

# Het Capaciteitsorgaan

Lucas Kingma

Een gesprek met H.J. Leliefeld, directeur van het Capaciteitsorgaan

Zoals bekend is voor dit themanummer gezocht naar een aantal invalshoeken teneinde de materie 'Onderwijs' afdoende te belichten. Naast een aantal aspecten met een directe relatie met onderwijs zijn er ook enkele met grotere afstand tot de kern van het onderwerp. Daarbij past zeker het begrip 'capaciteit'. Een gesprek met Henk Leliefeld, sedert de oprichting in 1999 de directeur van het Capaciteitsorgaan, geeft inzage in achtergrond, samenstelling, werkwijze en uitkomst van het Capaciteitsorgaan (CO). Het gesprek wordt aan het slot van commentaar voorzien door Henk Leliefeld. Bovendien is lezenswaardig de bijdrage van Pieter Roscam Abbing en Louis Meiss, respectievelijk voorzitter en secretaris van de Commissie In- en Uitstroom van de NVvR. Zij beschrijven de materie vanuit een direct blikveld van de radiologie. Daarmede is een drieluik ontstaan.

Voorafgaand aan het gesprek werden zeven vragen voorgelegd:

1. Wat is de ontstaanswijze en de achtergrond van het CO?
2. Wat is de samenstelling van het CO?
3. Wat zijn doel en functie van het CO?
4. Hoe zijn de capaciteitsberekeningen voor specialisten in het algemeen?
5. Hoe zijn de capaciteitsberekeningen voor de radiologie in het bijzonder?
6. Wat is de betrouwbaarheid van de metingen?
7. Wat is het toekomstperspectief?

Het gesprek is niet verlopen volgens een strak regime van vraag en antwoord, maar is gevoerd tussen twee in de materie geïnteresseerden, waar ondergetekende van 1996 tot medio 2001 in het veld van de oprichting van het Capaciteitsorgaan, bij de start en de eerste analyses én beleidskeuzes, met anderen heeft mogen meedenken en meewerken. Het betrof dus mede een weerzien met persoon en materie; het effect is een ten dele gekleurd verhaal, waar de vaak nodige 'journalistieke' afstand tot inhoud en persoon in dit geval niet aanwezig is geweest. Maar hopelijk heeft de kwaliteit er niet onder geleden.

Capaciteitsorgaan: ontstaan en samenstelling

Het Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige vervolgoopleidingen beoogt de veldpartijen en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport te informeren over de gewenste omvang van de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen en de initiële basisopleiding. Het Capaciteitsorgaan is een adviesorgaan *aan* en niet *van* de minister van VWS en bestaat uit een plenair orgaan (het bestuur) en vijf kamers: huisartsen, medisch specialisten, sociaal geneeskundigen, verpleeghuisartsen en tandheelkundig specialisten. In het CO, dat de juridische vorm heeft van een stichting, dragen de beroepsgroepen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars gezamenlijk de verantwoordelijkheid; de veldpartijen zijn dus vertegenwoordigd. Ook in de kamers zit een vertegenwoordiging van elk der veldpartijen. Na een aanloopfase vanaf 1996 vond in 1999 de formele start plaats. Regelmatig wordt, na interne afweging, discussie en besluitvorming, aan de minister geadviseerd over getalsvormingen per beroepsgroep verdeeld naar soort, (deel)specialisme, maar ook qua aantallen studenten en ten aanzien van scenario's in het veld van de zorg. Inmiddels is het CO toegekomen aan een verfijning van zijn uitspraken, wat gepaard gaat met een stijging van de betrouwbaarheid en verbeterde onderbouwing.

Het CO geeft advies en informatie over en aan het 'veld', bovenal aan de minister. Deze geeft op zijn beurt subsidie aan het CO, dat echter onafhankelijk is. Het gesprek is gericht op de medisch specialisten en eindigde met uitspraken en analyses die specifiek zijn voor de radiologie.

Model en varianten

Het CO heeft begin 2000 een ramingsmodel laten ontwikkelen, maar had daarbij eigen inbreng. Het model gebruikt zowel harde als zachte variabelen en bevat drie hoofdcompartimenten:

- de zorgvraag vanuit de bevolking (de bekende dubbele vergrijzing, mondigheid, zorgvraag);
- het aanbod aan en vanuit de artsen (de capaciteit);
- het werkproces van de zorg (ontwikkelingen, efficiency, andere therapie).

Deze onderdelen zijn onderling nauw verbonden. Veranderingen in het ene compartiment hebben altijd effect binnen de andere compartimenten. Het model staat open voor beleidsimpulsen. Het is bovendien interactief. Bij alle uitwerkingen wordt uitgegaan van een aantal varianten; deze zijn in een vroege fase vastgelegd voor een periode van een aantal jaren, en aan de toenmalige keuzes is maatschappelijke discussie voorafgegaan, onder andere met de KNMG, de OMS, de wetenschappelijke verenigingen, zorgverzekeraars en instellingen. De variabelen kunnen op diverse manieren gegroepeerd worden.

Het CO heeft gekozen uit de vele varianten; bij een horizon van ongeveer tien jaar is dat geworden:

- bevolkingsontwikkeling (gekoppeld aan productiecijfers en daarmee specifiek per specialisme);
- demografie van de beroepsgroep (uiteraard, waar mogelijk, gedifferentieerd per specialisme);
- lage inschatting van 'onvervulde vraag', geschat op 5% (zgn. laag-variant);
- lage inschatting van 'extra vraag' door sociaal-culturele veranderingen, geschat op 10%;
- lage inschatting qua veranderingen in het werkproces door substitutie/efficiency, geschat op - 5%;
- arbeidstijdverkorting, geschat op 5% (ook hier de zgn. laag-variant) – zie ook de bijdrage van de Commissie In- en Uitstroom.

Op grond van bovenstaande wordt de beleidskeuze in de wandeling de laag/laag-variant met arbeidstijdverkorting genoemd. Het CO verwacht dat de laatste drie ontwikkelingen zich in de periode 2000-2010 zullen voltrekken en daarna stoppen. De 'hardere' voorspellingen over de demografie en die over de beroepsgroep zijn wel tot ná 2010 doorgetrokken.

Essentieel is dat primair is geraamd bij verder ongewijzigd beleid. Dat wil zeggen dat geen rekening werd gehouden met een fundamentele wijziging qua stelsel van verzekeringen en verzorging. Een dergelijke verandering is wel voorstelbaar, maar de effecten van een eventuele wijziging zijn niet in te schatten. Wel zijn al enkele concrete beleidsvoornemens aan het Capaciteitsorgaan voorgelegd om de effecten op capaciteit door te rekenen, zoals verkorting of verlenging van de opleidingsduur. Het bovenstaande model is, inclusief de varianten, inmiddels geaccepteerd door de veldpartijen, waarmee een draagvlak is ontstaan naar het ministerie.

