



Capaciteitsplan 2013

Deelrapport 4

Sociaal Geneeskundigen

- Arbeid en Gezondheid
- Maatschappij en Gezondheid

Profielartsen Maatschappij en Gezondheid

Capaciteitsplan 2013

Deelrapport 4

Sociaal Geneeskundigen

- Arbeid en Gezondheid
- Maatschappij en Gezondheid

Profielartsen Maatschappij en Gezondheid

**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-p-leidingen;
- b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgoopleidingen;
- c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Inhoud

Samenvatting	7
1. Inleiding	11
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan.....	11
1.2 Ontwikkeling in taakstelling Capaciteitsorgaan	12
1.3 Discipline specifieke aandachtspunten	12
1.4 Indeling van dit deelrapport	13
2. Positionering sociale geneeskunde	15
2.1 Inleiding.....	15
2.2 Overzicht aanverwante disciplines	16
2.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid.....	16
2.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid.....	17
2.3 Verhoudingen tussen disciplines	17
2.3.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	17
2.3.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	18
3. Opleiding	21
3.1 Inleiding.....	21
3.2 Adviezen	21
3.3 Besluiten	22
3.4 Realisatie.....	23
3.5 Intern rendement	26
3.6 Conclusies.....	27
4. Zorgvraag	31
4.1 Inleiding.....	31
4.2 Demografie.....	31
4.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	31
4.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	32
4.3 Epidemiologie.....	33
4.3.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid.....	33
4.3.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	33
4.4 Sociaal-culturele ontwikkeling.....	34
4.4.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	34
4.4.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	35
4.5 Onvervulde zorgvraag.....	37
4.5.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid.....	37
4.5.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	38
4.6 Conclusie zorgvraag	39
5. Zorgaanbod	43
5.1 Inleiding.....	43
5.2 Omvang beroepsgroep	43
5.2.1 Aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen	43
5.2.2 Profielopleidingen	44

5.2.3	Aantal werkzame geregistreerde sociaal geneeskundigen	45
5.2.4	Het dilemma van meerdere registraties	46
5.2.5	Geslacht en leeftijdsverdeling specialisten	48
5.3	Omvang dienstverband	50
5.4	Instroom in het specialisme	51
5.5	Uitstroom uit het specialisme	52
5.6	Conclusie zorgaanbod	55
6.	Werkproces	57
6.1	Inleiding	57
6.2	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	57
6.2.1	Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	57
6.2.2	Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	58
6.3	Technologische ontwikkelingen	58
6.3.1	Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	58
6.3.2	Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	59
6.4	Efficiency	59
6.4.1	Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	59
6.4.2	Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	59
6.5	Horizontale taakverschuiving/taakherschikking	59
6.5.1	Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	60
6.5.2	Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	60
6.6	Verticale taakverschuiving/taakherschikking	60
6.6.1	Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	60
6.6.2	Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	61
6.7	Conclusie werkproces	61
7.	Scenario's	65
7.1	Inleiding	65
7.2	Basisscenario	65
7.3	Beleidsarm scenario	66
7.4	Realistische scenario's met tijdelijke of doorgaande trend	67
7.5	Reëel scenario met tijdelijke of doorgaande trend	69
7.6	Maximaal scenario met tijdelijke of doorgaande trend	70
7.7	Conclusie scenario's	71
8.	Overwegingen en advies	73
8.1	Inleiding	73
8.2	Beleidsontwikkelingen	73
8.2.1	Maatschappelijke veranderingen	73
8.2.2	Horizontale taakherschikking/taakverschuiving	75
8.2.3	Verticale substitutie	75
8.2.4	Buitenland	75
8.2.5	Relatie met huisartsgeneeskunde	76
8.2.6	Opleidingsinstituten	76

8.3	Onzekerheden.....	76
8.3.1	Zorgvraag.....	76
8.3.2	Aanbod.....	76
8.3.3	Werkproces.....	77
8.3.4	Opleidingscapaciteit.....	77
8.3.5	Belangstelling voor het vak.....	77
8.3.6	Complicaties marktwerking hoofdstroom A&G voor andere specialismen.....	78
8.4	Belangrijkste scenario's.....	78
8.5	Advies instroom.....	78
Bijlage 1:	Model Capaciteitsorgaan	81
Bijlage 2:	Procedure en betrokken experts	82



Samenvatting

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

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

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

De ontwikkelingen binnen de sociale verzekeringswetgeving hebben weinig invloed op de arbeidsmarkt van verzekeringsgeneeskundigen. De decentralisatie kan een lichte verplaatsing van werkzaamheden tussen UWV en gemeenten veroorzaken. Naast een groot efficiencyvoordeel door decentralisatie bestaat in de verzekeringsgeneeskunde ook nog een klein efficiencyvoordeel in de vorm van verticale substitutie. De efficiency-effecten op de geraamde behoefte aan verzekeringsgeneeskundigen zijn dan ook niet groot.

Wel baart de aanhoudend (te) lage instroom van aijs in de erkende medische vervolgopleiding tot verzekeringsgeneeskundige zorgen. Het alsnog opleiden of omscholen van zittende bedrijfsartsen via een verkorte opleiding kan niet lang meer door de verwachte daling aan bedrijfsartsen. Dit zou kunnen betekenen dat de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid in de komende jaren een forse opleidingsinspanning moet gaan leveren. In dat geval heeft het specialisme verzekeringsgeneeskunde een strategische voorsprong door het bestaan van één grote werkgever (het UWV) met voldoende oplei-

ders ten opzichte van de vele met elkaar concurrerende Arbodiensten. Deze beschikken maar beperkt over opleiders en belanden financieel in een achterstandspositie als zij aios in de opleiding laten instromen.

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

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

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

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

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

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

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

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



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 profielopleidingen en de erkende medische vervolgopleidingen in de sociale geneeskunde. Dit deelrapport kan los van het integrale Capaciteitsplan 2013 gelezen worden. Het integrale Capaciteitsplan 2013 omvat naast het instroomadvies over de sociale geneeskunde ook instroomadviezen over de 27 klinische specialismen en de 3 klinisch technologische specialismen, de huisartsgeneeskunde, de mondzorg (de kaakchirurgen, orthodontisten, tandartsen en mondhygiënist), de specialisten ouderengeneeskunde, de arts voor verstandelijk gehandicapten 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 al 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 met betrekking tot uiteenlopende onderwerpen zoals de capaciteitsfixus, buitenlandse instroom, horizontale en verticale substitutie en nieuwe opleidingen. Op verzoek van het ministerie van VWS werkt het Capaciteitsorgaan de komende drie jaar 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 opleidingsinrichtingen 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 in kaart brengen van de beroepsgroepen tandarts en mondhygiënist en 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 de sociale geneeskunde zijn de volgende:

1. Binnen de sociale geneeskunde worden de erkende medische vervolgoopleidingen niet of deels door de minister van VWS gesubsidieerd. Binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid (A&G) worden alle medische vervolgoopleidingen gefinancierd door marktpartijen, veelal de werkgever van de arts. Binnen de andere hoofdstroom, Maatschappij en Gezondheid (M&G), subsidieert de minister van VWS de erkende medische vervolgoopleiding tot arts M&G alleen voor de (eveneens gesubsidieerde) profielartsen jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding en medische milieukunde. Deze vier profielopleidingen én de corresponderende tweede fase opleiding worden genoemd in de subsidieregeling opleidingen publieke gezondheidszorg 2013-2017.
2. De hoofdstroom M&G kent in totaal zeven profielopleidingen, die alle twee jaar duren. Naast de al genoemde vier betreft het: forensische geneeskunde, indicatie en advies, en beleid en advies. Na het voltooien van de profielopleiding wordt de arts op verzoek ingeschreven in één of meerdere van de profielregisters van de KNMG. Voor de Wet BIG blijft de profielarts een basisarts; hij wordt immers niet ingeschreven in een specialistenregister. De profielarts kan vervolgens wel de tweede fase van de opleiding tot arts M&G doorlopen en alsnog verzoeken om inschrijving in het betreffende specialistenregister.
3. De profielregisters voor de sociale geneeskunde zijn in 2007 geopend. In de eerste jaren daarna hebben veel artsen die geen arts M&G waren, gebruik gemaakt van overgangsregelingen om geregistreerd te worden als profielarts. De profielregisters zijn dus tijdens de eerste jaren in zeer snel tempo gevuld. Daarna vindt de verdere vulling plaats door inschrijving van artsen die de profielopleiding hebben voltooid. Omdat herregistratie 5 jaar na inschrijving plaatsvindt, ontstaan er pieken en dalen in de in- en uitstroom. Dit maakt het moeilijk om betrouwbare gegevens over de profielartsen te verkrijgen. Voor de al langer bestaande specialismen speelt dit probleem niet.

4. In de sociale geneeskunde wordt het contact niet geïnitieerd door de cliënt, maar (direct of indirect) door de overheid. Dit betekent dat de zorgvraag in sterke mate wordt bepaald door wet- en regelgeving.
5. Momenteel is er voor de forensisch artsen naast het profielregister van de KNMG ook een kwaliteitsregister van het Forensisch Medisch Genootschap (FMG). De toelatingscriteria van deze twee registers verschillen.
6. De gemiddelde leeftijd bij instroom van basisartsen in de profielopleidingen en de erkende medische vervolgoopleidingen is duidelijk hoger dan de gemiddelde leeftijd bij instroom van basisartsen in de huisartsenopleiding of de medisch specialistische vervolgoopleidingen. Daardoor is de uitstroom bij de sociaal geneeskundigen hoger dan bij de huisartsen of de medisch specialisten.
7. In de periode 2003-2010 heeft het Capaciteitsorgaan afgezien van ramingen in de sociale geneeskunde, vanwege de vele beleidsmatige onzekerheden. Het betrof vooral onduidelijkheden over (vergoeding van) de opleidingen binnen M&G en de daarmee gepaard gaande terugloop van de instroom in deze opleidingen. Hierdoor kan slechts een fragmentarische vergelijking met eerdere adviezen plaatsvinden.
8. Binnen het register M&G zijn ook de sportartsen geregistreerd. Formeel is sportgeneeskunde weliswaar een erkende opleiding, maar nog steeds geen erkend medisch specialisme. De aanvraag tot erkenning als geneeskundig specialisme is momenteel bij het College Geneeskundige Specialismen (CGS) in behandeling. Het CGS heeft het advies van een door haar ingestelde commissie overgenomen om sportgeneeskunde te erkennen als medisch specialisme en is momenteel bezig met de voorbereidingen voor een definitief besluit. Daarmee valt de sportgeneeskunde buiten de kaders van dit advies.

1.4 Indeling van dit deelrapport

Hoofdstuk 2 dient als **oriëntatie** op de positie die de sociale geneeskunde inneemt in bevolking(groepen) en hun gezondheid. 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 vervolgoopleidingen. Daarom staat het hoofdstuk over de geschiedenis van de instroom vooraan in het Capaciteitsplan. In hoofdstuk 3 wordt een overzicht gegeven van de **gerealiseerde instroom** in de erkende medische vervolgoopleidingen sociale geneeskunde vanaf 2005 tot 2013. De adviezen van het Capaciteitsorgaan, de (relevante) besluiten van VWS en de gerealiseerde instroom in de opleidingen 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 hoofdstukken 4, 5 en 6 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 waarschijnlijk 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, later evenwichtsjaar: 2031.

Hoofdstuk 5 beschrijft het **aanbod** aan beroepsbeoefenaren. Beschreven wordt hoe de diverse beroepsgroepen zich sinds 2005 hebben 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 medische sociaal-geneeskundige vervolgoopleidingen is vastgelegd op 4 jaar, de duur van alle profielopleidingen op 2 jaar. Dit betekent dat de eerste effecten op de instroom van nieuw geregistreerde sociaal-geneeskundigen pas in 2018 verwacht mogen worden. Uitzondering daarop vormt de opleiding tot arts M&G, waarvoor ook alle geregistreerde profielartsen toegang hebben tot de twee jaar durende "tweede fase opleiding".

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 patiëntgebonden tijd/werkbare uren, efficiency, horizontale en verticale taakherstelling en/of taakverschuiving. Ook hier wordt gewerkt met een basisscenario (geen veranderingen), een beleidsarm scenario, een reëel scenario (plausibele inschattingen van experts) en een maximaal scenario (hoge inschattingen van experts).

Op basis van scenario's voor de zorgvraag, het zorgaanbod en het werkproces wordt een aantal beleidsrijke 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 een minimum en maximum instroomwaarde 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 bijbehorende instroomadvies.

2. Positionering sociale geneeskunde

2.1 Inleiding

Hoewel sociaal geneeskundigen in functionele zin al sinds de 19e eeuw in Nederland voorkomen, zijn alle opleidingen tot sociaal geneeskundige pas ontwikkeld na de Tweede Wereldoorlog. Zij nemen daarmee een tussenpositie in tussen de medisch specialisten en de huisartsen. In eerste instantie bestond er een gezamenlijk basisprogramma voor alle sociaal geneeskundigen, dat pas in het tweede jaar differentieerde in functiegerichte opleidingen. Formeel duurde de opleiding 2,5 tot 3 jaar. In de praktijk was de opleidingsduur door werkonderbrekingen, studieonderbrekingen of vertragingen in de aanlevering en beoordeling van de scriptie vaak langer. De sociale geneeskunde kende opleidingen tot: verzekeringsgeneeskundige, bedrijfsarts, jeugdarts, tuberculosearts, arts AGZ, sportarts en de zogenaamde “vijfde tak”, een verzamelbegrip voor minder vaak voorkomende specialisaties binnen de sociale geneeskunde.

In 1994 werd de sociale geneeskunde formeel ingedeeld in twee hoofdstromen: Arbeid en Gezondheid (A&G) enerzijds en Maatschappij en Gezondheid (M&G) anderzijds. A&G leidt op tot bedrijfsarts, verzekeringsgeneeskundige, gecombineerd verzekerings-/bedrijfsarts of arts A&G zonder profiel. In 1994 werd de duur van deze opleidingen verlengd naar 4 jaar. Daarmee werd voldaan aan de Europese regelgeving en zijn opleiding en diploma's Europees erkend. Sindsdien is aan de regelgeving voor de opleiding niets meer veranderd.

Voor de hoofdstroom M&G braken de veranderingen pas aan rond 2005. Ook de opleidingen in deze hoofdstroom werden toen verlengd naar 4 jaar. Daarnaast werd het aantal opleidingen vergroot. Tegelijkertijd werd door het toenmalige College Sociale Geneeskunde (thans: CGS) de mogelijkheid geboden om de opleiding na twee jaar te staken of te onderbreken en dan een profielregistratie aan te vragen. Men blijft dan voor de wet BIG basisarts maar men kan aantonen dat men de eerste competenties beheerst om een belangrijk deel van de dagelijkse werkzaamheden van een specialist M&G te verrichten. Deze werkzaamheden vinden hoofdzakelijk op individueel niveau plaats. Indien aios dat willen, kunnen zij vervolgens de opleiding tot arts M&G hervatten en in de laatste twee jaar vooral collectieve en beleidsmatige vaardigheden verwerven. Uiteraard kan men de opleiding tot arts M&G ook in één keer doorlopen. De arts M&G mag de profielregistratie ook blijven voeren nadat hij als arts M&G in het specialistenregister is ingeschreven. Registratie van meerdere profielen is mogelijk tot een maximum van drie.

De civielrechtelijke profieltitels zijn door de KNMG gedeponeerd. Er bestaan momenteel zeven profielen die recht geven op een beschermde titel: arts beleid en advies KNMG, arts indicatie en advies KNMG, arts infectieziektebestrijding KNMG, arts medische milieukunde KNMG, arts tuberculosebestrijding KNMG, forensisch arts KNMG en jeugdarts KNMG. Het College Geneeskundige Specialismen zal waarschijnlijk op enig moment het profiel donorgeneeskunde toevoegen aan de huidige profielen in de sociale geneeskunde.

De titels van geneeskundig specialisten en de titel basisarts zijn beschermd door de wet BIG en bieden, net als de profieltitels, ook een garantie voor de kwaliteit van de beroepsbeoefenaar. Andere be-

namingen die door artsen worden gebezigd bieden deze garantie niet. De “Arboarts” bijvoorbeeld is een basisarts met niet nader omschreven vaardigheden die werkzaam is op het terrein van de bedrijfsgezondheidszorg. Hetzelfde geldt voor de jeugdarts, de schoolarts, en/of de forensisch arts zonder de toevoeging KNMG.

De verwachte behoefte aan capaciteit van de profielen en specialismen binnen de sociale geneeskunde is zeer beïnvloedbaar voor overheidsbeleid. Veranderingen in maatschappelijke opvattingen en overheidsopvattingen leiden tot nieuwe wet- en regelgeving, vooral vanuit de ministeries van VWS en SZW. Vooral in de periode 2005-2009 zijn wetten die de aard en de inzet van sociaal geneeskundigen beïnvloedden sterk aan veranderingen onderhevig geweest. Tussen 2003 en 2010 heeft het Capaciteitsorgaan geen integrale ramingen kunnen opstellen voor de beroepen in de sociale geneeskunde. Wel zijn een aantal deelramingen^{1,2,3} en deelonderzoeken^{4,5,6,7} uitgevoerd. Pas in 2010 zijn de sociaalgeneeskundige specialismen en profielen weer opgenomen in het integrale Capaciteitsplan.

2.2 Overzicht aanverwante disciplines

Voor de beide hoofdstromen wordt een overzicht gegeven van de diverse aanverwante disciplines.

2.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Voor de verzekeringsgeneeskundigen bestaat er momenteel maar één relevante aanverwante discipline: de bedrijfsartsen. In de loop van de jaren heeft er ook steeds een wisselwerking bestaan tussen deze twee specialismen. In de periode van 2005 tot 2008 heeft het UWV op grote schaal gebruik gemaakt van bedrijfsartsen om verzekeringsgeneeskundige herkeuringen uit te kunnen voeren, die nodig waren in het kader van de beëindiging van de WAO en de inwerkingtreding van de WIA. De laatste jaren vindt op bescheiden schaal inzet van bedrijfsartsen voor verzekeringsgeneeskundige werkzaamheden plaats. Meestal gaat het dan om bedrijfsartsen die zich oriënteren op deze werkzaamheden alvorens ze besluiten om van specialisme te veranderen. De wettelijke eisen die worden opgelegd aan het UWV (en soortgelijke organisaties) laten weinig ruimte voor invulling door een andere, lager opgeleide discipline, zoals de arbeidsdeskundige.

Bij de bedrijfsartsen is het overzicht aan aanverwante disciplines veel groter. De bedrijfsarts heeft in de eigen werkomgeving al te maken met de bedrijfsverpleegkundige, de arbeidsdeskundige, de arbeidshygiënist, de arbeids- en organisatiepsycholoog en veiligheidkundige. Daarnaast heeft de bedrijfsarts vanuit het perspectief van de werknemer ook te maken met de huisarts en vanuit het perspectief van de werkgever met de preventiemedewerker. De opkomst van zogenaamde “ziekteverzuimbedrijven” met niet paramedisch geschoold personeel kan niet als aanverwant personeel worden gekwalificeerd.

- 1 Capaciteitsorgaan (2007). Behoeftbepaling sportartsen: Basiselementen voor nu en straks, kwantitatieve aspecten van de beroepsgroep.
- 2 Capaciteitsorgaan (2007). Capaciteitsplan 2007 voor de medische vervolgopleiding jeugdgezondheidszorg.
- 3 Capaciteitsorgaan (2008). Capaciteitsplan 2007 voor de medische vervolgopleiding infectieziektebestrijding
- 4 NIVEL (2010). Capaciteitsraming artsen medische milieukunde in Nederland
- 5 NIVEL (2010). Capaciteitsraming voor bedrijfsartsen 2012-2022/2028
- 6 NIVEL (2010). Capaciteitsraming voor verzekeringsgeneeskundigen 2012-2022/2028
- 7 NIVEL (2010). De arbeidsmarkt voor forensisch geneeskundigen

2.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Binnen het domein van deze hoofdstroom is de afgelopen 20 jaar een groot aantal academische, niet-medische, opleidingen verder ontwikkeld die zich vooral hebben verdiept in de collectieve benadering van bevolkingsgroepen. Het betreft onder andere de gezondheidswetenschapper, de epidemioloog en de Master of Public Health. Deze worden steeds vaker ingezet in het werkveld van de arts beleid en advies KNMG.

Aanverwante medische disciplines voor de jeugdarts zijn de huisarts en de kinderarts, voor de arts infectieziektebestrijding de medisch microbioloog en de internist-infectioloog, voor de arts tuberculosebestrijding de longarts, voor de arts indicatie en advies de verzekeringsgeneeskundige, voor de forensisch arts de patholoog-anatoom. Voor de medisch milieukundige is binnen het medisch domein de internist-toxicoloog een aanverwante, zij het bijna even zeldzame, discipline.

Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid is de instroom in de diverse opleidingen tussen 2000 en 2006 volledig gestagneerd. Een oorzaak was de beoogde verandering/verzwaring van de opleidingen, vervat in een tijdelijk nieuw opleidingsmodel “Van meester naar gezelschap”. Maar ook de trage besluitvorming rond de financiering van de opleiding was debet aan de daling van de instroom. Een gevolg hiervan was, dat tussen 2004 en 2010 nauwelijks nieuwe geregistreerde artsen M&G beschikbaar kwamen. Daarbovenop kwamen bij veel organisaties initiatieven, al dan niet gedwongen, om de inzet van personeel meer vanuit kosteneffectiviteitsoogpunt te benaderen. Het klimaat voor verticale substitutie van artsen M&G is door deze ontwikkelingen waarschijnlijk veel gunstiger geworden. Vanaf 2006 herstelde de instroom in de opleidingen zich geleidelijk.

Het aanbod aan lager opgeleide disciplines voor verticale substitutie van artsen M&G is groot. In veel gevallen is er zelfs specifieke deskundigheid beschikbaar, zoals de jeugdverpleegkundige die werkzaamheden kan overnemen van de jeugdarts. In de infectieziektebestrijding vond substitutie met name in de tuberculosebestrijding al langer plaats, waarschijnlijk ten gevolge van de internationale oriëntatie van dit specialisme. De uitvoering van werkzaamheden in landen met een hoge endemische druk leidt ertoe dat zoveel mogelijk van de meest voorhanden zijnde competenties/disciplines gebruik wordt gemaakt.

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

2.3.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De verzekeringsgeneeskundige heeft een divers takenpakket. Aan de ene kant werkt hij/zij zelfstandig met cliënten die in het kader van de Wet werk en bijstand (Wwb) aan hem voorgesteld worden. Het andere uiterste is de cliënt die aan hem wordt voorgesteld op het moment dat de begeleiding door de bedrijfsarts ophoudt. Dat betekent dat de verzekeringsgeneeskundige als eerste de naleving van de wettelijk voorgeschreven werkzaamheden door de werkgever toetst. Het niet compleet naleven van de wettelijke verplichtingen kan al gauw leiden tot loonsancties voor de (voormalige) werkgever. Daardoor staat er soms druk op de verhouding tussen verzekeringsgeneeskundige en bedrijfsarts. Bedrijfsartsen kunnen zich overigens ook laten registreren als verzekeringsgeneeskundige na een bijscholing op de relevante competenties die niet (voldoende) zijn

ontwikkeld tijdens de opleiding tot bedrijfsarts. Er bestaat een redelijk constante stroom van bedrijfsartsen die deze weg kiezen.

De verhouding tussen de bedrijfsarts en de huisarts is qua afstemming en samenwerking in 2005 vastgelegd in gezamenlijke standpunten van NVAB en LHV⁸. Sinds 2004 hadden bedrijfsartsen al de mogelijkheid om bij een arbeid gerelateerde aandoening rechtstreeks door te verwijzen naar de tweede lijn. De afgelopen jaren zijn de werkgebieden van de huisarts en de bedrijfsarts dichter naar elkaar toegegroeid. Toch bestaan er nog steeds te overbruggen verschillen tussen de huisarts en de bedrijfsarts qua belangen en behandeldoelen⁹.

Zowel bij de bedrijfsartsen als bij de verzekeringsgeneeskundigen staat de verhouding met lager opgeleid personeel nauwelijks onder druk. Bij de verzekeringsgeneeskundigen is de toekomstige relatie met (misschien meer) ondersteunend personeel uit een oogpunt van efficiency relevant. Bij de bedrijfsartsen zijn de grotere efficiëncyslagen al in het vorige decennium gemaakt. Hetzelfde geldt voor de verticale substitutie van bedrijfsartsen door lager geschoold personeel. In theorie is er nog wel enige verticale substitutie mogelijk binnen de groep bedrijfsartsen die als zzp'er werkt, maar dat is in de praktijk moeizaam te implementeren vanwege het geringe animo om personeel in dienst te nemen.

