

Behoefteraming MDL-artsen 2003-2015

L.F.J. van der Velden
C.J. Vugts
L. Hingstman



ISBN 90-6905-656-9

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2003 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaan de schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Leverartsen, hierna kortweg aangeduid als het Genootschap MDL. Voor de begeleiding van het onderzoek is een commissie in het leven geroepen, waarin de volgende personen waren vertegenwoordigd:

- mw. drs. G.W. Erkelens
- dhr. dr P. Fockens
- dhr. dr. G. den Hartog
- dhr. dr. J.J. Kolkman
- dhr. prof. dr. E.J. Kuipers

Utrecht, januari 2004

Inhoud

Voorwoord	3
1 Inleiding	7
1.1 Doelstellingen	7
1.2 Vraagstellingen	7
1.3 Leeswijzer	9
2 Gegevensverzameling	11
2.1 Gegevensverzameling	11
2.2 Respons	12
2.3 Representativiteit	12
2.4 Rol van de begeleidingscommissie	14
2.5 Beperkingen van deze studie	14
3 Toekomstige behoefte aan MDL-artsen	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Vraag naar zorg verleend door MDL-artsen	18
3.2.1 Huidige vraag naar zorg	18
3.2.2 Toekomstige vraag naar zorg	22
3.3 Verwerkingscapaciteit	30
3.3.1 Omvang van de werkzaamheden	30
3.3.2 Verhouding patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd	38
3.3.3 Aandachtsgebieden	39
3.3.4 Gemiddelde tijd van consulten	40
3.4 Geschatte toekomstige behoefte aan MDL-artsen	41
3.4.1 Geschatte behoefte op korte termijn	41
3.4.2 Geschatte behoefte op lange termijn	42
4 Toekomstige aanbod aan MDL-artsen	45
4.1 Inleiding	45
4.2 Beschrijving huidige MDL-artsen	45
4.3 De te verwachten uitstroom tot 2015	47
4.4 Beschrijving huidige MDL-artsen in opleiding	48
4.5 De te verwachten instroom tot 2015	52
4.6 Geschatte toekomstige aanbod aan MDL-artsen en MDL-zorg	52
5 Vergelijking tussen vraag en aanbod: samenvatting en conclusies	59
5.1 Ontwikkelingen in de vraag	59
5.2 Ontwikkelingen in het aanbod	61
5.3 Samenvatting vraag en aanbodontwikkelingen	64
5.4 Uitkomsten scenario's	65
5.5 Nabeschuiving	68
Bijlage I: Ontwikkelingen in het zorgaanbod	71
Bijlage II: Definities en afkortingen	73

1 Inleiding

1.1 Doelstellingen

Het doel van de ‘behoefteraming MDL-artsen 2003-2015’ is om gegevens te inventariseren over de aansluiting tussen vraag en aanbod, zodat in een zo vroeg mogelijk stadium maatregelen genomen kunnen worden om een te veel of tekort aan MDL-artsen te voorkomen. Meer specifiek moet de behoeferaming antwoord geven op de vraag of de omvang van de opleidingscapaciteit adequaat is of bijstelling heeft.

Er zijn een aantal meer of minder onzekere ontwikkelingen te signaleren die van invloed zijn op de vraag naar en het aanbod aan MDL-artsen. In dit verband kan in de eerste plaats gewezen worden op de gevolgen voor de zorgvraag van de demografische ontwikkelingen in de bevolking (vergrijzing). Andere vraagontwikkelingen die de aandacht verdienen zijn ontwikkelingen op het medisch-technisch vlak, epidemiologische ontwikkelingen en beleidsmatige ontwikkelingen. Speciale aandacht is tevens nodig voor de relatie met aanpalende specialismen, waaronder vooral de interne geneeskunde. Voor de ontwikkeling in de vraag naar MDL-artsen zijn verder niet alleen de toekomstige veranderingen in de vraag naar zorg gericht op maag, darm en lever van belang, maar moet ook rekening gehouden worden met ontwikkelingen in de praktijkvoering van MDL-artsen.

Voor wat betreft ontwikkelingen in het aanbod aan MDL-artsen zal gekeken moeten worden naar de te verwachten in- en uitstroom. Daarbij zal met name rekening gehouden moeten worden met pensionering en de mogelijke in- en uitstroom van en naar het buitenland.

Bij dit alles zal rekening gehouden moeten worden met het feit dat MDL-ziekten een “groeispecialisme” is. In de afgelopen jaren is er een sterke groei geweest in het aantal werkzame MDL-artsen en in het aantal patiënten waar zij zorg aan verlenen. In 1990 waren er ongeveer 50 werkzame MDL-artsen. In 1996 was dit opgelopen tot ongeveer 100. In 2003 is er inmiddels sprake van ongeveer 200 werkzame MDL-artsen. In 13 jaar tijd is de beroepsgroep derhalve verviervoudigd. Aan deze ontwikkeling lijkt vooralsnog geen einde te zijn gekomen. Een belangrijke doelstelling van deze behoeferaming is om tot een inschatting te komen van het “plafond” waarop de zorgvraag zich wellicht zal stabiliseren.

