

Capaciteitsplan 2013

Deelrapport 6

Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

Capaciteitsplan 2013

Deelrapport 6

Arts voor Verstandelijk Gehandicapten

**Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2013
voor de medische, tandheelkundige,
klinisch technologische en aanverwante (vervolg)opleidingen**



Statutaire doelstellingen:

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

Inhoud

Samenvatting	5
1. Inleiding	7
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	7
1.2 Ontwikkeling in taakstelling Capaciteitsorgaan	8
1.3 Discipline specifieke aandachtspunten.....	8
1.4 Indeling van dit deelrapport	9
2. Positionering AVG	11
2.1 Inleiding	11
2.2 Overzicht aanverwante disciplines	11
2.3 Verhoudingen tussen disciplines.....	13
3. Opleiding	15
3.1 Inleiding.....	15
3.2 Adviezen	15
3.3 Besluiten	16
3.4 Realisatie.....	16
3.5 Intern rendement	18
3.6 Conclusies.....	19
4. Zorgvraag	21
4.1 Inleiding.....	21
4.2 Demografie	22
4.3 Epidemiologie.....	23
4.4 Sociaal-culturele ontwikkeling	23
4.5 Onvervulde zorgvraag.....	24
4.6 Conclusie zorgvraag	26
5. Zorgaanbod	27
5.1 Inleiding.....	27
5.2 Omvang beroepsgroep	27
5.2.1 Aantal geregistreerde AVG	27
5.2.2 Huisartsen en basisartsen.....	28
5.2.3 Aantal/ percentage werkzaam als AVG	28
5.3 Omvang dienstverband AVG.....	29
5.4 Instroom in het vak	30
5.5 Uitstroom uit het vak.....	31
5.6 Conclusie zorgaanbod	33
6. Werkproces	35
6.1 Inleiding	35
6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen.....	35
6.3 Technologische ontwikkelingen.....	36
6.4 Efficiency	36
6.5 Taakherschikking / taakverschuiving	36
6.5.1 Horizontale substitutie	36

6.5.2	Verticale substitutie	37
6.6	Conclusie werkproces	37
7.	Scenario's	39
7.1	Inleiding.....	39
7.2	Beleidsarm scenario	39
7.3	Realistische scenario's met tijdelijke of doorgaande trend.....	40
7.4	Reëel scenario met tijdelijke of doorgaande trend.....	41
7.5	Maximale scenario met tijdelijke of doorgaande trend.....	41
7.6	Conclusie scenario's.....	42
7.7	Gevolgen diverse scenario 's voor de benodigde instroom aios AVG	43
8.	Overwegingen en advies	47
8.1	Inleiding.....	47
8.2	Beleidsontwikkelingen	47
8.2.1	NVAVG.....	47
8.2.2	Beleid overheid.....	47
8.2.3	AWBZ en Zorgverzekeringswet.....	48
8.2.4	Maatschappelijke veranderingen	48
8.2.5	Taakherschikking.....	48
8.2.6	Buitenland.....	48
8.2.7	Relatie met andere adviezen	48
8.2.8	Opleidingsinstituut en opleidingsinstellingen	49
8.3	Onzekerheden	49
8.3.1	Vraag.....	49
8.3.2	Aanbod.....	49
8.3.3	Werkproces	49
8.3.4	Opleidingscapaciteit.....	50
8.3.5	Belangstelling voor het vak	50
8.4	Belangrijkste scenario's.....	50
8.5	Advies instroom	50
Bijlage 1:	Model Capaciteitsorgaan	52
Bijlage 2:	Gedetailleerde gegevens berekening Prismant	53
Bijlage 3:	Procedure en betrokken experts	54

Samenvatting

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

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

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

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

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

In het advies 2010 werd al aangekondigd dat de keuze voor de scenario's afhankelijk zou zijn van de monitoring in de afgelopen drie jaren. Het Capaciteitsorgaan heeft gekozen voor een minimum instroom van 17 aios aan de hand van het reële scenario met doorgaande trend, evenwichtsjaar 2025. De maximum instroom is bepaald middels het maximale scenario met tijdelijke trend, eveneens evenwichtsjaar 2025, en bedraagt 24 aios. De corresponderende jaarlijkse groei van de zorgvraag naar AVG bedraagt 1,8% respectievelijk 2,4%. Gezien de bestaande vacaturegraad aan AVG spreekt het Capaciteitsorgaan een voorkeur uit voor een jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding AVG van **20 tot 24** aios per jaar.



1. Inleiding

Dit deelrapport bij het Capaciteitsplan 2013 bevat alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die door het Capaciteitsorgaan zijn gebruikt bij de formulering van het instroomadvies voor de erkende medische vervolgopleiding “Arts voor Verstandelijk Gehandicapten” (AVG). Dit deelrapport kan los van het integrale Capaciteitsplan 2013 gelezen worden. Het integrale Capaciteitsplan 2013 omvat naast het instroomadvies over het specialisme AVG ook instroomadviezen over de 27 klinische specialismen en de 3 klinisch technologische specialismen, de huisartsgeneeskunde, de mondzorg (de kaakchirurgen, orthodontisten, tandartsen en mondhygiënisten), de specialisten ouderengeneeskunde, de sociale geneeskunde en de beroepen geestelijke gezondheid. Over elk van deze onderwerpen is ook een apart deelrapport met achtergrondinformatie beschikbaar.

1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

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

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

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

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

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

1.2 Ontwikkeling in taakstelling Capaciteitsorgaan

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

- In 2006 adviseerde de Commissie Innovatie Mondzorg om vanaf 2008 de beroepsgroepen van de tandartsen en de mondhygiënist te laten monitoren door het Capaciteitsorgaan. Aanleiding voor dit advies was het gegeven dat het Capaciteitsorgaan al sinds 2000 de ontwikkelingen binnen de aanpalende beroepen kaakchirurgie en orthodontie volgt en adviezen geeft over de instroom in deze twee opleidingen. Op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2008 gestart met het volgen van de capaciteitsontwikkelingen binnen de eerstelijns mondzorg;
- Eveneens op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2009 begonnen met projectmatig onderzoek naar gewenste en daadwerkelijke capaciteitsontwikkelingen bij de BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheidszorg. In 2011 is een eerste, richtinggevend advies over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Vanaf 2012 is deze activiteit structureel onderdeel van de werkzaamheden van het Capaciteitsorgaan.

1.3 Discipline specifieke aandachtspunten

Aandachtspunten voor het specialisme AVG zijn de volgende:

1. Het specialisme AVG is het jongste Nederlandse medisch specialisme. Op 3 maart 2000 heeft de minister de corresponderende CHVG besluiten no.1-1999 en no.2-1999 goedgekeurd en zijn de besluiten in werking getreden. De eerste inschrijvingen zijn massaal onder de voorwaarden van de overgangsregeling gerealiseerd. Veel informatie over de AVG is pas recent beschikbaar.
2. De opleiding tot AVG duurt bij een fulltime dienstverband 3 jaar. Het curriculum bestaat uit 2 jaar leren en werken in instellingen voor mensen met een verstandelijke handicap en 1 jaar stages in relevante vakgebieden, inclusief een leeronderzoek.
3. Het specialisme AVG bestaat in het buitenland niet. Er is geen instroom van AVG uit het buitenland.
4. Tot 2000 werkte de AVG alleen intramuraal. Medio 2002 maakte een aanpassing in de regelgeving in de AWBZ het mogelijk dat cliënten met een CIZ-indicatie voor AWBZ-zorg kunnen worden verwezen naar een AVG. Een tweede aanpassing van deze regelgeving door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) maakte het mogelijk dat huisartsen patiënten met een verstandelijke handicap rechtstreeks kunnen verwijzen naar de AVG zonder CIZ-indicatie. De instelling waar de AVG aan verbonden is, moet hiervoor dan wel productieafspraken hebben gemaakt met het verbindingskantoor.
5. De zittende AVG is in 70% van de gevallen vrouwelijk; de mannen zijn voor 85% ouder dan 50 jaar.
6. Verticale substitutie is niet sterk ontwikkeld.
7. De gemiddelde leeftijd van aios bij instroom in de opleiding is 33 jaar.
8. Nederland kent één opleidingsinstituut in Rotterdam.
9. Het aantal vacatures voor AVG behoort tot het relatief hoogste in het medisch domein.

1.4 Indeling van dit deelrapport

Hoofdstuk 2 dient als oriëntatie op de positie die de AVG inneemt in het zorgveld. Tegelijkertijd wordt getoond waar de raakvlakken zijn met aanverwante beroepen en hoe de afstemming met deze beroepen is geborgd.

Het Capaciteitsorgaan probeert de toekomstige capaciteit van de beroepsgroepen te sturen door middel van advisering over de gewenste instroom in de erkende medische vervolgopleidingen. Daarom staat het hoofdstuk over de geschiedenis van de instroomadviezen vooraan in het Capaciteitsplan. In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van de **gerealiseerde instroom** in de erkende medische vervolgopleiding AVG vanaf 2005 tot 2013. De adviezen van het Capaciteitsorgaan en de realisatie van instroom in de opleiding passeren de revue. Verder vindt in dit hoofdstuk vaststelling van de parameter ‘verwacht intern rendement’ plaats op basis van resultaten uit het verleden.

In de volgende drie hoofdstukken worden de drie verschillende hoofdstromen binnen het model van het Capaciteitsorgaan (zie bijlage 1) doorgenomen. Hoofdstuk 4 beschrijft de **verwachte ontwikkeling** van de **zorgvraag** in fte’s. Deze ontwikkeling verandert continu. De ontwikkelingen aan de aanbodzijde bieden echter maar beperkte en vertraagde mogelijkheden tot bijsturing als reactie op de zorgvraag. Er is daarom gekozen voor ramingen op de lange termijn. Dit betekent dat de zorgvraag in diverse beleidsscenario’s geraamd wordt voor het evenwichtsjaar 2025 en het evenwichtsjaar 2031.

Het Capaciteitsorgaan bestudeert relevant onderzoek, laat onderzoeken doen en schakelt op onderdelen experts in. Desondanks is een aantal ontwikkelingen niet te vangen in puntschattingen. Deze ontwikkelingen worden gevat in scenario’s die de experts opstellen. Het Capaciteitsorgaan hanteert in elk scenario een minimum en een maximum waarde voor de corresponderende parameters. Sommige scenario’s worden zelfs met elkaar gecombineerd.

Het **basisscenario** gaat uit van een onveranderde zorgvraag. Het beleidsarme scenario gaat daarenboven uit van plausibel ingeschatte veranderingen in de demografische zorgvraagontwikkelingen. Deze zijn gecorrigeerd voor bestaande onder- of overconsumptie van zorg. Het **realistische** scenario gaat voor de zorgvraag uit van conservatief ingeschatte veranderingen in demografische, epidemiologische én sociaal-culturele parameters. In het **reële** scenario wordt vervolgens rekening gehouden met verticale substitutie en eventuele arbeidstijdveranderingen. Het **maximale** scenario gaat uit van hoog ingeschatte veranderingen in al deze parameters. Naast 2025 is gekozen voor een tweede, latere, evenwichtsjaar 2031.

Hoofdstuk 5 beschrijft het **aanbod** aan beroepsbeoefenaren. Beschreven wordt hoe de beroepsgroep zich sinds 2005 heeft ontwikkeld wat betreft aantallen en fte’s. Voor een deel zijn de beroepsbeoefenaren die in 2025 en 2031 (nog) werkzaam zijn nu al opgeleid. Verder mag verwacht worden dat partijen het advies in dit Capaciteitsplan op zijn vroegst vanaf 2015 kunnen implementeren. De duur van de vervolgopleiding AVG is in het betreffende besluit vastgelegd op 3 jaar. Dit betekent dat de eerste effecten op de uitstroom van de geregistreerde AVG pas in 2018 verwacht mogen worden. De hoogte van de instroom in de opleiding AVG beïnvloedt de capaciteit van het aanbod slechts gedurende het “tweede” gedeelte van de onderhavige periode (2018-2025/2031).

Zorgvraag en zorgaanbod komen bij elkaar in hoofdstuk 6, in het **werkproces**. In dit hoofdstuk wordt het zorgaanbod wat betreft “fte’s zorgaanbieder” gemodificeerd voor vakinhoudelijk ontwikkelingen, veranderingen in cliëntgebonden tijd/werkbare uren, efficiency, horizontale en verticale taakher-schikking en/of taakverschuiving. Ook hiervoor wordt gewerkt met een basisscenario (geen verande-ringen), een beleidsarm scenario, een reëel scenario (plausibele inschattingen van experts), en een maximaal scenario (hoge inschattingen van experts).

Op basis van scenario’s rond de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces wordt een aantal be-leidsrijke ramingen opgesteld waarbij achtereenvolgens steeds meer mogelijke ontwikkelingen zijn meegenomen. Hoofdstuk 7 beschrijft de door de experts gemaakte keuzes bij deze **scenario’s**.

Hoofdstuk 8 inventariseert ten slotte de belangrijkste beleidsontwikkelingen en de hiermee gepaard gaande onzekerheden. Op basis hiervan wordt vervolgens een definitieve **keuze** gemaakt voor de twee meest waarschijnlijke scenario’s. Het Capaciteitsorgaan biedt de hiermee corresponderende bandbreedte met **twee** instroomwaarden aan als finaal advies aan de minister van VWS en het veld. Soms wordt daarbij ook een voorkeur uitgesproken voor één van de twee scenario’s en het bijbeho-rende instroomadvies.

2. Positionering AVG

2.1 Inleiding

De AVG is gespecialiseerd in het verlenen van medische zorg aan mensen met een verstandelijke beperking. Van oudsher betrof het veelal ernstig verstandelijk gehandicapte bewoners van instellingen. De laatste jaren richt de zorgverlening van de AVG zich ook op mensen met een (lichte) verstandelijke beperking en bijkomende (ernstige) gedragsproblemen. Het grootste deel van de AVG is vrijwel volledig werkzaam binnen of vanuit instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Het betreft 157 instellingen¹ die vaak hun zorg aanbieden verspreid over meerdere locaties. Veel zorginstellingen hebben expertisecentra opgezet waar zij multidisciplinaire gespecialiseerde zorg aanbieden.

Tegenwoordig verleent de AVG ook vaker zorg aan mensen met een verstandelijke beperking die bij hun ouders of (begeleid) zelfstandig wonen. In 2002 maakte het COTG het mogelijk dat de intramurale werkende AVG poliklinische activiteiten ontplooiden voor de huisarts². In 2008 heeft de NZa dit aangepast waardoor het voor de huisarts mogelijk werd om ook zonder AWBZ-indicatie de AVG in consult te roepen³. De opkomst van poliklinieken voor verstandelijk gehandicapten brengt de ambulante cliënten en verstandelijk gehandicapten in kleinschaligere woonvormen meer in beeld dan voorheen. Op 1 november 2012 telde Nederland 57 van dergelijke AVG-poliklinieken, verspreid over alle provincies⁴.

Naast deze twee activiteiten is een klein deel van de AVG werkzaam als adviseur voor beleid en management, onderzoek, en/of onderwijs. In percentages uitgedrukt wordt 71% van de tijd besteed aan patiëntgebonden taken, 15% aan managementtaken, 6% aan onderzoek en 4% aan het opleiden van aios. Van de patiëntgebonden activiteiten is 85% van de tijd voor intramurale patiënten en 15% voor extramurale patiënten⁵.

2.2 Overzicht aanverwante disciplines

De AVG is als geneeskundig specialisme erkend in 2000. Tot die tijd leverden hoofdzakelijk huisartsen de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten. Huisartsen zijn ook nu nog werkzaam in de verstandelijk gehandicaptensector. Meestal betreft het huisartsen die zorg dragen voor de niet-complexe hulpvragen binnen en buiten de instellingen. In een aantal andere gevallen betreft het huisartsen die zeer ervaren zijn in de medische zorg voor verstandelijk gehandicapten, vergelijkbaar met de AVG. Deze huisartsen kwamen in 2000 niet in aanmerking voor registratie als AVG, waren toen nog niet werkzaam in de sector of hebben deze registratie bewust niet aangevraagd. In de loop van de tijd stopt een aantal van deze huisartsen met het werk in de verstandelijk gehandicaptensector. Tegelijkertijd stromen ook nieuwe huisartsen de sector in.

1 Van der Kwartel, A.J. op basis van Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording 2011

2 COTG (2002); Tarieflijst instellingen 2002. H320/H321: hulpverlening niet eigen patiënt

3 NZa (2013); Beleidsregel CA-300-540; per cliënt 5 tot 10 consulten, face to face of telefonisch, minimale duur 15 minuten, of overleg met de behandelend arts. Indien meer zorg nodig zal het CIZ een indicatie moeten verstrekken.

4 Persoonlijke mededeling F. Ewals, hoofd opleiding AVG Erasmus MC

5 Bloemendaal, I.; van der Windt, W.; Verijdt, F.; Albers, D. (2010) Toekomstige behoefte aan AVG. KIWA Prismant

De keuze voor de behandeling van intramurale cliënten door de huisarts en/of de AVG wordt meestal op historische gronden gemaakt. Ook inhoudelijke of – soms - pragmatische keuzes komen voor. Instellingen kunnen voor de volledige intramurale zorg gebruik maken van de AVG, de eerstelijnszorg contractueel met een huisartsengroep borgen of zelfs de volledige intramurale zorg door (gespecialiseerde) huisartsen laten uitvoeren. Over het gedeelde kennisveld maken de huisarts en de AVG nadere afspraken, meestal aan de hand van de handreiking “Huisarts en AVG”.