2.3.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Horizontale substitutie van arts M&G vindt grotendeels plaats door profielartsen en in mindere mate door basisartsen die nog moeten instromen in een van de opleidingen. Gezien de samenstelling van de groep arts M&G (zie hoofdstuk 5) vindt het overgrote deel van de horizontale substitutie plaats binnen de jeugdgezondheidszorg. In 2007 heeft deze sector besloten om te streven naar een verhouding van 21:63:17 voor arts M&G: profielarts: basisarts. Daarbij zullen de basisartsen en de profielartsen qua werkzaamheden het accent hebben liggen op individuele contacten met de jeugdigen, terwijl de arts M&G zich meer bezig houdt met de begeleiding van de basisarts en de profielarts en met beleids- en advieswerk.

Het aantal arts M&G dat werkt binnen de sectoren infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding, medische milieukunde, indicatie en advies of beleid en advies is zo klein dat een splitsing in het takenpakket in individuele en collectieve aspecten bijna nooit mogelijk is. De wetenschappelijke verenigingen staan daarom op het standpunt dat elke arts die in deze sectoren werkt het vak in de volle omvang moet kunnen uitoefenen. Daarbij speelt niet alleen het continuïteitsaspect in verband met kleine bezettingen een rol; de potentiële afbreukrisico's kunnen behoorlijk groot zijn bij onvolledige advisering door een niet adequaat opgeleide professional. Er is dan bijvoorbeeld wel een advies voor het individuele geval, maar geen advies voor te nemen collectieve maatregelen.

In de sector forensische geneeskunde is het overgrote deel van het (uitvoerende) werk gericht op casuïstiek. De behoefte aan collectieve analyses en beleidsaanbevelingen is hier kleiner en vaak

8 NVAB(2005). De bedrijfsarts en de eerste lijn: over samenwerking, zorgverzekeringen, en regionale ondersteuningsstructuren. Landelijke Eerstelijns Samenwerking (LESA).

9 NIVEL(2012). Knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen bedrijfsartsen en de eerstelijnszorg.

discontinu. De sector kan daarom heel goed werken met voor een groot deel profielartsen. Er is niet vastgelegd welke mix aan deskundigheden voor een optimale taakuitoefening gewenst is. De Wet op de Lijkbezorging verplicht echter met ingang van 1 januari 2013 elke forensisch geneeskundige tot het volgen van de basisopleiding forensische geneeskunde. Deze leidt tot opname in het FMG-register óf de profielopleiding forensische geneeskunde die leidt tot opname in het RGS-register. Recent heeft de Gezondheidsraad in een advies aan het ministerie van OCW gepleit voor een verlenging naar 3 jaar van de profielopleiding tot forensisch geneeskundige KNMG. Basisartsen kunnen vanaf 1 januari 2013 wettelijk niet langer (zelfstandig) activiteiten binnen de forensische geneeskunde ontplooiën.

De wetgever heeft de afgelopen jaren de vereiste deskundigheid van de sociaal geneeskundige op de diverse deelterreinen steeds duidelijker gekwalificeerd in termen van minimum vereisten. Voor het grootste gedeelte wordt de uitvoering van de taken binnen de hoofdstroom A&G als een private verantwoordelijkheid beschouwd. Binnen de hoofdstroom M&G is het grotendeels een gemeentelijke verantwoordelijkheid. Dat kan een reden zijn voor het bijna volledig ontbreken van kwantitatieve richtinggevende benaderingen vanuit de landelijke overheid. De daardoor ontstane uiteenlopende inzet van diverse disciplines tussen de diverse organisaties in Nederland geeft weer dat hier nog mogelijkheden liggen voor een betere afstemming van de inzet van personeel.



3. Opleiding

3.1 Inleiding

De opleidingen tot sociaal geneeskundige duren vier jaar. Binnen de hoofdstroom M&G bestaat de mogelijkheid om de opleiding na twee jaar tussentijds te beëindigen of op te schorten en een profielregistratie in een van de zeven aandachtsgebieden aan te vragen. Deze profielregistratie verleent toegang tot een beschermde civielrechtelijke titel; voor de wet BIG blijft de profielarts geregistreerd als basisarts. De profielarts kan op een later moment de opleiding hervatten en de resterende twee jaar (de zogenaamde tweede fase), die vooral op verbreding en verdieping zijn gericht, doorlopen en zich alsnog laten registreren als arts M&G.

Het theoretisch onderwijs krijgt vorm volgens een leer/werksystematiek. Selectie en aanstelling van de aios geschiedt decentraal. De opleiding op de werkplek wordt geborgd door een erkende opleider. Het cursorisch gedeelte van de opleiding, gemiddeld een dag per week, wordt verzorgd door geaccrediteerde opleidingsinstituten, zoals NSPOH, TNO en SGBO. De opleiding wordt afgerond door het afleveren van een publicabel artikel, naast een aantal andere producten zoals een beleids- en krachtenveldanalyse, een implementatieplan, en een essay.

De financiering van de opleiding gebeurt in principe door de werkgevers. Vaak worden daarom afspraken gemaakt met de aios over terugbetaling van de gemaakte opleidingskosten bij verandering van werkgever. De profielopleidingen tot jeugdarts KNMG, arts tuberculosebestrijding KNMG, arts infectieziektebestrijding KNMG en arts medische milieukunde KNMG worden sinds 2008 gesubsidieerd door VWS als onderdeel van de tweede tranche A van het Opleidingsfonds. Sinds 2011 subsidieert VWS ook de tweede fase van de opleiding tot arts M&G voor profielartsen uit de vier eerder genoemde opleidingen.

Sommige (profiel)opleidingen, bijvoorbeeld beleid en advies, worden zo weinig gevolgd dat het voor opleidingsinrichtingen niet interessant is om erkenning aan te vragen. De Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG) heeft met het oog op dit probleem de SSGO opgericht. Deze stichting heeft opleiden als hoofddoelstelling en detacheert haar aios bij andere instellingen, die daardoor niet zelf hoeven te voldoen aan de volledige erkenningsregels.

3.2 Adviezen

Het Capaciteitsorgaan heeft in 2001 en 2003 twee adviezen^{10,11} aan het veld (het ministerie van VWS, universiteiten, opleidingsinstituten, en beroepsgroepen) gegeven over de instroom in verschillende richtingen binnen de sociale geneeskunde. In de jaren daarna heeft de overheid omvangrijke beleidswijzigingen in de sociale geneeskunde in gang gezet. De wijziging van de Arbowet per 2006 en de omzetting van de WAO in de WIA in 2007 hadden als gevolg dat het Capaciteitsorgaan in 2005 en 2008 geen advies over de gewenste instroom in deze twee opleidingen heeft uitgebracht. De ontwik

¹⁰ Capaciteitsorgaan (2001). Vraag en aanbod sociaal geneeskundigen: bronnenoverzicht en ramingen.

¹¹ Capaciteitsorgaan (2003). Capaciteitsplan 2003 voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen en de initiële opleiding geneeskunde; een tussenbalans.

kelingen binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid waren zo onzeker dat het onmogelijk was om betrouwbare scenario's met een acceptabele bandbreedte op te stellen. Pas in 2010 is een nieuwe raming opgesteld voor de behoefte aan verzekeringsgeneeskundigen en bedrijfsartsen. De verwachting was toen dat de markt enigszins aan het stabiliseren was.

In 2007 en 2008 werden op verzoek van het ministerie van VWS deeladviezen uitgebracht over respectievelijk de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding. In 2008 en 2010 is de gehele hoofdstroom M&G in beeld gebracht. Ten aanzien van de gewenste instroom was in 2008 nog sprake van observaties en terughoudende adviezen. In 2010 werd het ministerie van VWS expliciet geadviseerd over de gewenste instroom in alle profielopleidingen en de volledige opleidingen arts M&G.

Tabel 1 toont alle instroomadviezen voor de sociaal geneeskundigen van het Capaciteitsorgaan sinds 2000.

Tabel 1: Instroomadviezen Capaciteitsorgaan over sociale geneeskunde sinds 2000

Advies	Jaar	2001	2003	2007	2008	2010
Bedrijfsarts		122	102	-**	-**	145
Verzekeringsgeneeskundige		57	47	-**	-**	111
M&G infectieziektebestrijding		25	34		6	14
M&G jeugd		44	60	25		24
M&G medische milieukunde						4
M&G tuberculosebestrijding						2
M&G overig*		3	4	7	7	70
Profiel beleid en advies						4
Profiel forensische geneeskunde						33
Profiel indicatie en advies						2
Profiel infectieziektebestrijding					7	
Profiel jeugdgezondheidszorg					142	94

*: tot 2010 alleen instroom opleiding tot sportarts

**: expliciet onthouden van instroomadvies

De tabel laat zien dat het Capaciteitsorgaan geadviseerd heeft de gewenste instroom te verhogen in de specialismen bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde in de loop van de tijd. Deze verhoging heeft vooral te maken met de toenemende vervangingsvraag door vergrijzing van deze twee vakgebieden. Opvallend is dat de geadviseerde instroom in het M&G specialisme voor de profielen jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding in de loop van de tijd is afgenomen. De introductie van de profielopleidingen, die een gedeelte van de werkzaamheden van de arts M&G kunnen uitvoeren, is de belangrijkste oorzaak hiervan. Het Capaciteitsorgaan gaf vanaf 2008 met name de profielopleiding voor de jeugdgezondheidszorg hoge instroomadviezen.

3.3 Besluiten

De adviezen uit 2001, 2003 en 2007 zijn aan het veld ter kennisname aangeboden. De opleidingen in de hoofdstroom A&G kennen echter geen centrale besluitvorming of een centrale regie. De Arbodien-

sten besluiten zelfstandig óf en hoeveel aios instromen in de opleiding tot bedrijfsarts. Voor de verzekeringsgeneeskundigen is het UWV veruit de grootste opleidingsinrichting, maar ook die verbindt zich niet vooraf aan een bepaalde instroom. Integrale instroombesluiten zijn niet genomen binnen deze hoofdstroom.

Voor de aandachtsvelden infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg, medische milieukunde en tuberculosebestrijding zijn wél integrale besluiten genomen over de toegestane instroom. Voor deze aandachtsvelden geldt dat VWS een centrale regie voert over de gewenste/gesubsidieerde instroom. De werkgevers van de betrokken artsen bestaan uit de GGD'en en een aantal zorgorganisaties die de totale instroom op elkaar afstemmen. Daarbij bewegen ze zich binnen de marges die de besluiten van VWS toestaan. De subsidiebesluiten van VWS voor de betreffende jaren zijn in onderstaande tabel samengevat. Sinds 2008 subsidieert VWS de opleidingsplaatsen via het Opleidingsfonds.

Tabel 2: Aantal gesubsidieerde nieuwe opleidingsplaatsen VWS

Besluit VWS	Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
M&G infectieziektebestrijding									9	7
M&G jeugdgezondheidszorg									15	15
M&G medische milieukunde										1
M&G tuberculosebestrijding										1
Profiel infectieziektebestrijding					53*	9*	7	7	14	14
Profiel jeugdgezondheidszorg					76	142	142	142	94	94
Profiel medische milieukunde					53*	9*	5*	4	4	4
Profiel tuberculosebestrijding					53*	9*	5*	3	2	2
Totaal					129	151	154	156	138	138

*: gecombineerd totaal

VWS heeft in 2011 besloten om naast de profielopleiding vanaf 2012 ook de tweede fase van de opleiding in deze vier aandachtsvelden te gaan subsidiëren. Daarvoor zijn de bestaande adviezen uit het Capaciteitsplan 2010 gehanteerd. Het Opleidingsfonds is vanaf 2013 grotendeels overgeheveld naar de NZa. Voor een aantal opleidingen, waaronder alle opleidingen in de publieke gezondheid, wordt de subsidiëring wel nog via het Opleidingsfonds gerealiseerd.

3.4 Realisatie

De instroom in de diverse erkende opleidingen wordt door de registratiecommissie voortdurend gemonitord. De instroom in een opleiding wordt in personen uitgedrukt. Voor de vier opleidingen die door VWS gesubsidieerd worden, is de instroom het resultaat van: de beschikbaarheid van een tijdig aangevraagde gesubsidieerde plaats bij een gecertificeerde instelling met een geïnteresseerde basisarts en een eveneens gecertificeerde opleider. De overige opleidingen worden op een andere manier gefinancierd. Tabel 3 laat de instroom zien van aios sociale geneeskunde.

Tabel 3: Gerealiseerde instroom aios sociale geneeskunde

Besluit VWS	Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A&G bedrijfsgezondheidszorg		32	27	15	23	19	13	11	13
A&G verzekeringsgeneeskunde		8	1	28	15	28	3	17	22
M&G		7	2	6	12	10	7	10	25
Profiel beleid en advies		0	1	0	0	0	1	0	21
Profiel forensische geneeskunde		0	0	0	0	0	2	0	0
Profiel indicatie en advies		0	0	0	1	0	1	0	1
Profiel infectieziektebestrijding		0	5	2	8	4	8	7	14
Profiel jeugdgezondheidszorg		0	25	25	36	95	73	71	70
Profiel medische milieukunde		0	1	0	0	1	1	0	2
Profiel tuberculosebestrijding		0	3	1	0	0	3	0	0
Sportgeneeskunde		0	2	5	9	5	9	5	5
Totaal		47	67	82	104	162	121	121	173

Bron: RGS 26 februari 2013

De instroom in de A&G opleidingen is de laatste 3 jaar iets teruggelopen ten opzichte van de jaren daarvoor. Wat de tabel niet laat zien is de jaarlijkse instroom in de twee opleidingen A&G in de periode 2000 tot 2005. De instroom voor de bedrijfsgezondheidszorg was toen gemiddeld 112 en voor de verzekeringsgeneeskunde 71. De instroom in beide opleidingen is sinds 2000 bijna gedecimeerd. Oorzaak hiervan is grotendeels de wijziging van de Arbowet, waardoor Arbodiensten zeer terughoudend werden in het investeren in nieuwe bedrijfsartsen. Zittende bedrijfsartsen zijn vanaf dat moment deels overgestapt naar de verzekeringsgeneeskunde, waardoor de opleidingsbehoefte voor dat specialisme ook afnam.

In de M&G opleidingen is het tegenovergestelde gebeurd. Tussen 2000 en 2006 werd er slechts mondjesmaat opgeleid door: de onzekerheden rond de verwachte subsidiëring van de opleidingen door VWS, de tijdelijke arrangementen in de opleidingsinrichtingen en de aanpassingen van de opleiding aan Europese regelgeving. Vanaf 2006 startten de nieuwe profielopleidingen en vanaf 2008 startte de subsidiëring vanuit het Opleidingsfonds. Opvallend is de plotselinge toename in 2012 van het aantal instromers in het profiel beleid en advies en het aantal instromers in het specialisme M&G. De instroom in het profiel beleid en advies wordt veroorzaakt door een beleidswijziging bij het ministerie van Defensie. De instroom in het specialisme M&G wordt veroorzaakt door een beleidswijziging in 2011 bij het ministerie van VWS. Dit ministerie subsidieerde sinds 2012 op beperkte schaal ook de tweede fase van de opleiding voor profielartsen in de vier aandachtsvelden.

De instroom in de meeste profielopleidingen is lager dan de subsidiebesluiten van VWS mogelijk maken. Vooral binnen de jeugdgezondheidszorg blijven tientallen opleidingsplaatsen onbezet. Voor een deel wordt dit veroorzaakt door het niet tegelijkertijd aanwezig zijn van subsidie (1 jaar eerder aangevraagd), basisarts, opleidingsinrichting en opleider. Voor een ander deel is er echter minder belangstelling van de basisarts voor dit specialisme dan dat er aanbod is aan beschikbare plaatsen.

Een discussiedocument van het toenmalige CBOG¹² had het doel de oorzaken voor de achterblijvende belangstelling te achterhalen en te bestrijden, maar is hierin niet geslaagd.

De aios hebben vaak meer dan de nominale opleidingsduur nodig om hun vervolgopleiding te voltooien. In tabel 4 wordt het totaal aantal aios per opleiding getoond volgens de opgaven van de RGS.

Tabel 4: Aantal geregistreerde aios sociale geneeskunde per 31 december

Besluit VWS	Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A&G bedrijfsgezondheidszorg		370	263	178	118	105	89	76	70
A&G verzekeringsgeneeskunde		234	149	117	76	80	66	73	68
M&G 2e fase					5	8	9	10	25
Profiel beleid en advies			1	1	1	1	1	1	21
Profiel forensische geneeskunde							2	2	0
Profiel indicatie en advies					1	1	2	1	1
Profiel infectieziektebestrijding			5	6	11	12	14	14	21
Profiel jeugdgezondheidszorg			24	49	83	134	179	205	226
Profiel medische milieukunde			1	1	0	1	2	2	3
Profiel tuberculosebestrijding			3	4	2	1	4	4	0
Sportgeneeskunde		30	30	33	41	40	32	36	38
Totaal (excl. sportgeneeskunde)		604	446	356	357	343	368	388	435

Bron: RGS 26 februari 2013

Uit onderzoek is bekend dat er een duidelijke samenhang is tussen de leeftijd en de keuze voor een vervolgopleiding¹³. Naarmate men ouder is, wordt de voorkeur voor een sociaalgeneeskundige opleiding groter. Onder de basisartsen, die tussen 2008 en 2011 zijn afgestudeerd en die per 1 januari 2013 nog geen opleidingsplaats hadden, spreekt 4,4% een eerste voorkeur uit voor een sociaalgeneeskundige vervolgopleiding. In 2002 was dit percentage nog 6,8% in 2009 4,6%. Deze percentages zijn lager dan de daadwerkelijke instroom in de sociaalgeneeskundige vervolgopleidingen. In 2012 betrof 7,4% van de instroom in een erkende medische vervolgopleiding/profielopleiding een sociaalgeneeskundige vervolgopleiding.

Bij de oudere leeftijdsklassen is de voorkeur voor een sociaalgeneeskundige vervolgopleiding hoger. Is de belangstelling bij basisartsen jonger dan 30 jaar ongeveer 3,4%, voor basisartsen ouder dan 40 jaar is die 62%. Deze leeftijdsspecifieke veranderingen in voorkeuren blijken ook uit de gemiddelde leeftijd bij de start van de vervolg- of profielopleiding. In de tabel zijn de profielopleidingen gebundeld in verband met de lage aantallen. De gemiddelde leeftijd van de startende aios huisartsgeneeskunde is ter illustratie toegevoegd.

¹² CBOG (2012): Instroombevordering opleiding jeugdarts KNMG

¹³ KIWA Carity (2013). Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen

Tabel 5: Gemiddelde leeftijd bij start van de vervolgopleiding

Besluit VWS	Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A&G bedrijfsgezondheidszorg		38,9	39,2	38,1	37,4	39,7	39,6	38,3	38,6
A&G verzekeringsgeneeskunde		40,8	30,6	46,6	50,5	46,3	50,5	36,8	39,3
M&G		30,0	28,6	29,9	34,3	38,0	35,5	37,9	38,8
Profielen			35,9	36,9	39,6	38,7	39,4	37,9	35,6
Totaal		37,9	35,8	40,1	39,3	40,1	39,1	37,5	36,8
Huisartsgeneeskunde		30,4	30,2	30,0	29,9	29,9	29,5	29,4	29,2

Bron: RGS

De gemiddelde leeftijd waarop de basisarts start met een sociaalgeneeskundige vervolgopleiding is 7 tot 10 jaar hoger dan de leeftijd waarop de basisarts start met de opleiding tot huisarts. Dat heeft voor de ervaring, maar ook voor de uitstroom van deze specialismen grote consequenties. De sociaal-geneeskundige zal bij zijn eerste registratie in het specialistenregister gemiddeld 8 à 9 jaar ouder zijn dan de huisarts. De carrière als sociaalgeneeskundige, die dan op het 40e levensjaar begint, zal naar verwachting maximaal 27 jaar duren. De huisarts start bijvoorbeeld al op zijn 32e levensjaar en heeft daardoor theoretisch een arbeidscarrière van maximaal 35 jaar. Dit betekent dat de gemiddelde kansen dat een sociaal geneeskundige stopt met werken na 5 jaar, 10 jaar, 15 jaar en 20 jaar telkens hoger liggen dan diezelfde kansen voor de huisartsen. De groep sociaal geneeskundigen is door de hoge uitstroom gevoeliger voor schommelingen in de instroom dan de groep huisartsen.

Sportgeneeskunde is (nog) geen erkend medisch specialisme, maar wel een erkende opleiding. In tabel 3 zijn de gegevens uit het opleidingsregister opgenomen. Deze verschillen van de gegevens die in het Capaciteitsplan 2010 hierover beschikbaar waren omdat de uitsplitsing in de registratie inmiddels betrouwbaarder is geworden.

3.5 Intern rendement

Voor een juiste berekening van het aantal startende aios per opleiding is het interne rendement van belang. Het interne rendement is het percentage aios per opleidingscohort dat de (profiel)opleiding op enig moment succesvol afsluit. Dit percentage wordt berekend op basis van de gegevens van de registratiecommissie. Het kan enige tijd duren voordat de laatste aios uit een cohort de opleiding al dan niet succesvol afsluit. De gegevens zijn daardoor enigszins gedateerd, maar wel betrouwbaar. In 2010 kon voor de opleidingen in de hoofdstroom M&G nog geen betrouwbaar intern rendement worden berekend. Voor de meeste opleidingen in de hoofdstroom M&G was het interne rendement daarom op 90% gesteld. In 2013 is het interne rendement voor de 2-jarige tweede fase opleiding en voor de 4-jarige opleiding tot arts M&G wél berekend. Voor de hoofdstroom A&G zijn de interne rendementen op de gebruikelijke manier berekend. Tabel 7 toont de resultaten van de best mogelijke benadering van de interne rendementen. Voor de profielopleidingen en de M&G opleiding zijn interne rendementen per geslacht niet gehanteerd. Het overgrote deel van de aios is vrouwelijk. De tabel laat zien dat de tweejarige profielopleidingen vergeleken met de opleidingen in de hoofdstroom A&G een hoog intern rendement kennen.

3.6 Conclusies

De instroom van aios in de profiel- en vervolgoopleidingen in de sociale geneeskunde is veel meer dan in de overige specialismen en profielen in de gezondheidszorg beïnvloedbaar door overheidsbeleid. Dit blijkt duidelijk uit de wijziging van de Arbowet per 2006. De instroom van basisartsen in de medische vervolgopleiding tot bedrijfsarts kwam toen abrupt tot stilstand. De gelijktijdige overstap van bedrijfsartsen naar de verzekeringsgeneeskunde leidde tot een daling van de instroom in de opleiding tot verzekeringsgeneeskundige.

Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid is rond 2006 de instroom in de opleidingen weer op gang gekomen. Ook daar is de invloed merkbaar van de rijksoverheid. Vanaf 2008 subsidieert de overheid de instroom in 4 profielen en vanaf 2012 de instroom in het corresponderende specialisme. Dit leidde tot een forse toename van de instroom in deze opleidingen.

In grote lijnen weerspiegelt de instroom in de sociaal geneeskundige opleidingen het beleid van het ministerie van SZW, dat sinds 2006 de verantwoordelijkheid voor de zorg expliciet bij de veldpartijen legt. Het weerspiegelt ook het beleid van het ministerie van VWS, dat de verantwoordelijkheid voor de publieke gezondheid in medebewind wil uitvoeren. Daardoor verschuift de oriëntatie van de instroom in de sociale geneeskunde van de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid naar de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid. Voor de opleidingsinstituten veroorzaakt dit voortdurend continuïteitsproblemen in het onderhoud van de onderwijsinfrastructuur. Waar enkele jaren geleden de infrastructuur van het onderwijs voor de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid zorgen baarde, geldt dat nu voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid.

Een ander kenmerk van de sociaalgeneeskundige opleidingen is de hogere gemiddelde leeftijd van de aios. Ten opzichte van de aios huisartsgeneeskunde scheelt het gemiddeld 8 à 9 jaar. Dat heeft niet alleen consequenties voor de al genoemde vertrekkansen van de beroepsgroep. Het heeft ook invloed op de uitwerking van de opleiding, omdat deze aios meestal al ruime ervaring met het zorgveld hebben, voordat zij met deze opleiding beginnen. Hun kennis en houding worden gevoed door de reeds opgedane praktijkervaring.

Tabel 6 en 7 laten de parameters zien die naar aanleiding van dit hoofdstuk gehanteerd worden in het Capaciteitsplan 2013.