1.2 Vraagstellingen

Uitgangspunt bij de behoeferaming voor MDL-artsen is het NIVEL-ramingsmodel. Dit model komt grotendeels overeen met het ramingsmodel zoals gehanteerd wordt binnen het zogeheten "Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen".

In het ramingsmodel worden diverse veronderstellingen geformuleerd over de vraag naar en aanbod aan zorg verleend door medisch specialisten, waarna, gegeven de veronderstellingen, afgeleid wordt wat de opleidingscapaciteit moet zijn om de vraag en het aanbod optimaal op elkaar te laten aansluiten. Voor wat betreft de vraag gaat het daarbij om

veronderstellingen betreffende de toekomstige "zorgvraag", zoals afgeleid van het te verwachten aantal patiënten en (feitelijke) tijd die aan patiënten wordt besteed. Een belangrijk onderdeel daarbij is de tijd die besteed wordt aan endoscopieën.

Bij het toekomstige "zorgaanbod" gaat het om het te verwachten aantal MDL-artsen dat werkzaam zal willen zijn en de beschikbare tijd voor patiëntenzorg per MDL-arts. Het gaat daarbij derhalve om veronderstellingen omtrent de te verwachten in- en uitstroom van werkzame MDL-artsen én de tijdsbesteding.

Naar aanleiding van de bovenstaande aspecten zijn de volgende specifieke vraagstellingen geformuleerd.

Zorgvraag:

- Hoe ontwikkelt zich het totaal aantal patiënten van de MDL-artsen tot nu toe, verdeeld naar leeftijd, type consult/verrichting en type instelling, en hoe zal het aantal patiënten zich op de langere termijn gaan ontwikkelen?
- Hoe ontwikkelt zich de tijd per patiënt tot nu toe, verdeeld naar leeftijd, type consult/verrichting en type instelling, en hoe zal de tijd per patiënt zich op de langere termijn gaan ontwikkelen?

Zorgaanbod:

- Hoe ontwikkelt de instroom van MDL-artsen zich tot nu toe, zowel qua aantal personen, hun werkveld en hun tijdsbesteding, als de lengte van de periode voordat ze definitief gevestigd zijn, en hoe zal de instroom zich op de langere termijn gaan ontwikkelen?
- Hoe ontwikkelt de uitstroom van MDL-artsen zich tot nu toe, zowel qua aantal personen, hun werkveld en hun tijdsbesteding, als de uitstroombestemming en de leeftijd waarop ze uitstromen, en hoe zal de uitstroom zich op de langere termijn gaan ontwikkelen?
- Hoe ontwikkelt de tijdsbesteding van MDL-artsen zich tot nu toe, zowel wat betreft de omvang van de werkweek (aantal fte, aantal uur per fte), als de invulling van de werkweek (tijd per patiënt, aandeel niet-patiëntgebonden tijd), verdeeld naar type instelling, en hoe zal de tijdsbesteding zich op de langere termijn gaan ontwikkelen?

De belangrijkste informatiebron voor de beantwoording van bovenstaande onderzoeksvragen, zijn de enquêtes die medio 2003 in het kader van dit onderzoek zijn uitgezet. Ontwikkelingen tot nu toe kunnen daarom slechts beschreven worden voor zover er reeds andere informatiebronnen aanwezig zijn. Door middel van de enquêtes kunnen vragen die gaan over de huidige situatie in het jaar 2003 wel goed beantwoord worden. Het gaat dan om vragen zoals: hoeveel patiënten zijn er, hoeveel tijd wordt er per patiënt besteed, hoeveel MDL-artsen zijn er en hoeveel tijd besteden zij aan hun werk. Ook wordt ingegaan op de te verwachten ontwikkelingen in dergelijke parameters. Deze worden zo mogelijk empirisch onderbouwd. Zo is de voorspelling van de uitstroom mede gebaseerd op het antwoord dat de MDL-artsen hebben gegeven op de vraag naar de verwachte pensioenleeftijd. Voor een aantal ontwikkelingen moet echter gewerkt worden met schattingen. Dit betreft bijvoorbeeld de vraag hoeveel fte een MDL-arts straks zal werken.

1.3 Leeswijzer

Het onderhavige rapport doet verslag van de behoefte­raming. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de gegevensverzameling voor de behoefte­raming. Hoofdstuk 3 behandelt allereerst de huidige en de te verwachten vraag naar zorg verleent door MDL-artsen. In dit hoofdstuk worden de verschillende factoren die deze vraag beïnvloeden vertaald in het aantal MDL-artsen dat nodig is om aan de te verwachten vraag te voldoen. In hoofdstuk 4 wordt beschreven welke veranderingen te verwachten zijn met betrekking tot het aanbod van MDL-artsen. In hoofdstuk 5 wordt de toekomstige vraag naar MDL-artsen vergeleken met het toekomstige aanbod van MDL-artsen. Op basis van deze vergelijking wordt een aantal scenario's opgesteld die aangeven hoeveel MDL-artsen er opgeleid moeten worden om vraag en aanbod in het prognosejaar 2015 op elkaar te laten aansluiten.

