Capaciteits orgaan

Capaciteitsplan 2010

Deelrapport 4: Sociaal Geneeskundigen

Utrecht, januari 2011
revisie 1.1

Capaciteits orgaan

Capaciteitsplan 2010

Deelrapport 4: Sociaal Geneeskundigen

Bijlage bij het integrale Capaciteitsplan 2010 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante (vervolg)opleidingen

Utrecht, januari 2011
revisie 1.1

Capaciteits orgaan

Statutaire doelstellingen:

a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefteramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgopleidingen;
b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgopleidingen;
c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Capaciteits orgaan

Inhoudsopgave

Samenvatting **5**

1. Inleiding **7**
1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan 7
1.2 Ontwikkelingen in taakstelling Capaciteitsorgaan 8
1.3 Disciplinespecifieke aandachtspunten 8
1.4 Indeling van deze bijlage 9

2. Positionering sociale geneeskunde **11**
2.1 Inleiding 11
2.2 Overzicht aanverwante disciplines 12
2.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid 12
2.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid 13
2.3 Verhoudingen tussen disciplines 14
2.3.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid 14
2.3.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid 14

3. Opleiding **16**
3.1 Inleiding 16
3.2 Adviezen 16
3.3 Besluiten 17
3.4 Realisatie adviezen 17
3.5 Intern rendement 19
3.6 Conclusies 20

4. Zorgvraag **22**
4.1 Inleiding 22
4.2 Demografie 22
4.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid 22
4.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid 23
4.3 Epidemiologie 23
4.3.1 Hoofdstroom Arbeid en gezondheid 23
4.3.2. Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid 24
4.4 Sociaal culturele ontwikkelingen 24
4.4.1. Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid 24
4.4.2. Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid 25
4.5 Onvervulde zorgvraag 25
4.5.1. Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid 26
4.5.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid 27
4.6 Conclusie zorgvraag 28

Capaciteits orgaan

5. Zorgaanbod **30**
5.1 Inleiding 30
5.2 Omvang beroepsgroep 30
5.2.1 Aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen 30
5.2.2 Profielopleidingen 31
5.2.3 Aantal werkzaam 31
5.2.4 Leeftijdsverdeling 33
5.3 Omvang dienstverband 34
5.4 Instroom in het vak 35
5.5 Uitstroom uit het vak 36
5.6 Conclusies zorgaanbod 39

6. Werkproces **41**
6.1 Inleiding 41
6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen 41
6.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid 41
6.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid 41
6.3Technologische ontwikkelingen 42
6.4 Efficiency 42
6.4.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid 42
6.4.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid 42
6.5 Substitutie 42
6.5.1 Horizontale substitutie 42
6.5.2.Verticale substitutie 43
6.6 Conclusie werkproces 43

7. Varianten **45**
7.1 Inleiding 45
7.2 Basisvariant 48
7.3 Voorkeursvariant 49
7.4 Voorkeursvariant inclusief verticale substitutie (inzet aanverwante disciplines) 50
7.5 Conclusies 51

8. Overwegingen en advies **53**
8.1 Inleiding 53
8.2 Beleidsontwikkelingen 53
8.2.1Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid 53
8.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid 54
8.3 Horizontale substitutie 54
8.4 Verticale substitutie 54
8.5 Belangstelling voor het vak 55
8.6 Opleidingsinstituten 55
8.7 Complicaties marktwerking 55
8.8 Belangrijkste varianten 56
8.9 Advies instroom 56
Bijlage 1. Model Capaciteitsorgaan **58**
Bijlage 2. Procedure en betrokken experts **59**

Samenvatting

Sociale geneeskunde is bij uitstek een beleidsgevoelig specialisme. In dit decennium hebben de beroepsgroep en met name de overheid enkele beleidsbeslissingen genomen die voor het specialisme ingrijpende consequenties hebben gehad.

Dit geldt in de eerste plaats voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid. De overheid heeft met behulp van aanpassing van de Arbowet de keuzevrijheid van werkgevers bevorderd. Hierdoor is de vraag naar bedrijfsartsen vanaf 2006 sterk gedaald. Als gevolg hiervan hebben Arbodiensten afslankingsoperaties uitgevoerd. Ruim 23% van de bedrijfsartsen is momenteel vrijgevestigd. De recent geïntroduceerde mogelijkheid voor werkgevers om de verzuimbegeleiding deels in eigen beheer uit te voeren, zet de benodigde capaciteit aan bedrijfsartsen opnieuw onder druk. Aan de andere kant wordt door de kabinetsmaatregelen inzake arbeidsparticipatie en de beoogde verhoging van de pensioenleeftijd de inbreng van de bedrijfsarts op preventief gebied, maar ook op het gebied van complexe vraagstellingen, vaker benut.

De sociale verzekeringswetten zijn aangepast aan het streven van de overheid om de arbeidsparticipatie in de komende jaren te verhogen. Hierdoor neemt de vraag naar verzekeringsartsen toe. De verzekeringsarts besteedt momenteel een groot gedeelte van zijn tijd aan het zorgvuldig documenteren van zijn onderzoek, afwegingen en conclusies. De verwachting is dat dit in de komende jaren iets zal kunnen afnemen door efficiencymaatregelen. Als deze verwachting bewaarheid wordt daalt per saldo de geraamde behoefte aan verzekeringsartsen.

Voor deze twee specialismen binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid geldt echter dat er een grote achterstand bestaat in de opleidingsinspanningen. Volgens het Capaciteitsorgaan mag er zelfs worden gesproken van verwaarlozing. Het resultaat hiervan is dat de komende vier jaren beide beroepsgroepen wat betreft aantal werkzame artsen fors zullen krimpen. Om tegen 2022 weer te beschikken over voldoende bedrijfsartsen en verzekeringsartsen, zal de jaarlijkse instroom in de opleiding tot bedrijfsarts moeten stijgen naar 145 aios en voor de opleiding tot verzekeringsarts naar 111. Dit kan eerder genoemde schaarste in de komende 4 jaren echter niet meer verhinderen. Overleg van de overheid met de financiers van deze twee opleidingen lijkt noodzakelijk om oververhitting van de opleidingsmarkt te voorkomen.

De Wet publieke gezondheid, het basispakket Jeugdgezondheidszorg, de Wet op de jeugdzorg en de Wet veiligheidsregio's zijn voorbeelden van wetgeving binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid die leiden tot een explicietere behoefte aan artsen op dit terrein. Toch zijn binnen deze sector niet zozeer de veranderende wetgeving maar vooral de door de beroepsgroep geëntameerde aanpassing van de opleiding en onduidelijkheid en speculaties over de financiering tussen 2000 en 2006 redenen geweest voor een lage instroom in de opleidingen. De instroom in de opleidingen komt nu voortvarend op gang. De jaarlijkse instroom voor de 4

profielopleidingen in de tweede tranche A van het Opleidingsfonds wordt geadviseerd op 138. Hierbij valt wederom op te merken dat de knip in de financiering onlogisch lijkt. Verder kan overwogen worden ook de andere 3 opleidingen binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid op te nemen in het Opleidingsfonds gezien de strategische waarde die artsen in deze specialismen kunnen hebben voor het domein van de publieke gezondheid.

1. Inleiding

Dit deelrapport bij het Capaciteitsplan 2010 bevat alle gegevens en (verwijzingen naar) achtergrondinformatie die door het Capaciteitsorgaan zijn gebruikt bij de formulering van het instroomadvies voor de diverse erkende medische vervolgopleidingen in de sociale geneeskunde. Het rapport kan los van het integrale Capaciteitsplan worden gelezen worden. Het integrale Capaciteitsplan 2010 omvat naast het instroomadvies in de sociale geneeskunde ook instroomadviezen over de 27 medische specialismen en de 3 klinisch technologische specialismen, de huisartsgeneeskunde, de mondzorg (de kaakchirurgen, orthodontisten, tandartsen en mondhygiënisten), de specialisten ouderengeneeskunde en de artsen voor verstandelijk gehandicapten. Over elk van deze onderwerpen is een soortgelijk deelrapport met achtergrondinformatie beschikbaar.

1.1 Doelstelling Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan is in 1999 opgericht door veldpartijen in de zorg. De statutaire doelstellingen van het Capaciteitsplan zijn:

a. Het op grond van, onder meer, de te verwachten zorgbehoefte opstellen van behoefteramingen met betrekking tot de onderscheiden medische en tandheelkundige vervolgopleidingen;
b. Informatievoorziening voor de zorgsector en overheid met betrekking tot de behoefte aan en capaciteit van medische en tandheelkundige opleidingen en vervolgopleidingen;
c. Het in beeld brengen van de benodigde capaciteit van de initiële geneeskundige opleiding en advisering hierover aan de overheid.

Sinds 2000 brengt het Capaciteitsorgaan ramingen uit met betrekking tot de gewenste instroom in de diverse erkende medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. Tevens wordt een advies uitgebracht over de noodzakelijk geachte instroom in de initiële geneeskundige opleiding tot basisarts. Het oogmerk van deze adviezen is om ongewenste discrepanties tussen zorgvraag en zorgaanbod te verminderen en op termijn zelfs te voorkomen.

Daarnaast voorziet het Capaciteitsorgaan de overheid en het veld van informatie op basis waarvan partijen beleid kunnen maken rond bijvoorbeeld de numerus fixus, buitenlandse instroom, substitutie en nieuwe opleidingen. Tenslotte werkt het Capaciteitsorgaan mee aan symposia, 'invited expert' meetings en klankbord sessies.

Het bestuur van het Capaciteitsorgaan telt 24 zetels, waarvan er acht worden ingevuld door de zorgverzekeraars, acht door de opleidingsinstellingen en acht door de beroepsgroepen. Deze paritaire vertegenwoordiging is doorgevoerd in elke overlegvorm binnen het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

1.2 Ontwikkelingen in taakstelling Capaciteitsorgaan

Sinds de oprichting heeft het Capaciteitsorgaan veel ervaring en kennis opgedaan die ook bruikbaar is voor beleidsadvisering over en ramingen van de benodigde instroom in andere dan de oorspronkelijke beroepsgroepen.

- Op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2008 gestart met het volgen van de capaciteitsontwikkelingen binnen de eerstelijns mondzorg. In 2006 adviseerde de Commissie Innovatie Mondzorg om vanaf 2008 de beroepsgroep van de tandartsen en de mondhygiënistes te laten monitoren door het Capaciteitsorgaan. Dit was een logisch advies omdat het Capaciteitsorgaan reeds sinds 2000 de ontwikkelingen binnen de kaakchirurgie en orthodontie volgt en adviezen geeft over de instroom in de betreffende opleidingen.
- Eveneens op verzoek van VWS is het Capaciteitsorgaan in 2009 begonnen met onderzoek naar gewenste en daadwerkelijke capaciteitsontwikkelingen bij de BIG-geregistreerde beroepen in de geestelijke gezondheidszorg.

1.3 Disciplinespecifieke aandachtspunten

Aandachtspunten voor de sociale geneeskunde zijn de volgende:

1. Binnen de sociale geneeskunde worden de vervolgopleidingen in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid (de verzekeringsgeneeskunde en de bedrijfsgeneeskunde) niet gefinancierd door de overheid maar door marktpartijen. De relevante wetgeving is sinds 2006 veranderd. Daardoor ontstond bij deze marktpartijen grote onzekerheid over de toekomstige vraag naar capaciteit in deze hoofdstroom van de sociale geneeskunde.
2. De financiering van de vervolgopleidingen binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid heeft in de periode 2000 tot 2006 een transitie doorgemaakt. Daarom waren de belangrijkste financiers van deze vervolgopleidingen, de GGD'en enerzijds en organisaties in de Thuiszorg anderzijds, terughoudend in het laten instromen van basisartsen in deze vervolgopleidingen. Hierdoor is een fors hiaat ontstaan in de instroom in deze opleidingen. Vanaf 2008 subsidieert VWS 4 van de 7 profielopleidingen, te weten die tot jeugdarts KNMG, arts infectieziektebestrijding KNMG, arts tuberculosebestrijding KNMG, en arts medische milieukunde KNMG. Deze profielopleidingen duren in principe 2 jaar en leiden tot inschrijving in een profielregister bij de SGRC. De tweede fase van deze opleidingen die leidt tot registratie als arts M&G in het SGRC-register, alsmede de andere 3 opleidingen wordt momenteel niet gefinancierd door VWS.
3. De profielregisters binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid staan pas enkele jaren open voor inschrijving. Hierdoor zijn betrouwbare gegevens over een aantal parameters aan de aanbodkant, zoals intern en extern rendement, nog niet beschikbaar.
4. Forensisch geneeskundigen kunnen hun wettelijke werkzaamheden uitvoeren als zij zijn geregistreerd in het SGRC-register als forensisch arts KNMG, maar ook als zij staan ingeschreven in het FMG-register. Voor dit laatste volstaat een basisopleiding van 30 dagen.
5. Er is in het merendeel van de gevallen geen sprake van een arts-patiënt relatie maar van een arts-cliënt relatie.

6. De gemiddelde leeftijd van basisartsen bij instroom in deze erkende vervolgopleidingen is hoger dan de gemiddelde leeftijd van basisartsen die instromen in de vervolgopleidingen huisartsgeneeskunde of een van de medische specialismen.
7. Het Capaciteitsorgaan heeft de verschillende specialismen binnen de sociale geneeskunde vanaf 2003 niet meer geraamd vanwege de genoemde beleidsmatige onzekerheden. Overigens heeft het Capaciteitsorgaan de medische vervolgopleidingen tot sportarts[1], jeugdarts[2] en arts infectieziektebestrijding[3] wel tussentijds geraamd.

Vanwege het ontbreken van recent vergelijkingsmateriaal vindt geen vergelijking plaats met eerdere adviezen van het Capaciteitsorgaan. Wel zijn er ten behoeve van het advies over de instroom in de initiële opleiding schattingen gemaakt van de benodigde totale hoeveelheid instromende basisartsen.

1.4 Indeling van deze bijlage

Hoofdstuk 2 dient als oriëntatie en geeft een overzicht van de positie die de sociaal geneeskundigen innemen in het zorgveld. Tegelijkertijd wordt getoond waar de raakvlakken zijn met aanverwante beroepen en hoe de afstemming met deze beroepen is geborgd.

Het Capaciteitsorgaan probeert de geraamde capaciteit van de beroepsgroepen te sturen door middel van advisering over de benodigde instroom in de medische vervolgopleidingen. Daarom staat het hoofdstuk over de opleiding met de geschiedenis van de instroomadviezen vrij vooraan in het Capaciteitsplan. In dit hoofdstuk (3) wordt een overzicht gegeven van de instroom in de erkende medische vervolgopleidingen in de sociale geneeskunde tot nu toe. De adviezen van het Capaciteitsorgaan en de realisatie van instroom in de opleiding vanaf 2000 passeren de revue. Voor zover van toepassing, worden in dit hoofdstuk ook de besluiten van het ministerie van VWS vanaf 2008 meegenomen. Verder vindt hier vaststelling van de parameter 'verwacht rendement' plaats, op basis van resultaten uit het verleden.

In de volgende hoofdstukken worden de drie verschillende onderdelen van het model van het Capaciteitsorgaan (zie bijlage 1) doorgenomen. Hoofdstuk 4 raamt de verwachte omvang van de **zorgvraag** in fte's. Gezien de lange duur van de volledige opleiding tot sociaal geneeskundige (6 jaar geneeskunde, 4 jaar vervolgopleiding) en de beperkte mogelijkheden tot bijsturing (VWS kan dit advies op zijn vroegst vanaf 2012 implementeren) wordt de zorgvraag geraamd voor de jaren 2022 en 2028.

[1] Capaciteitsorgaan (2007). Behoeftebepaling sportartsen: Basiselementen voor nu en straks, Kwantitatieve aspecten van de beroepsgroep.

[2] Capaciteitsorgaan (2007). Capaciteitsplan 2007 voor de medische vervolgopleidingen jeugdgezondheidszorg.

[3] Capaciteitsorgaan (2008). Capaciteitsplan 2007 voor de medische vervolgopleidingen infectieziektebestrijding.

Capaciteits orgaan

Dit betekent dat de instroomadviezen betrekking hebben op de periodes 2012-2019 en 2012-2025. Hierbij geldt voor de beschikbare gegevens 1 januari 2010 als vertrekpunt. De onvervulde vraag die nu niet is te beantwoorden door gebrek aan aanbod, wordt opgeteld bij de beschikbare capaciteit in de raming van de zorgvraag. Vervolgens wordt zoveel als mogelijk rekening gehouden met verwachte demografische, epidemiologische en sociaal-culturele ontwikkelingen.

Hoofdstuk 5 beschrijft het **aanbod** aan beroepsbeoefenaren. Voor een deel zijn de beroepsbeoefenaren die in 2022 en 2028 (nog) werkzaam zijn, nu al opgeleid. Beschreven wordt hoe de beroepsgroep zich sinds de oprichting van het Capaciteitsorgaan heeft ontwikkeld wat betreft aantallen en fte's. De benodigde gegevens waren maar ten dele beschikbaar.

Zorgvraag en zorgaanbod komen bij elkaar in hoofdstuk 6, in het **werkproces**. In dit hoofdstuk wordt het zorgaanbod wat betreft fte's specialist gemodificeerd voor vakinhoudelijk ontwikkelingen, veranderingen in cliëntgebonden tijd/werkbare uren, efficiency, horizontale en verticale taakherschikking en/of taakverschuiving.

Een aantal ontwikkelingen is niet te vangen in puntschattingen. Het Capaciteitsorgaan hanteert in dat geval een minimum en een maximum waarde voor de betreffende parameter. Op basis van zorgvraag, zorgaanbod en werkproces wordt een aantal beleidsrijke ramingen opgesteld waarbij achtereenvolgens steeds meer mogelijke ontwikkelingen zijn meegenomen. Hoofdstuk 7 beschrijft deze varianten.

Hoofdstuk 8 inventariseert tenslotte de belangrijkste beleidsontwikkelingen en de hiermee gepaard gaande onzekerheden. Op basis hiervan wordt een definitieve keuze gemaakt voor de belangrijkste varianten. Het Capaciteitsorgaan biedt de hiermee corresponderende gewenste instroomwaarden aan als finaal advies aan de minister van VWS.

