



Capaciteitsplan 2021-2024

Abortusartsen

**Een eerste richtinggevend
advies**

Capaciteitsplan 2021-2024

Abortusartsen

Een eerste richtinggevend advies

Statutaire doelstellingen:

- a. het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;
- b. advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgoopleidingen.2020

Inhoud

Samenvatting	1
1 Inleiding	3
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	3
1.2 Ontwikkelingen in de taakstelling van het Capaciteitsorgaan.....	4
1.3 Specifieke aandachtspunten abortusartsen.....	5
1.4 Indeling van dit deelrapport	6
2 Positionering abortusartsen	9
2.1 Ontwikkeling van het beroep	9
2.2 Overzicht aanverwante disciplines	10
2.3 Verhoudingen tussen disciplines	11
3 Opleiding	13
3.1 Inleiding.....	13
3.2 Realisatie opleidingen.....	14
3.2.1 Instroom	14
3.2.2 Leeftijd aios bij instroom.....	14
3.2.3 Totaal aantal abortusartsen in opleiding.....	15
3.2.4 Uitstroom uit de opleiding en inschrijving in het register van het NGvA.....	15
3.3 Intern rendement.....	16
3.4 Duur opleiding en percentage vrouwelijke aios	16
3.5 Extern rendement	17
3.6 Conclusies	17
4 Zorgvraag	19
4.1 Inleiding.....	19
4.2 Onvervulde vraag.....	19
4.3 Demografie	19
4.4 Epidemiologie	22
4.5 Sociaal-culturele ontwikkelingen	22
4.6 Conclusies zorgvraag	25
5 Huidig zorgaanbod	27
5.1 Inleiding.....	27
5.2 Omvang beroepsgroep	27
5.3 Omvang dienstverband.....	28
5.4 Instroom in het register	29
5.5 Uitstroom uit het register.....	29
5.6 Conclusie zorgaanbod.....	30
6 Werkproces	31
6.1 Inleiding.....	31
6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen.....	31

6.3	Technologische ontwikkelingen	33
6.4	Efficiency	33
6.5	Horizontale taakverschuiving.....	33
6.6	Verticale taakverschuiving	34
6.7	Arbeidstijdverandering.....	34
6.8	Conclusies werkproces	34
7	Scenario's	35
7.1	Inleiding.....	35
7.2	Basisscenario.....	36
7.3	Demografie scenario.....	37
7.4	Werkproces scenario.....	39
7.5	Maximale parameter waarden scenario: wetsvoorstel medicamenteuze zwangerschapsafbreking door de huisarts	40
7.6	Conclusie diverse scenario's	41
8	Overwegingen en advies.....	43
8.1	Inleiding.....	43
8.2	Beleidsontwikkelingen	44
8.2.1	Maatschappelijke veranderingen	44
8.2.2	Horizontale substitutie.....	44
8.2.3	Verticale substitutie	45
8.2.4	Opleidingsinstellingen	45
8.3	Andere onzekerheden	45
8.3.1	Zorgvraag.....	45
8.3.2	Aanbod.....	46
8.3.3	Werkproces	46
8.3.4	Opleidingscapaciteit verdelen	46
8.3.5	Belangstelling voor het vak	46
8.4	Belangrijkste scenario's	46
8.5	Advies instroom.....	46
Bijlage 1:	Model Capaciteitsorgaan	48
Bijlage 2:	Procedure en betrokken experts.....	49

Samenvatting

In Nederland worden jaarlijks ongeveer 31.000 zwangerschapsafbrekingen uitgevoerd. De 14 abortusklinieken nemen 28.000 zwangerschapsafbrekingen voor hun rekening, de ziekenhuizen 3.000. Zwangerschapsafbrekingen zijn sinds 1984 toegestaan op grond van de Wet afbreking zwangerschap en het Besluit afbreking zwangerschap. De Inspectie Gezondheid en Jeugd (IGJ) houdt nauwgezet toezicht op naleving van de wet en rapporteert jaarlijks uitgebreid over de stand van zaken. In de 14 abortusklinieken zijn 38 abortusartsen (24,3 fte) werkzaam. Het beroep kent 3 differentiaties: 1^e trimester abortusarts, 2^e trimester A abortusarts, en 2^e trimester B abortusarts. De beroepsvereniging, het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) heeft haar visie omtrent de opleiding van abortusartsen gedeeld met de opleidingsklinieken en vastgelegd in het document “Opleiding, (Her)registratie en Opleidingsvisitatie Abortusartsen”. De opleidingen en het beroep zijn niet erkend door het College van Geneeskundige Specialismen (CGS). Daardoor moet het NGvA alle registraties van aios (eigenlijk: opleidelingen) en abortusartsen zelf uitvoeren.

Het systeem van zwangerschapsafbrekingen is kwetsbaar. De abortusklinieken maken gebruik van een aparte subsidieregeling maar bewegen zich verder zonder regie op een vrije markt, waarbij concurrentie tussen de klinieken gebruikelijk is. De marges zijn klein. In 2017 gingen de zeven CASA klinieken failliet. Ook zijn er grote verschillen in taakomvang en aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen tussen de abortusklinieken. Twee klinieken voeren alle typen zwangerschapsafbreking uit, nog eens vijf klinieken voeren 1^e trimester en 2^e trimester A zwangerschapsafbrekingen uit en acht klinieken mogen alleen 1^e trimester zwangerschapsafbrekingen uitvoeren. Ook zijn er grote verschillen in aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen tussen grote klinieken in de Randstad en kleinere klinieken in de periferie. Die kleinere klinieken zijn wel nodig om de bereikbaarheid van deze vorm van hulpverlening te kunnen optimaliseren.

De abortusklinieken zijn ook de opleidingsinstellingen voor de abortusarts. Om artsen op te leiden tot abortusarts krijgen abortusklinieken een opslag op het tarief voor een zwangerschapsafbreking. Niet alle klinieken leiden echter op. Sommige klinieken zijn te klein om te kunnen voldoen aan de opleidingseisen, andere klinieken werven liever opgeleide abortusartsen. Er is dus geen *level playing field* bij de abortusklinieken als het gaat om het opleiden van abortusartsen. De opleiding van abortusartsen is dus (ook) kwetsbaar. Het ministerie van VWS wil daarom toe naar het separaat subsidiëren van opleidingsplaatsen.

Op basis van de registraties bij het NGvA, een enquête onder de beroepsgroep en de directies van de abortusklinieken, en de gegevensverzamelingen van de IGJ heeft het Capaciteitsorgaan een raming opgesteld van het aantal personen dat moet instromen in de drie verschillende opleidingen. Daarbij zijn een aantal scenario's opgesteld, waaruit de twee meest waarschijnlijk zijn gekozen om de bandbreedte van het advies te bepalen.

Het eerste scenario gaat ten opzichte van de huidige situatie uit van veranderingen in de instroom ten gevolge van de demografische groei van de bevolking (groei), vakinhoudelijke ontwikkelingen (groei) en sociaal-culturele ontwikkelingen (kleine daling). Het tweede scenario gaat uit van dezelfde

drie parameters. Bij de sociaal-culturele ontwikkelingen wordt in dit scenario uitgegaan van de mogelijkheid dat de huisarts een grotere rol krijgt bij zwangerschapsafbrekingen tot 9 weken. Er ligt momenteel een wetsvoorstel bij de Tweede Kamer dat dit mogelijk maakt. Als dit wetsvoorstel wordt aangenomen en uiteindelijk wordt ingevoerd zal de benodigde groei van het aantal en de fte abortusartsen kleiner zijn dan in het eerste scenario. De tabel laat de aantallen zien die bij deze twee

Specialisme/profiel	Bandbreedte	
	Minimum	Maximum
1e trimester abortusarts	2	3
2e trimester A abortusarts	1	1
2e trimester B abortusarts	1	1
Totaal	4	5

Momenteel bestaan er tekorten aan abortusartsen. Die worden in beide scenario's binnen 4 jaar ingelopen. Maar het is onzeker of het door Groenlinks en de PvdA ingediende wetsvoorstel het haalt. Ook als het wetsvoorstel wordt aangenomen in de Tweede Kamer zal het nog enige tijd duren voordat een en ander eventueel in wetgeving is gerealiseerd.

Het Capaciteitsorgaan adviseert veld en overheid daarom om de komende drie jaar de bovenkant van de bandbreedte te realiseren en jaarlijks 5 abortusartsen voor de diverse differentiaties op te leiden. Het Capaciteitsorgaan adviseert daarnaast om bij de opleiding van abortusartsen te bezien of er mogelijkheden gecreëerd kunnen worden om de kwetsbaarheid van perifere klinieken te verminderen.

1 Inleiding

Dit rapport is een eerste, richtinggevende, raming van de toekomstige vraag naar abortusartsen in Nederland, de benodigde capaciteit aan abortusartsen en de daarbij behorende instroom in de drie betrokken opleidingen. Het rapport bevat alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die het Capaciteitsorgaan hiervoor heeft gebruikt. Het rapport is opgesteld naar aanleiding van een verzoek van het ministerie van VWS ten behoeve van de afweging of een specifieke opleidingssubsidie voor de opleiding van deze artsen geïntroduceerd moet worden. De werkzaamheden hebben plaatsgevonden tussen april 2019 en juni 2020.

1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 als stichting opgericht door veldpartijen in de zorg. De statutaire doelstellingen zijn in 2015 aangepast en verruimd. De doelstellingen zijn als volgt omschreven:

- a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van ramingen met betrekking tot de toekomstige benodigde capaciteit aan professionals in de zorg;
- b. Advisering en informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en de capaciteit van de hiermee gepaard gaande instroom in opleidingen en vervolgopleidingen.

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit voor de gewenste instroom in de diverse erkende medische profiel- en vervolgopleidingen en de tandheelkundige vervolgopleidingen. Tevens brengt het Capaciteitsorgaan een raming uit over de daarvoor noodzakelijke instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Deze ramingen hebben een bandbreedte, waardoor ze als advies voor de overheid en het veld beschouwd kunnen worden. Overheid en veld moeten binnen deze bandbreedte een finale keuze maken. Het oogmerk van deze adviezen is om discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en in de toekomst te voorkomen.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan overheid en veld van onafhankelijke en betrouwbare informatie waarvan partijen gebruik kunnen maken voor uiteenlopende beleidsonderwerpen. Dit zijn bijvoorbeeld: buitenlandse instroom van basisartsen en medisch specialisten, omvang en voortgang van horizontale en verticale substitutie, beschikbare capaciteiten op de arbeidsmarkt, verwachte groei van de zorgvraag en het zorgaanbod en verwachte effecten van efficiëncymaatregelen en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Verder heeft het Capaciteitsorgaan vanaf medio 2013 tot medio 2016 op verzoek van het ministerie van VWS meegewerkt aan een initiatief van de Europese Unie om onze ramingsmethodiek en ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en met sommige landen zelfs te vergelijken. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in een aantal publicaties.^{1,2} Ook werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, “invited expert meetings” en klankbordsessies.

¹ Health Workforce Policies in OECD countries; right jobs, right skills, right places (OECD, 2016)

² Malgieri, A. et al: Handbook on health workforce planning methodologies across EU countries (EU Joint Action on Health Workforce Planning and Forecasting, 2015)

Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan telt 27 zetels. De beroepsgroepen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars vullen ieder 9 zetels in. Deze paritaire samenstelling is terug te vinden in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het ministerie van VWS subsidieert het Capaciteitsorgaan sinds 1999 volledig. In 2020 is het Capaciteitsorgaan aangewezen als Dienst van Algemeen Economisch Belang (DAEB). Daardoor is de subsidierelatie met het ministerie van VWS verandert in een compensatieregeling.

1.2 Ontwikkelingen in de taakstelling van het Capaciteitsorgaan

De eerste 10 jaar van het bestaan van het Capaciteitsorgaan zijn vooral gebruikt om kennis en ervaring op te doen binnen de oorspronkelijke doelstellingen. Deze beperkten zich tot de erkende medische en tandheelkundige vervolgopleidingen en de initiële opleiding geneeskunde. Daarna is die kennis en ervaring, telkens op verzoek van het ministerie van VWS, geleidelijk ingezet op aanverwante terreinen.

- De ervaringen op het terrein van monitoring en participatieve beleidsontwikkeling zijn gebruikt om zorgvraag en zorgaanbod in de eerstelijns mondzorg in kaart te brengen. Naar aanleiding van een advies van de Commissie Innovatie Mondzorg heeft het Capaciteitsorgaan op verzoek van VWS vanaf 2008 de beroepsgroepen tandarts en mondhygiënist (beide initiële opleidingen in de mondzorg) in kaart gebracht en –met een onderbreking tussen 2014 en 2018- vervolgens gemonitord en van ramingsadviezen voorzien;
- In 2009 is het Capaciteitsorgaan gestart met het in kaart brengen van de gewenste en gerealiseerde capaciteitsontwikkelingen voor de vijf BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheid. In 2011, 2013, 2015 en 2018 zijn adviezen over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Vanaf 2014 worden deze ramingen structureel uitgevoerd. Het ministerie van VWS maakt van deze adviezen steeds meer gebruik. De adviezen uit het Capaciteitsplan 2018 zijn gebruikt voor zowel het Hoofdlijnenakkoord GGZ 2018 als voor de reguliere instroom in de vijf opleidingen vanaf 2020;
- In 2012 heeft het ministerie van VWS het Capaciteitsorgaan gevraagd om te onderzoeken of de capaciteit aan beroepen waarvan de opleiding gesubsidieerd wordt via het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) met de voorhanden zijnde methodieken in kaart gebracht kan worden. Het betrof vijftien beroepen³, waarover op landelijk niveau geen capaciteitsgegevens beschikbaar waren. Het bijzondere aan dit verzoek was dat, naast de landelijke overkoepelende raming, er ook ramingen voor de twaalf FZO regio's moesten worden opgesteld in verband met de beperkte geografische mobiliteit van deze beroepsgroepen. Het Capaciteitsorgaan heeft hiervoor een gebruikersvriendelijke Internetapplicatie ontwikkeld die breed gebruikt wordt in alle ziekenhuizen en een aantal aanverwante opleidingsinstellingen. Het eerste advies met bijbehorende ramingen voor de FZO beroepen is medio 2014 opgeleverd. Vanaf dat moment is deze activiteit ook toegevoegd aan de structurele activiteiten van het Capaciteitsorgaan. Sinds 2014 is het aantal beroepen dat met deze applicatie door de opleidingsinstellingen geraamd kan worden op verzoek van VWS uitgebreid met de kinderverpleegkundige extramuraal, de oncologieverpleegkundige en de ambulanceverpleegkundige. Ook wordt de applicatie op verzoek

³ Het betreft de beroepen anesthesiemedewerker, deskundige infectieziektepreventie, gipsverband meester, klinisch perfusionisten, operatieassistenten, radiologisch laboranten, radiotherapeutisch laboranten, dialyseverpleegkundigen, IC-kinderverpleegkundigen, IC neonatologieverpleegkundigen, IC-verpleegkundigen, kinderverpleegkundigen, obstetrieverpleegkundigen en SEH verpleegkundigen.

van alle ziekenhuizen elk jaar gebruikt om de ziekenhuizen de mogelijkheid te geven deze beroepen strategisch te monitoren en hun personeelsbestand actueel te houden;

- In 2016 heeft het ministerie van VWS aan het Capaciteitsorgaan gevraagd om een eerste richtinggevende raming op te stellen voor de openbaar apotheker. Deze raming is gebruikt in de beleidsmatige afweging of de opleiding van de openbaar apotheker een beroep kon gaan doen op de Beschikbaarheidsbijdrageregeling. Dat is niet gebeurd, waardoor deze raming geen vervolg heeft gekregen;
- In 2017 heeft het ministerie van VWS aan het Capaciteitsorgaan gevraagd om de verslavingsarts te gaan ramen. Het Capaciteitsorgaan heeft een eerste richtinggevende raming in 2018 uitgebracht. De verslavingsarts wordt vanaf 2019 structureel meegenomen in de ramingen binnen de zes BIG geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheid;
- Eind 2018 heeft het ministerie van VWS aan het Capaciteitsorgaan gevraagd om de beroepen physician assistant en verpleegkundig specialist te gaan ramen. Het Capaciteitsorgaan heeft eind 2019 een eerste richtinggevende raming opgesteld. Vanaf 2020 worden ook deze ramingen structureel uitgevoerd.

