

Plastische chirurgie

Inspelend op behoefte én markt

Adviseren is lastig, vooral bij onzekerheden en belangen. Desondanks probeert het Capaciteitsorgaan dit vanaf de oprichting in 1999 zo zuiver en onafhankelijk mogelijk te doen, zo ook voor het specialisme plastische chirurgie. Hierbij wordt zo goed mogelijk rekening gehouden met de feitelijke ontwikkeling tot dan toe, alsmede voor nu en de komende jaren het door betrokken veldpartijen verwachte toekomstbeeld¹. Dit geldt ook ten aanzien van de totstandkoming van het jongste reguliere Capaciteitsplan 2008, waarin voor de instroom plastische chirurgie een advies resulteert van minimaal vier en maximaal zeven aios. Uiteindelijk is dit maximale advies toentertijd ook door het Ministerie van VWS overgenomen resp. in de planning toegewezen (1^e tranche Opleidingsfonds).

Mede in het verlengde van dit advies en na contacten daaromtrent met het Capaciteitsorgaan is door de NVPC medio 2008 een enquête gehouden met daarin vooral aandacht voor de capaciteit². Op één onderdeel na waren de feitelijke uitkomsten hiervan in belangrijke mate overeenkomstig die uit ons Capaciteitsplan 2008. Alleen op het onderdeel van de zgn. onvervulde vraag bleek een significant verschil, dat ongeacht de aard en omvang van deze vacatures, in ieder geval boven het gehanteerde generieke percentage van 1% gelegen was. Mede op verzoek van de NVPC was dit begin 2009 voor het Capaciteitsorgaan meer dan voldoende aanleiding om tot een tussentijdse heroverweging van het vigerende advies te komen. Eind maart 2009 heeft deze bijstelling in de zin van een verhoging van minimaal zeven en maximaal negen aios plaatsgevonden. Dit verhoogde advies is echter niet door het Ministerie van VWS overgenomen³. Zowel de reactie hierop van de NVPC, als de latere publiciteit rondom een 'tekort' aan plastisch chirurgen, inclusief Kamervragen daaromtrent, heeft dit onderwerp echter opnieuw en vroegtijdig op de agenda gezet⁴.

¹ Als betrokken veldpartijen gelden ondermeer de (opleidings)instellingen (NFU, NVZ/STZ), beroepsbeoefenaren (KNMG, Orde) en zorgverzekeraars (ZN). Specifiek is er ook de inbreng van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC).

² Rapport Leden enquête NVPC 2008. Deel 1: Capaciteitsplanning.

³ Brief Ministerie van VWS d.d. 17 april 2009 kenmerk MEVA/NBO-2925959.

⁴ Brief NVPC aan Ministerie van VWS d.d. 20 mei 2009 betreffende een reactie op de bijstelling plastische chirurgie; cc. Capaciteitsorgaan. De kamervragen over het tekort aan plastisch chirurgen dateren van het vragenuur op 6 oktober 2009. Dit mede naar aanleiding van krantenkoppen als 'Plastisch chirurgen luiden de noodklok' (VK 2 oktober 2009) en 'Beroepsgroep: te weinig plastisch chirurgen opgeleid' (AD 3 oktober 2009), alsmede een interview met de voorzitter van de NVPC in de NRC weekblad 21-27 november 2009.

Uiteindelijk heeft dit geleid tot een verzoek van het Ministerie van VWS om dit advies wederom tussentijds te bezien. Deze notitie geeft hieraan een nadere uitwerking, waarbij vooralsnog primair de in het Capaciteitsplan 2008 gebruikte ingrediënten, in het bijzonder onvervulde vraag, wederom tegen het licht worden gehouden. Dit in afwachting van de uitkomsten van het aanstaande Capaciteitsplan 2010, dat op dit moment in voorbereiding is.

Allereerst wordt nu op een aantal belangrijke onderdelen van de aanbodontwikkeling een beeld geschetst van de actuele stand van zaken tot nu toe. Aan het einde staat de conclusie met het advies.

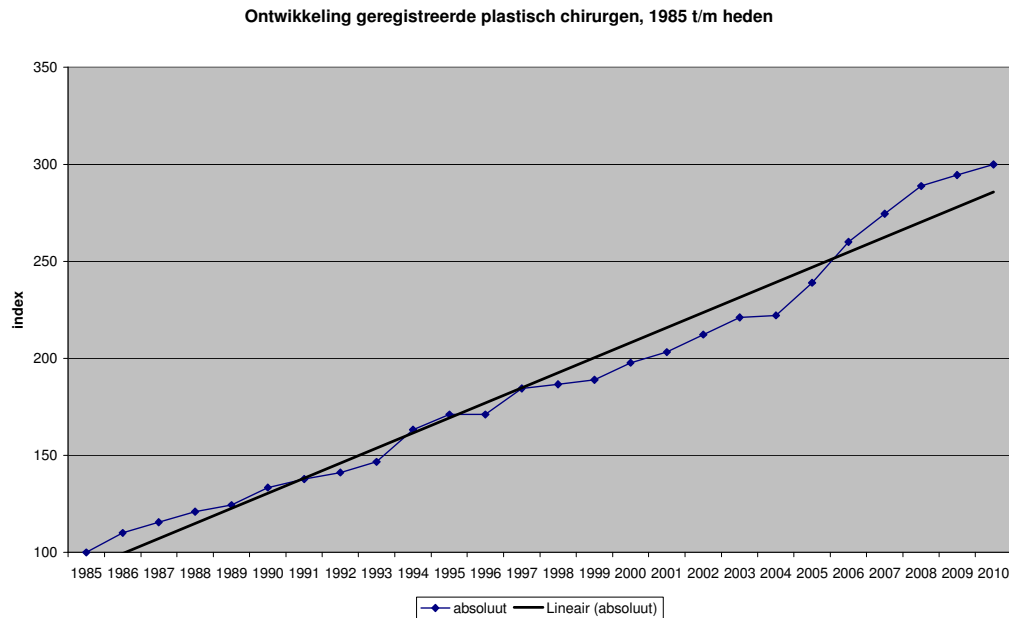
1. Aanbod plastisch chirurgen.

