

Capaciteitsplan 2024 tot 2027

Deelrapport 1

- Medisch specialismen
- Klinisch technologische specialismen
- Spoedeisende geneeskunde

Colofon

Dit is een rapport van het Capaciteitsorgaan

Postbus 20051 | 3502 LB Utrecht

info@capaciteitsorgaan.nl | www.capaciteitsorgaan.nl

T 030-2004510

Oktober 2022

Inhoud

Publiekssamenvatting	1
Instroom van 1.221 specialisten nodig	1
Bepalende factoren in dit advies	1
1. Totstandkoming raming medisch specialisten	3
1.1 Ramingen medisch specialisten.....	3
1.2 Methode totstandkoming raming medisch specialisten	3
2. Algemene trends en overwegingen	5
2.1 Meer medisch specialisten en afvlakking totaal aantal aios	5
2.1.1 Formele arbeidsomvang licht gedaald	7
2.1.2 Meer uitstroom uit het vak	7
2.1.3 Duur en rendement van de opleidingen nemen toe	8
2.1.4 Lagere instroom vanuit het buitenland	9
2.2 Trends in vraag naar zorg: meer vraag in tijden van schaarste.....	9
2.2.1 Nog steeds onvervulde vraag	9
2.2.2 Demografische en epidemiologische veranderingen: een afgevlakte stijging.....	11
2.2.3 Sociaal-culturele factoren: meer eisen vanuit patiënt bij gelijkblijvende budgetten	12
2.2.4 Vakinhoudelijke ontwikkelingen: meer behandelmogelijkheden, meer subspecialisatie	13
2.2.5 Efficiëntie met wisselend effect op de inzet van medisch specialisten	13
2.2.6 Horizontale substitutie	14
2.2.7 Verticale substitutie.....	15
2.2.8 Veranderende arbeidstijden: meer deeltijd en ‘normalisering’ werktijden	16
2.2.9 Resumerend: welke groeiruimte is er voor curatieve zorg?	16
3. Advisering over het op te leiden aantal specialisten.....	18
3.1 Punten van aandacht.....	18
3.1.1 Demografievariant	18
3.1.2 Werkprocesvariant.....	18
Fte’s en instroomaantallen tot aan 2040	18
4. Geconsulteerde veldpartijen	21

Publiekssamenvatting

Instroom van 1.221 specialisten nodig

Om over 18 jaar evenwicht te bereiken tussen de vraag naar en het aanbod van medisch specialisten zal het nodig zijn de komende jaren 1.221 mensen in de 31 opleidingen te laten instromen.

Voor elk specialisme is door de Kamer Medisch Specialisten een andere variant gekozen, die het beste aansluit bij de specifieke ontwikkelingen voor elk van de 31 afzonderlijke opleidingen. De belangrijkste ontwikkelingen, die hebben bijgedragen aan de uitkomsten, zijn de volgende:

- Er zijn nu meer medisch specialisten werkzaam dan 3 jaar geleden. Om dit aanbod op peil te houden is meer instroom in de opleidingen nodig;
- De uitstroom van medisch specialisten uit het vak;
- De stijgende zorgvraag vanwege de vergrijzing van de patiëntenpopulatie.

Naast deze ontwikkelingen, worden ook ontwikkelingen meegenomen die onderhevig zijn aan beleid en daardoor redelijk onzeker zijn. Dit zijn ontwikkelingen die een vakgebied kunnen laten groeien (meer vakinhoudelijke mogelijkheden bijvoorbeeld), of juist kunnen laten krimpen (meer substitutie naar andere beroepen).

Bepalende factoren in dit advies

Het aanbod aan medisch specialisten is, sinds de vorige raming, met 7,6% gegroeid. Om dit aanbod op peil te houden is meer instroom in de opleidingen nodig. Ook stroomt 30,6% van de werkzame medisch specialisten de komende 10 jaar uit het vak. Dit komt voornamelijk door pensionering, maar ook door vertrek voor de pensioengerechtigde leeftijd. Doordat de afgelopen 10-15 jaar meer vrouwen in het medisch specialistisch vak zijn gaan werken, verlaten nu ook meer vrouwen het vak.

De zorgvraag stijgt verder vanwege vergrijzing van de patiëntenpopulatie. Hierdoor groeit de zorgvraag de komende 10 jaar met 11%. Al deze factoren worden voor alle specialismen meegenomen.

Daarnaast zijn voor de meeste specialismen ook andere factoren meegenomen zoals sociaal-culturele factoren, vakinhoudelijke ontwikkelingen en taakherschikking. Sociaal-culturele factoren, zoals mondigheid van de patiënt en tijd voor 'samen beslissen' zijn de belangrijkste factor in deze variant met een gemiddelde te verwachten groei in 10 jaar tijd van gemiddeld 4,1%. Ook vakinhoudelijke ontwikkelingen, die leiden tot meer behandelmogelijkheden, zullen nog voor een gemiddelde groei van 1,9% in 10 jaar leiden. Veranderingen in de arbeidstijden van medisch specialisten zullen naar verwachting tot een groei van 1% in 10 jaar leiden. Een aantal andere factoren daarentegen zullen leiden tot een verminderde vraag naar medisch specialisten. De komende 10 jaar wordt een verminderde inzet verwacht van medisch specialisten als gevolg van taakherschikking naar andere geneeskundig specialisten (0,3% in 10 jaar) en de herschikking naar bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten en physician assistants (2,5% in 10 jaar). Ook efficiency maatregelen zullen leiden tot een verminderde inzet van medisch specialisten van 1,6% in 10 jaar tijd.

Al deze factoren zijn veel meer afhankelijk van te voeren beleid. En dit beleid, zowel op landelijk als regionaal en instellingsniveau wordt steeds meer bepaald door schaarste: zowel schaarste aan financiële middelen als aan (ondersteunend) personeel. De afgelopen jaren is deze vorm van schaarste al vaker gerapporteerd in te weinig vaste arbeidsplaatsen voor (jonge) medisch specialisten. Daarom moet er in de arbeidsmarkt voor medisch specialisten scherpere en soms gedurfd keuzes gemaakt worden de komende jaren.

Het Capaciteitsorgaan zal de komende jaren meer onderzoek doen naar vertrekredenen van (jonge) medisch specialisten.

Specialisme/profiel	Advies
Anesthesiologie	79
Cardiologie	58
Cardio-thoracale chirurgie	6
Dermatologie en venerologie	29
Heelkunde	62
Interne geneeskunde	126
Keel-neus-oorheelkunde	18
Kindergeneeskunde	65
Klinische chemie	14
Klinische fysica	25
Klinische genetica	9
Klinische geriatrie	36
Longziekten en tuberculose	41
Maag-darm-leverziekten	24
Medische microbiologie	20
Neurochirurgie	7
Neurologie	49
Obstetrie en gynaecologie	40
Oogheelkunde	38
Orthopedie	28
Pathologie	19
Plastische chirurgie	19
Psychiatrie	179
Radiologie	63
Radiotherapie	15
Reumatologie	19
Revalidatiegeneeskunde	31
Spoedeisende geneeskunde	42
Sportgeneeskunde	7
Urologie	24
Ziekenhuisfarmacie	29
Totaal	1.221

Tabel 1: instroomaantallen raming 2024 tot 2027, per specialisme.

1. Totstandkoming raming medisch specialisten

1.1 Ramingen medisch specialisten

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit voor de benodigde instroom in diverse medische vervolgopleidingen. Deze ramingen worden gedragen door de betrokken veldpartijen en hebben meestal een bandbreedte per opleiding. Dit ramingsadvies wordt gegeven aan de minister van VWS. Deze bepaalt de instroom per jaar. Vervolgens gaat Stichting BOLS over de uiteindelijke verdeling over regio's. Hierin heeft het Capaciteitsorgaan geen rol. Ook geeft het Capaciteitsorgaan een advies uit over de noodzakelijke instroom in de geneeskunde opleiding. Dit advies wordt gegeven aan de minister van OCW.

Dit rapport geeft een advies over de benodigde opleidingsinstroom voor 31 medische vervolgopleidingen. Het betreffen 28 opleidingen voor medisch specialisten, 1 KNMG-profielerkenning (spoedeisende geneeskunde) en 3 klinisch technologische specialisten (klinische chemie, klinische fysica en ziekenhuisfarmacie). De opleidingen nucleaire geneeskunde en radiologie zijn sinds 1 juli 2015 samengevoegd, maar met uitstroomrichtingen voor elk van deze twee specialisten. Daarom geeft het Capaciteitsorgaan voor deze opleiding één advies. Verschillende instellingen verzorgen de 31 erkende vervolgopleidingen in algemene, topklinische en academische ziekenhuizen, maar ook in instellingen zoals revalidatiecentra of GGZ-instellingen.

1.2 Methode totstandkoming raming medisch specialisten

Om de balans tussen de vraag en aanbod aan zorg te berekenen wordt een rekenmodel gebruikt. Om het model te vullen gebruiken we voornamelijk kwantitatieve gegevens, zoals registraties van artsen, CBS-, DBC-en RIVM-data etc. Deze 38 van de 50 parameters zijn beleidsarm, omdat ze gebaseerd zijn op historische gegevens. Daar zit onlosmakelijk historisch beleid in verweven, maar is geen nieuw beleid in opgenomen.¹ De overige parameters zijn beleidsrijker, omdat deze deels nieuw beleid bevatten. Die invulling is gebaseerd op 'grijze literatuur' en expertschattingen van veldpartijen. Voor de totstandkoming van deze raming zijn 250 experts geconsulteerd, via semigestructureerde interviews of Delphi-sessies. Zie de bijlagen voor meer informatie hierover.

Toelichting ramingsmodel

De ramingen voor de medische specialisten² worden met behulp van een rekenmodel opgesteld. Het beheer van het model heeft het Capaciteitsorgaan uitbesteed aan Nivel. Figuur 1 is een conceptuele weergave van het model. De blauwgekleurde parameters zijn de beleidsarmere factoren, de oranje factoren zijn beleidsrijker.

Zoals altijd het geval is bij projecties en modelleringen heeft ook deze raming te maken met bepaalde onzekerheden. Deze zijn deels het gevolg van de reductie van de werkelijkheid in een model. Daarnaast zijn er natuurlijk ook onzekerheden over de representativiteit en kwaliteit van de informatie die gebruikt wordt om die werkelijkheid te modelleren. Om deze onzekerheden te onderkennen en, waar mogelijk, ook in kaart te brengen maakt het Capaciteitsorgaan het liefst gebruik van meerdere bronnen voor de parameters. Zoals ook bij andere modellen het geval is, bijvoorbeeld van het RIVM voor de toekomstverkenningen³, ligt in het rekenmodel vooral de nadruk op parameters waarvan de bronnen goed voorhanden zijn en de veronderstelde foutmarges klein zijn.