1.3 Specifieke aandachtspunten abortusartsen

De raming voor de abortusartsen kent de volgende specifieke aandachtspunten:

1. Aanbod: De abortusartsen worden momenteel niet als geneeskundig specialisme erkend door het ministerie van VWS of als profielarts door de KNMG. Daardoor ontbreken een aantal betrouwbare databronnen (CBS, RGS) die normaliter voor het opstellen van ramingen worden gebruikt;
2. Opleiding: Het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) kent een Commissie Opleiding en Registratie (O&R) die verantwoordelijk is voor de begeleiding en bewaking van het opleidingsproces, opname in het beroepsregister, en herregistratie in het beroepsregister. Het NGvA heeft in 2018 een document "Opleiding, (Her)registratie en opleidingsvisitatie Abortusartsen herzien, dat eind 2019 is goedgekeurd door de ALV. Bijna alle werkzame abortusartsen zijn lid van het NGvA;
3. De (in service) opleiding kent drie differentiaties, die successievelijk kunnen worden gevolgd: de opleiding tot eerste trimester abortusarts, de opleiding tot tweede trimester A abortusarts, en de opleiding tot tweede trimester B abortusarts.
4. De drie opleidingen worden momenteel volledig door de abortusklinieken gefinancierd. De abortusklinieken ontvangen hiervoor een opslag op de vergoeding voor elke verrichting (op basis van de Subsidieregeling abortusklinieken);
5. De abortusklinieken werken hoofdzakelijk met door de NGvA geregistreerde abortusartsen, Daarnaast zijn er 2 gynaecologen en een NGvA geregistreerd gynaecoloog met een tweede trimester A registratie werkzaam;
6. Een kliniek heeft zich onlangs tot het ministerie van VWS gewend om te helpen om een nieuwe abortusarts aan te trekken. De abortusklinieken leiden niet allemaal op. Er is daardoor geen *level playing field* tussen de klinieken. De toekomstige aanwezigheid van voldoende opgeleide abortusartsen is niet geborgd. Om die reden wil het ministerie van VWS een separate subsidieregeling voor de opleiding van abortusartsen in het leven roepen. Het

Capaciteitsorgaan is gevraagd om een advies uit te brengen over de benodigde instroom in de opleiding.

1.4 Indeling van dit deelrapport

In **hoofdstuk 2** wordt de positionering van de abortusarts besproken. Ook worden raakvlakken met aanverwante beroepen benoemd en er wordt aangegeven hoe de afstemming met deze beroepen is geborgd.

In **hoofdstuk 3** staat een overzicht van eerder gerealiseerde instroom in de drie opleidingen. De eerdere daadwerkelijke opleidingsduur per opleiding wordt bepaald. Ten slotte volgt er een berekening van het rendement van de verschillende opleidingen aan de hand van beschikbare data. Uitkomsten van deze analyses zijn de eerste parameters voor de vulling van het ramingsmodel. Dit zijn: opleidingsduur, aantal artsen momenteel in opleiding, man/ vrouw verdeling, nieuwe aios in de opleiding tussen nu en het eerste bijsturingjaar (2021), en intern rendement.

Hoofdstuk 4 beschrijft het belangrijkste en meest onzekere onderdeel uit het ramingsmodel: de verwachte ontwikkeling/verandering van de zorgvraag van 1 januari 2019 tot 1 januari 2031 en/ of 1 januari 2037.

De inschatting van de veranderingen in de zorgvraag is het meest onzekere onderdeel van de ramingen. In ons model wordt rekening gehouden met vier parameters: de huidige onvervulde vraag, de demografische effecten op de toekomstige vraag, epidemiologische effecten op de toekomstige vraag en sociaal-culturele effecten (waaronder beleid) op de toekomstige zorgvraag.

Een aantal verwachte ontwikkelingen is niet terug te brengen tot puntschattingen. In deze gevallen hanteert het Capaciteitsorgaan op aangeven van de experts een minimum en een maximum waarde voor de betreffende parameter.

Het bestaand aanbod aan beroepsbeoefenaren komt in hoofdstuk 5 aan bod. Een aantal karakteristieken, waaronder de ontwikkeling van de aantallen geregistreerde beroepsbeoefenaren, werkzame beroepsbeoefenaren, gemiddelde fte's en verwachte uitstroom vanaf 2021 wordt in dit hoofdstuk beschreven. Op basis van de ontwikkeling van de laatste jaren én de verwachtingen van experts voorspelt het Capaciteitsorgaan de toekomstige ontwikkeling van de uitstroom en gemiddelde fte's respectievelijk beschikbare uren bij de resterende groep beroepsbeoefenaars.

In hoofdstuk 6 worden de verwachtingen over het werkproces beschreven voor de vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency, horizontale taakverschuiving, verticale taakverschuiving en arbeidstijdverandering. Deze verwachtingen beïnvloeden het verwachte beschikbare zorgaanbod aan beroepsbeoefenaren. Ook voor deze verwachtingen geldt dat niet in alle gevallen puntschattingen mogelijk zijn.

De gegevens uit de hoofdstukken 3, 4, 5 en 6 worden vervolgens gebruikt om een aantal scenario's op te stellen. Aan de hand hiervan raamt het Capaciteitsorgaan telkens de benodigde arbeidscapaciteit in de twee evenwichtsjaren 2031 en 2037 en de bijbehorende instroom in

opleidingen. Het Capaciteitsorgaan betreft steeds meer gegevens bij de diverse scenario's. Het opstellen van de scenario's gebeurt dus op cumulatieve wijze in hoofdstuk 7.

Het **basisscenario** gaat uit van een onveranderde ontwikkeling van de zorgvraag in de komende 18 jaar. Dit scenario wordt door het Capaciteitsorgaan alleen als referentiescenario gebruikt, omdat het onwaarschijnlijk is dat de zorgvraag 18 jaar niet verandert. Het **demografiescenario** is het eerste reële scenario. Dit scenario houdt in de eerste plaats rekening met de huidige onvervulde zorgvraag en vervolgens met de consequenties die (door het CBS verwachte) veranderingen in de demografische samenstelling van de bevolking hebben op de benodigde capaciteit aan beroepsbeoefenaren.

Vervolgens wordt over het demografiescenario een **zorgvraagscenario** geprojecteerd, waarin de twee overige factoren die de zorgvraag beïnvloeden (trends in epidemiologische ontwikkelingen en sociaal-culturele ontwikkelingen) en werkprocesparameters zoals vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuiving worden meegenomen.

Er zijn geen **arbeidstijdsenario's** en **verticale substitutiescenario's** gehanteerd. De CAO 's voor abortusartsen gaan de komende jaren niet veranderen qua arbeidstijd. Er zijn geen mogelijkheden voor verticale substitutie, gezien de wettelijke verplichtingen en de beperkte inzet van abortusartsen. Ten slotte is er wel een **maximale parameterwaarden scenario**, waarin de parameterwaarde voor sociaal culturele aspecten op de hoogst overeengekomen waarde is gezet. Op deze manier ontstaat een overzicht van een viertal mogelijke ontwikkelingen, gevat in vier verschillende scenario's. De verwachting van het Capaciteitsorgaan is dat de werkelijke toekomst zich binnen de marges van deze 4 scenario's gaat ontwikkelen. Door dit na 3 jaar wederom te toetsen middels een nieuwe raming kan tijdig worden bijgestuurd.

Ten slotte worden in hoofdstuk 8 de belangrijkste beleidsontwikkelingen nog eens geïnventariseerd met de daarbij horende onzekerheden. Dit leidt tot een keuze voor de twee meest waarschijnlijke scenario's met de bijbehorende instroomadviezen. Het Capaciteitsorgaan beschouwt deze twee instroomadviezen als de bandbreedte van het advies dat vervolgens aan de minister van VWS en het veld wordt aangeboden. Daarbij spreekt het Capaciteitsorgaan meestal ook een voorkeur uit voor één van de twee scenario's en het bijbehorende instroomadvies.



2 Positionering abortusartsen

2.1 Ontwikkeling van het beroep

Tot 1984 was de abortushulpverlening in Nederland alleen strafrechtelijk gereguleerd. Tussen 1881 en 1984 is abortus opgenomen in het Wetboek van Strafrecht en alleen toestaan op medische indicatie. Wel werden de medische indicaties met achtereenvolgende herzieningen van het Wetboek telkens ruimer. In de praktijk werd alleen tot vervolging overgegaan als de vrouw ten gevolge van de abortus overleed.

Vanaf de jaren '50 vond een omslag in het denken plaats, van invulling van het begrip “medische indicatie” naar “afweging tussen zelfbeschikkingsrecht van de vrouw en bescherming van de ongeboren vrucht”. Met name in de jaren '70 was het ook een onderwerp dat maatschappelijk breed leefde.⁴ De eerste abortusklinieken werden begin jaren '70 geopend. Op dat moment startte eigenlijk ook de ontwikkeling van het beroep abortusarts. Het eerste wetsvoorstel daartoe werd al in 1970 ingediend. De Wet Afbreking Zwangerschap (1 mei 1981) en het Besluit Afbreking Zwangerschap (17 mei 1984), die beiden in 1984 van kracht werden, hebben geleid tot een betere regulering van de zwangerschapsafbreking en daarmee ook een impuls gegeven aan de ontwikkeling van het beroep abortusarts.

Een andere impuls voor de ontwikkeling van het beroep was de oprichting van het Nederlands Genootschap van Abortusartsen (NGvA) in 1992. Dit Genootschap van -in aanleg- 60 artsen heeft in snel tempo een handboek en een beroepscode ontwikkeld, opleidingseisen opgesteld, een functieprofiel en kwaliteitsborgingsnormen vastgesteld. In principe kan de opleiding tot eerste trimester abortusarts worden gevolgd als de arts beschikt over een registratie in het BIG register en een Verklaring Omtrent Gedrag. Relevante werkervaring en vervolgoopleidingen dienen middels het CV te worden overlegd.

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft op basis van de Wet sinds 1984 een monitorfunctie op populatieniveau met betrekking tot de verrichtingen die in abortusklinieken en ziekenhuizen worden uitgevoerd. Daarnaast hebben de abortusklinieken nog een op individuele basis opgezette anonieme registratie waarin het merendeel van de abortusklinieken participeert. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd heeft de sector abortushulpverlening uitgebreid onderzocht in 1997.⁵ Daarbij zijn geen fundamentele tekortkomingen geconstateerd. In opdracht van het ministerie van VWS is via een subsidie van ZonMW in 2005⁶ wederom onderzoek uitgevoerd. De Wet leek ook toen nog adequaat te functioneren. Momenteel wordt opnieuw onderzocht hoe de Wet afbreking zwangerschap werkt door een combinatie van onderzoekers van Amsterdam UMC en Pro facta.

⁴ Pro Vita Humana, jaargang 14, nr.1/ 2, pag. 17-20.

⁵ De WAZ in de praktijk; een onderzoek naar de naleving van de Wet Afbreking Zwangerschap; 1997

⁶ Evaluatie Wet Afbreking Zwangerschap; M.R.M. Visser c.s.; AMC/ UVA; september 2005; subsidie ZonMW

De vigerende taakomschrijving van de abortusarts is de volgende: de abortusarts diagnosticeert het al dan niet bestaan van zwangerschappen en de kwaliteit daarvan. Hij verricht op verzoek van cliënten, in eigen volle verantwoordelijkheid, behandelingen gericht op het afbreken van zwangerschappen volgens de regelen der kunst. Daarbij draagt de abortusarts tevens zorg voor de begeleiding en nacontrole en voor het geven van een verantwoord adequaat anticonceptieadvies.

De abortusarts kent 3 (cumulatieve) registraties:

1. Eerste trimester abortusarts (tot en met een bipariëtale diameter van 22 mm. oftewel tot 13 weken amenorroeduur);
2. Tweede trimester A abortusarts (tot en met een bipariëtale diameter van 42 mm. oftewel tot 18 weken amenorroeduur);
3. Tweede trimester B abortusarts (vanaf een bipariëtale diameter van 43 mm. en hoger maar maximaal tot 24 weken amenorroeduur).

Zwangerschapsafbrekingen ná het eerste trimester worden slechts in een beperkt aantal abortusklinieken (2020: 7 klinieken) en ziekenhuizen (2020: hoofdzakelijk de 8 UMC 's) uitgevoerd.

2.2 Overzicht aanverwante disciplines

In vervolg op de vorige paragraaf kan worden aangegeven dat er een aantal aanverwante disciplines voor de abortusarts zijn:

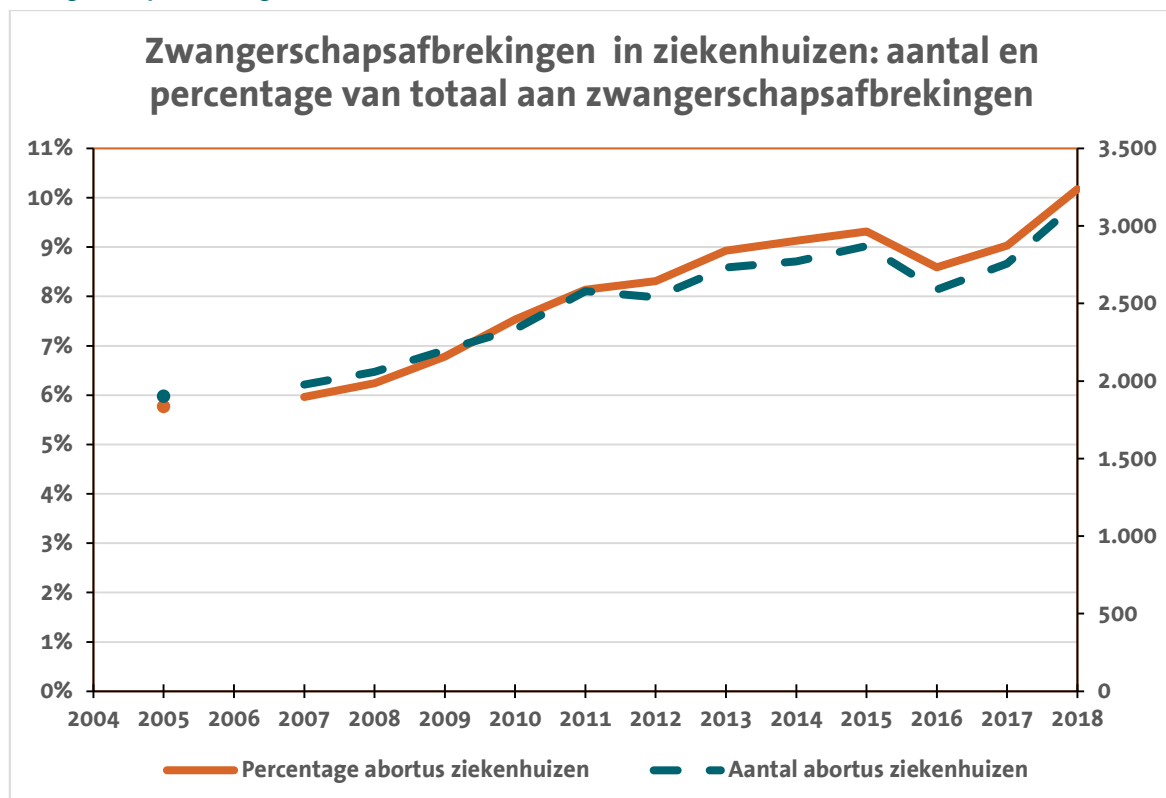
- De gynaecoloog: ziekenhuizen met een afdeling gynaecologie hebben standaard een vergunning om abortus uit te voeren, maar hoeven daar overigens geen gebruik van te maken. Het betreft in ziekenhuizen meestal abortus op medische indicaties, bijvoorbeeld baarmoederkanker bij de vrouw of een met het leven onverenigbare aandoening bij de vrucht. Op het totaal aan toegepaste zwangerschapsafbrekingen is de bijdrage van de ziekenhuizen ongeveer 11%. De abortusarts en de gynaecoloog hebben beroepsmatig contact met elkaar. Daarnaast heeft elke abortuskliniek een samenwerkingsovereenkomst een ziekenhuis om in geval van complicaties patiënten te kunnen doorverwijzen;
- De huisarts: de huisarts mag momenteel nog geen medicamenteuze overtijdbehandeling uitvoeren. Is de vraag. In de Tweede Kamer is echter een wetsvoorstel ingediend dat het mogelijk moet maken dat de huisarts ook een zwangerschap tot 9 weken medicamenteus mag afbreken. Dat wetsvoorstel wordt waarschijnlijk in 2020 in de Tweede Kamer behandeld.
- De verpleegkundige: in de meeste abortusklinieken werkt de abortusarts samen met een verpleegkundige, die de abortusarts assisteert, hetzij bij de anesthesie hetzij bij de ingreep. Daarnaast is ook de monitoring van de patiënt na de ingreep vaak in eerste aanleg gedelegeerd aan de verpleegkundige;
- De anesthesist: in sommige abortusklinieken vindt de anesthesie door een anesthesist in plaats van de verpleegkundige plaats. In dat geval hoeft de arts de verpleegkundige niet te begeleiden;
- Deskundigen op psychologisch en maatschappelijk gebied: in de AMvB staat aangegeven dat deze deskundigheid beschikbaar met zijn. Door afspraken op lokaal niveau met interne of externe deskundigen, bijv. FIOM, wordt dit vormgegeven.

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

De abortusarts en de gynaecoloog hebben professioneel contact met elkaar. Het grootste deel van de zwangerschapsafbrekingen wordt overigens toegepast in de abortusklinieken. Wel is het aantal en het percentage toegepaste zwangerschapsafbrekingen in ziekenhuizen tussen 2007 en 2014 toegenomen. Daarna zijn beiden gestabiliseerd. De toenames in de ziekenhuizen zijn hoogstwaarschijnlijk het gevolg van de landelijke introductie van de 20-wekenecho in 2007. Dat leidt tot een toename van het aantal (vermoedens van) afwijkingen dat opgespoord wordt. De zwangere vrouw wordt vervolgens doorverwezen naar het ziekenhuis voor nadere diagnostiek. Daardoor vinden in het ziekenhuis meer zwangerschapsafbrekingen plaats, met name in het tweede trimester van de zwangerschap. Het aantal tweede trimester zwangerschapsafbrekingen in het ziekenhuis is gestegen van 445 naar 1.034. Dat verklaart volledig de toename van aantal en het percentage zwangerschapsafbrekingen in het ziekenhuis (figuur 1).