Tabel 1: Ontwikkeling plastisch chirurgen, 1985 t/m heden

1 januari	absoluut	per 100.000 inwoners	ratio bevolking
1985	90	0,62	160.598
1986	99	0,68	146.762
1987	104	0,71	140.530
1988	109	0,74	135.000
1989	112	0,76	132.190
1990	120	0,81	124.105
1991	124	0,83	121.052
1992	127	0,84	119.127
1993	132	0,87	115.448
1994	147	0,96	104.364
1995	154	1,00	100.157
1996	154	0,99	100.610
1997	166	1,07	93.778
1998	168	1,07	93.180
1999	170	1,08	92.707
2000	178	1,12	89.123
2001	183	1,14	87.361
2002	191	1,19	84.321
2003	199	1,23	81.370
2004	200	1,23	81.290
2005	215	1,32	75.840
2006	234	1,43	69.804
2007	247	1,51	66.227
2008	260	1,58	63.098
2009	265	1,61	62.211
2010	270	1,63	61.399

Samengesteld en berekend op basis van informatie MSRC (absoluut) en CBS (bevolking). Absoluut is het aantal **geregistreerde** plastische chirurgen. Ratio bevolking betreft het aantal inwoners per plastisch chirurg. De stand van zaken 2010 is een voorlopige uitkomst.

Tabel 1 geeft allereerst een beeld van de feitelijke ontwikkeling van het aantal in Nederland geregistreerde plastisch chirurgen over een periode van de laatste vijftig jaar. In absolute zin blijkt deze gegroeid te zijn van nog geen honderd in het midden der tachtiger jaren van de vorige eeuw tot op dit moment om en nabij 275 plastisch chirurgen. Deze verdrievoudiging kan ook uit de volgende grafiek worden opgemaakt, waarin de voortschrijdende ontwikkeling, inclusief de daarbij behorende trendlijn, aanvullend stapsgewijs wordt weergegeven. Voorzover er al sprake is van enige fluctuaties in deze ontwikkeling, concentreert deze zich dan met name in de laatste helft van deze periode.



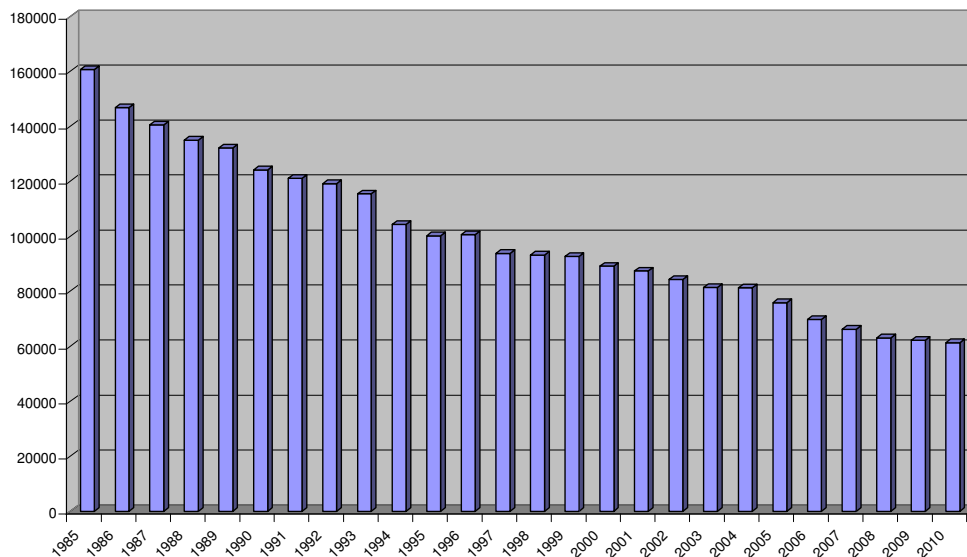
Vanaf eind negentiger jaren tot medio het eerste decennium van deze eeuw ligt de feitelijke jaarlijkse groei immers telkenmale (net) iets onder de trendlijn om de jaren daarna juist steeds daarboven uit te komen. De laatste jaren blijkt het aantal plastisch chirurgen dus trendmatig wat harder gegroeid dan voorgaande jaren (trendbreuk).

In relatie tot de bevolking.

Belangrijke gevolgtrekking van deze toename is een grotere beschikbaarheid en daarmee bereikbaarheid van de plastische chirurgie voor de Nederlandse bevolking. Per 100.000 inwoners stijgt het aantal geregistreerde plastisch chirurgen namelijk van 0,62 in 1985 tot bijna 1,65 op dit moment, of te wel met iets meer dan één plastisch chirurg of ruim 160% (zie tabel 1). Omgedraaid en wellicht meer aansprekend betekent dit steeds meer plastisch chirurgen voor steeds minder mensen, hetgeen tevoorschijn komt in een dalende ratio. Anno 2010 resulteert dit in één geregistreerde plastisch chirurg per grofweg 60.000 inwoners, hetgeen ruim 100.000 inwoners lager ligt dan vijftig jaar geleden; een aanzienlijke verbetering dus. De volgende grafiek geeft over betreffende jaren een volledig beeld van deze ontwikkeling, waarbij de feitelijke uitkomsten te vinden zijn in tabel 1.

