



Capaciteitsplan 2024-2027

Deelrapport 6

Arts Verstandelijk Gehandicapten

Capaciteitsplan 2024-2027

Deelrapport 6

Arts Verstandelijk Gehandicapten

Bijlage bij het integraal overzicht Capaciteitsplan 2024-2027

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 vervolgopleidingen.²²

Inhoud

Samenvatting	1
1 Inleiding	3
1.1 Doelstelling en activiteiten Capaciteitsorgaan	3
1.2 Capaciteitsplannen 2024-2027	3
1.3 Totstandkoming van dit deelrapport	4
1.4 Indeling van dit deelrapport	5
2 Stand van zaken in 2022	7
2.1 Inleiding	7
2.2 Opleiding tot arts VG	7
2.2.1 Overzicht parameterwaarden opleiding: aantal aios en opleidingsduur	7
2.2.2 Aantal in opleiding	7
2.2.3 Gemiddelde instroom per jaar	8
2.2.4 Opleidingsduur	8
2.3 Huidige aanbod artsen VG	10
2.3.1 Overzicht parameterwaarden zorgaanbod: omvang en kenmerken beroepsgroep	10
2.3.2 Geregistreerde versus werkzame Artsen VG	10
2.3.3 Deeltijdfactor en aantal fte	11
2.4 Onvervulde Vraag	13
2.4.1 Vacatures als uiting van onvervulde vraag	13
2.4.2 Hoge vacaturegraad volgens werkgeversonderzoek	13
2.4.3 Arbeidsmarktmonitor geeft beeld van online vacatures	14
2.4.4 Ervaren balans op de arbeidsmarkt	16
2.4.5 Onvervulde vraag nog verder gestegen	16
3 Veranderingen in het zorgaanbod	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Uitstroom van werkzamen	17
3.2.1 Verdeling naar leeftijd en geslacht	17
3.2.2 Uitstroom uit het beroep	18
3.3 Geen instroom uit buitenland	19
3.4 Intern rendement	20
3.5 Extern rendement	21
4 Veranderingen in de zorgvraag	23
4.1 Inleiding	23
4.2 Demografische ontwikkelingen	24
4.2.1 Vektis gegevens zorggebruik	24
4.2.2 Berekening van het actuele zorggebruik op basis van zorgindicaties	24
4.2.3 Zorggebruik naar leeftijd en geslacht in 2018/2019	26
4.2.4 Zorggebruik naar leeftijd en geslacht in 2022 en tot en met 2042	27

4.2.5	Resultaten demografieberekening 2022	29
4.3	Epidemiologische ontwikkelingen	30
4.3.1	Complexiteit zorg en behandeling nemen toe	30
4.3.2	Infectieziekten vormen risico, maar beperkt	30
4.3.3	Parameterwaarden epidemiologie onveranderd	31
4.4	Sociaal-culturele ontwikkelingen	31
4.4.1	Toenemende vraag naar zorg en ondersteuning, vooral in eerste lijn	31
4.4.2	Eigen regie en participatie vragen maatwerk in ondersteuning	32
4.4.3	Overheidsbeleid gericht op inzet technologie, taakherschikking en regionale oplossingen	32
4.4.4	Parameter sociaal-culturele ontwikkelingen lager ingeschat	32
4.5	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	32
4.5.1	Toename werken in samenwerkingsverbanden en op beleidsmatig vlak	32
4.5.2	Complexe zorgvragen en nieuwe richtlijnen maken werk zwaar	33
4.5.3	Nieuwe technologie en digitale toepassingen vragen anders werken	33
4.5.4	Parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen iets hoger ingeschat	33
4.6	Efficiency	34
4.6.1	Implementatie digitale zorg en ICT moeten beter	34
4.6.2	Hoge werkdruk door administratieve lasten en ontbreken goede randvoorwaarden	34
4.6.3	Regionaal werken verbeteren voor meer efficiency	34
4.6.4	Efficiencywinst iets positiever ingeschat	35
4.7	Horizontale substitutie	35
4.7.1	Overname hoog complexe zorg in eerste lijn	35
4.7.2	Overname zorg uit tweede lijn en samenwerking ouderengeneeskunde	35
4.7.3	Substitutie naar gedragskundige functies kent grenzen	35
4.7.4	Parameter horizontale substitutie ongewijzigd	36
4.8	Gemiddelde arbeidstijd niet veranderd	36
4.9	Verticale substitutie	36
4.9.1	Inzet aanverwante beroepen kan druk op artsen VG verlichten en kwaliteit zorg verhogen	36
4.9.2	Aanverwante beroepen vaker ingezet in gehandicaptenzorg	36
4.9.3	Tekorten en onbekendheid aanverwante beroepen kunnen inzet remmen	37
4.9.4	Meer effect verwacht van verticale substitutie	37
5	Resultaten raming arts VG en instroomadvies	39
5.1	Inleiding	39
5.2	Adviesvarianten	39
5.2.1	Basisvariant: beschikbaar aanbod bij gelijkblijvende instroom	39
5.2.2	Demografievariant	39
5.2.3	Werkprocesvariant	40
5.2.4	Arbeidstijdvariant	40
5.2.5	Verticale substitutievariant	40
5.3	Bandbreedte inschatting parameterwaarden	40

5.4	Tijdelijke of doorgaande trends	40
5.5	Evenwichts jaren	41
5.6	Uitkomsten ramingsmodel	41
5.6.1	Ontwikkeling zorgaanbod arts VG	41
5.6.2	Ontwikkeling zorgvraag arts VG	42
5.6.3	Benodigde instroom voor evenwicht	43
5.7	Keuze instroomadvies arts VG 2024-2027	45
Bijlage 1: Toelichting methodiek raming en rekenmodel		48
Bijlage 2: Overzicht parameterwaarden		50
Bijlage 3: Procedure en betrokken experts		51
Bijlage 4: Afkortingen en begrippen		52
Bijlage 5: Literatuurlijst		54

Samenvatting

Dit rapport bevat het advies over het aantal instromers in de opleiding tot arts VG dat jaarlijks nodig is voor evenwicht op de arbeidsmarkt voor dit beroep. Dit advies is opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS, in samenwerking met veldpartijen. Het rapport beschrijft de data en ontwikkelingen die aan het instroomadvies ten grondslag liggen en de totstandkoming van het advies.

Instroom van 43 aios VG per jaar nodig

Om over 12 jaar, in 2034, evenwicht te bereiken tussen de vraag naar en het aanbod van artsen VG is het nodig om met ingang van 2024 ieder jaar **43** nieuwe aios in de opleiding te laten instromen.

Dit advies ligt lager dan dat uit 2020, toen werd een instroom van 60 aios per jaar geadviseerd. Dat advies ging echter uit van een stagnerende verticale substitutie (overdracht van taken naar aanverwante, ondersteunende, beroepen). Inmiddels zien de experts dat verticale substitutie meer en meer voorkomt in de VG-sector en een belangrijke en realistische oplossingsrichting is voor de schaarste aan artsen VG. Kanttekening daarbij is wel dat de substitutie geremd kan worden doordat er ook bij de aanverwante beroepen tekorten zijn. Ervan uitgaande dat de verticale substitutie de komende jaren doorzet, dempt dit de capaciteitsbehoefte. Bovendien is gekozen voor een gematigder advies, omdat de voorspellingen voor het benodigd aanbod uit vorige ramingen aan de hoge kant bleken te zijn en de haalbaarheid van een hoge instroom voorlopig gering is.

Evengoed is een jaarlijkse instroom van 43 aios een zeer hoge opgave, die nog steeds ver boven het huidige aantal door VWS gefinancierde opleidingsplaatsen ligt (27). Om dit opleidingsvolume op termijn te bereiken, zal men fors moeten blijven investeren in het bekender en aantrekkelijker maken van de opleiding en het vak onder geneeskundestudenten, basisartsen en zijinstromers. De urgentie is blijvend hoog. De vraag naar informatie over het vak en de opleiding en de interesse voor meeloopdagen en coschappen is wel aanzienlijk gegroeid, zowel vanuit de groep basisartsen als van zijinstromers die al een medische vervolgopleiding hebben afgerond. Het realiseren en faciliteren van de geadviseerde hoge instroom is een forse uitdaging voor het opleidingsinstituut en de opleidingsinstellingen. De experts hopen evenwel dat de komende jaren stapsgewijze groei naar een instroom van 40 tot 45 aios per jaar mogelijk wordt.

Bepalende factoren in dit advies

Actuele tekort aan artsen VG zeer hoog

Er is begin 2022 een aanzienlijk tekort aan artsen VG. Het vacaturepercentage ligt met een inschatting van 23% tot 39% zeer hoog (op elke 100 artsen VG zijn er 23 tot 39 vacatures), hoger ook weer dan in de vorige raming. Het specialisme behoort al jaren tot de medische beroepen met de hoogste onvervulde vraag.

Instroom is niet toegenomen

De gerealiseerde instroom in de opleiding leek vanaf 2010 een gestage groei te kennen, met in 2012 en 2015 een hoopgevende instroom van 21 aios VG. Sindsdien is de instroom echter afgenomen en

schommelt deze rond de 15 nieuwe aios per jaar. Het blijft moeizaam de belangstelling voor het vak te vergroten en voldoende kandidaten voor de opleiding te vinden. Het totaal aantal aios lag enige jaren boven de 50 maar is inmiddels gedaald naar rond de veertig. Daarvan is 86% vrouw.

Uitstroom vraagt hogere instroom

Het aanbod aan artsen VG is sinds de vorige raming met 5,5% gegroeid naar 220 fte. Tot aan het evenwichtsjaar (2034) groeit het beschikbare aanbod aan artsen VG met 16% naar 255 fte. Van de werkzame artsen VG zal echter de komende 10 tot 20 jaar 33% tot 62% uitstromen uit het beroep. Dit komt deels door pensionering, deels door vertrek vóór de pensioengerechtigde leeftijd. Om alleen al de uitstroom te compenseren en het aanbod op peil te houden, moeten jaarlijks 18 aios instromen; dat zijn er al meer dan de huidige gerealiseerde instroom.

Vraag naar artsen VG blijft stijgen

Het benodigde aanbod, de zorgvraag, groeit de komende 10 tot 12 jaar met 42% van 271 fte naar 385 fte. Hiervan is 2% het gevolg van demografische ontwikkelingen (veranderingen in het zorggebruik in relatie tot de bevolkingsopbouw). De overige voorziene groei wordt veroorzaakt door andere zorgvraagfactoren. Belangrijke aspecten daarbij zijn vooral de ontwikkelingen op sociaal-cultureel en vakinhoudelijk gebied. Hoewel de groei van het aantal VG-indicaties in de laatste jaren is afgevlakt, merken de experts nog altijd dat de sterk en snel veranderende maatschappij en de nadruk op zelfstandigheid en zelfregie de vraag naar ondersteuning en behandeling 'op maat' doen toenemen. De vraag naar zorg komt steeds meer vanuit de eerste lijn, bijvoorbeeld via huisartsen en in de VG-poliklinieken. De zorgvraag van cliënten groeit ook in complexiteit door multi-problematiek. Daarbij zorgen ontwikkelingen in wet- en regelgeving nogal eens voor taakverzwaring. Verder betreft het werk van artsen VG vaker coördinerende taken en hebben zij met allerlei samenwerkingsverbanden te maken, ook regionaal.

Er wordt, ook van overheidswege, veel verwacht van de inzet van technologie en de efficiëntere organisatie van zorg, bijvoorbeeld door regionale samenwerking van zorgaanbieders. Dit vraagt echter ook een andere manier van werken van professionals en levert niet per definitie, en zeker niet altijd direct, tijdswinst op.

Zoals gezegd is er de verwachting dat met de toename van verticale substitutie de behoefte aan artsen VG wat zal afvlakken. Een toename van de instroom in de opleiding is hoe dan ook hard nodig om op termijn voldoende zorgaanbod te creëren.

Tabel 1 toont het nieuwe advies van het Capaciteitsorgaan en de adviezen uit vorige ramingen en de toezeggingen van VWS daarop.

Tabel 1: Adviezen en besluiten in ramingsjaren vanaf 2013

Jaar van raming en advies	2013	2016	2018*	2019	2020*	2022
Bandbreedte advies Capaciteitsorgaan	20-24	16-18	21-29	48-57	51-60	43-80
Voorkeursadvies Capaciteitsorgaan	24	18	24	57	60	43
Besluit VWS op advies (m.i.v. 1 of 2 jaar later)	24	18	24	n.v.t.	27	n.t.b.

* Tussentijds advies

1 Inleiding

1.1 Doelstelling en activiteiten Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 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 medische profiel- en vervolgopleidingen en de tandheelkundige vervolgopleidingen. In de loop der tijd zijn daar andere beroepen aan toegevoegd (zie ook tabel 2): beroepen in de eerstelijns mondzorg, BIG-geregistreerde beroepen geestelijke gezondheid, medisch ondersteunende beroepen die vallen onder het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) en sinds 2019 de verpleegkundig specialist algemene gezondheidszorg en de physician assistant. Tevens brengt het Capaciteitsorgaan een raming uit over de noodzakelijke instroom in de initiële opleiding tot basisarts. Het oogmerk van deze adviezen is om discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en in de toekomst te voorkomen.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van informatie op basis waarvan partijen beleid kunnen maken voor bijvoorbeeld de numerus fixus, buitenlandse instroom, taakherstelling en nieuwe opleidingen. Op verzoek van het ministerie van VWS werkt het Capaciteitsorgaan sinds 2013 mee aan initiatieven van de Europese Unie om ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en te vergelijken. Ten slotte werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, invited expert meetings en klankbordsessies.

Het bestuur van het Capaciteitsorgaan telt maximaal 27 zetels, die gelijk verdeeld zijn onder de zorgverzekeraars, de opleidingsinstellingen en de beroepsgroepen. Deze paritaire vertegenwoordiging is doorgevoerd in elk van de inmiddels 10 Kamers van het Capaciteitsorgaan, waarin de ramingen en adviezen worden voorbereid. Het Capaciteitsorgaan wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

1.2 Capaciteitsplannen 2024-2027

Dit deelrapport van het Capaciteitsplan 2024-2027 vormt de basis voor het instroomadvies voor de opleiding tot arts verstandelijk gehandicapten, hierna arts VG genoemd. Het rapport bevat alle gegevens en verwijzingen naar achtergrondinformatie die het Capaciteitsorgaan voor de instroomadviezen heeft gebruikt. Dit deelrapport kan los gelezen worden van het integraal overzicht Capaciteitsplan 2024-2027. Naast dit integraal overzicht en dit deelrapport zijn nog meer deelrapporten gepubliceerd. Tabel 2 geeft een overzicht van de actuele instroomadviezen.

Tabel 2: Overzicht actuele instroomadviezen Capaciteitsorgaan

Naam rapport	Ramingsjaar	Publicatiedatum
Capaciteitsplan 2024-2027: Hoofdrapport voor de medische, klinisch technologische, geestelijke gezondheid, FZO en aanverwante (vervolg)opleidingen	2022	december 2022
Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 1 – Medische specialismen – Klinische technologische specialismen – Spoedeisende geneeskunde	2022	oktober 2022
Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 2 Huisartsgeneeskunde	2022	december 2022
Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 3a Mond-, Kaak- en Aangezichtschirurgen, Orthodontisten	2022	december 2022
Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 3b Eerstelijns Mondzorg - Tandartsen - Mondhygiënisten	2022	december 2022
Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 4 Sociaal Geneeskundigen - Arbeid en Gezondheid Bedrijfsartsen Verzekeringsartsen - Maatschappij en Gezondheid Artsen M&G Profielartsen M&G	2022	december 2022
Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 5 Specialist Ouderengeneeskunde	2022	december 2022
Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 6 Arts Verstandelijk Gehandicapten	2022	december 2022
Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 7 Beroepen Geestelijke Gezondheid - gezondheidszorgpsycholoog - psychotherapeut - klinisch psycholoog - klinisch neuropsycholoog - verpleegkundig specialist ggz	2022	december 2022
Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 8 FZO-beroepen & Ambulanceverpleegkundigen	2022	december 2022
Capaciteitsplan 2024-2027: Deelrapport 9 Physician Assistant en Verpleegkundig Specialist-AGZ	2022	december 2022

1.3 Totstandkoming van dit deelrapport

Dit rapport en het instroomadvies daarin is tot stand gekomen in samenwerking met experts uit de beroepsgroep, (praktijk)opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars, die deelnemen in de Kamer Artsen Verstandelijk Gehandicapten. Zie bijlage 3. Waar mogelijk is gebruik gemaakt van feitelijke gegevens op basis van onderzoekspublicaties, ('grijze') literatuur en bestaande bronnen, zoals de gegevens van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten en het BIG-register. Aanvullend hierop is in opdracht van het Capaciteitsorgaan onderzoek uitgevoerd naar ontwikkelingen in de VG-

populatie tussen 2015 en 2020 en naar de beroepenmix binnen zorgorganisaties in de sector gehandicaptenzorg en de door werkgevers voorziene vraagontwikkeling.[18] Verder heeft het Capaciteitsorgaan op basis van CBS-bevolkingsprognoses en zorggebruiksgegevens van Vektis een doorrekening gemaakt van de demografische prognose van de cliëntenpopulatie en de ontwikkeling van de behoefte aan artsen VG. Om zicht te krijgen op de overige zorgvraagfactoren zijn daarnaast veldgesprekken gevoerd met experts van de beroepsvereniging NVAVG en de werkgeversvereniging VGN. Ook organiseerde het Capaciteitsorgaan een multidisciplinaire focusgroep met artsen VG, verpleegkundig specialisten algemene gezondheidszorg (VS-AGZ), physician assistants (PA), managers van behandel diensten en expertisecentra.

Een nadere toelichting op de methodiek en het ramingsmodel staat in bijlage 1.

1.4 Indeling van dit deelrapport

Na de samenvatting en dit inleidende hoofdstuk volgen nog 4 hoofdstukken:

Hoofdstuk 2: Stand van zaken in 2022

Hoofdstuk 2 behandelt de huidige stand van zaken met betrekking tot de opleiding, het bestaande aanbod van en de bestaande vraag naar artsen VG als startpunt van de raming. Als peildatum geldt 1 januari 2022.

Hoofdstuk 3: Veranderingen in het zorgaanbod

Dit hoofdstuk beschrijft de te verwachten veranderingen in het zorgaanbod van artsen VG. Factoren die het zorgaanbod kunnen beïnvloeden zijn de uitstroom van werkzame artsen VG de instroom uit het buitenland, het interne rendement van de opleiding en het externe rendement van pas-gediplomeerden. Deze factoren beïnvloeden het beschikbare aantal artsen VG aan het einde van de ramingsperiode.

Hoofdstuk 4: Veranderingen in de zorgvraag

Hoofdstuk 4 biedt inzicht in de verwachte ontwikkeling en verandering van de zorgvraag voor het specialisme arts VG. De toekomstige zorgvraag wordt bepaald door de huidige zorgvraag te corrigeren voor demografische, epidemiologische, sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen, en ontwikkelingen op het gebied van efficiency, horizontale substitutie, voorziene arbeidstijdverandering voor de werkzamen en verticale substitutie. Deze factoren beïnvloeden het benodigde aantal artsen VG aan het einde van de ramingsperiode.

Hoofdstuk 5: Resultaten en instroomadvies

In het laatste hoofdstuk worden de resultaten van de raming in 2022 toegelicht en worden de diverse instroomadviesvarianten benoemd. Deze zijn afhankelijk van hoe hoog de zorgvraagveranderingen zijn ingeschat en in welke mate zij worden meegerekend. De uiteindelijke keuze van de Kamer Arts Verstandelijk Gehandicapten voor het instroomadvies met de daarbij behorende argumenten wordt beschreven. Dit is het advies dat wordt aangeboden aan de minister van VWS en het veld.

Na de hoofdstukken volgen nog 5 bijlagen, zoals een overzicht van de parameterwaarden en de literatuurlijst. In de lopende tekst staan nummers tussen vierkante haken. Deze verwijzen naar het corresponderende nummer in de literatuurlijst (bijlage 5).

2 Stand van zaken in 2022

2.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de stand van zaken per 1 januari 2022 voor de opleiding tot arts VG, het huidige aanbod aan werkende artsen VG en de huidige zorgvraag, in termen van zorgaanbod plus 'onvervulde vraag' naar artsen VG.

2.2 Opleiding tot arts VG

2.2.1 Overzicht parameterwaarden opleiding: aantal aios en opleidingsduur

Tabel 3 laat zien welke waarden in de ramingen van 2016, 2019 en dit jaar zijn gebruikt voor opleidingsparameters als 'het aantal aios in opleiding' en de 'feitelijke opleidingsduur'. In de volgende paragrafen worden de parameterwaarden voor 2022 toegelicht.

Tabel 3: Parameterwaarden opleiding arts VG

Parameter	Capaciteitsplan		
	2018-2021 (2016)*	2021-2024 (2019)	2024-2027 (2022)
1 Gemiddeld in opleiding per leerjaar	18	15	14
2 Percentage vrouwen/mannen in opleiding	87% / 13%	84% / 16%	86% / 14%
3 Instroom gemiddeld tussenjaren ('22/'23)	19	17	15
4 Instroom gemiddeld vanaf bijsturingsjaar ('24)	21	17	15
5 Opleidingsduur feitelijk vanaf basisjaar ('22)	3 jaar	3 jaar	3,2 jaar
6 Opleidingsduur aios al in opleiding	3 jaar	3 jaar	1,4 jaar

* Tussen haakjes staat het jaar van publicatie van de raming. Daarvoor staan de jaren waarop het instroomadvies betrekking had/heeft. Deze notatie wordt ook in alle volgende tabellen gehanteerd.

2.2.2 Aantal in opleiding

De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) biedt inzicht in hoeveel aios VG op 1 januari van elk kalenderjaar in opleiding zijn naar geslacht. Tabel 4 geeft dit weer.

Tabel 4: Aantal aios VG in opleiding op peildatum

Peildatum	#vrouw	#man	#niet ingevuld	#totaal	%vrouw	%man
2017-01-01	41	7	5	53	77%	13%
2018-01-01	40	6	3	49	82%	12%
2019-01-01	35	5	3	43	81%	12%
2020-01-01	26	5	2	33	79%	15%
2021-01-01	35	5	0	40	88%	13%
2022-01-01	37	6		43	86%	14%

Bron: RGS

Op 1 januari 2022 zijn er 43 aios VG, waarvan 37 vrouwen en 6 mannen. Uit deze gegevens zijn twee parameterwaarden af te leiden:

1. Gemiddelde aantal nog in opleiding per leerjaar per 1-1-2022 (huidige aios)

Dit is het totaal aantal aios op de peildatum gedeeld door de feitelijke opleidingsduur (zie bij parameter 5): **43/3,2 = 14**

2. Geslachtsverdeling in opleiding per 1-1-2022

Op de peildatum 1-1-2022 is **86%** van de aios **vrouw**, tegen **14% man**.

2.2.3 Gemiddelde instroom per jaar

Ook registreert de RGS de in- en uitstroom van aios per jaar (tabel 5). Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen aios die de opleiding *afronden*, d.w.z. gediplomeerd zijn, en aios die de opleiding voortijdig *beëindigen*, zonder diploma.