Een andere vorm van onzekerheid betreft het feit dat de toekomst open, maar niet 'leeg' is. De toekomst is niet maakbaar, maar wel in de maak, zoals de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) dat omschrijft.⁴

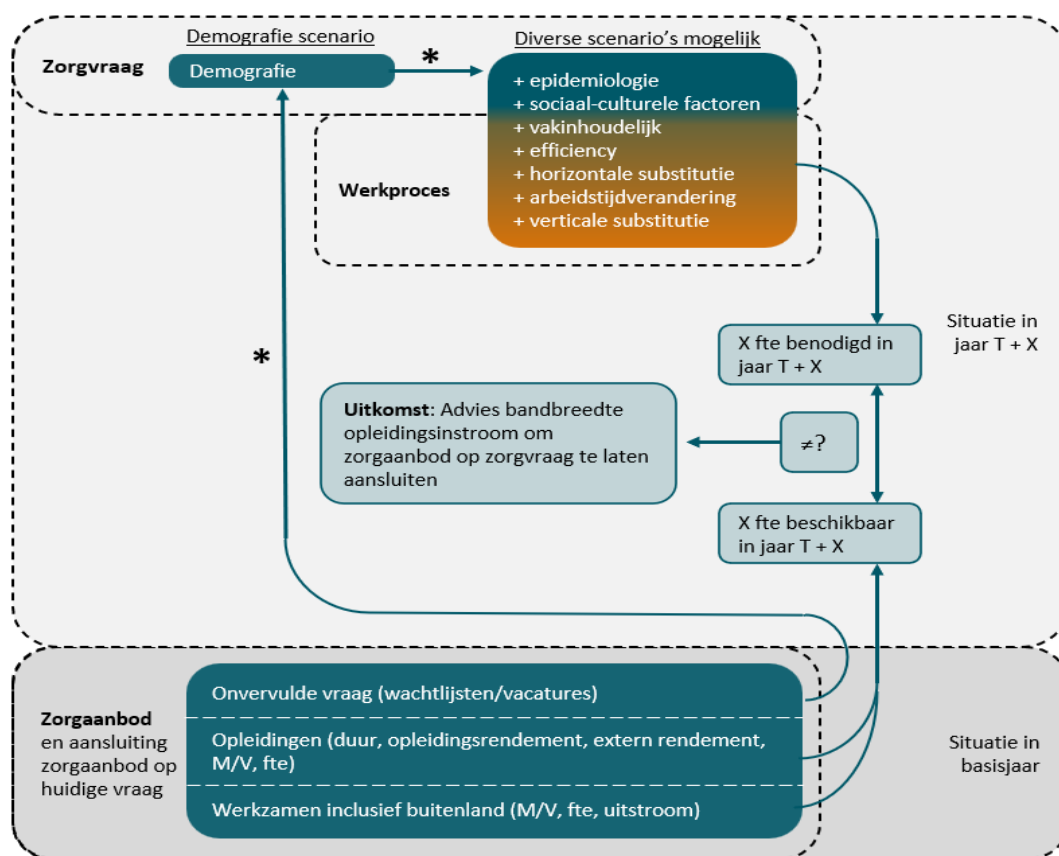
¹ Dit is overeenkomstig de ramingsmethoden die het RIVM in de Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) hanteert. Zie: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), *Methodologie Trendscenario VTV-2018*, pagina 8, Bilthoven, 2018.

² Waar in het rapport wordt gesproken over medisch specialisten of medische specialisten worden, omwille van leesbaarheid, naast de 27 medische specialisten ook de 3 klinisch technologisch specialisten (klinische chemie, klinische fysica en ziekenhuisfarmacie) en de profielopleidingen spoedeisende- en ziekenhuisgeneeskunde bedoeld.

³ Zie bijv. p. 28 e.v. RIVM, *Methodologie Trendscenario VTV-2014*, Bilthoven, 2014.

⁴ Zie p.122 Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid, *Uit zicht. Toekomst verkennen met beleid*. Amsterdam University Press, 2010.

Het Capaciteitsorgaan plaatst de onzekerheid centraal door gebruik te maken van inschattingen van experts over de toekomst van de arbeidsmarkt voor medisch specialisten. Dit is nodig omdat verschillende betrokken veldpartijen anders tegen die toekomst aankijken.



Figuur 1. Schematische weergave van het rekenmodel

Het Capaciteitsorgaan gebruikt het rekenmodel als volgt:

- 1) Beginnend in het basisjaar 'T' (onderste deel van het model), wat de *beschikbare* capaciteit in fte's nu (basisjaar) is. Een eventuele mismatch in de vorm van overschot of tekort in het basisjaar wordt uitgedrukt in een negatieve resp. positieve onvervulde vraag. Dit drukt uit wat er *benodigd* is in het basisjaar. In dit deel zitten 38 van de 50 parameters vervat;
- 2) Daarna wordt berekend hoe de beschikbare en benodigde capaciteit zich zal ontwikkelen tot aan een evenwichtsjaar (jaar 'T+X', het bovenste deel van het model, waarin X meestal 18 jaar is). Hierin is bepalend:
 - a. Voor de *beschikbare* capaciteit in jaar T+X: de instroom en uitstroom van een beroepsgroep en hoe deze zich zal ontwikkelen (uitstroomkansen, rendementen van de opleiding)
 - b. Voor de *benodigde* capaciteit in jaar T+X: de factoren onderverdeeld in factoren die de toekomstige zorgvraag bepalen (demografie, epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen) en ontwikkelingen die het werkproces van de beroepsgroep bepalen (efficiency, substitutie etc.).
- 3) Ten slotte wordt berekend wat het verschil tussen de *beschikbare* en *benodigde* capaciteit in fte's in jaar T+X is (middelste deel van het model). Daaruit wordt afgeleid hoeveel personen uiteindelijk in de toekomst opgeleid moeten worden om in het evenwichtsjaar een evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken.

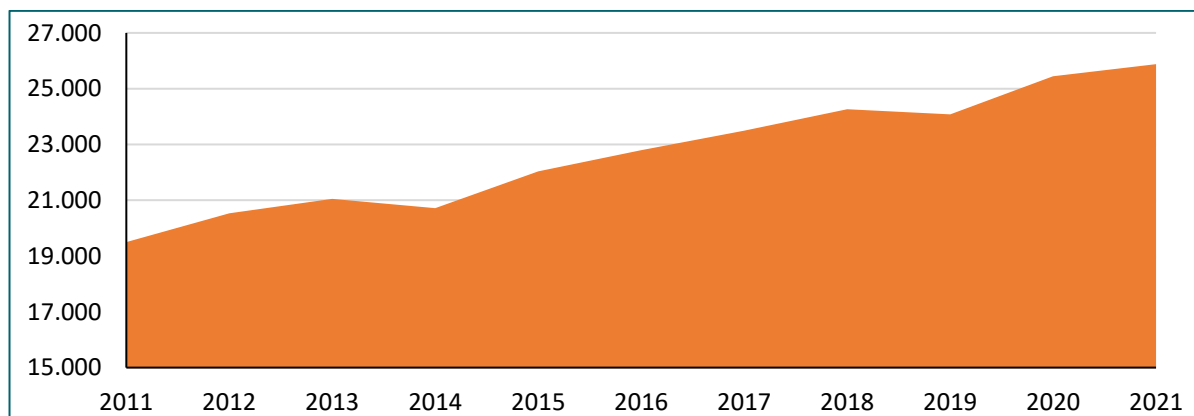
2. Algemene trends en overwegingen

In dit hoofdstuk worden algemene trends en overwegingen besproken die gelden voor alle medische specialismen. Details per specialisme staan in de infographics in een aparte bijlage en per parameter zijn de details in de bijlagen van dit rapport te vinden.

2.1 Meer medisch specialisten en afvlakking totaal aantal aios

Er zijn meer specialisten geregistreerd dan er werkzaam zijn: ongeveer 90% van de geregistreerde specialisten is werkzaam. Daarvan is 93% werkzaam in de zorg.

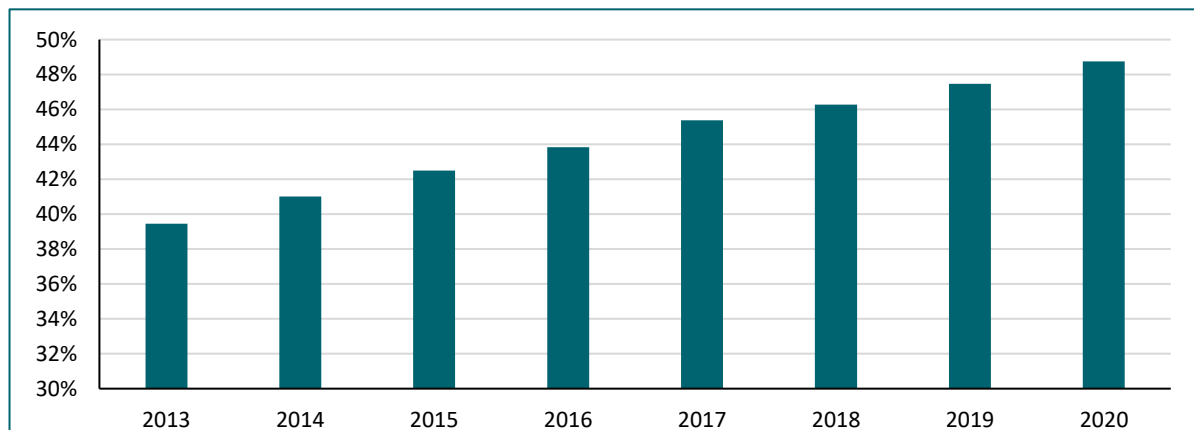
Eind 2021 zijn er 25.880 werkzame medisch specialisten, in 2011 waren dat er 19.500. Dat is een stijging van 32,7% in 11 jaar, gemiddeld 3% per jaar. Sinds de vorige raming (2019) zijn er 7,6% meer werkzame specialisten.



Figuur 2 Aantal werkzame medisch, per ultimo van elk jaar, periode 2011-2021. Bron: CBS

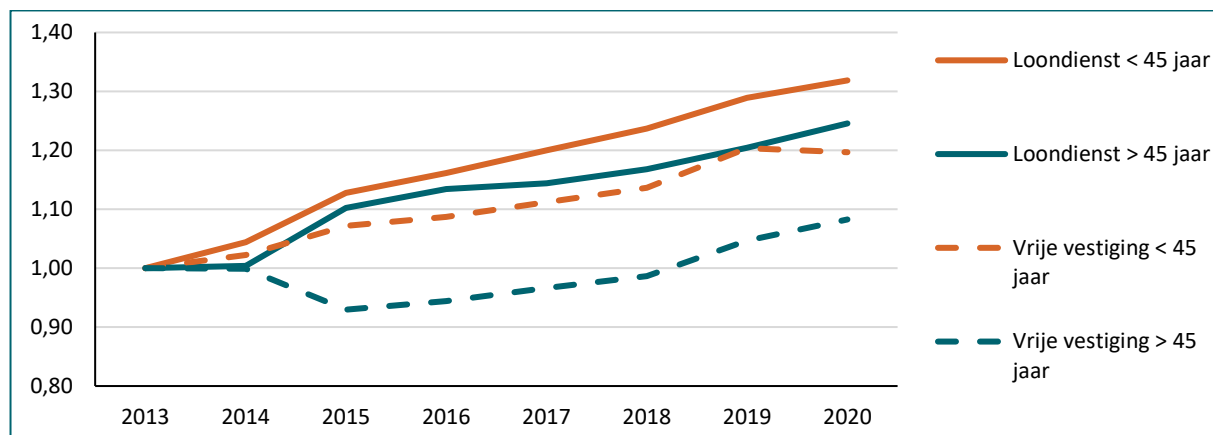
Effect op de uitkomsten In het rekenmodel wordt een balans verondersteld tussen het huidige aanbod van en de vraag naar specialisten. Zonder verdere ontwikkelingen, zoals vergrijzing van de patiëntenpopulatie of bezuinigingen in de zorg, zal die zorgvraag op het huidige niveau doorgerekend worden. Doordat het totaal aantal werkzame medisch specialisten met 7,6% is gestegen, zal, bij gelijkblijvende omstandigheden, er dan meer opgeleid moeten worden om op het huidige niveau van zorg te blijven.

Eind 2020 was 48,8% van de werkzame medisch specialisten vrouw, in 2013 was dat nog 39,5%. Per 1 januari 2022 is 63% van het aantal aios vrouw, dus zal het aandeel werkzame vrouwelijke medisch specialisten alleen maar verder toenemen.