2. Positionering sociale geneeskunde

2.1 Inleiding

De opleidingen voor sociaal geneeskundige zijn alle ontstaan na de Tweede Wereldoorlog. Zij nemen daarmee een middenpositie in tussen de huisartsen en de medisch specialisten. Tot 1994 waren de vervolgopleidingen in de sociale geneeskunde functiegericht. Er bestond een opleiding tot verzekeringsgeneeskundige, arbeids- en bedrijfsgeneeskundige, jeugdarts, sportarts en arts algemene gezondheidszorg. De opleiding duurde formeel 2 1/2 tot 3 jaar. In de praktijk was de opleidingsduur vaak langer.

In 1994 werd de opleiding sociale geneeskunde ingedeeld in twee hoofdstromen: Arbeid en Gezondheid (A&G) enerzijds en Maatschappij en Gezondheid (M&G) anderzijds. Deze wijziging was noodzakelijk om Nederland te conformeren aan de Europese opleidingsstructuur voor de sociale geneeskunde. De hoofdstroom Arbeid en Gezondheid leidde op tot bedrijfsarts, verzekeringsarts, gecombineerd bedrijfsarts/ verzekeringsarts of arts Arbeid en Gezondheid zonder profiel. De duur van deze opleidingen is verlengd van 2 naar 4 jaar. De hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid leidde op in de functies algemene gezondheidszorg, jeugdgezondheids-zorg, sportgeneeskunde, tuberculosebestrijding, medische milieukunde en sociaal geneeskundige zonder profiel. De formele duur van deze opleidingen is 2 1/2 jaar gebleven.

Rond 2000 begon binnen de GGD'en een discussie over de opzet en de financiering van de opleidingen in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid. Dit deels omdat voor tuberculosebestrijding en medische milieukunde inmiddels aparte financieringstrajecten waren geregeld en voor de andere opleidingen een soortgelijk traject werd voorgesteld, deels omdat het rapport 'De arts van straks' voortvarend werd opgepakt door de artsen Maatschappij en Gezondheid en de eisen die vervolgens werden gesteld aan de opleidingsinstellingen maakten dat niet meer elke GGD daaraan kon voldoen. Deze discussie had een verlammend effect op de opleidingsmarkt. Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid daalde het aantal instromers vanaf 2000 substantieel.

In 2005 is voor de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid een nieuwe opleiding van kracht geworden. Op dat moment ging de opleidingsduur van 2 1/2 naar 4 jaar. Hiermee werd ook voor deze hoofdstroom voldaan aan de Europese regelgeving. Tegelijkertijd konden aios M&G na twee jaar een profielregistratie aanvragen bij de SGRC. Men blijft dan weliswaar basisarts maar kan aantonen dat men de eerste competenties heeft verworven om een belangrijk deel van de dagelijkse werkzaamheden te kunnen verrichten. Deze werkzaamheden vinden hoofdzakelijk plaats op individueel niveau. In de volgende twee jaar worden met name collectieve en beleidsmatige vaardigheden verworven. Deze twee jaar hoeven niet direct aan te sluiten op de profielopleiding.

De arts M&G kan de profielregistratie ook handhaven nadat men de volledige opleiding heeft afgerond, om daarmee aan te geven in welk profiel(en) men de individuele vaardigheden heeft verworven. Registratie van meer profielen is mogelijk tot een maximum van 3. Sportgeneeskunde kent geen profielregistratie en wordt daarom in het vervolg apart benoemd.
Er bestaan binnen de opleiding Maatschappij en Gezondheid momenteel 7 profielen die recht geven op een beschermde titel:

- Arts beleid en advies KNMG;
- Forensisch arts KNMG;
- Arts indicatie en advies KNMG;
- Arts infectieziektebestrijding KNMG;
- Jeugdarts KNMG;
- Arts medische milieukunde KNMG;
- Arts tuberculosebestrijding KNMG.

De sociale geneeskunde is vanwege zijn preventieve invalshoek gevoeliger voor overheidsbeleid dan de curatieve geneeskunde. Hierdoor is de sociale geneeskunde sterk onderhevig aan veranderingen in maatschappelijke opvattingen die onder andere tot uitdrukking komen in wetswijzigingen, met name vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Voornamelijk om deze reden heeft het Capaciteitsorgaan sinds 2003 geen ramingen meer kunnen uitvoeren voor de sociale geneeskunde. In dit deelrapport is voor het eerst sinds 2003 weer een integrale raming opgesteld voor alle specialismen binnen de sociale geneeskunde. Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid wordt dit wel bemoeilijkt door de introductie van de zeven profielregistraties in 2007 en de daarmee gepaard gaande overgangsregelingen voor de zittende beroepsgroep. In de voorbereidingen voor deze raming zijn in opdracht van het Capaciteitsorgaan 4 studies uitgevoerd[4,5,6,7]. Deze geven meer achtergrondinformatie die niet kan worden opgenomen in dit deelrapport.

2.2 Overzicht aanverwante disciplines

De inzet van aanverwante disciplines binnen de sociale geneeskunde is divers. In het vervolg van dit deelrapport wordt telkens een onderscheid gemaakt tussen de twee hoofdstromen.

2.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De verzekeringsartsen kennen momenteel eigenlijk maar één relevante aanverwante discipline, te weten de bedrijfsartsen. De bedrijfsarts is in de periode van 2005 tot 2008 op grote schaal tijdelijk ingezet bij de verzekeringsgeneeskundige herkeuringen die nodig waren in het kader van de beëindiging van de WAO en de inwerkingtreding

4 NIVEL (2010). Capaciteitsraming artsen Medische Milieukunde in Nederland.
5 NIVEL (2010). Capaciteitsraming voor bedrijfsartsen 2012-2022/2028.
6 NIVEL (2010). Capaciteitsraming voor verzekeringsgeneeskundigen 2012-2022/2028.
7 NIVEL (2010). De arbeidsmarkt voor forensisch geneeskundigen in 2010.

van de WIA. Inmiddels is deze grootschalige inzet van de bedrijfsartsen beëindigd en lijkt de verzekeringsgeneeskunde te belanden in een iets kalmer vaarwater. Door de wettelijke eisen die worden gesteld aan de medische onderzoeken van het UWV, lijkt het niet te verwachten dat de verzekeringsgeneeskundige op korte termijn activiteiten kan laten uitvoeren door een andere, lager opgeleide, discipline.

De bedrijfsartsen hebben in hun eigen werkomgeving te maken met de huisarts, basisarts, bedrijfshygiënist, arbeidskundige, bedrijfsverpleegkundige en de veiligheidskundige. Horizontale substitutie naar de verzekeringsgeneeskundige komt niet veel voor. Horizontale substitutie vindt op onderdelen wel plaats tussen bedrijfsarts en basisarts. Deze laatste wordt door bedrijfsgezondheidsdiensten dan betiteld als 'Arbo-arts'. In de verticale substitutie met de bedrijfshygiënist, bedrijfsverpleegkundige en veiligheidskundige is inmiddels een stabiele situatie ontstaan. Nieuw is het fenomeen van de preventiemedewerker bij een bedrijf. Hierbij kan men zich afvragen in hoeverre de preventiemedewerker van een bedrijf moet worden beschouwd als een aanverwante discipline.

2.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

De hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid kent een breed palet aan aanverwante disciplines. Zij passeren hier de revue per functie. De arts M&G kan voor het beleidsmatige advieswerk horizontaal deels worden gesubstitueerd door de gezondheidswetenschapper, de epidemioloog, de Master of Public Health of functionarissen met vele andere academische opleidingen waarin collectieve advisering aan bod komt. De tbc-arts kan horizontaal worden gesubstitueerd door de longarts. Overigens komt dit in Nederland niet of nauwelijks voor. De arts indicatie en advies kan in de horizontale substitutie te maken krijgen met de verzekeringsarts die eveneens de benodigde competenties bezit. De jeugdarts kan deels door de huisarts worden gesubstitueerd. Bij de andere functies (forensisch arts, arts infectieziektebestrijding en medisch milieukundige) is er niet direct sprake van horizontale substitutie. Uitvoerende, cliëntgebonden werkzaamheden kunnen echter deels horizontaal worden gesubstitueerd door basisartsen.

Verticale substitutie is mogelijk met een groot aantal HBO-opleidingen. Hierbij is de aard van de uit te voeren werkzaamheden bepalend voor de bijbehorende HBO-opleiding. Voorbeelden zijn de milieugezondheidskundige in het geval van de medische milieukundige en de jeugdverpleegkundige in het geval van de jeugdarts. Hetzelfde geldt voor de onderzoeksactiviteiten van de arts M&G. Verticale substitutie van de tbc-arts naar de tbc-verpleegkundige en van de infectieziektearts naar de infectieziekteverpleegkundige (bijvoorbeeld de SOA-verpleegkundige) vindt al jaren plaats. Bij de functie indicatie en advies is er met name bij het CIZ substitutie naar de HBO-opgeleide verpleegkundige en maatschappelijk werker.

Door de abrupte daling van de instroom in de vervolgopleidingen sinds 2000 is een relatief tekort aan sociaal geneeskundigen in deze hoofdstroom ontstaan. Dit heeft in deze specialismen de (mogelijkheden tot) verticale substitutie zeker bevorderd. Het is

niet zeker of binnen de hoofdstroom M&G de grenzen van de mogelijkheden tot verticale substitutie inmiddels in zicht zijn.

2.3 Verhoudingen tussen disciplines

2.3.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De verzekeringsarts heeft in zijn werk regelmatig te maken met de bedrijfsarts. De verzekeringsarts toetst de wettelijk voorgeschreven werkzaamheden van de bedrijfsarts en overlegt zo nodig met hem. Bedrijfsartsen kunnen zich laten registreren als verzekeringsarts na een bijscholing op relevante competenties die niet (voldoende) zijn ontwikkeld in de opleiding tot bedrijfsarts.

Voor de bedrijfsarts geldt dat de verhouding met de disciplines die substitueren op een horizontaal niveau, complex zijn. De zelfstandige inzet van 'Arbo-artsen' door Arbodiensten wordt niet ondersteund door de beroepsgroep. De vereniging NVAB heeft dit in het professioneel statuut vastgelegd. De samenwerking en afstemming met de huisartsen is vastgelegd in gezamenlijke standpunten van NVAB en LHV[8]. Sinds 2004 hebben bedrijfsartsen de mogelijkheid om bij een arbeidsgerelateerde aandoening rechtstreeks door te verwijzen naar de tweede lijn.

Verticale substitutie van bedrijfsartsen is reeds uitgebreid geïmplementeerd. De samenwerking hierin is georganiseerd vanuit de bedrijfsgezondheidsdiensten. Sedert 2007 is het aantal bedrijfsartsen dat zich zelfstandig heeft gevestigd, toegenomen. Deze groep bedrijfsartsen, 23% van het totaal aan werkzame bedrijfsartsen, heeft veelal geen personeel in dienst en is ook niet van plan personeel in dienst te nemen. Om die reden verwacht het Capaciteitsorgaan dat de verticale substitutie van de bedrijfsartsen in een stabiele fase is beland. Dat geldt nog niet voor de preventiemedewerker die in dienst kan zijn van de bedrijfsgezondheidsdienst maar ook (zelfs met name) van de grotere bedrijven. Onduidelijkheden in de interpretatie van de mogelijkheden van deze functionaris kunnen druk zetten op de relatie tussen preventiemedewerker en bedrijfsarts.

2.3.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

De horizontale substitutie van artsen M&G vindt grotendeels plaats door profielartsen en basisartsen die wel werkzaam zijn bij een organisatie maar nog moeten instromen in de opleidingen. In 2007 had de jeugdgezondheidszorg de primeur door in overleg met de werkgevers te komen tot een balans tussen arts M&G, jeugdarts KNMG, en basisartsen in de verhouding 21:63:17. Een rol hierbij speelde dat de jeugdgezondheidszorg binnen de hoofdstroom M&G veruit de grootste richting vertegenwoordigt. Daardoor zijn deze specialisten in staat om hun werk te verdelen over een gedeelte (deels routinematige) individuele contacten met jeugdigen, waaraan vooral in de eerste twee jaar van de opleiding (=profielopleiding) tot arts

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

M&G aandacht wordt besteed, en een gedeelte beleidsmatig advieswerk, waarvoor de competenties vooral worden ontwikkeld in het tweede gedeelte van de opleiding tot arts M&G. Vanuit datzelfde bedrijfsmatige perspectief moet de basisarts worden gezien als een basisarts die ervaring opdoet in het vak maar daarna instroomt in de opleiding. Voor de artsen infectieziektebestrijding, de medisch milieukundigen, de tuberculoseartsen en de artsen beleid en advies geldt dat de betreffende beroepsverenigingen als standpunt hebben dat elke arts dit beroep moet kunnen uitoefenen in de volle omvang. Dit standpunt is veelal gebaseerd op de kleine aantallen specialisten die het vak kennen en/of op afbreukrisico's bij onzorgvuldige advisering door een ter zake niet opgeleide professional. Voor de forensisch arts bestaat een wettelijke eis ingeval de Wet op de Lijkbezorging van toepassing is. Dan moet de forensisch arts zijn ingeschreven in een register. Dit is momenteel het FMG-register maar op termijn wordt dat wellicht het SGRC-register. Inschrijving in het FMG-register is mogelijk na het met goed gevolg doorlopen van de basisopleiding die 30 dagen duurt. Inschrijving in het SGRC-register is mogelijk na het volgen van de profielopleiding. De overgangstermijn waarin FMG-geregistreerde artsen zich door middel van een overgangsregeling konden laten registreren in het SGRC-register, is inmiddels verstreken.

De verticale substitutie binnen de publieke gezondheidszorg heeft zich geleidelijk aan ontwikkeld. Deze ontwikkeling werd gefaciliteerd door het ervaren tekort aan artsen M&G. Door de Wet Publieke Gezondheid, de bijbehorende Algemene Maatregelen van Bestuur en het Basispakket Jeugdgezondheidszorg is inmiddels iets meer duidelijkheid ontstaan over de eisen waaraan de artsen binnen de publieke gezondheid moeten voldoen en de ruimte die er is voor verticale substitutie. Toch bestaan er nog grote marges in de uitleg van deze wetgeving c.q. de invulling van de aanwezige substitutieruimte tussen de verschillende werkgevers. De verwachting is dat dit de komende jaren geleidelijk zal veranderen door een verdere uitwerking van het Basispakket Jeugdgezondheidszorg en door een afname van het aantal uitvoeringsorganisaties.

Capaciteits orgaan

3. Opleiding

3.1 Inleiding

De opleiding tot sociaal geneeskundige binnen beide hoofdstromen duurt vier jaar en voldoet daarmee aan de Europese wet- en regelgeving. Binnen de hoofdstroom M&G bestaat de mogelijkheid om de opleiding na twee jaar tussentijds te beëindigen of op te schorten en een profielregistratie aan te vragen. Desgewenst kan de opleiding worden hervat op een later moment, waarbij met name verdieping en/of verbreding van de eerder verworven competenties aan de orde is.

Het theoretisch onderwijs krijgt vorm volgens een leer-werk-systematiek. De aios worden decentraal geselecteerd en aangesteld door de gecertificeerde opleidingsinstellingen. Tijdens de opleiding krijgen ze begeleiding van een gecertificeerde opleider. Het cursorisch gedeelte van de opleiding, gemiddeld een dag per week, wordt verzorgd door opleidingsinstituten. Geaccrediteerde opleidingsinstituten zijn onder meer de NSPOH te Amsterdam en TNO te Leiden. De opleiding sluit af met een scriptie.

Financiering van de opleiding geschiedt door de werkgevers, vaak met clausules ten aanzien van terugbetaling van de gemaakte opleidingskosten door de aios ingeval van verandering van werkgever. Uitzonderingen hierop zijn de vier profielopleidingen tot jeugdarts KNMG, arts tuberculosebestrijding KNMG, arts infectieziektebestrijding KNMG en arts medische milieukunde KNMG. Deze opleidingen worden sinds 2008 gesubsidieerd door VWS en maken deel uit van de tweede tranche A van het Opleidingsfonds.

3.2 Adviezen

Zoals gezegd, is de beleidsruimte binnen de sociale geneeskunde groot. Hierdoor zijn de korte termijn schommelingen aan de vraagkant van de sociale geneeskunde veel groter dan in de curatieve sector. Voorbeelden hiervan in de diverse sectoren zijn de veranderingen in de Arbowet per 2006, de omzetting van de WAO in de WIA in 2007 en de vorming van de Centra voor Jeugd en Gezin vanaf 2008. De veranderingen in de Arbowet maakten dat werkgevers niet langer verplicht waren aangesloten te zijn bij Arbodiensten en de daarbij werkzame bedrijfsartsen. De omzetting van de WAO in de WIA leidde ertoe dat het aantal cliënten fors is afgenomen maar de werklast, met name administratief, voor de verzekeringsgeneeskundigen fors is toegenomen. De vorming van de Centra voor Jeugd en Gezin kan voor jeugdartsen betekenen dat zij veel meer dan voorheen worden ingeschakeld als case manager van de jeugdige en/of de opvoeders.

3.3 Besluiten

Het Capaciteitsorgaan heeft tussen 2000 en 2003 aan het veld een tweetal adviezen[9,10] gegeven over de instroom in de verschillende richtingen binnen de sociale geneeskunde. In de adviezen nadien is de sociale geneeskunde niet meer geraamd in verband met de grote onzekerheden ten aanzien van de toekomstige ontwikkelingen. Los hiervan was het voor het Capaciteitsorgaan ook niet mogelijk een goed inzicht te krijgen in de besluiten van het veld met betrekking tot de realisering van de gegeven adviezen. Tabel 1 toont de wél gegeven adviezen uit 2000 en 2003. Overigens ontbreekt in het advies uit 2003 een verdeling binnen de hoofdstromen. Daarom is voor deze tabel de verdeling conform het eerdere advies uit 2000 gehandhaafd.

Tabel 1: Adviezen Capaciteitsorgaan over gewenste instroom sociale geneeskunde sinds 2000.