Illustratief in dit kader is een vergelijking met het zgn. Verzorgingsbereik van de functie-eenheid plastische chirurgie voor de bevolking in 1995 uit de Richtlijnen ex artikel 3 van de (toenmalige) Richtlijnen Wet Ziekenhuisvoorzieningen (Rijswijk, december 1994). Afhankelijk van een hoge of gemiddelde specialisatie van een ziekenhuis wordt hierin uitgegaan van een aantal inwoners per functie-eenheid plastische chirurgie van 190.000 tot 217.000. Een functie-eenheid correspondeert daarbij met de gemiddelde jaarproductie van een specialist met een volledige werkweek, dikwijls ook wel als één fte aangeduid. Deze vergelijking laat in ieder geval zien, dat de tijd zeker niet heeft stilgestaan.

Ratio inwoners per geregistreerde plastisch chirurg, 1985 t/m heden



In relatie tot andere heelkundige specialismen.

In de volgende tabel 2 volgt voor de laatste vijfentwintig jaar een weergave van de ontwikkeling van het aantal geregistreerde plastisch chirurgen in relatie tot de acht andere ‘snijdende’ erkende vakken⁵. In **relatieve** zin komt plastische chirurgie samen met cardio-thoracale chirurgie daarin als de meest sterk groeiende ‘snijdende’ specialismen naar voren. Ook ten opzichte van enkele andere heelkundige deelspecialismen, en dan in het bijzonder orthopedie, neurochirurgie en urologie, is dit aan de orde. Ondanks deze ontwikkeling behoort het specialisme tot op heden echter in **absolute** zin met een aandeel van 5,5% tot een van de qua aantal beroepsbeoefenaren wat kleinere ‘snijdende’ specialismen. Alleen het aandeel cardio-thoracale chirurgie en neurochirurgen scoort met minder dan 3% nog lager.

⁵ Naast plastische chirurgie worden in dit kader de volgende acht specialismen (in alfabetische volgorde) als ‘snijdend’ gekenschetst: cardio-thoracale chirurgie, heelkunde, KNO, neurochirurgie, obstetrie en gynaecologie, oogheelkunde, orthopedie en urologie. Dit betreft overigens een gebruikelijke indeling.

Tabel 2: Ontwikkeling ‘snijdende’ specialisten, 1985 t/m heden

specialisme	1985	1990	1995	2000	2005	2010
cardio-thoracale chirurgie	49	70	101	108	112	136
heelkunde	1.117	1.230	1.085	1.035	1.089	1.218
keel-neus-oorheelkunde	482	538	479	452	457	489
neurochirurgie	71	87	86	109	114	136
obstetrie en gynaecologie	799	907	817	820	891	978
oogheelkunde	533	608	613	626	634	671
orthopedie	340	415	445	473	539	633
plastische chirurgie	90	120	154	178	215	270
urologie	230	279	284	310	324	392
totaal	3.711	4.254	4.064	4.111	4.375	4.923
in procenten:						
cardio-thoracale chirurgie	1,3	1,6	2,5	2,6	2,6	2,8
heelkunde	30,1	28,9	26,7	25,2	24,9	24,7
keel-neus-oorheelkunde	13,0	12,6	11,8	11,0	10,4	9,9
neurochirurgie	1,9	2,0	2,1	2,7	2,6	2,8
obstetrie en gynaecologie	21,5	21,3	20,1	19,9	20,4	19,9
oogheelkunde	14,4	14,3	15,1	15,2	14,5	13,6
orthopedie	9,2	9,8	10,9	11,5	12,3	12,9
plastische chirurgie	2,4	2,8	3,8	4,3	4,9	5,5
urologie	6,2	6,6	7,0	7,5	7,4	8,0
totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Samengesteld en berekend op basis van informatie MSRC. Weergave betreft het aantal **geregistreerde** ‘snijdende’ specialisten op 1 januari van betreffend jaar. De stand van zaken 2010 is een voorlopige uitkomst.

In vergelijking met de huidige ratio plastische chirurgie van ruim 60.000 inwoners (zie tabel 1), betekent dit ook een dubbel zo groot aantal inwoners per geregistreerd cardio-thoracal chirurg en neurochirurg, namelijk iets meer dan 120.000.

Daarentegen is bij alle andere heelkundige vakken sprake van een lagere ratio resp. hogere dichtheid per ‘snijdend’ specialist. In oplopende volgorde varieert deze van grofweg 14.000 inwoners per chirurg, 17.000 per gynaecoloog, 25.000 á 26.000 per oogarts en orthopeed, 34.000 per KNO-arts tot 45.000 inwoners per uroloog.

2. Minder werkzaam dan geregistreerd.

Alom is bekend dat niet alle hiervoor aangegeven geregistreerde plastisch chirurgen als zodanig werkzaam zijn. Overigens geldt dit (natuurlijk) ook voor de andere ‘snijdende’ medische specialisten. Afgeleid uit het Capaciteitsplan 2008 is bijna 85% in de praktijk actief, hetgeen zou betekenen, dat op er op dit moment ongeveer 230 plastisch chirurgen werken⁶.