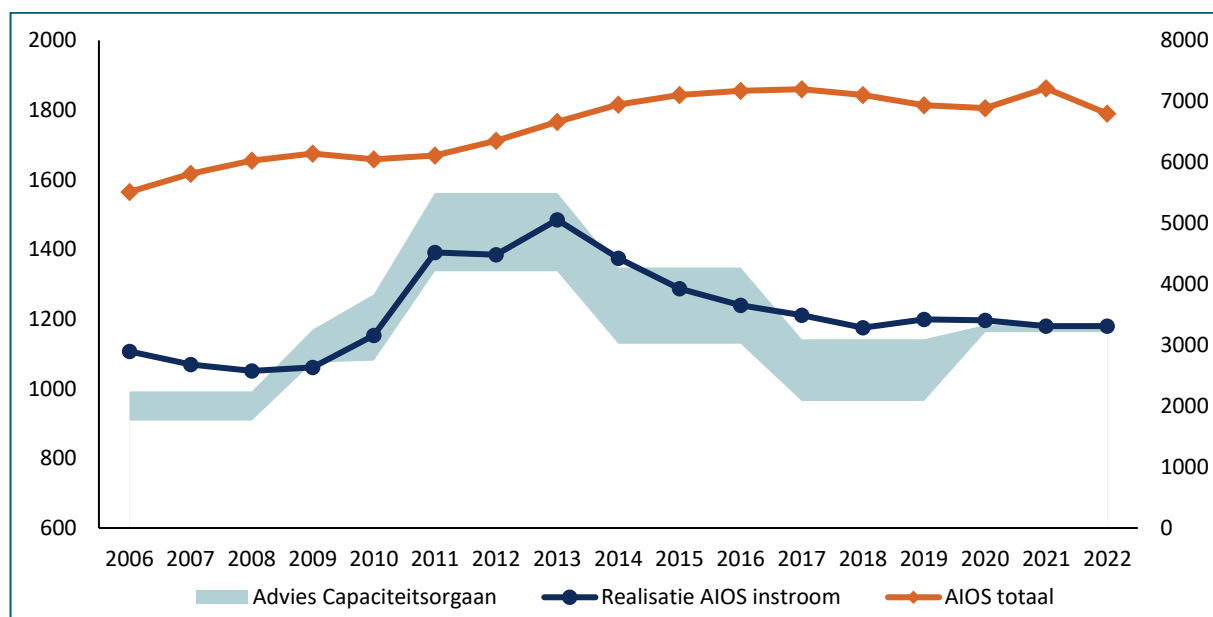
Figuur 3. Percentage werkzame vrouwelijke medisch specialisten. Bron: CBS

Inmiddels is 62% van de medisch specialisten in loondienst en de overige 38% is in vrij beroep⁵. Opvallend is het verschil tussen loondienst en vrije vestiging als de groep medisch specialisten wordt opgesplitst naar leeftijd⁶. Het aantal specialisten jonger dan 45 dat in loondienst gaat, is harder aan het stijgen dan in de jaren hiervoor. In Figuur 4 is te zien dat loondienst voor alle leeftijden harder groeit dan vrije vestiging.



Figuur 4. Geïndexeerde groei van specialisten in loondienst en vrije vestiging, gesplitst naar leeftijd. Bron: CBS

Hoewel de instroom van aios de afgelopen jaren stabiel ligt, is het totaal aantal aios licht aan het dalen: van een piek van bijna 7.200 aios per 1-1-2021 naar 6.800 aios per 1-1-2022. Die daling wordt veroorzaakt door aios die tussen 2011 en 2014 aan de opleiding begonnen en deze inmiddels hebben afgerond. Tussen 2006 en 2012 waren er gemiddeld 6.000 mensen in opleiding, in de periode 2012-2022 is dat gemiddeld 7.000.



Figuur 5. Geadviseerde en gerealiseerde instroom in de medische vervolgoedingen (linker as) en het totaal aantal geregistreerde aios (rechteras), per 1 januari van elk jaar. Bron: RGS

⁵ Dit gegeven is op basis van werkzaam in de zorg. [StatLine - Medisch geschoolden; specialisme, arbeidspositie, sector, leeftijd \(cbs.nl\)](https://statline.cbs.nl)

⁶ <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84776NED/table?dl=6CC38>

2.1.1 Formele arbeidsomvang licht gedaald

De voornaamste bron voor het vaststellen van de deeltijdfactor is de microdata van het CBS. Er is gebruik gemaakt van data over de jaren 2016 tot en met 2020. Deze data over aantal gewerkte uren betreft alleen medisch specialisten in loondienst. Om deze informatie te trianguleren, ook voor specialisten in vrije vestiging, is aanvullende informatie gebruikt. Het Capaciteitsorgaan heeft in het voorjaar van 2021 een uitvraag gedaan onder vakgroepen van 21 medisch specialismen (zie bijlage voor meer informatie). Het gemiddelde fte voor specialisten in loondienst (van de instelling of van het MSB) was 0,81fte. Het gemiddelde fte voor de specialisten in vrije vestiging was voor deze 21 specialismen 0,85fte. Oftewel, in deze uitvraag, lag het fte van vrijgevestigde specialisten 4,4% hoger dan voor specialisten in loondienst. Voor een drietal specialismen zijn geen landelijke data-bronnen beschikbaar, maar wel een uitvraag op vakgroep niveau (klinische chemie, klinische fysica en SEH-geneeskunde). De uitkomsten van deze uitvraag moesten worden omgerekend van totaal gemiddeld fte per persoon naar fte per geslacht, waarbij we weten dat vrouwen gemiddeld 10% lagere deeltijdfactor hebben dan mannen.

In deze raming is het gewogen gemiddelde fte 0,86fte (2019: 0,88fte). Voor mannen is het gewogen gemiddeld 0,91fte en voor vrouwen 0,81fte (2019 resp.: 0,91 en 0,85 fte).

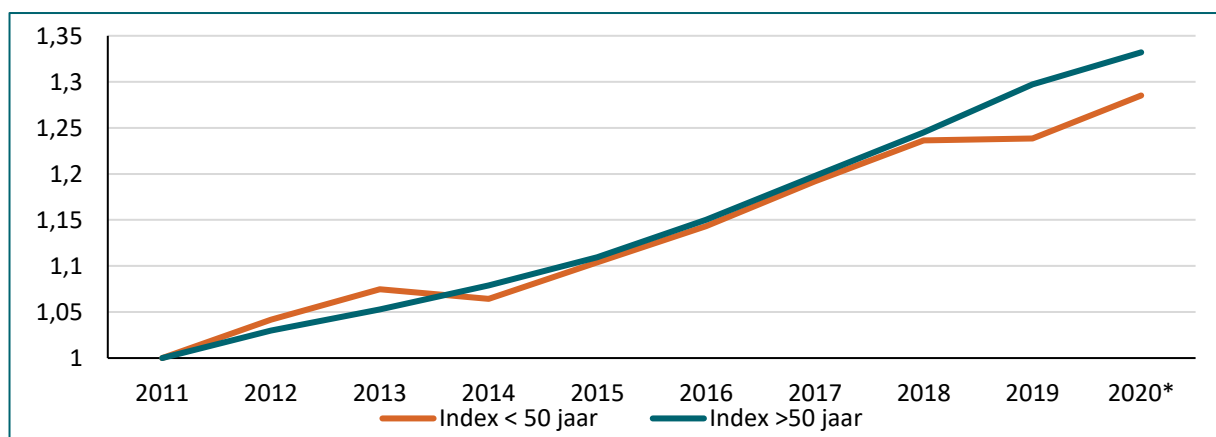
Effect op de uitkomsten Deze kleine daling in fte-omvang heeft weinig effect op de uitkomsten van de raming.

2.1.2 Meer uitstroom uit het vak

Uitstroom

Medisch specialisten kunnen het vak verlaten door met pensioen te gaan. Dit bepaalt een groot deel van de uitstroom. Daarnaast kunnen medisch specialisten om andere redenen het vak verlaten en hun registratie (uiteindelijk) verliezen. Ook deze uitstroom wordt gecompenseerd om uiteindelijk in het evenwichtsjaar voldoende werkzame medisch specialisten te hebben.

De totale (gewogen naar aantallen) uitstroom over 10 jaar is nu 30,6%. Dat was in de raming 2019 26,4%. Deze stijging is enerzijds verrassend omdat er de afgelopen jaren veel jonge medisch specialisten de arbeidsmarkt hebben betreden, tegelijkertijd is ook de groep medisch specialisten van 50 jaar en ouder de afgelopen 10 jaar flink gestegen. De komende jaren zal het Capaciteitsorgaan extra onderzoek doen naar vertrekredenen van medisch specialisten, want met name van specialisten onder de 50 jaar zou vertrek onvrijwillig kunnen zijn, maar daar is tot nu toe geen data over beschikbaar.



Figuur 6. Geïndexeerde (index = 2011) groei van totaal aantal werkzame medisch specialisten, uitgesplitst naar leeftijd.
Bron: CBS

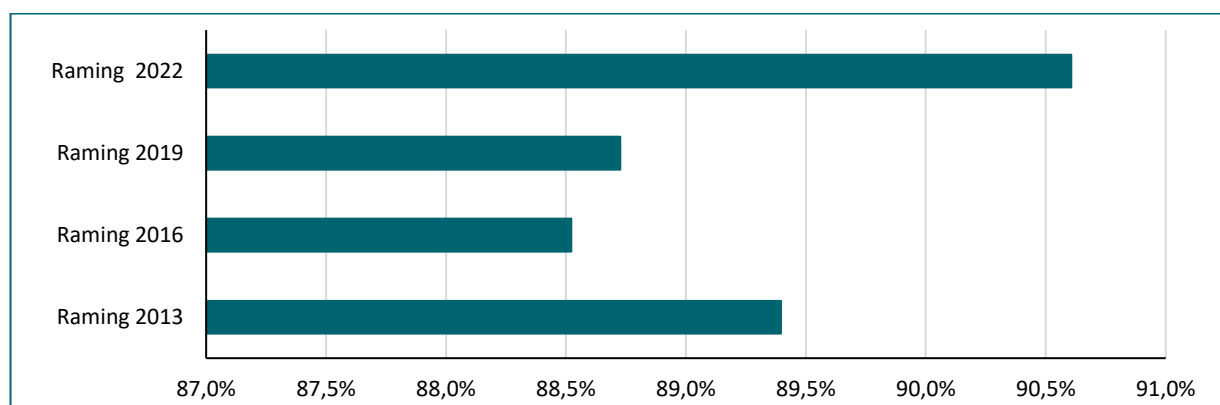
Extern rendement

Van dezelfde gegevens waarop de uitstroom van de medisch specialisten wordt gebaseerd, wordt ook de uitstroom van medisch specialisten berekend die recent hun registratie hebben behaald. In het rekenmodel wordt dit het extern rendement genoemd. Dit rendement wordt berekend over 1, 5, 10 en 15 jaar na het afronden van de opleiding. Omdat dit overwegend jongere mensen zijn, is de uitstroom laag. De waarden zijn van toepassing op iedereen die nu in opleiding is en in de toekomst in opleiding zal gaan. Het rendement voor zowel mannen (95,2%) als vrouwen (95,3%) 10 jaar na het behalen van de registratie is hoger dan bij de vorige raming (resp. 90,3% en 91,6%). Deze gegevens worden op historische bestanden gebaseerd: immers alleen op die manier valt de werkelijke uitstroom uit het vak te meten. Wat de meest recente ontwikkelingen zijn, is hierin niet altijd zichtbaar. Van daar dat ook hierover meer kwalitatief onderzoek, in de vorm van enquêtes, gehouden zal moeten worden.