Tabel 6: Parameters opleiding 2010 en 2013: Aanwezig per leerjaar*, verwachte instroom per jaar

Specialisme/ profiel	Capaciteitsplan 2010		Capaciteitsplan 2013	
	Aanwezig/ leerjaar	Verwachte instroom/ jaar	Aanwezig/ leerjaar	Verwachte instroom/jaar
A&G bedrijfsgezondheidszorg	25	25	17,5	11
A&G verzekeringsgeneeskunde	18	28	17	21
M&G				
zonder profiel	10,3	9	3	6
profiel beleid en advies	0	0	2,5	5
profiel forensische geneeskunde	0	0	1,5	3
profiel indicatie en advies	0	0	0,5	1
profiel infectieziektebestrijding	0,5	0,5	1,3	2
profiel jeugdgezondheidszorg	3	3	6,3	12
profiel medische milieukunde	0,5	0,5	0,3	0
profiel tuberculosebestrijding	0	0	0,3	0
Alleen profiel				
Beleid en advies	0	0	10,5	19
Forensische geneeskunde	1	2	0	0
Indicatie en advies	1	1	0,5	1
Infectieziektebestrijding	7,5	8	10,5	14
Jeugdgezondheidszorg	79	95	110,5	69
Medische milieukunde	0	0	1,5	2
Tuberculosebestrijding	0	0	0	0

Bron: RGS

* : aantal in opleiding op 1 januari van basisjaar, gedeeld door opleidingsduur

** : op basis van instroom vlak voor basisjaar

Tabel 7A: Interne rendementen per vervolg/ profielopleiding voor aios in opleiding aanwezig per 1 januari van 2010/ 2013

Specialisme/ profiel	Capaciteitsplan 2010			Capaciteitsplan 2013		
	M	V	Totaal	M	V	Totaal
A&G bedrijfsgezondheidszorg	78%	86%	81%	78%	86%	80%
A&G verzekeringsgeneeskunde	85%	90%	87%	85%	90%	88%
M&G zonder profiel	90%	90%	90%	90%	90%	90%
M&G profiel beleid en advies	90%	90%	90%	90%	90%	90%
M&G profiel forensische geneeskunde	90%	90%	90%	90%	90%	90%
M&G profiel indicatie en advies	100%	100%	100%	100%	100%	100%
M&G profiel infectieziektebestrijding	90%	90%	90%	90%	90%	90%
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	90%	90%	90%	90%	90%	90%
M&G profiel medische milieukunde	100%	100%	100%	100%	100%	100%
M&G profiel tuberculosebestrijding	100%	100%	100%	90%	100%	100%
Profiel beleid en advies	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Profiel forensische geneeskunde	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Profiel indicatie en advies	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Profiel infectieziektebestrijding	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Profiel jeugdgezondheidszorg	90%	90%	90%	90%	90%	90%
Profiel medische milieukunde	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Profiel tuberculosebestrijding	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Bron: NIVEL 1 juli 2013

Tabel 7B: Interne rendementen per vervolg/ profielopleiding voor aios in opleiding vanaf 2010/ 2013

Specialisme/ profiel	Capaciteitsplan 2010			Capaciteitsplan 2013		
	M	V	Totaal	M	V	Totaal
A&G bedrijfsgezondheidszorg	78%	86%	81%	87%	87%	87%
A&G verzekeringsgeneeskunde	69%	81%	74%	79%	79%	79%
M&G zonder profiel	90%	90%	90%	88%	88%	88%
M&G profiel beleid en advies	90%	90%	90%	88%	88%	88%
M&G profiel forensische geneeskunde	90%	90%	90%	88%	88%	88%
M&G profiel indicatie en advies	100%	100%	100%	88%	88%	88%
M&G profiel infectieziektebestrijding	90%	90%	90%	88%	88%	88%
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	90%	90%	90%	88%	88%	88%
M&G profiel medische milieukunde	100%	100%	100%	88%	88%	88%
M&G profiel tuberculosebestrijding	100%	100%	100%	88%	88%	88%
Profiel beleid en advies	90%	90%	90%	98%	98%	98%
Profiel forensische geneeskunde	90%	90%	90%	98%	98%	98%
Profiel indicatie en advies	100%	100%	100%	98%	98%	98%
Profiel infectieziektebestrijding	90%	90%	90%	98%	98%	98%
Profiel jeugdgezondheidszorg	90%	90%	90%	98%	98%	98%
Profiel medische milieukunde	100%	100%	100%	98%	98%	98%
Profiel tuberculosebestrijding	100%	100%	100%	98%	98%	98%

Bron: NIVEL 1 juli 2013

4. Zorgvraag

4.1 Inleiding

Voor de doelstelling “berekent zorgverleners voor de toekomst” is het zo goed mogelijk ramen van de verwachte zorgvraag het belangrijkste uitgangspunt. Als basis voor de huidige zorgvraag gebruikt het Capaciteitsorgaan het aantal fte’s sociaal geneeskundigen, verdeeld over de verschillende functies. Binnen de richting M&G zijn niet alle specialisten in te delen in hun achterliggend profiel. De resterende artsen M&G zijn op basis van de bekende verdeling “ingedeeld” in de zeven profielen. Aan de hand van de huidige zorgvraag bepaalt het Capaciteitsorgaan of er sprake is van een bestaand tekort of overschot van het zorgaanbod. Hiervoor kan niet voor alle specialismen de Arbeidsmarktmonitor worden gebruikt, omdat die de vacatures voor arts M&G niet registreert. De berekende zorgvraag corrigeert het Capaciteitsorgaan vervolgens in de diverse scenario’s voor demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen.

4.2 Demografie

4.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De hoofdstroom Arbeid en Gezondheid is vooral afhankelijk van de ontwikkelingen binnen de beroepsbevolking van 20 tot 67 jaar. Het CBS heeft zelf over de bevolking van 20 tot 65 jaar de volgende verwachtingen uitgesproken over dit gedeelte van de bevolking¹⁴ in een recent bijgewerkte bevolkingsprognose:

1. Het aantal 20- tot 65-jarigen zal de komende 10 jaar dalen van 10,1 miljoen (2009) naar 10 miljoen (2020). In 2031 zal het aantal 20- tot 65-jarigen verder gedaald zijn tot 9,6 miljoen. De daling is daarmee minder groot dan in 2010 nog werd verwacht; Het grootste gedeelte van de daling vindt plaats ná 2020. De jaarlijkse demografische verandering bedraagt -0,3% per jaar;
2. De leeftijdsgroep 50- tot 65-jarigen neemt de komende 10 jaar toe met 210.000 personen, oftewel +0,2% per jaar. Tot 2030 bedraagt de afname 97.000, oftewel -0,1% per jaar;
3. De leeftijdsgroep 35- tot 45-jarigen daalt de komende 10 jaar met 301.000 personen, oftewel -0,3% per jaar. Tot 2030 bedraagt de afname 152.000, oftewel -0,15% per jaar.

De komende 10 jaar is de verandering in de leeftijdssamenstelling van de beroepsbevolking volgens deze prognoses het grootst. In de periode 2020-2030 wordt de verandering gedeeltelijk teniet gedaan. De demografische verandering van de beroepsbevolking wordt op basis van de laatste CBS-prognose vastgesteld op -0,3% per jaar. De bruto arbeidsparticipatie is tussen 2001 en 2013 gestegen van 66,5% naar 71,8%.¹⁵ Deze toename komt volledig voor rekening van de vrouwen. De toename bedraagt 5,3% in 12 jaar oftewel +0,44% per jaar. Na correctie voor de relatieve afname van de beroepsbevolking met 0,3% per jaar resteert een netto stijging van de beroepsbevolking van **0,14%** per jaar voor de komende 20 jaar. In de eerste 10 jaar zal deze stijging waarschijnlijk wat groter zijn. In de tweede periode van 10 jaar stijgt de beroepsbevolking waarschijnlijk veel minder dan de geschatte 0,14% per jaar, en daalt deze mogelijk zelfs. In een volgende raming zal nadrukkelijker stil worden

¹⁴ van Duin, C.; Stoeldraijer, L.: (CBS, 2012). Bevolkingsprognose 2012-2060: Langer leven, langer werken

¹⁵ Bron: Statline CBS, beroepsbevolking geslacht en leeftijd; geraadpleegd 1 juli 2013

gestaan bij de effecten van de toename van de pensioenleeftijd op de (omvang en ontwikkeling van de) beroepsbevolking.

4.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Voor de diverse functies binnen deze hoofdstroom zijn de demografische veranderingen gerelateerd aan de ontwikkelingen in de omvang van de doelgroep. Hierbij is geen verschil gemaakt tussen de profielopleiding en de opleiding tot arts M&G met het betreffende profiel als achtergrond. Tabel 8 vat de verwachte veranderingen voor alle sociaalgeneeskundige opleidingen samen in de parameter demografie. Deze veranderingen zijn grotendeels getoetst bij de diverse wetenschappelijke verenigingen. Voor de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding is een groot aantal elementen gebruikt uit een recente publicatie van de NPHF¹⁶. De demografische verandering van de zorgvraag naar tuberculosebestrijding is gekoppeld aan de demografische verandering van de zorgvraag naar infectieziektebestrijding.

Tabel 8: Veranderingen in de zorgvraag op basis van de parameter demografie

Specialisme/ Profiel	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
A&G bedrijfsgezondheidszorg	+0,8%	+0,14%
A&G verzekeringsgeneeskunde	+0,8%	+0,14%
M&G zonder profiel	-0,5%	0,0%
Profiel beleid en advies	-0,5%	0,0%
Profiel forensische geneeskunde	0,0%	0,0%
Profiel indicatie en advies	-0,5%	+1,0%
Profiel infectieziektebestrijding	+0,1%	+2,0%
Profiel jeugdgezondheidszorg	-0,5%	-0,2%
Profiel medische milieukunde	0,0%	0,0%
Profiel tuberculosebestrijding	-0,5%	+2,0%

Ten opzichte van 2010 zijn de demografische veranderingen van de doelgroep in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid minder groot. Dat heeft te maken met de langere termijn waarop de veranderingen in dit Capaciteitsplan zijn gebaseerd, namelijk 18 in plaats van 10 jaar. Bij de doelgroep van de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid zijn de demografische veranderingen iets sterker. Voor de diverse aandachtsvelden is een aantal overwegingen gemaakt. De totale bevolkingsomvang stijgt volgens de meest recente prognose licht tot 2031, terwijl eerder een daling verwacht werd. Dat betekent dat de verwachte zorgvraag voor het profiel beleid en advies wordt bijgesteld. Voor de doelgroep van de forensische geneeskunde wordt geen demografisch effect verwacht. De afname van het aantal jeugdigen wordt qua forensische werkzaamheden gecompenseerd door de toename van het aantal ouderen, al is de aard van de werkzaamheden wel verschillend. Voor de arts met het profiel indicatie en advies le

¹⁶ NPHF (2013). Beleidsrijke input voor de capaciteitsraming artsen infectieziektebestrijding en artsen jeugd-gezondheidszorg

vert de toename van het aantal 45-plussers binnen het gemeentelijke domein een toename van de “zorgvraag” van de gemeenten op. Infectieziektebestrijding zal vooral door de toenemende aantallen ouderen (met multimorbiditeit, meer reizen naar verre bestemmingen en behandeling met zogenaamde “biologicals”) te maken krijgen met een toename van de vraag. Voor tuberculosebestrijding geldt overigens hetzelfde, maar dan ten gevolge van een toename van de resistentie van tuberculose tegen geneesmiddelen.. De jeugdgezondheidszorg kent tot 2031 een daling van 135.000 kinderen in de leeftijdsgroep 0-20 jaar, omgerekend een daling van 0,20% per jaar. Daarna stabiliseert het aantal 0-20 jarigen voor een langere periode. In de medische milieukunde geldt, net als bij beleid en advies, dat het gelijkblijvende aantal inwoners ook voor parameter demografie een gelijkblijvende zorgvraag betekent.

4.3 Epidemiologie

4.3.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Binnen deze hoofdstroom is de afgelopen jaren weinig veranderd. Psychische aandoeningen en aandoeningen van het bewegingsstelsel zijn de belangrijkste oorzaken van arbeidsongeschiktheid. Het aandeel van de psychische aandoeningen stijgt, het aandeel van aandoeningen van het bewegingsstelsel daalt. De prevalentie van obesitas onder werknemers neemt toe, met een corresponderende toename van de kans op arbeidsongeschiktheid ten gevolge van diabetes en hypertensie. Op zich leiden deze ontwikkelingen volgens de experts tot een jaarlijkse toename van de zorgvraag met 0,5% tot 1% voor de bedrijfsgeneeskunde en 0,3% tot 0,6% voor de verzekeringsgeneeskunde. Een gedeelte van de benodigde zorg glijdt weg van het UWV naar de gemeenten via decentralisaties in de sociale wetgeving. De zorgvraag blijft echter ook op deze plek bestaan. Daarnaast zal de begeleiding van jonggehandicapten de komende jaren weer een toename van de zorgvraag veroorzaken. De parameter **epidemiologie** wordt voor bedrijfsartsen op **+0,5% tot +1%** per jaar gesteld en voor verzekeringsgeneeskundigen op **+0,3% tot +0,6%** (tabel 9).

4.3.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Voor de epidemiologische veranderingen in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid zijn voor de meeste beroepen deskundigen geraadpleegd. Dat heeft voor een aantal aandachtsvelden geleid tot een genuanceerdere benadering van deze parameter.

Voor het profiel beleid en advies is geen nieuwe informatie die aanpassing van de parameter epidemiologie noodzakelijk maakt. De groeipercentages voor deze parameter blijven gehandhaafd. In de forensische geneeskunde speelt de epidemiologie geen grote rol. In de verrichtingen is een aantal, dat een groter tijdsbeslag van de forensisch arts vraagt (euthanasie-afwikkeling, zelfdodingen) en een aantal dat een kleiner tijdsbeslag van de forensisch arts vraagt (verkeersslachtoffers). Bij indicatie en advies zijn er vanuit epidemiologisch perspectief verhogingen door de afwenteling van werknemers op de gemeentelijke opvangsystemen (zie paragraaf 4.3.1). Deze parameter is daarom verhoogd. Voor infectieziektebestrijding geldt dat de factor epidemiologie iets hoger wordt geschat dan 3 jaar geleden. De toename van de diagnostische mogelijkheden, de complexiteit van de behandeling en de toenemende resistentie van een aantal infectieziekten¹⁷ maken dat de zorgvraag naar artsen infectieziektebestrijding blijft toenemen.

¹⁷ LOI (2013): GGD als bruggebouwer bij de aanpak van bijzonder immune micro-organismen in de openbare gezondheids-

Binnen het profiel jeugdgezondheidszorg wordt de parameter epidemiologie iets hoger geschat dan in 2010 ten gevolge van de hogere prevalentie van medische problematiek als gevolg van vroeggeboorte. De prevalentie van overgewicht blijft gelijk, maar de prevalentie van diabetes zal de komende jaren nog blijven toenemen. Voor medische milieukunde zijn geen nieuwe gegevens naar voren gekomen die een aanpassing van de parameter epidemiologie noodzakelijk maken. Tabel 9 zet alle gegevens voor de parameter epidemiologie voor beide hoofdstromen nog eens op een rijtje.

Tabel 9: Veranderingen in de zorgvraag per jaar op basis van de parameter epidemiologie

Specialisme/Profiel	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
A&G bedrijfsgezondheidszorg	+0,3% tot 0,6%	+0,5% tot +1%
A&G verzekeringsgeneeskunde	+0,3%	+0,3% tot +0,6%
M&G zonder profiel	+1,1% tot +2,2%	+1,1% tot +2,2%
Profiel beleid en advies	+1,1% tot +2,2%	+1,1% tot +2,2%
Profiel forensische geneeskunde	+0,5% tot +1%	+0,5% tot +1%
Profiel indicatie en advies	+1,1% tot +2,2%	+2% tot +4%
Profiel infectieziektebestrijding	+0,5% tot +1%	+1% tot +2%
Profiel jeugdgezondheidszorg	+0,4% tot +0,8%	+1% tot +2%
Profiel medische milieukunde	+2% tot +4%	+2% tot +4%
Profiel tuberculosebestrijding	+1,1% tot +2,2%	+1% tot +2%

4.4 Sociaal-culturele ontwikkeling

4.4.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De parameter sociaal-culturele ontwikkeling omvat maatschappelijke ontwikkelingen in brede zin, dus ook alle beleidsmatige ontwikkelingen. Vooral de beleidsmatige ontwikkelingen spelen in de sociale geneeskunde een belangrijke rol. Eerder werd al de rol van de revisie van de Arbowet genoemd in relatie tot de stagnerende instroom in de opleiding tot bedrijfsarts. Op de veranderingen in beleid wordt in de volgende paragraaf teruggekomen. In deze paragraaf wordt ingegaan op vergrijzing en de hieruit resulterende complexere (medische) problematiek. Ook aan de orde komt de toegenomen juridisering van de relatie tussen werkgever en werknemer. Daarbovenop neemt weliswaar de mondigheid van de cliënt toe, maar de taalvaardigheid af. De inschatting is dat deze twee elkaar opheffen qua effecten op de zorgvraag.

De invloed van beleid op de zorgvraag naar sociaal geneeskundigen is, zoals gezegd, zeer groot. De voorgenomen decentralisatie van Wwb, WSW en Wajong naar de gemeenten heeft mogelijk op termijn invloed op de zorgvraag naar de verzekeringsgeneeskundige. Vooralsnog wordt ervan uitgegaan dat de werkzaamheden voor de verzekeringsgeneeskundige door deze decentralisatie niet beïnvloed worden. Mogelijk komt er een nieuwe opdrachtgever voor de verzekeringsgeneeskundigen bij. Voor de verzekeringsgeneeskundigen is de jaarlijkse verandering in de parameter **sociaal-cultureel** in deze raming daarom op 0% gesteld.

De invloed van beleid op de zorgvraag naar bedrijfsartsen is momenteel zeer groot. De beleidswijziging van het ministerie van SZW in 2005 en de hieruit resulterende wijziging van de Arbowet per 2006 hebben er al toe geleid dat de zorgvraag naar bedrijfsartsen substantieel is verminderd. De Arbodiensten hebben de formatie aan bedrijfsartsen vervolgens bijgesteld. Veel bedrijfsartsen zijn de afgelopen jaren als zzp'er gaan werken. In 3 jaar tijd is het percentage zzp'ers onder bedrijfsartsen toegenomen van 23% naar 33%. De instroom in de erkende medische vervolgopleiding tot bedrijfsarts is bijna stilgevallen. Het Capaciteitsorgaan heeft dit in 2010 gesignaleerd en gemeld bij de betrokken veldpartijen (arbodiensten en beroepsgroep) en de ministeries van VWS en SZW.

De melding heeft niet tot concrete resultaten bij de Arbodiensten of ministeries geleid. De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) heeft een project gestart om de instroom in de opleiding te bevorderen. Sinds 2010 is daarnaast een aantal onderzoeken^{18,19,20} verricht naar het functioneren van de bedrijfsgezondheidszorg in het algemeen en de bedrijfsgeneeskunde in het bijzonder. Het ministerie van SZW is bezig met een evaluatie van de gewijzigde Arbowet in de opmaat naar een nieuw arbobeleid (Arbo2020). De evaluatiestudies¹⁹ tot nu toe laten zien dat de beleidswijzigingen in de Arbowet in 2006 hebben geleid tot een toename van de zelfregulering door bedrijfstakingen, bijvoorbeeld middels zogenaamde Arbocatalogi. Het ministerie wil deze beleidslijn dan ook borgen. Een wettelijk afgedwongen begeleiding door een bedrijfsarts past daarin niet, behalve de begeleiding in het kader van de Wet verbetering poortwachter.

Tegelijkertijd worden in een aantal studies vraagtekens gezet bij de onafhankelijke rol van de bedrijfsarts. Ook bestaan er nog steeds knelpunten in de arbocuratieve samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts. Deze knelpunten worden ook genoemd in een recent advies van de Sociaal Economische Raad (SER)¹⁹. Het ministerie van SZW beraadt zich daarom momenteel op de toekomstige functie van de bedrijfsarts binnen het Arbostelsel buiten de Wet poortwachter. Een aantal mogelijke scenario's zijn daartoe intussen door het ministerie ontworpen en getoetst²⁰. Hierover is inmiddels een vervolgadvisie aan de SER gevraagd²¹. Dit advies zal in de loop van 2014 uitgebracht worden. Dan is ook bekend welke beleidskeuzes het ministerie van SZW gaat maken. Om die reden ziet het Capaciteitsorgaan op dit moment af van het geven van een instroomadvies voor de medische vervolgopleiding bedrijfsgezondheidszorg. Alleen de standaard scenario's voor de bedrijfsgeneeskunde worden getoond in hoofdstuk 7, waarbij de cruciale parameters sociaal-cultureel en horizontale substitutie op 0% worden gesteld. Het Capaciteitsorgaan zal pas een raming voor de bedrijfsartsen gaan opstellen nadat het ministerie van SZW haar beleid betreffende de bedrijfsgeneeskunde heeft vastgesteld.

4.4.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Voor deze hoofdstroom is aan de experts gevraagd om een inschatting van de verwachte parameters te maken. Voor een belangrijk deel kon daarbij gebruik worden gemaakt van de resultaten uit het project¹⁶ dat de Nederlandse Public Health Federatie (NPHF) samen met GGD Nederland heeft uit-

¹⁸ Astri (2011). Onderzoek naar de positie van de bedrijfsarts

¹⁹ SER (2012). Stelsel voor gezond en veilig werken

²⁰ KPMG Plexus (2013). Scenariostudie arbeidsgerelateerde zorg

²¹ VWS (2013). Adviesaanvraag SER 10 juli 2013

gevoerd. Dit project diende als input voor de raming van de artsen infectieziektebestrijding en jeugd-gezondheidszorg. In tabel 10 worden de veranderingen samengevat, inclusief de verwachte veranderingen in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid.

Tabel 10: Veranderingen in de zorgvraag per jaar op basis van de parameter sociaal-cultureel

Specialisme/Profiel	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
A&G bedrijfsgezondheidszorg	0%	0%*
A&G verzekeringsgeneeskunde	0%	0%
M&G zonder profiel	0%	+2% tot +4%
Profiel beleid en advies	0%	+2% tot +4%
Profiel forensische geneeskunde	+0,5% tot +1%	+1% tot +2%
Profiel indicatie en advies	0%	+0,5% tot +1%
Profiel infectieziektebestrijding	+1% tot +2%	+1% tot +2%
Profiel jeugdgezondheidszorg	+0,50% tot +1,00%	+1,00% tot +2,00%
Profiel medische milieukunde	+6,00% tot +12,00%	+6,00% tot +12,00%
Profiel tuberculosebestrijding	0,00%	+1,00% tot +2,00%

*: geen reëel percentage; dit percentage is sterk afhankelijk van het toekomstig beleid van het ministerie van SZW. Door het percentage op 0% te stellen kan wel een indicatie worden gegeven van de benodigde instroom in dit medisch specialisme.

De verwachtingen van de experts voor de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid verschillen sterk van die van de experts voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid. Over de gehele linie is er sprake van een toename van de verwachte zorgvraag, deels door beleid, deels door andere min of meer “harde” factoren.

Binnen het aandachtsveld beleid en advies is in 2012 bij het ministerie van Defensie het beleid geïntroduceerd dat een aantal artsen minimaal de profielopleiding tot arts beleid en advies KNMG gevolgd moet hebben. Dat leidt tot een grotere behoefte aan artsen beleid en advies. Tegelijkertijd starten zorgverzekeraars ook weer met de (uitgestelde) scholing van hun artsen. Zorgverzekeraars realiseren zich dat het maken van afspraken met zorgaanbieders over kwaliteit van dienstverlening niet alleen over de randvoorwaarden, maar ook over de inhoud van de zorgverlening moet gaan.

De staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap heeft de Gezondheidsraad onderzoek laten doen naar de positie die de forensische geneeskunde inneemt in Nederland, vooral op het terrein van de kennisinfrastructuur. De Gezondheidsraad concludeert dat de forensische geneeskunde qua onderwijs-traditie en onderzoekstraditie achterloopt op de ons omringende landen. De Gezondheidsraad geeft een aantal adviezen aan de staatssecretaris om dit te verbeteren. Al deze suggesties hebben als noodzakelijke randvoorwaarde dat er ook wordt geïnvesteerd in personeel in de forensische geneeskunde. Los van de uitvoerende kant zal dus ook in de niet-patiëntgebonden tijd (onderwijs/ onderzoek) zeer waarschijnlijk uitbreiding nodig zijn in de komende 18 jaar. De factor sociaal- cultureel wordt daarom verhoogd.

