



Capaciteitsplan 2015

voor de medische
vervolgopleiding

Sportgeneeskunde

Capaciteitsplan 2015

voor de medische
vervolgopleiding

Sportgeneeskunde

Statutaire doelstellingen:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefteramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen;
- 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

Samenvatting	1
1 Inleiding	3
1.1 Stap voor stap	3
1.2 Verantwoording en totstandkoming	3
1.3 Doelstelling Capaciteitsorgaan	4
2 Profilering en positionering	5
2.1 Formele erkenning	5
2.2 Geneeskundig specialisme	6
3 Opleiding	7
3.1 Opleidingsinstellingen	7
3.2 Arts-assistenten (aios)	8
3.3 Intern rendement/uitval	10
4 Zorgvraag	13
4.1 Productieontwikkeling SMI's	13
4.2 Demografie	15
4.3 Epidemiologie en vak ontwikkeling	16
4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen	17
4.5 Onvervulde vraag	18
5 Aanbod van sportartsen	19
5.1 Omvang beroepsgroep	19
5.2 Aantal werkzaam	20
5.3 Geslacht en leeftijd	21
5.4 Arbeidsomvang	23
5.5 Uitstroom sportartsen	25
6 Werk- en organisatieproces	27
6.1 Spreiding en concentratie	27
6.2 Netwerkvorming	28
6.3 Arbeidstijdverandering	28
6.4 Taakherschikking/taakverschuiving	29
7 Varianten en scenario's	31
7.1 Uniform rekenmodel	31
7.2 Basisvariant	31
7.3 Combinatievariant	31
7.4 Arbeidstijdverandering variant	32
7.5 Taakherschikkingsvariant	32
7.6 Uitkomsten	32

8	Overwegingen en advies	35
8.1	Beleidsontwikkelingen	35
8.2	Instroomadvies	36
8.3	Bezette opleidingscapaciteit	37
	Bijlage 1: Productieontwikkeling SMI's 2009 t/m 2013	39
	Bijlage 2: Bevolkingsontwikkeling naar leeftijd, 2010 t/m 2040	40
	Bijlage 3: Reistijd tot dichtstbijzijnde sportmedische instelling	41
	Bijlage 4: Overzicht aannames per parameter	42
	Literatuurlijst en referenties	43

Samenvatting

Om maar meteen in sporttermen te blijven, is het in 2014 dan eindelijk gelukt om het doelpunt of zo u wilt de gouden medaille van de erkenning van sportgeneeskunde als geneeskundig specialisme te maken resp. binnen te halen. Daarmede is de titel sportarts een beschermende titel, die zich primair bezig houdt met alle medische aspecten van het sporten en bewegen in zowel preventieve als curatieve zin.

Op dit moment telt Nederland ongeveer 135 geregistreerde sportartsen, waarvan het merendeel (123 of 103 fte) ook als zodanig binnen de sportgeneeskunde zelf werkzaam is. Meestal betreft dit een intra- of semimurale omgeving van één of meerdere SMI's, al dan niet in of annex een ziekenhuis. Ongeveer twee derde is man en een derde vrouw, waarbij het de komende jaren wel vooral mannen zijn, die zullen gaan stoppen met werken. Mede gelet op een toenemende feminisering is dit des te meer van belang, aangezien de gemiddelde deeltijdfactor voor mannen met bijna 0,90 fte ook nog beduidend hoger gelegen is dan de 0,75 fte voor vrouwen.

De medische vervolgopleiding tot sportarts is gesitueerd in een negental opleidingsclusters in en/of rondom grotere ziekenhuizen (UMC/STZ). De totale bezette opleidingscapaciteit telt de laatste vijf jaren telkenmale ongeveer 25 aios, waarvan iets meer dan de helft uit vrouwen bestaat. De formele opleidingsduur is totaal vier jaar en het merendeel (90%) rond deze met goed gevolg af.

Afgaande op de feitelijke productieontwikkeling in de SMI's in de afgelopen tien jaren is daarin met name in de tweede helft sprake van een stabilisatie tot lichte terugval. Deze doet zich vooral aan de kant van de consulten voor, hetgeen overigens voor een belangrijk gedeelte weer teniet wordt gedaan door meer onderzoek&adviesing. Overigens doet zich in de ziekenhuizen in 2013 ook voor het eerst een daling van het aantal polikliniekbezoeken voor. In die zin lijkt dus sprake van een soortgelijke trend.

Voor wat betreft de toekomstige behoefte worden conform het model van Capaciteitsorgaan een viertal scenario's onderkend, die hiervoor als richtinggevend kunnen worden gezien. De uitwerking betreft zowel harde als zachte factoren, waarbij voor de beoordeling en inschatting van laatstgenoemde factoren op een Delphi-achtige wijze mede gebruik is gemaakt van de indrukken en expertise van de zake deskundigen. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan factoren als epidemiologie, vak ontwikkeling en sociaal-culturele ontwikkelingen.

Uiteindelijk resulteert dit alles volgens de huidige inzichten en verwachtingen in een benodigde omvang van meer dan 130 fte sportartsen op de langere termijn. Afhankelijk van welk zgn. evenwichtsjaar in ogenschouw wordt genomen bedraagt de hiervoor benodigde instroom jaarlijks minimaal drie en maximaal zes aios. Daarbij voorziet het minimum in ieder geval voor de toekomstige behoefte op de wat minder lange termijn. Dit in tegenstelling tot het maximum, waarbij de blik uiteindelijk op de langere termijn is gelegen.

Mede gelet op de toch nog wel grote onzekerheden en onduidelijkheden met betrekking tot de ontwikkeling van de sportgeneeskunde in de komende jaren resulteert dit uiteindelijk in een (eerste)

instroomadvies voor de sportgeneeskunde van met ingang van 2016 jaarlijks minimaal drie en maximaal zes aios. Daarbij sluit laatstgenoemd maximum overigens aardig goed aan bij de huidige werkelijkheid van een instroom van zeven aios (zie tabel 3.2).

1 Inleiding

In dit Capaciteitsplan 2015 voor de medische vervolgopleiding sportgeneeskunde wordt voor de eerste keer door het Capaciteitsorgaan specifiek aandacht gegeven aan de toekomstige behoefte aan sportartsen, inclusief wat dit betekent voor de toekomstige omvang van deze beroepsgroep resp. dit nog maar pas recent erkende geneeskundig specialisme. Het verzoek daartoe is mede ingegeven door het voornemen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) om met ingang van 2016 ook voor dit nieuwe specialisme beschikbaarheidsfinanciering mogelijk te maken. Met het oog daarop heeft VWS - vooruitlopend op het Capaciteitsplan 2016 - behoefte aan een raming van het benodigde aantal sportartsen met in het kielzog daarvan een instroomadvies voor dit specialisme vanaf 2016¹. Zie hier ook de reden om dit Capaciteitsplan in het voorjaar 2015 af te ronden.

1.1 Stap voor stap

Primaire doestelling van dit Capaciteitsplan is dus de eerder genoemde vraagstelling zo goed mogelijk te beantwoorden om uiteindelijk op basis daarvan een advies met betrekking tot de instroom in deze vervolgopleiding te formuleren. Daarbij is qua opzet en inrichting van dit plan zoveel mogelijk aangesloten bij ons laatste Capaciteitsplan 2013 en dan in het bijzonder Deelrapport 1 over alle 'ziekenhuisspecialismen' (medisch specialisten, klinisch technologische specialisten en spoedeisende hulpartsen). Dit vergemakkelijkt immers een eventuele vergelijking met andere aanverwante vakgebieden, zeker als 'nieuwkomer' in en annex dit intramurale veld. Meer concreet betekent dit, dat in hoofdstuk 2 allereerst kort wordt stilgestaan bij de profilering van het specialisme, gevolgd door alles over de ontwikkeling van de opleiding in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 volgt daarna de blik naar de toekomst en de verwachte impact daarvan op de sportartsenbehoefte. De ontwikkeling van het aanbod staat in hoofdstuk 5 centraal, inclusief aandacht voor specifieke maar belangrijke onderdelen als leeftijd, geslacht en fte. De eigenlijke behoefte-raming komt in hoofdstuk 7 aan de orde, doch niet zonder allereerst in hoofdstuk 6 nog enige aandacht te schenken aan enkele daarvoor ontbrekende onderdelen in en rondom het werk- en organisatieproces. Het instroomadvies volgt tenslotte in het laatste hoofdstuk 8 met tevens aandacht voor de mogelijke gevolgen daarvan voor het totaal aantal aios of bezette opleidingscapaciteit. Een aantal bijlagen en literatuur-referentielijst complementeren dit plan tenslotte.

1.2 Verantwoording en totstandkoming

Bij de totstandkoming is veelal gebruik gemaakt van primaire gegevensbronnen. Voor de feitelijke stand van zaken is daarbij vooral dankbaar gebruik gemaakt van de knowhow en databank (incl. ureninventarisatie) bij het bureau Sportgeneeskunde en het opleidings- en specialistenregister van de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS)².

¹ Als zodanig heeft het Ministerie van VWS dit verzoek bij schrijven d.d. 18 juli 2014 (kenmerk: 614004-122687-MEVA) bij het Capaciteitsorgaan neergelegd.

² In die zin past een speciaal woord van dank aan Corine Ottevanger van het Bureau Sportgeneeskunde en Wilco Doeser van de RGS.

Daarnaast is voortgeborduurd op een eerder in 2007 door het Capaciteitsorgaan opgesteld rapport over de 'Behoeftebepaling sportartsen', alsmede mede in het verlengde daarvan kennis genomen van een veelheid aan voor dit onderwerp (nieuw) belangwekkende rapporten, publicaties e.d., inclusief mondeling verkregen informatie van op dit terrein goed ingewijden³. Voor zover van belang en aan de orde zal natuurlijk bronvermelding plaatsvinden.

Opstelling van dit Capaciteitsplan heeft in eerste instantie door het bureau van het Capaciteitsorgaan plaatsgevonden, waarbij voor de inschatting en weging van de toch over het algemeen wat meer onzekere vraagfactoren mede gebruik is gemaakt van de input en expertise van de VSG of te wel de beroepsgroep zelf⁴. Ter inhoudelijke beoordeling is het plan daarna aan de Kamer Medisch Specialisten van het Capaciteitsorgaan voorgelegd, die het alles overwegende in de vergadering d.d. 3 maart 2015 heeft vastgesteld. Conform de statuten is de formele vaststelling daarna aan het Plenair Orgaan (Bestuur) van het Capaciteitsorgaan, die dit als zodanig in de vergadering d.d. 1 april 2015 heeft gedaan⁵. Zoals gewoonlijk is het daarna met een begeleidend schrijven aan de Minister van VWS aangeboden. Het is uiteindelijk aan de minister om dit advies al dan niet over te nemen.

1.3 Doelstelling Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 door de direct betrokken veldpartijen in de zorg, t.w. (opleidings)instellingen, beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars, opgericht en heeft dus inmiddels een historie van meer dan vijftien jaar. Financiering vindt plaats door het Ministerie van VWS. Conform de uit de beginjaren daterende statuten zijn er een drietal doelstellingen, namelijk kortweg

1. Opstellen van behoefteramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgopleidingen en advisering hierover;
2. Informatievoorziening en monitoring van deze ontwikkelingen;
3. In beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover.

Voor wat betreft de advisering concentreert dit zich primair op de gewenste instroom van studenten en aiOS, waarbij evenwicht tussen vraag en aanbod het oogmerk of uitgangspunt is. Sinds de oprichting is de taakstelling voor wat betreft het aantal onderscheiden beroepsgroepen aan veranderingen onderhevig geweest. Dit betreft bijvoorbeeld de (structurele) uitbreiding met de drie zgn. klinisch technologische specialismen (klinische chemie, klinische fysica en ziekenhuisfarmacie) in de tweede helft van het vorige decennium en aan het begin van dit decennium met de zgn. BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheidszorg.

³ Capaciteitsorgaan. Behoeftebepaling sportartsen. Basiselementen voor nu en straks. Kwantitatieve aspecten van de beroepsgroep. Utrecht, mei 2007.

⁴ In dit kader heeft op 19 januari 2015 ten kantore van de VSG te Bilthoven een gesprek plaatsgevonden met een bestuurlijke vertegenwoordiging van de VSG, waarin de afzonderlijke parameters stuk voor stuk de revue zijn gepasseerd.

⁵ Zie voor de personele samenstelling van zowel de Kamer Medisch Specialisten als het Plenair Orgaan onze website: www.capaciteitsorgaan.nl.

2 Profilering en positionering

Conform de naamgeving houdt sportgeneeskunde zich kortweg bezig met alle medische aspecten van het sporten en bewegen in zowel preventieve als curatieve zin. De primaire doelgroep is daarbij dus de sportief bewegende mens en wel in de meest brede betekenis, d.w.z. van inactieven die actief willen worden en recreatiesporter tot aan de fulltime actieve topsporter. Dit past ook in de definiëring en begripsomschrijving van het vakgebied door het College Geneeskundige Specialismen (CGS) en de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG), die sportgeneeskunde typeert als het specialisme, dat zich richt op het herstellen, waarborgen en bevorderen van de gezondheidszorg van mensen die (willen gaan) sporten en/of bewegen. Overigens richt het zich daarnaast ook nog op het door sport en/of bewegen herstellen en bevorderen van de gezondheid van mensen met chronische aandoeningen. In beide gevallen wordt daarbij uitdrukkelijk rekening gehouden met de specifieke belasting en belastbaarheid, hetgeen kort samengevat als het expertgebied van de sportgeneeskunde resp. sportarts kan worden gekenmerkt⁶.

2.1 Formele erkenning

Op verzoek van het CGS van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) heeft de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport bij schrijven d.d. 8 april 2014 ingestemd met het Besluit Sportgeneeskunde. 'Sportartsen onderscheiden zich van anderen door hun grote expertise en specifieke kennis van het effect van sporten en bewegen op de gezondheid. De erkenning is daarom ook van grote toegevoegde waarde voor de kwaliteit van zorg voor chronisch zieken en iedereen die sport en beweegt', aldus de Minister in het desbetreffend persbericht. Met als ingangsdatum 1 juli 2014 is het specialisme daarmee wettelijk erkend en in het verlengde daarvan tevens de titel sportarts beschermd op grond van de Wet BIG. Als onderbouwing van dit besluit ziet het CGS een zelfstandige plek voor de sportgeneeskunde in het zorgveld, waarbij de sportarts vooral complementair aan en in synergie met reeds bestaande vakgebieden werkt⁷. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan enkele verwante medische specialismen, zoals orthopedie, heilkunde, cardiologie, interne geneeskunde en revalidatiegeneeskunde.

Overigens dient volledigheidshalve te worden aangetekend, dat vóór deze hiervoor genoemde erkenning als (geneeskundig) specialisme sportgeneeskunde formeel onderdeel was van de sociale geneeskunde en daarbinnen dan specifiek de tak van Maatschappij en Gezondheid (M&G). In die zin was een sportarts toentertijd en sinds 1987 een erkend sociaal geneeskundige, welke status dus inmiddels tot het verleden behoort. De beweegredenen daartoe worden als bekend verondersteld en hebben vooral te maken met een toenemende profilering en aanwezigheid in het intramuraal veld.