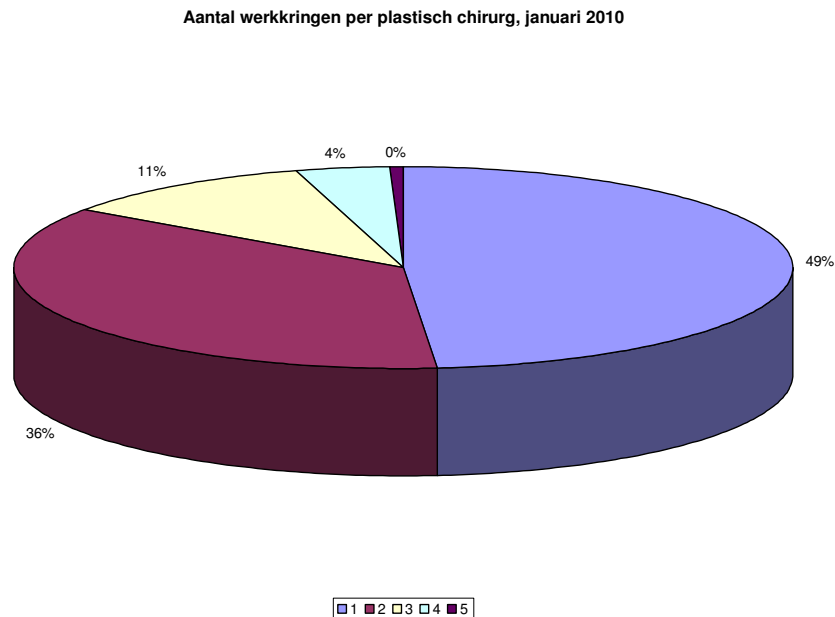
⁶ Dit percentage is te vinden in Bijlage I.B van het Capaciteitsplan 2008, waarin een overzicht wordt gegeven van de geregistreerde en werkzame aantallen per specialisme op 1 januari 2007. Overigens ligt dit percentage voor plastische chirurgie op een vergelijkbaar niveau als het overal gemiddelde.

Daarmede komt deze uitkomst goed overeen met andere bronnen, zoals de Zorgkaart Nederland (www.zorgkaartnederland.nl), alsmede is deze in lijn met de inmiddels al weer wat gedateerde Capaciteitsplanning van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC)⁷.

Van deze plastisch chirurgen is ongeveer 80% man en 20% vrouw (Bron: NVPC, MSRC). Verder ligt de deeltijdfactor om en nabij de 0,85 fte, waarbij die bij mannen met iets minder dan 0,90 fte duidelijk hoger gelegen is dan die bij vrouwen, die gemiddeld uitkomen op ongeveer 0,75 fte⁸. Uiteindelijk betekent dit dus, dat er momenteel iets minder dan 200 fte plastisch chirurgen in ons land werkzaam zijn.

Werkkring

In tegenstelling tot de meeste andere medische specialisten werken plastisch chirurgen vaker op meer dan één locatie. Zoals uit de volgende grafiek blijkt, is dit namelijk voor iets meer dan de helft van de plastisch chirurgen het geval. Meestal gaat het daarbij dan om een dubbele werkring in twee instellingen, waarbij de combinatie ziekenhuis en zelfstandig behandelcentrum (ZBC) of privé-kliniek veelvuldig voorkomt. Het overallemiddelde is op dit moment 1,7 werkkringen per plastisch chirurg.



⁷ Rapport Leden enquête NVPC 2008. Deel 1: Capaciteitsplanning. NVPC. Peildatum: april 2008.

⁸ Deze uitkomsten zijn tot stand gekomen door het voorsnog gecombineerd in ogenschouw nemen van zowel gegevens uit het Capaciteitsplan 2008 als de resultaten van de Enquête NVPC t.b.v. de rapportage over de Capaciteitsplanning.

Tabel 3: Plastisch chirurgen naar werkring, januari 2010

werkring(en)	absoluut	in %
universitaire medisch centrum	23	10,0
algemeen/categoriaal ziekenhuis	93	40,2
zelfstandig behandelcentrum/privé-kliniek	29	12,6
mix van bovenstaande werkkringen	86	37,2
totaal	231	100%

Samengesteld op basis van informatie uit Zorgkaart Nederland en NVPC (www.nvpc.nl).

Ongeacht of dit nu op één of meerdere locaties plaatsvindt is de helft van de plastisch chirurgen alleen werkzaam in de welbekende en van oudsher meer traditionele ziekenhuissetting. Dit betreft dan zowel een UMC of één of meerdere algemene of categorale ziekenhuizen. Verder is één op de acht plastisch chirurgen (12,5%) alleen daarbuiten werkzaam, d.w.z. in één of meerdere ZBC's en/of privé-klinieken.

Ongeveer 37,5% is tenslotte werkzaam in een mix van deze werkkringen, d.w.z. in een UMC én een algemeen ziekenhuis, of in een algemeen ziekenhuis én een ZBC en/of privé-kliniek, of iedere andere combinatie van werkkringen.