Uit een onderzoek van KIWA Prismant uit 2010 blijkt dat 22 huisartsen voor 10,8 fte's in loondienst zijn bij instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Van de instellingen heeft 64% huisartsen in dienst. Van de overige organisaties is er een aantal dat huisartsen inhuurt, maar dat betreft slechts 1,5 fte. Het Capaciteitsorgaan schatte in 2010 dat circa 32 huisartsen voor 20 fte's werkten voor de instellingen voor verstandelijk gehandicapten. In 2005 werd nog geschat dat het om 16 ervaren huisartsen ging. In 2013 lijkt, op basis van de CBS-gegevens, dat het aantal huisartsen ten opzichte van 2010 gedaald is naar circa 20 personen en 14 fte's. KIWA Prismant komt in 2010 op basis van haar onderzoek - na correctie voor de respons - tot een andere waarde, namelijk 32 artsen en 21 fte's. Een betrouwbare kwantificering van het aantal huisartsen is dus moeilijk te geven. Met een benadering van deze capaciteit wordt in de raming in de vorm van beschikbare capaciteit aan AVG's rekening gehouden in paragraaf 5.2.2.

Naast huisartsen zijn in deze sector ook basisartsen structureel werkzaam. KIWA Prismant schatte in 2010 dat het tot en met 2007 20 basisartsen (16 fte's) betrof. In een aantal gevallen betrof het basisartsen in afwachting van een opleidingsplaats; in de meeste gevallen echter niet. Naast de basisartsen die rechtstreeks in dienst zijn bij de instellingen vernam het Capaciteitsorgaan ook dat instellingen via detacheringsbureaus basisartsen contracteren. De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) zijn van mening dat de inzet van basisartsen voor de levering van medische zorg aan verstandelijk gehandicapten onwenselijk is. In dit Capaciteitsplan wordt voor de raming van de gewenste instroom in de erkende medische vervolgopleiding AVG geen rekening gehouden met de aanwezige capaciteit aan basisartsen. Zij worden (in tegenstelling tot de actieve huisartsen) niet betrokken bij de bepaling van de onvervulde vraag. In 2012 kwamen cijfers van het CBS beschikbaar die doen vermoeden dat het aantal basisartsen exclusief aios AVG sinds 2009 aan het toenemen is en dat momenteel circa 90 basisartsen (circa 81 fte's) werkzaam zijn in de verstandelijk gehandicaptensector.

De huisarts biedt de AVG mogelijkheden tot horizontale substitutie. Aanverwante disciplines op een lager opleidingsniveau - zoals de verpleegkundig specialist, de praktijkverpleegkundige of de physiotherapeut - worden in deze sector nog niet veel gesignaleerd. Van de responderende instellingen werkt 21% met (praktijk)verpleegkundigen, 3% met verpleegkundig specialisten en 9% met beide disciplines. Van de resterende 67% van de instellingen geeft 50% aan geen initiatieven te nemen om met deze disciplines te gaan werken, 10% wil wel graag met verpleegkundig specialisten gaan werken en 7% wil dat met praktijkverpleegkundigen. Als er een verpleegkundig specialist werkt, wil het merendeel van de instellingen hun dienstverband in de toekomst uitbreiden. Voor de praktijkverpleegkundigen geldt dit in de helft van de situaties.

De beperkte inzet van aanverwante disciplines in de verstandelijk gehandicaptensector is terug te voeren op bestaande en/of verwachte tekorten aan verpleegkundig personeel in combinatie met de beperkte populariteit van de sector en de mogelijkheid om basisartsen in te zetten. Daarnaast is een geprotocolleerde behandeling van cliënten met gezondheidsproblemen - een van de aangrijpingspunten van een verpleegkundig specialist - vaak onmogelijk door de kleine aantallen cliënten op de locaties waar de cliënten zijn gehuisvest.

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

De ervaren schaarste aan (praktijk)verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten resulteert waarschijnlijk in een oneigenlijke zorgvraag aan de AVG (en de basisarts). De inzet van basisartsen in verhouding tot het aantal AVG lijkt in de sector wel groter te worden.

De huisarts is wél een reële partner in de horizontale substitutie. De NVAVG onderkent dit ook. In 2012 heeft de NVAVG een publicatie uitgegeven waarin de verschillen tussen huisartsenzorg en de medisch-specialistische zorg door de AVG worden beschreven⁶. Op deze manier krijgen instellingen en beroepsbeoefenaren een handreiking voor de inzet van de AVG als:

- Intramuraal geneeskundig specialist voor de specifieke zorg voor verstandelijk gehandicapten. Deze zorg zal altijd geleverd worden onder de verantwoordelijkheid van de AVG of een gespecialiseerd huisarts;
- Intramuraal arts voor de algemene zorg voor verstandelijk gehandicapten. Deze zorg wordt in toenemende mate geleverd door een reguliere huisarts;
- Extramuraal geneeskundig specialist, via de AVG polikliniek, voor de ambulante verstandelijk gehandicapten (60% van de totale groep) en voor een deel van de licht verstandelijk gehandicapten, in combinatie met gedragsproblemen. Deze functie zal altijd worden uitgevoerd door een AVG.

6 NVAVG (2012); Zorgaanbod van de AVG



3. Opleiding

3.1 Inleiding

Volgens het Kaderbesluit van het (toenmalige) College Huisartsgeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde, en Medische zorg voor verstandelijk gehandicapten duurt de opleiding tot AVG 3 jaar indien men deze in voltijd volgt. Onder voltijd wordt verstaan dat de aios wekelijks 4*7,6 uur klinisch begeleid wordt en 1*7,6 uur in het opleidingsinstituut te Rotterdam theoretisch geschoold wordt. Na drie weken opleiding wordt een week overgeslagen in verband met de dan plaatsvindende bijscholing van de opleiders. Een aantal aios volgt de opleiding parttime hetgeen de opleidingsduur naar rato verlengt. Het eerste en het derde jaar van de opleiding brengen de aios door in een opleidingsinstelling voor de AVG. Het tweede jaar bestaat uit aanvullende stages in aanpalende disciplines, zoals klinische genetica, revalidatie en psychiatrie. Het is ook mogelijk om op basis van Eerder Verworven Competenties (EVC) een verkorte opleiding tot AVG te volgen. De opleiding duurt minimaal 1 jaar en 9 maanden.

Het theoretisch onderwijs krijgt vorm volgens de systematiek van de opleidingen tot huisarts en specialist ouderengeneeskunde. Gecertificeerde opleidingsinstellingen selecteren en benoemen de aios decentraal. Het cursorisch gedeelte en de eindverantwoordelijkheid voor de opleiding is in handen van het opleidingsinstituut, verbonden aan het Erasmus MC te Rotterdam.

3.2 Adviezen

Sinds 1999 heeft het Capaciteitsorgaan vier adviezen uitgebracht over de instroom in de erkende medische vervolgopleiding AVG. Het eerste instroomadvies dateert van 2005, 5 jaar na de openstelling van het betreffende specialistenregister. Het eerste, richtinggevende en beleidsarme advies was gebaseerd op de op dat moment bekende schaarse gegevens. Er konden nog geen scenario's worden gebouwd. Gekozen werd voor een langzame groei naar een eventueel evenwicht. Op basis van een verwachte demografische groei van 1,9% per jaar en een onvervulde vraag van 2% luidde het advies in 2005 om jaarlijks **15** aios in de opleiding te laten instromen.

In het Capaciteitsplan 2008 stond een tweede advies. Hierin hanteerde het Capaciteitsorgaan alle reguliere modelparameters. Verder werd nu in verband met de hoge vervangingsvraag op de korte termijn gekozen voor snel groeien naar een evenwicht. Het advies van het Capaciteitsorgaan luidde om jaarlijks ten minste **20** en waar mogelijk **24** aios te laten instromen in de opleiding tot AVG.

Het Capaciteitsplan 2010 bracht enkele nieuwe ontwikkelingen naar voren. Zo was het aantal huisartsen en het gemiddelde aantal fte's van de huisartsen die werkzaam zijn binnen de verstandelijk gehandicaptensector, groter dan verwacht. Ook was het gemiddelde fte van de werkzame AVG groter dan in 2008 en is de AVG tussen 2008 en 2010 langer gaan doorwerken. Deze ontwikkelingen werden geduid als signalen dat er in totaliteit mogelijk met minder AVG gewerkt zou kunnen worden. De jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding werd in het advies voor de korte termijn gereduceerd (van 20-24) naar **16** aios.

Eind 2011 heeft het Capaciteitsorgaan een tussentijds advies uitgebracht voor de jaarlijkse instroom in de opleiding tot AVG. Aanleiding hiervoor waren twee signalen uit de reguliere monitoring. In de eerste plaats nam het aantal vacatures in de Arbeidsmarktmonitor gestaag toe. De eerdere duiding in 2010 van de toename van het gemiddelde aantal fte's en het langer doorwerken van de AVG bleek achteraf waarschijnlijk niet te kloppen. Het betrof signalen van een toenemende belasting van de "schaarse" AVG en tijdelijke invulling van de onvervulde vraag.

In de tweede plaats bleek de in het eerste decennium van de 21e eeuw door diverse wetenschappelijke instituten gepostuleerde afwezige demografische groei van het aantal verstandelijk gehandicapten niet correct te zijn. Op basis van de schaarse literatuur kon in 2011 een jaarlijkse demografische toename van vraag naar zorg voor verstandelijk gehandicapten met 0,5% onderbouwd worden⁷⁸. Een halfjaar later kon KIWA Prismant deze onderbouwing bevestigen⁹. Op basis van het literatuuronderzoek en de onvervulde vacatures plus de ontwikkelingen bij de groep licht verstandelijk gehandicapten met bijkomende problematiek is het instroomadvies tussentijds bijgesteld naar 20 aios.

3.3 Besluiten

In de periode van 1999 tot 2006 werden de opleidingsinstellingen decentraal gefinancierd door de zorgverzekeraars via de instellingsbudgetten (met uitzondering van de beroepsgroepen huisartsen en sociaal geneeskundigen). Noch de zorgverzekeraars noch de opleidingsinstellingen hebben tijdens deze periode via een centrale regie bindende besluiten kunnen nemen over de adviezen van het Capaciteitsorgaan. Wel luisterde men goed naar de adviezen (zie ook paragraaf 3.4). Tussen 2006 en 2008 werden de adviezen van het Capaciteitsorgaan gebruikt door de instellingen om de opleidingsplaatsen AVG door het toenmalige College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) te laten financieren.

Sinds 2008 worden alle medisch erkende vervolgopleidingen centraal gesubsidieerd door het Opleidingsfonds, dat gefinancierd wordt met belastinggelden. Dit fonds was tot 2013 een onderdeel van VWS. Binnen het Opleidingsfonds is de erkende medische vervolgopleiding tot AVG onderdeel van de zogenaamde tweede tranche A. Vanaf 2013 betaalt de NZa de erkende medische vervolgopleidingen die onder de Zorgverzekeringswet of de AWBZ vallen vanuit premiegelden. De overige erkende medische vervolgopleidingen (vooral in de publieke gezondheid) blijven onder het Opleidingsfonds vallen.

De minister heeft in een kabinetsreactie het advies van het Capaciteitsorgaan over de gewenste instroom in de vervolgopleiding tot AVG telkens integraal overgenomen.

3.4 Realisatie

Tabel 1 toont de adviezen van het Capaciteitsorgaan, de besluiten van de minister van VWS, de gerealiseerde instroom van aios in de opleiding AVG, het totale aantal aios AVG en het percentage vrouwen onder de aios.

7 Thomas, R.; Barnes, M.; Life expectancy for people with disabilities. *Neurorehabilitation* 27 (2010) 201-209

8 Patje, K.; Livanainen, M.; Vesala, H.; Oksanen, H.; Ruoppila, I. (2000); Life expectancy of people with intellectual disability; a 35-year follow-up study. *Journal of Intellectual Disability Research* oktober 2000; 44(5) 591-599

9 Van der Windt, W.; Van der Kwartel, A.J.J.; Pieter, D. (2012). Demografische veranderingen en de vraag naar een vijftal BIG-beroepen in het psychische domein. KIWA Prismant

Tabel 1: Adviezen Capaciteitsorgaan, besluiten VWS, gerealiseerde instroom in de opleiding en totale opleidingscapaciteit sinds 2005

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Advies Capaciteitsorgaan	-	15	15	15	20/24	20/24	20/24	16	20
Besluit VWS	-	-	-	45*	20	24	24	16	20
Instroom **	13	11	13	16	19	15	14	20	
Totaal aantal aios**	34	34	34	38	43	46	48	47	
Percentage vrouw	85%	84%	85%	89%	93%	89%	85%	81%	

Bron: Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) 26 februari 2013

* Totaal aantal aios dat voor subsidie in aanmerking kwam

** Per 31 december van het betreffende jaar

Tabel 1 illustreert dat VWS de adviezen van het Capaciteitsorgaan elke keer heeft opgevolgd. De gerealiseerde instroom in de opleiding AVG blijft echter meestal achter bij de toegestane instroom. Het Capaciteitsorgaan adviseerde in 2008 om de instroom in de opleiding (vanaf 2009) fors te verhogen. Dit advies werd door VWS overgenomen, maar het opleidingsveld slaagde er 3 achtereenvolgende jaren niet in dit advies te implementeren. Hiervoor bestaan een aantal redenen. Ten eerste volgden de aios AVG tot 2012 de opleiding deels in eigen tijd, vooral wat betreft het cursorisch gedeelte van de opleiding. Dit betekent dat de aios ook bij het voltijds volgen van de opleiding werkzaam was op basis van een parttime dienstverband. Aangezien de subsidiëring is gebaseerd op de omvang van het dienstverband, ontving de opleidende instelling ook maar een gedeelte van de beschikbare subsidie. Dit is per 1 februari 2012 veranderd. Vanaf dat moment volgen alle aios de opleiding ook binnen werktijd, naar rato van hun dienstverband. De andere twee redenen voor de achterblijvende instroom zijn niet verdwenen. De tweede reden is dat de toegekende instroomcapaciteit vastgesteld wordt op basis van het aantal aios, ongeacht de omvang van hun dienstverband. Ten derde is de subsidietitel niet overdraagbaar van de ene op de andere opleidingsinstelling. Hierdoor blijft subsidie onbenut wanneer een opleidingsinstelling die de subsidie toegewezen heeft gekregen er niet in slaagt tijdig (dat wil zeggen vóór 1 november van het voorgaande jaar) een geschikte kandidaat voor de opleiding aan te trekken.

Pas in 2012 worden 20 nieuwe aios door de registratiecommissie in het opleidingsregister ingeschreven. Deels worden deze aios dan buiten het Opleidingsfonds om door de opleidingsinstellingen zelf (voor)gefinancierd. De opleidingsinstellingen hebben een grote behoefte aan AVG en zijn daarom bereid om voor eigen rekening en risico aios te laten starten met de opleiding AVG. Het totaal aantal aios lijkt door de achterblijvende toename van de instroom in eerste instantie maar mondjesmaat te zijn gestegen. Toch is het aantal aios ten opzichte van de periode 2005-2008 inmiddels met 24% is toegenomen.

De beroepsgroep als geheel is door het hoge percentage vrouwen onder de aios AVG (81%) in combinatie met de uitstroom van mannelijke AVG nog steeds aan het feminiseren. Van de geregistreerde AVG was op 1 januari 2013 73% vrouw.

Op basis van deze gegevens over de aios AVG wordt de parameter **instroom gemiddeld** (over de laatste 3 jaar) wederom vastgesteld op **16**. De parameter **instroom opleiding laatste jaar** wordt veranderd van 19 (Capaciteitsplan 2010) in **20**. De parameter **percentage vrouwen** wordt vooralsnog gehandhaafd op **90%**.

3.5 Intern rendement

Het interne rendement is het percentage aios per opleidingscohort dat de opleiding uiteindelijk succesvol afsluit. Omdat het geruime tijd kan duren voordat een volledig cohort aios de 3-jarige opleiding al dan niet succesvol heeft doorlopen, wordt als indicator voor het interne rendement vooral gekeken naar de uitval. De verwachting voor de toekomst wordt daarbij gebaseerd op de uitvalresultaten uit het verleden, waarbij vooral recente jaren zwaar wegen. De meest recente cohorten instroom zijn echter nog niet volledig geregistreerd als AVG en kunnen daardoor niet worden gebruikt in de raming, hoewel ze de meest actuele informatie opleveren. Verder moet de parameter niet te afhankelijk worden gemaakt van toeval. Ten slotte wordt een te lage instroom in de opleiding als een groter risico gezien dan een te hoge instroom. Het Capaciteitsorgaan baseert zich daarom op het minimale gemiddelde rendement per 5 jaar over de laatste 15 jaar. Dit minimale gemiddelde in 5 jaar wordt in de ramingen in dit Capaciteitsplan vervolgens standaard gecorrigeerd voor het nieuwe beleid van VWS om de vervanging te financieren van aios die hun opleiding afbreken in het kalenderjaar waarin ze ingestroomd waren.

De correctie van het interne rendement voor dit nieuwe beleid voor de nuldejaars uitval bedraagt in de meeste specialismen 1 tot 3 %. De uitval in het eerste jaar van de opleiding van aios AVG is echter met 8% vrij hoog (tabel 2). Het betreft telkens kleine aantallen, maar toch lijkt het aantal aios dat tussentijds de opleiding afbreekt geen toe- of afname in de tijd te vertonen.