Het is in het kader van het gesprek niet mogelijk gebleken een compleet overzicht te geven van de overwegingen en varianten (daartoe ter lezing aanbevolen de gepubliceerde rapporten van het CO vanaf 2000). Een toelichting op bepaalde punten is dus op zijn plaats, bijvoorbeeld betreffende de extra vraag van 10% door sociaal-culturele veranderingen. Het betreft hier een schatting gedaan door elk van de vijf kamers, uiteenlopend van 5 tot 20%. Voor de medisch specialisten is die schatting uitgekomen op 10%, met als elementen onder andere: er komen meer hoogopgeleiden in ons land; er komt meer gebruik van internet als basis van kennis bij een breed publiek; er komt meer consumentisme; er komen meer richtlijnen, en er is groei in de behoefte aan bevolkingsonderzoeken (risicoverlagend, informatie naar maximum).

## Doel en functie

De belangrijkste afweging is dat gestreefd wordt naar evenwicht tussen aanbod aan werk en de vraag naar zorg. In welk jaar dat evenwicht bereikt moet zijn heeft consequenties voor de maatregelen nodig om dat doel te bereiken; er kan altijd een zogenaamd 'perseffect' ontstaan (zie grafieken), waarvan de grootte zal afhangen van het aantal jaren dat beschikbaar is voor het bereiken van het evenwicht. Dat een evenwichtssituatie te verkiezen is boven de onregelmatige en ongelijkmatige varkenscyclus die het gevolg zal zijn van de uitwerking van de ideeën van onafhankelijk van elkaar besluitende partijen, wetenschappelijke verenigingen en de overheid, is zeker. Het heeft tot ver in de jaren negentig geduurd voordat dit besef doordrong. Want: "Wij dokters deden het toch zo slecht nog niet! Wij hebben het vele jaren zelf besloten en dat was goed!" Deze kreten worden gehoord als verdediging van de bestaande situatie. De feiten wijzen anders uit: we maakten er gezamenlijk een puinhoop van. Het effect was: een onsamenvattend geheel van besluiten, noodgedwongen te volgen door overheid en verzekeraars. Sommige besluiten waren onderling tegenstrijdig, derhalve contraproductief, en stonden niet in relatie met de werkelijkheid van de aantallen studenten en/of de budgetten. Van veel besluiten kan de zuivere achtergrond worden betwijfeld, waar elementen als 'behoud van omzet en werk' een ander gewicht kregen dan ontwikkelingen vanuit de maatschappij: meer vrouwen in de geneeskunde en meer deeltijdwerk – om maar één voorbeeld te noemen. Het feit dat bijvoorbeeld de gemiddelde mannelijke huisarts stopt met circa 57 jaar en de gemiddelde vrouwelijke huisarts met 47 jaar, terwijl de opleiding van beide even veel tijd en geld heeft gekost, heeft ernstige consequenties

als steeds meer vrouwen huisarts worden. Het opleiden van iemand die nadien parttime gaat werken, kost evenveel capaciteit (en geld) als van degene die fulltime gaat werken.

Een element dat altijd bovenkomt bij aanpassing van de capaciteit is: inkorten van de opleidingen. Analyse leert dat het effect minder groot is dan gedacht, en dat het maar éénmaal geïnd kan worden. Als we van vijf naar vier jaar gaan, is het effect slechts 3% aan capaciteit. Op de achtergrond speelt dat 'doorschieten in de capaciteit' voorkomen moet worden. Zowel naar boven als naar beneden. Als je echter op enige termijn, bijvoorbeeld tien jaar, een evenwicht wilt bereiken, dan moet dát de kern van het beleid worden en moeten alle maatregelen zich in principe daarnaar richten. Inclusief bijv.: werkbelasting, opleidingsduur, taakherschikking, inzet van nurse practitioners en physician assistants. Het mag raar klinken, maar stijging van werk hoeft niet altijd een stijging van werkbelasting te betekenen. Kortom, er wordt gewerkt met vergelijkingen met veel onbekenden. Hoe betrouwbaar zijn die dan nog? Is alles onbetrouwbaar? En hoe erg is dat?

## Betrouwbaarheid

Eerst een korte beschouwing over de betrouwbaarheid op zich. Niet alle details kunnen besproken worden, maar het onderscheid tussen harde en zachte elementen is van belang. Demografie van de beroepsgroep is behoorlijk 'hard' bij beroepsgroepen die groot zijn en een lange staat van dienst hebben. Maar 'geregistreerd' is niet hetzelfde als 'werkzaam'. Hiervoor zijn bijstellingen gedaan in overleg met verenigingen. De volgende vraag is: voor welk percentage werken ze en wat is de werkbelasting? Hierbij wordt bijna per definitie met gedateerde gegevens gewerkt. Het gevolg is dat er ook bij de medisch specialisten (en dus ook radiologen) sprake is van 'matige betrouwbaarheid'. Zelfs met behulp van gecombineerde cijfers van ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen, de MSRC en verzekeraars (pensioen en arbeidsongeschiktheid) blijven er nog onduidelijkheden.

Een andere harde factor is de bevolkingsontwikkeling. Er is sprake van (dubbele) vergrijzing, maar ook van ontgroening bij de patiënten. Het CBS biedt een goede basis voor voorspellingen. Toch loop je ook hier tegen onzekerheden aan. Of bijvoorbeeld die ontgroening doorzet is moeilijk uit te rekenen, echter van groot belang voor bijvoorbeeld de kinderartsen en obstetrici – maar ook voor orthodontisten, die immers veel werk hebben binnen de groep van 10-15-jarigen. Door de zachte variabelen jaarlijks te monitoren en derhalve longitudinaal te vervolgen, zal de betrouwbaarheid stijgen. De jaarlijkse uitspraken en voorspellingen van het CO winnen per keer aan zeggingskracht en betrouwbaarheid. Uiteindelijk wint het betrouwbare getal altijd, maar eerst volgt nog de omzetting naar beleid – en dat vergt keuzes. Normen spelen een rol van betekenis bij het maken van beleidskeuzes. En juist dáárvan is het veld van dokters weer van belang, want daar zitten de kennis en de ervaring (naast de metingen van bijvoorbeeld Prismant en de verzekeraars). Bijvoorbeeld wanneer het gaat om het gelijktijdige voorkomen van meerdere afwijkingen bij ouderen: vaatafwijkingen, COPD, DMII, hypertensie, nierfunctiestoornissen, IAP, etc. Dat zijn effecten die ten dele 'ondergaan' in de demografie, maar merkbaar worden vanuit de vakgebieden. Dat is iets geheel anders dan het meten van wachtlijsten en de registratie van vacatures.