Effect op de uitkomsten Uitgaande van het huidige niveau van zorg, waarbij het aantal specialisten gelijk verondersteld wordt met de zorg die nodig is, zal er meer opgeleid moeten worden om deze hogere uitstroom te compenseren.

2.1.3 Duur en rendement van de opleidingen nemen toe

Het ongewogen gemiddelde opleidingsrendement is nu 90,6%, in 2019 was dat 88,7%. Dit is in lijn met de reeds stijgende trend, zoals te zien in Figuur 7.



Figuur 7. Ongewogen gemiddeld opleidingsrendement voor alle medisch specialisten.

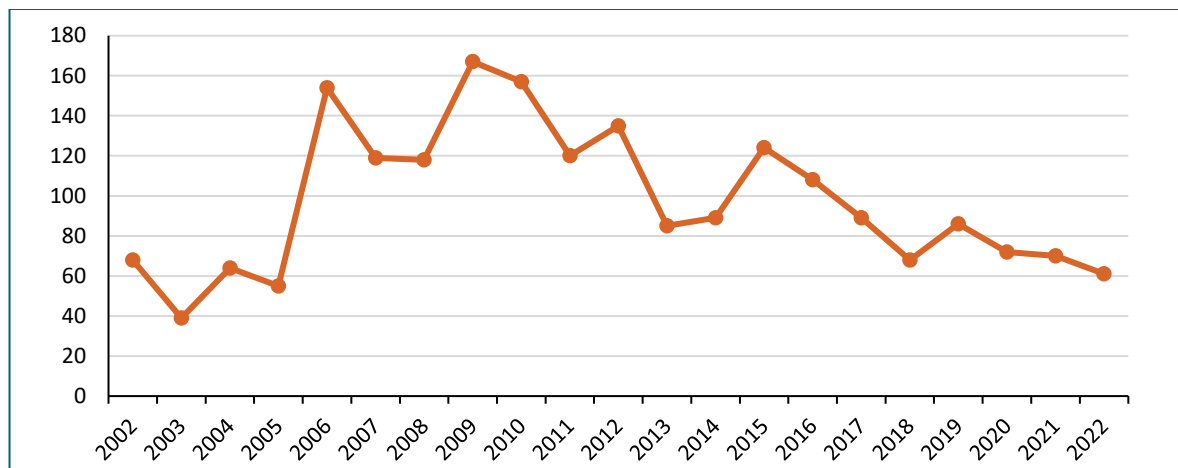
In 2013 is het Opleidingsakkoord afgesloten om tot een alternatief bezuinigingspakket te komen voor hetgeen in het regeerakkoord van 2012 werd aangekondigd. Eén van de daarin genoemde bezuinigingsmaatregelen is het verkorten van de effectieve, oftewel de netto, opleidingsduur van individuele aios. Uiteindelijk moet in 2022 80% van de erkende vervolgoopleidingen met gemiddeld 6 maanden verkort zijn. Het kost dan gemiddeld minder tijd voor de aios om alle opleidingsonderdelen af te ronden. Het gaat dan dus over de netto opleidingsduur. Maar voor alle medisch specialisten duurt het bijna 5 maanden langer voordat opleidingen op de arbeidsmarkt beschikbaar zijn. Dit lijkt vooral te komen door het volgen van de opleiding in deeltijd en/of het opnemen van verloven tijdens de opleiding. Dit noemen wij de bruto opleidingsduur, en die zien wij toenemen. Beide ontwikkelingen doen zich dus tegelijkertijd voor.

Drie jaar geleden was de ongewogen gemiddelde (bruto) opleidingsduur 5,27 jaar, nu is dat 5,7 jaar. Dit is een toename van 8,3%. Het duurt dus iets langer voordat men de arbeidsmarkt betreedt.

Effect op de uitkomsten Een hoger opleidingsrendement heeft als gevolg dat meer mensen de opleiding afmaken. Bij gelijkblijvende omstandigheden zal er minder opgeleid moeten worden om op het huidige niveau van zorg te blijven.

2.1.4 Lagere instroom vanuit het buitenland

In de periode 2018 tot en met 2021 stroomden per specialisme jaarlijks gemiddeld 2,6 personen in met een buitenlands diploma (raming 2019: 3,19). Bij 18 van de 28 specialismen is de instroom lager dan bij de vorige raming. Dit past in een dalende trend die al enkele jaren zichtbaar is.



Figuur 8. Instroom specialisten met buitenlands diploma. Bron: RGS. Excl. klinisch technologische specialismen.

Effect op de uitkomsten Uitgaande van het huidige niveau van zorg, waarbij het aantal specialisten gelijk verondersteld wordt met de zorg die nodig is, zal er minimaal extra opgeleid moeten worden om deze lagere instroom vanuit het buitenland te compenseren.

2.2 Trends in vraag naar zorg: meer vraag in tijden van schaarste

In de onderstaande paragrafen zal worden ingegaan op factoren die al dan niet bijdragen aan een groei in de vraag naar zorg.

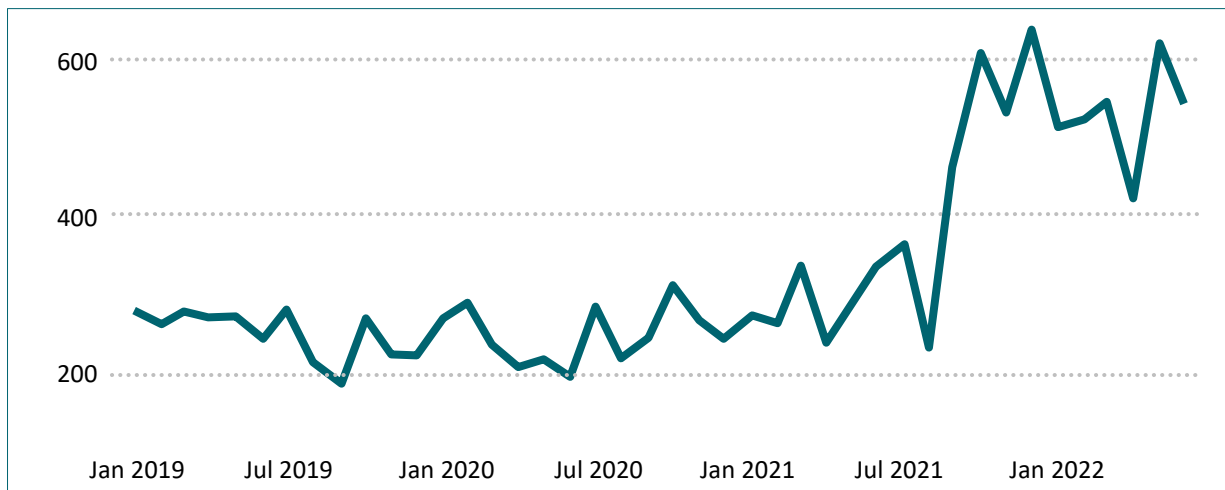
2.2.1 Nog steeds onvervulde vraag

Onvervulde vraag is een parameter die de huidige verhouding tussen vraag en aanbod weergeeft. Om een inschatting te kunnen maken van de onvervulde vraag gebruikt het Capaciteitsorgaan meerdere bronnen. Naast inschattingen van experts uit het veld, worden ook de trends in wachttijden en vacatures meegenomen. Deze indicatoren kunnen ook iets zeggen over de keuzes en investeringen van ziekenhuizen, MSB 's en zorgverzekeraars en over macro-economische krachten. Zo worden er in een laagconjunctuur minder vacatures uitgezet⁷ en ook in de corona periode werden er minder vacatures geteld in de Arbeidsmarktmonitor. Na de zomer van 2021 is er een stijging in vacatures zichtbaar, zoals te zien is in Figuur 9. Hierin zijn de vacatures voor psychiaters weggelaten, vanwege de hoge aantallen voor dat specialisme dat figuur is in de bijlage te vinden. In november 2021 was een piek van 634 vacatures voor ongeveer 22.000 werkzame medisch specialisten (exclusief psychiaters), wat overeenkomt met een vacaturegraad van 2,8%. Deze vacaturegraad is gelijk aan de vacaturegraad die in de vorige raming werd beschreven.

Voor sommige specialismen wordt een overschot aan specialisten ervaren, zoals bij de chirurgen, orthopeden, en tot op zeker hoogte ook de internisten en cardiologen⁸. Dat betekent dat er meer aanbod dan vraag is en dat de onvervulde vraag voor enkele specialismen negatief is.

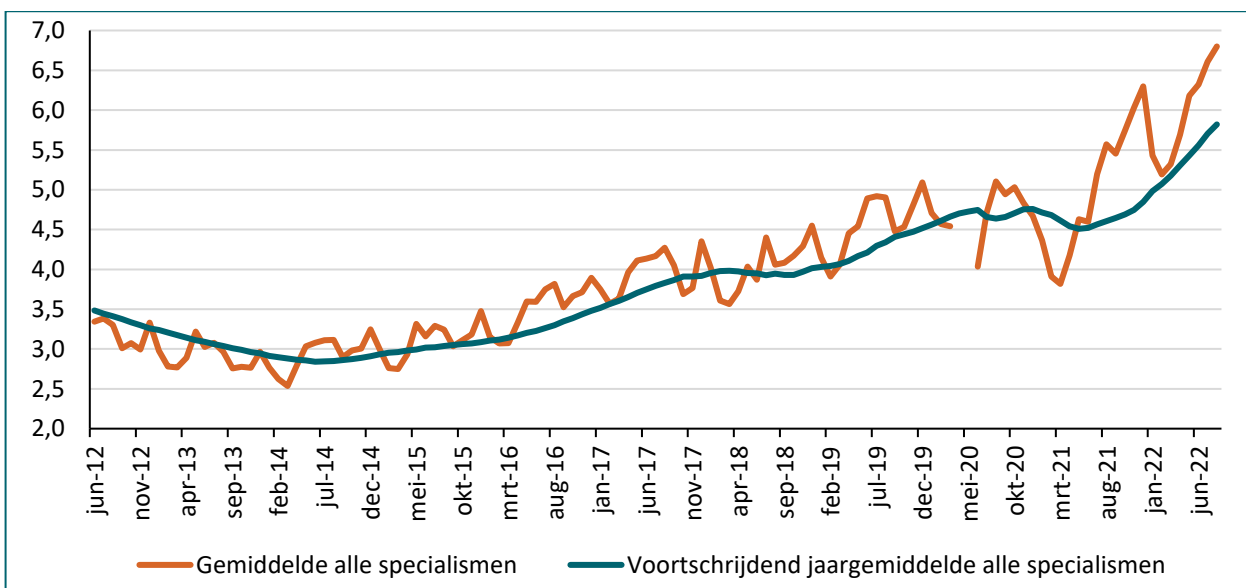
⁷ Zie o.a. p.22 e.v. Mares, A. *De huidige hoogconjunctuur vergeleken met die van 2007*. CBS, Den Haag, december 2017.

⁸ Zie interview met De Jonge Specialist vice-voorzitter Casper Tax: <https://demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht/nieuws/pleidooi-voor-betere-startpositie-medisch-specialist>



Figuur 9. Vacatures gevonden via webscraping, exclusief vacatures die via een intermediair (werving- en selectiebureaus) zijn uitgezet, exclusief vacatures voor psychiaters, januari 2019 tot juni 2022.