Tabel 2: Afbreken van de opleiding AVG in relatie tot opleidingscapaciteit

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Aantal aios dat tussentijds afbreekt	0	2	0	1	8	2	2	2
Totaal aantal aios	34	34	34	38	43	46	48	47
Benadering intern rendement (%)	100	85	100	92	75	87	88	88

Bron: RGS 26 februari 2013

Het interne rendement werd in het Capaciteitsplan 2010 geschat op 89%. Het lijkt erop dat dit een reële inschatting was. De verwachting dat het interne rendement zou toenemen door de groei van het aantal voor deze opleiding gemotiveerde basisartsen blijkt niet te zijn uitgekomen. De sinds 2013 toegestane (extra) vervanging van uitgevallen nuldejaars aios leidt ertoe dat het **interne rendement** naar verwachting zal toenemen van 89% naar 94%¹⁰. De experts, onder meer vanuit de werkgevers, zijn echter van mening

¹⁰ Van der Velden, L.; Batenburg, R.; Resultaten actualisering intern rendement (NIVEL, 19-11-2012)

dat het voor de instellingen binnen de AVG sector niet zo eenvoudig is om te zorgen voor een tijdige vervanging van een eerstejaars aios AVG. Om die reden wordt het intern rendement op **89%** gehandhaafd.

3.6 Conclusies

De instroom van aios AVG is in de periode 2009-2011 structureel toegenomen ten opzichte van de periode 2005-2008. De toename is echter betrekkelijk laat op gang gekomen, ondanks het verruimde advies uit 2008. Meerdere factoren zijn hieraan debet geweest: de bekendheid en aantrekkelijkheid van het beroep, opstartproblemen bij een adequate coördinatie van de toewijzing van opleidingsplaatsen, de achterblijvende invulling door de instelling van toegewezen opleidingsplaatsen, en de kwetsbaarheid van de opleidingsinstellingen. Pas in 2012 heeft het opleidingsveld gereageerd op de steeds groter wordende vraag naar AVG. De instroom in de opleiding AVG is in de afgelopen ramingsperiode te laag geweest om het specialisme voor een van de beleidsrijke scenario's te laten opteren. In de belangrijkste parameterwaarden voor de opleiding zijn slechts kleine wijzigingen aangebracht, met uitzondering van de parameterwaarde voor het interne rendement. De beleidswijziging bij VWS om nuldejaars uitval van aios integraal te vervangen, betekent voor de opleiding tot AVG een aanzienlijke aanpassing van het interne rendement. Echter, de experts verwachten niet dat dit binnen de sector mogelijk is en daarom hebben zij het interne rendement weer gecorrigeerd. Tabel 3 vat de in dit hoofdstuk gedefinieerde parameters samen. Geconcludeerd kan worden dat er ten opzichte van het Capaciteitsplan 2010 géén wijzigingen zijn aangebracht, met uitzondering van de iets hogere instroom in het jaar 2012.

Tabel 3: Parameterwaarden opleiding AVG

Onderwerp	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
Instroom gemiddeld laatste 3 jaar	16	16
Instroom laatste jaar (2012)	19	20
Percentage vrouwen in opleiding	90%	90%
Opleidingsduur	3 jaar	3 jaar
Intern rendement	89%	89%



4. Zorgvraag

4.1 Inleiding

Uitgangspunt in het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan is een zo goed mogelijke raming van de verwachte zorgvraag. Als vertrekpunt voor deze zorgvraag werd tot en met 2010 het huidige aantal fulltime plaatsen voor patiënten met zorg van de AVG gebruikt, ingedeeld naar leeftijd en geslacht. Een fulltime plaats kan overigens worden gebruikt door meer dan één verstandelijk gehandicapte. De gegevens zijn afkomstig uit registraties van instellingen die het grootste gedeelte van de zorgvraag aan de AVG voor hun rekening nemen. Over het exacte aantal intramurale plaatsen voor verstandelijk gehandicapten bestonden lange tijd twijfels. Het Capaciteitsorgaan heeft er daarom voor gekozen om voortaan de ZZP-indicaties te gebruiken om de ontwikkeling van de zorgvraag te beschrijven en de ontwikkeling te vergelijken met de ontwikkelingen op basis van de fulltime plaatsen. Tabel 4 laat de ontwikkeling van 2009 tot en met 2011 zien voor ZZP-indicaties bij cliënten in de verstandelijk gehandicaptensector.

Tabel 4: Aantal cliënten* naar ZZP in de sector verstandelijk gehandicapten behandeling

Cliënten		Met behandeling			Zonder behandeling		
			2009	2011	2009	2010	2011
Met dagbesteding	ZZP1	397	213	0	750	447	496
	ZZP2	1.009	676	0	1.918	1.640	2.169
	ZZP3	4.195	4.199	4.456	3.887	3.189	3.277
	ZZP4	4.889	4.830	4.988	2.341	1.857	1.875
	ZZP5	12.453	11.343	6.600	1.195	1.001	603
	ZZP6	6.412	6.356	6.862	1.923	1.461	1.322
	ZZP7	6.270	8.038	8.752	0	0	0
	ZZP8	0	0	4.913	0	0	288
	Totaal	35.623	35.656	36.571	12.013	9.596	10.031
Zonder dagbesteding	ZZP1	124	129	0	1.125	1.061	970
	ZZP2	230	340	0	1.980	2.859	3.348
	ZZP3	569	1.279	1.636	2.394	3.582	3.740
	ZZP4	294	494	581	938	1.426	1.364
	ZZP5	426	429	340	386	460	396
	ZZP6	553	972	1.318	925	1.067	1.127
	ZZP7	152	281	411	0	0	0
	ZZP8	0	0	161	0	0	77
	Totaal	2.347	3.923	4.447	7.749	10.455	11.022

Bron: NZa

* De aantallen cliënten zijn geschat op basis van het aantal ZZP-dagen zoals dat door de NZa is geregistreerd, gedeeld door 365. In werkelijkheid zal het aantal cliënten iets hoger liggen, omdat niet elke cliënt het volledige jaar gebruik heeft gemaakt van het zorgaanbod.

De groei van het aantal intramurale en semimurale plaatsen bedroeg over de periode 2007-2008 4,0%. Het aantal verpleegdagen nam in de periode 2007-2008 met 2,1% toe¹¹. De toename van het aantal cliënten bedroeg 4,3%. De sector is dus meer cliënten per plaats en per verpleegdag gaan behandelen.

Uit tabel 4 blijkt dat voor de periode 2009-2011 op basis van de ZZP-gegevens het aantal ZZP's met behandeling én dagbesteding gemiddeld met 1,33% per jaar is gegroeid en het aantal ZZP's met behandeling zonder dagbesteding met 44,74%. Omdat het aantal ZZP's zonder dagbesteding veel kleiner is als het aantal ZZP's met dagbesteding is het gewogen "behandelgemiddelde" in de periode 2009-2011 jaarlijks met 4,01% toegenomen.

Bovenstaande gegevens vormen de basis (en de controle) van de raming van de diverse onderdelen van de zorgvraag. Deze zorgvraag wordt vervolgens geprojecteerd op de toekomst. Als eerste bepaalt het Capaciteitsorgaan wat de jaarlijkse "autonome" groei ten gevolge van demografische ontwikkelingen zal zijn. Vervolgens wordt gekeken of er voor de toekomstige ontwikkeling van de zorgvraag bij verstandelijk gehandicapten op basis van epidemiologische en/of sociaal culturele parameters aanvullende scenario's mogelijk zijn. Ook vindt aanpassing van de omvang van de huidige zorgvraag plaats bij een manifeste disbalans tussen zorgaanbod en zorgvraag.

4.2 Demografie

De vooronderstelling in deze parameter is dat leeftijds- en geslachtsspecifieke zorgconsumptie in de toekomst niet zullen veranderen, met uitzondering van de apart benoemde veranderingen in de epidemiologische en sociaal-culturele parameters. In dit advies wordt voor de demografische ontwikkeling de zorgconsumptie gekoppeld aan de middenvariant van de meest recente CBS Bevolkingsprognose 2012-2060 (2011). Voor het Capaciteitsplan 2010 gold een koppeling met de middenvariant uit de CBS bevolkingsprognose 2009.

De ontwikkeling van het aantal verstandelijk gehandicapten houdt geen gelijke tred met de demografische ontwikkelingen. Eerder heeft het Sociaal Cultureel Planbureau een raming opgesteld voor de ontwikkeling van het aantal verstandelijk gehandicapten tot 2020¹². Het aantal verstandelijk gehandicapten blijft in die prognose tot 2020 onveranderd rond de 113.000. Wel wordt rekening gehouden met een toename van de levensverwachting van de verstandelijk gehandicapten. Het aantal verstandelijk gehandicapten ouder dan 50 jaar neemt dus wel toe. In 2003 bedroeg dit aantal 16.000; in 2020 zal dit aantal 26.000 zijn.

Op basis van de SCP-rapportages is in het Capaciteitsplan 2010 voor de parameter demografie uitgegaan van een jaarlijks groeipercentage van 0,0%. Specifieke literatuur over demografische ontwikkelingen bij verstandelijk gehandicapten was op dat moment niet beschikbaar. In de loop van 2011 leverde literatuuronderzoek een tweetal artikelen op die ingingen op demografische ontwikkelingen bij verstandelijk gehandicapten (zie voetnoot 5 en 6 bij paragraaf 3.2). Dit artikel veronderstelde dat er wél sprake is van een toename van het aantal verstandelijk gehandicapten op basis van demogra-

¹¹ Van der Kwartel, A.J.J. (2009) op basis van Jaardocument Maatschappelijke Verantwoording

¹² Jonker et. al (2005). SCP

fische factoren. Dit werd overigens naderhand bevestigd in onderzoek dat in opdracht van het Capaciteitsorgaan werd uitgevoerd. In 2011 heeft dit tot een tussentijdse aanpassing van het instroomadvies geleid. De parameter **demografie** blijft in dit advies gehandhaafd op het percentage uit 2011: **+0,5%** per jaar.

4.3 Epidemiologie

De toenemende levensverwachting van de verstandelijk gehandicapte leidt tot meer multimorbiditeit en daarmee tot een complexere zorgvraag¹³. Interessant is dat de eerder genoemde vergrijzing van de populatie niet lijkt te leiden tot een intensievere inzet van de AVG. Uiteraard leidt de langere levensverwachting wel tot een toename van de totale inzet van de AVG, maar de gemiddelde inzet neemt niet toe met de gemiddelde leeftijd van de verstandelijk gehandicapte. In de reële scenario's wordt de langere levensverwachting van de verstandelijk gehandicapte gecompenseerd door een (conservatieve) toename van de zorgvraag met **+0,1%** per jaar. In de maximale scenario's wordt ervan uitgegaan dat de langere levensverwachting uiteindelijk wel moet gaan leiden tot een complexere en daarmee ook intensievere zorgvraag. In de maximale scenario's wordt gerekend met een (hoge) jaarlijkse toename van de zorgvraag met **+0,2%**.

4.4 Sociaal-culturele ontwikkeling

De afgelopen jaren is de ontwikkeling van de zorgvraag gedomineerd door twee ontwikkelingen. De eerste ontwikkeling betreft de bekostiging van dagactiviteiten voor cliënten met een verstandelijke handicap. Dit heeft geleid tot een bruto toename van 50.000 cliënten die zorg ontvangen, waaronder 30.000 nieuwe cliënten. De overige 20.000 cliënten zijn bewoners van instellingen die deelnemen aan dagactiviteiten van de (eigen) instelling. Deze ontwikkeling lijkt de laatste jaren te stabiliseren op een toename van ongeveer 2,6% per jaar.

Daarentegen is de zorgvraag van licht verstandelijk gehandicapten met bijkomende (gedrags)problematiek de laatste jaren juist fors toegenomen. Dit wordt geweten aan: een toename van de eisen vanuit de maatschappij inclusief het onderwijs, het wegvallen van maatschappelijke leun- en steunsystemen, verbeterde diagnostiek en behandeling van afwijkend gedrag, verbeterde communicatie over beschikbare regelingen en een (te) late onderkenning van een lichte verstandelijke handicap¹⁴. Maar ook de geprotocolleerde overdracht van verstandelijk gehandicapten door de kinderarts naar de AVG bij het bereiken van het 18e levensjaar en een andere benadering van (mogelijk) verstandelijk gehandicapte jeugdige delinquenten door Justitie leidt tot een toename van de zorgvraag aan de AVG.

Aan de voorzieningenkant creëert de AVG tegelijkertijd een toename van de zorgvraag. Er zijn steeds meer poliklinieken AVG en behandelbare handicap gebonden aandoeningen. Bovendien neemt de mondigheid van (de familie van) een verstandelijk gehandicapte toe. Dit alles leidt tot een toename van de vraag naar specialistische expertise. Daarbij betreft het vooral een toename in het extramurale deel van de zorgvraag.

¹³ Evenhuis, H.M.; Hermans, H.; Hilgenkamp, T.I.M.; Bastiaanse, L.P.; Echteld, M.A. (2012): Kwetsbaarheid bij ouderen met een verstandelijke handicap; NTVG 2012; 156(43):1799-1804

¹⁴ Toename gebruik ondersteuning voor jongeren met een gezondheidsbeperking (2007). TNO

Door veranderingen in de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) is de tijdsbesteding van de AVG voor de uitvoering van de hiermee gemoeide verrichting wel toegenomen. Een dergelijke toename wordt door de AVG ook gezien op het terrein van geneesmiddelenbeleid. De AVG moet ook in het kader van transparante en verantwoorde zorg meer formulieren invullen en vaker verantwoording afleggen.

In het reële scenario wordt uitgegaan van een forse afremming van de sociaal cultureel bepaalde vraag door de overheid. Het regeerakkoord “Bruggen slaan” uit 2012 voorziet in een versobering van de AWBZ aan zowel de intramurale als de extramurale kant. Deze versoeringen borduren voort op eerdere adviezen van heroverwegingscommissies die al in het najaar van 2009 werden geïnstalleerd. Voor de verstandelijk gehandicaptensector kwam de betreffende commissie tot twee adviezen, namelijk het aanscherpen van het IQ- criterium voor toelating tot deze zorg van 85 naar 70 en het schrappen van de aanspraak op de functie begeleiding. Het Sociaal en Cultureel Planbureau heeft op basis hiervan een rapport gepubliceerd¹⁵.

De vraag is uiteraard in hoeverre dit regeerakkoord ook leidt tot effectieve maatregelen. Uit media-oogpunt is een forse bezuiniging op deze doelgroep niet voor de hand liggend. Maar de geneeskundige zorg voor de verstandelijk gehandicapte zou ook voor een deel naar de huisarts kunnen gaan. In het reële scenario wordt daarom uitgegaan van een lichte jaarlijkse groei van **+0,5%**.

Als de regering er niet in slaagt de extramurale groei fors te beperken, zal deze zorgvraag ook de komende jaren blijven toenemen. In een maximaal scenario acht het Capaciteitsorgaan een jaarlijkse groei van de zorgvraag voor de parameter sociaal-culturele ontwikkeling met **+1,5%** realistisch.

4.5 Onvervulde zorgvraag

De bestaande zorgvraag wordt beschouwd als de som van de huidige vervulde zorgvraag en de onvervulde zorgvraag. De onvervulde zorgvraag is: de zorgvraag - gemeten in fte - waaraan de beroepsgroep ten tijde van het basisjaar niet kan voldoen. Als graadmeter hiervoor gelden onder meer wachtlijsten (mits niet vervuld) en het al dan niet bestaan van (moeilijk vervulbare) vacatures. Dit geeft een indicatie dat er werk blijft liggen of dat er suboptimaal wordt gewerkt.

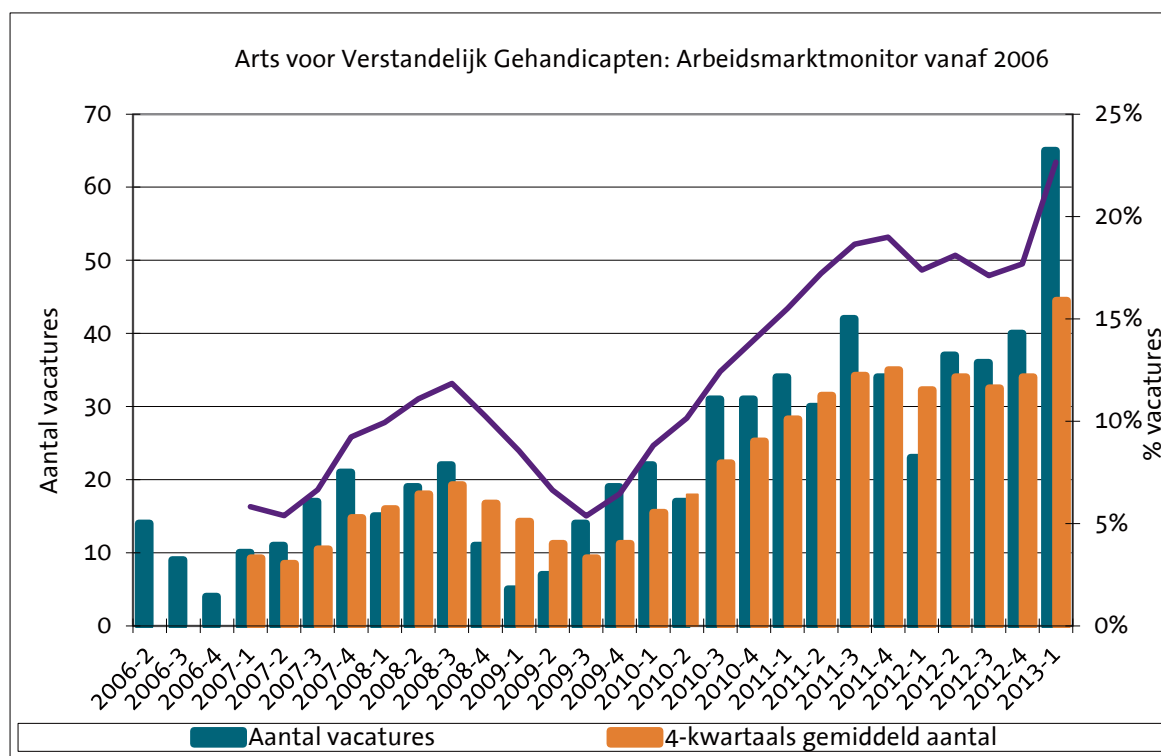
In 2010 heeft KIWA Prismant in opdracht van het Capaciteitsorgaan gevraagd of zij vacatures voor AVG langer dan zes maanden open hadden staan. Van de 58 responderende organisaties waren er 17 met dergelijke vacatures, verdeeld over 14,7 fte's AVG, 2,2 fte's huisarts en 2,5 fte's basisarts. Omrekenen naar de 126 organisaties in Nederland met intramurale plaatsen voor verstandelijk gehandicapten leidt tot een onvervulde vraag van circa 30 fte's AVG.