Beschikbaarheid

In alle universitaire en grotere algemene ziekenhuizen is de functie plastische chirurgie aanwezig. Met de nodige variatie zijn er gemiddeld in een UMC bijna zeven plastisch chirurgen in personen aanwezig en in een STZ-ziekenhuis ruim vier (zie tabel 4). In de wat minder grotere en kleinere algemene ziekenhuizen is de functie echter niet altijd aanwezig. Dit betreft bijna twintig ziekenhuizen, of te wel eenderde van de desbetreffende groep van zestig ziekenhuizen⁹. Voorzover deze ziekenhuizen wel over deze functie beschikken, is gemiddeld sprake van een aanwezigheid in personen van twee á drie plastisch chirurgen, hetgeen op het eerste gezicht voldoende lijkt voor de continuïteit van zorg. Met slechts één plastisch chirurg geldt dit echter in mindere mate voor een toch aanzienlijk deel (ruim 40%) van de desbetreffende ZBC's en privé-klinieken, hetgeen wellicht enige aandacht vraagt.

Volledigheidshalve dient daarbij dan wel te worden aangegeven, dat ongeveer de helft van deze instellingen op de meest recente lijst voorkomt van de zelfstandige behandelcentra, waarop de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) actief toezicht houdt. Daarnaast is ook nog eens de helft van de andere helft als privé-kliniek bij de IGZ bekend¹⁰. Ook deze laatste groep zal nu en straks dus niet aan de aandacht van de inspectie (kunnen) ontsnappen. Wat dan tenslotte nog resteert is een groep bestaande uit zowel vanuit één of meerdere ziekenhuizen opererende privé-klinieken als in een enkel geval ook een 'eenmanszaak'.

⁹ De negentien algemene ziekenhuizen zonder functie plastische chirurgen zijn aanwezig in Amstelveen, Amsterdam (BovenIJ), Assen, Boxmeer, Coevorden/Hardenberg, Delfzijl, Den Helder, Dirksland, Dokkum, Gorinchem, Heerenveen, Emmeloord/Lelystad, Purmerend, Roermond, Rotterdam (Ikazia), Sneek, Stadskanaal, Winschoten en Zaandam.

¹⁰ Betreffende lijsten zijn te vinden op de website van de IGZ (www.igz.nl). De meest recente versie betreft 16 december 2009.

Tabel 4: Beschikbare plastisch chirurgen (personen) per instelling, januari 2010

aantal	UMC	STZ	ALG	ZBC/PK	totaal	%
geen			19	n.v.t.	19	12,9
1		1	8	22	31	21,1
2		3	15	12	30	20,4
3	1	5	11	9	26	17,7
4		8	3	2	13	8,8
5	1	7	1	2	11	7,5
6	1	2	3	3	9	6,1
7	1			1	2	1,4
8	3			1	4	2,7
9		1			1	0,7
10	1				1	0,7
totaal	8	27	60	52	147	100%
gemiddeld (excl. geen)	6,9	4,1	2,6	2,4	3,1	

Bron van de informatie is dezelfde als tabel 3. STZ staat voor de Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen. Alle overige algemene ziekenhuizen zijn onder het kopje ALG gerangschikt. Dit met inbegrip van een enkel categoriaal ziekenhuis. Onder ZBC/PK staan de zelfstandig behandelcentra en privé-klinieken gerangschikt, althans voorzover deze over de functie plastische chirurgie beschikken. ZBC's en privé-klinieken zonder deze functie zijn hier dus buiten beschouwing gelaten. Op dit moment gaat dit om ook nog eens ongeveer 180 instellingen (IGZ).

3. Spreiding en bereikbaarheid

Uit de volgende tabel 5 kan worden afgeleid, dat iets meer dan de helft van de plastisch chirurgen in het westen van het land werkt. Weliswaar wonen daar de meeste mensen, doch ook in relatie tot het aantal inwoners beschikt de Randstad dan ook nog steeds over de grootste dichtheid aan plastisch chirurgen. Zo is er in het westen sprake van ruim 65.000 inwoners per **werkende** plastisch chirurg, terwijl dit in het oosten met ongeveer 90.000 toch beduidend hoger gelegen is. Een middenpositie is er dan voor het noorden en zuiden met een ratio van 70.000 á 75.000 inwoners, welke uitkomst nauw aansluit bij geheel Nederland¹¹.

Ook ruim de helft van de instellingen met een functie plastische chirurgie is te vinden in het westen. Dit geldt dan voor zowel de reguliere ziekenhuizen als ZBC's en privé-klinieken. Deze laatste groep instellingen is verder ook opvallend veel te vinden in zuidelijke Nederland versus veel minder in het noorden.

Al met al resulteert dus een wat onvolkomen spreiding van de plastische chirurgie in Nederland met vooral een grotere concentratie in de Randstad.

¹¹ Om eventuele misverstanden te voorkomen wordt opgemerkt, dat deze uitkomst voor Nederland in 2010 afwijkt van die uit tabel 1. Oorzaak is een verschil van definiëring. Tabel 1 gaat namelijk uit van het aantal geregistreerde plastisch chirurgen, terwijl in tabel 5 van het aantal werkende plastisch chirurgen is uitgegaan. In de toelichting onder tabel 5 is deze kanttekening ook gemaakt.