Advies Jaar: (20..)	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10
A&G: Bedrijfsarts	122	122	122	102	102	102	-	-	-	-	-
A&G: Verzekeringsarts	57	57	57	47	47	47	-	-	-	-	-
M&G: JGZ / 2e fase JGZ	44	44	44	60	60	60	-	-	25	25	25
M&G: AGZ / 2e fase INF	25	25	25	34	34	34	-	-	6	6	6
M&G: Overig	3	3	3	4	4	4	-	-	-	-	-
Jeugdarts KNMG									142	142	142
Arts infectieziekten KNMG									7	7	7
Sportarts								7	7		
Totaal	251	251	251	247	247	247	-	7	187	180	180

* : Verdeling binnen hoofdstromen conform verdeling in de periode 2000-2003

Bron: Capaciteitsplannen Capaciteitsorgaan

3.4 Realisatie adviezen

De instroom in de opleidingen is uiteraard wel gemonitord. Deze gerealiseerde instroom is de resultante van de organisatorische afwegingen van meer dan 100 Arbodiensten, tientallen verzekeringsinstanties, meer dan 100 thuiszorgorganisaties en ongeveer 50 GGD'en. Inmiddels is het veld iets meer geconcentreerd wat betreft werkgevers, is het aantal opleidingsinstituten verminderd en is een gedeelte van de opleidingen in de hoofdstroom M&G wat betreft financiering overgeheveld van de gemeenten c.q. de GGD'en en de Thuiszorgorganisaties naar het ministerie van VWS.

In tabel 2 wordt de gerealiseerde instroom van aios in de opleidingen sinds 2000 getoond. Hierbij is gebruikt gemaakt van de beschikbare gegevens van de SGRC.

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

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

Tabel 2: Gerealiseerde instroom aios sociale geneeskunde

Jaar: (20..)	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09**
A&G: Bedrijfsarts	137	139	127	95	62	32	26	16	27	23
A&G: Verzekeringsarts	59	118	83	57	39	8	1	30	14	28
A&G: Zonder profiel	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M&G: Jeugdgezondheidszorg	11	20	0	0	0	0	0	0	0	0
M&G: Algemene gezondheidszorg	9	10	1	0	0	0	0	0	0	0
M&G: Overig	0	0	0	0	0	0	11	0	0	0
M&G: Arts M&G*		45	1	0	4	0	0	7	7	10
Arts Infectieziektebestrijding KNMG							5	2	9	4
Jeugdarts KNMG							25	25	36	95
Arts tuberculosebestrijding KNMG							3	1	0	0
Arts medische milieukunde KNMG							1	0	0	1
Sportarts	10	7	8	8	9***	7***	10	0	9	0
Totaal	227	339	220	160	114	47	82	81	102	161

* : vanaf 2001 tot 2007 heeft de SGRC alleen geregistreerd dat men in de opleiding arts M&G startte, zonder profielaanduiding.

**: inclusief nog in behandeling zijnde aanvragen per februari 2010.

***: feitelijk gestart maar niet opgenomen in SGRC register.

Bron: SGRC

Uit de tabel blijkt dat in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid de instroom van aios bedrijfsgeneeskunde begint te dalen vanaf 2003. De instroom van aios verzekeringsgeneeskunde daalt al vanaf 2001. De hoofdstroom Arbeid en Gezondheid kent vanaf 2005 een gecombineerde instroom van ongeveer 40 aios per jaar, een reductie van 75% ten opzichte van de eerder gerealiseerde instroom van 200 tot 250 aios per jaar. In de richting zonder profiel en in de richting gecombineerd verzekeringsarts/bedrijfsarts zijn geen basisartsen ingestroomd.

De instroom in de opleidingen in de hoofdstroom M&G stopt – met uitzondering van de sportgeneeskunde – volledig vanaf 2002. In 2006 kent de opleiding weer een aarzelende start die daarna met name in de jeugdgezondheidszorg onverminderd doorzet. De belangrijkste reden voor de aarzelende start is het gegeven dat niet alle GGD'en en Thuiszorgorganisaties op korte termijn konden voldoen aan de SGRC-normen om te worden erkend als opleidingsinstelling.

De opleidingen binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid duren vier jaar. Het gegeven dat de instroom van aios vanaf respectievelijk 2001 en 2003 is gaan dalen, leidt ertoe dat er vanaf respectievelijk 2005 en 2007 minder nieuwe inschrijvingen in de registers zullen hebben plaatsgevonden. De eerdergenoemde reductie van instroom binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid vanaf 2005 zal op de arbeidsmarkt zichtbaar zijn vanaf 2009. Op basis van de instroom in de periode 2005-2009 mag worden verwacht dat het aantal nieuwe inschrijvingen in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid tot 2013 maximaal 40 per jaar bedraagt.

Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid begint de instroom in de diverse opleidingen nu op gang te komen. Waarschijnlijk wordt dit veroorzaakt door de duidelijkheid over de subsidiëring (door VWS) van de opleidingen. Het veld heeft enige tijd nodig om de vereiste infrastructuur te realiseren maar neemt wel de uitnodiging aan om op te leiden. De ontwikkeling van de instroom in de tijd zal mede te maken hebben met de adviezen van het Capaciteitsorgaan inzake de opleidingen tot arts M&G/ jeugdarts KNMG en arts M&G/arts infectieziektebestrijding KNMG. Het huidige advies betreft ook de andere opleidingen, waarvan in elk geval de profielopleidingen voor de medische milieukunde en de tbc-bestrijding gefinancierd worden door VWS.

Op basis van de via de SGRC verzamelde gegevens worden per functie de parameter **instroom gemiddeld**, de parameter **instroom in de opleiding in het laatste jaar (2009),** en de parameter **% vrouwen** ingesteld conform de gegevens in tabel 3.

Tabel 3: Instroom opleiding gemiddeld, instroom in opleiding laatste jaar, % vrouwen

	Instroom gemiddeld	Instroom laatste jaar	% vrouwen
A&G: Bedrijfsarts	17	17	33%
A&G: Verzekeringsarts	15	28	43%
M&G: Zonder profiel	1	1	99%
M&G: Jeugdgezondheidszorg	3	3	92%
M&G: Infectieziektebestrijding	0,5	0,5	67%
M&G: Tuberculosebestrijding	0	0	80%
M&G: Beleid en advies	0	0	99%
M&G: Forensische geneeskunde	6,6	6,6	50%
M&G: Medische milieukunde	0,5	0,5	100%
M&G: Indicatie en Advies	0,3	0,3	0%
Jeugdarts KNMG	79	95	92%
Arts infectieziektebestrijding KNMG	7,5	4	67%
Arts tuberculosebestrijding KNMG	0	0	-
Arts beleid en advies KNMG	0	0	-
Forensisch arts KNMG	1	0	100%
Arts medische milieukunde KNMG	1	1	100%
Arts indicatie en advies KNMG	1	0	100%

Bron: SGRC

3.5 Intern rendement

Het interne rendement bestaat uit het percentage aios per opleidingscohort dat de (profiel)opleiding op enig moment succesvol afsluit. Op basis van de gegevens van de SGRC kan het interne rendement per opleiding worden berekend. Deze gegevens zijn weliswaar niet actueel maar gezien de dynamiek die de afgelopen jaren heeft bestaan in deze opleidingen, is dit de beste benadering. Tabel 4 vat het interne rendement per opleiding samen. Uit de gegevens blijkt dat in de hoofdstroom A&G seksespecifieke interne rendementen moeten worden gehanteerd. Voor de hoofdstroom M&G zijn onvoldoende gegevens aanwezig om een betrouwbare uitspraak te kunnen doen over

het interne rendement van de diverse opleidingen. Het interne rendement van de opleidingen in de hoofdstroom M&G is bij gebrek aan recente betrouwbare data gesteld op 90%. Wellicht is het daadwerkelijke interne rendement toch lager. Voor de hoofdstroom A&G geldt dat het interne rendement voor de vrouwen rond de 88% bedraagt en voor de mannen 80%. Met deze waarden wordt rekening gehouden in de volgende ramingen.

Tabel 4: Intern rendement per opleiding in procenten

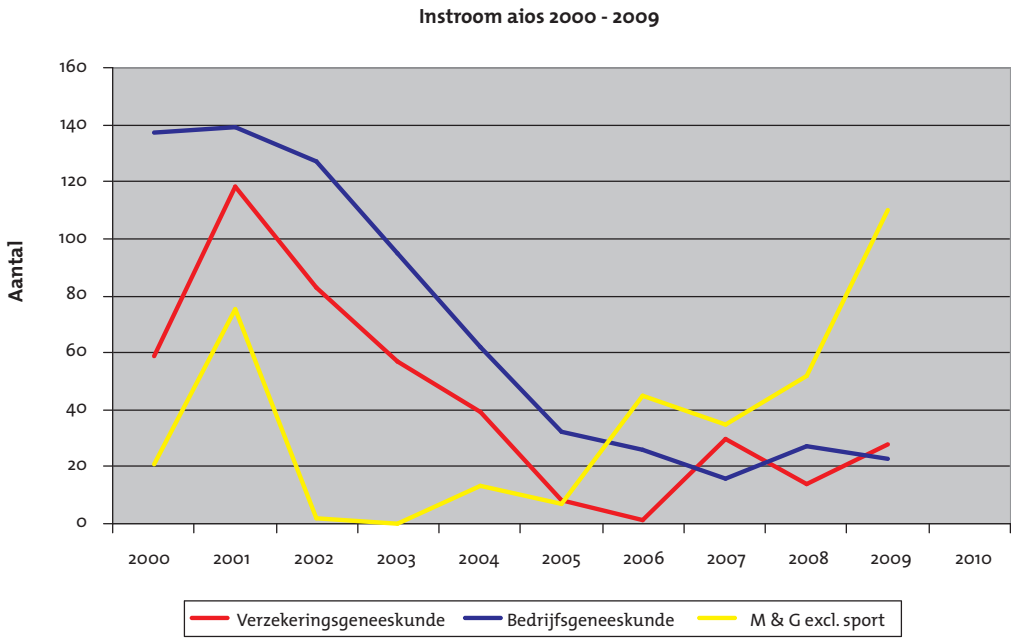
	Man	Vrouw	Totaal
A&G: Bedrijfsarts	75%	86%	80%
A&G: Verzekeringarts	85%	90%	87%
M&G: Zonder profiel	90%	90%	90%
M&G: Jeugdgezondheidszorg	90%	90%	90%
M&G: Infectieziektebestrijding	90%	90%	90%
M&G: Tuberculosebestrijding	100%	100%	100%
M&G: Beleid en advies	90%	90%	90%
M&G: Forensische geneeskunde	90%	90%	90%
M&G: Medische milieukunde	100%	100%	100%
M&G: Indicatie en Advies	100%	100%	100%
Jeugdarts KNMG	91%	90%	90%
Arts infectieziektebestrijding KNMG	90%	90%	90%
Arts tuberculosebestrijding KNMG	100%	100%	90%
Arts beleid en advies KNMG	90%	90%	90%
Forensisch arts KNMG	90%	90%	90%
Arts medische milieukunde KNMG	100%	100%	90%
Arts indicatie en advies KNMG	100%	100%	90%

Bron: Jaarverslagen HVRC

3.6 Conclusies

De instroom van aios in de opleidingen sociale geneeskunde is deels afhankelijk van een niet door de overheid gereguleerde markt die in de periode 2000- 2010 werd geconfronteerd met grote beleidswijzigingen van diezelfde overheid. De werkgevers zullen in eerste instantie reageren op beleidswijzigingen met een pas op de plaats door geen nieuwe basisartsen (die nog een vervolgopleiding moeten volgen) meer aan te nemen. In tweede instantie doen zij geen investeringen meer in vervolgopleidingen bij zittende basisartsen. In derde instantie zullen zij artsen ontslaan. Deze drie maatregelen hebben alle een direct effect op de daadwerkelijke instroom in de vervolgopleidingen binnen de sociale geneeskunde. Het beeld van de instroom tussen 2000 en 2010 kan daarom het best worden gekenschetst als grillig (zie figuur 1).

Figuur 1: Gegroepeerde instroom aios sociale geneeskunde; periode 2000-2009



Bron: SGRC

De gevolgen van deze grillige instroom zijn eveneens grillige bewegingen in het totale aantal aios binnen de diverse richtingen van de sociale geneeskunde. Als gevolg hiervan ondervinden de opleidingsinstellingen, waaronder NSPOH en TNO, continuïteitsproblemen bij het onderhouden van hun infrastructuur. Daarnaast heeft de grillige instroom in de medische vervolgopleidingen binnen de sociale geneeskunde destabiliserende effecten op het reservoir aan basisartsen waaruit ook de andere, wel door VWS gefinancierde, vervolgopleidingen moeten putten.

Capaciteits orgaan

4. Zorgvraag

4.1 Inleiding

In het model van het Capaciteitsorgaan staat het ramen van de verwachte zorgvraag voorop. Als basis voor de huidige zorgvraag wordt het aantal fte sociaal geneeskundigen gebruikt, verdeeld over de verschillende functies. Verder geldt de veronderstelling dat vraag en aanbod op dit moment met elkaar in evenwicht zijn, tenzij er aanwijzingen zijn dat er aan de aanbodzijde een tekort of een overschot bestaat. In dat geval wordt aan de hand van het aantal onvervulbare vacatures of het aantal werkloze artsen de parameter 'onvervulde vraag' hetzij positief hetzij negatief ingevuld. Net als in het vorige hoofdstuk is hieronder op onderdelen een verdeling gemaakt tussen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid en de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid. De zorgvraag, inclusief de onvervulde vraag, wordt vervolgens geraamd aan de hand van demografische, epidemiologische, en sociaal culturele ontwikkelingen.

4.2 Demografie

4.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid zijn met name de demografische ontwikkelingen binnen de leeftijdscategorie 20 tot 65 jaar van belang. Daarbinnen kunnen volgens het CBS[11] de volgende ontwikkelingen worden verwacht:

1. Het aantal 20- tot 65-jarigen zal de komende tien jaar dalen van 10,1 miljoen (2009) naar 9,9 miljoen (2020), oftewel ongeveer 0,2% per jaar;
2. De leeftijdsgroep 50- tot 65-jarigen neemt de komende 10 jaar toe met 260.000 personen, oftewel 0,3% per jaar;
3. De leeftijdsgroep 35- tot 45-jarigen daalt de komende 10 jaar in omvang met 350.000 personen, oftewel 1,4% per jaar.

Deze ontwikkelingen zijn onderdeel van de vergrijzing van de Nederlandse bevolking, waardoor de leeftijdsopbouw van de bevolking fors gaat veranderen. Basaal is echter op demografische gronden sprake van een afname van de groep 20- tot 65-jarigen met 0,2% per jaar.

Laatstgenoemde afname betekent echter niet dat de feitelijke beroepsbevolking, waaraan bedrijfsarts en verzekeringsarts zorg verleent, ook afneemt in omvang. Gezien de groeiende arbeidsparticipatie door vrouwen (+5,5% in de periode 2000-2008) en ouderen (50-65 jaar: +19% in de periode 1996-2010) plus de verwachte verhoging van de pensioengerechtigde leeftijd is het te verwachten dat de bedrijfsartsen en de verzekeringsartsen in de toekomst te maken krijgen met een toename van de vraag. De verwachting is dat dit ongeveer +0,8% per jaar zal zijn. Deze trend stopt niet na 10 jaar.

[11] Poelan, B. & van Duin, C (2010). Bevolkingsprognose 2009-2010. Centraal Bureau voor de Statistiek.

Op basis van de gegevens van het CBS is de parameter **demografie** voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid gesteld op **+ 0,8% per jaar**.

4.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Voor de verschillende functies binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid zijn de demografische veranderingen gerelateerd aan de ontwikkelingen van de omvang van de doelgroep. In tabel 5 zijn deze demografische ontwikkelingen samengevat per functie. Hierbij is geen verschil gemaakt tussen de profielopleiding en de opleiding tot arts M&G.

Tabel 5: Veranderingen in de zorgvraag op basis van de parameter demografie

Functie	Verandering zorgvraag per jaar
Jeugdgezondheidszorg	- 0,5 %
Infectieziekten	+ 0,1 %
Tuberculosebestrijding	- 0,5 %
Beleid en advies	- 0,5 %
Forensische geneeskunde	0,0 %
Medische milieukunde	0,0 %
Indicatie en advies	- 0,5 %

In demografisch opzicht leidt de vergrijzing van de bevolking tot een iets kleiner bestand aan jeugdigen en jong volwassenen. Tengevolge hiervan zal de zorgvraag naar jeugdgezondheidszorg en forensische geneeskunde licht afnemen. De vraag naar forensische geneeskunde neemt echter toe door de groei van het aantal ouderen en de taken die voortvloeien uit de Wet op de Lijkbezorging. Daarom is deze parameter voor forensische geneeskunde in zijn totaliteit gesteld op 0%.

4.3 Epidemiologie

4.3.1 Hoofdstroom Arbeid en gezondheid

Voor de vraag naar verzekeringsgeneeskunde en bedrijfsgeneeskunde is met name de kans op ziekte en arbeidsongeschiktheid van belang, gegeven de demografische kenmerken onder 4.2.1. Gesteld kan worden dat de voornaamste oorzaken van arbeidsongeschiktheid psychische aandoeningen en aandoeningen van het bewegingsstelsel zijn. Hierbij is het aandeel psychische aandoeningen (met name werkstress) sinds 1990 toegenomen, terwijl de aandoeningen van het bewegingsstelsel zijn afgenomen. Belangrijkste oorzaken hiervan zijn met betrekking tot de psychische aandoeningen de intensivering van het werk en een (meer) problematische balans tussen werk en privé en met betrekking tot de aandoeningen van het bewegingsstelsel een intensiever toezicht plus wettelijke maatregelen. Daarnaast constateert het RIVM dat onder werknemers obesitas toeneemt. Bekend is dat personen met obesitas een verhoogde kans hebben op arbeidsongeschiktheid. Verder treedt bij de groep 50- tot 65-jarigen nog een ander fenomeen op, namelijk de tegenhanger van het 'healthy worker'-effect. De mogelijkheden voor oudere werknemers met een gezondheidsprobleem om vervroegd te stoppen met werken,

zijn de afgelopen jaren verminderd. Deze groep zal een toenemend beroep doen op de WIA en daaraan voorafgaand de bedrijfsarts en de verzekeringsarts consulteren. Tenslotte is een trend zichtbaar dat jongeren in toenemende mate een Wajong-uitkering ontvangen, terwijl het aantal jongeren niet stijgt in absolute zin. Om deze trend om te buigen is per 1 januari 2010 is een nieuwe wet Werk en Arbeidsondersteuning jonggehandicapten van kracht geworden, die het beoogde effect lijkt te hebben. Ook hiervoor is extra inspanning van de kant van de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid te verwachten.

