaan van het volledig ontbreken van verticale substitutie door de VS en PA. De minimum waarde van de bandbreedte werd berekend door uit te gaan van een conservatief geschat effect van verticale substitutie voor de diverse medisch specialismen. De minister van VWS heeft beide keren de maximum waarden overgenomen en tegelijkertijd de opleidingen voor VS en PA uitgebreid. Het hanteren van de maximum waarden voor de instroom leidt echter tot een ruim aanbod van medisch specialisten. Dat is niet stimulerend voor verticale substitutie en zal dat ook de komende 6 jaar naar verwachting niet zijn. De vraag doet zich voor of vanuit een breder beleidsoogpunt (stimuleren van verticale substitutie) de keuze voor opnieuw de hoge waarde van de bandbreedte in het instroomadvies wel wenselijk is.

De geadviseerde instroom in de medische specialismen is in 2010 fors verhoogd, omdat verwacht werd dat de instroom van buitenlandse medisch specialisten vanaf 2010 zou gaan dalen. In 2009 werd verwacht dat er tussen 2010 en 2020 een tekort van ongeveer 200.000 artsen in Europa zou gaan ontstaan. De eerste signalen van tekorten doen zich in het buitenland nu ook daadwerkelijk voor. Toch blijkt dat de instroom van buitenlandse medisch specialisten daardoor niet beperkt wordt. Om die reden compenseert het Capaciteitsorgaan de geadviseerde instroom weer voor de instroom van buitenlandse medisch specialisten met dezelfde rekensystematiek als in voorgaande adviezen. Daardoor daalt de geadviseerde instroom in de vervolgoopleidingen tot medisch specialist fors ten opzichte van 2010. In de jaren 2012 en 2013 zijn echter meer artsen ingestroomd in de medisch specialistische vervolgoopleidingen dan in eerdere jaren. Het is voor toekomstig beleid interessant om te monitoren wat deze “extra” instroom op de arbeidsmarkt van in Nederland opgeleide medisch specialisten in 2017, 2018 en 2019 betekent voor de instroom van buitenlandse medisch specialisten. Het is namelijk de vraag wat oorzaak en gevolg is. Bij het geneeskundig specialisme huisartsgeneeskunde leidde een toename van het aantal instroomplaatsen in de opleiding in 1999 uiteindelijk tot een sterke daling van de instroom van in het buitenland opgeleide huisartsen. Vraag en aanbod zijn momenteel voor de meeste medische specialismen in evenwicht en er is geen sprake meer van een significante onvervulde vraag. Dit kan mogelijk leiden tot een verminderde instroom uit het buitenland.

8.1.2. Huisartsen

De huisartsen hebben een Toekomstvisie laten opstellen, die onderschreven is door hun beroepsvereniging en hun wetenschappelijke vereniging. Vervolgens is een Zorgakkoord afgesloten, dat in grote lijnen past bij deze toekomstvisie. Beleidsmatig leiden de ingezette versobering van de AWBZ en de afgesproken verschuiving van tweedelijns zorg naar de eerste lijn tot een uitbreiding van het taken-

pakket voor de huisarts. De huisarts op zijn beurt verschuift weer activiteiten naar de POH-Somatiek en de POH-GGZ, de praktijkassistente en de VS.

De markt lijkt qua vraag en aanbod goed in evenwicht. Bovendien lijkt de verticale substitutie van zorg in de eerste lijn ook kwantitatief te werken. Er is echter alleen indirect bewijs. Het in diverse ramingen gehanteerde percentage van 6% verticale substitutie in 10 jaar heeft de afgelopen 5 jaar in de huisartsenzorg niet tot capaciteitsproblemen geleid. Gezien het grote aantal disciplines dat de huisarts in zijn praktijk kan inschakelen naast de HIDHA en de waarnemer, is het moeilijk om de precieze mechanismen te achterhalen.

In de raming 2013 is ook meegenomen dat de huisarts jaarlijks 0,25% van de activiteiten van de medisch specialisten zal overnemen. Dat leidt, gezien de getalsmatige verhoudingen, tot 0,5% groei van de benodigde capaciteit aan huisartsen. Deze aanname is gedaan voordat het Zorgakkoord bekend werd. Mogelijk is de aanname daardoor te conservatief. Het Capaciteitsorgaan is van mening dat de effecten van het Zorgakkoord eerst afgewacht moeten worden. Over twee jaar wordt de volgende raming uitgebracht.

8.1.3. Specialist ouderengeneeskunde

De beroepsgroep is, met ondersteuning van de opleidingsinstellingen, een succesvolle imagocampagne gestart in 2011 om meer belangstelling voor het vak van specialist ouderengeneeskunde te wekken bij afgestuurde basisartsen. Verder neemt ook de aandacht voor het beroep vanuit de huisartsenopleiding toe. Het resultaat is dat mogelijk al vanaf 2013 de toegewezen instroomplaatsen ook daadwerkelijk volledig benut kunnen gaan worden. Beleidsmatig is interessant in hoeverre de versoering van de AWBZ gaat leiden tot een bredere inzet van de specialist ouderengeneeskunde in de eerste lijn. De geconstateerde grote verschillen tussen aantallen cliënten per fte specialist ouderengeneeskunde zullen ongetwijfeld de aandacht gaan trekken van de verpleeghuizen.

De verdere ontwikkeling van de verticale substitutie vormt een beleidsmatige uitdaging. De personele bezetting van de verpleeghuizen biedt weinig mogelijkheden voor het opleiden van de VS en PA. Tegelijkertijd is het klimaat voor verticale substitutie door de bestaande tekorten aan specialisten ouderengeneeskunde zeer gunstig. Een gerichte stimulering van de opleiding tot VS chronische zorg zou, zoals in 2010 al werd geadviseerd, een impuls voor verticale substitutie in dit specialisme kunnen opleveren.

8.1.4. Arts Verstandelijke Gehandicapten

Het aantal AVG's zal de komende jaren sterk gaan groeien door een bewust beleid van de overheid om de bestaande tekorten zo snel mogelijk weg te werken. Dit gebeurt onder andere door het meer inzetten van verpleegkundig specialisten. De versoering van de AWBZ en de verhoging van de IQ-grens voor zorg, zullen weinig invloed hebben op de daadwerkelijke inzet van de AVG de komende jaren. Wel kan door de verhoging van de IQ-grens het werkterrein verschuiven naar de extramurale setting (consultatie door de huisarts), terwijl de versoering van de AWBZ uit efficiency oogpunt kan leiden tot een concentratie van woonvoorzieningen. Hierdoor zou de AVG weer meer intramuraal actief kunnen worden.

8.1.5 Sociaal geneeskundige

Het Opleidingsfonds adresseert momenteel alleen de opleidingen infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg, medische milieukunde en tuberculosebestrijding binnen de hoofdstroom M&G. Het Capaciteitsorgaan constateert dat de instroom in deze opleidingen door de initiatieven van het ministerie van VWS weer op gang is gekomen en dat de toekomstige capaciteit van de betrokken beroepsgroepen geborgd lijkt. Het Capaciteitsorgaan constateert eveneens dat het ministerie het advies van het Capaciteitsorgaan heeft overgenomen om de tweede fase van deze opleidingen eveneens te gaan stimuleren.

Binnen de hoofdstroom M&G bevinden zich verder nog de opleidingen tot arts beleid en advies, forensisch geneeskundige, en sociaal medische indicatiestelling en advisering. De opleiding in het profiel beleid en advies kende tot 2012 betrekkelijk weinig instroom. Inmiddels heeft het ministerie van Defensie besloten om artsen in deze opleiding te laten instromen. Artsen die beleidsontwikkeling en uitvoering bij zorgverzekeraars in hun takenpakket hebben, stromen sinds kort in de 4-jarige opleiding voor het geneeskundige specialisme arts M&G in. Zij zullen naar verwachting ook een registratie in het profiel beleid en advies aanvragen. Waarschijnlijk zullen artsen die werken bij overheidslichamen de komende jaren een opleiding tot arts M&G (moeten) gaan volgen. Het alternatief is dat ze vanaf 2017 uitgeschreven worden uit het BIG-register en de titel arts niet langer mogen voeren. De relevantie van een beleidswijziging voor dit profiel/specialisme is daarmee wel duidelijk.

Over de forensische geneeskunde is onlangs een rapport van de Gezondheidsraad verschenen. Op verzoek van het ministerie van OCW heeft de Gezondheidsraad het werkgebied van de forensische geneeskunde ontleed. Een van de daaruit voortvloeiende adviezen is om, gezien de sterk vergrijpsde populatie van forensisch geneeskundigen en het belang van dit profiel voor de rechtshandhaving, de bekostiging van dit profiel op te nemen in het Opleidingsfonds.

De sociaal medische indicatiestelling en advisering wordt uitgevoerd voor de lagere overheid en werd traditioneel uitgevoerd door GGD'en. Borging van de beschikbaarheid van voldoende adequaat opgeleide artsen voor dit werk kan worden gezien als een overheidsbelang. Voor elk van deze drie profielen geldt dat er argumenten genoemd kunnen worden die pleiten voor opname in het Opleidingsfonds, eventueel in afstemming met de ministeries van Defensie, OCW en Veiligheid en Justitie.

De opleidingen tot bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige binnen de hoofdstroom A&G kennen geen overheidssubsidiëring, maar staan onder invloed van overheidsbeleid. De afgelopen jaren hebben aanpassingen in de sociale wetgeving geleid tot grote onzekerheid bij veldpartijen over de rol die bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen in de toekomst spelen. Deze onzekerheid, die nog niet voorbij is, heeft een flink dempende invloed gehad op de instroom in de betreffende opleidingen. Daardoor neemt de kans op grotere continuïteitsproblemen toe. De inmiddels sterk vergrijpsde beroepsgroep zal de komende jaren qua capaciteit blijven afnemen. In het licht van het Nationaal Programma Preventie is dat een ongewenst toekomstbeeld. De resultaten van de Arbodiensten staan echter zo onder druk dat een majeure opleidingsinspanning van die zijde niet verwacht kan worden. Het Capaciteitsorgaan heeft in verband met de bestaande onzekerheden binnen de bedrijfsgezond-

heidszorg afgezien van het afgeven van een advies voor de instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot bedrijfsarts. Recent heeft het ministerie van SZW een adviesaanvraag gestuurd aan de SER over de keuze van toekomstscenario's voor de bedrijfsgezondheidszorg.