Tabel 5: Regionale kerngegevens aanbod plastische chirurgie, januari 2010

regio	plastisch chirurgen werkzaam	ratio		instellingen	
		inwoners	ziekenhuis	ZBC/PK	totaal
Noord	23	74.550	7	3	10
Oost	39	90.200	14	8	22
West	119	65.350	39	27	66
Zuid	50	71.350	16	14	30
Nederland	231	71.750	76	52	128

Berekend en samengesteld op basis van eerder genoemde bronnen. Voor de regio-indeling is aangesloten bij de voor het CBS gebruikelijke, d.w.z. Noord (Groningen, Friesland en Drenthe), Oost (Overijssel, Flevoland en Gelderland), West (Utrecht, Noord-Holland, Zuid-Holland en Zeeland) en Zuid (Noord-Brabant en Limburg). Voorzover iemand in meerdere regio's werkt, is deze zo goed mogelijk in de primaire regio ingedeeld. Instellingen zonder functie plastische chirurgie zijn buiten beschouwing gelaten. Bij berekening van de ratio heeft afronding plaatsgevonden op een veelvoud van 50. Deze ratio betreft hier overigens het aantal werkzame plastisch chirurgen. Dit in tegenstelling tot eerdere uitkomsten in tabel 1, alwaar van het aantal geregistreerde plastische chirurgen is uitgegaan. Dit verklaart voor 2010 ook het verschil.

4. Opleiding

Uitgaande van een zesjarige opleiding zal de nu in opleiding zijnde groep van 93 aios plastische chirurgie binnen nu en 2015 voor het grootste deel klaar zijn en na inschrijving in het specialistenregister als zodanig aan 't werk gaan¹². Voor de jaren daarna is deze ontwikkeling in belangrijke mate afhankelijk van de instroom van nieuwe aios nu en straks.

Tabel 6: Ontwikkeling aios plastische chirurgie, vanaf 2000

Jaar	1 januari	instroom	uitstroom	saldo	in %
2000	58	8	4	4	6,9
2001	62	13	13	0	0,0
2002	62	15	5	10	16,1
2003	72	14	10	4	5,6
2004	76	10	13	-3	-3,9
2005	73	16	12	4	5,5
2006	77	14	13	1	1,3
2007	78	16	12	4	5,1
2008	82	24	11	13	15,9
2009	95	8	10	-2	-2,1
2010	93				

Bron: Capaciteitsplan 2010 (in voorbereiding).

¹² Met 'voor het grootste deel' wordt rekening gehouden met het zgn. interne- en externe rendement van de opleiding of te wel met de mate waarin aios de opleiding feitelijk afronden en daarna feitelijk als plastisch chirurg gaan werken (zie Capaciteitsplan 2008).

Tot op heden is deze instroom zeker geen toonbeeld van stabiliteit, maar fluctueert in een orde van grootte van minimaal acht in 2009 tot maximaal 24 in 2008. In 2008 was deze dus feitelijk drie maal zo hoog gelegen, hetgeen op 1 januari 2009 ook resulteerde in een beduidend omvangrijkere bezette opleidingscapaciteit.

Voor wat betreft de instroom in 2008 dient daarbij nog wel te worden aangetekend, dat deze vrijwel overeenkomstig de planning was, doch beduidend hoger dan het toentertijd vigerende advies van maximaal 16 aios (Capaciteitsplan 2005). En dit juist na een wat 'rustige' en stabiele periode van enkele jaren (2004 t/m 2007) met slechts vrij kleine verschillen tussen advies, planning en feitelijkheid. Alle details daaromtrent zijn te vinden in onderstaande tabel 7.

Tabel 7: Instroom, advies, planning en feitelijk, 2002 t/m heden

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
advies	11	7	12		15-16			4-7	7-9
planning				16	19		23	7	7
feitelijk	15	14	10	16	14	16	24	8	

Advies is conform Capaciteitsorgaan. Planning is voor de jaren 2005 en 2006 conform de afspraken Bols(+) resp. 2008 t/m 2010 de toewijzing VWS. Feitelijk is overgenomen uit tabel 6.

Het is primair rekeninghoudend met toekomstige vraag- en aanbodontwikkelingen, dat het Capaciteitsorgaan tot een zo weloverwogen advies probeert te komen. Met name de laatste jaren staan stabiliteit en samenhang daarbij hoog in 't vaandel, daarmee zo goed mogelijk inspeland op de wensen van zowel de 'eigen' direct betrokken veldpartijen (NFU/NVZ, Orde en ZN) als de Overheid. Mede vanuit dit uitgangspunt moge de impact van de hiervoor aangegeven vrij recente feitelijke ontwikkeling in de zin van een 'minder' instroomadvies in de latere jaren duidelijk zijn. Veel van de toekomstige behoefte zat namelijk al inmiddels in de 'pijplijn'.