⁶ Zie het 'Besluit Sportgeneeskunde' d.d. 11 september 2013 van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) en het 'Beroepsprofiel Sportarts' d.d. 19 april 2012 van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG).

⁷ Voor een uitgebreide onderbouwing kan worden verwezen naar het desbetreffende advies van de Commissie sportgeneeskunde inzake erkenning sportgeneeskunde als specialisme, alsmede de onderliggende 'Onderbouwing erkenningsaanvraag sportgeneeskunde' van de VSG (Bilthoven, april 2013).

2.2 Geneeskundig specialisme

De huidige erkenning van de sportgeneeskunde is er formeel een als geneeskundig specialisme en niet als medisch specialisme. Dit betreft echter primair een ‘technisch’ verschil, dat alles te maken heeft met het voortschrijdende integratieproces van de verschillende Colleges binnen de CGS en dat tot op heden nog niet is afgerond⁸.

In ieder geval is door de Minister van VWS na Kamervragen daaromtrent aangegeven, dat vanuit haar perspectief de duiding van de sportarts niet verschilt van die van de andere 27 reeds erkende medische specialismen⁹. Dit naar aanleiding van een discussie tussen de Federatie Medisch Specialisten (voorheen Orde van Medisch Specialisten) en de VSG over deze profilering. In die zin is er dus geen verschil tussen een medisch en geneeskundig specialisme, althans volgens VWS.

⁸ Zie in dit kader ook de brief d.d. 7 november 2014 van de KNMG/CGS aan de VSG over de achtergronden bij het instellen van het specialisme sportgeneeskunde als ‘geneeskundig’ specialisme.

⁹ Zie brief d.d. 22 oktober 2014 van de Minister van VWS aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal over sportmedische zorg (kenmerk: 678060-127930-5).

3 Opleiding

Na de basisstudie geneeskunde te hebben afgerond, duurt de medisch specialistische vervolgopleiding tot sportarts formeel vier jaar. Conform het Besluit Sportgeneeskunde d.d. 11 september 2013 (CGS) bestaat deze structureel uit een drietal verplichte onderdelen, te weten:

1. Twee jaar klinische onderdelen, waarvan met telkenmale de focus op het sportgeneeskundig raakvlak, negen maanden cardiologie, drie maanden longziekten en tuberculose en twaalf maanden orthopedie;
2. Een jaar sportgeneeskunde (basis), met inbegrip en ten behoeve van de sportmedische begeleiding drie maanden huisartsgeneeskunde;
3. Een jaar sportgeneeskunde (verdieping), met inbegrip van drie maanden wetenschappelijk onderzoek.

Voor meer informatie daaromtrent wordt gemakshalve naar dit genoemde Besluit verwezen, alsmede naar het Landelijk opleidingsplan Sportgeneeskunde (september 2013) van het Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen (NIOS), die de opleiding organiseert. In het bijzonder geldt dit dan voor het verplichte cursorische deel, hetgeen verspreid over de opleidingsjaren wordt aangeboden.

3.1 Opleidingsinstellingen

Het praktijkdeel van de opleiding is momenteel aardig tot goed gespreid in en/of rondom een negental grotere ziekenhuizen in ons land gesitueerd. Het betreft twee UMC's en zeven zgn. STZ-ziekenhuizen, aangesloten bij de vereniging Samenwerkende Topklinisch opleidingsZiekenhuizen.

Tabel 3.1: Opleiding sportgeneeskunde, najaar 2014

regio/plaats	Instelling	aios
Groningen	Universitair Medisch Centrum Groningen	3
Zwolle	Isala Klinieken	5
Nijmegen	Sanasport (CWZ)	3
Utrecht	Universitair Medisch Centrum Utrecht	3
Amersfoort	Meander Medisch Centrum	2
Amsterdam	Sint Lucas Andreas Ziekenhuis	2
Leidschendam	Medisch Centrum Haaglanden	3
Veldhoven	Maxima Medisch Centrum	2
Noord Limburg	VieCuri Medisch Centrum Venlo	3
Totaal		26

Bron: NIOS/RGS

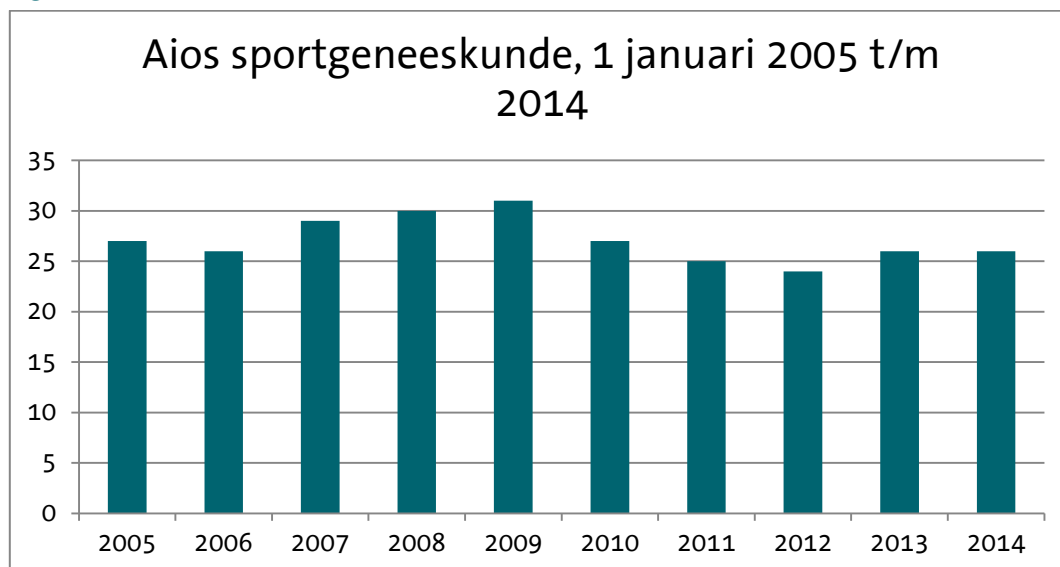
De gemiddelde bezetting per regio/instelling bedraagt een drietal aios, hetgeen ook in vijf van de negen opleidingen het geval is. Uitzondering aan de bovenkant is Zwolle met vijf aios, doch dit is dan wel met inbegrip van Heerenveen (de Tjongerschans). Met ieder twee aios gaat dit aan de onderkant om Amersfoort, Amsterdam en Veldhoven. Voor Amersfoort en Amsterdam hangt dit wellicht samen met de onderlinge samenwerking tussen deze twee opleidingen; totaliter betreft

het immers vier aios. Bij beoordeling van de uitkomst in Veldhoven dient rekening te worden gehouden met het feit, dat medio 2014 één der aios tussentijds met de opleiding is gestopt. Als zodanig is deze hier dus niet meer meegenomen resp. buiten beschouwing gelaten. Voor wat betreft de regionale indeling lijkt deze aardig tot goed aan te sluiten resp. te passen in die van de NFU rondom de UMC's. Daarbij gaat het specifiek om de acht zgn. onderwijs- en opleidingsregio's, kortweg dikwijls ook wel als OORs aangeduid¹⁰. Deze indeling vormt de laatste jaren zowel de basis als het overlegplatform om per 'ziekenhuis-specialisme' (incl. profiel spoedeisende geneeskunde) tot de verdeling van het jaarlijkse aantal instroom- en in het verlengde daarvan totaal aantal opleidingsplaatsen (per opleidingsinstelling) te komen. In die zin ligt het in de lijn der verwachtingen, dat in dit 'toewijzingsproces' eerdaags ook het recent erkende medisch specialisme sportgeneeskunde mee zal worden genomen, doch de formele verantwoordelijkheid hiervoor ligt primair bij VWS en daarna in de praktische uitvoering BOLS¹¹. Het Capaciteitsorgaan heeft in dit verdelingsproces dus geen directe bemoeienis.

3.2 Arts-assistenten (aios)

Eind 2014 zijn er ruim 25 aios sportgeneeskunde. Daarmede verschilt dit aantal nauwelijks van de gemiddelde situatie in de afgelopen tien jaren, waarin een jaarlijkse bezette opleidingscapaciteit van 27 aios tevoorschijn komt.

Figuur 3.1



Zie voor bron en absolute aantallen tabel 3.2.

¹⁰ Zie voor meer achtergrond en details omtrent deze indeling het NFU-visiedocument nr. 053059 'OOR-zaak en gevolg. Opleidingen in de zorg'. Utrecht, oktober 2005.

¹¹ Stichting BOLS is na een aanloopfase begin 2007 formeel opgericht. Het is reeds sinds 2002 het overlegplatform voor NFU, NVZ/STZ, OMS, gehoord en zoveel in afstemming met de afzonderlijke Wetenschappelijke Verenigingen, om jaarlijks tot een 'toewijzingsvoorstel' voor de instroom van aios te komen. Het is uiteindelijk aan VWS om dit voorstel te accorderen en op basis hiervan een subsidiebesluit (per opleidingsinstelling) conform de regelgeving Opleidingsfonds te nemen.

Dit gemiddelde is dan wel de resultante van een wat afwisselende ontwikkeling in deze tijdsperiode met t/m 2009 plussen, gevolgd door t/m 2012 minnen, welke de laatste twee jaren weer lichtelijk omslaat in een geringe 'stabiele' plus (zie grafiek 3.1). Deze fluctuaties hebben natuurlijk alles te maken met de in- en uitstroom of te wel met het aantal aios, dat in een jaar met de opleiding begint resp. deze beëindigt, al dan niet vroegtijdig. Tabel 3.2 geeft desbetreffende ontwikkeling voor de afgelopen tien jaren weer, welke voor zich spreekt.

Tabel 3.2: Ontwikkeling aios sportgeneeskunde, inclusief in-uitstroom, vanaf 2005

jaar	1 januari	instroom	uitstroom	mutatie
2005	27	7	8 (2)	-1
2006	26	10	7 (2)	3
2007	29	7	6 (1)	1
2008	30	9	8 (2)	1
2009	31	7	11 (4)	-4
2010	27	9	11	-2
2011	25	8	9 (1)	-1
2012	24	9	7 (1)	2
2013	26	6	6 (1)	0
2014	26	7	9 (1)	-2
2015	24	7		

Bron: NIOS/RGS. Peildatum 1 januari is om 0.00 uur. Mutaties op deze peildatum zelf zijn dus **niet** inbegrepen. Voor zover van toepassing is bij de uitstroom het aantal aios, dat vroegtijdig met de opleiding is gestopt (uitval), tussen haakjes apart weergegeven. De uitkomst 1 januari 2015 betreft een voorlopig cijfer. Ditzelfde geldt voor de instroom 2015, waarbij het om de geplande instroom gaat. Om deze reden zijn deze aantallen **cursief** weergegeven.

Met een gemiddelde van acht aios schommelt de jaarlijkse instroom in de sportgeneeskunde vanaf 2005 tussen de zes en tien aios. Per opleidingsregio betekent dit dus grofweg één nieuwe aios per jaar, hetgeen voor de continuering van deze opleidingen ook als een belangrijk streven kan worden gekenschetst. De haalbaarheid hiervan is natuurlijk wel afhankelijk van het totaal kader (lees: capaciteit en financiën) om welke reden dit niet altijd ieder jaar lukt(e). Zo beoogt de planning in 2015 geen instroom voor de regio's Amersfoort en Noord Limburg (NIOS)¹².

Feminisering

Met een verhouding mannen-vrouwen van 46% versus 54% zijn er op dit moment iets meer vrouwelijke dan mannelijke aios sportgeneeskunde. Ten opzichte van enkele jaren geleden betekent dit dat er sprake is van een duidelijke omslag in de zin van minder mannen versus meer vrouwen. Zo was deze verdeling in de jaren 2006/2007 nog bijna 60% mannen en ruim 40% vrouwen. Overigens wijkt deze ontwikkeling qua richting niet af van andere medische specialismen, alwaar vrouwelijke

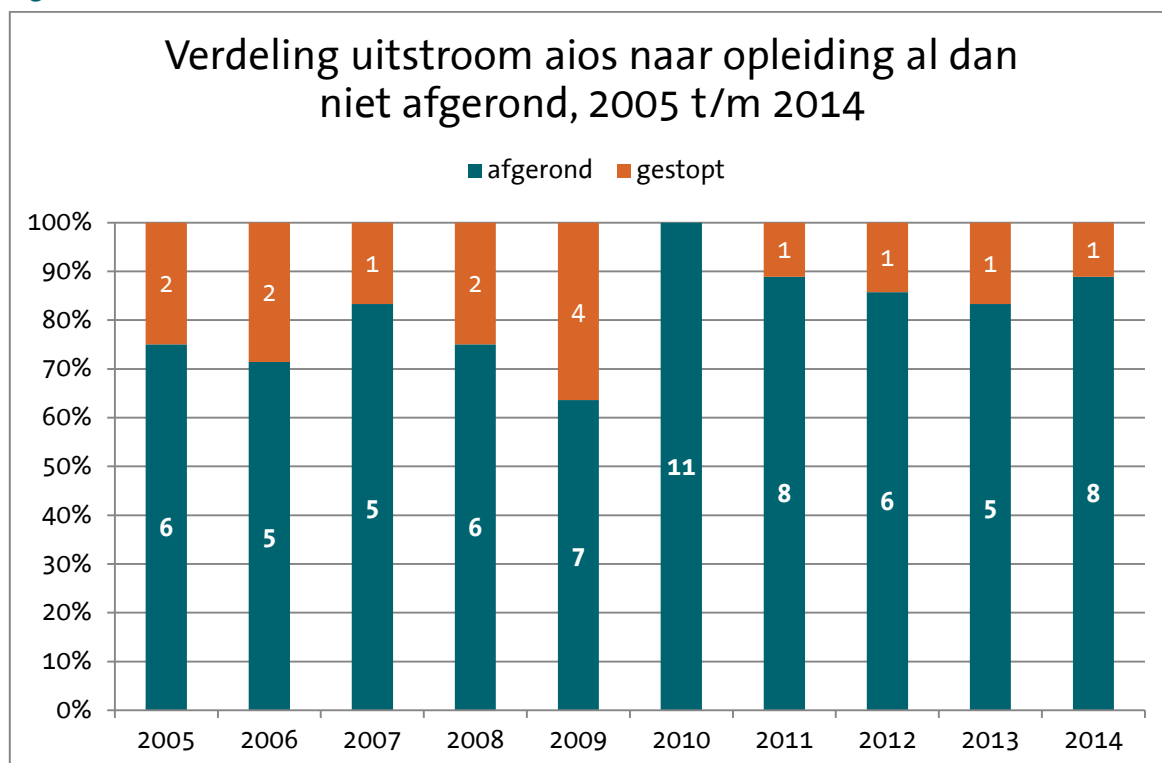
¹² Voor 2015 wordt door een subsidie vanuit VWS (directie Sport) de instroom van maximaal zeven aios sportgeneeskunde bekostigd. Per 1 januari 2016 is het streven dit onder de zgn. beschikbaarheidsfinanciering van de WMG te gaan brengen (zie brief VWS aan de voorzitter 2^e Kamer over erkenning sportgeneeskunde d.d. 8 april 2014).

aios de laatste jaren ook steeds meer de overhand hebben gekregen. Op dit moment gaat het om bijna 65% van alle aios, welk aandeel dus wel hoger gelegen is dan bij de sportgeneeskunde. In die zin manifesteert de feminiseringsgolf zich in de sportartsenwereld iets minder hard en/of snel. Dit laatste is in zoverre van belang, omdat zoals later zal blijken vrouwelijke sportartsen gemiddeld minder fte werken dan hun mannelijke collegae (zie par. 5.4). Dit kan van invloed zijn op de opleidingsbehoefte, hetgeen dus noopt om daarmee in de latere behoeftebepaling in dit Capaciteitsplan rekening te houden. De mate waarin is daarbij natuurlijk mede afhankelijk van de huidige en verwachte manvrouwverdeling, doch daaromtrent later meer.