Andere indicatoren voor een onvervulde zorgvraag zijn bijvoorbeeld de instroom van specialisten uit het buitenland, het totaal aantal vacatures per specialisme en (deels) de inzet van basisartsen. De AVG kent geen buitenlands equivalent. Ook zijn er binnen de AVG nauwelijks ZZP'ers werkzaam. Het totaal aantal vacatures voor AVG wordt gemonitord via de Arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact. Hoewel dit niets hoeft te zeggen over de absolute omvang van de onvervulde vraag (vacatures

¹⁵ Wottiez, I.; Ras, M.; Oudijk, D.(2012): IQ met beperkingen. SCP

zijn tot een bepaald niveau een normaal verschijnsel) kan het wel tendensen ondersteunen of ontcrachten. Bij een redelijk evenwicht op de arbeidsmarkt is 2 tot 3% vacatures gebruikelijk, afgezet tegen het totaal aan bezette arbeidsplaatsen. Het betreft dan vervanging van uitstroom op basis van leeftijd en mutaties door wisseling van werkplek. Figuur 1 toont de gegevens uit de Arbeidsmarktmonitor sinds 2006.

Figuur 1: Absoluut aantal, voortschrijdend gemiddelde en voortschrijdend percentage vacatures AVG



Bron: Arbeidsmarktmonitor van Medisch contact

De figuur laat zien dat de ontwikkelingen van de vacatures voor AVG sinds 2009 zowel in absoluut aantal als in percentage ten opzichte van de geregistreerde beroepsgroep ongunstig zijn geweest. Het percentage vacatures voor AVG schommelt vanaf 2011 tussen de 16 en 25% van de geregistreerde AVG. Ten opzichte van de werkzame AVG zal het beeld nog iets ongunstiger zijn. De figuur laat ook zien dat de resultaten van de enquête uit 2010 van KIWA Prismant in grote lijnen niet veel afwijken van de Arbeidsmarktmonitor. Dit duidt erop dat de onvervulde vraag sinds 2010 verder is toegenomen. Er bestaat een grote spanning op de arbeidsmarkt voor AVG. Dit kan een van de oorzaken zijn voor het gegeven dat de instellingen in 2012 ook aios AVG hebben aangenomen zonder dat daarvoor specifieke financiering van overheidswege was.

De onvervulde vraag naar AVG is hoog. De toename van de inzet van basisartsen, beschreven in paragraaf 2.2 en paragraaf 5.2.2, wijst ook in deze richting. Op zich is dit gegeven belangrijk genoeg om de

twee eerder benoemde scenario's ook voor deze parameter te hanteren. In het conservatieve scenario hanteert het Capaciteitsorgaan een (huidige) onervulde vraag van **13%**. In het extreme scenario bedraagt de onervulde vraag **17%**. In deze scenario's wordt de geobserveerde vacaturegraad alleen gecorrigeerd voor het gebruikelijke vacaturepercentage van 2 à 3%.

4.6 Conclusie zorgvraag

Tabel 5 vat de parameterwaarden samen die worden gehanteerd voor zorgvraagscenario's in deze ramingen. Daarnaast worden ze vergeleken met parameterwaarden uit het Capaciteitsplan 2010 en het tussentijds advies uit 2011.

Tabel 5: Parameterwaarden ontwikkeling zorgvraag AVG per jaar

Onderwerp	Capaciteitsplan 2010	Tussentijds advies 2011	Capaciteitsplan 2013		
			Beleidsarm	Reëel	Maximaal
Demografie	0,0 %	+0,5%	+0,5%	+0,5%	+0,5%
Epidemiologie	+0,1 tot +0,2%	+0,1 tot +0,2%	0%	+0,1%	+0,2%
Sociaal-culturele ontwikkeling	+0,8 tot +1,3%	+0,8 tot +1,3%	0%	+0,5%	+1,5%
Onervulde zorgvraag	+8,0 tot +14,0%	+8,0 tot +14,0%	0%	+13,0%	+17,0%

Over een periode van 18 jaar bedraagt de gemiddelde jaarlijkse toename van de zorgvraag dan 2,1% volgens het reële scenario en 4,2% volgens het maximale scenario. Daarbij is de mogelijke implementatie van het beleid om de zorgvraag in het segment van de licht verstandelijk gehandicapten bij te sturen (i.c. het hanteren van de conservatieve waarde voor de parameter sociaal-cultureel) van doorslaggevend belang.

5. Zorgaanbod

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de samenstelling van de huidige beroepsgroep AVG. Op basis van de huidige samenstelling en een aantal andere beschikbare gegevens over de AVG is een raming mogelijk van het verloop in de huidige, bestaande capaciteit voor de komende 18 jaar. De gegevens over het bestaande zorgaanbod zijn in de loop van de tijd zo stabiel geworden dat wordt afgezien van alternatieve scenario's op dit onderdeel van het model. Ook de onmogelijkheid van instroom uit het buitenland heeft bijgedragen aan deze beslissing.

Voor de samenstelling van de beroepsgroep wordt gebruik gemaakt van het daartoe ingestelde specialistenregister. In 2002 is het beroepsregister AVG opengesteld door de toenmalige Huisartsen en Verpleeghuisartsen Registratie Commissie (HVRC). Andere gegevens die een indicatie geven over bijvoorbeeld het percentage werkende AVG en de verwachte stopleeftijd zijn verzameld door gerichte enquêtering of analyses van andere datacollecties, zoals het BIG-register en het Sociaal Statistisch Bestand.

5.2 Omvang beroepsgroep

5.2.1 Aantal geregistreerde AVG

Tabel 6 toont het aantal geregistreerde AVG sinds 2005. Ten opzichte van 2005 is het aantal AVG per 1 januari 2013 met 18% toegenomen. Dat cijfer wordt echter gecorrumpet door de eerste 5-jaarlijkse herregistratie van alle AVG per 2007. In dat jaar werd de volledige groep AVG die eerder retrograad waren erkend geconfronteerd met nieuwe eisen voor herregistratie die per 2005 in werking waren getreden. Deze waren strenger dan de eisen ten tijde van de overgangsregeling. Met een beleidsregel van de HVRC is aan deze groep AVG een periode van twee jaar (tot 1 januari 2009) gegeven om alsnog te voldoen aan de herregistratie-eisen uit 2005. Toch is in 2006 de registratie van 27 AVG doorgehaald, gevolgd door nog eens 8 in 2008. In principe is de groei van het aantal AVG vanaf 2007 echter redelijk gestaag.

Tabel 6: Aantal en geslacht geregistreerde AVG per 1 januari*

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Aantal	170	175	156	162	166	174	182	184	200
Index 2005	100	103	92	95	98	103	107	108	118
% Vrouwen	56%	57%	61%	63%	64%	65%	67%	70%	73%

Bron: RGS 26 februari 2013

*: daadwerkelijk per 31 december, 24.00 uur, van het voorgaande jaar

De hoge instroom van nieuwe vrouwelijke AVG in combinatie met de hoge leeftijdgerelateerde uitstroom van mannelijke AVG zorgt voor een toenemende feminisering van het beroep. Afgaande op de stand van zaken bij de aios (81% vrouw) zal de feminisering nog wel enige tijd doorgaan. In de ra-

ming is voor de parameter percentage **werkzame vrouwelijke AVG** uitgegaan van **70%**. Dat is wellicht een kleine onderschatting van het daadwerkelijk percentage werkzame vrouwelijke AVG.

5.2.2 Huisartsen en basisartsen

Zoals in hoofdstuk 2 al werd beschreven is in de instellingen voor verstandelijk gehandicapten ook een aantal ervaren huisartsen en (basis)artsen niet in opleiding tot specialist (anios) werkzaam. Voor het merendeel wachten deze anios niet op een opleidingsplaats tot AVG. Tabel 7 laat de gegevens van het CBS in combinatie met het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) sinds 2005 zien. Daarbij moet wel worden bedacht dat in deze tabel gegevens van het BIG-register en het CBS zijn gecombineerd. Deze gegevens worden op twee verschillende momenten verzameld (januari en september van elk kalenderjaar) waardoor de absolute hoogte minder betekenis heeft dan de zichtbare trends. De CBS-gegevens zijn onder meer afkomstig van de Belastingdienst. Om die reden zijn de gegevens over 2011 en 2012 nog niet beschikbaar.

Tabel 7: Aantal en fte's werkzame huisartsen en basisartsen/ anios in dienstverband in de gehandicaptenzorg

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Aantal werkzame huisartsen	30	30	15	20	20	20
Aantal werkzame basisartsen (anios)	51	56	66	67	57	99
Gemiddeld fte huisartsen	0,70	0,72	0,72	0,72	0,72	0,73

Bron: CBS/SSB bestand Statline geraadpleegd 26 november 2012; recentere informatie op 1 juni 2013 niet beschikbaar

In deze raming wordt de ingezette capaciteit aan basisartsen verder buiten beschouwing gelaten. De groep huisartsen wordt wél meegenomen in de raming, omdat het Capaciteitsorgaan aanneemt dat deze huisartsen op termijn zullen worden vervangen door geregistreerde AVG. KIWA Prismant schatte in 2010 dat 32 geregistreerde huisartsen werkzaam zijn als AVG. Het CBS komt voor hetzelfde jaar tot ruwweg 20 huisartsen die *grotendeels* werkzaam zijn binnen de gehandicaptenzorg in 2010. Het lijkt verdedigbaar om de totale capaciteit van geregistreerde AVG (200 personen) per 1 januari 2013 te verhogen met het gemiddelde aantal van 25 werkzame personen/huisartsen.

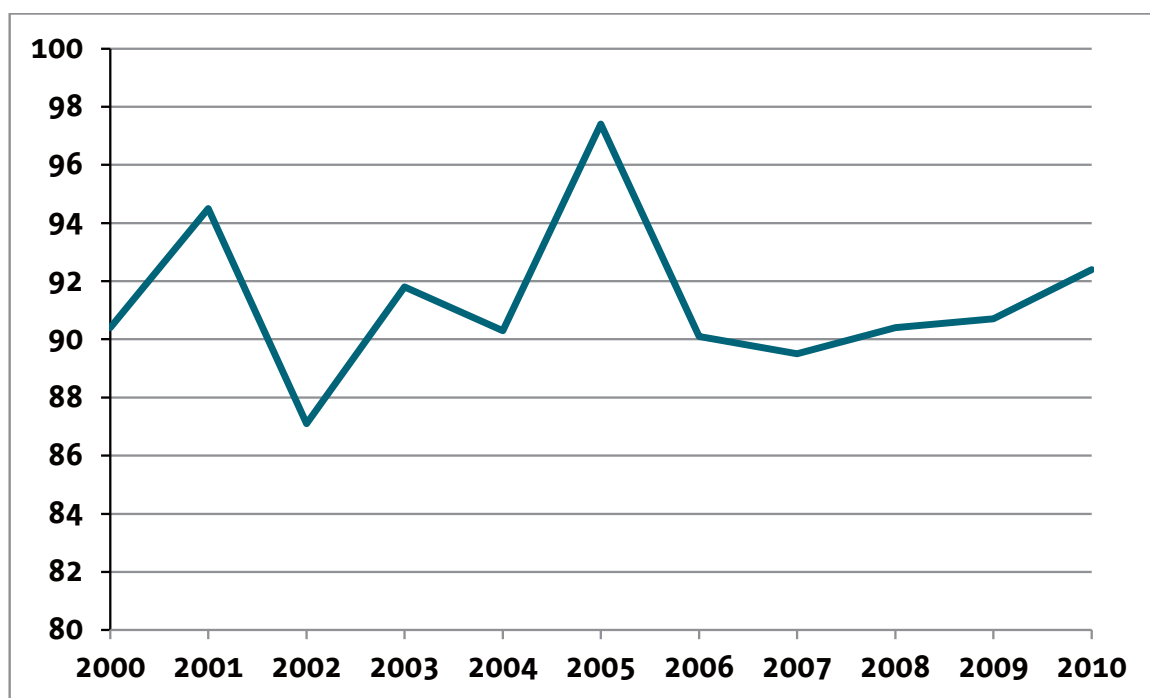
5.2.3 Aantal/ percentage werkzaam als AVG

Binnen elk specialisme is het aantal werkzame artsen lager dan het aantal geregistreerde artsen. Medisch specialisten kunnen werkzaam zijn in het buitenland, een dubbele erkenning hebben, tussentijds zijn gestopt met de uitoefening van hun vak of hun vak uitoefenen buiten de verstandelijk gehandicaptenzorg. Dit kan bijvoorbeeld in de onderwijs- of onderzoeksector (onder andere de farmaceutische industrie). Deze laatste categorie wordt wél meegenomen in de ramingen, omdat zij wel een functie hebben binnen het totale zorgaanbod en deze functie ook ingevuld zal blijven worden. De overige categorieën worden niet beschouwd als behorende bij het zorgaanbod in Nederland.

De bepaling van het aantal werkzame AVG werd tot de ramingen in het Capaciteitsplan 2010 vooral gebaseerd op enquêtes onder de AVG. In 2010 werd hieruit door KIWA Prismant nog een percentage van 95% gedestilleerd. Echter, de non-respons op deze enquêtes is selectief. Voor de bepaling van het

aantal werkzame AVG is KIWA Prismant inmiddels overgestapt op eerder genoemde analyses van het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) dat het CBS beheert. In figuur 2 is het percentage werkzame AVG weergegeven sinds 2000. Daarbij moet aangetekend worden dat de piek in 2005 wederom het gevolg is van de opschoning van het AVG-register in dat jaar. Dat geeft een tijdelijke vertekening van het percentage werkzame AVG.

Figuur 2: Percentage werkzame, geregistreerde AVG sinds 2000



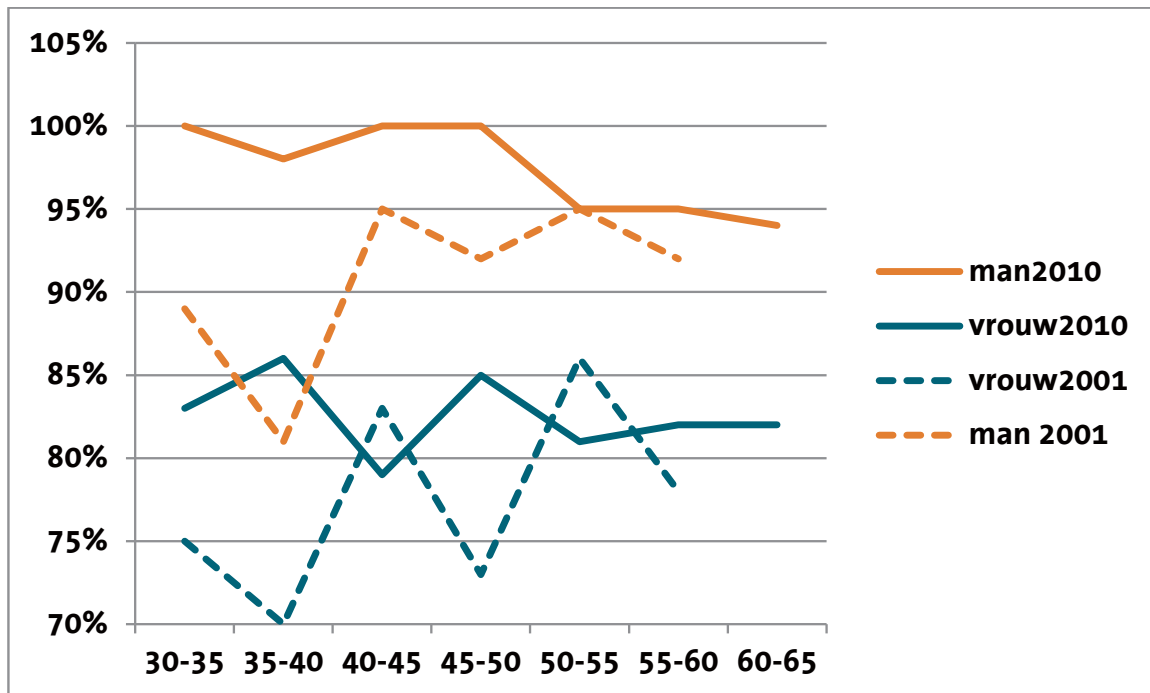
De getoonde waardes liggen stelselmatig lager dan de eerder door enquêtering verzamelde waardes van KIWA Prismant. De gegevens van het SSB zijn echter gebaseerd op het volledige bestand van geregistreerde AVG en zijn daarom betrouwbaarder dan de gegevens uit de enquêtes. Op basis van deze gegevens wordt de parameter **percentage werkzame AVG** gesteld op **93%** van de geregistreerde AVG.