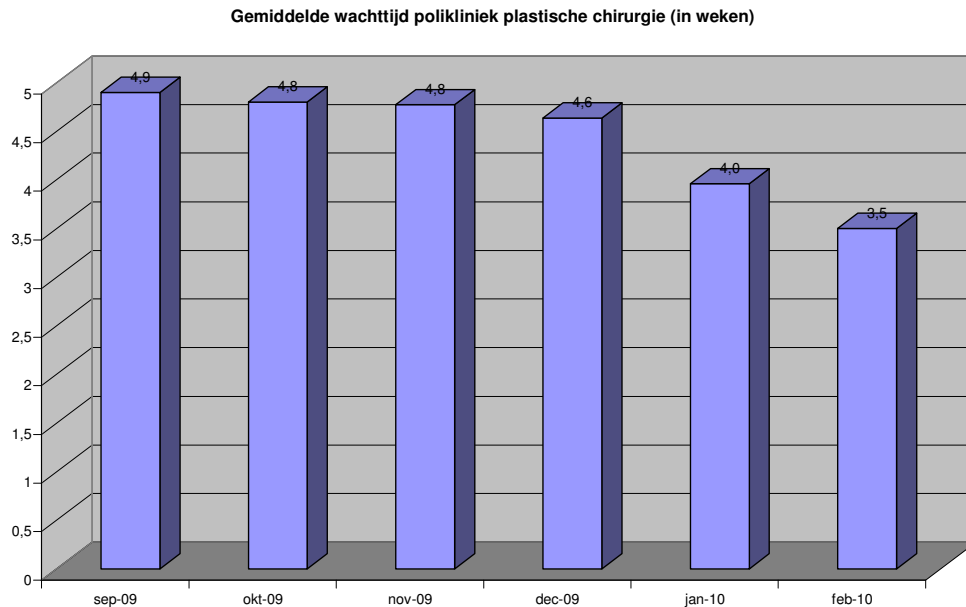
5. Onvervulde vraag

Belangrijke basis voor de toekomstverwachting is natuurlijk de huidige situatie, welke dan wel een zo goed en zuiver mogelijk beeld moet geven. Voorzover vraag en aanbod aardig tot goed in evenwicht zijn, is daarbij niets aan 't handje. Is dit echter niet of minder het geval, dan kan sprake zijn van zgn. onvervulde vraag, hetgeen zich dikwijls uit in aan de vraagkant té lange wachtlijsten en aan de aanbodkant structureel moeilijk in te vullen vacatures. Op dit laatste onderdeel actueel inhakend op de uitkomsten van een door de NVPC medio 2008 gehouden enquête heeft dit begin 2009 geleid tot een (tussentijdse) bijstelling van het advies uit het Capaciteitsplan 2008 voor de plastische chirurgie van maximaal zeven naar negen aios¹³. Als zodanig is dit aantal voor 2010 ook opgenomen in tabel 7. Bij de totstandkoming van dit advies is toen echter vooralsnog minder rekening gehouden met de in zowel ziekenhuizen als ZBC's én privé-klinieken aanwezige behoefte tot directe uitbreiding van het aantal plastisch chirurgen¹⁴.

¹³ Voor een nadere onderbouwing wordt verwezen naar de desbetreffende notitie 'Iets grotere onvervulde vraag plastische chirurgie' d.d. 23 maart 2009.

¹⁴ Overigens ligt deze gewenste uitbreiding relatief gezien het sterkste bij de UMC's (Rapport Leden enquête NVPC 2008. Deel 1: Capaciteitsplanning).

Dit in afwachting van ondermeer iets meer duidelijkheid met betrekking tot de daadwerkelijk gewenste verwezenlijking hiervan, alsmede de ontwikkeling van de wachttijden. Wat dit laatste betreft blijkt uit de volgende grafiek, dat deze zich voor de polikliniek in ieder geval gunstig ontwikkelt. Met drieëneenhalve week ligt de gemiddelde wachttijd inmiddels zelfs onder de door een ieder aanvaardbare ‘treeknorm’ van vier weken¹⁵.



Ofschoon aan de kant van de behandeling deze teruggang in de afgelopen maanden ook lichtelijk zichtbaar is, blijkt de wachttijd hier desalniettemin nog steeds aan de té hoge kant. Althans conform de uitkomsten in tabel 8, waar dit voor een vijftal verrichtingen wordt weergegeven. Bij drie van de vijf onderscheiden behandelingen is op dit moment sprake van een gemiddelde wachttijd van ruim zeven tot negen weken, wat in ieder geval boven de ‘treeknorm’ van ruim zes weken uitkomt. Overigens is daarbij wel sprake van een grote mate van fluctuatie. Zo kunnen patiënten in sommige instellingen reeds binnen één of twee weken terecht, terwijl het geduld met 40 weken tot soms één jaar in sommige instellingen wel erg zeer op de proef wordt gesteld.

Het is deze huidige situatie, die tenminste voor de kortere termijn aandacht vraagt. Tegelijkertijd kan daarbij worden aangesloten bij de eerder genoemde ‘beperkte’ tussentijdse bijstelling van de instroom tot negen plastisch chirurgen. Bovendien is er ook nog eens de realiteit van een lagere geplande én vrij zekere feitelijke instroom in 2009 en 2010.

¹⁵ Zie voor de bron van deze informatie de toelichting onder tabel 8. Daaraan kan nog worden toegevoegd, dat de betreffende wachttijden door de afzonderlijke instellingen zelf iedere maand aan Mediquest worden aangeleverd. De betrouwbaarheid van deze uitkomsten resp. trendmatige ontwikkeling is daarvan dus primair afhankelijk.

Tabel 8: Kerngegevens wachttijden behandelingen plastische chirurgie in weken, februari 2010

verrichting	gemiddeld	minimum	maximum	1 t/m 6 weken (%)	7 weken en langer (%)
borstvergroting	7,1	2	32	61,4	38,6
borstverkleining	8,5	2	40	44,8	55,2
buikwandcorrectie	7,2	2	40	68,6	31,4
carpaal tunnel syndroom	5,3	1	40	72,9	27,1
dupuytren	5,8	1	52	71,3	28,7

Samengesteld en berekend op basis van informatie Mediquest.