Over de aantallen (medicamenteuze) overtijdbehandelingen die door de huisarts worden verricht zijn geen gegevens beschikbaar. Dit wordt door de zorgverzekeraar niet bijgehouden.

Figuur 1: Aantal zwangerschapsafbrekingen in ziekenhuizen en percentage van totaal aantal zwangerschapsafbrekingen



Bron: jaarrapportages Wafz Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd; rapportage 2010 geïmputeerd door de Inspectie.



De bijna identieke beweging van het aantal ziekenhuisabortus en het percentage ten opzichte van het totaal verraadt al dat het aantal zwangerschapsafbrekingen in de loop van de tijd maar marginaal veranderd is.

3 Opleiding

3.1 Inleiding

De titel abortusarts is in Nederland niet beschermd. Het beroep is geen erkend specialisme of profiel. In 2017 hebben wel oriënterende gesprekken met het College Geneeskundige Specialismen plaatsgevonden over de erkenning als een nieuw profiel.⁷ Van de 14 bekende abortusklinieken maken 9 uitsluitend gebruik van abortusartsen die in het kwaliteitsregister van het NGvA zijn geregistreerd. Het NGvA heeft voor de abortusartsen een generiek functieprofiel opgesteld.⁸

Registratie is mogelijk na het volgen van een praktijkopleiding. De praktijkopleiding omvat een algemeen gedeelte en een specifiek gedeelte (per registratie), twee voortgangsgesprekken en een eindbeoordelingsgesprek, Korte Praktijkbeoordelingen (KPB), geschiktheidsbeoordelingen, 360 graden feedbacks en een portfolio. De abortusarts in opleiding wordt boventallig ingepland. Voor de opleider en de plaatsvervangend opleider zijn in het opleidingsdocument specifieke inzetcriteria benoemd. De opleiding wordt afgesloten met een dagexamen voor de 1^e trimester (tot en met 12 weken) abortusarts. Vervolgens kan de abortusarts, nadat hij een goede bekwaamheid heeft verworven op het terrein van het afbreken van zwangerschappen in het eerste trimester, in opleiding gaan voor 2^e trimester A abortusarts (van 13 tot 18 weken na de laatste menstruatie). Indien de 2^e trimester A abortusarts een goede bekwaamheid heeft verworven op het terrein van afbreken van zwangerschappen in week 13 tot 18 kan hij na het met goed gevolg afleggen van een examen vervolgens in opleiding gaan tot 2^e trimester B abortusarts (vanaf 18 weken tot en met 22 weken). De beoordeling of de arts een goede bekwaamheid heeft verworven is ter beoordeling aan de opleider⁹ aan de hand van de opleidingscriteria, waarna dat getoetst wordt door middel van een examen door onafhankelijke examinatoren. Gezien de beperkte aantallen zwangerschapsafbrekingen in het tweede trimester en het op peil houden van de bijbehorende vaardigheden is de opleiding tot 2^e trimester A en 2^e trimester B abortusarts beperkt tot 7 respectievelijk 2 opleidingsinstellingen.

De duur van de opleiding is in de bijgewerkte versie van het NGvA document “Opleiding, (Her)registratie en Opleidingsvisitatie” (september 2019) voor elke opleiding vastgesteld op 40 weken. Daarvoor was de opleidingsduur hoofdzakelijk afhankelijk van het aantal werkdagen per week. Tabel 1 laat zien wat de opleidingsduur in weken bedroeg voor 1^e trimester, 2^e trimester A en tweede trimester B abortusartsen tot 2020.

Tabel 1: Opleidingsduur abortusartsen in weken naar rato van werkdagen per week tot 2020

Aantal werkdagen/ week	1e trimester	2e trimester A	2e trimester B
2	28	40	40
3	20	28	28
4-5	16	20	20

Bron: NGvA

⁷ Jaarverslag 2017 College Geneeskundige Specialismen: doorstart; 2018

⁸ Functieprofiel NGvA; vastgesteld in 1993, geactualiseerd 1998

⁹ Opleiding, (Her)registratie en opleidingsvisitatie Abortusartsen; NGvA september 2018

Uiteraard zit tussen de verschillende opleidingen tot abortusartsen tijd waarin de eerder genoemde “goede bekwaamheid” voor het volgen van de volgende opleiding kan worden opgebouwd. Overigens is het aantal artsen dat opgeleid wordt tot 2^e trimester B abortusarts beperkt. De aantallen zwangerschapsafbrekingen die moeten worden uitgevoerd in verband met de bekwaamheidscriteria maken dat er maar zeven tweede trimester B abortusartsen in Nederland zijn, die in twee abortusklinieken werken.

3.2 Realisatie opleidingen

3.2.1 Instroom

De instroom in de 3 onderscheiden differentiaties wordt alleen geregistreerd door de Commissie Opleiding en Registratie (Commissie O&R) van het NGvA. Deze commissie is verantwoordelijk voor de begeleiding en bewaking van het opleidingsproces. Voordat met de opleiding wordt gestart dient het opleidingsprogramma ter goedkeuring aan de Commissie O&R te worden voorgelegd. De Commissie O&R heeft haar registraties aan het Capaciteitsorgaan beschikbaar gesteld. Tabel 2 laat de gegevens over de instroom in de drie opleidingen zien.

Tabel 2: Instroom differentiaties abortusarts

Differentiatie	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1e trimester abortusarts	2	3	6	0	1	3
2e trimester A abortusarts	1	1	2	0	2	3
2e trimester B abortusarts	2	0	0	1	1	1
Totaal	5	4	8	1	4	7

Bron: Commissie O&R NGvA

De tabel laat zien dat het aantal artsen dat ingestroomd is in de differentiatie tot 1^e trimester abortusarts in de afgelopen 6 jaar gemiddeld 3 per jaar was. Een uitzondering vormt 2017, het jaar waarin de CASA klinieken failliet gingen. In dat jaar is nauwelijks opgeleid, omdat de artsen van de CASA klinieken zich gingen herverdelen over de andere abortusklinieken. De instroom in de differentiatie tot 2^e trimester A abortusarts is minder (gemiddeld 2 per jaar), net als de instroom in de differentiatie tot 2^e trimester abortusarts B (gemiddeld 1 per jaar). Daarbij moet worden aangetekend dat de opgeleide tweede trimester B abortusartsen bijna allemaal bij de Bloemenhove kliniek zijn gaan werken en dat deze opleiding nu verzadigd is.¹⁰

3.2.2 Leeftijd aios bij instroom

De gemiddelde leeftijd van de aios bij instroom in de opleiding is relevant omdat dan ook een raming kan worden gemaakt van de (maximale) periode waarover de abortusarts daarna werkzaam zal zijn. Dat bepaalt dan weer de vervangingsvraag en de toekomstige instroom die daarmee gepaard gaat. In tabel 3 wordt de gemiddelde instroomleeftijd van aios in de opleiding tot abortusarts vergeleken met de gemiddelde instroomleeftijd van de aios huisartsgeneeskunde en medische specialisten.

¹⁰ Mondelinge mededeling NGvA 14 mei 2020

Tabel 3: Gemiddelde beginleeftijd aios abortusarts 2014-2019 ten opzichte van huisarts en medisch specialist 2014-2018

Differentiatie	Beginleeftijd NGvA	Beginleeftijd deelnemers enquête
1e trimester	39,5 jaar	35,4 jaar
2e trimester A	41,0 jaar	39,7 jaar
2e trimester B	43,8 jaar	41,6 jaar
Huisarts (RGS)	29,3 jaar	
Medisch specialist (RGS)	29,2 jaar	

Bron: Commissie O&R NGvA / RGS

Omdat de opleidingen tot abortusarts volgtijdelijk zijn werd verwacht dat de gemiddelde beginleeftijd voor een 1^e trimester differentiatie lager zou zijn dan die voor de 2^e trimester A en 2^e trimester B differentiaties. Hoewel niet iedereen alle drie de differentiaties volgt is dit fenomeen in de praktijk zichtbaar gebleken. Ook is zichtbaar dat de basisarts bij instroom in de eerste trimester differentiatie tot abortusarts gemiddeld 10 jaar ouder is dan de basisarts bij instroom in de opleiding tot huisarts of medisch specialist. Overigens is wel een verjonging van de instroom zichtbaar. Bij de artsen die gerespondeerd hebben op de enquête was de gemiddelde instroomleeftijd lager.

3.2.3 Totaal aantal abortusartsen in opleiding

Tabel 4 laat het totaal aantal abortusartsen in opleiding per opleiding zien gedurende het jaar. Door de korte opleidingsduur per opleiding omvatten deze getallen per 1 januari (met name bij de 1^e trimester abortusarts in opleiding) niet alle abortusartsen die het voorgaande jaar in opleiding zijn. Er is voor gekozen om alle abortusartsen die in een bepaald jaar in opleiding waren in deze tabel te laten zien.

Tabel 4: Totaal aantal abortusartsen in opleiding; 2015-2020

Differentiatie	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1 ^e trimester abortusarts	4	6	3	1	3	0
2 ^e trimester A abortusarts	2	3	2	2	4	3
2 ^e trimester B abortusarts	1	0	1	1	2	1
Totaal	7	9	6	4	9	4

Bron: Commissie O&R NGvA

De gegevens over de afgelopen zes jaar laten zien dat de totale opleidingscapaciteit normaliter schommelt tussen de 6 en de 9 aios. Het jaar 2018 wordt als een bijzonder jaar beschouwd omdat de instroom in de opleidingen in 2017 (en een deel van 2018) bijna volledig weggebleven is.

3.2.4 Uitstroom uit de opleiding en inschrijving in het register van het NGvA

De artsen die een differentiatie succesvol afronden worden uitgeschreven uit het opleidingsregister van het NGvA. Daarna kunnen ze worden ingeschreven in het NGvA register van abortusartsen, mits ze voldoen aan alle bijbehorende voorwaarden. Een vergelijking van de jaarlijkse uitstroom uit het

opleidingsregister met de jaarlijkse instroom in het register van abortusartsen van de NGvA) leverde op dat deze doorstroom 100% bedroeg.

3.3 Intern rendement

Bij de raming van de geadviseerde instroomplaatsen houdt het Capaciteitsorgaan ook rekening met eventuele uitvallers gedurende het opleidingstraject. Dit wordt uitgedrukt in het interne rendement van de opleiding. Het interne rendement van een opleiding is gedefinieerd als: het percentage aios van elk opleidingscohort dat de opleiding op enig moment succesvol afsluit. Uit de cijfers van de commissie O&R blijkt dat het interne rendement van de differentiaties hoog is; bijna elke aios sluit de gevolgde differentiatie succesvol af (tabel 5). De reden daarvoor is dat de aios al uitgebreid kennis heeft gemaakt met het beroep voordat hij met de opleiding start. Daarnaast zijn de klinieken, als exclusief financier van de opleidingen, gebaat bij een goede selectie van aios.

Tabel 5: Intern rendement naar differentiatie

Differentiatie	Intern rendement
1 ^e trimester abortusarts	93,3%
2 ^e trimester A abortusarts	100%
2 ^e trimester A abortusarts	100%
Totaal	96,4%

3.4 Duur opleiding en percentage vrouwelijke aios

De duur van de opleidingen is belangrijk om te bepalen op welke termijn instroom in een opleiding leidt tot daadwerkelijk (productief) werken als abortusarts. De nominale duur van de drie medische vervolgoopleidingen bedraagt sinds de herziening van het opleidingsdocument 40 weken. De daadwerkelijke duur is echter onder meer afhankelijk van het dienstverband van de aios en van de mogelijkheid om de benodigde aantallen abortus voor de betreffende opleiding ook te realiseren. Binnen de abortusklinieken wordt hoofdzakelijk parttime gewerkt. Uit onderzoek van de gegevens van de Commissie O&R kon de gemiddelde duur van de opleidingen gedurende de periode 2014-2019 worden bepaald (tabel 6). Het betreft hier de daadwerkelijke tijd tussen begin en start van de opleiding, inclusief eventuele onderbrekingen. Inmiddels is door de wijziging van het opleidingsdocument de duur van de opleiding voor de 1^e trimester opleiding veranderd in 40 weken.

Het percentage vrouwelijk aios is met name van belang als een beroepsgroep verschillen kent in gemiddeld te werken fte tussen mannen en vrouwen. In hoofdstuk 5 komt dit voor de zittende groep abortusartsen aan de orde. Ter referentie: in het academisch jaar 2018/2019 was 67% van de geneeskundestudenten van het vrouwelijk geslacht.¹¹

¹¹ Bron: CBS Statline, geraadpleegd 16 april 2019

Tabel 6: Percentage vrouwelijke aios en opleidingsduur; 2014-2019

Specialisme/profiel	Aantal vrouwen	Percentage vrouwen	Opleidingsduur (weken)
1e trimester abortusarts	16	93,8%	27,0*
2e trimester A abortusarts	10	89,0%	44,6
2e trimester B abortusarts	4	78,0%	44,8
Totaal	30	90,9%	35,5

Bron: NGvA/ Nivel

*Inmiddels is de duur van de 1^e trimester opleiding veranderd in (minimaal) 40 weken

Uit de gegevens van het NGvA kon niet de gemiddelde tijd tussen de opleidingen worden berekend als een arts na de 1^e trimesteropleiding doorgaat met de 2^e trimester A opleiding c.q. de 2^e trimester B opleiding. Gezien de recente verlenging van de opleidingsduur voor de 1^e trimester abortusarts is het onwaarschijnlijk dat een abortusarts in de toekomst in één jaar meerdere opleidingen volgt. Het betreft overigens maar een beperkt aantal artsen.

3.5 Extern rendement

Nivel heeft op basis van een enquête onder de abortusartsen in combinatie met bestaande gegevens van het NGvA aannames gemaakt voor de kans dat een basisarts die de opleiding tot abortusarts succesvol heeft afgerond 1, 5, 10 en 15 jaar later nog aan het werk is als abortusarts.¹² De zo tot stand gekomen theoretische “blijfkansen” worden gebruikt voor (abortus)artsen die nog in opleiding moeten gaan. Deze blijfkansen worden externe rendementen genoemd. Deze parameter is nodig om de aanbodontwikkeling in de komende jaren goed te kunnen inschatten. Tabel 7 laat de geschatte externe rendementen voor de toekomstige abortusartsen zien. Vanwege het lage aantal mannelijke abortusartsen zijn de externe rendementen alleen voor de totale groep nog af te studeren abortusartsen berekend.

Tabel 7: Externe rendementen differentiaties abortusarts

Differentiaties	Na 1 jaar	Na 5 jaar	Na 10 jaar	Na 15 jaar
1e trimester abortusarts	100%	100%	100,0%	83,0%
2e trimester A abortusarts	100%	100%	91,5%	83,0%
2e trimester B abortusarts	100%	100%	83,0%	83,0%

Bron: NGvA/ Nivel

3.6 Conclusies

De instroom van basisartsen in de onderscheiden differentiaties tot abortusarts is tot op heden afhankelijk van het beleid van de abortusklinieken, die daarvoor niet separaat worden gefinancierd. Met name de abortusklinieken met een lagere omzet zijn daarom terughoudend met het opleiden van abortusartsen. Grotere klinieken kunnen de kosten over een grotere omzet spreiden. Kleinere klinieken zullen liever een al geregistreerd abortusarts in dienst nemen. Die moet dan wel (extra) worden opgeleid in een van de grotere klinieken, iets waarvoor samenwerking en afstemming tussen de klinieken noodzakelijk is. Dat is een knelpunt, de klinieken concurreren in feite met elkaar.

¹² Overzicht resultaten van het Nivel-aanbodonderzoek t.b.v. de capaciteitsraming abortusartsen 2 juni 2020; Vis, E.; Batenburg, R.; van der Velden, L.

Over de jaren heen fluctueert de instroom in de opleidingen. Gemiddeld was de jaarlijkse instroom 3 voor de 1^e trimester abortusarts, 2 voor de 2^e trimester A abortusarts en 1 voor de 2^e trimester B abortusarts. Mogelijk zal de benodigde instroom de komende jaren iets lager liggen omdat 5 van de zeven 2B abortusartsen recent zijn opgeleid en de verwachte uitstroom uit deze differentiatie de komende jaren daarom laag is.

Het faillissement van CASA heeft de instroom in de opleidingen in 2017 en deels ook nog in 2018 sterk beïnvloed. Het lijkt erop dat de instroom in de opleidingen zich nu weer hersteld heeft. Sinds 2014 zijn 30 van de 33 in de opleidingen ingestroomde artsen vrouw. Waarbij de 2A en 2B opgeleide artsen bijna allemaal dezelfde zijn als de gedurende die periode 1^e trimester opgeleide artsen.

De gemiddelde aanvangsleeftijd van artsen voor deze differentiaties is zeker 10 jaar hoger dan die voor de opleidingen tot huisarts of medisch specialist. Daardoor is het rendement van deze differentiaties, gemeten in het aantal productieve jaren na registratie, lager dan bij huisartsgeneeskunde en medische specialismen. Er moeten door de jaren heen dus meer artsen worden opgeleid om eenzelfde capaciteit te borgen.