## Medisch specialisten

Waar is dat CO nou voor nodig? Een veelgehoorde kreet. We deden het toch zelf goed? 'Maar ...', zeggen dan de voorstanders van het CO, 'we moeten proberen een varkenscyclus te vermijden, waar de praktijk in het verleden tegenstrijdige en niet samenhangende maatregelen van individuele wetenschappelijke verenigingen liet zien'. Los van de berekeningen voor huisartsen, verpleeghuisartsen en tandartsen is voor dit interview de berekening van medisch specialisten van primair belang. Binnen die brede beroepsgroep is er sprake van multilaterale samenhang. Meer internisten, meer orthopeden, een verandering van therapeutische protocollen – alles heeft zijn effect op de hoeveelheid radiologisch werk. Los van een eventueel mogelijke of wenselijke verandering van de werkbelasting heeft dat weer een effect op het aantal benodigde radiologen. En zo is de cirkel rond. Als voorbeeld enkele algemene cijfers en feiten over de medisch specialisten:

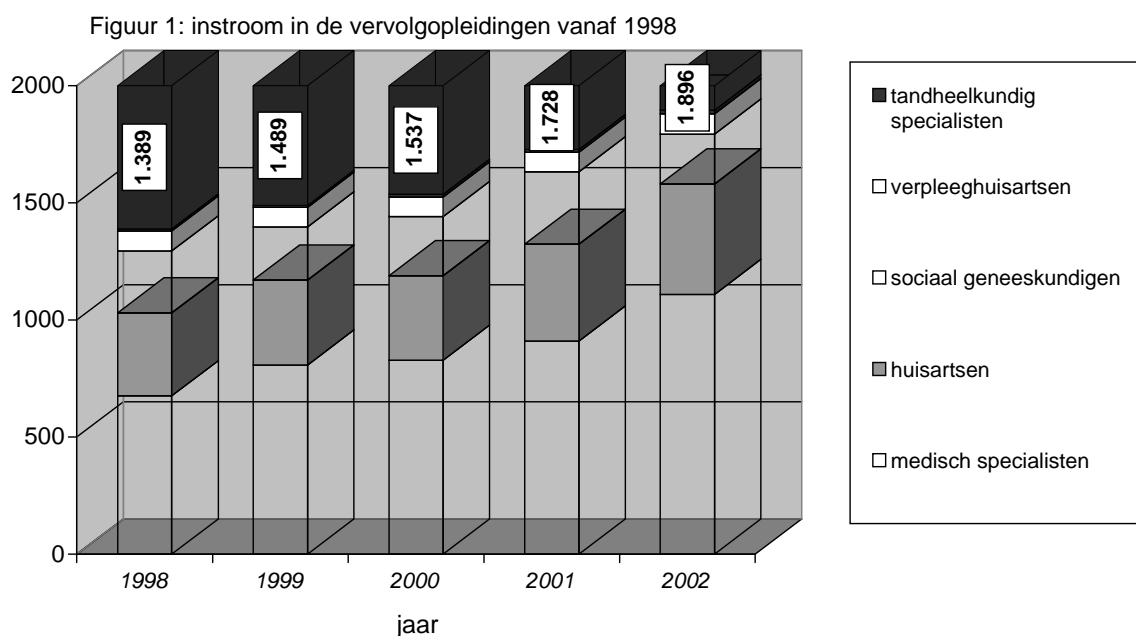
- een stijging in werk betekent niet automatisch een stijging in werkbelasting;
- het radiologisch puntensysteem is waardevol en geeft via het RIS goed inzicht;
- de benodigde instroom is niet voor alle vakgebieden haalbaar;
- op dit moment gaan per jaar in totaal nog altijd circa 500 assistenten te weinig in opleiding;
- de capaciteit van de medische opleidingen en de faculteiten is nog altijd te klein;
- er zal in 2012 nog altijd een tekort van circa 4% aan medisch specialisten zijn;

- bij de specialisten is de groei van de instroom in de opleiding met 64% in de vijf jaar na 1998 het grootst geweest;
- de instroom van veel vrouwen heeft effect op dat tekort: ze werken korter;
- de verdeling van de instroom over de specialismen is nog te onevenwichtig;
- interne, chirurgie, psychiatrie en kindergeneeskunde samen nemen al circa 50% voor hun rekening;
- de verkorting van de opleidingsduur heeft een relatief gering eenmalig effect.

Het bovenstaande kan, aangevuld met enige tekst, ook grafisch worden weergegeven.

*Instroom in gezamenlijke vervolgopleidingen na 1998 toegenomen met 36%*

Er is een duidelijke toename te constateren in de totale instroom in de vervolgopleidingen. *Figuur 1* geeft deze ontwikkeling weer.