Voor de verzekeringsgeneeskunde wordt wel een instroomadvies afgegeven. Deze sector heeft door de andere organisatie (het UWV is werkgever van ruim 70% van de verzekeringsgeneeskundigen) meer mogelijkheden om adequaat te reageren op ontwikkelingen in het veld. Het Capaciteitsorgaan signaleert echter dat ook de instroom in de opleiding voor verzekeringsgeneeskunde nauwelijks is verbeterd, ondanks het in 2010 afgegeven signaal van toekomstige tekorten in het aanbod.

Het is de vraag of er nieuw beleid moet worden ontwikkeld voor deze twee opleidingen. Zo ja, wat zou dan het onderwerp van dit beleid moeten zijn: het imago van de opleidingen, het overheidsbeleid rond de twee beroepen of de stabiliteit in de financiering.

8.2. Mondzorg

Voor de mondzorg betreft de raming van het Capaciteitsorgaan twee specialismen en twee eerste-lijns disciplines. Het instroomadvies voor de orthodontie is niet gewijzigd ten opzichte van 2010. Voor kaakchirurgie is vastgesteld dat de instroom, net als voor een flink aantal andere snijdende disciplines, naar beneden bijgesteld kan worden.

In de eerstelijns mondzorg zijn de twee belangrijkste aandachtspunten voor het beleid volgens het Capaciteitsorgaan: de instroom van buitenlandse tandartsen en de verticale substitutie. Gedeeltelijk hangen deze punten met elkaar samen. Nederland is voor de continuïteit in de mondzorg in belangrijke mate afhankelijk van de instroom van tandartsen uit het buitenland. Momenteel schrijven zich jaarlijks meer buitenlandse tandartsen in Nederland in dan dat er Nederlandse tandartsen afstuderen aan een van de drie opleidingsinstituten. Vermoedelijk werkt 50% van deze nieuwe tandartsen enige tijd in Nederland. De beleidsmatige vraag is in welke mate deze afhankelijkheid van buitenlandse instroom gewenst is. Bij economische voorspoed in de landen van herkomst kunnen buitenlandse tandartsen weer terugkeren. Dit kan een plotseling tekort veroorzaken in de Nederlandse mondzorg. Het verminderen van deze afhankelijkheid is echter een proces dat naast veel overleg ook veel tijd en geld gaat kosten. Naast de continuïteit kan echter ook de kwaliteit van de mondzorg in het geding komen. Voorheen kwamen de buitenlandse tandartsen hoofdzakelijk uit Duitsland of België. De laatste jaren neemt deze instroom sterk af en is er een verschuiving naar instroom uit Spanje, Griekenland, Roemenië en Bulgarije.

Verticale substitutie is het uitgangspunt voor VWS, ook in de mondzorg. Dit is voor de mondzorg de afgelopen jaren uitputtend onderzocht. Geconstateerd kan worden dat verticale substitutie van de tandarts naar de mondhygiënist voorkomt, maar in een bescheidener omvang dan uiteindelijk wellicht mogelijk is. Bovendien is geconstateerd dat er in gelijke mate sprake was van substitutie van tandarts naar preventie-assistent zonder dat de overheid daar concreet beleid voor had geformuleerd. Ten slotte werd ook geconstateerd dat het beleid om substitutie van de tandarts naar de mondhygiënist te stimuleren, niet werd ondersteund door maatregelen om de instroom in de opleiding tot mondhygiënist verder uit te breiden. Het Capaciteitsorgaan ziet de substitutie van de tandarts naar de mondhygiënist stagneren.

Het Capaciteitsorgaan heeft de eerstelijns mondzorg in de afgelopen 3 jaar kwantitatief in beeld gebracht. Dat was de oorspronkelijke vraag van de Commissie Innovatie Mondzorg. Deze vraag is in dit Capaciteitsplan beantwoord. Aan de hand van deze beschikbare informatie kunnen nu uitspraken worden gedaan over de beleidsmatige wenselijkheid van deze uitgebreide instroom van buitenlandse tandartsen. Ook kunnen er nu uitspraken worden gedaan over aanpassingen van de instroom in de opleidingen tot tandarts én mondhygiënist, en wel voor beide enigszins naar boven.

8.3. Beroepen geestelijke gezondheid

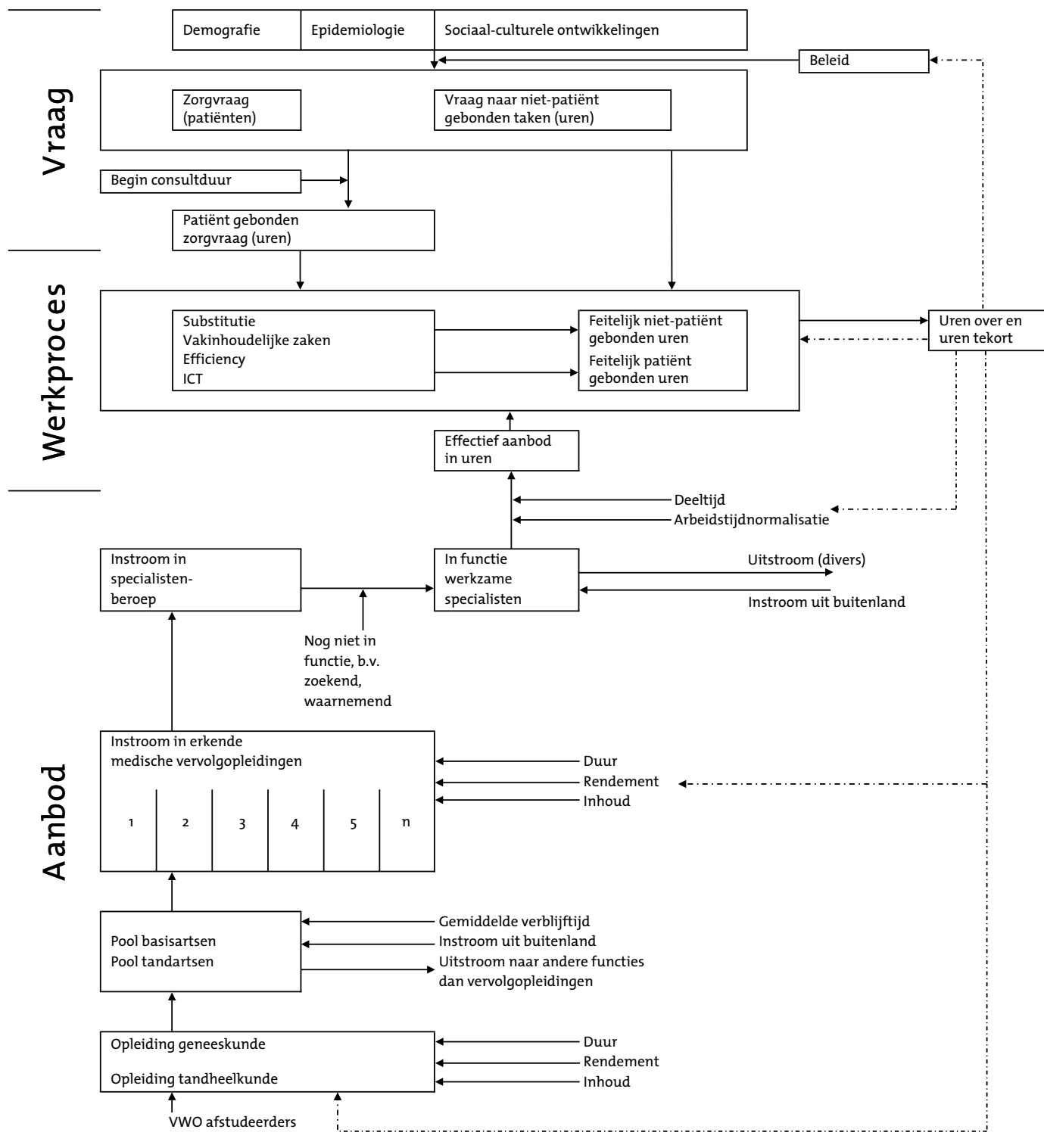
Voor de beroepen in de geestelijke gezondheid is deelrapport 7 het eerste complete instroomadvies van het Capaciteitsorgaan. In het richtinggevend advies uit 2011 heeft van het Capaciteitsorgaan met behulp van het model voor de medische beroepen (bijlage 1) ook de BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheid geraamd. Daarna is veel onderzoek uitgevoerd om alle parameters kwantitatief te onderbouwen. Ook is een voorloper geïnstalleerd van een Kamer beroepen geestelijke gezondheid.

Beleidsmatig is een aantal vraagstukken in dit deelrapport en het bijbehorende advies geponeerd. In de eerste plaats is er het beleidsinitiatief om in de geestelijke gezondheid het zogenoemde hoofdbehandelaarschap te gaan invoeren. Mogelijk heeft dit consequenties voor de geadviseerde instroom in sommige van de vijf geraamde beroepen. Ook een verandering van het inzicht in het volume van de onvervulde vraag kan leiden tot bijstellingen. Het Capaciteitsorgaan zal eventueel een tussentijds advies uitbrengen als blijkt in welke vorm de introductie van het hoofdbehandelaarschap doorgaat c.q. de onvervulde vraag zich ontwikkelt. Daarbij zal ook van belang zijn of en zo ja, in welke mate, het voorliggend advies door VWS overgenomen wordt.

In de tweede plaats is er het vraagstuk van de afstemming tussen overheid, zorgverzekeraars en veld over de instroom in de opleidingen. Praktijkopleidingsinstellingen en opleidingen financieren zelf ook opleidingsplaatsen. De praktijken voor eerstelijnspsychologie en psychotherapie maken opleidingsafspraken met de zorgverzekeraars. Dit doen zij los van de toewijzingen die VWS maakt voor deze opleidingen. Er worden dus opleidingen aangenomen buiten de beschikbare budgetten om. Van enige coördinatie is op dit moment nog geen sprake. Het Capaciteitsorgaan adviseert betrokken partijen te starten met het afstemmen van de opleidingsinspanningen. Dat geldt in het bijzonder voor de klinisch psycholoog en de psychotherapeut, waar het aantal opleidingsplaatsen en het advies ver uit elkaar liggen.