3.3 Intern rendement/uitval

Apart dient nog te worden stilgestaan bij de uitstroom en dan in het bijzonder op het aandeel dat vroegtijdig met de opleiding stopt, al dan niet door overlijden. Enerzijds beïnvloedt dit immers het totaal aantal aios (= totaal bezette opleidingscapaciteit), doch anderzijds zorgt dit er straks ook voor, dat er minder sportartsen de opleiding afronden en uiteindelijk na inschrijving in het 'specialistenregister' voor de arbeidsmarkt beschikbaar komen. Duidelijk moge zijn, dat hiermede dus rekening moet worden gehouden, dit te meer de feitelijke ontwikkeling in de laatste jaren laat zien, dat dit vrijwel ieder jaar aan de orde is. Grafiek 3.2 spreekt voor wat dat betreft duidelijk taal.

Figuur 3.2



Bron conform tabel 3.2.

Daarin komen een tweetal perioden tevoorschijn, te weten van vóór 2010 met een zowel absoluut als relatief groter aandeel 'afhakkers' dan de jaren daarna met jaarlijks telkenmale één vroegtijdige stopper. Deze ontwikkeling overziende ligt het voor de hand om voor de komende planperiode bij deze laatstgenoemde uitkomsten aan te sluiten. Op basis van de laatste vijf jaren betekent dit dus een 'uitval' van ongeveer 10%, welk aandeel overigens goed vergelijkbaar is met het totaal van de groep ziekenhuisspecialismen.

Modelmatig wordt hiermede in de berekeningen door het Capaciteitsorgaan via de parameter van het zgn. interne rendement rekening gehouden. Daarbij geeft het interne rendement aan welk deel van de aios die met de opleiding begint deze uiteindelijk met goed gevolg afrondt. Weliswaar betreft dit een iets andere invalshoek dan via de uitstroom, doch de ervaring bij andere medische specialismen laat zien, dat de desbetreffende uitkomsten in de meeste gevallen weinig tot niets verschillen¹³. Een intern rendement van 90% is in die zin dus uiteindelijk als aannemelijk en logisch te kenmerken en sluit hier ook 'overall' prima bij aan.

Over de achterliggende redenen van deze uitval is tenslotte weinig informatie voor handen. Bovendien gaat het de laatste jaren in absolute zin om een gering aantal aios en is het in die zin ook uit privacyoverwegingen 'not done' daaromtrent specifiek uit te wijden. Om deze reden wordt volstaan met het noemen van enkele algemene redenen, zoals het tijdens de opleiding switchen naar een ander specialisme (bv. cardiologie, orthopedie), ziekte, alsmede de voorheen toch nog wel wat onzeker geachte toekomst van de sportgeneeskunde. Door de recente formele erkenning als geneeskundig specialisme is dit laatste in ieder geval zekerder en in het verlengde daarvan wellicht ook wat florisanter geworden. Zo is er op dit moment bijvoorbeeld sprake van een aanzienlijke toename van het aantal aanmeldingen voor de opleiding tot sportarts (VSG/NIOS).

¹³ Zie bijlage 3 uit Deelrapport 1 Capaciteitsplan 2013 over de medisch - en klinisch technologische specialismen (incl. profiel spoedeisende geneeskunde). Utrecht, oktober 2013.



4 Zorgvraag

Dat 'sporters' de primaire doelgroep van het specialisme sportgeneeskunde betreft, behoeft natuurlijk weinig tot geen verdere toelichting. De naamgeving van het vak zegt in die zin al meer dan voldoende. Tegelijkertijd betekent dit dus dat de vraag naar sportmedische zorg met name samenhangt met de aard en omvang van deze doelgroep, nu en straks, en in dit kader dan natuurlijk daarbinnen specifiek met betrekking tot de behoefte aan de sportgeneeskundige expertise van de sportarts. Mede in lijn met de bevindingen en standpuntbepaling in de recent afgeronde rapportage 'Sportgeneeskunde en de Zorgverzekeringswet' ligt het daarbij voor de hand de focus vooral te richten op de vraag naar 'zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden', doch de realiteit tot nu toe gebiedt om dit wat te verbreden en daarnaast zeker ook nog oog te hebben voor daarbuiten liggende vraagstellingen aan sportartsen. Denk in dit kader bijvoorbeeld aan chronisch zieken en de - weliswaar buiten het domein van de Zorgverzekeringswet vallende - sportmedische onderzoeken en begeleiding¹⁴. Het is vanuit dit perspectief, dat in dit hoofdstuk nu achtereenvolgens een aantal elementen van deze zorgvraag aan de orde komen, waarbij er voor de invalshoeken zoveel mogelijk is gekozen deze te laten aansluiten bij de gebruikelijke parameters uit het 'rekenmodel' van het Capaciteitsorgaan¹⁵.

4.1 Productieontwikkeling SMI's

Belangrijke graadmeter voor de feitelijke vraag naar sportgeneeskundige expertise tot op heden is het aantal sporters en/of patiënten, dat hiervoor daadwerkelijk de afgelopen jaren naar een sportmedische instelling (SMI) is gekomen. Tabel 4.1 geeft deze uitkomsten voor de laatste vijf jaren. Deze periode kenmerkt zich totaliter door een tweetal gezichten, namelijk een van groei in de eerste jaren (2010/2011) gevolgd door een van afname in de meest recentere latere jaren (2012/2013). Uiteindelijk resulteert dit in een totale productie in 2013 van bijna 100.000 'verrichtingen', welke daarmee niet heel veel hoger uitkomt dan die in 2009. In die zin lijkt de productie zich dus weer enigszins op dit niveau te stabiliseren, hetgeen ook nauw aansluit bij de trendmatige ontwikkelingen in de laatste twee jaren.

Tabel 4.1: Productieontwikkeling SMI's 2009 t/m 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
consulten	58.660	58.378	63.698	52.704	50.802
sportmedische onderzoeken	21.270	23.233	23.362	21.006	19.226
keuringen	6.794	7.251	6.449	9.715	8.461
onderzoek&adviesing	11.450	13.358	12.518	18.016	20.691
totaal	98.174	102.220	106.027	101.441	99.180
index	100	104	108	103	101

Bijlage 1 geeft bron en een nadere detaillering, alsmede in grafiek de procentuele verdeling in deze jaren.

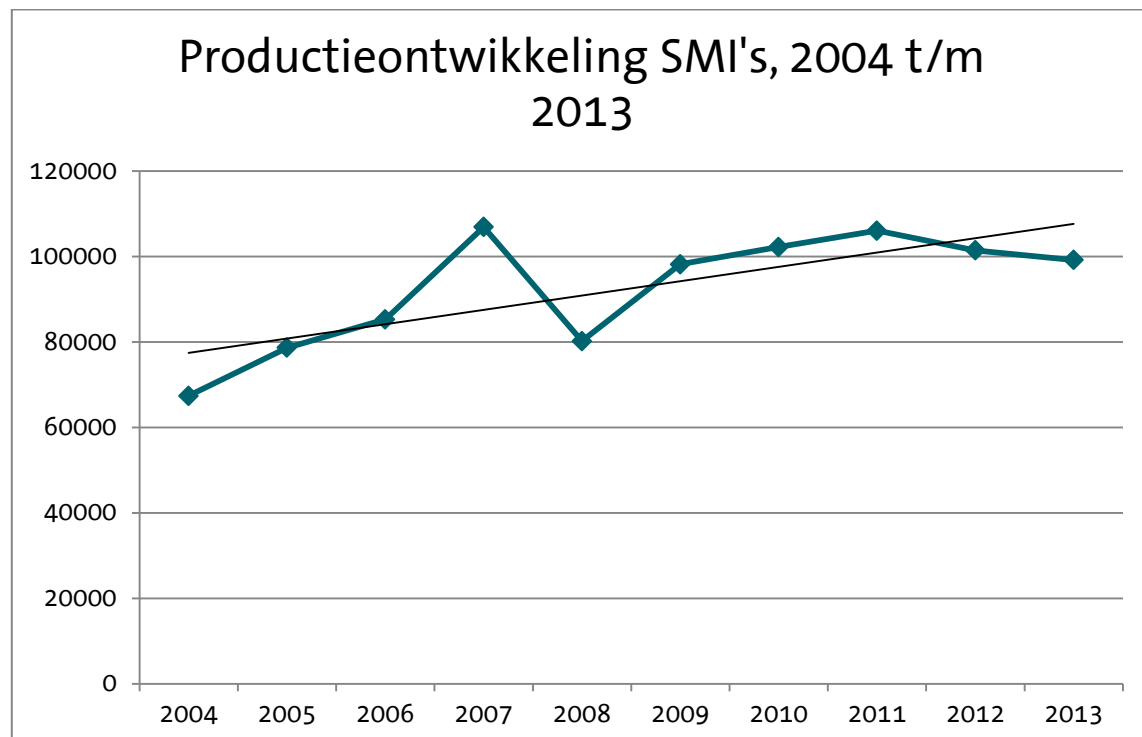
¹⁴ Zorginstituut Nederland. Sportgeneeskunde en de Zorgverzekeringswet. Diemen, 4 december 2014.

¹⁵ Een schematische uitwerking van dit model is te vinden op onze website www.capaciteitsorgaan.nl.

Zeker ook in het licht van enkele reeds genoemde aspecten rondom financiering, bekostiging, tarifiering, verzekering van de sportgeneeskundige vraag/behandeling is er meer dan genoeg reden om hierbij even apart stil te staan. Weliswaar is de verhouding curatief/preventief de afgelopen jaren met grofweg 70% - 30% weinig aan veranderingen onderhevig geweest, dit laat echter onverlet dat daarbinnen wel degelijk sprake is van in het oog springende verschuivingen. Zo is aan de curatieve kant en dan met name de laatste jaren sprake van enerzijds een toch aanzienlijk daling van het aantal consulten welke echter anderzijds voor een belangrijk deel weer teniet wordt gedaan door een toename van het aantal sporters/patiënten voor onderzoek en advisering. Weliswaar absoluut in veel geringe aantallen is aan de preventieve kant van een vergelijkbare verschuiving sprake met aan de ene kant minder sportmedische onderzoeken (SMO's) versus aan de andere kant meer keuringen.

De kwestie is nu in hoeverre de hiervoor geschetste productieontwikkeling resp. sportgeneeskundige vraag zich de komende planperiode verder zal gaan voortzetten. Daartoe is in grafiek 4.1 aanvullend een wat grotere tijdsperiode van tien jaar in ogenschouw genomen, inclusief de daaruit af te leiden (lineaire) trendlijn. Alles overziende lijkt het echter weinig tot niet waarschijnlijk dat het deze kant op zal gaan. Zo wordt de sterke toename in de eerstgenoemde jaren voor een belangrijk deel mede beïnvloedt door een aanzienlijke groei van het aantal SMI's, waaraan inmiddels een einde is gekomen. In die zin ligt het dus meer voor de hand de meest recente jaren in ogenschouw te nemen.

Figuur 4.1



Bron: FMSI

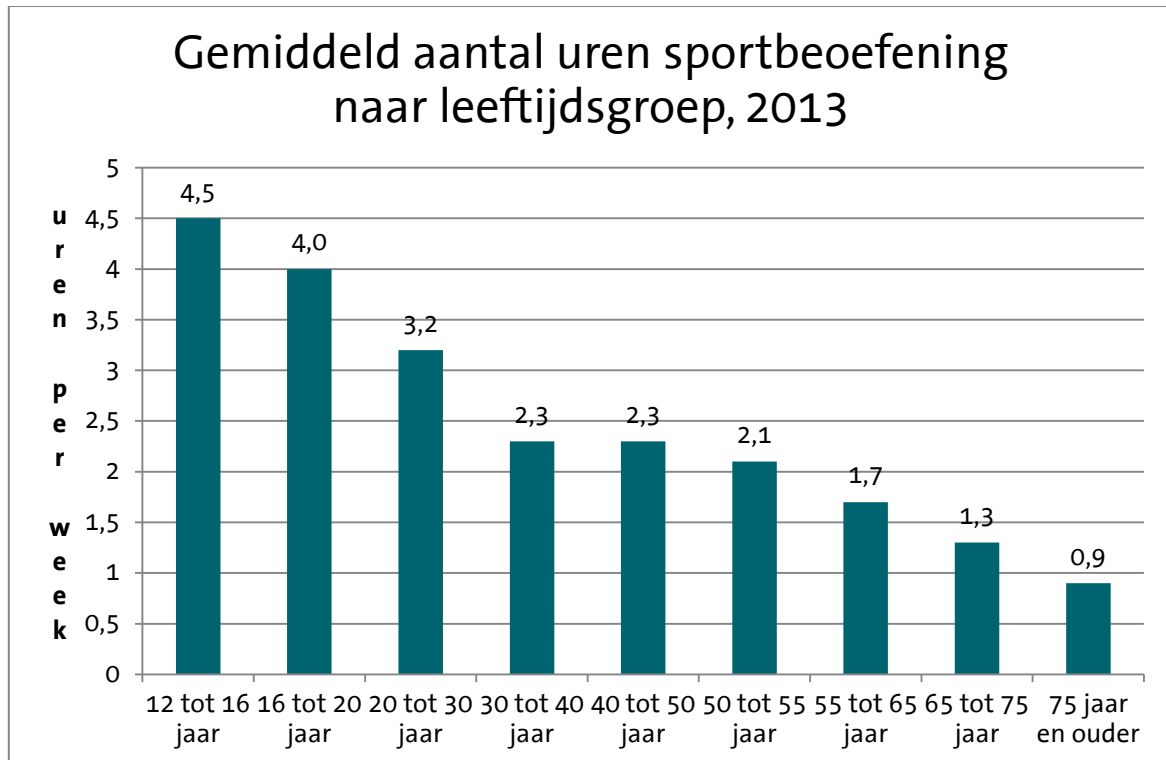
Mogelijke aanpassingen aan de vraagkant hebben dan vooral nog te maken met aspecten als demografie, epidemiologie/vakontwikkeling en sociaal-culturele ontwikkelingen. Inherent is de mate van sportparticipatie daarbij uiteindelijk ook nog eens mede bepalend voor de omvang van de primaire doelgroep. Hoe en in welke mate dit naar verwachting gebeurt, komt in de volgende paragrafen aan de orde.