In verband met het bovenstaande wordt de parameter **epidemiologie** voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid gesteld op **+0,3% tot +0,6% per jaar** voor de bedrijfsartsen en **+0,3% per jaar** voor de verzekeringsartsen.

4.3.2. Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

De veranderingen in de zorgvraag tengevolge van epidemiologische ontwikkelingen zijn samengevat in tabel 6. Deze verschillen uiteraard voor de diverse functies. In de jeugdgezondheidszorg spelen epidemiologische ontwikkelingen een belangrijke rol, zoals de toename van obesitas, de betere signalering van (vermoedens van) kindermishandeling en psychosociale problematiek. Bij de infectieziektebestrijding tellen de toenemende complexiteit van infectieziekten, de opkomst van zoönosen en de dreiging van bioterrorisme. In de forensische geneeskunde zijn op basis van de verwachte toename van incidentie en complexiteit in de doelgroep de percentages gesteld op minimaal 0,5% per jaar en maximaal 1,0% per jaar. Door de opkomst van de gezondheidsproblematiek die is gerelateerd aan de landbouw en het binnenklimaat (met name in het onderwijs), moet in de medische milieukunde worden gerekend op een toename van de vraag van 2% tot 4% per jaar. Voor de andere 3 functies zijn generieke percentages van 1,1% tot 2,2% gehanteerd.

Tabel 6: Veranderingen in de zorgvraag op basis van de parameter epidemiologie

Functie	Verandering zorgvraag per jaar
Jeugdgezondheidszorg	+ 0,4 % tot + 0,8 %
Infectieziekten	+ 0,5 % tot + 1,0 %
Tuberculosebestrijding	+ 1,1 % tot + 2,2 %
Beleid en advies	+ 1,1 % tot + 2,2 %
Forensische geneeskunde	+ 0,5% tot + 1,0 %
Medische milieukunde	+ 2,0 % tot + 4,0 %
Indicatie en advies	+ 1,1 % tot + 2,2 %

4.4 Sociaal culturele ontwikkelingen

4.4.1. Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Het aantal allochtone werknemers in Nederland neemt toe. In verband met een gemiddeld lagere taalvaardigheid en culturele verschillen is het niet onwaarschijnlijk dat bedrijfsartsen en verzekeringsartsen meer tijd zullen (moeten) besteden aan de begeleiding van deze groep cliënten. Bij de verzekeringsartsen betreft het doorgaans

cliënten met meervoudige en complexe problematiek. Tengevolge van de juridisering van de samenleving en de toenemende mondigheid van werknemers zal de verzekeringsarts steeds vaker worden ingeschakeld door werknemers én werkgevers. Tot op heden ontbreekt echter (betrouwbaar) cijfermateriaal over de ontwikkeling van de sociaal culturele aspecten binnen deze hoofdstroom. Het Capaciteitsorgaan kan hierover ook geen richtinggevende uitspraken doen. De parameter **sociaal cultureel** is voor beide specialismen in de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid gesteld op **0,0% per jaar**.

4.4.2. Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

De invloed van sociaal culturele factoren op de zorgvraag is door de gevraagde experts verschillend ingeschat voor de diverse functies. Tabel 7 geeft de gehanteerde waardes weer.

Tabel 7: Veranderingen in de zorgvraag op basis van de parameter sociaal-cultureel

Functie	Verandering zorgvraag per jaar
Jeugdgezondheidszorg	+ 0,5 % tot + 1,0 %
Infectieziekten	+ 1,0 % tot + 2,0 %
Tuberculosebestrijding	0,0 %
Beleid en advies	0,0 %
Forensische geneeskunde	+ 0,5 % tot + 1,0 %
Medische milieukunde	+ 6,0 % tot + 12,0 %
Indicatie en advies	0,0 %

Opvallend is de grote invloed van de sociaal culturele factoren op de ontwikkeling van de zorgvraag in de medische milieukunde. Op basis van de toename van de vragen van de bevolking naar medisch milieukundige zorg wordt een toename van 6% tot 12% per jaar verwacht. Deze toename berust op een betere alertheid van burger en overheid op medisch milieukundige vraagstukken, een toegenomen mondigheid van de burger ingeval van twijfels en een toegenomen besef bij niet-gemeentelijke overheidsdiensten dat ook zij de medische milieukunde kunnen inschakelen. Daarnaast speelt ook de inschakeling van medisch milieukundige ten behoeve van de veiligheidsregio's als (adviseur van de) Geneeskundig Adviseur Gevaarlijke Stoffen (GAGS) een belangrijke rol.

4.5 Onvervulde zorgvraag

Om de bestaande zorgvraag beter te benaderen, wordt gekeken naar de mate waarin de beroepsgroep de zorgvraag van de bevolking niet of niet voldoende kan beantwoorden op het moment van de raming, de zogenaamde onvervulde vraag. Als graadmeter hiervoor valt in het algemeen te denken aan wachtlijsten (mits niet vervuild om andere redenen) en aan het al of niet bestaan van (veel) moeilijk vervulbare vacatures. Dit geeft een indicatie dat er werk blijft liggen, dan wel dat er suboptimaal wordt gewerkt.

4.5.1. Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De grootste werkgever van verzekeringsartsen in Nederland is het UWV. Op 1 september 2010 stonden op hun website 20 vacatures voor verzekeringsartsen. Daarnaast zijn er ook vacatures bij andere werkgevers. Op een bestand van ruim 1.000 geregistreerde verzekeringsartsen betrof het in zijn totaliteit 27 vacatures, oftewel ongeveer 2,7%. Dit percentage ligt iets boven de zogenaamde 'frictievraag' van 2%.

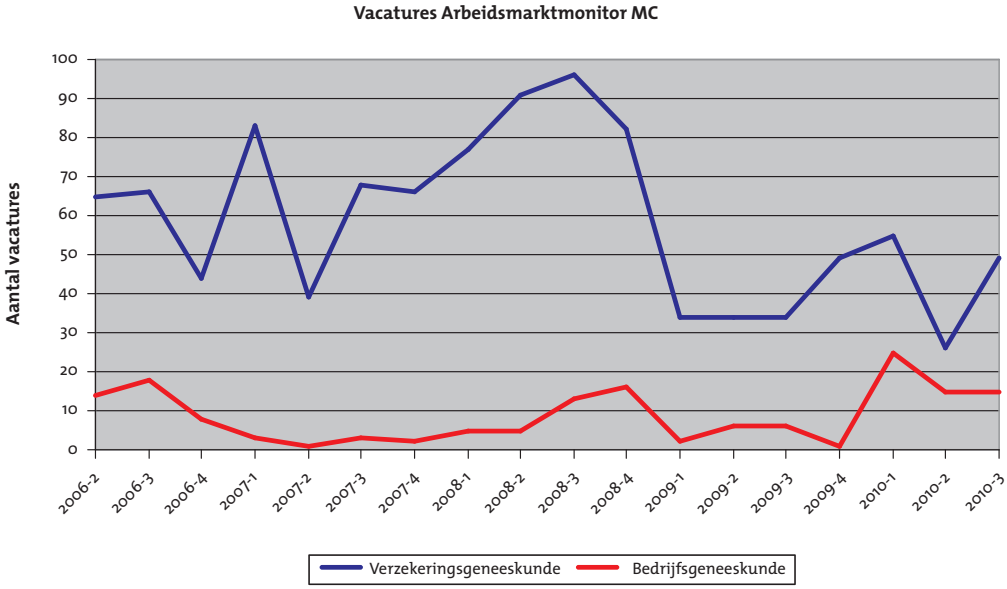
Bij de bedrijfsartsen lijkt op het eerste gezicht een grotere onvervulde vraag te bestaan. Dit specialisme kende de afgelopen jaren een hoge vacaturegraad. Blijkens onderzoek wordt deze veroorzaakt door een groot verloop[12] tussen de verschillende Arbodiensten. Onderzoek in 2009 onder de 74 Arbodiensten leverde een wisselend beeld op, waarbij het merendeel een passende bezetting aan bedrijfsartsen kende. Bij de 65 kleinere Arbodiensten was in 18% van de gevallen sprake van onderbezetting. In 3% van de gevallen was sprake van overbezetting. Bij de 5 grotere diensten was in twee gevallen sprake van onderbezetting en in een geval van overbezetting.

Voor de bedrijfsartsen is geen rekening gehouden met de latente vraag onder de bevolking bij onder meer studenten, vrijwilligers, freelancers, uitzendkrachten, huisvrouwen en vroeg gepensioneerden. Deze potentiële doelgroep telt zo'n 5 miljoen mensen.

Overigens is het de verwachting dat de vacaturegraad in beide specialismen in de komende jaren zal toenemen. Het aanbod neemt immers af door een negatief saldo van leeftijdsgebonden uitstroom enerzijds en zeer lage instroom in het specialisme anderzijds. Om die reden worden in onderstaande figuur 2 de vacaturegegevens van de verzekeringsartsen en de bedrijfsartsen uit de Arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact getoond. Deze monitor beschrijft alleen vacatures die zijn geplaatst in Medisch Contact of zijn achterhaald via de wetenschappelijke verenigingen.

[12] Hingstman. L. & Schepman, S. (2009). Mobiliteit van bedrijfsartsen. Utrecht: NIVEL

Figuur 2: Vacatures in Medisch Contact voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen



Bron: Medisch Contact

Uit deze figuur kan bij de bedrijfsartsen in elk geval geen trend tot verhoging van het aantal vacatures in de tijd worden afgeleid. Sinds 2009 lijkt het aantal vacatures zelfs te zijn gedaald. Bij de verzekeringsartsen lijken er de afgelopen drie periodes wel wat meer vacatures te zijn geplaatst dan in eerdere jaren. De 20 vacatures die in september 2010 open stonden bij het UWV, passen redelijk in het plaatje. Ook hier is er, op een beroepsgroep van meer dan 1.000 geregistreerde specialisten, nog geen sprake van een bestaand fors tekort. De werkgevers nemen echter soms wel geregistreerde bedrijfsartsen in dienst in plaats van verzekeringsartsen. Omdat de uitstroom uit de opleiding in de komende jaren klein blijft, heeft deze figuur voor de verzekeringartsen vooral een registrerende functie naar de toekomst toe. Een schatting van experts is dat in deze sector 3% onvervulde vraag bestaat.

Op basis van bovenstaande gegevens wordt de parameter **onvervulde vraag** voor beide specialismen geschat op **0%** voor de bedrijfsartsen en **3,0%** voor de verzekeringsartsen.

4.5.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Ook voor deze parameter is een en ander samengevat in een tabel. De waarden verschillen uiteraard tussen de diverse disciplines. Een negatieve waarde houdt in dat er ten opzichte van bekende, door de beroepsgroep vastgestelde uitgangswaarden sprake is van een 'overschot' aan dit specialisme. Dit kan een gevolg zijn van de onderverdeling tussen profielartsen en artsen M&G die pas mogelijk is sinds 2007. Concreet speelt dit voor de volledig opgeleide arts M&G bij de functie jeugdgezondheidszorg. Bij infectieziektebestrijding is er nog steeds sprake van een redelijk groot tekort. Voor het overige is bij onbekende uitgangswaarden een generiek

tekort van 4% gehanteerd. Bij bekende uitgangswaarden/kengetallen zijn de cijfers vergeleken met de registraties van de SGRC.

Tabel 8: Onvervulde zorgvraag per functie

Functie	Onvervulde vraag arts M&G	Onvervulde vraag profiel
Jeugdgezondheidszorg	-15,0 %	177,6 %
Infectieziekten	32,9 %	- 4,3 %
Tuberculosebestrijding	4,0 %	4,0 %
Beleid en advies	4,0 %	4,0 %
Forensische geneeskunde	0 %	100,0 %
Medische milieukunde	11,8 %	0,0 %
Indicatie en advies	4,0 %	4,0 %

Uit deze tabel blijkt dat de grootste opleidingsinspanning wordt verwacht bij de profielopleiding jeugdgezondheidszorg. Omdat dit ook in absolute zin een grote groep is, zal de instroom in de profielopleiding hoog zijn in vergelijking met de andere opleidingen. Dat er momenteel ten opzichte van de kengetallen een klein overschot is aan artsen M&G in de functie jeugdgezondheidszorg, betekent alleen dat er minder profielartsen de tweede fase van de opleiding behoeven in te stromen dan wanneer er geen overschot zou bestaan. De vervangingsvraag blijft substantieel. Aan de andere kant is het ook wenselijk dat de beroepsgroep in overleg met de werkgevers de bestaande kengetallen, die deels al weer 3 tot 5 jaar oud zijn, opnieuw ijkt aan de huidige situatie.

4.6 Conclusie zorgvraag

Tabel 9 geeft een samenvatting van de parameterwaarden die zijn gehanteerd in deze raming van de zorgvraag. De parameter onvervulde vraag is uiteraard eenmalig. Deze wordt bij het begin van de raming opgeteld bij de bestaande zorgvraag. De zorgvraag is uitgedrukt in fte specialist/profielarts.

Daarna worden de veranderingen in de andere drie parameters (demografie, epidemiologie en sociaal-cultureel) per jaar hier bij opgeteld. Op die manier ontstaat een beeld van de geraamde zorgvraag in de komende 20 jaar in de basisvariant (zorgvraag + onvervulde vraag + parameter demografie) of de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan (zorgvraag + onvervulde vraag + parameter demografie + parameter epidemiologie + parameter sociaal culturele veranderingen).

Tabel 9: Parameterwaarden ontwikkeling zorgvraag sociale geneeskunde per jaar m.u.v. onvervulde vraag (éénmalig)

	Demo-grafie (%)	Epidemio-logie (%)	Sociaal-cultureel (%)	Onvervulde vraag (%)
Arbeid en Gezondheid				
Bedrijfsarts	0,8	0,3 tot 0,6	0,0	0,0
Verzekeringsarts	0,8	0,3 tot 0,6	0,0	3,0
Arts M&G				
Zonder profiel	- 0,5	1,1 tot 2,2	0,0	4,0
Jeugdgezondheidszorg	- 0,5	0,4 tot 0,8	0,5 tot 1,0	- 15,0
Infectieziektebestrijding	0,1	0,5 tot 1,0	1,0 tot 2,0	32,9
Tuberculosebestrijding	- 0,5	1,1 tot 2,2	0,0	4,0
Beleid en advies	- 0,5	1,1 tot 2,2	0,0	4,0
Forensische geneeskunde	0,0	0,5 tot 1,0	0,5 tot 1,0	0,0
Medische milieukunde	0,0	2,0 tot 4,0	6,0 tot 12,0	11,8
Indicatie en Advies	- 0,5	1,1 tot 2,2	0,0	4,0
Profielarts				
Jeugdarts KNMG	- 0,5	0,4 tot 0,8	0,5 tot 1,0	177,6
Arts infectieziektebestrijding KNMG	0,1	0,5 tot 1,0	1,0 tot 2,0	- 4,3
Arts tuberculosebestrijding KNMG	- 0,5	1,1 tot 2,2	0,0	4,0
Arts beleid en advies KNMG	- 0,5	1,1 tot 2,2	0,0	4,0
Forensisch arts KNMG	0,0	0,5 tot 1,0	0,5 tot 1,0	100,0
Arts medische milieukunde KNMFG	0,0	2,0 tot 4,0	6,0 tot 12,0	0,0
Arts indicatie en advies KNMG	- 0,5	1,1 tot 2,2	0,0	4,0

Capaciteits orgaan

5. Zorgaanbod

5.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de samenstelling van de huidige beroepsgroep sociaal geneeskundigen. Op basis van deze samenstelling en andere beschikbare gegevens kan een verwachting worden uitgesproken over het verloop van de capaciteit in de komende 18 jaren. Voor de samenstelling van de huidige beroepsgroep is gebruik gemaakt van de daartoe ingestelde registers door de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC). Andere gegevens die een indicatie geven over bijvoorbeeld het percentage werkende specialisten of de verwachte stop-leeftijd, zijn verzameld door enquêtering of analyse van andere datacollecties. Doordat langere tijd geen raming van het aantal sociaal geneeskundigen heeft plaatsgevonden, is een vergelijking met eerder verzamelde data slechts fragmentarisch mogelijk. Ook is de invloed van de overgangsregelingen in de diverse profielregisters groot geweest. Instroom vanuit gevolgde profielopleidingen is pas mogelijk vanaf 2008.

5.2 Omvang beroepsgroep

5.2.1 Aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen

Tabel 10 laat zien dat het aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen per 1 januari 2000 3.738 bedroeg en per 1 januari 2010 4.163[13].

Tabel 10: Aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen per 1 januari

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Bedr.	1.463	1.502	1.661	1.733	1.766	1.906	2.028	2.093	2.130	2.167	2.148
Verz.	1.096	1.108	1.122	1.086	947	972	1.021	1.067	1.082	1.072	1.064
M&G	1.179	1.165	1.149	1.161	1.157	1.157	1.092	1.021	998	965	951
Profiel									442	594	621
Totaal*	**3.738**	**3.775**	**3.932**	**3.980**	**3.834**	**4.035**	**4.141**	**4.165**	**4.210**	**4.204**	**4.163**

*: exclusief profielopleidingen

Bron: Jaarverslagen HVRC

De tabel is niet geheel transparant voor de opleidingen in de richting Maatschappij en Gezondheid. In 2006 zijn de tweejarige profielopleidingen gestart. Vanaf 2008 worden de profielartsen, inclusief artsen die gebruik maakten van de overgangsregeling, ook geregistreerd door de SGRC. Het is mogelijk om in één tot maximaal drie profielen als profielarts geregistreerd te worden. Daarnaast kan een

[13] De SGRC geeft de cijfers van het aantal geregistreerde sociaal geneeskundigen weer per 31 december van enig jaar. In navolging van andere deelrapporten en in aansluiting bij cijfers van het aantal werkzame sociaal geneeskundigen worden de cijfers van de SGRC hier weergegeven op 1 januari 0.00 uur, waarbij de cijfers van 31 december van het voorgaande jaar worden gebruikt.

geregistreerde arts M&G ook één tot drie profielregistraties voeren. Om die redenen zijn in de rij met de totalen geen registraties in de profielopleidingen meegenomen. De tabel laat zien dat de drie specialismen binnen de sociale geneeskunde totaal verschillende ontwikkelingen hebben doorgemaakt. De bedrijfsartsen zijn in de periode tussen 2000 en 2006 stormachtig gegroeid in aantal. Vanaf de inwerkingtreding van de nieuwe Arbowet is de groei in tempo gedaald en inmiddels beëindigd. Netto bedraagt de groei ten opzichte van 2000 toch nog steeds 685 geregistreerde bedrijfsartsen, oftewel 47%. De verzekeringsgeneeskundigen zijn wat betreft geregistreerd aantal sinds 2000 nauwelijks veranderd (-3%). De 'dip' in de jaren 2004 en 2005 kan een naijl-effect zijn van eerdere massale herregistraties in 1999 en 2000.