De beleidsinitiatieven van de overheid richten zich op reductie en ombuiging van de zorgvraag. Dit leidt tot bescheiden groeiverwachtingen voor de meeste beroepen in deze sector. Alleen de verpleegkundig specialist GGZ zal, door de vergrijzing van de bevolking en door substitutie van andere beroepen, een daadwerkelijke groei doormaken.

Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2: Procedure en betrokken experts

Het Plenair Orgaan heeft de adviezen besproken in haar vergaderingen op 26 juni 2013 en 16 oktober 2013. Deze adviezen zijn aangeboden door: de Kamer Medisch Specialisten, de Kamer Huisartsen, de Kamer Tandheelkundig Specialisten, de werkgroep Eerste Lijns Mondzorg, de Kamer Sociaal Geneeskundigen, de Kamer Specialisten Ouderengeneeskunde, de werkgroep Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten, en de Begeleidingscommissie Geestelijke Gezondheid.

Het uiteindelijke advies is op 16 oktober 2013 vastgesteld.

De samenstelling van het Plenair Orgaan was op 31 december 2012 als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. A.W.J.M. van Bolderen

Mw. M.M.E. Schneider

Dhr. R.Ph. Smitshuijzen

Dhr. B. Stegeman

Dhr. C.J.G. Theeuwes (lid Dagelijks Bestuur)

Dhr. B. Vogel

Dhr. L. Wigersma

Dhr. H.W. Zijlstra

Organisaties van opleidingsinstituten/opleidingsinstellingen

Dhr. J.W. Boomkamp

Dhr. F.C. Breedveld

Dhr. P. de Jonge

Dhr. S.J. Noorda

Dhr. N.G.M. Oerlemans

Dhr. H.A.P. Pols

Dhr. J. Schaart

Dhr. R.A. Thieme Groen (lid Dagelijks Bestuur)

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. M.W.L. Hoppenbrouwers (voorzitter Dagelijks Bestuur/Plenair Orgaan)

Dhr. J.W.M.W. Gijzen

Dhr. A.J. Lamping

Bijlage 3: Organisatie Bureau

Het Bureau ondersteunt de Kamers en het Plenair Orgaan bij het opstellen van de adviezen voor de instroom in de initiële opleidingen en de vervolgopleidingen. Daartoe bereidt het Bureau alle documenten voor, worden onderzoekopdrachten geformuleerd en wordt onderzoek begeleid. Het Bureau voert zelf geen onderzoek uit om de onafhankelijkheid van de medewerkers onder alle omstandigheden te kunnen waarborgen. Het Bureau kende op 31 december 2012 de volgende bezetting:

Naam	Functie	Aandachtsgebieden
Mw. M. van den Biezenbos	Secretariaat	
Mw. O.S. Buttermann	Beleidsmedewerker	BIG-beroepen in GGZ Verpleegkundige en medisch ondersteunende beroepen
Dhr. A.R. Esch	Senior beleidsmedewerker	Huisartsgeneeskunde Specialisten Ouderengeneeskunde
Dhr. H.J. Leliefeld	Senior beleidsmedewerker	Mondzorg
Dhr. J.G. Meegdes	Senior adviseur	Medisch Specialisten
Dhr. V.A.J. Slenter	Directeur	Sociaal Geneeskundigen Artsen Verstandelijk Gehandicapten
Dhr. T. Vertooren	Senior beleidsmedewerker	BIG-beroepen in GGZ
Mw. A.E. Zandbergen	Beleidsmedewerker	Mondzorg

Bijlage 4: Samenvattingen deelrapporten 1,2,3,4,5,6 en 7

Deelrapport 1: Medisch Specialisten

Samenvatting

Minder opleiden

Het Capaciteitsorgaan adviseert om nu en de komende jaren minder medisch specialisten, klinisch technologische specialisten en spoedeisende hulpartsen op te leiden, oftewel de instroom naar beneden bij te stellen. De reden hiervoor is niet een afnemende vraag; de verwachting is juist dat deze nog verder zal stijgen. Hiervoor zijn echter op termijn naar alle waarschijnlijkheid minder specialisten nodig dan er straks bij ongewijzigd beleid beschikbaar (zouden) zijn. Om overschotten te voorkomen, is het logisch om het vorige instroomadvies neerwaarts bij te stellen. Daarmee kan de balans immers (weer) zoveel mogelijk hersteld worden.

Buitenlandse instroom

Voor het totaal van de 31 specialismen in dit plan resulteert uiteindelijk een jaarlijks instroomadvies van minimaal iets minder dan 1.120 en maximaal 1.320 aios. Daarmee ligt dit advies met bijna 15% beïnvloedend lager dan de vorige keer. Dit verschil komt doordat het Capaciteitsorgaan de vorige keer voor het eerst geen rekening hield met de buitenlandse instroom. Dit maal was er alle reden om dit wel weer mee te nemen en wel op dezelfde manier dan voorheen.

Dalende capaciteit

Zowel bij het minimum- als het maximumadvies neemt het totaal aantal aios, oftewel de bezette opleidingscapaciteit, in de komende jaren (licht) af. Uitgaande van het midden tussen het minimum- en maximumadvies is er een teruggang van ruim 6.670 naar bijna 6.470 aios op 1 januari 2017, ongeveer 200 aios minder, oftewel een daling van 3%. Dit betekent de eerste afname in deze eeuw, waarin tot op heden vrijwel altijd sprake was van groei. Deze omslag wordt natuurlijk primair veroorzaakt doordat meer aios met de opleiding stoppen (meestal na de succesvolle afronding ervan), dan dat er aios met de opleiding beginnen. De jaarlijks verwachte uitstroom is daarbij gedestilleerd uit de opleidingsschema's van het zogenoemde zittende bestand.

Eenheid in verscheidenheid

De huidige en verwachte ontwikkeling per specialisme zijn in dit rapport afzonderlijk onder de loep genomen. Op deze wijze wordt zo goed mogelijk recht gedaan aan het 'eigene' van ieder specialisme. Dit plan maakt onderscheid in 31 erkende specialismen, waarvan - inclusief het profiel spoedeisende geneeskunde - er 28 uit de medische sector komen en 3 uit de zogenoemde klinisch technologische sector. Mede afhankelijk van de aard en doelgroep van elk specialisme verschilt het verwachtingspatroon voor nu en de komende planperiode per specialisme nogal eens. Hiermee heeft het Capaciteitsorgaan in dit plan zo goed mogelijk rekening gehouden. Toch heeft het Capaciteitsorgaan de steeds meer op de voorgrond tredende onderlinge samenhang niet uit het oog te verliezen. Denk in dit kader bijvoorbeeld aan de behandeling van oncologiepatiënten waarbij meestal meerdere specialismen betrokken zijn.

Vraag staat centraal

Of het nu zo is dat de vraag het aanbod bepaalt of dat dit juist andersom is, het blijft zo dat beide aspecten belangrijk en bepalend zijn voor de specialistenbehoefte nu en straks. In het licht van meer 5 'marktwerking' ligt het voor de hand om de vraagkant daarbij voorop te zetten. Aan de vraagkant spelen de volgende factoren een rol: demografische veranderingen (groei en samenstelling van de bevolking), epidemiologie en vakontwikkeling (incidentie en prevalentie van ziektebeelden, medische technologie e.d.) en allerlei sociaal culturele ontwikkelingen (mondigere patiënt e.d.). Bovendien kan op basis van 'lange wachtlijsten' en/of structureel moeilijk te vervullen vacatures een indruk van de huidige actuele situatie worden verkregen (onvervulde vraag).

Feminisering zet door

Aan de aanbodkant is er een opvallende toename van vrouwelijke specialisten die daarbij ook steeds meer zijn gaan werken. Momenteel werken de vrouwelijke specialisten gemiddeld 0,89 fte, terwijl de mannen gemiddeld 0,94 fte werken. Het verschil is nog steeds aanwezig, maar het is in vergelijking met voorgaande jaren een stuk kleiner geworden. De consequenties hiervan zijn dat de uitstroom nu en straks voornamelijk uit mannen bestaat en dat vacatures voor een flink deel door vrouwen worden

ingevuld. Illustratief is de man-vrouwverdeling bij de specialisten: nu is deze nog 63% man en 37% vrouw. Bij de aios is deze verhouding precies omgekeerd.

Handreiking taakherschikking

Ook de impact van mogelijke veranderingen in het werkproces en de arbeidstijd verliest het Capaciteitsorgaan niet uit het oog. De laatste jaren worden allerlei aanverwante disciplines ingezet. De physician assistant en verpleegkundig specialist (voorheen nurse practitioner) zijn veelvuldig genoemde voorbeelden. Deze ontwikkeling is enkele jaren geleden voorzichtig ingezet en lijkt inmiddels niet meer te stuiten, al is de impact ervan op de specialistenbehoefte nog lang niet altijd even duidelijk. Het verschil tussen het minimum- en maximumadvies heeft primair te maken met taakherschikking, oftewel de mate waarin een verschuiving naar aanverwante disciplines gaat plaatsvinden. Bij het minimum wordt daarmee tot op een bepaalde hoogte wel rekening gehouden; bij het maximum daarentegen in het geheel niet.

Lager instroomadvies bij de meeste specialismen.

Vergelijking van dit nieuwe instroomadvies met de voor 2013 geplande/toegewezen instroom laat zien dat dit laatste voor de meeste specialismen (twintig) hoger uitkomt dan dit nieuwe maximum advies. Bij negen specialismen is dit tussen het minimum en maximum gelegen. Voor twee specialismen geldt tenslotte een planning/toewijzing 2013, die lager uitkomt dan dit nieuwe minimum advies. Om welke specialismen dit precies gaat is uit bijlage 14 af te leiden.

Deelrapport 2: Huisartsgeneeskunde

Samenvatting

De gezondheidszorg, waaronder de huisartsenzorg, moet anticiperen op grote veranderingen en aanpassingen in de beroeps- én bedrijfsuitoefening. Zowel de politiek als de beroepsgroep zien voor de huisartsen een sleutelpositie binnen de gehele gezondheidszorg: de huisartsen zijn verantwoordelijk voor de coördinatie, aansturing en levering van zorg dicht bij de burger.