De artsen die met de opleiding beginnen maken die opleiding ook bijna altijd af. In 6 jaar tijd is er 1 arts in opleiding gestopt, ten tijde van het faillissement van de CASA klinieken. Artsen die eenmaal zijn opgeleid tot abortusarts blijven daarna voor lange tijd werkzaam in het beroep. Uitval na beëindiging van de opleiding en registratie als abortusarts is er voor alle drie de differentiaties de eerste 10 jaar niet en na 15 jaar nauwelijks.

4 Zorgvraag

4.1 Inleiding

Voor een gedegen advies over de wenselijke instroom in een vervolgopleiding is een zorgvuldige raming van de toekomstig verwachte zorgvraag essentieel. Het Capaciteitsorgaan gebruikt hiervoor als vertrekpunt de huidige zorgvraag. Normaliter is het vertrekpunt voor de huidige zorgvraag het aantal werkzame fte's abortusartsen (zie hoofdstuk 5). Vervolgens wordt dit gecorrigeerd voor een eventuele onvervulde vraag (openstaande vacatures, gemeld door de instellingen en de abortusartsen, die niet vervuld kunnen worden) of een overschot aan aanbieders (geen vacatures). De onvervulde vraag wordt uitgedrukt in een positief (of negatief) percentage van de huidige zorgvraag. Als de volledige huidige vraag daardoor is vastgelegd, wordt de toekomstige zorgvraag geraamd aan de hand van diverse scenario's voor de demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen worden eveneens in een procentuele verandering uitgedrukt. In dit hoofdstuk komt eerst de onvervulde vraag aan de orde. Vervolgens worden de verwachte parameters voor de demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen besproken. Ook dit hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal conclusies.

4.2 Onvervulde vraag

De huidige zorgvraag kan gelijk, groter of kleiner dan het bestaande aanbod zijn. Een ten opzichte van de huidige zorgvraag te klein aanbod komt normaliter tot uitdrukking in een toename van het aantal (langdurig) openstaande vacatures en/of een toename van wachttijden voor toegang tot de zorg. In de abortushulpverlening is een toename van de wachttijd geen optie. Er zal eerder worden gekozen voor langere werktijden om de hulpverlening binnen aanvaardbare tijden te continueren. Daarom wordt de huidige zorgvraag (geoperationaliseerd als het huidige aanbod) in het model gecorrigeerd voor de onvervulde vraag op basis van de gegevens uit de twee enquêtes. Pas daarna worden de drie andere beschreven parameters demografie, epidemiologie en sociaal-culturele ontwikkelingen toegepast op de gecorrigeerde, daadwerkelijke huidige vraag.

Voor de meeste abortusartsen zijn de abortusklinieken de enige werkgever. Er zijn geen historische gegevens over vacatures onder abortusartsen beschikbaar. Gezien het zeer beperkt aantal abortusartsen worden vacatures waarschijnlijk ook niet via massamedia geplaatst. De enquête onder de opleidingsinstellingen (respons 8 van de 14 klinieken) heeft opgeleverd dat er in de afgelopen 12 maanden 5 vacatures waren voor abortusartsen, waarvan 2 niet vervuld konden worden. In 2021 worden door de responderende klinieken 7 vacatures verwacht. Op basis daarvan is besloten om de onvervulde vraag op **9,2%**¹³ vast te leggen.

4.3 Demografie

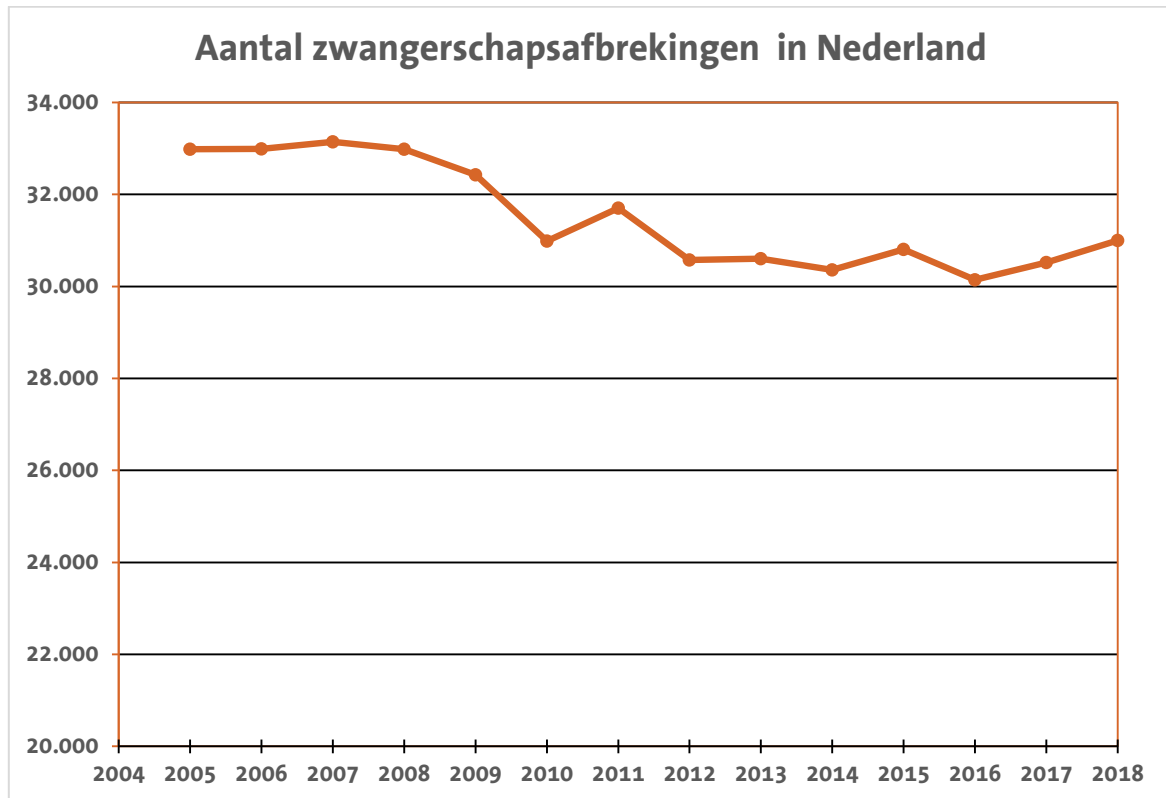
Bij de verwachtingen over de invloed van de demografie op de zorgvraag binnen de abortushulpverlening combineert het Capaciteitsorgaan (leeftijdsspecifieke) gegevens van het CBS¹⁴ met gegevens uit de jaarverslagen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in het kader van het toezicht op de abortusklinieken. Om een overzicht te krijgen over het perspectief van deze zorgvraag

¹³ Respons klinieken 8/14, lang openstaande/ onvervulbare vacatures 2/38: onvervulde vraag $(2/38) \cdot (14/8)$

¹⁴ Stoeldraijer, L.; van Duin, C.; Huisman, C.: Kernprognose 2019-2060: 19 miljoen inwoners in 2039

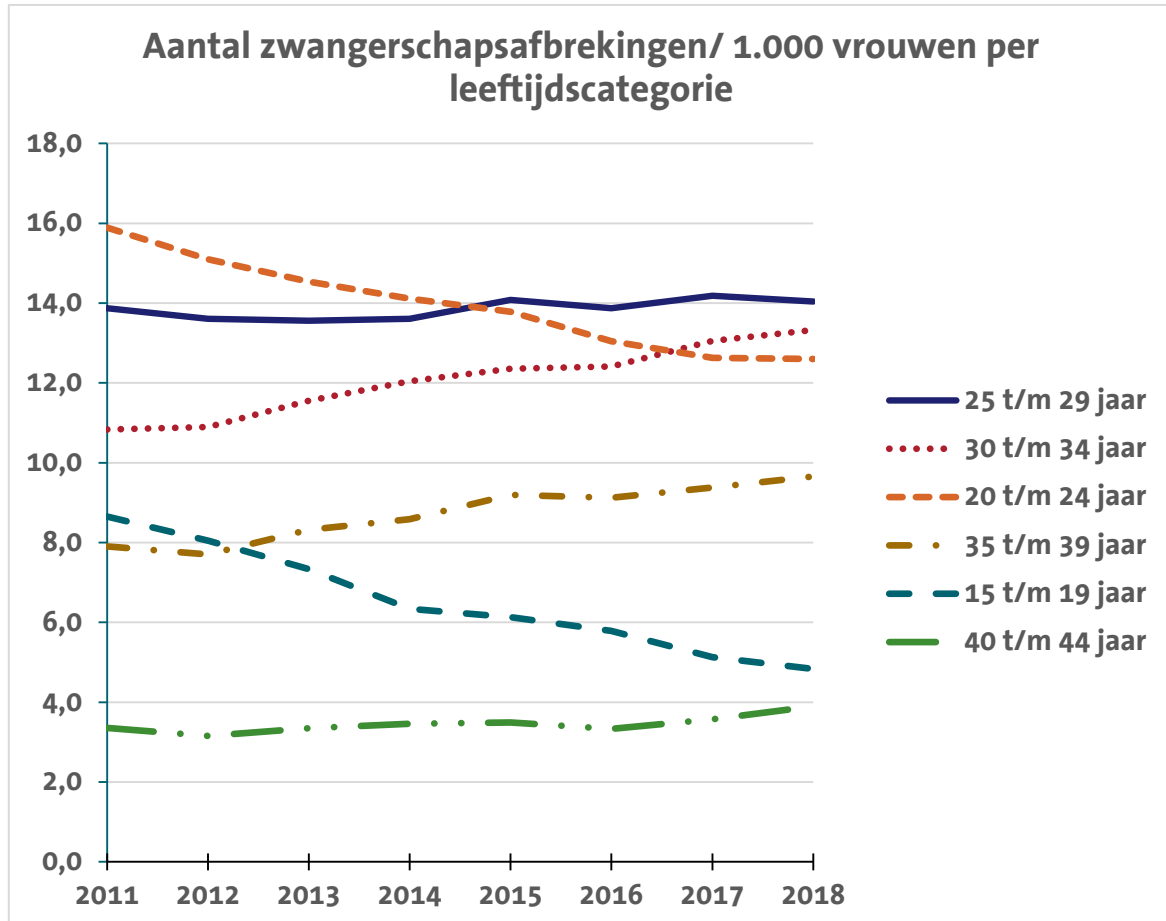
het volgende. Het aantal uitgevoerde zwangerschapsafbrekingen is sinds 2012 redelijk stabiel, rond de 31.000 (figuur 2).

Figuur 2: Aantal zwangerschapsafbrekingen door ziekenhuizen en abortusklinieken sinds 2005



De abortushulpverlening is vooral afhankelijk van de ontwikkelingen in de bevolkingsgroep van vrouwen in de leeftijd van 15 tot 45 jaar. Figuur 2 laat zien hoe het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1.000 vrouwen per 5-jaars leeftijdscategorie zich sinds 2011 ontwikkeld heeft. De categorie vrouwen jonger dan 15 jaar is buiten beschouwing gebleven. De figuur laat zien dat het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1.000 vrouwen het hoogst is voor de drie leeftijdsgroepen tussen de 20 en 35 jaar. Bij de groep 15 tot 20 jarigen en de groep 20 tot 25 jarigen is het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1.000 vrouwen sinds 2011 overigens continue aan het dalen. Bij de groep 25 tot 29 jarigen blijft het redelijk constant maar bij de groepen vrouwen tussen de 30 en 45 jaar is er sprake van een toename van het aantal zwangerschapsafbrekingen per 1.000 vrouwen.

Figuur 3: Aantal zwangerschapsafbrekingen per 1.000 vrouwen per leeftijdscategorie



Bron: Combinatie CBS/ IGJ

Gezien het feit dat de cijfers per 1.000 vrouwen niet stabiel zijn is besloten om de meest recente cijfers (over 2018) te combineren met de verwachte veranderingen in de bevolkingssamenstelling op basis van de Kernprognose bevolking 2019-2060 van het CBS. De uitkomst daarvan is dat de verandering in zorgvraag (aantal uit te voeren zwangerschapsafbrekingen) ten gevolge van de verwachte demografische samenstelling van de bevolking voor de komende 20 jaar als volgt uit ziet (tabel 8).

Tabel 8: Parameter demografie: Percentage totale verandering periode tot 2040

Periode	2020-2025	2020-2030	2020-2035	2020-2040
Demografische toename	+ 5,8%	+5,8%	+4,2%	+2,2%

Bron: NIVEL

De verwachte veranderingen in de leeftijdsopbouw van de vrouwelijke Nederlandse bevolking tussen de 15 en 45 jaar zullen leiden tot een toename van de benodigde capaciteit aan

abortusartsen. Deze toename ten gevolge van demografische groei is het grootst in de komende 10 jaar en zwakt daarna af door de vergrijzing van de bevolking. In deze demografische projectie is geen verschil gemaakt in zwangerschapsafbrekingen die worden toegepast in ziekenhuizen en abortusklinieken. Ook is geen verschil gemaakt tussen eerste en tweede trimester behandelingen. Voor een eerste raming is dat niet noodzakelijk.

4.4 Epidemiologie

Er zijn geen aanwijzingen dat de vraag naar abortus door epidemiologische factoren de komende 12 tot 18 jaar gaat toenemen of afnemen. De vraag naar abortus wordt maar zeer beperkt beïnvloed door de etiologie van ziekten. De theoretische toename ten gevolge van de toenemende leeftijd waarop vrouwen in verwachting raken wordt al meegenomen in de parameter demografie. De parameter epidemiologie wordt daarom op **0,0 %** gesteld.

4.5 Sociaal-culturele ontwikkelingen

In deze paragraaf worden de inschattingen van de experts besproken voor de verwachte jaarlijkse toe- of afname van de vraag door sociaal culturele ontwikkelingen. Dit bestrijkt een breed terrein aan mogelijke maatschappelijke ontwikkelingen, inclusief beleid. Er zijn twee aspecten die in dit kader waarschijnlijk relevant zijn voor de opstelling van deze raming, namelijk de onverwachte toename van het aantal jonge arbeidsmigranten uit andere Europese landen en een eventuele beleidswijziging ten aanzien van de mogelijkheid om zwangerschapsafbreking tot 9 weken ook uit te laten voeren door huisartsen.

Toename immigratie vanuit Europese landen

Het CBS verwacht in haar laatste Kernprognose een toename van de immigratie uit andere Europese landen, waardoor de bevolking harder groeit dan eerder werd aangenomen. Voor de extra groei van de bevolkingsomvang wordt al gecorrigeerd in de demografieparameter. De extra groei van de vraag naar abortus vanwege de andere culturele en sociaaleconomische achtergrond van deze arbeidsmigranten wordt bij deze parameter sociaal-culturele ontwikkelingen verantwoord. De arbeidsmigranten komen voornamelijk uit landen waar zwangerschapsafbrekingen nog verboden zijn. De experts schatten deze groei op 0,0% per jaar in.

Uitvoer zwangerschapsafbrekingen tot 9 weken door de huisarts

Sinds 2015 is het eerste abortuscombinatiemiddel voor huisartsen op de markt. Tot op heden mogen huisartsen de overtijdbehandeling tot 44 dagen amenorroeduur (16 dagen na de datum van de uitgebleven menstruatie) bij hun patiënten echter nog niet uitvoeren. Uit de data van de IGJ lijkt het erop dat het aantal overtijdbehandelingen uitgevoerd door abortusklinieken na 2015 licht gedaald is. Deze data zijn helaas niet stabiel omdat een wisselend aantal abortusklinieken aan deze vrijwillige registratie deelneemt. In 2018 zijn 7.536 overtijdbehandelingen in 9 abortusklinieken geregistreerd. Geëxtrapoleerd naar het totale aantal abortusklinieken betrof het in totaal naar schatting 10.048 overtijdbehandelingen. Van alle geregistreerde overtijd behandelingen in abortusklinieken betrof het in 3.632 van de 7.536 gevallen (48,2%) een uitsluitend medicamenteuze behandeling. Het percentage voor alle 1^e trimester behandelingen zal waarschijnlijk iets hoger liggen.

Waarschijnlijk is het (eventueel in de toekomst) uitvoeren van een medicamenteuze overtijdbehandeling niet aantrekkelijk voor de huisarts. De benodigde scholing voor een overtijd behandeling door de huisarts is er wel¹⁵, maar persoonlijke afwegingen van de huisarts én de obstakels bij het opbouwen en onderhouden van de vaardigheid (bij een gemiddeld aantal van 1 behandeling per jaar per huisarts) maakten het minder waarschijnlijk dat grote aantallen huisartsen de overtijd behandeling aan hun patiënten zouden aanbieden. Verder komt momenteel ongeveer 41% van de vrouwen rechtstreeks (zonder verwijzing door de huisarts) naar de abortuskliniek voor een overtijdbehandeling.