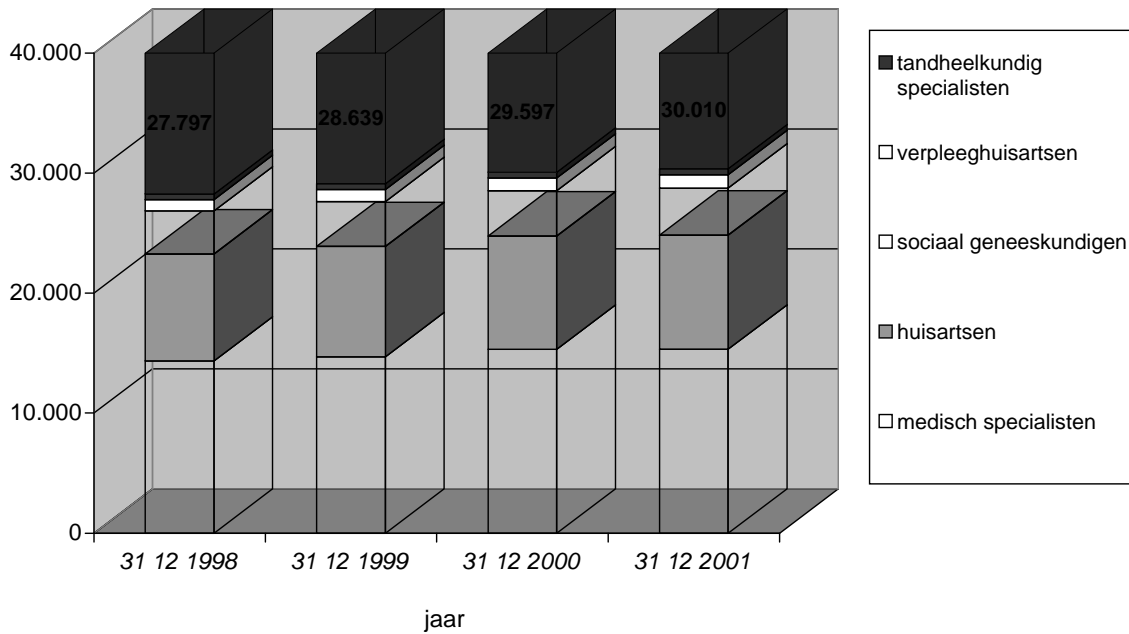


In 1998 begonnen bijna 1400 artsen aan een vervolgopleiding. In 2002 was de instroom bijna 1900, een toename van ruim 36% in vier jaar. De stijging ten opzichte van het voorgaande jaar was in 2001 het grootst met 12%. Vooral de opleidingen tot medisch specialist en huisarts dragen hieraan bij. Bij deze twee groepen zet deze opwaartse beweging door in 2002. In *Figuur 1* is echter ook te zien dat in dat jaar de instroom bij de sociaal-geneeskundigen daalt. Uitbreiding van de instroom in opleidingen heeft pas na verloop van tijd effect op de capaciteit. De snelheid waarmee dit komt is afhankelijk van de duur van de opleidingen. Deze lopen uiteen van twee jaar bij de verpleeghuisartsen tot zes jaar bij een aantal medische specialismen.

*Aantal werkzame artsen na 1998 toegenomen met bijna 11%*

De capaciteit in het veld kan afgeleid worden van gegevens over het aantal dat na een vervolgopleiding geregistreerd is. Dit wordt hierboven weergegeven in *Figuur 2*.

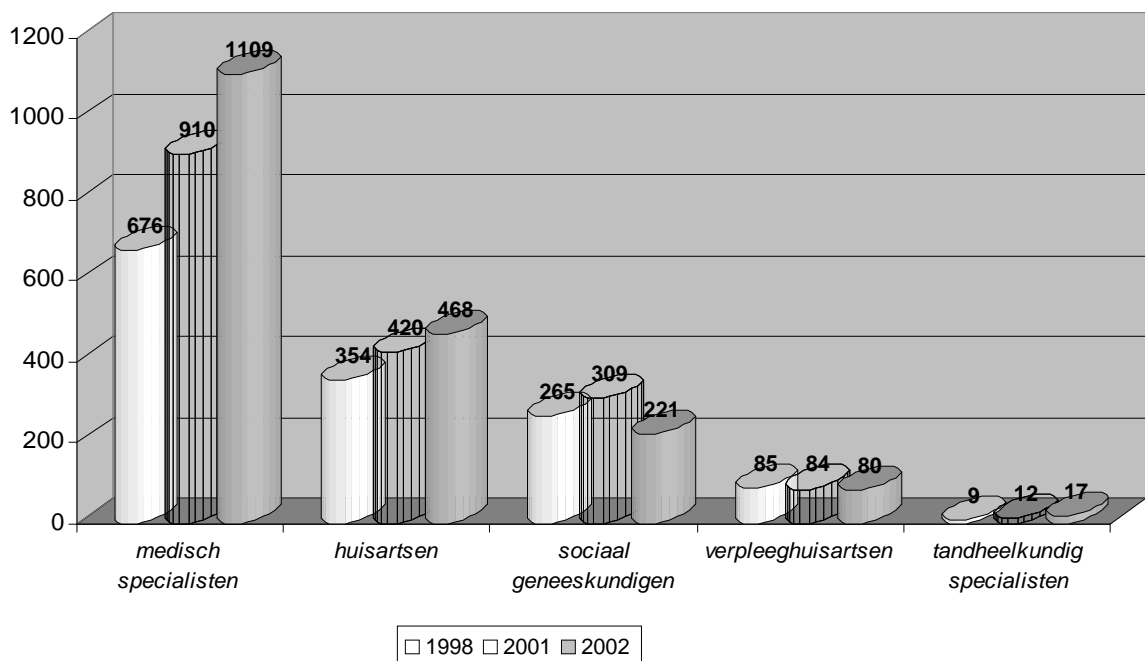
Figuur 2: ontwikkeling beroepsgroepen vanaf 1998



In *Figuur 2* wordt in de eerste kolom weergegeven dat het totale aantal artsen dat een vervolgopleiding heeft afgerond met een registratie in 1998 bijna 27.800 bedroeg. Dit aantal is met 2200 opgelopen naar ongeveer 30.000 in 2001. In drie jaar is de toename 8%. Vermoedelijk kan deze ontwikkeling naar 2002 doorgetrokken worden. Het aantal geregistreerden zou dan in vier jaar uitgebreid zijn met bijna 11%. Deze cijfers zijn ontleend aan landelijke registraties. Vanaf 1998 benaderen deze getallen beter dat men ook daadwerkelijk in het beroep werkzaam is. Aangenomen mag worden dat er een uitbreiding in het veld heeft plaatsgevonden in dezelfde orde van grootte van bijna 11% in vier jaar.

De toename van de capaciteit, gemeten in personen met een registratie na een vervolgopleiding, komt vooral voort uit groei van de vervolgoledingen in de jaren voor 1998. Het is echter niet de enige bepalende factor. De uitstroom uit het vak is ook van belang. In de afgelopen vier jaar was er kennelijk sprake van een positief saldo over deze twee factoren. Met andere woorden: de zogenaamde 'vervanging' van degenen die gestopt zijn is de afgelopen jaren in ieder geval meer dan afgedekt. De groei van de capaciteit in het veld na 1998 ligt met 11% ruim onder de toename van 36% bij de instroom in de vervolgoledingen. Die toegenomen instroom in de opleidingen zal zich de komende jaren gaan manifesteren in de vorm van een groeiend aanbod van afgestudeerde specialisten. Tegelijk neemt de komende jaren de uitstroom uit het vak geleidelijk toe. Het saldo van

Figuur 3: gerealiseerde instroom in de verschillende vervolgoledingen



beide factoren zal positief zijn. Verwacht mag worden dat de capaciteit in het veld blijft groeien met ongeveer 2,5% per jaar, in ieder geval de komende jaren. Dit groeicijfer moet om twee redenen met enige voorzichtigheid gehanteerd worden. Allereerst gaat het om een toename in personen. De toename in formatietijd (fte) ligt lager. Verder geldt de toename alleen voor de totaalaantallen. Er bestaan grote verschillen per beroepsgroep. Niet bij alle vervolgopleidingen is de instroom toegenomen, en ook de verwachte uitstroom uit het vak is wisselend qua hoogte en qua tempo in de tijd.