5.3 Omvang dienstverband AVG

Ook voor de gegevens rond het gemiddelde fte van de AVG zijn nu gegevens beschikbaar uit het Sociaal Statistisch Bestand. Eerder werd gewerkt met onderzoeksgegevens, gebaseerd op enquêtering. In 2008 kwam hieruit een getal naar voren van 0,85 fte voor mannelijke AVG en 0,65 fte voor vrouwelijke AVG. In het Capaciteitsplan 2010 werden gemiddelden van 0,91 fte (mannen) en 0,80 fte (vrouwen) gehanteerd.

Voor deze analyse zijn de SSB-gegevens over alle geregistreerde AVG die werkzaam zijn in de sector Zorg en Welzijn in 2001 en 2010 bekeken op deeltijdfactor. Figuur 3 toont de resultaten van deze analyse op leeftijd en geslacht.

Figuur 3: Fte in procenten bij AVG in 2001 en 2010 naar leeftijd en geslacht



De figuur laat zien dat de afgelopen jaren de leeftijdsspecifieke deeltijdfactor voor mannelijke en vrouwelijke AVG in 2010 is toegenomen vergeleken met 2001. Het lijkt erop dat de mannelijke en de vrouwelijke AVG in bijna alle leeftijdscategorieën meer zijn gaan werken. Het gemiddelde fte-percentage van de werkzame AVG lijkt daardoor ook te zijn toegenomen. Echter, in de 4 jaar vóór 2005 schommelde het totale fte-percentage tussen de 0,85 fte en 0,79 fte. Het lijkt er eerder op dat het om atypische schommelingen gaat dan om trendmatige verschuivingen. Op de lange termijn is er hooguit sprake van een toename van het gemiddelde fte van 0,02 fte, gemeten over een periode van 10 jaar. Deze toename is zowel bij de mannen als de vrouwen zichtbaar.

Mogelijk is deze toename van het gemiddelde fte een indicator voor de onvervulde vraag; de AVG werkt meer om de bestaande lacunes in het zorgaanbod te verminderen. Voor de ramingen van het Capaciteitsorgaan is in dit plan rekening gehouden met een gemiddeld fte van 0,96 fte voor mannen, 0,82 fte voor vrouwen en 0,87 fte voor mannen en vrouwen samen.

De arbeidstijd is sinds 2002 mogelijk met 0,03 fte toegenomen. Definitief bewijs voor deze veronderstelling ontbreekt echter. Daarom wordt niet uitgegaan van een trendmatige verandering in het gemiddelde fte. De **arbeidstijdverandering** is op 0,0% gesteld.

5.4 Instroom in het vak

Instroom als AVG is in principe alleen mogelijk door inschrijving in het register na voltooiing van de erkende vervolgopleiding. Instroom van AVG uit het buitenland is niet mogelijk, omdat het specialisme alleen in Nederland bestaat. De inschrijving in het register is daarmee een vrijwel exclusieve

weerspiegeling van de resultaten van de opleiding tot AVG (herintreding is ook mogelijk). In tabel 8 zijn de nieuwe inschrijvingen in het register van AVG sinds 2005 weergegeven.

Tabel 8: Aantal nieuwe inschrijvingen van AVG in het specialistenregister per kalenderjaar

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Inschrijvingen	8	8	13	12	10	10	11	21

Bron: RGS 26 februari 2013

Het aantal nieuwe inschrijvingen van AVG in het register weerspiegelt de instroom in de opleiding 3 jaar eerder, met correcties voor tussentijdse uitval en tussentijdse verlenging van de opleidingsduur door parttime werken of tijdelijke uitval (bijvoorbeeld door zwangerschap). De instroom van nieuwe AVG is sinds 2009 redelijk stabiel geweest. In 2012 zijn relatief veel AVG in het register ingeschreven.

5.5 Uitstroom uit het vak

De uitschrijvingen uit het specialistenregister zijn omschreven in tabel 9.

Tabel 9: Aantal uitschrijvingen van AVG uit het specialistenregister per kalenderjaar

Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Uitschrijvingen	3	27	6	8	1	2	10	5

Bron: RGS 26 februari 2013

Uitschrijving geschiedt bij: het niet voldoen aan de eisen voor herregistratie, uitschrijving op eigen verzoek of uitschrijving op last van het Tuchtcollege. Herregistratie wordt normaliter eens per 5 jaar aangevraagd door de AVG bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De minimumomvang van de werkzaamheden om in aanmerking te komen voor herregistratie bedraagt 16 uur per week bij een minimumduur van één jaar. Verder moeten AVG ten minste 40 uur per jaar hebben deelgenomen aan geaccrediteerde deskundigheidsbevordering.

De piek in de uitschrijvingen in 2006 wordt veroorzaakt door de al eerder genoemde eerste herregistratie onder AVG die in 2001 voor het eerst zijn geregistreerd. De tweede piek van uitschrijvingen in 2008 wordt veroorzaakt door de geclausuleerde herregistratie van AVG die voor twee jaar mogelijk was in het kader van de overgangsregeling. De hoge uitstroom in vooral 2006 veroorzaakt ook de langzame groei in de beginjaren van het specialisme.

De toekomstige vertrekkansen van momenteel werkzame AVG zijn slechts marginaal af te leiden van bestaande gegevens. Deze gegevens worden ook vervuild door met name 2006; het jaar waarin het register middels collectieve herregistratie is geschoond. KIWA Prismant heeft op basis van de beschikbare gegevens zo goed mogelijk geschat wat de vertrekkans is voor de zittende AVG op 5, 10, 15, en 20 jaar vanaf het basisjaar 2013. Naast vertrek om leeftijdsredenen heeft KIWA Prismant ook vertrek om andere redenen meegenomen. Vervolgens zijn deze percentages aangepast voor de effecten van een twee jaar latere stopleeftijd. Verondersteld wordt dat de (pre)pensioenleeftijd met gemiddeld 2 jaar

zal toenemen door besluiten van de overheid. Tabel 10 toont de resulterende schattingen van de vertrekkansen.

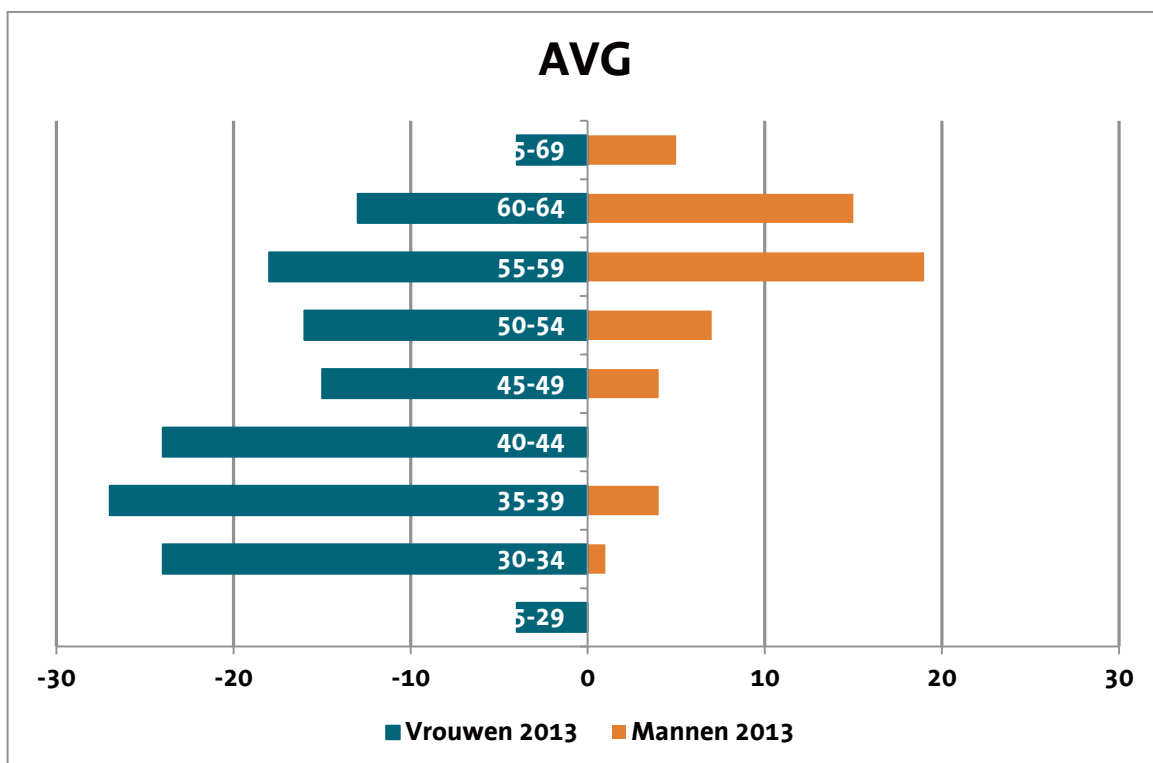
Tabel 10: Vertrekkans momenteel werkzame AVG op basis van beschikbare gegevens na

Vertrekkans per periode	Capaciteitsplan 2010		Capaciteitsplan 2013	
	Mannen	Vrouwen	Mannen	Vrouwen
Na 5 jaar	29%	15%	26%	10%
Na 10 jaar	53%	31%	63%	24%
Na 15 jaar	81%	65%	80%	34%
Na 20 jaar	85%	80%	87%	45%

Bron: KIWA Prismant

De tabel laat zien dat de vertrekkans per periode ten opzichte van 2010 wel verandert. Bij de mannelijke AVG neemt de vertrekkans ondanks de latere stopleeftijd nauwelijks af. Dat wordt veroorzaakt door de toegenomen vergrijzing van deze groep AVG. Bij de vrouwelijke AVG is de vertrekkans in alle perioden afgenomen. Deze tabel kan feitelijk worden geïllustreerd met de beschikbare gegevens over leeftijd en geslacht van de AVG. In figuur 4 zijn deze gegevens voor de mannen en de vrouwen per 1 januari 2013 beschreven.

Figuur 4: Leeftijd en geslachtsopbouw AVG per 1 januari 2013



Bron: RGS 26 februari 2013

Deze figuur laat onmiskenbaar zien dat de AVG twee sexespecifieke dynamieken kent. Aan de ene kant de groep vrouwelijke AVG die een redelijk evenwichtige leeftijdsopbouw kent. Aan de andere kant de groep mannelijke AVG waarvan de modus, maar ook de mediaan zich bevindt in het leeftijdscohort van 55 tot en met 59 jaar. Van de mannen is 85% ouder dan 50 jaar, van de vrouwen is dit slechts 35%. Het imago van het beroep van AVG zal de komende 10 jaar waarschijnlijk sterk feminiseren én verjongen door de uitstroom van zeker 60% van de nu nog geregistreerde mannelijke AVG.

Naast de uitstroom door het vertrek van momenteel geregistreerde AVG houdt het Capaciteitsorgaan in de ramingen ook rekening met de toekomstige vertrekkans van specialisten die nog opgeleid moeten worden. Ook houdt het Capaciteitsorgaan rekening met specialisten die momenteel in opleiding zijn en die in de betreffende ramingsperiode hun vervolgopleiding voltooien en gaan werken als AVG. De toekomstige vertrekkansen van deze twee groepen toekomstig specialisten wordt ook wel betiteld als “extern rendement”. Als extern rendement hanteert het Capaciteitsorgaan 98% 1 jaar na de afronding van de opleiding, 95% 5 jaar na afronding van de opleiding, 90% 10 jaar na afronding van de opleiding en 85% 15 jaar na afronding van de opleiding.

5.6 Conclusie zorgaanbod

Per 1 januari 2013 is 72% van de 200 geregistreerde AVG vrouw. Van de huidige aios AVG is 81% vrouw. Door de instroom van jonge vrouwelijke AVG, in combinatie met de uitstroom van voornamelijk mannelijke oudere AVG, blijft de feminisering van de beroepsgroep toenemen. Voor de 25 huisartsen die merendeels als AVG werken worden specifieke fte-waarden gehanteerd die uit het SSB/CBS onderzoek naar voren zijn gekomen.

De deeltijdfactor is ten opzichte van 2010 voor beide geslachten gestegen. In paragraaf 5.3 is geconstateerd dat de vrouwelijke AVG 0,82 fte werkt en de mannelijke AVG 0,96 fte. Voor vrouwen en mannen samen komt het gewogen gemiddelde uit op 0,87 fte. Deze drie waarden zijn opnieuw hoger dan de waarden die gehanteerd werden in 2010.

De arbeidstijdverandering is op 0,0% gesteld. Wel wordt uiteraard het hogere gemiddelde fte gebruikt in de vaststelling van het huidige beschikbare arbeidsaanbod.

Het aantal werkzame AVG in 2013 wordt op basis van de SSB-analyse door KIWA Prismant geschat op 91,5% van 200 AVG oftewel 183 AVG. Indien er geen geslachtsverschillen bestaan tussen werkende en niet-werkende AVG beschikt de beroepsgroep over 159 fte's aan capaciteit. Eerder werd gemeld dat ook de huisartsen die langdurig werken in de verstandelijk gehandicapten sector worden meegeteld in de capaciteit. Het betreft 25 huisartsen. Deze huisartsen werken volgens SSB/CBS-gegevens gemiddeld 0,73 fte. Het totaal aantal fte's inclusief deze huisartsen komt daardoor op 178 fte's oftewel 28 fte's hoger dan in 2010. Tabel 11 vat de aanbodparameters samen en vergelijkt deze met de parameters uit 2010.

Tabel 11: Parameterwaarden zorgaanbod

Onderwerp	Capaciteitsplan 2010		Capaciteitsplan 2013	
Werkzame specialisten	192		208	
Aantal fte	150		178	
Gemiddelde fte mannen	0,91		0,96	
Gemiddelde fte vrouwen	0,80		0,82	
% vrouwen	65%		70%	
Arbeidstijdverandering	0%		0%	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Uitstroom tot 2015/ 2018	29%	15%	26%	10%
Uitstroom tot 2020/ 2023	53%	31%	63%	24%
Uitstroom tot 2025/ 2028	81%	65%	80%	34%
Uitstroom tot 2030/ 2033	85%	80%	87%	45%
Extern rendement	98% na 1 jaar		98% na 1 jaar	
	95% na 5 jaar		95% na 5 jaar	
	90% na 10 jaar		90% na 10 jaar	
	85% na 15 jaar		85% na 15 jaar	
Instroom buitenland	0		0	

6. Werkproces

6.1 Inleiding

Hoofdstuk 4 omschreef de verwachte zorgvraagontwikkeling, inclusief een aantal mogelijke scenario's. De verwachte zorgaanbodontwikkeling kwam in hoofdstuk 5 aan bod. In dit hoofdstuk kijkt het Capaciteitsorgaan expliciet naar de verwachte ontwikkelingen in de afstemming tussen vraag en aanbod, oftewel het werkproces. Deze ontwikkelingen spelen een belangrijke rol in de "match" tussen zorgvraag en zorgaanbod. De hoeveelheid tijd die voor de zorgvraag beschikbaar is kan fors toe- of afnemen door verbeteringen van de efficiency in het werkproces of door een andere verdeling van patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden tijd. Deze parameters werken immers - na inschatting - direct door vanaf het basisjaar en zijn meteen van kracht voor de totale capaciteit aan werkzame AVG.

De volgende paragrafen behandelen de ontwikkeling van de meest relevante onderdelen van het werkproces. Hiervoor wordt in eerste instantie gekeken naar beschikbare literatuur. Echter, experts uit het veld van verzekeraars, beroepsgroepen en opleidingsinstellingen doen de uiteindelijke inschatting van de ontwikkeling van deze parameters. In deze inschattingen verwerken zij een aantal onzekerheden. Het Capaciteitsorgaan hanteert daarbij drie scenario's: een "beleidsarm scenario" waarin niets in het werkproces verandert, een "reëel scenario" met conservatieve inschattingen van veranderingen in (onder meer) het werkproces en een "maximaal scenario". Hierin zijn de hoogste waarden verwerkt waarover de experts van universiteiten, verzekeraars, en AVG consensus konden bereiken.

6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Voor AVG geldt wetenschappelijk onderzoek als een van de speerpunten van hun werk. Het streven is erop gericht de AVG een gedeelte van de werktijd te laten besteden aan de wetenschap. Vanuit de UMC's komen soortgelijke signalen, hetgeen ook geresulteerd heeft in de aanstelling van een tweede hoogleraar in Nijmegen. De beroepsgroep is vakinhoudelijk redelijk actief. Zij ontwikkelen voortdurend standaarden en protocollen. Het aantal wetenschappelijke publicaties is, gemeten aan de omvang van de beroepsgroep, hoog. Gemiddeld besteedt de AVG 6% van zijn tijd aan onderwijs en onderzoek. De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) stimuleert de professionalisering van de sector en het kennisbeleid van de Vereniging van Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (NVAVG).

De NVAVG profileert zich duidelijk op het medisch domein met de publicatie "Zorgaanbod van de AVG". De overgang naar de Zorgverzekeringswet gaat naar alle waarschijnlijkheid om een verantwoording van de activiteiten van de AVG vragen. Dit ontbreekt nog in de AWBZ. Eerder werd al het nieuwe medicatiebeleid genoemd als een nieuw extra onderwerp voor de AVG. Ook de DNA-typering zal in beperkte mate leiden tot extra activiteiten voor de AVG. De geleidelijk stijgende gemiddelde leeftijd van de verstandelijk gehandicapte leidt tot een groter aantal verstandelijk gehandicapten met multiple gezondheidsproblemen. De inschatting van de experts is dat de veranderende behoefte aan AVG door vakinhoudelijke ontwikkeling met **+1,0%** als conservatieve jaarlijkse verandering kan worden geschat en met **+2,0%** als hoogste jaarlijkse verandering.