Nieuw beleid

Bij het ramen van de benodigde huisartsencapaciteit in de toekomst gaat het Capaciteitsorgaan er vanuit dat de urgentie, de wenselijkheid en waarschijnlijkheid van de gewenste veranderingen wordt onderschreven door alle betrokkenen. De implementatie van het beleid van de overheid en de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 van de beroepsgroep huisartsen zullen een grote impact hebben op de huisartsenvoorziening in de (nabije) toekomst. Het tempo waarmee veranderingen kunnen worden ingevoerd, kent echter een grens en is afhankelijk van veel externe factoren. Het Capaciteitsorgaan houdt rekening met mogelijke belemmeringen op het gebied van wet- en regelgeving. Andere onzekere factoren zijn: de mogelijkheden van substitutie van zorg bij zowel horizontale als verticale taakherschikking, de beschikbaarheid van voldoende en goed opgeleid ondersteunend en administratief personeel en de mogelijkheden van innovatieve zorgconcepten en eHealth.

Het gedrag van de patiënten zal veranderen, waarbij een deel van de patiëntenpopulatie vaker en intensiever een beroep zal doen op huisartsenzorg. Het gaat daarbij vooral om de grote groep kwetsbare ouderen en gehandicapten die in de toekomst niet meer in aanmerking komen voor intramurale AWBZ-gefinancierde zorg. Een ander deel van de bevolking zal juist minder vaak gezien worden in de huisartsenpraktijk. Dit komt door: een betere gezondheid, toegang tot medische kennis, zelfzorg en eHealth-oplossingen. De wens van de beroepsgroep om de praktijken te verkleinen komt voort uit een verwachte toename van complexe zorgvragen van een vergrijzende bevolking. Verder zal de invoering van populatiegerichte zorg en preventie bijdragen aan de gezondheid en kwaliteit van leven van de burgers maar ook tijd van huisartsen vragen.

Teams

Uiteindelijk is de (regionale) zorgvraag bepalend voor het zorgaanbod dat de huisartsen gaan leveren. Dat zorgaanbod moet geleverd worden door teams van zorgverleners en ondersteuners met een optimaal samengestelde skill mix. Naast de klassieke praktijkvormen van huisartsen met hun ondersteunende personeel en de gezondheidscentra waar meerdere eerstelijnsdisciplines werken, zijn er nieuwe samenwerkingsverbanden in opkomst. Het betreft samenwerkingsvormen waarbij de nulde-lijn, de eerste lijn en de tweede lijn expertise uitwisselen en de zorg afstemmen.

Tijdsbestedingsonderzoek

Het Capaciteitsorgaan heeft eind 2012 opdracht gegeven aan het NIVEL om onderzoek te doen naar de tijdsbesteding van huisartsen. Eind 2013 is duidelijk hoeveel uren huisartsen gemiddeld besteed hebben aan patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden taken. Met de veranderingen in de huisartsenzorg in het verschiep kunnen de resultaten van het tijdsbestedingsonderzoek als een nulmeting beschouwd worden. Tijdsbestedingsonderzoek kan een nuttig instrument zijn om de verwachte veranderingen en trends in de patiëntgebonden én de niet-patiëntgebonden activiteiten te monitoren.

Voorkeursvariant

De experts uit de Kamer Huisartsen hebben de waarden van de parameters voor het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan vastgesteld. Het effect daarvan op de raming en het uiteindelijke instroomadvies is doorgerekend en geaccordeerd. Voor deze berekening is uitgegaan van de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan, die tot kort bekend stond als de lage combinatievariant met verticale substitutie en doorgaande trends (tot 2031). Een nieuwe naam voor deze voorkeursvariant is: reëel scenario. Bij dit scenario wordt rekening gehouden met de meest realistisch geachte aannames en worden (te) grote schommelingen in de toekomstige instroomadviezen voorkomen. De keuze van het Capaciteitsorgaan voor dit scenario en het daarop gebaseerde instroomadvies, laat onverlet dat het ministerie daarvan kan afwijken.

Advies

Bij de raming van 2010 heeft het Capaciteitsorgaan het ministerie ook geadviseerd de voorkeursvariant te gebruiken, maar toen is gekozen voor evenwicht op de korte termijn (toen 2022). De reden daarvoor was de verwachte dip die zou ontstaan door het uitreden uit het vak door de “babyboomers”. Het instroomadvies van 720 was om die reden relatief hoog. Als toen gekozen was voor evenwicht op de lange termijn (toen 2028) dan was het instroomadvies uitgekomen op 670.

De instroom in de opleiding in 2012 bleef met 638 airos achter bij het potentiële aantal opleidingsplaatsen van 720. In 2013 is de kans reëel dat de instroom hoger uitkomt dan in 2012, maar mogelijk toch nog achter blijft bij de 720 plaatsen. Voor de raming is uitgegaan van het conservatieve aantal van 660 airos voor de instroom in 2013.

In de loop van 2014 zal de instroom centraal gereguleerd gaan worden volgens een nieuw landelijk toewijzingsmodel in de verwachting dat daarmee naast een betere geografische spreiding ook een hoger aantal airos geplaatst kan worden. (Zie par. 3.1 voor toelichting.)

Voor de raming 2013 adviseert het Capaciteitsorgaan te rekenen met de voorkeursvariant c.q. het reëel scenariomet evenwicht op de lange termijn (nu 2031). De reden daarvoor is het relatief grote effect op de capaciteit dat op de lange termijn verwacht wordt van de geleidelijke verhoging van de AOW-leeftijd met twee jaar.

Met de voorgestelde parameterwaarden komt het instroomadvies dan uit op 698. Als de minister kiest voor evenwicht op de korte termijn (nu 2025) dan komt het instroomadvies uit op 695.

In algemene zin zien we dat de uitstroom uit de beroepsgroep de komende 20 jaar procentueel een stuk lager zal zijn dan voorheen. Het externe rendement van de huidige en toekomstige groepen in opleiding neemt behoorlijk toe. Bij deze raming is voor het eerst rekening gehouden met de geleidelijke verhoging van de AOW-leeftijd met twee jaar. Het totale zorgaanbod in fte's blijft daardoor de komende 20 jaar flink stijgen ten opzichte van de groei van de bevolking.

Huisartsen zullen, mede door de vergrijzing van het patiëntenbestand, relatief meer tijd moeten uittrekken voor consulten en visites. De gemiddelde consulttijd zal hoger worden. In de raming van het Capaciteitsorgaan zijn de effecten daarvan op de efficiency meegenomen. Het aantal inwoners dat bediend kan worden door 1 fte huisartsenzorg zal hierdoor dalen. Het aantal inwoners per fte daalt van 2.026 in 2013 naar 1.619 in 2025 en naar 1.485 2031 (bijlage 4 figuur 16)

Deelrapport 3: Beroepen Mondzorg

Samenvatting

Dit deelrapport bevat de raming voor vier beroepen in de mondzorg: de tandartsen, de mondhygiënist, de kaakchirurgen en de orthodontisten. Voor de tandartsen en de mondhygiënist is dit het derde advies, het eerste richtinggevend advies in 2009 meegerekend. In 2010 werd voor de tandartsen een instroom geadviseerd van 374, en voor de mondhygiënist 358. Deze adviezen zijn niet opgevolgd, de instroom werd gehandhaafd op de huidige 240 voor tandheelkunde en 300 voor mondzorgkunde. De instroom voor de orthodontisten en kaakchirurgen wordt al geraamd sinds 2001. Het laatste advies in 2010 luidde: 16 opleidingsplaatsen voor de kaakchirurgen en 9 voor de orthodontisten. Beide adviezen werden opgevolgd.

Onderzoek

Voor dit advies van 2013 is een aantal onderzoeken uitgevoerd. Het aanbod van de vier beroepsgroepen is onderzocht door middel van een enquête, waarin onder andere gevraagd werd naar werkzaamheid, omvang en aard van het dienstverband en uitstroomverwachting. Er is onderzoek gedaan naar de buitenlandse instroom van tandartsen in Nederland, met een enquête onder BIG-geregistreerde tandartsen met een buitenlands diploma. Ook is onderzoek gedaan naar de regionale spreiding van de eerstelijns mondzorg in Nederland en werd een consumentenpeiling gedaan over het gebruik en de perceptie van de eerstelijns mondzorg. Verder is onderzoek gedaan naar verrichtingen binnen de kaakchirurgie en in 2013 is nog een kleinschalig onderzoek gedaan naar het volume implantologie binnen de kaakchirurgie en de eerstelijns mondzorg.

De bevindingen uit deze onderzoeken zijn gebruikt bij het vaststellen van de parameterwaarden. Die parameters betreffen de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces. Behalve deze onderzoeksgegevens zijn ook externe onderzoeken en andere beschikbare bronnen geraadpleegd. Daarnaast zijn experts geconsulteerd.

Zorgvraag

Verwacht wordt dat de vraag naar mondzorg zal stijgen, vooral vanwege sociaal-culturele ontwikkelingen. Voor de tandartsen betreft dat toenemende zorg voor ouderen vanwege uitgebreidere behandel mogelijkheden (3%), voor de mondhygiënist gaat het om een forse toename van de vraag naar preventie die al zichtbaar is in de toenemende ervaring van de consument met de mondhygiënist (25%). Vanwege de lichte toename van implantologie en de uitbreiding van het vak naar aangezichtschirurgie stijgt de vraag naar kaakchirurgie (6%), en ook de vraag naar orthodontie stijgt (4%). Bij de eerstelijns mondzorg stijgt de vraag heel licht vanwege demografische ontwikkeling. De vraag naar orthodontie vertoont een demografische daling (-14%), vanwege de sterke afname van het aantal 12-jarigen, waardoor per saldo de vraag naar orthodontie daalt. Voor de tandartsen en mondhygiënist wordt epidemiologische vraagontwikkeling verwacht van 3%. Verder geldt voor alle disciplines een kleine on vervulde vraag van 1 of 2%.

Zorgaanbod

Het aanbod aan werkzame personen per 1 januari 2013 en de instroom in de opleidingen was als volgt.