Tabel 5: Aantal in- en uitschrijvingen van aios VG per kalenderjaar

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
#aios ingeschreven	21	17	17	21	19	16	14	16	14	15
#aios afgerond	20	12	12	17	17	15	17	16	5	10
#aios beëindigd	2	3	2	2	2	5	3	3	2	2

Bron: RGS

Hieruit zijn de volgende instroomparameterwaarden af te leiden:

3. Verwachte instroom in de opleiding per jaar in 2022/2023 (toekomstige aios in 'tussenjaren')
4. Verwachte instroom in de opleiding per jaar vanaf het jaar 2024 (toekomstige aios vanaf 'bijstuuringsjaar')

Gerekend over de afgelopen 3 jaren is de gemiddelde jaarlijkse instroom 15 aios. Het gemiddelde over de meest recente 5 jaar komt ook uit op 15 aios per jaar. De instroom ligt daarmee ver onder het aantal opleidingsplaatsen dat VWS momenteel bekostigt (27). Sinds 2020 zijn in samenwerking tussen de NVAVG, VWS en SBOH grote inspanningen verricht ten aanzien van de arbeidsmarktstrategie voor arts VG. Speerpunten zijn onder meer de verbetering van bekendheid, imago en aantrekkelijkheid van het beroep en de opleiding.[15,55] Dergelijke campagnes hebben tijd nodig om vruchten af te werpen. De verwachting is dat in de komende jaren de belangstelling voor de opleiding tot arts VG onder (pas-afgestudeerde) basisartsen en daarmee het aantal instromers langzamerhand iets zal toenemen. Voorzichtigheidshalve wordt echter de **verwachte jaarlijkse instroom** voor de komende jaren, zowel de tussenjaren als daarna (als beleid onveranderd zou blijven), ingeschat op **15 aios**. Deze waarden lagen in de raming van 2019 hoger (17), maar zijn sindsdien nog niet behaald.

2.2.4 Opleidingsduur

De nominale duur van de opleiding tot arts VG is 3 jaar. In het kader van de individualisering van de opleidingsduur is het mogelijk de opleiding te verlengen, te verkorten of te versnellen. Een opleidingstraject duurt altijd minimaal 1 jaar.[17] Voor de raming is het van belang te bepalen hoe lang

het duurt voordat aios als afgestudeerde Arts VG op de arbeidsmarkt komen. Daarom wordt de gemiddelde feitelijke duur van de opleiding, van start- tot einddatum, berekend. Dit is ongeacht of aios fulltime of parttime werken/studeren en zonder correcties voor opleidingsonderbrekingen.

Voor het bepalen van de feitelijke opleidingsduur is gekeken naar de opleidingsduur van minimaal 3 zo recent mogelijke jaarcohorten die al vrijwel volledig zijn uitgekristalliseerd. Daarbij moet het aantal instromers waarover de opleidingsduur gemeten wordt minimaal 100 zijn. Als 3 jaarcohorten daarvoor niet genoeg zijn, wordt het aantal jaren dat wordt teruggekeken uitgebreid. Verder moeten de cohorten die worden meegenomen in de berekening voor minstens 90% zijn uitgekristalliseerd. Op de peildatum mag dus maximaal 10% van de aios uit die cohorten nog met de opleiding bezig zijn. De gemiddelde studieduur wordt berekend over alle personen in de geselecteerde jaarcohorten die hun diploma hebben behaald; de aios die nog bezig zijn met de opleiding worden hierbij niet meegenomen. Per afgestudeerde wordt de duur in dagen van startdatum tot einddatum berekend. Vervolgens wordt over alle afgestudeerden in de meegenomen jaarcohorten de gemiddelde duur in dagen berekend. De duur in dagen wordt omgerekend naar jaren.

Voor de opleiding tot arts VG is de berekening uitgevoerd voor de gediplomeerden uit de jaarcohorten 2011-2017. De gemiddelde opleidingsduur blijkt 3,2 jaar te zijn. De feitelijke opleidingsduur is daarmee iets toegenomen in vergelijking met de raming in 2019. Toen was de feitelijke opleidingsduur nog 3 jaar, gelijk aan de nominale opleidingsduur.

De opleidingsduur voor de groep aios VG die tot en met 2021 zijn ingestroomd en nog bezig zijn met de opleiding is apart berekend. Het betreft de gemiddelde verwachte duur totdat deze aios klaar zijn. Hierbij wordt eerst, per aios, een verwachte resterende duur uitgerekend: feitelijke duur minus huidige duur in opleiding. Vervolgens wordt de gemiddelde verwachte restduur berekend over alle personen nu in opleiding. Voor de nog in opleiding zijnde aios VG komt de resterende opleidingsduur uit op 1,4 jaar. Dit geeft aan dat de meeste van deze aios al ver gevorderd zijn in hun opleiding. Overigens noteerde de SBOH, de werkgever van de aios VG, in haar jaarverslagen over 2020 en 2021 dat zij de eventuele studievertraging van aios in die jaren heeft geïnventariseerd, om na te gaan of COVID-19 hierop van invloed was. De studievertraging bleek erg mee te vallen.[71,72] Er is daarom geen correctie toegepast vanwege COVID-19 op deze parameterwaarde.

De uitkomsten voor de opleidingsduurparameters zijn derhalve:

5. Opleidingsduur voor instroom vanaf 2022 (verwacht op basis van feitelijke opleidingsduur): **3,2 jaar**
6. Opleidingsduur voor instroom tot aan het jaar 2022 (verwachte resterende opleidingsduur huidige aios): **1,4 jaar**

2.3 Huidige aanbod artsen VG

2.3.1 Overzicht parameterwaarden zorgaanbod: omvang en kenmerken beroepsgroep

Tabel 6 laat zien welke waarden in de ramingen van 2016, 2019 en dit jaar zijn gebruikt voor de zorgaanbodparameters met betrekking tot de omvang en 'werkzaamheid' van de beroepsgroep. In de volgende paragrafen worden de parameterwaarden voor 2022 toegelicht.

Tabel 6: Parameterwaarden Zorgaanbod: omvang en kenmerken beroepsgroep arts VG sinds 2016

Parameter	Capaciteitsplan (jaar van uitgifte)		
	2018-2021 (2016)	2021-2024 (2019)	2024-2027 (2022)
1 Werkzame specialisten	237	243	249
2 % werkzame vrouwen/mannen	74% / 26%	78% / 22%	82% / 18%
3 Aantal fte	197	208	220
4 Gemiddelde fte man	0,92	0,93	0,99
5 Gemiddelde fte vrouw	0,82	0,84	0,86
6 Gemiddeld fte totaal	0,85	0,86	0,88

2.3.2 Geregistreerde versus werkzame Artsen VG

Tabel 7 laat zien dat er 265 artsen VG ingeschreven staan bij de RGS op 1 januari 2022. Het aantal geregistreerde artsen VG per 1 januari 2012 bedroeg 184. De beroepsgroep is in 10 jaar tijd met 44% toegenomen. De groeipercentages fluctueren door de jaren heen vanwege schommelingen in het saldo van de in- en uitstroom van geregistreerde artsen VG.

Tabel 7: Aantal en geslacht geregistreerde artsen VG per 1 januari van peiljaar

Jaar	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Aantal	184	200	206	214	228	230	240	251	265	265	265
Index	100	109	112	116	124	125	130	136	144	144	144
% vrouwen	70%	73%	72%	73%	74%	76%	77%	78%	79%	80%	82%

Bron: RGS, 12 mei 2022

De beroepsgroep groeide van 2017 tot 2020 jaarlijks met 10 of meer, maar deze groei is de laatste twee jaar gestagneerd. Het jaarlijkse groeipercentage over de laatste 10 jaar is gemiddeld ruim 4%, over de laatste 5 jaar is dat 2%. Het percentage vrouwen blijft langzaam toenemen en ligt per 1 januari 2022 op 82%. Dit percentage kan in de komende jaren nog verder stijgen, aangezien het percentage vrouwen onder de aios ook hoog is: 86%.

Het aantal in Nederland werkzame artsen is altijd lager dan het aantal geregistreerde artsen binnen een specialisme. Specialisten kunnen werkzaam zijn in het buitenland of tussentijds zijn gestopt met de uitoefening van hun vak. De titel arts VG kent tal van kwaliteitswaarborgen. Alle specialisten moeten voortdurend voldoen aan een aantal criteria om de titel te mogen blijven voeren. Om de 5

jaar moet herregistratie plaatsvinden. Het aantal specialisten dat is gestopt met de uitoefening van hun beroep betreft diegenen die in de afgelopen 1 tot 5 jaar niet opnieuw zijn geregistreerd.

Voor de berekening van het aantal werkzame artsen VG gebruikt het Capaciteitsorgaan de analyse van het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS. De berekening betreft zowel de artsen VG die werkzaam zijn binnen de zorg (bijv. werkzaam in verpleeghuizen of medische praktijken) als zij die werken in zorgverwante takken (bijv. onderwijs, overheid, zorgverzekeraars). Daarbij worden als werkzaam aangemerkt al diegenen die 1 euro of meer als inkomsten hebben. Ook specialisten die maar weinig werken of die deels met pensioen zijn worden zodoende bij de beschikbare capaciteit meegerekend.

In tabel 8 zijn de percentages weergegeven van het aantal werkzame artsen VG ten opzichte van het aantal BIG-geregistreerde artsen VG in de periode 2011 tot en met 2020. Het CBS werkt de data in het SSB jaarlijks bij. De jaarlijkse update is gebaseerd op de actuele gegevens van het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg), de gemeentelijke Basisregistratie Personen (BRP) en de Belastingdienst. De gegevens van het meest recente jaar zijn altijd voorlopig.

Tabel 8: Percentage werkzame artsen VG

Jaar	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
% werkzaam	94,44	95,00	92,68	92,86	91,11	95,56	91,49	95,92	94,23	92,45

Bron: CBS StatLine, 31 maart 2022

Het percentage werkzamen schommelt door de jaren heen. Net als in vorige ramingen gebruiken we niet het meest recente percentage maar het gemiddelde over een aantal jaren. Het gemiddelde over de laatste 5 jaar lijkt een goed beeld te geven van het percentage werkzamen; dit komt uit op 93,93%. Deze waarde lag bij de raming in 2019 hoger (96,84%). Dit wordt mede veroorzaakt door wijzigingen in de categorisering van werkzamen die het CBS sinds 2019 heeft doorgevoerd. De nieuwste cijfers geven daarmee een zuiverder beeld dan voor de raming in 2019 kon worden verkregen.

Bovenstaande cijfermateriaal leidt tot de volgende aanbodparameterwaarden voor de raming 2024-2027:

1. aantal werkzame artsen VG per 1 januari 2022: $93,93\% \times 265$ RGS-geregistreerden: **249**
2. percentage werkzame vrouwen/mannen: **respectievelijk 82% en 18%**

2.3.3 Deeltijdfactor en aantal fte

In tabel 9 is de ontwikkeling van de deeltijdfactor voor artsen VG naar geslacht weergegeven voor de afgelopen 5 jaar. Voor de berekeningen is gebruik gemaakt van de meest recente CBS-gegevens. De gegevens uit 2020 zijn nog voorlopig.

Tabel 9: Werkuren en deeltijdfactor van artsen VG per jaar

Jaar	2016	2017	2018	2019	2020
Gew. gem. fte uren man	36	36	36	36	36
Gew. gem. fte uren vrouw	36,28	36,26	36,25	36,21	36,21
Gem. gewerkte uren man	35,4	35,2	35,5	36	36,22
Gem. gewerkte uren vrouw	31,3	30,9	31	31,3	31
Gem. gewerkte uren totaal	32,2	31,8	31,9	32,2	32
Deeltijdfactor mannen	0,98	0,98	0,99	1	1,01
Deeltijdfactor vrouwen	0,86	0,85	0,85	0,86	0,86
Deeltijdfactor totaal	0,89	0,88	0,88	0,89	0,88

Bron: CBS StatLine, 31 maart 2022

Het CBS registreert per jaar en naar geslacht van de werkzame artsen VG het aantal gewerkte uren per week, in totaal en per sector waarin men werkt. Het aandeel uren per sector afgezet tegen de fulltime cao-uren per sector geeft een gewogen aantal uren per sector. De optelling van alle sectoren geeft een gewogen gemiddeld fte. Voor de mannen komt dit in 2020 uit op 36 uur en voor de vrouwen op 36,21 uur.

Vervolgens is per jaar het aantal uren dat artsen VG gemiddeld per week werken, gedeeld door het gewogen gemiddelde fte. Dit leidt tot de deeltijdfactor per jaar. Dit is gedaan voor mannen en vrouwen apart en voor het totaal.

De cijfers laten zien dat de deeltijdfactor van de mannelijke Artsen VG in de laatste jaren rond de 1 ligt. De deeltijdfactor van de vrouwen bedraagt 0,86. Voor de raming is het gemiddelde van de deeltijdfactoren over 5 jaar het uitgangspunt. Daarmee komt de **parameter gemiddeld fte voor de mannen uit op 0,99 en voor de vrouwen op 0,86. Het totaal gemiddelde fte is 0,88.**

Deze parameterwaarden liggen hoger dan in de vorige raming. In 2019 was het gemiddelde fte voor de mannen 0,93 en voor de vrouwen 0,84. Het totaal van mannen en vrouwen lag toen op 0,86. Dit is mede een gevolg van de aanscherpingen van registraties door het CBS sinds 2019 en een verbeterde analyse van de cijfers door de data-analist van het Capaciteitsorgaan.

De deeltijdfactor gecombineerd met het aantal werkzamen en de man-vrouw-verdeling daarvan levert de huidige capaciteit in fte aan Artsen VG op:

82% vrouwen x 249 werkzamen x 0,86 = 176 fte

18% mannen x 249 werkzamen x 0,99 = 44 fte

Totale capaciteit per 1-1-2022: 220 fte.

2.4 Onvervulde Vraag

2.4.1 Vacatures als uiting van onvervulde vraag

De huidige zorgvraag, geoperationaliseerd als het huidige aanbod, wordt in het ramingsmodel eerst gecorrigeerd voor de 'onvervulde vraag'. Als de huidige zorgvraag groter is dan het bestaande aanbod komt dit vaak tot uitdrukking in veel (langdurig) openstaande vacatures en/of lange wachttijden; dit noemen we 'onvervulde vraag'. De huidige zorgvraag kan ook kleiner zijn dan het bestaande aanbod (negatieve onvervulde vraag). Dit kan tot uiting komen in onvrijwillige werkloosheid binnen de beroepsgroep, overbehandeling of het ontbreken van wachttijden.

Als graadmeter voor de onvervulde vraag gelden in het algemeen wachtlijsten en het al of niet bestaan van veel (moeilijk vervulbare) vacatures. Dit geeft een indicatie dat er werk blijft liggen, of dat niet optimaal wordt gewerkt. Ook de instroom van specialisten uit het buitenland en de inzet van basisartsen kunnen wijzen op onvervulde vraag. Instroom uit het buitenland is bij artsen VG tot nu toe niet van toepassing; het specialisme heeft alleen in Nederland een officiële status.

Voor het vaststellen van een vacaturegraad onder artsen VG kunnen we gebruik maken van enkele bronnen: arbeidsmarktonderzoek onder werkgevers en de eigen arbeidsmarktmonitor van het Capaciteitsorgaan. Tabel 10 geeft de parameterwaarden weer voor de huidige en de laatste 2 ramingen.

Tabel 10: Parameterwaarden onvervulde vraag

Parameter	Capaciteitsplan				
	2018-2021 (2016)	2021-2024 (2019)	2024-2027 (2022)		
			laag	midden	hoog
Onvervulde vraag	+6% tot +12%*	+20% tot +26%	+23%	+35%	+39%

* In tussentijds advies in 2018 bijgesteld tot +7% tot +13%.

2.4.2 Hoge vacaturegraad volgens werkgeversonderzoek

In opdracht van het Capaciteitsorgaan heeft onderzoeksbureau Nivel in 2021/2022 een onderzoek uitgevoerd onder zorginstellingen in vijf sectoren, waaronder de gehandicaptenzorg. Doel was een beeld te krijgen van de huidige en toekomstige inzet van medisch/geneeskundig specialisten, physician assistants (PA's), verpleegkundig specialisten (VS'en) en overige aanverwante/ondersteunende beroepen (bijv. basisarts, gz-psycholoog, verpleegkundige).[18]

Een van de onderzoeksvragen betrof het actuele aantal fte aan (langdurige) vacatures voor de verschillende beroepen. Het aantal vacatures per beroep dat langer dan drie maanden onvervuld blijft ten opzichte van het aantal werkzame fte in dat beroep bij de respondenten (langdurige vacaturegraad) geeft een indicatie van de onvervulde vraag in een beroepsgroep (zie tabel 11).

Tabel 11: Vacaturegraad voor de verschillende beroepen in de gehandicaptenzorg

Beroepsgroep	Totale vacaturegraad	Langdurige vacaturegraad*
Arts verstandelijk gehandicapten	41,3%	34,9%
Physician assistants (PA's)	23,7%	15,8%
Verpleegkundig specialist algemene gezondheidszorg (VS-AGZ)	22,9%	20,6%
Verpleegkundig specialist geestelijke gezondheidszorg (VS-GGZ)	32,7%	29,7%
Aanverwante beroepen	8,2%	4,6%

Bron: Nivel | *Langdurige vacatures zijn vacatures die langer dan 3 maanden niet vervuld worden

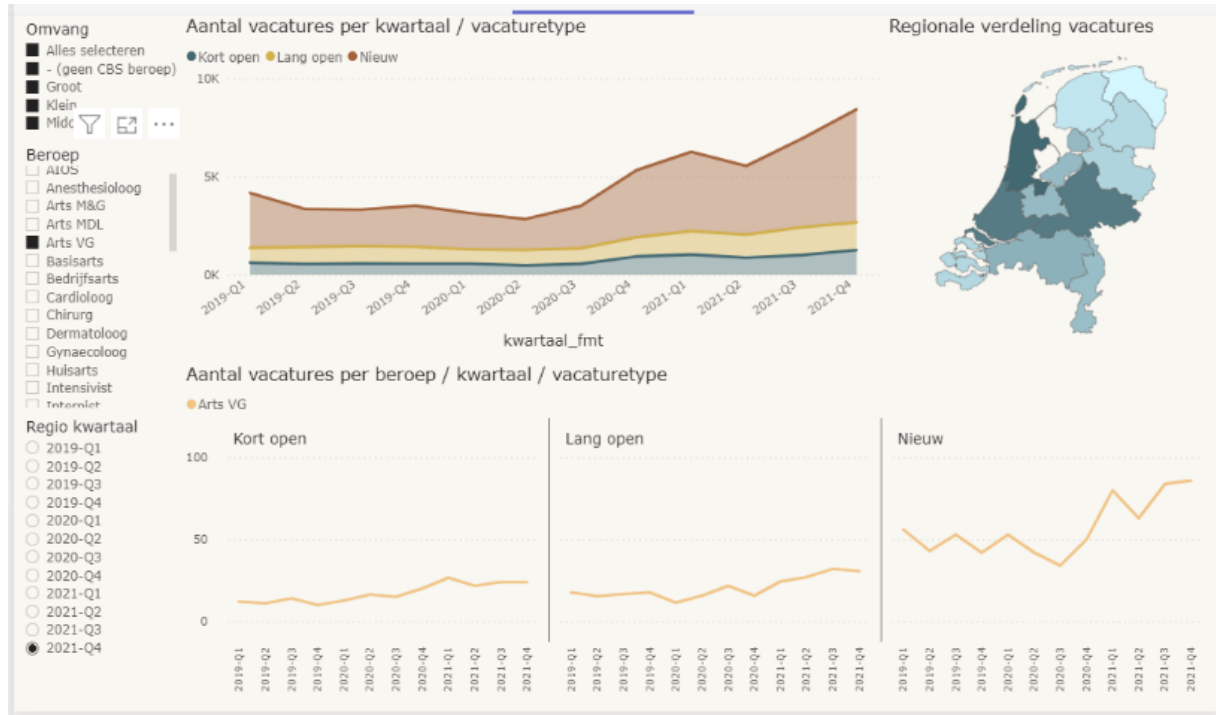
Uit de werkgeversenquête komt naar voren dat per 2022 de totale vacaturegraad voor de arts VG afgerond op 41% uitkomt. Gecorrigeerd voor de gebruikelijke frictiewerkloosheid (natuurlijk verloop; door het Capaciteitsorgaan wordt hiervoor 2% gehanteerd) zou dit uitkomen op **39%**. Op basis van de langdurige vacatures voor de arts VG is de vacaturegraad afgerond **35%**.

2.4.3 Arbeidsmarktmonitor geeft beeld van online vacatures

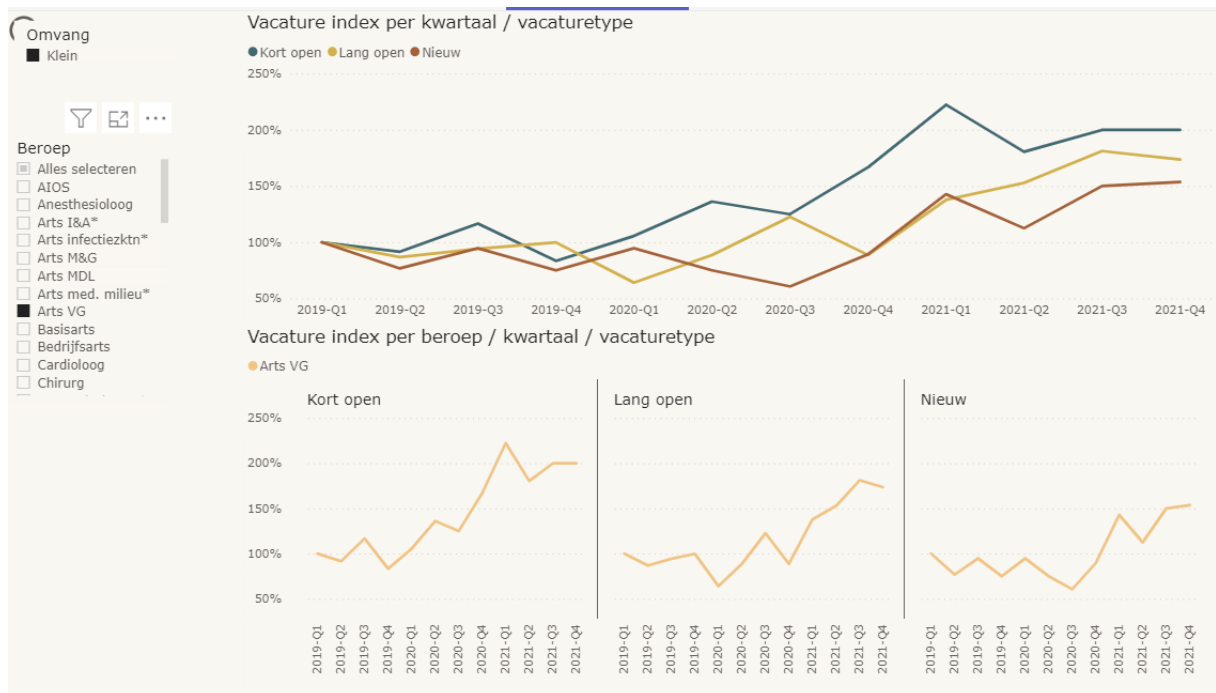
Het Capaciteitsorgaan verzamelt sinds 2016 vacaturegegevens per medisch/geneeskundig specialisme via het geautomatiseerde vacaturezoeksysteem 'Jobfeed' van het Nederlandse bedrijf Textkernel. De data betreffen alleen op het internet gepubliceerde vacatures en omvatten daarmee niet het gehele scala aan vacatures voor een beroep. Vacatures die bijvoorbeeld alleen geplaatst zijn op sociale media, worden door Jobfeed niet gevonden. De gevonden online vacatures worden tot op zekere hoogte gecontroleerd, bijvoorbeeld op overduidelijke dubbelingen (o.a. door vacatures van intermediairs buiten beschouwing te laten), maar niet op fouten, zoals het verkeerd aan een beroep 'toegewezen' zijn van vacatures. De Arbeidsmarktmonitor geeft daarom geen absoluut beeld van de werkelijkheid, maar geeft wel trends weer.

De figuren 1 en 2 bieden inzicht in de ontwikkeling in het aantal online vacatures voor arts VG vanaf begin 2019 tot en met eind 2021. Daarin is te zien dat tussen het vierde kwartaal van 2020 en het vierde kwartaal van 2021 het aantal vacatures duidelijk is gestegen.