6.3 Technologische ontwikkelingen

De technologische ontwikkelingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg hebben in het verleden geen grote vlucht genomen. Het blijft de vraag of in de verstandelijk gehandicaptenzorg medisch technologische ontwikkelingen van groot belang zullen worden. In de afgelopen 3 jaar hebben zich volgens de experts van de partijen in het veld geen belangwekkende veranderingen voorgedaan. De inschattingen van 2010 blijven van kracht: **0,0%** als conservatieve jaarlijkse verandering en **-0,2%** als hoogste jaarlijkse verandering.

6.4 Efficiency

Factoren die de efficiency verlagen zijn bijvoorbeeld: extra handelingen om patiënt gerelateerde activiteiten vanuit defensieve geneeskunde te documenteren, dubbel uitgevoerde documentatiesystemen (handmatig én elektronisch) en/of decentralisatie van patiënten en cliënten. Uit eerder onderzoek van KIWA Prismant is naar voren gekomen dat de AVG 6% van zijn tijd aan onderzoek en onderwijs besteedt, 71% aan patiëntgebonden taken, 15% aan managementtaken, 4% aan het opleiden van aios en 5% aan reistijd. In 2010 werd geschat dat de efficiency de komende jaren niet zou veranderen.

Momenteel zijn de experts een andere mening toegedaan. Er zijn drie ontwikkelingen in gang gezet die waarschijnlijk alle zullen leiden tot een verbetering van de efficiency. De belangrijkste daarvan is de geleidelijke oriëntatie van de AVG op de Zorgverzekeringswet (Zvw). In tegenstelling tot de AWBZ bevat de Zvw (vooral financiële) prikkels om efficiënter te werken. Zonder dat er concrete initiatieven aan worden verbonden is dit een ontwikkeling die op macroniveau alle betrokken experts onderkennen. Verder is de NVAVG zich duidelijk op het medisch domein aan het profileren. Consequentie daarvan is dat een aantal niet-cliënt gebonden niet- medische taken versneld worden overgedragen aan de verpleegkundig specialist of de praktijkverpleegkundige. De AVG participeert minder in routine overleg. Ten slotte is er de digitalisering. Het elektronisch patiëntendossier staat nu weliswaar nog in de kinderschoenen, maar experts verwachten dat de komende jaren de overstap naar elektronische patiëntendossiers massaal wordt gemaakt. Op basis van deze ontwikkelingen verwachten experts dat de parameter efficiency jaarlijks zal leiden tot een verandering van de behoefte aan AVG met **-0,5%** in het reële scenario en **-1,0%** in het maximale scenario.

6.5 Taakherschikking / taakverschuiving

Elk fenomeen waardoor tijd vrijkomt bij een medisch specialist duidt het Capaciteitsorgaan als substitutie. Het kan daarbij gaan om taakdifferentiatie, taakherschikking of taakverschuiving. Substitutie kent volgens het Capaciteitsorgaan twee vormen. Horizontale substitutie betreft tijd die verschuift van de AVG naar de huisarts en/of de basisarts. Verticale substitutie betreft tijd die verschuift van de AVG naar de verpleegkundig specialist chronische zorg (voorheen nurse practitioner), de praktijkverpleegkundige of andere niet medisch opgeleide functionarissen.

6.5.1 Horizontale substitutie

De horizontale substitutie van de AVG naar de huisarts is het gevolg van de decentralisatie van de instellingen, waarbij de verstandelijk gehandicapten voor de eerstelijnszorg meer een beroep gaan doen op de huisarts. Het zal dan voornamelijk lichte (huisartsen)zorg inclusief 24-uurs huisartsen-

zorg betreffen. Aan de andere kant zorgen de nieuwe poliklinieken AVG voor een taakverschuiving van de huisarts naar de AVG. De verwachting is dat de groei van de poliklinieken de komende tijd enigszins zal afnemen door de versoeringen in de zorg. Het blijft echter de vraag in hoeverre de licht verstandelijk gehandicapte met bijkomende problematiek naar deze polikliniek verwezen zal worden door de huisarts. Experts schatten in dat deze ontwikkeling de komende jaren zal leiden tot een lichte toename van de werkzaamheden van de AVG; **+0,4%** in het reële scenario en **+0,8%** in het maximale scenario. In het Capaciteitsplan 2010 was deze parameter op 0,0% gesteld.

6.5.2 Verticale substitutie

Verticale substitutie betreft het structureel verschuiven van taken van de AVG naar lager opgeleide professionals. Momenteel wordt dit gefrustreerd door (dreigende) personeelstekorten op het niveau van de verzorgenden en vooral door de (in vergelijking met vroeger) veel lagere aantallen werkzame verpleegkundigen niveau 4 en niveau 5. De inschakeling van verpleegkundig specialisten in deze sector moet nog op gang komen. In 2012 werkten slechts 28 verpleegkundig specialisten in de sector. De kans dat de AVG oneigenlijk werk verricht bij gebrek aan voldoende (geëquipeerd) verplegend en verzorgend personeel is reëel, maar lijkt gezien de samenstelling van de cliëntenpopulatie kleiner dan bijvoorbeeld bij de specialist ouderengeneeskunde.

In de sector wordt verder ook de trend gesignaleerd dat door de verschuiving van activiteiten van de psycholoog de AVG met extra werk wordt belast. Deze psychologen hebben vaak een interne opleiding als gedragskundige gehad en beschikken over een nieuw competentieprofiel maar zijn niet in het BIG-register ingeschreven.

Op basis van deze gegevens schatten de experts de parameter verticale substitutie in op **-0,2%** in het reële scenario en **-0,4%** in het maximale scenario. In het Capaciteitsplan 2010 was deze parameter nog ingezet op 0,0% tot -0,1%.

6.6 Conclusie werkproces

Tabel 12 vat de relevante conclusies voor de parameters uit het werkproces nog eens samen.

Tabel 12: Parameterwaarden werkproces AVG per jaar

Onderwerp	Capaciteitsplan	Capaciteitsplan 2013		
	2010	Beleidsarm	Reëel	Maximaal
Vakinhoudelijke ontwikkelingen	+0,6% tot +1,0%	0%	+1,0%	+2,0%
Technologie	0% tot -0,2%	0%	0,0%	-0,2%
Efficiency	0%	0%	-0,5%	-1,0%
Substitutie horizontaal	0%	0%	+0,4%	+0,8%
Substitutie verticaal	0% tot -0,1%	0%	-0,2%	-0,4%



7. Scenario's

7.1 Inleiding

Hoofdstukken 4, 5 en 6 bevatten alle beschikbare informatie over de stand van zaken van de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces. In deze hoofdstukken schatten de experts zo goed mogelijk hoe de afzonderlijke parameters voor deze drie onderdelen zich de komende 12 tot 18 jaar gaan ontwikkelen. Voor sommige parameters gaven de experts aan dat het onmogelijk is de toekomst te beschrijven aan de hand van één waarde. Bij deze parameters zijn twee waarden, een plausibele en een extreme, gehanteerd in de raming. Bijlage 2 geeft een samenvattend overzicht van de parameterwaarden zoals die uiteindelijk in het rekenmodel door Prismant zijn gehanteerd.

In deze raming is dezelfde systematiek gehanteerd als in het Capaciteitsplan 2010 en de tussentijdse aanpassing in 2011. Op basis van signalen uit het veld is wel de benaming van de verschillende scenario's (voorheen varianten) in dit hoofdstuk aangepast. De nieuwe benamingen zijn meer in overeenstemming met de inhoud van het betreffende scenario. Ook zijn de verschillende scenario's in dit hoofdstuk grafisch weergegeven.

Een theoretisch scenario is het **basisscenario**. Dit scenario beperkt zich tot het doorrekenen van de capaciteit aan AVG bij handhaving van de huidige instroom in de opleiding in de komende periode. In die zin is het een scenario dat alleen focust op de aanbodzijde van het systeem. De bruikbaarheid van het scenario is beperkt, omdat ontwikkelingen in vraag en aanbod volledig worden genegeerd. Het scenario geeft wel duidelijk aan wat er met het aanbod aan AVG gebeurt in een status-quo situatie. Het scenario wordt in dit deelrapport niet gebruikt.

7.2 Beleidsarm scenario

Het eerste echte scenario is het **beleidsarm scenario**. In dit scenario wordt de huidige zorgvraag (in fte AVG) eerst gecorrigeerd voor de on vervulde vraag. Vervolgens wordt de vraagontwikkeling ten gevolge van de parameter "demografie" geraamd voor de komende 18 jaar, met specifieke aandacht voor de twee zogenoemde evenwichtsjaren 2025 en 2031. Daarna wordt aan de hand van de huidige beschikbare capaciteit en de verwachte capaciteit van al in opleiding zijnde aios geraamd hoeveel van deze capaciteit aan AVG's in 2031 nog beschikbaar is. Het verschil tussen de geraamde zorgvraag en het verwachte zorgaanbod (uit de huidige arbeidsmarktcapaciteit) in 2025/2031 bepaalt hoeveel aios moeten worden opgeleid vanaf 2015.

Zowel de ontwikkeling van de zorgvraag als de ontwikkeling van het zorgaanbod worden alleen bepaald door extrapolaties op basis van gegevens uit eerdere jaren. Het beleidsarm scenario is een directe, bijna lineaire afleiding van de observaties uit het verleden en bevat geen elementen die door beleid beïnvloed (kunnen) worden. Het beleidsarm scenario wordt beschouwd als een referentiepunt voor alle andere ramingen.

7.3 Realistische scenario's met tijdelijke of doorgaande trend

De twee volgende scenario's die worden getoond zijn het **realistische scenario met tijdelijke trend** (tot 2023) en het **realistische scenario met doorgaande trend**. Deze twee scenario's borduren voort op het beleidsarme scenario door de toevoeging van de parameters "epidemiologie" en "sociaal-culturele ontwikkelingen" aan de zorgvraagzijde en de parameters "vakinhoudelijke ontwikkelingen", "technologie", "efficiency", en "horizontale substitutie" aan de werkproceszijde.

Vooral de parameters "sociaal-culturele ontwikkelingen" en "horizontale substitutie" zijn gevoelig voor beleidsontwikkelingen. Bij de AVG wordt dit in de schattingen van de experts alleen voor de "sociaal-culturele ontwikkelingen" bevestigd. Afhankelijk van de uitwerking van het beleid kan deze parameter volgens de experts de komende jaren variëren tussen twee vastgestelde percentages: het conservatieve percentage (+0,5%) en het hoge percentage (+1,5%). In beide realistische scenario's wordt het conservatieve percentage (+0,5%) gebruikt. De reden voor het hanteren van het conservatieve percentage is dat voor elk van de afzonderlijke parameters geldt dat zij zich niet, geheel, of deels kunnen voordoen gedurende de onderhavige periode.

Voor de andere parameters zijn in de realistische scenario's telkens ook de conservatieve percentages gehanteerd. Daardoor wordt bereikt dat parameters die misschien helemaal geen effect zullen hebben op de raming in de bewuste tijdsperiode, worden gecompenseerd door parameters die een hoger percentage zullen bereiken. Voor de duidelijkheid: de conservatieve waarde is de waarde die 0,0% het dichtste benadert. Beide realistische scenario's combineren dus de meest conservatieve waarden van elke geschatte parameter met elkaar.

Voor geen van bovenstaande parameters kan worden gegarandeerd dat zij de komende 12 tot 18 jaar onverkort dezelfde invloed op de zorgvraagontwikkeling blijven hebben. Om die reden is er naast het realistische scenario met doorlopende trend ook een realistisch scenario doorgerekend waarbij alle trendmatige veranderingen, met uitzondering van demografische veranderingen, na 10 jaar stoppen. De gedachte daarachter is dat trends niet oneindig kunnen blijven doorgaan. Sommige trends stoppen misschien al over 5 jaar, andere over 10 jaar, weer andere misschien pas over 20 jaar. Door alle trends na 10 jaar te laten stoppen, ontstaat voor beleidsmakers meer inzicht in de invloed die deze trends hebben op het realistische scenario. Dit scenario wordt het **realistische scenario met tijdelijke trend** tot 2023 genoemd.

Aan de andere kant zou een beschreven trend ook kunnen doorzetten. De demografische veranderingen gaan bijvoorbeeld door gedurende de hele looptijd van de raming. Hetzelfde zou ook kunnen gelden voor de epidemiologische en sociaal-culturele effecten. Het betreft dan een scenario waarin zich geen veranderingen in de parameters rond zorgvraag en werkproces meer voordoen na de start van de raming. Dit scenario wordt het **realistische scenario met doorgaande trend** genoemd.

Normaliter volgen in de systematiek van het Capaciteitsorgaan nu twee scenario's waarin de effecten worden getoond van toekomstige arbeidstijdveranderingen ten gevolge van cao-afspraken of veranderingen in de verhouding loondienst/vrij ondernemer. Voor de AVG, die grotendeels in loondienst werkt, worden echter de komende jaren geen arbeidstijdveranderingen verwacht.

7.4 Reëel scenario met tijdelijke of doorgaande trend

Het vierde en het vijfde gehanteerde scenario zijn het **reële scenario met tijdelijke trend** (tot 2023) en het **reële scenario met doorgaande trend**. Op basis van het tweede en derde scenario wordt de raming van de zorgvraag naar de AVG verminderd door mogelijke verticale substitutie in het werkproces. Dit is een beleidsrijk scenario, omdat deze verticale substitutie alleen wordt gerealiseerd indien de beroepsgroep, werkgevers, beleidsmakers bij de overheid en zorgverzekeraars de mogelijkheden daartoe scheppen én benutten. Verticale substitutie komt binnen de sector verstandelijk gehandicaptenzorg aarzelend op gang. In het Capaciteitsplan 2008 werd er voor het eerst rekening mee gehouden, in het Capaciteitsplan 2010 niet meer. Momenteel zijn de verwachtingen over verticale substitutie nog niet echt hooggespannen. Verticale substitutie is inmiddels wel op bescheiden schaal gestart. Op basis van recente rapporten over de inzet van verpleegkundig specialisten en physician assistants^{16,17} is de parameter verticale substitutie voor de AVG nu op jaarlijks -0,2% tot -0,4% gesteld.

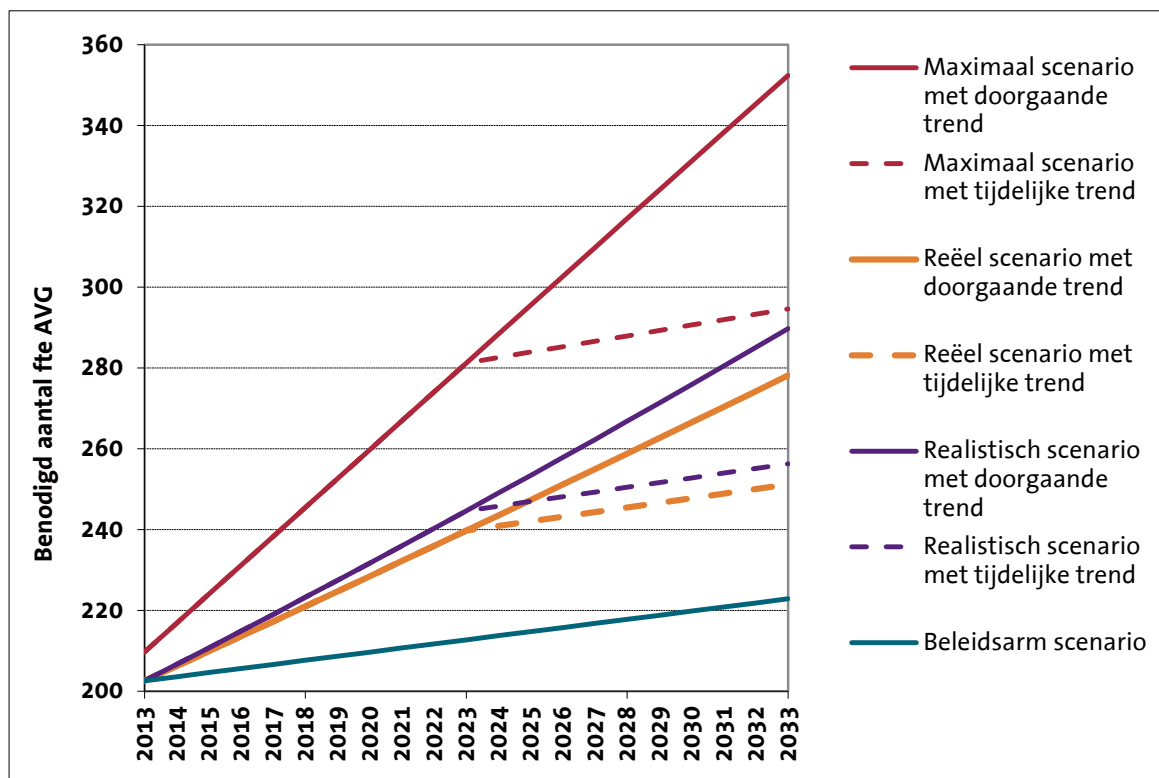
7.5 Maximale scenario met tijdelijke of doorgaande trend

Ten slotte zijn er voor de AVG nog twee scenario's uitgewerkt, het **maximale scenario met tijdelijke trend** tot 2023 en het **maximale scenario met doorgaande trend**. Zoals de naam al suggereert, zijn in deze twee scenario's voor alle afzonderlijke parameters de hoogste percentages opgenomen waarover overeenstemming tussen alle partijen in het veld kon worden bereikt. In het maximale scenario worden deze hoge waarden gehanteerd, waardoor de schatting van de toekomstige zorgvraag in sommige gevallen hoger, maar in sommige gevallen ook lager kan uitvallen. De kans dat alle parameters tegelijkertijd voor de gehele looptijd van de raming op hun hoogste waarde zullen doorwerken, wordt als klein beschouwd. Tegelijkertijd geeft deze informatie de beleidsmaker wel informatie over de maximale bandbreedte die met behulp van de huidige gegevens kan worden bepaald. In figuur 5 wordt weergegeven hoe de zeven scenario's de verwachte zorgvraag beïnvloeden, waarbij de tijdas in de figuur overigens doorloopt tot 2033.