Tabel 1: Aanbod werkzame personen per 1 januari 2013 en instroom in opleiding

	Werkzame personen 1/1/2013	Instroom in opleiding
Tandartsen	8.854	240
Mondhygiënist	3.216	300
Kaakchirurgen	260	16
Orthodontisten	304	9

De ontwikkeling van het aanbod heeft enkele specifieke kenmerken. Het aantal mondhygiënist ligt hoger dan de 2.425 uit 2010. Veel meer mondhygiënist dan eerder verondersteld, bleken geen NVM-lid te zijn. Aanvullend onderzoek naar deze groep resulteerde in een forse verhoging van het aantal werkzame mondhygiënist. Er is een groot verschil in leeftijdsopbouw tussen tandartsen en mondhygiënist. Van de tandartsen is 44% 50 jaar of ouder, van de mondhygiënist is 60% jonger dan 40 jaar. De vervangingsvraag bij de tandartsen is dus veel groter. Het aantal fte's van de tandartsen

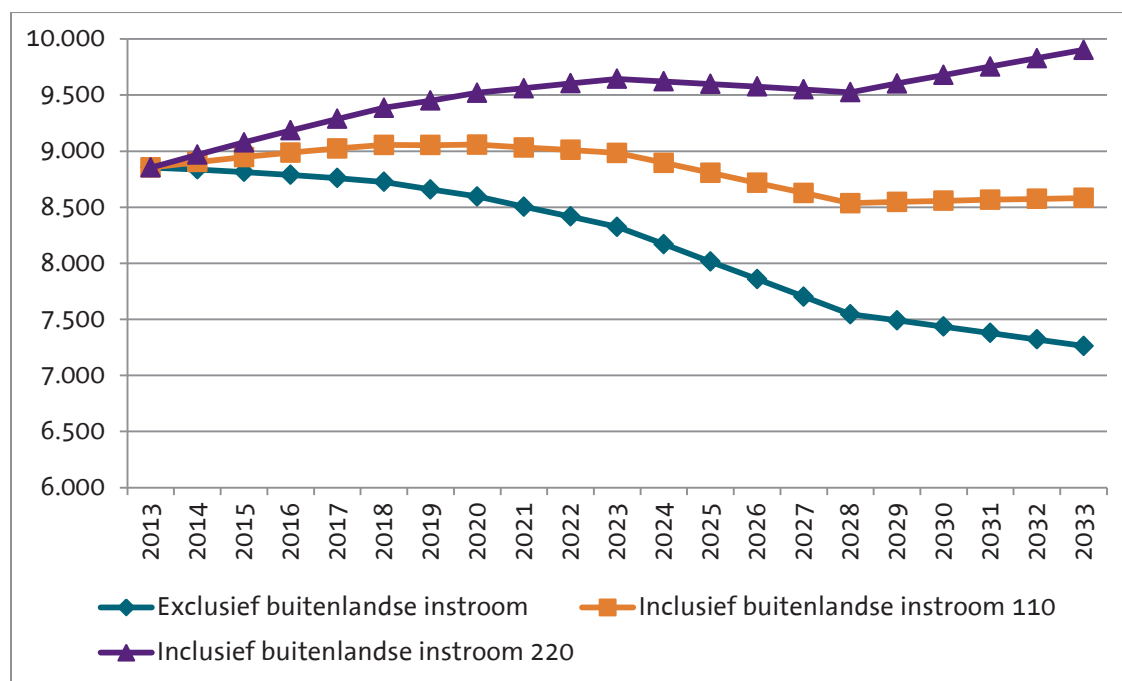
(0,84 fte) en mondhygiënist (0,71 fte) is nagenoeg gelijk gebleven ten opzichte van 2010. Bij de kaakchirurgen en orthodontisten daalde dit licht. Op grond van de verwachte arbeidstijd over vijf jaar is de arbeidstijdverkorting voor de tandartsen gesteld op 2,5% en die van de kaakchirurgen op 2%. Bij de mondhygiënist en orthodontisten blijft de arbeidstijd naar verwachting gelijk.

Alle beroepsgroepen blijven langer doorwerken. De pensioenleeftijd is daarom met 2 jaar verhoogd. Het effect daarvan is dat de benodigde instroom iets daalt. Het opleidingsrendement van de mondhygiënist werd bijgesteld van 60% in 2010 naar 70% in 2013. Een andere meetmethode woog het opleidingsrendement na 8 jaar mee en combineerde dit met de uitval in de eerste twee jaar.

Sinds 2010 is het aantal inschrijvingen van buitenlands gediplomeerde tandartsen blijven toenemen, naar 252 in 2012. Met name de instroom uit mediterrane en Oost-Europese landen nam toe.

Het onderzoek uit 2012 naar deze buitenlandse instroom liet zien dat ongeveer de helft voor enige tijd werkt in Nederland. Daarom is rekening gehouden met de helft van de buitenlandse instroom en met een extern rendement van 60%. De instroom van buitenlandse kaakchirurgen wordt meegeteld, omdat niet aangetoond is dat deze afneemt door verhoging van de instroom in de Nederlandse opleiding. Uitgegaan is van drie buitenlands gediplomeerde kaakchirurgen. Onderstaande figuur toont de ontwikkeling van het aantal tandartsen zonder, met en met de helft van de buitenlandse instroom.

Figuur 1: Vergelijking aanbod tandartsen in- en exclusief buitenlandse instroom



Werkproces

In het vorige advies waren alle parameterwaarden voor het werkproces vastgesteld op 0%, behalve 3% voor vakinhoudelijke ontwikkeling voor tandartsen en mondhygiënisten. Voor 2013 werd dit gehandhaafd en werd ook 2% vakinhoudelijke ontwikkeling van de kaakchirurgie vastgesteld op basis van verbreding van het vak naar mond-, kaak- en aangezichtschirurgie.

Binnen het werkproces is taakherschikking de belangrijkste factor. Onderzoeken in 2009 en 2010 toonden echter aan dat taakherschikking van de tandarts vooral naar de preventie-assistent ging. Taakherschikking naar de mondhygiënist vond wel enigszins plaats, maar bleek te stagneren. Op basis daarvan werd een inschatting van 15% taakherschikking gedaan, waarvan de helft naar de mondhygiënist en de helft naar de preventie-assistent ging. 7,5% taakherschikking van het werk van bijna 9.000 tandartsen naar ruim 3.000 mondhygiënisten is aanzienlijk. Onderzoek in 2012 uit het veld bevestigde dat de taakherschikking die de overheid beoogt nog niet waarneembaar is in de praktijk, ondanks het uitgebreidere takenpakket van de nieuwe stijl mondhygiënisten. Dit hangt vooral samen met de werksetting en organisatorische factoren. Ook de volgende individuele factoren spelen een rol: de visie van de tandarts op de rol van de mondhygiënist, de kleine parttime aanstellingen van mondhygiënisten en hun ambitie en de perceptie van de mondhygiënist van het eigen kunnen. Nieuw onderzoek heeft geen nieuwe inzichten geboden. Besloten is om de 15% taakherschikking uit 2010 te handhaven, waarvan nog steeds 7,5% naar de mondhygiënist en 7,5% naar de preventieassistent gaat.

Afweging scenario's en advies

In dit advies is voor het eerst gewerkt met drie scenario's: het trendscenario, het groeiscenario en het vraaguitvalscenario. In het trendscenario zijn de vastgestelde parameters doorberekend. In de twee aanvullende scenario's, het groeiscenario en het vraaguitvalscenario, zijn enkele parameters respectievelijk fors naar boven en naar beneden bijgesteld. Uitgangspunt daarbij is dat de huidige economische crisis onzekerheid met zich meebrengt over de vraagontwikkeling in de mondzorg, waardoor deze moeilijk te voorspellen is.

In het trendscenario zijn alle parameterwaarden meegenomen zoals hierboven beschreven. Naast de on vervulde vraag en demografische ontwikkelingen zijn dat de parameters, sociaal-cultureel, epidemiologie, arbeidstijdverkorting, vakinhoudelijke ontwikkelingen, (niet-) patiëntgebonden tijd, efficiency en taakherschikking. Het trendscenario gaat ervan uit dat deze vastgestelde 'trends' doorzetten naar de toekomst.

Het groeiscenario vertoont een extra stijging van 10% sociaal-culturele vraag voor alle beroepen, een hogere buitenlandse instroom, een sterkere daling van de arbeidstijd en meer taakherschikking naar de mondhygiënist. In dit scenario is meer instroom nodig.

Het vraaguitvalscenario vertoont juist een extra daling van 10% sociaal-culturele vraag, een lagere buitenlandse instroom, stijgende of op zijn minst gelijkblijvende arbeidstijd en minder taakherschikking. In dit scenario is minder instroom nodig.

De twee extreme scenario's zijn geschetst op grond van een aantal onzekerheden en mogelijke beleidsontwikkelingen. Al naar gelang de ontwikkeling van deze factoren tekent zich een optimistischer dan wel een pessimistischer toekomstscenario af. De belangrijkste onzekerheid op dit moment is de economische recessie en de invloed die deze kan hebben op de vraag naar mondzorg, met name doordat een groot deel van de mondzorg alleen aanvullend kan worden verzekerd. Ook de omvang van de buitenlandse instroom, die met name gestuurd lijkt te worden vanuit economische motieven, is een onzekere factor. Verder is gebleken dat het verloop van taakherschikking moeilijk voorspelbaar is. Inmiddels lijkt wel duidelijk dat taakherschikking blijft stagneren wanneer geen extra sturing plaatsvindt, al dan niet gefaciliteerd door de overheid. Een andere onzekere factor is het interne rendement van de opleiding mondzorgkunde. De invoering van de decentrale selectie lijkt echter de mogelijkheden tot sturing van de opleidingsinstroom en daarmee wellicht het afstudeerpercentage te vergroten.

Uitgaande van de twee meer extreme scenario's ligt het instroomadvies voor tandheelkunde tussen 241 en 324 en voor mondzorgkunde tussen 194 en 436. Zolang onzeker is hoe de economie zich zal ontwikkelen adviseert het Capaciteitsorgaan te kiezen voor de middenweg van het trendscenario en de instroom in de opleiding tot tandarts op te hogen van 240 naar 287 en die tot mondhygiënist min of meer te handhaven op 309.

De bandbreedte voor kaakchirurgie ligt tussen 5,4 en 15,4 en voor orthodontie tussen 5,4 en 12,6. Geadviseerd wordt ook hier te kiezen voor het trendscenario en de instroom in de opleiding tot kaak-

chirurg te verlagen van 16 naar 11, en de instroom in de opleiding tot orthodontist te handhaven op 9. Onderstaande tabel toont het eindadvies in de laatste kolom.

Tabel 2: Eindadvies

	Minimumadvies	Maximumadvies	Eindadvies
Tandartsen met helft buitenlandse instroom	241	324	287
Mondhygiënist	194	436	309
Kaakchirurgen	5,4	15,4	11
Orthodontisten	5,4	12,6	9

Deelrapport 4: Sociaal Geneeskundigen

Samenvatting

De sociale geneeskunde is veel beïnvloedbaarder door overheidsbeleid dan de andere medische beroepen. Dit komt doordat niet de burger zelf, maar de overheid maatgevend is voor de zorgvraag.

Binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid bepaalt de overheid door de Arbowet wie in aanmerking komt voor bedrijfsgezondheidszorg en voor welke onderdelen de bedrijfsarts moet worden ingeschakeld. De uitwerking van de bedrijfsgezondheidszorg wordt overgelaten aan talrijke private organisaties, die - in concurrentie met elkaar- ook verantwoordelijk zijn voor het opleiden van de bedrijfsartsen. De Arbowet is per 2006 gewijzigd. Werkgevers hoeven niet langer voor alle onderdelen van de arbozorg een Arbodienst te contracteren. Dit heeft de beleidsvrijheid van de werkgevers vergroot. Het gevolg is dat de behoefte aan Arbodiensten jaarlijks daalt. Omzet en resultaat van de Arbodiensten staan al jaren onder druk, waardoor zij ook kritisch kijken naar het functioneren van de bedrijfsarts. Het resultaat daarvan is de afgelopen jaren zichtbaar geworden in twee opzichten. In de eerste plaats is het percentage bedrijfsartsen werkzaam bij een Arbodienst sinds 2010 verder gedaald van 77% naar 67%. In de tweede plaats wordt er door de onzekere financiële toekomst nog steeds nauwelijks opgeleid in opdracht van de Arbodiensten. Het Capaciteitsorgaan heeft hiervoor in 2010 gewaarschuwd. De vraag is in hoeverre de nog steeds verwachte daling van het aantal (geregistreerde) bedrijfsartsen op termijn belemmerend gaat werken voor de beleidsdoelen van het ministerie van VWS in het Nationaal Programma Preventie.

Momenteel heeft de minister van SZW aan de SER advies gevraagd over vijf mogelijke beleidsscenario's voor de ontwikkeling van de Arbozorg in 2020. De zorgvraag naar bedrijfsgeneeskunde in deze scenario's verschilt aanzienlijk. Daarom heeft het Capaciteitsorgaan besloten een advies over de gewenste instroom in de bedrijfsgeneeskunde uit te stellen totdat de SER haar advies heeft afgegeven. In dit deelrapport wordt alleen geschetst wat de kwantitatieve gevolgen zullen zijn van een continuering van de huidige instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot bedrijfsarts bij ongewijzigd beleid. Bij continuering van de huidige instroom zal het aantal geregistreerde bedrijfsartsen, dat in 2010 nog 2.154 bedroeg, dalen naar 1.650 in 2020 en 1.300 in 2025.

De ontwikkelingen binnen de sociale verzekeringswetgeving hebben weinig invloed op de arbeidsmarkt van verzekeringsgeneeskundigen. De decentralisatie kan een lichte verplaatsing van werkzaamheden tussen UWV en gemeenten veroorzaken. Naast een groot efficiencyvoordeel door decentralisatie bestaat in de verzekeringsgeneeskunde ook nog een klein efficiencyvoordeel in de vorm van verticale substitutie. De efficiency-effecten op de geraamde behoefte aan verzekeringsgeneeskundigen zijn dan ook niet groot. Wel baart de aanhoudend (te) lage instroom van aijs in de erkende medische vervolgopleiding tot verzekeringsgeneeskundige zorgen. Het alsnog opleiden of omscholen van zittende bedrijfsartsen via een verkorte opleiding kan niet lang meer door de verwachte daling aan bedrijfsartsen. Dit zou kunnen betekenen dat de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid in de komende jaren een forse opleidingsinspanning moet gaan leveren. In dat geval heeft het specialisme verzekeringsgeneeskunde een strategische voorsprong door het bestaan van één grote werkgever (het UWV) met voldoende opleiders ten opzichte van de vele met elkaar concurrerende Ar-

bodiensten. Deze beschikken maar beperkt over opleiders en belanden financieel in een achterstandpositie als zij aios in de opleiding laten instromen.

Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid is de overheid in samenwerking met het veld momenteel bezig met het uitwerken van eerder geformuleerd beleid. Aan de hand hiervan is het mogelijk een redelijk goede verwachting van de toekomstige zorgvraag te formuleren. Daarbij komt dat de sector de afgelopen vijf jaar hard heeft gewerkt om de tussen 2000 en 2007 opgelopen opleidingsachterstand in te lopen. Bij de profielopleiding tot jeugdarts KNMG is deze achterstand, oftewel de onvervulde vraag, binnen twee jaar gedaald van 178% naar 130 %. Voor de andere profielen en het specialisme M&G bestaan geen grote tekorten. Wel geldt ook voor aios M&G (net als A&G) dat de gemiddelde leeftijd bij instroom hoog is, waardoor de toekomstige uitstroom groot is. De registratie van alle profielen is pas in 2006 gestart en de techniek om de uitstroom aan te passen aan de toenemende pensioenleeftijd is nieuw. Dit maakt de gegevens over de uitstroom in deze specialismen enigszins onzeker. De adviezen zijn daarom voorzien van een bandbreedte.

Voor de hoofdstroom A&G wordt geadviseerd om jaarlijks 43 tot 49 aios te laten instromen in de erkende medische vervolgopleiding tot verzekeringsgeneeskundige. De onzekerheden binnen het specialisme bedrijfsarts leiden ertoe dat hiervoor geen instroomadvies wordt afgegeven. Wel zijn indicatieve berekeningen uitgevoerd waarvoor de parameters “sociaal-cultureel” en “horizontale substitutie” arbitrair op 0% zijn gesteld.

Het instroomadvies voor de niet subsidiabele profielen en specialismen binnen M& G luidt:

Specialisme/ profiel	Bandbreedte	
profielopleiding arts beleid en advies KNMG	17	22
profielopleiding forensisch arts KNMG	22	29
profielopleiding arts sociaal medische indicatiestelling en advisering KNMG	8	8
2e fase opleiding arts M&G, profiel beleid en advies KNMG	17	22
2e fase opleiding arts M&G, profiel forensisch arts KNMG	12	16
2e fase opleiding arts M&G, profiel arts sociaal medische indicatiestelling en advisering KNMG	4	4

Specialisme/ profiel	Bandbreedte	
profielopleiding arts infectieziektebestrijding KNMG	15	19
profielopleiding jeugdarts KNMG	112	144
profielopleiding arts medische milieukunde KNMG	3	4
profielopleiding arts tuberculosebestrijding KNMG	5	6
2e fase van de opleiding arts M&G, profiel arts infectieziektebestrijding KNMG	15	19
2e fase van de opleiding arts M&G, profiel jeugdarts KNMG	21	22
2e fase van de opleiding arts M&G, profiel arts medische milieukunde KNMG	3	4
2e fase van de opleiding arts M&G, profiel arts tuberculosebestrijding KNMG	5	6

Het Capaciteitsorgaan spreekt een lichte voorkeur uit voor het minimum van deze bandbreedte in afwachting van verdere beleidsontwikkelingen in de preventieve volksgezondheid.

Het advies uit 2010 om de knip te verwijderen in de financiering tussen profielopleiding en 2e fase opleiding tot arts M&G is inmiddels door VWS overgenomen. Het Capaciteitsorgaan herhaalt haar advies om de opleidingen tot forensisch arts KNMG, arts sociaal-medische indicatiestelling en advisering KNMG en arts beleid en advies KNMG ook op te nemen in de financieringssystematiek van het Opleidingsfonds. Daarmee kunnen ongewenste schommelingen in de instroom in deze opleidingen, maar ook in de al gesubsidieerde opleidingen worden verminderd. Verder geeft het Capaciteitsorgaan aan het ministerie van VWS het advies om de impasse te doorbreken in de coördinatie van het overleg over de opleidingen in de hoofdstroom A&G. De ontbrekende coördinatie en de eveneens ontbrekende overheidsfinanciering met betrekking tot de opleiding van sociaal geneeskundigen in de hoofdstroom A&G brengen op termijn overheidsdoelstellingen uit het Nationaal Programma Preventie in gevaar.

Deelrapport 5: Specialist Ouderengeneeskunde

Samenvatting

Het specialisme ouderengeneeskunde heeft zich sinds de erkenning in 1990 stormachtig ontwikkeld. Met 1.491 geregistreerde Specialisten Ouderengeneeskunde was het op 1 januari 2013 getalsmatig het vijfde specialisme in Nederland. Daarnaast werken er nog 30 sociaal geriateren in hetzelfde veld. Door de toenemende vergrijzing zal de zorgvraag sterk stijgen en zal de benodigde capaciteit aan specialisten ouderengeneeskunde (SO) in de komende 10 jaar ook (moeten) groeien. Veranderingen in de leefsituatie en hogere opleidingsstatus van de bevolking dempen deze ontwikkeling enigszins.

Nieuw beleid

Het regeerakkoord “Bruggen slaan”¹ van de VVD en PvdA en het daaruit voortvloeiende nieuwe overheidsbeleid is gericht op de overheveling van een deel van de AWBZ-gefinancierde zorg naar de Zorgverzekeringswet en Gemeenten. Dit nieuwe beleid zal voor de intramurale én de extramurale ouderenzorg grote consequenties hebben. De geriatrische revalidatie is per 1 januari 2013 van de AWBZ overgeheveld naar de Zorgverzekeringswet. Indicatiestelling voor de geriatrische revalidatie door het CIZ is daarmee komen te vervallen. Door nieuwe afbakeningscriteria voor de kern-AWBZ zal het aantal mensen dat daadwerkelijk in een instelling of woonzorgcentrum verblijft, gaan dalen. Ouderen met een indicatie voor een laag zorgzwaartepakket (ZZP1-4), die veilig thuis kunnen wonen, zullen een beroep moeten doen op gemeenten (Wmo) en zorgverzekeraars (Zvw). Door de daling van het totale aantal intramurale cliënten zal het aandeel van de intramurale cliënten met een indicatie voor een hoog zorgzwaartepakket (ZZP 5-10) stijgen. Deze gefaseerde hervormingen leiden intramuraal dus tot een complexere zorgvraag. Extramuraal zal de zorgverlening competitiever worden. Voor de huisartsen is in het regeerakkoord een sleutelrol weggelegd voor de coördinatie van zorg aan huis. Ook voor de kwetsbare ouderen. De zorg, of het advies over de zorg, voor deze cliënten zal in overleg met de huisarts door de Specialist Ouderengeneeskunde geleverd kunnen (blijven) worden.