Figuur 1: Ontwikkeling aantal online vacatures voor arts VG, periode 2019-2022



Figuur 2: Ontwikkeling online vacature index voor arts VG, periode 2019-2022



Bron: Capaciteitsorgaan

Het aantal langdurige vacatures is aan het eind van 2021 ongeveer 31. Als we dit afzetten tegen het aantal werkzame artsen VG op dat moment (245, gebaseerd op het aantal bij de RGS geregistreerde artsen VG, 261, en het percentage werkzame artsen VG volgens de laatste CBS-cijfers, 94%) komen we op een online vacaturegraad van ca. 13%. Onderzoek van het UWV uit 2018 geeft aan dat ongeveer 10% van de vacatures voor hoog opgeleiden in de zorgsector niet via het internet wordt gepubliceerd.[88] Dat zou betekenen dat er eind 2021 geen 31 maar ca. 34 langdurige vacatures waren, een vacaturepercentage van ca. 14%.

Onderzoek van Prismant onder werkgevers uit 2018 wees een vacaturepercentage van 28% uit.[3] Daarbij werd geen onderscheid gemaakt tussen kort of lang openstaande vacatures.

2.4.4 Ervaren balans op de arbeidsmarkt

Naast informatie over de hoeveelheid vacatures geeft ook de door specialisten, aanverwante professionals en werkgevers/managers ervaren balans op de arbeidsmarkt een beeld van de onervulde vraag naar artsen VG. In de gehandicaptenzorg rapporteert een meerderheid van de bevroegden landelijk een groot tot een zeer groot tekort aan artsen VG. Dit wordt mede veroorzaakt door de sterke toename van de zorgvraag bij de VG-poliklinieken door extramurale cliënten. Hoewel goede kwantitatieve gegevens nog ontbreken is de algehele indruk dat er meer vraag is naar extramurale medische zorg dan er geleverd kan worden. Dit levert uitstel van zorg en wachtlijsten op bij de VG-poliklinieken.[4,8,24]

2.4.5 Onervulde vraag nog verder gestegen

In het licht van bovenstaande bevindingen lijken de vacaturepercentages gevonden in de werkgeversenquête van Nivel een redelijk beeld te schetsen van de actuele onervulde vraag. De onervulde vraag is ten opzichte van de vorige raming verder gestegen. De parameterwaarden werden voor de vorige raming in 2019 ingeschat op +20% tot +26%. Voor de nieuwe raming is de onervulde vraag vastgesteld op **+23% tot +39%, met als 'middenwaarde' +35%**.

3 Veranderingen in het zorgaanbod

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de te verwachten veranderingen in het zorgaanbod van artsen VG. Factoren die het zorgaanbod kunnen beïnvloeden zijn de uitstroom van werkzame artsen VG, de instroom uit het buitenland, het interne rendement van de opleiding en het externe rendement van de groep die pas uit de opleiding komt. Tabel 12 laat zien welke waarden voor deze parameters zijn gebruikt in de nieuwe raming en in de twee vorige ramingen. In de volgende paragrafen worden de parameterwaarden voor de nieuwste raming (2022) toegelicht.

Tabel 12: Parameterwaarden veranderingen zorgaanbod artsen VG

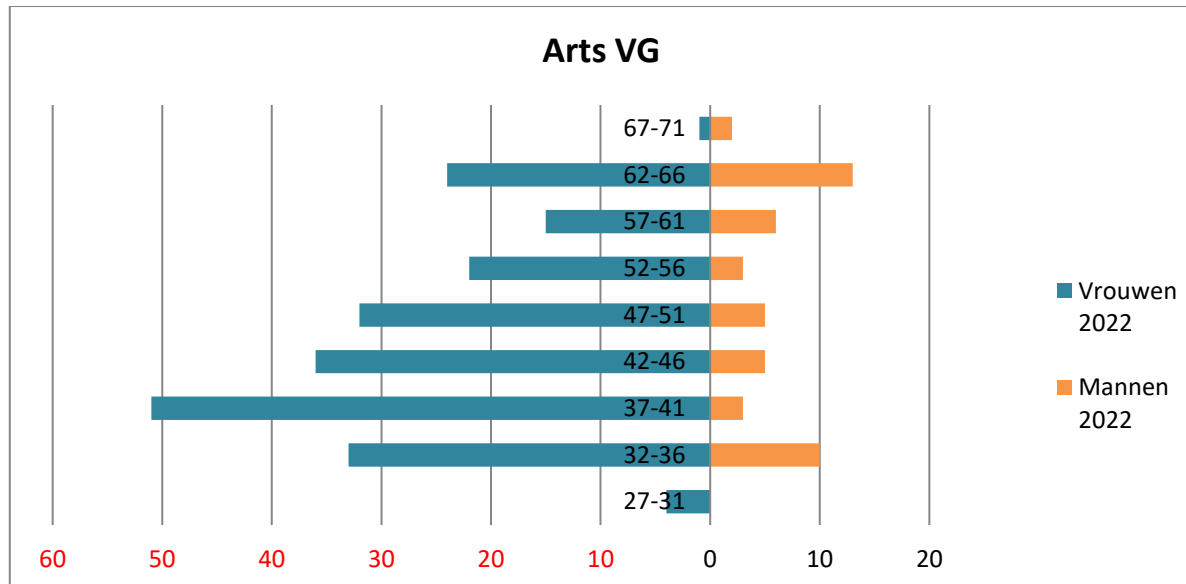
Parameter		Capaciteitsplan (jaar van uitgifte)								
		2018-2021 (2016)			2021-2024 (2019)			2021-2024 (2022)		
1	Uitstroom werkzamen	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
	Na 5 jaar	26%	15%	21%	25%	11%	18%	24%	15%	16%
	Na 10 jaar	45%	27%	36%	57%	26%	42%	48%	30%	33%
	Na 15 jaar	61%	41%	51%	66%	38%	52%	58%	45%	47%
	Na 20 jaar	72%	51%	62%	74%	53%	64%	68%	61%	62%
2	Instroom buitenland	0%			0%			0%		
3	Intern rendement vanaf basisjaar	89%			87%			82%		
4	Intern rendement aios al in opleiding	89%			95,5%			86%		
5	Extern rendement man/vrouw/totaal in %	M	V	T	M	V	T	M	V	T
	Na 1 jaar	99,0	98,8	98,8	98,6	99,3	99,2	98,5	99,1	98,9
	Na 5 jaar	91,7	91,6	91,6	92,2	93,5	93,3	92,5	95,5	94,5
	Na 10 jaar	86,2	85	85,2	90,5	88,2	88,6	85,0	91,0	89,1
	Na 15 jaar	84,4	77,7	79,0	87,6	83,6	84,2	79,9	83,8	82,5

3.2 Uitstroom van werkzamen

3.2.1 Verdeling naar leeftijd en geslacht

In figuur 3 is de opbouw van de groep geregistreerde artsen VG naar leeftijd en geslacht per 1 januari 2022 weergegeven.

Figuur 3: Leeftijd- en geslachtsopbouw artsen VG per 1 januari 2022



Bron: RGS, 12 mei 2022

De gemiddelde leeftijd van de artsen VG is per 1 januari 2022 47 jaar. In 2019 lag de gemiddelde leeftijd ook op 47 jaar. In 2016 en 2013 was dat 48 jaar en in 2011 was het 49 jaar. Bij de vrouwelijke artsen VG vinden we de grootste groepen in de leeftijd van 37 tot en met 42 jaar. De mannelijke artsen VG behoren vooral tot de leeftijdsgroepen 32 tot en met 36 jaar en 62 tot en met 66 jaar. Van de mannen is 51% ouder dan 51 jaar, van de vrouwen is dit 28%. Het totale aandeel artsen VG ouder dan 51 jaar is nu 32%. In 2019 was 39% van het totale aantal geregistreerde artsen VG 50 jaar of ouder, in 2016 was dit 45%, in 2013 was dit 49% en in 2011 was het 53%.

Een minder groot aandeel oudere artsen VG betekent voor de raming dat er gemiddeld een lagere uitstroom vanwege pensionering te verwachten is. Maar er kunnen ook andere redenen zijn waarom men uitstroomt uit het beroep. Op basis van historische gegevens over langere perioden kan de uitstroom uit de beroepsgroep per periode van 5 jaar worden voorspeld. De resultaten van die analyse volgen hieronder.

3.2.2 Uitstroom uit het beroep

Voor de raming is een schatting nodig van de uitstroom van de nu werkzame artsen VG voor de komende 20 jaar. Dat wordt gedaan volgens onderstaande stappen:

1. De 10-jaars uitstroomkansen naar leeftijd en geslacht worden berekend op basis van maatwerkbestanden van het CBS. Voor deze raming zijn hiervoor de perioden 2003-2013, 2005-2015 en 2006-2016 gebruikt. Van alle in 2003, 2005 en 2006 werkzame artsen VG kan worden gezien hoeveel er over zijn na 10 jaar, naar geslacht en leeftijdscohorten van 5 jaar. De uitstroomkansen naar leeftijd en geslacht worden gemiddeld over de drie perioden zodat er een uitstroomkans per leeftijd-geslacht groep overblijft.

2. Voor elke leeftijdsgroep wordt naast de 10-jaars uitstroomkans ook de 20-jaars uitstroomkans berekend. De 20-jaars uitstroom is de combinatie van twee 10-jaars uitstroomkansen. Voor bijvoorbeeld de 35- tot met 39-jarige vrouwelijke artsen VG wordt de 10-jaars uitstroomkans gecombineerd met de 10-jaars uitstroomkans van de 45- tot met 49-jarige vrouwelijke artsen VG om een 20-jaars uitstroomkans te verkrijgen.
3. Correctie vanwege pensioenleeftijd: De 10 jaars-uitstroomkans van de groep 50 tot met 54 jaar is vervangen door de uitstroomkans van de groep 45 tot met 49 jaar. Dit voorkomt onterechte voorziene uitstroom door vroegpensioenering in de leeftijdsgroep 60 tot met 64 jaar. Vroegtijdig pensioen was in het verleden mogelijk, maar is tegenwoordig veel minder waarschijnlijk.
4. Het Capaciteitsorgaan beschikt over gegevens van het CIBG waarin het aantal BIG-registraties wordt uitgesplitst naar geslacht, beroep, specialisme en geboortjaar. Hiermee kan het aantal geregistreerden op 1-1-2022 naar leeftijd (groepen van 5 jaar) en geslacht worden bepaald. Deze aantallen worden gecombineerd, per leeftijd-geslachtgroep, met het aandeel van de geregistreerden dat werkzaam is ultimo 2020 (op basis van CBS Statline, meest recente data). Per leeftijd-geslachtgroep wordt het aantal uitstromers ingeschat door de uitstroomkans uit stap 1-3 toe te passen op het actuele aantal werkzamen (in de zorg). De uiteindelijke uitstroomkans naar geslacht wordt bepaald door het totaal verwachte uitstroomaantal na 10 en 20 jaar te delen door het huidige totaal aantal werkzamen (in de zorg).
5. De 5- en 15-jaars uitstroom wordt bepaald door lineair te interpoleren.

In tabel 13 zijn de berekende verwachte uitstroomkansen voor de huidige groep werkzame artsen VG weergegeven.

Tabel 13: Verwachte uitstroom over 5, 10, 15 en 20 jaar in percentage van werkzame artsen VG sinds 2016

Parameter	Capaciteitsplan (jaar van uitgifte)								
	2018-2021 (2016)			2021-2024 (2019)			2021-2024 (2022)		
Uitstroom werkzamen	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal	Man	Vrouw	Totaal
Na 5 jaar	26%	15%	21%	25%	11%	18%	24%	15%	16%
Na 10 jaar	45%	27%	36%	57%	26%	42%	48%	30%	33%
Na 15 jaar	61%	41%	51%	66%	38%	52%	58%	45%	47%
Na 20 jaar	72%	51%	62%	74%	53%	64%	68%	61%	62%

Bron: CBS, bewerking Capaciteitsorgaan 2022

De uitstroomkansen na 5, 10, 15 en 20 jaar liggen voor de mannen lager dan in 2019 terwijl ze voor de vrouwen juist hoger uitvallen. Dit komt door verschuivingen in de man-vrouw-verdeling. Gemiddeld is de uitstroomverwachting gedaald.

3.3 Geen instroom uit buitenland

Instroom vanuit het buitenland van artsen VG komt niet voor, omdat het specialisme in het buitenland niet bestaat. De parameterwaarde is 0%.

3.4 Intern rendement

Het interne rendement geeft weer welk aandeel van de aios de opleiding gemiddeld jaarlijks succesvol afrondt. Dit wordt berekend over de meest recente 3, 5 en 7 jaarcohorten die voldoende zijn uitgekristalliseerd. Dat wil zeggen dat een jaar alleen in de berekening wordt meegenomen als minimaal 90% van de aios de opleiding heeft afgerond (met diploma) of heeft beëindigd (zonder diploma). Voor elk van de verzameling jaren (3, 5, 7) wordt berekend hoeveel studenten de opleiding succesvol hebben afgerond, ten opzichte van het totaal aantal studenten dat de opleiding heeft afgerond of beëindigd.

De uitstroom die plaatsvindt gedurende hetzelfde kalenderjaar als dat men instroomt ('nuldejaars-uitval') mag in principe meteen vervangen worden. In de vorige raming is daarom de verwachting voor het interne rendement gecorrigeerd voor de nuldejaarsuitval over de meest recente 5 jaar. In de praktijk echter worden uitvallers in het eerste jaar niet vervangen; er zijn voor de opleiding tot arts VG geen 'reservekandidaten' beschikbaar. Daarom wordt correctie voor de nuldejaarsuitval in deze raming niet toegepast.

Voor de opleiding tot arts VG zijn dit de berekende interne rendementen per 1-1-2022:

3-jaars intern rendement: 83%

5-jaars intern rendement: 81%

7-jaars intern rendement: 82%

Een rendementsberekening over 5 jaar is over het algemeen een goede standaardwaarde. Bij lage instroomaantallen, zoals bij de opleiding tot arts VG, is het echter in de regel beter om voor een langere periode te kiezen. Daarom wordt het interne rendement voor de opleiding tot arts VG vastgesteld op basis van de 7-jaarsberekening (2011-2017) op 82%.

Dit actuele interne rendement ligt lager dan het interne rendement zoals berekend in 2019 (87%, Nivel). De nieuwe berekening gaat uit van meer recente opleidingsdata en houdt rekening met jaarcohorten met ongelijke instroom: jaren waarin meer studenten starten wegen zwaarder mee. Bovendien is de correctie voor nuldejaarsuitval achterwege gelaten. Daarmee geeft de nieuwe rekenmethode een beter beeld van het actuele interne rendement dan de vorige rekenwijze.

Het interne rendement voor de groep aios VG die tot en met 2021 zijn ingestroomd en nog met de opleiding bezig zijn, is apart berekend. Het verwachte interne rendement (de kans op succesvol afronden) voor de groep in opleiding zal normaal gesproken steeds hoger worden naarmate de aios langer in opleiding zijn en het eind van de opleiding dichterbij komt.

De berekening heeft als uitgangspunt de aios in de meest recente 7 jaren waarvan minimaal 90% van de aios de opleiding heeft afgerond of heeft beëindigd. Op basis van deze jaren wordt het 'voortschrijdend' interne rendement per leerjaar berekend door het aantal aios dat de opleiding uiteindelijk succesvol heeft afgerond te delen op het aantal aios dat per jaar nog 'over is'. Afhankelijk van het aantal aios dat per jaar uitvalt/overblijft, wordt dit 'voortschrijdend' interne rendement steeds hoger. Vervolgens wordt voor de groep aios die per peildatum (1-1-2022) in opleiding zijn, gezien in welk leerjaar zij zitten. Hiermee wordt een aandeel aios per leerjaar ('gewicht') berekend. Deze aandelen ('gewichten') worden vermenigvuldigd met het 'voortschrijdend' interne rendement op basis van het

7-jaars rendement. De optelling van de uitkomsten hiervan vormt het (gewogen gemiddelde) interne rendement voor de aios die per peildatum in opleiding zijn: 86%. Ook hier laten we de correctie voor nuldejaarsuitval achterwege.

De uitkomsten voor de parameters intern rendement zijn derhalve:

Intern rendement voor personen in opleiding vanaf 2022: **82%**

Intern rendement voor huidige aios (instroom t/m 2021): **86%**

3.5 Extern rendement

Het externe rendement betreft het aandeel van de aios dat 1, 5, 10 of 15 jaar na afstuderen nog werkzaam zal zijn in het beroep. De uitkomsten zijn bepaald op basis van projectie van historische data. Daarbij is dezelfde methodiek gevolgd als bij de berekening van de uitstroomkansen van werkdagen (zie paragraaf 3.2.2), maar dan alleen voor de gecombineerde groepen 30- tot 34-jarigen en 35- tot 39-jarigen. Dit is zijn namelijk de leeftijdsgroepen met, naar alle waarschijnlijkheid, het grootste aandeel personen die redelijk recent uit de opleiding zijn gekomen en op zoek zijn naar werk of die pas begonnen zijn als gediplomeerd arts VG. Het extern rendement wordt uitgedrukt in de 'blijfkans' na x jaar.

Bij het specialisme arts VG bevatten de data soms erg kleine groepen per leeftijdscategorie. Omdat bij deze parameter de focus ook nog ligt op maar 2 leeftijdscategorieën zijn er bij de mannen extra weinig waarnemingen. Het vertrek van één persoon kan dan al gauw een hoog percentage uitstroom opleveren en (omgekeerd) een laag percentage extern rendement.

Het is echter zeer de vraag of de reële uitstroom- of blijfkans van mannen zo heel veel anders is dan die van vrouwen. Daarom is ervoor gekozen om het effect van de kleine aantallen waarnemingen te beperken. Er zijn daartoe de volgende opties:

1. Voor de mannen worden dezelfde waarden gehanteerd als voor de vrouwen.
2. De waarden voor mannen en vrouwen worden gemiddeld; deze gemiddelden worden meegenomen als waarden voor de mannen.
3. De waarden voor het extern rendement worden gebaseerd op die van een andere groep specialisten, waar het probleem van de kleine groepen niet zo speelt. De specialisten ouderengeneeskunde liggen dan voor de hand, vanwege de vergelijkbare setting in de langdurige zorg.

Op advies van de data-analist van het Capaciteitsorgaan is optie 2 uitgewerkt. Daarmee wordt recht gedaan aan verschillen in blijven/gaan bij mannen en vrouwen, in het eigen specialisme, met demping van het kleine-groepen-effect. De uitkomsten staan in tabel 14.

Tabel 14: Extern rendement van aios VG sinds 2016

Parameter	Capaciteitsplan								
	2018-2021 (2016)			2021-2024 (2019)			2024-2027 (2022)		
	M	V	T	M	V	T	M	V	T
Extern rendement man/vrouw/totaal in %									
Na 1 jaar	99,0	98,8	98,8	98,6	99,3	99,2	98,5	99,1	98,9
Na 5 jaar	91,7	91,6	91,6	92,2	93,5	93,3	92,5	95,5	94,5
Na 10 jaar	86,2	85	85,2	90,5	88,2	88,6	85,0	91,0	89,1
Na 15 jaar	84,4	77,7	79,0	87,6	83,6	84,2	79,9	83,8	82,5

Het externe rendement voor de mannen ligt met deze waarden na 5 en 10 jaar in de lijn van de vorige raming. Na 10 en 15 jaar is het extern rendement voor de mannen nu behoorlijk lager dan de vorige keer. Mogelijk is het extern rendement voor de vorige raming iets te hoog ingeschat. Het was toen gebaseerd op de cijfers van één historische periode (2006-2016) terwijl er nu naar meerdere periodes is gekeken. Kennelijk is er onder de jongere mannen relatief meer uitstroom geweest. Dit komt nu naar voren in de parameterwaarden. Voor de vrouwen liggen de waarden na 5 tot 15 jaar iets hoger dan de vorige keer.

4 Veranderingen in de zorgvraag

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk biedt inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag voor het specialisme arts VG. De zorgvraag betreft het aantal fte's aan artsen VG dat nodig is om aan de behoefte, oftewel de vraag, te voldoen. Het Capaciteitsorgaan stelt de huidige zorgvraag vast op basis van het huidige zorgaanbod, dat wil zeggen het aantal fte's aan werkzame artsen VG per peildatum 1 januari 2022. Dit wordt aangevuld met de onvervulde vraag, oftewel het tekort of overschot aan artsen VG op het moment van de peildatum. (Zie paragraaf 2.4.) De toekomstige zorgvraag wordt vervolgens bepaald door de huidige zorgvraag te corrigeren voor demografische, epidemiologische, sociaal-culturele en vakinhoudelijke ontwikkelingen, voorziene veranderingen in de arbeidstijd van de werkzamen en ontwikkelingen op het gebied van horizontale en verticale substitutie. Deze onderwerpen zijn als parameters opgenomen in het rekenmodel van het Capaciteitsorgaan.

Tabel 15 laat zien welke waarden voor deze parameters zijn gebruikt in de nieuwe raming en in de twee daaraan voorafgaande ramingen. In de volgende paragrafen worden de parameterwaarden voor de nieuwste raming (2022) toegelicht.

Tabel 15: Parameterwaarden Zorgvraagontwikkeling sinds 2016

Parameter		Capaciteitsplan Arts VG				
		2018-2021 (2016/2018*)	2021-2024 (2019**)	2024-2027 (2022)		
	Demografie					
1	5 jaar	2,6%	3,1%			1,3%
2	10 jaar	3,2%	3,7%			1,8%
3	15 jaar	2,6%	3,4%			2,8%
4	20 jaar	1,7%	3,3%			4,2%
				laag	midden	hoog
5	Onvervulde vraag	+7% tot +13%*	+20% tot +26%	+23%	+35%	+39%
6	Epidemiologie	+0,1% tot +0,2%	+0,1% tot +0,2%	+0,1%	+0,15%	+0,2%
7	Sociaal-cultureel	+4% tot +8%*	+5% tot +8%	+2%	+4%	+6%
8	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	+1% tot +1,8%	+1,5% tot +2,3%	+1,5%	+2%	+2,5%
9	Efficiency	-0,2% tot -1,5%	0% tot -0,5%	0%	-0,5%	-1,0%
10	Horizontale substitutie	+0,5% tot +1%	+0,5% tot +1%	+0,5%	+0,8%	+1,0%
11	Arbeidstijdverandering	0%	0%	0%	0%	0%
12	Verticale substitutie	-0,2% tot -0,5%	-0,2% tot -0,5%	-0,2%	-0,5%	-1%

* In 2018 zijn in een tussentijdse bijstelling van de raming uit 2016 de parameterwaarden voor onvervulde vraag en sociaal-culturele ontwikkelingen opgehoogd.

** De demografiecijfers in deze kolom zijn de in april 2020 nieuw berekende cijfers n.a.v. de publicatie van een bijgestelde bevolkingsprognose door het CBS.

4.2 Demografische ontwikkelingen

4.2.1 Vektis gegevens zorggebruik

Evenals in de vorige raming is gebruik gemaakt van gegevens van Vektis over het gebruik van zorg waarbij de arts VG betrokken is ('behandeling'). Het betreft declaratiegegevens van de volgende categorieën zorgindicaties:

- Zorgzwaarteprofielen (ZZP's) vanaf VG3 inclusief behandeling, alsmede VPT en MPT
- Behandeling bij een ZZP/VPT/MPT zonder behandeling
- Extramurale behandeling bij cliënten zonder Wlz-indicatie

Voor de huidige raming zijn de zorgdeclaraties over de jaren 2018 en 2019 gebruikt als basis. Dit zijn jaren waarvan Vektis voor vrijwel 100% alle declaraties heeft verwerkt. Om oneigenlijke effecten uit de coronajaren 2020 en 2021 te vermijden, zijn zorgdeclaraties uit die jaren buiten beschouwing gelaten. Bovendien waren de declaratiegegevens uit 2021 bij Vektis ten tijde van de datalevering nog niet compleet beschikbaar.