¹⁶ van der Velde, F.; Van der Windt, W.; Alumni van de masteropleiding advanced nursing practitioner (2012)

¹⁷ van der Velde, F.; Van der Windt, W.; Alumni van de masteropleiding physician assistant (2012)

Figuur 5. Zorgvraagontwikkeling AVG voor zeven verschillende scenario's; 2013-2033



7.6 Conclusie scenario's

In het beleidsarme scenario worden alleen de onvervulde vraag en demografische veranderingen gebruikt om de toekomstige vraag te voorspellen. In dit scenario is er - naast de eenmalige aanpassing in 2013 ten gevolge van de onvervulde vraag - maar een beperkte toename te verwachten van de zorgvraag. De zorgvraag stijgt van 203 fte's AVG (inclusief de onvervulde vraag) naar 221 fte's AVG voor het jaar 2031.

In het realistische scenario wordt naast de onvervulde vraag en de demografische ontwikkelingen ook rekening gehouden met de andere parameters in de vraagontwikkeling plus een paar parameters uit het werkproces. De toevoeging van epidemiologie en sociaal- culturele ontwikkelingen respectievelijk vakinhoudelijke ontwikkelingen, technologie, efficiency en horizontale substitutie resulteert in twee (groene) lijnen die een duidelijk hogere hellingshoek hebben dan het basisscenario. Uiteraard breekt de groene lijn met tijdelijke trend na 10 jaar af en deze krijgt dan dezelfde hellingshoek als het basisscenario. Deze twee scenario's leiden tot een verwachte vraag naar 254 respectievelijk 280 fte's AVG in 2031.

Hierna volgen de twee reële scenario's, het ene met doorgaande trend en het andere zonder. De zorgvraag stijgt in deze twee scenario's in 2031 naar 249 respectievelijk 270 fte's. De waarden liggen iets lager dan in de twee realistische scenario's. Dit weerspiegelt de verwachtingen over de effecten van verticale substitutie in deze sector.

In de maximale scenario's wordt voor alle parameters in plaats van de conservatieve waarde de hoogste waarde gebruikt waarover consensus bestond bij de experts. Voor de AVG betekent dit dat de verwachte zorgvraag in 2031 nog veel hoger wordt, namelijk 292 en respectievelijk 338 fte's. Deze waarden worden hier weergegeven omdat zij, net als het beleidsarme scenario, de uiterste breedte van de verwachtingen bepalen. Tabel 13 vat de gegevens uit figuur 5 samen en voegt de geraamde zorgvraag in aantallen AVG toe aan de geraamde fte's AVG.

Tabel 13: Geraamde zorgvraag in fte en in aantal personen AVG per scenario in 2025 en 2031

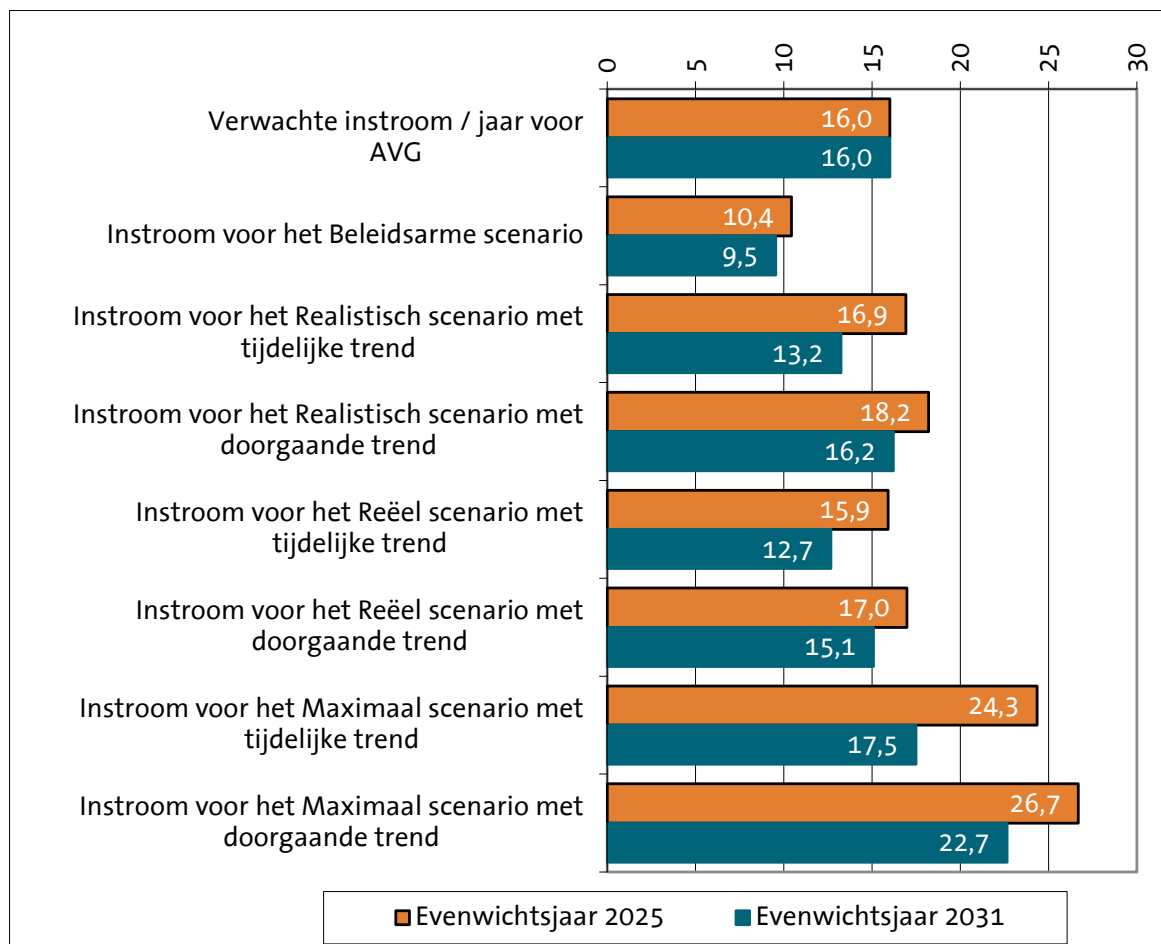
Evenwichtsjaar	2025		2031	
Scenario	Fte	Aantal	Fte	Aantal
Beleidsarm scenario	215	256	221	265
Realistisch scenario; tijdelijke trend	247	295	254	304
Realistisch scenario; doorgaande trend	253	304	280	336
Reëel scenario; tijdelijke trend	242	289	249	298
Reëel scenario; doorgaande trend	247	295	270	324
Maximaal scenario; tijdelijke trend	284	339	292	350
Maximaal scenario; doorgaande trend	296	353	338	406

7.7 Gevolgen diverse scenario's voor de benodigde instroom aios AVG

Tabel 13 laat zien welke gevolgen de diverse scenario's hebben voor de benodigde fte's AVG en voor de aantallen AVG's in 2025 en 2031. Het Capaciteitsorgaan creëert daarmee de mogelijkheid om het evenwicht tussen vraag en aanbod 6 jaar eerder of later te bereiken. Als een evenwicht tussen vraag en aanbod in 2025 bereikt moet worden, heeft dat grotere effecten op de geadviseerde instroom. De periode waarover ingegrepen kan worden, start immers pas in 2015 (met effectuering in het veld van een eventuele verandering in de instroom in de opleiding) en stopt in 2022 (het laatste jaar waarin aios kunnen instromen die in 2025 meegeteld kunnen worden op de arbeidsmarkt van de AVG). Keuze voor het evenwichtsjaar 2031 levert in plaats van 7 jaar 13 jaar tijd op om de capaciteit geleidelijk bij te sturen. Dat laatste levert meer stabiliteit op voor het opleidingsinstituut.

In figuur 6 wordt getoond welke instroom aan aios AVG vanaf 2015 nodig is om voor elk van de scenario's vraag en aanbod in 2025 of 2031 in evenwicht te krijgen.

Figuur 6: Instroom aios AVG vanaf 2015 per scenario voor evenwicht in 2025 of 2031



De figuur laat zien dat de benodigde jaarlijkse instroom in de opleiding tot AVG een bandbreedte heeft van 10 tot 27 aios. Momenteel is de instroom gemiddeld over de laatste 3 jaar 16 aios per jaar (basisscenario). De instroom zou in het beleidsarme scenario (dat alleen rekening houdt met de demografische ontwikkelingen en de onvervulde vraag) omlaag kunnen naar 10 aios per jaar, ongeacht of het evenwicht in 2025 of 2031 bereikt moet worden.

Indien gekozen wordt voor één van de twee realistische scenario's (dus met conservatief ingeschatte epidemiologische en sociaal-culturele factoren) bedraagt de bandbreedte 13 tot 18 aios AVG. Bij aanname van een tijdelijke trend is voor het bereiken van het evenwicht in 2025 (korte termijn) een jaarlijkse instroom van 17 aios nodig. Indien geaccepteerd wordt dat het huidige tekort aan AVG's over een 6 jaar langere periode wordt ingelopen, bedraagt de benodigde jaarlijkse instroom 13 aios. Uiteraard zijn beide getallen hoger als in het realistische scenario wordt gekozen voor een doorgaande trend. Voor evenwicht in 2025 of 2031 wordt de benodigde jaarlijkse instroom dan 18 respectievelijk 16 aios AVG.

In de twee reële scenario's wordt de verticale substitutie toegevoegd aan de realistische scenario's. Dat leidt uiteraard tot een lichte afname van de behoefte aan instromende aios. Bij het reële scenario met tijdelijke trend wordt de instroom dan 16 aios bij een evenwicht in 2025 en 13 aios voor een later te bereiken evenwicht. Indien de trends doorgaan, wordt de instroom voor een evenwicht in 2025 of 2031: 17 aios respectievelijk 15 aios.

De twee maximale scenario's gaan uit van de hoogste waarden voor een aantal eerder beschreven parameters waarover consensus kon worden bereikt. Het maximale scenario met tijdelijke trend heeft een jaarlijkse instroom van 24 of 18 aios om in 2025 respectievelijk 2031 evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. Bij een doorgaande trend zijn 27 of 23 instromende aios per jaar nodig.



8. Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

Dit hoofdstuk behandelt de vraag welke scenario's door het Capaciteitsorgaan gekozen worden als meest passend voor een advies over de jaarlijkse instroom in de erkende medische vervolgopleiding AVG. Deze keuze wordt bepaald door de verwachtingen over de beleidsontwikkelingen en de belangrijkste onzekerheden die op dit moment bestaan. Op basis van deze beschrijving in de paragrafen 8.2 en 8.3 wordt in paragraaf 8.4 een keuze gemaakt voor de twee scenario's die het Capaciteitsorgaan het meest waarschijnlijk lijken. In paragraaf 8.5 ten slotte wordt het advies geformuleerd over de instroom in de erkende medische vervolgopleiding AVG. Dat wordt per 2013 aan de minister in overweging gegeven.

8.2 Beleidsontwikkelingen

8.2.1 NVAVG

De wetenschappelijke vereniging NVAVG staat onverkort op het standpunt dat de AVG een tweedelijns specialist is, maar tegelijkertijd een eerstelijns generalist moet kunnen blijven voor de institutionele populatie. In het productenboek, dat in 2012 werd gepresenteerd, is dit instrumenteel vastgelegd. In dat productenboek heeft de huisarts een positie als generalist voor de minder complexe problematiek van de verstandelijk gehandicapte. De intramurale instellingen maken ook nog steeds op ruime schaal gebruik van de mogelijkheden van de huisarts voor hun cliënten. Niet onderzocht kan worden of dit berust op ideële of pragmatische motieven. De bestaande tekorten aan AVG's maken de inzet van huisartsen (maar ook verpleegkundig specialisten, physician assistants en basisartsen) noodzakelijk. Daarnaast heeft de realisatie van kleinschalige woonvormen voor verstandelijk gehandicapten in de afgelopen 15 jaar ook de institutionele inzetbaarheid van de AVG beperkt.

De NVAVG heeft de ontwikkeling van de AVG-poliklinieken fors gestimuleerd. Inmiddels is er een landelijk dekkend netwerk aan AVG-poliklinieken gerealiseerd. De daartoe benodigde capaciteit aan AVG's is de afgelopen 10 jaar in eerste instantie "onttrokken" aan de institutionele capaciteit, waardoor vooral daar tekorten aan AVG's zijn ontstaan. Deze zijn op hun beurt zo mogelijk weer opgevuld door huisartsen en andere beroepsbeoefenaren. Voordat het Capaciteitsorgaan deze ontwikkeling via de ramingen in het evenwicht tussen vraag en aanbod kon compenseren, was het landelijk dekkend netwerk aan AVG-poliklinieken al een feit. De verwachting van het Capaciteitsorgaan is dat de groei van de vraag ten gevolge van de opgerichte poliklinieken intussen over zijn hoogtepunt heen is.

8.2.2 Beleid overheid

De overheid heeft de mogelijkheid voor een poliklinisch consult AVG bewust gecreëerd in 2002. Ook heeft de overheid het specialisme AVG in 2000 erkend in een uitwerking van het beleid om de medische zorg voor de verstandelijk gehandicapten in Nederland op eenzelfde niveau te brengen als de zorg voor andere bevolkingsgroepen. De afgelopen jaren tenslotte heeft de overheid ook ingestemd met adviezen van het Capaciteitsorgaan om de gesignaleerde tekorten aan AVG's sneller in te lopen door subsidiëring van een hogere instroom in de erkende medische vervolgopleiding AVG dan volgens een reëel scenario noodzakelijk is.

8.2.3 AWBZ en Zorgverzekeringswet

De beoogde bezuinigingen in de AWBZ kunnen bij implementatie van het huidige regeerakkoord leiden tot een absolute daling van het aantal verstandelijk gehandicapten dat intramuraal mag verblijven. Dat zou kunnen betekenen dat de zorgvraag vanuit intramuraal perspectief in meerdere opzichten verandert. Aan de ene kant mogen cliënten met een lage indicatie voor hun ZorgZwaarte-Pakket (ZZP) dan niet meer intramuraal worden opgenomen, hetgeen uiteindelijk leidt tot een intramurale populatie die zich kenmerkt door meer complexe/ zwaardere problematiek dan momenteel. Door bezuinigingen op de Thuiszorg en de dagopvang worden tegelijkertijd de ondersteuningsmogelijkheden beperkter voor cliënten die ondanks een hoger ZZP nu nog zelfstandig wonen. Dit kan ertoe leiden dat deze zelfstandig wonende cliënten alsnog naar een intramuraal verblijf gaan en er dus geen beddenreductie kan plaatsvinden. Ten slotte beperkt het regeerakkoord ook de vervoersvergoedingen voor de sector. Dit kan ertoe leiden dat kleinschalige woonvoorzieningen de komende jaren “ingeruild” gaan worden voor grotere en economisch rendabelere grootschalige complexen voor het verblijf van verstandelijk gehandicapte cliënten.

8.2.4 Maatschappelijke veranderingen

De maatschappij is al een aantal jaren op weg naar een steeds individualistischer ingestelde samenleving, waarin ontwikkeling en benutting van de eigen mogelijkheden voorop staan. De onderlinge solidariteit neemt af. Beschutte werkvormen staan onder druk. Het maatschappelijke leun- en steunsysteem wordt geleidelijk aan uitgehold. De mogelijkheden voor de verstandelijk gehandicapte om een “eigen” plaats in de lokale samenleving te behouden worden verminderd.

8.2.5 Taakherschikking

De horizontale taakherschikking naar de huisarts zal geen grote vlucht meer nemen. Voor de wetenschappelijke vereniging NHG is het veld te klein om er een strategisch aandachtspunt van te maken. De initiatieven voor de inzet van de huisarts binnen de sector zijn hoofdzakelijk lokaal. In de verticale substitutie zit, in tegenstelling tot 2010, weer enige ontwikkeling. In 2012 waren 28 verpleegkundig specialisten (22 fte's) werkzaam in deze sector, terwijl er vóór 2008 nog geen verpleegkundig specialist actief was. Dat betekent dat de substitutie, die tot 2010 vanuit de gedragswetenschappers kwam, nu voortgezet zou kunnen worden door de verpleegkundig specialist (en de praktijkverpleegkundige).

8.2.6 Buitenland

Het specialisme AVG is alleen in Nederland een erkend medisch specialisme. Er is daarom geen instroom uit het buitenland waarmee rekening gehouden moet worden. De uitstroom naar het buitenland is incidenteel.

8.2.7 Relatie met andere adviezen

De AVG bevindt zich in een welomschreven niche, die weinig daadwerkelijke interferentie kent met andere adviezen van het Capaciteitsorgaan. Bij het specialisme huisartsgeneeskunde (deelrapport 2) is de invloed die de doelgroep verstandelijk gehandicapten (in totaal 150.000 personen) heeft op de 16,7 miljoen inwoners te klein om in het advies huisartsgeneeskunde een rol van betekenis te spelen. De AVG heeft ook een relatie met de verpleegkundig specialist, maar daarvoor geldt hetzelfde. Een eerder advies van het Capaciteitsorgaan om de instroom in de opleiding tot verpleegkundig specia-

list meer af te stemmen op de behoeften van de markt (met name het specialisme ouderengeneeskunde) is door de overheid niet overgenomen. Ten slotte is er een relatie met de inzet van gedragswetenschappers (deelrapport 7). Ook hiervoor is niet te verwachten dat de verstandelijk gehandicapte een leidend thema kan worden binnen de betreffende ramingen.