Tekort aan Specialisten Ouderengeneeskunde

In 2010 werd er twijfel geuit of het specialisme ouderengeneeskunde wel voldoende zou groeien om de stijgende zorgvraag bij te benen. In het bijzonder de achterblijvende belangstelling van basisartsen voor instroom in deze opleiding baarde zorgen. Nu, drie jaar later, weten we dat de geadviseerde instroom in de opleiding niet is gerealiseerd en het aantal vacatures voor Specialisten Ouderengeneeskunde verder is gestegen tot 18% in het eerste kwartaal van 2013.

Het aantal vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde is hoog. Het aantal basisartsen werkzaam in de ouderenzorg is de laatste jaren sterk gestegen. Dat wijst op een grote onvervulde vraag. In het veld wordt de benodigde zorg steeds vaker geleverd door gebruik te maken van taakherschikking naar basisartsen, verpleegkundigen, Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants.

De stijging van de zorgvraag op basis van de demografie gaat harder dan in 2010 werd voorzien. Het tekort aan Specialisten Ouderengeneeskunde zal daardoor veel minder snel ingelopen kunnen worden dan in 2010 was gehoopt. Het beleid voor taakherschikking zal daar gericht rekening mee moeten houden. En de behandelpraktijk zal professioneler en efficiënter moeten gaan functioneren.

¹ Bruggen slaan, Regeerakkoord VVD – PvdA (29 oktober 2012)

Innovaties en projecten

Tussen instellingen zijn grote verschillen te zien in de ratio van het aantal Specialist Ouderengeneeskunde en het aantal bedden dat zij bedienen. De grote variatie kan deels verklaard worden door de grootte van de instellingen en deels door historisch en lokaal bepaald beleid. Er moet nog veel gebeuren om het zorgaanbod in alle instellingen in evenwicht te brengen met de stijgende zorgvraag. Voor de invoering van innovaties is echter beleid nodig en dit kost jaren.

Door de hervorming van de langdurige zorg blijven mensen langer thuis wonen en zal de ouderenzorg er in 2031 heel anders uit zien dan nu. Het specialisme ouderengeneeskunde anticipeert al op deze ontwikkelingen. De KNMG heeft in haar standpunt² uit 2010 over de medische zorg voor kwetsbare ouderen vastgelegd dat de Specialist Ouderengeneeskunde een belangrijke rol kan vervullen als consulent van de huisarts. In 2011 en 2012 is daar door de huisartsen en Specialist Ouderengeneeskunde, zowel op koepelniveau als in het veld, goed gehoor aan gegeven. Er zijn tal van praktijkvoorbeelden beschreven die als voorbeeld kunnen dienen.

Verenso en Soon hebben campagne gevoerd om het imago van de Specialist Ouderengeneeskunde te verbeteren. Het effect daarvan begint zichtbaar te worden onder studenten die co-schappen hebben gevolgd in de ouderenzorg en daarna een opleiding tot Specialist Ouderengeneeskunde in overweging nemen. De opleidingsinstituten passen de selectie- en toewijzingscriteria aan om goed gemotiveerde basisartsen op te kunnen leiden met minder uitval tijdens de studie. Op landelijke schaal zijn er grote projecten en programma's met aandacht voor de ouderenzorg in de steigers gezet, waaronder het Nationaal Programma Ouderenzorg, het Deltaplan Dementie en kaderopleidingen voor huisartsen en Specialist Ouderengeneeskunde.

Eind 2012 heeft het College Geneeskundig Specialisten (CGS) zich met het Project Ouderenzorg in de opleiding ten doel gesteld meer aandacht voor ouderenzorg in de vervolgopleidingen van alle specialisten te krijgen.

Advies

Op basis van de beschreven ontwikkelingen adviseert het Capaciteitsorgaan de instroom te bepalen op basis van het voorkeurs of **reëel scenario** met evenwicht op de korte termijn (2025). Dat komt uit op een instroom van **120** aios. Daarmee kunnen, als de recent stijgende interesse voor het beroep nog doorzet, de opleidingsplaatsen het best benut worden en kan het aantal (langdurige) vacatures sneller afnemen.

Als de verticale substitutie achter blijft bij de verwachtingen dan kan gekozen worden voor het **realistische scenario** zonder inzet van aanverwante disciplines met doorgaande trend (2031) wat uitkomt op een instroomadvies van **128** aios.

² KNMG (2010). Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht: www.knmg.nl/publicatie/kwetsbare-ouderen.

Deelrapport 6: Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

Samenvatting

Het specialisme Arts voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) is in 2000 door de minister van VWS erkend. Tot die tijd werd de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten voornamelijk geleverd door ervaren (voormalige) huisartsen. De eerste drie jaren is het aantal geregistreerde AVG snel gestegen door de erkenning (met terugwerkende kracht) van de groep artsen die al werkzaam waren in de sector. Vanaf 2003 is de instroom in het specialisme AVG alleen nog mogelijk door het volgen van de erkende medische vervolgopleiding tot AVG. De veranderingen van het aantal geregistreerde AVG worden volledig veroorzaakt door in- en uitschrijvingen in het register. Er is geen instroom uit het buitenland mogelijk omdat het specialisme elders niet erkend wordt.

Per 1 januari 2013 waren er 200 geregistreerde AVG. Hiervan werken er ongeveer 186 (93%), gemiddeld 0,87 fte. Van de geregistreerde AVG is 73% van het vrouwelijke geslacht. De AVG kennen een scheve leeftijds- en geslachtsopbouw. Ruim 60% van de mannelijke geregistreerde AVG zal de komende 10 jaar uitstromen. Daarna ontstaat er een redelijk over de verschillende leeftijdsgroepen verdeeld arbeidsaanbod aan AVG, dat wel sterk gefeminiseerd zal zijn.

De markt van vraag en aanbod voor de AVG kan het best beschreven worden als een vraagmarkt. Op elke 5 AVG is er één onvervulde vacature. De vacatures die langdurig openstaan leiden echter niet tot een snellere substitutie door gedragswetenschappers of verpleegkundig specialisten. Wel wordt een toename van het aantal werkzame basisartsen in de sector geconstateerd. Ook neemt de leeftijd waarop AVG stoppen met werken toe en is de gemiddelde fte (ondanks de verdere feminisering van het beroep) ten opzichte van 2010 met 0,03 gestegen.

De gerealiseerde instroom in de opleiding is sinds 2005 gemiddeld genomen 15 personen, met uitschieters in 2009 en 2012. Volgens de registratiecommissie geneeskundige specialismen zijn in 2012 20 aios AVG gestart met hun opleiding. Het totaal aantal aios schommelt sinds 2010 maar marginaal. Wel neemt het percentage vrouwen onder de aios AVG licht af.

De onzekerheden in de raming zijn groot. Ten opzichte van 2010 is de invloedrijkste parameter aan de vraagkant nog steeds “sociaal-cultureel”. De mate waarin de maatschappij de verstandelijk gehandicapte ondersteunt in een positie als volwaardig burger én de mate waarin de zwakbegaafde een beroep mag blijven doen op de AVG is nog steeds een belangrijke factor voor de vraagzijde. Daar is in 2012 bijgekomen de uitwerking van het regeerakkoord met betrekking tot de bezuinigingen AWBZ, meer specifiek voor de verstandelijk gehandicaptensector.

In het advies 2010 werd al aangekondigd dat de keuze voor de scenario's afhankelijk zou zijn van de monitoring in de afgelopen drie jaren. Het Capaciteitsorgaan heeft gekozen voor een minimum instroom van 17 aios aan de hand van het reële scenario met doorgaande trend, evenwichtsjaar 2025. De maximum instroom is bepaald middels het maximale scenario met tijdelijke trend, eveneens evenwichtsjaar 2025, en bedraagt 24 aios. De corresponderende jaarlijkse groei van de zorgvraag naar AVG bedraagt 1,8% respectievelijk 2,4%. Gezien de bestaande vacaturegraad aan AVG spreekt



het Capaciteitsorgaan een voorkeur uit voor een jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding AVG van **20 tot 24** aios per jaar.

Deelrapport 7: Beroepen Geestelijke Gezondheid

Samenvatting

Na het eerste Capaciteitsplan 2011 over de beroepen Geestelijke Gezondheid verschijnt nu, in de vorm van een deelrapport, het ramingsadvies 2013¹. Voor de totstandkoming van dit deelrapport is aandacht besteed aan een groot aantal aspecten.

Allereerst is een overlegplatform gecreëerd in de vorm van een begeleidingscommissie (zie bijlage 1), waarin vertegenwoordigers van de beroepsgroepen, de zorgverzekeraars, de opleidingsinstituten en de praktijkinstellingen (de branches) participeren. Dit platform geeft richting aan de onderzoeken en vertaalt de onderzoeksuitkomsten in een ramingsadvies.

Ten tweede zijn er vijf majeure onderzoeken² geïnitieerd die de begeleidingscommissie heeft besproken. Deze uitkomsten zijn daarna als input voor het ramingsadvies gebruikt. In de onderzoeksvoorstellen en in de onderzoeksrapportages is steeds rekening gehouden met de branches waarin de beroepsgroepen werkzaam zijn. Zo is een gedifferentieerd beeld ontstaan in de ontwikkelingsrichtingen en – tempi, en daarmee in de inzet van de beroepsgroepen bij de verschillende branches.

Tenslotte hebben commissieleden de aan hun branche of beroepsgroep gekoppelde expertbijeenkomstengeorganiseerd voor aanlevering van input op de parameter werkproces³.

Toekomstig onderzoek

Voor toekomstige ramingen heeft de begeleidingscommissie ingestemd met onderzoek naar de inzet van masterpsychologen en –pedagogen. Ook heeft de commissie ingestemd met onderzoek naar verschuivingen in de zorgvraag van de tweedelijns geïntegreerde GGZ-instellingen⁴ naar de praktijken voor eerstelijns psychologische zorg en verschuivingen vanuit deze tweede en eerstelijns zorg naar de huis artsen zorg - /POH-GGZ. Deze onderzoeken zijn recent gestart. De uitkomsten zullen voor het Capaciteitsplan dat in 2015 verschijnt beschikbaar zijn. Ook zal de commissie zich buigen over de wijze waarop een scherper en kwantitatief onderbouwd inzicht verkregen kan worden in de parameters van het werkproces.