4.2 Demografie

Aan het begin van het jaar 2015 telt Nederland bijna 16,9 miljoen inwoners. Volgens de meest recente bevolkingsprognose (CBS, december 2014) zal dit aantal de komende jaren geleidelijk verder toenemen naar een niveau van om en nabij de 18 miljoen mensen in de eerste helft van de jaren '40 van deze eeuw. Alle details daaromtrent zijn in bijlage 2 te vinden, inclusief de procentuele jaarlijkse groei en de leeftijdsverdeling naar een drietal hoofdgroepen. Naast een tendens van een in de loop van de komende jaren steeds langzamer afnemende procentuele groei komt hierin ook duidelijk de qua leeftijd veranderende samenstelling van de bevolking naar voren.

Ontgroening in combinatie met (dubbele) vergrijzing spelen daarbij de boventoon. Zo wordt enige daling van het aantal 0 tot 20 jarigen voorzien, doch daartegenover en veel meer in het oog springend staat een flinke toename van het aantal 65-plussers van op dit moment ongeveer 3 miljoen naar in 2030 meer dan 4,2 miljoen mensen. Dit betekent dus in de komende planperiode een verwachte groei van 1,2 miljoen of 40%, waarmee dit aandeel binnen de Nederlandse bevolking uiteindelijk zal gaan stijgen van ruim 17,5% nu naar bijna 24% in 2030. Gerelateerd aan het gemiddeld aantal uren sportbeoefening is de impact van deze ontwikkeling leeftijdsspecifiek doorgerekend. Dit in de wetenschap dat dit aantal uren afneemt naarmate men ouder wordt. Details daaromtrent zijn in de volgende grafiek 4.2 te vinden.

Figuur 4.2



Bron: CBS

Voor wat betreft het totaal aantal uren sportbeoefening door Nederlanders resulteert deze projectie uiteindelijk per saldo in vrijwel geen verandering ten opzichte van de huidige situatie. Immers weliswaar zal het totaal uren sportbeoefening in de groep 20 tot 40 jarigen en 55-plussers stijgen, dit zal grotendeels worden gecompenseerd door een daling in de overige leeftijdsgroepen.

In die zin zijn er geen tot onvoldoende aanwijzingen om hiermede specifiek voor de toekomstige vraag rekening te houden¹⁶. Qua uren sportbeoefening lijkt de primaire doelgroep de komende jaren namelijk vrij stabiel te blijven. Overigens voorziet het RIVM in de komende planperiode op basis van uitsluitend demografische ontwikkelingen nog wel een lichte afname van het aantal SEH-behandelingen voor sportblessures¹⁷. Hierbij zijn echter vooral niet sportartsen betrokken, althans tot op heden (zie par.4.3). Vooralsnog ligt het dus eerder voor de hand deze trend verder buiten beschouwing te laten.

4.3 Epidemiologie en vak ontwikkeling

Aangezien mensen die voldoende sporten en bewegen minder kans hebben op gezondheidsklachten, is er een sterke stimulans vanuit het Ministerie van VWS om mensen meer aan het sporten en bewegen te krijgen. Daarbij moet het Nationaal Programma Preventie (NPP) 'Alles is gezondheid'

¹⁶ Daarbij wordt er dus ook van uitgegaan, dat in aansluiting op de feitelijke ontwikkeling in de afgelopen vier jaren (CBS) het huidige gemiddelde aantal uren sportbeoefening per leeftijdsgroep in de komende planperiode weinig tot niet zal veranderen.

¹⁷ RIVM. Nationaal Kompas Volksgezondheid. Hoe vaak komen sportblessures voor, hoeveel mensen sterven hieraan en neem dit toe of af? Voor de periode 2011-2030 wordt een afname verwacht van 4%, d.i. op jaarbasis 0,2%.

onder meer de helpende hand bieden, naast natuurlijk de sportsector zelf. Mede in dit kader is voor de sportgeneeskunde ook een belangrijke rol weggelegd in het positief houden van het 'gezondheidssaldo' van sport en bewegen. Zo kunnen de kosten naar alle waarschijnlijk dalen bij een goede sportgeneeskundige begeleiding, interventie(s), blessurepreventie.

Steeds meer lijkt 'bewegen als medicijn' en daarmee de sportgeneeskundige inbreng en rol van de sportarts verder ook van belang voor de preventie en/of behandeling van mensen met een chronische aandoening, zoals bij hart-, long- en oncologische revalidatie en DM I en II (suikerziekte). Mede door de eerder genoemde vergrijzing is de verwachting dat het aantal mensen met een of meer chronische ziekten de komende jaren in ieder geval zal gaan toenemen (RIVM).

Voor wat betreft de sportblessures ligt het accent nu en de komende jaren vooral op het voorkómen ervan of te wel op de preventie en veiligheid. Dit laat echter onverlet het toch weer ieder jaar aanzienlijke aantal sportblessures van naar schatting meer dan 4 miljoen, waarbij in iets minder dan 40% van de gevallen sprake is van een medische behandeling (VWS). Met ruim een derde wordt daarbinnen het grootste gedeelte behandeld door de huisarts. Minder dan 10% wordt behandeld door een sportarts (RIVM).

Qua ziektebeelden en blessureproblematiek worden geen al te grote verschuivingen verwacht. Nu frequent voorkomende letsels en aandoeningen bij sporters, zoals met betrekking tot het houdings- en bewegingsapparaat, zullen hoogstwaarschijnlijk ook de komende planperiode een belangrijk marktsegment zijn/blijven. Dit vanuit de eigen specifieke deskundigheid bij de diagnostiek en behandeling daarvan, doch daarnaast en waar nodig zeker ook in goede samenwerking en afstemming met aanpalende specialismen, zoals in dit geval orthopedie¹⁸.

Al met al is het zuivere effect van de epidemiologie op de toekomstige sportgeneeskundige vraag moeilijk te bepalen. Daarbij komt ook nog eens, dat het een vrij jong en pril vakgebied is, dat pas recentelijk formeel als specialisme is erkend. In die zin is het vak dus nog volop in ontwikkeling en is het meer van belang deze uitbouw in ieder geval niet in de weg te zitten. Het is primair vanuit deze intentie om voor de komende planperiode voor deze parameter uit te gaan van een jaarlijkse toename van naar verwachting 0,3 tot 0,5%. Deze bandbreedte is conform het overal gemiddelde en maximumvariant van deze factor uit Deelrapport 1 Capaciteitsplan 2013.

4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Inhakend op de recent in januari 2015 verschenen vijfde 'Rapportage sport 2014' van het Sociaal en Cultureel Planbureau neemt sport (en bewegen) in onze samenleving een belangrijke en eigenlijk niet meer weg te denken positie in. Zo is het aandeel Nederlanders dat wekelijks aan sport doet, de afgelopen tien jaren licht gestegen en beweegt twee derde van alle Nederlanders voldoende. Steeds vaker sporten mensen daarbij wel alleen of in zelf georganiseerde groepjes/clubjes, waarbij tegelijkertijd het aandeel binnen de georganiseerde sport vrij stabiel is gebleven. De uitkomsten in tabel 4.2 spreken in die zin boekdelen met een sportaanbod van ongeveer 75 sportbonden met

¹⁸ In dit kader kan nog worden verwezen naar het recent verschenen rapport 'Sportgeneeskunde en de Zorgverzekeringswet' i.h.b. hoofdstuk 7, waarin deze problematiek uitvoerig met meer voorbeelden en voor meer specialismen aan de orde komt.

daarbinnen meer dan 24.000 verenigingen en om en nabij de 4,8 miljoen leden. Eenzelfde trend komt overigens tevoorschijn in de periode van 2006 t/m 2012 met een wekelijkse sportdeelname (40 keer of meer per jaar) van circa 55% resp. uitgaande van de RSO-norm (minimaal 12 keer per jaar) van ongeveer 65%¹⁹.

Tabel 4.2: Kerngegevens NOC*NSF, 2009 t/m 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
sportbonden	75	76	76	75	75
verenigingen	24.929	24.888	24.828	24.129	24.299
leden	4.744.130	4.773.905	4.820.817	4.840.186	4.776.340

Bron: NOC*NSF. Opgave is excl. Sportvisserij Nederland

Het belang in iedere levensfase, jong en oud, komt in de genoemde SCP-rapportage duidelijk naar voren met alle voordelen van dien voor een goede gezondheid. Niet voor niets is de Overheid de grootste stimulator en pikken ook vele sectoren hun graantje mee, waaronder die van de zorg. Zoals ook al hiervoor aangegeven, staat daarbij een gezonde sportbeoefening voorop met zowel aandacht voor junioren en senioren, de recreatieve-, de gehandicapte-, de wedstrijd- als natuurlijk ook de veelal vooral in het oog springende topsporter, met voor elk zijn of haar eigen wensen. Ongetwijfeld zal binnen een steeds meer vraag- en marktgerichte zorgsector de sportgeneeskunde zich de komende planperiode ook meer en duidelijker (kunnen) gaan profileren met (nieuwe) kansen en mogelijkheden, ongeacht of dit binnen of buiten het domein van de Zorgverzekeringswet komt te vallen²⁰. In welke mate dit valt te gebeuren, is op dit moment lastig in te schatten.

Vooralsnog wordt daarom uitgegaan van een verwachte jaarlijkse groei met 1,3%, waarbij wordt aangesloten bij de maximumvariant voor de groep van de meer beschouwende specialismen uit Deelrapport 1 van het Capaciteitsplan 2013.

4.5 Onvervulde vraag

In de huidige situatie zijn er geen signalen voor een tekort aan sportartsen. Althans dat kan worden afgeleid uit de afwezigheid van wachtlijsten en (structureel moeilijk in te vullen) vacatures (zie www.sportgeneeskunde.com). Zoals later zal blijken, lijkt er zelfs eerder sprake te zijn van het tegenovergestelde beeld met een iets te groot aanbod, doch bij de beoordeling hiervan dient tegelijkertijd ook rekenschap te worden genomen van de door enkele sportartsen geuite wenselijkheid om minder uren te maken (zie par.5.4). Grofweg valt dit dan tegen elkaar weg, waardoor er alle reden is om voor deze parameter van 0% uit te gaan.

¹⁹ Mulier instituut. Sportdeelname in Nederland 2006-2012. Trends en actualiteit. RSO Platform. Utrecht, 14 mei 2013.

²⁰ Denk in dit kader bijvoorbeeld aan de op dit moment reeds ruim twintig sportartsen, die aan een Betaald Voetbal Organisatie (BVO) zijn verbonden resp. lid zijn van het College van Clubartsen en Consulenten (CCC), maar ook aan een veelheid aan sportartsen met een verbintenis met één of meerdere sportbonden (zie par.5.2).

5 Aanbod van sportartsen

Aansluitend op de vraag staat in dit hoofdstuk het aanbod centraal. Overigens is deze volgorde bewust gekozen daarmee inspeland en rekening houdend met de (beleidsmatige) ingezette weg naar een meer marktgerichte gezondheidszorg met daarbinnen het meer centraal stellen van de vraag en dus minder tot niet het aanbod. Achtereenvolgens wordt nu aandacht geschonken aan een aantal aspecten betreffende de aard en omvang van de beroepsgroep, voor zover deze van belang zijn voor de huidige en toekomstige behoeftebepaling. In die zin wordt dus geen volledigheid nagestreefd.

5.1 Omvang beroepsgroep

In ons land zijn er medio september 2014 ongeveer 135 geregistreerde sportartsen, d.w.z. als zodanig formeel ingeschreven in het register van de Registratie Geneeskundige Specialisten (RGS) onder het vak/specialisme sportgeneeskunde. Sinds de recente erkenning d.d. 1 juli 2014 is dit register daarvoor ook specifiek open gesteld²¹.

Tabel 5.1: Ontwikkeling geregistreerde sportartsen in deze eeuw

1 januari	absoluut	per 100.000 inwoners	inwoners per sportarts
2000	65	0,41	244.061
2001	72	0,45	222.043
2002	70	0,43	230.076
2003	76	0,47	213.060
2004	82	0,50	198.269
2005	84	0,52	194.113
2006	88	0,54	185.616
2007	91	0,56	179.758
2008	96	0,59	170.890
2009	100	0,61	164.858
2010	106	0,64	156.368
2011	116	0,70	143.584
2012	121	0,72	138.267
2013	124	0,74	135.319
2014	130	0,77	129.456

Samengesteld en berekend op basis van gegevens van RGS (voorheen SGRC) en CBS.

Zoals uit tabel 5.1 kan worden afgeleid kenmerkt deze eeuw zich tot nu toe door een vrijwel continue jaarlijkse groei van het aantal geregistreerde sportartsen. Met een lichte dip is 2001 de enige uitzondering, doch dit laat onverlet, dat de beroepsgroep de afgelopen vijftien jaar is verdubbeld, van 65 begin deze eeuw naar ongeveer 130 begin 2014. In relatie tot de bevolkingsontwikkeling kan deze groei grotendeels als een extra uitbreiding worden gekenschetst

²¹ Voorheen was formeel sprake van inschrijving in het register van Artsen voor Maatschappij en Gezondheid (M&G) van de Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie (SGRC).

met een betere bereikbaarheid als logisch gevolg. Althans dit valt af te leiden uit aan de ene kant de toename van het aantal sportartsen per 100.000 inwoners in de onderscheiden periode van bijna 90% en aan de andere kant een dalend ‘verzorgingsbereik’ per sportarts.

Ondanks deze groei is qua omvang sprake van een zeer bescheiden positionering van dit nieuwe specialisme in medisch specialistisch Nederland met begin 2014 in totaal om en nabij 22.500 geregistreerde beroepsbeoefenaren in 28 erkende specialismen (incl. profiel spoedeisende geneeskunde; excl. sportgeneeskunde). Van deze specialismen is er niet een met een vergelijkbare omvang, doch met ongeveer 150 ligt het volgende drietal nog wel het meest nabij: cardio-thoracale chirurgie, klinische genetica en neurochirurgie (RGS). Anders dan sportgeneeskunde betreft dit stuk voor stuk medisch specialismen uit het zgn. topreferente-topklinische segment, die met name tot het functiepakket van de acht UMC’s en enkele STZ-ziekenhuizen behoren. In die zin is deze vergelijking dus ongepast, doch daarnaast ligt het ook nog eens meer voor de hand om een dergelijke vergelijking te maken met specialismen die zich, al dan niet na doorverwijzing van een sportarts, ook nog wel eens met sporters bezighouden. Met ongeveer 1.100 cardiologen, bijna 800 orthopeden en ruim 520 revalidatieartsen gaat het daarbij in ieder geval overduidelijk om veel grotere aantallen (RGS).

5.2 Aantal werkzaam

Weliswaar is de grootste groep van de hiervoor aangegeven geregistreerde sportartsen als zodanig in ons land werkzaam, doch dit geldt niet voor iedereen. Daarop zicht hebben is van belang, omdat voor de bepaling van de huidige en toekomstige capaciteit het natuurlijk primair gaat om het daadwerkelijk werkzame aanbod. Immers deze groep zorgt nu en straks voor de opvang en behandeling van de vraag naar medisch specialistische sportgeneeskundige zorg. Uit tabel 5.2 kan worden afgeleid, dat dit voor 123 of ruim 90% van de op dat moment in totaal 134 geregistreerde sportartsen het geval is. Voor de resterende elf is dit niet (meer) het geval om redenen van (recente) pensionering, naar het buitenland vertrokken of weliswaar alhier, doch buiten de sportgeneeskunde werkzaam.