Op basis van de specifieke zorgconsumptie uit 2018/2019 en de meest recente bevolkingsprognose van het CBS (december 2021) is een projectie gemaakt van de zorgconsumptie naar leeftijd en geslacht in het basisjaar 2022 en vervolgens voor 5, 10, 15 en 20 jaar na 2022.[11] Zo wordt de procentuele verandering in het zorggebruik - en daarmee in de behoefte aan capaciteit arts VG - voor de komende 5 tot 20 jaar ten opzichte van het basisjaar 2022 berekend, wanneer alleen de demografische veranderingen een rol zouden spelen.

De vooronderstelling bij vaststelling van de parameter demografie is dus dat de leeftijd- en geslachtspecifieke zorgconsumptie in de toekomst niet zullen veranderen. De totale zorgconsumptie kan wel veranderen door veranderingen in de leeftijds- en geslachtsopbouw van de bevolking.

4.2.2 Berekening van het actuele zorggebruik op basis van zorgindicaties

Tabel 16 bevat de meegenomen prestaties voor de verstandelijk gehandicaptenzorg, te weten ZZP/VPT/MPT en extramurale behandeling (tot en met 2019 via een subsidieregeling gefinancierd). Dit zijn dezelfde prestaties als die in de vorige raming zijn meegenomen voor de demografieberekening. De manier waarop deze prestaties zijn verwerkt in de berekening is wel anders dan in de vorige raming: zij zijn gewogen middels (een schatting van) het bedrag van de behandelcomponent. De behandelbedragen per prestatie zijn via een aantal stappen bepaald op basis van de NZa-tarieven op 1-1-2019.[41,48,57,58]

1. Voor iedere prestatie is van het bijbehorende tarief vastgesteld wat daarvan de looncomponent is.
2. Van de looncomponent is vastgesteld wat daarvan het behandelaandeel is.
3. Door voor elke prestatie het loonbedrag te vermenigvuldigen met het aandeel behandeling ontstaat er een 'behandeltarief'.

Tabel 16: Meegenomen prestaties en weegfactor (behandeltarief) zorgindicaties arts VG

Prestatie	Omschrijving	Indicatie	Leveringsvorm	Leveringseenheid*	Tarief-eenheid	Multiplificatie eenheid	Tarief	Aandeel behandeling	Behandel-tarief in €	Ontbrekend**
H325	Beh basis (j)lv	ja	Beh bij ZZP/VPT/MPT excl. beh	minuten	uur	0.02			108.73	nee
H326	Beh basis sglvg traject	ja	Beh bij ZZP/VPT/MPT excl. beh	minuten	uur	0.02			108.73	nee
H327	Beh basis sglvg	ja	Beh bij ZZP/VPT/MPT excl. beh	minuten	uur	0.02			108.73	nee
H331	Beh families first	ja	Beh bij ZZP/VPT/MPT excl. beh	minuten	uur	0.02			92.69	nee
H334	Beh IOG lvg	ja	Beh bij ZZP/VPT/MPT excl. beh	minuten	uur	0.02			80.60	nee
H336	Beh basis AVG	ja	Beh bij ZZP/VPT/MPT excl. beh	minuten	uur	0.02			141.24	nee
H817	VG kind EMG	ja	Beh bij ZZP/VPT/MPT excl. beh	dagdeel (4 uur)	dagdeel	1.00			98.97	ja
H819	Dagbh VG EMG	ja	Beh bij ZZP/VPT/MPT excl. beh	dagdeel (4 uur)	dagdeel	1.00			68.67	nee
H820	Dagbh VG kind midden	ja	Beh bij ZZP/VPT/MPT excl. beh	dagdeel (4 uur)	dagdeel	1.00			66.74	nee
H821	Dagbeh VG kind zwaar	ja	Beh bij ZZP/VPT/MPT excl. beh	dagdeel (4 uur)	dagdeel	1.00			98.97	nee
H822	Dagbeh VG kind gedrag	ja	Beh bij ZZP/VPT/MPT excl. beh	dagdeel (4 uur)	dagdeel	1.00			120.23	nee
S325	Beh basis lvg	nee	Extram. beh. zonder indicatie	minuten	uur	0.02			108.73	nee
S326	Beh basis sglvg traject	nee	Extram. beh. zonder indicatie	minuten	uur	0.02			108.73	nee
S327	Beh basis sglvg	nee	Extram. beh. zonder indicatie	minuten	uur	0.02			108.73	nee
S331	Beh families first	nee	Extram. beh. zonder indicatie	minuten	uur	0.02			92.69	ja
S334	Beh IOG lvg	nee	Extram. beh. zonder indicatie	minuten	uur	0.02			80.60	nee
S336	Beh basis AVG	nee	Extram. beh. zonder indicatie	minuten	uur	0.02			141.24	nee
S819	Dagbeh VG EMG	nee	Extram. beh. zonder indicatie	dagdeel (4 uur)	dagdeel	1.00			68.67	nee
V432	VPT 3VG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	86.21	6.67	6.67	nee
V433	VPT 3VG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	111.19	6.38	6.38	nee
V442	VPT 4VG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	119.24	7.96	7.96	nee
V443	VPT 4VG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	132.15	7.75	7.75	nee
V456	VPT 5VG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	137.10	11.50	11.50	nee
V457	VPT 5VG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	187.56	11.48	11.48	nee
V462	VPT 6VG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	125.52	12.12	12.12	nee
V463	VPT 6VG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	155.45	11.69	11.69	nee
V472	VPT 7VG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	190.68	16.54	16.54	nee
V473	VPT 7VG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	171.56	12.41	12.41	nee
V482	VPT 8VG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	181.55	11.74	11.74	nee
V483	VPT 8VG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	235.01	11.45	11.45	nee
V513	VPT 1LVG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	143.73	17.76	17.76	nee
V523	VPT 2LVG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	179.19	29.07	29.07	nee

Prestatie	Omschrijving	Indicatie	Leveringsvorm	Leveringseenheid*	Tarief-eenheid	Multiplificatie eenheid	Tarief	Aandeel behandeling	Behandel-tarief in €	Ontbrekend**
V533	VPT 3LVG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	235.77	43.43	43.43	nee
V543	VPT 4LVG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	281.31	45.62	45.62	nee
V553	VPT 5LVG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	263.84	42.66	42.66	nee
V573	VPT 1SLVG	ja	VPT incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	261.71	41.56	41.56	ja
Z432	ZZP 3VG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	86.22	6.67	6.67	nee
Z433	ZZP 3VG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	113.45	6.68	6.68	nee
Z442	ZZP 4VG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	117.15	7.94	7.94	nee
Z443	ZZP 4VG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	141.85	7.91	7.91	nee
Z456	ZZP 5VG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	151.55	11.52	11.52	nee
Z457	ZZP 5VG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	187.57	11.48	11.48	nee
Z462	ZZP 6VG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	125.53	12.12	12.12	nee
Z463	ZZP 6VG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	163.31	12.28	12.28	nee
Z472	ZZP 7VG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	193.55	16.00	16.00	nee
Z473	ZZP 7VG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	246.52	15.85	15.85	nee
Z482	ZZP 8VG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	181.55	11.74	11.74	nee
Z483	ZZP 8VG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	235.02	11.45	11.45	nee
Z491	ZZP VG crisis	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	164.44	11.36	11.36	nee
Z513	ZZP 1LVG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	143.74	17.76	17.76	nee
Z523	ZZP 2LVG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	179.20	29.07	29.07	nee
Z533	ZZP 3LVG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	235.77	43.43	43.43	nee
Z543	ZZP 4LVG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	281.31	45.62	45.62	nee
Z553	ZZP 5LVG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	263.84	42.66	42.66	nee
Z560	ZZP LVG crisis (jeugd)	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	296.04	45.65	45.65	nee
Z573	ZZP 1SLVG	ja	ZZP incl. beh	etmaal	etmaal	1.00	278.03	44.15	44.15	nee

* Voor de losse behandelprestaties die ofwel per minuut of dagdeel in rekening worden gebracht wordt het gehele tarief toegerekend aan behandeling (behandelaandeel van 1).

** Indien in kolom 'ontbrekend' de waarde 'ja' is, komt de prestatie wel voor in de NZa-prestatiebeschrijving, maar komt deze niet terug in de door Vektis geleverde declaratiebestanden.

Het behandelbedrag is vervolgens gebruikt als weegfactor voor alle gedeclareerde prestaties. Het totale zorggebruik is vastgesteld door het aantal prestaties x behandel-tarief te aggregeren naar jaar, leeftijd en geslacht. Daarna is het relatieve zorggebruik per leeftijd-geslachtgroep bepaald door het zorggebruik van een leeftijd-geslachtgroep te delen door het totale zorggebruik.

4.2.3 Zorggebruik naar leeftijd en geslacht in 2018/2019

In figuur 4 zijn de gewogen aandelen zorgindicaties weergegeven, uitgesplitst naar leveringsvorm voor elk van de leeftijd-geslachtgroepen op basis van de declaratiegegevens uit 2018 en 2019.

In het figuur zijn de zorgindicaties geschaald ten opzichte van het jaartotaal. Per jaar tellen alle balkjes samen (van leeftijd en geslacht) op tot een totaal van 100%.

ZZP's met behandeling zijn veruit de belangrijkste component van de zorgindicaties. Bij de jongeren spelen losse behandelingen bij een ZZP/VPT/MPT zonder behandeling een belangrijke rol. VPT inclusief behandeling heeft een klein aandeel in de zorgindicaties en is vooral terug te vinden bij jong volwassenen. Ook extramurale behandelingen zonder indicatie (waaronder prestaties die vielen onder de tijdelijke subsidieregeling) spelen relatief een kleine rol in de zorgindicaties.

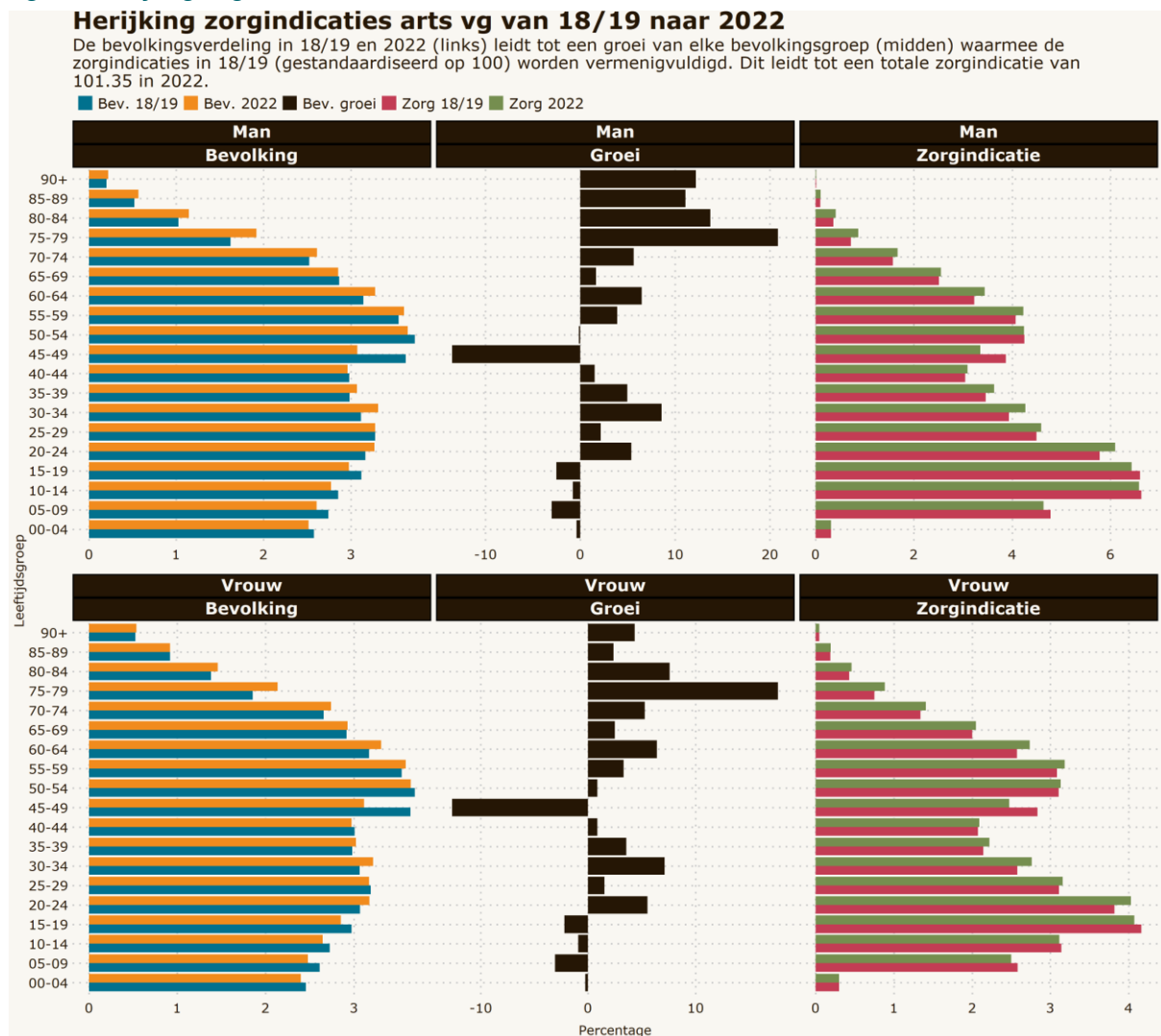
Figuur 4: Opbouw zorgindicaties naar leveringsvorm per leeftijd-geslacht groep in %.



4.2.4 Zorggebruik naar leeftijd en geslacht in 2022 en tot en met 2042

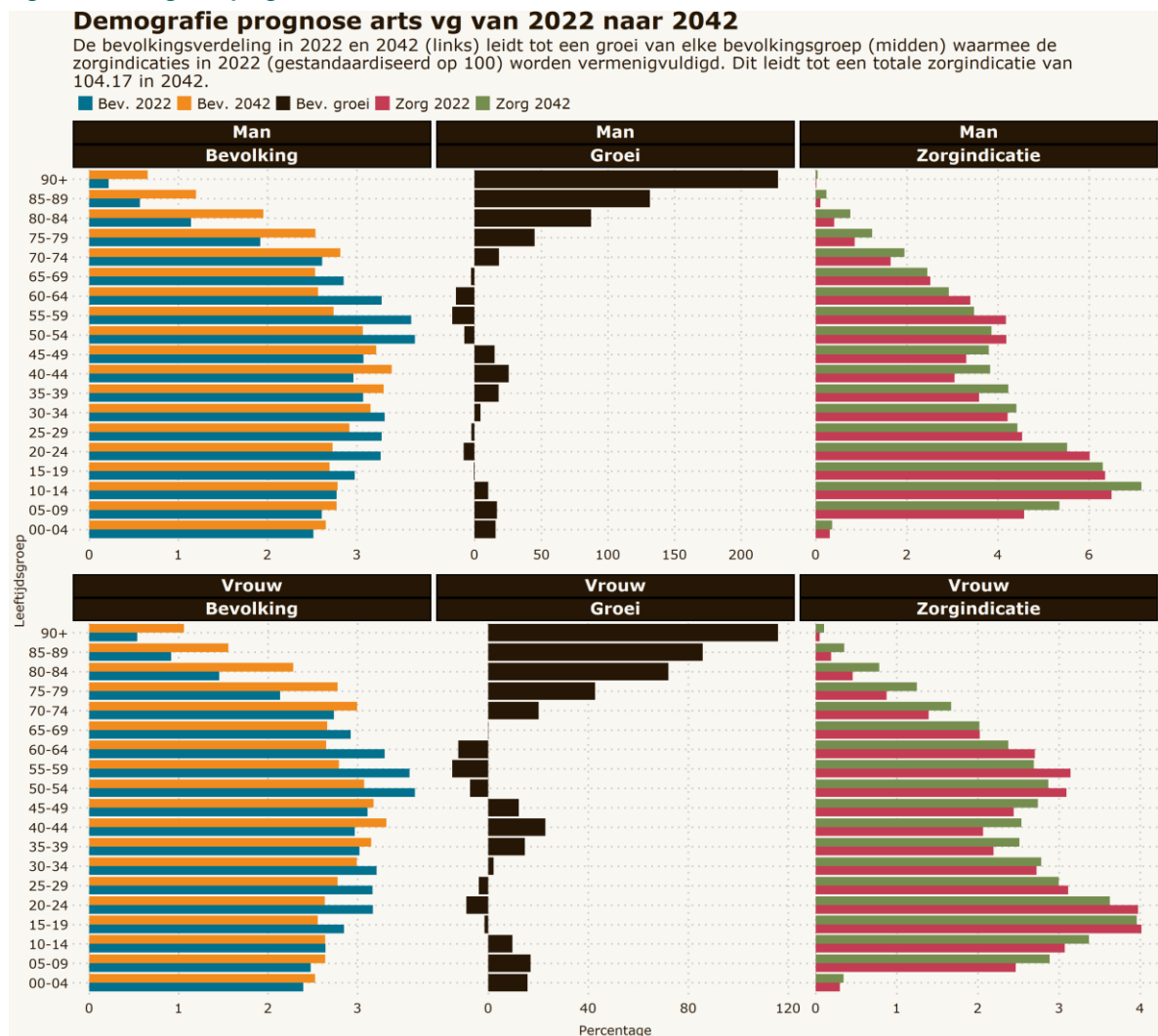
De volgende stap in de demografieberekening is het herijken van de zorgindicaties uit 2018/2019 naar het zorggebruik in het basisjaar van de raming, 2022. Daartoe is op basis van de meest recente bevolkingsprognose van het CBS gekeken hoe de bevolkingsopbouw tussen 2018/2019 en 2022 is gewijzigd. Het percentage groei of krimp in de bevolking per leeftijd-geslachtgroep is toegepast op de aandelen zorgindicaties in 2018/2019. Dit is te zien in figuur 5. In totaal komt het geïndexeerde zorggebruik in 2022 uit op 1,35% meer dan in 2018/2019.

Figuur 5: Herijking zorgindicaties arts VG van 2018/19 naar 2022



Vervolgens zijn de voorziene veranderingen in de bevolkingsopbouw tot en met 2042 in beeld gebracht. Het percentage groei of krimp in de bevolking per leeftijd-geslachtgroep in de jaren tussen 2022 en 2042 is toegepast op de in de vorige stap berekende aandelen zorgindicaties in 2022. In figuur 6 is weergegeven dat het geïndexeerde zorggebruik na 20 jaar, in 2042 ten opzichte van 2022, in totaal afgerond 4,2% is gegroeid.

Figuur 6: Demografie prognose arts VG van 2022 naar 2042



4.2.5 Resultaten demografieberekening 2022

Voor de raming wordt gebruik gemaakt van de demografische groeipercentages 5, 10, 15 en 20 jaar na het basisjaar. De resultaten voor de huidige raming en de voorgaande raming staan in tabel 17. De gedachtegang is dat de voorziene groei in het zorggebruik vertaald kan worden in de verwachte toename in benodigde capaciteit artsen VG. Deze percentages liggen na 5, 10 en 15 jaar lager dan in de vorige raming. Na 20 jaar wordt meer groei voorspeld dan in 2020.

Tabel 17: Demografieparameters voor arts VG 2022 t.o.v. 2020, in %

Na periode	5 jaar	10 jaar	15 jaar	20 jaar
	2027	2032	2037	2042
Resultaten 2022	1,3%	1,8%	2,8%	4,2%
	2024	2029	2034	2039
Resultaten 2020	3,1%	3,7%	3,4%	3,3%

De verschillen zijn vooral te herleiden naar de gewijzigde manier van bewerken van de data: de prestaties worden niet meer gelijk gewogen, maar naar de behandelcomponent. Ook is er herijkt, dat wil zeggen dat er is gecorrigeerd voor het feit dat de bevolkingsverdeling anders is in het basisjaar dan in de jaren waarover de zorgconsumptie gemeten is. Bovendien is de zorgconsumptie over andere jaren gemeten en zijn er meer data beschikbaar met betrekking tot extramurale behandeling.

4.3 Epidemiologische ontwikkelingen

Epidemiologische ontwikkelingen betreffen veranderingen in de prevalentie van ziektebeelden en aandoeningen. Deze paragraaf beschrijft in hoeverre dergelijke ontwikkelingen leiden tot meer of minder benodigde inzet van de arts voor verstandelijk gehandicapten.

4.3.1 Complexiteit zorg en behandeling nemen toe

Mensen met een verstandelijk beperking hebben vaker dan de algemene bevolking gezondheidsproblemen zoals infecties, problemen met het hormoonstelsel, de spijsvertering en de stofwisseling, neurologische aandoeningen, longziekten, oogziekten, huidaandoeningen, mentale en gedragsproblemen. Dergelijke problemen doen zich vaak al op jongere leeftijd voor en de cliënt heeft er het hele leven last van. Vijftigplussers met een verstandelijke beperking hebben daarbij een verhoogd risico op cardiovasculaire ziekten, depressie, ondervoeding en problemen met het dagelijks functioneren, mobiliteit en fysieke fitheid. Zij zijn een extra kwetsbare groep.[21,44,47]

De groep mensen met een verstandelijke beperking van 60-plus en 70-plus neemt toe. Oudere cliënten hebben vaker somatische klachten en dementie. Dit vraagt meer medische en verpleegkundige expertise. Er wordt in het algemeen een toename van de complexiteit van zorg en behandeling gezien en voorzien. De zwaardere VG-indicaties en 'meerzorg' nemen toe. De specifieke kennis van de arts VG en aanverwante disciplines zijn in toenemende mate nodig.[2,9,18,24,59]

4.3.2 Infectieziekten vormen risico, maar beperkt

De COVID-19 pandemie heeft eens te meer duidelijk gemaakt dat de maatschappij beducht moet zijn voor het uitbreken van (nieuwe) infectieziekten. Dit als gevolg van o.a. klimaatverandering, de hoge dichtheid en de omvang van veehouderijen in Nederland, het toegenomen vervoer van levende dieren over langere afstanden en het internationale reizigersverkeer. Het risico op infectieziekten wordt gekenmerkt door grote onzekerheid over waar, wanneer en met welke hevigheid en impact een nieuwe uitbraak zal plaatsvinden. Bovendien vermengen de infectieziekten zich met bestaande gezondheidsproblemen. De druk op de behandelcapaciteit zou bij grote infectieziektenuitbraken kunnen oplopen.

Mensen met een verstandelijke beperking hebben vaak onderliggende gezondheidsproblemen, veelal meerdere tegelijkertijd (multimorbiditeit). Voor specifieke groepen, mensen met Down Syndroom of mensen met een ernstige verstandelijke beperking, verhoogt dit het risico op besmetting en een ernstiger beloop van infectieziekten zoals COVID-19. De experts in het veld benadrukken echter dat over het algemeen de risico's en complicaties voor mensen met een verstandelijke beperking niet bovenmatig lijken.[1,26,29,30,37,46,47,56,67,68,75,76,89,90,91]

4.3.3 Parameterwaarden epidemiologie onveranderd

Er worden geen substantieel andere epidemiologische ontwikkelingen gezien dan ten tijde van de vorige ramingen. Daarom worden de parameterwaarden (c.q. de jaarlijks benodigde groei aan capaciteit artsen VG) voor epidemiologie gelijk gesteld aan die uit 2019:

lage waarde: 0,1%, midden waarde: 0,15%, hoge waarde: 0,2%.

4.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Sociaal-culturele ontwikkelingen komen onder meer voort uit veranderende wensen en eisen vanuit de maatschappij en de politiek, beleidskeuzes, herinrichting van zorgstructuren en wijzigingen in de bekostiging van zorg. Hieronder volgen de belangrijkste sociaal-culturele ontwikkelingen en trends die de benodigde capaciteit aan artsen VG beïnvloeden.