De afgelopen jaren bepaalde het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg (april 2018) de groei­ruimte. En voor de komende jaren zal dat het nieuwe Integraal Zorgakkoord zijn. Er wordt meer ingezet op passende zorg en zorg richting de eerstelij­n, waar nog wel groei­ruimte is de komende jaren. De medisch-specialistische zorg kan in 2023 nog 1% groeien, maar dat loopt terug naar 0% in 2026⁹. Dit betekent dat er nog steeds beperkte ruimte is om zorg te bieden aan iedereen die zich aandient. Langere wachtlijsten kunnen dan ook een gevolg zijn van dergelijke afspraken. Sinds de zomer 2021 is de gemiddelde wachttijd tot een eerste bezoek aan de polikliniek sterk aan het stijgen, zie Figuur 10.



Figuur 10. Gemiddelde wachttijd van alle poortspecialismen voor eerste polikliniek bezoek, jun. '12 tot aug. '22.

De afgelopen jaren was inhaal­zorg na Corona een thema en het RIVM heeft dan ook berekend dat in de jaren 2022-2026, naast de reguliere zorg, inhaal­zorg van 2-5% per week mogelijk zou moeten zijn¹⁰.

⁹ [Integraal Zorgakkoord: 'Samen werken aan gezonde zorg' | Rapport | Rijksoverheid.nl](#)

¹⁰ Blz. 25. [De gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties tijdens de coronapandemie Schattingen voor 2020 en 2021 \(rivm.nl\)](#), RIVM, juli 2022.

Een andere oorzaak van stijgende wachttijden, van vooral behandelingen, is het groeiend tekort aan ondersteunend personeel. Zo blijkt uit de raming van het Capaciteitsorgaan voor gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel, dat er een tekort is aan o.a. operatieassistenten, IC-verpleegkundigen en anesthesiemedewerkers, waar de vacaturegraden boven de 8% zijn¹¹. Daarnaast is het verzuim, zeker sinds corona hoger dan de jaren daarvoor, er wordt zelfs gesproken van een trendbreuk omdat het structureel hoger ligt dan de periode daarvoor¹².

Effect op de uitkomsten De onvervulde vraag past in feite de 'startbalans' van het evenwicht tussen vraag naar en aanbod van medisch specialisten aan. Een ophoging of verlaging van die waarde heeft dan ook een respectievelijk ophogend of verlagend effect op de uitkomsten. Dit verschilt per specialisme.

2.2.2 Demografische en epidemiologische veranderingen: een afgevlakte stijging

Ten behoeve van de raming 2022 zijn zorgproductiegegevens van de jaren 2018 en 2019 geanalyseerd om de mogelijke effecten van corona niet mee te nemen in de projectie. Er is gebruik gemaakt van de leeftijdsverdeling van het aantal 'geconsumeerde' DBC's. Omdat ouderen vaak meer DBC's hebben dan jongeren, zullen de waarden voor demografie wat hoger zijn, dan wanneer alleen naar patiënten-aantallen wordt gekeken. Door het aantal DBC's te analyseren wordt meer recht gedaan aan de zorgzwaarte.

Vervolgens zijn de gegevens van de laatste kernprognose van het CBS (december 2021) gebruikt voor de projectie. Deze bevolkingsprognose is voor de periode 2020-2070, dat is langer dan normaal. In deze prognose is voor de korte termijn oversterfte door COVID-19 meegenomen, voor de langere termijn is dat nog onzeker.

Uiteindelijk levert dit een gemiddelde stijging van zorgvraag, als gevolg van demografische veranderingen, op van 11% in 10 jaar tijd. In de raming 2019 was dit percentage nagenoeg gelijk, namelijk 10,97%. Een onzeker fenomeen

Effect op de uitkomsten De demografische veranderingen in de patiëntenpopulatie stijgen voor elk specialisme. De mate waarin verschilt per specialisme, maar voor alle specialismen heeft het een ophogend effect op de uitkomsten.

voor toekomstige ramingen is de oversterfte, niet alleen als gevolg van pandemieën¹³ maar ook als gevolg van hittegolven¹⁴.

Epidemiologie

De nog geldende Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV) van het RIVM is in 2018 uitgekomen, maar recentelijk bijgewerkt om de gevolgen van corona en andere infectieziekten mee te kunnen nemen. De belangrijkste conclusie was de grilligheid van infectieziekten in de projecties. En dat als gevolg van die grilligheid een balans moet zijn tussen 'planbare' ontwikkelingen, zoals chronische aandoeningen en onverwachte ontwikkelingen, zoals pandemieën. Volgens het RIVM vraagt dit, beleidsmatig, om nieuwe zorgconcepten, bijvoorbeeld tussen formele en mantelzorg en verschillende zorgpartijen¹⁵. In paragraaf 2.2.9 wordt hier nog verder op ingegaan. De belangrijkste boodschappen van de VTV-2018 waren dat het aandeel ouderen in de totale bevolking toeneemt en dat mensen vaker een hogere leeftijd bereiken. Ouderen lijden steeds vaker aan meerdere aandoeningen. Door de vergrijzing zullen steeds meer specifieke ouderdomsziekten voorkomen, zoals artrose, gezicht- en

¹¹ Zie deelrapport voor de FZO-opleidingen. De vacaturegraad, dus aantal vacatures per 100 beroepsbeoefenaren is 10,3 voor anesthesiemedewerkers, 7,7 voor operatieassistenten en 8,8 voor IC-verpleegkundigen.

¹² Geraadpleegd op 26 augustus 2022. [Trendbreuk: verzuim steeg deze zomer - Vernet](#)

¹³ <https://www.cbs.nl/nl-nl/longread/diversen/2022/ontwikkelingen-in-sterfte-in-2020-en-2021/2-ontwikkelingen-in-de-totale-sterfte>

¹⁴ [In juli opnieuw oversterfte in alle weken \(cbs.nl\)](#)

¹⁵ [Verder kijken dan corona, over de toekomst van onze gezondheid | Volksgezondheid Toekomst Verkenning](#)

gehoorstoornissen en dementie. Daarnaast overlijden steeds minder mensen door hart- en vaatziekten en kanker en zullen mensen langer leven met de langetermijnevolgen ervan¹⁶. Het RIVM heeft geen additionele berekeningen gedaan voor de te verwachten veranderingen in incidentie en prevalentie. De toekomstige veranderingen van de patiëntenpopulatie per specialisme als gevolg van demografische veranderingen heeft het Capaciteitsorgaan ook berekend (zie hierboven). Daarom heeft de Kamer Medisch Specialisten besloten de parameter epidemiologie voor alle medische specialismen op 0% te zetten.

2.2.3 Sociaal-culturele factoren: meer eisen vanuit patiënt bij gelijkblijvende budgetten

Steeds vaker beslissen arts en patiënt gezamenlijk over de meest geschikte behandeling. Dat leidt tot meer tevreden patiënten die zich beter houden aan de behandelvoorschriften¹⁷. Uit gesprekken met het veld blijkt dat ‘samen beslissen’ nog steeds centraal staat. Patiënten worden steeds mondiger en stellen meer ‘eisen’, deels als gevolg van meer behandelmogelijkheden. Deze mondigheid kan leiden tot een grotere tijdsinvestering van de medisch specialisten om diagnostische trajecten, behandeltrajecten en de consequenties daarvan toe te lichten. In het algemeen geven medisch specialisten aan dat de te leveren zorg hierdoor arbeidsintensiever zal worden.

Ook merken specialisten het verschil tussen arme en rijke burgers, wat zou kunnen leiden tot een zorgkloof die groter wordt, zeker wanneer de zorg steeds meer een ‘markt’ wordt¹⁸. De kwetsbaarheid die schuilt in (verschillen in) gezondheid worden ook door het Sociaal Cultureel Planbureau benadrukt in adviezen richting de overheid¹⁹. De medisch specialisten verwachten dat patiënten met een migratieachtergrond meer tijd nodig zullen hebben in de spreekkamer, met soms complexere zorgvragen. Deze groep patiënten is kwetsbaar, wat bijvoorbeeld blijkt uit dat migranten 22% minder gezonde levensjaren hebben dan overige Nederlanders²⁰.

Voor bepaalde specialismen zijn veranderingen in het verzekerde pakket en/of stijging van het eigen risico ook sterk bepalend voor de toestroom van patiënten. Uiteraard zijn ook de financiële en politieke mogelijkheden om in deze groei te voorzien bepalend, zoals ook opgenomen is in het Integraal Zorgakkoord, zie §2.2.9.

Alle experts achten de ontwikkelingen op sociaal-cultureel gebied zeer waarschijnlijk én zij verwachten dat deze zullen leiden tot een toename van zorgconsumptie. Tegelijkertijd zijn bestuurders en medisch specialisten zich bewust van het feit dat deze groei wordt beperkt door landelijke afspraken over de toegestane groei. Vanuit de maatschappij wordt de groei beperkt door de mate van welvaartsstijging van de Nederlandse bevolking: wanneer de welvaart minder hard stijgt, stijgen de uitgaven aan zorg ook minder hard²¹. Omdat deze beide factoren remmend werken, komen de waarden voor de sociaal-culturele parameters lager uit dan de gehanteerde waarden in de vorige raming. Toch zijn ze nog steeds stijgend en hoger dan de andere vraagparameters. Het ongewogen jaarlijks gemiddelde over alle medisch specialismen voor de parameter sociaal-culturele ontwikkelingen is 0,41% per jaar. In de raming van 2019 was dit 0,7%.

Effect op de uitkomsten De sociaal-culturele veranderingen zijn voor elk specialisme op een hoger getal dan 0 gezet. De mate waarin verschilt per specialisme, maar voor alle specialismen heeft het een ophogend effect op de uitkomsten.

¹⁶ RIVM, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018. Een gezond vooruitzicht. Synthese*, p.6, Bilthoven, juni 2018.

¹⁷ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Ontwikkeling Uitkomstgerichte zorg 2018-2022*. Den Haag, juli 2018.

¹⁸ Zie ook: RVS, *Anders leven en zorgen. Naar een gelijkwaardig samenspel tussen naasten, vrijwilligers en beroepskrachten*. Mei 2022, Den Haag.

¹⁹ Kim Putters, namens SCP. *De menselijke staat. Burgerperspectief als voorwaarde voor een toekomstbestendig sociaal contract*. Mei 2022, Den Haag.

²⁰ RVS. 2022. Factsheet bij *Gezichten van een onzeker bestaan* (2021). <https://www.raadrvs.nl/binaries/large/content/gallery/raadrvs/content-afbeeldingen/gezichten-van-een-onzeker-bestaan/factsheets/rvs-factsheet-anoniem.jpg>

²¹ Zoals blijkt uit een studie van het RIVM naar de determinanten van zorgvolume groei zijn de belangrijkste determinanten van de volume-groei in de curatieve zorg op macroniveau (in deze volgende rangorde): beleid, nationaal inkomen (welvaarts-groei), medische technologie en demografie en gezondheidstoestand. Zie: Kommer, G.J., Wong, A. en Slobbe, L.C.J. *Determinanten van de volume-groei in de zorg*. RIVM, Bilthoven, 2010.

2.2.4 Vakinhoudelijke ontwikkelingen: meer behandel mogelijkheden, meer subspecialisatie

In het algemeen geldt voor specialismen dat er meer behandel mogelijkheden komen voor aandoeningen en dat het diagnostiek arsenaal wordt uitgebreid. Door bestuurders in de zorg wordt ook steeds vaker netwerkzorg genoemd.