Tabel 5.2: Doelgroep werkzame sportartsen, september 2014

	absoluut	%
geregistreerde sportartsen	134	100%
niet meer werkzaam	2	1,5
werkzaam in buitenland	5	3,7
werkzaam in Nederland buiten ‘sportgeneeskunde’	4	3,0
werkzaam in Nederland binnen ‘sportgeneeskunde’	123	91,8

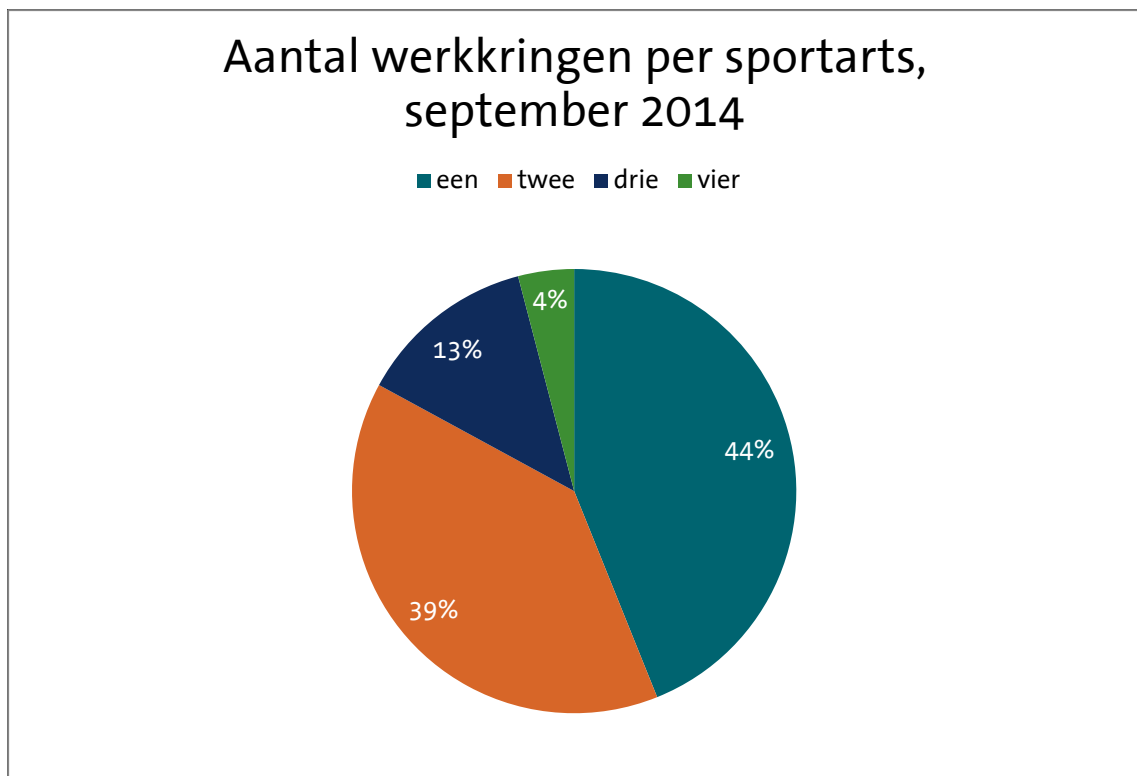
Bron voor het aantal geregistreerde sportartsen is de RGS (zie par.5.1). De werkring is met name afgeleid uit de jaarlijkse (uren)inventarisatie van de VSG. Zo nodig heeft verificatie en/of aanvulling bij de desbetreffende instellingen plaatsgevonden.

Voor wat betreft het soort en aantal werkkringen is het overgrote deel van de sportartsen werkzaam in een intra- of semimurale omgeving van één of meerdere sportmedische instelling(en) (SMI), al dan niet in of gelinieerd aan een ziekenhuis. Daaronder vallen bekende verschijningsvormen, zoals een

sportmedisch adviescentrum (SMA), sportgeneeskundige afdeling (SGA) of een sportmedisch centrum (SMC). Overigens combineert een deel van de sportartsen deze activiteit(en) ook nog met een werkring daarbuiten. Veelal gaat dit dan om een aanstelling/verbintenis/afspraken met een sportbond/club voor sportmedische begeleiding/advisering/behandeling.

Al met al betekent dit wel dat de meeste sportartsen hun uren over meerdere werkringen (moeten) verdelen. Deze 'versnippering' lijkt op het eerste gezicht niet altijd even ideaal (denk bv. aan reistijden), doch kan natuurlijk gewoonweg samenhangen met zowel onvoldoende vraag als aanbod.

Figuur 5.1



Bron is conform tabel 5.2.

Overigens bedraagt het maximale aantal werkringen per sportarts vier. Met een vijftal sportartsen of minder dan 5% van het totaal betreft dit dan wel een kleine minderheid (zie grafiek 5.1).

5.3 Geslacht en leeftijd

De geslachtsverhouding binnen de hiervoor genoemde groep van 123 werkzame sportartsen is grofweg twee derde man en één derde vrouw. Daarmede wijkt deze verdeling nauwelijks tot niet af van die van de geregistreerde sportartsen, waarbij uit grafiek 5.2 is af te leiden, dat er in de tijd gezien verhoudingsgewijs slechts marginale verschuivingen zijn opgetreden. Voor zover aanwezig gaat dit dan wel steeds dezelfde richting op van iets meer vrouwelijke sportartsen versus iets

minder mannelijke. In die zin is tot op de dag van vandaag dus zeker geen sprake van een 'echte' feminisatiegolf binnen de sportgeneeskunde. In een eerder stadium werd deze ontwikkeling in dezelfde termen overigens ook reeds bij de aios genoemd, doch dan wel in een ander perspectief (zie par.3.2). Alles overziende is er echter geen reden om te veronderstellen, dat de eerder genoemde tendens naar meer vrouwen en minder mannen nu en de komende jaren tot stilstand zal komen, laat staan omslaan. Enerzijds bestaat de huidige groep aios gewoonweg uit meer vrouwen en anderzijds zijn het, zoals hierna zal blijken, vooral mannen die de komende jaren (gaan) stoppen met werken en/of met pensioen gaan. Deze laatste constatering is des te meer van belang, aangezien bekend is, dat mannen over het algemeen meer fulltime werken dan vrouwen. De gevolgen hiervan voor de toekomstige behoefte (vervanging) moge dus duidelijk zijn, waarover later meer.

Figuur 5.2



Bron: Jaarboeken Sportgeneeskunde 2007 t/m 2012/VSG 2013 en 2014

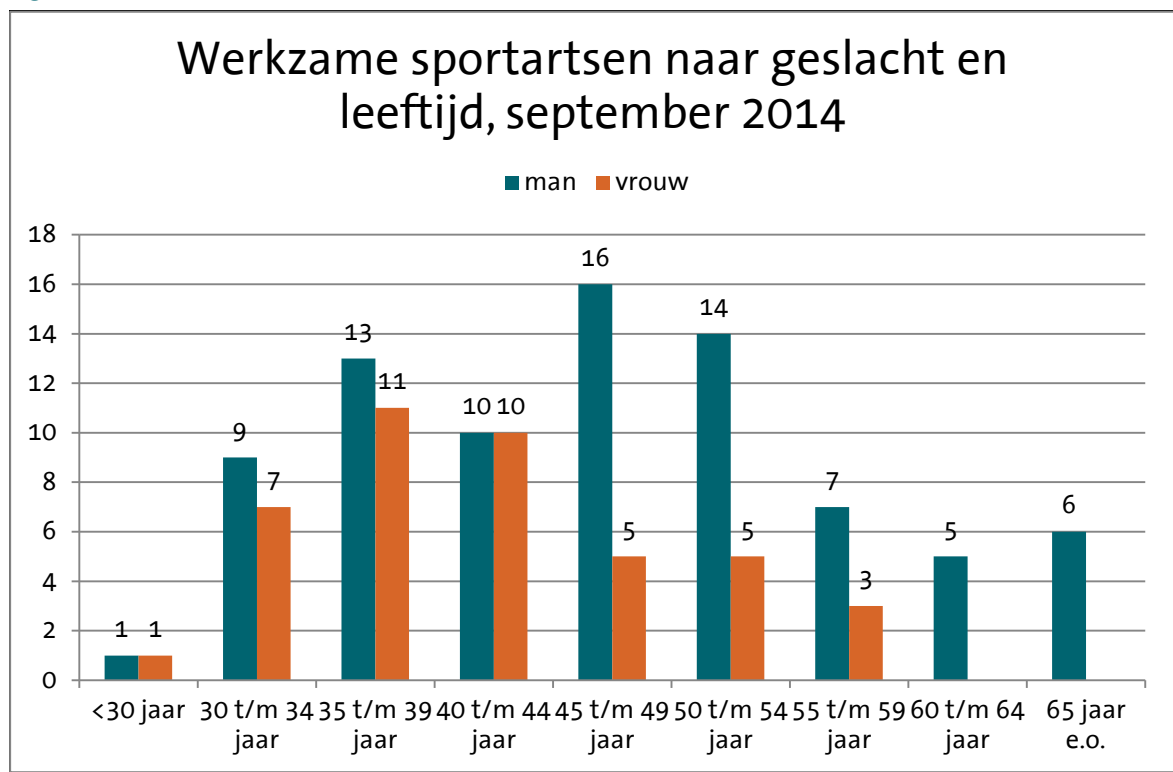
Terugkomend op hetgeen daaromtrent kort hiervoor is aangegeven, geeft grafiek 5.3 de leeftijdsverdeling van de nu werkzame sportartsen in ons land. Daarin blijkt het overgrote deel in de leeftijdsgroep van 30 t/m 54 jaar te vallen, doch voor de toekomstige situatie is het natuurlijk van meer belang de focus op de huidige groep van 50 of 55 jaar en ouder te leggen. Dit in de wetenschap dat deze over ongeveer ruim tien tot vijftien jaren hoogstwaarschijnlijk niet meer werkzaam zullen zijn. Daarbij wordt 'ruim' benadrukt in de wetenschap van een stijgende pensioenleeftijd nu en de komende jaren. Gemakshalve nog even uitgaande 65 jaar betekent dit in ieder geval, dat een groep van om en nabij de twintig sportartsen (>15%) binnen tien jaar gestopt zal zijn met werken, welke

voornamelijk uit mannen bestaat. Gemeten over vijftien jaar zal dit aantal grofweg verdubbelen, waarbij wederom het grootste deel uit mannelijke sportartsen zal bestaan.

5.4 Arbeidsomvang

Voor de groep werkzame sportartsen is het van belang om meer 'zuiver' zicht te hebben op het feitelijke aantal fte. Bekend is immers dat zij niet allemaal fulltime werkzaam zijn en daarmee dient dus voor de bepaling van de feitelijke bezetting/inzet rekening te worden gehouden. Even los van het aantal uren en dagen wordt een gewone volledige werkweek van een sportarts daarbij gelijkgesteld aan maximaal tien dagdelen of één fte. Een parttime werkweek van bijvoorbeeld vier dagen betreft dan dus 0,8 fte; 3 dagen 0,6 fte enz. Op deze basis kan tot berekening van een totale bezetting van op dit moment netto ruim 103 fte worden gekomen, waaruit een gemiddelde deeltijdfactor van 0,84 per sportarts kan worden afgeleid.

Figuur 5.3



Samengesteld op basis van informatie VSG.

Benadrukt wordt netto, daarmee corrigerend voor een elftal sportartsen met een eigen opgave van meer dan 1,0 fte, waarbij het surplus dus om eerder genoemde reden buiten beschouwing is gelaten. Vrijwel altijd gaat het daarbij om sportartsen met meerdere werkkringen, waaronder dikwijls ook nog een vaste en gedeeltelijke 'aanstelling' en/of 'verbintenis' met één of meerdere sportbond(en) of -club(s), waarvan in de praktijk niet altijd even goed duidelijk is in hoeverre deze feitelijk en qua uren wordt ingevuld resp. benut.

Overigens blijkt met ruim 40 uur het gemiddeld aantal uren per fte sportarts aardig tot goed in de pas te lopen met hetgeen normaliter in de ziekenhuissetting gebruikelijk is. In die zin lijken er overall dus geen signalen aanwezig te zijn om vraagtekens te zetten bij de workload. Dit laat echter onverlet een paar uitschieters aan de bovenkant met een voltijd werkweek van gemiddeld op jaarbasis soms meer dan 48 uur, althans wederom volgens de eigen opgave van de desbetreffende sportartsen in de meest recente ureninventarisatie van de VSG²².

Voor wat betreft de spreiding van het aantal fte kan worden verwezen naar tabel 5.3, waarin dit voor zowel mannen als vrouwen wordt weergegeven. Zoals verwacht ligt dit aandeel met 60% fulltimers bij de mannen beduidend hoger dan de 35% bij de vrouwelijke sportartsen. Dit resulteert uiteindelijk ook in een hogere deeltijdfactor bij mannen van 0,88 fte (bijna 4,5 dag) versus 0,75 fte (3,5 á 4 dagen) bij vrouwen. Ten opzichte van enkele jaren terug betekent dit wel, dat het aantal fte bij mannen vrij stabiel is gebleven versus een lichte stijging bij de vrouwelijke collegae. Zo was de deeltijdfactor bij vrouwen in 2007 met 0,70 fte iets lager gelegen dan nu. Vrouwelijke sportartsen zijn de afgelopen jaren dus iets meer gaan werken. Desondanks ligt deze deeltijdfactor nog duidelijk lager dan die bij de vrouwelijke collegae in de andere medische specialismen, waar sprake is van een overallgemiddelde van bijna 0,90 fte. Overigens geldt dit ook voor de mannen, doch met bijna 0,95 fte gaat het dan wel om een kleiner verschil²³.

Tabel 5.3: Werkende sportartsen naar geslacht en deeltijdfactor, september 2014

fte	man		vrouw		totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
minder dan 0,5	3	3,7	5	11,9	8	6,5
0,5 - <0,6	2	2,5	6	14,3	8	6,5
0,6 - <0,7	8	9,9	4	9,5	12	9,8
0,7 - <0,8	4	4,9	6	14,3	10	8,1
0,8 - <0,9	8	9,9	4	9,5	12	9,8
0,9 - <1,0	7	8,6	2	4,8	9	7,3
1,0 (fulltime)	49	60,5	15	35,7	64	52,0
totaal	81	100%	42	100%	123	100%
fte	71,6		31,5		103,1	
gemiddelde	0,88		0,75		0,84	

Samengesteld op basis van de meest recente ureninventarisatie (2013) van de VSG.

²² Enkele van deze sportartsen hebben daarbij de wenselijkheid aangegeven om minder uren te maken. In dit kader dient nog wel te worden aangetekend, dat een fulltime werkweek van een medisch specialist veelal boven een gewone standaard voltijd werkweek van gemiddeld 36 tot 40 uur gelegen is. Zo benoemt de huidige Cao UMC 2013-2015 de gemiddelde werkweek van een academisch medisch specialist op jaarbasis niet voor niets tenminste 40 en ten hoogste 48 uur (art. 15.6 lid 2). Ditzelfde geldt voor de medio dit jaar afgesloten nieuwe Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten 2014, die uitgaat van een voltijd arbeidsduur van gemiddeld 45 uur per week, doch de mogelijkheid biedt deze incidenteel naar maximaal gemiddeld 55 uur te verhogen.