Binnen het aandachtsveld indicatie en advies zal vooral in de grote steden de komende jaren meer gebruik worden gemaakt van bezwaar- en beroepsprocedures door daar woonachtige vragers van complexe zorg. Ook de toetsing van de wilsbekwaamheid van cliënten zien de experts als een beleidswijziging die de zorgvraag verhoogt.

Voor de infectieziektebestrijding is er voor de parameter sociaal-cultureel niet zoveel gewijzigd sinds het advies uit 2010. Binnen de jeugdgezondheidszorg wordt wel gedacht aan een toename van de zorgvraag ten gevolge van sociaal-culturele factoren. De gezondheidsverschillen bij kinderen door sociaal-economische redenen nemen nog steeds toe. Dit leidt tot een grotere bemoeienis van de jeugdarts met onder andere de adolescent, hetgeen zich volgens experts vertaalt in een verdubbeling van deze parameter ten opzichte van 2010.

In 2010 werd voor de medische milieukunde een scenario geschetst waarin de medisch milieukundige als Geneeskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS) een belangrijke rol in de veiligheidsregio zou gaan spelen. Inmiddels kan worden geconstateerd dat dit scenario inderdaad in steeds meer regio's werkelijkheid is geworden. Aan de parameter sociaal-cultureel wordt niets gewijzigd. Voor tuberculosebestrijding wordt bij deze parameter in dit advies dezelfde waarde gehanteerd als voor infectieziektebestrijding.

4.5 Onvervulde zorgvraag

In dit hoofdstuk worden de verwachtingen voor de veranderingen van de zorgvraag beschreven voor de parameters: demografie, epidemiologie en sociaal-cultureel. Voordat deze veranderingen kunnen worden geprojecteerd op de zorgvraag, moet eerst worden vastgesteld wat de daadwerkelijke omvang van de huidige zorgvraag is. Het huidige zorgaanbod (gemeten in fte's) kan immers groter, kleiner of gelijk zijn aan de huidige zorgvraag. De indicatoren voor een eventuele onvervulde vraag (wachttijsten, moeilijk vervulbare vacatures, onvrijwillige werkloosheid, kengetallen, overproductie etc.) geven een indruk van een eventuele onvervulde vraag. Het huidige aanbod in de raming is eerst gecorrigeerd met de onvervulde vraag. Daarna projecteert het Capaciteitsorgaan de drie parameters op de toekomstige zorgvraag.

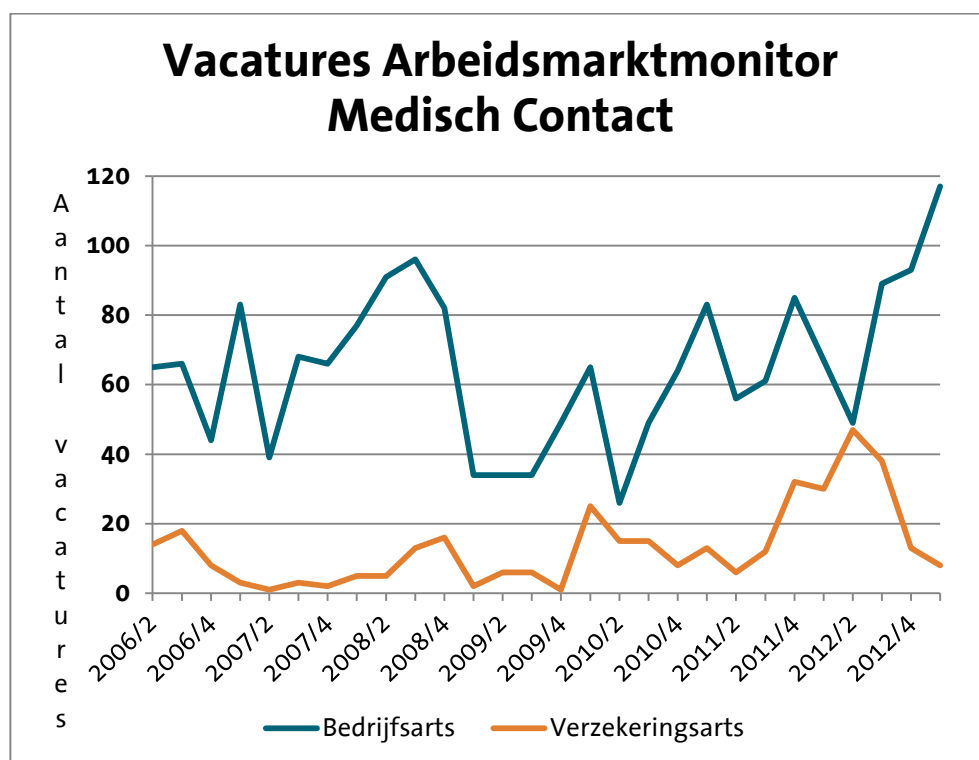
4.5.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Het UWV is nog steeds de grootste werkgever van verzekeringsgeneeskundigen in Nederland. Op 1 juli 2013 werden volgens de website van het UWV voor 23 locaties verzekeringsgeneeskundigen gezocht. Het betrof niet voor alle locaties fulltime vacatures. Daartegenover staat dat er ook bij andere werkgevers vacatures zullen zijn. In de Arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact staan de bekende vacatures voor verzekeringsgeneeskundigen vermeld (figuur 1). Volgens deze monitor bedraagt het aantal vacatures ongeveer 20, oftewel circa 2% van de beroepsbevolking. Daarmee lijkt deze beroepsgroep momenteel geen onvervulde vraag te kennen. Een vacaturegraad van 2% past immers bij een normaal verloop van personeel. De piek in vacatures die zich in 2012 voordeed, is inmiddels grotendeels weggeëbd.

In figuur 1 wordt ook het aantal bekende vacatures voor bedrijfsartsen beschreven. De beroepsgroep is ongeveer twee keer zo groot als de beroepsgroep verzekeringsgeneeskundigen. Het aantal vacatu-

res vertoont een veel grilliger verloop. Na een duidelijke daling van het aantal vacatures in 2009 lijkt het aantal vacatures voor bedrijfsartsen inmiddels weer in de lift te zitten. Dit kan echter niet worden uitgelegd als een onervulde vraag. Voor een gedeelte worden deze vacatures gecreëerd door de hevige concurrentie tussen Arbodiensten, waarbij werkgevers met enige regelmaat van Arbodienst wisselen. Daardoor en daarbij wordt door Arbodiensten gezocht naar een passend aanbod van bedrijfsartsen. Het verloop onder bedrijfsartsen is hoog²². De verwachting uit het Capaciteitsplan 2010 dat het aantal vacatures voor bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen zou gaan toenemen, is inderdaad bewaarheid. Gemiddeld genomen is voor beide beroepen het aantal vacatures de laatste drie jaar iets toegenomen. Ten opzichte van het aantal geregistreerde specialisten is er echter geen sprake van een hoog percentage vacatures, ook niet voor de bedrijfsartsen. De Arbeidsmarktmonitor lijkt voor deze beroepen maar een beperkte toegevoegde waarde te hebben.

Figuur 1: Vacatures Arbeidsmarktmonitor voor bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen t.m. 1e kwartaal 2013



Bron: Medisch Contact

De parameter onervulde vraag wordt voor beide specialismen op 0% geschat.

4.5.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Binnen deze hoofdstroom wordt nu een verschil gemaakt tussen de profielarts en de arts M&G die vanuit een profiel de tweede fase van de opleiding heeft voltooid. De veranderingen in de opleiding

²² Hingstman, I.; Schepman, S. (NIVEL, 2009): Mobiliteit van bedrijfsartsen

binnen deze hoofdstroom in de afgelopen 10 jaar maken dat het beeld van de onvervulde vraag deels wordt beïnvloed door nog lopende aanpassingen van de arbeidsmarkt aan deze nieuwe situatie. Daarnaast zijn er voor de jeugdarts, de arts infectieziektebestrijding en de forensisch arts een aantal actualiseringen van bestaande gegevens.

Voor het aandachtsveld jeugdgezondheidszorg werd in 2010 nog uitgegaan van een “overcapaciteit” van 15% aan arts M&G en een “ondercapaciteit” van 177% aan profielartsen. Daarbij werd voor de casemix van basisarts, profielarts, arts M&G een verhouding gehanteerd van respectievelijk 17%, 63% en 21%. Uit analyses van beschikbaar onderzoek²³ blijkt dat zowel het aantal basisartsen als het aantal artsen M&G aan het afnemen is ten gunste van het aantal profielartsen. In totaliteit werkten in 2012 binnen het aandachtsveld jeugdgezondheidszorg 1.727 artsen, terwijl er inmiddels 547 (31%) geregistreerd zijn als jeugdarts KNMG en 354 als arts M&G met het aandachtsveld jeugdgezondheidszorg. De meest recente deelenquête naar de ideale casemix voor basisarts, profielarts, arts M&G laat ook een verschuiving in de voorkeur zien en spreekt van een verhouding van respectievelijk: 13%, 72% en 15%. Dit betekent dat de onvervulde vraag voor de jeugdarts KNMG verandert van 177% in 132% en voor de arts M&G met aandachtsveld jeugd in -24%. Het streefgetal voor de jeugdarts KNMG is immers 1.243 (72% van 1.727), waarvan er nog ontbreken: 703 (130% van het aanwezige werkzame aanbod van 540). Voor de arts M&G is het streefgetal 259 (15% van 1.727), terwijl er 340 werkzaam zijn. Een overschot van 81, oftewel 24%. Het geaggregeerde tekort aan geschoolde artsen in de sector jeugdgezondheidszorg is in overeenstemming met een analyse die GGD Nederland onder haar leden heeft laten uitvoeren²⁴.

Voor het aandachtsveld infectieziektebestrijding zijn nieuwe kengetallen in ontwikkeling. Op basis van de huidige beschikbare gegevens kan de momenteel benodigde formatie aan artsen infectieziekten worden gesteld op 63 tot 82 fte's²⁵. Deze formatie bestaat uit artsen M&G, die eerder de profielopleiding infectieziektebestrijding hebben gevolgd. Ten opzichte van de huidige formatie aan artsen M&G met deze achtergrond (minimaal 56 fte's, maximaal 68 fte's op basis van gegevens uit subsidieaanvragen) is dat een onvervulde vraag van minimaal 13%. Voor de profielarts arts infectieziektebestrijding KNMG zijn geen nieuwe gegevens beschikbaar gesteld. Het (negatieve) percentage uit 2010 is hiervoor gehandhaafd.

Er is vooral een sterke vraag naar artsen die een profielregistratie als forensisch arts KNMG hebben. In de vorige raming (2010) werd op basis van de beschikbare gegevens de onvervulde vraag op 100% gesteld. Op dat moment was de (administratieve) instroom in het profielregister in het kader van de overgangsregeling nog in volle gang. Inmiddels is de instroom in dit register volledig afgerond, waardoor een betrouwbaarder beeld ontstaat van het beschikbare aanbod in relatie tot de vraag. De onvervulde vraag naar profielartsen is bijgesteld naar 50%.

Voor de overige profielen en het specialisme M&G zijn geen nieuwe inzichten verschenen waardoor de onvervulde vraag verandert. Tabel 11 vat de onvervulde zorgvraag samen.

²³ CAP/SG 12-209 (2012): Verhouding JGZ: basisarts-profielarts-arts M&G

²⁴ KIWA (2012): Arbeidsmarktbeleid GGD

²⁵ Informatie GGD Nederland: project herziening VISI normering, nog niet landelijk doorgerekend

Tabel 11: Onvervulde zorgvraag per functie in 2013

Specialisme/Profiel	Capaciteitsplan 2010	Capaciteitsplan 2013
A&G bedrijfsgezondheidszorg	0%	0%
A&G verzekeringsgeneeskunde	3%	0%
M&G zonder profiel	4%	4%
M&G profiel beleid en advies	4%	4%
M&G profiel forensische geneeskunde	0%	0%
M&G profiel indicatie en advies	4%	4%
M&G profiel infectieziektebestrijding	32,9%	12,5%
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	-15,0%	-23,8%
M&G profiel medische milieukunde	11,8%	11,8%
M&G profiel tuberculosebestrijding	4%	4%
Profiel beleid en advies	4%	4%
Profiel forensische geneeskunde	100%	50%
Profiel indicatie en advies	4%	4%
Profiel infectieziektebestrijding	-4,3%	-4,3%
Profiel jeugdgezondheidszorg	177,6%	130,2%
Profiel medische milieukunde	0%	0%
Profiel tuberculosebestrijding	4%	4%

4.6 Conclusie zorgvraag

Tabel 12 toont alle parameters die gehanteerd worden bij de raming van de zorgvraag in 2031. Daarbij is de meeste aandacht geschonken aan het zo nauwkeurig mogelijk benaderen van de parameters bij die beroepsgroepen die ook de grootste (potentiële) aantallen vertegenwoordigen.

Tabel 12: Parameterwaarden ontwikkeling zorgvraag sociale geneeskunde per jaar (uitgezonderd onvervulde vraag)

Specialisme/ profiel	Demografie	Epidemiologie	Sociaal-cultureel	Onvervulde Vraag
TandartseA&G bedrijfsgezondheidszorg	+0,14%	+0,5% tot +1%	0,00%*	0%
A&G verzekeringsgeneeskunde	+0,14%	+0,3% tot +0,6%	0,00%	0%
M&G zonder profiel	0%	+1,1% tot +2,2%	+2% tot +4%	4%
M&G profiel beleid en advies	0%	+1,1% tot +2,2%	+2% tot +4%	4%
M&G profiel forensische geneeskunde	0%	+0,5% tot +1%	+1% tot +2%	0%
M&G profiel indicatie en advies	+1%	+2% tot +4%	+0,5% tot +1%	4%
M&G profiel infectieziektebestrijding	+2%	+1% tot +2%	+1% tot +2%	12,5%
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	-0,2%	+1% tot +2%	+1% tot +2%	-23,8%
M&G profiel medische milieukunde	0%	+2% tot +4%	+6% tot +12%	11,8%
M&G profiel tuberculosebestrijding	2%	+1% tot +2%	+1% tot +2%	4%
Profiel beleid en advies	0%	+1,1% tot +2,2%	+2% tot +4%	4%
Profiel forensische geneeskunde	0%	+0,5% tot +1%	+1% tot +2%	50%
Profiel indicatie en advies	+1%	+2% tot +4%	+0,5% tot +1%	4%
Profiel infectieziektebestrijding	+2%	+1% tot +2%	+1% tot +2%	-4,3%
Profiel jeugdgezondheidszorg	-0,2%	+1% tot +2%	+1% tot +2%	130,2%
Profiel medische milieukunde	0%	+2% tot +4%	+6% tot +12%	0%
Profiel tuberculosebestrijding	2%	+1% tot +2%	+1% tot +2%	4%

*: voor deze raming is deze parameter op 0% gesteld.

5. Zorgaanbod

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de beschikbare gegevens over de huidige beroepsgroepen in de sociale geneeskunde. Op basis hiervan kan, in combinatie met de verwachte vertrekkansen van de betrokkenen, een beeld worden verkregen van de resterende capaciteit van de huidige werkzame specialisten over 12 en 18 jaar. In combinatie met soortgelijke gegevens over de aios kan dan worden bepaald hoeveel specialisten de komende jaren moeten worden opgeleid om een evenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod te bereiken.

De gegevens over de bedrijfsartsen en de verzekeringsgeneeskundigen zijn over een lange reeks van jaren beschikbaar. Bij de artsen M&G zijn vooral de gegevens over de verwachte vertrekkansen minder hard, omdat dit specialisme nog niet zo erg lang bestaat. De profielopleidingen in de sociale geneeskunde zijn pas door het College Geneeskundige Specialismen (CGS) c.q. de minister ingesteld per 2008. Dat betekent dat de eerste herregistraties in de profielen pas afgelopen jaar zijn opgestart door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). De vertrekkansen zijn in de profielen dan ook minder hard, waardoor de verwachting rond het resterend zorgaanbod ook minder hard zijn.

5.2 Omvang beroepsgroep

5.2.1 Aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen

Tabel 13 toont de aantallen geregistreerde sociaal geneeskundigen en de totalen voor de profielopleidingen sinds 2005.

Tabel 13: Aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen en profielartsen per 1 januari*

Opleiding	Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
A&G bedrijfsgezondheidszorg		1.906	2.020	2.084	2.131	2.165	2.154	2.094	2.038	1.994
A&G verzekeringsgeneeskunde		972	1.020	1.060	1.081	1.071	1.065	1.028	1.010	1.006
M&G			996	921	894	862	838	797	759	738
Profielartsen					576	607	1.333	1.361	1.397	1.403
Totaal excl. profielartsen		-	4.036	4.065	4.106	4.098	4.057	3.919	3.807	3.738

* : Feitelijk 31 december 24.00 uur.

De tabel verschilt van tabel 10 uit het deelrapport sociale geneeskunde 2010 in twee opzichten. Ten eerste is de informatie over het aantal registraties als arts M&G nu ook opgeschoond voor de sportartsen. Deze hebben wel een beschermde opleidingstitel, maar de titel sportarts is nog niet wettelijk beschermd. Toch zijn deze artsen door de RGS oorspronkelijk opgenomen in de registratie van de artsen M&G. Het gaat om een langzaam groeiende groep van momenteel 124 geregistreerde sportartsen. Ten tweede is het aantal geregistreerde profielartsen nu beter getoetst. Daarbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat dubbeltellingen in deze groep vanaf 2010 veelvuldig voorkomen. Het betreft dan profielartsen met meerdere geregistreerde profielen, bij-

voorbeeld profielartsen met zowel een profiel als arts infectieziektebestrijding KNMG als forensisch arts KNMG.

Tabel 13 laat zien dat de twee specialismen in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid tot 2009 nog gegroeid zijn, maar daarna beginnen te dalen. Dat beeld correspondeert met de sinds 2005 stagnerende instroom in de opleiding uit hoofdstuk 3. Er is immers nauwelijks instroom uit andere landen mogelijk vanwege het ontbreken van deze specialismen in de meeste andere landen. De daling van het aantal geregistreerde artsen ten opzichte van 1 januari 2008 (de laatste 5 jaar) bedraagt voor de bedrijfsartsen 6,4% en voor de verzekeringsgeneeskundigen 6,9%.

Bij de artsen M&G is deze daling ook al jaren geleden ingezet door het jarenlang ontbreken van een perspectief en een visie op de opleiding. Voor deze beroepsgroep geldt dat de daling in de laatste 5 jaar 18,7% bedraagt. Deze daling is in lijn met de daling die in het deelrapport uit 2010 werd gesignaleerd. De instroom in de opleiding M&G komt nu langzaam op gang. Het is echter maar zeer de vraag of de omvang van de daling in het aantal geregistreerde artsen M&G minder gaat worden, gezien de leeftijdsverdeling in deze groep specialisten (zie paragraaf 5.2.4).

5.2.2 Profielopleidingen

De RGS houdt in een privaat profielregister ook bij voor welke profielen basisartsen zich hebben laten registreren na het voldoen aan de daarvoor gestelde voorwaarden. Het betreft ook artsen M&G met een profielregistratie. Tabel 14 laat de aantallen van deze registraties zien. Sportgeneeskunde is ter completering van de registraties ook toegevoegd.

Tabel 14: aantal registraties in profielregisters per 1 januari

Profielregister	Jaar	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Profiel beleid en advies					43	43	178	179	175	164
Profiel forensische geneeskunde					92	93	190	186	185	148
Profiel indicatie en advies					48	48	64	64	63	63
Profiel infectieziektebestrijding					10	13	76	81	90	96
Profiel jeugdgezondheidszorg					382	409	795	819	851	893
Profiel medische milieukunde					0	0	11	12	13	13
Profiel tuberculosebestrijding					1	1	19	20	20	24
Sportgeneeskunde			89	92	96	100	106	116	121	124
Totaal excl. sportgeneeskunde		-	-	-	576	607	1.333	1.361	1.397	1.401

Bron: RGS

De profielopleidingen zijn in 2006 erkend. In 2007 startten de eerste profielopleidingen. Tot en met 2009 konden artsen, die geen registratie als arts M&G (meer) hadden maar wel werkzaam waren in deze hoofdstroom, gebruik maken van de overgangsregelingen. Vooral in 2007 en in 2009 is hier massaal gebruik van gemaakt. Bedacht moet worden dat een arts maximaal drie profielregistraties kan hebben. Feiten die in deze tabel opvallen betreffen vooral de “grotere” profielen. Zo valt op dat in 2013 het profiel forensische geneeskunde plotseling met 37 registraties daalt. De plotselinge daling

doet vermoeden dat dit om een effect van de eerste herregistratie gaat. Ook opvallend is dat de profielregistratie van de jeugdgezondheidszorg sinds 2010 continu toeneemt. De sector is erin geslaagd om de uitstroom van jeugdartsen KNMG te compenseren door een hoge instroom in deze profielopleiding. Deze profielaantekening is vaak ook de enige aantekening van deze basisartsen. Zij werken meestal volledig in dit profiel. Ook het profiel infectieziektebestrijding kent sinds 2010 een gestage groei, net als tuberculosebestrijding en, in mindere mate, medische milieukunde. Geconstateerd kan worden dat het overheidsbeleid om deze profielopleidingen te subsidiëren succesvol is. De volgende niet gesubsidieerde profielopleidingen zijn sinds 2010 niet gegroeid: beleid en advies, forensische geneeskunde, en indicatie en advies

5.2.3 Aantal werkzame geregistreerde sociaal geneeskundigen

Niet alle geregistreerde sociaal geneeskundigen zijn in Nederland werkzaam in het geregistreerde profiel. Zij kunnen ook in het buitenland werken. Ook kunnen zij een dubbele of driedubbele erkenning hebben of binnen kantooruren op het gebied van een ander profiel werken dan daarbuiten (vooral forensische geneeskunde), of tussentijds gestopt zijn met de uitoefening van het specialisme zonder zich af te melden bij de RGS. Voor de berekening van het percentage werkzame geregistreerde sociaal geneeskundigen is in de noemer uitgegaan van: geregistreerde sociaal geneeskundigen die in Nederland wonen en jonger zijn dan 65 jaar. Voor de teller is zoveel mogelijk uitgegaan van uit onderzoek bekende percentages werkzame sociaal geneeskundigen en profielartsen.

Tabel 15: Aantal en percentage werkzame sociaal geneeskundigen en profielartsen 1 januari 2013

Specialisme/profiel	Aantal geregistreerd	Aantal werkzaam	Percentage werkzaam
A&G bedrijfsgezondheidszorg	1.994	1.941	97,3%
A&G verzekeringsgeneeskunde	1.006	980	97,4%
M&G zonder profiel	170	158	92,9%
M&G profiel beleid en advies	137	135	98,5%
M&G profiel forensische geneeskunde	84	84	100%
M&G profiel indicatie en advies	21	20	95,2%
M&G profiel infectieziektebestrijding	67	67	100%
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	354	340	96%
M&G profiel medische milieukunde	11	11	100%
M&G profiel tuberculosebestrijding	20	20	100%
Profiel beleid en advies	27	27	100%
Profiel forensische geneeskunde	63	59	93,7%
Profiel indicatie en advies	41	39	95,1%
Profiel infectieziektebestrijding	27	27	100%
Profiel jeugdgezondheidszorg	547	540	98,7%
Profiel medische milieukunde	2	2	100%
Profiel tuberculosebestrijding	5	5	100%

Bron: RGS; bewerking NIVEL

Het aantal werkzame bedrijfsartsen is ten opzichte van 1 januari 2010 met 27 personen gedaald, het aantal werkzame verzekeringsgeneeskundigen is juist met 47 toegenomen. Bij de artsen M&G is eveneens een daling te zien ten opzichte van 1 januari 2010. Alleen bij de “gesubsidieerde” profielartsen is sprake van een toename van het aantal werkzame artsen. Dit weerspiegelt het streven van de beroepsgroep en werkgevers uit 2007 om de zorg door optimaal opgeleide artsen te laten uitvoeren.

Het percentage werkzame bedrijfsartsen is ten opzichte van 2010 (91%) behoorlijk toegenomen. Bij de verzekeringsgeneeskundigen is het percentage van 88% gestegen naar 97%. Bij de artsen M&G in totaliteit (exclusief sportgeneeskunde) bedroeg het percentage werkzaam 96,6%. Voor (profiel)opleidingen is aan de hand van de gegevens een gemiddeld percentage van 98,2% berekend.