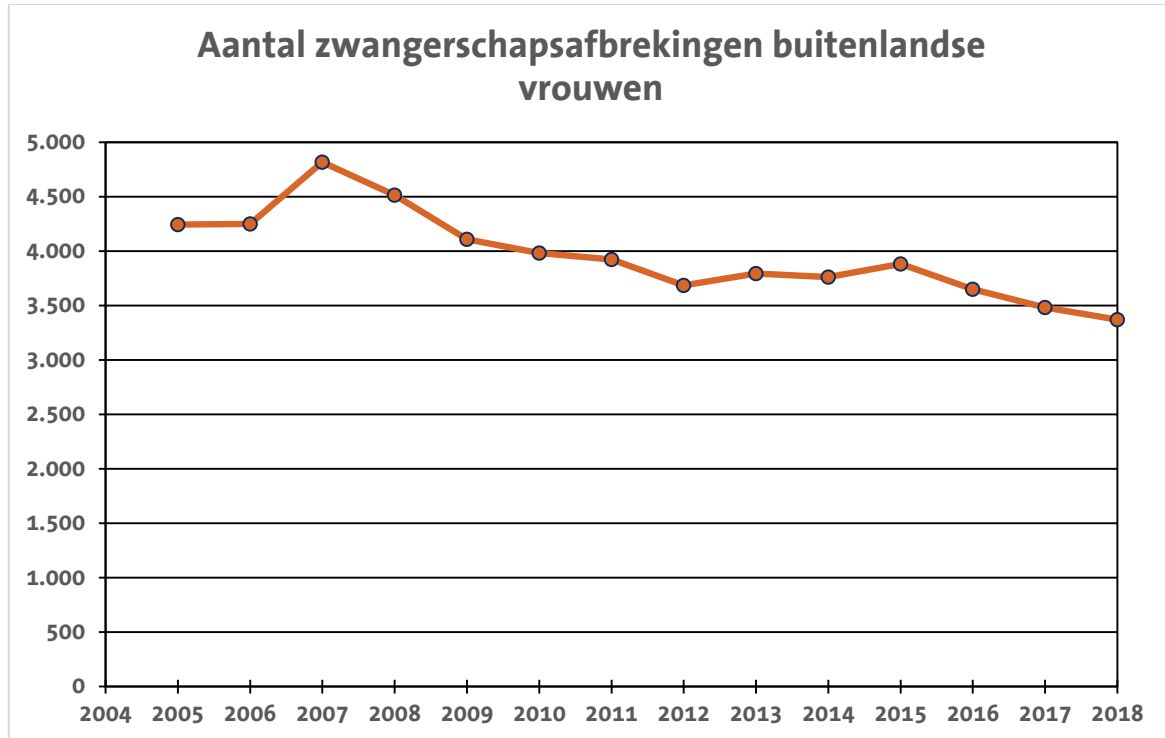
Een wetsvoorstel, ingediend door GroenLinks en de PvdA, om de Wet afbreking zwangerschap te wijzigen zodat medicamenteuze zwangerschapsafbreking door de huisarts mogelijk wordt tot 63 dagen (9 weken) na de laatste menstruatie zal waarschijnlijk nog in 2020 door de Tweede Kamer behandeld worden. De consequenties die dit kan hebben op de vraag naar abortus door abortusartsen is onduidelijk. De verruiming van de termijn heeft nauwelijks consequenties voor het gemiddeld aantal vrouwen dat zich met deze vraag presenteert bij de huisarts. De experts schatten wel in dat deze eventuele termijnverruiming op de langere termijn een negatief effect op de zorgvraag naar abortusartsen heeft.

Afname abortus buitenlandse vrouwen

De gegevens van de abortusklinieken laten zien dat het aantal abortus onder buitenlandse vrouwen in Nederland gestaag afneemt (figuur 4). De meest waarschijnlijk reden daarvoor zijn beleidswijzigingen in de landen waar deze vrouwen vandaan komen. De afname bedraagt sinds 2005 gemiddeld -1,5% per jaar. Aangezien het totale aantal abortus niet echt verandert neemt het aandeel van de buitenlandse vrouwen af, van 13% in 2005 tot 11% in 2018. De afname van het aandeel buitenlandse vrouwen wordt dus gemaskeerd door een kleine toename van het aantal Nederlandse vrouwen.

¹⁵ NHG: Leidraad huisartsen bij een onbedoelde zwangerschap

Figuur 4: Aantal zwangerschapsafbrekingen bij buitenlandse vrouwen



De ontwikkelingen in de sociaal economische parameter zijn niet gunstig. De extra arbeidsmigranten voeren wel de parameter demografie op maar zullen in sociaal economisch opzicht geen extra vraagtoename laten zien. De daling van de instroom van buitenlandse vrouwen door beleidswijzigingen rond abortushulpverlening in het buitenland veroorzaakt een lichte daling van deze parameter door beleid. De ontwikkelingen ten gevolge van de ingediende wetwijziging om de medicamenteuze abortushulpverlening naast de ziekenhuizen ook voor huisartsen open te stellen zal een veel groter effect op de abortusklinieken en de abortusartsen kunnen hebben.

Een steeds groter deel van de vrouwen die niet voor een overtijdbehandeling in de abortuskliniek behandeld wordt zijn door de huisarts verwezen. In 2018 betrof dat 66%. De huisartsen kunnen straks overwegen om een deel van deze patiënten niet door te verwijzen, maar zelf te behandelen. De aantallen zwangerschapsafbrekingen tot 9 weken/ overtijdbehandelingen die door de abortusklinieken werden uitgevoerd bedroegen in 2016 20.327 (74% van het totaal aan behandelingen), in 2017 20.652 (74%), en in 2018 20.910 (75%). Van dit deel is ongeveer een derde medicamenteus en twee derde is (een combinatie van) instrumenteel (en medicamenteus). Alleen medicamenteuze behandelingen mogen misschien door de huisartsen gedaan worden in de toekomst. Het gaat dus om circa 6.800 van de 27.500 zwangerschapsafbrekingen die jaarlijks door abortusklinieken worden uitgevoerd. Om die reden wordt voor de parameter sociaal-cultureel een bandbreedte gehanteerd van **-0,15%** per jaar ingeval deze wetwijziging niet door de Tweede Kamer komt. Als de wetwijziging wel wordt aangenomen wordt een scenario doorgerekend met **-2,0%** per jaar voor de parameter sociaal-cultureel. Uiteraard geldt dat in principe alleen voor de ontwikkeling

van de zorgvraag naar 1^e trimester abortusartsen. Alle 2^e trimesterartsen doen echter in de klinieken in de praktijk ook een substantieel deel van de 1^e trimesterbehandelingen. Voor deze artsen worden afgeleide percentages gebruikt van respectievelijk **-0,07% en -1,0%**.

4.6 Conclusies zorgvraag

In deze tabel worden de vier parameters getoond die gehanteerd worden voor de berekeningen van de verwachte zorgvraag in 2037. De hieraan ten grondslag liggende overwegingen zijn al behandeld in de desbetreffende paragrafen. De 2^e trimester abortusartsen ondervinden gedeeltelijk ook consequenties van de eventuele uitbreiding van de behandelmogelijkheden binnen het eerste trimester van de huisarts, als zij naast de 2^e trimester behandelingen nog 1^e trimester behandelingen uitvoeren, hetgeen blijkbaar de praktijk is.

Tabel 9: Parameterwaarden ontwikkeling zorgvraag aan abortusartsen

Parameter Differentiatie	Onver- vulde vraag	Demo 0-5 jaar	Demo 0-10 jaar	Demo 0-15 jaar	Demo 0-20 jaar	Epidemiolo- gie per jaar	Sociaal- cultureel per jaar
1e trimester	9,2%	5,8%	5,8%	4,2%	2,2%	0,0%	-0,15% tot -2,0%
2e trimester A	9,2%	5,8%	5,8%	4,2%	2,2%	0,0%	-0,07% tot -1,0%
2e trimester B	9,2%	5,8%	5,8%	4,2%	2,2%	0,0%	-0,07% tot -1,0%



5 Huidig zorgaanbod

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft alle parameters die van toepassing zijn op de huidige beroepsgroep abortusartsen. Aan de hand van deze parameters berekent het Capaciteitsorgaan de toekomstig beschikbare arbeidscapaciteit op basis van de zittende beroepsgroep. Dit combineert het Capaciteitsorgaan met de arbeidscapaciteit die de komende jaren nog toegevoegd wordt uit de bestaande opleidingsstromen, na correctie voor het intern en het extern rendement (hoofdstuk 3). Dan is duidelijk welke arbeidscapaciteit in 2032 en 2038 resteert uit het huidige zorgaanbod en de huidige opleiding.

De parameters voor het zorgaanbod bestrijken voor zover mogelijk de laatste 10 jaar. Daarbij moet rekening worden gehouden met lacunes in de registraties omdat die nu eenmaal niet voor dit doel zijn opgezet. Als bronbestand zijn uitsluitend gegevens van het NGvA gebruikt.

5.2 Omvang beroepsgroep

Tabel 10 geeft het aantal werkzame abortusartsen weer per 2020, naar differentiatie en geslacht.

Tabel 10: Aantal abortusartsen werkzame abortusartsen naar differentiatie en geslacht; 2020

Differentiatie	Mannen	Vrouwen	Totaal
1 ^e trimester abortusarts	1	17	18
2 ^e trimester A abortusarts	2	7	9
2 ^e trimester B abortusarts	2	6	8
Onbekend	0	3	3
Totaal	5	33	38

Bron: NGvA

Opgemerkt moet worden dat een 2^e trimester B abortusarts ook werkzaamheden als 2^e trimester A en 1^e trimester abortusarts uitvoert. Te zien is dat de helft van de werkzame abortusartsen alleen een registratie als eerste termijn abortusarts heeft. Reden daarvoor is dat de zorgvraag naar 2^e termijn abortus beperkt is; om de deskundigheid goed te kunnen onderhouden worden de 2^e termijn abortus in een aantal klinieken geconcentreerd. Slechts 7 van de 14 klinieken hebben een vergunning om 2^e termijn abortus toe te passen.

Niet alleen het aantal abortusartsen is voor het Capaciteitsorgaan van belang, ook de geslachts- en leeftijdsverdeling is relevant in verband met het ramen van de vervangingsvraag, met andere woorden: wanneer stopt de abortusarts met zijn/haar werkzaamheden en wanneer dient er een bevoegd vervanger beschikbaar te zijn?

Tabel 11 laat de leeftijdsverdeling en de geslachtsverdeling van de in 2020 werkzame abortusartsen in grote cohorten zien. In verband met de privacy is er geen andere opsplitsing naar geslacht of naar bevoegdheid openbaar te maken. In de berekeningen is die, waar mogelijk, wel gemaakt.

Tabel 11: Leeftijds- en geslachtsverdeling werkzame abortusartsen 1 april 2020*

Leeftijdscategorie	Mannen	Vrouwen	Totaal
< 35 jaar	0	5	5
35 tot 50 jaar	0	13	13
50 tot 65 jaar	5	10	15
> 65 jaar	0	5	5
Totaal	5	33	38

Bron: NGvA

*: van één vrouw tussen de 35 en 50 jaar is de werkzame status niet bekend, van twee vrouwen van 65 jaar en ouder eveneens

De tabel laat zien dat de kleine groep werkzame abortusartsen voornamelijk bestaat uit vrouwen (87%). De 5 werkzame mannen zijn allemaal tussen de 50 en 65 jaar oud. Bij de vrouwen is de leeftijdsverdeling homogener. Wel valt op dat er nog 3 à 5 werkzame vrouwen zijn die de leeftijd van 65 jaar al gepasseerd zijn. Omdat herregistratie jaarlijks moet gebeuren na de pensioengerechtigde leeftijd zijn deze gegevens betrouwbaar. Dat deze 5 vrouwen nog steeds aan het werk zijn kan duiden op een tekort aan opvolgers/ abortusartsen, hetgeen in hoofdstuk 4 over onvervulde zorgvraag ook al werd aangegeven.

5.3 Omvang dienstverband

Niet alleen het aantal (werkzame) abortusartsen is van belang, ook het aantal uren dat de arts per week werkt is relevant. De aard van de werkzaamheden brengt met zich mee dat veel abortusartsen parttime werkzaam zijn. Tabel 12 geeft een goede indruk van de omvang van het dienstverband van de abortusartsen.

Tabel 12: Omvang dienstverband per type abortusarts

Differentiatie	Aantal mannen	Fte gemiddeld	Aantal vrouwen	Fte gemiddeld	Totaal aantal	Totaal gemiddeld
1e trimester abortusarts	0	-	10	0,50*	10	0,50
2e trimester A abortusarts	2	0,78	5	0,78	7	0,78
2e trimester B abortusarts	2	0,95	4	0,53	6	0,67
Buitenlands opgeleid			1	0,80	1	0,80
Totaal	4	0,86	20	0,59	24	0,64

Bron: Nivel enquête, participatie 24 van de 36 abortusartsen

*: als de buitenlands opgeleid arts een 1e trimester abortusarts is wordt het fte percentage gemiddeld 0,53 fte

Zichtbaar is dat de 23 abortusartsen die dit deel van de enquête hebben ingevuld gemiddeld 0,62 fte (24,9 uur) werken. Er is wel een groot verschil tussen de mannen en de vrouwen zichtbaar, waarbij aangetekend moet worden dat de beroepsgroep aangeeft dat een deel van de vrouwelijke abortusartsen wel meer zouden willen werken, maar dat de zorgvraag in hun arbeidsgebied beperkt is.

Naast een uitdraai op differentiatie is ook een uitdraai naar geslacht en leeftijd gemaakt om te zien of de artsen die de komende jaren gaan uitstromen meer of minder uren werken dan de artsen die de komende jaren blijven werken (tabel 13).

Tabel 13: Aantal uren naar geslacht en leeftijd

Leeftijdscategorie	Aantal mannen	Uren	Aantal vrouwen	Uren	Totaal aantal	Uren
< 35 jaar	0		5	22,0	5	22,0
35 tot 50 jaar	0		10	22,8	10	22,8
50 tot 65 jaar	4	34,0	4	29,8	8	31,9
> 65 jaar	0		1	20,0	1	20,0
Totaal	4	34,0	20	23,8	24	25,5

Bron: Nivel enquête, participatie 24 van de 36 abortusartsen

De tabel laat zien dat de (vertrekkende) groep abortusartsen tussen de 50 en 65 jaar gemiddeld meer werkt dan de jongere leeftijdsgroepen.

5.4 Instroom in het register

Instroom in het NGvA register is mogelijk nadat de opleiding succesvol is afgesloten. Instroom van abortusartsen uit het buitenland komt niet voor. Naast de abortusartsen zijn alleen gynaecologen bevoegd om zwangerschapsafbrekingen toe te passen. Er zijn 3 gynaecologen die werkzaamheden verrichten voor abortusklinieken, waarvan 1 met een NGvA registratie als 2^e trimester A abortusarts. Instroomgegevens hebben we niet van het NGvA ontvangen, maar zijn ook niet noodzakelijk voor de raming. Eerder is namelijk aangegeven dat elke uitstromend abortusarts vanuit het opleidingsregister daarna doorstroomde in het NGvA register.

5.5 Uitstroom uit het register

In de enquête van Nivel is aan de abortusartsen gevraagd op welke leeftijd zij willen stoppen met hun werkzaamheden als abortusarts. Helaas leverde die vraag onvoldoende betrouwbare gegevens op om de uitstroomkansen van de huidige populatie werkzame abortusartsen te berekenen. Op basis van de leeftijdsgegevens in het NGvA register kunnen de uitstroomkansen van de werkzame abortusartsen worden berekend. Op basis van de leeftijd én de aanname dat de abortusartsen op hun 65^e levensjaar met pensioen gaan kunnen dan uitstroomkansen worden berekend. In tabel 14 worden de uitstroomkansen per registratie voor de komende 20 jaar getoond.

Tabel 14: Cumulatieve uitstroomkansen abortusartsen in procenten

	Tot 2025		Tot 2030		Tot 2035		Tot 2040	
	M	V	M	V	M	V	M	V
1e trimester abortusarts	0%	24%	0%	24%	100%	29%	100%	41%
2e trimester A abortusarts	100%	13%	100%	25%	100%	50%	100%	63%
2e trimester B abortusarts	0%	50%	100%	50%	100%	50%	100%	50%
Totaal	40%	26%	80%	29%	100%	39%	100%	48%

Bron: NGvA, bewerking NIVEL

De tabel laat zien dat de uitstroom de komende 5 tot 10 jaar relatief groot is, met name in de 2 A en 2B differentiaties, en daarna afzwakt.

5.6 Conclusie zorgaanbod

Er werden in 2018 bijna 28.000 zwangerschapsafbrekingen in 14 abortusklinieken uitgevoerd. Daarvoor is een aanbod van 38 abortusartsen (naar schatting 24,3 fte) beschikbaar. De abortusartsen zijn voor het merendeel vrouw. De 5 mannelijke abortusartsen zijn alle in de leeftijdscategorie 50 tot 65 jaar. Instroom van mannen in de opleiding komt in 10% van de gevallen voor. Het beroep zal de komende jaren vooral gekenmerkt worden door vrouwelijke artsen.

De groep abortusartsen is qua leeftijd en qua differentiatie niet regelmatig verspreid over de leeftijdscohorten. Ook is opvallend dat een aantal abortusartsen na hun 65^e levensjaar nog actief zijn als abortusarts. Dat duidt op een disbalans tussen vraag en aanbod. Het gegeven dat er toch (jongere) abortusartsen zijn die aangeven dat zij meer willen werken kan duiden op een geografisch probleem. Sommige abortusklinieken hebben door hun ligging te maken met een beperkte zorgvraag (maar vervullen wel een functie uit het oogpunt van bereikbaarheid). Abortusartsen zijn, gezien hun vraag om uitbreiding van hun dienstverband bij een abortuskliniek, blijkbaar dus ook maar beperkt mobiel.