De concentratie van zorg vloeit deels uit netwerkzorg voort, en deels uit de toenemende complexiteit van diagnostiek en behandeling. Zowel spreiding van generalistische zorg als concentratie van (super) specialistische zorg vragen om samenwerkingsverbanden om dit goed te organiseren voor de patiënt. Nieuwe behandel mogelijkheden, leiden tot verdere (super)specialisatie, deels omdat er volumenormenten of kwaliteitsrichtlijnen gaan gelden voor nieuwe, zeer specialistische behandelingen. Zo zullen ook de diensten op een andere manier georganiseerd moeten worden dan uitsluitend binnen de eigen organisatie of MSB. Hoe dan ook is een toename van (super)specialistische zorg en de dienstendruk die daaruit voortvloeit een veelgenoemd punt door bestuurders en medisch specialisten. In de specialisme-specifieke infographics zullen vakinhoudelijke ontwikkelingen die specifiek zijn voor een specialisme, nader besproken worden.

Daarnaast wordt in de zorg meer aandacht besteed aan duurzaamheid, vooral van de behandelingen en het afval wat daarbij geproduceerd wordt of onnodig gebruik van medicatie. Het terugdringen van de CO₂-emissie van de zorgsector is één van de ambities in de Green Deal Duurzame Zorg waaraan een doelstelling is verbonden van een reductie van CO₂-uitstoot in 2030 met 49% ten opzichte van 1990²².

Door gebrek aan financiën of ondersteunend personeel kunnen niet alle nieuwe behandelmethoden gefaciliteerd worden. Daarom is het ongewogen jaarlijks gemiddelde van deze parameter lager, namelijk 0,19% per jaar, dan in de raming 2019, toen was dit 0,34% per jaar.

Effect op de uitkomsten De vakinhoudelijke veranderingen zijn voor de specialismen, behoudens één, op een hoger getal dan 0 gezet. De mate waarin verschilt per specialisme, maar voor alle specialismen heeft het een ophogend effect op de uitkomsten, behalve voor dat ene specialisme, waar het een dempend effect heeft.

2.2.5 Efficiëntie met wisselend effect op de inzet van medisch specialisten

In april 2022 publiceerde GUPTA Strategists met FME een studie over de inzet van medische technologie om personeelstekorten tegen te gaan. Hoewel de tekorten vooral verplegend en verzorgend personeel in de ouderenzorg betreffen, zijn de auteurs optimistisch en denken met inzet van medische technologie ziekenhuisopnames te voorkomen en werk van ziekenhuispersoneel te verlichten en daarmee een, door AZW-info, geprojecteerd tekort van bijna 31.000 ziekenhuismedewerkers in 2031 teniet te doen²³.

De medisch specialisten en ook bestuurders verwachten ook verlichting van de zorg, maar niet in bovengenoemde mate. De inzet van technologieën kan volgens hen ook leiden tot meer behandel mogelijkheden die, indien gefinancierd, ook gevraagd zullen worden door patiënten. Vanuit patiënten perspectief echter wordt de inzet van meer zorg thuis, digitaal op afstand waar dat kan, dan ook aangemoedigd. Het Centraal Planbureau (CPB) gaat in de middellangetermijn verkenning zorg (tot 2025) uit van een jaarlijkse productiviteitswinst van 0,8% per jaar²⁴.

²² Bureau Bartels. *Evaluatie Green Deal Duurzame Zorg. Eindrapport*. Amersfoort, december 2021.

²³ GUPTA Strategists & FME. *Uitweg uit de schaarste. Over noodzaak en belofte van medische technologie in de aanpak van personeelstekort in de zorg*. 22 april 2022.

²⁴ CPB. *Middellangetermijn verkenning zorg 2022-2025*. Den Haag, november 2019 <https://www.cpb.nl/middellangetermijnverkenning-2022-2025>

In 2020 is een doelmatigheidsonderzoek gepubliceerd over zorg geleverd door het Beatrixziekenhuis en Bernhoven. In dit uitgebreide onderzoek zijn vergelijkingen gemaakt over drie jaren tussen deze twee ziekenhuizen en vergelijkbare ziekenhuizen. Deze beide ziekenhuizen hebben sinds 2015 veranderprogramma's ingevoerd, samen met verzekeraars CZ en VGZ om zorg doelmatiger in te zetten. Deze programma's omvatten niet alleen een andere financiering, die leidt tot lagere productieprijken, maar ook een andere inrichting van zorg. Door deze programma's nam het behandelvolume voor het Beatrixziekenhuis met 7% af en voor Bernhoven met 13%²⁵. In diverse publicaties benadrukt de NZa dat dit soort meerjarige overeenkomsten noodzakelijk zijn om passende zorg in de toekomst te kunnen faciliteren²⁶. Hoewel de programma's bij Bernhoven en Beatrix indicatief zijn, kan het wel een richting voor de toekomst aangeven.

Om passende zorg of zorg in netwerken te kunnen realiseren is koppeling van gegevens tussen zorgaanbieders van cruciaal belang. Dit is dan ook een speerpunt in het IZA omdat beschikbaarheid van informatie voor alle betrokken behandelaren werkelijk kan leiden tot goede netwerkzorg.

Het ongewogen jaarlijks gemiddelde over alle medisch specialismen voor de parameter efficiency is -0,16% per jaar, vergelijkbaar met de vorige raming toen dit -0,16% was.

Effect op de uitkomsten De waarden voor efficiency zijn voor de meeste specialismen negatief, daardoor heeft het een dempend effect op de uitkomsten. De mate waarin verschilt per specialisme. Voor vijf specialismen is de waarde op 0 gezet omdat daar minder efficiency slagen verwacht worden.

2.2.6 Horizontale substitutie

Bij medisch specialisten vindt horizontale substitutie plaats naar andere geneeskundig specialisten in de tweede of de eerste lijn, zoals huisartsen of specialisten ouderengeneeskunde. Verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste lijn wordt door veel experts genoemd als een wenselijke ontwikkeling. Horizontale substitutie is in die zin netwerkzorg. Echter, vrijwel unaniem wordt aangegeven dat de werkdruk onder huisartsen en in huisartsenpraktijken zo groot is, dat dit ook lastig te realiseren zal zijn op de kortere termijn²⁷. Zo gaven experts vanuit verzekeraars aan dat verlengde consulten in de eerste lijn kunnen leiden tot minder verwijzingen naar de tweede lijn en daarmee dus de druk op ziekenhuiszorg kunnen verminderen.

De waarden voor horizontale substitutie zijn voor deze raming bij de meeste medische specialismen ingevuld. Meestal is de waarde 0%, omdat taakherschikking van en naar deze beroepen elkaar vaak opheft. Voor sommige specialismen is de waarde licht negatief, dat wil zeggen dat er dus taken worden afgestoten. Het ongewogen jaarlijks gemiddelde van de parameter horizontale substitutie voor alle medisch specialismen is nu -0,05%, in de vorige raming was dat 0%.

Effect op de uitkomsten De waarden voor horizontale substitutie zijn voor de meeste specialismen negatief, daardoor heeft het een dempend effect op de uitkomsten. De mate waarin verschilt per specialisme. Voor 4 specialismen zijn de waarden positief omdat er substitutie, van andere specialismen met name náár die specialismen verwacht wordt.

²⁵ CPB, NZa en IQ Healthcare. *Evaluatie programma's Beatrixziekenhuis en Bernhoven*. Den Haag, juni 2020, <https://www.cpb.nl/evaluatie-programmas-beatrixziekenhuis-en-bernhoven>

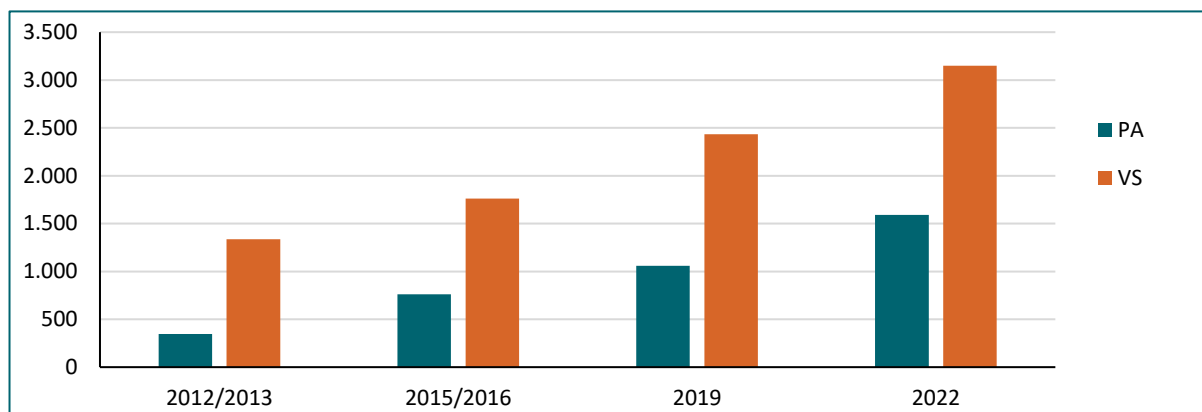
²⁶ Zie o.a.: NZa. *Monitor Medisch Specialistische Zorg 2022*. Utrecht, 8 juni 2022 https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_715091_22/1/

²⁷ Zoals o.a. gepeild door de LHV in oktober 2021: <https://www.lhv.nl/wp-content/uploads/2021/10/LHV-Onderzoek-2021-Zorgen-over-werkdruk-en-bezetting.pdf> en: Nivel. *De arbeidsmarkt van de huisartsenzorg in 28 regio's van Nederland, 2019/2020. Toelichting en samenvatting van het onderzoek - en de 28 regionale factsheets*. Utrecht, december 2020.

2.2.7 Verticale substitutie

Bij verticale substitutie, waar substitutie van taken van medisch specialisten naar lager opgeleide zorgprofessionals plaatsvindt, betreft het in de meeste gevallen beroepen als de physician assistant (PA) en de verpleegkundig specialist (in de algemene gezondheidszorg, VS-AGZ). Maar bij enkele specialismen vindt er ook substitutie plaats naar andere zorgprofessionals, zoals naar huidtherapeuten (dermatologie en venerologie) of optometristen (oogheelkunde). In enkele gevallen vindt verticale substitutie plaats naar gespecialiseerd verpleegkundigen of medisch ondersteunende beroepen, zoals de anesthesiemedewerker. Substitutie naar andere beroepen vindt volgens de NZa plaats om zorg duurzaam te organiseren in de regio, deels in verband met krapte op de arbeidsmarkt²⁸. Door substitutie houden medisch specialisten meer tijd voor complexere zorgvragen, zo is de redenering. Uit de Delphisessies en ook multidisciplinaire focusgroepen²⁹, met zowel medisch specialisten als PA's en VS-en, kwam naar voren dat er taken herschikt worden, maar dat deze soms van medisch specialisten komen, maar vaker van de A(N)IOS zijn. In feite een soort indirecte taakherschikking waarbij er hoe dan ook meer tijd voor de medisch specialist gecreëerd wordt om aan complexere zorg te besteden.

Om deze substitutie in goede banen te leiden, zijn diverse dingen in wet- en regelgeving vastgelegd. Ook tussen veldpartijen zijn afspraken vastgelegd om samenwerking en substitutie in goede banen te leiden. In de 'Handreiking Verantwoordelijkheidsverdeling Samenwerking in de zorg' worden allerlei aandachtspunten genoemd omtrent samenwerking, hoe dat vast te leggen, overdracht en regiebehandelaarschap³⁰.



Figuur 11. Aantal werkzame PA en VS-AGZ

Het Capaciteitsorgaan geeft ook ramingen af voor het aantal op te leiden PA en VS-AGZ. Het aandeel van VS-AGZ is de afgelopen 10 jaar met gemiddeld 10% per jaar toegenomen, maar is sinds 2015 afgevlakt naar 9% per jaar. Inmiddels is er 9fte VS-AGZ werkzaam op 100 werkzame medisch specialisten.