4.4.1 Toenemende vraag naar zorg en ondersteuning, vooral in eerste lijn

Mensen met een verstandelijke beperking blijven langer thuis wonen. Naast intramuraal vindt zorg en behandeling daardoor steeds vaker extramuraal plaats. Zorgprofessionals gaan meer ambulante werken bij cliënten thuis of in kleinschalige woonvoorzieningen of via de VG-poliklinieken en deze doelgroep heeft een zwaardere zorgvraag.[2,4,9,14,18,59,61,82]

De maatschappij wordt steeds complexer, sneller, digitaler en verandert ook steeds sneller. De roep is om participatie en inclusie van mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid. Zij kunnen dat tempo echter nauwelijks tot niet bijbenen. Dit drijft de vraag naar zorg, ondersteuning en behandeling op. Zo zijn er meer consulten op de VG-poli's, zowel van jeugd en adolescenten als van volwassen cliënten die in de Wmo of via de geneeskundige zorg aan specifieke patiëntgroepen (GZSP) worden opgevangen. De COVID-pandemie heeft enerzijds de extra (sociale) kwetsbaarheid van mensen met een verstandelijke beperking getoond, alsmede het risico om nog meer 'op achterstand te raken' en de extra grote behoefte aan nabijheid en ondersteuning. Aan de andere kant is gebleken hoe positief de rust en het ontbreken van allerlei prikkels en overvraging voor mensen met een verstandelijke beperking kunnen zijn.[2,9,16,24,32,45,52,73,80,82,92,93]

Er is meer (h)erkenning van VG-problematiek binnen de GGZ en forensische zorg. Binnen de VG-sector wordt een toename ervaren van cliënten met deze combinatieproblematiek, al zijn er geen harde cijfers over de afgelopen jaren die dit onderbouwen. Binnen de GGZ wordt wel steeds meer expertise ontwikkeld over GGZ in combinatie met (L)VG-problematiek. De schaarste aan capaciteit binnen de GGZ leidt echter tot meer zorgvraag van cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB) en/of psychische problemen binnen de VG-sector.[8,9,13,24,32,42,78,79,92,93]

Artsen VG krijgen met ingang van 2020 de zorg die zij extramuraal verlenen (GZSP) vergoed vanuit de Zorgverzekeringswet (Zvw). De invoering van deze gewijzigde bekostigingsvorm moet de extramurale inzet van de behandelaren bevorderen, maar verloopt niet zonder haperingen. Belemmeringen in de financiering en organisatie, zoals het nog niet optimale contracteerproces, staan optimale benutting van de inzet in de eerste lijn nogal eens in de weg. Desondanks is de verwachting dat door de invoering van GZSP de vraag naar specialistische zorg van de arts VG zal toenemen. Zo wordt er een toename gezien van cliënten bij de VG-poliklinieken. Het heersende tekort aan artsen VG maakt echter dat wanneer er intramuraal te weinig artsen beschikbaar zijn, dit ten koste gaat van de extramurale inzet.[4,8,14,24,35,61]

4.4.2 Eigen regie en participatie vragen maatwerk in ondersteuning

Ook voor mensen met een verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid is het uitgaan van 'positieve gezondheid' en eigen regie belangrijk. Dit krijgt de laatste jaren veel aandacht. Cliënten en hun naasten laten zich beter (online) informeren, stellen meer (online) vragen en willen meer betrokken worden bij de besluitvorming over zorg en behandeling. De communicatie met deze doelgroep kent haar eigen kenmerken en uitdagingen en vraagt maatwerk.[16,20,27,32,36,43,80]

Er is bovendien een toename van het aantal cliënten dat laag geletterd is en/of een taalbarrière heeft omdat zij van niet-westerse origine zijn. Vanwege verschillen in taal en cultuur kan de communicatie met deze groep moeilijk(er) zijn en meer tijd vergen van behandelaars. Maar omdat VG-clieënten over het algemeen vaak laaggeletterd zijn en de problematiek niet anders is, zal de invloed hiervan op de capaciteit beperkt blijven.[24,40]

4.4.3 Overheidsbeleid gericht op inzet technologie, taakherschikking en regionale oplossingen

De overheid wil kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg garanderen. Tegelijkertijd signaleert zij dat er sprake is van schaarste aan arbeid en financiering. Hierdoor is het noodzakelijk om de zorg anders te organiseren. De groei in het aantal banen in de zorgsector moet beperkt worden, zo blijkt ook uit het nieuwe Integraal Zorgakkoord (IZA). Onder meer het belang van regionaal gedeeld werkgeverschap, de inzet van werkdruk verlagende technologie en het behoud van zorgmedewerkers wordt centraal gesteld. Zorgopleidingen moeten goed aansluiten op de arbeidsmarkt en maatschappij. Taken en functies moeten herijkt worden in het streven naar optimale inzet van zorgprofessionals en het leveren van passende zorg. Zorgorganisaties werken steeds vaker regionaal samen om efficiëntere en toegankelijker zorg te bieden. Dit kan een afvlakkend effect hebben op de benodigde capaciteit aan artsen VG.[6,51,53,66,81,82]

4.4.4 Parameter sociaal-culturele ontwikkelingen lager ingeschat

In 2019 werd deze parameter ingeschat op +5% tot +8%. Dit was deels gestoeld op de grote waargenomen jaarlijkse groei in het aantal indicaties VG4 t/m VG8 in de periode 2012-2016. Nieuw onderzoek naar de ontwikkeling van de VG-indicaties wijst echter uit dat deze groei in de jaren 2017-2020 is gestabiliseerd tot 2% per jaar.[24] Hiermee en met de bovengenoemde ontwikkelingen rekening houdend, worden de nieuwe parameterwaarden iets gematigder ingeschat:

lage waarde: +2%, midden waarde: +4%, hoge waarde: +6%.

4.5 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

De parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen geeft de toe- of afname in de behoefte aan een beroepsgroep aan, als gevolg van technische, wetenschappelijke of andere inhoudelijke ontwikkelingen en wijzigingen in het vak en de uitvoering van het werk. Hier volgt de beschrijving van de belangrijkste vakinhoudelijke ontwikkelingen en trends die de benodigde capaciteit aan artsen VG beïnvloeden.

4.5.1 Toename werken in samenwerkingsverbanden en op beleidsmatig vlak

Artsen VG zullen naar verwachting steeds vaker samenwerken met huisartsen(praktijken), adviserend of als medebehandelaar, bijvoorbeeld tijdens multidisciplinair overleg, voor medicatiereview

e.d. Zo wordt gewerkt aan versterking van de zorg in de eerste lijn en ‘de juiste zorg op de juiste plek’.[2,5,8,31,36,59,87]

Advance Care Planning (pro-actieve gezondheidsplanning) en de afstemming en samenwerking met het sociale netwerk van de cliënt (informele zorg/mantelzorg) en met andere zorgverleners in het kader van ‘passende zorg’ worden steeds belangrijker in het takenpakket en vragen om voldoende tijd.[2,8,9,19,36,61,73,87,94,95]

Artsen VG vervullen meer taken op het gebied van (medisch) leiderschap, management, beleidsontwikkeling (mede ‘geboosterd’ door de coronapandemie), regie en coördinatie, ook in regionaal verband. Er wordt vaker overleg gevoerd met bestuurders, gemeentelijke instanties, andere zorginstellingen, ggz, reclassering en psychiatrisch forensische zorg.[2,8,18,31,36]

4.5.2 Complexe zorgvragen en nieuwe richtlijnen maken werk zwaar

Artsen VG worden steeds meer als specialistisch consultant voor specifiek complexe zorgvragen ingezet, zowel intra- als extramuraal. Deze trend is al geruime tijd zichtbaar. Ook is de psychische belasting van het werk hoog door een steeds ouder wordende doelgroep, complexere zorgvraag, ethische dilemma’s en personeelskrapte. Wettelijke verplichtingen en kwaliteitseisen nemen toe. Er is niet altijd de ruimte om de gewenste hoge kwaliteit van zorg te leveren, wat kan leiden tot extra druk.[2,4,8,18,31,54,66]

Er wordt in toenemende mate gewerkt met protocollen, richtlijnen en afspraken over diagnostiek en behandeling. De complexere (combinatie van) zorgvragen vereisen nieuw onderzoek en evidence based behandel mogelijkheden. Verder is er, mede door de coronapandemie en het thema duurzaamheid, meer aandacht voor (infectie)preventie, leefstijl geneeskunde en veilig werken. Dit leidt onder meer tot nieuwe protocollen en handreikingen, die kennis, implementatie en onderhoud vragen.[2,8,13,50,54,64,70]

De Wet zorg en dwang (Wzd), ingevoerd per 1 januari 2020, blijkt veel onduidelijkheden en onvolkomenheden te bevatten. Er zijn wel verbeteringen in de wet gerealiseerd, maar per saldo heeft de Wzd voor een taakverzwaring voor zorgprofessionals gezorgd.[8,22,28,77,83]

4.5.3 Nieuwe technologie en digitale toepassingen vragen anders werken

Het toepassen van nieuwe technologie in zorg en behandeling vraagt van zorgprofessionals nieuwe (digitale) vaardigheden, meer kennis en andere manieren van werken. Ook ondersteunen zij cliënten en naasten/mantelzorgers vaker bij het gebruik van (nieuwe) technologie en digitale middelen. Hoewel digitale zorg de afgelopen jaren al steeds meer in opkomst was, kreeg dit door de coronacrisis een extra impuls. Vooral het gebruik van beeldbellen, e-consulten en patiëntportalen is toegenomen.[2,8,69,79,82,85,93]

4.5.4 Parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen iets hoger ingeschat

De parameterwaarden voor vakinhoudelijke ontwikkelingen worden voor deze nieuwe raming ingeschat op: **lage waarde: 1,5%, midden waarde: 2,0%, hoge waarde: 2,5%**

In 2019 werd deze parameter ‘aan de bovenkant’ iets lager ingeschat, op +1,5% tot +2,3%.

4.6 Efficiency

Ontwikkelingen op het vlak van efficiency volgen o.a. uit schaalvergroting, samenwerking, veranderingen in de procesinrichting, administratie of ICT. Het betreft wijzigingen die de productiviteit beïnvloeden, zoals verlichting of verzwaring van administratieve lasten, de verbetering van ICT-systemen, het afstoten van oneigenlijke taken, tijdwinst door minder reistijd of effectiever overleg. De belangrijkste efficiency ontwikkelingen en trends die de benodigde capaciteit aan artsen VG beïnvloeden, worden hieronder benoemd.

4.6.1 Implementatie digitale zorg en ICT moeten beter

Digitale toepassingen zoals e-health, beeldcontact, apps, AI, 'slimme brillen', e-consulten, digitale voorlichting, e.d. kunnen het werk gemakkelijker maken en voor verhoogde productiviteit zorgen. Maar digitale zorg is nog lang niet altijd en overal zodanig geïmplementeerd dat het een vast, goed ingebed onderdeel is van de zorg. Daarvoor moet nog het nodige gebeuren. Tijdens de coronapandemie heeft het gebruik van digitale toepassingen voor het bieden van zorg op afstand wel een enorme impuls ervaren.[2,8,69,82,85,93]

Digitale zorg heeft nog niet altijd per se een werkdruk verlagend effect. Het vooruitzicht is echter toch dat inzet van technologie en audiovisuele middelen tijdwinst zal opleveren. Door de overheid en het veld wordt de inzet van technologie om werkdruk en schaarste tegen te gaan als belangrijke oplossingsrichting benoemd.[2,8,25,32,51,53,69,74,94]

ICT-verbeteringen zoals de koppeling van ICT-systemen, eenduidige registratie en uitwisseling van gegevens via elektronische zorgdossiers zijn zichtbaar in de langdurige zorg en verhogen de efficiency. Er is nog wel veel ruimte voor verbetering.[8,25,32,69,74]

4.6.2 Hoge werkdruk door administratieve lasten en ontbreken goede randvoorwaarden

Er wordt in veel sectoren, ook in de VG-sector, een hoge administratieve last ervaren door wet- en regelgeving, onduidelijkheid over al dan niet verplichte registraties, ICT-knelpunten en angst voor klachten en juridische processen. Vanuit het overheidsprogramma '(Ont)Regel de Zorg' zijn en worden stappen gezet om de regeldruk te verminderen.[2,8,18,49,74,84]

Ook een gebrek aan administratieve ondersteuning en medisch ondersteunend personeel blijft een knelpunt. Zo is er niet altijd voldoende gekwalificeerd (verpleegkundig) personeel dat voor juiste triage/voorwacht kan zorgen. Ook worden er nog geregeld oneigenlijke taken (administratief of verpleegkundig bijvoorbeeld) uitgevoerd door artsen VG. Beroepsvereniging NVAVG ijvert voor verdere professionalisering van de organisatie van medische diensten.[6,8,32,54,84]

Er is behoefte aan meer balans tussen werk en privé, maar dit is niet altijd mogelijk bij zorgorganisaties.[2,6,8,74]

4.6.3 Regionaal werken verbeteren voor meer efficiency

Zorg en behandeling worden vaker regionaal georganiseerd, zodat capaciteit efficiënter benut kan worden. Er worden nog wel vaak belemmeringen ervaren in de samenwerking en organisatie, door tegenstrijdige belangen, wet- en regelgeving en financieringsproblemen. Meer centrale regie zal hierbij helpen.[2,8,18,31,32,34,65,66,74]

4.6.4 Efficiencywinst iets positiever ingeschat

Ten opzichte van de vorige raming lijkt men iets optimistischer gestemd over de efficiencywinst die geboekt kan worden in de komende jaren. In 2019 werd deze parameter ingeschat op 0% tot -0,5%. De nieuwe inschatting van de jaarlijkse verandering in capaciteitsbehoefte voor deze parameter is: **lage waarde: 0%, midden waarde: -0,5%, hoge waarde: -1,0%**

4.7 Horizontale substitutie

Horizontale substitutie betreft het structureel herschikken van werkzaamheden (taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden) van een beroepsgroep naar een andere beroepsgroep van een gelijk opleidingsniveau. Als er structureel taken verschuiven tussen de arts VG en bijvoorbeeld de huisarts, de specialist ouderengeneeskunde, de kinderarts, de klinisch geneticus of de gz-psycholoog zullen er meer of minder artsen VG nodig zijn. Dit zijn op het gebied van horizontale substitutie de belangrijkste ontwikkelingen en trends die de benodigde capaciteit aan artsen VG beïnvloeden.

4.7.1 Overname hoog complexe zorg in eerste lijn

De inzet van de arts VG in de eerste lijn groeit. Huisartsen ervaren vaak dat de complexiteit van de zorgvraag van mensen met een verstandelijke beperking hun expertise te boven gaat. Dit in combinatie met de ingewikkelder communicatie met verstandelijk beperkte cliënten maakt het een moeilijke doelgroep voor de huisarts. Het overdragen van de hoog complexe zorg aan de arts VG zal naar verwachting steeds meer gewenst zijn. De gewijzigde bekostiging (GZSP) en de verwachte toename van de bekendheid van de VG-poli's dragen hieraan bij. Maar heersende tekorten aan artsen VG en problemen met de financiering (m.n. ingewikkeldheid van constructies) vormen een belemmering.[4,8,18,23,31,33,54,60,61,66,86]

4.7.2 Overname zorg uit tweede lijn en samenwerking ouderengeneeskunde

De vraag naar inzet van de arts VG vanuit de kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg neemt toe, zo bleek uit de veldraadplegingen, een ontwikkeling die ook in de vorige raming benoemd is. Dit heeft ook te maken met de overgang van 18-jarigen van de jeugdwet naar de Wlz, Zvw of Wmo.[8,23,66]

Tussen artsen VG en specialisten ouderengeneeskunde is meer sprake van een toename in samenwerking en consultering over en weer rondom oudere cliënten met een (licht) verstandelijke beperking dan van het structureel overdragen van taken.[8]

4.7.3 Substitutie naar gedragskundige functies kent grenzen

Mensen met een verstandelijke beperking hebben veelal psychische en psychiatrische aandoeningen, die vaak gepaard gaan met gedragsproblematiek. Behandeldiensten in de gehandicaptenzorg hebben vaak gedragskundigen (gz-psychologen, orthopedagoog-generalisten) in dienst of hebben de wens om deze in te zetten. Recent onderzoek wijst uit dat een groot deel van de zorgorganisaties in de gehandicaptenzorg over 5 jaar meer fte aan gedragskundigen verwacht in te zetten. Dit schept op termijn meer mogelijkheden voor taakverschuivingen van de arts VG naar gedragskundigen. Ook het verdelen van taken in het kader van de Wzd wordt beter mogelijk met de inzet van gedragskundigen. Kanttekening is wel dat niet voor alle gedragsproblematiek de gedragskundige per definitie de beste behandelaar is. Juist de integrale expertise van de arts VG op het gebied van complex

probleemgedrag als gevolg van complexe ziektebeelden is van belang. Vaak is multidisciplinaire inzet gewenst, bijvoorbeeld de arts VG samen met een gedragsdeskundige of paramedici/vaktherapeut. Dit zal de taakherschikking naar gedragskundigen begrenzen. Bovendien kampen ook de gedragskundige beroepen met tekorten.[8,18,54,63]

4.7.4 Parameter horizontale substitutie ongewijzigd

In 2016 en 2019 werd deze parameter ingeschat op +0,5% tot +1%. De bovengenoemde ontwikkelingen waren toen grotendeels ook in beeld. Er lijkt inmiddels nog meer aanspraak op de arts VG gedaan te worden, maar de tekorten aan en hoge werkdruk onder artsen VG remmen de daadwerkelijk mogelijke overname van taken. De inschatting van de parameterwaarden voor deze raming is daarom gelijk gehouden aan de waarden uit de vorige raming: **lage waarde: +0,5%, midden waarde: +0,8%, hoge waarde: +1,0%**

4.8 Gemiddelde arbeidstijd niet veranderd

In de vigerende cao van de gehandicaptenzorg, waarin de arts VG voornamelijk werkzaam is, blijft de gemiddelde arbeidsduur per week stabiel met gemiddeld 36 uur voor een volledige werkweek. Er zijn momenteel geen signalen dat er sprake is van structurele arbeidstijdveranderingen.[7,62]
In de raming wordt als parameterwaarde voor arbeidstijdverandering **0%** aangehouden.

4.9 Verticale substitutie

Verticale substitutie betreft het structureel herschikken van werkzaamheden (taken, bevoegdheden, verantwoordelijkheden) tussen beroepsgroepen van verschillende opleidingsniveaus. Hieronder volgen met betrekking tot verticale substitutie de belangrijkste ontwikkelingen en trends die de benodigde capaciteit aan artsen VG beïnvloeden.

4.9.1 Inzet aanverwante beroepen kan druk op artsen VG verlichten en kwaliteit zorg verhogen

Om het tekort aan artsen VG en de oplopende werkdruk te lenigen, wordt het inzetten van physician assistants (PA), verpleegkundig specialisten-algemene gezondheidszorg (VS-AGZ), verpleegkundig specialisten-geestelijke gezondheidszorg (VS-GGZ), basisartsen en hbo-opgeleide verpleegkundigen steeds meer als oplossing gezien. Zij kunnen taken in de laag- tot middelcomplexe zorg van de arts VG overnemen, zowel intramuraal als extramuraal. De arts VG kan zich dan meer richten op de hoog-complexe zorgvragen. Dit is ook een manier om de druk op de kosten van de gezondheidszorg te verminderen. Ook kunnen PA en VS participeren in de taken vanuit de Wzd en zijn zij belangrijk voor het bieden van continuïteit, het verhogen van de kwaliteit van zorg en het vormen van de 'brug' tussen verpleegkundige/begeleidende teams, artsen en gedragskundigen.[2,8,18,32,38,39,66,54]

4.9.2 Aanverwante beroepen vaker ingezet in gehandicaptenzorg

Recent onderzoek onder alumni van de opleidingen tot VS en PA laat zien dat er in de sectoren gehandicaptenzorg, GGZ, sociale geneeskunde en 'overigen' een groei is in het aantal fte van de beroepen VS-AGZ en PA. Er kon niet afzonderlijk over de VG-sector gerapporteerd worden. Voor de VS-AGZ gaat het om een groei van ruim 30% voor genoemde sectoren in 3 jaar. Voor de PA geldt dat 3 jaar geleden het aantal fte in de gehandicaptenzorg waarschijnlijk minder dan 10 was. Nu zijn er in de

gecombineerde sectoren 90 fte PA werkzaam. Werkgevers in de gehandicaptenzorg verwachten dat er in de komende 5 jaar een aanzienlijke verdere toename zal zijn van deze functies, als ook van de VS-GGZ, hbo-verpleegkundigen en basisartsen.[2,8,18,38,39]

4.9.3 Tekorten en onbekendheid aanverwante beroepen kunnen inzet remmen

Ondanks de verwachte toename van de inzet van PA en VS in de gehandicaptenzorg is er ook de constatering dat nog niet alle zorginstellingen en artsen VG bekend zijn met deze beroepen en hun mogelijkheden. Dit kan zorgen voor terughoudendheid in het optimaliseren van de samenwerking met en inzet van deze beroepen. Ook is men vaak nog zoekende naar de juiste inbedding van deze professionals. Deze beroepen kennen daarbij ook tekorten en een gebrek aan doorstroom vanuit bijvoorbeeld de verpleegkundeopleiding.[8,18,38,39]

4.9.4 Meer effect verwacht van verticale substitutie

In 2019 werd deze parameter ingeschat op -0,2% tot -0,5%. De inzet van aanverwante beroepen in de gehandicaptenzorg, met name verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten, lijkt in toenemende mate een preferente oplossingsrichting voor de capaciteitsproblematiek. Dit ondanks de tekorten en problemen met implementatie. Hoe meer bekendheid en vertrouwen er wordt opgebouwd met beroepen als de PA en de VS, hoe groter de kans dat dergelijke beroepen ook vaker worden ingezet. De inschatting van de parameterwaarden voor de huidige raming is daarom iets opgehoogd: **lage waarde: -0,2%, midden waarde: -0,5%, hoge waarde: -1,0%.**

5 Resultaten raming arts VG en instroomadvies

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van de raming en het advies van het Capaciteitsorgaan voor het jaarlijks benodigde aantal instromers in de opleiding tot arts VG:

De Kamer Arts VG heeft een voorkeur voor 43 instromers per jaar vanaf 2024.

In de vorige hoofdstukken zijn de ontwikkelingen beschreven die ten grondslag liggen aan dit advies. In samenspraak met de Kamer Arts VG binnen het Capaciteitsorgaan zijn deze ontwikkelingen gekwantificeerd naar parameterwaarden. Deze waarden dienen als input voor het ramingsmodel (zie bijlage 1).

Het ramingsmodel berekent op basis van de parameterwaarden verschillende adviesvarianten voor het benodigde aantal instromers in de opleidingen. Iedere variant neemt de ontwikkelingen die de vraag naar artsen VG beïnvloeden op een andere manier mee. Zo ontstaan verschillende inzichten in de benodigde instroom in de opleiding.

Hieronder volgt eerst een toelichting op de adviesvarianten, de inschatting van de parameterwaarden en de toepassing bij de varianten van het 'trendjaar' en de 'evenwichtsjaar'. Daarna worden de uitkomsten van de raming beschreven, naar adviesvariant. De leden van de Kamer Arts VG hebben op basis van inhoudelijke overwegingen een keuze gemaakt voor de adviesvariant die zij het best passend achten voor de huidige vraagontwikkeling. Deze keuze wordt toegelicht in paragraaf 5.7.

5.2 Adviesvarianten

Het ramingsmodel geeft uitkomsten in vijf cumulatief opgebouwde adviesvarianten: de basisvariant, de demografievariant, de werkprocesvariant, de arbeidstijdvariant en de verticale substitutievvariant. Iedere variant biedt inzicht in de ontwikkeling van de zorgvraag naar de arts VG vanaf het basisjaar, in dit geval 2022. In deze paragraaf zijn de verschillende varianten toegelicht.

5.2.1 Basisvariant: beschikbaar aanbod bij gelijkblijvende instroom

De basisvariant beperkt zich tot het berekenen van de effecten van handhaving van het huidige aantal instromers in de opleiding op de toekomstige capaciteit. Het gaat om een theoretische exercitie die inzicht geeft in de gevolgen van geen verdere bijsturing van de instroom. In de basisvariant vindt berekening plaats op basis van het aantal in het basisjaar werkzame beroepsbeoefenaren en de personen die in opleiding zijn of gaan volgens de gemiddelde instroom in het basisjaar en die op zeker moment als gediplomeerden op de arbeidsmarkt komen.

5.2.2 Demografievariant

De demografievariant beperkt zich tot het berekenen van het benodigde aantal instromers in de opleiding om te voldoen aan de toekomstige zorgvraag op basis van de huidige on vervulde vraag (in het basisjaar), de verwachte vervangingsvraag en de voorziene demografische zorgvraagontwikkeling. De demografische ontwikkeling wordt berekend op basis van huidig en verwacht zorggebruik van de cliëntenpopulatie en huidige en verwachte samenstelling van de cliëntenpopulatie. De demografievariant houdt geen rekening met allerhande maatschappelijke, politieke en/of beleidsontwikkelingen, het is een 'beleidsarme' variant.

5.2.3 Werkprocesvariant

De werkprocesvariant bouwt voort op de demografievariant. De aanvulling bestaat uit het meerekenen van de zorgvraagparameters epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency ontwikkelingen en horizontale taakverschuivingen. Deze variant is veel uitgebreider dan de demografievariant maar bevat ook meer onzekerheden, omdat geraamd wordt op basis van kwalitatief te bepalen toekomstige ontwikkelingen, zoals beleidswijzigingen. Vooral de parameter 'sociaal-cultureel' is gevoelig voor maatschappelijke en politieke ontwikkelingen door beleidswijzigingen.

5.2.4 Arbeidstijdvariant

Bij de arbeidstijdvariant worden de inschattingen van de parameter arbeidstijdverandering toegevoegd aan alle parameters van de werkprocesvariant. Voor deze ramingen is vastgesteld dat er geen sprake is van arbeidstijdverandering, de parameterwaarde is daarom 0%. Hierdoor zijn de uitkomsten voor deze variant gelijk aan die van de werkprocesvariant. Zij worden in de paragraaf over de uitkomsten niet verder getoond.

5.2.5 Verticale substitutievariant

De verticale substitutievariant is gebaseerd op de hiervoor genoemde varianten met daar bovenop de parameter verticale substitutie. Verticale substitutie betreft de structurele verschuiving van inzet tussen beroepsbeoefenaren van verschillende opleidingsniveaus door taakherschikking.

5.3 Bandbreedte inschatting parameterwaarden

Er zijn veel onzekerheden over de mate waarin zorgvraagontwikkelingen van invloed zijn op de benodigde capaciteit aan artsen VG. Daarom is voor elke zorgvraagparameter een 'lage', 'midden' en 'hoge' inschatting van de parameterwaarde opgegeven. Zo ontstaat er een 'bandbreedte' in de mate waarin trends zich naar verwachting zullen voordoen. Voorbeelden van onzekerheden zijn de precieze hoeveelheid werk die verschuift tussen specialismen (horizontale substitutie) of van artsen naar aanverwante beroepen (verticale substitutie), de impact van de beweging 'de juiste zorg op de juiste plek' en van de inzet van technologie.

5.4 Tijdelijke of doorgaande trends

De werkprocesvariant, arbeidstijdvariant en verticale substitutievariant maken onderscheid tussen een tijdelijke trend en een doorgaande trend. Op basis hiervan geeft het ramingsmodel verschillende uitkomsten voor de voorziene capaciteitsontwikkeling en benodigde instroom in de opleiding. Bij varianten met tijdelijke trends worden de verwachte zorgvraagontwikkelingen over een periode van 10 jaar na het basisjaar (2022) doorberekend. In deze raming is 2032 dus het trendjaar. Vanaf dit jaar stopt in het ramingsmodel de doorrekening van de zorgvraagparameters (met uitzondering van de demografische ontwikkelingen). De aanname hierbij is dat de vastgestelde trends na een periode van 10 jaar mogelijk geen (vergelijkbaar) effect meer zullen hebben op de benodigde inzet van het beroep. Bij een adviesvariant met doorgaande trends wordt juist aangenomen dat de meegenomen ontwikkelingen voor onbepaalde tijd in de ingeschatte mate blijven doorzetten.

5.5 Evenwichtsjaar

Een evenwichtsjaar is een jaar waarin men evenwicht tussen vraag en aanbod op de arbeidsmarkt bereikt wil hebben. In de raming wordt uitgegaan van twee mogelijke evenwichtsjaar: 2034 voor de korte termijn en 2040 voor de lange termijn. Deze termijnen lijken vrij lang - het eerste evenwichtsjaar, 2034, wordt immers pas over 12 jaar bereikt - maar dit is nodig om voldoende instroomvolume op te bouwen. Het instroomadvies uit dit deelrapport wordt immers pas vanaf 2024 in de praktijk geïmplementeerd, dit noemen we het 'bijsturingsjaar'. In de jaren daarvoor (2022 en 2023, de 'tussenjaren') geldt nog het 'oude' advies uit 2019/2020. In 2027, drie jaar na het bijsturingsjaar, zullen de eerste artsen VG van de lichting uit 2024 afstuderen en zich inschrijven in het specialistenregister. De artsen VG die in het eerste evenwichtsjaar 2034 in het register komen, starten op z'n laatst in 2031 met hun opleiding. Dat betekent dat de onderliggende instroomperiode loopt van 2024 tot en met 2031, ofwel 8 jaar/cohorten. Voor het tweede evenwichtsjaar (2040) betekent het dat de instroomperiode loopt van 2024 tot en met 2037, ofwel 14 jaar/cohorten.

Binnen elke adviesvariant kan gekozen worden voor het vroege of late evenwichtsjaar. Ook dit leidt in het ramingsmodel tot verschillende uitkomsten voor de capaciteitsontwikkeling en benodigde opleidingsinstroom. Wanneer er wordt gekozen voor het bereiken van evenwicht tussen vraag en aanbod in het eerste evenwichtsjaar, dan zal de benodigde instroom doorgaans hoger liggen. Er is immers een kortere instroom- en bijsturingsperiode dan wanneer gekozen wordt voor het tweede evenwichtsjaar.

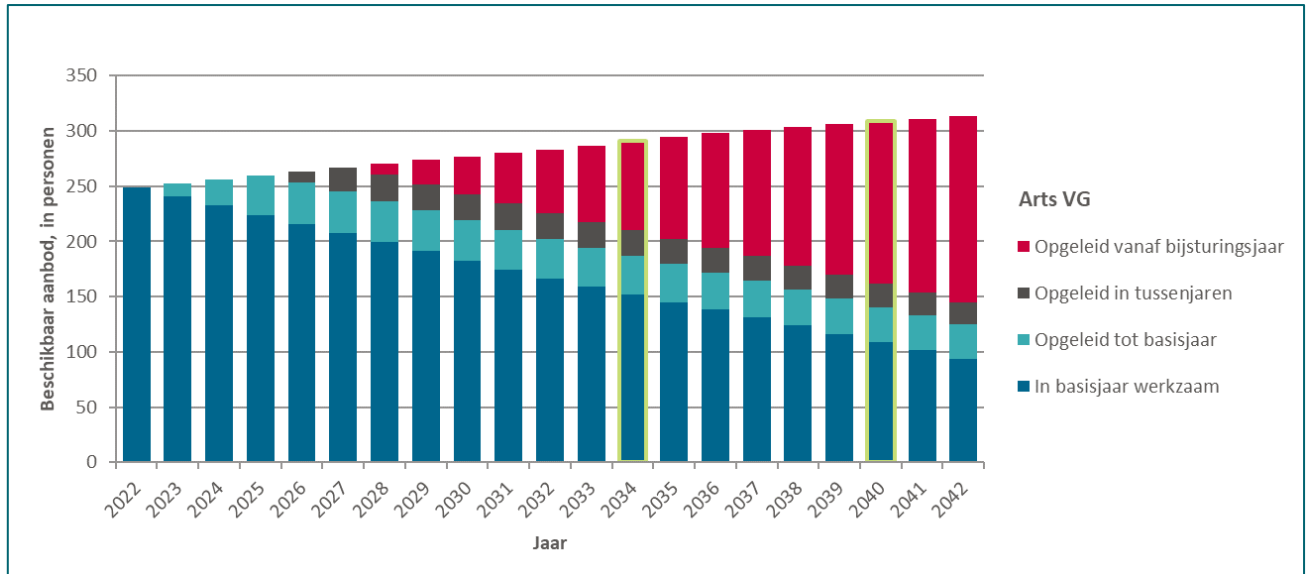
Over het algemeen wordt voor het eerste evenwichtsjaar gekozen als men sneller tekorten wil inlopen. Het tweede evenwichtsjaar wordt veelal gehanteerd bij opleidingen met een langere opleidingsduur, zoals 4 tot 6 jaar bij de medisch specialisten. Een keuze voor het tweede evenwichtsjaar is ook aanbevolen wanneer het wenselijk is om wijzigingen in de benodigde instroom te spreiden over een langere periode.

5.6 Uitkomsten ramingsmodel

5.6.1 Ontwikkeling zorgaanbod arts VG

In figuur 7 is de ontwikkeling van het zorgaanbod te zien in personen (bij gelijkblijvende instroom). De lichtgroen omkaderde balken geven de evenwichtsjaar weer. In het eerste evenwichtsjaar, 2034, zal het aantal werkzame artsen VG gegroeid zijn tot 291 personen (255 fte). In het tweede evenwichtsjaar, 2040, zijn dat er 309 (271 fte). De figuur maakt ook duidelijk hoe het aanbod is opgebouwd: met verschillende kleuren is aangegeven of het aanbod betreft vanuit de huidige groep werkzamen of vanuit diverse opleidingscohorten. Instroom van werkzamen uit het buitenland is niet van toepassing bij het specialisme arts VG en is daarom uit de figuur weggelaten. Het aanbod wordt 'gevoed' door het saldo van uitstroom en instroom.

Figuur 7: Voorziene aanbod aan werkzame personen per jaar per oorsprongsgroep



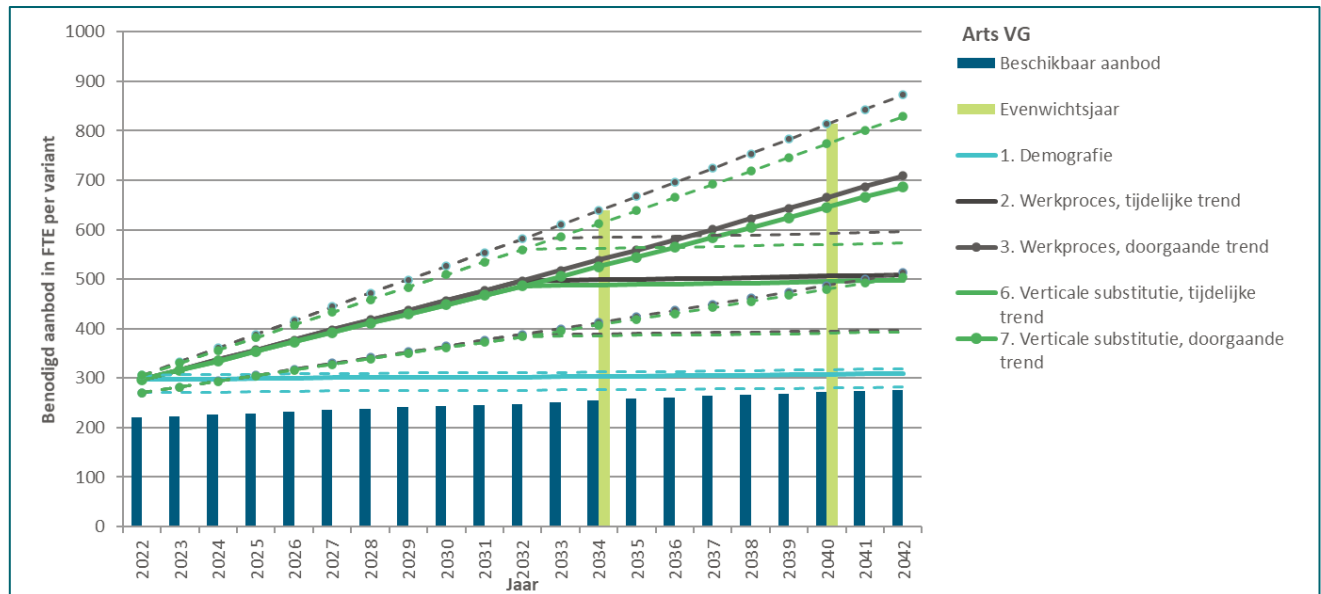
5.6.2 Ontwikkeling zorgvraag arts VG

In figuur 8 is weergegeven wat het benodigde aanbod is, ofwel de zorgvraag in fte in de jaren tot 2042, ten opzichte van het beschikbare aanbod. De twee evenwichtsjaren 2034 en 2040 zijn uitgelicht. In de figuur zijn - inclusief het beschikbare aanbod, de 'basisvariant' - zes varianten weergegeven:

- De 'basisvariant', dit is de ontwikkeling van het beschikbare aanbod in fte (blauwe balken) bij gelijk blijven van de huidige instroom.
- De 'demografievariant' (1), met doorrekening van alleen de zorgvraagparameterwaarden onvervulde vraag en demografie.
- De variant 'werkproces met tijdelijke trends' (2). Hierin zijn naast onvervulde vraag en demografie bijna alle andere zorgvraagparameters meegenomen; alleen verticale substitutie is niet meegerekend. De trends stoppen na 10 jaar (vanaf 2032 zijn de parameterwaarden op 0% gezet).
- De variant 'werkproces met doorgaande trends' (3). Hierin zijn behalve verticale substitutie alle zorgvraagparameters meegenomen. De trends tellen gedurende de hele ramingsperiode door volgens de inschattingen van de parameterwaarden.
- De variant 'verticale substitutie met tijdelijke trends' (6). Alle zorgvraagparameters worden in deze variant doorgerekend, waarbij de trends na 10 jaar stoppen (op 0% worden gezet).
- De variant 'verticale substitutie met doorgaande trends' (7). Alle zorgvraagparameters worden in deze variant doorgerekend, waarbij de trends gedurende de hele ramingsperiode worden doorgerekend.

Boven en onder de trendlijnen per variant lopen stippellijnen. Deze geven de uitkomsten weer die bij hantering van de lage en hoge parameterwaarden bereikt worden.

Figuur 8: Benodigd aanbod in FTE voor vijf varianten



In tabel 18 staan de beschikbare en benodigde aantallen fte arts VG in de genoemde varianten en evenwichtsjaar, met inachtneming van de midden-parameterwaarden:

Tabel 18: Beschikbare en benodigde aantallen fte arts VG per variant, gemiddeld, per evenwichtsjaar

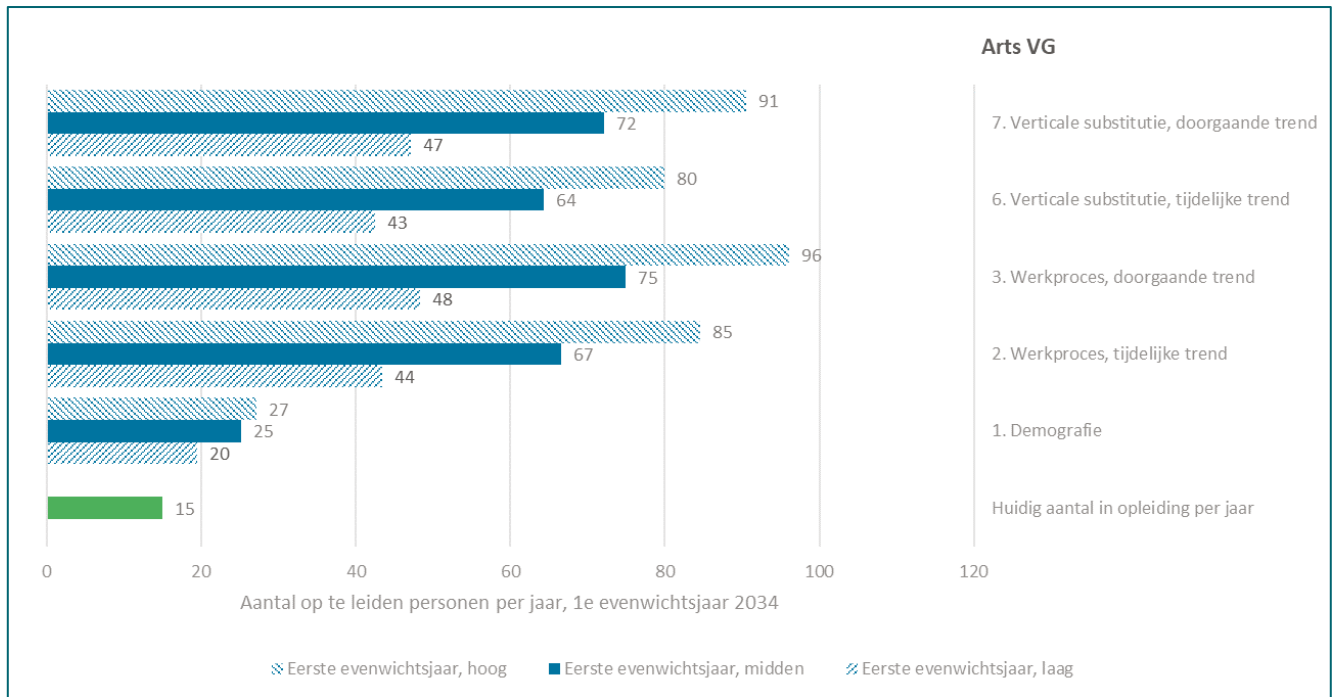
	2034, aantal fte			2040, aantal fte		
	beschikbaar	benodigd	tekort	beschikbaar	benodigd	tekort
1. Demografie	255	303	48	271	308	37
2. Werkproces tijd.tr.	255	499	244	271	506	235
3. Werkproces, doorg.tr.	255	538	283	271	655	384
6. Vert. subst. tijd.tr.	255	488	233	271	495	224
7. Vert. subst. doorg.tr.	255	525	270	271	645	374

5.6.3 Benodigde instroom voor evenwicht

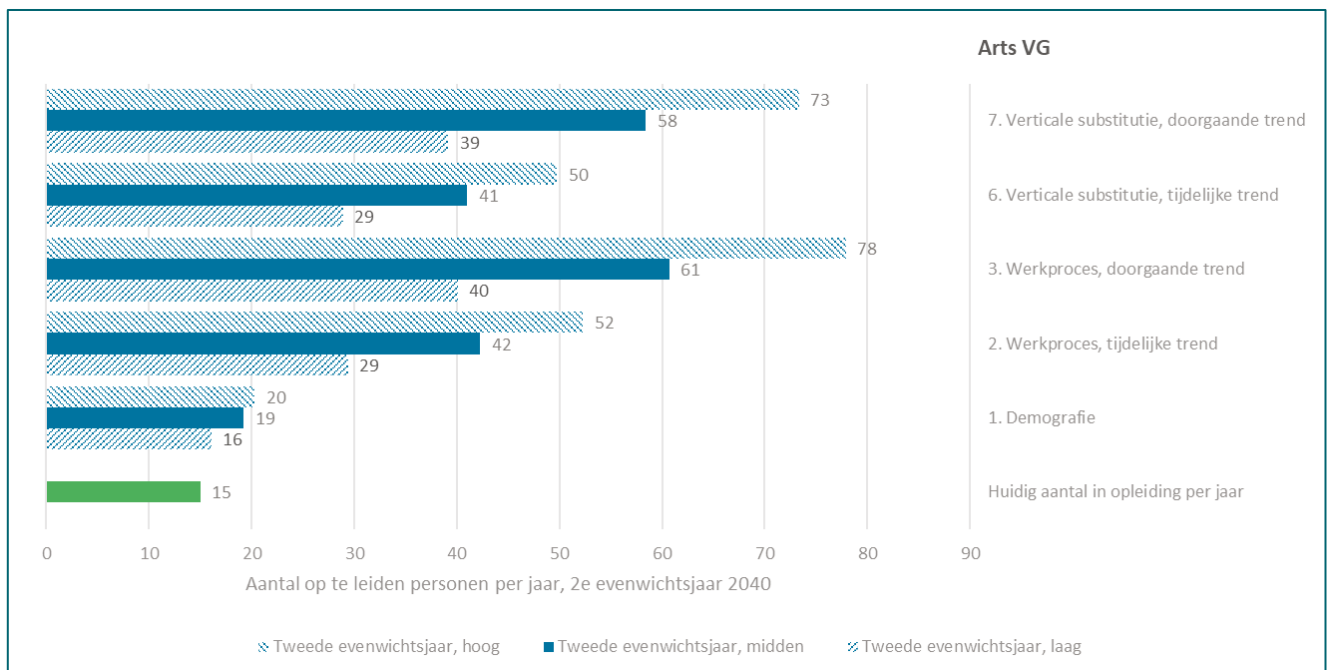
In figuur 9 en 10 is de benodigde instroom aan aios VG weergegeven bij de verschillende varianten van 'meenemen van zorgvraagparameters' voor het eerste en het tweede evenwichtsjaar. Per variant is in de middelste blauwe balk de uitkomst bij hanteren van de 'midden inschatting' van de zorgvraagparameters te zien. Daar boven en onder staan per variant de uitkomsten wanneer de lage of de hoge waarden zijn meegenomen.

De varianten 3 en 6 leverden in de vorige raming de bandbreedte van het instroomadvies. In de volgende paragraaf volgt het instroomadvies op basis van de huidige raming, met een toelichting op de gemaakte keuzes.

Figuur 9: Aantal op te leiden aios VG per jaar (met range) voor evenwicht in het eerste evenwichtsjaar 2034, per variant



Figuur 10: Aantal op te leiden aios VG per jaar (met range) voor evenwicht in het tweede evenwichtsjaar 2040, per variant



5.7 Keuze instroomadvies arts VG 2024-2027

De Kamer Arts VG acht bij deze raming één ‘beleidsrijke’ variant het meest passend: die van verticale substitutie met tijdelijke trends (6), bij het eerste evenwichtsjaar. Daarbij vormen de uitkomsten bij het meenemen van de lage en de hoge parameterwaarden de bandbreedte. De bandbreedte geeft uiting aan de onzekerheid van de inschattingen van de parameterwaarden, en dus van de mate waarin ontwikkelingen spelen. Dit leidt tot een instroom van 43 tot 80 nieuwe aios VG per jaar, waarbij de Kamer Arts VG een voorkeur uitspreekt voor de onderkant van de bandbreedte: **43 instromers per jaar**.

In de vorige raming leek de werkprocesvariant (3) nog tot reële uitkomsten te leiden, omdat er twijfel was of verticale substitutie voldoende een rol zou kunnen spelen bij het bestrijden van de capaciteitsproblemen in de zorg voor mensen met een verstandelijke beperking. Met betrekking tot de veranderende zorgvraag zijn de experts er echter inmiddels van overtuigd dat de inzet van aanverwante beroepen als belangrijke oplossing wordt gezien en gehanteerd in de VG-sector.

Omdat het de vraag is of trends na 10 jaar nog op dezelfde manier zullen doorwerken (er kan maar tot op zekere hoogte gesubstitueerd worden bijvoorbeeld), lijkt het logisch om uit te gaan van de variant met tijdelijke trends.

Daarbij is gekozen voor het eerste evenwichtsjaar: de urgentie is hoog, de tekorten moeten zo snel mogelijk aangepakt worden.

Binnen de bandbreedte van variant 6 met tijdelijke trends gaat de voorkeur van de experts uit naar een instroomadvies op basis van de ondergrens, 43 nieuwe aios per jaar. De keuze voor de verticale substitutievariant - verticale substitutie werkt dempend op de benodigde capaciteit van artsen - en de onderkant van de bandbreedte levert een minder hoog advies op dan bij de vorige raming (60). Het signaal dat destijds daarmee werd afgegeven, dat van zeer hoge urgentie, is niet minder prangend. Maar de beleidsrijke varianten voorspelden in 2019 het benodigde zorgaanbod voor 2022 aan de hoge kant. In de varianten zijn destijds de lage parameterwaarden meegerekend. Het lijkt daarom raadzaam voorzichtig te zijn met de hoogte van het advies. Een keuze voor de ondergrens (met lage inschattingen van parameterwaarden) past dan ook beter dan de midden of hoge uitkomst. De ontwikkelingen in de zorg kennen momenteel immers bijzonder veel onzekerheden, bijvoorbeeld: komen er nieuwe oplevingen van corona of andere infectieziekten, houdt de krapte op de arbeidsmarkt aan, wat betekent het nieuwe zorgakkoord voor de organisatie van de zorg en de daarbij passende arbeidscapaciteit, lukt het om met de inzet van technologie en digitale zorg een groter deel van de zorgvraag adequaat te bedienen, zullen de aandacht voor preventie, proactieve gezondheidsplanning en ‘positieve gezondheid’ de zorgvraag dempen, kunnen we met efficiëntere inzet van de functiemix het zorgaanbod optimaliseren?

Bovendien is bij de vorige raming benoemd dat bij de haalbaarheid van het zeer hoge advies toen grote vraagtekens gezet konden worden. De experts beseffen daarbij maar al te goed dat de door het ministerie van VWS huidige toegestane instroom van 27 aios per jaar ook in de afgelopen jaren niet is behaald. Ook een instroom van ruim 40 aios zal een enorme opgave zijn, zowel voor de organisatie van de opleiding en opleidingsplaatsen, als ten aanzien van het aantrekken van voldoende belangstellenden. De vraag naar informatie over het vak en de opleiding en de interesse voor meeloopdagen en coschappen is wel aanzienlijk gegroeid, zowel vanuit de groep basisartsen als van

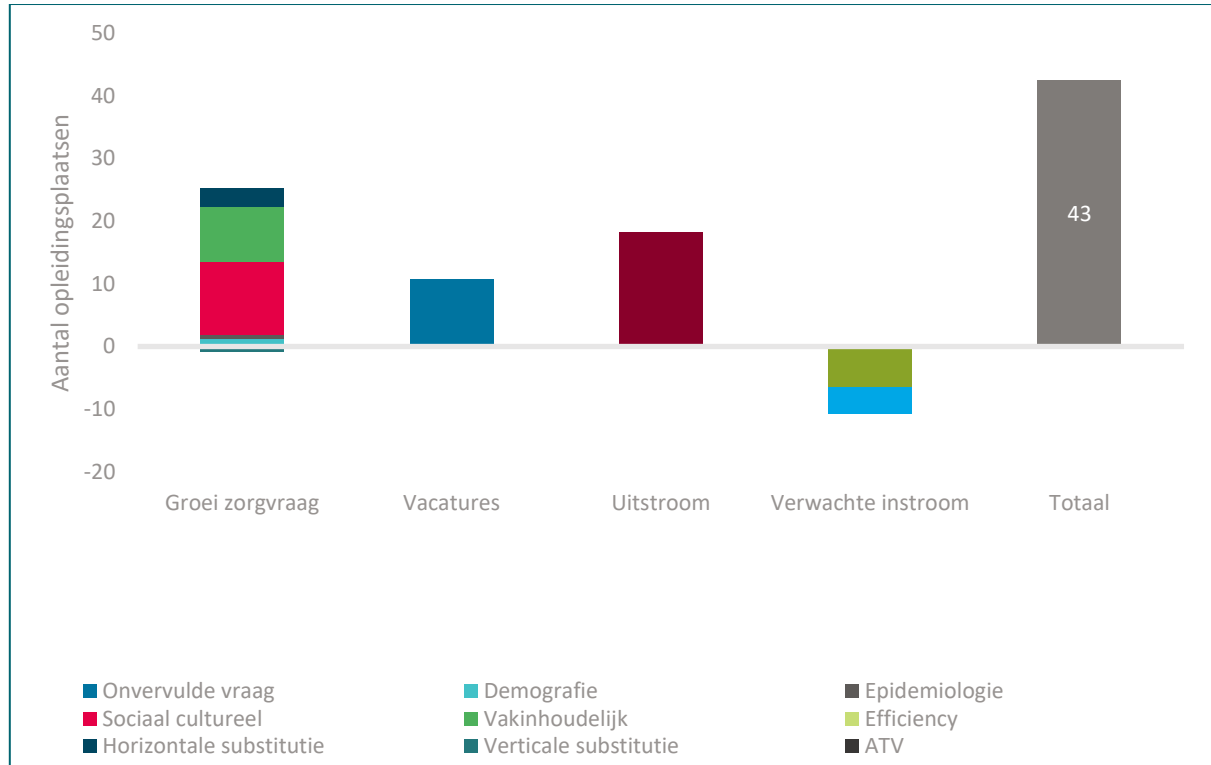
zijinstromers (artsen met een eerdere afgeronde medische vervolgopleiding). Hopelijk is deze hoge instroom dan ook stapsgewijs wel te bereiken. De komende jaren, ook voor 2024, lijkt dit echter nog ver weg. Er is en wordt veel aan gedaan om de opleiding en arbeidsmarkt voor artsen VG aantrekkelijker te maken. Zo worden er onder andere meer opleidingsonderdelen gedigitaliseerd en opleidingsmogelijkheid elders dan alleen in Rotterdam aangeboden. Maar dit vergt nog meer tijd. De voortgezette acties rondom het zichtbaarder en aantrekkelijker maken van het vak en de opleiding onder geneeskundestudenten, basisartsen en zijinstromers zijn cruciaal om de instroom in de opleiding de komende jaren in hoger tempo te doen toenemen.

In tabel 19 en figuur 11 is weergegeven welke parameters ‘verantwoordelijk’ zijn voor welk deel van de opleidingsplaatsen in het instroomadvies.

Tabel 19: Aandeel opleidingsplaatsen per parameter in instroomadvies arts VG

Parameter	Aantal opleidingsplaatsen meer/minder
Onvervulde vraag	11
Demografie	1
Epidemiologie	1
Sociaal-cultureel	12
Vakinhoudelijk	9
Efficiency	0
Horizontale substitutie	3
Verticale substitutie	-1
Arbeidstijdverandering	0
Uitstroom	18
Nu in opleiding	-6
In opleiding tot bijsturingsjaar	-4
Instroom buitenland	0
Totaal	43

Figuur 11: Aandeel opleidingsplaatsen per parameter in instroomadvies arts VG



Bijlage 1: Toelichting methodiek raming en rekenmodel

Het Capaciteitsorgaan maakt bij de totstandkoming van de ramingen en de instroomadviezen gebruik van een rekenmodel. Ontwikkeling en beheer van het rekenmodel gebeuren in samenwerking met het Nivel.

Figuur 12 is een conceptuele weergave van het rekenmodel. In dit rekenmodel worden parameterwaarden doorgerekend (zie Bijlage 2: Overzicht parameterwaarden). De parameterwaarden zijn in samenspraak met de Kamer Arts VG vastgesteld. De parameterwaarden vormen een weergave van actuele en verwachte ontwikkelingen die relevant zijn voor de verwachte capaciteitsontwikkeling en benodigde opleidingscapaciteit.

Het rekenmodel wordt voor een groot deel - 38 van de 50 parameters - gevuld op basis van 'harde' kwantitatieve data. Het betreft beleidsarme aanbodgegevens, die gebaseerd zijn op historische gegevens. Ze zijn weliswaar op basis van historisch beleid ontstaan, maar er is geen nieuw beleid in opgenomen. Deze data komen bijvoorbeeld uit bronnen zoals het BIG-register, het register van de RGS, het CBS, het RIVM, Vektis, etc. De overige 12 parameters betreffen de zorgvraag. Zij zijn beleidsrijk(er), omdat bij de invulling ervan de effecten van actueel of te voorzien beleid een belangrijke rol spelen. Die invulling is gebaseerd op onderzoeken, ('grijze') literatuur en inschattingen van experts uit diverse veldpartijen, waaronder de leden van de Kamer Arts VG. In figuur 12 zijn de blauwgekleurde parameters de beleidsarme(re) factoren; de oranje factoren zijn beleidsrijk(er).

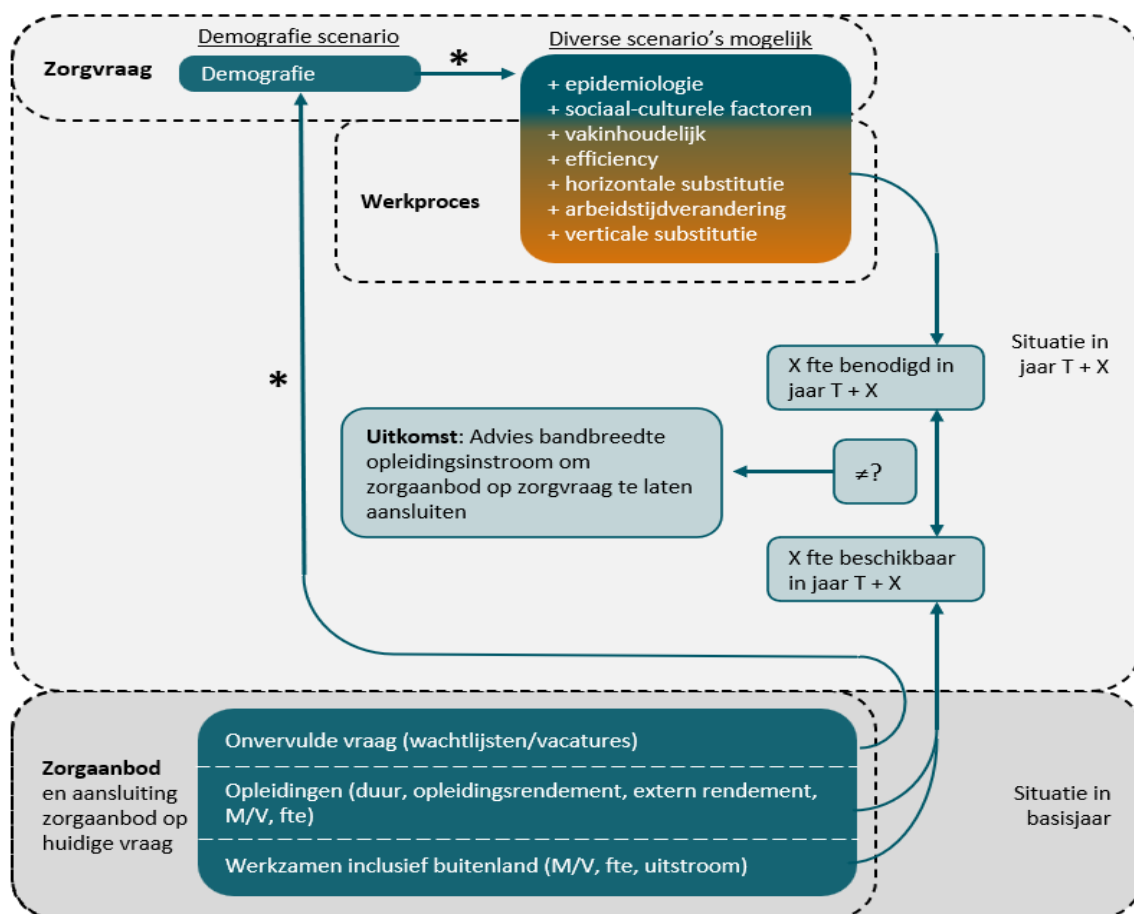
Zoals altijd het geval is bij projecties en modelleringen, hebben ook de ramingen van het Capaciteitsorgaan te maken met bepaalde onzekerheden. Deze zijn deels het gevolg van de reductie van de werkelijkheid in een model. Daarnaast zijn er onzekerheden over de representativiteit en kwaliteit van de informatie die gebruikt wordt om de werkelijkheid te modelleren. Om deze onzekerheden te onderkennen en zo mogelijk ook in kaart te brengen, maakt het Capaciteitsorgaan waar mogelijk gebruik van meerdere bronnen voor de parameterwaarden. In het rekenmodel ligt daarbij de nadruk op parameters waarvoor de bronnen goed voorhanden zijn en de veronderstelde foutmarges klein zijn. Het Capaciteitsorgaan geeft verder uiting aan de onzekerheden door in het rekenmodel gebruik te maken van 'lage', 'midden' en 'hoge' inschattingen van experts over de toekomst van de arbeidsmarkt voor de te ramen beroepen. Dit doet recht aan het feit dat verschillende betrokken stakeholders anders tegen die toekomst aankijken.

Het rekenmodel in figuur 12 is als volgt te lezen:

1. Beginnend in het basisjaar 'T' (onderste deel van het model) wordt vastgesteld wat de beschikbare capaciteit in fte's nu is (basisjaar voor deze raming is 2022). Een eventueel al bestaand overschot of tekort in het basisjaar wordt uitgedrukt in een negatieve respectievelijk positieve onvervulde vraag. Beschikbaar zorgaanbod en onvervulde vraag tellen op tot het benodigde zorgaanbod in het basisjaar. Dit deel van het model bevat 38 van de 50 parameters.
2. Daarna wordt berekend hoe de beschikbare en benodigde capaciteit zich zullen ontwikkelen tot aan een bepaald evenwichtsjaar (jaar 'T+X', het bovenste deel van het model, waarin X meestal 12 tot 18 jaar is).

- c. Voor de beschikbare capaciteit in jaar T+X is de ontwikkeling van de instroom en uitstroom bij een beroepsgroep bepalend (rendementen van de opleiding, uitstroomkansen werkzamen)
 - d. Voor de benodigde capaciteit in jaar T+X zijn de factoren die de toekomstige zorgvraag bepalen van belang (demografie, epidemiologie, sociaal-culturele ontwikkelingen, efficiency, arbeidstijdverandering en substitutie).
3. Ten slotte wordt berekend wat het verschil is tussen de beschikbare en benodigde capaciteit in fte's in jaar T+X (middelste deel van het model). Daaruit wordt afgeleid hoeveel personen uiteindelijk in de toekomst opgeleid moeten worden voor een beroep om in het evenwichtsjaar een evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken.

Figuur 12: Schematische weergave ramingsmodel Capaciteitsorgaan



Bijlage 2: Overzicht parameterwaarden

In tabel 20 zijn per parameter de waarden weergegeven waarmee in 2022 in het ramingsmodel is gerekend. Op de totstandkoming van de aanbod parameterwaarden is een nadere technische toelichting beschikbaar. [10]

Tabel 20: Overzicht parameterwaarden raming arts VG 2022

Parameterwaarden aanbod				Vraag in 2022 ontwikkeling tot aan 2042			
Aantal werkzamen in 2022 en hun ontwikkeling tot aan 2042	Mannen	Vrouwen	Totaal	Laag	Midden	Hoog	
Aantal werkzame personen in het jaar 2022	44,8	204,2	249,0	Onvervulde vraag in 2022	23,00%	35,00%	39,00%
Geslachtsverdeling werkzame personen in het jaar 2022	18%	82%	100%	Demografische verandering tot aan 2027	1,30%	1,30%	1,30%
Gemiddeld aantal FTE per persoon in het jaar 2022	0,990	0,860	0,883	Demografische verandering tot aan 2032	1,80%	1,80%	1,80%
FTE per werkzame persoon in 2027	0,990	0,860	0,883	Demografische verandering tot aan 2037	2,80%	2,80%	2,80%
FTE per werkzame persoon in 2032	0,990	0,860	0,883	Demografische verandering tot aan 2042	4,20%	4,20%	4,20%
FTE per werkzame persoon in 2037	0,990	0,860	0,883	Epidemiologische ontwikkelingen per jaar	0,10%	0,15%	0,20%
FTE per werkzame persoon in 2042	0,990	0,860	0,883	Sociaal-culturele ontwikkelingen per jaar	2,00%	4,00%	6,00%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2027	24,00%	15,00%	16,62%	Vakinhoudelijke ontwikkelingen per jaar	1,50%	2,00%	2,50%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2032	48,00%	30,00%	33,24%	Efficiency ontwikkelingen per jaar	0,00%	-0,50%	-1,00%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2037	58,00%	45,00%	47,34%	Horizontale substitutie per jaar	0,50%	0,80%	1,00%
Uitstroom van werkzame personen tot aan 2042	68,00%	61,00%	62,26%	Verticale substitutie per jaar	-0,20%	-0,50%	-1,00%
Instroom in de opleiding tot 2022				Arbeidstijdverandering per jaar	0,00%	0,00%	0,00%
Gemiddeld aantal nog in de opleiding per leerjaar	2,0	12,0	14,0				
Geslachtsverdeling instroom in de opleiding	14%	86%	100%				
Opleidingsduur in jaren		3,2					
Intern rendement			86,00%				
Extern rendement 1 jaar na afronden	98,50%	99,10%	99,02%				
Extern rendement 5 jaar na afronden	92,50%	95,50%	95,08%				
Extern rendement 10 jaar na afronden	85,00%	91,00%	90,16%				
Extern rendement 15 jaar na afronden	79,90%	83,80%	83,25%				
Instroom in de opleiding vanaf 2022 t/m 2023							
Gemiddelde instroom in de opleiding per leerjaar	2,1	12,9	15,0				
Geslachtsverdeling instroom in de opleiding	14%	86%	100%				
Opleidingsduur in jaren		3,2					
Intern rendement			82,00%				
Extern rendement 1 jaar na afronden	98,50%	99,10%	99,02%				
Extern rendement 5 jaar na afronden	92,50%	95,50%	95,08%				
Extern rendement 10 jaar na afronden	85,00%	91,00%	90,16%				
Extern rendement 15 jaar na afronden	79,90%	83,80%	83,25%				
Instroom in de opleiding vanaf 2024							
Verwachte instroom in de opleiding per leerjaar	2,1	12,9	15,0				
Geslachtsverdeling instroom in de opleiding	14%	86%	100%				
Opleidingsduur in jaren		3,2					
Intern rendement			82,00%				
Extern rendement 1 jaar na afronden	98,50%	99,10%	99,02%				
Extern rendement 5 jaar na afronden	92,50%	95,50%	95,08%				
Extern rendement 10 jaar na afronden	85,00%	91,00%	90,16%				
Extern rendement 15 jaar na afronden	79,90%	83,80%	83,25%				
Instroom uit het buitenland vanaf 2022							
Instroom per jaar uit het buitenland			0				
Geslachtsverdeling buitenlandse instroom	100%	0%	100%				
Rendement buitenlandse instroom			0,00%				

Bijlage 3: Procedure en betrokken experts

Dit Capaciteitsplan 2024-2027, deelrapport 6 Arts VG is tot stand gekomen op basis van uitgebreide dataverzameling door of in opdracht van het Capaciteitsorgaan. De hiervoor opgestelde onderzoeksagenda is tot stand gekomen in samenspraak met de Kamer Arts VG, een gremium binnen het Capaciteitsorgaan met beroepsbeoefenaren, (praktijk)opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars. De verzamelde informatie is beoordeeld door de Kamer Arts VG. De gesignaleerde ontwikkelingen zijn vertaald in parameterwaarden, zoals beschreven in hoofdstuk 2 t/m 4, waarmee de Kamer Arts VG heeft ingestemd. Vervolgens zijn deze waarden doorgerekend in het door samenwerkingspartner Nivel beheerde ramingsmodel. De uitkomsten in de vorm van adviesvarianten zijn gebruikt voor het bepalen van het instroomadvies in hoofdstuk 5.

De Kamer Arts VG heeft dit deelrapport goedgekeurd op 15 november 2022. Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan heeft dit deelrapport vastgesteld op 7 december 2022.

De samenstelling van de Kamer Arts VG was op 15 november 2022 als volgt:

Beroepsbeoefenaren

Mw. J.E.T.M. Goorts (NVAVG)
Mw. M. van Remmerden (NVAVG)
Mw. E. Stolker (LAD)

Opleidingsinstituut/opleidingsinstellingen

Mw. M. Eising (VGN)
Mw. J.M.T. Veeren (UvN)

Zorgverzekeraars

Mw. B. Vermeer (ZN)

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op 7 december 2022 als volgt:

Beroepsbeoefenaren

Mw. R.C. Abrahams (KAMG/NVAB/NVVG)
Dhr. R.D. Dutrieux (Verenso)
Dhr. T. Haasdijk (LAD)
Dhr. J.D.S. Kappert (V&VN)
Dhr. F.S. Kroon (KNMT)
Dhr. G.J. Prosman (NVGzP/NVP/NVO/NIP)
Mw. A. Ruhl (KNMG/LHV)
Mw. H. Staal (FMS; lid dagelijks bestuur)

Opleidingsinstituten/opleidingsinstellingen

Dhr. A. Houtsma (NVZ)
Mw. F. Haak-van der Lely (NVZ; lid dag. bestuur)

Dhr. M.J. Schalijs (NFU)
Dhr. C.H. Polman (NFU)
Mw. K.M. Leferink (ACTIZ)
Mw. P.P.C.W. Huijbregts (ACTIZ)
Mw. H. van der Hek (de Nederlandse ggz)
Mw. T.N. Wijmenga (UvN)
Dhr. L. Verburch (Ver. Hogescholen)

Zorgverzekeraars

Dhr. J. Berkelmans (ZN)
Dhr. W.J. Adema (ZN; voorzitter dag. bestuur)
Mw. M. Vissers (ZN)

Vanuit het bureau van het Capaciteitsorgaan waren mw. T. Zijlstra (programmasecretaris) en dhr. F. de Roo (programmasecretaris) betrokken bij de totstandkoming van dit Capaciteitsplan.

Bijlage 4: Afkortingen en begrippen

Tabel 21 bevat (in alfabetische volgorde) in dit Capaciteitsplan (veel) voorkomende afkortingen en begrippen en hun betekenis.

Tabel 21: Lijst met afkortingen en begrippen

Afktoring/begrip	Betekenis
AI	Artificial Intelligence
Aios	Arts in opleiding tot specialist
Arts VG	Arts voor Verstandelijk Gehandicapten
ATV	Arbeidstijdverandering
BIG	Beroepen in de individuele gezondheidszorg (wet)
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
ELV	Eerstelijnsverblijf
Extern rendement	Het percentage van degenen die nu in opleiding zijn of nog in opleiding gaan, dat na bepaalde tijd nog in Nederland werkzaam is in het beroep waar hij/zij voor is opgeleid.
fte	Fulltime-equivalent
functiemix	De betrokkenheid van verschillende beroepen bij de behandeling van cliënten
ggz	Zorgvorm voor de bevordering van de geestelijke gezondheid
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg; branche bestaande uit ggz-instellingen en vrijgevestigde praktijken
hbo	Hoger beroepsonderwijs
Intern rendement	Het percentage instromers in een opleidingscohort dat uiteindelijk de opleiding succesvol afrondt.
LAD	Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVB	Licht verstandelijke beperkt
MANP	Master Advanced Nursing Practice
MPT	Modulair pakket thuis
NVAVG	Nederlandse Vereniging van Artsen Verstandelijk Gehandicapten
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
Opleidingsinstellingen	Zorginstellingen die opleidingsplaatsen bieden voor aios VG
Opleidingsinstituut	Onderwijsinstelling die de opleiding tot arts VG verzorgt
PA	Physician Assistant(s)
Parameter	Variabele waaraan een bepaalde waarde wordt toegekend, om met behulp daarvan andere onbekende grootheden te kunnen berekenen.
Parameterwaarde	Percentage jaarlijks benodigde groei van een beroepsgroep.
RGS	Registratiecommissie geneeskundig specialismen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SBOH	Stichting Beroepsopleiding Huisartsen; werkgever van aios VG

SSB	Sociaal Statistisch Bestand; bevat databestanden over o.a. personen, banen, inkomen en opleidingen. Deze gegevens zijn onderling gekoppeld.
UvN	Universiteiten van Nederland
VG	Verstandelijk gehandicapt(en)
VGN	Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland
VPT	Volledig pakket thuis
VS	Verpleegkundig Specialist(en)
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wzd	Wet zorg en dwang
ZIN	Zorginstituut Nederland
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvw	Zorgverzekeringswet
ZZP	Zorgzwaartepakket, een term uit de Algemene Wet Bijzondere Zorg (AWBZ). Sinds 1 januari 2015 bestaat de AWBZ niet meer. Het zorgzwaartepakket heet nu zorgprofiel. Een zorgprofiel geeft aan welke zorg cliënten kunnen krijgen als zij een indicatie hebben voor de Wet langdurige zorg (Wlz).

Bijlage 5: Literatuurlijst

- 1 Bekedam, H. (2021). *Zoönosen in het vizier. Rapport van de expertgroep zoönosen*. Bilthoven: RIVM.
- 2 Biezen, M. van der, Glind, I. van de, Ven, G. van de, Andriessen, P., Rooij, J. van, & Westerbeek, A. (2022). *FWG Trendrapport Gehandicaptenzorg: De maatschappij, dat zijn zij. De gehandicaptenzorg als spiegel en gids*. Utrecht: Stichting FWG.
- 3 Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Noordzij, E. (2019). *Werkcontext en tijdsbesteding van de Arts Verstandelijk Gehandicapten: Herhaalmeting 2018*. Utrecht: Prismant.
- 4 Bloemendaal, I., Leemkolk, B. van de, & Zijlstra, T. (2020). Ontwikkelingen in de organisatie van de medische zorg in gehandicaptenzorgorganisaties. *Tijdschrift voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten*, 38-2, 53-61.
- 5 Boot, F., Mulder-Wildemors, L., Voorbrood, V., & Evenhuis, H. (2018). Medicatiebeoordeling bij verstandelijke beperking. *Huisarts en Wetenschap*, 2019-1, 50-53. doi:10.1007/s12445-018-0373-z
- 6 Bureau Bartels B.V. (2020). *Arbeidsmarktverkenning Gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 9 juni 2022 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/10/01/arbeidsmarktverkenning-gehandicaptenzorg>
- 7 CAO Gehandicaptenzorg 2019-2021. Geraadpleegd op 9 juni 2022 op <https://www.vgn.nl/cao/cao-gehandicaptenzorg-2019-2021/6-arbeidsduur-en-werktijden>
- 8 Capaciteitsorgaan, Focusgroep Gehandicaptenzorg, 17 november 2021.
- 9 Delphisessie Beroepen Geestelijke Gezondheid, sectoren ouderenzorg en gehandicaptenzorg, 19 april 2022.
- 10 Capaciteitsorgaan (2022). *Technische toelichting op totstandkoming parameterwaarden aanbod voor Capaciteitsramingen 2022*. Utrecht: Auteur.
- 11 Centraal Bureau voor de Statistiek (2021, 16 december). *Kernprognose 2021-2070: inwonertal, geboorte, sterfte en migratie*. Geraadpleegd op 6 juli 2022 op <https://www.cbs.nl/nl-nl/maatwerk/2021/50/kernprognose-2021-2070>
- 12 Commissie Expertisecentra Langdurige Zorg (2020). *Mensen met LVB+*. Geraadpleegd op 10 juni 2022 op <https://www.tilburguniversity.edu/sites/default/files/download/Omschrijving%20mensen%20met%20LVB%2B%20december%202020.pdf>
- 13 Delforterie, M., & Bouman, S. (2022). *KFZ Kennisagenda voor forensische cliënten met een LVB 2021-2025*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie – Programma Kwaliteit Forensische Zorg.
- 14 Draijer, M., Heutmekers, M., Homan, B., Lenaerts, N., Ruiten, M., & Wallenburg, I. (2021). *Acht aanbevelingen voor medisch-generalistische zorg*. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2021/11/09/acht-aanbevelingen-voor-medisch-generalistische-zorg>
- 15 Driesten, G. van, & Wessels, K. (2022). *Leren en werken in de zorg: Vier scenario's voor de hoogopgeleide zorgprofessional in 2032*. Amsterdam: De Argumentenfabriek.
- 16 Eggink, E., Woittiez, I., & Klerk, M. de (2020). *Maatwerk in meedoen: Een vergelijking van zelfredzaamheid, hulpbronnen en kwaliteit van leven tussen mensen met en zonder een verstandelijke beperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- 17 Erasmus MC, Afdeling HAG/AVG-opleiding (2019). *Didact 2.0: Landelijk Opleidingsplan voor de opleiding tot Arts voor Verstandelijk Gehandicapten*. Rotterdam: Auteur.
- 18 Flinterman, L., Vis, E., & Batenburg, R. (2022). *Wat wil de werkgever? De vraag naar zorgprofessionals in vijf sectoren en de komende vijf jaar: Uitkomsten van de werkgeversenquête 2021/2022*. Utrecht: Nivel.

- 19 Francke, A., Meurs, M., Plas, A. van der, & Voss, H. (2020). *Inventarisatie van Advance Care Planning: ZonMw-projecten, methoden, uitkomsten en geleerde lessen over gebruik, implementatie en borging*. Utrecht: Nivel.
- 20 Frielink, N. van, Oorsouw, W., Vos, M., Looijsschelder, M., Cuppen, G., & Embregts, P. (2021). *Regie van mensen met een licht verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid en psychiatrische problemen op de eigen ambulante behandeling* [Factsheet]. Tilburg: Tilburg University.
- 21 Geraadpleegd op 9 juni 2022 op <https://www.vzinfo.nl/verstandelijke-beperking>
- 22 Geraadpleegd op 10 juni 2022 op <https://nvavg.nl/wet-zorg-en-dwang/>
- 23 Geraadpleegd op 10 juni 2022 op <https://nvavg.nl/verwijzers/>
- 24 Gommans, T., & Offringa, S. (2022). *Ontwikkeling indicaties VG Wlz: Periode 2015-2020*. Rotterdam: Rebel Strong Society bv.
- 25 Gupta Strategists (2022). *Uitweg uit de schaarste: Over noodzaak en belofte van medische technologie in de aanpak van personeelstekort in de zorg*. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://gupta-strategists.nl/storage/files/220525-Gupta-Strategists-FME-Uitweg-uit-de-schaarste.pdf>
- 26 Hall, E.F., Maas, R.J.M., Limaheluw, J., & Betgen, C.D. (2020). *Mondiaal klimaatbeleid: gezondheidswinst in Nederland bij minder klimaatverandering*. Bilthoven: RIVM.
- 27 Hauwert, S. (2018). *Ruimte voor eigen regie bij mensen met ernstige meervoudige beperkingen* [Proefschrift]. Amsterdam: Vrije Universiteit.
- 28 Houte de Lange, S. ten (2022). Worstelen met Wet zorg en dwang. *Zorgvisie* 52, 32–34. doi:10.1007/s41187-022-1180-5
- 29 Husman, A.M., Schets, F.M. de (2010). *Climate change and recreational waterrelated infectious diseases*. Bilthoven: RIVM.
- 30 Huynen, M., et.al. (2019). *Kennisagenda Klimaat en Gezondheid*. ZonMw, Den Haag.
- 31 Ieder(in), InEen, KansPlus, LHV, NVAVG, VGN, V&VN, & ZN (2020). *Convenant Randvoorwaarden en facilitering medisch generalistische zorg voor mensen met een beperking*. Geraadpleegd op 10 juni 2022 op <https://www.vgn.nl/system/files/2020-10/convenant%20medisch%20generalistische%20zorg%20voor%20mensen%20met%20een%20beperking%20definitief.pdf>
- 32 Ieder(in), VGN, ZN, VNG, BPSW, NIP, NVO, V&VN, NVAVG, & VWS (2021). *Toekomstagenda zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking*. Geraadpleegd op 10 juni 2022 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2021/04/30/toekomstagenda-zorg-en-ondersteuning-voor-mensen-met-een-beperking>
- 33 Kennisplein Gehandicaptensector. *Zorg van huisarts en AVG goed geregeld*. Geraadpleegd op 10 juni 2022 op <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/vakmanschap/huisarts-avg-zorg-goed-geregeld>
- 34 Kiers, B. (2022). Bas Leerink: ‘Domeinoverstijgende samenwerking geeft te veel gedoe’. *Zorgvisie*, 4 maart 2022.
- 35 Kleijne, I. (2020). Veel huisartsen weten AVG-poli nog niet te vinden. *Medisch Contact*, 6, p. 18-21.
- 36 KNMG (2021). *De rollen van de arts in 2040: Kernwaarden en verhouding tot de samenleving*. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://knmg.maglr.com/knmg-rol-van-de-arts-in-2040/de-rollen-van-de-arts-in-2040>
- 37 Koks-Leensen, M., Schalk, B., Bemd, M. van den, Bakker-van Gijssel, E., Nägele, M., Cuypers, M., . . . Leusink, G. (2021). Registratie van Covid-19 bij mensen met een verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten*, 3, 175-181. Geraadpleegd op 23 juni 2022 op https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2021/09/Art_Koks_Magazine_NVAVG_NR_3.pdf
- 38 Korf, W., Vadanescu, A., Visee, H., & Rossing, H. (2022). *Alumnionderzoek Physician Assistant*. Amsterdam: Regioplan.

- 39 Korf, W., Vadanescu, A., Visser, H., & Rossing, H. (2022). *Alumnionderzoek Verpleegkundig Specialisten*. Amsterdam: Regioplan.
- 40 Konz, D., Hamdoul, N., Konz, H. et al. (2022) Verstandelijke beperking en migratieachtergrond. *Huisarts en Wetenschap* 65, 22–25. doi:10.1007/s12445-021-1353-2
- 41 KPMG (2018, 24 mei). *Kostenonderzoek langdurige zorg 2018*. Geraadpleegd op 20 juli 2022 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_212521_22/1/
- 42 Landelijk Kenniscentrum LVB (z.j.). *LVB & GGZ*. Geraadpleegd op 21 juli 2022 op <https://www.kenniscentrumlvb.nl/ggz-lvb/>
- 43 Landsman-Dijkstra, J.A., Fokkens, A.S., & Werkman, M.F. (2018). *Wat verstaan we onder een Goed Leven? Rapport in het kader van het project 'De Sensatie van een Goed Leven'*. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen.
- 44 Leeuw M.J. de, Oppewal A., Elbers R.G., et al (2022). Healthy Ageing and Intellectual Disability study: summary of findings and the protocol for the 10-year follow-up study. *BMJ Open* 2022;12:e053499. doi:10.1136/bmjopen-2021-053499
- 45 Lubbers, P. (2020). Lockdown en autisme: Vloek of zegen? *Tijdschrift voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten*, 3, 243-248. Geraadpleegd op 23 juni 2022 op <https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2020/10/Lubbers-Corona.pdf>
- 46 Maassen, H. (2022). *Hoe klimaatverandering het risico op zoönosen verhoogt*. Medisch Contact. Geraadpleegd op 1 juni 2022 op https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/nieuwsartikel/hoe-klimaatverandering-het-risico-op-zoonosen-verhoogt.htm?mail-key=&utm_source=MC_nieuwsbrief&utm_medium=email
- 47 McMahon, M., & Hatton, C. (2020). A comparison of the prevalence of health problems among adults with and without intellectual disability: A total administrative population study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. doi:10.1111/jar.12785
- 48 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018, 22 oktober). *Tijdelijke subsidieregeling extramurale behandeling*. Geraadpleegd op 6 juli 2022 op <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/stcrt-2018-58757.html>
- 49 Ministerie van VWS (2021). *Drie jaar (Ont)Regel de Zorg Factsheet Gehandicaptenzorg*. Geraadpleegd op 10 juni 2022 op <https://www.ordz.nl/gehandicaptenzorg>
- 50 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022, 14 april). *Kamerbrief 'Beleidsagenda pandemische paraatheid'*. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/kamerstukken/2022/04/14/kamerbrief-over-beleidsagenda-pandemische-paraatheid>
- 51 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022, 13 mei). *Hoofdpijnenbrief Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg*. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2022/05/13/hoofdpijnenbrief-toekomstbestendige-arbeidsmarkt-zorg>
- 52 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2022, 7 juli). *Kamerbrief Programmatische uitwerking van de Toekomstagenda: zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking*. Geraadpleegd op 21 juli 2022 op <https://www.rijksoverheid.nl/ministeries/ministerie-van-volksgezondheid-welzijn-en-sport/documenten/kamerstukken/2022/07/07/kamerbrief-over-programmatische-uitwerking-van-de-toekomstagenda-zorg-en-ondersteuning-voor-mensen-met-een-beperking>
- 53 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, & diverse partijen in de zorg (2022). *Integraal Zorg Akkoord: Samen werken aan gezonde zorg*. Geraadpleegd op 10 oktober 2022 op <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg>
- 54 Nederlandse Vereniging voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (2020). *Visiedocument 2020*. Utrecht: NVAVG.
- 55 Nederlandse Vereniging Artsen Verstandelijk Gehandicapten (2022, 19 oktober). *Activiteitenverslag project Arbeidsmarktstrategie arts VG*. Geraadpleegd op 27 oktober 2022 op

- https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2022/10/NVAVG-project-AMS_Activiteitenverslag_2022-10-19.pdf
- 56 Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (2016). Thema: Epidemiologie en Infectieziekten. *Nederlands Tijdschrift voor Medische Microbiologie* 2016:2.
 - 57 Nederlandse Zorgautoriteit (2019). *Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven modulaire zorg 2019 - BR/REG-19120b*. Geraadpleegd op 6 juli 2022 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_253088_22/2/
 - 58 Nederlandse Zorgautoriteit (2019). *Beleidsregel prestatiebeschrijvingen en tarieven zorgzwaarte-pakketten en volledig pakket thuis 2019 - BR/REG-19121d*. Geraadpleegd op 6 juli 2022 op https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_241160_22/5/
 - 59 Nederlandse Zorgautoriteit (2020). *Monitor zicht op gehandicaptenzorg 2020*. Utrecht: Auteur.
 - 60 Nederlandse Zorgautoriteit (2021, 19 mei). *Langer thuis dankzij gzsp*. Geraadpleegd op 4 juli 2022 op <https://magazines.nza.nl/nza-magazines/2021/02/langer-thuis-dankzij-gzsp>
 - 61 Nederlandse Zorgautoriteit (2021). *Monitor contractering gzsp 2021*. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://www.nza.nl/actueel/nieuws/2021/05/19/passende-zorg-voor-kwetsbare-patienten-thuis-benut-de-mogelijkheden-van-gzsp> en https://puc.overheid.nl/nza/doc/PUC_637725_22/1/
 - 62 Nieuwe CAO Gehandicaptenzorg 2021-2024. Geraadpleegd op 9 juni 2022 op <https://www.vgn.nl/nieuwe-cao-gehandicaptenzorg-2021-2024>
 - 63 Nivel (2021). *Verhouding tussen behoefte aan opleidingsplaatsen GZ-psycholoog en aantal verkregen plaatsen steeds schever*. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://www.nivel.nl/nl/nieuws/verhouding-tussen-behoefte-aan-opleidingsplaatsen-gz-psycholoog-en-aantal-verkregen-plaatsen>
 - 64 Overwijk, A., Hilgenkamp, T.I.M., Schans, C.P. van der, Putten, A.A.J. van der, & Waninge, A. (2022). Development of a Dutch Training/Education Program for a Healthy Lifestyle of People With Intellectual Disability. *Intellect and Developmental Disabilities*, 60 (2), 163–177. doi:10.1352/1934-9556-60.2.163
 - 65 Raad voor Volksgezondheid & Samenleving (2022). *Grenzeloos samenwerken? Adviezen voor het beter mogelijk maken van domeinoverstijgende samenwerking*. Den Haag: Auteur.
 - 66 Reinaerde (2022, 8 maart). *Regionale poli op basis van taakherschikking en stepped care* [Nieuwsbericht]. Geraadpleegd op 8 juni 2022 op <https://www.reinaerde.nl/nieuws-map/actueel/regionale-poli-op-basis-van-taakherschikking-en-stepped-care/>
 - 67 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2020). *Corona-effecten op termijn vooral voor kwetsbare groepen ingrijpend*. Geraadpleegd op 8 juni 2022 op <https://www.rivm.nl/nieuws/corona-effecten-op-termijn-vooral-voor-kwetsbare-groepen-ingrijpend>
 - 68 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (2022). *Verder kijken dan corona, over de toekomst van onze gezondheid*. Geraadpleegd op 1 juni 2022 op <https://www.volksgezondheidtoekomstverkenning.nl/c-vtv>
 - 69 RIVM, Nivel, & NeLL (2021). *E-healthmonitor 2021: Stand van zaken digitale zorg*. Bilthoven: RIVM.
 - 70 Samenwerkende veldpartijen in de langdurige zorg (2022). *Stip op de horizon COVID-19 in de langdurige zorg*. Geraadpleegd op 23 juni 2022 op <https://www.verenso.nl/asset/public/Nieuws/Stipophorizonlangdurigezorgcovid7maart2022.pdf>
 - 71 SBOH (2021). Sociaal jaarverslag 2020. Geraadpleegd op 12 juli 2022 op https://www.sboh.nl/images/bestanden/SBOH1503_Sociaal_Jaarverslag_2020_DEF_11-10-2021_digitaal.pdf
 - 72 SBOH (2022). Jaarverslag 2021. Geraadpleegd op 12 juli 2022 op https://jaarbeeldsboh.nl/wp-content/uploads/2022/06/Jaarverslag_SBOH_2021.pdf
 - 73 Schuengel, C., Tummers, J., Rest, M. van, Embregts, P., Plas, S. van der, & Leusink, G. (2021). Incidentmeldingen in de langdurige zorg voor mensen met VB na de eerste COVID-19 lockdown:

- lessen voor de toekomst. *Tijdschrift voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten*, 3, 161-168. Geraadpleegd op 23 juni 2022 op https://nvavg.nl/wp-content/uploads/2021/09/Art_Schuen-gel_Magazine_NVAVG_NR_3.pdf
- 74 Sociaal Economische Raad (2021). *Aan de slag voor de zorg: Een actieagenda voor de zorgarbeidsmarkt*. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://www.ser.nl/-/media/ser/downloads/adviezen/2021/arbeidsmarkt-in-zorg.pdf>
 - 75 Steenbergen, J. van (2019). *Zoönosen, voorkomen in Nederland en dreiging voor de toekomst*. Bilthoven: RIVM.
 - 76 Stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij (2011). *Ongewenste wereldreizigers: Infectieziekten. Bio-Wetenschappen en Maatschappij 2011:1*. Geraadpleegd op 9 juni 2022 op <http://www.biomaatschappij.nl/wp-content/uploads/2020/11/Infectieziekten.pdf>
 - 77 Uden, J.E.J. van, Knuiman, R.B.J., Poot, E., & Eck, S. van (2021). Knelpunten Wzd onder de aandacht gebracht: Verenso en de NVAVG behartigen de belangen van en ondersteunen de achterban. *Tijdschrift voor Ouderengeneeskunde*, 3, 45-50.
 - 78 Vallenga, D., & Goren, S. (2018). Samenwerken voor cliënten met een licht verstandelijke beperking en psychiatrische problemen: Een regionale zoektocht naar kansen voor de samenwerking tussen de LVB-zorg en de GGZ. *LVB Onderzoek & Praktijk*, 16-2, 13-20.
 - 79 Vandernagel, J.E.L., Duijvenbode, N. van, & Horsen, S.W.L. van (2019). Verslaving bij mensen met een lichte verstandelijke beperking; versterk de zorgketen. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 61-11, 798-803.
 - 80 Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2020). *Visiedocument gehandicaptenzorg 2030: Een betekenisvol leven, gewoon meedoen*. Geraadpleegd op 21 juli 2022 op <https://www.vgn.nl/system/files/2020-11/Visie2030%20-%20visiedocument%20en%20uitvoeringsagenda%20voor%20de%20gehandicaptenzorg.pdf>
 - 81 Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (2022, 7 juli). *Minister Helder verbindt Toekomstagenda Gehandicaptenzorg met VGN-visie 2030*. Geraadpleegd op 21 juli 2022 op <https://www.vgn.nl/nieuws/minister-helder-verbindt-toekomstagenda-gehandicaptenzorg-met-vgn-visie-2030>
 - 82 Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, & Zorgverzekeraars Nederland (2022). *Transitie naar een toekomstbestendige gehandicaptenzorg: Landelijk akkoord gehandicaptenzorg 2022-2026*. Utrecht/Zeist: VGN/ZN
 - 83 Verenso (2021, 10 juni). *Gezamenlijke lobby leidt tot aanpassingen Wet zorg en dwang (Wzd)*. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://www.verenso.nl/nieuws/archief/2021/gezamenlijke-lobby-leidt-tot-aanpassingen-wet-zorg-en-dwang-wzd>
 - 84 Vilans (2020). *Regeldruk in de langdurige zorg: boosdoeners blootgelegd*. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://www.vilans.nl/kennis/regeldruk-in-de-langdurige-zorg-boosdoeners-blootgelegd#:~:text=zorg%20%2D%20boosdoeners%20blootgelegd-,Rapport%20Regeldruk%20in%20de%20langdurige%20zorg%20%2D%20boosdoeners%20blootgelegd,naar%20de%20dieperliggende%20oorzaken%20kijken>
 - 85 Vilans (2021, 13 juli). *13 tijdbesparende zorgtechnologieën gepresenteerd aan de Kamer*. Geraadpleegd op 2 juni 2022 op <https://www.vilans.nl/actueel/nieuws/tijdbesparende-zorgtechnologieen-gepresenteerd-aan-de-kamer>
 - 86 Waard, R. de, Meulen, M. van der, & Baardman, S. (2020). *18 praktijkvoorbeelden van medische generalistische zorg: Het samenspel tussen artsen in ouderen- en gehandicaptenzorg*. Utrecht: Vilans.
 - 87 Wagemans, A. (2020). Het nut van advance care planning. *Tijdschrift voor Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten*, 38-2, 78-79.
 - 88 Wagenaar, S., & Wit, J. de (2018). *Hoe werven werkgevers? Inzichten in de zoektocht van bedrijven naar personeel*. Amsterdam: UWV Arbeidsmarktinformatie en -advies.

- 89 Wieland, J. (2020). *Tips voor het omgaan met de psychologische effecten bij mensen met een verstandelijke beperking en/of autisme van de maatregelen tegen de verspreiding van het coronavirus in Nederland*. Amsterdam: Cordaan. Geraadpleegd op 23 juni 2022 op <https://www.kennispleingehandicaptensector.nl/gehandicaptensector/media/documents/Thema's/Gezondheid/coronavirus-omgaan-psychologische-effecten-mensen-verstandelijke-beperking-autisme.pdf>
- 90 Wiersinga, W.J., Koopmans, M.P.G., Dissel, J.T. van (2019). Opkomst en dreiging van infectieziekten. *Nederlands Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 163:D4545.
- 91 Williamson, E.J., McDonald, H., Bhaskaran, K., Walker, A.J., Bacon, S., Davy, S., . . . Kuper, H. (2021). Risks of covid-19 hospital admission and death for people with learning disability: population based cohort study using the OpenSAFELY platform. *British Medical Journal*, 374:n1592. doi: 10.1136/bmj.n1592
- 92 Woittiez, I., Eggink, E., & Ras, M. (2019). *Achtergrond document bij 'Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting'. Verantwoording*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- 93 Woittiez, I., Eggink, E., & Ras, M. (2019). *Het aantal mensen met een licht verstandelijke beperking: een schatting. Notitie ten behoeve van het IBO-LVB*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- 94 Zorginstituut Nederland (2022). *Kader Passende Zorg*. Diemen: Auteur.
- 95 Zorginstituut Nederland (2022). *Verbetersignalement: Zorg voor mensen met een licht verstandelijke beperking en een gezondheidsprobleem*. Geraadpleegd op 10 juni 2022 op <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2022/01/25/zinnige-zorg-verbetersignalement-lvb>

**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