De komende 5 jaar zal naar schatting 30% van de abortusartsen stoppen met zijn/ haar werkzaamheden en vervangen moeten worden. Daarna wordt de vervangingsvraag iets minder. De laatste tijd zijn veel jonge abortusartsen geregistreerd.

6 Werkproces

6.1 Inleiding

De zorgvraag en het zorgaanbod worden aan elkaar gekoppeld via het werkproces. In dit hoofdstuk worden de verwachtingen van het Capaciteitsorgaan over de ontwikkelingen binnen het werkproces beschreven. Deze ontwikkelingen zijn belangrijk in verband met de afstemming tussen vraag en aanbod. Zorgverleners kunnen een groter deel van de zorgvraag vervullen als er in het werkproces efficiencywinst geboekt kan worden of door vakinhoudelijke ontwikkelingen of technologische verbeteringen veranderingen mogelijk zijn. Daarnaast zijn ook op twee andere manieren capaciteitsveranderingen mogelijk in het werkproces. Zo kan een ander beroep op eenzelfde opleidingsniveau voortaan (deels) activiteiten gaan uitvoeren. Dit heet horizontale substitutie. Een (theoretisch) voorbeeld hiervan is de gynaecoloog die abortusactiviteiten overneemt/ uitvoert in abortusklinieken of de huisarts die overtijdbehandelingen overneemt van de abortusarts. Een tweede voorbeeld is de verticale substitutie. Hiervan is sprake wanneer een lager geschoolde professional taken overneemt, bijvoorbeeld de verpleegkundige die taken overneemt van de abortusarts in het voortraject of het natraject van de daadwerkelijke zwangerschapsafbreking. Veranderingen in het werkproces hebben geen planbare begin- of einddatum. Zij gaan direct in en gelden voor de volledige bestaande capaciteit aan beroepsbeoefenaren. Paragrafen 6.2 t/m 6.6 behandelen de vijf parameters van het werkproces: vakinhoudelijke ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen, efficiency, horizontale en verticale substitutie.

6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Dit betreft ontwikkelingen op het terrein van uitvoering van de werkzaamheden, onderzoek, kwaliteit, standaarden en protocollen/kennisbeleid.

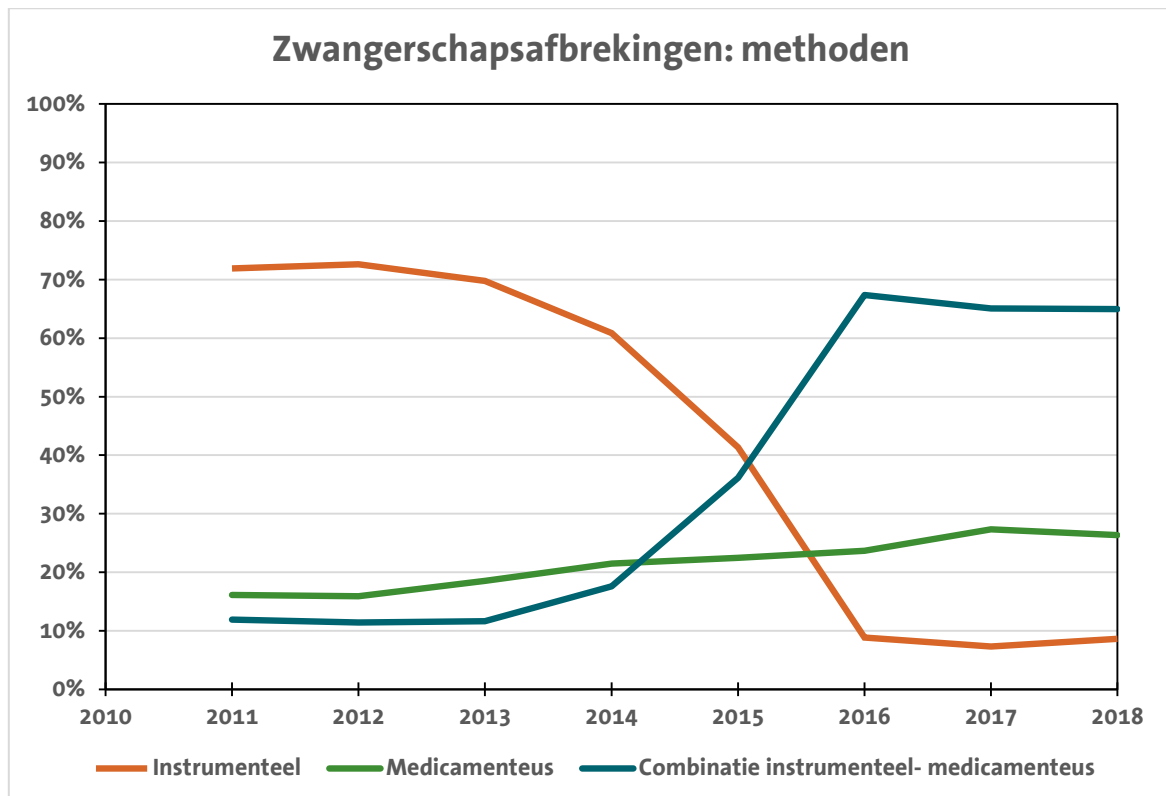
In de uitvoering van de werkzaamheden is de afgelopen 10 jaar het accent vrij abrupt verschoven van de louter instrumentele zwangerschapsafbrekingen naar een combinatie van instrumentele en medicamenteuze zwangerschapsafbrekingen, terwijl het totaal aantal zwangerschapsafbrekingen en de locatie van zwangerschapsafbreking maar marginaal veranderd is (figuur 5). In 2015 is de medicamenteuze voorbehandeling bij een instrumentele ingreep geïntroduceerd. De NGvA richtlijn is hiertoe veranderd. Daardoor is de logistiek in klinieken veranderd vanwege de wachttijd (1 uur) die tussen de inname van de medicatie en de uitvoering van de instrumentele behandeling zit. Zichtbaar is ook dat na 2016 de meest gehanteerde methode van zwangerschapsafbreking bestaat uit een combinatie van medicamenteus en instrumenteel. De medicamenteuze zwangerschapsafbreking is ook iets toegenomen in voorkomen. De louter instrumentele abortus zonder medicamenteuze voorbehandeling komt nog maar in 8% van de gevallen voor. Het Capaciteitsorgaan verwacht niet dat er zich op dit terrein de komende jaren nog grote veranderingen kunnen gaan voordoen.

Wat wel opvalt is de toename van het aantal vrouwen dat door de huisarts verwezen wordt naar de abortuskliniek. In 2016, 2017 en 2018 was dat respectievelijk 55%, 57% en 64%. Deze toename kan ook de reden zijn van de toename in de nacontroles door de huisarts die in de eerder genoemde jaren 47%, 55% en 70% bedroeg. De abortusarts heeft minder werk doordat aan de voorkant van het

traject de intake met 5 dagen bedenktijd wegvalt, in een aantal gevallen de echo niet (opnieuw) uitgevoerd hoeft te worden, en aan de achterkant van het traject de nacontrole.

De totale aantallen behandelingen in figuur 5: instrumenteel en combinatie medicamenteus-instrumenteel zijn dezelfde. Alleen vraagt de laatste veel meer tijd door minimaal een uur wachttijd tussen de medicatie gift en instrumentele behandeling dan de louter instrumentele behandeling.

Figuur 5: Verschuivingen in behandelkeuzes zwangerschapsafbrekingen



Bron: IGJ

De werkzaamheden hebben qua protocollen, standaarden en kwaliteit de afgelopen 30 jaar onder intensief toezicht van de Inspectie Gezondheid en Jeugd gestaan. De verwachting is niet dat in deze onderdelen van het werk van de abortusarts de komende jaren nog veel gaat veranderen. In hoeverre wetenschappelijk onderzoek plaatsvindt door abortusartsen in Nederland is niet bekend.

In een aantal abortusklinieken wordt de sedatie door een anesthesist uitgevoerd in plaats van door de abortusarts. Voor zover bekend is dit een stabiele situatie en wordt niet verwacht dat de abortusarts de komende jaren (een groter deel van) de sedatie gaat overdragen aan de anesthesist, tenzij de uitkomst van de Multidisciplinaire Richtlijn sedatie buiten een ziekenhuis andere uitkomsten oplevert.

Het Capaciteitsorgaan denkt dat de toename van verwijzingen door de huisarts inclusief intakegesprek en nacontrole de komende 10 jaar nog licht zal doorwerken. De tijd die de abortusarts daarmee terugwint leidt tot een klein negatief effect op de benodigde capaciteit.

Sinds 2020 wordt de plaatsing van een spiraal aansluitend aan een behandeling in een kliniek vergoed, vergelijkbaar met huisarts. Dit heeft een tegengesteld effect op de benodigde capaciteit aan abortusartsen. De eerste berichten tot nu toe zijn dat er veel meer spiralen geplaatst worden. Dat leidt tot meer nacontroles (met echo) in de kliniek als nazorg. De plaatsing van de spiraal weegt zwaarder dan de daling van echo's en nacontroles bij de verwijzing door de huisarts. De parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen wordt op **+ 0,5%** per jaar gesteld.

6.3 Technologische ontwikkelingen

Technologische ontwikkelingen in de abortushulpverlening betreffen vooral ontwikkelingen op het terrein van de sedatie en de laboratoriumdiagnostiek. Het protocol voor sedatie, dat in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie is ontwikkeld, wordt op termijn vervangen door een nieuwe multidisciplinaire richtlijn PSA. Vermoedelijk heeft dat geen consequenties voor de inzet van de abortusarts. Ook in de laboratoriumdiagnostiek zijn er geen ontwikkelingen te verwachten. De parameter wordt op **0,0%** gesteld.

6.4 Efficiency

Abortusartsen werken bijna uitsluitend in dienstverband binnen kleine organisaties. Zij zijn de meest “kostbare” medewerkers van de organisatie. Daarom zijn werkgevers wel gemotiveerd om maatregelen die de efficiency van de abortusartsen verhogen te onderzoeken en te implementeren.

Het Capaciteitsorgaan heeft de directies van alle abortusklinieken gevraagd in hoeverre zij mogelijkheden zien om de efficiency van het werkproces bij de abortusarts te verhogen. Geconstateerd is dat de directies van mening zijn dat zij de abortusarts(en) momenteel al zo efficiënt mogelijk inzetten. De belangrijkste reden daarvoor is het zo doelmatig mogelijk besteden van de beschikbaar gestelde middelen. Er wordt standaard rekening gehouden met “no-shows” bij het inplannen van de behandelingen, de artsen werken parttime om zo meer flexibiliteit te hebben bij het opvangen van pieken, et cetera. De parameter voor efficiency wordt op **0,0%** gezet.

6.5 Horizontale taakverschuiving

Horizontale taakverschuiving of taakherschikking, ook wel horizontale substitutie genoemd, wordt door het Capaciteitsorgaan gedefinieerd als een verschuiving van werkzaamheden van de arts naar een andere discipline met eenzelfde opleidingsniveau. Het Capaciteitsorgaan is hierin geïnteresseerd, omdat dit gevolgen heeft voor de benodigde arbeidscapaciteit van beide beroepsgroepen. Niet relevant voor de ramingen van het Capaciteitsorgaan is de bijbehorende discussie tussen beroepsgroepen over een verschuiving van verantwoordelijkheden.

In het geval van de abortusarts betreft het een verschuiving van taken tussen de abortusarts en de huisarts, de anesthesist en/of de gynaecoloog.

Huisarts

In paragraaf 6.2 is al ingegaan op het gegeven dat de huisarts meer nacontroles doet op verwijzing van de abortusarts. Dat valt onder “vakinhoudelijke ontwikkelingen”. Bij horizontale substitutie kan momenteel gedacht worden aan het (meer) uitvoeren van overtijdbehandelingen tot 44 dagen door de huisarts in plaats van de abortusarts. Dit aspect is echter al meegenomen onder de beleidsmaatregelen bij de parameter sociaal-cultureel. De parameter wordt voor deze raming op basis van de beschikbare informatie op **0,0%** per jaar gezet.

6.6 Verticale taakverschuiving

Verticale taakverschuiving/taakherschikking, ook wel verticale substitutie genoemd, betreft het structureel verschuiven van activiteiten van de abortusarts naar disciplines met een lager opleidingsniveau, in dit geval de verpleegkundige. Voor de ramingen van het Capaciteitsorgaan is een discussie tussen de twee beroepsgroepen over een verschuiving van verantwoordelijkheden niet direct relevant.

De (mogelijke) verschuiving van werkzaamheden van de abortusarts naar de verpleegkundige doet zich vooral voor bij de intake vóór en de monitoring ná de ingreep van/ bij de patiënt. In de grotere abortusklinieken is dit al gebruikelijk. De verwachting is dat de kleine abortusklinieken om pragmatische redenen (onvoldoende zwangerschapsafbrekingen) geen verticale substitutie kunnen realiseren. De tijdswinst is maar heel beperkt. De parameter wordt voor deze raming op **0,0%** gesteld.

6.7 Arbeidstijdverandering

Er zijn geen aanwijzingen dat de twee gehanteerde CAO 's voor abortusartsen de komende jaren een verandering zullen laten zien in aantal te werken uren per fte.

6.8 Conclusies werkproces

Een samenvatting van alle parameters die genoemd zijn in het werkproces wordt gegeven in tabel 15.

Tabel 15: parameterwaarden werkproces per jaar

Differentiatie	Vakinhoud	Technologie	Efficiency	Substitutie	ATV
1e trimester abortusarts	+ 0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2e trimester A abortusarts	+ 0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
2e trimester B abortusarts	+ 0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%

7 Scenario's

7.1 Inleiding

De scenario's zijn als volgt opgebouwd (tabel 16):

Tabel 16: gehanteerde parameters per scenario

Parameter/ trends	Scenario's			
	Basis	Demografie	Werkproces, tijdelijke trend	Maximale parameterwaarden
Vraag	-	√	√	√
Onvervulde vraag	-	√	√	√
Demografie	-	√	√	√
Epidemiologie minimaal	-		√	
Epidemiologie maximaal	-			√
Sociaal-cultureel minimaal	-		√	
Sociaal-cultureel maximaal	-			√
Werkproces	-		√	√
Vakinhoudelijk minimaal	-		√	
Vakinhoudelijk maximaal	-			√
Technologie minimaal	-		√	
Technologie maximaal	-			√
Efficiency minimaal	-		√	
Efficiency maximaal	-			√
Horizontale substitutie minimaal	-		√	
Horizontale substitutie maximaal	-			√
Verticale substitutie minimaal	-			
Verticale substitutie maximaal	-			√
Aanbod	-			√
Arbeidstijdverandering	-			√
Huidige instroom in de opleiding	√	√	√	√

In de hoofdstukken 3, 4, 5 en 6 is alle informatie beschreven die nodig is om een raming op te stellen. De informatie in de hoofdstukken 3 (opleidingen) en 5 (aanbod) is volledig verkregen door enquêtering onder de leden van het NGvA en raadpleging van de NGvA registraties. De informatie in

hoofdstuk 4 (ontwikkeling zorgvraag) is gebaseerd op onderzoek en analyses van de bestanden van de IGJ in combinatie met inschattingen door de experts. De informatie in hoofdstuk 6 (werkproces) is in hoofdzaak afkomstig van de experts. De experts hebben bij één parameter moeite gehad om tot één waarde te komen. De experts waren het dan wel eens over de ontwikkeling, maar twijfelden over de mate waarin deze zal optreden. In dat geval zijn voor die parameter twee waarden voor het model beschikbaar, de “minimale” waarde (conservatieve schatting) en de “maximale” waarde (extreme schatting). De minimale waarde is de waarde die het dichtst bij 0% zit en leidt dus tot de kleinste verandering van de zorgvraag.