Voor de PA is deze groei de afgelopen 10 jaar gemiddeld 16% en sinds 2016 is dat gemiddeld 13%. Inmiddels is er 5,8fte PA werkzaam op 100 medisch specialisten. Voor deze beide beroepen is de vacaturegraad de afgelopen jaren flink: er worden dus veel PA (4%) en VS-AGZ (7%) gezocht³¹.

Het ongewogen jaarlijks gemiddelde van de parameter verticale substitutie voor alle medisch specialismen is nu -0,27%, in de vorige raming was dat -0,3%.

Effect op de uitkomsten De waarden voor verticale substitutie zijn voor alle specialismen negatief, daardoor heeft het een dempend effect op de uitkomsten. De mate waarin verschilt per specialisme.

²⁸ ²⁸ NZa. Taakherschikking. Update augustus 2021. Geraadpleegd op 05-09-2022, van <https://www.nza.nl/zorgsectoren/medisch-specialistische-zorg/registreren-en-declareren-van-zorg/taakherschikking>

²⁹ Deze focusgroepen werden gehouden met PA's, VS'en-AGZ, specialisten, managers en werkgevers.

³⁰ KNMG, Actiz, de Nederlandse GGZ, InEen, GGD GHOR Nederland, NFU, NVZ, NVAVG, KNGF, KNMP, KNMT, KNOV, NAPA, NIP, NVGzP, NVvTG, V&VN, NVBMH, Patiëntenfederatie Nederland <https://www.knmg.nl/actualiteit-opinie/nieuws/nieuwsbericht/herzien-handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg.htm>

³¹ Zie Capaciteitsplan 2024-2027. Deelrapport 9 Physician Assistants en Verpleegkundig Specialisten Algemene Gezondheidszorg

2.2.8 Veranderende arbeidstijden: meer deeltijd en ‘normalisering’ werktijden

Ook in deze raming wordt de ‘normalisering’ van arbeidstijden voor medisch specialisten veel genoemd. Hiermee wordt bedoeld dat de balans tussen werk en privé steeds belangrijker wordt en dat er meer deeltijd gewerkt wordt. Dit laatste is al te zien bij de AIOS: de opleidingsduur neemt toe, mede als gevolg van het in deeltijd in opleiding gaan. De ervaren werkdruk onder specialisten in opleiding is groot, zo groot zelfs dat 1 op de 4 overweegt om om die reden te stoppen met de opleiding³². Onder AIOS en medisch specialisten is ook 19%-30% van de ondervraagden (zeer) ontevreden over de werkdruk³³.

Ook in deze raming is een krimpende arbeidsomvang, wat in de vorige raming al als een beginnende trend werd genoemd, nog niet terug te zien in CBS-cijfers³⁴. In de Loopbaanmonitor is dit uitgevraagd en 90% van de AIOS en 72% medisch specialisten zouden idealiter minder uren werken.³⁵

In de Delphi-sessies is het de enige parameter geweest die wat minder waarschijnlijk dan bij de vorige raming werd ingeschat, maar is nog steeds na sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen, een belangrijke drijver. Ook de inschattingen van de deelnemers was een stuk voorzichtiger dan in de vorige raming. Daarom is het ongewogen jaarlijks gemiddelde van de parameter arbeidstijdenveranderingen nu vastgesteld op 0,12% per jaar, in de vorige raming was dat 0,22%.

Effect op de uitkomsten De waarden voor arbeidstijdverandering zijn voor alle specialismen positief, daardoor heeft het een ophogend effect op de uitkomsten. De mate waarin verschilt per specialisme.

2.2.9 Resumerend: welke groeirimte is er voor curatieve zorg?

Naast de hierboven beschreven trends, zijn ontwikkelingen in het zorglandschap en bredere maatschappelijke ontwikkelingen ook bepalend voor de arbeidsmarkt van medisch specialisten.

Onzekerheid van pandemieën, COVID-19 in het bijzonder

Een grote onzekerheid waar Nederland en de zorg in het bijzonder mee geconfronteerd is geweest de afgelopen jaren is natuurlijk COVID-19. De uitbraak van COVID-19 was omgeven met allerlei onzekerheden, over het verloop, de duur en de impact op de maatschappij. Ondanks al deze onzekerheden is het mogelijk en bovendien noodzakelijk om strategisch beleid te ontwikkelen. Daarom heeft de WRR, samen met 4 andere adviesorganen van de overheid, een rapport uitgebracht over de toekomst van COVID-19. Er zijn vijf scenario's uitgewerkt, op basis van vier drijvende krachten: immuniteit, vaccins, mutatie en menselijk gedrag³⁶. Welk scenario ook werkelijkheid zal worden, in alle scenario's komt krapte op de arbeidsmarkt in de zorg voor. Hoewel dit eerder de verzorgende en verzorgende beroepen zal betreffen, gaat het ook over keuzes die door en voor patiënten gemaakt moeten worden in tijden van schaarste. Wendbaarheid tussen beroepen, specialismen, wordt eveneens benadrukt. Voor (super) gespecialiseerde medische beroepen is deze wendbaarheid een stuk moeilijker. De Raden adviseren ook om de positie van vrijwilligers en mantelzorgers te versterken indien nodig, in de hoop dat dit de krapte op de arbeidsmarkt deels kan opvangen. Al voor COVID-19 werd er door o.a. het RIVM gewaarschuwd voor zoönosen, mede door de hoge bevolkingsdichtheid en hoge landbouwhuisdierendichtheid³⁷. Er is dus onzekerheid omtrent het effect van pandemieën en zoönosen in het bijzonder.

³² De Jonge Specialist. Nationale enquête Gezond en veilig werken 2020. <https://dejongespecialist.nl/hulp-advies/arbeidsomstandigheden/nationale-enquete-gezond-en-veilig-werken-2020/>

³³ FMS, De Jonge Specialist, LAD. *Loopbaanmonitor Medisch Specialisten 2022*. Blz. 36, <https://loopbaanmonitormedischspecialisten.nl/wp-content/uploads/2022/06/Rapportage-Loopbaanmonitor-Medisch-Specialisten-2022.pdf>

³⁴ Geraadpleegd op 5 september 2022: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84778NED/table?ts=1662364784458>

³⁵ FMS, De Jonge Specialist, LAD. *Loopbaanmonitor Medisch Specialisten 2022*. Blz. 25, <https://loopbaanmonitormedischspecialisten.nl/wp-content/uploads/2022/06/Rapportage-Loopbaanmonitor-Medisch-Specialisten-2022.pdf>

³⁶ Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, Gezondheidsraad, Raad van State, Raad voor het Openbaar Bestuur en Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2022). *Coronasenario's doordacht: Handreiking voor noodzakelijke keuzes*, 5 september 2022, Den Haag, WRR.

³⁷ Steenbergen, van, J. RIVM. *Zoönosen, voorkomen in Nederland en dreiging voor de toekomst*. December 2019, De Bilt.

Financiële en personele houdbaarheid

Daarnaast hebben diverse publicaties in de afgelopen jaren de houdbaarheid van zorg op de politieke agenda gezet³⁸. De rapporten beschrijven hetzelfde beeld: bij ongewijzigd beleid is de zorg zoals die nu geleverd wordt niet houdbaar. Niet houdbaar in termen van financiering, zorgpersoneel of maatschappelijke solidariteit. In het rapport 'Kiezen voor houdbare zorg' pleit de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid er voor dat er scherpere keuzes gemaakt moeten worden om de zorg toegankelijk en kwalitatief hoogwaardig te houden³⁹. Het Zorginstituut Nederland (ZiNL) is daarom in mei 2022 een publieksdebat begonnen over de houdbaarheid van zorg: Passende zorg. Hierbij wordt de kwaliteit van leven en het functioneren van mensen voorop gesteld⁴⁰.

Deze (middellange termijn) ramingen gaan uit van ongewijzigd beleid en dat is cruciaal voor de interpretatie van die ramingen. Het RIVM stelt, in een achtergrond studie voor bovengenoemd WRR-rapport, dat het "{..} onzeker {is} of, of zelfs onwaarschijnlijk dat, de trends zich in de toekomst zullen voortzetten"⁴¹. Er zijn dan ook geluiden van kritiek op het WRR-rapport. Onder meer omdat het veronderstelt dat zorguitgaven per definitie sneller zullen groeien dan de economie. Uiteraard hangt de conclusie 'hoe erg' het is dat de zorguitgaven groeien samen met de groei van de economie. Als de economie een paar jaren nauwelijks groeit dan neemt het aandeel voor de zorg ook toe. Andersom: als de economie sterk groeit, dan lijkt de relatieve groei van de zorgkosten mee te vallen.

Met al deze kanttekeningen is de verwachting dat de kosten voor (ziekenhuis)zorg tot 2025 met 2,3%⁴² en tot 2060 met gemiddeld 2,8%⁴³ per jaar blijven groeien. In deze kostenramingen ging, in de periode 2011-2020, gemiddeld 52% van de bedrijfslasten van ziekenhuis naar personeel⁴⁴. Het is daarom niet verrassend dat de Inspectie der Rijksfinanciën als één van de grootste uitdagingen de te verwachten personele krapte in de zorg noemt⁴⁵.

Zoals aangegeven bepaalde de afgelopen jaren het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg (april 2018) de groeirimte, met uitzondering van twee Covid-jaren, waar meer geld toegelegd werd. Op moment van schrijven (derde kwartaal 2022) is een nieuw akkoord in de maak. Ook in dit akkoord neemt de groeirimte af naar uiteindelijk 0,4 procent in 2026.⁴⁶ Dit betekent dat er nog steeds beperkte ruimte is om zorg te bieden aan iedereen die zich aandient. Langere wachtlijsten kunnen dan ook een gevolg zijn van dergelijke afspraken.

Bepalende factoren

Hoewel de inzet en het werk van medisch specialisten gedreven wordt door de inhoud, door kwaliteit van zorg en het toegankelijk houden van zorg voor eenieder die het nodig heeft, zal het helaas de betaalbaarheid van de zorg zijn die de komende ramingsperiode de groeirimte gaat bepalen. Deze realiteit kwam de afgelopen jaren al tot uiting in het al dan niet aanbieden van vaste contracten aan startende medisch specialisten bijvoorbeeld, maar ook in toenemende wachtlijsten.

Het is ook om deze reden, na het invoeren van de demografische verandering, 1,2% groei in 10 jaar tijd voor rekening komt van alle werkprocesfactoren, in tegenstelling tot 7,1% in 10 jaar tijd in de vorige raming⁴⁷. Dit overigens, ter herinnering, nog bovenop de demografische groei die 11% in de komende 10 jaar zal zijn en de vervangingsvraag van alle vertrekkende medisch specialisten.

³⁸ Zie o.a. voetnoot 12 en: Zorginstituut Nederland & NZa, *Samenwerken aan passende zorg: de toekomst is nu. Actieplan voor het behoud van goede en toegankelijke gezondheidszorg*. Utrecht, november 2020

³⁹ P.9, WRR, *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Den Haag, 2021.

⁴⁰ Zie: <https://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/passende-zorg>

⁴¹ Zie p.35, *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060. Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijk Raad voor Regeringsbeleid. Deel 1: toekomstprojecties*. RIVM-rapport 2020-0059, R.A.A. Vonk et al., Bilthoven, 2020.

⁴² CPB, *Middellangetermijnverkenning zorg2022-2025*, Den Haag, november 2019.

⁴³ RIVM, *Toekomstverkenning zorguitgaven 2015-2060. Kwantitatief vooronderzoek in opdracht van de Wetenschappelijk Raad voor Regeringsbeleid. Deel 1: toekomstprojecties*. RIVM-rapport 2020-0059, R.A.A. Vonk et al., Bilthoven, 2020.