²³ Meer details daaromtrent zijn te vinden in par.5.4 van het Deelrapport 1 Capaciteitsplan 2013.

In deze laatste wetenschap lijkt er dus nog eventueel enige onbenutte ruimte binnen de huidige beroepsgroep van sportartsen aanwezig te zijn. Als zodanig blijkt dit ook daadwerkelijk het geval te zijn, althans afgaande op de wens van ruim twintig sportartsen meer uren/fte dan nu binnen de sportgeneeskunde actief te willen zijn. In totaal gaat het daarbij om grofweg bijna 200 uur of te wel 5 fte (ureninventarisatie VSG 2013). In die zin lijkt het huidige aanbod dus wat groter dan de vraag, doch daarbij is dan nog geen rekening gehouden met de door enkele geuite wenselijkheid om minder uren te maken.

5.5 Uitstroom sportartsen

Bepalend voor de omvang van de toekomstige beroepsgroep is voor wat betreft de plus het aantal uitstromende aios, althans voor zover de opleiding afgerond (zie par.3.3), en voor wat betreft de min het aantal sportartsen, dat stopt met (sportgeneeskundig) werken, met pensioen gaat. Hier primair inhakend op de laatste groep is reeds eerder in par.5.3 stilgestaan bij de bevolkingsopbouw van de huidige groep werkzame sportartsen en de daaruit te verwachten uitstroom in de komende planperiode van tien tot vijftien jaar. Gemakshalve wordt hiernaar verwezen, waarbij nog kan worden aangetekend, dat de stapsgewijze verhoging van de pensioenleeftijd naar 67 jaar inmiddels (bij wet) realiteit is geworden. Hiermede dient dus rekening te worden gehouden, zeker ook daar uit de desbetreffende groep sportartsen zelf (50 jaar en ouder) een beoogde gemiddelde 'stopleeftijd' van ruim 68 jaar is af te leiden (VSG).



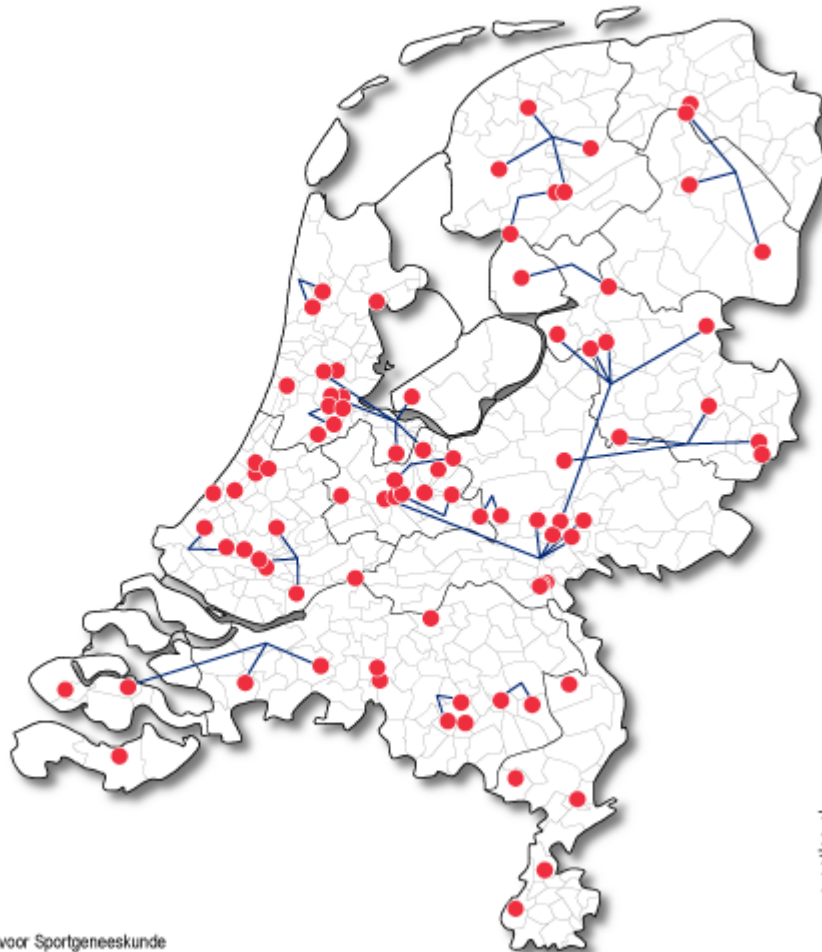
6 Werk- en organisatieproces

In het verlengde van de hiervoor aangegeven situatie en ontwikkelingen van zorgvraag en -aanbod is er natuurlijk nog de 'match' daartussen en de mogelijke veranderingen daarin. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om allerlei aspecten van de sportmedische infrastructuur en samenwerking met een toenemende aandacht voor een (nog) betere kwaliteit en doelmatigheid (effectiviteit).

6.1 Spreiding en concentratie

Meer aandacht voor de regionalisering en schaalvergroting van de SMI's, al dan niet in, vanuit of annex een ziekenhuis, hebben de afgelopen jaren ongetwijfeld een belangrijke push en bijdrage geleverd aan een steeds betere bereikbaarheid, bekendheid en de hiervoor reeds genoemde kwaliteit (certificering) en doelmatigheid. Op dit moment is er een aardig tot goed over Nederland gespreid netwerk van ongeveer 60 SMI's met in totaal om en nabij 100 locaties. Onderstaande kaart geeft hiervan een beeld voor de situatie in 2013.

Sportmedische instellingen 2013 hoofd- en sublocaties



Bron: Vereniging voor Sportgeneeskunde

www.zorgatlas.nl

Aanvullend hierop is in bijlage 3 ook een kaart opgenomen van de reistijden tot de dichtstbijzijnde SMI (per auto), waaruit is af te leiden, dat dit voor de meeste mensen onder de 45 minuten of drie kwartier gelegen is. In het westen, midden en zuiden is dit zelfs vrijwel overal binnen een half uur. In die zin is er dus op het eerste gezicht weinig tot niets aan te merken op de bereikbaarheid en toegang tot de sportgeneeskundige zorg en in het verlengde daarvan de sportmedische infrastructuur. Voor zover dit dan wel aan de orde is, gaat het om de helft van de ziekenhuizen zonder sportgeneeskundige functie en alwaar op dit moment dus geen enkele sportarts aanwezig resp. werkzaam is. Dit betreft dan ook nog eens het merendeel van de in totaal acht UMC's en iets minder dan de helft van alle 28 STZ- en 53 overige algemene ziekenhuizen²⁴. De kwestie is of en zo ja, in welke mate tot een verdere uitbouw en invulling dient te worden gekomen, daarbij in eerste instantie het vizier primair richtend op de UMC's en STZ-ziekenhuizen. Immers dit betreft de grotere ziekenhuizen in ons land met niet alleen de meest complexe patiëntenzorg, doch ook met speciale taken op het gebied van opleiding en (wetenschappelijk) onderzoek (O&O). Zeker ook in dit licht lijkt een verdere inbedding van een jong specialisme als sportgeneeskunde in specifiek deze ziekenhuizen goed voorstelbaar. Dit met alle voordelen van dien voor zowel een nadere verdieping als verbreding.

6.2 Netwerkvorming

Veelal bestaat er vanuit een SMI een lokaal of regionaal netwerk met omliggende zorgverleners, maar ook wel sportorganisaties/clubs. Dit maakt het mogelijk om de preventieve en meer reguliere basis sport(geneeskundige) zorg zo dicht mogelijk bij de sporter/patiënt te leveren (stepped care) en de wat meer complexe problematiek te concentreren in de daarvoor best geoutilleerde SMI, welke dan veelal in een ziekenhuis gevestigd zal zijn. Immers aldaar zijn alle functies en voorzieningen beschikbaar. Overigens dient daarbij niet alleen naar de 'top' te worden gekeken, doch zeker ook en vooral naar de basis in de zin van de 1^e lijn, alwaar sportartsen zo nodig prima op consultantbasis kunnen fungeren²⁵. Voor een goede onderlinge communicatie en informatie-uitwisseling is de verwachting gerechtvaardigd, dat ICT daarbij een steeds eminentere rol zal gaan vervullen. Dit met alle voordelen van dien voor zowel de zorgvrager als -aanbieder, waarbij de sportarts zich steeds meer kan (gaan) richten op zijn of haar spilfunctie en/of casemanager ten aanzien van een zo optimaal mogelijke (sportgeneeskundige) zorgverlening binnen het netwerk. Dit kan naar verwachting qua tijd en inzet zowel enige 'winst' als 'verlies' opleveren, waarbij er vooralsnog van wordt uitgegaan dat deze weegschaal de komende planperiode niet naar een van deze kanten zal uitslaan, maar in evenwicht zal blijven. In die zin wordt voor de parameter werkproces uitgegaan van 0%. Overigens komt dit overeen met het maximum uit Deelrapport 1 Capaciteitsplan 2013.

6.3 Arbeidstijdverandering

Voor het arbeidsproces wordt voor de inzet primair uitgegaan van het aantal werkzame fte (zie par.5.4). Daarbij wordt dus geen rekening gehouden met eventuele verschillen in arbeidsuren binnen één fte. Voor de toekomst is het echter wel van belang rekening te houden met eventuele

²⁴ De afkorting UMC staat voor Universitair Medisch Centrum; STZ betreft de grotere algemene ziekenhuizen, aangesloten bij de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen.

²⁵ Als zodanig staat dit ook aangegeven in het Beleidsplan 2012-2015 van de VSG en FMSI. Bilthoven, 2012.

veranderingen daarin. Mocht de tendens er namelijk een zijn van minder uren per fte dan noopt dit op termijn tot een wat grotere behoefte aan sportartsen dan andersom.

Weliswaar is daaromtrent niets met zekerheid te zeggen, doch mede op basis van de meest recente ureninventarisatie onder de nu werkzame sportartsen lijkt enige arbeidstijddaling meer voor de hand liggend dan -stijging (zie ook par.4.5). Om dit op te vangen zijn dus meer (iets) sportartsen nodig in een orde van grootte van vooralsnog op jaarbasis 0,1%. Dit is conform het overal gemiddelde uit Deelrapport 1 Capaciteitsplan 2013.

6.4 Taakherschikking/taakverschuiving

Het betreft hier de mogelijke inzet van lager opgeleide aanverwante disciplines in de sportgeneeskundige praktijk. Te denken valt daarbij bijvoorbeeld aan de inschakeling van 'nieuwe beroepen', zoals physician assistants (PA) en verpleegkundig specialisten (VS). Op een enkele uitzondering na blijkt dit in de praktijk tot nu toe echter nog niet aan de orde²⁶. Benadrukt wordt 'nog', daar dit nu en de komende jaren niet bij voorbaat hoeft te worden uitgesloten, zeker daar de meerwaarde van deze ontwikkeling in een vrij brede kring van zowel overheid als zorgsector zelf onderschreven wordt. In deze wetenschap is er voor gekozen om de impact van deze parameter op de sportartsenbehoefte op voorlopig minimaal 0% en maximaal -0,2% in te schatten. Voor het maximum is daarbij aangesloten bij de minimumvariant uit Deelrapport 1 Capaciteitsplan 2013.

²⁶ Voor zover bekend is er in één PA werkzaam op de afdeling sportgeneeskunde van de Isala Klinieken te Zwolle (www.isala.nl).



7 Varianten en scenario's

Op basis van de hiervoor aangegeven feitelijke en verwachte ontwikkelingen van zowel vraag als aanbod wordt in dit hoofdstuk een zo goed mogelijke benadering van het benodigde aantal sportartsen in de komende planperiode gegeven. Gelet op een totale opleidingsduur van formeel tien jaar, doch feitelijk veelal langer, dient daarbij een langere planningshorizon in ogenschouw te worden genomen²⁷. Mede op grond hiervan ligt de tijdshorizon van deze vooruitblik dus primair ergens aan het eind van de tweede helft van het volgende decennium, waarbij het jaar 2030 voor dit eerste advies over sportgeneeskunde als zgn. evenwichtsjaar is gekozen.

7.1 Uniform rekenmodel

Zoals reeds eerder aangegeven hanteert het Capaciteitsorgaan voor de kwantitatieve raming van de artsen/specialistenbehoefte van oudsher een (eigen) model, waarin de diverse parameters van vraag en aanbod volgens een uniform en vast stramien kunnen worden ingevuld. Het startpunt daarvoor is de huidige stand van zaken, waarna vervolgens voor de komende planperiode rekening wordt gehouden met alle in de vorige hoofdstukken geschetste verwachtingen en inschattingen. Hieruit volgt een berekening van de benodigde capaciteit (fte) in enkele toekomstscenario's, waarbij het Capaciteitsorgaan op dit moment een viertal varianten hanteert, namelijk de basis-, combinatie-, arbeidstijdsverandering- en taakherschikkingsvariant. Deze laatste variant is de meest recente en haakt in op de jongste ontwikkelingen van de al dan niet verwachte inzet van aanverwante disciplines (zie par.6.4). Achtereenvolgens passeren deze varianten nu inhoudelijk kort de revue.

7.2 Basisvariant

Zoals de naamgeving al zegt, kan deze variant als dé basis van alle verdere varianten worden gekenschetst. Aan het begin houdt deze op de peildatum rekening met de al dan niet aanwezigheid van onvervulde vraag (zie par.4.5), de mogelijke invloed van de demografische ontwikkelingen in de komende planperiode (zie par.4.2) en alle verwachte ontwikkelingen in de samenstelling van de beroepsgroep zelf. Kenmerkend voor deze factoren is dat stuk voor stuk als vrij 'hard' kunnen worden bestempeld. In die zin is deze basisvariant dus een zeker, maar tegelijkertijd ook minimaal vertrekpunt. Immers bij de input gaat het maar om een beperkt aantal ingrediënten.

7.3 Combinatievariant

Daarbovenop houdt de combinatievariant rekening met de verwachte ontwikkelingen op de onderdelen van epidemiologie en vak ontwikkeling (zie par.4.3), op het sociaal culturele vlak (zie par.4.4) en met betrekking tot het werk- en organisatieproces (zie hoofdstuk 6). Hieruit resulteert dus een wat completer toekomstplaatje, dat echter in het totaal wel als iets minder hard of 'zachter' kan worden beschouwd. Ten opzichte van de basisvariant betreft de toevoeging namelijk allemaal parameters die zeker voor een nieuw specialisme moeilijker en lastiger te voorspellen zijn en waarbij het dus maar de vraag is in hoeverre deze ook werkelijk (gaan) uitkomen.

²⁷ Een van de feitelijke oorzaken van een feitelijke langere opleidingsduur is de zgn. overgangperiode tussen het moment van het artsexamen en de start van de vervolgopleiding. Op dit moment bedraagt deze iets minder dan drie jaar.

Overigens is daarbij wel zo goed mogelijk geput uit de gevoelens en inzichten daaromtrent vanuit het 'veld' zelf, alsmede zijn in toetsende zin daarbij telkenmale ook de verwachtingen van de meest aanverwante specialismen in ogenschouw genomen.