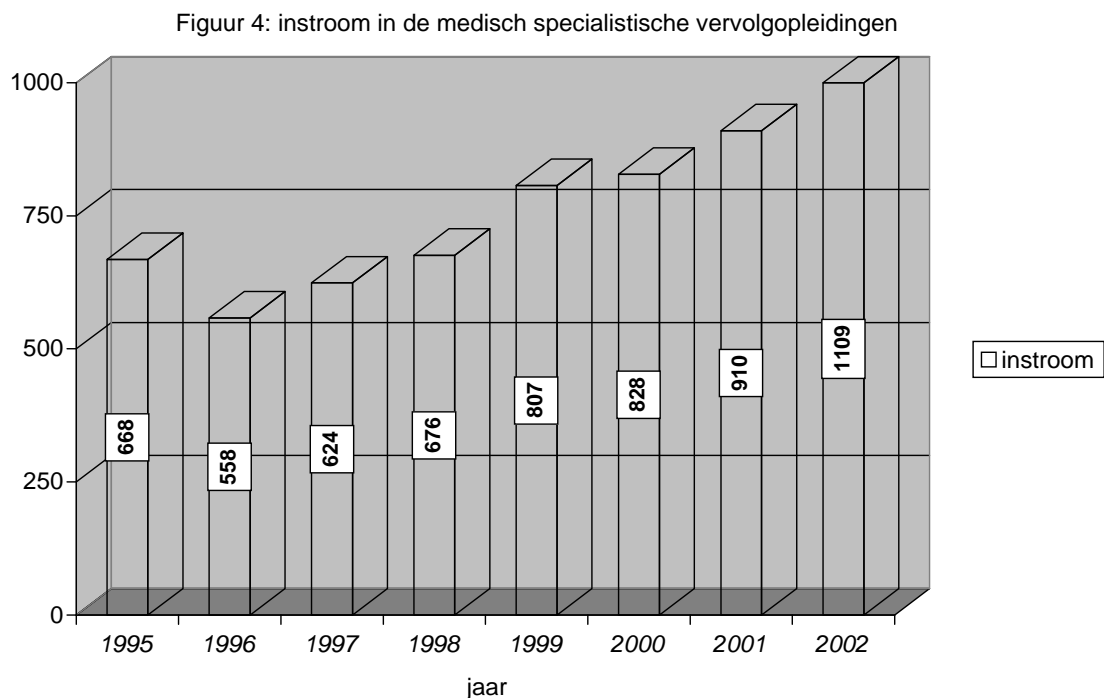
#### *Instroom in de opleidingen verschilt per groep*

In *Figuur 1* was al zichtbaar dat de patronen van instroom in de opleidingen verschillen per groep. Dit is in *Figuur 3* voor de verschillende beroepsgroepen nog eens afzonderlijk in beeld gebracht.

In *Figuur 3* is de instroom weergegeven voor de jaren 1998, 2001 en 2002. Bij de medisch specialisten, huisartsen en tandheelkundig specialisten is er sprake van een stijging in 2001 en 2002 ten opzichte van 1998. Bij de sociaal-geneeskundigen en verpleeghuisartsen trad in 2002 een daling op.

#### *Instroom in opleidingen medisch specialisten na 1998 toegenomen met 64%*

De grootste groep, de medisch specialisten, bepaalt in grote mate het patroon in *Figuur 1*. Bij deze opleidingen gaat de curve al ruim vóór 1998 omhoog. In *Figuur 4* wordt daarom een langere periode gepresenteerd.



In *Figuur 4* treedt in 1996 eerst nog een daling op ten opzichte van het jaar daarvoor. De instroom gaat daarna omhoog van 550 naar 1100 in 2002, een verdubbeling in zes jaar. Vanaf 1998 is de toename 64% en ligt deze duidelijk boven het percentage van 36% voor het totaal over die periode van vier jaar. In het afgelopen jaar 2002 was de toename ten opzichte van het voorgaande jaar met 22% het grootst. Opvallend is echter dat er ook al in 1999 sprake is van een sterke uitbreiding van 19% ten opzichte van het voorgaande jaar. Dit kan al in 2003 merkbaar zijn in een groter aanbod van specialisten die uit de kortste opleidingen van vier jaar stromen. De groei van de vervolgopleidingen is niet evenwichtig gespreid over de zevenentwintig specialismen. Bij sommige is de instroom nauwelijks

toegenomen of vertoont grote schommelingen in de tijd. Een deel van de specialismen heeft al vanaf het begin van de jaren negentig het initiatief genomen de opleiding uit te breiden.

#### *Toename aanbod specialisten met 2000 (+13%) in de komende vijf jaar*

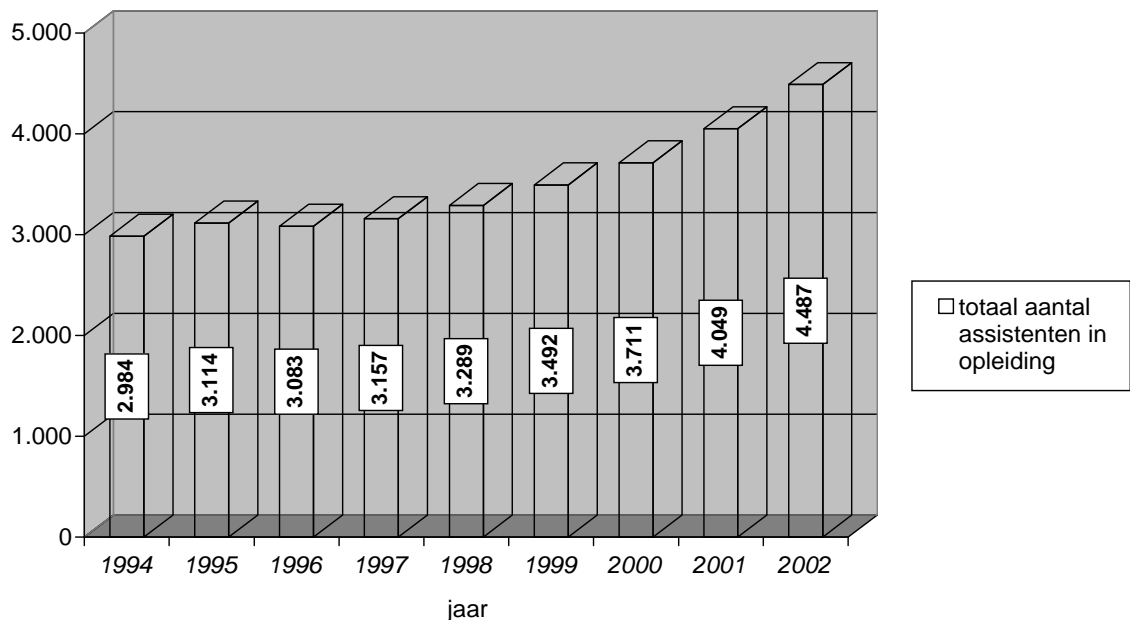
Dit zal zich de komende jaren gaan manifesteren in een groei van het aanbod aan specialisten. Zo mag verwacht worden dat er in 2003 ongeveer 650 specialisten afstuderen, tegen ongeveer 400 die het vak naar verwachting gaan verlaten. Dit geeft een toename van 250 specialisten in 2003, een uitbreiding met ruim 1,5%. In 2004 ligt die uitbreiding vermoedelijk al op 350, een toename van ruim 2%. In de loop van 2007 zal die toename vermoedelijk haar hoogtepunt bereiken met een positief saldo van in- en uitstroom uit het vak van ongeveer 600 medisch specialisten. In vijf jaar zal het aanbod van medisch specialisten met ongeveer 2000 toenemen, een groei ten opzichte van 2002 van ongeveer 13%.