⁴⁴ Intrakoop, *Factsheet jaarverslagenanalyse gezondheidszorg 2011-2020*. 2022.

⁴⁵ Inspectie der Rijksfinanciën. *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel*. Den Haag, 20 april 2020.

⁴⁶ 15 augustus 2022. Zorgvisie: [Concept-IZA: dit zijn de belangrijkste maatregelen - Zorgvisie](#)

⁴⁷ Alle werkprocesfactoren zijn niet bij elkaar op te tellen. Eerst wordt het demografie scenario uitgerekend, incl. correctie voor onvervulde vraag. Deze uitkomst wordt vermenigvuldigd met de som van sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale substitutie. Die uitkomst wordt vermenigvuldigd met verticale substitutie. Die uitkomst wordt vermenigvuldigd met arbeidstijdverandering.

3. Advisering over het op te leiden aantal specialisten

3.1 Punten van aandacht

Het doel van de raming is om per medisch specialisme een evenwicht tussen vraag en aanbod over 18 jaar (2040) te bereiken. Deze horizon ligt ver vooruit, omdat uit de totale ramingen voor alle geneeskundig specialismen het advies voor het totaal op te leiden geneeskunde studenten wordt afgeleid. De ramingsperiode beslaat dus het gehele opleidingstraject van de start van de geneeskundeopleiding tot aan de registratie als medisch specialist.

Elke 3 jaar wordt een nieuw advies opgesteld om tijdig bij te kunnen sturen bij veranderingen in de zorgvraag of het zorgaanbod. Dit gebeurt bijvoorbeeld bij meer uitstroom van medisch specialisten of wijzigingen in de bekostiging van zorg. Hierdoor worden grote schommelingen in de instroom in de opleidingen zoveel mogelijk voorkomen.

3.1.1 Demografievariant

In deze variant wordt met groei gerekend op basis van demografische veranderingen in de patiëntenpopulatie. Hierbij wordt het huidig niveau aan specialisten in stand gehouden. Om tot deze projectie te komen is het aantal geconsumeerde DBC's in de jaren 2018 en 2019 geanalyseerd naar leeftijd en geslacht. Vervolgens worden daar de bevolkingsprognose van het CBS op toegepast om een projectie naar de toekomst te krijgen. In de verdeling van het aantal DBC's zit beleid vervlochten, van de jaren 2018 en 2019 en dat wordt dus geprojecteerd. Dit is overigens conform projecties die het RIVM of CPB gebruiken als het gaat om zorggebruik of -kosten.

De berekening van deze variant start overigens met een correctie voor onvervulde vraag. Daarboven op een groei vanwege de demografische verandering van de patiëntenpopulatie. Dit komt neer op een gemiddelde groei van zorgvraag van 11% in 10 jaar tijd en verschilt voor de specialismen.

3.1.2 Werkprocesvariant

Deze variant past bij (overheids-)beleid dat, naast demografische ontwikkelingen, ook groeiruimte geeft aan andere ontwikkelingen, zoals vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiëntie winsten en substitutie aan andere beroepen. Om tot de invulling van die parameterwaarden te komen zijn Delphi-sessies gehouden met afgevaardigden van specialisten uit alle 31 medisch specialismen, zijn gesprekken gehouden met zorgbestuurders, zorginkopers en gezondheidseconomen. Deze variant bouwt voort op het demografiescenario. De groei in zorgvraag komt dan neer op 11% vanwege demografische veranderingen. Daarnaast is er nog 1,2% groei in 10 jaar tijd dat voor rekening komt van deze overige (niet-demografische) ontwikkelingen. De totale groei komt uit op 11,4% groei in 10 jaar tijd.

Fte's en instroomaantallen tot aan 2040

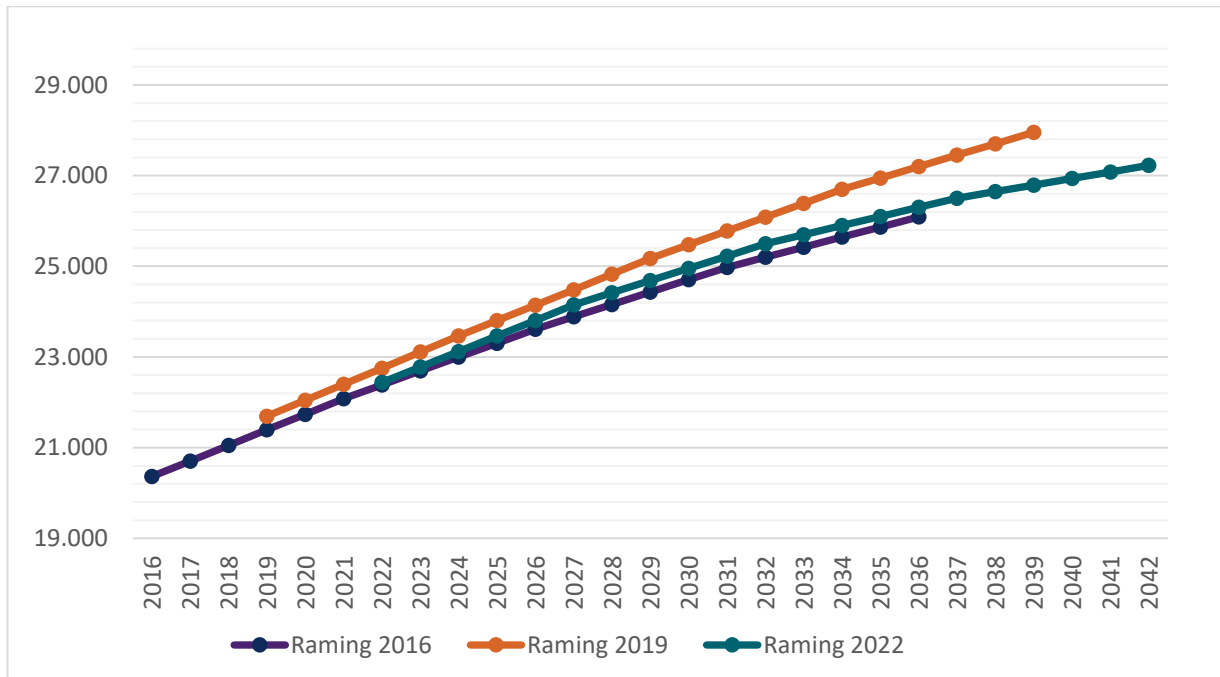
Voor elk specialisme heeft de Kamer Medisch Specialisten gekozen voor een variant die recht doet aan de ontwikkelingen binnen elk specialisme. Daarbij is gekeken naar de huidige ervaren tekorten of juist overschotten aan specialisten, maar ook naar de te verwachten groeiruimte voor die specialismen de komende jaren. Daarnaast is ook de historische instroom in de opleiding meegenomen in de afwegingen.

Specialisme/profiel	Advies
Anesthesiologie	79
Cardiologie	58
Cardio-thoracale chirurgie	6
Dermatologie en venerologie	29
Heelkunde	62
Interne geneeskunde	126
Keel-neus-oorheelkunde	18
Kindergeneeskunde	65
Klinische chemie	14
Klinische fysica	25
Klinische genetica	9
Klinische geriatrie	36
Longziekten en tuberculose	41
Maag-darm-leverziekten	24
Medische microbiologie	20
Neurochirurgie	7
Neurologie	49
Obstetrie en gynaecologie	40
Oogheelkunde	38
Orthopedie	28
Pathologie	19
Plastische chirurgie	19
Psychiatrie	179
Radiologie	63
Radiotherapie	15
Reumatologie	19
Revalidatiegeneeskunde	31
Spoedeisende geneeskunde	42
Sportgeneeskunde	7
Urologie	24
Ziekenhuisfarmacie	29
Totaal	1.221

Tabel 2: instroomaantallen raming 2024 tot 2027.

Voor alle specialismen in totaal komt het totaal benodigde fte in 2035 uit op ongeveer 26.100 (raming 2019: 27.000) en in 2040 op 26.900 fte. Dit is een groei van 20% in 18 jaar tijd.

Bij de vorige raming werd met een groei van 27% in 18 jaar tijd gerekend en de raming van 2016 rekende met een groei van 26% in 18 jaar tijd. De groei is dus aan het afvlakken, zoals ook is te zien in onderstaande grafiek.



Figuur 12: Benodigd totaal aantal fte, per jaar, ramingen 2016, 2019 en 2022

Voor de Kamer Medisch Specialisten doet deze afgevlakte groei recht aan de beperkte groeiruimte die er de komende jaren zal zijn voor de medisch specialistische zorg.

De details per specialisme zijn terug te vinden in deel II: de bijlage met infographics. En de details per parameter zijn terug te vinden in deel III: de bijlage met parameterwaarden.

4. Geconsulteerde veldpartijen

Ziekenhuis Rivierenland	Mevrouw Wendy Bosboom, lid RvB, Mevrouw Esther Giesbers, manager P&O Mevrouw Irene van Balken, voorzitter opleidingscommissie medische staf Meneer Titus Bruggink, stafbestuur
Erasmus MC	Meneer Stefan Sleijfer, decaan en voorzitter Erasmus MC Meneer Robert Jan Stolker, afd.hoofd anesthesiologie en opleider Mevrouw Adrienne Zandbergen, internist-vasculair geneeskundige
Amsterdam UMC	Meneer Mark Kramer, lid RvB
Radboud UMC	Mevrouw Carolijn Ploem, lid RvB Meneer Christiaan Keijzer, voorzitter COC Meneer Wim Rijnen opleider orthopedie Mevrouw Barbara Kortman, opleider urologie Mevrouw Lisa Isbouts, aios kindergeneeskunde Meneer Wilco Doeser, coördinator vervolgoopleidingen en secr. COC.
Gezondheidseconoom	Meneer Marc Pomp
RVS	Meneer Robert Vonk, senior adviseur
Wilhelmina ziekenhuis	Meneer Paul van der Wijk, lid RvB Mevrouw Cathelijne Moritz, hoofd HRM
UMC Groningen	Meneer Ate van der Zee, voorzitter RvB Mevrouw Stephanie Klein-Nagelvoort, lid RvB Meneer Aat van den Berg, adviseur opleidingen
IGJ	Meneer Johanan van Diermen, afdelingshoofd MSZ Meneer Hugo Solleveld, teamcoördinator Team Ziekenhuizen binnen MSZ
St. Franciscus Ziekenhuis	Mevrouw Marjolein Tasche, voorzitter RvB Mevrouw Jose Richter, manager P&O Mevrouw Elma Meijerink, manager academie St Franciscus Ziekenhuis
UMC Utrecht	Mevrouw Margriet Schneider, voorzitter RvB Meneer Arno van Rooijen, OOR coördinator regio Utrecht
VNVA	Mevrouw Lydia Ketting, voorzitter VNVA Mevrouw Lewi Vogelpoel, bestuurslid VNVA
Ziekenhuis Bernhoven	Mevrouw Simone Gielen, medisch directeur Mevrouw Sjan van Roosmalen, manager zorgopleidingen Mevrouw Hester Hoogenboom, anesthesist , opleider en vz. COC Mevrouw Debora Katerberg, manager capaciteit

ONVZ	Mevrouw Marieke Schellart, manager zorg tweedelijns inkoop Meneer Jan Berkelmans, clustermanager zorg
VGZ	Meneer Jaco-Derk van der Tang, zorginkoop Meneer Rick Kocken, zorginkoop
Patiëntenfederatie Nederland	Mevrouw Linda Daniëls, manager afdeling MSZ Mevrouw Marilène van Hussen, adviseur patiëntenbelangen