Voor de verdeling van de werkzame artsen M&G over de relevante profielen is gebruik gemaakt van een aantal relevante gegevens die zijn gekoppeld aan de profielregistraties. Op 1 januari 2013 waren er 699 werkzame profielartsen, 158 werkzame artsen M&G zonder verdere profielaanduiding, 118 werkzame sportartsen en 677 werkzame artsen M&G met een of meerdere profielaanduidingen.

5.2.4 Het dilemma van meerdere registraties

De sociale geneeskunde biedt als enige richting de mogelijkheid om in meerdere registers ingeschreven te staan en te blijven staan. Tot 2006 bestond deze mogelijkheid alleen voor de hoofdstroom A&G. Het aantal werkzame artsen met een registratie als bedrijfsarts en als verzekeringsgeneeskundige daalt overigens snel: van 125 in 2005 naar 75 in 2013. Bij de hoofdstroom M&G is een aantal mogelijkheden gecreëerd door het besluit CGS. In de eerste plaats kan een basisarts zich (na het voldoen aan de criteria) in maximaal drie profielen laten registreren. In de tweede plaats mag een arts M&G naast de inschrijving in het specialistenregister ook één of meerdere profielregistraties voeren. Hier wordt op redelijk grote schaal gebruik van gemaakt. Tabel 16 geeft een overzicht van het aantal registraties voor de artsen M&G en basisartsen met een profielaantekening. Bij de artsen M&G is voor de profielduiding uitgegaan van het “oudste” profiel.

Tabel 16: Aantal artsen M&G en basisartsen met 1 of meerdere profielregistraties op 1 januari 2013

Specialisme/profiel	Aantal profielen	0	1	2	3	Totaal
M&G zonder profiel		46				46
M&G profiel beleid en advies			78	52	8	138
M&G profiel forensische geneeskunde			20	61	7	88
M&G profiel indicatie en advies			4	16	2	22
M&G profiel infectieziektebestrijding			30	33	5	68
M&G profiel jeugdgezondheidszorg			317	36	2	354
M&G profiel medische milieukunde			10	1	0	11
M&G profiel tuberculosebestrijding			16	3	0	19
Profiel beleid en advies			26	0	0	26
Profiel forensische geneeskunde			54	4	0	58
Profiel indicatie en advies			40	1	0	41
Profiel infectieziektebestrijding			27	1	0	28
Profiel jeugdgezondheidszorg			530	2	0	532
Profiel medische milieukunde			2	0	0	2
Profiel tuberculosebestrijding			4	0	0	4

Bron: RGS; bewerking NIVEL

Tabel 16 laat zien dat bij de profielartsen dubbele en driedubbele registraties maar zelden voorkomen. Uit de beschikbare data blijkt dat de 687 profielartsen samen goed zijn voor 691 registraties. Slechts 4 personen hebben een dubbele registratie. Het percentage profielartsen met één registratie bedraagt 99,5%. De artsen M&G tellen met 584 personen 701 registraties. Er zijn 475 personen (81,3%) met 1 registratie, 101 personen (17,3%) met 2 registraties, en 8 personen (1,4%) met het maximum van 3 registraties.

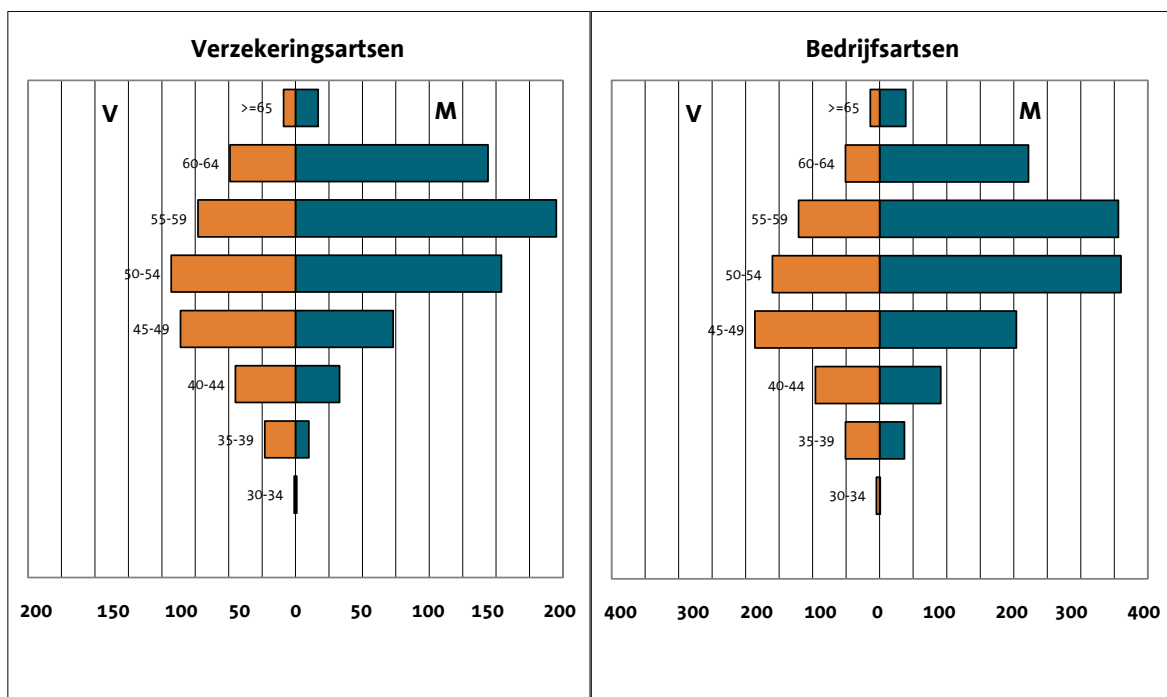
Het de vraag wat het Capaciteitsorgaan bij de ramingen moet hanteren voor de instroom in de diverse vervolgoopleidingen: het aantal artsen of het aantal registraties. Het gegeven dat dubbele en driedubbele registraties voorkomen, betekent dat artsen daadwerkelijk in meerdere profielen werkzaamheden verrichten. Het profiel forensische geneeskunde wordt het vaakst als tweede profiel genoemd. Het is begrijpelijk dat onder de huidige omstandigheden dit profiel vaak als tweede profiel wordt genoemd. De werkzaamheden kunnen buiten kantooruren worden uitgevoerd, waardoor er geen enkele interferentie met de werkzaamheden overdag bestaat.

Het Capaciteitsorgaan baseert zich bij de ramingen op de geregistreerde aantallen profielen, omdat die het beste weerspiegelen wat de capaciteitsbehoefte van een bepaalde functie is. Daarbij kan het dus gaan om dubbeltellingen in het aantal personen. Een persoon kan op enig moment in twee of zelfs drie profielopleidingen ingestroomd zijn. Dat heeft in de ramingen van het Capaciteitsorgaan dus wel consequenties voor het aantal studenten geneeskunde dat jaarlijks dient in te stromen in de opleiding tot basisarts.

5.2.5 Geslacht en leeftijdsverdeling specialisten

In deelrapport 4 uit 2010 werd al duidelijk dat de afgenomen instroom in de drie erkende medische vervolgoopleidingen in de sociale geneeskunde (bedrijfsarts, verzekeringsgeneeskundige, en arts M&G) leidt tot een vergrijzing van de beroepsgroepen. Tabel 6 liet bovendien zien dat de gemiddelde instroomleeftijd van aios rond de 39 jaar is. De figuren 2 en 3 tonen de leeftijds- en geslachtsopbouw van de geregistreerde artsen in de hoofdstroom A&G per 1 januari 2013.

Figuur 2: Hoofdstroom A&G 1 januari 2013; leeftijd en geslacht

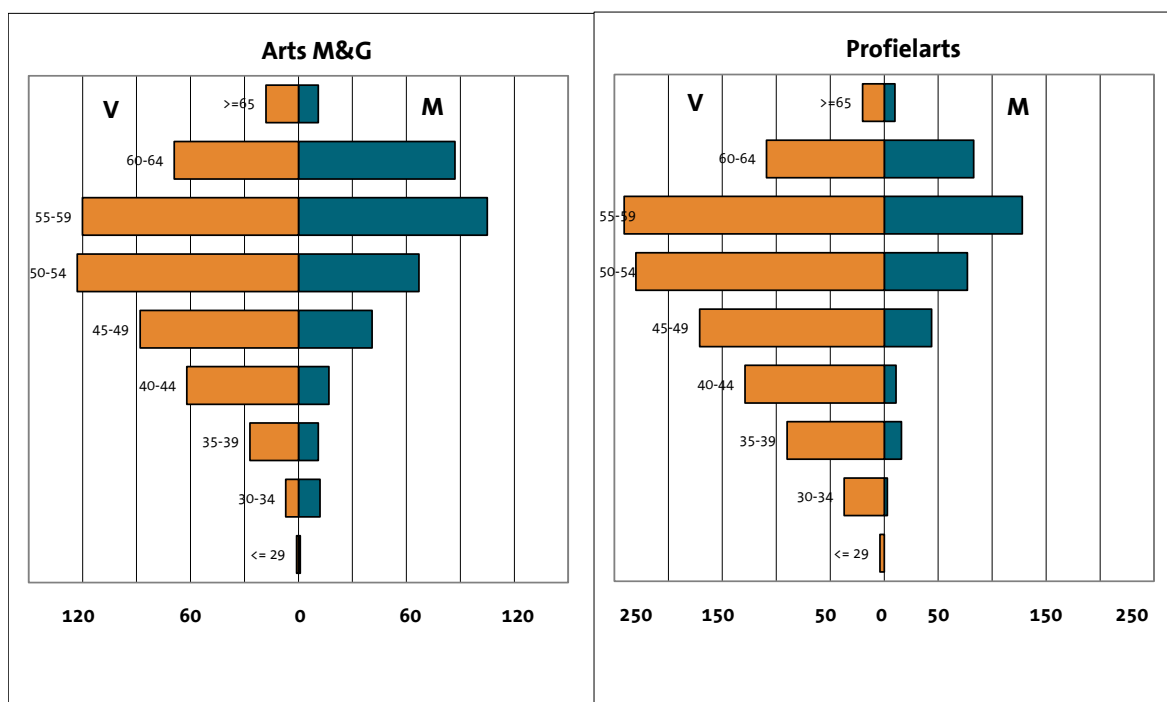


Bron: RGS

De linkerhelft van figuur 2 toont de leeftijdsopbouw van de geregistreerde verzekeringsgeneeskundigen. Duidelijk is dat de piek nog steeds zit bij de mannen tussen de 55 en 60 jaar. De groep mannen tussen de 60 en 65 jaar is ten opzichte van 2010 met ruim 70 artsen toegenomen tot 144. Inmiddels is ruim 48% ouder dan 55 jaar. In 2010 was dat nog bijna 35%. De komende 10 jaar verlaten alleen al door pensionering (bij gemiddeld 65 jaar) 487 verzekeringsgeneeskundigen het arbeidsproces. De instroom in de opleiding tot verzekeringsgeneeskundige is momenteel bij lange na niet voldoende om aan de vervangingsvraag door pensionering te voldoen. Daarbij komt nog eens de vervangingsvraag die zich voordoet door het vertrek van jongere verzekeringsgeneeskundigen om andere redenen. Figuur 2 laat ook zien dat in de vertrekkende categorie de mannen oververtegenwoordigd zijn. Omdat voor de mannen gemiddeld een hoger fte wordt gehanteerd dan voor de vrouwen, doet zich hier een extra effect voor op het aantal basisartsen dat moet instromen in de erkende medische vervolgoopleiding tot verzekeringsgeneeskundige.

Voor een deel kan de vervangingsvraag naar verzekeringsgeneeskundigen worden ondervangen door bedrijfsartsen een verkorte opleiding tot verzekeringsgeneeskundige te laten volgen. Dat is in het verleden ook regelmatig gebeurd. Echter, de rechterhelft van de rechtergrafiek in figuur 2 laat zien dat deze beroepsgroep ongeveer hetzelfde patroon kent, met als belangrijkste verschil dat de absolute aantallen ongeveer het dubbele van de verzekeringsgeneeskundigen zijn. De piek van de aantallen bevindt zich eveneens bij de mannen, weliswaar in de leeftijdscategorie 50-54 jaar, maar het verschil met de leeftijdscategorie 55-59 jaar is fors verkleind. Het percentage 55-plussers bedraagt 40%, oftewel 803 personen uit de gehele beroepsbevolking. Verder verschillen de pieken van het aantal geregistreerde vrouwen ook in de twee grafieken in figuur 2. Bij de verzekeringsgeneeskundigen bevindt die zich bij de groep 50-54 jarigen, bij de bedrijfsartsen in de groep 45-49 jarigen.

Figuur 3: Hoofdstroom M&G 1 januari 2013; leeftijd en geslacht



Bron: RGS

Vergeleken met 2010 heeft de leeftijds- en geslachtsverdeling voor de artsen M&G geen grote veranderingen doorgemaakt. Door de vergrijzing zijn vooral de leeftijdscategorieën onder de 50 jaar geslonken en boven de 50 jaar licht toegenomen. De piek ligt bij de mannen op de leeftijdscategorie 55-59 jaar, bij de vrouwen op 50-54 jaar. De registratie van artsen in alle profielen door de overgangsregelingen is afgesloten. Dat betekent dat de X-schaal is verdubbeld, maar verder is ook hier de vergrijzing duidelijk zichtbaar. Zowel voor de mannen als de vrouwen is de piek in de leeftijdscategorieën doorgeschoven van 50-54 jaar naar 55-59 jaar. De uitstroom uit de registraties door pensionering bedraagt de komende jaren bij de artsen M&G 410 personen (47%) en bij de profielregistraties 591 registraties (42%).

5.3 Omvang dienstverband

De bedrijfsartsen zijn de enige groep sociaal geneeskundigen die relatief vaak als zelfstandig ondernemer functioneren. Sinds de veranderingen in de Arbowet is het percentage bedrijfsartsen dat uitsluitend in loondienst werkt gedaald. Het percentage bedrijfsartsen dat geheel of gedeeltelijk als zelfstandig ondernemer werkt, was in 2010 toegenomen tot 33% van de in Nederland werkzame bedrijfsartsen (640 bedrijfsartsen, waarvan 365 volledig als zelfstandige en 275 deels in loondienst).

De omvang van het dienstverband van de sociaal geneeskundigen is gebaseerd op gegevens uit enquêtes die eerder gehouden zijn voor deelonderzoeken. Voor het profiel jeugdgezondheidszorg is gebruik gemaakt van een enquête uit 2012. Voor de profielen forensische geneeskunde en medische milieukunde is nog gebruik gemaakt van gegevens uit 2009 respectievelijk 2010. Alle andere profielen kennen een generiek percentage van 90% voor de mannelijke en 70% voor de vrouwelijke basisartsen.

Tabel 17: Omvang dienstverband per specialisme/profiel en geslacht

Specialisme/ profiel	Fte m	Fte v	Gemiddeld
A&G bedrijfsgezondheidszorg	0,90	0,75	0,85
A&G verzekeringsgeneeskunde	0,92	0,78	0,87
M&G zonder profiel	0,90	0,70	0,81
M&G profiel beleid en advies	0,90	0,70	0,81
M&G profiel forensische geneeskunde	0,45	0,40	0,44
M&G profiel indicatie en advies	0,90	0,70	0,82
M&G profiel infectieziektebestrijding	0,90	0,75	0,84
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	0,78	0,59	0,62
M&G profiel medische milieukunde	1,00	0,82	0,90
M&G profiel tuberculosebestrijding	0,90	0,70	0,82
Profiel beleid en advies	0,90	0,70	0,82
Profiel forensische geneeskunde	0,45	0,40	0,44
Profiel indicatie en advies	0,90	0,70	0,78
Profiel infectieziektebestrijding	0,90	0,75	0,81
Profiel jeugdgezondheidszorg	0,47	0,44	0,44
Profiel medische milieukunde	1,00	0,82	0,82
Profiel tuberculosebestrijding	0,90	0,70	0,70

Bron: CBS en NIVEL

Tabel 17 laat zien dat de deeltijdfactor voor de specialisten binnen de hoofdstroom A&G gemiddeld hoger is dan binnen de hoofdstroom M&G. Dat geldt zowel voor de mannen als (iets meer voor) de vrouwen. Voor de jeugdgezondheidszorg is het gemiddelde fte voor alle groepen nu 0,54 fte. Dat is een lichte stijging ten opzichte van 2010. Voor een deel wordt die waarschijnlijk veroorzaakt doordat in de afgelopen jaren het aantal artsen werkzaam voor de GGD iets is toegenomen ten koste van het aantal artsen werkzaam bij zorgorganisaties. Per 1 januari 2012 telden de GGD'en samen

ongeveer 1.030 artsen, werkzaam in de jeugdgezondheidszorg en de organisaties aangesloten bij ActiZ ongeveer 560 en het CJG Rijnmond 90.

5.4 Instroom in het specialisme

Instroom in een specialisme binnen de sociale geneeskunde is alleen mogelijk door inschrijving in het desbetreffende specialistenregister van de RGS. Daartoe dient de 4-jarige opleiding tot bedrijfsarts, verzekeringsgeneeskundige of arts M&G te worden gevolgd. Inschrijving in een van de zeven civiel-rechtelijke profielregisters binnen de RGS kan na succesvolle afronding van een 2-jarige profielopleiding. Instroom uit het buitenland komt sporadisch voor. Tussen 2006 en 2010 konden de artsen die al werkzaam waren binnen de hoofdstroom M&G gebruik maken van diverse overgangsregelingen. Sommigen konden na aanvullende scholing rechtstreeks ingeschreven worden in het nieuwe M&G-register. De meesten zijn ingeschreven in een of meerdere profielregisters. In tabel 17 wordt het aantal nieuwe inschrijvingen in de RGS-registers weergegeven.

Tabel 18: Aantal nieuwe inschrijvingen in specialistenregisters en profielregisters sinds 2005

Specialisme/ profiel-register	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A&G bedrijfsgezondheidszorg	164	89	90	76	33	33	25	23
A&G verzekeringsgeneeskunde	76	64	48	38	20	13	36	17
M&G	32	17	8	10	14	24	18	12
Profiel beleid en advies			38	5	141	1	0	2
Profiel forensische geneeskunde			16	69	100	0	0	3
Profiel indicatie en advies			38	9	24	0	1	2
Profiel infectieziektebestrijding			9	12	61	8	7	8
Profiel jeugdgezondheidszorg			339	64	407	36	41	52
Profiel medische milieukunde			1	0	11	1	2	1
Profiel tuberculosebestrijding			1	1	18	1	0	4
Sportgeneeskunde p.m.								
<i>Totaal specialismen</i>	<i>272</i>	<i>170</i>	<i>146</i>	<i>124</i>	<i>67</i>	<i>70</i>	<i>79</i>	<i>52</i>
<i>Totaal profielen</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>442</i>	<i>160</i>	<i>762</i>	<i>47</i>	<i>51</i>	<i>72</i>
Totaal	272	170	588	284	829	117	130	124

Bron: RGS

Tabel 18 laat zien dat de instroom in de specialistenregisters binnen de hoofdstroom A&G vanaf 2006 daalt. Dat geldt eveneens voor de instroom in het specialistenregister M&G. Deze daling in de instroom in de specialistenregisters is een logisch gevolg van de daling van de instroom in de opleidingen, die al enige jaren eerder inzette. Ook de komende vier jaar kan niet met een hogere instroom van nieuwe specialisten in deze specialismen gerekend worden; de instroom in de opleidingen de afgelopen vier jaar geeft daartoe geen aanleiding.

De instroom in de diverse profielregisters is tot en met 2009 grotendeels gebaseerd op basisartsen die gebruik maken van de tijdelijke overgangsregelingen. Na 2009 betreft het alleen nog maar basisartsen die een profielopleiding hebben voltooid. De twee pieken in de inschrijvingen hebben ook consequenties voor de herregistraties en voor de daaruit resulterende vertrekkansen van de zittende profielartsen. Deze zullen in 2012 en 2014 hoger zijn dan in de andere jaren, simpelweg omdat vijf jaar na de eerste registratie (vooral gerealiseerd in 2007 en 2009) de eerste reguliere herregistratie volgt.

De instroom van sportartsen in het register M&G staat in deze tabel nog pro memorie. Zoals gezegd is sportgeneeskunde momenteel nog geen erkend geneeskundig specialisme. De verwachting is dat het CGS in de loop van 2013 het specialisme alsnog gaat erkennen, waarna de minister van VWS een besluit over de erkenningsaanvraag kan nemen. Het specialisme wordt dan getoetst aan de regelgeving van de voormalige CMS. Dat betekent dat het specialisme in spé dan overgaat naar de officiële medische specialismen.

5.5 Uitstroom uit het specialisme

De uitstroom uit het specialisme kan door: uitschrijvingen op eigen initiatief van sociaal geneeskundigen en profielartsen die hun activiteiten beëindigen en een verzoek tot uitschrijving uit het betreffende register indienen, door uitschrijvingen ten gevolge van het niet voldoen aan de eisen tot (5-jaarlijkse) herregistratie of op last van het Tuchtcollege. De eisen waaraan moet worden voldaan voor herregistratie verschillen niet fundamenteel van de andere specialismen: voldoende werkzaam zijn binnen het eigen specialisme, voldoende deskundigheid bevorderende activiteiten volgen en deelnemen aan intercollegiale toetsing. De gegevens worden in tabel 17 getoond en zijn gebaseerd op de gegevens van de RGS. De gegevens uit 2005 waren op basis van het jaarverslag 2005 niet nader te specificeren.

Zichtbaar is in elk geval dat de jaarlijkse uitstroom uit de drie specialismen de laatste drie jaar langzaam toeneemt, vooral bij de bedrijfsartsen. Dit is een gevolg van de verdergaande vergrijzing van deze beroepsgroepen. Ook is duidelijk dat de uitstroom niet alleen wordt veroorzaakt door pensionering. Er stromen jaarlijks meer artsen uit dan alleen de 65-jarigen. Mogelijke oorzaken hiervoor zijn: eerder stoppen met werken, overstap naar verzekeringsgeneeskunde of een ander specialisme of het niet meer voldoen aan de eisen voor herregistratie. Overstap naar een ander specialisme komt bij de verzekeringsgeneeskundigen en de artsen M&G minder vaak voor. Opvallend is verder dat de uitschrijvingen in 2012 lager zijn dan in 2010 en 2011, de voortschrijdende vergrijzing ten spijt. Of dat te maken heeft met de bij andere beroepen gesignaleerde verhoging van de leeftijd waarop medisch specialisten, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde stoppen met werken, is op basis van deze gegevens niet te achterhalen.

Tabel 19: Aantal uitschrijvingen uit specialistenregisters en profielregisters sinds 2005

Specialisme/ profiel-register	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
A&G bedrijfsgezondheidszorg		42	57	44	51	87	88	68
A&G verzekeringsgeneeskunde		29	29	67	32	51	40	32
M&G		63	29	43	32	53	50	32
Profiel beleid en advies					7	1	4	12
Profiel forensische geneeskunde					3	6	4	38
Profiel indicatie en advies					8	0	2	2
Profiel infectieziektebestrijding					1	1	1	2
Profiel jeugdgezondheidszorg					18	10	12	13
Profiel medische milieukunde					0	0	0	1
Profiel tuberculosebestrijding					0	0	0	1
Sportgeneeskunde p.m.								
<i>Totaal specialismen</i>	<i>211</i>	<i>134</i>	<i>115</i>	<i>154</i>	<i>115</i>	<i>191</i>	<i>178</i>	<i>132</i>
<i>Totaal profielen</i>					<i>37</i>	<i>18</i>	<i>23</i>	<i>69</i>
Totaal	211	134	115	154	152	209	201	201

Bron: RGS

De eerste inschrijvingen in de profielregisters vonden plaats in 2007. Daarvan was een aantal voor een periode van twee jaar in plaats van vijf jaar. Vanaf 2009 kunnen dus ook de eerste uitschrijvingen worden getoond. In 2012 werd een start gemaakt met de reguliere 5-jaarlijkse herregistratie van de groep uit 2007. Dat leidde bij 69 profielartsen tot het niet herregistreren in het betreffende profielregister. Opvallend is daarbij vooral het grote aantal registraties in de profielen beleid en advies en forensische geneeskunde dat uitgeschreven werd. Het betreft 20% van de in 2010 geregistreerde forensisch geneeskundigen KNMG en 7% van de geregistreerde artsen beleid en advies KNMG. Waarschijnlijk is dit veroorzaakt door een ruimhartig inschrijvingsbeleid ten tijde van de overgangsregeling.