7.4 Arbeidstijdverandering variant

Zoals uit de naamgeving natuurlijk al is af te leiden, houdt deze zgn. ATV-variant bovenop de hiervoor genoemde combinatievariant, ook nog eens rekening met de mogelijke verwachte impact door verandering in de arbeidstijd. Ongeacht het totaal aantal (werk)uren binnen één fte gaat het hierbij om het 'meenemen' van de trendmatige ontwikkeling in de zin van meer of minder uren per fte (zie par. 6.3). Voor nu en straks kan dit immers minder of juist meer sportartsen betekenen.

7.5 Taakherschikkingvariant

Bovenop de vorige variant houdt deze zgn. TH-variant ook rekening met de mogelijke gevolgen van inschakeling van aanverwante (lager opgeleide) disciplines, om deze reden soms ook wel als verticale substitutie aangeduid. Weliswaar heeft deze ontwikkeling in de sportgeneeskunde tot op heden nog geen echt grote vlucht genomen, doch wat nu nog niet is kan nog komen (zie par. 6.4). In die zin ligt het voor de hand deze ook hier apart te onderscheiden, hoe miniem ook.

Schematisch is de opbouw van de vier varianten dus als volgt:

variant	onvervulde vraag	demografie	epidemiologie	sociaal cultureel	werkproces	ATV	TH
basis	x	x	o	o	o	o	o
combinatie	x	x	x	x	x	o	o
ATV	x	x	x	x	x	x	o
TH	x	x	x	x	x	x	x

7.6 Uitkomsten

Voor de hiervoor onderscheiden vier varianten geeft tabel 7.1 voor de komende jaren een beeld van de toekomstige behoefte aan sportartsen. Het betreft de benodigde capaciteit in fte, waarbij een tweetal planjaren in ogenschouw is genomen, namelijk 2025 en 2031. Voor de langere termijn is daarbij uitgegaan van een voortgaande trend, dat wil zeggen dat er van wordt uitgegaan dat de voor de eerste jaren geprognosticeerde trend zich ook de jaren daarna voortzet. Deze methodiek is overigens conform de meest gebruikelijke van het Capaciteitsorgaan.

Tabel 7.1: Toekomstige benodigde capaciteit in fte

variant	2025	2031
basis	103	103
combinatie	120	130
ATV	121	132
TH	121	132

Berekening heeft plaatsgevonden door Kiwa Carity op basis van de eerder aangegeven verwachte ontwikkeling van de vraag (zie bijlage 4). Voor zover sprake is van een minimum en maximum wordt daarbij zoals veelal gebruikelijk uitgegaan van het minimum (laag-laagvariant). Om deze reden is er hier geen verschil tussen de ATV en TH-variant. Overigens zijn deze uitkomsten ook van toepassing, indien van het maximum wordt uitgegaan (hoog-hoogvariant). In dit geval is dit onderscheid dus van weinig tot geen belang, althans in rekenkundige zin.

Verreweg het minste aantal fte sportartsen is nodig in de basisvariant, wat natuurlijk niet verwonderlijk is, gelet op de status en inhoud hiervan. De scoop richt zich immers primair en alleen op de meest 'harde' onderdelen van de toekomstige behoefte (zie par.7.2). Dit in tegenstelling tot de drie andere varianten, die stuk voor stuk op een beduidend groter aantal fte sportartsen uitkomen met ook nog eens slechts vrij kleine onderlinge verschillen. Zeker omdat deze varianten rekening houden met veel meer ontwikkelingen, ligt het voor de hand deze als meer realistisch in te schatten, ook al omvat de onderbouwing daarvan niet altijd even harde gegevens. In trendmatige zin behoeft dit echter niet als bezwaarlijk te worden gekenschetst (Delphi). Mede gelet op de marginale verschillen ligt het voor de hand om de toch wat meer 'beleidsrijke' ATV- en TH-variant als meest realistische voorkeursvarianten aan te merken. Welke instroom hiervoor nodig, volgt nu ter afsluiting in hoofdstuk 8.



8 Overwegingen en advies

Op basis van de in de voorgaande hoofdstukken aangegeven ingrediënten en behoefte van het aantal sportartsen dat straks waarschijnlijk nodig is, volgt in dit hoofdstuk nu de modelmatige vooruitberekening, raming, alsmede het uiteindelijke advies voor de daarvoor jaarlijks noodzakelijk geachte instroom. Duidelijk moge zijn, dat daarbij uiteraard ook rekening wordt gehouden met de huidige 'pijnlign', oftewel de aios die nu met de opleiding bezig zijn. Dit zittende bestand zal immers nu en de komende jaren weinig tot niet aan veranderingen onderhevig zijn. Uitgaande van de wenselijkheid van de direct betrokken veldpartijen om de jaren daarna op dit onderdeel ook zoveel mogelijk rust en stabiliteit te creëren ligt het voor de hand om als planningshorizon de langere termijn met 2031 als 'evenwichtsjaar' als primaire uitgangspunt te nemen (zie par. 7.6). Vooraleer hier een nadere uitwerking aan te geven, staan we echter eerst nog even stil bij enkele beleidsmatige ontwikkelingen, waarvan de impact op de korte, maar met name op deze langere termijn nog zeer onzeker is. In die zin is het dus meer dan nodig deze ontwikkelingen nu en de komende tijd continu te blijven volgen en monitoren, zeker ook in het licht van het veranderende zorglandschap, bezuinigingen, alsmede en niet te vergeten de nog prille formele erkenning en daarmee de toch wat nieuwere positionering van het specialisme sportgeneeskunde (zie hoofdstuk 2).

8.1 Beleidsontwikkelingen

Veel van de relevante beleidsmatige ontwikkelingen zijn reeds in de hoofdstukken 4 en 6 aan de orde geweest en deze behoeven hier dus weinig tot geen extra aandacht. Dit zou immers een herhaling van zetten zijn. Weliswaar is er de zekerheid van de erkenning van het vakgebied, maar daar rondom heen is er nog steeds veel onduidelijkheid omtrent zaken als profilering (zie par.2.2) en duiding (zie par.4.3). Dit laatste is natuurlijk inherent aan de plek van de sportgeneeskunde in het zorg veld, waarbij de sportarts vooral complementair aan en in synergie met de reeds bestaande vakgebieden werkt (CGS). Als zodanig noopt dit dus om nu en de komende jaren tot een goede afstemming en samenwerking met deze aanpalende en soms overlappende zorggebieden te komen²⁸. Overigens is dit conform het standpunt van het Zorginstituut bij de aanbidding van het eerder genoemde Rapport Sportgeneeskunde en de Zorgverzekeringswet. Het zoveel mogelijk voorkomen van fragmentatie in de zorg en ondoelmatigheid staat daarbij hoog in 't vaandel, evenals het uitgangspunt dat dit evidencebased onderbouwd resp. gestoeld dient te zijn op de meest recente ontwikkelingen²⁹. Bij dit laatste kan bijvoorbeeld ook specifiek worden gedacht aan de mogelijke inzet bij de eerder genoemde behandeling van chronisch zieken (zie par.4.3). Weliswaar benoemt het Zorginstituut deze rol als casemanager en dat deze als zodanig ook onder de basisverzekering zou kunnen vallen, maar of de sportarts deze rol kan vervullen hangt mede samen met de organisatie die zorgaanbieders kiezen voor deze multidisciplinaire zorg en uiteindelijk de

²⁸ Goed voorbeeld in dit kader is een artikel in het Revalidatie Magazine nr.3 september 2014 over de meerwaarde van de sportarts binnen revalidatie. Sportgeneeskunde blijkt een belangrijke toevoeging bij revalidatie, aldus revalidatieartsen en sportartsen die in ons land de eerste samenwerkingsvormen hebben opgezet en daarvan goede resultaten zien.

²⁹ Zie in dit kader de column van Marcel Levi onder de titel "Sportgeneeskunde kan wellicht een evidencebased impuls gebruiken" in Medisch Contact d.d. 26 juni 2014 en de reactie daarop van Kasper Janssen in Medisch Contact d.d. 14 augustus 2014.

mate waarin zorgverzekeraars dit dan willen 'inkopen'. De komende tijd zal daarin ongetwijfeld mee duidelijkheid scheppen.

8.2 Instroomadvies

Met inachtneming van alle hiervoor gememoreerde feiten, uitgangspunten, schattingen en niet te vergeten onzekerheden geeft tabel 8.1 de uiteindelijke cijfermatige uitkomsten voor de daarvoor benodigde jaarlijkse instroom. Daarbij wordt nogmaals benadrukt, dat rekening is gehouden met zowel het zgn. interne als externe rendement, d.w.z. met het aantal aios, dat de opleiding uiteindelijk niet afrondt ('uitval') resp. dat na verloop van tijd als zodanig niet (meer) als sportarts aan 't werk is. Bij dit laatste wordt apart onderscheid gemaakt in en viertal perioden, namelijk na één, vijf, tien en vijftien jaar. Desbetreffende uitkomsten zijn te vinden in bijlage 4.

Tabel 8.1: Benodigde instroom per tijdvak en variant

tijdvak evenwichtsjaar	middellang 2025	lang 2031
basis	0,0	1,9
combinatie	2,3	6,0
ATV	2,8	6,3
TH	2,8	6,3

Berekening heeft plaatsgevonden door Kiwa Carity op basis van de eerder aangegeven verwachte ontwikkeling van de vraag (zie bijlage 4).

Afhankelijk van tijdvak en variant verschillen de uitkomsten enigszins, hetgeen natuurlijk niet verwonderlijk is gelet op de eerder aangegeven wenselijk geachte benodigde capaciteit aan sportartsen (zie par.7.6). Toegespitst en in aansluiting op hetgeen reeds hiervoor uitgebreid aan de orde is geweest voor de meest realistische variant(en), ligt het voor de hand de focus voor het uiteindelijke advies primair en met name te richten op de vetgedrukte uitkomsten van de ATV- en TH-variant met een minimuminstroom voor de middellange termijn van (afgerond) drie aios en een maximum- voor de langere termijn van zes aios. Daarmede sluit dit laatste aantal aardig tot goed aan bij de feitelijke instroom in de laatste drie jaren met enige mate van rust en stabiliteit in ook de komende jaren als toch belangrijke gevolgtrekking (zie tabel 3.2). Dit in tegenstelling tot het minimum van drie, hetgeen een halvering van de huidige instroom zou betekenen. De al dan niet noodzaak hiertoe hangt echter vooral samen met de mate waarin het de sportgeneeskunde op deze middellange termijn en in goed overleg en samenwerking met andere stakeholders lukt tot een verdere en zekere 'uitbouw' en 'positionering' van dit nieuwe specialisme te komen.

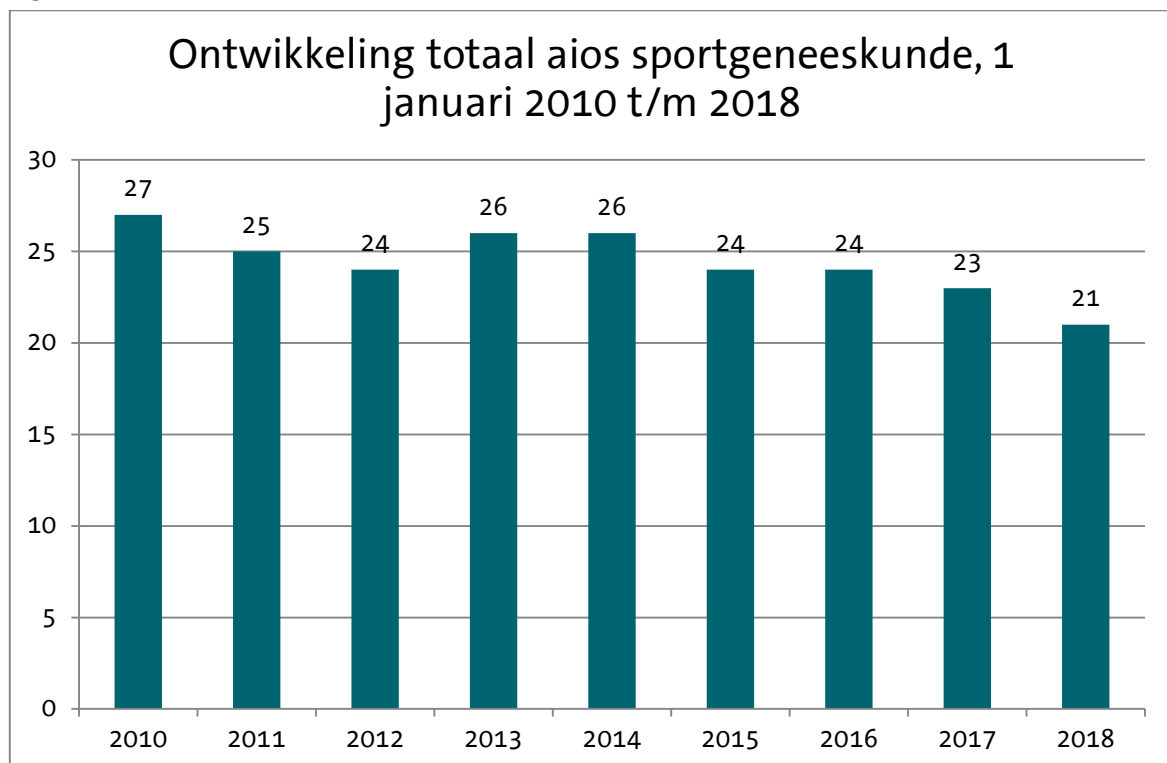
Het is in dit toch nog wat onzekere toekomstperspectief om vooralsnog dit eerste instroomadvies binnen de hiervoor genoemde bandbreedte van minimaal drie en maximaal zes aios af te geven. Daarbij is zonneklaar, dat nu en de komende jaren de feitelijke ontwikkeling door het Capaciteitsorgaan zeer nauwlettend in de gaten zal worden gehouden. Zoals het er nu uitziet, staat dit in ieder geval al voor het jaar 2016 op het programma, wanneer het de bedoeling is om het specialisme sportgeneeskunde voor het eerst integraal deel uit te laten maken van het in dit jaar te verschijnen Capaciteitsplan. Een mogelijke bijstelling is dus binnen een of twee jaar mogelijk.

8.3 Bezette opleidingscapaciteit

Afsluitend volgen nu de mogelijke consequenties van het hiervoor afgegeven instroomadvies op de totaal verwachte opleidingscapaciteit of te wel het totaal aantal aios sportgeneeskunde. Dit geheel conform de naamgeving van het Capaciteitsorgaan, maar nadrukkelijk ook op verzoek van de meeste van de direct betrokken veldpartijen, inclusief het Ministerie van VWS. Zowel interne als externe aspecten steken daarbij de kop op, waarbij gedacht kan/moet worden aan enerzijds bedrijfsvoering, productie en anderzijds financiën, bekostiging.

Uitgaande van ons maximale instroomadvies geeft grafiek 8.1 een beeld van de verwachte ontwikkeling van het totaal aantal aios in de komende jaren. Door iets meer uitstroom dan instroom ligt een lichte daling in 't verschiet tot uiteindelijk een totale bezetting met ruim twintig aios op 1 januari 2018. Duidelijk moge zijn, dat dit aantal uiteindelijk naar onder de twintig zal gaan dalen, indien het minimum instroomadvies van toepassing zou zijn.