Dit maakt zichtbaar dat de genoemde groei in capaciteit van ongeveer 2,5% qua werkzame personen in ieder geval voor de grootste groep, de medisch specialisten, opgaat. Het is van belang dat overheid en veld hierop anticiperen. Er wordt daarmee de komende jaren meer gedaan dan de kale vervanging. Door enkele specialismen is daar in het verleden ook al rekening mee gehouden door uit te gaan van een toename van het aandeel vrouwelijke specialisten in het betreffende vak. De ervaring leerde dat zij gemiddeld minder uren per werkweek maken. Vrouwelijke specialisten werken momenteel gemiddeld 0,8 fte, de mannelijke 0,96. Bij een fte (full time equivalent) moet men overigens niet denken aan een gebruikelijke werkweek in CAO's van 36 tot 40 uur, maar een aanzienlijk aantal uren meer – nog afgezien van diensten, die voor enkele specialismen intensief kunnen zijn. De groei in formatietijd zal dan ook duidelijk lager liggen dan 2,5% per jaar.

#### *Totale opleidingscapaciteit medisch specialisten na 1998 toegenomen met 36%*

Bij de medisch specialisten is de duur van de opleiding het langst met gemiddeld ruim vijf jaar. Verhoging van de instroom geeft zo een geleidelijk effect op de totale capaciteit van de opleidingen. Om dit zichtbaar te maken is ook in *Figuur 5* gebruikgemaakt van cijfers over een langere periode.

Figuur 5: totaal aantal assistenten in de opleidingen tot medisch specialist (per 31 12)



In *Figuur 5* is te zien dat de totale capaciteit van de opleidingen tot medisch specialist stijgt van ongeveer 3100 medio jaren negentig naar bijna 4500 in 2002, een toename van ongeveer 45% na 1996 in zes jaar. Op iedere twee assistenten is er één bijgekomen.

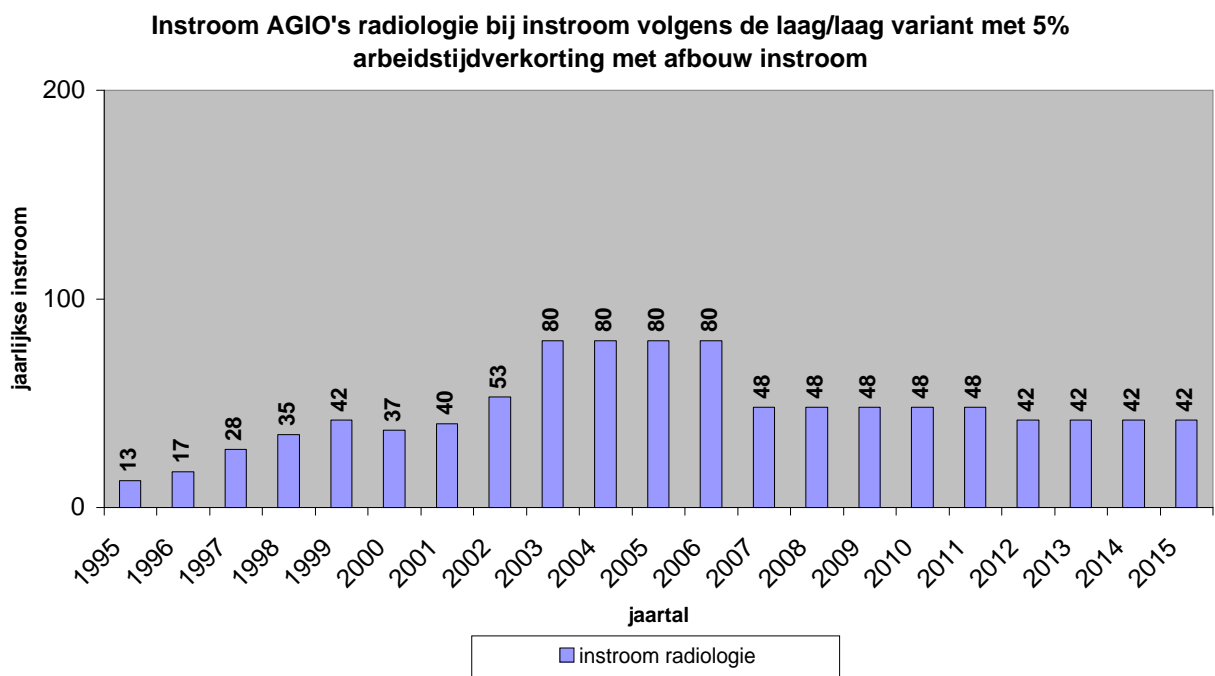
De toename was in 2002 het grootst met 438 meer dan in 2001, een groei van 11% ten opzichte van het voorgaande jaar. De totale opleidingscapaciteit is vanaf 1998 in vier jaar toegenomen met 36%.

Deze uitbreiding komt in toenemende mate tot stand in niet-academische ziekenhuizen. Ook de regelgeving voor de opleidingen is op onderdelen aangepast, zodat er meer assistenten binnen de bestaande opleidingsplaatsen konden worden opgevangen. Daarnaast is ook het aantal opleidingsplaatsen uitgebreid. Het aantal assistenten is overigens niet gelijk aan het aantal plaatsen, met name omdat een deel de opleiding onderbreekt of parttime volgt.