Gegevens over leeftijd en geslacht van de specialisten en profielartsen worden gebruikt om een verwachting te berekenen voor het percentage momenteel werkzame specialisten dat over 5, 10, 15, en 20 jaar uitgestroomd zal zijn. Deze verwachting is gebaseerd op een uitstroom met 66 jaar over 5 jaar en 67 jaar over 10, 15 en 20 jaar. De geleidelijke verhoging van de pensioenleeftijd is in de berekening van de vertrekken dus ook meegenomen. Tabel 19 toont de vertrekken, oftewel de uitstroom, voor de sociaal geneeskundigen zoals NIVEL dat op basis van gegevens van de RGS berekend heeft.

Tabel 20: Vertrekkansen sociaal geneeskundigen/ profielartsen in procenten

Specialisme/ profiel	Tot 2018		Tot 2023		Tot 2028		Tot 2033	
	m	v	m	v	m	v	m	v
A&G bedrijfsgezondheidszorg	14,0	6,1	34,3	18,4	62,5	40,0	83,4	66,2
A&G verzekeringsgeneeskunde	18,9	10,6	42,8	25,1	70,7	48,1	88,0	72,1
M&G zonder profiel	28,2	12,1	57,2	31,5	83,8	55,6	94,6	75,9
M&G profiel beleid en advies	24,4	8,9	55,6	23,5	83,9	54,6	96,7	83,2
M&G profiel forensische geneeskunde	23,8	8,0	52,2	31,0	82,2	54,0	95,0	69,0
M&G profiel indicatie en advies	13,3	10,0	51,7	27,5	80,0	75,0	93,3	100,0
M&G profiel infectieziektebestrijding	12,6	2,8	36,3	11,7	67,4	37,9	88,4	68,3
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	30,0	13,7	55,0	32,9	77,9	57,5	90,4	77,7
M&G profiel medische milieukunde	32,0	0,0	76,0	20,0	100,0	43,3	100,0	50,0
M&G profiel tuberculosebestrijding	13,3	20,0	36,7	32,5	75,0	60,0	96,7	82,5
Profiel beleid en advies	25,0	7,3	50,0	14,5	73,8	34,5	88,8	67,3
Profiel forensische geneeskunde	9,5	0,0	33,3	14,1	64,8	34,1	81,9	51,8
Profiel indicatie en advies	10,0	10,4	27,5	33,9	48,8	58,3	75,0	78,3
Profiel infectieziektebestrijding	0,0	5,0	0,0	10,0	5,5	16,3	25,5	22,5
Profiel jeugdgezondheidszorg	0,0	6,4	20,0	22,0	37,8	43,7	58,5	60,7
Profiel medische milieukunde	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	30,0	0,0	80,0
Profiel tuberculosebestrijding	0,0	0,0	0,0	12,0	0,0	20,0	0,0	44,0

Bron: RGS; bewerking NIVEL

In tabel 20 is rekening gehouden met de gefaseerde toename van de pensioenleeftijd naar 67 jaar. Zichtbaar is dat de vertrekkansen over de gehele periode binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid consequent iets hoger liggen bij de verzekeringsgeneeskundigen dan bij de bedrijfsartsen. De uitstroom binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid is (voor de geregistreerde specialisten) juist weer hoger dan voor de verzekeringsgeneeskundigen, terwijl de verwachte uitstroom voor de profielartsen weer lager is.

Deze vertrekkansen zijn overigens mogelijk een onderschatting van de uitstroom, omdat alleen rekening is gehouden met vertrek wegens pensioen op de pensioenleeftijd. Vertrek voor de pensioenleeftijd is dus niet verdisconteerd.

Het NIVEL schat aan de hand van de vertrekkansen van geneeskundig specialisten het percentage artsen dat in de toekomst ingeschreven wordt in een van de specialistenregisters of een van de profielregisters, maar vervolgens binnen de omschreven periode (tot 2025 of 2031) weer uitgeschreven wordt uit het betreffende register. Dit percentage wordt afgetrokken van 100%. Het resulterende percentage wordt het externe rendement genoemd. Voor de raming van het externe rendement gebruikt het Capaciteitsorgaan uiteraard ook gegevens uit het verleden. Omdat het over het algemeen om jonge cohorten gaat, liggen de toekomstige vertrekkansen ook wat lager. Omdat deze artsen nog moeten beginnen met de opleiding volstaat een tijdshorizon van 15 jaar.

Voor de profielen binnen de hoofdstroom M&G zijn er momenteel nog te weinig betrouwbare gegevens om het externe rendement op te baseren. De grote groepen artsen die gebruik hebben gemaakt van de diverse overgangsregelingen zijn niet te vergelijken met de basisartsen die de komende jaren gaan instromen in de diverse opleidingen. Er zijn door NIVEL aannames gemaakt op basis van de gegevens bij de drie sociaalgeneeskundige specialismen en de gegevens over de jeugdartsen KNMG. Tabel 20 vat de op die manier geschatte externe rendementen samen.

Tabel 21: Externe rendementen toekomstige sociaal geneeskundigen/profielartsen in procenten

Specialisme/ profiel	Na 1 jaar		Na 5 jaar		Na 10 jaar		Na 15 jaar	
	m	v	m	v	m	v	m	v
A&G bedrijfsgezondheidszorg	94,7	97,1	84,6	87	79,7	79,8	71,7	69,2
A&G verzekeringsgeneeskunde	94,7	97,1	84,6	87	79,7	79,8	71,7	69,2
Alle M&G artsen en profielartsen	99	99	95	95	90	90	85	85

Bron:RGS; bewerking NIVEL

5.6 Conclusie zorgaanbod

Het totale aanbod aan geregistreerde specialisten en profielartsen in de sociale geneeskunde is ten opzichte van 2010 met 319 oftewel 7,9% afgenomen. Dit is conform de verwachting van het Capaciteitsorgaan in 2010. De daling van het aantal verzekeringsgeneeskundigen is iets lager dan verwacht en voor de bedrijfsartsen juist iets hoger dan verwacht. Wellicht komt dit door de mogelijkheid voor bedrijfsartsen om als verzekeringsgeneeskundige aan de slag te gaan na een omscholingstraject. Dat zal tot uitdrukking komen in iets lagere vertrekken voor verzekeringsgeneeskundigen en iets hogere vertrekken voor de bedrijfsartsen. Deze veranderingen in vertrekken worden echter gemaskeerd door de veranderingen in de leeftijdssamenstelling van de beide beroepsgroepen. De verwachting is dat de daling van het zorgaanbod aan specialisten in de hoofdstroom A&G de komende jaren onverminderd door blijft gaan.

Binnen de hoofdstroom M&G heeft de verwachte verschuiving in de verhouding tussen artsen M&G en profielartsen inderdaad plaatsgevonden. Ten opzichte van 1 januari 2010 is het aantal artsen M&G per 1 januari 2013 met 100 gedaald (-11,9%) en het aantal profielartsen met 70 toegenomen (+5,3%). Ook is zichtbaar dat bij de profielopleidingen met name voor de aandachtsvelden infectieziektebestrijding (+26%), jeugdgezondheidszorg (+12%), medische milieukunde (+18%), en tuberculosebestrijding (+26%) het aantal aios is toegenomen. Dit is voor een groot deel waarschijnlijk veroorzaakt door de duidelijkheid over de subsidiëring van de opleiding. Het aantal geregistreerde artsen voor het profiel forensische geneeskunde is in 2012 een behoorlijke gedaald (-22%), waarschijnlijk door de eerste herregistratie. In 2014 zal een tweede golf aan herregistraties plaatsvinden; het is nog niet duidelijk tot hoeveel uitschrijvingen dat gaat leiden. Het zorgaanbod aan forensisch geneeskundigen zal de komende 2 jaar echter blijven dalen door het uitblijven van inschrijvingen in het register.

Voor het eerst in langere tijd volgen er weer artsen die in dienst zijn bij de zorgverzekeraars de opleiding tot arts M&G. Dit gebeurt naast de door het ministerie van VWS gesubsidieerde opleidingen. De aanleiding voor de koerswijziging van de zorgverzekeraars komt misschien door hun toenemende aandacht voor kwaliteit. Het is echter ook mogelijk dat een andere prikkel mede ten grondslag ligt aan dit initiatief. Een groot deel van de artsen werkzaam bij de zorgverzekeraars zou waarschijnlijk hun BIG-registratie verliezen bij de eerste herregistratie in het BIG-register in 2017. Verder heeft het ministerie van Defensie besloten het onderdeel beleid en advies te versterken door het (laten) opleiden van profielartsen in het aandachtsveld beleid en advies. Het Capaciteitsorgaan zal deze ontwikkelingen met aandacht volgen.

Ten slotte kan worden gemeld dat het signaal van het Capaciteitsorgaan in 2010 over de onlogische knip in de subsidiëring van de opleiding tot een reactie heeft geleid. Met ingang van 2012 subsidieert het ministerie van VWS ook de tweede (vervolg)fase van de betreffende profielopleidingen, die leidt tot een registratie als arts M&G. Hierdoor komen zowel de individueel gerichte competenties van de profielarts in ruimere mate beschikbaar voor de overheid, als de collectief gerichte competenties rond beleid en advisering van de volledig opgeleide arts M&G.

6. Werkproces

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de verwachtingen over autonome ontwikkelingen binnen het werkproces beschreven. Deze ontwikkelingen spelen een belangrijke rol bij de toekomstige match tussen zorgvraag en zorgaanbod. De totale hoeveelheid tijd die in fte's beschikbaar is aan zorgaanbod, kan door verbetering van de efficiency bijvoorbeeld leiden tot de behandeling van een groter deel van de zorgvraag. De veranderingen in het werkproces in deze raming gaan in per 2013 en hebben effect hebben op het aanwezige zorgaanbod van alle momenteel werkzame specialisten. Dit terwijl de adviezen in de raming normaliter leiden tot aanpassingen van de instroom per 2015. Dan zijn de eerste effecten op het totaal aan zorgaanbod pas in 2018 zichtbaar. Een goede raming en monitoring van onderdelen van het werkproces is daarom belangrijk voor het Capaciteitsplan.

In de navolgende vier paragrafen worden de vijf parameters besproken: vakinhoudelijke ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen, efficiency en horizontale en verticale substitutie per hoofdstroom. Voor de hoofdstroom M&G wordt daarbij met name gebruik gemaakt van het document¹⁶ dat GGD Nederland door de NPHF heeft laten opstellen. Dit document behandelt de ontwikkelingen binnen de aandachtsvelden jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding. Tabel 20 en 21 (paragraaf 6.7) presenteren de uiteindelijke parameters van het werkproces.

6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Onder de vakinhoudelijke ontwikkelingen wordt verstaan: ontwikkelingen op het terrein van uitvoering, onderzoek, kwaliteit, standaarden en protocollen/kennisbeleid.

6.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De afgelopen jaren wordt de bedrijfsarts steeds meer ingezet voor complexe verzuimbegeleiding en complexe ziektepreventie en advisering hierover. Op routinematige activiteiten van de bedrijfsarts (zoals het verzuimspreekuur) hebben zich inmiddels een aantal andere disciplines geworpen. De activiteiten van de bedrijfsarts op het terrein van onderzoek, kwaliteit, standaarden en protocollen/kennisbeleid zijn niet veranderd ten opzichte van 2010. Wel wordt momenteel door de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) overlegd met de ministeries van SZW en VWS over de positionering van de klinische arbeidsgeneeskunde in Nederland. De parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen wordt per saldo (meer complexe activiteiten, minder routine activiteiten) gehandhaafd op +0,5%.

Voor de verzekeringsgeneeskunde geldt dat de trend van het incorporeren van meer medisch-klinische kennis in de verzekeringsgeneeskunde doorgaat. Specialisatie en differentiatie worden daadwerkelijk gesignaleerd in het vak van verzekeringsgeneeskunde. Er is, in tegenstelling tot de verwachtingen in 2010, nog geen vakgebied "klinische verzekeringsgeneeskunde" ontwikkeld. De parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen wordt gehandhaafd op +0,5%.

6.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

De parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen is bij deze hoofdstroom gebaseerd op input van experts uit de Kamer Sociale Geneeskunde en op de rapportage van de NPHF aan het ministerie van VWS over de aandachtsvelden infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. Er is geen verschil gemaakt tussen de ontwikkelingen voor de profielartsen en de geregistreerde artsen M&G. De vakinhoudelijke ontwikkelingen binnen het aandachtsveld beleid en advies zijn gehandhaafd op 0%. Voor de forensische geneeskunde geldt dat op het terrein van uitvoering en kwaliteit een toenemende aandacht van het openbaar ministerie bestaat voor de kwaliteit van het medische forensisch handelen. Wetenschappelijk onderzoek hierover is nog maar spaarzaam. Per 1 januari 2013 is het werkterrein van de forensisch geneeskundige uitgebreid met de zogenaamde NODO-procedure (Nader Onderzoek naar de Doods Oorzaak bij kinderen). Om die reden is voor de parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen het percentage +2% gehandhaafd, met een bandbreedte tot +4%. Binnen het aandachtsveld indicatie en advies wordt vooral aan kennisuitbreiding gewerkt door de toenemende reikwijdte van de adviezen. Daarom wordt het percentage hier verhoogd van 0% naar +1% per jaar. Voor het aandachtsveld infectieziektebestrijding geldt dat het vakgebied inhoudelijk sterk uitbreidt; daarnaast nemen complexiteit van advisering en van diagnostiek toe. Ook worden vaker onderzoeksactiviteiten ontwikkeld in samenwerking met het RIVM. De parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen wordt ten opzichte van 2010 verhoogd van +1% tot +2% naar +2%, zonder bandbreedte. Voor de jeugdgezondheidszorg geldt dat de parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen wordt verhoogd van +0,1% tot +0,2% naar +0,5% tot +1%. Reden daartoe vormen de (spin-off) van het extra contactmoment bij de 16-jarigen, de toename van het percentage chronisch zieke kinderen, e-health, het centrum jeugd en gezin en verwachte activiteiten van de jeugdarts vanwege de decentralisatie van de jeugdzorg. Voor medische milieukunde wordt de +1% uit 2010 gecontinueerd, omdat andere gegevens ontbreken. De parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen wordt voor tuberculosebestrijding ten slotte verhoogd van 0% naar +0,5% per jaar. Toenemende resistentie, non-compliance in de therapie en complexere presentatievormen van tuberculose zijn de aanleidingen voor deze wijziging in het percentage.

6.3 Technologische ontwikkelingen

In de sociale geneeskunde is in het verleden niet vaak aandacht geweest voor technologische ontwikkelingen. Als er al geprofiteerd werd van technologie, dan was dat meestal als een afgeleide van een ander specialisme of een andere discipline.

6.3.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De verwachte ontwikkeling van de technologie leidt volgens experts niet tot significante aanpassingen van de formatie²⁶ van de bedrijfsarts. Voor de verzekeringsgeneeskunde ligt dat enigszins anders, omdat door de automatisering van administratieve processen en verslaglegging iets efficiënter gewerkt kan worden. In 2010 werd dit effect volledig toegerekend aan de parameter efficiency, maar in deze raming wordt in verband met het gegeven dat de automatisering de efficiency verbetert -1% aan technologische ontwikkelingen toegekend.

26 Overleg NVAB 13 augustus 2012

6.3.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Technologische ontwikkelingen hebben geen invloed op het benodigde zorgaanbod bij het aandachtsveld beleid en advies. Voor de forensische artsen wordt wel een effect verwacht, maar dan een negatief effect. De technologische ontwikkelingen in het kader van sporenonderzoek gaan steeds verder, maar kosten ook steeds meer tijd. In het kader van de continue kwalitatieve verbetercyclus van de forensische geneeskunde is dit een gegeven. De parameter wordt op +1% geschat. Bij het aandachtsveld indicatie en advies is de automatiseringsgraad van de gemeenten vaak hoger dan van de werkgevers van de arts indicatie en advies. Daarin zal bij de werkgevers de komende jaren een verbetering plaatsvinden door de toename van de hoeveelheid te verwerken adviezen. Het Capaciteitsorgaan zet de parameter op -0,5%. Bij infectieziektebestrijding ligt het accent de komende jaren op technologische ondersteuning van de communicatiebehoefte van de arts. Het Capaciteitsorgaan laat dit niet terugkomen in een parameter in het werkproces. Voor jeugdgezondheidszorg, medische milieukunde en tuberculosebestrijding geldt in grote lijnen hetzelfde.

6.4 Efficiency

De sociaal geneeskundigen werken voor het overgrote deel in dienstverband. Vaak zijn zij ook de meest “kostbare” werknemers van de organisatie. Binnen de sociale geneeskunde worden voortdurend efficiencymaatregelen overwogen en geïmplementeerd.

6.4.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De bedrijfsarts wordt de komende jaren geconfronteerd met verdergaande efficiencymaatregelen van de Arbodiensten. De automatisering van verslaglegging en rapportage, die eerder al inzette bij de verzekeringsgeneeskundige, zal ook bij de bedrijfsarts tot efficiencywinst moeten gaan leiden. De parameter wordt daarom op -0,5% gesteld. Bij de verzekeringsgeneeskundigen wordt de parameter gehandhaafd op -1,5% tot -3% per jaar. Dit gebeurt, omdat verwacht mag worden dat de ondersteuning van de verzekeringsgeneeskundige de komende jaren verder geprofessionaliseerd wordt. Daardoor lijkt een efficiencywinst van 15% in 10 jaar tijd reëel.

6.4.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Binnen het aandachtsveld beleid en advies wordt geen efficiencywinst verwacht. Voor het aandachtsveld forensische geneeskunde kan een kleine efficiencywinst optreden door de verdere opschaling van de regio's van de politie. Dit kan leiden tot een lager aantal forensisch artsen dat piketdiensten moet draaien en een betere benutting van de bestaande capaciteit in grensgebieden tussen voormalige regio's. De efficiencywinst wordt op -0,5% geschat. Bij de aandachtsvelden indicatie en advies en infectieziektebestrijding wordt geen efficiencywinst verwacht door de experts. Binnen de jeugdgezondheidszorg is er meer in plaats van minder tijd nodig voor verslaglegging. Dit komt mede doordat de digitale aansluitingen van de softwarepakketten op het landelijk schakelpunt nog niet volledig operationeel zijn. De parameter wordt voor de toekomst op -0,1% geschat. Voor medische milieukunde en voor tuberculosebestrijding wordt nog niet aan efficiencyvoordelen gedacht. Het Nationaal Plan Tuberculosebestrijding voorziet nog niet in relevante informatie over dit deelaspect.

6.5 Horizontale taakverschuiving/taakherschikking

Horizontale taakherschikking of taakverschuiving, ook wel horizontale substitutie genoemd, betreft verschuiving van werkzaamheden (van de arts) naar een andere discipline op eenzelfde opleidingsniveau.

6.5.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Door de experts wordt geschat dat de bedrijfsarts ook de komende periode niet geconfronteerd gaat worden met horizontale substitutie. Zoals eerder gezegd, zijn er in opdracht van het ministerie van SZW vijf beleidsscenario's beschreven waarin dat wél het geval is. In sommige van die scenario's is er een aanzienlijke substitutie van de bedrijfsarts door de huisarts. Onduidelijk is nog in hoeverre dit scenario realistisch is. In tabel 23 staat bij de inschatting van de horizontale substitutie de opmerking "ten behoeve van de indicatiestelling".

Voor het specialisme verzekeringsgeneeskunde wordt, net als in 2010, de parameter horizontale substitutie op 0% gesteld.

6.5.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

De horizontale substitutie binnen deze hoofdstroom wordt vooral "gevoed" door de huisarts. Dit gebeurt ook, maar in mindere mate door andere specialismen, zoals de medisch microbioloog, de kinderarts, de specialist ouderengeneeskunde en de arts voor verstandelijk gehandicapten. Experts binnen de infectieziektebestrijding zijn van mening dat de effecten van horizontale substitutie vooral tot een taakverzwaring van de artsen infectieziektebestrijding zullen leiden. De parameter wordt daarom aangepast van 0% naar +0,5% per jaar. Voor de jeugdgezondheidszorg geldt in de toekomstige situatie²⁷ ook dat de horizontale substitutie leidt tot een taakverzwaring voor de jeugdarts. De parameter wordt aangepast naar +0,2% tot +0,4%. De forensisch geneeskundige ziet de komende jaren een aantal specifieke taken van de huisarts geleidelijk aan verschuiven in zijn richting. Het betreft de doodsoorzaakverklaringen van alle jeugdigen, letselbeschrijvingen en de medische zorg voor arrestanten. De laatste activiteit kan onder invloed van de opgeschaalde politieregio's en de nieuwe aanbestedingen van arrestantenzorg de komende jaren ook juist minder worden. Er wordt vooralsnog een parameterwaarde van +0,1% gehanteerd. Over twee jaar bestaat hierover meer duidelijkheid. Voor de andere specialismen wordt geen horizontale substitutie voorzien of ontbreken voldoende betrouwbare schattingen over de omvang hiervan.

6.6 Verticale taakverschuiving/taakherschikking

Verticale taakverschuiving/taakherschikking, ook wel verticale substitutie genoemd, betreft het structureel verschuiven van activiteiten (van de sociaal geneeskundige) naar disciplines met een lager opleidingsniveau.

6.6.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Binnen de bedrijfsgeneeskunde zullen de geïntroduceerde casemanager en preventiemedewerker bij de Arbodiensten een gedeelte van het werk van de bedrijfsarts kunnen overnemen. Ook de basisartsen blijven een kleine, maar noemenswaardige groep artsen binnen de bedrijfsgezondheidszorg. Het percentage verticale substitutie wordt ten opzichte van 2010 niet gewijzigd en bedraagt -1% tot -2% per jaar.

²⁷ Betrokken en nabij (april 2012); NCJ visiedocument

Voor de verzekeringsgeneeskundige geldt dat wettelijke beperkingen de inzet van andere, lager geschoolde beroepen, moeilijk maken. Een persoonlijke assistent van de verzekeringsgeneeskundige biedt mogelijkheden, maar die zijn al ingeboekt op het onderdeel efficiency. De basisarts heeft inmiddels bij het UWV ook zijn intrede gedaan, zij het als een oriëntatiestage op een eventuele carrière als verzekeringsgeneeskundige. De basisarts kan een (klein) deel van het werk van de verzekeringsgeneeskundige uitvoeren. Om die reden is het percentage verticale substitutie op -0,3% per jaar gesteld.

6.6.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Verticale substitutie doet zich voor binnen het aandachtsveld beleid en advies. Met name gezondheidswetenschappers en Masters of Public Health kunnen worden genoemd als substituerende beroepen. Vooralsnog wordt uitgegaan van een jaarlijks percentage van -0,3%. Binnen de forensische geneeskunde is verticale substitutie mogelijk bij opschaling van de regio's, vooral voor de arrestantenzorg. Tot nu toe vindt verticale substitutie maar in een beperkt aantal (grootstedelijke) regio's plaats. Het blijft volgens de experts bij een bescheiden percentage, in afwachting van de verdere opschaling. In deze raming gaat het Capaciteitsorgaan uit van -0,2%. Dit percentage voor verticale substitutie wordt ook als minimum gehanteerd voor de infectieziektebestrijding. Ten opzichte van de vorige inschatting (-0,4% tot -0,8%) halveren beide percentages tot -0,2% tot -0,4%. Reden daarvoor is het uitblijven van implementatie van de aanbevelingen uit het rapport uit 2009²⁸.

Binnen het aandachtsveld jeugdgezondheidszorg zijn de effecten van verticale substitutie moeilijker in te schatten. De "ontvangende" actoren zijn de jeugdverpleegkundige en de verpleegkundig specialist preventieve zorg. Deskundigen schatten in dat de effecten op de capaciteit aan jeugdartsen klein zijn, omdat de jeugdarts alsnog een gedeelte van de kinderen op indicatie ziet. Bovendien is de capaciteit aan verpleegkundig specialisten preventieve zorg nog niet groot. Het Capaciteitsorgaan gaat ervan uit dat de eerder geschatte minimale parameterwaarde iets moeten worden bijgesteld, van -0,2% naar -0,3% per jaar. De verticale substitutiewaarde komt daarmee op -0,3% tot -0,6% per jaar. De parameterwaarden voor medische milieukunde blijven ongewijzigd. Voor tuberculosebestrijding wordt dezelfde waarde als bij infectieziektebestrijding gehanteerd.

6.7 Conclusie werkproces

In de tabellen 22 en 23 worden de parameterwaarden voor het werkproces samengevat.