8.2.8 Opleidingsinstituut en opleidingsinstellingen

Het Capaciteitsorgaan houdt in zijn adviezen primair geen rekening met de haalbaarheid. Wel kan, gegeven de uitkomsten van bepaalde scenario's, rekening worden gehouden met de belangen van de opleidingsinstellingen en het opleidingsinstituut (onderdeel van het Erasmus MC te Rotterdam), die vertegenwoordigd zijn in de Werkgroep AVG en in het Plenair Orgaan. Stabiliteit van de instroom en van het totaal aantal aios is uit continuïteitsoogpunt van groot belang voor het opleidingsinstituut. Het opleidingsinstituut AVG is daarbij echter, in tegenstelling tot de opleidingsinstellingen voor de huisarts en de specialist ouderengeneeskunde, voor de werving en selectie van voldoende aios AVG volledig afhankelijk van de inspanningen van de opleidingsinstellingen. Deze slaagden er de afgelopen jaren niet in om de beschikbare subsidieruimte volledig te benutten.

8.3 Onzekerheden

In de toekomst zitten altijd onzekerheden besloten. Deze raming heeft als doel de beleidsbeslissers een impressie te geven van mogelijke toekomstbeelden met de daarbij behorende onzekerheden en de bandbreedte van de vraagontwikkeling en de daarbij behorende arbeidsmarkt. Onzekerheden bestaan voor elk onderdeel van de raming. De rol van de huisarts in de zorg voor de verstandelijk gehandicapte kan de komende jaren veranderen

8.3.1 Vraag

Aan de vraagzijde is de grootste onzekerheid te vinden in de parameter "sociaal-culturele ontwikkelingen". Het gaat dan om de vraag of alle maatregelen voor de verstandelijk gehandicaptensector in het regeerakkoord "Bruggen slaan" worden uitgevoerd, in welk tempo en met welke empirische gevolgen voor volume en kwaliteit in de intramurale sector en de poliklinische sector.

8.3.2 Aanbod

De economische crisis waarin Nederland zich sinds 2008 bevindt, zal volgens sommigen nog een aantal jaren duren. Nu al is zichtbaar dat de AVG in 2010 langer doorging met werken dan in 2008. De grootste onzekerheid aan de aanbodzijde zit in de ontwikkeling van de vertrekkansen van de zittende populatie. Hoe lang kan de trend van dalende vertrekkansen na 2010 nog doorgaan, met andere woorden: stopt de (meestal vrouwelijke) AVG pas met het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd? Het antwoord op deze vraag kan pas over enkele jaren gegeven worden en is dan ook weer conjunctuurafhankelijk.

8.3.3 Werkproces

De belangrijkste onzekerheid binnen dit onderdeel van de raming zit in de verticale substitutie. Als de overheid het bestaand tekort aan AVG's als een probleem gaat beschouwen, kan zij dat beïnvloeden door het gericht inzetten van het subsidie-instrument voor de verpleegkundig specialisten. Nederland telt per 31 december 2012 200 geregistreerde AVG's. Jaarlijks starten vanaf 2015 ongeveer 700 personen met de opleiding tot verpleegkundig specialist of physician assistant.

8.3.4 Opleidingscapaciteit

Op het terrein van de opleidingscapaciteit bestaan weinig onzekerheden. Het opleidingsinstituut kan maximaal 24 aios per jaar laten instromen in de opleiding. Er zijn voldoende opleidingsinstellingen en opleiders om dit aantal aios te accommoderen. De grootste onzekerheid zit bij het matchen van de verstrekte subsidies en de beschikbare aios. De subsidie moet door de opleidingsinstelling worden aangevraagd op een moment dat de beschikbaarheid van een aios voor de opleidingsplaats nog niet altijd zeker is.

8.3.5 Belangstelling voor het vak

De belangstelling voor het vak van AVG is in 2009 door het Capaciteitsorgaan onderzocht. Dit onderzoek is in 2013 herhaald. De belangstelling van basisartsen voor dit specialisme is niet groot. De instroom van aios wordt ook maar aarzelend hoger, ondanks de aanwezigheid van subsidies en de komst van een tweede leerstoel “Geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten” in 2009 in Nijmegen. Er wordt door het veld nog steeds een krapte aan AVG’s gesignaleerd voor functies die niet direct met de uitvoering te maken hebben, zoals onderzoek en onderwijs.

8.4 Belangrijkste scenario’s

Het Capaciteitsorgaan kiest in het geval van het specialisme AVG voor twee verschillende scenario’s. De redenen daarvoor zijn grotendeels genoemd in de paragrafen 8.2 en 8.3. De kans dat de maatregelen in het regeerakkoord leiden tot een lage(re) vraag naar AVG’s in de totale doelgroep lijkt klein. Aan de aanbodkant wordt door de AVG weliswaar langer en meer doorgewerkt, hetgeen de arbeidsmarktcapaciteit verhoogt, maar het is onzeker of dat wordt veroorzaakt door de crisis óf door de hoge werkdruk en de moeilijkheid om tijdig opvolgers te vinden. In het laatste geval is er sprake van een tijdelijk effect. Duidelijk is dat de vraag naar AVG’s de afgelopen jaren alleen maar verder is toegenomen. In het werkproces is de verwachting niet dat de overheid de verticale substitutie voor deze kleine beroepsgroep gaat stimuleren. Om die redenen wil het Capaciteitsorgaan de eerdere beleidskeuze om het deficit aan de aanbodzijde zo snel mogelijk in te lopen ook in dit advies bestendigen.

In lijn met de meeste andere adviezen in 2013 wordt het reële scenario met doorgaande trend als een van de twee meest waarschijnlijke scenario’s beschouwd. Om de achterstand zo snel mogelijk in te lopen wordt in dit scenario voor het evenwichtsjaar 2025 gekozen. Hierbij past een jaarlijkse instroom van 17 aios per jaar. De daadwerkelijke instroom wordt uiteraard nadrukkelijk gemonitord. Voor de AVG is dit de onderkant van de bandbreedte. Door de monitoring van de verticale substitutie tot nu toe (conform de aankondiging in het Capaciteitsplan 2010) is voor een ander scenario gekozen bij de bepaling van de bovenkant van de bandbreedte. Als tweede scenario is gekozen voor het maximale scenario met tijdelijke trend tot 2023. Dit scenario kent voor het evenwichtsjaar 2025 een benodigde jaarlijkse instroom van 24 aios.

8.5 Advies instroom

De onzekerheden over de ontwikkeling van de vraag, het aanbod en het werkproces zijn momenteel groot. Daarbij komt dat de vraag naar zorg van de AVG momenteel veel groter is dan het bestaand aanbod en er dus behoefte bestaat aan een snelle en adequate aanpak van dit segment op de arbeidsmarkt. Daarnaast wil het Capaciteitsorgaan aansluiten bij de eerder gegeven advie-

zen om stabiliteit bij de opleidingen en het veld te creëren. In 2011 is in een tussentijds advies een jaarlijkse instroom van 20 tot 24 aios genoemd.

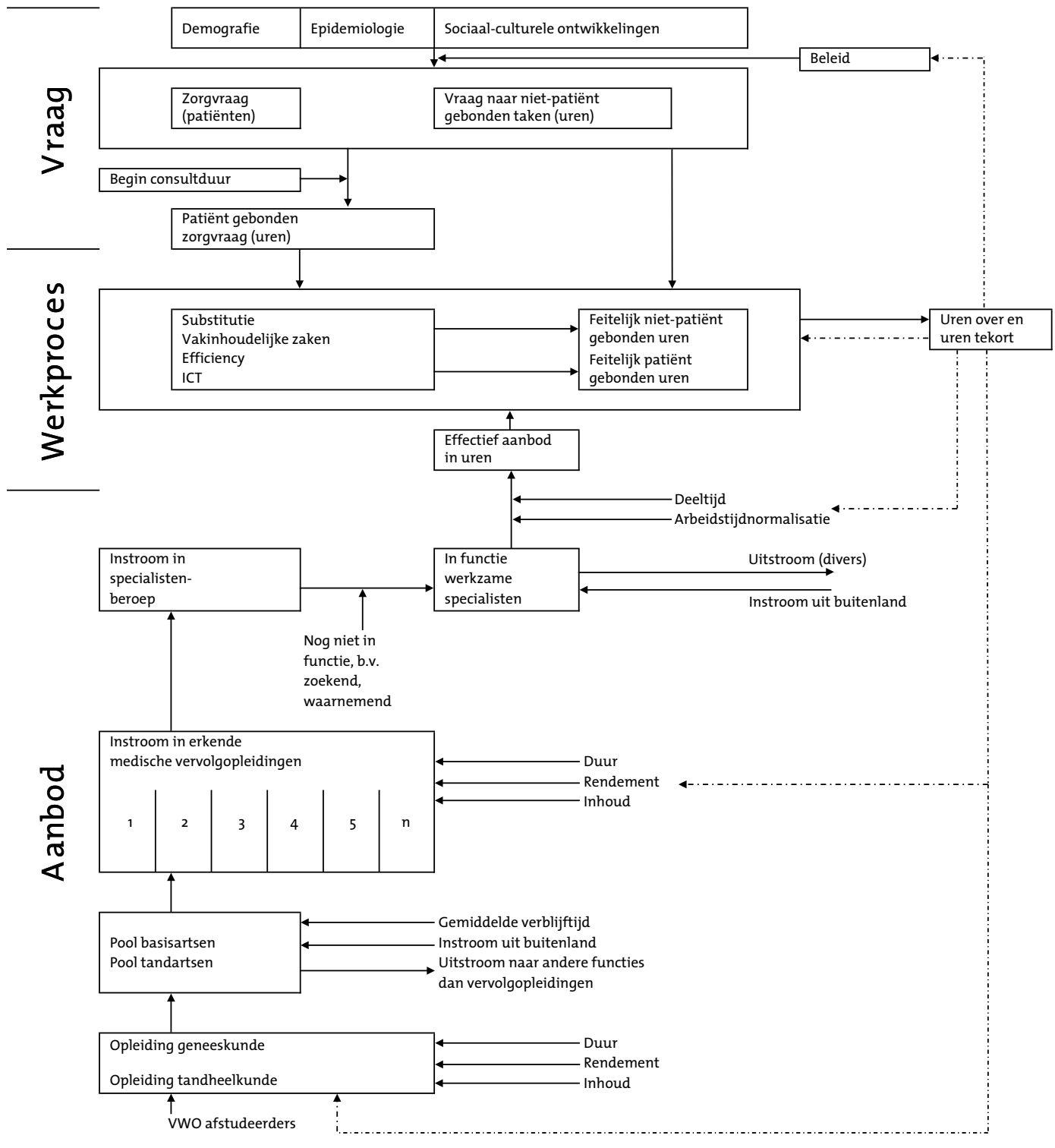
Tabel 14: advies jaarlijkse instroom aios AVG vanaf 2015

Specialisme	Bandbreedte	
	Onderkant	Bovenkant
Arts voor Verstandelijk Gehandicapten	17	24

Het Capaciteitsorgaan is van mening dat deze twee getallen een veilige marge weergeven voor het bereiken van een evenwicht tussen vraag en aanbod in 2025. Hoe hoger de jaarlijkse instroom in de opleiding wordt, hoe eerder dit evenwicht bereikt wordt. Gezien de relatief korte duur van de opleiding, de overzichtelijke vraag en de voortdurende monitoring van de ontwikkelingen, zijn de risico's op het creëren van een te groot aanbod van AVG's zeer beperkt.

Om deze redenen spreekt het Capaciteitsorgaan finaal een voorkeur uit voor een structurele jaarlijkse instroom (vanaf 2015) van 20 tot 24 aios in de medische vervolgopleiding AVG.

Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2: Gedetailleerde gegevens berekening Prismant

Tabel 1: overzicht aannames per parameter

Beroepsgroep: AVG	Parameterwaarden volgens standaardspecificatie		
Beroepsgroep	AVG		
Basisjaar / Bijsturingsjaar / Trendjaar	2013	2015	2023
Evenwichtsjaar 1 en 2		2025	2031
AANBOD IN 2013 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2033	Man	Vrouw	Totaal
Aantal werkzame personen in het jaar 2013	62	146	208
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2013	30,0%	70,0%	100,0%
Gemiddeld aantal FTE per persoon in het jaar 2013	0,960	0,820	0,862
FTE per werkzame persoon in 2018	0,960	0,820	0,850
FTE per werkzame persoon in 2023	0,960	0,820	0,839
FTE per werkzame persoon in 2028	0,960	0,820	0,835
FTE per werkzame persoon in 2033	0,960	0,820	0,834
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2018	26,0%	10,0%	14,8%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2023	63,0%	24,0%	35,7%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2028	80,0%	34,0%	47,8%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2033	57,6%	45,0%	57,6%
VRAAG IN 2013 EN ONTWIKKELING TOT AAN 2033	Conservatief	Midden	Maximaal
Onvervulde zorgvraag per 1-1-2013	13,0%		17,0%
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2018		2,5%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2023		5,0%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2028		7,5%	
Demografische verandering in zorgvraag tot aan 2033		10,0%	
Verandering per jaar agv epidem. ontwikk. (+vakin. vwb. MS)	0,10%		0,20%
Verandering per jaar agv sociaalculturele ontwikkelingen	0,50%		1,50%
Verandering per jaar agv vakinhoud. ontwikk. (voor MS bij epid.)	1,00%		2,00%
Verandering per jaar agv efficieny (=werkproces MS)	-0,50%		-1,20%
Verandering agv horiz. taakhersch. (bij eff. voor MS; +vert. VHA)	0,40%		0,80%
Verandering per jaar agv inzet aanverwante disciplines	-0,20%		-0,40%
Verandering per jaar agv arbeidstijdverkorting	0,00%		0,00%

INSTROOM IN OPLEIDING TOT 2013	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde aantal nog in de opleiding per leerjaar per 1-1-2013	1,6	14,4	16,0
Geslachtsverdeling instroom in opleiding per 1-1-2013	10,0%	90,0%	100%
Opleidingsduur voor instroom tot aan het jaar 2013	3,0	3,0	3,0
Intern rendement voor personen in opleiding per 1-1-2013	89,0%	89,0%	89,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom tot aan 2013	98,0%	98,0%	98,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom tot aan 2013	95,0%	95,0%	95,0%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom tot aan 2013	90,0%	90,0%	90,0%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom tot aan 2013	85,0%	85,0%	85,0%
INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2013 t/m 2014	Mannen	Vrouwen	Totaal
Gemiddelde instroom in de opleiding per jaar in 2013/2014	2,0	18,0	20,0
Geslachtsverdeling voor instroom in 2013/2014	10%	90,0%	100%
Opleidingsduur voor instroom in 2013/2014	3,0	3,0	3,0
Intern rendement van de opleiding voor instroom in 2013/2014	89,0%	89,0%	89,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom in 2013/2014	98,0%	98,0%	98,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom in 2013/2014	95,0%	95,0%	95,0%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom in 2013/2014	90,0%	90,0%	90,0%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom in 2013/2014	85,0%	85,0%	85,0%

INSTROOM IN OPLEIDING VANAF 2015	Mannen	Vrouwen	Totaal
Verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf het jaar 2015	1,6	14,4	16,0
Geslachtsverdeling instroom opleiding vanaf het jaar 2015	10,0%	90,0%	100%
Opleidingsduur voor instroom vanaf het jaar 2015	3,0	3,0	3,0
Intern rendement van de opleiding voor instroom vanaf 2015	89,0%	89,0%	89,0%
Extern rendement 1 jaar na afronden voor instroom vanaf 2015	98,0%	98,0%	98,0%
Extern rendement 5 jaar na afronden voor instroom vanaf 2015	95,0%	95,0%	95,0%
Extern rendement 10 jaar na afronden voor instroom vanaf 2015	90,0%	90,0%	90,0%
Extern rendement 15 jaar na afronden voor instroom vanaf 2015	85,0%	85,0%	85,0%
INSTROOM UIT BUITENLAND VANAF 2013	Mannen	Vrouwen	Totaal
Instroom per jaar uit buitenland vanaf het jaar 2013	0,0	0,0	0,0
Geslachtsverdeling buitenlandse instroom	100,0%	0,0%	100%
Rendement buitenlandse instroom	0,0%	0,0%	0,0%

Bijlage 3: Procedure en betrokken experts

Het Plenair Orgaan heeft dit advies van de werkgroep Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten besproken in zijn vergadering op 26 juni 2013. Het uiteindelijke advies is op 26 juni 2013 vastgesteld.

De samenstelling van de Werkgroep AVG was op **31 december 2012** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. A.C. Louisse

Mw. W. Hensbroek

Organisaties van opleidingsinstituten/ opleidingsinstellingen

Dhr. F. Ewals

Dhr. E. van Schijndel

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. J.J.W.H. Crasborn

Dhr. G.W. Salemink

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

Organisaties van beroepsbeoefenaars

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

Mw. M.M.E. Schneider

Dhr. R.Ph. Smitshuijzen

Dhr. B. Stegeman

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

Dhr. B. Vogel

Dhr. dr. L. Wigersma

Dhr. H.W. Zijlstra

Organisaties van opleidingsinstituten/ opleidingsinstellingen

Dhr. J.W. Boomkamp

Dhr. prof. dr. F.C. Breedveld

Dhr. drs. P. de Jonge

Dhr. dr. S.J. Noorda

Dhr. N.G.M. Oerlemans

Dhr. H.A.P. Pols

Dhr. J. Schaart

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

Organisaties van zorgverzekeraars

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

Dhr. J.W.M.W. Gijzen

Dhr. A.J. Lamping

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