In de Kamer Medisch Specialisten is gesignaleerd dat binnen de bestaande opleidingsziekenhuizen geleidelijk de grenzen bereikt worden van wat men aankan. Deels zou het gaan om organisatorische zaken (ruimtes, opleiders), deels om de juiste mix van patiënten voor de assistenten in opleiding.

#### Radiologische capaciteit

'Meten is weten' lijkt een toepasbaar credo in de wereld van het bepalen van de capaciteit, maar zo eenvoudig is het helaas niet. Om een goed beeld te krijgen wordt hieronder telkens zowel de instroom als de totaalcapaciteit getoond, zoals die zich bij verschillende keuzes in de tijd ontwikkelen. In *Figuur 6* wordt de instroom weergegeven om vanaf 2003 een evenwicht te bereiken tussen vraag en aanbod in respectievelijk 2012, 2017 en 2020. De eerste keuze is dat de berekening strikt gevolgd werd met als gevolg dat zowel de instroom als de totaalcapaciteit op bepaalde momenten in de tijd verandert.



*Figuur 6*

Allereerst is in *Figuur 6* zichtbaar hoe de instroom in de opleiding radiologie zich tot en met 2002 heeft ontwikkeld. In 1995 zijn er 13 agio's in de opleiding ingestroomd. Vanaf 1995 is een stijgende lijn zichtbaar met een piek van 53 agio's in 2002. Inmiddels zal dat aantal in 2003 verder gestegen zijn. Ook is in de grafiek zichtbaar gemaakt wat de benodigde instroom in de opleiding radiologie moet zijn vanaf 2003. In 2003, 2004, 2005 en 2006 moeten jaarlijks 80 agio's instromen om in 2012 een evenwicht te bereiken. Als men in 2007 de opleiding begint, kan men per 1 januari 2012 niet als

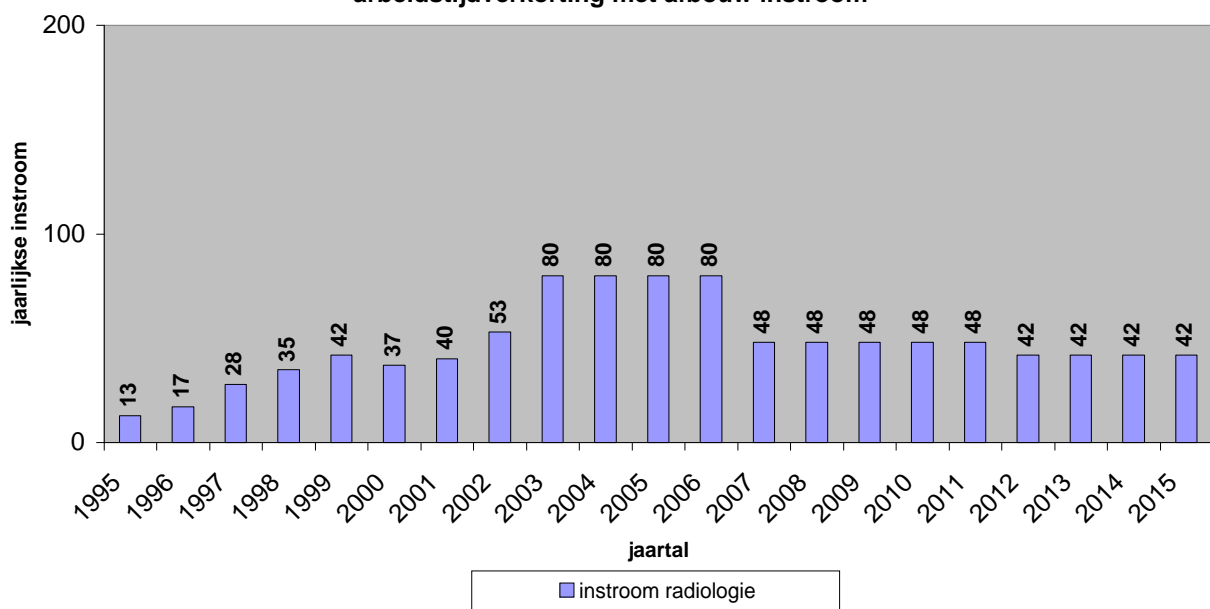
radioloog geregistreerd zijn, als men strikt van vijf jaar opleiding uitgaat. Vanaf 2007 wordt dus opgeleid voor een volgende tijdshorizon, in dit geval 2017.

Het getal 80 is nieuw en kan tot verwarring leiden. Het betreft een instroom op jaarbasis; die moet bij een opleiding van vijf jaar dus vermenigvuldigd worden met vijf om het totaal aan agio's te berekenen. Maar het is van groot belang in te zien dat het model niet statisch is, maar in beweging is. Bovendien gaat het uit van het feit dat over bijna tien jaar, in 2012, een evenwicht bereikt moet zijn – en die vaststelling is nog niet gedaan binnen de NVvR, evenmin bij alle andere partijen. Maar het aantal benodigde radiologen heeft natuurlijk wel een relatie met bijvoorbeeld het aantal internisten en chirurgen (zie de rapporten van het CO en die van Nivel/Prismant, en wel specifiek wat daar voor de radiologie is aanbevolen). In het rapport van november 2001 van het CO wordt voor 2002 een instroom van 75 genoemd. Dit is toen gedaan met het oog op 2010 en niet 2012!