Figuur 8.1:



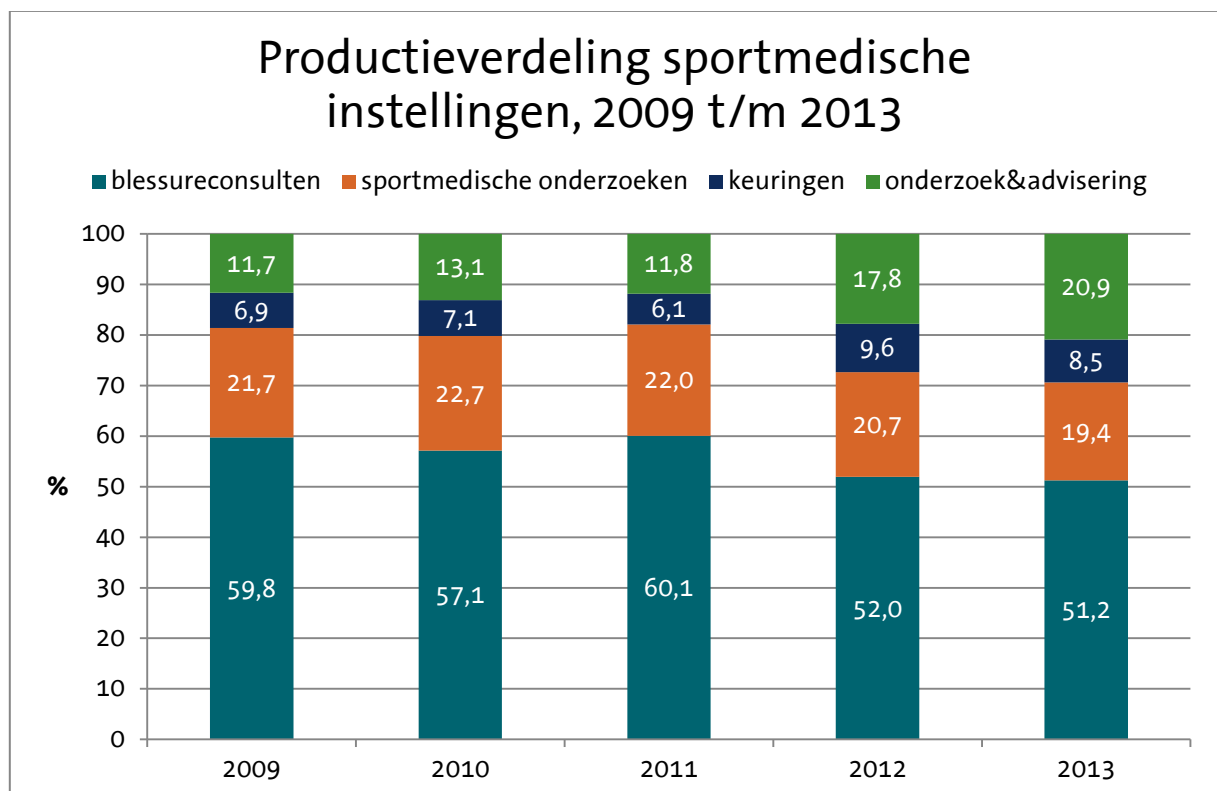
De feitelijke ontwikkeling 2010 t/m 2015 is conform tabel 3.2. Voor de latere jaren is voor de instroom in 2015 rekening gehouden met een geplande instroom van zeven en voor de jaren 2016 en 2017 conform ons maximumadvies van zes. De verwachte uitstroom is afgeleid uit de opleidingsschema's van de huidige 'pijplijn' (NIOS/RGS).



Bijlage 1: Productieontwikkeling SMI's 2009 t/m 2013

	2009	2010	2011	2012	2013
blessureconsulten	35.626	35.695	37.995	31.815	31.355
herhalingsconsulten	23.034	22.683	25.703	20.889	19.447
totaal consulten	58.660	58.378	63.698	52.704	50.802
basis SMO	5.431	5.500	6.450	4.665	4.061
basisplus SMO	3.538	5.499	4.694	4.966	6.094
groot SMO	12.301	12.234	12.218	11.375	9.071
totaal sportmedische onderzoeken	21.270	23.233	23.362	21.006	19.226
zweefvliegkeuringen	1.497	1.360	1.401	1.295	1.366
verplichte keuringen	5.297	5.891	5.048	8.420	7.095
totaal keuringen	6.794	7.251	6.449	9.715	8.461
onderzoek en advisering	11.450	13.358	12.518	18.016	20.691
totaal	98.174	102.220	106.027	101.441	99.180

Bron: FSMI



Bijlage 2: Bevolkingsontwikkeling naar leeftijd, 2010 t/m 2040

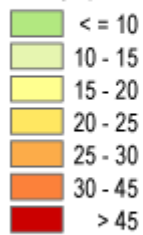
1 januari	0 t/m 19 jaar	20 t/m 64 jaar	65 jaar en ouder	totaal	groei (%)
2010	3.928.334	10.108.327	2.538.328	16.574.989	0,54
2011	3.913.819	10.147.034	2.594.946	16.655.799	0,49
2012	3.894.754	10.119.226	2.716.368	16.730.348	0,45
2013	3.870.773	10.084.457	2.824.345	16.779.575	0,29
2014	3.846.040	10.064.225	2.919.024	16.829.289	0,30
2015	3.827.352	10.065.801	3.005.742	16.898.895	0,41
2016	3.817.314	10.066.848	3.087.319	16.971.481	0,43
2017	3.810.723	10.069.564	3.164.871	17.045.158	0,43
2018	3.804.947	10.067.037	3.246.427	17.118.411	0,43
2019	3.793.795	10.067.911	3.324.295	17.186.001	0,39
2020	3.781.969	10.064.813	3.402.048	17.248.830	0,37
2021	3.765.381	10.061.690	3.479.510	17.306.581	0,33
2022	3.753.461	10.050.658	3.559.234	17.363.353	0,33
2023	3.744.303	10.034.828	3.639.526	17.418.657	0,32
2024	3.736.822	10.014.476	3.721.167	17.472.465	0,31
2025	3.736.660	9.981.836	3.805.641	17.524.137	0,30
2026	3.742.809	9.942.572	3.888.348	17.573.729	0,28
2027	3.751.252	9.895.767	3.973.987	17.621.006	0,27
2028	3.763.394	9.844.440	4.058.202	17.666.036	0,26
2029	3.772.498	9.793.274	4.142.941	17.708.713	0,24
2030	3.781.916	9.739.180	4.227.878	17.748.974	0,23
2031	3.792.146	9.689.293	4.304.975	17.786.414	0,21
2032	3.806.636	9.639.205	4.375.089	17.820.930	0,19
2033	3.824.570	9.587.231	4.440.581	17.852.382	0,18
2034	3.846.039	9.529.818	4.504.765	17.880.622	0,16
2035	3.862.655	9.466.836	4.576.103	17.905.594	0,14
2036	3.875.349	9.413.074	4.638.824	17.927.247	0,12
2037	3.884.141	9.372.534	4.688.930	17.945.605	0,10
2038	3.889.634	9.345.467	4.725.738	17.960.839	0,08
2039	3.891.999	9.337.387	4.743.719	17.973.105	0,07
2040	3.891.473	9.338.732	4.752.497	17.982.702	0,05

Bron: CBS; 2010 t/m 2014 betreft feitelijke uitkomsten. De latere jaren zijn afgeleid uit de meest recente landelijke bevolkingsprognose 2015-2060 d.d. december 2014.

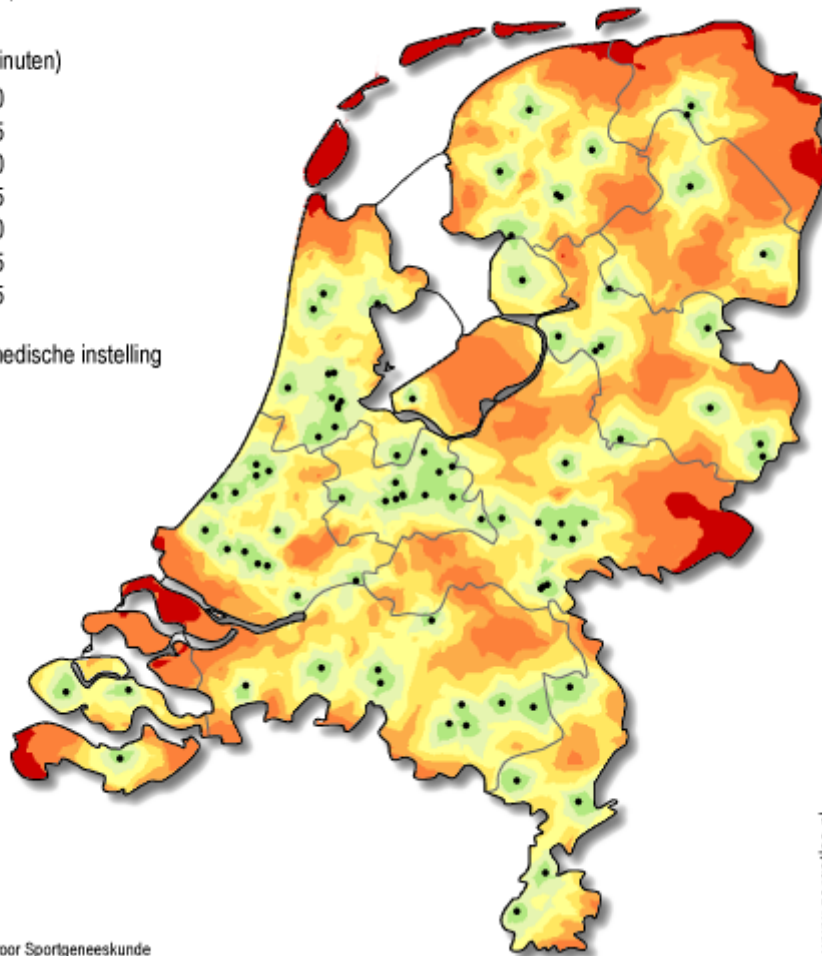
Bijlage 3: Reistijd tot dichtstbijzijnde sportmedische instelling

Reistijd tot dichtstbijzijnde sportmedische instelling
met de auto, 2013

Reistijd (in minuten)



- sportmedische instelling



Bron: Vereniging voor Sportgeneeskunde

www.zorgatlas.nl

Bijlage 4: Overzicht aannames per parameter

	Standaard specificatie			Opmerking
Beroepsgroep	Sportarts			
Basisjaar / Bijsturingjaar / Trendjaar	2015	2017	2025	
Evenwichtsjaar 1 en 2		2025	2031	
AANBOD IN 2015 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2035	Man	Vrouw	Totaal	
Aantal werkzame personen in het jaar 2015			123	
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2015		32,0%		pag 22
Gemiddeld aantal FTE per persoon in het jaar 2015	0,880	0,750		pag 24
FTE per werkzame persoon in 2020				
FTE per werkzame persoon in 2025				
FTE per werkzame persoon in 2030				
FTE per werkzame persoon in 2035				
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2020	6,7%	0,0%		pag 23
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2025	16,0%	7,1%		pag 23
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2030	34,7%	19,0%		pag 23
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2035	56,0%	31,0%		pag 23
VRAAG IN 2015 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2035	Laag	Midden	Hoog	
Onvervulde zorgvraag per 1-1-2015	0,0%		0,0%	pag 18
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2020		0,0%		pag 15/16
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2025		0,0%		pag 15/16
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2030		0,0%		pag 15/16
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2035		0,0%		pag 15/16
Verandering per jaar agv epidem. ontwikk. (+vakin. vwb. MS)	0,3%		0,5%	pag 17
Verandering per jaar agv sociaalculturele ontwikkelingen	1,3%		1,3%	pag 18
Verandering per jaar agv vakinhoud. ontwikk. (voor MS bij epid.)	0,0%		0,0%	
Verandering per jaar agv efficieny (=werkproces MS)				
Verandering agv horiz. taakhersch. (bij eff. voor MS; +vert. VHA)	0,0%		-0,2%	pag 28
Verandering per jaar agv inzet aanverwante disciplines				
Verandering per jaar agv arbeidstijdverkorting	0,1%		0,1%	pag 28
INSTROOM IN OPLEIDING TOT 2015	Mannen	Vrouwen	Totaal	
Gemiddelde aantal nog in de opleiding per leerjaar per 1-1-2015			6,0	pag 9
Geslachtsverdeling instroom in opleiding per 1-1-2015		54,0%		
Opleidingsduur voor instroom tot aan het jaar 2015			4,0	
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2015	89,0%	89,0%		pag 10 1 op 9
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom tot aan 2015	98,0%	98,0%		
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom tot aan 2015	90,0%	90,0%		
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom tot aan 2015	85,0%	85,0%		
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom tot aan 2015	80,0%	80,0%		buitenland, elders werkzaam p 19
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2015 t/m 2016	Mannen	Vrouwen	Totaal	
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2015/2016			7,0	pag 9
Geslachtsverdeling voor instroom in 2015/2016		54,0%		
Opleidingsduur voor instroom in 2015/2016			4,0	
Intern rendement van de opleiding voor instroom in 2015/2016	89,0%	89,0%		
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom in 2015/2016	98,0%	98,0%		
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom in 2015/2016	90,0%	90,0%		
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom in 2015/2016	85,0%	85,0%		
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom in 2015/2016	80,0%	80,0%		
INSTROOM UIT BUITENLAND VANAF 2015				
Instroom per jaar uit buitenland vanaf het jaar 2015			0,0	

Deze bijlage is opgesteld door Kiwa Charity op basis van de in dit Capaciteitsplan aangegeven uitgangspunten.

Literatuurlijst en referenties

Arko Sports Media. Jaarboeken sportgeneeskunde (2007 t/m 2012). Nieuwegein;

College Geneeskundige Specialismen. Besluit van 11 september 2013 houdende opleidings- en erkenningseisen voor het specialisme sportgeneeskunde (Besluit Sportgeneeskunde);

GfK 2014. Sportdeelname Index. Ontwikkelingen sportdeelname 2012-2014;

Nederlands Instituut Opleiding Sportartsen. Landelijk opleidingsplan sportgeneeskunde. Bilthoven, 1 september 2012;

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen. Zorg Innoveert. Brancherapport algemene ziekenhuizen 2014. Utrecht, februari 2015;

NLCoach. Van coaches- voor coaches – door coaches. Steeds meer begrip voor bewegend genezen. Nieuwegein, nummer 1 – 2015;

Sociaal en Cultureel Planbureau/W.J.H. Mulierinstituut. Sport: een leven lang. Rapportage sport 2010. Den Haag/'s Hertogenbosch, december 2010;

Sociaal en Cultureel Planbureau. Rapportage sport 2014. Den Haag, januari 2015;

Vereniging voor Sportgeneeskunde en Federatie van Sportmedische Instellingen. Beleidsplan 2012-2015. Bilthoven, 2011;

Vereniging voor Sportgeneeskunde. Beroepsprofiel sportarts. Bilthoven, 19 april 2012;

Vereniging voor Sportgeneeskunde. Onderbouwing erkenningsaanvraag sportgeneeskunde. Bilthoven, april 2013;

Zorginstituut Nederland. Sportgeneeskunde en de Zorgverzekeringswet. Diemen, 4 december 2014.

**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