Het totale aantal geregistreerde artsen M&G neemt vanaf 2005 structureel af (ten opzichte van 2000: -19%). De belangrijkste reden hiervoor vloeit voort uit de aanpassing van de opleiding M&G aan de Europese regelgeving vanaf 2002. De opleidingsduur werd verlengd van 2 1/2 jaar naar 4 jaar. Daardoor ontstond in de uitstroom uit de opleiding van nieuwe artsen M&G een vacuüm van bijna 2 jaar. Maar ook bleek dat de werkgevers van potentiële artsen M&G (hoofdzakelijk GGD'en en Thuiszorginstellingen) huiverig waren om basisartsen naar de opleiding M&G te sturen. Dit hing onder meer samen met op handen zijnde wijzigingen in de financiering van de opleiding. Tenslotte bleek de procedure om te worden geaccrediteerd als opleidingsinstelling soms langer te duren dan van tevoren werd ingeschat.

5.2.2 Profielopleidingen

De hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid kent 7 profielopleidingen. De registraties uit 2008 en 2009 betreffen hoofdzakelijk artsen die werkzaam waren binnen deze hoofdstroom, geen registratie als arts M&G (meer) hadden, maar wel voldeden aan de eisen om te worden geregistreerd als profielarts. De instroom in de profielopleidingen startte in 2007 met 28 artsen. In 2008 en 2009 betrof het respectievelijk 45 en 100 artsen (tabel 2). Daarmee is de profielopleiding momenteel de meest gevolgde opleiding binnen de sociale geneeskunde.

5.2.3 Aantal werkzaam

Het aantal werkzame specialisten is altijd lager dan het aantal geregistreerde specialisten. Specialisten kunnen werkzaam zijn in het buitenland (in 2010 gold dat voor 107 sociaal geneeskundigen), een dubbele erkenning hebben (in 2010 zijn dat er 264) of tussentijds zijn gestopt met de uitoefening van hun vak. Voor het Capaciteitsplan 2010 lijkt het verdedigbaar in elk geval de sociaal geneeskundigen die niet in Nederland wonen, buiten de aantallen werkzame sociaal geneeskundigen te houden. Verder is ervoor gekozen de geregistreerde sociaal geneeskundigen die ouder zijn dan 64 jaar, niet mee te rekenen.

Tenslotte is waar mogelijk uitgegaan van uit onderzoek bekende percentages werkzame artsen. Dit was mogelijk bij de verzekeringsartsen, de bedrijfsartsen, de

arts M&G, jeugdarts KNMG, arts infectieziektebestrijding KNMG, forensisch arts KNMG, of arts medische milieukunde KNMG. Voor de overige profielopleidingen en de overige geregistreerde artsen M&G is in de ramingen een generiek percentage van 98% gehanteerd. De verdeling van de artsen M&G over de verschillende aandachtsgebieden is gebaseerd op een aantal aannames. Om die reden is ervoor gekozen om in onderstaande tabel niet de percentages maar de aantallen sociaal geneeskundigen op te nemen.

Tabel 11: Aantal werkzame sociaal geneeskundigen in 2010

Hoofdstroom/Specialisme	Aantal werkzaam
Arbeid en Gezondheid	
Bedrijfsarts	1.968
Verzekeringsarts	933
Arts M&G	**914**
Geen aparte registratie	218
Jeugdgezondheidszorg	346
Infectieziektebestrijding	60
Tuberculosebestrijding	17
Beleid en advies	140
Forensische geneeskunde	96
Medische milieukunde	14
Indicatie en Advies	23
Profielarts	**612**
Jeugdarts KNMG	431
Arts infectieziektebestrijding KNMG	13
Arts tuberculosebestrijding KNMG	2
Arts beleid en Advies KNMG	35
Forensische arts KNMG	91
Arts medische milieukunde KNMG	0
Arts indicatie en Advies KNMG	40

Bron: NIVEL

Het percentage werkzame bedrijfsartsen was 91% van de geregistreerde bedrijfsartsen. Bij de verzekeringsartsen bedroeg dit percentage 88%. Deze relatief lage percentages worden verklaard door de gemiddeld hoge leeftijd van sociaal geneeskundigen in deze hoofdstroom. De tussentijdse vertrekkans neemt toe met het stijgen van de leeftijd. Daardoor is het aantal recent gestopte artsen onder de geregistreerde artsen in de hoofdstroom A&G groter dan gemiddeld.

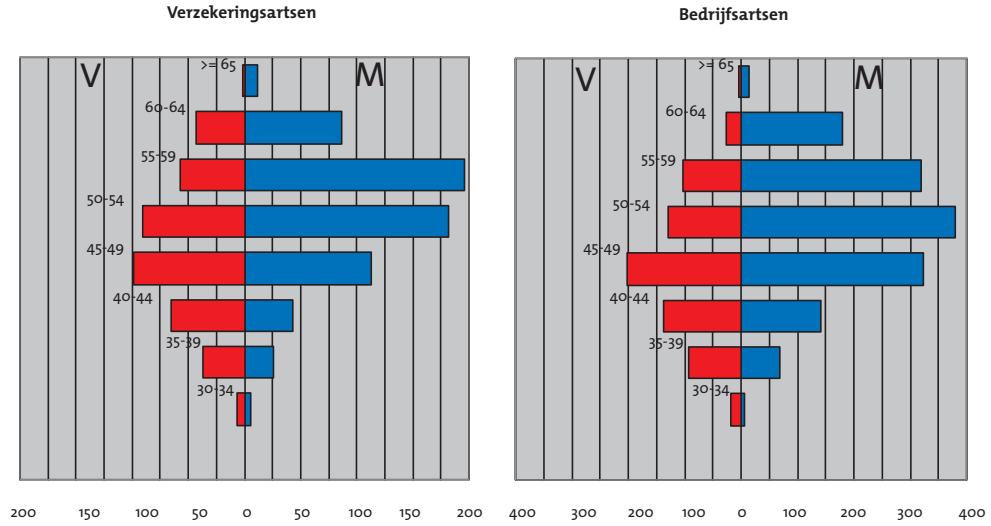
Voor de verdeling van de werkzame artsen M&G over de diverse profielen is gebruik gemaakt van een aantal relevante gegevens die zijn gekoppeld aan de profielregistraties . Er waren op 1 januari 2010 612 werkzame profielartsen, 218 werkzame artsen M&G zonder verdere profielaanduiding (onder andere sportartsen) en 696 werkzame artsen M&G met een of meer profielaanduidingen. Dit betekent dat van de geregistreerde profielartsen 612 op de 621 werkzaam zijn, oftewel 98%, en van

de geregistreerde artsen M&G 914 op de 951, oftewel 96%. Deze hoge percentages zijn naar alle waarschijnlijkheid terug te voeren op de recente start van deze registraties.

5.2.4 Leeftijdsverdeling

De beroepsgroep sociaal geneeskundigen kende de laatste jaren over de gehele linie een dalende instroom uit de opleidingen. Als gevolg hiervan is de leeftijdsopbouw in de afgelopen jaren veranderd. De figuur 3 en 4 tonen de leeftijds- en geslachtsopbouw van respectievelijk de twee specialismen binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid en de artsen M&G en de profielartsen. Rood zijn de vrouwelijke specialisten, blauw de mannelijke specialisten.

Figuur 3: Hoofdstroom A&G: leeftijd en geslachtsopbouw verzekeringsartsen en bedrijfsartsen; 1 januari 2010

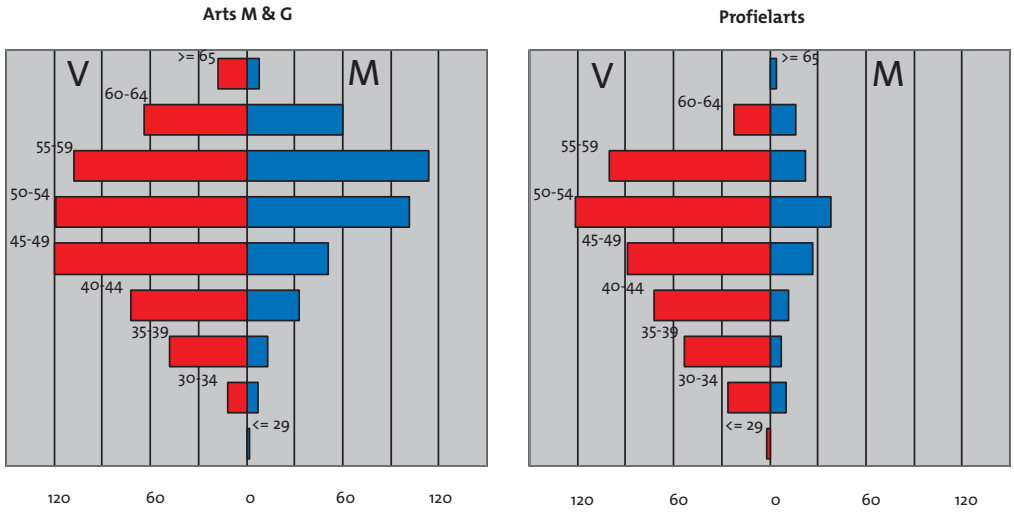


Bron: SGRC

De beroepsgroep van de verzekeringsartsen kent een relatief oude leeftijdsopbouw. Bijna 35% is ouder dan 55 jaar. Deze groep van 397 verzekeringsartsen zal in de komende 10 tot 12 jaar het arbeidsproces verlaten door pensionering. Dit naast verzekeringsartsen in andere leeftijdscategorieën die hun actieve loopbaan als verzekeringsarts beëindigen tengevolge van carrièrestappen, arbeidsongeschiktheid of anderszins. De oudere leeftijdscategorieën kennen een relatief groot aantal mannen. Beneden de leeftijdscategorie 45-49 jaar zijn de vrouwen sterker vertegenwoordigd, een resultante van de veranderingen in de instroom in deze vervolgopleiding. Dit betekent dat in de komende 18 jaar relatief veel mannen uitstromen en zullen worden vervangen door instromende vrouwen.

Bij de bedrijfsartsen is een soortgelijke beschrijving van toepassing. Het belangrijkste verschil is dat de omvang van de veranderingen bijna het dubbele bedraagt. Van de geregistreerde bedrijfsartsen zijn 650 artsen ouder dan 55 jaar.

Figuur 4: M&G Leeftijd en geslachtsopbouw artsen M&G en profielartsen 1 januari 2010



Bron: SGRC

Vergeleken met de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid is de leeftijdsopbouw in deze hoofdstroom evenwichtiger, met name bij de geregistreerde artsen M&G. Opvallend binnen deze hoofdstroom is verder de volledig andere man/vrouw-verhouding. Overigens is in de profielregistraties zichtbaar dat een grote groep oudere artsen gebruik heeft gemaakt van de overgangsregelingen om zich alsnog te laten registreren. Pas vanaf 2011 zal de instroom uit de profielopleidingen voor het eerst goed zichtbaar worden in deze figuur. De uitstroom uit de werkzame carrière bedraagt in de komende 10 tot 12 jaar voor de artsen M&G 372 artsen en voor de profielartsen 154 artsen.

5.3 Omvang dienstverband

Bij de sociaal geneeskundigen is het percentage vrijgevestigde artsen klein. Alleen de groep bedrijfsartsen heeft met 23% zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen een redelijk aandeel. Overigens heeft dit vooral te maken met de veranderingen in de Arbowet in 2006. Hierdoor maakten Arbodiensten het aantrekkelijk voor bedrijfsartsen om door te gaan als vrijgevestigd bedrijfsarts.

De omvang van het dienstverband van de sociaal geneeskundigen is bepaald aan de hand van de onderzoeken die in de afgelopen jaren hebben plaatsgevonden binnen een aantal specialismen. Het betreft de verzekeringsartsen (2010), de bedrijfsartsen (2010), de jeugdartsen (2007), de infectieziekteartsen (2008), de forensisch artsen (2009) en de medisch milieukundigen (2010). Tabel 12 toont de verkregen waarden per geslacht. Als de waarde onbekend was, is een generiek percentage van 90% voor mannen en 70% voor vrouwen gehanteerd

Tabel 12: Omvang dienstverband per functie en geslacht

Hoofdstroom/specialisme	Fte gemiddeld mannen	Fte gemiddeld vrouwen	Fte gemiddeld Totaal
Arbeid en Gezondheid			
Bedrijfsarts	0,90	0,75	0,85
Verzekeringsarts	0,92	0,78	0,87
Arts M&G			
Geen aparte registratie	0,90	0,70	0,80
Jeugdgezondheidszorg	0,78	0,59	0,62
Infectieziektebestrijding	0,90	0,75	0,84
Tuberculosebestrijding	0,90	0,70	0,81
Beleid en advies	0,90	0,70	0,81
Forensische geneeskunde	0,45	0,40	0,44
Medische milieukunde	1,00	0,82	0,92
Indicatie en Advies	0,90	0,70	0,81
Profielarts	0,59	0,47	0,49
Jeugdgezondheidszorg	0,47	0,44	0,44
Infectieziekten	0,90	0,75	0,80
Tuberculosebestrijding	0,90	0,70	0,70
Beleid en Advies	0,90	0,70	0,83
Forensische geneeskunde	0,45	0,40	0,44
Medische milieukunde	1,00	0,82	0,92
Indicatie en Advies	0,90	0,70	0,78

Bron: Kiwa Prismant

De tabel laat zien dat de deeltijdfactor binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid in zijn totaliteit hoger ligt dan de deeltijdfactor binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid. Voor het grootste deel wordt dit veroorzaakt door een andere man/ vrouw- verdeling in de twee hoofdstromen. In totaal bedragen binnen de sociale geneeskunde de gemiddelde fte- percentages voor alle mannen gezamenlijk 0,88 fte, voor de vrouwen 0,66 fte en voor de totale groep 0,78 fte. Opvallende waarden in deze tabel betreffen de jeugdgezondheidszorg. In de profielregistratie worden relatief lage gemiddelden geregistreerd bij zowel de mannen als de vrouwen. Mogelijk wordt dit veroorzaakt door een groot aantal artsen met kleine dienstverbanden die werken op consultatiebureaus. De lage waarde voor de fte bij de forensische geneeskunde is eerder een gevolg van artsen die naast de forensische geneeskunde ook andere functies uitoefenen (indicatie en advies, jeugdgezondheidszorg of zelfs huisartsgeneeskunde).

5.4 Instroom in het vak

Instroom in de sociale geneeskunde is alleen mogelijk door inschrijving in het specialistenregister van de SGRC na voltooiing van de 2e fase van de vervolgopleiding of door inschrijving in de profielregisters van de SGRC na voltooiing van een profielopleiding. Instroom vanuit het buitenland komt nauwelijks voor. Vanaf 2006 konden in de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid artsen die voldeden aan de

criteria voor inschrijving in een profielregistratie, gebruik maken van diverse overgangsregelingen. In 2007 en 2008 zijn de meeste nieuwe inschrijvingen binnen de diverse profielen hierop gebaseerd. De nieuwe inschrijvingen in het register van de SGRC sinds 2000 zijn weergegeven in tabel 13.

Tabel 13: Aantal nieuwe inschrijvingen in het SGRC register per kalenderjaar

Hoofdstroom/ Specialisme 20(..)	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Arbeid en Gezondheid										
Bedrijfsarts	107	86	74	72	177	164	89	90	76	33
Verzekeringsarts	46	40	40	44	66	76	64	48	38	20
Arts M&G	36	33	36	53	81	32	17	8	10	14
Profielarts										
Jeugdgezondheidszorg								339	64	407
Infectieziekten								9	12	61
Tuberculosebestrijding								1	1	18
Beleid en Advies								38	5	141
Forensische geneeskunde								16	69	100
Medische milieukunde								1	0	11
Indicatie en Advies								38	9	24
Totaal specialist A&G of M&G	**189**	**159**	**150**	**169**	**324**	**272**	**170**	**146**	**124**	**67**
Totaal profielarts								442	160	762

Bron: SGRC

De tabel laat zien dat de instroom in de specialistenregisters voor de bedrijfsartsen en de artsen Maatschappij en Gezondheid vanaf 2006 sterk afneemt. Dit is het resultaat van de verminderde instroom in de opleiding vanaf 2002. De nieuwe registratie van artsen M&G betreft voornamelijk sportartsen. Ook voor de verzekeringsartsen is het merkbaar dat de jaarlijkse instroom in het specialistenregister ten opzichte van de periode 2004-2006 is gedaald is en weer is beland op het niveau van 2000 tot 2003.

De inschrijvingen in het profielregister betreft in 2007 en 2008 bijna uitsluitend artsen die voldoen aan de vereisten uit de overgangsregeling. Deze regeling is inmiddels beëindigd, zodat nieuwe inschrijvingen met name artsen betreffen die zijn ingestroomd in de opleiding tot de diverse profielopleidingen.

5.5 Uitstroom uit het vak

De uitschrijvingen uit het register van sociaal geneeskundigen sinds 2000 zijn weergegeven in tabel 14. De jaarverslagen van de SGRC zijn niet specifieker dan de hier getoonde gegevens.