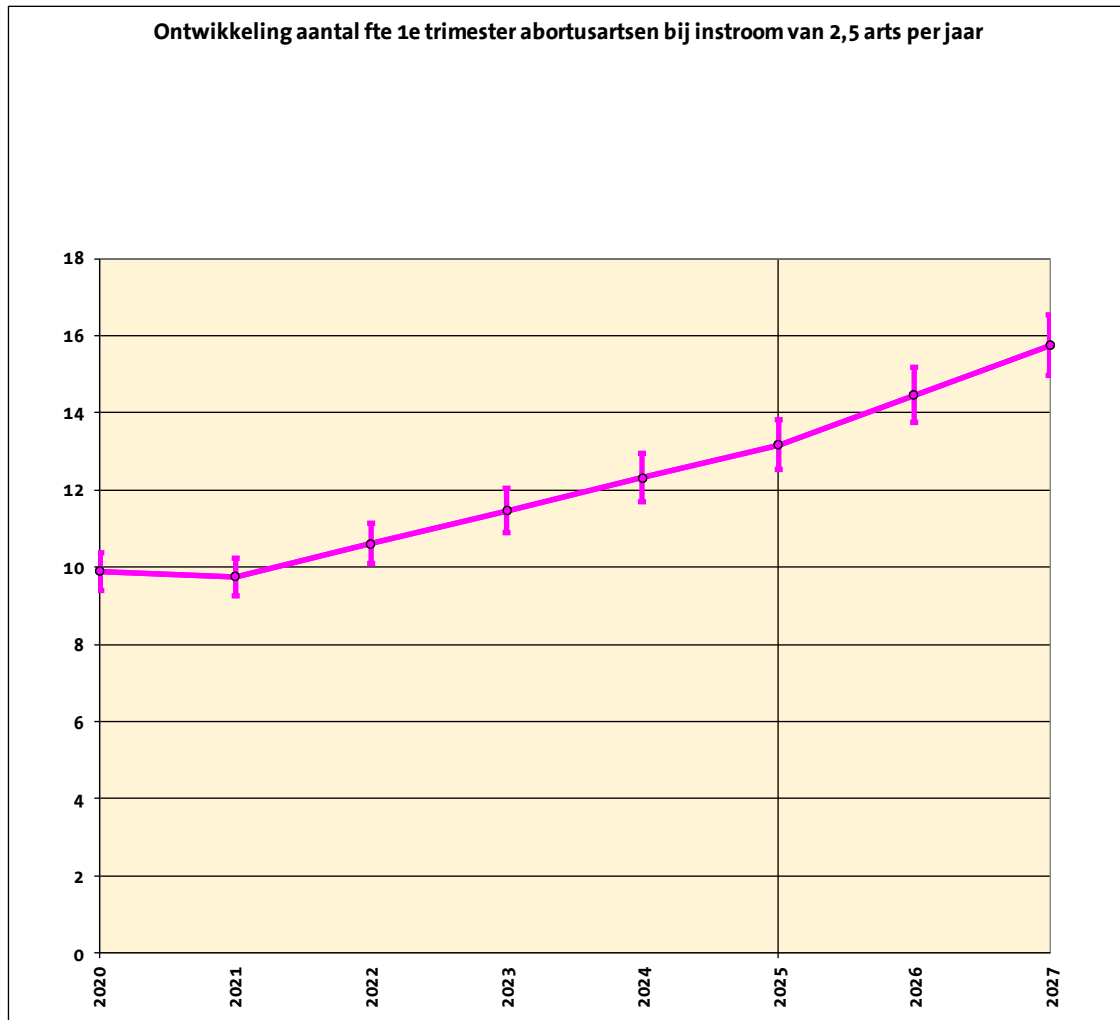
In tabel 16 zijn de verschillende scenario's beschreven. De scenario's met arbeidstijdverandering zijn in dit deelrapport niet uitgewerkt. Een generieke arbeidstijdverandering wordt bij de abortusartsen, die uitsluitend in loondienst werken, niet waarschijnlijk geacht. Ook de verticale substitutie scenario's blijven buiten beeld, aangezien deze parameter op 0% is ingeschat. Gezien de korte horizon van deze raming (maximaal 7 jaar) wordt ervan uitgegaan dat de trends de gehele looptijd bestrijken. In het navolgende worden daarom naast het basisscenario 3 alternatieve scenario's behandeld.

7.2 Basisscenario

Het basisscenario is het vertrekscenarió. Dit scenario neemt de gemiddelde instroom in de opleiding die de afgelopen 5 jaren gerealiseerd is als verwachte toekomstige instroom in de opleiding vanaf 2021. Dit scenario focust dus volledig op de aanbodzijde van het model. De bruikbaarheid van een dergelijk scenario is beperkt, omdat ontwikkelingen in de vraagzijde en het werkproces volledig worden genegeerd. Dit scenario maakt wel duidelijk wat gebeurt met het totale aanbod aan abortusartsen bij handhaving van de huidige instroom.

Als er geen beleidsimpuls in de vorm van een subsidieregeling voor de opleiding van abortusartsen komt zal de instroom niet hoger worden. In een dergelijk geval geeft het basisscenario dan duidelijk weer wat de gevolgen zijn. Figuur 6 geeft de ontwikkeling weer van het aantal 1^e trimester abortusartsen als de instroom in de opleiding de komende 3 jaar gehandhaafd blijft op 2,5 basisartsen, de gemiddelde instroom in de afgelopen 5 jaar.

Figuur 6: Ontwikkeling aantal abortusartsen bij jaarlijkse instroom van 2,5 basisartsen



Bron: NIVEL

Duidelijk is dat het aantal fte geregistreerde 1^e trimester abortusartsen bij gelijkblijvende instroom de komende jaren gaat toenemen naar 12 fte 1^e trimester abortusartsen in 2024 en 16 fte abortusartsen in 2027. Als de huidige instroom de komende 7 jaar niet verandert, zijn er in 2027 28 abortusartsen geregistreerd, waarvan 14 op dit moment al werkzaam zijn. Daarbij moet bedacht worden dat een deel van de groep 1^e trimester abortusartsen doorstroomt naar de 2A of 2B differentiaties.

7.3 Demografie scenario

Dit scenario wordt ook wel het beleidsarme scenario genoemd. De huidige zorgvraag wordt berekend door het huidige aantal fte's van beroepsbeoefenaren en de onvervulde zorgvraag zoals aangegeven door de instellingen en de beroepsgroep bij elkaar op te tellen. De daaruit resulterende fte's zorgvraag is het uitgangspunt. Deze fte's worden aangepast op de toekomstige demografische

samenstelling van vrouwen tussen de 15 en 45 jaar. De parameter demografie is berekend voor de periode tot 2025, 2030, 2035 en 2040. In de ramingen wordt in verband met de korte duur van de opleidingen tot abortusarts uitgegaan van twee dichtbij liggende evenwichtsjaar: 2024 voor de korte termijn en 2027 voor de lange termijn. Het bijsturingjaar is 2021. Het Capaciteitsorgaan hanteert de korte termijn bij voorkeur als er sprake is van grote verschillen tussen vraag en aanbod op dit moment, omdat dan een grotere correctie in de instroom nodig is. De resulterende instroom van artsen in de opleiding is dan wel wat groter dan bij het evenwicht op de lange termijn, en zal na het bereiken van het evenwicht sneller dalen. Eerst wordt de zorgvraag (in fte) geraamd voor de twee evenwichtsjaar. Vervolgens berekent het Capaciteitsorgaan hoeveel capaciteit uit de huidige formatie aan beroepsbeoefenaren plus artsen die momenteel in opleiding zijn in die twee evenwichtsjaar nog beschikbaar is (zie figuur 5.) Daarna becijfert het Capaciteitsorgaan het verschil tussen de geraamde zorgvraag volgens dit scenario en het berekende resterende zorgaanbod in 2024/2027. Die uitkomst is het uitgangspunt voor de berekening van het aantal artsen dat moet worden opgeleid vanaf 2021.

De ontwikkeling van de zorgvraag en de ontwikkeling van het zorgaanbod wordt gebaseerd op extrapolaties uit het verleden. Voor de demografische ontwikkeling wordt de middenvariant gebruikt van de Kernprognose bevolking 2019-2060 van het CBS. Dit scenario bevat geen parameters die beleidsgevoelig zijn, vandaar de term beleidsarm. Uiteraard kunnen zowel de parameter demografie als de parameter zorgaanbod wel door beleid (immigratiebeleid, kindvriendelijke stimuleringsmaatregelen, verhoging pensioenleeftijd, stimulering hogere arbeidsparticipatie vrouwen) beïnvloed worden, maar dan is er meestal geen sprake van specifiek beleid gericht op de betreffende beroepsgroep. In tabel 19 wordt voor het beleidsarme scenario de geraamde zorgvraag getoond plus het aantal basisartsen dat jaarlijks moet instromen in de verschillende opleidingen om het evenwicht in het vroege of het late evenwichtsjaar te bereiken.

Voor de 1^e trimester abortusartsen betekent dit het volgende: Momenteel zijn er 9,9 fte's geregistreerde 1^e trimester abortusartsen werkzaam. De "ware" zorgvraag is door aanvulling met de onvervulde zorgvraag 9,2 % hoger, dus 10,8 fte. De zorgvraag zal volgens onze berekeningen in 2024 al bijna 5,8% hoger zijn dan in 2020 (tabel 8). Dit betekent dat ook de zorgvraag toeneemt naar 11,3 fte ten opzichte van 2020. In 2027 zal de benodigde zorgvraag op basis van demografie 11,43 fte bedragen.

Om in 2024 een aanbod te hebben van 10,8 fte's, dienen er jaarlijks vanaf 2021 gemiddeld 1,6 basisartsen in te stromen in de opleiding tot 1^e trimester abortusarts. Als we het verschil tussen vraag en aanbod niet in 3, maar in 7 jaar willen inlopen is een jaarlijkse instroom van 0,9 basisarts voor dit scenario voldoende. Reden daarvoor is dat het vervullen van de onvervulde vraag dan over een langere periode wordt uitgesmeerd. Op dezelfde manier kunnen de twee andere beroepen/zorgvragen voor dit scenario worden doorgenomen. Voor alle differentiaties is uitgegaan van een bescheiden toename van de zorgvraag door demografische veranderingen in de komende 10 jaar van 5,8%. De daarmee corresponderende totaal benodigde instroom aan basisartsen bedraagt voor het bereiken van een evenwicht in 2024 gemiddeld 4,5 per jaar of 2,6 plaatsen als het

toewerken naar een evenwicht (met een tussentijds eventueel tekort aan beroepsbeoefenaren) 3 jaar langer wordt geaccepteerd.

Tabel 17: Demografie scenario: huidig aantal fte, benodigd aantal fte in 2024 en 2027, en benodigde jaarlijkse instroom aan basisartsen c.q. abortusartsen in de opleidingen vanaf 2021

Differentiatie	Aanwezige fte	Evenwicht 2024		Evenwicht 2027	
	2020	Benodigde fte	Artsen	Benodigde fte	Artsen
1e trimester abortusarts	9,9	11,3	1,6	11,4	0,9
2e trimester A abortusarts	7,8	8,9	0,0	9,0	0,1
2e trimester B abortusarts	5,1	5,8	0,7	5,9	0,7
Totaal	22,8	26,0	2,3	26,3	1,7

Uiteraard kunnen geen halve basisartsen instromen. Bij 0,3 arts is een afkappunt gelegd. Dat betekent dat in het demografie scenario met een evenwicht in 2024 jaarlijks 2 basisartsen moeten instromen in de opleiding tot 1^e trimester abortusarts, 0 1^e trimester abortusartsen in de opleiding tot 2^e trimester A abortusarts en 1 2^e trimester A abortusarts in de opleiding tot 2^e trimester B abortusarts. Uiteraard moeten de abortusartsen die doorstromen naar een volgende differentiatie weer worden vervangen met nieuwe instroom in de “donerende” differentiatie. Het plaatje komt er dan als volgt uit te zien:

Tabel 18: Demografie scenario: totaal benodigde jaarlijkse instroom in aantallen basisartsen/ abortusartsen voor evenwicht in 2024 en 2027

Differentiatie	Evenwicht 2024	Evenwicht 2027
1 ^e trimester abortusarts	2+0+1=3	1+0+1=2
2 ^e trimester A abortusarts	0+1=1	0+1=1
2 ^e trimester B abortusarts	1	1
Totaal	5	4

7.4 Werkproces scenario

Het volgende scenario vult het demografie scenario aan. In de eerste plaats wordt de toekomstige zorgvraag niet alleen voor onvervulde vraag en demografie, maar ook voor epidemiologische en sociaal-culturele factoren gecorrigeerd. Daardoor is de toekomstige zorgvraag in deze scenario's al volledig in beeld. Ten tweede wordt nu ook gekeken naar de meeste parameters in het werkproces (vakinhoudelijke/technologische ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuiving). Als voor een parameter een bandbreedte is genomen wordt in dit scenario de minimale waarde gehanteerd.

De factor sociaal-cultureel is voor de vraagontwikkeling binnen de abortushulpverlening belangrijk. Beleidsontwikkelingen, zoals de ontwerpwet over het uitbreiden van een deel van de medicamenteuze zwangerschapsafbreking naar de huisarts, kunnen een grote impact hebben op de geraamde zorgvraag. In het scenario met maximale waarden wordt deze ontwikkeling meegenomen.

Tabel 19: Werkproces scenario

Differentiatie	Aanwezige fte 2020	Evenwicht 2024		Evenwicht 2027	
		Benodigde fte	Artsen	Benodigde fte	Artsen
1e trimester abortusarts	9,9	11,5	1,8	11,7	1,0
2e trimester A abortusarts	7,8	9,1	0,0	9,3	0,2
2e trimester B abortusarts	5,1	5,9	0,8	6,0	0,7
Totaal	22,8	27,3	2,6	31,0	1,9

Tabel 19 toont de geraamde zorgvraag in fte's plus het corresponderend aantal basisartsen c.q. abortusartsen dat jaarlijks moet instromen om een evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken in het vroege (2024) of het late evenwichtsjaar (2027). De zorgvraag is voor alle differentiaties in dit scenario's hoger dan in het demografie scenario. Toch leidt dit in absolute aantallen niet tot een andere instroom in aantallen artsen dan het demografie scenario. De aantallen abortusartsen zijn te klein om (op de korte termijn) tot een verandering in instroom te leiden.

7.5 Maximale parameter waarden scenario: wetsvoorstel medicamenteuze zwangerschapsafbreking door de huisarts

Ten slotte is voor de beroepen in dit deelrapport het scenario's uitgewerkt waarbij voor de sociaal culturele parameter de waarde van -2% per jaar is doorgerekend, op basis van aanname van het wetsvoorstel medicamenteuze zwangerschapsafbreking door de huisarts. In tabel 20 en 21 wordt voor dit scenario de geraamde zorgvraag getoond in fte's plus het aantal fte artsen respectievelijk het aantal artsen dat jaarlijks moet instromen om het evenwicht in het vroege of het late evenwichtsjaar te bereiken.

Tabel 20: Maximale parameter waarde scenario: huidig aantal fte, benodigd aantal fte in 2024 en 2027, en benodigde jaarlijkse instroom in 2024 en 2027 aan basisartsen c.q. abortusartsen in de opleidingen vanaf 2021

Differentiatie	Aanwezige fte 2020	Evenwicht 2024		Evenwicht 2027	
		Benodigde fte	Artsen	Benodigde fte	Artsen
1e trimester abortusarts	9,9	10,6	1,0	10,2	0,4
2e trimester A abortusarts	7,8	8,7	0,0	8,7	0,2
2e trimester B abortusarts	5,1	5,7	0,6	5,7	0,6
Totaal	22,8	24,8	1,6	24,2	1,2

De zorgvraag gaat in dit model veel minder hard toenemen, omdat de demografische toename en de toename door de vakinhoudelijke parameter bijna volledig worden gecompenseerd door de afname van de 1^e trimester abortus in de eerste 9 weken, die over een periode van 10 jaar geleidelijk door de huisarts worden uitgevoerd. Tabel 21 laat de instroomaantallen in personen zien.

Tabel 21: Maximale parameterwaarden scenario: totaal benodigde jaarlijkse instroom in aantallen basisartsen/ abortusartsen voor evenwicht in 2024 en 2027

	Evenwicht 2024	Evenwicht 2027
1 ^e trimester abortusarts	1+0+1=2	1+0+1=2
2 ^e trimester A abortusarts	0+1=1	0+1=1
2 ^e trimester B abortusarts	1	1
Totaal	5	4

Zichtbaar wordt dat de effecten van dit wetsvoorstel nauwelijks effecten op de benodigde instroom in de drie differentiaties hebben, vanwege de kleine aantallen abortusarts die voor de drie differentiaties opgeleid moeten worden. In de behoefte aan instroom, uitgedrukt in fte, is wél het verschil tussen de drie scenario's zichtbaar.

7.6 Conclusie diverse scenario's

Tabel 22 vat de resultaten van de scenarioberekeningen op hoofdlijnen samen.

Tabel 22: Resultaten berekeningen diverse scenario's

Scenario	Bandbreedte	
	Minimum	Maximum
Demografie 1e trimester abortusarts	2	3
Werkproces 1e trimester abortusarts	2	3
Wetsvoorstel scenario 1e trimester abortusarts	2	2
Demografie 2e trimester A abortusarts	0	0
Werkproces 2e trimester A abortusarts	0	0
Wetsvoorstel scenario 2e trimester A abortusarts	0	0
Demografie 2e trimester B abortusarts	1	1
Werkproces 2e trimester B abortusarts	1	1
Wetsvoorstel scenario 2e trimester B abortusarts	1	1
Totaal	4	5

De tabel laat zien dat de jaarlijkse instroom volgens deze 3 scenario's kan variëren van minimaal 4 tot maximaal 5 basisartsen/ abortusartsen. De laatste paar jaren varieerde de daadwerkelijke instroom in de opleidingen tussen de 5 en 8 plaatsen. De 5 instroomplaatsen is ongeveer wat de komende jaren nodig is om binnen 3 jaar een evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken.



8 Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

De abortushulpverlening is sinds de inwerkingtreding van de Wet afbreking zwangerschap (1984) door de overheid gereguleerd. Die regulatie geldt niet voor de spreiding van abortusklinieken over Nederland. Mits men aan de voorwaarden voldoet mag men overal een abortuskliniek oprichten, ook in een gebied waar het aanbod aan abortusklinieken al (ruim) voldoende is. Dat brengt met zich mee dat abortusklinieken in een sterk competitief speelveld werken. In 2017 resulteerde dat in het faillissement van de zeven CASA klinieken en het wegvallen van de bijbehorende hulpverleningscapaciteit. Binnen twee jaar was het aantal abortusklinieken overigens weer op het oude niveau. Een aantal abortusartsen heeft het faillissement echter aangegrepen om de werkzaamheden te beëindigen.