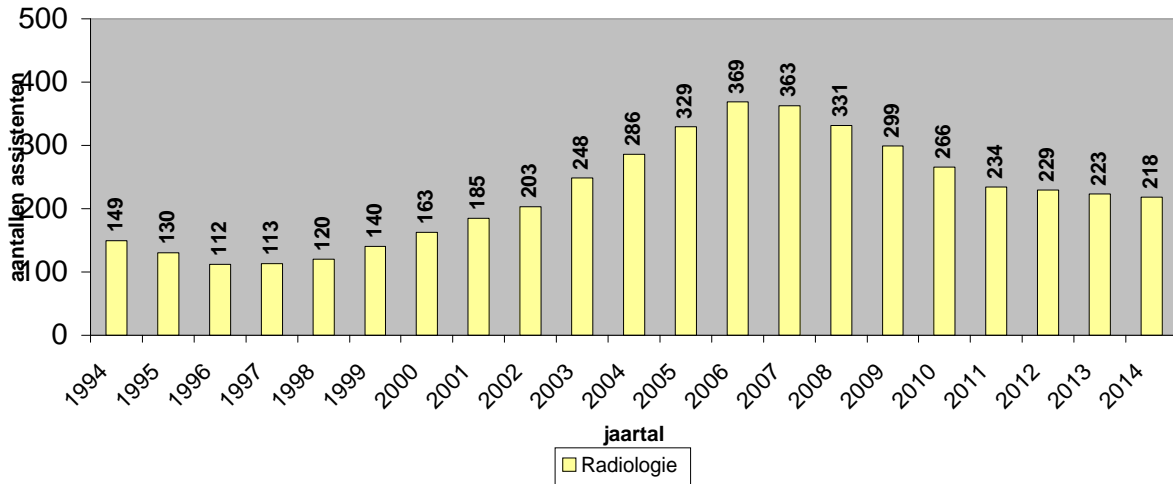
In het voorjaar 2002 worden in het plan van het CO de specialisten nog niet gedetailleerd benoemd; wel wordt aangekondigd dat voor de instroom in 2003 een afzonderlijke raming per specialisme volgt. In dat voorjaar was in het rapport van Nivel/Prismant al wel een uitsplitsing opgenomen. Daarin stond wat nodig was *vanaf* 2002 om *in* 2012 een evenwicht te bereiken. Voor de periode tot en met 2006 was een instroom nodig van 73 (gelukkig niet nog veel hoger dan voor sommige specialismen geldt), daarna een aantal jaren 48 met het oog op 2017, en vervolgens 42 voor 2020. Nu kan de berekening van 80 zelf gemaakt worden. In 2002 begonnen er 27 te weinig; dit moet in de overige vier jaren goed gemaakt worden, en zo komt het getal 80 tot stand. In een conceptrapport van december 2002, dat ook naar verenigingen is gegaan, staat de radiologie overigens al op 83 instroom, en voor de latere perioden op 48 en 42. In december was nog niet de instroom over heel 2002 bekend. Daarna kwam in maart een brief aan VWS met het getal voor 2003.

Deze reeks van getallen en rekenwerk is belangrijk. Juist bij radiologie is fraai te zien dat het om een eenmalige verhoging gaat, en dat in deze grafiek ruim boven de 40 vermoedelijk voor de toekomst het minimale niveau van instroom ligt. Dat is belangrijk als er afspraken over verdere uitbreiding gemaakt worden. Tijd en maat zijn van belang voor het beleid van de NVvR! De instroom moet dus tijdelijk nog fors omhoog voor een evenwicht in 2012. Bij een vijfjarige opleiding tellen degenen die in 2007 beginnen aan hun opleiding niet mee voor 2012. Ze kunnen dan nog niet als specialist geregistreerd zijn (tenzij vrijstellingen). Vanaf 2007 wordt er daarom al weer gepland voor een evenwicht verderop, waarbij arbitrair gekozen is voor 2017. Van 2007 tot en met 2011 moeten jaarlijks 48 agio's instromen om in 2017 een evenwicht te bereiken. Er kan (en moet) dus weer vaart teruggenomen worden. Van 2012 tot en met 2015 moeten jaarlijks 42 agio's instromen voor het bereiken van een volgend evenwicht, nu gezet op 2020 (zie *Figuur 7*).

**Instroom AGIO's radiologie bij instroom volgens de laag/laag variant met 5% arbeidstijdverkorting met afbouw instroom**



Totaal aantal AGIO's radiologie bij instroom volgens de laag/laag variant met 5% arbeidstijdverkorting met afbouw instroom



Figuur 7

In *Figuur 7* is beschreven dat, wil het eerder gestelde evenwicht voor de radiologie worden bereikt in 2012, het totale aantal assistenten in opleiding nog moet stijgen tot 369 assistenten in 2006; daarna zal dit aantal af moeten gaan nemen. Dit is het eerder genoemde zogenaamde 'perseffect'. Deze figuur veronderstelt dat de instroom op het hoge niveau gerealiseerd wordt. Het kan echter best zijn dat de NVvR besluit langzamer naar een evenwichtssituatie te streven en toch meer dan 53 gaat opleiden, bijvoorbeeld 65. Men kan dan zelf berekenen hoe lang dit vol moet worden gehouden, als er bijvoorbeeld de eerste vier jaar (2003 tot en met 2006) 15 assistenten te weinig worden opgeleid. Dit kan dan vanaf 2007 worden ingehaald, als men terug kan vallen naar 48. Dan ontstaat dus een minder sterk extra perseffect. Iets nu wel of niet doen heeft dus jarenlang consequenties. Belangrijk is de vorm van de figuur. Waar ligt het minimale plateau voor de capaciteit op langere termijn? Het is opnieuw een 'eenmalige actie', maar als men een evenwicht wil bereiken in 2012, zal de totaalcapaciteit op langere termijn boven het niveau van 2002 met 200 assistenten moeten blijven. Dit is vermoedelijk een belangrijke ondergrens voor de beleidsmakers die afspraken maken in hun (academische) regio.

## Conclusie

De zeven vragen aan het Capaciteitsorgaan zijn beantwoord, niet in detail per vraag, maar in de vorm van een beschrijving, onderbouwd met getallen, vertaald in beleid en/of beleidsvragen. Het is interessant materiaal voor de leden van de NVvR; materiaal om veel over te discussiëren en nadien te besluiten. Het woord is nu aan de bestuurders en de ledenvergadering.

De ingezette groei van het aantal assistenten in opleiding tot radioloog is onvoldoende, wil op een termijn van tien jaar een acceptabel evenwicht tussen aanbod aan werk en aanbod aan radiologische werkbelasting bij adequate kwaliteit kunnen worden gevonden. De – tijdelijke – extra uitbreiding in capaciteit van de radiologische opleidingen zal zodanig verdeeld moeten worden over de bestaande en aanstaande opleidingen, dat 'de weg terug' te zijner tijd zonder problemen kan verlopen.

De groei van de radiologie valt samen met aanzienlijke technische verschuivingen, veranderingen van protocollen en richtlijnen, maar geeft op termijn de mogelijkheid de wenselijke rol van klinisch en centraal specialisme in te vullen wanneer er sprake is van een balans tussen het aanbod aan werk en het vastleggen en vasthouden van de radiologische kwaliteit. Het aantal radiologen dient daaraan aangepast te worden en te blijven.

Voor de korte termijn lijkt een verdere stijging van het aantal assistenten in opleiding noodzakelijk, wil men het relatieve en absolute tekort aan radiologen over tien jaar hebben ingelopen. Daarbij dient echter niet te worden vergeten dat over een aantal jaren een inkrimping evenzeer onvermijdelijk zal blijken te zijn. Besturen en besluiten is nog altijd gekoppeld aan vooruitzien.

Met dank aan Henk Liefveld, de directeur van het Capaciteitsorgaan,

*Dr. L.M. Kingma – redacteur MemoRad*

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.  
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.