Tabel 14: Aantal uitschrijvingen in het SGRC register per kalenderjaar

Hoofdstroom/ Specialisme 20(..)	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Arbeid en Gezondheid										
Bedrijfsarts							42	57	44	
Verzekeringsarts							29	29	67	
Arts M&G							**63**	**29**	**43**	
Totaal	-	**120**	**124**	**209**	**165**	**211**	**134**	**115**	**154**	

Bron: SGRC

Uitschrijving geschiedt door het niet voldoen aan de eisen tot (5-jaarlijkse) herregistratie, uitschrijving op eigen verzoek of op last van het Tuchtcollege. Herregistratie wordt (sinds 2005) elke 5 jaar door de sociaal geneeskundige aangevraagd bij de SGRC. Sinds januari 2000 moeten sociaal geneeskundigen om in aanmerking te komen voor herregistratie zowel voldoende werkzaam zijn in hun eigen specialisme als voldoende deskundigheidsbevorderende activiteiten hebben gevolgd. Uit de tabel wordt duidelijk dat in de uitschrijvingen twee piekjaren zitten, 2003 en 2005. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het gegeven dat de eerste herregistraties in 2000 werden afgegeven voor 2 jaar of voor 5 jaar en ingeschreven specialisten in tweede termijn toch niet konden voldoen aan de gestelde eisen voor herregistratie.

De uitstroom van de momenteel werkzame sociaal geneeskundigen is gebaseerd op gegevens uit de registraties van de SGRC en enquêtegegevens onder een aantal van de beroepsgroepen. Tabel 15 toont deze gegevens voor de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid.Tabel 16 doet dit voor de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid.

Tabel 15: Uitstroom momenteel werkzame sociaal geneeskundigen Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid naar geslacht in %.

Uitstroom tot jaar	Bedrijfsartsen Mannen	Bedrijfsartsen Vrouwen	Verzekeringsartsen Mannen	Verzekeringsartsen Vrouwen
2015	21 %	14 %	30 %	23 %
2020	47 %	36 %	62%	46 %
2025	73 %	61 %	84 %	69 %
2030	93 %	84 %	94 %	88 %

Bron: NIVEL

Uit deze tabel kan worden geconstateerd dat de verwachtingen over de uitstroom op basis van de beschikbare gegevens fors verschillen voor de bedrijfsartsen en de verzekeringsartsen. In de komende 10 jaar zullen 408 van de 933 werkzame verzekeringsartsen uitstromen, terwijl de instroom in het register op basis van het

huidige aantal aios de komende 4 jaar maximaal 71 bedraagt. Bij de bedrijfsartsen is de uitstroom uit het vak procentueel lager voor zowel mannen als vrouwen. In aantal betreft het de komende 10 jaar echter 934 bedrijfsartsen, waarvoor in de komende 4 jaar maximaal 92 bedrijfsartsen instromen.

Wat eveneens een rol speelt, is het gegeven dat de verzekeringsartsen die werkzaam zijn bij het UWV (77% van de totale werkzame groep), hun actieve loopbaan beëindigen op hun 62e levensjaar, terwijl bedrijfsartsen dan gemiddeld nog 2 à 3 jaar doorwerken. In aantallen uitgedrukt, zijn de opleidingsachterstanden bij de bedrijfsartsen dus groter dan bij de verkeringsartsen. Dit betekent dat de vraag naar bedrijfsartsen en verzekeringsartsen in de komende jaren zal toenemen. Waarschijnlijk kunnen de bedrijfsartsen een gedeelte van deze vraag opvangen door de vrijgevestigde bedrijfsartsen meer en langer te laten werken. Bij de verzekeringsartsen wordt deze optie momenteel om financiële redenen weinig gebruikt.

Tabel 16 laat zien dat er op onderdelen verschillen tussen de profielopleidingen en de arts M&G zijn in procentuele uitstroom. In de komende 10 jaar nemen, procentueel gezien, meer artsen M&G afscheid van het werkproces dan profielartsen. Pas in 2030 is het verschil verwaarloosbaar. In de uitstroom is ook zichtbaar dat de vrouwelijke specialisten en profielartsen jonger zijn dan de mannelijke specialisten en profielartsen.

Tabel 16: Uitstroom momenteel werkzame sociaal geneeskundigen Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid naar geslacht in %.

Specialisme	Tot 2015		Tot 2020		Tot 2025		Tot 2030	
	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw	Man	Vrouw
Arts M&G								
Geen aparte registratie	36	31	48	45	58	55	75	71
Jeugdgezondheidszorg	33	21	65	44	85	67	94	84
Infectieziektebestrijding	19	8	53	25	81	54	94	83
Tuberculosebestrijding	22	25	56	38	89	75	100	88
Beleid en advies	31	14	66	36	92	65	99	89
Forensische geneeskunde	28	13	65	42	89	67	97	79
Medische milieukunde	57	25	100	50	100	75	100	75
Indicatie en Advies	23	30	62	50	92	80	100	100
Profielarts								
Jeugdarts KNMG	5	15	30	38	45	61	65	76
Arts infectieziektebestrijding KNMG	0	11	0	22	25	56	25	67
Arts tuberculosebestrijding KNMG	0	50	0	50	0	50	0	100
Arts beleid en advies KNMG	36	23	68	31	91	46	100	77
Forensisch arts KNMG	27	20	49	45	72	60	86	85
Arts medische milieukunde KNMG	38	0	88	29	100	29	100	57
Arts indicatie en advies KNMG	6	12	27	36	67	60	93	80

Bron: NIVEL

Naast de uitstroom door het vertrek van werkzame specialisten wordt in de ramingen ook rekening gehouden met de toekomstige vertrekkans van specialisten die nog op de markt moeten komen, te weten de specialisten die momenteel in opleiding zijn of nog in opleiding gaan en gedurende de ramingsperiode zullen afstuderen. Dit wordt betiteld als het externe rendement.

In deze raming is het externe rendement gebaseerd op bekende percentages bij de verzekeringsartsen, de bedrijfsartsen en de jeugdartsen. Voor de andere groepen is een arbitraire aanname gedaan (tabel 17), gebaseerd op niet gedocumenteerde ervaringsgegevens van deze sector in combinatie met de wel bekende percentages bij de genoemde 3 specialismen. Alleen voor de medische milieukunde is uitgegaan van een extern rendement van 100% tot aan het 15e jaar. Dan daalt het rendement naar 80%.

Tabel 17: Extern rendement van toekomstige specialisten

Hoofdstroom/Specialisme	Na één jaar	Na 5 jaar	Na 10 jaar	Na 15 jaar
Arbeid en Gezondheid				
Bedrijfsarts	99 %	88 %	80 %	72 %
Verzekeringsarts	97 %	85 %	65 %	50 %
Maatschappij en Gezondheid: Jeugdgezondheidszorg	99 %	95 %	90 %	85 %
Maatschappij en Gezondheid: Rest m.u.v. medische milieukunde	99 %	95 %	90 %	85 %

5.6 Conclusies zorgaanbod

De sociale geneeskunde zal de komende jaren te maken krijgen met een daling van het aantal geregistreerde/werkzame artsen binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid. Met name binnen het specialisme verzekeringsgeneeskunde zal die daling al binnen 5 jaar merkbaar worden. De aantallen geregistreerde bedrijfsartsen zullen in de komende jaren ook dalen tengevolge van de gestagneerde instroom in de opleiding.

Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid zal in de komende jaren een geleidelijke verschuiving plaatsvinden van artsen die als specialist zijn geregistreerd, naar artsen die alleen de profielopleiding hebben gevolgd. Dit zal met name merkbaar zijn binnen de jeugdgezondheidszorg, de sociaal medische advisering en de forensische geneeskunde. De beroepsverenigingen van een aantal andere functies binnen deze hoofdstroom hebben als standpunt dat een arts zijn functie alleen kan uitoefenen als hij niet alleen individuele behandelrelaties kan aangaan maar ook de competenties met betrekking tot onderzoek en advisering beheerst. Door de duidelijkheid die is gecreëerd over de financiering van de opleiding en de inhoud van de opleiding, is de opleiding binnen deze hoofdstroom – na een aantal jaren van uitblijven van instroom – voor de beroepen die zitten in de tweede tranche A van het Opleidingsfonds (jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, medische milieukunde en tuberculosebestrijding) gerevitaliseerd.

Capaciteits orgaan

Eerder heeft het Capaciteitsorgaan bij het aanbieden van het Capaciteitsplan 2008 infectieziektebestrijding al opgemerkt de zogenaamde knip in de financiering van deze opleidingen na 2 jaar onlogisch te vinden. Met name deze opleidingen zijn relevant voor de openbare volksgezondheid. De 2e fase van deze opleidingen is met name gericht op competenties waaraan behoefte bestaat binnen de overheid. Het ministerie van VWS heeft geantwoord dit opnieuw te zullen bezien. Inmiddels is het veld in gesprek met het ministerie.

6. Werkproces

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de verwachtingen over 'autonome' ontwikkelingen binnen het werkproces beschreven. Deze ontwikkelingen spelen een belangrijke rol bij de toekomstige 'match' tussen zorgvraag en zorgaanbod. De hoeveelheid tijd die voor de zorgvraag beschikbaar is, kan fors toe- of afnemen door bijvoorbeeld verbetering van de efficiency of een andere verdeling van de tijd over cliëntgebonden en niet-cliëntgebonden tijd. Parameters die met het werkproces te maken hebben, gelden immers voor de huidige groep werkzame specialisten en hebben impact vanaf het moment van inschatting. De navolgende paragrafen gaan in op de parameters vakinhoudelijke ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen, efficiency en horizontale/verticale taakherschikking. Daarbij wordt telkens onderscheid gemaakt tussen de twee hoofdstromen.

6.2 Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Dit betreft een inschatting van de ontwikkelingen op het terrein van de uitvoering, (wetenschappelijk) onderzoek, kwaliteitsontwikkelingen, standaarden en protocollen/ kennisbeleid.

6.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

Bij de bedrijfsartsen is de trend waarneembaar dat de eenvoudige verzuimbegeleiding een steeds minder groot aandeel in de activiteiten van de bedrijfsarts uitmaakt. De bedrijfsartsen richten zich steeds meer op complexere preventie en advisering. Hierdoor kan de vraag naar geregistreerde bedrijfsartsen toenemen. Op het terrein van de curatieve zorg wordt door de NVAB (mee)gewerkt aan multidisciplinaire richtlijnen. Voor de parameter **vakinhoudelijke ontwikkelingen** wordt bij de bedrijfsartsen een percentage gehanteerd van **+0,5%.**

De volgende trends zijn gesignaleerd bij de beroepsgroep verzekeringsartsen. In de eerste plaats de trend dat de verzekeringsartsen zich meer gaan richten op het incorporeren van medisch- klinische kennis in de verzekeringsgeneeskunde en dat de gedachte om een vakgebied 'klinische verzekeringsgeneeskunde' te ontwikkelen, steeds vaker wordt uitgesproken. Daarnaast is binnen het vakgebied steeds vaker specialisatie en differentiatie te zien, bijvoorbeeld in de oncologie. Voor de parameter **vakinhoudelijke ontwikkelingen** wordt eveneens een percentage gehanteerd van **+0,5%.**

6.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

De parameter vakinhoudelijke ontwikkelingen is binnen deze hoofdstroom gebaseerd op de waarden die in de de verschillende werkgroepen zijn gehanteerd. Ingeval deze waarden onbekend waren, is een generiek percentage gehanteerd van + 1% tot + 2% per jaar. In tabel 18 (pag. 44) zijn de waarden voor elke opleiding weergegeven.

6.3 Technologische ontwikkelingen

Technologische ontwikkelingen hebben de afgelopen jaren in deze sector geen grote vlucht genomen. Het is de vraag of medisch technologische ontwikkelingen van groot toekomstig belang zijn voor de sociaal geneeskundigen. Onderzoek in die richting is in de afgelopen jaren niet uitgevoerd. De parameter wordt voor alle specialisten en profielartsen gesteld op **0,0%** per jaar.

6.4 Efficiency

Factoren die de efficiency verlagen zijn bijvoorbeeld extra handelingen om activiteiten in het kader van het contact met de cliënt te documenteren in het kader van defensief handelen of de aanwezigheid van geautomatiseerde én handmatige systemen.

6.4.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De meest opvallende verschuiving betreft de verzekeringsartsen. Geconstateerd wordt dat door de verdergaande integrale automatisering van verslaglegging en rapportage minder tijd kan worden besteed aan administratieve processen. Momenteel is een verzekeringsarts ongeveer 70% van zijn beschikbare tijd bezig met administratieve processen. De efficiency wordt verder versterkt doordat gemeenten de expertise van verzekeringsartsen ook meer gebruiken bij de medische beoordeling van aanvragen van inwoners. Deze beoordelingen vergen gemiddeld minder administratieve tijd dan de aanvragen bij de grootste werkgever van verzekeringsartsen, het UWV. De parameter **efficiency** wordt geraamd op **- 1,5% tot - 3,0%** per jaar.

Bij de bedrijfsartsen is deze parameter op gesteld **0%.**

6.4.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

Binnen deze hoofdstroom zijn de percentages overgenomen uit eerdere onderzoeken. Waar geen gegevens bekend waren over de efficiency-ontwikkelingen, is een generiek percentage gesteld van 0% per jaar. In tabel 18 staan de uiteindelijk gehanteerde percentages.

6.5 Substitutie

Substitutie oftewel taakherschikking c.q. taakverschuiving kent twee componenten. De horizontale taakherschikking betreft taakherschikking van de sociaal geneeskundige naar de huisarts. Verticale taakherschikking betreft taakherschikking van de sociaal geneeskundige naar andere, lager geschoolde disciplines.

6.5.1 Horizontale substitutie

De parameter horizontale substitutie is alleen geraamd voor de groep artsen M&G en profielartsen die werkzaam zijn/ geregistreerd zijn binnen de jeugdgezondheidszorg. Daarbinnen bestaat de mogelijkheid dat de huisarts preventieve activiteiten van de jeugdarts gaat overnemen. Dit kan worden gefaciliteerd door de opname van individuele preventieve zorg in verzekeringspakketten, door de vorming van huisartsencoöperaties die grotere opdrachten kunnen uitvoeren en door de

intensievere samenwerking tussen de preventieve en curatieve sectoren. De parameter **horizontale substitutie** is voor de arts M&G jeugdgezondheidszorg en voor de profielarts jeugdgezondheidszorg geraamd op **-0,2% tot -0,4%** per jaar. Voor de overige specialismen en profielregistraties is de factor gesteld op **0,0%.**

6.5.2 Verticale substitutie

Verticale substitutie betreft het structureel verschuiven van taken van de sociaal geneeskundige naar lager opgeleide disciplines. Dit betreft zeer diverse disciplines.

Binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid is verticale substitutie met name te bereiken door de inschakeling van andere deskundigheden. Bij de bedrijfsartsen wordt met name gerefereerd aan de case managers/preventiemedewerkers die grotere werkgevers zelf in dienst nemen. Ook de Arbo-arts (basisarts die bedrijfsgeneeskundige activiteiten uitvoert) is te zien als een vorm van verticale substitutie. Beide disciplines zijn met name actief binnen de verzuimbegeleiding. De Arbo-arts, een groep van circa 150 basisartsen, wordt bijna uitsluitend aangetroffen bij grotere Arbodiensten.

De verzekeringsartsen kennen weinig andere deskundigheden die hun werk mogen uitvoeren. Wettelijke restricties maken substitutie moeizaam. Initiatieven van de sector, zoals de medisch medewerker, zijn inmiddels hierop gestrand. Een mogelijkheid die momenteel wordt onderzocht, is de persoonlijk assistent van de verzekeringsarts. Deze zou een deel van de administratieve taken van de verzekeringsarts kunnen overnemen. De sector is hierover optimistisch gestemd. Grootschalige implementatie van deze nieuwe discipline zal echter nog enige tijd op zich laten wachten.

Voor beide specialismen is de parameter **verticale substitutie** gesteld op **-1,0% tot -2,0%.**

Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid is deze parameter bij de niet onderzochte specialismen gesteld op 0%. Voor de sectoren waarbinnen ramingen zijn opgesteld, is een schatting gemaakt van de mogelijkheden tot verticale substitutie. Voor de jeugdartsen is een percentage haalbaar geacht van -0,2% tot -0,6% per jaar, bij de infectieziektebestrijding van -0,4% tot -0,8% per jaar en binnen de medische milieukunde van -2,0% tot 0,0% per jaar. Voor een onderbouwing hiervan wordt verwezen naar de betreffende rapporten van NIVEL en tussentijdse rapportages van het Capaciteitsorgaan.

6.6 Conclusie werkproces

In tabel 18 worden de conclusies voor de relevante parameters uit het werkproces samengevat.

Capaciteits orgaan

Tabel 18: Parameterwaarden werkproces sociaal geneeskundigen per jaar

Hoofdstroom/Specialisme	Vakinhoud	Technologie	Efficiency	Taakver-schuiving	Taakver-schuiving
Arbeid en Gezondheid					
Bedrijfsarts	0,0	0	0,0	0	-1,0 /-2,0
Verzekeringsarts	0,5	0	-1,5 /-3,0	-1,0 /-2,0	0
Arts M&G					
Geen aparte registratie	0,0	0	0	0	0
Jeugdgezondheidszorg	0,1 /0,2	0	0	-0,2 /-0,40	-0,2 /-0,6
Infectieziektebestrijding	1,0 /2,0	0	-0,3 /-0,6	0	-0,4 /-0,8
Tuberculosebestrijding	0,0	0	0	0	0
Beleid en advies	0,0	0	0	0	0
Forensische geneeskunde	2,0 /4,0	0	0	0	0
Medische milieukunde	1,0	0	0	0	-2,0 / 0,0
Indicatie en Advies	0,0	0	0	0	0
Profielarts		0			
Jeugdarts KNMG	0,1 /0,2	0	0	-0,2/-0,4	-0,2/-0,6
Arts infectieziektebestrijding KNMG	1,0 /2,0	0	-0,3 /-0,6	0	-0,9 /-1,8
Arts tuberculosebestrijding KNMG	0,0	0	0	0	0
Arts beleid en advies KNMG	0,0	0	0	0	0
Forensisch arts KNMG	2,0 /4,0	0	0	0	0
Arts medische milieukunde KNMG	1,0	0	0	-2,0 /0,0	-2,0 /0,0
Arts indicatie en advies KNMG	0,0	0	0	0	0

7. Varianten

7.1 Inleiding

In de hoofdstukken 4, 5 en 6 is aangegeven wat momenteel de stand van zaken is rond respectievelijk zorgaanbod, zorgvraag en werkproces. Verder zijn voor deze drie onderdelen zo betrouwbaar mogelijk relevante parameters geschat, met eventueel een boven- en ondergrens. In het navolgende wordt dezelfde systematiek gebruikt als in het Capaciteitsplan 2008. Dit betekent dat voor de sociaal geneeskundigen **géén arbeidstijdvariant** wordt uitgerekend. Voor de evenwichtsjaren 2022 (vroeg evenwicht) en 2028 (laat evenwicht) is een viertal varianten uitgewerkt. Omdat een goed begrip van deze varianten cruciaal is, volgt een uitgebreide uitleg van de systematiek.