²⁸ V&VN/VIZ (2009): Taakherschikking professionals binnen de GGD infectieziektebestrijding

Tabel 22: parameterwaarden werkproces sociaal geneeskundigen en profielartsen: jaarlijkse verandering door vakinhoudelijke, technologische, en/of efficiency-ontwikkelingen

Specialisme/ profiel	Vakinhoud	Technologie	Efficiency
A&G bedrijfsgezondheidszorg	+0,5%	0%	-0,5%
A&G verzekeringsgeneeskunde	+0,5%	-1%	-1,5% tot -3%
M&G zonder profiel	0%	0%	0%
M&G profiel beleid en advies	0%	0%	0%
M&G profiel forensische geneeskunde	+2% tot +4%	+1%	-0,5%
M&G profiel indicatie en advies	+1%	0%	0%
M&G profiel infectieziektebestrijding	+2%	0%	0%
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	+0,5% tot +1%	0%	-0,1%
M&G profiel medische milieukunde	+1%	0%	0%
M&G profiel tuberculosebestrijding	+0,5%	0%	0%
Profiel beleid en advies	0%	0%	0%
Profiel forensische geneeskunde	+2% tot +4%	+1%	-0,5%
Profiel indicatie en advies	+1%	0%	0%
Profiel infectieziektebestrijding	+2%	0%	0%
Profiel jeugdgezondheidszorg	+0,5% tot +1%	0%	-0,1%
Profiel medische milieukunde	+1%	0%	0%
Profiel tuberculosebestrijding	+0,5%	0%	0%

Tabel 23: parameterwaarden werkproces sociaal geneeskundigen en profielartsen: jaarlijkse verandering door horizontale en/of verticale substitutie

Specialisme/ profiel	Horizontale substitutie	Verticale substitutie
A&G bedrijfsgezondheidszorg	0%*	-1% tot -2%
A&G verzekeringsgeneeskunde	0%	-0,3%
M&G zonder profiel	0%	0%
M&G profiel beleid en advies	0%	-0,3%
M&G profiel forensische geneeskunde	+0,1%	-0,1%
M&G profiel indicatie en advies	0%	0%
M&G profiel infectieziektebestrijding	+0,5%	-0,2% tot -0,4%
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	+0,2% tot +0,4%	-0,3% tot -0,6%
M&G profiel medische milieukunde	0%	0% tot -2%
M&G profiel tuberculosebestrijding	0%	-0,2% tot -0,4%
Profiel beleid en advies	0%	-0,3%
Profiel forensische geneeskunde	+0,1%	-0,1%
Profiel indicatie en advies	0%	0%
Profiel infectieziektebestrijding	+0,5%	-0,2% tot -0,4%
Profiel jeugdgezondheidszorg	+0,2% tot +0,4%	-0,3% tot -0,6%
Profiel medische milieukunde	0%	0% tot -2%
Profiel tuberculosebestrijding	0%	-0,2% tot -0,4%

*: ten behoeve van indicatiestelling

Wat betreft de parameter arbeidstijdverkorting (ATV) wordt voor alle specialismen en profielen gerekend met 0% verandering in de arbeidstijd per fte. Er wordt dus geen rekening gehouden met toekomstige veranderingen in de arbeidstijd op fulltime basis.

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. De experts gaven aan dat het voor sommige parameters onmogelijk is de toekomst te beschrijven aan de hand van één waarde. Bij deze parameters zijn twee waarden (één conservatieve en een hoge) door de experts vastgelegd en vervolgens gehanteerd in de scenario's.

In deze raming is dezelfde systematiek gehanteerd als in het Capaciteitsplan 2010. 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. In het navolgende worden de gehanteerde scenario's beschreven. Er is afgezien van het doorrekenen van scenario's met arbeidstijdverlaging, omdat die door de experts minder waarschijnlijk worden geacht. Alle onderzochte scenario's zijn vastgelegd in een afzonderlijke publicatie van NIVEL en KIWA. Tabel 24 toont welke parameters per scenario zijn meegenomen. Vakinhou

Tabel 24: Gehanteerde parameters per scenario

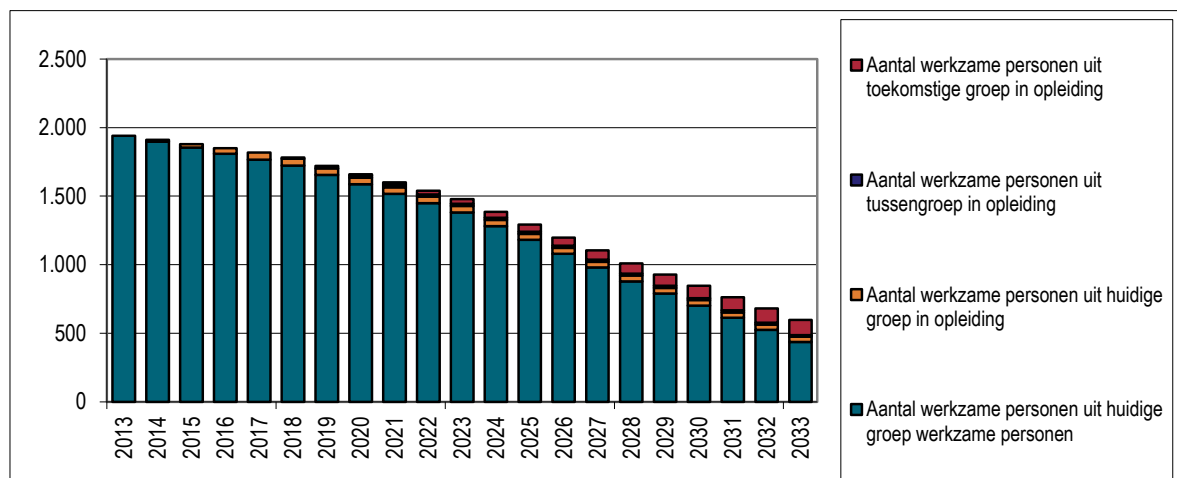
Parameter	Scenario:	Basis	Beleidsarm	Realistisch	Reëel
Vraag					
Onvervulde vraag		-	√	√	√
Demografie		-	√	√	√
Epidemiologie		-	-	√	√
Sociaal cultureel		-	-	√	√
Werkproces					
Vakinhoudelijk		-	-	√	√
Technologie		-	-	√	√
Efficiency		-	-	√	√
Horizontale substitutie		-	-	√	√
Verticale substitutie		-	-	-	√
Aanbod					
Arbeidstijdverandering		-	-	√	√

7.2 Basisscenario

Een theoretisch scenario is het **basisscenario**. Dit scenario beperkt zich tot het doorrekenen van de capaciteit aan de diverse specialisten 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 weer wat er met het aanbod aan sociaal geneeskundigen gebeurt in een status-quo. Het scenario wordt in dit deelrapport vooral gebruikt om voor het specialisme bedrijfsgeneeskunde de gevolgen van het huidige beleidsvacuüm aan te geven.

Figuur 4 laat de ontwikkeling zien van het aantal geregistreerde bedrijfsartsen indien de instroom in de opleiding tot bedrijfsarts ook na 2015 niet verandert. Bij een instroom van 11 aios per jaar zal het aantal geregistreerde bedrijfsartsen dalen van 1.941 op 1 januari 2013 naar 763 op 1 januari 2031.

Figuur 4: Ontwikkeling aantal geregistreerde bedrijfsartsen bij instroom van 11 aios per jaar



Bron: NIVEL

7.3 Beleidsarm scenario

Het eerste echte scenario is het **beleidsarme scenario**. In dit scenario wordt de huidige zorgvraag in fte's eerst per specialisme/profiel gecorrigeerd voor de onvervulde 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 sociaal geneeskundigen 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 per specialisme/profiel 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 beleidsarme scenario is een directe, bijna lineaire afleiding van de observaties uit het verleden en bevat geen elementen die door beleid beïnvloed (kunnen) worden. Het beleidsarme scenario wordt beschouwd als een referentiepunt voor alle andere ramingen. Tabel 24 toont voor dit scenario de geraamde zorgvraag in fte's plus de aantallen aios die jaarlijks moeten instromen om het evenwicht in het evenwichtsjaar te bereiken.

Tabel 25: Beleidsarm scenario: benodigd aantal fte's specialist/profielarts en corresponderende jaarlijkse instroom van aios

Specialisme/ profiel	Evenwicht 2025		Evenwicht 2031	
	Fte	aios	Fte	aios
A&G bedrijfsgezondheidszorg	1.674	160	1.688	151
A&G verzekeringsgeneeskunde	864	99	871	89
M&G zonder profiel	133	15	133	12
M&G profiel beleid en advies	113	12	113	10
M&G profiel forensische geneeskunde	37	8	37	6
M&G profiel indicatie en advies	19	2	20	2
M&G profiel infectieziektebestrijding	78	9	86	8
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	156	6	154	12
M&G profiel medische milieukunde	11	1	11	1
M&G profiel tuberculosebestrijding	21	3	23	3
Profiel beleid en advies	23	0	23	0
Profiel forensische geneeskunde	39	7	39	5
Profiel indicatie en advies	36	2	37	2
Profiel infectieziektebestrijding	26	0	29	0
Profiel jeugdgezondheidszorg	536	73	529	53
Profiel medische milieukunde	2	0	2	0
Profiel tuberculosebestrijding	5	0	5	0

7.4 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.

Bij de sociaal geneeskundigen zijn vooral de parameters "sociaal-culturele ontwikkelingen" en "horizontale substitutie" gevoelig voor beleidsontwikkelingen. De experts bevestigen dit met name in hun schattingen voor de parameter "sociaal-culturele ontwikkelingen". In beide realistische scenario's worden de conservatieve percentages uit tabel 10 gebruikt. De reden voor het hanteren van de conservatieve percentages 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 worden parameters die misschien helemaal geen effect zullen hebben op de raming in de bewuste tijdsperiode gecompenseerd door parameters die een hogere waarde dan geschat zullen bereiken. Voor de duidelijkheid: de conservatieve waarde is de waarde die 0,0% het dicht-

ste 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 elk realistisch scenario met doorlopende trend ook een realistisch scenario doorgerekend waarbij alle trendmatige veranderingen na 10 jaar stoppen, met uitzondering van demografische veranderingen. 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 de realistische scenario's. Deze scenario's worden **realistische scenario's met tijdelijke trend** tot 2023 genoemd.

Aan de andere kant kan een beschreven trend ook doorzetten. De demografische veranderingen gaan bijvoorbeeld door gedurende de hele looptijd van de raming. Hetzelfde kan ook gelden voor de epidemiologische en sociaal-culturele effecten. Het betreft dan scenario's waarin zich geen veranderingen in de parameters rond de zorgvraag en het werkproces meer voordoen na de start van de raming. Deze scenario's worden **realistische scenario's met doorgaande trend** genoemd. Tabel 25 laat de raming zien van deze twee scenario's, met de twee evenwichtsjaren 2025 en 2031.

Tabel 26: Realistische scenario's met en zonder doorgaande trend: benodigd aantal fte's specialist/ profielarts en corresponderende jaarlijkse instroom van aios

Specialisme/profiel	Trend stopt in 2023				Trend zet door			
	Evenwicht		Evenwicht		Evenwicht		Evenwicht	
	2025		2031		2025		2031	
	Fte	aios	Fte	aios	Fte	ios	Fte	aios
A&G bedrijfsgezondheidszorg	1.758	181	1.772	162	1.775	185	1.840	171
A&G verzekeringsgeneeskunde	717	58	723	67	688	49	605	50
M&G zonder profiel	174	25	174	17	182	27	207	21
M&G profiel beleid en advies	148	20	148	15	155	22	176	18
M&G profiel forensische geneeskunde	52	14	52	10	55	16	64	12
M&G profiel indicatie en advies	26	4	27	3	27	4	33	4
M&G profiel infectieziektebestrijding	113	17	124	12	120	19	155	16
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	197	19	194	18	205	21	226	24
M&G profiel medische milieukunde	21	3	21	2	23	4	29	3
M&G profiel tuberculosebestrijding	26	5	29	4	27	5	34	4
Profiel beleid en advies	30	0	30	0	32	0	36	0
Profiel forensische geneeskunde	54	12	54	8	58	13	67	11
Profiel indicatie en advies	48	4	51	3	50	4	61	4
Profiel infectieziektebestrijding	38	0	41	0	40	0	52	0
Profiel jeugdgezondheidszorg	675	115	667	78	703	123	777	98
Profiel medische milieukunde	3	0	3	0	3	0	4	0
Profiel tuberculosebestrijding	6	1	6	0	6	1	7	1

7.5 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 sociaal geneeskundigen en profielartsen verminderd door mogelijke verticale substitutie in het werkproces. Dit is een beleidsrijk scenario, omdat deze verticale substitutie alleen wordt gerealiseerd indien de beroepsgroep, werkgevers en beleidsmakers bij de overheid de mogelijkheden daartoe scheppen én benutten. Verticale substitutie komt binnen deze sector langzaam op gang, vooral door verpleegkundig specialisten. In het Capaciteitsplan 2010 werd hiermee voor het eerst rekening gehouden. Momenteel zijn de verwachtingen over verticale substitutie nog niet echt hooggespannen, al is deze inmiddels wel op bescheiden schaal gestart. Op basis van recente rapporten over de inzet van verpleegkundig specialisten²⁹ in combinatie met meningen van experts, is de parameter verticale substitutie voor de sociaal geneeskundigen op wisselende waarden ingeschat. Tabel 26 toont de correctie van de benodigde fte's voor verticale substitutie in dit Capaciteitsplan. Ook toont het de effecten ervan voor de instroom in de opleidingen.

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

Tabel 27: Reële scenario's met en zonder doorgaande trend: benodigd aantal fte's specialist/profielarts en corresponderende jaarlijkse instroom van aios

Specialisme/profiel	Trend stopt in 2023				Trend zet door			
	Evenwicht		Evenwicht		Evenwicht		Evenwicht	
	2025		2031		2025		2031	
	Fte	aios	Fte	aios	Fte	ios	Fte	aios
A&G bedrijfsgezondheidszorg	1.582	136	1.595	138	1.562	131	1.509	127
A&G verzekeringsgeneeskunde	696	52	701	64	663	43	572	45
M&G zonder profiel	174	25	174	17	182	27	207	21
M&G profiel beleid en advies	144	19	144	14	150	21	167	17
M&G profiel forensische geneeskunde	51	14	51	9	54	15	63	12
M&G profiel indicatie en advies	26	4	27	3	27	4	33	4
M&G profiel infectieziektebestrijding	111	16	122	12	117	18	149	15
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	191	17	188	18	197	19	214	22
M&G profiel medische milieukunde	21	3	21	2	23	4	29	3
M&G profiel tuberculosebestrijding	26	5	28	4	27	5	32	4
Profiel beleid en advies	29	0	29	0	30	0	34	0
Profiel forensische geneeskunde	54	12	54	8	57	13	66	10
Profiel indicatie en advies	48	4	51	3	50	4	61	4
Profiel infectieziektebestrijding	37	0	41	0	39	0	50	0
Profiel jeugdgezondheidszorg	655	109	647	74	677	116	735	90
Profiel medische milieukunde	3	0	3	0	3	0	4	0
Profiel tuberculosebestrijding	6	0	6	0	6	1	7	1

7.6 Maximaal scenario met tijdelijke of doorgaande trend

Ten slotte zijn er voor alle sociaal geneeskundigen en profielartsen met een sociaal geneeskundige achtergrond 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. In tabel 28 staan de gegevens die bij de scenario's van het Capaciteitsplan 2013 horen.

Tabel 28: Maximale scenario's met en zonder doorgaande trend: benodigd aantal fte's specialist/ profielarts en corresponderende jaarlijkse instroom van aios

Tabel 28: Maximale scenario's met en zonder doorgaande trend: benodigd aantal fte's specialist/ profielarts en corresponderende jaarlijkse instroom van aios

Specialisme/profiel	Trend stopt in 2023				Trend zet door			
	Evenwicht		Evenwicht		Evenwicht		Evenwicht	
	2025		2031		2025		2031	
	Fte	aios	Fte	aios	Fte	ios	Fte	aios
A&G bedrijfsgezondheidszorg	1.473	109	1.485	124	1.425	97	1.275	96
A&G verzekeringsgeneeskunde	595	24	600	49	543	9	394	18
M&G zonder profiel	215	35	215	22	231	39	281	30
M&G profiel beleid en advies	178	27	178	18	190	30	227	24
M&G profiel forensische geneeskunde	64	20	64	12	70	22	86	17
M&G profiel indicatie en advies	31	5	32	4	33	6	42	5
M&G profiel infectieziektebestrijding	124	19	136	14	132	21	172	18
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	224	28	222	23	237	32	268	31
M&G profiel medische milieukunde	29	5	29	3	33	5	43	4
M&G profiel tuberculosebestrijding	29	6	32	4	31	6	39	5
Profiel beleid en advies	34	0	34	0	36	0	42	0
Profiel forensische geneeskunde	65	15	65	10	71	17	86	14
Profiel indicatie en advies	50	4	52	4	53	5	64	5
Profiel infectieziektebestrijding	39	0	42	0	41	0	53	0
Profiel jeugdgezondheidszorg	720	129	711	86	754	139	837	109
Profiel medische milieukunde	4	0	4	0	4	0	6	0
Profiel tuberculosebestrijding	6	1	6	0	6	1	7	1

7.7 Conclusie scenario's

In dit hoofdstuk is gestart met het basisscenario dat laat zien hoe het aantal geregistreerde bedrijfsartsen zich ontwikkelt als beleidsinitiatieven uitblijven en de instroom in de opleiding op het huidige niveau wordt gehandhaafd. De komende 18 jaar zal dan het aantal geregistreerde bedrijfsartsen met 61% dalen naar 763 geregistreerde bedrijfsartsen, hetzelfde aantal als rond 1984.

In de beleidsarme scenario's worden alleen de on vervulde vraag en demografische veranderingen gebruikt om de toekomstige zorgvraag te voorspellen. In deze scenario's is er - naast de eenmalige aanpassing in 2013 ten gevolge van de on vervulde vraag - maar een beperkte toename te verwachten van de zorgvraag.

In het realistische scenario wordt naast de on vervulde vraag en de demografische ontwikkelingen ook rekening gehouden met de andere parameters in de vraagontwikkeling, plus een paar parameters uit het werkproces. Het betreft: de toevoeging van: epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke ontwikkelingen, technologie, efficiency en horizontale substitutie. Deze toevoeging resulteert in een geraamde zorgvraag die voor de specialismen in de meeste gevallen iets

lager is dan in de beleidsarme scenario's, maar voor de profielen iets hoger is dan in de beleidsarme scenario's.

Hierna volgen de reële scenario's met correctie voor verticale substitutie, zowel met doorgaande trend als zonder. De zorgvraag stijgt in deze scenario's minder hard dan in de realistische scenario's, vooral voor de hoofdstroom A&G. Duidelijk wordt dat verticale substitutie nodig is, omdat een zeer grote instroom in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid op de korte termijn lastig te realiseren is. De verwachting is dat de overheid verticale substitutie verder zal stimuleren.

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. Deze waarden worden hier weergegeven omdat zij, net als het beleidsarme scenario, de maximale kant van de bandbreedte van de verwachtingen bepalen.

De verschillende scenario's laten zien dat de diverse opleidingen binnen de sociale geneeskunde veel aios moeten gaan opleiden. De vergrijzing van de beroepsgroep gaat de komende jaren verder, vooral bij de geregistreerde specialisten binnen de twee hoofdstromen. Voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid geldt dat door de tegenvallende instroom in de opleidingen van de afgelopen drie jaar er een nog grotere instroom nodig is voor een evenwicht in de toekomst.

De factor sociaal-cultureel maakt de raming voor de bedrijfsarts momenteel in feite onmogelijk. Indien de SER uiteindelijk kiest voor het scenario waarin de huisarts middels horizontale substitutie een groot deel van de activiteiten van de bedrijfsarts gaat uitvoeren, is een aanpassing van deze factor cruciaal voor de raming. Maar ook drie van de andere vier scenario's vragen om majeure aanpassingen van deze parameter. Tegelijkertijd is duidelijk dat de huidige instroom in de opleiding bij elk van de andere drie scenario's onvoldoende zal zijn om een evenwicht tussen vraag en aanbod in de bedrijfsgeneeskunde te handhaven. Een eerder signaal van het Capaciteitsorgaan hierover in 2010 is wel door het ministerie van SZW erkend, maar heeft niet geleid tot doeltreffende acties om de instroom in de opleiding te vergroten.

8. Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

In 2005 en 2008 heeft het Capaciteitsorgaan geen advies uitgebracht over de gewenste instroom in de erkende medische profiel- en vervolgopleidingen in de sociale geneeskunde. De belangrijkste reden daarvoor was dat er zich sinds 2003 veel beleidsmatige veranderingen hebben voorgedaan binnen de beide hoofdstromen van de sociale geneeskunde. Deze beïnvloedden de verwachte zorgvraag aanmerkelijk, waardoor een raming van het aantal opleidingsplaatsen op de lange termijn onmogelijk was.

In 2010 heeft het Capaciteitsorgaan wél een raming uitgebracht van de geadviseerde instroom in alle specialismen en profielen in de sociale geneeskunde. Deels werd daarmee opvolging gegeven aan een aantal deeladviezen die sinds 2007 waren gegeven voor vier profielen binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid, deels werd daarmee inzicht gegeven in de zich snel ontwikkelende toekomstige tekorten binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid.

Voor het specialisme bedrijfsgeneeskunde in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid wordt afgezien van het geven van een advies voor de gewenste instroom. Belangrijkste redenen daarvoor zijn:

- Het nog steeds ontbreken van stabiliteit op de markt van de bedrijfsgezondheidszorg;
- De onzekere vooruitzichten waarmee de Arbodiensten worden geconfronteerd;
- Het beleidsvacuüm waarin de sector momenteel verkeert.

De tabellen zijn ingedeeld per specialisme. De waarden voor de horizontale substitutie en voor de factor sociaal cultureel staan bij de bedrijfsarts in deze tabellen op 0%. Het Capaciteitsplan heeft dit zo gedaan, omdat de werkelijke waarden niet kunnen worden geschat in verband met de vrij fundamentele adviesaanvraag die het ministerie van SZW aan de SER heeft voorgelegd.

Voor de raming 2013 bestaan voor de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid ook nog steeds enkele kwantitatieve onzekerheden. Deze worden veroorzaakt door de aanpassingen van de registratie-eisen door het besluit van het toenmalige CGS in 2003. Voor alle betrokken artsen betekent dit een overgang naar het specialisme M&G of een profielregistratie of een volledig verlies van alle titels. De daaropvolgende aanpassingen in de registers van de sociale geneeskunde leiden tot onzekerheden in de berekening van de vertrekkansen (en de externe rendementen) na 5,10, 15 en 20 jaar, omdat de beroepen nog niet zo lang bestaan. Door te werken met een bandbreedte is dit probleem ondervangen.

8.2 Beleidsontwikkelingen

8.2.1 Maatschappelijke veranderingen

Binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid kan de wijziging van de Arbowet per 2006 aangewezen worden als de eerste beleidswijziging die daadwerkelijk leidde tot majeure daling van de vraag naar bedrijfsartsen. De instroom in de opleiding is vanaf het bekend worden van deze beleidswijziging volledig gestagneerd. Op middellange termijn zal hierdoor een tekort aan bedrijfsartsen gaan ontstaan dat dan niet meer kan worden ingelopen. De belangstelling van basisartsen voor het be-

roep van bedrijfsarts is - net als voor de overige specialismen in de sociale geneeskunde - traditioneel laag. De scenario-ontwikkeling voor de bedrijfsgezondheidszorg die in 2013 door het ministerie van SZW is uitgevoerd en momenteel voor advisering bij de SER ligt, laat zien dat de toekomst van dit beroep door de overheid sterk kan worden beïnvloed. Dit zal de aantrekkelijkheid van het beroep bedrijfsarts niet vergroten. De continuïteit van de beroepsuitoefening kan voor de bedrijfsarts op de langere termijn immers niet gegarandeerd worden.

De veranderingen in het wettelijk kader van de verzekeringsgeneeskundige zijn veel overzichtelijker dan die van de bedrijfsarts. De verzekeringsgeneeskundige en de (van oudsher op gemeentelijk terrein opererende) arts indicatie en advies zullen elkaar de komende decennia meer gaan tegenkomen. Voor beiden geldt echter dat de zorgvraag van de cliënt door de wetgeving niet ingrijpend wordt beïnvloed. Hooguit verandert de opdrachtgever die de cliënt met een zorgvraag naar de arts verwijst.