De abortushulpverlening is kwetsbaar: Vraag en aanbod moeten altijd binnen een à twee weken met elkaar in evenwicht zijn, terwijl er door het jaar schommelingen in de zorgvraag bestaan. Vijftien abortusklinieken met in totaal 38 abortusartsen verzorgen jaarlijks ongeveer 27.500 zwangerschapsafbrekingen.

De abortusklinieken staan onder systematisch toezicht van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Een zwangerschapsafbreking mag alleen worden uitgevoerd door de abortusarts of de gynaecoloog in een instelling met een vergunning volgens de Wafz. De Inspectie toetst in het toezicht daarbij de richtlijnen en protocollen zoals die door alle beroepsverenigingen, waaronder het NGvA, worden gehanteerd. De abortusarts moet zijn geregistreerd in het opleidings- of beroepsregister van het NGvA. De opleidingsprogramma's tot abortusarts zijn vastgesteld door het NGvA. Essentieel daarin is onder meer dat de arts in opleiding boventallig op de formatie opgeleid wordt. De opleiding is mede daarom kostbaar. De exacte kosten van de opleiding worden momenteel in beeld gebracht.

De abortusklinieken ontvangen een tegemoetkoming in de kosten van de opleiding via een generieke opslag op de vergoeding voor een uitgevoerde abortus. Niet alle abortusklinieken leiden echter op. De opleidingen tot 2^e trimester A zijn tot 7 klinieken beperkt en 2^e trimester B abortusarts zijn, vanwege de beperkte zorgvraag, geconcentreerd in 2 abortusklinieken. De opleiding tot 1^e trimester abortusarts kan in theorie in alle abortusklinieken worden gevolgd, maar de kleinere abortusklinieken zien er vaak vanaf. De andere abortusklinieken moeten daarom niet alleen abortusartsen opleiden voor hun eigen continuïteit, maar ook voor de continuïteit van hun concurrenten. Aangezien er geen separate vergoeding voor het opleiden van abortusartsen is bestaat er momenteel geen *level playing field* tussen de abortusklinieken.

Het ministerie van VWS wil een gerichte subsidie gaan verstrekken aan abortusklinieken die abortusartsen opleiden. Als de opleidingen minimaal kostenneutraal zijn zullen die klinieken eerder bereid zijn om ook voor andere (kleinere) klinieken abortusartsen op te leiden. Bijkomend voordeel is dat artsen in opleiding in grotere klinieken sneller aan de vereiste quota komen om hun opleiding te doorlopen. Het ministerie van VWS én de abortusklinieken moeten dan wel weten hoeveel artsen

tot abortusarts per jaar moeten worden gesubsidieerd/ opgeleid om tekorten en overschotten te vermijden. In dit rapport wordt daarom de noodzakelijke jaarlijkse instroom geraamd.

8.2 Beleidsontwikkelingen

Het Capaciteitsorgaan heeft in het bijzonder rekening gehouden met een aantal mogelijke beleidsontwikkelingen. Bij gevoeligheidsanalyses van het ramingsmodel bleek dat die een grote invloed kunnen hebben op de resultaten van de raming in het algemeen. De doorwerking van beleidsontwikkelingen in de abortushulpverlening heeft meer impact dan in de huisartsgeneeskunde of in de medische specialismen, omdat de abortushulpverlening zich slechts met één specifieke zeer omschreven zorgvraag bezighoudt die binnen 1 tot 2 weken met het bestaande aanbod moet worden beantwoord. De beleidsontwikkelingen zijn geclusterd onder: maatschappelijke veranderingen, horizontale substitutie, verticale substitutie en de situatie rond de opleidingsinstellingen.

8.2.1 Maatschappelijke veranderingen

De verwachting is niet dat er in de maatschappij de komende 10 jaar een grote verandering in de houding ten opzichte van de abortushulpverlening gaat ontstaan. De afgelopen 35 jaar heeft de abortushulpverlening in Nederland zonder grote maatschappelijke onrust kunnen functioneren, met uitzondering van het faillissement van de CASA klinieken in 2017.

De enige onzekerheid vormen de uitkomsten van een onderzoek naar het functioneren van de abortushulpverlening dat momenteel door de UvA en Profacto wordt uitgevoerd in opdracht van ZonMW. Dat onderzoek zal op enig moment na de zomer van 2020 door de minister worden aangeboden aan de Tweede Kamer. De uitkomsten van dat onderzoek kunnen aanleiding zijn van een discussie in de Tweede Kamer die een maatschappelijke weerklank heeft. De verwachting van betrokkenen is echter dat het rapport geen aanleiding geeft tot een uitgebreide discussie in de Tweede Kamer. Waarschijnlijk wordt dan ook het wetsvoorstel van Groen Links behandeld (zie beneden).

Internationaal wordt de abortushulpverlening in Ierland (18 vrouwen zijn in 2018 naar Nederland gekomen voor een abortus) tot 12 weken nu ook door de overheid toegestaan. In andere landen waarvandaan regelmatig vrouwen naar Nederland komen (3.364 personen) is zwangerschapsafbreking eveneens beperkt tot het 1^e trimester. Voor de 2^e trimesterbehandelingen komen vrouwen naar Nederland, veelal naar de Bloemenhove kliniek. De abortushulpverlening aan buitenlandse vrouwen zal naar alle waarschijnlijkheid de komende jaren licht blijven dalen (figuur 4).

8.2.2 Horizontale substitutie

Het wetsvoorstel van Groen Links om de huisarts de mogelijkheid te geven om naast overtijdbehandelingen ook zwangerschapsafbrekingen tot 63 dagen amenorroe uit te voeren zal waarschijnlijk geagendeerd worden in samenhang met het evaluatieonderzoek van de UvA. Als dit wetsvoorstel van kracht wordt kunnen de huisartsen op termijn theoretisch 23% van de abortushulpverlening van de abortusartsen overnemen. Er is nog veel onzekerheid over het al dan niet doorgaan van het wetsvoorstel. Na behandeling in de Tweede Kamer volgen nog behandeling in

de Eerste Kamer en toetsing door de Raad van State voordat de wet eventueel van kracht wordt. Ook is er onzekerheid over de (principiële) bereidheid van huisartsen om deze hulpverlening straks uit te gaan voeren en over het onderhouden van de bekwaamheid bij een geschat aantal van gemiddeld 1 zwangerschapsafbreking per huisarts per jaar.

8.2.3 Verticale substitutie

Op het terrein van de verticale substitutie worden de komende jaren geen beleidsontwikkelingen verwacht. De hulpverlening is gereguleerd door de protocollen van het NGvA en wordt getoetst door de IGJ. Abortusklinieken schakelen om bedrijfseconomische redenen al waar mogelijk personeel in om de abortusartsen te ontlasten. Op dit gebied wordt geen nieuwe ontwikkeling verwacht.

8.2.4 Opleidingsinstellingen

Hoe de abortusklinieken als opleidingsinstelling straks om zullen gaan met de separate subsidiëring om abortusartsen op te leiden is nog onzeker. Als een aantal abortusklinieken om ideële redenen abortusartsen willen gaan opleiden of omdat ze er een verdienmodel in zien kan het zijn dat de opleidingen geconcentreerd worden in een aantal klinieken, die dan ook voor de toekomstige vervangingen in de andere klinieken gaan opleiden. De rol van het NGvA als mogelijke accrediteur van opleidingsinstellingen is nog onduidelijk. Gezien de beperkte duur van de opleidingen (enkele maanden) zou een arts (die wel door een –perifere- abortuskliniek voor de opleiding wordt geselecteerd) voor de duur van de opleiding naar een opleidingskliniek kunnen worden gestuurd.

Een probleem is wel de locatie waar een vacature is. In de periferie zijn de afstanden vaak te groot en de contracten te klein om een abortusarts een aantrekkelijk contract aan te kunnen bieden. Iemand gaat niet bijvoorbeeld 1 dag in Zwolle en 2 dagen in Roermond werken. Bovendien speelt de onderlinge concurrentie tussen de klinieken ook nog een rol mee. Er zal gezocht moeten worden naar een manier om onderling samen te werken/ af te stemmen inzake het efficiënt opleiden van abortusartsen.

8.3 Andere onzekerheden

Naast beleidsontwikkelingen, die veelal door partijen gestuurd worden, zijn er ook nog autonome onzekerheden die een rol kunnen spelen in de bepaling van het juiste aanbod aan zorg.

8.3.1 Zorgvraag

De vraag om zwangerschapsafbrekingen is in Nederland de laatste 10 jaren licht groeiend. De vraag vanuit het buitenland is verdeeld over een groot aantal landen. Vrouwen uit Duitsland (1.200) en Frankrijk (800) vormen de grootste groep uit de buitenlandse zwangerschapsafbrekingen. Samen vormen zij zo'n 6,5% van de uitgevoerde abortus in Nederland. Het betreft grotendeels abortus na 70 dagen amenorroe, aangezien zwangerschapsafbrekingen tot 14 weken in beide landen niet strafbaar zijn. De onzekerheid over de vraagontwikkeling vanuit het buitenland is momenteel klein. Er is sprake van een kleine, jaarlijkse daling.

8.3.2 Aanbod

De enquête onder de abortusartsen laat zien dat de abortusartsen over het algemeen door willen blijven werken tot de pensioengerechtigde leeftijd. Er zijn signalen dat sommige abortusartsen meer willen werken. Daartegenover staat dat oudere abortusartsen gemiddeld meer fte werken dan jongere abortusartsen.

8.3.3 Werkproces

In het werkproces is er geen grote onzekerheid.

8.3.4 Opleidingscapaciteit verdelen

Als de opleiding in de toekomst (kostendekkend) gesubsidieerd wordt is het nog de vraag welke abortusklinieken een subsidie gaan aanvragen om iemand op te leiden. Er is geen overkoepelend platform waar alle abortusklinieken in participeren, dus afstemming tussen de klinieken is niet geborgd. Als dat er niet is, zal het ministerie van VWS zelf een besluit moeten nemen welke subsidieaanvragen gehonoreerd gaan worden en daarvoor eigen criteria moeten ontwikkelen.

8.3.5 Belangstelling voor het vak

De belangstelling voor het vak van abortusarts is onder basisartsen niet groot. Gezien de omvang van de beroepsgroep is het ook niet nodig dat een grote groep basisartsen voor dit beroep kiest. Tot op heden slagen de abortusklinieken er redelijk in om basisartsen voor dit werk te rekruteren. Met name de kleinere klinieken hebben hier wel grote moeite mee. Onzeker is hoe de rekrutering zal gaan als de opleiding door de overheid gesubsidieerd wordt. Mogelijk verandert de andere subsidiëring het imago van de abortusarts.

8.4 Belangrijkste scenario's

Het Capaciteitsorgaan neemt uit de vier behandelde scenario's met elk twee evenwichtsjaar de twee meest waarschijnlijke scenario's. Ook neemt het Capaciteitsorgaan de evenwichtsjaar die het meest realistisch zijn en dus aansluiten bij de huidige capaciteit. Dat betekent dat het Capaciteitsorgaan voor de abortusarts adviseert om, gezien de korte duur van de vervolgopleiding en de bestaande onvervulde vraag, te kiezen voor een eerste evenwichtsjaar in 2024. De twee scenario's die worden gehanteerd zijn het werkproces scenario en het wetsvoorstelscenario.

8.5 Advies instroom

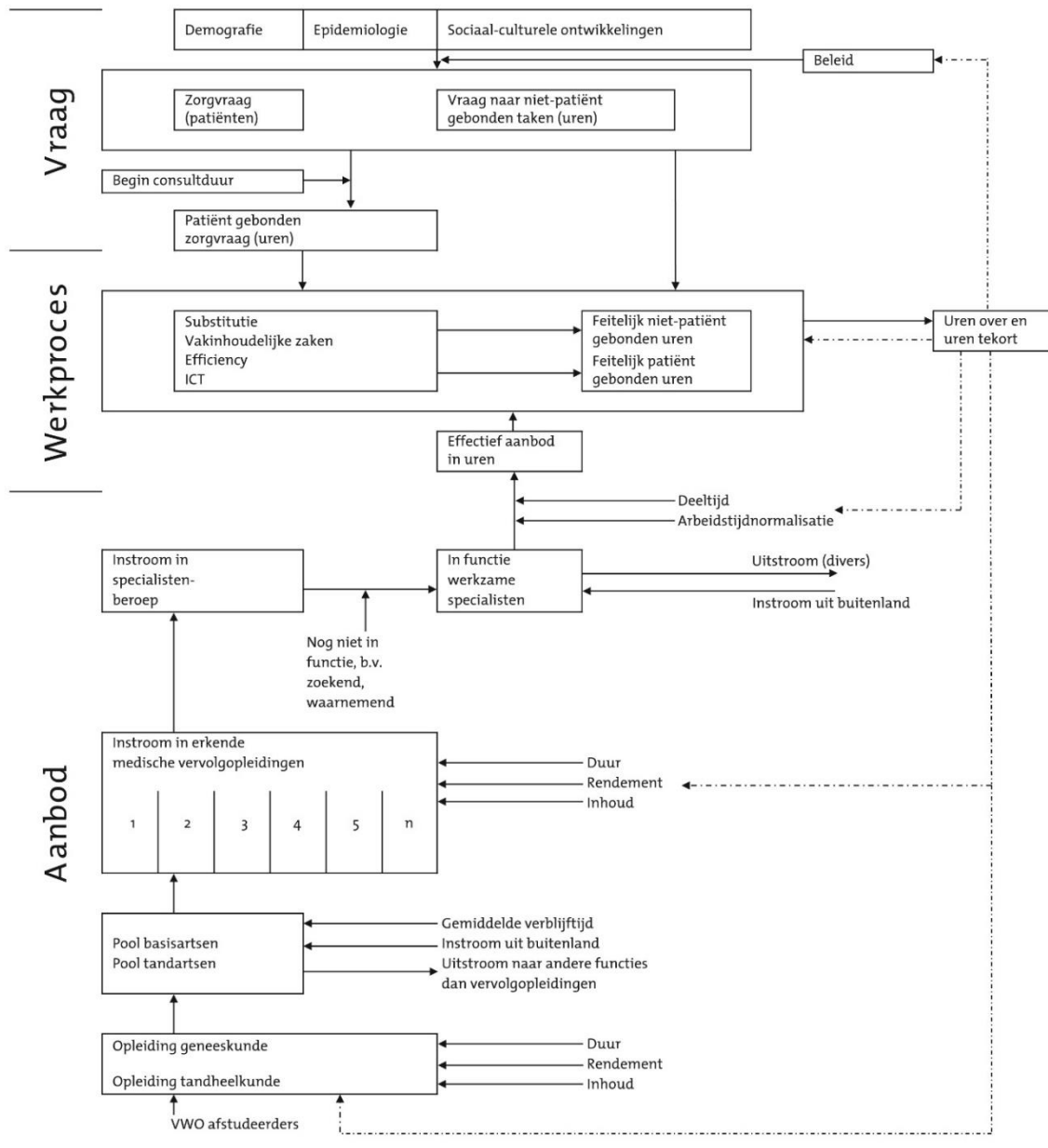
Het advies aan het veld en aan het ministerie is gebaseerd op de twee scenario's waar in paragraaf 8.4 voor gekozen is.

Tabel 23: Geadviseerde instroom voor de opleiding tot abortusarts met ingang van 2021

Specialisme/profiel	Bandbreedte	
	Minimum	Maximum
1e trimester abortusarts	2	3
2e trimester A abortusarts	1	1
2e trimester B abortusarts	1	1
Totaal	4	5

De keuze voor het minimum of het maximum is alleen afhankelijk van het al dan niet realiseren van het wetsvoorstel inzake de mogelijkheid van een medicinale zwangerschapsafbreking door de huisarts. Als het wetsvoorstel in de Tweede Kamer wordt aangenomen kan het nog enkele jaren duren voordat het wetsvoorstel scenario realiteit wordt. Daarnaast is er nu een tekort aan abortusartsen. Om die reden adviseert het Capaciteitsorgaan voor de volgende 3 jaar een jaarlijkse instroom conform het maximum van de bandbreedte met in totaal **5** personen per jaar.

Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2: Procedure en betrokken experts

De werkgroep Abortushulpverlening heeft dit eerste, richtinggevende deelrapport vastgesteld op 2 juni 2020. Het Algemeen Bestuur heeft het deelrapport besproken en formeel vastgesteld op 24 juni 2020.

De samenstelling van de werkgroep Abortushulpverlening was als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Mw. A.C.V. Jansen- van Hees

Organisaties van opleidingsinrichtingen/ opleidingsinstituten

Dhr. C.F.M. Bocken (tot 12 mei 2020)

Organisaties van zorgverzekeraars

De hulpverlening door abortusartsen valt buiten de reikwijdte van de zorgverzekeraars. Om die reden is afgezien van een vertegenwoordiging namens de zorgverzekeraars.



**Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen**

**Postbus 20051
3502 LB Utrecht**

bezoekadres
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon
030 2004510

e-mail
info@capaciteitsorgaan.nl
www.capaciteitsorgaan.nl