De eerste variant is de **basisvariant**. Hierin wordt rekening gehouden met de parameters 'demografie' en 'onvervulde vraag' uit de zorgvraag en met alle parameters uit de ontwikkeling van het aanbod. Deze factoren hebben als gemeenschappelijke kenmerken dat ze op strategisch niveau vrij hard zijn en dat ze worden gedragen en bevestigd door gedocumenteerd onderzoek van derden. Deze variant wordt vergeleken met de ontwikkeling van het aanbod bij de huidige instroom in de opleiding, het scenario dat wordt gekenmerkt door ongewijzigd beleid. De basisvariant is te beschouwen als het vertrekpunt van de ramingen.

In de **lage combinatievariant zonder/met doorgaande trends na 2020** wordt de basisvariant aangevuld met bijna alle andere parameters die zijn benoemd in de vraagontwikkeling en het werkproces. Het betreft de parameters 'sociaal-cultureel' en 'epidemiologie' in de zorgvraagontwikkeling en de parameters 'vakinhoud/technologie', 'horizontale substitutie', en 'efficiency' in het werkproces. Deze parameters hebben als gemeenschappelijke kenmerk dat ze in prognoses minder eenvoudig zijn te voorspellen dan de parameters in de basisvariant. Voor deze parameters bestaat ook geen zekerheid of ze in de nabije toekomst zullen worden geactiveerd (of zullen blijven). Als eventueel eindjaar van de trend is gekozen voor 2020 omdat het dan, gerekend vanaf 2010, gaat om een 10-jaarsperiode.

In de lage combinatievariant met doorgaande trend na 2020 zit ook een 'doorrekening' na 2020 met de aanvullende parameters. Deze lage combinatievariant met doorgaande trend wordt ook wel de **voorkeursvariant** genoemd omdat deze de voorkeur geniet van het Capaciteitsorgaan. De andere varianten dienen met name om de reikwijdtes van de adviezen weer te geven. De lage combinatievariant met doorgaande trend na 2020 loopt in het Capaciteitsplan 2010 door tot 2028.

De waarden die voor de parameters worden gehanteerd, hebben vaak een range met een minimum en een maximum waarde. Deze range wordt vastgesteld aan de hand van de beschikbare gegevens en expert opinions. Voor elk van de afzonderlijke factoren geldt dat ze zich niet of deels kunnen voordoen op de minimumwaarde, geheel op maximumwaarde of geheel of deels op een waarde tussen minimum en

maximum. In de lage combinatievariant wordt deze onzekerheid gehanteerd door ervan uit te gaan dat alle factoren zich de gehele periode zullen voordoen, maar dan wel op de minst extreme waarde. Op deze manier ondervangt een aantal factoren die in de praktijk niet of maar deels in de voorspelde periode optreden, de verandering door een aantal andere factoren dat sterker stijgt of daalt dan de minst extreme waarde aangeeft.

Voor de duidelijkheid moet men zich realiseren dat de minst extreme waarde die waarde is die 0 het dichtst benadert. Voor de positieve waarden betreft het dus de laagste waarde, voor de negatieve waarden is het de hoogste waarde. De lage combinatievariant combineert dus niet de minimale waarden maar de minst extreme waarden voor elke parameter. Dat betekent dat de lage combinatievariant kan resulteren in een hoger aantal benodigde specialisten dan de hoge combinatievariant, bijvoorbeeld als de totale neerwaartse effecten van de geschatte efficiencywinst, sociaal culturele effecten en substitutiewinst in de meest extreme waarden hoger zijn dan de totale opwaartse effecten van stijging van de zorgvraag en de daling van het rendement van de opleiding.

De derde variant is de **voorkeursvariant met inzet aanverwante disciplines**. Deze variant baseert zich op de lage combinatievariant en toont de effecten van hantering van de parameter 'verticale substitutie' uit het werkproces. Deze variant wordt apart getoond omdat verticale substitutie voor een groot deel is te beïnvloeden door middel van beleid van de beroepsgroep, werkgevers en/of de overheid. Bovendien is de opleidingsduur voor de aanverwante disciplines veelal aanzienlijk korter dan 3 jaar en kunnen substitutiemaatregelen dus sneller effect sorteren.

Er zijn nog veel meer mogelijke varianten. Dit deelrapport toont deze niet. De gekozen scenario's geven de beleidsmakers voldoende inzicht in mogelijke ontwikkelingen binnen de sector. Omwille van de leesbaarheid wordt het overzicht beperkt tot de basisvariant, de voorkeursvariant en de voorkeursvariant met inzet aanverwante disciplines[14].

De tabellen 19 en 20 tonen respectievelijk het aantal personen en het aantal fte's voor deze drie varianten voor de twee genoemde evenwichtsjaren, voorafgegaan door de ontwikkeling van het aanbod in huidige stand van zaken. Zoals gezegd, wordt geen arbeidstijdverandering verwacht. Een arbeidstijdvariant is daarom niet uitgerekend.

[14] In het tabellenboek van NIVEL en Kiwa Prismant zijn 8 mogelijke varianten volledig uitgewerkt.

Tabel 19: Benodigd aantal artsen per specialisme/ profiel volgens 3 varianten in 2022 en 2028

Hoofdstroom/specialisme	Basisvariant		Voorkeursvariant		Voorkeursvariant incl. substitutie	
Evenwicht in	2022	2028	2022	2028	2022	2028
Arbeid en Gezondheid						
Bedrijfsarts	2.166	2.176	2.244	2.294	1.973	1.881
Verzekeringsarts	1.054	1.055	839	732	839	732
Arts M&G						
Geen aparte registratie	220	228	284	334	284	334
Jeugdgezondheidszorg	285	286	298	305	298	305
Infectieziektebestrijding	84	85	106	119	101	110
Tuberculosebestrijding	17	18	19	21	19	21
Beleid en advies	142	146	161	174	161	174
Forensische geneeskunde	103	104	141	161	141	161
Medische milieukunde	17	18	32	40	32	40
Indicatie en Advies	23	24	26	28	26	28
Profielarts						
Jeugdarts KNMG	1.134	1.134	1.186	1.210	1.186	1.210
Arts infectieziektebestrijding KNMG	12	12	16	17	14	15
Arts tuberculosebestrijding KNMG	2	2	2	2	2	2
Arts beleid en advies KNMG	36	37	40	44	40	44
Forensisch arts KNMG	196	198	268	306	268	306
Arts medische milieukunde KNMG	0	0	0	0	0	0
Arts indicatie en advies KNMG	37	37	42	44	42	44

Bron: NIVEL

Duidelijk zichtbaar is dat toepassing van de parameter verticale substitutie bij de bedrijfsartsen nog leidt tot een daling van het aantal benodigde bedrijfsartsen ten opzichte van de basisvariant en de voorkeursvariant. Ook is zichtbaar dat het aantal benodigde bedrijfsartsen bij toepassing van verticale substitutie tussen 2022 en 2028 met 102 zou mogen dalen. Dit betekent dat de beroepsgroep de komende jaren nog niet stabiel is. De Arbodiensten en de zelfstandig gevestigde bedrijfsartsen zoeken naar een nieuwe evenwicht.

Ook de groep verzekeringsartsen mag de komende 10 jaren dalen met 215 artsen. Dit komt grotendeels voor rekening van de parameter efficiency die in deze variant in de komende jaren zal toenemen met 1,5% per jaar en daardoor leidt tot een daling van de zorgvraag naar verzekeringsartsen met 1,5 % per jaar.

De benodigde aantallen artsen kunnen ook worden omgezet in een benodigd aantal fte. In tabel 20 is dit uitgewerkt voor alle specialismen en profielen. Het aantal fte geeft de daadwerkelijk benodigde capaciteit weer.

Tabel 20: Benodigd aantal fte artsen per specialisme/ profiel volgens 3 varianten in 2022 en 2028

Hoofdstroom/specialisme	Basisvariant		Voorkeursvariant		Voorkeursvariant incl. substitutie	
Evenwicht in	2022	2028	2022	2028	2022	2028
Arbeid en Gezondheid						
Bedrijfsarts	1.804	1.804	1.869	1.902	1.645	1.560
Verzekeringsarts	900	900	716	624	716	624
Maatschappij en Gezondheid: Arts M&G						
Geen aparte registratie	175	180	225	264	225	264
Jeugdgezondheidszorg	173	173	181	184	181	184
Infectieziektebestrijding	68	68	86	95	82	88
Tuberculosebestrijding	14	14	15	17	15	17
Beleid en advies	113	116	127	139	127	139
Forensische geneeskunde	42	42	57	65	57	65
Medische milieukunde	14	14	27	33	27	33
Indicatie en Advies	19	19	21	23	21	23
Maatschappij en Gezondheid: Profielarts						
Jeugdgezondheidszorg	502	502	525	535	525	535
Infectieziekten	10	10	13	14	11	12
Tuberculosebestrijding	1	1	2	2	2	2
Beleid en Advies	29	30	33	36	33	36
Forensische geneeskunde	80	80	109	123	109	123
Medische milieukunde	0	0	0	3	0	0
Indicatie en Advies	31	32	35	38	35	38

Voor de instroom in de diverse opleidingen is niet het aantal fte maar het aantal personen leidend. Tabel 19 is dus het uitgangspunt. Op basis van in deze tabel geraamde aantallen benodigde sociaal geneeskundigen zijn de bijbehorende aantallen aios die moeten instromen in de diverse medische vervolgopleidingen en profielopleidingen, uitgerekend voor de drie betreffende scenario's.

7.2 Basisvariant

In de basisvariant wordt het benodigd aantal specialisten alleen aangepast aan demografische aspecten en de onvervulde vraag. De berekende instroom staat in tabel 21. Voor de profielen in de hoofdstroom M&G geldt dat de instroom in de profielopleidingen moet worden vermeerderd met de instroom in de betreffende M&G-vervolgopleiding.

Tabel 21: Benodigde instroom sociale geneeskunde per specialisme/ profiel; basisvariant

Hoofdstroom/specialisme	Basisvariant	
Evenwicht in	2022	2028
Arbeid en Gezondheid		
Bedrijfsarts	187	148
Verzekeringsarts	165	126
Arts M&G		
Geen aparte registratie	12	11
Jeugdgezondheidszorg	23	20
Infectieziektebestrijding	10	7
Tuberculosebestrijding	2	1
Beleid en advies	17	13
Forensische geneeskunde	14	9
Medische milieukunde	2	1
Indicatie en Advies	3	2
Profielarts	**118**	**83**
Jeugdarts KNMG	91	64
Arts infectieziektebestrijding KNMG	0	0
Arts tuberculosebestrijding KNMG	0	0
Arts beleid en advies KNMG	3	3
Forensisch arts KNMG	22	15
Arts medische milieukunde KNMG	0	0
Arts indicatie en advies KNMG	2	2

Geconstateerd mag worden dat de opvang van de demografische veranderingen al een aanzienlijke claim legt op de benodigde instroom aan basisartsen in de vervolgopleidingen. Met name bij de bedrijfsartsen en de verzekeringsartsen is deels sprake van een inhaaleffect. Dit blijkt ook blijkt uit de grote verschillen in benodigde instroom voor de twee getoonde evenwichtsjaren 2022 en 2028.

Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid is ook sprake van een redelijk grote instroom. Met name de opleidingen binnen de jeugdgezondheidszorg blijven vragen om een grote instroom, hoofdzakelijk door de vervangingsvraag van de groep jeugdartsen KNMG/artsen M&G.

7.3 Voorkeursvariant

Als naast de demografische aspecten ook rekening wordt gehouden met de twee andere parameters uit de zorgvraagontwikkeling, plus alle parameters uit het werkproces exclusief de verticale substitutie (voorkeursvariant), ontstaat het volgende overzicht van de benodigde instroom om de aantallen specialisten/profielartsen uit tabel 19 te realiseren.

Tabel 22: Benodigde instroom sociale geneeskunde per specialisme/ profiel; voorkeursvariant

Hoofdstroom/specialisme	Evenwicht in	Voorkeursvariant 2022	2028
Arbeid en Gezondheid			
Bedrijfsarts		204	162
Verzekeringsarts		111	79
Arts M&G			
Geen aparte registratie		25	21
Jeugdgezondheidszorg		25	22
Infectieziektebestrijding		15	10
Tuberculosebestrijding		2	2
Beleid en advies		21	16
Forensische geneeskunde		21	15
Medische milieukunde		4	3
Indicatie en Advies		3	2
Profielarts		**137**	**100**
Jeugdarts KNMG		98	70
Arts infectieziektebestrijding KNMG		0	0
Arts tuberculosebestrijding KNMG		0	0
Arts beleid en advies KNMG		4	3
Forensisch arts KNMG		33	24
Arts medische milieukunde KNMG		0	0
Arts indicatie en advies KNMG		2	2

De aantallen instromende basisartsen zijn nu iets hoger voor de bedrijfsartsen en fors lager voor de verzekeringsgeneeskundigen en de hele hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid.

7.4 Voorkeursvariant inclusief verticale substitutie (inzet aanverwante disciplines)

De voorkeursvariant met inzet van aanverwante disciplines leidt met name bij de bedrijfsartsen tot een aanzienlijke neerwaartse aanpassing van de benodigde instroom. Bij de verzekeringsartsen is in verband met het ontbreken van verticale substitutie uiteraard geen verschil met de voorkeursvariant zichtbaar. Voor de meeste richtingen binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid zijn er geen veranderingen. Alleen de jeugdgezondheidszorg kent een redelijk grote afname van de aantallen op te leiden basisartsen.

Tabel 23: Benodigde instroom sociale geneeskunde per specialisme/ profiel; voorkeursvariant inclusief substitutie

Hoofdstroom/specialisme Evenwicht in	Voorkeursvariant incl. substitutie 2022	 2028
Arbeid en Gezondheid		
Bedrijfsarts	145	114
Verzekeringsarts	111	79
Arts M&G		
Geen aparte registratie	25	21
Jeugdgezondheidszorg	24	21
Infectieziektebestrijding	14	10
Tuberculosebestrijding	2	2
Beleid en advies	21	16
Forensische geneeskunde	21	15
Medische milieukunde	4	3
Indicatie en Advies	3	2
Profielarts	**133**	**96**
Jeugdarts KNMG	94	66
Arts infectieziektebestrijding KNMG	0	0
Arts tuberculosebestrijding KNMG	0	0
Arts beleid en advies KNMG	4	3
Forensisch arts KNMG	33	24
Arts medische milieukunde KNMG	0	0
Arts indicatie en advies KNMG	2	2

7.5 Conclusies

Uit de berekeningen in de drie getoonde varianten blijkt dat er binnen de sociale geneeskunde een forse inspanningsverplichting bestaat met betrekking tot de opleidingen. Dit heeft meerdere oorzaken. In de eerste plaats is de beroepsgroep wat betreft leeftijdsopbouw relatief vergrijsd ten opzichte van andere specialismen. In de tweede plaats is de instroom in de opleidingen met name binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid in de afgelopen 4 jaar gedecimeerd. Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid begint de instroom in de opleidingen net weer op gang te komen. Gezien de achterstanden in opleidingsinspanningen wordt voorgesteld om te kiezen voor een vroeg evenwichtsjaar. Tabel 24 vat de resultaten op hoofdlijnen samen voor het vroege evenwichtsjaar 2022.

Capaciteits orgaan

Tabel 24: Benodigde totale instroom in sociale geneeskunde volgens drie varianten; evenwichtsjaar 2022

	Basisvariant	Voorkeursvariant	Inclusief verticale substitutie
Arbeid en Gezondheid			
Bedrijfsarts	187	204	145
Verzekeringsarts	165	111	111
Maatschappij en Gezondheid			
Arts M&G	83	116	114
Profielarts	118	137	133
Totaal instroom	**553**	**568**	**503**

Uitgaande van de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan inclusief verticale substitutie, zullen jaarlijks 256 basisartsen moeten instromen in de medische vervolgopleidingen binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid, 214 basisartsen (114+133-33 forensisch artsen KNMG) in de profielopleidingen binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid en 114 profielartsen in de tweede fase van de opleiding tot arts M&G.

8. Overwegingen en advies

8.1 Inleiding

Het Capaciteitsorgaan heeft na 2003 op eigen initiatief geen adviezen meer uitgebracht over de gewenste instroom in de medische vervolgopleidingen in de sociale geneeskunde. De tussentijdse adviezen over jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding en medische milieukunde zijn opgesteld op verzoek van de overheid. Daarnaast heeft het Capaciteitsorgaan een onderzoek gedaan naar de forensische geneeskunde.

De reden voor het niet opstellen van specifieke ramingen binnen de sociale geneeskunde betreft de vele beleidsveranderingen sinds 2003. De sociale geneeskunde wordt van alle specialismen het meeste blootgesteld aan beleidsveranderingen en veranderingen in de wet- en regelgeving. De hoofdstroom Arbeid en Gezondheid is deels bijna volledig blootgesteld aan marktwerking (bedrijfsgezondheidszorg) en deels ook geconfronteerd met sterk veranderende beleidsintenties op het terrein van arbeidsongeschiktheid (WIA, Wajong, Wmo) en fusies tussen uitvoeringsorganisaties (verzekeringsgeneeskunde). De hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid heeft tussen 2003 en 2008 een onstabiele periode van instroom in de opleidingen gekend als gevolg van de veranderende regelgeving (Besluiten CSG in reactie op Europese regelgeving, introductie profielregistraties, veranderde financiering van – een deel van – de opleidingen).