Nederland voert op het gebied van preventie een succesvol gezondheidsbeleid, waarmee in Europa een vijfde plaats wordt behaald³⁰. Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid worden de komende periode geen fundamentele beleidswijzigingen (meer) verwacht. De hoofdstroom heeft inmiddels een position paper uitgebracht³¹, waarin gepleit wordt voor strategische versterking door investeringen in opleiding en onderzoek. De aandacht gaat voornamelijk uit naar de uitwerking van reeds ingezette beleidswijzigingen. In de sector jeugdgezondheidszorg staan op de agenda: het Centrum voor Jeugd en Gezin, de decentralisatie van de Jeugdzorg, het extra contactmoment voor adolescenten en andere verfijningen in het basistakenpakket Jeugd. Het advies over de samenstelling van het basispakket Jeugdgezondheidszorg³² leidt niet tot extra vraag naar jeugdartsen³³. Voor de sector infectieziektebestrijding betreft het de samenwerking met de veiligheidsregio's, voor de sector tuberculosebestrijding het nationaal plan tuberculosebestrijding. In de medische milieukunde betreft het eveneens de samenwerking met de veiligheidsregio's. De sector indicatie en advies is al genoemd in relatie tot de decentralisatie van wetgeving naar de gemeenten. De sector beleid en advies wordt de komende jaren door beleidsbeslissingen van zorgverzekeraars en het ministerie van Defensie kwantitatief versterkt. Het nationaal Programma Preventie³⁴ past in deze tijdsgeest.

Voor de forensische geneeskunde zijn er wél veranderingen te verwachten door de aanpassing van de huidige werkvorm aan de tien nieuwe politieregio's. Daarnaast heeft de Gezondheidsraad onlangs een advies³⁵ uitgebracht aan de minister van OCW waarin wordt gesteld dat de forensische geneeskunde in Nederland niet die positie inneemt die past bij haar taken. De Gezondheidsraad beveelt onder meer aan de opleiding te verlengen naar drie jaar, GGD'en in grotere regio's te laten samenwerken en de financiering van de erkende medische profielopleiding onder regie van het Opleidingsfonds te brengen.

30 Mackenbach, J.P.; McKee, M. (2013). De resultaten van het Nederlandse gezondheidsbeleid NTVG 157(13) A5686 p. 598-604

31 KAMG (2013): De bevolking gezond houden; position paper Artsen Maatschappij en Gezondheid

32 Cie. De Winter (2013): Een stevig fundament; evaluatie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg

33 De Waal, S (2013): Jeugdgezondheidszorg: zijn we op de goede weg? ;bericht van een reiziger

34 VWS (2013). Agenda voor een Nationaal Programma Preventie (108173-101510-PG)

35 Gezondheidsraad (2013): Forensische geneeskunde ontleed

8.2.2 Horizontale taakherschikking/taakverschuiving

Binnen de hoofdstroom A&G is het vraagstuk van de horizontale substitutie met name relevant voor de bedrijfsgeneeskunde. In het Capaciteitsplan 2010 werd geconstateerd dat de bedrijfsgeneeskunde de samenwerking met de huisarts meer als een kans dan als een bedreiging ziet. Het ministerie van SZW heeft aan de SER vijf beleidsscenario's voorgelegd, waaronder een scenario waarin de huisarts alle activiteiten gaat uitvoeren die niet wettelijk aan de bedrijfsarts voorbehouden zijn volgens de Wet verbetering poortwachter. Dit beleidsscenario kan niet rekenen op veel draagvlak in het veld, al spelen de aan dit scenario ten grondslag liggende problemen wel in de praktijk. Zo is er onduidelijkheid over de onafhankelijkheid van de bedrijfsarts in de relatie met de werkgever, zijn er knelpunten in de arbocuratieve samenwerking en ontbreekt de bedrijfsgeneeskundige zorg voor zelfstandigen.

De verzekeringsgeneeskunde krijgt mogelijk te maken met horizontale substitutie door de arts indicatie en advies ten gevolge van decentralisatie van relevante wetgeving van het Rijk naar de gemeenten. De verwachting is dat dit de komende jaren geen grote vormen gaat aannemen.

Voor de hoofdstroom M&G kan buiten de sector advies en indicatie alleen voor de sector jeugd een horizontale substitutie door de huisarts als een reële optie worden gezien. Het beleid van de beroepsgroep huisartsen is echter niet gericht op veranderingen in de opstelling naar de jeugdgezondheidszorg. Hierdoor blijft de eerder gesignaleerde netto positieve taakverschuiving naar de jeugdarts ook in deze raming gehandhaafd.

8.2.3 Verticale substitutie

Verticale substitutie vindt de komende jaren onverminderd doorgang. De verwachte toekomstige tekorten op de arbeidsmarkt aan sociaal geneeskundigen zullen de ontwikkeling van alternatieven en verdere verbetering van de efficiency aanjagen. De bedrijfsgeneeskunde is al jaren geleden begonnen met het overdragen van routinematige activiteiten aan basisartsen en casemanagers. De verzekeringsgeneeskunde heeft de laatste jaren positieve ervaringen opgedaan met de introductie van de persoonlijke assistent, een vorm van verticale substitutie van niet-medische taken.

Binnen de hoofdstroom M&G wordt al tientallen jaren geëxperimenteerd met substitutie. Om die reden wordt in het basistakenpakket Jeugd ook alleen gesproken over taken en activiteiten, niet over de discipline die deze taken moet uitvoeren. De verwachting is dat de substitutie binnen deze sector onverminderd blijft doorgaan. Beleidsmatig is de introductie van de verpleegkundig specialist preventieve zorg de volgende stap binnen deze sector. Deze is inmiddels schoorvoetend genomen.

8.2.4 Buitenland

Binnen de sociale geneeskunde wordt geen beleid gevoerd voor buitenlandse specialisten. De belangrijkste reden hiervoor is dat de meeste sociaal geneeskundige specialismen in het buitenland niet zijn erkend. Instroom van sociaal geneeskundigen met een buitenlands diploma komt daarom maar sporadisch voor. Uitstroom van Nederlandse sociaal geneeskundigen naar het buitenland wordt tot nu toe nog niet gemonitord.

8.2.5 Relatie met huisartsgeneeskunde

Beleidsmatig bestaat er alleen een relatie met het advies over de eerste lijn, de huisartsgeneeskunde. De in dat deelrapport genoemde beleidsinitiatieven gericht op andere sectoren zijn echter niet gericht op de sociale geneeskunde. Die beleidsinitiatieven van de huisarts zijn vooral gericht op horizontale substitutie vanuit de tweede lijn naar de eerste lijn en verdere uitbouw van de verticale substitutie binnen de huisartsenpraktijk. In het document Toekomstvisie Huisartsenzorg van LHV en NHG wordt zelfs niet expliciet stilgestaan bij jeugdgezondheidszorg of bedrijfsgeneeskundige zorg. Dat betekent dat op het gebied van de horizontale substitutie waarschijnlijk geen initiatieven van de huisarts te verwachten zijn, ook niet in de bedrijfsgezondheidszorg.

8.2.6 Opleidingsinstituten

De erkende opleidingen in de sociale geneeskunde vinden plaats bij NSPOH, TNO, NIOS, SGBO, en de Vrije Opleidingen te Amsterdam. Het opleidingsinstituut SGBO leidt net als de Vrije Opleidingen te Amsterdam alleen op tot bedrijfsarts. NSPOH verzorgt als opleidingsinstituut alle opleidingen in beide hoofdstromen. TNO verzorgt alleen de profielopleiding tot jeugdarts KNMG. De opleidingsinstelling NIOS geeft de erkende opleiding voor het (nog) niet erkend medisch specialisme sportarts. Er wordt geen expliciet beleid gevoerd door de opleidingsinstituten ten aanzien van de toekomstige capaciteit.

8.3 Onzekerheden

Er zijn een aantal onzekerheden in deze raming, die al eerder uitgebreider zijn benoemd. In het onderstaande worden deze nog eens samengevat.

8.3.1 Zorgvraag

Voor de bedrijfsgeneeskunde is de vraagontwikkeling sterk afhankelijk van de uitkomsten van het net door het ministerie van SZW aangevraagde SER-advies. Dit kan naar de mening van de experts in de Kamer Sociale Geneeskunde de vraagontwikkeling zowel positief als negatief zeer sterk beïnvloeden. Om die reden wordt in dit deelrapport nog geen advies uitgebracht voor de gewenste instroom in de opleiding tot bedrijfsarts. Wel wordt getoond hoe de capaciteit zich gaat ontwikkelen als de instroom op het huidige niveau blijft.

De forensische geneeskunde heeft sinds 1 januari 2013 te maken met de nieuwe politieregio's. De verwachting is dat de overgang naar de nieuwe indeling geleidelijk plaatsvindt. Er kunnen kleine aanpassingen ontstaan voor de piketdiensten met mogelijk andere organisatiemodellen, maar de veranderingen zullen weinig gevolgen hebben voor de vraag naar forensische zorg. Voor de overige specialismen en profielen zijn geen grote onzekerheden in de zorgvraag te verwachten.

8.3.2 Aanbod

De specialismen in de hoofdstroom A&G kennen weinig onzekerheden in de aanbodontwikkeling. Momenteel zijn er nog geen tekorten, maar er zijn de laatste tijd wel al meer vacatures op de traditioneel vrij rustige markt voor verzekeringsgeneeskundigen. De verwachting is dat er de komende jaren een vraagmarkt in de verzekeringsgeneeskunde gaat ontstaan door de snel toenemende uitstroom van verzekeringsgeneeskundigen.

De grootste onzekerheden zijn te zien bij de hoofdstroom M&G. De veranderingen in de registratie van de volledige beroepsbevolking in deze hoofdstroom leiden tot ontbrekende en/of instabiele data over de vertrekkansen per specialisme/profiel. Er wordt daarom met schattingen gewerkt voor de vertrekkansen bij deze specialismen. In combinatie met de veranderende pensioenleeftijd/vertrekleeftijd levert dat onzekerheid op over de aanbodontwikkeling in de komende jaren.

8.3.3 Werkproces

Naast de vraagontwikkeling vormt ook de horizontale substitutie een (daarmee samenhangende) grote onzekerheid binnen de bedrijfsgeneeskunde. Voor alle beroepen is de verwachting dat de verticale substitutie toeneemt in de periode tot 2031. Horizontale substitutie zal niet leiden tot daling van de vraag naar sociale geneeskunde. De prioriteit die in het visiedocument Huisartsenzorg bij de horizontale substitutie van de tweede lijn wordt gelegd maakt het eerder waarschijnlijk dat de vraag naar zorg door substitutie naar de sociale geneeskunde zal toenemen. Het visiedocument is inmiddels bekrachtigd in een akkoord met Rijk en veldpartijen in de tweede lijn.

8.3.4 Opleidingscapaciteit

De opleidingscapaciteit, oftewel opleiders en opleidingsinrichtingen, is voor de meeste specialismen en profielen geen probleem. Bij de bedrijfsgeneeskunde zou een opleidingsprobleem kunnen ontstaan aangezien bijna 1/3 van de bedrijfsartsen nu als zzp'er werkt en dus geenaios kan/mag opleiden. Verder worden alleen de profielen met lage aantallen beroepsbeoefenaren geconfronteerd met problemen om voldoende opleiders en opleidingsinrichtingen te vinden. Een voorbeeld hiervan is de medische milieukunde, waar het aantal opleidingsinrichtingen en opleiders beperkt is. Over het algemeen zijn er geen onzekerheden in de opleidingscapaciteit te verwachten.

De Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG) heeft het initiatief genomen tot oprichting van de stichting sociaal geneeskundige opleidingen, die tot doel heeft de administratieve en inhoudelijke beletsels te verminderen. Hiermee wordt een opleidingsinrichting geconfronteerd indien eenaios in de weinig voorkomende opleiding tot profielarts/arts M&G in de sector beleid en advies wil starten. De stichting fungeert dan als opleidingsinrichting en beschikt over de benodigde erkenningen.

8.3.5 Belangstelling voor het vak

Uit een enquête in 2009 onder basisartsen op zoek naar een opleidingsplaats bleek dat 4,5% een eerste voorkeur uitsprak voor sociale geneeskunde. Voor de tweede voorkeur bij deze groep basisartsen betrof het 11,4%. Een herhaling van deze enquête onder dezelfde omstandigheden in 2012 leverde percentages op van 4,2% en 6%. De komende 5 jaren zullen bij een rendement van 90% jaarlijks ongeveer 2.565 basisartsen afstuderen aan de Nederlandse geneeskundefaculteiten. De belangstelling van 4,2% en 6% betekent dan 107 respectievelijk 154 belangstellenden voor instroom in de diverse specialismen en profielen in de sociale geneeskunde. Daarmee is er onder de jonge basisartsen minder belangstelling voor de sociale geneeskunde dan dat er opleidingsplaatsen zijn.

De sector heeft traditioneel gezien een hoge instroom vanaios van oudere leeftijd. Uit het onderzoek onder basisartsen bleek dat de interesse in de sociale geneeskunde sterk toeneemt met de leeftijd. Onder basisartsen beneden de 30 jaar heeft 3,4% een eerste voorkeur voor de sociale geneeskunde,

onder basisartsen boven de 40 jaar is dat 62,1%. Dat betekent dat er potentieel voldoende belangstellenden zijn voor de beschikbare opleidingsplaatsen, maar die moeten dan niet alleen gerekruteerd worden onder de pas afgestudeerde basisartsen. Een tweede bron van instroom betreft geneeskundig specialisten die een carrièreswitch maken en de sociale geneeskunde als zij-instromer binnentreden. Cijfers daarover worden momenteel verzameld.

8.3.6 Complicaties marktwerking hoofdstroom A&G voor andere specialismen

De opleidingen in de hoofdstroom A&G zijn volledig onderhevig aan marktwerking. Dat betekent dat bij het ontstaan van tekorten aan bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen de respectievelijke werkgevers proberen om hun concurrentiepositie te verbeteren en om meer artsen te werven. Naast maatregelen op het gebied van primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden hoort daarbij ook het aanbieden van opleidingsplaatsen. De varkenscyclus kan bij deze twee specialismen gewoon doorgaan. Dat heeft echter ook oncontroleerbare effecten op de aantallen basisartsen die beschikbaar zijn voor de andere opleidingen buiten de sociale geneeskunde.

Marktwerking is voor de hoofdstroom M&G alleen van toepassing op de profielen en specialismen in de sectoren: beleid en advies, forensische geneeskunde en advies en indicatie. Het betreft hier echter kleine aantallen in vergelijking met de bijna 3.000 specialisten in de hoofdstroom A&G.

8.4 Belangrijkste scenario's

Bij de definitieve scenariokeuze spelen bovenstaande onzekerheden een rol. In de eerste plaats wil het Capaciteitsorgaan deze onzekerheden duidelijk maken door in plaats van een puntwaarde een bandbreedte te hanteren. In de tweede plaats wordt in verband met de verwachte tekorten in de hoofdstroom A&G integraal gekozen voor het vroege evenwichtsjaar 2025 in combinatie met doorgaande trends. Omdat de substitutie minder snel plaatsvindt dan in 2010 werd verwacht, hanteert het Capaciteitsorgaan voor de bepaling van de bandbreedte het scenario zonder en het scenario met verticale substitutie. Dat betekent dat de instroomwaardes uit de reële en realistische scenario's, met doorgaande trend en het evenwichtsjaar 2025 worden gebruikt om de bandbreedte te bepalen voor de hoofdstroom A&G.

Voor de hoofdstroom M&G weegt het aspect van de verticale substitutie minder zwaar. Bovendien is er geen sprake van toekomstige grote tekorten aan specialisten of profielartsen. Daarom neemt het Capaciteitsorgaan voor de bepaling van de bandbreedte bij de hoofdstroom M&G een bovengrens op basis van het realistische scenario met doorgaande trend en een te bereiken evenwicht per 2025. Voor de ondergrens neemt het Capaciteitsorgaan het reële scenario met doorgaande trend en een te bereiken evenwicht in 2031.

8.5 Advies instroom

Het advies aan het ministerie van VWS en het veld is tot stand gekomen op basis van de twee in paragraaf 8.4 genoemde scenario's: de reële en realistische scenario's met doorgaande trend en het evenwichtsjaar 2025.

Het advies voor de hoofdstroom A&G is duidelijk. Voor de hoofdstroom M&G presenteert het Capaciteitsorgaan het advies nu anders in de tabel dan in 2010. Om misverstanden te voorkomen is bij de geadviseerde instroom in de diverse profielopleidingen nu ook meegenomen: de instroom die nodig is om te kunnen starten met de tweede fase van de opleiding tot arts M&G. Daarbij is niet gecorrigeerd voor intern rendementsverlies in deze tweede groep. Tabel 29 vat de geadviseerde instroom sociale geneeskunde per specialisme/profiel samen. De onderkant van de bandbreedte is ontstaan door de verwachte werking van verticale substitutie volledig mee te nemen in de raming van de zorgvraag. Ook meegenomen is de daaruit voortvloeiende benodigde instroom in de opleidingen om in 2031 een evenwicht te bereiken bij doorlopende trends. De bovenkant van de bandbreedte is ontstaan door de verwachte werking van verticale substitutie volledig te negeren en uit te gaan van het vroeg bereiken van het evenwicht in 2025, eveneens bij doorgaande trends.

Tabel 29: Geadviseerde instroom sociale geneeskunde per specialisme/ profiel met ingang van 2015; voor profielopleidingen inclusief benodigde instroom voor M&G opleiding.

Specialisme/profiel	Bandbreedte	
A&G bedrijfsgezondheidszorg	(131)*	(185)*
A&G verzekeringsgeneeskunde	43	49
M&G zonder profiel	21	27
M&G profiel beleid en advies	17	22
M&G profiel forensische geneeskunde	12	16
M&G profiel indicatie en advies	4	4
M&G profiel infectieziektebestrijding	15	19
M&G profiel jeugdgezondheidszorg	21	22
M&G profiel medische milieukunde	3	4
M&G profiel tuberculosebestrijding	5	6
Profiel beleid en advies	17	22
Profiel forensische geneeskunde	22	29
Profiel indicatie en advies	8	8
Profiel infectieziektebestrijding	15	19
Profiel jeugdgezondheidszorg	112	144
Profiel medische milieukunde	3	4
Profiel tuberculosebestrijding	5	6

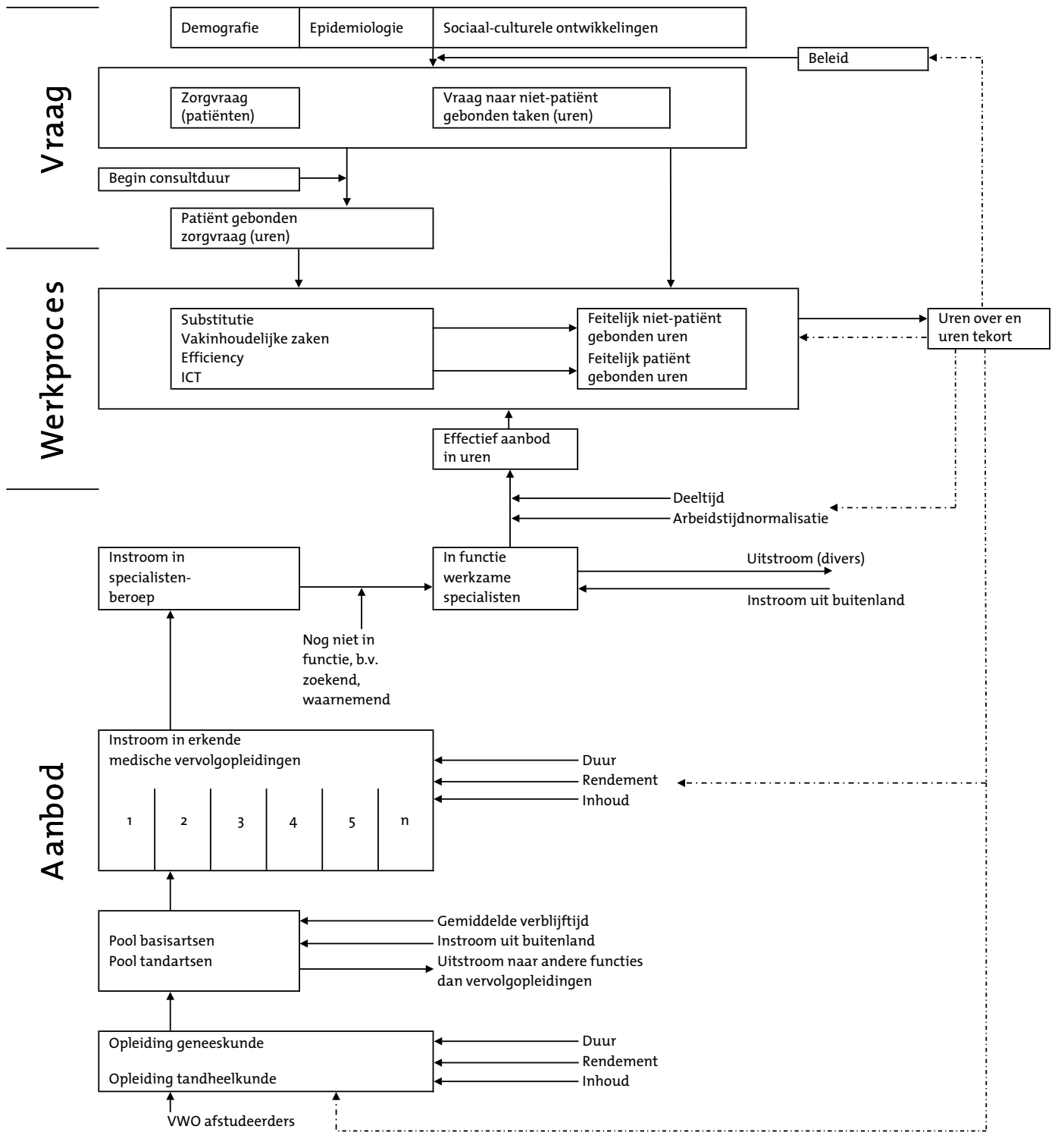
Bron: NIVEL

*: geen advies voor dit specialisme, (.) is het hypothetisch advies bij ongewijzigd beleid

Het instroomadvies voor de vier profielopleidingen en 2e fase opleidingen die onder het Opleidingsfonds vallen.

15 tot 19	voor de profielopleiding tot arts infectieziektebestrijding KNMG;
112 tot 144	voor de profielopleiding tot jeugdarts KNMG;
3 tot 4	voor de profielopleiding tot arts medische milieukunde KNMG;
5 tot 6	voor de profielopleiding tot arts tuberculosebestrijding KNMG;
15 tot 19	voor de 2e fase van de opleiding arts M&G voor de artsen infectieziektebestrijding KNMG;
21 tot 22	voor de 2e fase van de opleiding arts M&G voor de jeugdartsen KNMG;
3 tot 4	voor de 2e fase van de opleiding arts M&G voor de artsen medische milieukunde KNMG;
5 tot 6	voor de 2e fase van de opleiding arts M&G voor de artsen tuberculosebestrijding KNMG.

Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2: Procedure en betrokken experts

Het Plenaire Orgaan heeft dit advies van de Kamer Sociale Geneeskunde besproken en vastgesteld in zijn vergadering op 16 oktober 2013.

De samenstelling van de Kamer Sociale Geneeskunde was op **31 december 2012** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Mw. L. Brewster
Dhr. J.B.J. Drewes
Dhr. R.J.M. Severeijns
Mw. C. Wierenga

Organisaties van opleidingsinrichtingen/-opleidingsinstituten

Dhr. J.W.J. van der Gulden
Dhr. A.J.P. Schrijvers
Mw. H.P. Uniken Venema
Dhr. H. Wind

Organisaties van werkgevers

Mw. L. ten Hove
Dhr. H. Kroneman
Dhr. W. van Rhenen
Dhr. M.H. Waterman
Mw. I. Steinbuch

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

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. A.W.J.M. van Bolderen
Mw. M.M.E. Schneider
Dhr. R.Ph. Smitshuijzen
Dhr. B. Stegeman
Dhr. C.J.G. Theeuwes (lid Dagelijks Bestuur)
Dhr. B. Vogel
Dhr. L. Wigtersma
Dhr. H.W. Zijlstra

Organisaties van opleidingsinstituten/-opleidingsinstellingen

Dhr. J.W. Boomkamp
Dhr. F.C. Breedveld
Dhr. P. de Jonge
Dhr. S.J. Noorda
Dhr. N.G.M. Oerlemans
Dhr. H.A.P. Pols
Dhr. J. Schaart
Dhr. R.A. Thieme Groen (lid Dagelijks Bestuur)

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. M.W.L. Hoppenbrouwers (voorzitter Dagelijks Bestuur/Plenaire 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