6. Conclusie met advies

Met een verdrievoudiging heeft het specialisme plastische chirurgie zich de afgelopen vijftienvintig jaar qua aantal beroepsbeoefenaren in ons land enorm ontwikkeld. Alle UMC's, STZ-ziekenhuizen, alsmede het overgrote deel van de andere algemene ziekenhuizen beschikken over één of meer plastisch chirurgen en daarmee over de (erkende) functie plastische chirurgie. Inspelend op de tijdsgeest van 'marktwerking' is deze functie ondertussen ook nog eens in ruim vijftig ZBC's en privé-klinieken te vinden. In onderscheid met de ziekenhuizen gaat het daarbij dan wel dikwijls om een wat beperkter functieprofiel. Tot op heden heeft deze ontwikkeling echter nog niet in voldoende mate bijgedragen aan een optimale omvang, spreiding en bereikbaarheid van de functie plastische chirurgie. Daarvoor zijn er ondermeer in de nodige instellingen voor enkele behandelingen structureel wat té lange wachttijden en teveel niet ingevulde fte's plastische chirurgie.

Primair inhakend op dit laatste heeft begin vorig jaar reeds een eerste tussentijdse bijstelling van dit advies van maximaal zeven naar negen aios plaatsgevonden. Zoals tot op dat moment gebruikelijk, is daarbij met name oog geweest voor het aantal niet ingevulde fte'en in de ziekenhuizen t.b.v. de 'reguliere' verzekerde medische zorg.

Tabel 9: Benodigde instroom plastische chirurgie, vanaf 2011

onvervulde vraag	kortere termijn (2019)	langere termijn (2025)
1% (Capaciteitsplan 2008)	4	7
5 of 6% (bijstelling 2009)	7	9
10%	12	10
15%	19	12

De uitkomst 1% is conform het Capaciteitsplan 2008; de uitkomst 5 of 6% is conform de notitie 'Iets grotere onvervulde vraag plastische chirurgie' d.d. 23 maart 2009. De uitkomsten 10% en 15% zijn berekend door het NIVEL en naar beneden afgerond. Naast de feitelijke ontwikkeling van het aantal aios is daarbij voor de andere parameters van de oorspronkelijk waarden uitgegaan. Hierbij is dus nog **niet** vooruitgelopen op de eventuele aanpassingen in het kader van het Capaciteitsplan 2010.

Vooralsnog betekent dit dat geen rekening is gehouden met de situatie in privé-klinieken, alsmede met als 'direct gewenst' gekwalificeerde uitbreidingen in ziekenhuizen. Zou dit wel gebeuren, moge de consequentie van een hogere instroom ook duidelijk zijn. In voorgaande tabel 9 wordt deze in beeld gebracht, waarbij voor de onvervulde vraag van een tweetal nieuwe percentages wordt uitgegaan.

Het hogere percentage van 15% sluit daarbij het meest aan bij de feitelijke situatie, zoals die kan worden afgeleid uit de in 2008 door de NVPC gehouden enquête¹⁶. Daarnaast is mede in het verlengde van de eerder aangegeven dalende wachttijden fictief ook de vertaalslag naar een lager percentage van 10% doorgerekend¹⁷. Mede afhankelijk of daarbij de kortere of langere termijn in ogenschouw wordt genomen, leidt dit in ieder geval tot een hogere instroom met een drietal opties, t.w.

1. Marginale verhoging van de instroom naar 10 aios, uitgaande van fictief 10% onvervulde vraag, welke op de langere termijn wordt ingevuld;
2. Wat ruimere verhoging van de instroom naar 12 aios, rekeninghoudend met het feit, dat deze op de kortere termijn voor fictief 10% resp. op de langere termijn voor 15% opvulling onvervulde vraag zorgdraagt;
3. Substantiële verhoging van de instroom naar 19 aios op basis van 15% onvervulde vraag, die dan op kortere termijn wordt ingevuld.

Zeker in het licht van het sneller willen 'wegwerken' van deze onvervulde vraag is er weinig tot geen reden om voor de eerste optie te kiezen. Resteren dan dus automatisch opties twee en drie met een minimale instroom van 12 en een maximale instroom van 19. Belangrijk verschilpunt tussen deze twee opties is de feitelijke omvang van de onvervulde vraag, waarbij in geval van optie 2 tenminste ook altijd het vooruitzicht lonkt, dat op de langere termijn het hogere percentage van 15% wordt ingevuld.

Alles overziende resulteert uiteindelijk een tussentijdse bijstelling van het advies van **minimaal 12 en maximaal 19 aios**. In het licht van het sneller 'wegwerken' van de huidige onvervulde vraag is er daarbij op dit moment een duidelijke voorkeur voor de maximale variant van 19 aios. Concreet betekent dit dus uiteindelijk een **advies** om de instroom voor het specialisme plastische chirurgie van nu maximaal negen naar **maximaal 19 aios in 2011** bij te stellen. Een eventuele bijstelling voor de latere jaren zal eerdaags verder impliciet deel uitmaken van het nieuwe Capaciteitsplan 2010. Tegelijkertijd zullen daarin ook alle overige componenten opnieuw in samenhang worden meegenomen.

Inhoudelijke bespreking en afronding van dit advies door de Kamer Medisch Specialisten heeft in de vergadering van 23 maart 2010 plaatsgevonden. Formele vaststelling is nu aan het Plenair Orgaan in de vergadering d.d. 31 maart 2010.

31 maart 2010

¹⁶ Overigens wordt de opgave in de privé-klinieken i.v.m. onbetrouwbare gegevens daarbij wederom buiten beschouwing gelaten. Gelet op geringe aantallen, behoeft dit echter niet als heel bezwaarlijk te worden gezien.

¹⁷ Naast wachtlijsten wordt daarbij trendmatig ook aangesloten bij de ontwikkeling van het aantal vacatures in Medisch Contact. Na een groei in 2008 daalt deze namelijk in 2009 aanzienlijk.