Door het niet beschikbaar zijn van eerdere ramingen is het niet eenvoudig om een keuze te maken tussen de verschillende varianten. Ervaringsgegevens ontbreken. Het Capaciteitsorgaan heeft er voor gekozen de voorkeursvariant met verticale substitutie te hanteren als het scenario waarop het advies is gebaseerd. Hiermee wordt enig risico genomen ten aanzien van de betrouwbaarheid van de inschattingen van autonome trendontwikkelingen en substitutiemogelijkheden. De redenen voor deze keuze zijn in de volgende paragrafen aangegeven.

8.2 Beleidsontwikkelingen

8.2.1 Hoofdstroom Arbeid en Gezondheid

De verwachting is dat in de komende jaren veel in het werk zal worden gesteld om werknemers aan de slag te houden. Dat betekent dat oudere werknemers intensievere begeleiding zullen krijgen via hun werkgevers, waarschijnlijk ook op bedrijfsgeneeskundig gebied. Daarnaast zullen de verzekeringsartsen een groter aantal cliënten krijgen aangeboden voor reïntegratie en verplichte (her)keuringen. Verder wordt ervan uitgegaan dat het UWV, na de recente reorganisatie van het uitkeringsveld en de ingezette afslankingsoperatie, de centrale werkgever voor de verzekeringsartsen blijft. De gemeenten zullen als opdrachtgever een klein maar groeiend aandeel van de verzekeringsartsen inzetten voor de uitvoering van de geneeskundige onderzoeken in het kader van (onderdelen van) de Wmo, de Wwb en andere sociale wetgeving. Samengevat, lijken de verzekeringsartsen te zijn beland in

een kalmer vaarwater terwijl de bedrijfsartsen nog volop effecten ondervinden van de veranderingen in de Arbowet.

8.2.2 Hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid

De afgelopen jaren is in het werkveld van de arts M&G een aantal wetten veranderd. De belangrijkste relevante wet is de Wet publieke gezondheid. Daarin worden de jeugdgezondheidszorg en infectieziektebestrijding inclusief tuberculosebestrijding omschreven. Voor de jeugdgezondheidszorg is ook de Wet op de Jeugdzorg relevant. De medische milieukunde heeft weer meer te maken met de Wet Veiligheidsregio's. De forensische geneeskunde is recent geconfronteerd met veranderingen in de Wet op de Lijkbezorging. Als gevolg hiervan neemt het register van de FMG een eigen positie in naast het register van de SGRC. De verwachting is dat de komende jaren geen grote veranderingen in wet- en regelgeving meer zullen afkomen op de specialisten binnen deze hoofdstroom.

8.3 Horizontale substitutie

Horizontale substitutie binnen de sociale geneeskunde zal vanwege de specialisaties waarschijnlijk geen grote vlucht nemen. De verzekeringsgeneeskunde kent geen (negatieve) horizontale of verticale substitutie. De bedrijfsgeneeskunde ziet de samenwerking met de huisarts veeleer als een mogelijkheid tot horizontale substitutie naar de bedrijfsarts toe dan van de bedrijfsarts af. De hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid heeft een profiel waarbinnen horizontale substitutie waarschijnlijk mogelijk is, te weten het profiel indicatie en advies dat op onderdelen overeenkomsten vertoont met het specialisme verzekeringsgeneeskunde. In de raming is horizontale substitutie alleen gehanteerd bij de functie jeugdgezondheidszorg omdat daar de huisarts steeds meer mogelijkheden krijgt om onderdelen van de zorg te leveren.

8.4 Verticale substitutie

De verticale substitutie heeft zich in de afgelopen jaren binnen de twee hoofdstromen in verschillend tempo ontwikkeld. De verzekeringsgeneeskunde wordt gehinderd door jurisprudentie bij het experimenteren met substitutie. Dit specialisme heeft daardoor de minste ervaring met verticale substitutie. De bedrijfsartsen hebben in de afgelopen 4 jaar de eenvoudige verzuimbegeleiding steeds meer overgedragen aan anderen (casemanagers, arbo-artsen). Deze substitutiemogelijkheid heeft waarschijnlijk zijn grenzen nog niet bereikt. De verwachte schaarste aan sociaal geneeskundigen creëert een omgeving die welgezind is voor verticale substitutie.

Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid is al vanaf 2000 geëxperimenteerd met verticale substitutie. De tuberculosebestrijding, de infectieziektebestrijding en de medische milieukunde hebben veel ervaring opgedaan met substitutie. De jeugdgezondheidszorg is ook al jaren gewend aan substitutie. Binnen de zorg voor 0- tot 4-jarigen en de zorg voor 4- tot 19-jarigen heeft de jeugdverpleegkundige een aantal werkzaamheden overgenomen van de jeugdarts. De verwachting is dat deze ontwikkeling nog niet is beland in een eindfase.

Verticale substitutie ontwikkelt zich in de praktijk het beste als er op de arbeidsmarkt een zekere schaarste aan specialisten bestaat. De verwachting is dat deze schaarste met name tussen 2010 en 2015 binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid zal ontstaan als gevolg van de vergrijzing van de beroepsgroep en het nagenoeg ontbreken van uitstroom uit de opleidingen.

8.5 Belangstelling voor het vak

Onder basisartsen die op zoek zijn naar een opleidingsplaats, is de belangstelling voor de sociale geneeskunde niet voldoende groot. Van deze groep basisartsen heeft 4,5% een eerste voorkeur voor de sociale geneeskunde. Voor de tweede voorkeur geldt 11,4%. Als deze percentages mogen worden toegepast op de groep basisartsen die jaarlijks afstuderen, betreft het respectievelijk 95 en 240 basisartsen. Dit betekent dat de totale belangstelling voor het vak niet hoger is dan de benodigde instroom volgens de meeste instroomvarianten. Gedacht wordt dat de onbekendheid met het vak eraan bijdraagt dat de belangstelling niet zo groot is. Onlangs heeft de Koepel Artsen Maatschappij en Gezondheid (KAMG) daarom samen met GGD Nederland, Actiz, TNO en de NSPOH een brochure uitgebracht over de talrijke facetten van de 7 verschillende profielen en specialismen binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid.

8.6 Opleidingsinstituten

Met uitzondering van de sportgeneeskunde vinden alle opleidingen plaats bij de NSPOH of bij TNO. De schommelingen in de instroom van de opleidingen zijn de afgelopen jaren echter fors geweest (figuur 1). Dit is het gevolg van de marktwerking waar het de opleidingen binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid betreft en onzekerheden over opleiding en financiering waar het de opleidingen binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid betreft. De 4 profielopleidingen binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid die zijn opgenomen in de tweede tranche A van het Opleidingsfonds, zorgen nu voor stabiliteit en continuïteit bij de opleidingsinstituten. Dat is nodig om kwaliteit en continuïteit te kunnen bieden in de infrastructuur van de opleidingsinstituten.

8.7 Complicaties marktwerking

De toelating van marktwerking binnen de hoofdstroom Arbeid en Gezondheid brengt vanuit de optiek van het Capaciteitsorgaan ook nog een andere complicatie met zich mee, te weten een periodieke competitie vanuit deze marktsector (Arbodiensten/ UWV) om basisartsen uit het reservoir. Op momenten dat de markt aantrekt, zal deze markt basisartsen enthousiasmeren om te kiezen voor een carrière binnen deze hoofdstroom. Daarvoor kan het beschikbaar stellen van een opleidingsplaats een onderdeel zijn. Dit kan de effectuering van de geraamde instroom in andere specialismen negatief beïnvloeden. Op andere momenten, als het slechter gaat met de economie, zal de markt artsen afstoten dan wel niet naar een opleiding sturen. In dat geval komen er meer basisartsen beschikbaar voor instroom in erkende medische vervolgopleidingen dan werd aangenomen op basis van de uitstroom uit de initiële opleiding.

De komende jaren zal de sector maatregelen moeten nemen om de benodigde capaciteit aan beschikbare artsen in deze hoofdstroom te garanderen. Door de vergrijzing gaat het daarbij niet om kleine aantallen. De vraag is in hoeverre de werkgevers op dit terrein een gemeenschappelijke strategie kunnen bewandelen. Voor de verzekeringsgeneeskunde ligt het voor de hand dat het UWV de regie gaat voeren. De bedrijfsartsen hebben nog niet de beschikking over een dergelijke centrale regisseur.

Binnen de hoofdstroom Maatschappij en Gezondheid betreft het de drie profielopleidingen forensische geneeskunde, beleid en advies en indicatie en advies. Verder is voor alle richtingen in deze hoofdstroom de tweede fase van de opleidingen niet voorzien van centrale financiering. Voor een aantal richtingen binnen deze hoofdstroom is het onmogelijk het specialisme uit te oefenen zonder te beschikken over de competenties worden ontwikkeld die in de tweede fase van de opleiding. Het betreft hier medische milieukunde, tuberculosebestrijding, beleid en advies, grote delen van de infectieziektebestrijding en deels de jeugdgezondheidszorg. Alleen voor de profielen indicatie en advies en forensische geneeskunde kan voor het dagelijkse werk waarschijnlijk worden volstaan met de profielopleiding.

8.8 Belangrijkste varianten

De twee belangrijkste varianten die het Capaciteitsorgaan kent, zijn de voorkeursvariant en de voorkeursvariant met verticale taakherschikking. Het Capaciteitsorgaan kan in zijn advies geen risico's nemen die op de lange termijn leiden tot een tekort aan aanbieders van zorg. Het Capaciteitsorgaan verwacht echter op korte termijn mogelijk tekorten aan de aanbodkant door de vergrijzing van de beroepsgroep. Daardoor zal de verticale substitutie zich waarschijnlijk sneller ontwikkelen/ontplooien dan gebruikelijk.

Om die redenen is ervoor gekozen de voorkeursvariant met verticale substitutie te laten dienen als basis voor het advies en te kiezen voor het vroege evenwichtsjaar 2022. Het Capaciteitsorgaan zal de daadwerkelijk bereikte verticale substitutie monitoren en op basis daarvan in het volgende reguliere advies misschien een andere variant hanteren.

8.9 Advies instroom

Voor dit advies wordt de voorkeursvariant van het Capaciteitsorgaan gehanteerd, met doorgaande trends vanaf 2010 tot 2025 en met verticale substitutie. Gezien de verwachte tekorten in de komende jaren is gekozen voor het vroege evenwichtsjaar 2022. Deze variant is hiervoor uitgewerkt in tabel 23 en wordt hieronder nogmaals getoond.

De benodigde instroom wordt door het ministerie van VWS alleen gesubsidieerd voor de profielopleidingen jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, tuberculosebestrijding en medische milieukunde. Alle overige opleidingen worden door werkgevers gefinancierd en zijn dus niet onderhevig aan regie van de kant van

VWS. Het valt te overwegen in gesprek te gaan met de betreffende partijen en ministeries om enige regulering te bewerkstelligen in dit deel van de opleidingsmarkt.

Tabel 25: Benodigde instroom sociale geneeskunde per specialisme/ profiel; voorkeursvariant met snel bereiken evenwicht inclusief verticale substitutie

Hoofdstroom/ specialisme	Voorkeursvariant incl. verticale substitutie, evenwicht 2022
Arbeid en Gezondheid	
Bedrijfsarts	145
Verzekeringsarts	111
Arts M&G	
Geen aparte registratie	25
Jeugdgezondheidszorg	24
Infectieziektebestrijding	14
Tuberculosebestrijding	2
Beleid en advies	21
Forensische geneeskunde	21
Medische milieukunde	4
Indicatie en Advies	3
Profielarts	**133**
Jeugdarts KNMG	94
Arts infectieziektebestrijding KNMG	0
Arts tuberculosebestrijding KNMG	0
Arts beleid en advies KNMG	4
Forensisch arts KNMG	33
Arts medische milieukunde KNMG	0
Arts indicatie en advies KNMG	2

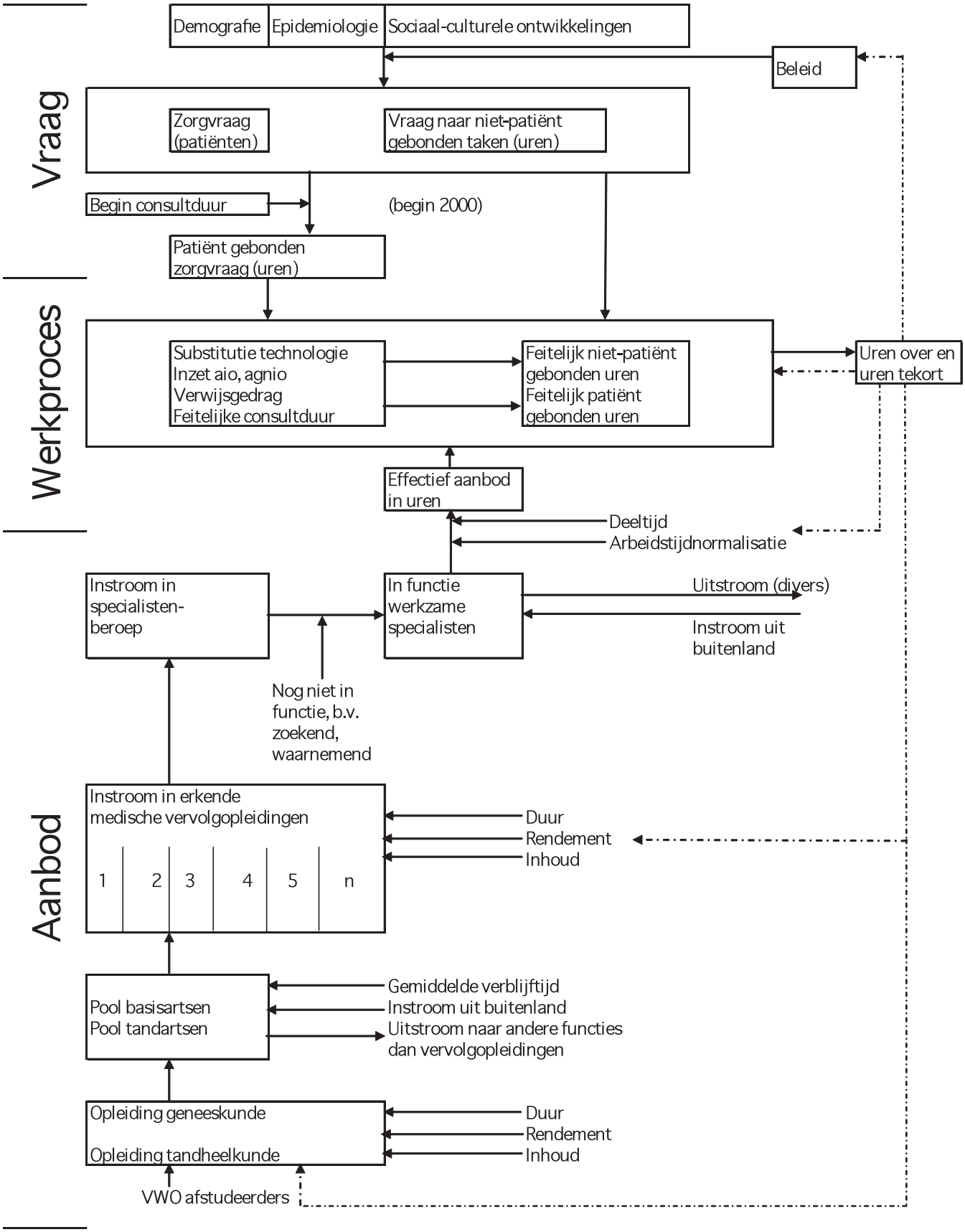
Bron: NIVEL

Voor de 4 beroepen die vallen onder de tweede tranche A van het Opleidingsfonds, komt dit neer op het volgende instroomadvies voor de profielopleidingen per jaar:

- Jeugdgezondheidszorg: 118
- Infectieziektebestrijding: 14
- Tuberculosebestrijding: 2
- Medische milieukunde: 4

Capaciteits orgaan

Bijlage 1. Model Capaciteitsorgaan



Bijlage 2. Procedure en betrokken experts

De Kamer Sociale Geneeskunde heeft het advies behandeld op 15 november 2010 en daarna aangeboden aan het Plenair Orgaan. Het Plenair Orgaan heeft het advies vastgesteld op 8 december 2010.

De samenstelling van de Kamer Sociale Geneeskunde was als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. dr. H. Hlobil
Mw. H. Sachse, vertrouwensarts
Dhr. J.B.J. Drewes
Mw. L. ten Hove

Organisaties van opleidingsinstituten/ opleidingsinstellingen

Mw. drs. V.R.E. Verdegaal

Organisaties van werkgevers

Dhr. H. Kroneman
MW. I. Steinbuch
Dhr. prof. dr. W. van Rhenen
Dhr. M.H. Waterman

De samenstelling van het Plenair Orgaan was als volgt:

Organisaties van beroepsbeoefenaars

Dhr. mr. A.W.J.M. van Bolderen
Mw. dr. J. Bont
Dhr. dr. L.H. van Hulsteijn (voorzitter Dagelijks Bestuur/ Plenair Orgaan)
Mw. dr. M.J. Kaljouw
Dhr. C.J.G. Theewes
Dhr. A.M.J. Veer
Dhr. dr. L. Wigersma
Dhr. H.W. Zijlstra

Organisaties van opleidingsinstituten/ opleidingsinstellingen

Dhr. drs. G. de Beij
Dhr. prof. dr. F.C. Breedveld
Dhr. drs. P.J.L. van Heugten
Dhr. drs. P. de Jonge
Dhr. dr. S.J. Noorda
Dhr. drs. H.J. Pijlman
Dhr. prof.dr. H.A.P.Pols
Dhr. Paul M.L. Smits, arts MBA (lid Dagelijks Bestuur)

Organisaties van zorgverzekeraars

Dhr. drs. M.W.L. Hoppenbrouwers (lid Dagelijks Bestuur)
Dhr. drs. A.J. Lamping

Capaciteits
orgaan

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