Opleiding

De opleidingsinstellingen hebben cijfermatig onderbouwd dat de interne rendementen aanzienlijk hoger liggen dan in het Capaciteitsplan 2011 werd verondersteld. Dit geldt met name voor de opleidingen tot GZ-psycholoog, klinisch (neuro)psycholoog en psychotherapeut.

¹ Het – eerste – ramingsadvies voor de beroepen geestelijke gezondheid is verschenen als een eigenstandig Capaciteitsplan 2011. Dit – tweede – ramingsadvies maakt, in de vorm van deelrapport 7, deel uit van het integrale Capaciteitsplan 2013 waarmee het Capaciteitsorgaan voor een groot aantal beroepen het ramingsadvies opstelt.

² Nivel (2012). Het arbeidsaanbod van psychologen, orthopedagogen en verpleegkundig specialisten GGZ in 2012. Utrecht, 2012. Regioplan (2012). De ontwikkeling in de zorgvraag voor de beroepen geestelijke gezondheid. Bouwstenen voor het Capaciteitsplan 2013 voor de (vervolg)opleidingen tot gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist GGZ. Amsterdam, 2012. Kiwa Prismant (2012). Demografische veranderingen en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychisch domein. Utrecht, 2012. IPSE Studies, Werkprocesstrends in de geestelijke gezondheidszorg. Delft, 2013. Kiwa Prismant (2013) Epidemiologie en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychisch domein.

³ De methode van de expertbijeenkomst wordt door het Capaciteitsorgaan ook ingezet bij de andere beroepsgroepen waarvoor een ramingsadvies wordt opgesteld.

⁴ In het Bestuurlijk Akkoord GGZ zijn drie echelons benoemd: de huisarts met de POH-GGZ, de generalistische basis GGZ en de specialistische GGZ. De onderzoeksopzet is opgesteld voordat het bestuurlijk akkoord GGZ is afgesloten. De uitvoering van het onderzoek en de rapportage over de onderzoeksuitkomsten houden wel rekening met de indeling in deze drie echelons.

Er is een verschil tussen het aantal inschrijvingen en het aantal beschikbare opleidingsplaatsen dat uit de beschikbaarheidsbijdrage bekostigd wordt. De inschrijvingen voor de opleidingen tot GZ-psycholoog, psychotherapeut en verpleegkundig specialist GGZ overtreffen het aantal beschikbare, uit de beschikbaarheidsbijdrage gesubsidieerde plaatsen. De opleiding tot klinisch neuropsycholoog wordt overigens niet uit deze bijdrage bekostigd.

De instroom van SPV-ers, die gebruik maken van de mogelijkheid van de verkorte opleiding tot verpleegkundig specialist GGZ, heeft tot een tijdelijke ophoging van het aantal inschrijvingen geleid.

Zorgvraag

Het gezamenlijke beleid van overheid⁵ en zorgaanbieders⁶ richt zich op een reductie (door zelfmanagement) en een ombuiging (naar de basis GGZ) van de zorgvraag. De invloed van de demografische ontwikkelingen is gering. De bevolkingssamenstelling verandert en op basis van de cijfers wordt geen groei van de zorgvraag verwacht. De ontgroening en vergrijzing werkt verschillend door op de beroepsgroepen. De ontgroening van de bevolking laat zich gelden voor de beroepsgroep GZ-psychologen, die relatief veel diensten aan de jongere leeftijdsgroepen leveren. De vergrijzing werkt met name door bij de verpleegkundig specialist GGZ, die aan de oudere bevolkingsgroepen de meeste diensten verleent. Epidemiologische ontwikkelingen zijn niet aangetoond.

Zorgaanbod

De enquête onder 3.000 beroepsbeoefenaren, met een respons van bijna 50%, heeft veel arbeidsmarktgerelateerde informatie opgeleverd. Zo is onder meer cijfermatig inzicht verkregen in het percentage vrouwen dat werkzaam is en de deeltijdfactor van zowel mannen als vrouwen.

Er is eveneens inzicht verkregen in het aantal werkzame professionals ten opzichte van het aantal registraties. De beroepsgroepen in de geestelijke gezondheid, behalve de beroepsgroep verpleegkundig specialist GGZ, kenmerken zich door de vele dubbelregistraties. Figuur 1 (Venndiagram) geeft hierin inzicht. Het onderzoek brengt ook de spreiding in beeld van de beroepsgroepen over de diverse branches. In de branche GGZ (de geïntegreerde tweedelijns GGZ-instellingen) zijn de meeste beroepsbeoefenaren werkzaam. Het aandeel dat zij vertegenwoordigen, stijgt echter nooit boven de 50% uit, behalve voor de verpleegkundig specialist GGZ. Behalve in de branche GGZ, inclusief de tweedelijns forensische GGZ, zijn de beroepsgroepen ook werkzaam in praktijken voor eerstelijnspsychologie en praktijken voor psychotherapie, in de verzorgings- en verpleeghuissector, in de gehandicaptenzorg, in de algemene- en academische ziekenhuizen, in de jeugdzorg en in de revalidatiezorg (zie tabel 16). De beroepsgroepen psychotherapeut en klinisch psycholoog zijn in de oudste leeftijdsgroepen oververtegenwoordigd, waardoor de uitstroom uit deze beroepen de komende jaren (aanzienlijk) hoger is dan waar in de vorige raming vanuit werd gegaan. Een andere belangrijke constatering is dat, in vergelijking met de vorige raming, er een lagere geraamde uitstroom is van GZ-psychologen, klinisch neuropsychologen en verpleegkundig specialisten GGZ.

⁵ Bestuurlijke Akkoord Toekomst GGZ 2013-2014

⁶ NIP, LVE, NVP, GGZ NL, NVvP, LVG, Meer GGZ

Werkproces

In het vorige Capaciteitsplan waren de parameterwaarden voor het werkproces niet ingevuld, behalve de waarde voor efficiency. In het huidige advies is een mix van onderzoeksuitkomsten en expertopinion gebruikt om de betreffende parameters te kwantificeren.

Noemenswaardige veranderingen als gevolg van vakinhoudelijke ontwikkelingen zijn vooral voor de relatief nieuwe vakgebieden van klinisch neuropsycholoog en verpleegkundig specialist GGZ te verwachten. Effecten van efficiencymaatregelen worden soms tussen branche en beroepsgroep tegenstrijdig ingeschat, maar deze zijn hoe dan ook voor elke beroepsgroep minimaal.

Voor alle beroepen zijn minimale horizontale taakverschuivingen te verwachten, met name tussen de branches en beroepsgroepen onderling. Voor deze raming wordt vooral taakverschuiving naar de klinisch neuropsycholoog verwacht, met name doordat het een relatief nieuw vak is. Zowel de experts uit de beroepsgroepen als de branches verwachten verticale taakverschuiving van de niet-BIG geregistreerde psycholoog of pedagoog naar met name de GZ-psycholoog en in mindere mate naar de psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog. Verticale taakverschuiving van taken van de psychiater naar de verpleegkundig specialist GGZ is eveneens aan de orde.

Raming en advies

Het ramingsadvies in dit deelrapport 7 van het Capaciteitsplan 2013 is in tegenstelling tot het Capaciteitsplan 2011 niet richtinggevend, maar juist adviserend. Het advies in dit deelrapport is, met gebruikmaking van betrouwbare en complete bronnen⁷, gebaseerd op vijf majeure onderzoeken. Deze kwaliteitsslag draagt er aan bij dat de bandbreedten van het advies kleiner zijn geworden.

Inherent aan het veranderingsproces waarin de zorg(vraag) zich bevindt, zijn er onzekerheden over reductie en ombuiging van de zorgvraag. Vanwege deze onzekerheden en gezien de relatief korte opleidingsduur kiest het Capaciteitsorgaan voor een ramingsvariant die uitgaat van het dichtstbijzijnde evenwichtsjaar: 2025.

De tweede keuze van het Capaciteitsorgaan betreft de vraag of de raming zonder of met inachtneming van doorgaande trends wordt opgesteld. Onderzoek toont aan en experts bevestigen dat de ontwikkelingen in de zorgvraag van de beroepen GZ-psycholoog, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut te ongewis zijn om te kiezen voor een ontwikkeling met doorgaande trend. Die onzekerheid geldt zowel voor beroepen waarvoor meer inzet wordt verwacht (klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog) als beroepen waarvoor minder inzet wordt verwacht (GZ-psycholoog en psychotherapeut). Voor de verpleegkundig specialist GGZ kan wel worden uitgegaan van een blijvende en dus doorgaandetrend. Deze trend wordt gevoed door taakherschikking van de psychiater naar de verpleegkundig specialist GGZ. Deels is dit een ontwikkeling waarvan het spiegelbeeld terug te vinden is in het ramingsadvies medisch specialisten/psychiater. De effectuering van deze ontwikkeling hangt af van de snelheid waarmee barrières zoals inhoudelijke voorbehouden en financiering van zorg geleverd door verpleegkundig specialist GGZ) geslecht zullen worden. De verdere toename van de inzet van verpleegkundig specialisten GGZ is ook toe te schrijven aan een toenemende vergrijzing van de bevolking. Deze beroepsgroep wordt namelijk vooral bij ouderen ingezet.

⁷ De parameters onvervulde vraag, efficiency, horizontale en verticale substitutie vormen hierop nog een uitzondering. De bepaling van deze parameterwaarden zijn uit expertbijeenkomsten voortgekomen. (zie par. 1.3)

Het advies

Het ramingsadvies van het Capaciteitsorgaan voor de beroepen Geestelijke Gezondheid ziet er als volgt uit. Het betreft de jaarlijkse instroom vanaf 2015 met evenwicht in 2025, inclusief de voorkeur.

	Bandbreedten		Voorkeur
GZ-psycholoog	585	655	585
Psychotherapeut	271	295	271
Klinisch psycholoog	245	266	245
Klinisch neuropsycholoog	20	25	20
Verpleegkundig Specialist GGZ, 3 jarige opleiding*	57	87	87

* Uitsluitend de categorale 3-jarige opleiding, dus exclusief 32 instroomplaatsen voor de 2-jarige opleiding aan de hogescholen

Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

bezoekadres

Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon

030 282 38 40

e-mail

info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl