



Capaciteitsplan 2016

Deelrapport 4

Sociaal Geneeskundigen

- Arbeid en Gezondheid
- Maatschappij en Gezondheid

Profielartsen

- Maatschappij en Gezondheid

Capaciteitsplan 2016

Deelrapport 4

Sociaal Geneeskundigen

- **Arbeid en Gezondheid**
- **Maatschappij en Gezondheid**

Profielartsen

- **Maatschappij en Gezondheid**

Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2016 voor de medische, klinisch technologische, geestelijke gezondheid, FZO en aanverwante (vervolg) opleidingen.

Statutaire doelstellingen:

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

Inhoud

Samenvatting	1
1 Inleiding	5
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan	5
1.2 Ontwikkelingen in de taakstelling van het Capaciteitsorgaan	6
1.3 Specifieke aandachtspunten sociale geneeskunde	6
1.4 Indeling van dit deelrapport	8
2 Positionering sociale geneeskunde	11
2.1 Ontwikkeling van de specialismen	11
2.2 Overzicht aanverwante disciplines	13
2.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	13
2.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	14
2.3 Verhoudingen tussen disciplines	15
2.3.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	15
2.3.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	16
3 Opleiding	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Adviezen	18
3.3 Besluiten VWS	19
3.4 Realisatie opleidingen	20
3.4.1 Instroom	20
3.4.2 Totaal aantal aios	23
3.4.3 Uitstroom uit opleiding en inschrijving in specialistenregister: de zij- instromers	24
3.4.4 Leeftijd aios bij instroom	25
3.5 Intern rendement	27
3.6 Duur opleiding	28
3.7 Conclusies	29
4 Zorgvraag	31
4.1 Inleiding	31
4.2 Demografie	31
4.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	31
4.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	33
4.2.3 Samenvatting demografie	34
4.3 Epidemiologie	34
4.3.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	34
4.3.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	35
4.3.3 Samenvatting epidemiologie	36
4.4 Sociaal-culturele ontwikkeling	36
4.4.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	36

4.4.2	Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	37
4.5	Onvervulde vraag	40
4.5.1	Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	40
4.5.2	Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	42
4.6	Conclusies zorgvraag	45
5	Huidig zorgaanbod	47
5.1	Inleiding	47
5.2	Omvang beroepsgroep	47
5.2.1	Aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen en profielartsen	47
5.2.2	Aantal werkzame geregistreerde sociaal geneeskundigen	49
5.2.3	Meerdere registraties per persoon	50
5.2.4	Geslacht en leeftijdsverdeling geregistreerde specialisten en profielartsen	51
5.3	Omvang dienstverband	55
5.4	Instroom in het specialisme/ profiel	57
5.5	Uitstroom uit het specialisme/profiel	58
5.6	Conclusie zorgaanbod	61
6	Werkproces	63
6.1	Inleiding	63
6.2	Vakinhoudelijke ontwikkelingen	63
6.2.1	Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	63
6.2.2	Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	64
6.3	Technologische ontwikkelingen	64
6.3.1	Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	65
6.3.2	Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	65
6.4	Efficiency	65
6.4.1	Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	65
6.4.2	Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	66
6.5	Horizontale taakverschuiving	66
6.5.1	Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	67
6.5.2	Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	67
6.6	Verticale taakverschuiving	68
6.6.1	Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	68
6.6.2	Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	69
6.7	Conclusies werkproces	70
7	Scenario's	71
7.1	Inleiding	71
7.2	Basis scenario	72
7.3	Demografie scenario	73
7.4	Werkproces scenario's met tijdelijke of doorlopende trend	75
7.5	Verticale substitutie scenario's met tijdelijke of doorlopende trend	76
7.6	Maximale parameter waarden scenario's met tijdelijke of doorlopende trend	77
7.7	Conclusie diverse scenario's	78

7.7.1	Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid	79
7.7.2	Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid	79
8	Overwegingen en advies	81
8.1	Inleiding	81
8.2	Beleidsontwikkelingen	81
8.2.1	Maatschappelijke veranderingen	82
8.2.2	Horizontale substitutie	83
8.2.3	Verticale substitutie	83
8.2.4	Opleidingsinstituten	84
8.3	Onzekerheden	84
8.3.1	Zorgvraag	84
8.3.2	Aanbod	85
8.3.3	Werkproces	85
8.3.4	Opleidingscapaciteit	86
8.3.5	Belangstelling voor het vak	86
8.4	Belangrijkste scenario's	86
8.5	Advies instroom	87
Bijlage 1:	Model Capaciteitsorgaan	89
Bijlage 2:	Procedure en betrokken experts	90

Samenvatting

Overheidsbeleid beïnvloedt de capaciteitsvraagstukken in de sociale geneeskunde meer dan in de andere geneeskundige specialismen. Zowel beleid van de Rijksoverheid als van gemeenten kan leiden tot snelle veranderingen in de vraag naar beroepen in de sociale geneeskunde.

Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid kampt de **bedrijfsgeneeskunde** nog met de naweeën van de wijziging van de Arbowet in 2006. De snelle daling van de vraag naar bedrijfsartsen leidde vrijwel meteen tot een decimering van de instroom in de opleiding tot bedrijfsarts. Arbodiensten raakten verwickeld in een felle concurrentiestrijd in een krimpende markt. Daardoor leiden zij zelfs nu nog maar spaarzaam op, vooral vanwege de opleidingskosten die de concurrentiepositie van de opleidende Arbodienst verzwakken. De jaarlijkse uitstroom van bedrijfsartsen wordt nu echter steeds groter. Door deze uittocht neemt de beschikbare capaciteit aan bedrijfsartsen de komende jaren snel af.

De **verzekeringsgeneeskunde** verschilt in meerdere opzichten van de bedrijfsgezondheidszorg. In de eerste plaats is de sector overzichtelijker. Het UWV heeft het merendeel van de verzekeringsartsen onder contract en heeft daardoor een redelijk goed inzicht in de leeftijdsopbouw van de totale groep verzekeringsartsen. Op basis daarvan kan het UWV eenvoudig aan strategisch personeelsmanagement doen. Het tweede verschil betreft de monopoliepositie. Vanwege het ontbreken van concurrentie kan het UWV ook maatregelen nemen die geld kosten. Vanaf 2014 leidt het UWV veel meer aios op dan enkele jaren geleden. Dat is nodig, omdat steeds meer verzekeringsgeneeskundigen de komende jaren uitstromen. Overigens, de inspanningen van het UWV zijn momenteel nog onvoldoende om de vervangingsvraag te compenseren.

Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid is de overheid voor de gesubsidieerde **profielen** momenteel vooral bezig met uitwerken, implementeren en borgen van beleid. Het formuleren van nieuw beleid is minder aan de orde. De zorgvraag is daarom redelijk goed te ramen. Bovendien zijn de meeste aanbodparameters van de vrij jonge profielen nu nauwkeuriger dan drie jaar geleden. Dat verkleint de bandbreedtes die het Capaciteitsorgaan hanteert bij de raming. Ook is de achterstand in het opleiden van aios inmiddels ver ingelopen. In de pijplijn van aios zit nu voldoende capaciteit om de resterende tekorten in de gesubsidieerde profielopleidingen op korte termijn weg te werken. Alleen in de infectieziektebestrijding is nog enige tijd een hoge instroom nodig om de nieuwe activiteit, coördinatie van bestrijding van antibioticaresistentie, te borgen. De resterende gesubsidieerde profielen kunnen de komende periode met een lagere instroom de benodigde capaciteit borgen.

Ook voor de niet gesubsidieerde profielopleidingen in de sociale geneeskunde geldt dat de aanbodparameters nu nauwkeuriger zijn en dat daardoor de bandbreedte smaller is geworden. De instroom in deze profielen blijft echter nog steeds achter bij de geadviseerde instroom. Het Capaciteitsorgaan maakt zich met name zorgen over situatie voor het profiel forensisch arts KNMG.

De komende 5 jaar gaat een groot deel van deze artsen namelijk met pensioen, terwijl de instroom in dit profiel nagenoeg ontbreekt.

In grote lijnen geldt hetzelfde voor het **specialisme M&G**. De instroom in de tweede fase kan voor de meeste profielen omlaag, uitgezonderd voor de tweede fase opleiding van profielartsen jeugdgezondheidszorg. Dat is het gevolg van een recente verandering van de veldnorm voor artsen M&G met de profielregistratie jeugdgezondheidszorg.

De bandbreedte van de instroomadviezen staan in volgende tabel:

Specialisme/profiel	Bandbreedte	
	Minimum	Maximum
Bedrijfsarts	121	140
Verzekeringsarts	48	57
M&G zonder profiel	10	14
M&G + beleid en advies	6	7
M&G + forensisch arts	8	13
M&G + indicatie en advies	2	3
M&G + infectieziektebestrijding	11	16
M&G + jeugdarts	30	40
M&G + medische milieukundige	2	2
M&G + tuberculosebestrijding	2	2
Arts beleid en advies	6	7
Forensisch arts	13	20
Arts indicatie en advies	6	7
Arts infectieziektebestrijding	14	20
Jeugdarts	80	102
Arts medische milieukunde	2	2
Arts tuberculosebestrijding	2	2
Totaal	363	454

Het Capaciteitsorgaan spreekt nu een voorkeur uit voor de maximale waarde van de bandbreedtes vanwege de bestaande en/of verwachte tekorten aan profielartsen en specialisten in de sociale geneeskunde. Ook komen er signalen uit het veld dat er in sommige regio's tekorten bestaan.

Extra beleidsadviezen

Het Capaciteitsorgaan adviseert het ministerie van SZW en het veld dringend om zo spoedig mogelijk maatregelen te nemen om de instroom in de opleiding tot bedrijfsarts substantieel te vergroten. Zelfs als die maatregelen per direct genomen worden, zal het tekort aan bedrijfsartsen dat de komende 4 jaar onherroepelijk gaat ontstaan, ook daarna nog jaren duren. Dit tekort zal de uitvoering van nieuwe overheidsmaatregelen voor arbeidsgerelateerde zorg flink bemoeilijken.

Het Capaciteitsorgaan verwacht dat het UWV actie zal blijven ondernemen om voldoende verzekeringsartsen te krijgen. De komende 3 jaar zal de capaciteit aan verzekeringsartsen echter nog blijven dalen door de te lage instroom in de opleiding in de periode tot 2014, tenzij het UWV in staat blijkt om op korte termijn nog meer bedrijfsartsen om te laten scholen tot verzekeringsartsen. Gezien de tekorten die de sector bedrijfsgeneeskunde zelf heeft, wordt dat echter steeds moeilijker. Het Capaciteitsorgaan adviseert om het onderzoek naar de achterblijvende instroom binnen de sector bedrijfsgeneeskunde uit te breiden met de sector verzekeringsgeneeskunde.

Het Capaciteitsorgaan pleit opnieuw voor een uitbreiding van de subsidieregeling naar de profielen arts beleid en advies, arts indicatie en advies en forensisch arts en de corresponderende specialismen. Het subsidiebeleid van VWS heeft immers in zowel in de huisartsgeneeskunde, de medische specialismen als de sociale geneeskunde in relatief korte tijd geleid tot een gezonde arbeidsmarkt.

1 Inleiding

Dit deelrapport van het Capaciteitsplan 2016 vormt de basis voor de instroomadviezen voor de (private) profielopleidingen en de (publieke) erkende medische vervolgoopleidingen in de sociale geneeskunde. Het bevat alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die het Capaciteitsorgaan hiervoor heeft gebruikt. Dit deelrapport kan los gelezen worden van het integrale Capaciteitsplan 2016. Naast het integrale Capaciteitsplan zijn ook deelrapporten gepubliceerd over de instroomadviezen voor de medisch specialisten (inclusief de klinisch technologische specialismen en de profielopleiding spoedeisende hulp arts, deelrapport 1), de huisartsen (deelrapport 2), de tandheelkundig specialisten (deelrapport 3), de specialisten ouderengeneeskunde (deelrapport 5), de artsen voor verstandelijk gehandicapten (deelrapport 6), de beroepen in de geestelijke gezondheid (deelrapport 7, gepubliceerd 2015) en de beroepen Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO, deelrapport 8).

1.1 Doelstelling 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 vervolgoopleidingen.

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

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan overheid en veld van onafhankelijke en betrouwbare informatie waarvan partijen gebruik kunnen maken voor uiteenlopende beleidsonderwerpen. Dit zijn bijvoorbeeld: buitenlandse instroom van basisartsen en medisch specialisten, omvang en voortgang van horizontale en verticale substitutie, beschikbare capaciteiten op de arbeidsmarkt, verwachte groei van de zorgvraag en het zorgaanbod en verwachte effecten van efficiencymaatregelen en vakinhoudelijke ontwikkelingen. Verder heeft het Capaciteitsorgaan vanaf medio 2013 tot medio 2016 op verzoek van het ministerie van VWS meegewerkt aan een initiatief van de Europese Unie om onze ramingsmethodiek en ramingsinstrumenten voor andere landen te ontsluiten en met sommige landen zelfs te vergelijken. De resultaten hiervan zijn terug te vinden in een aantal publicaties¹². Ook werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, “invited expert meetings” en klankbordsessies.

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

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

Het Algemeen Bestuur van het Capaciteitsorgaan telt 27 zetels. De beroepsgroepen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars vullen ieder 9 zetels in. Deze paritaire samenstelling is terug te vinden in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het ministerie van VWS subsidieert het Capaciteitsorgaan sinds 1999 volledig.

1.2 Ontwikkelingen in de taakstelling van het Capaciteitsorgaan

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

- De ervaringen op het terrein van monitoring en participatieve beleidsontwikkeling zijn gebruikt om zorgvraag en zorgaanbod in de eerste lijns mondzorg in kaart te brengen. Naar aanleiding van een advies van de Commissie Innovatie Mondzorg heeft het Capaciteitsorgaan op verzoek van VWS vanaf 2008 tot 2014 de beroepsgroepen tandarts en mondhygiënist (beide initiële opleidingen in de mondzorg) in kaart gebracht en vervolgens gemonitord.
- In 2009 is het Capaciteitsorgaan gestart met het in kaart brengen van de gewenste en gerealiseerde capaciteitsontwikkelingen voor de vijf BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheid. In 2011, 2013 en 2015 zijn de eerste adviezen over de gewenste instroom in deze opleidingen uitgebracht. Vanaf 2014 worden deze ramingen structureel uitgevoerd. Het ministerie van VWS heeft van deze adviezen gebruik gemaakt in haar afwegingen voor het aantal te subsidiëren instroomplaatsen voor deze opleidingen, met name voor de klinische neuropsychologie en verpleegkundig specialist GGZ.
- In 2012 heeft het ministerie van VWS het Capaciteitsorgaan gevraagd om te onderzoeken of de capaciteit aan beroepen waarvan de opleiding gesubsidieerd wordt via het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) met de voorhanden zijnde methodieken in kaart gebracht kan worden. Het betrof vijftien beroepen³, waarover op landelijk niveau geen capaciteitsgegevens beschikbaar waren. Het bijzondere aan dit verzoek was dat, naast de landelijke overkoepelende raming, er ook ramingen voor de twaalf FZO regio's moesten worden opgesteld in verband met de beperkte geografische mobiliteit van deze beroepsgroepen. Het Capaciteitsorgaan concludeerde dat dit kon met de bestaande methodieken. Het eerste advies met bijbehorende ramingen voor de FZO beroepen is medio 2014 opgeleverd. Vanaf dat moment is deze activiteit ook toegevoegd aan de structurele activiteiten van het Capaciteitsorgaan.

1.3 Specifieke aandachtspunten sociale geneeskunde

Specifiek voor de sociale geneeskunde zijn de volgende aandachtspunten:

1. De sociale geneeskunde kent twee hoofdstromen, Arbeid en Gezondheid (A&G) en Maatschappij en Gezondheid (M&G). Binnen de hoofdstroom M&G zijn in 2007 zeven profielregisters geopend⁴. Inschrijving in de (private, door de KNMG beheerde) profielregisters is mogelijk na het voltooien van de bijbehorende profielopleiding die nominaal 2 jaar duurt. De profielarts kan vervolgens binnen 5 jaar facultatief starten met de zogenaamde tweede fase van de opleiding tot arts M&G die nominaal ook 2 jaar duurt. Voor de Wet BIG blijft de

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

⁴ CSG Besluit Maatschappij en gezondheid 24 maart 2006, opgevolgd door D.26 Kaderbesluit CSG 22 december 2009

profielarts basisarts. Na het succesvol afsluiten van de tweede fase M&G kan de profielarts registratie aanvragen in het specialistenregister M&G. Dit leidt automatisch tot de bijbehorende wettelijk beschermde titel als specialist in het BIG-register (ex artikel 34).

2. Voor inschrijving in de profielregisters bestond een overgangsregeling die in 2008 en 2009 massaal is benut door basisartsen met werkervaring in het betreffende profiel. De eerste reguliere herregistratie vond plaats in 2013/2014. De gegevens in de profielregisters van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) zijn door deze periodieke instroom en de daaruit resulterende periodiek piekende uitstroom momenteel minder betrouwbaar als bron voor het aantal werkende geregistreerde artsen.
3. In de periode 2003 tot en met 2010 heeft het Capaciteitsorgaan afgezien van ramingen in de sociale geneeskunde. Dit was vanwege de vele onzekerheden over vergoeding van de diverse opleidingen binnen de sociale geneeskunde en de veranderingen in de wetgeving in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid. Vergelijking is daardoor alleen mogelijk met de adviezen uit 2010 en 2013.
4. De gemiddelde leeftijd van aios in de opleidingen sociale geneeskunde is bij instroom 7 tot 11 jaar hoger dan de gemiddelde leeftijd van aios in de medische specialismen of de huisartsgeneeskunde. Deels wordt dat veroorzaakt doordat deze artsen eerder in een ander specialisme waren geregistreerd, deels doordat ze het werk in eerste instantie zonder de bijbehorende opleiding uitvoerden. De arbeidzame periode van sociaal geneeskundigen is dus gemiddeld korter. De “turnover” van sociaal geneeskundigen per jaar is daardoor groter dan van de meeste andere specialismen.
5. Naast het profielregister “forensisch arts KNMG” bestaat ook een kwaliteitsregister van artsen die erkend worden door het Forensisch Medisch Genootschap (FMG). De toelatingscriteria voor de twee registers verschillen, maar de wettelijke inzetbaarheid niet. Daardoor wordt de daling van het aantal geregistreerde profielartsen nog niet als een probleem ervaren door het ministerie van Veiligheid en Justitie.
6. Landelijk en lokaal beleid hebben een groot effect op de behoefte aan artsen in de sociale geneeskunde. Binnen de hoofdstroom A&G betreft het vooral landelijk beleid, zoals vastgelegd in de Arboret en de diverse werknemersverzekeringen. Binnen de hoofdstroom M&G betreft het zowel landelijk beleid, verankerd in een aantal wetten (bijvoorbeeld Wpg, Wghr, Wmo en Wlz), als de gemeentelijke vertaling van dit beleid.
7. De opleiding van alle medische specialismen die genoemd worden in de Zorgverzekeringswet en de AWBZ wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS. Dit geldt niet voor de sociale geneeskunde. Binnen de hoofdstroom A&G wordt geen van beide vervolgoedingen gesubsidieerd. Binnen de hoofdstroom M&G subsidieert het ministerie van VWS vier van de zeven profielopleidingen en de bijbehorende tweede fase opleidingen. De vrees voor een ongelijk speelveld weerhoudt momenteel de meeste werkgevers van het vergoeden van de kosten voor instroom in een niet gesubsidieerde profiel- of vervolgoeding.
8. Op 1 januari 2015 is het profiel donorgeneeskunde erkend⁵. Dit profiel is door het CGS ondergebracht bij de profielen binnen de hoofdstroom M&G. Dit profiel is nog niet opgenomen in deze raming wegens het ontbreken van voldoende basisgegevens. In 2016 zal de RGS starten met de registratie van de daarvoor in aanmerking komende donorartsen.
9. Per 1 januari 2015 is de wijziging van het Kaderbesluit in verband met de individualisering van de opleidingsduur in werking getreden voor de sociale geneeskunde⁶. De opleidingsinstellingen hebben met de RGS afgesproken dat de profielopleidingen kunnen worden ingekort tot

⁵ Besluit College Geneeskundige Specialismen (CGS) van 22 december 2014

⁶ Wijziging van Kaderbesluit CSG van 11 december 2013

minimaal 1 jaar op basis van eerder door onderwijs en/of ervaring verworven competenties. Deze moeten tot uiting komen in de portfolio van de aios. Dit kan invloed hebben op de gemiddelde duur van de profielopleidingen. Dit heeft op zijn beurt consequenties voor het ramingsmodel. Voor de drie erkende vervolgopleidingen heeft de wijziging van het Kaderbesluit geen gevolgen.

1.4 Indeling van dit deelrapport

In **hoofdstuk 2** wordt de positie besproken die de sociale geneeskunde inneemt voor de bevolking en diens gezondheid. Ook worden raakvlakken met aanverwante beroepen benoemd en wordt aangegeven hoe de afstemming met deze beroepen is geborgd.

Het Capaciteitsorgaan geeft om de paar jaar adviezen aan het veld en aan de overheid over de gewenste instroom in een groot aantal (erkende) initiële, profiel- en vervolgopleidingen. Daarmee probeert het Capaciteitsorgaan te anticiperen op verwachte ontwikkelingen in de toekomstige zorgvraag. In **hoofdstuk 3** staat een overzicht van de adviezen van het Capaciteitsorgaan sinds 2005, de daarop volgende besluiten van VWS en de reacties van het veld. Het hoofdstuk bevat ook een analyse van de gerealiseerde instroom sinds 2005. Ten slotte volgt er een berekening van het rendement van de verschillende opleidingen aan de hand van beschikbare data. Uitkomsten van deze analyses zijn de eerste parameters voor de vulling van het ramingsmodel. Dit zijn: opleidingsduur, aantal aios in opleiding, nieuwe aios in opleiding in 2016 en 2017 en intern rendement.

Hoofdstuk 4 beschrijft het belangrijkste en meest onzekere onderdeel uit het ramingsmodel: de verwachte ontwikkeling/verandering van de zorgvraag van 1 januari 2016 tot 1 januari 2028 en 1 januari 2034. Dat lijken lange periodes, maar de eerste effecten van beleid zijn pas merkbaar in 2022. De erkende vervolgopleidingen in de sociale geneeskunde duren nominaal 4 jaar. Het advies van het Capaciteitsorgaan wordt door het ministerie van VWS waarschijnlijk – na intern en extern overleg - in 2017 omgezet in subsidiebesluiten. Implementatie van deze besluiten is dan mogelijk vanaf 2018. De eerste voorzichtige effecten van deze besluiten op de aanwezige arbeidscapaciteit zijn dan te verwachten vanaf 1 januari 2022. Er rest dan een “venster” van 6 respectievelijk 12 jaar om door een gewijzigde instroom in de opleidingen de totale beschikbare arbeidscapaciteit aan te passen aan de verwachte vraag voor de twee evenwichtsjaren 2028 en 2034.

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

Het Capaciteitsorgaan bestudeert daartoe relevante onderzoeken, laat indien nodig (toegepast) wetenschappelijk onderzoek doen, bevaart stakeholders en schakelt zo nodig op onderdelen externe experts in. Al deze gegevens worden dan voorgelegd aan de Kamer Sociale Geneeskunde, waarin beroepsgroepen, werkgevers en opleidingsinstellingen paritair zijn vertegenwoordigd. De Kamer bespreekt de voorgelegde gegevens en stelt dan de waarde(n) vast van de vier parameters. Een aantal verwachte ontwikkelingen is niet terug te brengen tot puntschattingen. In deze gevallen hanteert het Capaciteitsorgaan op aangeven van de experts in de Kamer een minimum en een maximum waarde voor de betreffende parameter.

Het bestaand aanbod aan beroepsbeoefenaren komt in **hoofdstuk 5** aan bod. Een aantal karakteristieken, waaronder de ontwikkeling van de aantallen geregistreerde beroepsbeoefenaren, werkzame beroepsbeoefenaren, gemiddelde fte's en gerealiseerde uitstroom sinds 2005 wordt (naar geslacht) in dit hoofdstuk beschreven. Op basis van de ontwikkeling van de laatste jaren én de verwachtingen van experts voorspelt het Capaciteitsorgaan de toekomstige ontwikkeling van uitstroom en gemiddelde fte's respectievelijk beschikbare uren.

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

De gegevens uit de hoofdstukken 3, 4, 5 en 6 worden vervolgens gebruikt om een aantal scenario's op te stellen. Aan de hand hiervan raamt het Capaciteitsorgaan telkens de benodigde arbeidscapaciteit in de twee evenwichts jaren en de bijbehorende instroom in opleidingen. Het Capaciteitsorgaan betreft steeds meer gegevens bij de diverse scenario's. Het opstellen van de scenario's gebeurt dus op cumulatieve wijze in **hoofdstuk 7**.

Het **basisscenario** gaat uit van een onveranderde zorgvraag in de komende 18 jaar. Dit scenario wordt door het Capaciteitsorgaan meestal buiten beschouwing gelaten, omdat het zeer onwaarschijnlijk is. Het **demografiescenario** houdt rekening met de bestaande onvervulde vraag en met de consequenties die geschatte veranderingen in de demografische samenstelling van de bevolking kunnen hebben op de benodigde capaciteit aan beroepsbeoefenaren. Vervolgens worden daar overheen twee **zorgvraagscenario's** gelegd, waarin andere factoren die de zorgvraag beïnvloeden zijn meegenomen. Dit zijn bijvoorbeeld: de laag ingeschatte verwachte effecten van epidemiologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen, vakinhoudelijke ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuiving. Vanwege de onzekerheden in deze verwachtingen wordt in het ene scenario met deze verwachtingen maar 10 jaar rekening gehouden, terwijl in het andere scenario (doorlopende trend) de verwachtingen over de volle 18 jaar worden geprojecteerd.

Daarna wordt in de twee **arbeidstijds scenario's** het effect toegevoegd van eventuele veranderingen in de geraamde gemiddelde arbeidstijd per beroepsbeoefenaar. Deze scenario's worden in dit rapport niet uitgewerkt ten gevolge van het ontbreken van indicaties voor een verandering van de arbeidstijd. Vervolgens worden deze scenario's aangevuld met twee **verticale substitutiescenario's**, waarin de (extra) effecten van een laag ingeschatte verticale substitutie op de verwachte benodigde arbeidscapaciteit als trend worden berekend voor een periode van 10 jaar en voor een onbeperkte periode. Ten slotte zijn er dan twee **maximale parameterwaarden scenario's**, waarin alle parameterwaarden op de hoogste waarden van de gezamenlijke experts worden gezet. Op deze manier ontstaat een overzicht van de ontwikkelingen gevat in negen verschillende scenario's.

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

2 Positionering sociale geneeskunde

2.1 Ontwikkeling van de specialismen

De sociale geneeskunde is formeel in het einde van de 19^e eeuw in Nederland geïntroduceerd door de aanstelling van de eerste gemeenteartsen. Dit waren veelal huisartsen van origine die als hygiënist of als schoolarts aan de gemeente verbonden werden. Aan het begin van de 20^e eeuw kwamen artsen in dienst bij de Rijksverzekeringsbank om de nieuwe Ongevallenwet uit te voeren. Het aantal “sociaal- geneeskundigen” was tot 1918 zeer beperkt. In 1928 richtte Philips de eerste bedrijfsgeneeskundige dienst op. Dit was de introductie van artsen die zich specialiseren in de bedrijfsgezondheidszorg. Daarmee breidt het werkgebied van de sociaal geneeskundigen zich uit van de publieke naar de private sector. In 1930 volgt de introductie van de Ziektewet die de komst van de verzekeringsartsen inluidt⁷.

Pas na de Tweede Wereldoorlog ontstonden de eerste specifieke opleidingen in de sociale geneeskunde. Aanvankelijk waren deze gebaseerd op de cursus sociale geneeskunde van het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde (NIPG) in Leiden. Deze bestond uit een gemeenschappelijk deel voor alle artsen dat een jaar duurde. Daarna differentieerde de arts zich in de tweede periode, die 1,5 tot 2 jaar duurde, naar de functie waarin hij tewerkgesteld was. De nominatieve opleidingsduur was 2,5 tot 3 jaar. Door werkonderbrekingen, deeltijd werken en vertragingen in het schrijven van de scriptie was de werkelijke opleidingsduur vaak langer. In 1956 ontstond de eerste sociaal-geneeskundige opleiding. Medio jaren zestig werden de opleidingen in de sociale geneeskunde enigszins geherstructureerd. Vier takken van de sociale geneeskunde werden tussen 1960 en 1965 erkend als specialisme: arbeids- en bedrijfsgeneeskunde (1961), verzekeringsgeneeskunde (1962), jeugdgezondheidszorg (1962) en algemene gezondheidszorg (1965). In 1975 wordt de tak “bijzondere vormen van sociale geneeskunde” als vijfde tak erkend, met onder meer de tuberculosebestrijding, epidemiologie en de medische milieukunde.

In 1978 heeft de minister van VWS de opleiding sportgeneeskunde erkend. De arts die de erkende opleiding had gevolgd, werd door de registratiecommissie in het specialistenregister als sociaal geneeskundige, tak algemene gezondheidszorg, ingeschreven. Pas in juli 2014 is het specialisme “sportarts” erkend door de minister. Zowel de opleiding als het specialisme is toen ondergebracht binnen het kaderbesluit voor de medische specialismen. In 2015 heeft het Capaciteitsorgaan een apart Capaciteitsplan sportgeneeskunde uitgebracht om de instroom in dit specialisme te gaan reguleren.

In 1994 vond door de inwerkingtreding van Europese regelgeving een volgende verandering plaats⁸. De sociale geneeskunde werd formeel verdeeld over twee hoofdstromen: Arbeid en Gezondheid enerzijds en Maatschappij en Gezondheid anderzijds. Tegelijkertijd werd de opleidingsduur verlengd naar 4 jaar voor de twee opleidingen binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid. Daarmee werd voldaan aan de Europese regelgeving en zijn alle diploma's binnen de Europese Unie erkend.

⁷ Sociale geneeskunde of public health; toekomstperspectief van een uitdagend vakgebied; Post, D. Groothoff, J.W. (2003)

⁸ Besluit CSG no.1-1994 betreffende de indeling van de sociale geneeskunde in de hoofdstromen “occupational medicine en community medicine”.

Niet alle landen in de Europese Unie leiden zelf specialisten op binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid. Dat betekent dat de invloed van instroom van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen uit andere landen binnen de Europese Unie verwaarloosbaar is.

In 2004 werden ook de opleidingen in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid verlengd naar 4 jaar⁹. Daarnaast werd vanaf juni 2006 binnen deze hoofdstroom de mogelijkheid geboden aan basisartsen om een profielopleiding te volgen¹⁰. De profieltitels zijn door de KNMG gedeponeerd. Het betreft de titels: arts beleid en advies, arts sociaal medische indicatie en advies, arts infectieziektebestrijding, arts tuberculosebestrijding, forensisch arts, jeugdarts en (sinds 2015) donorarts. Nominatief duren alle profielopleidingen in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid 2 jaar. De profielopleidingen zijn vooral gericht op competentieontwikkeling voor het uitvoerend deel van het werk. Daarnaast wordt de sociaal geneeskundige (en collectieve) basis in deze fase gelegd. De arts start enerzijds met individueel gerichte werkzaamheden. Anderzijds start de arts ook met epidemiologische onderbouwing en aandacht voor de gevraagde en ongevraagde beleidsadvies voor het collectief. Screening, monitoring, surveillance en toegepast onderzoek zijn instrumenten die de profielarts gebruikt voor advisering over passende interventies voor specifieke groepen of de gehele bevolking.

Indien gewenst kan de profielopleiding worden vervolgd met een tweede fase opleiding. Tijdens deze fase worden de eerder verworven competenties uitgebouwd die nodig zijn voor de brede rol van arts M&G: maatschappelijk handelen, regie nemen en voeren, strategisch opereren, het opzetten/uitvoeren van wetenschappelijk onderzoek en het initiëren en implementeren van innovaties binnen de publieke gezondheid. Na afronding van deze tweede fase kan de arts worden ingeschreven in het specialistenregister Maatschappij en Gezondheid. Daarnaast mag hij de inschrijving in het register voor profielartsen handhaven. Registratie in meerdere profielen is mogelijk tot een maximum van drie. De arts heeft ook de mogelijkheid om de titel arts Maatschappij en Gezondheid te voeren zónder aanvullende profielregistratie. Een aantal artsen heeft hiervoor gekozen ten tijde van de overgang naar de nieuwe beleidsregels in 2004. Ten slotte wordt binnen de opleiding tot arts M&G ook de zogenaamde “vrije richting” aangeboden. Helaas kent het registratiesysteem geen verschil tussen artsen M&G uit de vrije richting en artsen M&G die na de overgang geen profielregistratie hebben aangevraagd of gekregen.

De titels basisarts en specialist zijn beschermd door de wet BIG. De titel profielarts is beschermd door de KNMG. Andere titels bieden geen bescherming en kunnen door iedere arts met of zonder relevante opleiding worden gehanteerd. Binnen de sociale geneeskunde betreft het dan titels zoals keuringsarts, schoolarts, Arboarts, of jeugdarts zonder de toevoeging KNMG.

De sociale geneeskunde verbindt de curatieve gezondheidszorg met de maatschappij. Daardoor is er een sterke invloed van het overheidsbeleid op de vraag naar sociaal geneeskundigen. Veranderingen in dit beleid en de daaruit voortvloeiende wet- en regelgeving hebben invloed op de arbeidsmarkt in de sociale geneeskunde geregeld. Deze invloeden kunnen zo sterk zijn dat het Capaciteitsorgaan af moet zien van het opstellen van ramingen voor beroepen in de sociale geneeskunde. In 2005 en 2008 was dit bijvoorbeeld het geval voor de bedrijfsgeneeskunde. De effecten van de gewijzigde Arbowet waren zodanig dat een zorgvuldige raming voor de bedrijfsartsen onmogelijk was. Vanaf

⁹ Besluit maatschappij en gezondheid 26 maart 2004 inhoudende opleidingseisen voor het sociaal-geneeskundig specialisme maatschappij en gezondheid

¹⁰ Besluit Maatschappij en Gezondheid 24 maart 2006 inhoudende opleidingseisen voor het sociaal-geneeskundig specialisme maatschappij en gezondheid

2010 zijn alle sociaalgeneeskundige specialismen en profielen weer opgenomen in de ramingen, alhoewel vooral in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid de ramingen niet leiden tot aanpassing van het aantal benutte opleidingsplaatsen

Voor een deel heeft dit laatste ook te maken met de financiering van de opleidingen in de sociale geneeskunde. Binnen alle overige erkende geneeskundige profiel- en specialistenopleidingen vindt integrale financiering van de opleidingen plaats door het ministerie van VWS. Binnen de sociale geneeskunde financiert het ministerie van VWS alleen de profielopleidingen: jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, medische milieukunde en tuberculosebestrijding en (sinds 2012) de vervolgopleiding tot arts maatschappij en gezondheid voor aios uit de vier genoemde profielen.

Alle andere opleidingen in de sociale geneeskunde financiert de overheid niet. De instroom in deze opleidingen is de laatste jaren minimaal, onder meer vanwege het betrekkelijk onzekere carrièreperspectief voor artsen in deze –van de overheid afhankelijke- profielen en specialismen. Ook de onbekendheid van de basisarts met deze profielen en specialismen door de minimale tijdsbesteding tijdens de geneeskunde opleiding draagt hier aan bij. Dit leidt tot een onzekere arbeidsmarkt, waarin de laatste 5 jaar een daling van het aantal geregistreerde specialisten de boventoon voert.

Tekorten aan geregistreerde verzekeringsartsen manifesteren zich onder meer in de haperende herkeuringen van (tijdelijk) arbeidsongeschikten. In augustus 2015 bracht de Novag, de vakbond van verzekeringsartsen, naar buiten dat in 2014 24.000 herkeuringen hadden plaatsgevonden op een totaal bestand van 800.000 uitkeringsgerechtigden. Vooral de arbeidsongeschikten met een WGA-uitkering blijven veel langer een uitkering krijgen dan noodzakelijk is. Schattingen van de NOVAG zijn dat van de 800.000 uitkeringsgerechtigden ongeveer 160.000 personen arbeidsgeschikt zijn. Gebrek aan verzekeringsartsen maakt dat slechts 24.000 personen zijn herkeurd in 2014¹¹.

Procedureel en inhoudelijk worden de erkende medische vervolgopleidingen tot sociaal geneeskundige momenteel geactualiseerd. Het handboek Sociale Geneeskunde dat uit 2007 dateert, wordt momenteel vervangen en geactualiseerd aan de hand van de Kwaliteitsvisie Opleidingen en Evaluatie Raamplan Sociale Geneeskunde (KOERS). Op termijn kan dit leiden tot aanpassingen in (opleidingen in) profielen.

2.2 Overzicht aanverwante disciplines

2.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Verzekeringsartsen kennen door de wetgeving maar één aanverwante medische discipline: de bedrijfsarts. Inhoudelijk is er sprake van een gedeeltelijke overlap in kennis, die tot uitdrukking komt in een verkorte opleiding tot verzekeringsarts voor de bedrijfsartsen. Het UWV, de grootste werkgever voor verzekeringsartsen, maakt regelmatig gebruik van (voormalige) bedrijfsartsen om verzekeringsgeneeskundige herkeuringen uit te voeren, zoals ten tijde van de beëindiging van de WAO en de inwerkingtreding van de WIA. Door het dalend aantal geregistreerde bedrijfsartsen wordt het voor het UWV steeds moeilijker om voldoende menskracht via deze route te vinden. Sinds 2013 werft het UWV basisartsen die vervolgens, na gebleken geschiktheid, kunnen instromen in de erkende medische vervolgopleiding verzekeringsgeneeskunde. Er is echter onder deze basisartsen

¹¹ Radio 1 interview Wim Van Pelt, voorzitter Novag (18 augustus 2015)

geen grote belangstelling om daadwerkelijk de opleiding te volgen. Een deel van deze basisartsen beschouwt het werk in de sociale verzekeringen enkel als een overgangperiode in afwachting van een opleidingsplaats in een ander profiel of specialisme. Toch zijn door dit actieve beleid in 2015 48 basisartsen gestart met de opleiding tot verzekeringsarts. Naast de bedrijfsarts zijn er andere niet-medische disciplines, zoals de arbeidsdeskundige en de sociaal-medisch verpleegkundige, die een aanvulling vormen voor het werk van de verzekeringsarts. Daarnaast heeft de verzekeringsarts bij de uitoefening van zijn beroep te maken met de huisarts.

De bedrijfsarts heeft een brede range aanverwante disciplines. Binnen de werkomgeving zijn dat: de bedrijfsverpleegkundige, de arbeidsdeskundige en arbeidshygiënist, de arbeids- en organisatiepsycholoog, de preventiemedewerker en de veiligheidskundige. Medewerkers uit deze disciplines zijn in staat om alle niet-medische onderdelen van het werk van de bedrijfsarts uit te voeren, maar missen dan wel de geïntegreerde aanpak van de bedrijfsarts. Daarnaast zijn binnen de bedrijfsgezondheidszorg op medisch terrein ook artsen werkzaam die een niet beschermd titel hanteren.

De bedrijfsarts heeft daarnaast ook te maken met de huisarts en de klinisch arbeidsgeneeskundige. De huisarts opereert binnen de eerste lijn, de klinisch arbeidsgeneeskundige binnen de tweede lijn. In het verleden heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging al duidelijk gemaakt dat huisartsen géén activiteiten gaan ontplooiën op het terrein van de bedrijfsgeneeskunde. Klinische arbeidsgeneeskunde is geen erkend specialisme. Doorgaans is de klinisch arbeidsgeneeskundige in het BIG register geregistreerd met als specialistentitel bedrijfsarts. Een groei van het aantal werkzame klinisch arbeidsgeneeskundigen leidt dus tot een daling van het aantal werkzame bedrijfsartsen. Getalsmatig is deze nieuwe functie nog maar zeer bescheiden aanwezig in Nederland. Naar verwachting van het Capaciteitsorgaan blijft dit voorlopig zo. Om deze redenen wordt de klinisch arbeidsgeneeskundige in dit rapport verder buiten beschouwing gelaten.

2.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Binnen deze hoofdstroom heeft de wetgever al sinds de introductie van de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (1989) meer ruimte gelaten voor de inbreng van andere disciplines. Als gevolg hiervan hebben universiteiten en HBO-instellingen een groot aantal niet-medische opleidingen ontwikkeld die zich verdiepen in de collectieve benadering van bevolkingsgroepen. Het meest bekend zijn de gezondheidswetenschapper, de epidemioloog en de Master of Public Health. Maar daarnaast zijn er bijvoorbeeld ook de milieugezondheidskundige, de psycholoog en de orthopedagoog.

Aanverwante medische disciplines zijn voor de meeste profielen wel aanwezig. De arts infectieziektebestrijding heeft regelmatig te maken met de medisch microbioloog en de internist-infectioloog. De jeugdarts heeft als aanverwante disciplines de huisarts en de kinderarts. De longarts kan worden ingezet binnen de tuberculosebestrijding. Medische milieukunde heeft binnen de kliniek als tegenhanger de internist-toxicoloog, daarbuiten de milieugezondheidswetenschapper en de gezondheidsadviseur gevaarlijke stoffen (GAGS). Voor de forensisch arts is dit in de tweedelijns discipline de klinisch patholoog. De arts indicatie en advies en de verzekeringsarts worden beiden ingezet door de gemeenten bij de medisch-inhoudelijke beoordeling van aanvragen van burgers. De donorarts, het nieuwe profiel, en de arts beleid en advies hebben op dit moment nog geen medisch aanverwante disciplines. Voor al deze aanverwante disciplines geldt echter dat zij in het veld niet dominant aanwezig zijn.

Het aanbod aan anders opgeleide aanverwante disciplines is wél groot. Deels heeft dat te maken met de eerder genoemde ruime wet- en regelgeving. Deels is de ontbrekende instroom in de medische vervolgopleidingen tussen 2000 en 2008 hier debet aan. Door allerhande onduidelijkheden en onzekerheden hebben organisaties in die periode weinig basisartsen gestuurd naar een vervolgopleiding binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid. Daardoor is de arbeidscapaciteit van artsen binnen deze hoofdstroom fors gedaald. Het resulterende tekort aan artsen creëerde een gunstig klimaat voor verticale substitutie. Substitutie is binnen deze hoofdstroom mede daardoor eerder gestart dan binnen de andere beroepsgroepen. Het betreft vooral de jeugdverpleegkundige en de verpleegkundige infectieziektebestrijding/tuberculosebestrijding.

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

2.3.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De bedrijfsarts is zowel preventief als curatief bezig met de beroepsbevolking en werkt daarbij samen met veel andere (para) medische professionals. Op de verhouding tussen huisartsen en bedrijfsartsen zijn nog steeds de gezamenlijk standpunten van NVAB en LHV uit 2005 van kracht¹². Hierin is geen verandering gekomen. In 2014 heeft de LHV bevestigd dat er binnen de LHV geen draagvlak bestaat voor een scenario waarin de bedrijfsgeneeskundige zorg voor alle werkenden binnen de huisartsenpraktijk zou worden uitgevoerd¹³. Ook is in dat jaar door een breder forum een hernieuwing van de standpunten ondertekend¹⁴. De bedrijfsarts doorloopt een vergelijkbare opleiding als de verzekeringsarts.

Ook de verzekeringsarts heeft een afwisselend takenpakket. Hij werkt zelfstandig met cliënten die de gemeente aan hem toewijst in het kader van de Wet werk en bijstand (Wwb). Ook werkt hij zelfstandig met cliënten die door de bedrijfsarts aan hem worden overgedragen na beëindiging van de wettelijke termijn van de uitkering wegens ziekte. Omdat de verzekeringsarts als eerste de re-integratie-inspanningen van de werkgever toetst, ontstaat er gemakkelijk animositeit tussen de bedrijfsarts en de verzekeringsarts, zeker als toetsing tot loonsancties voor de (voormalige) werkgever leidt. Tegelijkertijd betekent het dat bedrijfsarts en verzekeringsarts hun werk alleen goed kunnen uitvoeren als ze kennis hebben van elkaars werkzaamheden. Dat is ook de reden voor de laagdrempelige wederkerige omscholingen die voor beide specialismen geldt.

In de relatie tussen de twee medische specialismen en lager opgeleid personeel is er inhoudelijk weinig spanning te verwachten. Binnen de bedrijfsgezondheidszorg hebben de Arbodiensten sinds 2006 te maken gehad met fors teruglopende omzetten. De inzet van de relatief dure bedrijfsarts is vanaf dat moment terug gedrongen. Arbodiensten hebben de afgelopen 10 jaar waar mogelijk gebruik gemaakt van verticale substitutie, waardoor die ruimte al grotendeels benut is. In de verzekeringsgeneeskunde is er door de wetgeving maar beperkt ruimte voor verticale substitutie. Hier wordt meer verwacht van efficiencywinst door een betere ondersteuning van de verzekeringsarts.

¹² NVAB(2005). De bedrijfsarts en de eerste lijn: over samenwerking, zorgverzekeringen, en regionale ondersteuningsstructuren. Landelijke Eerstelijns Samenwerking (LESA)

¹³ SER: Toekomst arbeidsgerelateerde zorg SER 2014/07 (2014)

¹⁴ LHV, NHG, KNMG, NVAB: Consensus verklaring over Werk en Gezondheid (13 februari 2014)

2.3.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Het grootste aantal artsen binnen deze hoofdstroom is werkzaam binnen de sector jeugdgezondheidszorg. Een deel werkt als arts Maatschappij en Gezondheid (al dan niet met tevens de registratie jeugdarts KNMG), een deel werkt als jeugdarts KNMG en een deel werkt als basisarts, veelal in afwachting van instroom in de opleiding tot profielarts. In 2007 heeft Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) naar aanleiding van de implementatie van het profielbesluit besloten om te streven naar een verhouding van 21% basisartsen, 63% profielartsen en 17% artsen M&G. Recent heeft de AJN besloten om naar aanleiding van onderzoek¹⁵ deze verhouding te wijzigen in 13% basisartsen, 61% profielartsen en 26% artsen M&G.

De profielopleidingen zijn vooral gericht op competentieontwikkelingen voor het uitvoerend werk. Ook in de eerste fase van de opleiding wordt aandacht besteed aan gevraagde en ongevraagde beleidsadviesing voor het collectief. Screening, monitoring en surveillance zijn instrumenten op basis waarvan adviezen gegeven kunnen worden over interventies voor specifieke beroepen of de gehele bevolking. In de tweede fase worden deze competenties nog meer uitgebouwd, samen met onderzoekcompetenties. In de overige sectoren zijn de aantallen werkzame artsen zo klein dat een uitsplitst takenpakket voor de profielarts en geneeskundig specialist bijna nooit mogelijk is. De betreffende wetenschappelijke verenigingen staan daarom op het standpunt dat elke arts het specialisme in de volle omvang moet kunnen uitoefenen.

Ook hier geldt dat er weinig spanningen zijn te verwachten tussen hoger en lager opgeleid personeel. De voortdurende noodzaak tot kostenbeheersing binnen de publieke sector maakt dat verticale substitutie al decennia lang wordt toegepast.

¹⁵ Regioplan (2015). Verticale substitutie en scholingsambities binnen de jeugdgezondheidszorg

3 Opleiding

3.1 Inleiding

De drie door de minister van VWS erkende vervolgoopleidingen tot sociaal geneeskundige (arts M&G, bedrijfsarts en verzekeringsarts) duren nominaal 4 jaar. Na afsluiting van de opleiding kan de specialist zich laten registreren in het specialistenregister van de RGS. Daarna volgt automatisch overname van de specialistenregistratie in het BIG-register, waar naast het beroep “arts” dan ook het specialisme vermeld wordt. Toetsing op uitoefening van het beroep en herregistratie van de titel wordt 5-jaarlijks uitgevoerd door de RGS.

De acht (niet-erkende) vervolgoopleidingen tot profielarts binnen de hoofdstroom M&G duren nominaal 2 jaar. Na afsluiting van deze opleidingen kunnen profielartsen zich laten registreren in de profielregisters van de RGS. Deze registers hebben een private basis. De titel is civielrechtelijk beschermd middels een dienstmerk dat door de KNMG is aangevraagd. In het BIG-register wordt geen vermelding gedaan van de behaalde titel, omdat die niet in de Wet BIG is opgenomen. Een profielarts kan later (maar binnen 5 jaar na registratie als profielarts) alsnog opgeleid worden tot arts M&G. Hij volgt dan de zogenaamde “tweede fase opleiding”, die minimaal 2 jaar duurt en vooral een verbredend en verdiepend karakter heeft.

Momenteel wordt door de wetenschappelijke verenigingen binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid gewerkt aan een nieuwe opleidingsstructuur middels een nieuw concept opleidingsplan. Dit is een uitvloeisel van de het traject Modernisering Medische Vervolgoopleidingen. De Kwaliteitsvisie Opleidingen En Raamplan Sociale geneeskunde (KOERS) is inmiddels vastgesteld. Het nieuwe opleidingsplan wordt besproken binnen de wetenschappelijke verenigingen.

Alle opleidingen krijgt vorm volgens een leer/werksystematiek. Selectie en aanstelling van de aios gebeurt decentraal in een opleidingsinstelling. Begeleiding vindt plaats door een opleider. Het theoretisch gedeelte van de opleiding (gemiddeld een dag per week) wordt gegeven door de instituutopleider van het externe opleidingsinstituut.

Werkgevers financieren de opleidingen tot bedrijfsarts en verzekeringsarts. Daarbij worden afspraken met de aios gemaakt over terugbetaling van de kosten bij verandering van werkgever of afbreken van de opleiding. Dat geldt meestal ook voor de profielopleidingen tot forensisch arts KNMG, arts beleid en advies KNMG en arts sociaal medische indicatie en advies KNMG. De overige profielopleidingen worden sinds 2008 gesubsidieerd door het ministerie van VWS. De tweede fase van de opleiding tot arts M&G subsidieert VWS sinds 2012. Dit geldt uiteraard alleen voor de profielartsen in de gesubsidieerde profielen. Voor de gesubsidieerde opleidingen geldt geen terugbetalingsverplichting.

Een aantal profielopleidingen kent een zo kleine jaarlijkse instroom dat de kosten van het aanvragen van de betreffende erkenning als opleidingsinstelling onevenredig groot zijn. Om hiervoor soelaas te bieden heeft de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG) de Stichting Sociaal Geneeskundige Opleidingen (SSGO) opgericht. Deze stichting, die zelf aan alle kwaliteitsregels voor een opleidingsinstelling voldoet, gaat samenwerkingsovereenkomsten aan met werkgevers en aios en stelt een opleider ter beschikking aan de aios. De instellingen hoeven daardoor niet zelf te

voldoen aan de erkenningsregels van de RGS. Voor de verzekeringsgeneeskunde bestaat een soortgelijke oplossing onder auspiciën van de Geneeskundig Adviseurs Verzekeringszaken (GAV). Per 1 juli 2014 is de opleiding tot sportarts door de minister erkend als een geneeskundig specialisme dat onder de regelgeving voor medisch specialisten valt. Dat betekent dat vanaf 2015 de registratie van de (opleiding van) sportartsen niet langer in de sociaal geneeskundige bestanden is opgenomen. In dit Capaciteitsplan zijn alle tabellen hierop geschoond. Er kunnen daardoor verschillen ontstaan met overzichtstabellen uit eerdere Capaciteitsplannen. (Zie vooral tabel 15.)

3.2 Adviezen

Het Capaciteitsorgaan heeft integrale adviezen uitgebracht in 2001, 2003, 2005, 2008, 2010 en 2013. Daarnaast zijn op verzoek van het ministerie van VWS deeladviezen uitgebracht in 2007 (jeugdgezondheidszorg) en 2008 (infectieziektebestrijding). In het voorjaar van 2016 is op verzoek van VWS een tussentijds advies uitgebracht over de capaciteit in de jeugdgezondheidszorg. Dit advies is door VWS overgenomen met ingang van 2017.

In 2005 en 2008 zijn geen adviezen uitgebracht voor de toekomstige capaciteit en de instroom in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid. De wijziging van de Arboret per 2006 en de omzetting van de WAO in de WIA in 2007 leverden in die tijd zoveel verwachte veranderingen op dat de toekomstige zorgvraag naar de specialismen binnen deze hoofdstroom moeilijk te duiden was. In 2013 is geen advies uitgebracht over de gewenste instroom in de bedrijfsgezondheidszorg. Reden daarvoor was de onzekerheid die bestond vanwege de adviesaanvraag over vijf mogelijke scenario's voor de toekomstige Arbozorg in Nederland. Het door het ministerie van SZW aangevraagde advies was toen bij de SER in behandeling.

In 2005 is ook voor de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid geen advies uitgebracht. De onzekerheden over met name de financiering van de opleidingen waren toen zo groot dat er in het (beleids)veld geen behoefte bestond aan een instroomadvies. In 2008 zijn de adviezen eerst weer met het veld besproken. Daarna zijn de adviezen als eerste aan de minister gericht. In tabel 1 op de volgende pagina worden alle voorkeursadviezen uit de Capaciteitsplannen sinds 2001 getoond.

De tabel laat zien dat de geadviseerde instroom in de sociaal geneeskundige vervolgopleidingen tot 2003 rond de 250 plaatsen schommelde, waarvan 150 tot 170 voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid en 80 tot 100 voor de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid. Na de cesuur in 2005 neemt het instroomadvies voor beide hoofdstromen toe. De belangrijkste reden daarvoor is de bescheiden instroom in alle profiel- en vervolgopleidingen vanaf 2000. De daling van de geadviseerde instroom in de opleiding tot M&G specialist voor jeugdartsen KNMG in 2010 en 2013 hangt samen met de gewenste casemix aan jeugdartsen KNMG en artsen M&G binnen de jeugdgezondheidszorg. De behoefte aan M&G specialisten binnen de jeugdgezondheidszorg wordt de komende jaren echter weer groter, onder andere door de decentralisatie van de jeugdzorg. In 2016 is het instroomadvies daarom tussentijds verhoogd.

Tabel 1: Instroomadviezen Capaciteitsorgaan voor vervolgopleidingen in de sociale geneeskunde

Specialisme/profiel	2001	2003	2007	2008	2010	2013	2016
Bedrijfsarts	122	102			-	131	
Verzekeringsarts	57	47			111	49	
M&G			7	7	70*	21	
M&G+ arts beleid en advies KNMG					70*	17	
M&G+ arts indicatie & advies KNMG					70*	4	
M&G+ arts infectieziektebestrijding KNMG	25	34		6	14	15	
M&G+ arts tuberculosebestrijding KNMG					2	5	
M&G+ forensisch geneeskundige KNMG					70*	12	
M&G+ jeugdarts KNMG	44	60	25		24	21	32
M&G+ medisch milieukundige KNMG					4	3	
Arts beleid en advies KNMG					4	17	
Arts indicatie & advies KNMG					2	8	
Arts infectieziektebestrijding KNMG				7	14	15	
Arts tuberculosebestrijding KNMG					2	5	
Forensisch arts KNMG					33	22	
Jeugdarts KNMG			142		114	112	103
Medisch milieukundige KNMG					4	3	
Totaal	248	243	174	20	398	460	
Totaal subsidiabel			167	13	134	179	

*: gecombineerd totaal

Bron: Capaciteitsorgaan

3.3 Besluiten VWS

Het Capaciteitsorgaan heeft de instroomadviezen uit 2001, 2003 en 2007 in de eerste plaats aan het veld aangeboden. In die periode bepaalden de werkgevers (hoofdzakelijk de arbodiensten, het UWV, de zorginstellingen en de GGD'en) óf en hoeveel basisartsen toestemming kregen om een erkende medische vervolgopleiding te gaan volgen. Daarbij werd naast het advies van het Capaciteitsorgaan ook de financiële en personele situatie van de organisatie meegenomen. Mede door het grote aantal arbodiensten, zorginstellingen en GGD'en was er voor geen van deze branches een centrale regie op de instroom in de opleidingen. Het UWV vervult deze rol overigens wel voor de verzekeringsgeneeskunde. Helaas had het UWV vooral in het vorige decennium te maken met achterblijvende belangstelling van basisartsen voor het specialisme verzekeringsgeneeskunde.

De adviezen vanaf 2008 zijn in de eerste plaats aangeboden aan het ministerie. In 2006 besloot het ministerie van VWS namelijk om bij de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet een "level playing field" te introduceren. Hiermee wilde het ministerie concurrentievervalsing voorkomen tussen de werkgevers voor de diverse medische opleidingen die onder haar reikwijdte vielen. De vervolgopleidingen tot medisch specialist, huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapt worden vanaf 2006 volledig gesubsidieerd door VWS. De benodigde gelden zijn ontnomen aan de instellingsbegrotingen. Voor de opleidingen in de sociale geneeskunde

kan VWS pas vanaf 2008 een beperkt aantal opleidingen subsidiëren. In tabel 2 worden de toewijzingen van VWS sinds 2008 getoond.

Tabel 2: Besluiten gesubsidieerde opleidingsplaatsen VWS

Specialisme/profiel	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
M&G + infectieziektebestrijding					9	7	9	17	17	17
M&G + tuberculosebestrijding						1	0	6	6	6
M&G + jeugdgezondheidszorg					15	15	24	22	22	32
M&G + medische milieukunde						1	1	4	4	4
Arts inf. bestrijding KNMG	53*	9*	7	7	14	14	12	17	17	17
Arts tbc. bestrijding KNMG	53*	9*	5*	3	2	2	2	6	6	6
Jeugdarts KNMG	76	142	142	142	94	94	94	126	126	103
Medisch milieukundige KNMG	53*	9*	5*	4	4	4	2	4	4	4
Totaal	129	151	154	156	138	138	144	202	202	189

*: gecombineerd totaal

Bron: VWS

In het kielzog van dit besluit subsidieert VWS vanaf 2012 tevens de tweede fase van deze profielopleidingen. Dat betekent dat GGD'en en zorginstellingen vanaf 2008 respectievelijk 2012 een externe prikkel kennen om artsen te laten instromen in de onderhavige profielopleidingen en vervolgoopleidingen.

Zichtbaar is dat VWS in haar besluiten voor de vier profielen de adviezen van het Capaciteitsorgaan volgt. Vanaf 2012 subsidieert VWS ook de tweede fase opleidingen. Sinds 2013 gebeurt dit op basis van de tijdelijke subsidieregeling opleidingen publieke gezondheidszorg 2013-2017. VWS heeft de instroom in 2015 en 2016 voor alle te subsidiëren profielen vastgesteld op het gemiddelde van de bandbreedte die het Capaciteitsorgaan geadviseerd heeft. Het Capaciteitsorgaan had geadviseerd om het minimum van de bandbreedte te hanteren in verband met de achterblijvende instroom van aios. De minister breidt het aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen vanaf 2015 met 58 plaatsen uit, een toename van 40%. Zoals eerder gemeld wordt het aantal gesubsidieerde instroomplaatsen in de jeugdgezondheidszorg voor 2017 voor de jeugdarts KNMG verlaagd met 23 (18%) en voor de arts M&G verhoogd met 10 (31%).

3.4 Realisatie opleidingen

3.4.1 Instroom

De RGS registreert de daadwerkelijke instroom in alle erkende profiel- en vervolgoopleidingen. Voor de gesubsidieerde opleidingen is de gerealiseerde instroom in enig jaar de resultante van: een geïnteresseerde arts, een tijdig aangevraagde subsidie, een erkende opleidingsinstelling plus een erkende opleider. Het lukt niet altijd deze vier ingrediënten op het juiste moment bij elkaar te krijgen. De subsidie moet bijvoorbeeld worden aangevraagd in het jaar voorafgaand aan het jaar van instroom. Niet elke basisarts weet of hij een volgend jaar met de betreffende opleiding wil beginnen. Tabel 3 toont de gerealiseerde instroom in alle profiel- en vervolgoopleidingen in de sociale

geneeskunde. Vanaf 2014 is de instroom in de opleiding M&G door de RGS gesplitst in de volledige, 4 jaar durende opleiding en de twee jaar durende tweede fase van de opleiding.

Tabel 3: Instroom aiOS sociale geneeskunde sinds 2006

Specialisme /profiel KNMG	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
Bedrijfsarts	27	15	23	19	13	11	11	20	7	22
Verzekeringsarts	1	28	15	28	3	17	21	27	32	56
Arts M&G	0	4	12	8	11	9	21	27	4	0
Arts M&G 2 ^e fase	0	0	0	0	0	0	0	0	16	24
Arts beleid & advies	1	0	0	0	1	0	19	11	14	6
Arts indicatie en advies	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0
Arts infectieziektebestrijding	5	2	8	4	8	7	14	6	10	10
Arts tuberculosebestrijding	3	1	0	0	3	0	0	1	2	0
Forensisch arts	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0
Jeugdarts	25	25	36	95	73	71	69	58	54	64
Medisch milieukundige	1	0	0	1	2	0	2	1	2	5
Totaal	63	75	95	155	117	115	158	152	142	187

Bron: RGS d.d. 29-1-2016

*: aangevuld met informatie over 2015 d.d. 24-08-2016

Conclusies uit deze tabel:

- De instroom in de vervolgopleiding tot bedrijfsarts is geleidelijk gedaald van 110 per jaar in het begin van deze eeuw (niet in de tabel) naar het huidige niveau van circa dertien nieuwe instromers per jaar. Deze instroom is niet voldoende om aan de toekomstige vervangingsvraag naar bedrijfsartsen inclusief groei van de beroepsbevolking (124 tot 160 bedrijfsartsen, zie tabel 25) te voldoen.
- De instroom in de vervolgopleiding tot verzekeringsarts is wisselend. Sinds 2010 is een duidelijke trend naar een toename van het aantal instromers zichtbaar. Bekend is dat in het begin van deze eeuw gemiddeld ongeveer 70 aiOS jaarlijks met de opleiding startten. De ambitie van het UWV is om jaarlijks 30 à 40 aiOS met de opleiding te laten starten. Deze ambitie wordt sinds 2014 daadwerkelijk gerealiseerd, terwijl de beroepsvoorkeur voor bedrijfsarts en verzekeringsarts onder geneeskundestudenten nog steeds laag is¹⁶. In 2016 heeft het UWV tot nu toe al 70 basisartsen aangenomen in de verwachting dat 30 à 40 door kunnen stromen naar de opleiding tot verzekeringsarts.
- De instroom in de profielopleidingen in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid maakt een grote sprong vanaf het moment van subsidiëring (2008), vooral binnen de profielen infectieziektebestrijding en jeugdgezondheidszorg. Hier lijkt duidelijk sprake van een inhaalvraag die in de jaren na 2010 geleidelijk aan daalt naar een stabiele instroom.
- De instroom in de tweede fase opleiding M&G maakt eveneens een sprong op het moment van subsidiëring (2012). De uitsplitsing van de opleiding M&G in een volledige opleiding en de tweede fase van de opleiding laat de effecten van de subsidiëring nog beter zien.

¹⁶ Soethout, M.B.M.: Een carrière als bedrijfsarts of verzekeringsarts: niet voor de huidige geneeskundestudent (TBV 18/nr. 1/ januari 2010)

- De profielopleiding beleid en advies kent vanaf 2012 ook een hogere instroom. Dit wordt veroorzaakt door het beleid van het ministerie van Defensie om alle artsen naast de opleiding tot Algemeen Militair Arts ook de profielopleiding tot arts beleid en advies KNMG te laten volgen. Vanaf 2015 is dit echter facultatief geworden. In 2015 is de instroom in de opleiding daardoor lager dan de 4 jaar ervoor. De inschrijving in het specialistenregister is wel conform eerdere jaren.
- In de profielopleiding medische milieukunde stroomden in 2015 vijf aiOS in. Dat is de hoogste instroom sinds de start van de opleiding.
- De profielopleiding forensische geneeskunde heeft, op 2010 na, nooit instroom gekend. Het profiel forensische geneeskunde is te beschouwen als een nog te ontwikkelen profiel. Het profiel ondervindt concurrentie van de basisarts die alleen de 8 cursorische onderdelen heeft gevolgd en daarna ingeschreven wordt in het kwaliteitsregister van de FMG

De beschikbare subsidies binnen de publieke gezondheid zijn de afgelopen jaren niet volledig benut. Vooral binnen de jeugdgezondheidszorg bleven tientallen opleidingsplaatsen onbenut. Dit was voor de minister van VWS aanleiding om in 2015 opnieuw een onderzoek^{17 18} in te laten stellen naar mogelijke oorzaken hiervan. Naar aanleiding van dit onderzoek heeft VWS veldpartijen gevraagd om de haalbaarheid van meer regie op de instroom in de opleidingen te onderzoeken. Het Capaciteitsorgaan heeft dit onderzoek gebruikt om inzicht te krijgen in de situatie bij de opleidingen in de jeugdgezondheidszorg. De bevindingen hiervan worden besproken in hoofdstuk 5, de zorgvraag.

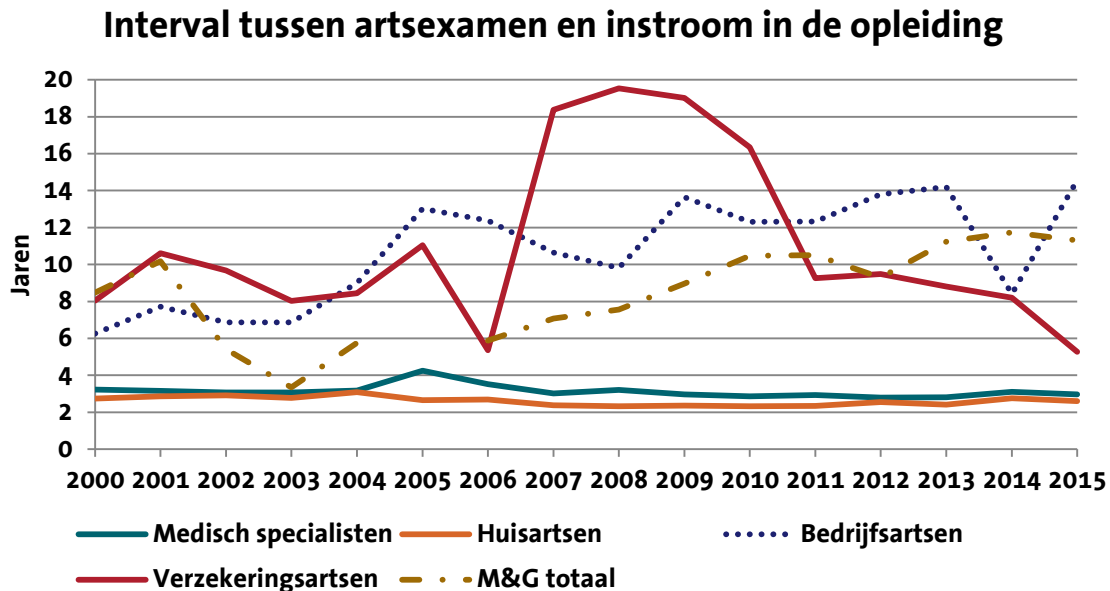
De instroom in de diverse opleidingen in de sociale geneeskunde vindt op latere leeftijd plaats dan de instroom in de opleidingen in de medische specialismen en de huisartsgeneeskunde. In figuur 1 worden de jaren tussen het artsexamen en de instroom in de opleiding weergegeven. Hierbij zijn de twee opleidingen in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid apart weergegeven. De instroom in de opleidingen tot medisch specialist of huisarts vindt gemiddeld plaats 3 jaar na het basisartsexamen. Hierbij vindt de instroom in de huisartsopleiding gemiddeld het snelst plaats.

De instroom in de sociaal geneeskundige opleidingen vindt later plaats. Het verloop van de lijnen is wat grilliger. Dit komt door de lagere aantallen aiOS voor deze opleidingen. Zichtbaar is dat de instroom gemiddeld op een later moment plaats vindt dan bij de twee opleidingen in de curve. Bij de verzekeringsartsen is zichtbaar dat het gemiddelde interval tussen artsexamen en instroom in de opleiding daalt sinds 2010. Momenteel bedraagt dit interval ongeveer 5 jaar. Voor de bedrijfsartsen en de (profiel) artsen Maatschappij en Gezondheid is dat 14 respectievelijk 11 jaar. De verwachting is dat de komende jaren het gemiddeld interval bij de bedrijfsartsen gaat dalen. Momenteel worden de Arboartsen alsnog opgeleid tot bedrijfsarts. Daarnaast zijn er ook nog artsen die deels in management functies werken die nu alsnog de opleiding tot bedrijfsarts gaan volgen.

¹⁷ CBOG (2012) Instroombevordering opleiding jeugdarts KNMG

¹⁸ NIVEL (2014) Knelpunteninventarisatie opleidingsplaatsen artsen M&G

Figuur 1: Gemiddeld interval tussen artsexamen en instroom in de opleiding tot sociaal geneeskundige



Bron: RGS

3.4.2 Totaal aantal aios

Tabel 4 laat het totaal aantal aios per specialisme/profiel zien per 1 januari van elk jaar. Vanaf 2015 heeft de RGS de registratie van aios M&G uitgesplitst in M&G tweede fase (voor de subsidiestroom van VWS) en M&G overig.

Tabel 4: Aantal geregistreerde aios sociale geneeskunde per 1 januari

Specialisme/profiel KNMG Jaar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bedrijfsarts	263	178	118	105	89	76	70	65	59	64
Verzekeringsarts	149	117	76	80	66	73	68	84	83	136
Arts M&G	0	0	11	47	42	43	62	74	11	8
Arts M&G 2 ^e fase	0	0	0	0	0	0	0	0	41	46
Arts beleid en advies	1	1	1	1	1	1	21	31	51	55
Arts indicatie & advies	0	0	1	1	2	1	1	2	2	2
Arts infectieziektebestrijding	5	6	11	12	14	14	21	21	21	18
Arts tuberculosebestrijding	3	4	2	1	4	4	0	1	3	1
Forensisch arts	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0
Jeugdarts	24	49	83	134	179	205	226	221	206	184
Medisch milieukundige	1	0	1	2	2	3	3	3	4	8
Totaal	446	355	304	383	401	422	472	502	481	522

Bron: RGS

Het aantal geregistreerde aios is meestal hoger dan het totaal aantal ingestroomde aios over de voorafgaande 2 of, in het geval van aios binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid, 4 jaar. Oorzaak hiervan is dat de meeste aios langer over hun opleiding doen dan de nominale opleidingsduur. De belangrijkste redenen daarvoor zijn het parttime werken en de zwangerschappen van de aios. In paragraaf 3.6 wordt dit verder behandeld.

De daling van de instroom bij de bedrijfsartsen in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid veroorzaakt een daling van het aantal aios dat bezig is met deze opleiding. Het tegenovergestelde is zichtbaar bij de verzekeringsartsen. In totaal zijn per 1 januari 2016 136 aios bezig met een opleiding in dit specialisme. Het totaal aantal aios in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid was tussen 2011 en 2015 stabiel, met de kanttekening dat de daling van het aantal aios doorzet bij het geneeskundig specialisme bedrijfsgeneeskunde, terwijl bij de verzekeringsartsen een duidelijke toename zichtbaar is.

De groei van het aantal aios sinds 2011 betreft vooral de profielopleidingen in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid. De subsidiëring van de tweede fase opleiding M&G sinds 2012 (pas apart zichtbaar vanaf 2014) veroorzaakt eveneens een toename van het aantal aios. Ook bij het profiel beleid en advies KNMG is een toename van het aantal aios zichtbaar. Dit wordt waarschijnlijk grotendeels veroorzaakt door de instroom van adviserend artsen bij zorgverzekeraars die hun BIG-registratie niet willen verliezen en door Algemeen Militair Artsen (AMA 's) die deze profielopleiding tijdens hun opleiding volgen. De overige sociaal geneeskundige profielen tonen een stabilisatie vanaf 2012, met uitzondering van jeugdgezondheidszorg, waar nu een lichte daling inzet ten gevolge van een verzadigde markt. Bijzonder blijft het zeer lage aantal aios in de forensische geneeskunde in de getoonde jaren. De mogelijkheid om via de FMG alsnog geregistreerd te worden als forensisch arts in het kwaliteitsregister zonder de titel KNMG wordt blijkbaar nog steeds gebruikt.

3.4.3 Uitstroom uit opleiding en inschrijving in specialistenregister: de zij-instromers

De aios die de opleiding succesvol afronden worden uitgeschreven uit het opleidingsregister. Daarna kunnen ze worden ingeschreven in het betreffende specialistenregister, mits ze voldoen aan alle bijbehorende voorwaarden. In tabel 5 wordt voor de jaren 2010 tot en met 2016 de jaarlijkse uitstroom uit het opleidingsregister (UR) vergeleken met de jaarlijkse instroom in het specialistenregister (IR). Als alle uitstromende aios besluiten om zich meteen te laten registreren als geneeskundig specialist, zullen de aantallen in de kolommen UR en IR aan elkaar gelijk zijn, kleine verschillen door registraties rond de jaarwisselingen daargelaten.

Uit het overzicht in tabel 5 blijkt echter dat dat niet het geval is. Sinds 2010 schrijven zich jaarlijks structureel meer geneeskundig specialisten in de specialistenregisters in dan er aios zijn die hun opleiding hebben afgerond. Dit fenomeen doet zich voor in alle specialismen en profielen, met eenmalige uitzonderingen voor de arts M&G, de jeugdarts KNMG en de arts infectieziektebestrijding KNMG.

De oorzaak voor dit verschil ligt bij twee categorieën artsen die een opleiding volgen maar niet als aios in een opleidingsregister worden geregistreerd: de arts die herintreedt en de arts die eerder al een andere specialisatie gevolgd heeft. Beide categorieën kunnen volstaan met het opstellen en

uitvoeren van een individueel opleidingsplan (IOP), waarbij ze niet worden ingeschreven in een opleidingsregister. Na succesvolle afronding van het opleidingsplan worden zij rechtstreeks ingeschreven in het specialistenregister.

Tabel 5: Uitstroom uit opleidingsregister (UR) en instroom in het specialistenregister (IR) sinds 2010

Specialisme/profiel KNMG	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	UR	IR	UR	IR	UR	IR	UR	IR	UR	IR	UR	IR
Bedrijfsarts	24	33	19	25	18	23	18	29	16	18	8	15
Verzekeringsarts	12	13	21	36	10	17	5	8	12	25	13	22
Arts M&G	19	24	13	18	9	12	12	15	24	22	4	22
Arts beleid en advies	0	1	0	0	1	2	1	1	9	14	12	12
Arts indicatie & advies	0	0	1	1	0	2	0	0	1	0	0	1
Arts infectieziektebestrijding	6	8	6	7	7	8	7	6	10	11	11	11
Arts tuberculosebestrijding	0	1	0	0	2	4	0	1	0	0	2	2
Forensisch arts	0	0	0	0	1	3	0	2	0	1	0	0
Jeugdarts	35	36	40	41	48	52	54	62	79	68	61	61
Medisch milieukundige	0	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0
Totaal	96	117	101	130	97	124	98	125	152	160	111	146

Bron: RGS

Vooraf bij de bedrijfsartsen en verzekeringsartsen zijn de opleidingen zo op elkaar afgestemd dat wisseling van specialisme door het volgen van een eenjarig IOP regelmatig voorkomt. Daarnaast zijn er in de jaren vóór 2010 tientallen aios bedrijfsgeneeskunde geweest die na het afsluiten van hun opleiding geen registratie als specialist hebben aangevraagd, maar zijn veranderd van beroep. Artsen uit deze groep keren nu ook weer terug, maar moeten dan alsnog een IOP volgen.

Binnen de hoofdstroom M&G komen schommelingen door “zij-instromers” in deze omvang niet voor. Alleen bij de opleiding M&G wordt in 2015 een groot verschil gezien in het aantal artsen dat uit het opleidingsregister is gestroomd en het aantal artsen dat is ingestroomd in het specialistenregister. Een verklaring hiervoor ontbreekt op dit moment.

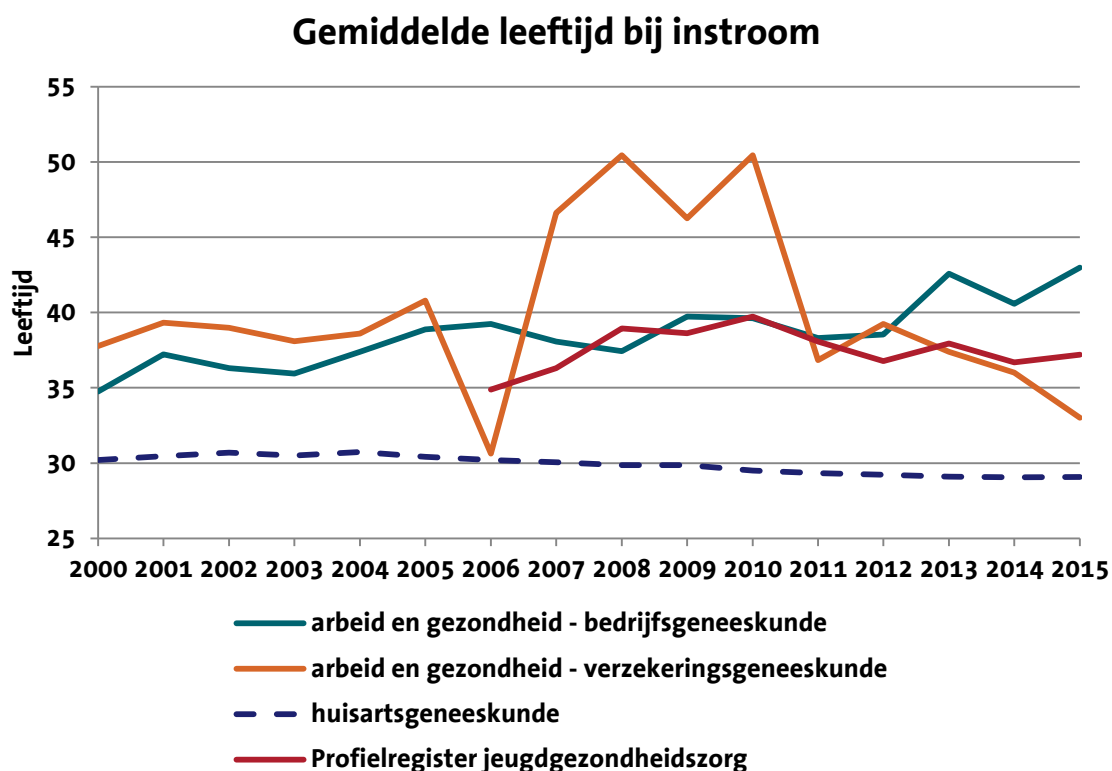
3.4.4 Leeftijd aios bij instroom

Het is uit onderzoek¹⁹ bekend dat onder basisartsen de voorkeur voor een sociaal geneeskundige opleiding toeneemt naarmate zij ouder worden. Een eerste voorkeur voor de sociale geneeskunde werd in 2002 nog bij 6,8% van de pas afgestudeerde basisartsen gemeten. In 2009 was dat percentage gedaald naar 4,6%, in 2012 naar 4,4% en in 2016 naar 2,5%. De daadwerkelijke instroom in de sociale geneeskunde in 2015 bedroeg 7,3% van de totale instroom. De toenemende belangstelling voor sociale geneeskunde op latere leeftijd zorgt ervoor dat de instromende aios in de sociale geneeskunde gemiddeld ouder is dan de instromende aios in andere geneeskundige specialismen. In figuur 2 wordt de gemiddelde leeftijd bij instroom in de opleiding weergegeven voor:

¹⁹ KIWA Carity (2010,2013, 2016). Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen

aios bedrijfsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde, M&G, jeugdarts KNMG, huisartsgeneeskunde en de verzamelde opleidingen tot medisch specialist. Figuur 2 bevestigt de resultaten van figuur 1.

Figuur 2: Gemiddelde leeftijd bij instroom in opleiding



Bron: RGS

De figuur laat zien dat de instroomleeftijd voor de huisartsen beduidend lager is dan die van de sociaal geneeskundigen. De instroomleeftijd voor aios in de huisartsgeneeskunde en de verzamelde medische specialismen, inclusief de profielopleiding tot SEH arts, blijft sinds 2006 dalen en is nu gemiddeld 29 jaar en 4 maanden. In de sociale geneeskunde is de instroomleeftijd 4 tot 11 jaar hoger. De ontwikkelingen per specialisme laten grote schommelingen zien. Dit wordt veroorzaakt door de kleine aantallen aios in vergelijking met de aios huisartsgeneeskunde.

De instroomleeftijd van de aios verzekeringsgeneeskunde is sinds 2009 aan het dalen, mede door het actieve wervingsbeleid van het UWV dat in grote lijnen lijkt op het beleid dat GGD'en voeren. Het UWV neemt jonge basisartsen aan, die eerst een halfjaar als anois gaan werken. Vervolgens worden de gemotiveerde anois uitgenodigd voor de 6 maanden durende BOVG opleiding. Pas daarna stromen ze in de opleiding tot verzekeringsgeneeskunde, waarbij ze dan wel 6 maanden korting krijgen op de studieduur vanwege het volgen van de BOVG opleiding.

De instroomleeftijd bij aios M&G (hier alleen getoond voor de aios jeugdgezondheidszorg) neemt toe sinds 2006 en begint nu weer te stabiliseren. Gemiddeld is de startende aios jeugdgezondheidszorg 7 jaar ouder dan zijn startende collega bij huisartsgeneeskunde.

De leeftijd bij de instromende aios bedrijfsgeneeskunde neemt toe sinds 2002. Het betreft een klein aantal aios de laatste jaren, dus hieruit trekt het Capaciteitsorgaan geen conclusies.

3.5 Intern rendement

Bij de toewijzing van instroomplaatsen houdt het ministerie geen rekening met eventuele uitvallers gedurende het opleidingstraject. Daarom is voor een juiste raming van het aantal startende aios het interne rendement van een opleiding van belang. Het interne rendement van een opleiding is gedefinieerd als: het percentage aios van elk opleidingscohort dat het (profiel)opleiding op enig moment succesvol afsluit.

Tabel 6: Intern rendement per opleiding (%)

Specialisme/profiel	Capaciteitsplan 2013	Capaciteitsplan 2016
Bedrijfsarts	87	97
Verzekeringsarts	79	95
M&G zonder profiel	88	97
M&G + arts beleid en advies	88	95
M&G + arts indicatie & advies	88	95
M&G + arts infectieziektebestrijding	88	95
M&G + arts tuberculosebestrijding	88	95
M&G + forensisch arts	88	95
M&G + jeugdarts	88	96
M&G + medisch milieukundige	88	95
Arts beleid en advies	98	95
Arts indicatie & advies	98	95
Arts infectieziektebestrijding	98	95
Arts tuberculosebestrijding	98	95
Forensisch arts	98	95
Jeugdarts	98	95
Medisch milieukundige	98	95

Bron: NIVEL

Het kan enige tijd duren voordat de laatste aios uit een cohort de opleiding afsluit. De gegevens over het interne rendement zijn daardoor enigszins gedateerd, maar wel betrouwbaar. Tabel 6 toont de resultaten van de best mogelijke benaderingen van de interne rendementen per opleiding. Ten opzichte van 2013 is het intern rendement van de opleiding tot specialist voor alle profielen toegenomen. De percentages zijn voor de opleidingen in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid nu gebaseerd op de cohorten die vanaf 2009 zijn gestart met de opleiding.

Het interne rendement voor aios die al bezig zijn met een opleiding ligt normaliter iets hoger, omdat een gedeelte van de verwachte uitval onder aios al gerealiseerd is. Tabel 7 laat de gehanteerde rendementen voor deze groep zien. Door de kleine aantallen in alle opleidingen is in deze raming ervan afgezien een splitsing tussen mannen en vrouwen te maken.

Tabel 7: Intern rendement voor opleidingen van aios die momenteel al in opleiding zijn

Specialisme/profiel	Capaciteitsplan 2013			Capaciteitsplan 2016
	M	V	Totaal	Totaal
Bedrijfsarts	78	86	80,4	98
Verzekeringsarts	85	90	87,7	98
M&G zonder profiel	90	90	90,0	98
M&G + arts beleid en advies KNMG	90	90	90,0	98
M&G + arts indicatie en advies KNMG	100	100	100	98
M&G + arts infectieziektebestrijding KNMG	90	90	90,0	98
M&G + arts tuberculosebestrijding KNMG	100	100	100	98
M&G + forensisch arts KNMG	90	90	90,0	98
M&G + jeugdarts KNMG	90	90	90,0	98
M&G + medisch milieukundige KNMG	100	100	100	98
Arts beleid en advies KNMG	90	90	90,0	98
Arts indicatie en advies KNMG	100	100	100	98
Arts infectieziektebestrijding KNMG	90	90	90,0	98
Arts tuberculosebestrijding KNMG	100	100	100	98
Forensisch arts KNMG	90	90	90,0	98
Jeugdarts KNMG	90	90	90,0	98
Medisch milieukundige KNMG	100	100	100	98

Bron: NIVEL

3.6 Duur opleiding

De nominale duur van de vervolgoopleidingen bedraagt 4 jaar en die van de profielopleidingen 2 jaar. De daadwerkelijke duur is echter onder meer afhankelijk van het dienstverband van de aios. Binnen de sociale geneeskunde wordt vaak parttime gewerkt. In de meeste gevallen betreft het een gemiddelde formatieomvang van 0,8 fte tot 0,9 fte. Uitzondering daarop is de jeugdgezondheidszorg. Hier ligt het dienstverband gemiddeld tussen de 0,7 fte en 0,8 fte (tabel 18).

Uit onderzoek van de gegevens van de RGS kon de gemiddelde duur van de opleiding voor de verschillende specialismen en profielen worden bepaald. Alleen voor de tweede fase opleiding M&G is het niet mogelijk een verschil te maken voor de verschillende profielen van waaruit de tweede fase opleiding is gestart.

Op basis van de gegevens uit tabel 8 wordt de opleidingsduur voor de opleidingen tot geneeskundig specialist op 4 jaar gesteld. Voor de profielopleidingen wordt in de ramingen een duur van 2 jaar gehanteerd, met uitzondering van de opleiding tot jeugdarts KNMG. De daadwerkelijke duur van deze profielopleiding bedraagt gemiddeld 3 jaar. De opleidingsduur voor de opleiding tot arts M&G met de profielaantekening jeugdgezondheidszorg bedraagt daardoor 5 in plaats van 4 jaar.

Er lijkt binnen de profielen geen verband te bestaan tussen het aandeel vrouwelijke aios en de studieduur.

Tabel 8: Huidig percentage vrouwelijke aios en opleidingsduur (jaren) van geregistreerde artsen per specialisme/ profiel

Specialisme/profiel	% vrouw	opleidingsduur
Bedrijfsarts	36,9	4,3
Verzekeringsarts	59,8	4,2
M&G zonder profiel	95,7	3,8
M&G + arts beleid en advies KNMG	52,5	2,4
M&G + arts indicatie en advies KNMG	100,0	2,4
M&G + arts infectieziektebestrijding KNMG	71,4	2,4
M&G + arts tuberculosebestrijding KNMG	100,0	2,4
M&G + forensisch arts KNMG	50,0	2,4
M&G + jeugdarts KNMG	94,2	2,4
M&G + medische milieukundige KNMG	50,0	2,4
Arts beleid en advies KNMG	52,5	2,3
Arts indicatie en advies KNMG	100,0	1,9
Arts infectieziektebestrijding KNMG	71,4	2,2
Arts tuberculosebestrijding KNMG	100,0	1,8
Forensisch arts KNMG	50,0	2,2
Jeugdarts KNMG	94,2	3,0
Medische milieukundige KNMG	50,0	2,3

Bron: NIVEL

3.7 Conclusies

De instroom van aios in de profiel- en vervolgoopleidingen binnen de sociale geneeskunde is in hoge mate afhankelijk van het beleid van de overheid. Het wijzigen van de Arboret in 2006 leidde direct tot het niet inschrijven in het specialistenregister van een aantal aios dat al klaar was met de opleiding tot bedrijfsarts. Binnen enkele jaren leidde de wetwijziging tot een decimering van de instroom in de opleiding tot bedrijfsarts, waardoor de continuïteit van dit specialisme op termijn in gevaar komt.

De sociale geneeskunde is de enige sector waarbinnen slechts een deel van de vervolgoopleidingen en profielopleidingen gesubsidieerd worden. Het ministerie van SZW heeft eind 2015²⁰ aangekondigd de opleiding tot bedrijfsarts niet te gaan subsidiëren. Dat leidt tot de paradoxale situatie dat toekomstig overheidsbeleid van het ministerie van VWS op het terrein van de programmatische preventie binnen het domein Arbeid en Gezondheid mogelijk niet gerealiseerd zal kunnen worden, omdat de hiervoor noodzakelijke capaciteit aan bedrijfsartsen op de arbeidsmarkt ontbreekt.

Alleen de instroom van vier profiel- en de vier tweede fase opleidingen binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid is niet afhankelijk van het marktmechanisme. De overige instroom in sociaal geneeskundige opleidingen is hiervan wel afhankelijk. Het betreft jaarlijks 200 tot 300 instroomplaatsen die door marktwerking al dan niet benut worden. Het ontbreken van een “level playing field” in een sterk competitieve omgeving maakt werkgevers de laatste jaren terughoudend

²⁰ Brief minister Asscher aan Tweede Kamer van 27 november 2015

in het financieren van opleidingsplaatsen. Hierdoor vermindert de zeggingskracht van de adviezen voor de instroom in de initiële opleiding geneeskunde. Om de instroomplaatsen in deze “marktafhankelijke opleidingen” te vullen moeten jaarlijks 250 tot 390 geneeskundestudenten worden opgeleid. De afgelopen jaren zijn deze benodigde geneeskundestudenten wel opgeleid, maar was doorstroom naar een opleidingsplaats onmogelijk omdat werkgevers deze plaatsen niet aanboden. Daardoor neemt de omvang van het opleidingsreservoir toe. In 2009 waren 3.710 basisartsen op zoek naar een opleidingsplaats, in 2012 waren dat er al 4.670. Eind 2015 zochten 5.120 basisartsen een opleidingsplek.

De gemiddelde aanvangsleeftijd is hoger bij de gesubsidieerde opleidingen in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid dan bij huisartsgeneeskunde en de medische specialismen. Daardoor is het rendement van deze opleidingen, gemeten in inzetbare jaren, lager dan bij huisartsgeneeskunde en medische specialismen. Het voordeel hiervan is dat de overheid flexibeler beleidswijzigingen kan doorvoeren. Het maakt de arbeidsmarkt dynamischer. Veranderingen in de omvang van de beroepskrachten kunnen door het snellere verloop onder sociaal geneeskundigen doorgaans sneller worden geïmplementeerd dan bij de huisartsen en medisch specialisten.

Het door het ministerie van VWS subsidiabel maken van opleidingen in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid (vier profielen en later de bijbehorende tweede fase opleidingen) heeft direct effecten op de instroom in die opleidingen gehad. Inmiddels is ook duidelijk dat het aantal geregistreerde specialisten en profielartsen werkzaam in de publieke gezondheid de afgelopen jaren is toegenomen. Dat is een randvoorwaarde voor verbetering van de kwaliteit van zorg en de continuïteit van zorg in de publieke gezondheid. Het kabinetsbeleid is op dit onderdeel dus succesvol geweest.

4 Zorgvraag

4.1 Inleiding

Voor een gedegen advies over de wenselijke instroom in een vervolgopleiding is een zorgvuldige raming van de verwachte zorgvraag essentieel. Het Capaciteitsorgaan gebruikt hiervoor als vertrekpunt de huidige zorgvraag, al dan niet gecorrigeerd voor een eventueel bestaande onvervulde zorgvraag. Vraag en aanbod worden uitgedrukt in absolute fte's, in dit geval van sociaal geneeskundigen. Het aanbod bepaalt het Capaciteitsorgaan in hoofdstuk 5. In dit hoofdstuk betreft het de zorgvraag.

Eerst wordt de zorgvraag gecorrigeerd voor de onvervulde vraag. De eventueel bestaande onvervulde vraag wordt uitgedrukt in een percentage van de huidige zorgvraag. Als de volledige vraag daardoor is vastgelegd, wordt de toekomstige vraag geraamd in diverse scenario's voor demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen worden eveneens in percentages verandering uitgedrukt. In dit hoofdstuk komen eerst aan de orde: de verwachte parameters voor de demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Vervolgens komt de onvervulde vraag aan de orde. Ook dit hoofdstuk wordt afgesloten met een aantal conclusies.

4.2 Demografie

Bij de verwachtingen over de invloed van de demografie op de zorgvraag binnen de sociale geneeskunde gebruikte het Capaciteitsorgaan gegevens van het CBS²¹.

4.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De hoofdstroom Arbeid en Gezondheid is momenteel vooral afhankelijk van de ontwikkelingen in de beroepsbevolking van 20 tot 67 jaar. Deze bevolkingsgroep bevat het grootste deel van de potentieel werkenden. Het CBS heeft in haar meest recente bevolkingsprognose de volgende verwachting uitgesproken: het aantal 20- tot 65-jarigen zal de komende 10 jaar dalen van 10,067 miljoen (2016) naar 9,943 miljoen (2026). In 2034 zal het aantal 20- tot 65-jarigen verder gedaald zijn naar 9,530 miljoen. Het CBS heeft overigens opnieuw haar korte termijn prognose omhoog aangepast. Het aantal 20- tot 65-jarigen zal de komende 5 jaar niet dalen. Reden daarvoor is de toegenomen immigratie.

Een andere, wat oudere, publicatie ²²laat de ontwikkeling van de beroepsbevolking zien. Binnen de potentiële beroepsbevolking neemt het aantal 20- tot 45-jarigen tussen 2016 en 2026 toe met 100.000 personen, oftewel 0,1% per jaar. Het aantal 45- tot 55-jarigen daalt de komende 10 jaar met 400.000. Procentueel gezien is dat – 0,4 % per jaar. Het aantal 55- tot 65-jarigen stijgt met 100.000 personen, oftewel 0,1% per jaar. Dit betekent dat de beroepsbevolking met 200.000 personen krimpt en bovendien vergrijsst.

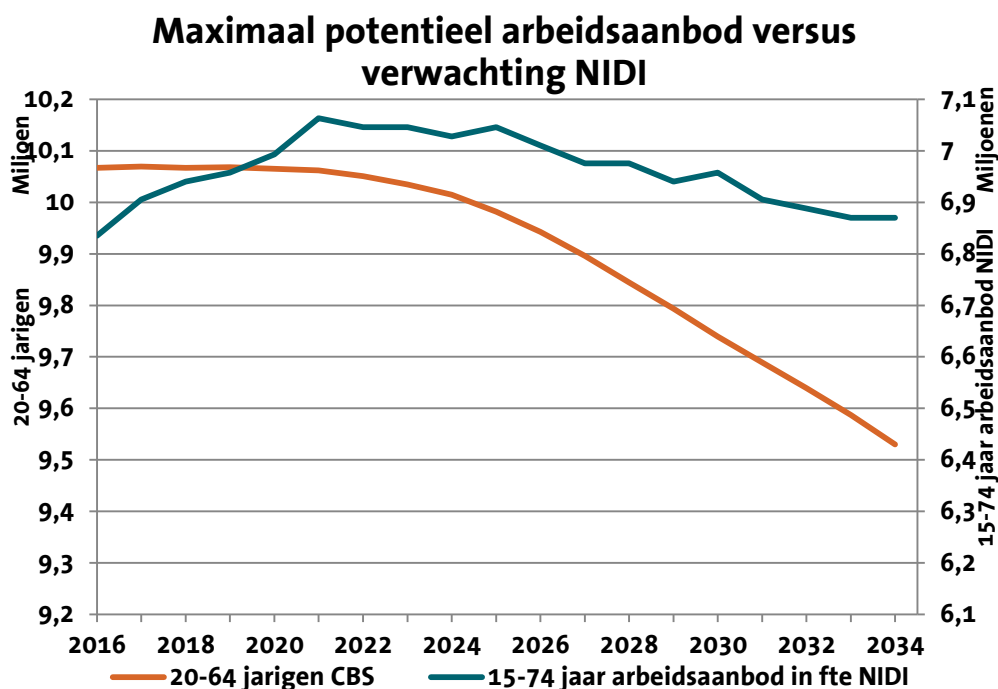
²¹ Van Duin, C.; Stoeldraijer, L.: (CBS, 2014). Bevolkingsprognose 2014-2060: groei door migratie

²² Groothoff, J.W.; van der Klink, J.J.L.; Sorgdrager, B.: Beroepsbevolking vertoont krimp noch vergrijzing (TBV 17/ nr. 7/ september 2009)

De andere leeftijdssamenstelling van de beroepsbevolking leidt om epidemiologische redenen niet tot een toename van de zorgvraag. (Zie par. 4.3.1.) Vanaf 2022 treedt volgens de prognoses van het CBS een sterke daling op van het aantal 20- tot 65-jarigen. Dit wordt echter door twee ontwikkelingen tegengegaan, namelijk de toename van de arbeidsparticipatie en de verhoging van de AOW- en pensioenleeftijd. Het economisch herstel leidt ook op de korte termijn tot een toename van de arbeidsvraag, een toename van de omvang van de beroepsbevolking en een afname van de werkeloosheid²³.

Bij het opstellen van het Capaciteitsplan 2013 is de daling van de potentiële beroepsbevolking deels gecompenseerd door een toename van de bruto arbeidsparticipatie. Deze nam tussen 2001 en 2013 jaarlijks toe met 0,44% tot 70,5% in 2013. Dit was in lijn met eerdere kabinetsdoelstellingen²⁴. De bruto arbeidsparticipatie is in 2014 (70,1%) en 2015 (70,2%) echter niet verder toegenomen. Een groter effect wordt verwacht van de verhoging van de AOW- en pensioengerechtigde leeftijd. Het NIDI heeft in 2014 berekend dat een flinke verhoging te verwachten is van de arbeidsparticipatie bij ouderen²⁵. Dit komt door de combinatie van een stijging van de arbeidsparticipatie onder ouderen conform het eerder genoemde lange termijn scenario van het CPB en de stijging van de AOW- en pensioenleeftijd. In onze raming is voor de parameter demografie rekening gehouden met dit laatste scenario. In figuur 3 is de CBS-prognose voor de ontwikkeling van het aantal 20- tot 64-jarigen vergeleken met de NIDI-prognose over het arbeidsaanbod van 15- tot 74-jarigen.

Figuur 3: CBS-prognose en NIDI-prognose arbeidsaanbod



Bron: CBS en NIDI

²³ UWV Arbeidsmarktprognose 2015-2016

²⁴ CBS Statline bruto arbeidsparticipatie 15- tot 75-jarigen geraadpleegd 16 mei 2016

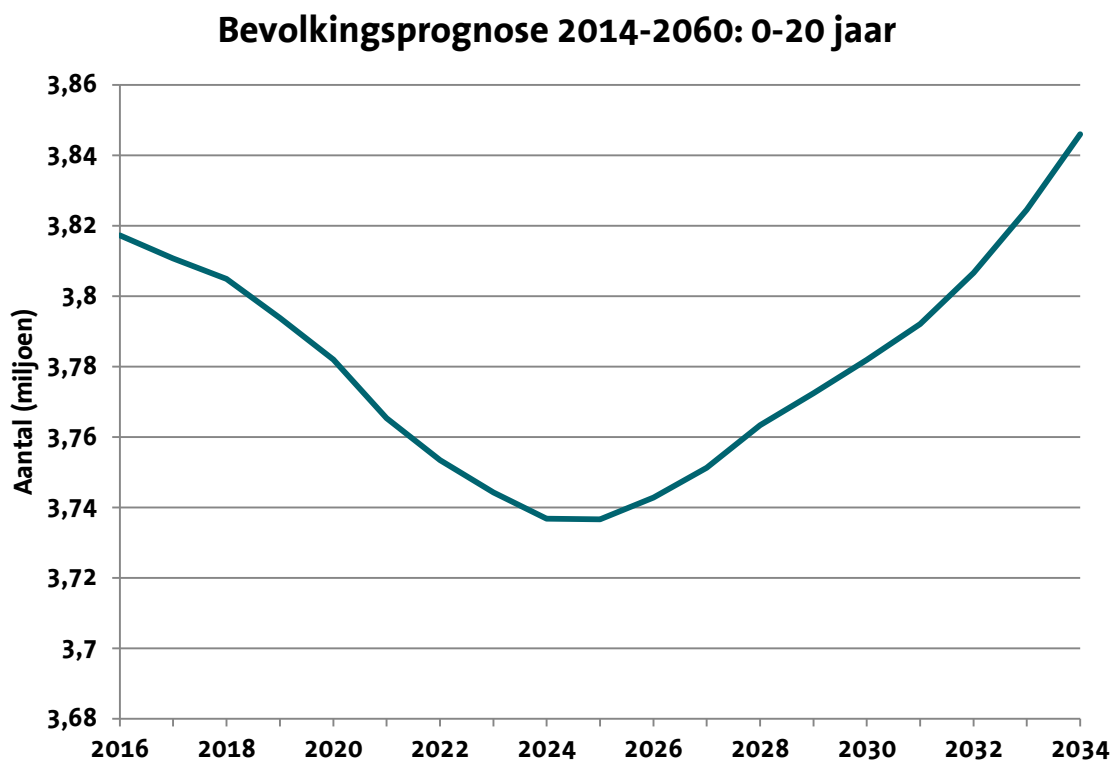
²⁵ Van der Gaag, N., Van Duin, C.;(Demos 30-03, 2014): Later AOW, meer werkenden?

Zichtbaar is dat de toename van de arbeidsparticipatie en de verhoging van de AOW- en pensioenleeftijd ertoe leiden dat de afname van het arbeidsaanbod van 20- tot 64-jarigen ruimschoots wordt gecompenseerd. In de periode tot 2021 wordt een groei verwacht van het arbeidsaanbod, gevolgd door een stabilisatie gedurende de periode 2021-2026 en dan een langzame daling tot 2034.

4.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

De veranderingen ten gevolge van demografie zijn voor de diverse profielen en het specialisme binnen deze hoofdstroom gerelateerd aan de respectievelijke doelgroepen. Voor de jeugdgezondheidszorg wordt de parameter demografie bepaald op basis van de verwachtingen over de ontwikkeling van het aantal 0- tot 20-jarigen. Het CBS verwachtte in de bevolkingsprognose 2012-2060 nog een daling van het aantal 0- tot 20-jarigen, gevolgd door een kleine toename tot 3,8 miljoen in 2040. In de huidige prognose wordt dit aantal al in 2032 gehaald (figuur 4). Daarna blijft het aantal 0- tot 20-jarigen toenemen tot 3,9 miljoen in 2040.

Figuur 4: Aantal 0- tot 20-jarigen



Bron: CBS

De gevolgen van de vanaf 2024 verwachte toename van het aantal 0- tot 20-jarigen voor het profiel jeugdgezondheidszorg zijn in tabel 9 verwerkt. Voor de profielen beleid en advies, forensische geneeskunde en medische milieukunde wordt de ontwikkeling van de totale bevolking gebruikt. Bij

de infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding en de sociaal medische advisering en indicering betreft het voornamelijk personen boven de 20 jaar. Voor deze vier profielen is de ontwikkeling van deze bevolkingsgroep gehanteerd. Voor de groep artsen M&G zónder profielregistratie is op basis van de verdeling van de geregistreerde profielartsen een gewogen gemiddelde voor demografie berekend.

4.2.3 Samenvatting demografie

De onderstaande tabel vat de resultaten samen van de analyses in voorgaande paragrafen.

Tabel 9: Parameter demografie: Percentage totale verandering per jaar gedurende periodes 2016 tot 2034

Specialisme/profiel KNMG	2016-2021	2021-2026	2026-2031	2031-2034
Bedrijfsarts	3,3%	2,6%	1,0%	0,5%
Verzekeringsarts	3,3%	2,6%	1,0%	0,5%
Arts M&G	2,5%	4,1%	5,3%	6,2%
Arts beleid en advies	2,5%	4,1%	5,3%	6,2%
Arts indicatie en advies	3,5%	5,8%	7,1%	7,6%
Arts infectieziektebestrijding	3,5%	5,8%	7,1%	7,6%
Arts tuberculosebestrijding	3,5%	5,8%	7,1%	7,6%
Forensisch arts	2,5%	4,1%	5,3%	6,2%
Jeugdarts	-1,1%	-1,9%	-0,8%	1,6%
Medisch milieukundige	2,5%	4,1%	5,3%	6,2%

Bron: NIVEL

4.3 Epidemiologie

4.3.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De veroudering van de beroepsbevolking leidt tot een verdere toename van welvaartsziekten zoals obesitas, hypertensie, aandoeningen van het bewegingsstelsel en diabetes. Er is bij de oudere beroepsbevolking een grotere kans op arbeidsongeschiktheid. Het betreft voornamelijk medische oorzaken van arbeidsongeschiktheid. Dit leidt tot een hogere belasting van zowel de bedrijfsarts als de verzekeringsarts. Epidemiologische onderzoeken bevestigen dit overigens niet²⁶.

Welvaartsziekten lijken niet altijd tot meer verzuim te leiden. Er lijkt eerder sprake te zijn van het tegendeel, dat epidemiologische factoren, met name (de toename van het) opleidingsniveau, bij oudere werknemers tegenwoordig leiden tot een lagere behoefte aan bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

Verzuim is niet alleen gerelateerd aan leeftijd, maar ook aan opleidingsniveau. Hoger opgeleiden verzuimen minder. Het gemiddelde opleidingsniveau neemt voortdurende toe, onder meer doordat oudere laag opgeleide werknemers de arbeidsmarkt verlaten. Verder is de bedrijfsarts niet altijd

²⁶ Verwer, I.J.G.M.; Groothoff, J.W.; Van der Velden, J.; Van der Gulden, J.W.J.: Verschillen in arbeidsongeschiktheidscijfers en de benadering van arbeidsongeschiktheid in Nederland en Duitsland. TSG 94, pp. 25-33 (2016)

meer in de voorste linie aanwezig bij verzuimbegeleiding. De bedrijfsarts adviseert nauwelijks meer bij kortdurend verzuim. De werkgever doet hier meer zelf door het “eigen regiemodel” of werknemers worden gezien door de verzuimconsulent. Ten slotte blijkt uit onderzoek dat het ziekteverzuimpercentage in Nederland de laatste 20 jaar langzaam daalt²⁷. Volgens de geraadpleegde experts leiden deze epidemiologische factoren tot een jaarlijkse daling van de zorgvraag naar bedrijfsartsen van -0,5 tot -1,0%.

Voor de verzekeringsartsen is de daling iets groter: -1,0% tot -2,0%. Ook het aantal arbeidsongeschikten in Nederland daalt sinds 1993. De beleidsmaatregelen van de overheid zijn succesvol gebleken. De daling van het totaal aantal arbeidsongeschikten wordt met name veroorzaakt door een daling van de instroomcijfers, bij redelijk gelijkblijvende uitstroomcijfers. Er zijn dus ook minder WIA-beoordelingen nodig. De zorg van de verzekeringsarts zal overigens voor een gedeelte ook door de gemeente aangevraagd worden vanwege de gedecentraliseerde wetgeving, zoals Wajong. De parameter is nu dus lager dan ten tijde van de raming in 2013.

4.3.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

De parameter epidemiologie is voor de diverse profielen in deze hoofdstroom apart geschat. Voor het profiel beleid en advies is de parameter in dit Capaciteitsplan op 0% gesteld. De vraag naar beleid en advies wordt niet minder door epidemiologische ontwikkelingen. Voor het profiel sociaal medische indicatie en advies is de jaarlijkse verandering gehandhaafd op +2% tot +4%. De vergrijzing van de bevolking zal ook in epidemiologisch opzicht leiden tot een toename van de zorgvraag door de toenemende incidentie van diabetes, obesitas en dementie. Voor infectieziektebestrijding is de parameter ongewijzigd ten opzichte van 2013: +1% tot +2%. Er zijn geen nieuwe inzichten bekend die aanleiding geven tot wijziging van de percentages. De toename van de diagnostische mogelijkheden, de complexiteit van de behandeling en de toename van de resistentie van infectieziekten zijn de afgelopen 3 jaar niet veranderd.

Voor de tuberculosebestrijding is het percentage wél aangepast op basis van nieuwe onderzoeksresultaten²⁸. Uit onderzoek is gebleken dat de prevalentie van tuberculose de afgelopen 10 jaar met 3,8% per jaar is gedaald²⁹. Het aantal besmettelijke tuberculosepatiënten is zelfs nog meer afgenomen. Het aantal multiresistente tuberculosepatiënten schommelt sinds 2009 tussen de 10 en de 20, zonder duidelijke ontwikkeling. De parameter epidemiologie is daarom veranderd in -1% tot -2%.

In de forensische geneeskunde is de factor epidemiologie onveranderd ten opzichte van 2013: +0,5% tot +1,0%. De verwachting is dat het toenemend aantal euthanasiemeldingen leidt tot een kleine toename van de vraag naar forensisch artsen KNMG, in de orde van grootte van: +0,5% tot +1,0%. In de jeugdgezondheidszorg is de parameter onveranderd gebleven ten opzichte van 2013: +1% tot +2%. Obesitas en diabetes blijven de komende jaren meer voorkomen. Voor de medische milieukunde zijn de percentages ten gevolge van epidemiologie wel veranderd ten opzichte van

²⁷ Verwer, I.J.G.M.; Groothoff, J.W.; Van der Velden, J.; Van der Gulden, J.W.J.: Verschillen in verzuim en verzuimbegeleiding in Nederland en Duitsland. TSG 92, pp. 240-247 (2014)

²⁸ Slump, E. Tuberculose in Nederland 2015 (*concoet*)

²⁹ Slump, E. et al: Tuberculose in Nederland 2013 (RIVM, december 2014)

2013. De epidemiologische effecten van milieuproblemen lijken minder grote effecten te hebben op de zorgvraag dan eerder werd verwacht. Bovendien neemt het RIVM onderdelen van deze activiteit geleidelijk over. De parameter is veranderd in een getemperde jaarlijkse stijging van: +1% tot +2%.

4.3.3 Samenvatting epidemiologie

Tabel 10 geeft een samenvatting van de verwachte jaarlijkse verandering in zorgvraag op basis van epidemiologische argumenten.

Tabel 10: Parameter epidemiologie: Percentage verandering per jaar; 2016 versus 2013

Specialisme/profiel KNMG	Capaciteitsplan 2013	Capaciteitsplan 2016
Bedrijfsarts	+0,5% tot +1,0%	-0,5% tot -1,0%
Verzekeringsarts	+0,3% tot +0,6%	-1,0% tot -2,0%
Arts M&G	+1,1% tot +2,2%	+1,1% tot +2,2%
Arts beleid en advies	+1,1% tot +2,2%	0,0%
Arts indicatie en advies	+2,0% tot +4,0%	+2,0% tot +4,0%
Arts infectieziektebestrijding	+1,0% tot +2,0%	+1,0% tot +2,0%
Arts tuberculosebestrijding	+1,0% tot +2,0%	-1,0% tot -2,0%
Forensisch arts	+0,5% tot +1,0%	+0,5% tot +1,0%
Jeugdarts	+1,0% tot +2,0%	+1,0% tot + 2,0%
Medisch milieukundige	+2,0% tot +4,0%	+1,0% tot + 2,0%

Bron: Capaciteitsorgaan

4.4 Sociaal-culturele ontwikkeling

In deze paragraaf worden de inschattingen van de experts besproken voor de verwachte jaarlijkse toe- of afname van de vraag door sociaal culturele ontwikkelingen. Dit bestrijkt een breed terrein aan mogelijke maatschappelijke ontwikkelingen. Binnen de sociale geneeskunde zijn verwachte beleidsontwikkelingen het opvallendst.

4.4.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Inmiddels zijn de Wwb, WSW, en Wajong gedecentraliseerd van het Rijk naar de gemeenten. Tot op heden wordt hiervan nog geen effect gezien op de zorgvraag naar verzekeringsartsen. Wel wordt er daardoor een kleine verschuiving in het opdrachtgeverschap van de verzekeringsarts verwacht. Wel belangrijk is het stuwmeer aan nog niet uitgevoerde herbeoordelingen. Dat stuwmeer wordt groter door de daling van het aantal geregistreerde verzekeringsartsen. Over dit onderwerp wordt nu een brede maatschappelijke discussie gevoerd. Vanuit de overheid zijn er tot op heden geen initiatieven ontplooid om deze herbeoordelingen alsnog uit te gaan voeren. Het UWV onderneemt nu actie om de daarvoor benodigde arbeidscapaciteit aan verzekeringsartsen in te vullen. In 2016 zijn circa 70 basisartsen extra aangenomen om de achterstanden in de keuringen in te lopen. Het betreft echter een tijdelijke maatregel. Het UWV heeft de structurele capaciteit aan en financiering van de beroepsgroep verzekeringsartsen niet aangepast. De parameter wordt daarom voor de verzekeringsartsen op 0% gehandhaafd.

De bedrijfsgezondheidszorg heeft in 2014 en 2015 veel beleidsmaatregelen en onderzoeken gekend. In het najaar van 2014 heeft de SER het langverwachte advies uitgebracht over de toekomst van de arbeidsgerelateerde zorg³⁰. Helaas waren de SER-leden het niet eens over het advies. Naar aanleiding van dit advies heeft het kabinet onderzoek laten doen naar drie deelgebieden: de (haperende) instroom in de opleiding tot bedrijfsarts, de kennisinfrastructuur van arbeid en zorg en de klinische arbeidsgeneeskunde. De minister van SZW roept het veld op om het vak van bedrijfsarts bekender en aantrekkelijker te maken, zodat de instroom in de opleiding toeneemt. Eerder is de NVAB al in 2010, overigens zonder veel resultaat, een project gestart om de instroom in de opleiding te bevorderen. Onderzoekers gaven de minister het signaal dat het veld behoefte heeft aan duidelijkheid over de “NVAB” modellen³¹ voor de financiering van de opleiding tot bedrijfsarts. Het ministerie van SZW beschouwt in reactie daarop de financiering van de opleiding tot bedrijfsarts niet als een overheidstaak³². Daarnaast wordt de financiering van de kwaliteitsborging van de bedrijfsgezondheidszorg met ingang van 2018 beëindigd. De minister vindt verder dat de klinische arbeidsgeneeskundigen eerst de verdere professionalisering van de beroepsgroep moet oppakken. Pas daarna wil de minister in het beleid rond arbeidsgerelateerde zorg rekening houden met deze relatief jonge beroepsgroep. Dit betekent dat van de vijf oorspronkelijke scenario's die in 2013 aan de SER zijn voorgelegd er momenteel nog drie over zijn. Het scenario zonder bedrijfsartsen is door de SER van de hand gewezen, het scenario met de klinisch arbeidsgeneeskundige is door het ministerie van SZW nu getemporiseerd. Over de drie resterende scenario's is de SER verdeeld.

In 2014 heeft het Capaciteitsorgaan een raming aan de SER uitgebracht waarin de vijf oorspronkelijk voorliggende scenario's waren voorzien van een capaciteits- en instroomraming³³. De SER heeft vervolgens haar advies uitgebracht aan het ministerie van SZW ten behoeve van de visieontwikkeling op de Arbozorg in de komende periode. De ontwikkelingen sindsdien gaan langzaam. De door het Capaciteitsorgaan geschetste daling van de beschikbare arbeidscapaciteit zal in elk geval nog 2 jaar langer duren dan in 2014 werd aangegeven. De minister heeft op 22 december 2015 het wetsvoorstel tot wijziging van de Arbowet aan de Tweede Kamer aangeboden³⁴. Dat is gebruikt om de definitieve hoogte van deze parameter te bepalen. Vooralsnog wil de minister de zelfstandig werkende ondernemers/ zzp'ers nog geen toegang bieden tot de arbeidsgerelateerde zorg. In ons advies aan de SER is dit scenario wel behandeld. De daarmee corresponderende waarde voor de parameter sociaal-cultureel was +1,35% per jaar. Het Capaciteitsorgaan heeft deze waarde in dit advies als bovengrens gehanteerd, omdat in de samenstelling van dit percentage sinds 2014 geen veranderingen zijn opgetreden, maar ook omdat het onzeker is of het ministerie van SZW er op de lange termijn alsnog voor kiest om de corresponderende beleidswijziging te implementeren.

4.4.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

De experts hebben de parameter sociaal-cultureel ingeschat aan de hand van de beschikbare gegevens. Daarbij is als basis een studie van de NPHF en GGD/GHOR Nederland gebruikt³⁵. In tabel

³⁰ SER: *Betere Zorg voor Werkenden* (advies 14/07, 2014)

³¹ NVAB: *Financieringsmodellen voor de medische vervolgopleiding tot bedrijfsarts* (juni 2015)

³² Ministerie van SZW: *Brief aan voorzitter Tweede Kamer* 27 november 2015

³³ Capaciteitsorgaan (2014): *brief aan SER en ministerie van SZW* 29 april 2014

³⁴ Asscher: *wetswijziging van de Arbowet* (22 december 2015)

³⁵ NPHF (2013): *Beleidsrijke input voor de capaciteitsraming artsen infectieziektebestrijding en artsen jeugdgezondheidszorg*

11 worden de resultaten hiervan samengevat, inclusief de verwachte veranderingen in de parameters sociaal-cultureel bij de bedrijfsartsen en de verzekeringsartsen.

Tabel 11: Jaarlijkse verandering zorgvraag door sociaal-culturele veranderingen

Specialisme /profiel KNMG	Capaciteitsplan 2013	Capaciteitsplan 2016
Bedrijfsarts	0,0%	0,0% tot +1,35%
Verzekeringsarts	0,0%	0,0%
Arts M&G	+2,0% tot +4,0%	+1,0% tot +2,0%
Arts beleid en advies	+2,0% tot +4,0%	+0,0% tot +2,0%
Arts indicatie en advies	+0,5% tot +1,0%	+0,5% tot +1,0%
Arts infectieziektebestrijding	+1,0% tot +2,0%	+0,5% tot +1,0%
Arts tuberculosebestrijding	+1,0% tot +2,0%	0,0%
Forensisch arts	+1,0% tot +2,0%	+1,0% tot +2,0%
Jeugdarts	+1,0% tot +2,0%	+1,0% tot +2,0%
Medisch milieukundige	+6,0% tot +12,0%	+6,0% tot +12,0%

Bron: Capaciteitsorgaan

De inschatting van de parameter is binnen de hoofdstroom M&G over het algemeen iets hoger dan binnen de hoofdstroom A&G. Dat heeft te maken met de beleidscycli, die bij de M&G-beroepen in een verder gevorderd stadium zijn dan bij de A&G beroepen. Ook speelt het gegeven een rol dat het ministerie van VWS binnen haar ministerie haar beleid kan ondersteunen door de beschikbare arbeidscapaciteit middels subsidieregelingen daadwerkelijk te beïnvloeden.

De beleidsinitiatieven voor de arts M&G zonder verdere profielregistraties zijn beperkt. Met name de verzekeraars zijn bezig om hun huidige adviseurs versneld op te leiden tot arts M&G. Deze ontwikkeling zal nog tot 2023 doorgaan en daarna waarschijnlijk snel dalen naar een lager niveau, omdat vanaf dat moment alleen BIG-geregistreerde artsen nog in opleiding kunnen gaan. Om die reden is de parameter voor de komende 18 jaar ten opzichte van 2013 gehalveerd. Voor de arts met de profielopleiding beleid en advies wordt het percentage verlaagd, omdat het ministerie van Defensie zijn opleidingsbeleid heeft veranderd. Alle artsen worden in de gelegenheid gesteld naast de opleiding tot Algemeen Militair Arts (AMA) ook de profielopleiding beleid en advies te volgen. Tot 2015 was het beleid dat deze opleiding verplicht was.

Voor de profielopleiding indicatie en advies is het percentage niet veranderd ten opzichte van 2013. Er zijn geen aanwijzingen dat de overheid ander beleid ontwikkelt dat specifiek betrekking heeft op de vraag naar adviserende en indicerende artsen. De effecten van de decentralisaties lijken geen effect te hebben op deze beroepsgroep. De eerder verwachte toename van de vraag naar zorg door een toename van (ondersteuning van gemeenten bij) bezwaar- en beroepsprocedures lijkt mee te vallen. Mogelijk wordt dat veroorzaakt doordat de verzekeringsartsen al over de benodigde competenties beschikken om deze vraag bij gemeenten te beantwoorden.

De infectieziektebestrijding heeft een flinke beleidsmatige impuls gekregen in de periode 2010-2015. In die periode zijn diverse projecten uitgevoerd, onder andere op het gebied van de capaciteit aan artsen infectieziektebestrijding. Recent onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg laat zien dat de infectieziektebestrijding globaal genomen op orde is³⁶. Er is wel nog steeds sprake van een tekort aan artsen infectieziektebestrijding, hetgeen met name zichtbaar wordt in tijdsintensieve activiteiten, zoals overleg met artikel 26 instellingen. Het tekort is iets minder dan 3 jaar geleden. (Zie ook paragraaf 4.5.2.) De verwachting is dat het tekort aan artsen infectieziektebestrijding de komende periode verder wordt teruggebracht, temeer omdat GGD/GHOR Nederland ook om aandacht hiervoor vraagt^{37,38}. Verder is de parameter nog niet naar 0% teruggebracht vanwege het AEF-rapport waarin wordt geadviseerd de infectieziektebestrijding als een van de pijlers van de GGD te beschouwen³⁹. Het ministerie van VWS heeft dit advies overgenomen⁴⁰. Wel is een nieuwe uitdaging ontstaan vanwege de nieuwe opdracht aan GGD/GHOR Nederland om de coördinatie van de bestrijding van antibioticaresistentie op zich te nemen. Deze wordt in paragraaf 4.5.2, “onvervulde vraag”, behandeld.

Voor de tuberculosebestrijding is de conclusie van de Inspectie voor de Gezondheidszorg dat er nauwelijks knelpunten zijn geconstateerd. Het RIVM constateert dat de prevalentie van tuberculose in Nederland de afgelopen 10 jaar met 38% is gedaald⁴¹. Het aantal multiresistente gevallen van tuberculose is niet toegenomen. Er zijn geen beleidsinitiatieven te verwachten op dit betrekkelijk kleine terrein. De tuberculosebestrijding is in 2014 voor Nederland opgeschaald naar vier regio's. Voor een initiatief om een extra arts tuberculosebestrijding beschikbaar te stellen als internationale contactpersoon wordt nog naar draagvlak gezocht. De parameter is om deze redenen op 0% gesteld.

In de beleidsontwikkeling voor de forensische geneeskunde zijn geen nieuwe initiatieven geconstateerd. Een recent artikel in Medisch Contact⁴² wijst opnieuw naar de kwetsbare situatie voor de forensische geneeskunde, omdat de instroom in de opleiding in de eerstelijns forensische geneeskunde niet van de grond komt. Het aantal profielartsen in de forensische geneeskunde daalt daarom elk jaar. Oorzaak van het gebrek aan beleid is waarschijnlijk het vraagstuk rond de verantwoordelijkheid voor het stimuleren van het volgen van deze opleiding. Dat leidt ertoe dat de kwaliteit van de forensische geneeskunde en daarmee uiteindelijk ook de kwaliteit van de rechtsgang en rechtspraak in gevaar komt. De verwachting is daarom dat beleid rond dit profiel binnen enkele jaren ontwikkeld moet worden, omdat dan de gevolgen van het gebrek aan adequaat opgeleide artsen merkbaar zullen worden. De parameter blijft mede daarom gehandhaafd op 1% tot 2%.

³⁶ Inspectie voor de Gezondheidszorg (2015): Infectieziekte- en tuberculosebestrijding bij GGD'en op orde, maar kwetsbaar

³⁷ Van de Sande, J. (23 februari 2015): Toekomst Algemene Infectieziektebestrijding bij GGD 'en; een onderzoek naar de IZB en de daarvoor benodigde formatie

³⁸ GGD/GHOR Nederland: Naar een toekomstbestendige en proactieve infectieziektebestrijding; 2015

³⁹ AEF: Eindrapport borging van de publieke gezondheid en de positie van de GGD; 2013

⁴⁰ Brief minister VWS aan Tweede Kamer van 28 augustus 2014: Betrouwbare publieke gezondheid: Gezamenlijke verantwoordelijkheid van gemeenten en Rijk

⁴¹ RIVM (2014): Tuberculose in Nederland 2013; surveillancerapport

⁴² Broersen, S.;Knoop, B.: Forensische geneeskunde is een verwaarloosd vak; Medisch Contact 07 18-22 (2016)

Er zijn geen nieuwe ontwikkelingen in de jeugdgezondheidszorg. Al in 2013 werd verwacht dat door de decentralisatie van de Wet Jeugdzorg meer inzet van jeugdartsen nodig zou blijken. In de praktijk is de zorgvraag van gemeenten bescheidener gebleken dan door de sector werd verwacht. Op de lange termijn wordt wel voorzien dat de vraag naar jeugdartsen door beleidsmaatregelen zoals de Wet passend onderwijs iets gaat toenemen. AJN streeft daar ook naar⁴³, zoals onder meer blijkt uit de observaties dat jeugdartsen sinds 2014 rechtstreeks naar andere specialisten mogen doorverwijzen en de erkenning als behandelaar bij vermoeden van een allergie voor koemelk en de toenemende belangstelling voor de sociaal-medische aspecten van schoolverzuim. De parameter wordt gehandhaafd op 1% tot 2%.

In de medische milieukunde wordt de functie van Gezondheids Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS) inmiddels voor een deel inderdaad door medisch milieukundigen ingevuld. Er zijn veel openstaande vacatures die dringend ingevuld moeten worden. Het huidige gebrek aan medisch milieukundigen leidt er inmiddels toe dat veiligheidsregio's meer andere disciplines als GAGS inzetten dan wenselijk is. De nieuwe Omgevingswet wordt in 2018 van kracht. Onduidelijk is nog wat dit voor de medische milieukunde in de praktijk gaat betekenen. Het groeitempo voor deze parameter wordt bij de medisch milieukundigen ook in deze raming gehandhaafd. De parameter wordt gehandhaafd op 6% tot 12%.

4.5 Onvervulde vraag

De eerder behandelde parameters demografie, epidemiologie en sociaal-culturele ontwikkeling zorgen voor een jaarlijkse procentuele verandering van de zorgvraag. Deze parameters worden vervolgens geprojecteerd op de huidige zorgvraag als een doorlopende trend of als een tijdelijke 10 jaar durende trend. Maar is de huidige zorgvraag, die uitgedrukt wordt in fte's van de momenteel beschikbare beroepsbeoefenaren, wel de daadwerkelijke zorgvraag? Misschien is de huidige zorgvraag wel groter dan het bestaande aanbod, hetgeen dan tot uitdrukking komt in veel (langdurig) openstaande vacatures en/of lange wachttijden. Of de huidige zorgvraag is kleiner dan het bestaande aanbod, hetgeen tot uiting kan komen in onvrijwillige werkloosheid binnen de beroepsgroep, overbehandeling of het volledig ontbreken van wachttijden. Daarom wordt de huidige zorgvraag (geoperationaliseerd als het huidige aanbod) in het model eerst gecorrigeerd voor de onvervulde vraag. Pas daarna worden de drie eerder beschreven parameters toegepast op de gecorrigeerde, daadwerkelijke huidige vraag.

In de sociale geneeskunde bestaan nauwelijks wachtlijsten. Voor het overgrote deel betreft het ongevraagd aangeboden activiteiten. De benadering van de onvervulde vraag gebeurt dan ook voornamelijk via kengetallen over de vacaturegraad en kengetallen over normeringen voor bepaalde beroepsgroepen.

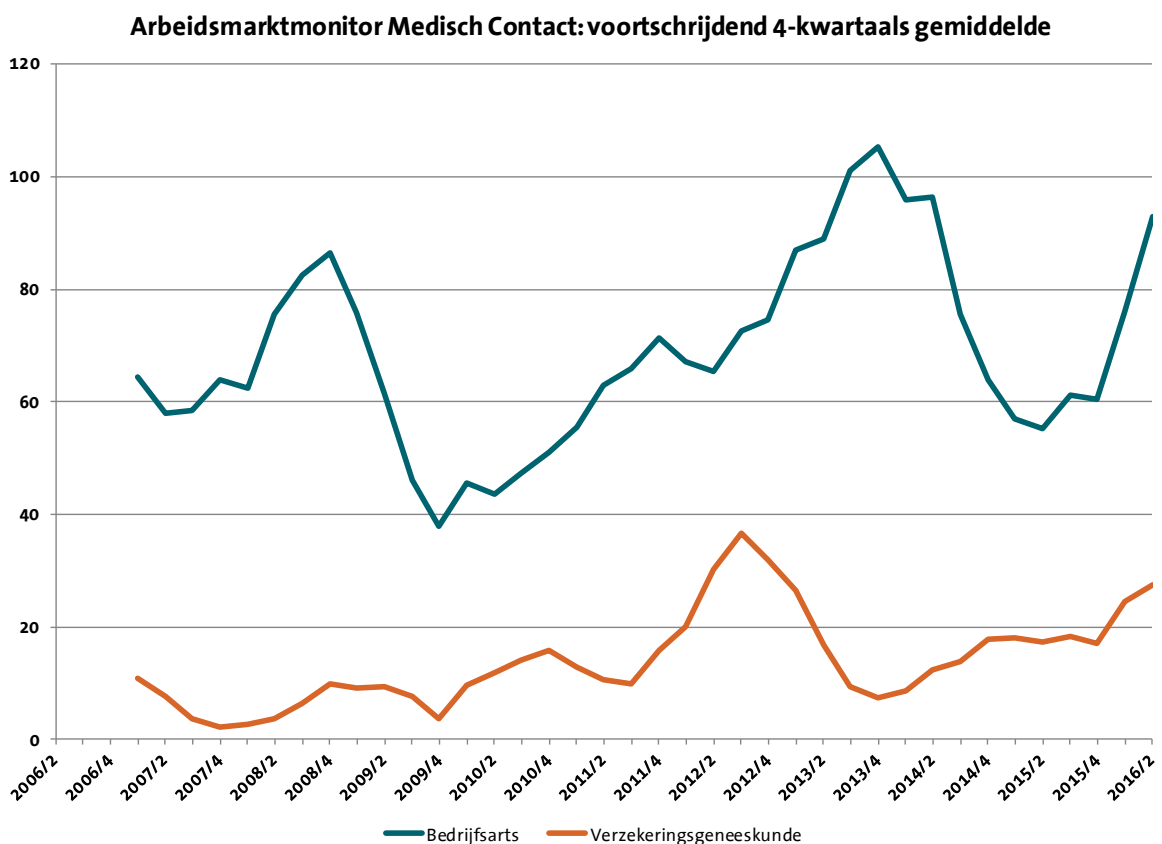
4.5.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Voor verzekeringsartsen is het UWV nog steeds de belangrijkste werkgever. Daarnaast zijn verzekeringsartsen actief bij andere soorten verzekeringsmaatschappijen en keuringsorganisaties. Het UWV had op 16 mei 2016 vacatures voor verzekeringsartsen in elf locaties. Op 1 juli 2013 waren

⁴³ AJN (2014): De jeugd gezond houden; position paper jeugdartsen

dat nog 23 locaties. Het lijkt erop dat het UWV de achterstanden in de bemensing van de verzekeringsgeneeskunde aan het inlopen is. Tegelijkertijd zijn er volgens de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) nog steeds grote achterstanden bij de herkeuringen van cliënten. De vacatures voor verzekeringsgeneeskundigen worden sinds het tweede kwartaal van 2006 systematisch bijgehouden. In figuur 5 wordt het aantal vacatures in de verzekeringsgeneeskunde (en de bedrijfsgezondheidszorg) sinds die tijd getoond. Om seizoensinvloeden te verminderen zijn de getoonde gegevens nu voortschrijdende 4 kwartaals-gemiddelden.

Figuur 5: Vacatures bedrijfsartsen en verzekeringsartsen per 12 maanden



Bron: Arbeidsmarktmonitor Medisch Contact

Het aantal vacatures bedraagt de laatste 2 jaar gemiddeld rond de 18 vacatures, oftewel circa 2% van de geregistreerde beroepsbevolking. In 2013 bedroeg dit aantal 20, respectievelijk 2%. De cijfers zijn niet in lijn met de eerder beschreven daling van het aantal UWV-vestigingen met vacatures. Een vacaturegraad van 1% à 2% past bij een normaal verloop van personeel. De onvervulde vraag naar verzekeringsartsen wordt om die reden op 0% gesteld.

Het aantal vacatures voor bedrijfsartsen toont ondanks de correctie voor seizoensinvloeden een wat grilliger beeld. Sinds 2006 schommelt het gemiddeld aantal vacatures tussen de 40 en 105. Het lijkt er verder op dat de vacatures bij verzekeringsgeneeskunde een effect hebben op de vacatures bij de

bedrijfsartsen. De piek bij de verzekeringsartsen wordt telkens gevolgd door een piek bij de bedrijfsartsen. De bedrijfsarts kan met een omscholingstraject van 1 jaar geregistreerd worden als verzekeringsarts. Waarschijnlijk veroorzaakt dat de cyclus in de pieken.

Mogelijk wordt de daling in vacatures in 2014 veroorzaakt door de activiteiten van het ministerie van SZW. In 2014 is namelijk een adviesaanvraag aan de SER gedaan waarin vijf mogelijke scenario's voor de toekomstige arbeidsgerelateerde zorg zijn geschetst. Zowel de positie van de bedrijfsarts als die van de Arbodiensten is sinds dat moment onderwerp van discussie. Dit kan Arbodiensten terughoudend hebben gemaakt met het plaatsen van vacatures. Daarnaast is het ook de vraag in hoeverre de geplaatste vacatures daadwerkelijk betekenis hebben voor de zorgvraag. Arbodiensten concurreren elkaar onder meer op de kwaliteit van hun personeel. Bovendien wisselen bedrijven van Arbodiensten, waardoor in de ene Arbodienst een bedrijfsarts ontslag neemt terwijl in de andere Arbodienst een vacature voor een bedrijfsarts ontstaat. Op een aantal van 1.780 geregistreerde bedrijfsartsen leidt het huidige aantal van 70 vacatures tot een vacaturegraad van 3,9%, oftewel een mogelijke onvervulde zorgvraag van 1,9%. Hoewel de vacatures ook anders geduid kunnen worden, is de onvervulde vraag in deze raming op 0,5% gehouden.

4.5.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

De veranderingen in erkenningen door de introductie van de zeven profielen in 2006, zijn inmiddels door de werkgevers verwerkt. Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid begint de arbeidsmarkt zich nu te stabiliseren. Tot dit moment konden alleen vergelijkingen worden gemaakt tussen de aantallen werkzame artsen en de normeringen in de vorm van kengetallen of percentages. Deze waren overigens alleen beschikbaar voor de jeugdgezondheidszorg, de infectieziektebestrijding en de medische milieukunde. De stabilisatie van de arbeidsmarkt leidt ertoe dat gegevens over de vacaturegraad uit de Arbeidsmarktmonitor in dit deelrapport ook voor deze hoofdstroom bruikbaar zijn. Tot 2014 werden deze gegevens nog niet verzameld. Bij de overname van de Arbeidsmarktmonitor door het Capaciteitsorgaan werd een test uitgevoerd met een nieuwe manier van monitoren van de arbeidsmarkt. In deze test zijn onder meer de profielen in de hoofdstroom M&G toegevoegd aan het overzicht. Tabel 12 in deze paragraaf laat de vacatures zien voor de artsen M&G én voor de zeven profielen. Deze worden nu besproken.

Tabel 12: Vacatures artsen M&G en profielartsen per kwartaal

Specialisme/profiel KNMG	'14/1	'14/2	'14/3	'14/4	'15/1	'15/2	'15/3	'15/4	'16/1	'16/2
Arts M&G	3	2	4	1	0	2	2	2	4	3
Arts beleid en advies	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Arts indicatie en advies	0	0	1	4	2	2	2	0	0	0
Arts infectieziektebestrijding	0	0	2	0	1	2	0	1	8	9
Arts tuberculosebestrijding	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0
Forensisch arts	2	2	2	3	7	4	7	7	4	8
Jeugdarts	26	23	15	18	32	31	45	46	61	83
Medisch milieukundige	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0

Bron: Arbeidsmarktmonitor nieuwe stijl

De vacatures voor de arts M&G zijn moeilijk traceerbaar, omdat ze grotendeels gecombineerd zijn met de gezamenlijke profielregistraties. Voor het profiel beleid en advies geldt dat er geen vacatures zijn geplaatst sinds 2014. De onvervulde vraag voor dit profiel wordt op 0% gezet.

In het profiel (sociaal medische) indicatie en advies zijn de afgelopen 6 kwartalen gemiddeld bijna 2 vacatures geplaatst. Op een aantal geregistreerde profielartsen van 54 is dat veel. De onvervulde vraag wordt voor het profiel indicatie en advies op 2% gesteld. Het aantal vacatures voor arts infectieziektebestrijding is zowel absoluut als relatief laag. De vacaturegraad bedraagt bijna 1%, hetgeen erop wijst dat werkgevers maar beperkt betrekkingen open stellen. In het rapport uit 2013 is de nieuwe norm voor infectieziekten (VISI-2 norm) landelijk voor artsen en verpleegkundigen doorgerekend. Volgens deze norm zou voor de algemene infectieziektebestrijding (in 2013) 69,04 fte aan artsen infectieziektebestrijding beschikbaar moeten zijn bij GGD'en in Nederland⁴⁴. Op dat moment was 58,2 fte beschikbaar, geleverd door 96 geregistreerde artsen, waarvan 94 de betreffende profielregistratie hadden. Inmiddels zijn er per 1 januari 2016 120 geregistreerde artsen infectieziektebestrijding KNMG. De eerste fase van de opleiding heeft nu 15,4 fte meer capaciteit. De tweede fase van de opleiding is echter maar voor 2,52 fte ingevuld. In 2015 heeft het ministerie van VWS besloten om het beleid voor antibioticaresistentie door GGD'en te laten uitvoeren. Volgens de experts is daarvoor 18,25 fte arts infectieziektebestrijding extra noodzakelijk. De onvervulde vraag naar artsen M&G in de infectieziektebestrijding gaat daardoor naar 28,9 fte op een totaal van 80,67 fte aan beschikbare artsen M&G met de profielaantekening arts infectieziektebestrijding. De onvervulde vraag naar artsen M&G stijgt daarmee naar 35,8%. Dat laat overigens onverlet dat er spreidingsproblemen kunnen bestaan. Zo zijn er enkele GGD'en (Rotterdam, Zuid-Limburg, Utrecht, Twente) die in 2013 al meer dan 10% boven de norm zaten. Daartegenover staat dat de meeste andere GGD'en in 2013 nog (ruim) beneden de norm zaten. Niet bekend is hoe dat beeld in 2016 is. De betreffende gegevens zijn momenteel nog niet beschikbaar. Bij de artsen met een profielaantekening gaat het om een tekort van 18,25 fte op 39,7 fte beschikbare formatie, oftewel 46%.

In de tuberculosebestrijding zijn de afgelopen jaren geen vacatures gemeld. Dat beeld past bij een kleine beroepsgroep, die waarschijnlijk zelf actief potentiële belangstellenden benadert in het geval van een vacature. De onvervulde vraag wordt ook voor de tuberculosebestrijding op 0% gezet. De forensische geneeskunde laat een heel ander beeld zien. Al vanaf het eerste kwartaal in 2014 zijn er vacatures voor forensische geneeskunde. Het aantal vacatures neemt in de loop van de tijd gestaag toe. Inmiddels heeft het voortschrijdend kwartaalgemiddelde voor vacatures per 1.000 forensisch artsen 4,5% bereikt. Hoewel de trend in de vacatures stijgend is én de afgelopen raming nog een onvervulde vraag van 50% werd gepostuleerd is besloten de onvervulde vraag op 2,5% te stellen. De toename van de vacatures wordt waarschijnlijk verklaard door de ontbrekende instroom in deze opleiding.

In de jeugdgezondheidszorg werkten alle veldpartijen de afgelopen 3 jaar hard aan het realiseren van een kwalitatief verantwoorde bezetting van de arbeidscapaciteit. In 2015 bleek uit onderzoek dat niet alleen scholing is ingezet. Het aantal artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg is

⁴⁴ Van de Sande, J. (2015): Toekomst algemene infectieziektebestrijding bij GGD'en

volgens een recent onderzoek in een paar jaar tijd gedaald van ruim 1.700 (in 2012)⁴⁵ naar 1.600 (in 2015)⁴⁶. Daarbij is vooral afscheid genomen van niet opgeleide artsen, die overigens vaak in deeltijd werkten. Mede als gevolg hiervan is het aandeel van jeugdartsen KNMG en artsen M&G met de profiel aantekening jeugdarts toegenomen. Op 1 januari 2016 waren er volgens de RGS 1.041 artsen met een profielregistratie in de jeugdgezondheidszorg. Daarvan waren er circa 40 bezig met de tweede fase van de opleiding.

Tabel 13: Opleidingsstatus artsen in de jeugdgezondheidszorg per 1 januari 2016 en bepaling onvervulde vraag

Omschrijving	Basisarts*	Jeugdarts KNMG**	Arts M&G**	Andere specialisatie***	Totaal
Aantal 1 januari 2016	466	714	327	100	1.607
Case mix 13/61/26	196	919	392	100	1.607
Saldo	270	-205	-65		
% onvervulde vraag		28,7%	19,9%		

* : Schatting op basis van onderzoek Regioplan medio 2015, inclusief de geschatte 160 aios

** : profielopleiding jeugdarts KNMG, met in mindering gebracht de 34 aios die inmiddels profielarts zijn (bron: RGS 1 januari 2016)

*** : Schatting op basis van onderzoek Regioplan medio 2015, mogelijk echter aanvullend op de 220 artsen M&G uit hetzelfde rapport

Naar schatting resteren er op 1 januari 2016 in de jeugdgezondheidszorg 466 basisartsen, waarvan er volgens de RGS 184 in opleiding tot profielarts zijn. Daarnaast zijn er dus nog 282 basisartsen werkzaam die niet gestart zijn met de opleiding. Uit het onderzoek van Regioplan kwam ook naar voren dat de casemix van artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg aanpassing behoeft door de veranderingen in het takenpakket. Na consultatie van AJN is de casemix veranderd in 13% basisartsen, 61% jeugdarts KNMG en 26% arts M&G met de profielregistratie jeugdgezondheidszorg⁴⁷. Omgerekend naar de 1.507 artsen (buiten de 100 andere geneeskundig specialisten) die op 1 januari idealiter werkzaam zouden zijn in de jeugdgezondheidszorg betekent dat: 196 basisartsen, 919 profielartsen en 392 artsen M&G. Er waren op dat moment aanwezig: 466 basisartsen, 714 profielartsen en 327 artsen M&G (buiten de 100 andere geneeskundig specialisten). Daarmee verandert het percentage onvervulde vraag voor de jeugdarts KNMG in 28,7% ($919 - 714 / 714$) en voor de artsen M&G in 16,8% (tabel 13).

Daarbij moet wel in aanmerking worden genomen dat er momenteel nog 184 aios in opleiding zijn. Deze zullen de komende 3 jaar het "tekort" aan jeugdartsen KNMG verder terugbrengen van 25% naar 5% à 10%. Het planningsmodel corrigeert hiervoor. De beroepsgroep lijkt de komende 5 jaar in een stabiele fase, met een afvlakkende groei, terecht te komen. De normering van de wetenschappelijke vereniging wordt in dit geval zwaarder gewogen dan de indicaties uit de Arbeidsmarktmonitor nieuwe stijl.

Ten slotte is er de schatting van de onvervulde vraag naar medisch milieukundigen. Er is geen informatie beschikbaar die erop duidt dat de aanname uit 2013 met betrekking tot de onvervulde

⁴⁵ KIWA(2012): Arbeidsmarktbeleid GGD

⁴⁶ Kruis, G.; Telli, S.; Visee, H. (2015): Verticale substitutie en scholingsambities van artsen in de jeugdgezondheidszorg; Regioplan

⁴⁷ Brief AJN 23 november 2015: 13% basisartsen, 61% jeugdarts KNMG, 26% arts M&G

vraag niet correct is. Gezien de kleine omvang van de groep betreft het dan één vacature. Het systeem van monitoring van de vacatures is waarschijnlijk niet fijngevoelig genoeg om deze parameter mee vast te stellen.

4.6 Conclusies zorgvraag

In deze paragraaf worden de vier parameters getoond die gehanteerd worden voor de berekeningen van de verwachte zorgvraag in 2034. De hieraan ten grondslag liggende overwegingen zijn al behandeld in de desbetreffende paragrafen. In tabel 14 wordt het specialisme M&G uitgesplitst over de diverse mogelijke profielen.

Tabel 14: Parameterwaarden ontwikkeling zorgvraag

Specialisme/profiel	Demo 0-5	Demo 5-10	Demo 10-15	Demo 15-20	Epidemiologie	Sociaal-cultureel	Onv. vraag
Bedrijfsarts	3,3%	2,6%	1,0%	0,5%	-0,5% -- 1%	0% - 1,4%	0,5%
Verzekeringsarts	3,3%	2,6%	1,0%	0,5%	0,3% - 0,6%	0%	0%
M&G zonder profiel	2,5%	4,1%	5,3%	6,2%	0%	1% - 2%	0%
M&G+ arts beleid en advies	2,5%	4,1%	5,3%	6,2%	0%	2% - 4%	0%
M&G+ arts indicatie & advies	3,5%	5,8%	7,1%	7,6%	2% - 4%	0,5% - 1%	2%
M&G+ arts inf. bestrijding	3,5%	5,8%	7,1%	7,6%	1% - 2%	0,5% - 1%	35,8%
M&G+ arts tbc. Bestrijding	3,5%	5,8%	7,1%	7,6%	-1% - -2%	0%	0%
M&G+ forensisch arts	2,5%	4,1%	5,3%	6,2%	0,5% - 1%	1% - 2%	2,5%
M&G+ jeugdarts	-1,1%	-1,9%	-0,8%	1,6%	1% - 2%	1% - 2%	19,9%
M&G+ medisch milieukundige	2,5%	4,1%	5,3%	6,2%	1% - 2%	6% - 12%	11,8%
Arts beleid en advies	2,5%	4,1%	5,3%	6,2%	0%	2% - 4%	0%
Arts indicatie & advies	3,5%	5,8%	7,1%	7,6%	2% - 4%	0,5% - 1%	2%
Arts inf. bestrijding	3,5%	5,8%	7,1%	7,6%	1% - 2%	0,5% - 1%	46%
Arts tbc. bestrijding	3,5%	5,8%	7,1%	7,6%	-1% - -2%	0%	0%
Forensisch arts	2,5%	4,1%	5,3%	6,2%	0,5% - 1%	1% - 2%	2,5%
Jeugdarts	-1,1%	-1,9%	-0,8%	1,6%	1% - 2%	1% - 2%	28,7%
Medisch milieukundige	2,5%	4,1%	5,3%	6,2%	1% - 2%	6% - 12%	11,8%

Bron: NIVEL

5 Huidig zorgaanbod

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft alle parameters die van toepassing zijn op de huidige beroepsgroep. Aan de hand van deze parameters berekent het Capaciteitsorgaan de toekomstig beschikbare arbeidscapaciteit op basis van de zittende beroepsgroep. Dit combineert het Capaciteitsorgaan met de arbeidscapaciteit die de komende jaren nog toegevoegd wordt uit de bestaande opleidingsstromen (hoofdstuk 3). Dan is duidelijk welke arbeidscapaciteit in 2028 en 2034 resteert uit het huidige zorgaanbod en de huidige opleiding.

De parameters binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid bestrijken alleen de afgelopen 8 tot 10 jaar. Dit komt door de grote wijzigingen in de regelgeving. Daardoor is de betrouwbaarheid van data in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid op onderdelen iets minder dan die van de data in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid. De betrouwbaarheid is wel voldoende om mee te werken in dit Capaciteitsplan.

5.2 Omvang beroepsgroep

Het Capaciteitsorgaan berekent de omvang van de beroepsgroep stapsgewijs. Het corrigeert het aantal geregistreerde beroepsbeoefenaars per beroep voor het aantal niet meer werkende, maar wel geregistreerde beroepsbeoefenaars. Vervolgens is er een correctie voor het aantal fulltime equivalenten.

5.2.1 Aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen en profielartsen

Tabel 15 geeft het verloop weer van het aantal geneeskundig specialisten en profielartsen sinds 2007. De profielregisters zijn pas op 1 januari 2007 ingericht. Daarom zijn er van deze registers geen kwantitatieve gegevens per 1 januari 2007. De sterke groei van de aantallen profielartsen in deze registers in de eerste 2 jaar is het gevolg van de overgangsregelingen voor artsen die geen registratie als arts M&G (meer) hadden gedurende die periode.

Tabel 15 laat verder een aantal andere zaken zien. Het aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen exclusief profielartsen is sinds 2008 gedaald voor alle drie geneeskundige specialismen. De daling is in absolute zin het grootst bij de bedrijfsartsen, waarvan het aantal tot 2009 nog groeide, maar daarna is afgenomen (ten opzichte van 2009 met 385 bedrijfsartsen, oftewel 17,8%). Dit past bij een ruime uitstroom in combinatie met een stagnerende instroom in de opleiding. De extra instroom door zij-instromers (tabel 5) compenseert dat niet. Gezien de achterblijvende instroom zal deze ontwikkeling de komende 4 jaar onverminderd doorzetten. Voor een deel hoeft deze ruime uitstroom overigens niet te betekenen dat de capaciteit op de arbeidsmarkt ook verdwijnt. Mogelijk laten bedrijfsartsen nog steeds hun registratie verlopen aan het einde van hun loopbaan, maar blijven ze wel nog enkele jaren in het werkveld actief als “senior arts”.

Tabel 15: Aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen en profielartsen per 1 januari*

Specialisme/profiel KNMG	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bedrijfsarts	2084	2131	2165	2154	2094	2038	1992	1936	1885	1780
Verzekeringsarts	1060	1081	1071	1065	1028	1010	1005	978	989	962
Arts M&G	924	898	864	838	798	764	746	727	721	702
Arts beleid en advies		38	43	171	179	175	164	161	169	177
Arts indicatie & advies		38	47	63	64	63	63	61	54	54
Arts inf. bestrijding		9	13	73	81	90	96	100	108	120
Arts tbc. bestrijding		1	2	19	20	20	24	25	25	28
Forensisch arts		16	85	183	186	185	148	143	137	138
Jeugdarts		339	403	776	819	851	893	949	978	1.041
Medisch milieukundige		1	1	9	12	13	13	14	15	15
Totaal	4.068	4.552	4.694	5.351	5.218	5.209	5.144	5.094	5.081	5.017
Totaal exclusief profielartsen	4.068	4.110	4.100	4.057	3.920	3.812	3.743	3.641	3.595	3.444

*: Feitelijk 31 december voorgaande jaar 24.00 uur

Bron: RGS; gegevens arts M&G: RGS 21-03-2016

Het aantal verzekeringsartsen daalt sinds 2009 (- 109, oftewel 10%), maar deze daling is zowel absoluut als relatief minder groot dan de daling bij de bedrijfsartsen. Veranderingen in wetgeving hebben niet tot grote veranderingen in de benodigde arbeidscapaciteit voor deze beroepsgroep geleid. De daling is vooral een uiting van een vergrijzende beroepsgroep in combinatie met een laag animo bij basisartsen om voor dit specialisme te kiezen. Het UWV is verreweg de grootste werkgever van verzekeringsartsen. Daardoor heeft het UWV een direct belang bij een gezonde arbeidsmarkt voor verzekeringsartsen. Het UWV heeft specifiek personeelsbeleid ontwikkeld om een verdere daling van het aantal verzekeringsartsen zoveel mogelijk tegen te gaan. De zijinstroom van bedrijfsartsen in de verzekeringsgeneeskunde is hiervan een voorbeeld. Meer recent heeft het UWV intern de monitoring van de opleiding tot verzekeringsarts gecentraliseerd om effectiever om te kunnen gaan met de begeleiding van het toenemend aantal instromende basisartsen in haar organisatie. Het aantal geregistreerde verzekeringsartsen is echter nog steeds aan het dalen.

In relatieve zin is het aantal artsen M&G sinds 2007 het sterkst gedaald. Er zijn 222 artsen, oftewel 24%, minder ingeschreven in het register dan in 2007. In deze tabel zijn de artsen M&G “opgeschoond” voor de sportartsen, die eerder ook in dit register werden meegenomen. De belangrijkste reden voor de daling in het aantal geregistreerde artsen M&G was de onzekerheid over subsidiëring van deze opleiding, die bestaan heeft van 2000 tot 2012. Werkgevers namen daarom een afwachtende houding aan. Van gemiddeld 10 instromers per jaar is de instroom intussen toegenomen naar gemiddeld 20 per jaar (Zie tabel 3).

Bij de profielartsen is de historie korter. Ten gevolge van een aantal overgangsregelingen voor inschrijving in de profielregisters is pas vanaf 2010 sprake van een stabiele situatie. De niet

gesubsidieerde profielopleidingen in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid tonen hetzelfde beeld als de (eveneens niet gesubsidieerde) opleidingen in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid. Opvallend is dat het aantal geregistreerde profielartsen forensische geneeskunde in 2013 (als enige) scherp daalt. Sinds 2010 zijn 45 artsen, oftewel 25%, hun profielregistratie verloren. Vermoedelijk is dat het effect van de eerste herregistratie van (85 van) deze profielartsen, die vaak meerdere profielregistraties hebben/hadden en blijkbaar op de lange duur toch niet kunnen aantonen dat zij voldoen aan de werkervarings- en de scholingseisen die bij deze tweede of derde registratie horen. Bij de twee overige niet gesubsidieerde profielen is sinds 2010 sprake van kleine veranderingen. Het aantal artsen beleid en advies KNMG is sinds 2010 met 6 toegenomen (4%), hoofdzakelijk als gevolg van het opleidingsbeleid van het ministerie van Defensie. De arts indicatie en advies KNMG is in aantal gedaald (9 personen, 14%).

Voor de gesubsidieerde profielopleidingen is het beeld volledig anders. Het aantal profielartsen infectieziektebestrijding is ten opzichte van 2013 toegenomen met 47, oftewel 64%. Ook in de tuberculosebestrijding is een toename van 9, oftewel 47%, in het aantal profielregistraties zichtbaar. Bij de jeugdgezondheidszorg is het aantal profielregistraties gestegen met 265, oftewel 34%. Het aantal medisch milieukundigen is toegenomen van 12 naar 15, een toename van 25%. Geconcludeerd kan worden dat het subsidiebeleid van het ministerie van VWS een positieve invloed heeft gehad op de kwantiteit van de profielartsen in de vier gesubsidieerde opleidingen. De continuïteit van deze 4 gesubsidieerde opleidingen lijkt momenteel niet in gevaar. Dat lijkt overigens ook te gelden voor het geneeskundige specialisme arts M&G, waar het de combinatie met een van de vier profielen betreft.

De gemiddeld hoge instroomleeftijd van de aios in de sociale geneeskunde (figuur 1) levert ook een gemiddeld hoge leeftijd op bij registratie als geneeskundig specialist of profielarts. Voor de specialistenopleidingen met een nominale duur van 4 jaar wordt het verschil met de 3-jarige opleidingen tot huisarts, AVG of specialist ouderengeneeskunde nog een jaar groter. Met de 5- of 6-jarige opleidingen tot medisch specialist wordt het leeftijdsverschil 1 à 2 jaar kleiner. De gemiddelde leeftijd bij registratie blijft hoger dan voor de huisartsen en de medisch specialisten. De potentiële arbeidscapaciteit, uitgedrukt in inzetbare jaren, is voor de sociaal geneeskundigen daarom korter dan voor de meeste andere medische specialismen. Dit komt onder meer tot uitdrukking in een gemiddeld hogere vertrekans per 5 jaar dan voor de meeste andere geneeskundige specialismen.

5.2.2 Aantal werkzame geregistreerde sociaal geneeskundigen

De gegevens uit de registers zijn een goede vertrekbasis voor het aantal werkzame specialisten en profielartsen. Niet alle geregistreerde artsen zijn echter (nog) werkzaam in hun vakgebied. Een klein deel van de geregistreerde artsen is tussentijds gestopt met werken zonder zich direct uit te laten schrijven uit het register. Zij wachten de periodieke oproep voor herregistratie door de RGS af en laten zich vervolgens niet meer (her)registreren. Het omgekeerde komt echter ook voor. Een deel van de bedrijfsartsen die ouder zijn dan 60 jaar laat weloverwogen de herregistratie schieten en blijft wel de werkzaamheden als bedrijfsarts uitvoeren. Een ander deel werkt in het buitenland en is daardoor niet beschikbaar voor de Nederlandse arbeidsmarkt. Weer een ander deel heeft meerdere profielregistraties en werkt binnen kantooruren en/ of binnen hun aanstelling voor een ander profiel

dan daarbuiten. Voor de bepaling van het aantal werkzame artsen is zoveel mogelijk uitgegaan van eerdere onderzoeken en gegevens uit de database van het CBS, het Sociaal Statistisch Bestand. Tabel 16 laat het resultaat daarvan zien.

Tabel 16: Aantal geregistreerde en % werkzame specialisten en profielartsen per 1 mei 2016

Specialisme/profiel	Geregistreerd	werkzaam	% werkzame vrouwen	% werkzaam < 65 jaar
Bedrijfsarts	1.780	1.672	36,2%	93,9%
Verzekeringsarts	962	877	40,1%	91,2%
M&G zonder profiel	133	120	39,2%	90,2%
M&G + arts beleid en advies	144	123	49,6%	85,4%
M&G + arts indicatie & advies	18	16	43,8%	88,9%
M&G + arts infectieziektebestrijding	90	85	52,9%	94,4%
M&G + arts tuberculosebestrijding	26	24	45,8%	92,3%
M&G + forensisch arts	79	69	29,0%	87,3%
M&G + jeugdarts	367	336	92,0%	91,6%
M&G + medisch milieukundige	14	13	61,5%	92,9%
Arts beleid en advies	33	32	56,3%	97,0%
Arts indicatie & advies	36	30	50,0%	82,3%
Arts infectieziektebestrijding	30	30	66,7%	100,0%
Arts tuberculosebestrijding	2	2	50,0%	100,0%
Forensisch arts	59	53	30,2%	89,8%
Jeugdarts	674	624	92,9%	92,6%
Medisch milieukundige	2	2	100,0%	100,0%
Totaal	4.449	4.108	51,6%	92,3%

Bron: RGS; bewerking NIVEL

Voor de verdeling van de artsen werkzaam binnen de hoofdstroom M&G is gebruik gemaakt van een aantal relevante gegevens die gekoppeld zijn aan de profielregistratie. Deze gegevens dateren helaas niet van 1 januari 2016, maar van 1 mei 2016. Op 1 mei 2016 waren er 773 werkzame profielartsen, 120 werkzame artsen M&G zonder verdere profielregistratie en 666 werkzame artsen M&G met een of meerdere profielregistraties.

Het percentage werkzame artsen in de hoofdstroom A&G is ten opzichte van 2013 iets toegenomen. Voor de artsen in de hoofdstroom M&G bedroeg het percentage werkzame artsen in totaliteit 98%. Voor de profielartsen is aan de hand van de gegevens een gemiddeld percentage van eveneens 98% uitgerekend. In beide gevallen is een leeftijdsgrens van 65 jaar voor de selectie uit de geregistreerde artsen gehanteerd.

5.2.3 Meerdere registraties per persoon

De sociale geneeskunde biedt als enige discipline de mogelijkheid om in meerdere registers ingeschreven te staan. Tot 2006 bestond deze mogelijkheid alleen voor artsen in de hoofdstroom

A&G. Voor de hoofdstroom M&G heeft het CGS in 2006 de mogelijkheid gecreëerd om zich voor meerdere profielen te registreren. Een arts mag in maximaal drie profielen geregistreerd worden. Dat geldt zowel voor de profielarts als voor de arts M&G. In theorie kan een arts M&G in het specialistenregister én in drie profielregisters ingeschreven zijn. In ons rapport uit 2013 hebben we hier uitgebreid bij stilgestaan. Voor de lezer herhalen we hier de belangrijkste punten van het onderzoek uit 2013:

- Hoofdstroom A&G: het aantal werkzame artsen met een registratie als bedrijfsarts én verzekeringsarts is van 125 in 2005 gedaald naar 75 in 2013;
- Hoofdstroom M&G: van de 687 profielartsen hadden er in 2013 slechts 4 een tweede profiel (forensische geneeskunde)
- Hoofdstroom M&G: van de 584 artsen M&G hadden er in 2013 475 één profielregistratie, 101 twee profielregistraties, en 8 drie profielregistraties. Verder waren er 46 personen zonder profielregistratie.

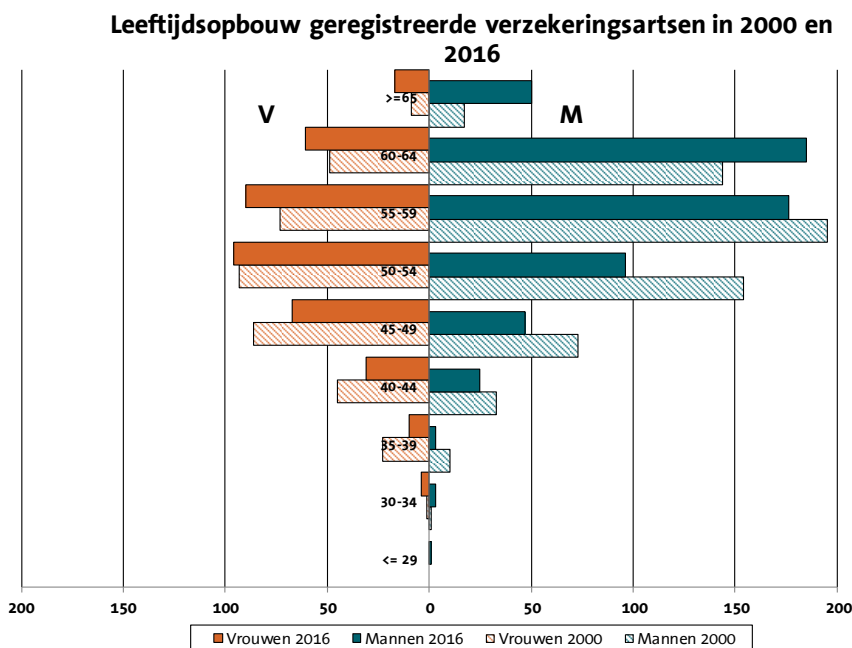
Het Capaciteitsorgaan hanteert voor het berekenen van de benodigde instroom in opleidingen het aantal registraties in de registers. Om de registratie te krijgen en te behouden moet de arts namelijk onder meer voldoen aan het werk criterium van 16 uur per week. Dat betekent dat de arts daadwerkelijk werkzaamheden in het tweede (en eventueel derde) profiel uitvoert. Het meest voorkomende tweede profiel is overigens forensische geneeskunde KNMG. De vereiste werkzaamheden voor dit profiel kunnen grotendeels buiten kantoortijd worden uitgevoerd.

Een persoon kan in de hoofdstroom M&G dus meerdere profielen hebben, terwijl het toch maar één persoon betreft. Dit betekent dat in de capaciteitsplanning voor het aantal op te leiden basisartsen een kleine correctie voor dit gegeven moet worden gemaakt.

5.2.4 Geslacht en leeftijdsverdeling geregistreerde specialisten en profielartsen

In het vorige Capaciteitsplan werd al duidelijk dat de afnemende instroom in de drie erkende vervolgoopleidingen leidt tot een vergrijzing van de beroepsgroepen. Figuur 2 liet de gemiddelde leeftijd bij instroom in de opleiding zien. Figuur 6 laat de gemiddelde leeftijd van de geregistreerde artsen in de hoofdstroom A&G zien op 1 januari 2010 en op 1 januari 2016. Duidelijk wordt dat beide beroepsgroepen de afgelopen 16 jaar zijn vergrijsd en gefeminiseerd.

Figuur 6: Leeftijdsopbouw verzekeringartsen 2001 en 2016

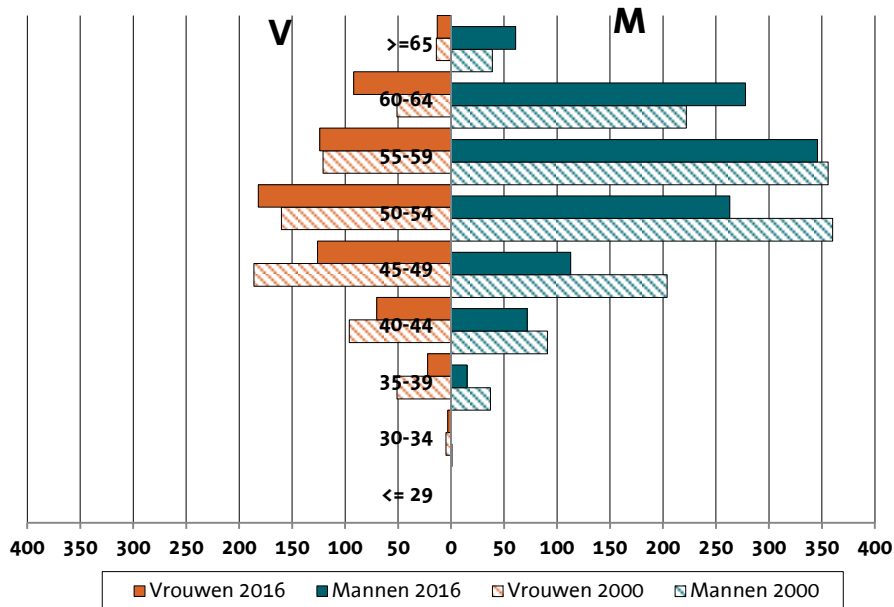


Bron: RGS

Figuur 6 toont de leeftijds- en geslachtsopbouw van de geregistreerde verzekeringartsen in 2010 en in 2016. De vergrijzing van de beroepsgroep is duidelijk zichtbaar. De leeftijdspiek voor de mannen is inmiddels in het cohort van 60 tot en met 64 jaar, direct gevolgd door het cohort van 55 tot en met 59 jaar. In totaal bevatten deze twee cohorten 357 van de 582 mannelijke verzekeringartsen, oftewel 61%. Deze artsen gaan de komende 10 jaar voor het merendeel met pensioen. De 50 mannelijke verzekeringartsen ouder dan 65 jaar die nu nog geregistreerd staan, zijn buiten beschouwing gelaten. Mogelijk werken zij nog door de verhoging van de pensioenleeftijd. In dat geval zal dat de komende jaren ook het geval blijven, mogelijk zelfs iets meer worden. Voor de vrouwelijke verzekeringartsen is het beeld iets genuanceerder. De leeftijdspiek is momenteel in de groep 50 tot en met 54 jaar, overigens gevolgd door de groep 55 tot en met 59 jaar. De groep artsen van 55 jaar tot en met 64 jaar bestaat momenteel uit 168 van de 403 vrouwelijke verzekeringartsen (42%), die de komende 10 jaar eveneens vervangen moeten worden. In totaal betreft de vervangingsvraag de komende 10 jaar dus circa 525 verzekeringartsen, als er van wordt uitgegaan dat verder niemand vertrekt. De instroom in het specialistenregister zal de komende 4 jaar maximaal 128 artsen (zowel mannen als vrouwen) bedragen. Er wordt dus niet voldoende opgeleid om de vertrekkende verzekeringartsen tijdig te vervangen. Tegelijkertijd zien we dat het percentage vrouwelijke artsen in de vervolgopleiding verzekeringsgeneeskunde gestaag toeneemt. Deze instromende vrouwelijke verzekeringartsen gaan gemiddeld minder uren werken dan de mannen die met pensioen gaan. Daardoor is de behoefte aan instroom (nog) groter dan uit de bovenstaande aantallen blijkt.

Figuur 7: Leeftijdsopbouw bedrijfsartsen 2001 en 2016

Leeftijdsopbouw geregistreerde bedrijfsartsen in 2000 en 2016

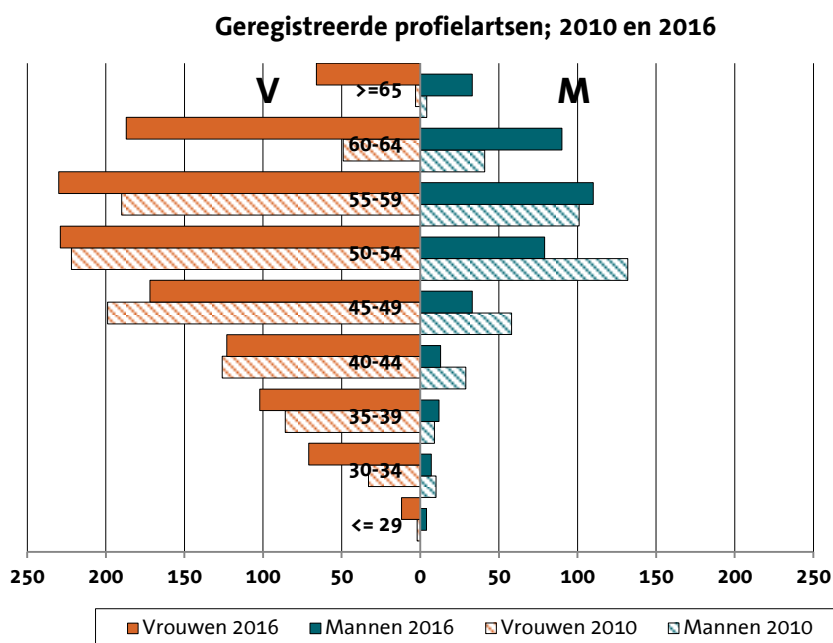
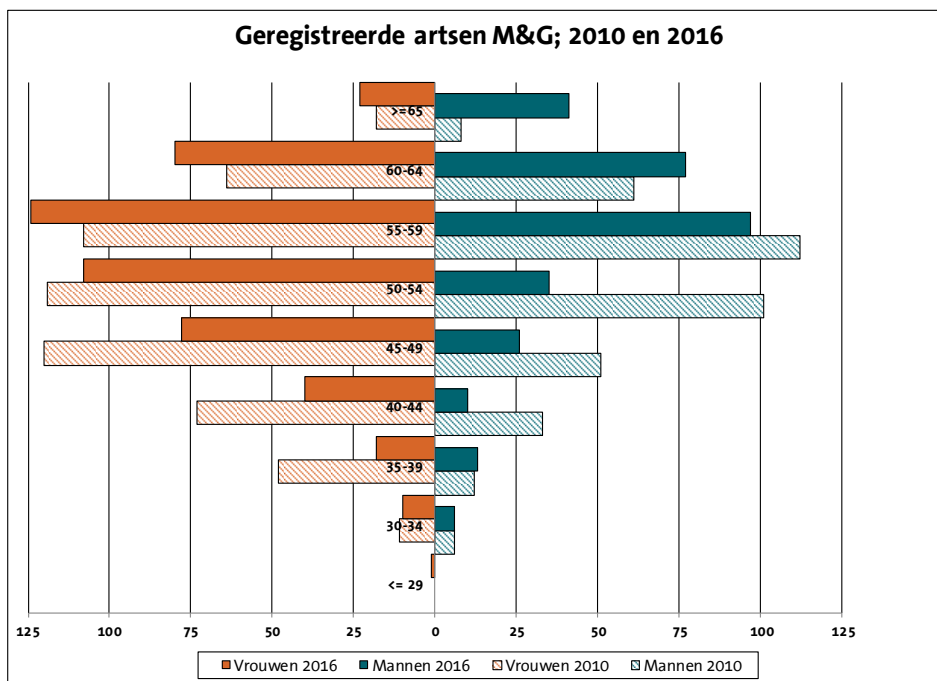


Bron: RGS

De onderzijde van figuur 7 met de gegevens over de bedrijfsartsen laat een beeld zien dat in grote lijnen vergelijkbaar is met het beeld van de verzekeringsartsen. Het aantal bedrijfsartsen is twee keer zo groot. Bij de mannen is het enige verschil dat de leeftijdspiek op dit moment niet bij 60 tot 65 jaar, maar bij 55 tot 60 jaar ligt. Bij de vrouwen is er geen enkel verschil. Het aantal geregistreerde mannen en vrouwen tussen de 55 en 65 jaar betreft bij de bedrijfsartsen 624 respectievelijk 216, een totaal van 840. In opleiding zijn momenteel 64 aiios, die de komende 4 jaar kunnen worden geregistreerd als bedrijfsarts. Daaraan kunnen nog een aantal bedrijfsartsen worden toegevoegd, die opnieuw intreden in hun specialisme. Dat aantal is echter de afgelopen jaren bescheiden gebleken (tabel 5). Dit betekent dat ook het aantal geregistreerde bedrijfsartsen de komende 4 jaar waarschijnlijk verder zal blijven dalen.

In de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid zijn de gegevens van de specialisten en die van de profielartsen naast elkaar gezet. In verband met de wijziging van de registraties in 2006 en de daarop volgende overgangperiode, is hier alleen vergelijking met 2010 mogelijk. Figuur 8 laat zien dat de verschillen met 2010 ondanks de korte vergelijkingsperiode vooral voor de specialisten aanzienlijk zijn.

Figuur 8: Hoofdstroom M&G 1 januari 2016; leeftijd en geslacht vergeleken met 2010



Bron: RGS

Ten opzichte van 2010 is ook deze beroepsgroep vergrijsd. Ook is het aantal geregistreeerde specialisten gedaald, hetgeen eerder al in tabel 15 zichtbaar werd (van 924 naar 702 artsen M&G). In deze figuur wordt zichtbaar dat de daling van het aantal specialisten hoofdzakelijk wordt

veroorzaakt door een achterstand van de instroom in de “jongere” leeftijdsgroepen. De beleidsmaatregel van het ministerie van VWS om de tweede fase van de opleiding tot arts M&G subsidiabel te maken is in deze figuur (in tegenstelling tot tabel 3) nog niet zichtbaar. Op 1 januari 2016 bedroeg het aantal specialisten tussen de 55 en de 65 jaar 378. Het aantal aiOS tweede fase bedroeg 46. Er is nog een grote opleidingsinspanning noodzakelijk om aan de toekomstige vervangingsvraag te voldoen.

Bij de profielartsen is het beeld genuanceerder. Voor de zeven profielen gecombineerd is sprake van een netto toename van het aantal profielartsen met 279. Deze komt volledig voor rekening van de vrouwen. Bij de mannen is er een netto afname van 3 profielartsen in 6 jaar tijd. De groep mannen is als geheel sterk vergrijsd. Bij de vrouwen is de groep profielartsen tussen de 60 en 65 jaar met 228 toegenomen.

Tussen de diverse profielen bestaan grote verschillen. In de volgende tabel staan per profiel een aantal kenmerken. De tabel is gebaseerd op het aantal profielregistraties. Dat betekent dat er ook artsen M&G tussen zitten, die tevens een profielregistratie hebben.

Tabel 17: Kenmerken profielen M&G per 1 januari 2016 naar rato van geregistreerde profielartsen

Profiel	Aantal	% vrouw	% ouder dan 54 jaar
Arts beleid en advies	177	46%	61%
Arts indicatie & advies	54	43%	67%
Arts infectieziektebestrijding	120	55%	37%
Arts tuberculosebestrijding	28	46%	57%
Forensisch arts	138	27%	73%
Jeugdarts	1.041	92%	42%
Medische milieukundige	15	67%	47%
Totaal	1.573	76%	48%

Bron: RGS

De tabel laat zien dat het gemiddeld percentage vrouw sterk varieert per profiel. De meeste profielen kennen tussen de 40% en 60% vrouwen. Vooral bij de jeugdarts KNMG en de forensisch arts KNMG wijken deze percentages af. Door het hoge aantal vrouwen in het profiel jeugdarts KNMG weegt dat percentage ook zwaar in het gemiddelde. Bij de forensisch arts KNMG is het percentage vrouwen laag. Daarbovenop heeft dit profiel ook een relatief hoog percentage artsen ouder dan 54 jaar. Bijna 75% van deze artsen zal de komende 10 jaar stoppen met zijn werkzaamheden. In de drie niet gesubsidieerde profielen is het percentage artsen ouder dan 54 jaar hoger dan in de wél gesubsidieerde profielen.

5.3 Omvang dienstverband

De bedrijfsartsen zijn nog steeds de belangrijkste groep sociaal geneeskundigen met relatief vaak een eigen onderneming. Na de introductie van de Arbowet is het percentage bedrijfsartsen in loondienst gedaald. In 2010 werkte 33% van de bedrijfsartsen geheel of gedeeltelijk als zelfstandig

ondernemer. In 2016 bedroeg dat percentage nog steeds 33%. Volgens de experts blijft dit percentage de komende jaren stabiel.

De omvang van het dienstverband is voor de sociaal geneeskundigen gebaseerd op gegevens uit eerdere deelonderzoeken, enquêtes en het Sociaal Statistisch Bestand (SSB) van het CBS. Tabel 18 laat de resultaten van deze eerdere onderzoeken, enquêtes en het SSB zien.

Tabel 18: Omvang dienstverband per specialisme/profiel en geslacht

Specialisme/ profiel	Aantal werkzaam	% Vrouw	Fte Man	Fte Vrouw	Gemiddeld
Bedrijfsarts*	1.672	36,2%	0,94	0,83	0,90
Verzekeringsarts*	877	40,1%	0,94	0,82	0,89
M&G zonder profiel	120	39,2%	0,87	0,74	0,82
M&G + arts beleid en advies	123	49,6%	0,87	0,74	0,81
M&G + arts indicatie & advies	16	43,8%	0,87	0,74	0,81
M&G + arts infectieziektebestrijding	85	52,9%	0,87	0,74	0,80
M&G + arts tuberculosebestrijding	24	45,8%	0,87	0,74	0,81
M&G + forensisch arts	69	29,0%	0,87	0,74	0,83
M&G + jeugdarts**	336	92,0%	0,74	0,74	0,74
M&G + medisch milieukundige	13	61,5%	0,87	0,74	0,79
Arts beleid en advies	32	56,3%	0,87	0,74	0,80
Arts indicatie & advies	30	50,0%	0,87	0,74	0,80
Arts infectieziektebestrijding	30	66,7%	0,87	0,74	0,78
Arts tuberculosebestrijding	2	50,0%	0,87	0,74	0,81
Forensisch arts	53	30,2%	0,87	0,74	0,83
Jeugdarts **	624	92,9%	0,68	0,68	0,68
Medisch milieukundige	2	100,0%	0,87	0,74	0,74

Bron: NIVEL

*: Bron: SSB

** : mededeling AMC: Mariëlle Jambroes 21-03-2016

In de hoofdstroom A&G zijn de werkzame bedrijfsartsen en verzekeringsartsen 0,05 respectievelijk 0,02 fte meer gaan werken dan in 2013. Dat geldt zowel voor de vrouwen als de mannen. Dat is opmerkelijk, gezien de vergrijzing van beide beroepsgroepen. Voor de fte-percentages binnen de hoofdstroom M&G zijn de gegevens van het SSB niet specifiek genoeg.

Uit een onderzoek van Jambroes onder alle artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg is bekend geworden dat de jeugdarts KNMG in 2014 gemiddeld 0,68 fte werkte. De arts M&G werkte in 2014 gemiddeld 0,74 fte. In het Capaciteitsplan 2013 bedroeg de fte-omvang nog 0,44 fte, respectievelijk 0,62 fte. Dit was gebaseerd op gegevens uit een enquête uit 2012. De toename van het aantal gemiddelde fte past bij het vermoeden dat veel werknemers met kleinere dienstverbanden sinds 2012 zijn gestopt.

5.4 Instroom in het specialisme/ profiel

De instroom in een specialisme of profiel binnen de sociale geneeskunde is alleen mogelijk door inschrijving in het betreffende register van de RGS. Meestal gebeurt dat na het succesvol afsluiten van de 2- of 4-jarige opleiding. Vooral binnen de hoofdstroom A&G laten anders geregistreerde specialisten (bijvoorbeeld orthopeden of cardiologen) zich nog wel eens aanvullend scholen via een Individueel Opleidingsplan (IOP, zie tabel 5.) Voor de bedrijfsartsen is ook instroom mogelijk van geregistreerde specialisten uit het buitenland, al wordt daar niet vaak gebruik van gemaakt. In 2013 en 2014 is telkens één bedrijfsarts ingeschreven uit het buitenland, in 2015 waren dat er twee. In het profiel infectieziektebestrijding is sinds de start van het profielregister één arts infectieziektebestrijding ingeschreven, in het profiel jeugdgezondheidszorg zijn dat er zes. Tabel 19 laat het aantal nieuwe inschrijvingen in de diverse registers sinds 2006 zien.

Tabel 19: Aantal nieuwe inschrijvingen in specialisten en profielregisters sinds 2006

Specialisme/profiel KNMG	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bedrijfsarts	89	90	76	33	33	25	23	29	28	15
Verzekeringsarts	64	48	38	20	13	36	17	8	25	22
Arts M&G	17	8	10	14	24	18	12	15	22	22
Arts beleid en advies		38	5	141	1	0	2	1	14	12
Arts indicatie & advies		38	9	24	0	1	2	0	0	1
Arts infectieziektebestrijding		9	12	61	8	7	8	6	11	11
Arts tuberculosebestrijding		1	1	18	1	0	4	1	0	2
Forensisch arts		16	69	100	0	0	3	2	1	0
Jeugdarts		339	64	407	36	41	52	62	68	61
Medisch milieukundige		1	0	11	1	2	1	1	1	0
Totaal specialismen	170	146	124	67	70	79	52	52	75	59
Totaal profielen	0	442	160	762	47	51	72	73	95	87
Totaal	170	588	284	829	117	130	124	125	170	146

Bron: RGS

De instroom in de registers voor bedrijfsarts en verzekeringsarts is ten opzichte van 2006 nu maar 25% tot 33%. De instroom in het derde specialisme, arts M&G, is vanaf 2014 iets toegenomen ten opzichte van voorgaande jaren. Dat geldt ook voor de verzekeringsartsen. Bij de profielregisters wordt de instroom in de periode 2006 tot 2010 gedomineerd door de instroom uit de diverse overgangsregelingen. Pas vanaf 2010 geeft de instroom de werkelijke instroom uit de opleidingen aan. Instroom uit het buitenland komt niet voor. Er is sprake van een toename van de instroom in vier profielen door de subsidiëring van VWS. Ook is er een toename van de instroom in het profiel beleid en advies door het beleid van het ministerie van Defensie. In de overige twee profielen, forensische geneeskunde en sociaal medische advisering, zijn de afgelopen vijf jaar 13 artsen ingeschreven. Gezien de korte tijd sinds 2010 kan hier niet van een toename of een afname worden gesproken.

5.5 Uitstroom uit het specialisme/profiel

In tabel 20 wordt de uitstroom van specialisten en profielartsen uit de registers beschreven. Uitstroom komt tot stand op eigen verzoek van betrokkene, meestal bij beëindiging van de carrière, op initiatief van de RGS als betrokkene bij de periodieke herregistratie niet kan aantonen te hebben voldaan aan de eisen van het College Geneeskundig Specialismen of op last van het Tuchtcollege.

Tabel 20: Aantal uitschrijvingen uit specialistenregisters en profielregisters sinds 2006

Specialisme/profiel KNMG	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Bedrijfsarts	42	57	44	51	87	88	68	80	72	106
Verzekeringsarts	29	29	67	32	51	40	32	37	16	47
Arts M&G	63	29	43	32	53	53	32	28	28	41
Arts beleid en advies				7	1	4	12	5	7	8
Arts indicatie & advies				8	0	2	2	2	2	2
Arts infectieziektebestrijding				1	1	1	2	2	1	4
Arts tuberculosebestrijding				0	0	0	1	1	0	0
Forensisch arts				3	6	4	38	8	8	4
Jeugdarts				18	10	12	13	16	8	16
Medisch milieukundige				0	0	0	1	0	1	0
Totaal specialismen	134	115	154	115	191	148	132	145	116	194
Totaal profielen				37	18	23	69	34	27	34
Totaal	134	115	154	152	209	201	201	179	143	227

Bron: RGS

In 2015 zijn voor het eerst sinds de oprichting van het register meer dan 100 bedrijfsartsen uitgeschreven. Het betreft niet alleen bedrijfsartsen die stoppen met werken door leeftijdsontslag. Een gedeelte van de uitgeschreven bedrijfsartsen is wellicht weer geregistreerd als verzekeringsarts, een ander gedeelte is mogelijk door de schrale markt tussentijds gestopt. Het aantal uitschrijvingen bij de verzekeringsartsen schommelt jaarlijks. Gezien de lage aantallen kan hieruit geen conclusie getrokken worden. Voor het aantal uitschrijvingen bij de arts M&G geldt hetzelfde.

De eerste inschrijvingen in de profielregisters zijn gedaan in 2007. Een deel van deze registraties vond plaats voor een periode van 2 jaar. Dit gebeurde als twijfels bestonden over bijvoorbeeld de omvang van de werkzaamheden, de gevolgde bijscholing of de intervisie. Vanaf 2009 zijn de eerste actieve uitschrijvingen uit het register mogelijk en vanaf 2012 de eerste uitschrijvingen bij herregistratie. Vooral bij de profielen beleid en advies en forensische geneeskunde zijn de effecten van de eerste herregistratie na 5 respectievelijk 2 jaar goed zichtbaar. Over het algemeen is de uitstroom uit de profielregisters lager dan de instroom. Met name voor de gesubsidieerde opleidingen is er sprake van groei van het aantal profielartsen.

Op basis van de feitelijke uitstroom uit het profielregister en het specialistenregister, de leeftijd en het geslacht van de specialisten en profielartsen kan de verwachte uitstroom over 5, 10, 15 en 20

jaar worden berekend. Daarbij wordt rekening gehouden met de toename van de pensioenleeftijd. De komende 5 jaar wordt uitgegaan van een pensioenleeftijd van 66 jaar, daarna voor de volgende jaren van een pensioenleeftijd van 67 jaar. In tabel 21 worden de vertrekkansen getoond zoals NIVEL die berekend heeft op basis van gegevens van de RGS.

Tabel 21: Vertrekkansen sociaal geneeskundigen/profielartsen in procenten

Specialisme/profiel	Tot 2021		Tot 2026		Tot 2031		Tot 2036	
	M	V	M	V	M	V	M	V
Bedrijfsarts	21,3	12,4	47,8	29,0	71,9	56,6	83,6	76,8
Verzekeringsarts	28,7	14,2	56,0	35,0	75,1	60,7	85,4	79,5
M&G zonder profiel	22,8	3,5	45,7	47,9	49,6	65,7	68,5	69,6
M&G + arts beleid en advies	25,5	15,0	65,9	39,6	85,4	69,4	89,4	87,9
M&G + arts indicatie & advies	9,3	35,7	37,0	47,6	78,4	75,6	90,9	90,9
M&G + arts infectieziektebestrijding	18,8	3,7	43,8	24,1	68,4	41,2	79,5	64,6
M&G + arts tuberculosebestrijding	12,8	15,2	57,7	30,3	74,7	64,2	89,3	82,6
M&G + forensisch arts	30,6	16,7	66,3	41,7	72,9	52,9	87,2	72,7
M&G + jeugdarts	27,8	16,5	49,4	34,8	68,6	56,8	80,8	73,8
M&G + medisch milieukundige	66,7	20,8	83,3	20,8	88,2	44,1	90,9	79,5
Arts beleid en advies	11,9	4,6	29,8	13,9	37,8	24,5	39,0	30,3
Arts indicatie en advies	16,7	22,2	38,9	38,9	76,5	64,7	84,8	84,8
Arts infectieziektebestrijding	8,3	0,0	25,0	8,3	35,3	13,2	45,5	18,2
Arts tuberculosebestrijding	0,0	0,0	83,3	0,0	88,2	88,2	90,9	90,9
Forensisch arts	29,3	15,6	63,1	41,7	76,3	49,6	83,5	68,2
Jeugdarts	24,6	13,5	47,3	28,7	66,2	47,2	78,5	61,1
Medisch milieukundige	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Bron: RGS, bewerking NIVEL

De tabel laat zien dat erop elk moment aanzienlijke verschillen zijn in vertrekkansen tussen de diverse beroepen. De komende 5 jaar wordt naar verwachting afscheid genomen van 8% van de mannelijke **profielartsen** in de infectieziektebestrijding, maar ook van 67% van de mannelijke **specialisten M&G** met de profielaantekening medische milieukunde. Oorzaak hiervan is de verschillende leeftijdsopbouw. Over het algemeen is de beroepsgroep sterker vergrijsd dan de huisartsen of de medisch specialisten. De vertrekkansen van sociaal geneeskundigen zijn daarom gemiddeld hoger. De vertrekkansen voor de artsen M&G uit de gesubsidieerde profielen zijn wat lager dan de vertrekkansen voor de artsen M&G uit de niet gesubsidieerde profielen. Dat wordt veroorzaakt doordat deze laatste groep minder instroom en dus ook minder verjonging heeft doorgemaakt. Dit laatste kan ook worden geconstateerd als de huidige vertrekkansen voor de bedrijfsartsen en de verzekeringsartsen worden vergeleken met die van 2013 (tabel 22).

Tabel 22: Vertrekkansen bedrijfsartsen en verzekeringsartsen 2013 en 2016

Specialisme/profiel	Na 5 jaar		Na 10 jaar		Na 15 jaar		Na 20 jaar	
	M	V	M	V	M	V	M	V
Bedrijfsarts 2013	14,0	6,1	34,3	18,4	62,5	40,0	83,4	66,2
Bedrijfsarts 2016	21,3	12,4	47,8	29,0	71,9	56,6	83,6	76,8
Verzekeringsarts 2013	18,9	10,6	42,8	25,1	70,7	48,1	88,0	72,1
Verzekeringsarts 2016	28,7	14,2	56,0	35,0	75,1	60,7	85,4	79,5

Bron: NIVEL

De vertrekkansen voor bedrijfsartsen zijn zowel voor de mannen als de vrouwen toegenomen. Binnen 5 jaar stopt 21% (227) van de mannelijke bedrijfsartsen en 12% (75) van de vrouwelijke bedrijfsartsen met werken. Dat zijn 302 bedrijfsartsen die de arbeidsmarkt gaan verlaten. Daartegenover staat dat er de komende vier jaar ongeveer 60 bedrijfsartsen vanuit de opleiding de arbeidsmarkt zullen instromen.

De vertrekkansen voor de artsen die de opleiding nog moeten volgen, of daarmee al bezig zijn, zijn anders. In de eerste plaats omdat deze artsen gemiddeld jonger zijn dan de groep artsen die (soms al vele jaren) werkzaam is. In de tweede plaats omdat tussen het voltooien van een opleiding en het inschrijven in het register van specialisten of profielartsen een (extra) beslismoment zit, dat reeds ingeschreven artsen niet meer hebben. Een arts kan namelijk besluiten om -na het voltooien van de opleiding tot profielarts of sociaal geneeskundige - zich niet in het betreffende register in te laten schrijven.

NIVEL heeft op basis van de RGS-gegevens aannames gemaakt over de sociaalgeneeskundige specialismen en profielen. De zo tot stand gekomen theoretische blijfkansen voor nog niet geregistreerde artsen worden externe rendementen genoemd. (Dit is in navolging van het interne rendement van een opleiding.) Het externe rendement is dus het tegenovergestelde van de theoretische vertrekkans. Tabel 23 laat de geschatte externe rendementen voor de toekomstige sociaal geneeskundigen en profielartsen zien. Deze zijn identiek aan 2013.

Tabel 23: Externe rendementen toekomstig sociaal geneeskundigen en profielartsen

Specialisme/profiel	Na 1 jaar		Na 5 jaar		Na 10 jaar		Na 15 jaar	
	M	V	M	V	M	V	M	V
Bedrijfsarts	94,7	97,1	84,6	87,0	79,7	79,8	71,7	69,2
Verzekeringsarts	94,7	97,1	84,6	87,0	79,7	79,8	71,7	69,2
M&G zonder profiel	99	99	95	95	90	90	85	85
M&G + arts beleid en advies	99	99	95	95	90	90	85	85
M&G + arts indicatie & advies	99	99	95	95	90	90	85	85
M&G + arts infectieziektebestrijding	99	99	95	95	90	90	85	85
M&G + arts tuberculosebestrijding	99	99	95	95	90	90	85	85
M&G + forensisch arts	99	99	95	95	90	90	85	85
M&G + jeugdarts	99	99	95	95	90	90	85	85
M&G + medisch milieukundige	99	99	95	95	90	90	85	85
Arts beleid en advies	99	99	95	95	90	90	85	85
Arts indicatie & advies	99	99	95	95	90	90	85	85
Arts infectieziektebestrijding	99	99	95	95	90	90	85	85
Arts tuberculosebestrijding	99	99	95	95	90	90	85	85
Forensisch arts	99	99	95	95	90	90	85	85
Jeugdarts	99	99	95	95	90	90	85	85
Medisch milieukundige	99	99	95	95	90	90	85	85

Bron: RGS, bewerking NIVEL

5.6 Conclusie zorgaanbod

Het totale aanbod aan geregistreerd geneeskundig specialisten in de sociale geneeskunde is ten opzichte van het vorige Capaciteitsplan uit 2013 met 299 personen gedaald, oftewel met 8,0% van het totale aantal geregistreerde artsen. In 2013 betrof het 319 personen, oftewel 7,9%. Deze daling is dus in zijn geheel conform de verwachtingen van het Capaciteitsorgaan. Bij de verzekeringsartsen is de daling iets minder dan verwacht, bij de bedrijfsartsen iets meer. Waarschijnlijk kiezen bedrijfsartsen er nog steeds voor om zich alsnog te laten registreren als verzekeringsarts. De verwachting is dat de daling van het aantal geregistreerde bedrijfsartsen de komende 3 jaar in eenzelfde tempo van 8% tot 10% per 3 jaar doorgaat. Bij de verzekeringsartsen zal de daling ook continueren, maar in een iets lager tempo vanwege het toenemend aantal aiOS dat instroomt in de opleiding. Per saldo zal het aantal geregistreerde verzekeringsartsen echter blijven dalen, omdat de instroom de afgelopen 4 jaar niet opweegt tegen de verwachte uitstroom.

De gegevens over de arts M&G verdienen apart aandacht. Deze gegevens zijn nu definitief geschoond voor de sportartsen. Zichtbaar wordt daardoor dat sinds 2007 het aantal artsen M&G is gedaald van 927 tot 702, een daling van 24,3%. Belangrijkste oorzaak hiervan is het uitblijven van instroom in deze opleiding vanaf 2002 tot 2012. Sinds 2012 is er weer sprake van instroom in de opleiding, vooral via tweede fase opleidingen. Sinds 2014 stromen er hierdoor weer geregistreerde artsen M&G in het register en lijkt de daling op dit moment tot stilstand te komen.

In de hoofdstroom M&G blijft het aantal profielartsen gestaag toenemen. In 2013 waren er 1.401 geregistreerde profielartsen, inmiddels zijn dat er 1.573, een toename van 12,3%. De toename wordt vooral veroorzaakt binnen de gesubsidieerde profielen: arts infectieziektebestrijding +25,0%, arts tuberculosebestrijding +16,7%, jeugdarts +16,6%, medisch milieukundige +15,4%. Ook het aantal profielartsen in het profiel beleid en advies is met 7,3% gestegen, waarschijnlijk door het beleid van het ministerie van Defensie. Daartegenover staat de afname met 10 artsen in de forensische geneeskunde (-7,2%) en 9 artsen in het profiel indicatie en advies (-16,7%).

De toename van het aantal artsen infectieziektebestrijding en van het aantal jeugdartsen is waarschijnlijk niet evenredig gespreid over Nederland. Uit onderzoek van de Geneeskundige Inspectie bleek dat er grote verschillen tussen GGD'en bestaan in de medische bezetting van de algemene infectieziektebestrijding. Uit onderzoek van Regioplan bleek hetzelfde voor de medische bezetting van de jeugdgezondheidszorg.

6 Werkproces

6.1 Inleiding

De zorgvraag en het zorgaanbod worden aan elkaar gekoppeld via het werkproces. In dit hoofdstuk worden de verwachtingen over de ontwikkelingen binnen het werkproces beschreven. Deze ontwikkelingen zijn belangrijk voor de afstemming tussen vraag en aanbod. Zorgverleners kunnen een groter deel van de zorgvraag vervullen als er in het werkproces: efficiencywinst geboekt kan worden, vakinhoudelijke ontwikkelingen of technologische verbeteringen mogelijk zijn. Daarnaast is ook op een andere manier tijdsbesparing mogelijk in het werkproces. Zo kan een ander specialisme voortaan (deels) activiteiten uitvoeren. Denk aan horizontale substitutie. Een voorbeeld hiervan is de arts infectieziektebestrijding KNMG die activiteiten uitvoert van de medisch microbioloog. Van verticale substitutie is sprake wanneer een lager geschoolde professional taken overneemt, bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist preventieve zorg die taken overneemt van de jeugdarts KNMG. Veranderingen in het werkproces hebben geen planbare begin- of einddatum. Zij gaan direct in en gelden voor de volledige bestaande capaciteit aan beroepsbeoefenaren. Dat betekent dat de effecten van het werkproces op de huidige capaciteit achteraf gecompenseerd moeten worden via de opleidingen, waarvan de weerslag pas vanaf 2021 voor het eerst zichtbaar wordt in de capaciteit. Paragrafen 6.2 t/m 6.6 behandelen de vijf parameters van het werkproces: vakinhoudelijke ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen, efficiency, horizontale en verticale substitutie.

6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

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

6.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Het werk van de verzekeringsarts is de afgelopen jaren geleidelijk veranderd. De caseload is nog steeds laag. Alhoewel er sprake leek te zijn van specialisatie en differentiatie zet deze trend niet door. In tegenstelling tot klinische arbeidsgeneeskunde is er nog geen klinische verzekeringsgeneeskunde. Wel is het zo dat werkgevers evidence-based werken stimuleren. Verder is er een academische werkplaats verzekeringsgeneeskunde en vindt er promotieonderzoek plaats. De verwachting is dat er zich in de komende periode mede daardoor vakinhoudelijke ontwikkelingen zullen voordoen die leiden tot een aanpassing van het werkproces. De parameter wordt in deze raming gehandhaafd op 0,5%.

In de bedrijfsgezondheidszorg zetten de vakinhoudelijke ontwikkelingen zich door. De klinische arbeidsgeneeskunde is in een aantal ziekenhuizen al actief. De activiteiten van de bedrijfsarts verplaatsen zich van routinematige handelingen, zoals het verzuimspreekuur, naar complexere activiteiten voor advisering van werkgever en werknemer. Het belang van verbetering van de kwaliteit van het handelen van de bedrijfsarts blijkt onder meer uit het besluit van de minister van SZW om incidentele gelden voor kwaliteitsbeleid aan de NVAB te verlenen tot 2018. Dit is opmerkelijk, omdat het ministerie dat eigenlijk geen overheidstaak vindt. De parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen wordt daarom gehandhaafd op 0,5%.

6.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid zijn de vakinhoudelijke ontwikkelingen zeer divers per profiel. In het profiel beleid en advies zijn nauwelijks ontwikkelingen die invloed hebben op het werkproces. Dit profiel blijft arbeidsintensief en er zijn geen vakinhoudelijke ontwikkelingen die dat verminderen. De parameter wordt gehandhaafd op 0%. In het profiel forensische geneeskunde worden door het rapport van de Gezondheidsraad de komende 10 jaar wel vakinhoudelijke ontwikkelingen verwacht, met name op het terrein van evidence-based werken. De gevolgen van de beëindiging van het experiment met de NODO-procedure⁴⁸ en de nieuwe handelwijze zijn inmiddels in het werkproces verwerkt. De vakinhoudelijke ontwikkelingen voor de forensische geneeskunde betreffen handelingen waarbij om kwaliteitsredenen steeds zorgvuldiger gewerkt wordt. De daarmee gepaard gaande procedures, bijvoorbeeld omkleden bij bezoek van het plaats delict, kosten meer tijd. De parameter wordt gehandhaafd op +2%. Het profiel 'Sociaal medische indicatie en advies' heeft te maken met een grotere reikwijdte van de advisering. Vakinhoudelijk horen daar ontwikkelingen bij die leiden tot een enigszins grotere inzet van de arts per cliënt. Hiervoor wordt de parameter op 1% gehandhaafd.

In de infectieziektebestrijding zijn er volop vakinhoudelijke ontwikkelingen. De zoönosen, de antibioticaresistentie en "emerging diseases" zijn factoren die vakinhoudelijke uitbreidingen van de kennis van de arts infectieziektebestrijding vragen. Tegelijkertijd neemt de complexiteit van de infectieziektebestrijding toe. De parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen wordt gehandhaafd op 2%. Ook in de jeugdgezondheidszorg is er sprake van vakinhoudelijke ontwikkelingen, met name waar het gaat om de activiteiten voor de centra voor jeugd en gezin en de activiteiten vanwege de decentralisatie van de jeugdzorg. De ontwikkelingen gaan niet zo snel als aanvankelijk werd gedacht. Sommige gemeenten kiezen voor benaderingen waarin de jeugdarts een kleine rol speelt. Er is wel enige winst door de rechtstreekse verwijsmogelijkheid naar specialisten, waardoor er een schakel minder is bij de controle op effecten van verwijzingen. De parameter wordt daarom iets verlaagd naar 0% tot +0,5%. Net als in het vorige Capaciteitsplan is gekozen voor een bandbreedte in de parameter.

Bij de medische milieukunde zetten de veranderingen zich in gelijke mate door. De +1% wordt gehandhaafd. In de tuberculosebestrijding is de vluchtelingenstroom ten opzichte van de inschattingen in 2013 niet sterk veranderd. Ook de screening op infectieziekten bij immigranten jonger dan 18 jaar levert maar een bescheiden toename van de bezigheden voor de arts op. De parameter wordt gehandhaafd op +0,5% per jaar.

6.3 Technologische ontwikkelingen

Technologische ontwikkelingen in de sociale geneeskunde staan eigenlijk nog in de kinderschoenen. Het betreft nu vooral ontwikkelingen op het terrein van de laboratoriumdiagnostiek, zoals RNA sequencing en elektronische dossiers. De snelheid van diagnostiek en de kwaliteit van het medisch handelen zal daardoor wel gaan toenemen.

⁴⁸ Nader Onderzoek naar de DoodsOorzaak bij kinderen: een experiment waarbij de forensisch arts standaard werd ingeschakeld bij elk overlijden van een minderjarige zonder duidelijke doodsoorzaak.

6.3.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

In de verzekeringsgeneeskunde leidt het gebruik van geautomatiseerde verslaglegging voor de verzekeringsarts tot een iets hoger rendement. Er wordt ten opzichte van 2013 (-1%) een iets lagere waarde van -0,5% in de parameters aan technologische ontwikkelingen toegekend. Het grootste effect van de technologische ontwikkelingen zou de verzekeringsarts kunnen bereiken door het gebruik van een betere ondersteuning bij zijn werkzaamheden. (Zie par. 6.6.1.) Voor de bedrijfsgezondheidszorg verwacht het Capaciteitsorgaan de komende jaren nog geen invloed van technologische ontwikkelingen op de toekomstig benodigde arbeidscapaciteit. De parameter wordt daarom gehandhaafd op 0%.

6.3.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

De invloed van technologische ontwikkelingen op het werk van de arts beleid en advies zijn nog niet goed in te schatten. Het beschikbaar komen van zogenaamde “Big Data” kan leiden tot meer werk voor de arts beleid en advies, maar kan aan de andere kant het werk ook vergemakkelijken. De parameter wordt daarom op 0% gesteld. In de forensische geneeskunde leidt het gebruik van elektronische dossiers tot enige tijdwinst, bijvoorbeeld bij de dienstoverdracht of bij het raadplegen van het farmacologisch dossier van een aangehouden persoon. De parameter wordt nu op -1% gesteld. De arts sociaal medische indicatie en advies werkt steeds meer met geautomatiseerde processen (en ondersteunend personeel) om zo kosteneffectief mogelijk te kunnen werken. De parameter wordt op -0,5% gehandhaafd.

Technologische ontwikkelingen in de infectieziektebestrijding betreffen bijvoorbeeld de software om aangifteplichtige ziekten te monitoren. Deze software wordt steeds geavanceerder, waardoor beleidsadviezen, gebaseerd op analyses van de gegevens, steeds minder tijd gaan kosten. De parameter wordt daarom aangepast naar -1%. In de jeugdgezondheidszorg schatten experts de technologische ontwikkeling in op -0,5%. Reden daarvoor is dat de technologische ontwikkelingen in de jeugdgezondheidszorg meer positieve dan negatieve kanten hebben. In de medische milieukunde verwachten experts geen effecten door technologische ontwikkelingen. De parameter wordt ook hier op 0% gesteld. In de tuberculosebestrijding wordt het werk door technologische ontwikkelingen weliswaar versneld, maar niet verminderd. Ook hier wordt de parameter op 0% gehandhaafd.

6.4 Efficiency

Sociaal geneeskundigen werken voor het merendeel in dienstverband binnen kleine of middelgrote organisaties. Zij zijn vaak de meest kostbare medewerkers van de organisatie. Daarom zoeken de werkgevers continu naar maatregelen om de efficiency van de sociaal geneeskundigen te verhogen.

6.4.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Bij de verzekeringsartsen heeft het UWV in 2015 drie strategieën uitgewerkt om de efficiency bij de verzekeringsartsen te vergroten. Helaas zijn deze drie strategieën nog geen van alle geïmplementeerd. Dit komt door meningsverschillen tussen de verzekeringsartsen en de werkgevers over de financiële implicaties van de daaruit voortvloeiende verhoging van de caseload. Het ziet er niet naar uit dat deze meningsverschillen op korte termijn worden opgelost. Vanwege het beperkte

zicht op daadwerkelijke verbeteringen van de efficiency bij de verzekeringsartsen wordt deze parameter nu teruggebracht naar -1,0% tot -2,0% per jaar.

In de bedrijfsgezondheidszorg wordt de parameter iets lager ingeschat, op -0,5%. De waarde is identiek aan de waarde in 2013. De Arbodiensten blijven de efficiency van hun bedrijfsartsen verder verbeteren. Het percentage zzp'ers neemt echter steeds verder toe. Deze groep bedrijfsartsen werkt door de kleinschaligheid al zo efficiënt mogelijk en beschikt daardoor over minder mogelijkheden om de efficiency verder te verbeteren. In totaliteit neemt de efficiency daardoor maar langzaam toe.

6.4.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Efficiencywinst wordt niet verwacht binnen het domein beleid en advies. De parameter wordt op 0% gesteld. Binnen de forensische geneeskunde kan enige efficiencywinst worden verwacht door de beoogde nationale contractering van forensisch geneeskundigen. In de praktijk blijkt deze contractering de afgelopen jaren lastiger dan werd voorzien, omdat de forensisch geneeskundigen vaak op het niveau van de Veiligheidsregio's zijn georganiseerd en bovenregionale samenwerking niet automatisch leidt tot efficiencywinst. De aanbesteding van alle forensische dienstverlening is door de Nationale Politie gestaakt. De verwachting is echter dat op de langere termijn de contractering gaat werken en er enige efficiencywinst zal optreden. De parameter wordt daarom gehandhaafd op -0,5%. De experts binnen sociaal medische indicatie en advies verwachten geen efficiencywinst. De parameter is 0%.

In de infectieziektebestrijding zorgt de aanstelling van de regionaal consulenten in 2013 voor enige efficiencywinst. Geschat wordt dat dit -0,5% per jaar zal zijn. De jeugdgezondheidszorg verwacht geen efficiencywinst door de samenwerking met de Centra voor Jeugd en Gezin en de verandering van de contactmomenten met de kinderen. De toename van overleg met derden, zoals medewerkers van de Centra voor Jeugd en Gezin, Wmo-functionarissen en wijkzorgfunctionarissen, maakt de kans op efficiency-effecten klein. De efficiencywinst wordt desondanks ten gevolge van de verdergaande automatisering (e-consulten, epd, automatische verwijzingen) ingeschat op -0,5%. In de medische milieukunde wordt geen efficiencywinst verwacht. De schaalgrootte is al optimaal en het vakgebied bevat veelal werkzaamheden waar geen efficiencywinst in te behalen valt. De parameter wordt op 0% gesteld. In de tuberculosebestrijding wordt geen efficiencywinst voorzien. De beroepsgroep tuberculoseartsen werkt al vanuit 4 expertisecentra, gespreid over Nederland. De parameter wordt dus op 0% gesteld.

6.5 Horizontale taakverschuiving

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

6.5.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

In de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid wordt de parameter horizontale substitutie voor de verzekeringsarts op 0% gesteld. De expliciete wetgeving in deze sector maakt het onmogelijk om de medische activiteiten van de verzekeringsarts door een andere geneeskundig specialist te laten uitvoeren.

In de bedrijfsgezondheidszorg wordt ook geen horizontale substitutie verwacht. De SER heeft een (verdeeld) advies uitgebracht over 5 scenario's die het ministerie van SZW aan de SER had voorgelegd voor de visieontwikkeling over de arbeidsgerelateerde zorg. Het scenario waarin de bedrijfsarts volledig wordt vervangen door de huisarts met als tweedelijns specialist de klinisch arbeidsgeneeskundige, heeft de LHV in 2014 van de hand gewezen. In de andere 4 scenario's is geen sprake van horizontale substitutie. Om die reden wordt hier een percentage van 0% gebruikt. In 2013 was in verband met die fundamentele scenariokeuze geen percentage vastgesteld.

6.5.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Binnen het specialisme beleid en advies is horizontale substitutie mogelijk door een aantal niet-medische beroepen met een academische opleiding. Gedacht kan worden aan beroepen als gezondheidswetenschapper, epidemioloog of Master of Public Health. In deze raming hanteert het Capaciteitsorgaan voor horizontale substitutie -0,5%. In de vorige raming is een percentage van -0,3% gebruikt (Dit stond abusievelijk bij verticale substitutie.) In de forensische geneeskunde is de taakverschuiving veelal in de andere richting, naar de forensisch arts toe. De forensisch arts krijgt er dus taken bij. De toenemende kwaliteitseisen voor protocollaire handelingen rond een (eventuele) niet-natuurlijke dood maken de rol van de forensisch arts/gemeentelijk lijkschouwer steeds tijdsintensiever. Ook worden door het openbaar ministerie en de advocatuur hogere kwaliteitseisen aan letselbeschrijvingen gesteld, waardoor de huisarts aanvullende scholing nodig heeft om de benodigde professionaliteit te kunnen garanderen. Tenslotte is de zorg voor arrestanten steeds vaker gelokaliseerd in huizen van bewaring of gevangenis. De beveiliging van deze complexen leidt tot langere toegangstijden tot de patiënt. Huisartsen zijn minder snel bereid om deze groep patiënten te bezoeken, omdat het profiel van de gemiddelde hulp vragende patiënt in de cel totaal verschillend is van de eigen populatie van de huisarts. De parameter wordt op +0,2% gesteld.

De arts sociaal medische indicatie en advies krijgt steeds vaker te maken met de verzekeringsarts. Buiten het UWV wordt de verzekeringsarts steeds vaker actief in de advisering van gemeenten. Gezien de tekorten aan verzekeringsartsen blijft de substitutie een beperkte omvang houden. Geschat wordt een parameter van -0,1%. Binnen de infectieziektebestrijding is de belangrijkste horizontale substitutiemogelijkheid inmiddels de medisch microbioloog. Daarnaast zijn andere specialismen, zoals de kinderarts, de huisarts, en de internist-infectioloog ook nog steeds relevant. De inschatting is echter dat de arts infectieziektebestrijding steeds meer landelijke werkzaamheden met een lokaal accent zal gaan uitvoeren. Dit komt door de landelijke dekking, het goed opererend surveillancesysteem en de nauwe samenwerking met het RIVM. De parameter wordt op 0,5% per jaar gesteld.

Experts verwachten dat in de jeugdgezondheidszorg horizontale substitutie ook zal leiden tot een verschuiving vanuit andere specialismen (huisarts, kinderarts) naar de jeugdarts. Dit is qua tempo echter afhankelijk van de afspraken met de zorgverzekeraars. De parameter wordt op +0,3% gesteld. De medisch milieukundigen hebben alleen te maken met de milieuwetenschapper. De verwachting is dat de effecten van horizontale substitutie beperkt zijn. Er wordt uitgegaan van 0% horizontale substitutie tussen beide beroepsgroepen.

In de tuberculosebestrijding is horizontale substitutie mogelijk met de arts longziekten en tuberculosebestrijding. De verwachting van de experts is dat hier geen substitutie zal plaatsvinden door de kleine omvang van de beroepsgroep tuberculoseartsen en de zeer specifieke deskundigheid die voor dit specialisme nodig is. De parameter wordt daarom op 0% gehouden.

6.6 Verticale taakverschuiving

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

6.6.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Binnen de verzekeringsgeneeskunde is de daling van het aantal beschikbare verzekeringsartsen voor de bedrijfsvoering merkbaar. Het UWV neemt op grote schaal basisartsen aan waarvan een aantal doorstroomt in de opleiding tot verzekeringsarts. De instroom in de opleiding is daardoor al behoorlijk gestegen. Maar de instroom in de opleiding heeft pas op de langere termijn (na 4 jaar) voor het eerst (een bescheiden) effect op het aantal werkzame verzekeringsartsen. In de tussentijd neemt het tekort verder toe, deels door het vertrek van grote aantallen verzekeringsartsen die de pensioengerechtigde leeftijd bereiken, deels doordat aios minder inzetbaar zijn door de tijd die zij moeten besteden aan de opleiding.

Het UWV heeft daarom persoonlijk assistenten aangesteld voor verzekeringsartsen. Deze assistent kan een deel van de administratieve taken van de arts overnemen, een vorm van verticale substitutie. Daarnaast kan de basisarts ook een klein deel van het werk van de verzekeringsarts overnemen, weliswaar onder supervisie. Deze maatregelen zijn nog niet allemaal ingevoerd in verband met bezwaren van de verzekeringsartsen. De Raad van Bestuur van het UWV heeft de bovengenoemde taakdelegatie op vrijwillige basis inmiddels mogelijk gemaakt. De parameter verticale substitutie wordt daarom op -0,5% per jaar gesteld.

De bedrijfsarts heeft voor onderdelen van zijn werk te maken met de casemanager, de bedrijfsverpleegkundige, de bedrijfspsycholoog en de preventiemedewerker. Door strikter toezicht op de privacywetgeving wordt het effect van verticale substitutie minder. Verder lijkt het erop dat de Arboarts langzaam van het toneel aan het verdwijnen is, omdat de opdrachtgevers op medisch gebied de voorkeur geven aan een gespecialiseerde arts. Het percentage verticale substitutie wordt daarom iets verminderd ten opzichte van 2013, naar -0,5% tot -1,0%.

6.6.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Verticale substitutie doet zich binnen het specialisme/profiel beleid en advies niet direct voor. De werkzaamheden kunnen moeilijk gesplitst worden in een niet-academisch en een academisch deel. De forensische geneeskunde kent wel de mogelijkheid van verticale substitutie. Met name in regio's waar de arrestanten grootschalig worden opgevangen kunnen forensisch artsen gebruik maken van de mogelijkheid om verpleegkundigen de arrestantenzorg volgens protocollen te verlenen. In de dunbevolkte perifere regio's is deze vorm van verticale substitutie waarschijnlijk niet kosteneffectief. De parameter verticale substitutie wordt vastgesteld op -0,2%. In de sociaal medische indicatie en advisering wordt voornamelijk niet uitgegaan van verandering in de verticale substitutie ten opzichte van 2013. Het percentage blijft %.

In de infectieziektebestrijding is al veel ervaring opgedaan met verticale substitutie van de arts infectieziektebestrijding naar de verpleegkundige. De werkzaamheden op het terrein van bron- en contactopsporing, voorlichting, diagnostiek en administratieve handelingen zijn intussen veelal in protocollen beschreven, waardoor de verpleegkundige die verantwoord kan uitvoeren. De arts is vooral bezig met outbreak control, analyses van patronen rond infectieziekten, consultatie van huisartsen, medisch microbiologen en internisten en advisering van de (lokale) overheid. De parameter wordt voor de arts infectieziektebestrijding iets verhoogd en op -0,5% tot -1,0% gesteld.

De jeugdgezondheidszorg kent verticale substitutie van de jeugdarts naar de jeugdverpleegkundige en de verpleegkundig specialist preventieve zorg. Experts zijn van mening dat de effecten van verticale substitutie beperkt zijn, omdat de vrijkomende tijd meestal wordt besteed aan extra aandacht of uitgebreidere aandacht voor de kinderen die vervolgens op indicatie van de verpleegkundige door de jeugdarts worden gezien. In 2015 heeft in opdracht van het Capaciteitsorgaan grootschalig onderzoek plaatsgevonden naar de ontwikkeling van verticale substitutie binnen de jeugdgezondheidszorg sinds 2006. De conclusie van de experts was dat de eerder gehanteerde percentages -0,3% tot -0,6% niet veranderd hoeven te worden.

De medische milieukunde kent maar beperkt verticale substitutie. Over het algemeen voeren medisch milieukundigen, mede door de beperkt beschikbare menskracht, geen taken uit die ook door anderen kunnen worden uitgevoerd. De parameter wordt gehandhaafd op 0,0% tot -2,0%. In de tuberculosebestrijding werd in 2013 nog dezelfde waarde voor de verticale substitutie gehanteerd als in de infectieziektebestrijding. De verticale substitutie naar de tuberculoseverpleegkundige lijkt echter al langer gaande. De parameter wordt daarom gehandhaafd op -0,2% tot -0,4%.

6.7 Conclusies werkproces

Een samenvatting van alle parameters die genoemd zijn in het werkproces wordt gegeven in tabel 24.

Tabel 24: parameterwaarden werkproces

Specialisme/profiel	Vakinhoud		Techno- logie	Efficiency		Substitutie		
	Min.	Max.		Min.	Max.	Horiz.	Verticaal Min.	Max.
Bedrijfsarts	+0,5%		0,0%	-0,5%		0,0%	-0,5%	-1,0%
Verzekeringsarts	+0,5%		-0,5%	-1,0%	-2,0%	0,0%	-0,5%	
M&G zonder profiel	0,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	
M&G + beleid en advies	0,0%		0,0%	0,0%		-0,5%	0,0%	
M&G + indicatie & advies	+1,0%		-0,5%	0,0%		-0,1%	0,0%	
M&G + infectieziektebestrijding	+2,0%		-1,0%	-0,5%		+0,5%	-0,5%	-1,0%
M&G + tuberculosebestrijding	+0,5%		0,0%	0,0%		0,0%	-0,2%	-0,4%
M&G + forensisch arts	+2,0%		-1,0%	-0,5%		+0,2%	-0,2%	
M&G + jeugdarts	0,0%	+0,5%	-0,5%	0,0%		+0,3%	-0,3%	-0,6%
M&G + medisch milieukundige	+1,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	-2,0%
Arts beleid en advies	0,0%		0,0%	0,0%		-0,5%	0,0%	
Arts indicatie en advies	+1,0%		-0,5%	0,0%		-0,1%	0,0%	
Arts infectieziektebestrijding	+2,0%		-1,0%	-0,5%		+0,5%	-0,5%	-1,0%
Arts tuberculosebestrijding	+0,5%		0,0%	0,0%		0,0%	-0,2%	-0,4%
Forensisch arts	+2,0%		-1,0%	-0,5%		+0,2%	-0,2%	
Jeugdarts	0,0%	+0,5%	-0,5%	0,0%		+0,3%	-0,3%	-0,6%
Medisch milieukundige	+1,0%		0,0%	0,0%		0,0%	0,0%	-2,0%

7 Scenario's

7.1 Inleiding

De scenario's zijn als volgt opgebouwd (tabel 25):

Tabel 25: gehanteerde parameters per scenario

Parameter/ trends	Scenario's									
	Basis	Demografie	Werkproces, tijdelijke trend (t.t.)	Werkproces, doorlopende trend	Verticale substitutie, t.t.	Verticale substitutie, d.t.	Arbeidstijdverandering, t.t.	Arbeidstijdverandering, d.t.	Maximale parameterwaarden, t.t.	Maximale parameterwaarden, d.t.
Vraag	-	√	√-	√	√-	√	√-	√	√	√
Onvervulde vraag	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Demografie	-	√	√	√	√	√	√	√	√	√
Epidemiologie minimaal	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Epidemiologie maximaal	-								√-	√
Sociaal-cultureel minimaal	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Sociaal-cultureel maximaal	-								√-	√
Werkproces	-		√-	√	√-	√	√-	√	√-	√
Vakinhoudelijk minimaal	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Vakinhoudelijk maximaal	-								√-	√
Technologie minimaal	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Technologie maximaal	-								√-	√
Efficiency minimaal	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Efficiency maximaal	-								√-	√
Horizontale substitutie minimaal	-		√-	√	√-	√	√-	√		
Horizontale substitutie maximaal	-								√-	√
Verticale substitutie minimaal	-						√-	√		
Verticale substitutie maximaal	-								√-	√
Aanbod	-				√-	√	√-	√	√-	√
Arbeidstijdverandering	-						√-	√	√-	√
Huidige instroom in de opleiding	√	√	√	√	√	√	√	√	√	√

√: parameter blijft doorwerken (doorlopende trend)

√-: parameter werkt door tot 2026 (tijdelijke trend)

In de hoofdstukken 3, 4, 5 en 6 is alle informatie beschreven die nodig is om een raming op te stellen. De informatie in de hoofdstukken 3 (opleidingen) en 5 (aanbod) is grotendeels verkregen door raadpleging van databronnen en verificatie bij de experts. De informatie in hoofdstuk 4 (ontwikkeling zorgvraag) is gebaseerd op onderzoek, prognoses van derden (bijvoorbeeld CBS, RIVM) en inschattingen door de experts. De informatie in hoofdstuk 6 (werkproces) is in hoofdzaak afkomstig van de experts. Deels zijn de parameters in dit hoofdstuk ook gebaseerd op onderzoek. De experts hebben bij sommige parameters moeite gehad om tot één waarde te komen. De experts waren het dan wel eens over de ontwikkeling, maar twijfelden over de mate waarin deze zal optreden. In dat geval zijn voor die parameter twee waarden voor het model beschikbaar, de “minimale” waarde (conservatieve schatting) en de “maximale” waarde (extreme schatting). De minimale waarde is de waarde die het dichtst bij 0% zit en leidt dus tot de kleinste verandering van de zorgvraag.

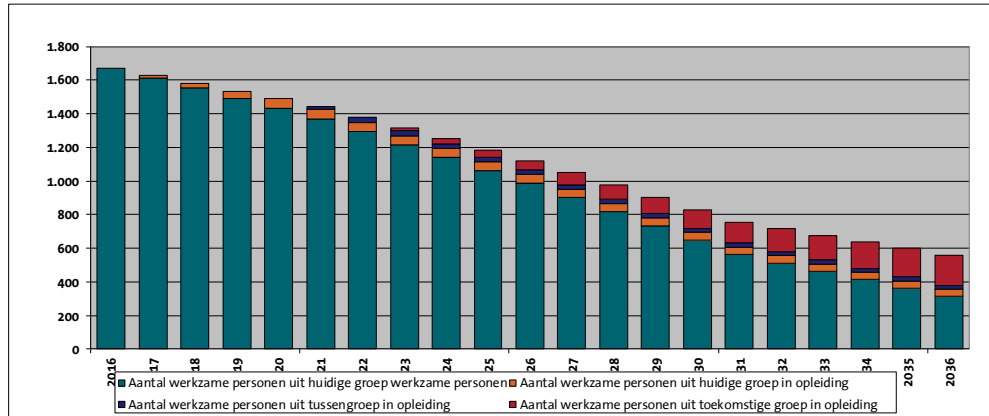
In deze raming is dezelfde systematiek gebruikt als in het Capaciteitsplan 2013. De benaming van de scenario's, voorheen varianten, is niet altijd dezelfde als in 2013. De scenariobenaming is aangepast om nog beter aan te sluiten bij de inhoud van het betreffende scenario. In tabel 25 zijn de verschillende scenario's beschreven. De twee scenario's met arbeidstijdverandering zijn in dit deelrapport niet uitgewerkt. Een arbeidstijdverandering wordt bij deze groep geneeskundig specialisten, die veelal in loondienst werkt, namelijk niet waarschijnlijk geacht. Deze scenario's zijn wel terug te vinden in het tabellenboek van NIVEL, dat op de websites van het Capaciteitsorgaan en het NIVEL gepubliceerd wordt. In het navolgende worden daarom naast het basisscenario maar 7 alternatieve scenario's behandeld.

7.2 Basis scenario

Het basisscenario is het vertrekscenarió. Dit scenario neemt de gemiddelde instroom in de opleiding die de afgelopen 5 jaren gerealiseerd is als verwachte toekomstige instroom in de opleiding. Dit scenario focust dus volledig op de aanbodzijde van het model. De bruikbaarheid van een dergelijk scenario is beperkt, omdat ontwikkelingen in de vraagzijde en het werkproces volledig worden genegeerd. Dit scenario maakt wel duidelijk wat gebeurt met het aanbod aan sociaal geneeskundigen bij handhaving van de huidige instroom. In een aantal specialismen en profielen is de gerealiseerde instroom in de opleiding veel lager dan volgens het Capaciteitsorgaan wenselijk is.

Als er geen beleidsimpulsen komen zal deze instroom niet hoger worden. In een dergelijk geval geeft het basisscenario dan duidelijk weer wat de gevolgen van een dergelijk beleidsvacuüm zijn. Een voorbeeld is de ontoereikende instroom in de opleiding tot bedrijfsarts. Figuur 8 geeft de ontwikkeling weer van het aantal geregistreerde bedrijfsartsen als de instroom in de opleiding de komende 16 jaar gehandhaafd blijft op 13 personen, de gemiddelde instroom in de afgelopen 5 jaar.

Figuur 9: Ontwikkeling aantal geregistreerde bedrijfsartsen bij jaarlijkse instroom van 13 aios



Bron: NIVEL

Duidelijk is dat het aantal geregistreerde bedrijfsartsen de komende jaren blijft dalen. Alleen nog via beleid voor zijinstroom kan de overheid de komende 4 jaar invloed uitoefenen op de daling. Als de huidige instroom de komende 14 jaar niet verandert, zijn er in 2034 nog 662 bedrijfsartsen geregistreerd, waarvan 503 op dit moment al werkzaam zijn.

7.3 Demografie scenario

Dit scenario wordt ook wel het beleidsarme scenario genoemd. De huidige zorgvraag wordt berekend door het huidige aantal fte's van beroepsbeoefenaren en de onvervulde vraag bij elkaar op te tellen. De daaruit resulterende fte's zorgvraag is het uitgangspunt. Deze fte's worden aangepast op de toekomstige demografische samenstelling, want de zorgvraag komt vaak voor rekening van bepaalde leeftijdsgroepen. De parameter demografie is berekend voor de periode tot 2021, 2026, 2031 en 2036. In de ramingen wordt uitgegaan van twee evenwichtsjaar: 2028 voor de korte termijn en 2034 voor de lange termijn. Het Capaciteitsorgaan hanteert de korte termijn bij voorkeur als er sprake is van grote verschillen tussen vraag en aanbod op dit moment, omdat een flinke correctie in de instroom nodig is. De resulterende instroom van aios is dan wel wat groter dan bij het evenwicht op de lange termijn. Eerst wordt de zorgvraag (in fte) geraamd voor de twee evenwichtsjaar. Vervolgens berekent het Capaciteitsorgaan hoeveel capaciteit uit de huidige formatie aan beroepsbeoefenaren plus aios in die twee evenwichtsjaar nog beschikbaar is. (Zie figuur 8.) Daarna becijfert het Capaciteitsorgaan het verschil tussen de geraamde zorgvraag volgens dit scenario en het berekende resterende zorgaanbod in 2028/2034. Die uitkomst is het uitgangspunt voor de berekening van het aantal aios dat moet worden opgeleid vanaf 2018.

De ontwikkeling van de zorgvraag en de ontwikkeling van het zorgaanbod wordt gebaseerd op extrapolaties uit het verleden. Voor de demografische ontwikkeling wordt de middenvariant gebruikt van de meest recente CBS-bevolkingsprognose. Dit scenario bevat geen parameters die beleidsgevoelig zijn, vandaar de term beleidsarm. Uiteraard kunnen zowel de parameter demografie als de parameter zorgaanbod wel door beleid (immigratiebeleid, kindvriendelijke stimuleringsmaat-

regelen, verhoging pensioenleeftijd, stimulering hogere arbeidsparticipatie vrouwen) beïnvloed worden, maar dan is er meestal geen sprake van specifiek beleid gericht op de betreffende beroepsgroep. In tabel 26 wordt voor het beleidsarme scenario 1 de geraamde zorgvraag getoond plus het aantal aios dat jaarlijks moet instromen om het evenwicht in het vroege of het late evenwichtsjaar te bereiken.

Voor de bedrijfsarts betekent dit het volgende: Momenteel zijn er 1.505 fte's geregistreerde bedrijfsartsen werkzaam. De "ware" zorgvraag is 0,5% hoger, dus 1.513 fte. Het aantal werkenden zal volgens NIDI in 2028 iets hoger zijn dan in 2016. (Zie figuur 3.) Dit betekent dat ook de zorgvraag een beetje toeneemt (naar 1.542 fte's) ten opzichte van 2016. In 2034 is het aantal werkenden weer iets gedaald ten opzichte van 2028, maar nog steeds hoger dan in 2016.

Om in 2028 een aanbod te hebben van 1.542 fte's, dienen er jaarlijks vanaf 2018 160 aios in te stromen in de opleiding tot bedrijfsarts. Als we het verschil tussen vraag en aanbod niet in 12, maar in 18 jaar willen inlopen is een jaarlijkse instroom van 124 aios voor dit scenario voldoende. Op dezelfde manier kunnen alle andere beroepen/zorgvragen voor dit scenario worden doorgenomen. Over het algemeen is er sprake van een toename van de zorgvraag door demografische veranderingen in de komende 12 tot 18 jaar. De daarmee corresponderende totale instroom aan aios bedraagt 335 voor het bereiken van een evenwicht in 2028 of 269 plaatsen als het toewerken naar een evenwicht (met een tekort aan beroepsbeoefenaren) 6 jaar langer wordt geaccepteerd.

Tabel 26: Demografie scenario

Specialisme/profiel	Fte	Evenwicht 2028		Evenwicht 2034	
	2016	Fte	Aios	Fte	Aios
Bedrijfsarts	1.505	1.542	160	1.523	124
Verzekeringsarts	782	797	73	788	59
M&G zonder profiel	98	103	11	104	7
M&G + beleid en advies	99	104	1	105	4
M&G + indicatie & advies	13	14	2	14	1
M&G + infectieziektebestrijding	68	98	10	99	7
M&G + arts tuberculosebestrijding	19	21	3	21	2
M&G + forensisch arts	57	62	9	62	6
M&G + jeugdarts	249	294	22	300	20
M&G + medisch milieukundige	10	12	0	12	0
Arts beleid en advies	26	27	0	27	0
Arts indicatie & advies	24	26	2	26	2
Arts infectieziektebestrijding	24	36	2	37	1
Arts tuberculosebestrijding	2	2	0	2	0
Forensisch arts	44	47	5	48	4
Jeugdarts	424	538	35	550	32
Medisch milieukundige	1	2	0	2	0
Totaal	5.461	3.725	335	3.720	269

7.4 Werkproces scenario's met tijdelijke of doorlopende trend

Deze twee volgende scenario's vullen het demografie scenario aan. In de eerste plaats wordt de toekomstige zorgvraag niet alleen voor onvervulde vraag en demografie, maar ook voor epidemiologische en sociaal-culturele factoren gecorrigeerd. Daardoor is de toekomstige zorgvraag in deze scenario's volledig in beeld. Ten tweede wordt nu ook gekeken naar de parameters in het werkproces (vakinhoudelijke/technologische ontwikkelingen, efficiency en horizontale taakverschuiving). Als voor een parameter een bandbreedte is genomen wordt de minimale waarde gehanteerd in deze twee scenario's. In het scenario zonder doorlopende trend worden de trends in het werkproces na 10 jaar stopgezet. In het scenario mét doorlopende trend blijven deze gedurende de hele ramingsperiode doorlopen. Onbekend is namelijk of de parameters zich gedurende de gehele looptijd van de raming blijven ontwikkelen zoals de experts verwachten.

De factor sociaal-cultureel is voor de vraagontwikkeling binnen de sociale geneeskunde belangrijk. Beleidsontwikkelingen kunnen een grote impact hebben op de geraamde zorgvraag. Een voorbeeld daarvan is de aanpassing van de Arbowet in 2006 en de consequenties die dat had voor de vraag naar bedrijfsartsen.

Tabel 27: Werkproces scenario's met tijdelijke of doorlopende trend

Specialisme/profiel	Tijdelijke trend				Doorlopende trend			
	Evenwicht 2028		Evenwicht 2034		Evenwicht 2028		Evenwicht 2034	
	Fte	Aios	Fte	Aios	Fte	Aios	Fte	Aios
Bedrijfsarts	1.465	143	1.447	115	1.450	140	1.386	108
Verzekeringsarts	742	60	732	52	730	57	688	47
M&G zonder profiel	113	13	114	9	115	14	123	10
M&G + arts beleid en advies	119	5	121	6	122	6	133	7
M&G + arts indicatie & advies	18	3	18	2	19	3	22	2
M&G + arts inf. bestrijding	123	15	124	10	128	16	144	12
M&G + arts tbc. bestrijding	20	2	20	2	19	2	19	2
M&G + forensisch arts	75	12	76	7	78	13	87	9
M&G + jeugdarts	347	37	354	27	357	40	397	33
M&G + medisch milieukundige	22	1	22	1	24	2	30	2
Arts beleid en advies	31	0	31	0	31	0	34	0
Arts indicatie & advies	34	4	34	3	35	4	40	4
Arts infectieziektebestrijding	46	4	46	2	47	4	53	3
Arts tuberculosebestrijding	2	0	2	0	2	0	2	0
Forensisch arts	58	7	58	5	60	7	67	6
Jeugdarts	635	57	649	45	654	62	728	55
Medisch milieukundige	3	0	3	0	3	0	4	0
Totaal	3.853	363	3.851	286	3.874	370	3.957	300

Tabel 27 toont voor beide scenario's de geraamde zorgvraag in fte's plus het corresponderend aantal aios dat jaarlijks moet instromen om een evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken in het

vroege (2028) of het late evenwichtsjaar (2034). De zorgvraag is voor de meeste beroepen in deze scenario's hoger dan in het demografie scenario. Maar voor zowel de bedrijfsartsen als de verzekeringsartsen is er in deze twee scenario's een lagere zorgvraag dan in het demografie scenario. De belangrijkste reden daarvoor is de door experts geschatte jaarlijkse daling van de zorgvraag met 0,5% ten gevolge van epidemiologische ontwikkelingen voor de bedrijfsarts en met 0,5% voor de bedrijfsarts en 1% door efficiencymaatregelen bij de Arbodiensten en bij het UWV. Deze dalingen worden minder scherp door andere parameters. Het aantal aios dat de opleiding tot bedrijfsarts moet volgen om het evenwicht te bereiken daalt in deze twee scenario's: van 160 aios per jaar naar 140 tot 143 aios per jaar voor het bereiken van een evenwicht in 2028 of van 124 per jaar naar 108 tot 115 aios per jaar voor het bereiken van een evenwicht in 2034. Het aantal aios dat de opleiding tot verzekeringsarts moet volgen om evenwicht te bereiken daalt in deze twee scenario's: van 67 aios per jaar naar 57-60 aios per jaar voor het bereiken van evenwicht in 2028. Voor het bereiken van evenwicht in 2034 is een daling nodig van 59 naar 47-52 aios per jaar.

In totaliteit neemt het aantal op te leiden basisartsen in de sociale geneeskunde echter toe. Om een evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken in 2028, is vanaf 2018 een jaarlijkse instroom van 365 tot 371 aios nodig. Als het bereiken van het evenwicht wordt uitgesteld tot 2034 gaat het om 285 tot 300 aios.

7.5 Verticale substitutie scenario's met tijdelijke of doorlopende trend

Tabel 28 toont de verticale substitutie scenario's met daarin de geraamde zorgvraag in fte's plus het aantal aios dat jaarlijks moet instromen om het evenwicht in het vroege of het late evenwichtsjaar te bereiken. Dit zijn de meest beleidsrijke scenario's van het Capaciteitsorgaan. In deze twee scenario's wordt ook het effect van verticale substitutie op de geraamde zorgvraag meegenomen.

In deze scenario's zijn alle parameters geactiveerd. Ten opzichte van de werkproces scenario's is alleen de parameter verticale substitutie (en de onveranderde parameter arbeidstijdverandering) toegevoegd aan de berekeningen. Afhankelijk van de waarde van deze parameter leidt dat tot een verandering van de zorgvraag en dus tot een corresponderende aanpassing van de benodigde instroom aan aios.

In totaal blijkt de verticale substitutie te leiden tot een lagere zorgvraag in fte's en een lagere benodigde jaarlijkse instroom in de opleidingen. Bij het streven naar een vroeg evenwichtsjaar is een jaarlijkse instroom van 330 aios nodig en bij een laat evenwichtsjaar hoort een jaarlijkse instroom van 268 tot 269 aios.

Tabel 28: Verticale substitutie scenario's met tijdelijke of doorlopende trend

Specialisme/ profiel	Tijdelijke trend				Doorlopende trend			
	Evenwicht 2028		Evenwicht 2034		Evenwicht 2028		Evenwicht 2034	
	Fte	Aios	Fte	Aios	Fte	Aios	Fte	Aios
Bedrijfsarts	1.392	127	1.392	107	1.363	121	1.261	94
Verzekeringsarts	705	52	696	48	687	48	626	40
M&G zonder profiel	113	13	114	9	115	14	123	10
M&G + beleid en advies	119	5	121	6	122	6	133	7
M&G + indicatie & advies	18	3	18	2	19	3	22	2
M&G + infectieziektebestrijding	117	14	118	9	120	15	131	11
M&G + tuberculosebestrijding	19	2	19	2	19	2	18	2
M&G + forensisch arts	74	12	74	7	76	12	84	8
M&G + jeugdarts	336	34	343	26	344	37	376	30
M&G + medisch milieukundige	22	1	22	1	24	2	30	2
Arts beleid en advies	31	0	31	0	31	0	34	0
Arts indicatie & advies	34	4	34	3	35	4	40	4
Arts infectieziektebestrijding	43	3	44	2	45	3	49	3
Arts tuberculosebestrijding	2	0	2	0	2	0	2	0
Forensisch arts	56	7	57	5	58	7	64	5
Jeugdarts	564	53	576	42	569	56	595	50
Medisch milieukundige	3	0	3	0	3	0	4	0
Totaal	3.648	330	3.664	269	3.632	330	3.592	268

7.6 Maximale parameter waarden scenario's met tijdelijke of doorlopende trend

Ten slotte zijn voor de beroepen in dit deelrapport twee scenario's uitgewerkt waarin in geval van een bandbreedte de maximale waarde van alle parameters is gehanteerd. Soms kenden de experts immers een minimale en een maximale waarde toe aan de parameter. Deze scenario's geven het uiterste effect van het advies aan. De instroomaantallen die horen bij deze twee scenario's geven informatie aan de beleidsmakers over een soort "worst case" ontwikkeling van de toekomst. De kans is klein dat deze scenario's zich in werkelijkheid gaan voordoen. In tabel 29 wordt voor deze twee scenario's de geraamde zorgvraag getoond in fte's plus het aantal aios dat jaarlijks moet instromen om het evenwicht in het vroege of het late evenwichtsjaar te bereiken.

Opnieuw is de opleiding tot bedrijfsarts een goed voorbeeld. De instroomaantallen variëren nu van 103 tot 138 plaatsen. De kans dat jaarlijks 103 aios in de opleiding moeten instromen is klein. Dit doet zich alleen voor als alle parameters blijven doorwerken tijdens de gehele periode (Deze hoge parameterwaarden zijn voor de bedrijfsartsen jaarlijks -1% voor epidemiologie, +1,4% voor sociaal-cultureel, en -1,0% voor verticale substitutie.)

Tabel 29: Maximale parameterwaarden scenario's

Specialisme/profiel	Tijdelijke trend				Doorlopende trend			
	Evenwicht 2028		Evenwicht 2034		Evenwicht 2028		Evenwicht 2034	
	Fte	Aios	Fte	Aios	Fte	Aios	Fte	Aios
Bedrijfsarts	1.443	138	1.426	113	1.422	134	1.339	103
Verzekeringsarts	652	40	643	42	624	33	536	29
M&G zonder profiel	123	16	125	10	127	17	141	12
M&G + beleid en advies	140	10	142	8	147	11	171	11
M&G + indicatie & advies	22	4	22	2	23	4	28	3
M&G + infectieziektebestrijding	124	15	125	10	128	16	140	12
M&G + tuberculosebestrijding	17	2	17	1	16	2	14	1
M&G + forensisch arts	83	14	84	8	87	15	100	10
M&G + jeugdarts	395	51	403	34	413	57	475	44
M&G + medisch milieukundige	29	3	30	2	33	4	43	4
Arts beleid en advies	36	0	36	1	38	1	44	1
Arts indicatie & advies	40	5	41	4	43	6	52	5
Arts infectieziektebestrijding	46	4	46	2	48	4	52	3
Arts tuberculosebestrijding	1	0	1	0	1	0	1	0
Forensisch arts	63	8	64	5	67	9	77	7
Jeugdarts	723	77	739	56	757	85	870	73
Medisch milieukundige	4	0	4	0	5	0	6	0
Totaal	3.941	387	3.948	298	3.979	398	4.089	318

Voor de gehele groep sociaal geneeskundigen is in dit scenario de geraamde jaarlijkse instroom 387 tot 398 aios bij een doorrekening van de trends voor de periode van 10 jaar en 298 tot 318 aios bij een doorrekening van de trends gedurende de hele looptijd van de raming.

7.7 Conclusie diverse scenario's

Tabel 30 vat de resultaten van de scenarioberekeningen op hoofdlijnen samen.

Tabel 30: Resultaten berekeningen diverse scenario's

Scenario	Bandbreedte	
	Minimum	Maximum
Demografie	270	334
Werkproces, tijdelijke trend	286	365
Werkproces, doorlopende trend	300	371
Substitutiescenario, tijdelijke trend	269	331
Substitutiescenario, doorlopende trend	268	330
Maximale parameterwaarden, tijdelijke trend	299	388
Maximale parameterwaarden, doorlopende trend	318	397

De tabel laat zien dat de jaarlijkse instroom volgens deze 7 scenario's kan variëren van minimaal 268 tot maximaal 397 aios. De laatste paar jaren varieerde de daadwerkelijke instroom in de opleidingen tussen de 150 en 170 plaatsen. Dat is ongeveer de helft van wat de komende jaren nodig is om op termijn een evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. De komende jaren zal allereerst een snelle inhaalslag gemaakt moeten worden voordat toegewerkt wordt naar een langzamere benadering van het evenwicht tussen vraag en aanbod

7.7.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De grootste achterstand in absolute zin bestaat bij de erkende vervolgopleiding tot bedrijfsarts. Daarbij speelt bovendien mee dat het ministerie van SZW eventueel besluit om de bedrijfsarts toegankelijk te maken voor alle werkenden. Hierdoor zou de parameter sociaal cultureel meteen op het door experts geschatte maximum komen. Daardoor wordt de benodigde instroom vergroot. De instroom in de opleiding tot bedrijfsarts (en verzekeringsarts) is onvoldoende om op de lange termijn een evenwicht te realiseren tussen de vraag en het aanbod. Hiervoor heeft het Capaciteitsorgaan in 2010 en in 2013 aandacht gevraagd bij het ministerie van SZW en bij veldpartijen.

Het UWV heeft in 2015 maatregelen genomen om de ongewenste verdere daling van de capaciteit van verzekeringsartsen tegen te gaan. De snelste manier om de capaciteit aan verzekeringsartsen uit te breiden, is het omscholen van bedrijfsartsen. Dat traject duurt een jaar. Daarnaast neemt het UWV op grote schaal basisartsen aan om die op te leiden tot verzekeringsarts.

7.7.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Zichtbaar is dat de medische milieukunde en de tuberculosebestrijding door de opleidingsinspanningen in de afgelopen jaren een inhaalslag hebben gemaakt in de benodigde instroom voor de komende jaren. Dat geldt ook voor de jeugdgezondheidszorg. De instroom in de drie corresponderende profielen en het specialisme ligt lager dan in het Capaciteitsplan 2013.

De benodigde instroom voor de infectieziektebestrijding is ten opzichte van 2013 in de diverse scenario's niet gedaald. Er zijn weliswaar veel aios bezig met de profielopleiding en de 2^e fase opleiding, maar ten opzichte van 2013 is de benodigde capaciteit met ongeveer 25% verhoogd. Dit komt door de coördinatie van de aanpak van antibioticaresistentie in Nederland.

Een ander beroep dat aandacht vraagt is de forensische geneeskunde. De instroom in de opleiding is sinds 2008 bijna volledig uitgebleven, terwijl de beroepsgroep in snel tempo vergrijsst. Het op peil houden van de capaciteit aan forensisch artsen is nu volledig afhankelijk van de inspanningen van FMG. Deze wetenschappelijke vereniging beheert een kwaliteitsregister van artsen die alleen het cursorisch gedeelte van de opleiding gevolgd hebben. Het Capaciteitsorgaan verwacht dat in de komende 3 jaar problemen ontstaan bij het borgen van de kwaliteit van het forensisch geneeskundig werk. De kleine aantallen instromers in de profielen 'indicatie en advies' en 'beleid en advies' lijken voldoende te zijn om de capaciteit op peil te brengen.

8 Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

De sociale geneeskunde heeft aan het begin van dit millennium een bewogen tijd gekend. Voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid werd dat veroorzaakt door de veranderingen in wet- en regelgeving van de overheid (Arbowet en evaluatie Arbowet). De hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid kende veranderingen in de regelgeving van het College Geneeskundige Specialismen (introduktie profielen en aanpassing specialisme). Door beide veranderingen kon het Capaciteitsorgaan in 2003 en 2008 geen gefundeerd advies uitbrengen over de gewenste instroom in beroepen in de sociale geneeskunde. Bij de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid omdat de mogelijke scenario's een te grote variatie kenden voor een betrouwbare raming. Bij de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid omdat kengetallen voor de nieuwe profielen en het specialisme ontbraken door de complete cesuur in de registratie van de artsen.

In 2010 is wél een instroomadvies uitgebracht voor alle profielen en specialismen in de sociale geneeskunde. Dit advies hield rekening met de onzekere situatie in de bedrijfsgezondheidszorg en met de beperkte beschikbaarheid van kwantitatieve gegevens over de profielen in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid. In 2013 is opnieuw een instroomadvies uitgebracht voor alle profielen en twee van de drie specialismen in de sociale geneeskunde. Er is toen géén advies uitgebracht voor de bedrijfsartsen, vanwege de introduktie van een scenario voor Arbozorg zonder bedrijfsartsen door het ministerie van SZW.

Waarschijnlijk komt er in de volgende planperiode van het Capaciteitsorgaan naar aanleiding van de wetwijziging Arbowet, die een dezer dagen in de Tweede Kamer behandeld gaat worden, nieuwe wet- en regelgeving voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid. De contouren van deze wet- en regelgeving wijzen erop dat de bestaanszekerheid van het beroep bedrijfsarts niet ter discussie staat. In dit advies zijn daarom weer alle profielen en specialismen binnen de sociale geneeskunde opgenomen, met uitzondering van het nieuwe profiel donorgeneeskunde. Voor een raming van de benodigde instroom in dit profiel zijn op dit moment nog niet voldoende gegevens beschikbaar.

8.2 Beleidsontwikkelingen

Bij dit Capaciteitsplan heeft het Capaciteitsorgaan in het bijzonder rekening gehouden met een aantal verwachte beleidsontwikkelingen. Bij gevoeligheidsanalyses van het ramingsmodel bleek dat die een grote invloed kunnen hebben op de resultaten van de raming in het algemeen. De doorwerking van beleidsontwikkelingen in de sociale geneeskunde heeft meer impact dan in de huisartsgeneeskunde of in de medische specialismen, omdat de sociale geneeskunde eerder proactief dan reactief is. Bovendien is de vraag vanuit de bevolking vaak minder duidelijk omschreven dan de vraag vanuit de overheid.

De beleidsontwikkelingen zijn geclusterd onder: maatschappelijke veranderingen, horizontale substitutie, verticale substitutie en de situatie rond de opleidingsinstellingen en opleidingsinstellingen.

8.2.1 Maatschappelijke veranderingen

Het ministerie van SZW neemt de komende periode een besluit over de toekomst van de arbeidsomstandigheden zorg. De evaluatie van de Arbowet is afgerond. De adviezen van veldpartijen en SER zijn ingewonnen. De discussie over de mogelijke reikwijdte van de wet is in volle gang⁴⁹. Voor de scenariokeuze lijkt het verstandig om bij de opleiding tot bedrijfsarts voor een bescheiden scenario te kiezen. De parameters voor de andere scenario's zijn in 2014 al geformuleerd voor van de adviesaanvraag bij de SER. Daarom kan het Capaciteitsorgaan de keuzes van het kabinet vrij snel na een besluit opnieuw doorrekenen.

Het UWV fixeert de beoogde arbeidscapaciteit van de verzekeringsartsen voorlopig op 850 fte. Het Capaciteitsorgaan houdt hier in deze raming voor de lange termijn in de scenario's geen rekening mee. De reden daarvoor is dat de huidige totale beschikbare capaciteit aan verzekeringsartsen 782 fte bedraagt en dalende is. Het UWV zal dus onvoldoende verzekeringsartsen kunnen vinden. Daarnaast zijn er ook verzekeringsartsen werkzaam bij andere werkgevers dan het UWV. De komende periode zal daarom behoorlijk moeten worden geïnvesteerd in het opleiden van verzekeringsartsen. In de volgende raming kan worden geanalyseerd wat de effecten van de opleidingsinspanningen van het UWV zijn en in hoeverre het capaciteitsbeleid van het UWV gecontinueerd wordt.

De hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid heeft de afgelopen 3 jaar vooral nieuw beleid ontwikkeld op het terrein van de infectieziektebestrijding. In de jeugdgezondheidszorg heeft AJN op het terrein van de capaciteitsontwikkeling een nieuwe case mix vastgesteld. De focus van gemeenten en GGD'en heeft de afgelopen jaren met name gelegen op de decentralisatie van de jeugdzorg.

De toename van de vluchtelingenstroom naar Nederland heeft nagenoeg geen consequenties gehad voor de tuberculosebestrijding. De vluchtelingen zijn in hoofdzaak afkomstig uit landen waar tuberculose niet endemisch is. Aangezien de incidentie van tuberculose onder de autochtone bevolking nog steeds daalt zijn voor de tuberculosebestrijding geen bijzondere overwegingen gemaakt.

In de medische milieukunde is de afgelopen jaren geen capaciteitsbeleid ontwikkeld. In deze raming is dus ook geen speciale aandacht geweest voor sociaal-culturele ontwikkelingen. In 2017 worden waarschijnlijk wel voor GGD'en en zorgorganisaties veldnormen vastgesteld voor alle profielen en het specialisme. Dat geldt niet voor de sociaal-medische advisering en voor beleid en advies.

In 2013 werden beleidsinitiatieven voor de forensische geneeskunde verwacht. Op verzoek van het ministerie van OCW bracht de Gezondheidsraad in dat jaar een advies uit over de forensische geneeskunde. Hierin adviseerde de Gezondheidsraad onder meer om de opleiding tot forensisch arts KNMG te verlengen van twee naar drie jaar, de GGD'en in grotere regio's te laten samenwerken en de financiering van de vervolgopleiding onder de regie van het Opleidingsfonds te brengen. Deze adviezen zijn tot nu toe door partijen niet geïmplementeerd.

⁴⁹ Medisch Contact (16 juni 2016): Bij "arbeidsarts" kan iedereen terecht.

In 2014 is de Nationale Politie ontstaan door samenvoeging van alle regiokorpsen, de spoorwegpolitie en de havenpolitie. De Nationale Politie heeft in 2014 een landelijke openbare aanbesteding gedaan voor alle regionale eenheden op het terrein van forensisch medisch onderzoek en medische arrestantenzorg. De politie heeft deze aanbesteding halverwege 2015 gestaakt, omdat de inschrijvers niet konden voldoen aan de gestelde eisen. Op dit moment is onduidelijk hoe de Nationale Politie nu verder gaat met de borging van de medische taken.

8.2.2 Horizontale substitutie

Afgezien van het SZW-scenario waarin de huisarts bijna alle taken zou overnemen van de bedrijfsarts is er binnen de bedrijfsgezondheidszorg weinig nieuw beleid ontwikkeld op het terrein van de horizontale substitutie. Vooral nog valt dat ook niet te verwachten. De klinisch arbeidsgeneeskundige is getalsmatig en inhoudelijk geen reëel alternatief voor de bedrijfsarts. De taken van de bedrijfsarts zijn bij wet zo gespecificeerd dat taakverschuiving naar een ander geneeskundig specialisme lastig, zo niet onmogelijk is.

Voor de verzekeringsarts is taakverschuiving ook bijzonder lastig. De enige geneeskundig specialist die deels eenzelfde soort opleiding heeft gehad is namelijk de bedrijfsarts. De taken en bevoegdheden van de verzekeringsarts zijn weliswaar deels op dezelfde wetgeving geschoeid, maar de uitwerking naar competenties is voor de twee beroepen verschillend.

Horizontale substitutie is binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid in principe mogelijk, maar door de andere financieringsvorm niet waarschijnlijk. De meeste beroepen binnen M&G hebben een tegenhanger in een ander domein: de jeugdarts heeft de huisarts/kinderarts, de arts infectieziektebestrijding heeft de medisch microbioloog, de arts tuberculosebestrijding heeft de longarts, de arts sociaal medische indicatie en advies heeft de verzekeringsarts, de medisch milieukundige heeft de internist-toxicoloog en de forensisch arts heeft de huisarts/ patholoog. De arts beleid en advies KNMG is de enige die geen tegenhanger binnen het medische domein heeft.

De hiervoor geschetste situatie zou zeer snel kunnen veranderen als de financiering van preventie en publieke gezondheid onderdeel zou worden van de Zorgverzekeringswet of als de betrokken beroepsgroepen hun beleid veranderen. Er zijn echter geen aanwijzingen dat de komende jaren een herbezinning van de overheid op de financiering van de publieke gezondheid op komst is. Datzelfde geldt ook voor de betrokken beroepsgroepen uit de curatieve sector, omdat die in lijn met het hoofdlijnenakkoord voorlopig bezig zijn met het vormgeven van de substitutie van medisch specialist naar huisarts.

8.2.3 Verticale substitutie

Binnen de sociale geneeskunde vindt verticale substitutie onverminderd doorgang. De Arbodiensten stimuleren verticale substitutie vanaf 2006 om zo de loonkosten van de bedrijfsgezondheidszorg te verminderen. Deze substitutie blijft in hetzelfde tempo doorgaan. Binnen de verzekeringsgeneeskunde wordt sinds 2012 met succes geëxperimenteerd met de persoonlijk assistent die niet-medische taken voor de verzekeringsarts uitvoert. De onderhandelingen van het UWV met de

verzekeringsartsen om de persoonlijk assistent organisatiebreed in te voeren zijn tot nu toe niet geslaagd. De Raad van Bestuur heeft besloten om deze verticale substitutie vanaf 2016 op vrijwillige basis bij verzekeringsartsen te introduceren. Onze verwachting is dat op enig moment deze substitutie alsnog organisatiebreed zal worden ingevoerd.

De hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid heeft al lang ervaring met verticale substitutie. Taakverschuivingen tussen arts en verpleegkundige vinden binnen deze hoofdstroom al tientallen jaren plaats. In 2013 werd nog verwacht dat de inzet van verpleegkundig specialisten preventieve zorg snel een grote vlucht zou nemen. Waarschijnlijk is de aanwezigheid van grote aantallen al substituerende verpleegkundigen een van de redenen voor het lage aantal verpleegkundig specialisten (Anno 2016 17 personen, 8 fte) dat de afgelopen jaren in ingestroomd binnen deze hoofdstroom. Onderzoek binnen de jeugdgezondheidszorg laat zien dat de verticale substitutie de afgelopen jaren in tempo niet versneld is⁵⁰.

8.2.4 Opleidingsinstituten

Door de erkenning van sportgeneeskunde als een medisch specialisme valt NIOS weg uit de lijst van opleidingsinstituten in de sociale geneeskunde. De erkenning van de Vrije Opleidingen in Amsterdam is verlopen. Dat betekent dat er nog drie opleidingsinstituten in de sociale geneeskunde resteren: TNO Leiden (alleen profiel jeugdgezondheidszorg), SGBO Nijmegen (bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde) en NSPOH (alle profielen en specialismen).

De opleidingsinstituten zijn op dit moment goed geoutilleerd voor de specialismen arts M&G en verzekeringsarts. De opleiding tot bedrijfsarts is bij NSPOH en SGBO aanwezig, maar er zijn weinig aios. De instellingen zijn wel in staat om een uitbreiding van het aantal aios bedrijfsgeneeskunde tot op zekere hoogte op te vangen. Een veel grotere instroom van aios is niet goed haalbaar zonder meerjarenafspraken tussen het Arboveld en de opleidingsinstituten over het grotere aanbod aan artsen dat in opleiding zal komen. De private financiering van de opleiding tot bedrijfsarts en het ontbreken van regie is hierbij een punt van zorg. De eventuele (extra) instroom ten behoeve van de opleiding tot arts M&G en ten behoeve van diverse profielopleidingen kan door de twee opleidingsinstituten zonder problemen worden geacommodeerd.

8.3 Onzekerheden

In deze paragraaf worden een aantal onzekerheden bij deze raming tegen het licht gehouden.

8.3.1 Zorgvraag

Voor de benodigde capaciteit aan bedrijfsartsen in de toekomst is een belangrijke beleidsbeslissing of de bedrijfsarts alleen toegankelijk blijft voor werknemers in loondienst of dat ook zelfstandigen zonder personeel een beroep op de bedrijfsarts mogen doen. Inmiddels zijn er namelijk 1,024 miljoen zzp'ers (versus 6,894 miljoen werknemers in loondienst⁵¹) die de zorgvraag aanmerkelijk kunnen vergroten. In dit deelrapport gaat het Capaciteitsorgaan er, gezien het inmiddels ingediende

⁵⁰ Regioplan (2015). Verticale substitutie en scholingsambities binnen de jeugdgezondheidszorg

⁵¹ CBS Statline, geraadpleegd 22 juni 2016

wetsvoorstel tot wijziging van de Arbowet, vanuit dat zzp'ers nog niet in aanmerking komen voor toegang tot de bedrijfsarts.

De zorgvraag van jeugdigen is ook een onzekerheid. De integratie van preventieve medische activiteiten en maatschappelijke ondersteuning voor jeugdigen maakt de duiding van de vraag in sommige regio's complexer. Daarnaast wordt door de decentralisatie van de jeugdzorg voor de gemeenten de afweging mogelijk tussen (meer) investeren in preventie en investeren in jeugdzorg.

Onbekend is wat de nieuwe Omgevingswet per 2018 gaat betekenen voor de vraag naar medisch milieukundigen. Bij de bepaling van de nieuwe veldnorm zal hiermee rekening worden gehouden.

8.3.2 Aanbod

Er dreigt binnen enkele jaren een flink tekort te ontstaan aan bedrijfsartsen en forensisch artsen KNMG. Naast de 4-jarige opleiding is instroom in het register van bedrijfsartsen alleen mogelijk via individuele opleidingsplannen voor bijvoorbeeld huisartsen, verzekeringsartsen, orthopeden en cardiologen. De verwachting is echter niet dat deze professionals in tweede instantie massaal voor dit specialisme gaan kiezen.

Voor de forensisch arts KNMG geldt dat er de komende jaren een forse uitstroom zal zijn, terwijl er geen instroom is (geweest). De kwaliteitseisen van deze opleiding zijn voor een groot deel gebaseerd op wettelijke eisen. Volgens de Gezondheidsraad mogen deze eisen nog verder worden aangescherpt. De dreigende ondercapaciteit van deze beroepsgroep brengt de medische verzorging van arrestanten in gevaar en compromitteert de uitvoering van de Wet op de lijkbezorging en het Wetboek van strafvordering. De beroepsgroep denkt na over een andere vervolgopleiding.

Het UWV zal de komende jaren ongetwijfeld met tekorten aan geregistreerde verzekeringsgeneeskundigen worden geconfronteerd. Zelfs de hoge instroom in de laatste jaren is onvoldoende om het aantal fte verzekeringsgeneeskundige op de beoogde 850 fte te krijgen. Bovendien moeten al die aios ook opgeleid worden, waardoor de beschikbaarheid van de geregistreerde verzekeringsartsen afneemt. Ten slotte is het de vraag of de werkgevers ermee akkoord blijven gaan dat het UWV achterstanden in het herkeuren van cliënten niet wegwerkt door de inzet van meer personeel. De kosten van het uitblijven van deze herkeuringen worden immers door de werkgevers gedragen.

In de infectieziektebestrijding en de medische milieukunde is er sprake van een onvoldoende spreiding van het aanbod over de regio's. Voorbeeld is de spreiding van medisch milieukundigen over Nederland. Verwacht wordt dat Zuid-Nederland (Brabant, Limburg en Zeeland) na 2016 als totale medisch milieukundige capaciteit nog één aios medische milieukunde heeft.

8.3.3 Werkproces

Experts houden voor de verzekeringsgeneeskunde rekening met een efficiencyverbetering van circa 10% tot 20% in 10 jaar tijd. In de bedrijfsgeneeskunde wordt rekening gehouden met 5%. De verzekeringsarts kan door de inzet van persoonlijk assistenten sneller gaan werken. De vraag is echter of dit organisatiebreed geïmplementeerd kan worden, gezien de opstelling van de vakbond.

8.3.4 Opleidingscapaciteit

Binnen de hoofdstroom A&G is er geen onzekerheid (meer) over de opleidingscapaciteit. Er zijn voldoende verzekeringsartsen en bedrijfsartsen beschikbaar die als opleider kunnen dienen. Nu ook zzp'ers mogen fungeren als opleider bedrijfsgeneeskunde is daar geen probleem te verwachten.

Hetzelfde geldt voor de hoofdstroom M&G. Alleen de kleine profielen met minder dan 50 geregistreerde profielartsen hebben wel eens moeite om een combinatie van een aios met een opleider en een opleidingsinrichting te realiseren. Met name binnen de medische milieukunde zijn momenteel maar 7 opleiders beschikbaar terwijl er 8 aios zijn. Net als in de tuberculosebestrijding overweegt het veld hier ook een opschaling om meer garanties te krijgen voor continuïteit en kwaliteit (in caseload). Het ministerie van VWS is ook bezig met beleid om de opleidingscapaciteit te vergroten. In eerste instantie probeert het ministerie nu het probleem van het zoeken naar de combinatie van aios, opleidingsinstelling en opleider te minimaliseren door de aios in dienst te nemen bij één organisatie.

8.3.5 Belangstelling voor het vak

In het voorjaar van 2016 is een enquête gehouden onder alle basisartsen. Het aantal pas afgestudeerde basisartsen op zoek naar een opleidingsplaats bedroeg op dat moment 5.100. Ongeveer 0,6% oftewel 30 basisartsen hadden belangstelling voor de opleiding bedrijfsgeneeskunde, 0,2% had (in tweede aanleg) interesse in verzekeringsgeneeskunde. Deze aantallen zijn onvoldoende om een adequate instroom in de opleiding te realiseren. Voor de hoofdstroom M&G had nog eens 0,6% belangstelling, terwijl voor de sociaal geneeskundige profielen 0,9% van de pas afgestudeerde basisartsen belangstelling had. De belangstelling voor de sociale geneeskunde in zijn totaliteit is gedaald van 4,5% in 2009 naar 4,2% in 2012 naar 2,3% in 2016. Eventuele effecten op de instroom worden nu nog deels gemaskeerd door het hoge aantal basisartsen dat op zoek is naar een vervolgopleiding. Als de sociale geneeskunde er niet in slaagt dit probleem op te lossen ontstaat er op termijn een ernstig capaciteitsprobleem.

8.4 Belangrijkste scenario's

Het Capaciteitsorgaan neemt uit de zeven genoemde scenario's met elk twee evenwichts jaren en al dan niet doorlopende trends de twee meest waarschijnlijke scenario's. Ook neemt het Capaciteitsorgaan de evenwichts jaren die het meest realistisch zijn en dus aansluiten bij de huidige capaciteit. Dat betekent dat het Capaciteitsorgaan voor de hoofdstroom A&G, gezien de verwachte tekorten, adviseert om die tekorten voor beide specialismen zo snel mogelijk weg te werken: het vroege evenwichtsjaar 2028 dus voor beide scenario's. De twee scenario's die worden gehanteerd zijn het werkproces scenario en het verticale substitutie scenario. Het Capaciteitsorgaan betwijfelt namelijk of de door experts ingeschatte substitutie daadwerkelijk gerealiseerd kan worden. Ten slotte is in beide scenario's gekozen voor doorlopende trends. Deze scenariokeuzes voor de hoofdstroom A&G zijn identiek aan de scenariokeuze in het Capaciteitsplan 2013.

Voor de beroepen in de hoofdstroom M&G zijn de tekorten aan opgeleide artsen inmiddels grotendeels weggewerkt en zijn er voldoende aios in opleiding om het resterende tekort op te vangen. Om die reden kiest het Capaciteitsorgaan voor het werkproces scenario met doorlopende

trend, evenwichtsjaar 2028, en het verticale substitutie scenario met doorlopende trend, evenwichtsjaar 2034. Daarmee is ook voor deze hoofdstroom de scenariokeuze identiek aan de gekozen scenario's uit 2013.

8.5 Advies instroom

Het advies aan het veld en aan het ministerie is gebaseerd op de twee scenario's waar in paragraaf 8.4 voor gekozen is. In tabel 31 is de geadviseerde instroom in de profielopleidingen verhoogd met de geadviseerde instroom in de (aansluitende, corresponderende) tweede fase opleidingen om ongewenste capaciteitsverlaging in de profielen te voorkomen.

Tabel 31: geadviseerde instroom voor specialismen en profielen in de sociale geneeskunde met ingang van 2018

Specialisme/profiel	Bandbreedte	
	Minimum	Maximum
Bedrijfsarts	121	140
Verzekeringsarts	48	57
M&G zonder profiel	10	14
M&G + arts beleid en advies	6	7
M&G + arts indicatie & advies	2	3
M&G + arts infectieziektebestrijding	11	16
M&G + arts tuberculosebestrijding	2	2
M&G + forensisch arts	8	13
M&G + jeugdarts	30	40
M&G + medisch milieukundige	2	2
Arts beleid en advies	6	7
Arts indicatie & advies	6	7
Arts infectieziektebestrijding	14	20
Arts tuberculosebestrijding	2	2
Forensisch arts	13	20
Jeugdarts	80	102
Medisch milieukundige	2	2
Totaal	363	454

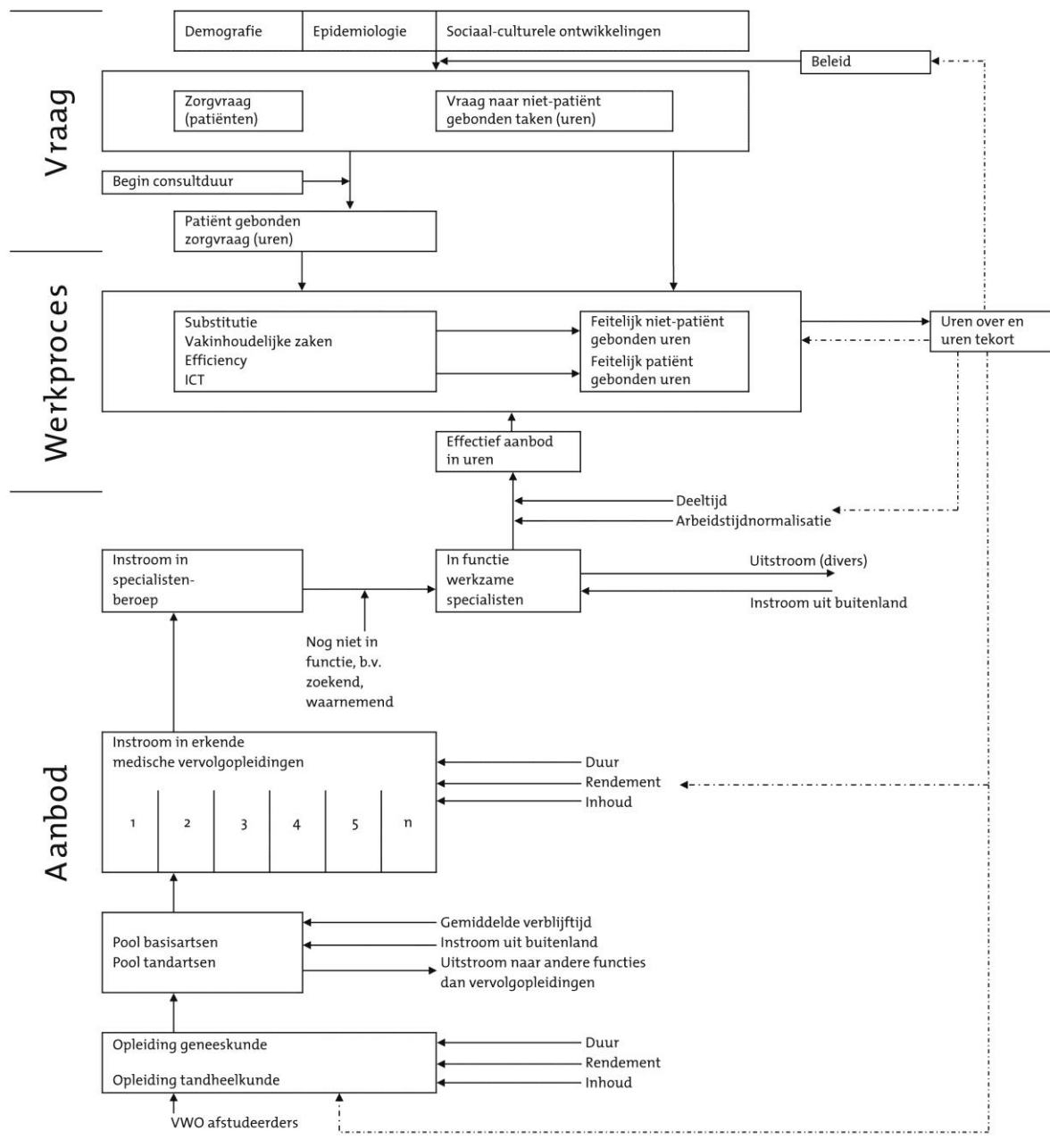
In vergelijking met de raming uit 2013 (tabel 32) is de geadviseerde instroom lager voor de bedrijfsarts en hoger voor de verzekeringsarts. Ook in de hoofdstroom M&G zijn de geadviseerde instroomcijfers licht gedaald, met uitzondering van de jeugdgezondheidszorg. Dat is uitsluitend het gevolg van een wijziging in de veldnorm voor artsen M&G met de profielaantekening jeugdgezondheidszorg. Bij de infectieziektebestrijding is de geadviseerde instroom lager dan in 2013, ondanks de toevoeging van de coördinatie van de antibioticaresistentie aan het takenpakket van de arts infectieziektebestrijding. Dat komt door de in 2008 in gang gezette inhaalactie voor de capaciteit van deze beroepsgroep, die nu nog merkbaar is. De daling is in absolute zin het sterkst in de profielopleiding in de jeugdgezondheidszorg. Deze observatie lijkt te bevestigen dat het

subsidiebeleid van VWS effectief is geweest in het inlopen van de achterstanden in capaciteit voor deze vier profielen en bijbehorende specialismen.

Tabel 32: Vergelijking geadviseerde instroomwaardes 2013 en 2016

Specialisme/ profiel	Minimum		Maximum	
	2013	2016	2013	2016
Bedrijfsarts	131	121	185	140
Verzekeringsarts	43	48	49	57
M&G zonder profiel	21	10	27	14
M&G + beleid en advies	17	6	22	7
M&G + indicatie & advies	4	2	4	3
M&G + infectieziektebestrijding	15	11	19	16
M&G + tuberculosebestrijding	5	2	6	2
M&G + forensisch arts	12	8	16	13
M&G + jeugdarts	21	30	22	40
M&G + medische milieukundige	3	2	4	2
Arts beleid en advies	17	6	22	7
Arts indicatie & advies	8	6	8	7
Arts infectieziektebestrijding	15	14	19	20
Arts tuberculosebestrijding	5	2	6	2
Forensisch arts	22	13	29	20
Jeugdarts	112	80	144	102
Medisch milieukundige	3	2	4	2

Bijlage 1: Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2: Procedure en betrokken experts

De Kamer Sociale Geneeskunde heeft dit deelrapport vastgesteld op 19 september 2016. Het Algemeen Bestuur heeft het deelrapport besproken op 6 juli 2016 en formeel vastgesteld op 12 oktober 2016.

De samenstelling van de Kamer Sociale Geneeskunde was op **6 juli 2016** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Mw. L. Brewster
Dhr. D. Erdogan
Mw. R. Haasnoot
Mw. M. Jambroes
Dhr. J.M.W. Trommel

Organisaties van opleidingsinrichtingen/ opleidingsinstituten

Dhr. J.W.J. van der Gulden
Mw. H.P. Uniken Venema (voorzitter)
Dhr. H. Wind

Organisaties van werkgevers

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

De samenstelling van het Algemeen Bestuur was op **12 oktober 2016** als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. J.P.H. Drenth
Dhr. R.D. Dutrieux
Dhr. H.R. de Graaf
Dhr. T. Haasdijk
Dhr. J.M. van Ingen
Mw. C. Littooi
Dhr. R.Ph. Smitshuijzen (vz Dagelijks Bestuur)
Mw. S. Querido

Organisaties van opleidingsinstituten/ opleidingsinstellingen

Dhr. M.M. E. Levi
Dhr. N.G.M. Oerlemans
Dhr. S. Poppema
Dhr. J. Schaart
Dhr. A.G.J. van der Zee

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. O. Gerrits
Dhr. J.W.M.W. Gijzen
Mw. J.G.W. Lensink (lid Dagelijks Bestuur)

**Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische
en Tandheelkundige Vervolgopleidingen**

**Postbus 20051
3502 LB Utrecht**

bezoekadres
Domus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

telefoon
030 282 38 40

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