2 Gegevensverzameling

In dit hoofdstuk wordt eerst een kort overzicht gegeven van de onderzoeksactiviteiten voor de behoefte-raming zoals die in 2003 zijn uitgevoerd. Tenslotte wordt beschreven hoe de respons en de representativiteit is van de verzamelde gegevens.

2.1 Gegevensverzameling

In 2003 zijn op uitgebreide schaal gegevens verzameld. Alle in Nederland werkzame MDL-artsen en alle AGIO's in de vervolgopleiding voor maag-, darm- en leverziekten zijn met een vragenlijst benaderd. De namen en adressen van de werkzame MDL-artsen en de AGIO's zijn verkregen via het Nederlands Genootschap van Maag-Darm-Lever-artsen. In de tweede plaats is, in het kader van de substitutie tussen MDL-artsen en internisten, een schriftelijke vragenlijst verstuurd worden naar alle maatschappen van internisten in algemene ziekenhuizen. De adressen en namen van de maatschappen interne geneeskunde zijn verkregen via de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV). In de derde plaats zijn gegevens gebruikt uit de landelijke medische registratie en de landelijke ambulante zorgregistratie (LMR en LAZR). Deze gegevens zijn representatief voor de zorg die verleend is door MDL-artsen.

a. Enquête onder werkzame MDL-artsen

Om de beroepsuitoefening van de groep werkzame MDL-artsen in kaart te brengen is de gehele beroepsgroep schriftelijk geënuquëteerd. In totaal gaat het om 190 werkzame MDL-artsen.

Op basis van deze enquête kan een overzicht gegeven worden omtrent de huidige individuele praktijkvoering en de toekomstige gewenste praktijkvoering (uren/fte per week, diensten, deeltijd, duur consulten/verrichtingen e.a.). De enquête biedt ook de mogelijkheid om de verwachte uitstroom in kaart te brengen (gewenste pensioenleeftijd).

b. Enquête AGIO's maag-, darm- en leverziekten

Om inzicht te krijgen in de arbeidsmarkt wensen van aankomende MDL-artsen zijn alle AGIO's in de vervolgopleiding voor maag-, darm- en leverziekten die lid zijn van of bekend zijn bij het Genootschap MDL schriftelijk geënuquëteerd. Dit zijn immers de MDL-artsen die de komende jaren op de arbeidsmarkt komen. Aan hen zijn met name vragen gesteld over de gewenste werkzaamheden (deeltijd, type functie e.d.). De dataverzameling is daarbij in principe beperkt gebleven tot degene die reeds bezig zijn met de driejarige zogeheten vervolgopleiding maag-, darm- en leverziekten. Assistenten die met de eveneens driejarige vooropleiding interne geneeskunde bezig waren, zijn dus buiten beschouwing gebleven.

c. Enquête onder maatschappen van internisten

Aangezien het specialisme maag-, darm- en leverziekten overlap heeft met het specialisme interne geneeskunde is er voor gekozen om ook de internisten bij het onderzoek te betrekken. Een korte schriftelijke vragenlijst is gestuurd naar alle maatschappen van internisten in algemene ziekenhuizen. In totaal gaat het om 99 maatschappen. De enquête

besteedt vooral aandacht aan de ontwikkelingen van de afgelopen jaren met betrekking tot de zorg gericht op maag-, darm- en leverziekten (aantal MDL-artsen, aantal internisten met maag-, darm- en leverziekten als specifiek aandachtsgebied e.a.) en de te verwachten ontwikkelingen (aantal vacatures voor MDL-artsen en internisten met specifiek aandachtsgebied).

d. Literatuurstudie

Om relevante demografische, epidemiologische, sociaal-culturele, beleidsmatige en technische ontwikkelingen op te sporen, zijn de bevolkingsprognoses bestudeerd en is op beperkte wijze in de literatuur gezocht naar belangrijke ontwikkelingen.

2.2 Respons

Voor de verschillende onderzoeksgroepen zijn in tabel 2.1 de responsgegevens vermeld. Van de 190 aangeschreven werkzame MDL-artsen hebben 159 de vragenlijst geretourneerd daarmee is een respons van 84% bereikt. De enkele MDL-artsen die waren aangeschreven en die te kennen gaven dat zij niet meer werkzaam waren, zijn hierbij niet meegeteld.

Van de assistenten die momenteel bezig zijn met de vervolgopleiding en die bekend zijn bij het Genootschap MDL, hebben 28 gerespondeerd. Opgemerkt dient te worden dat enkele assistenten in de vragenlijst hebben aangegeven dat zij reeds werkzaam zijn als MDL-arts. Zij hebben alsnog de vragenlijst voor MDL-artsen ontvangen en zijn toegevoegd bij de respons van de werkzame MDL-artsen.

Van de 99 maatschappen interne geneeskunde in algemene ziekenhuizen die zijn aangeschreven, heeft 71% gereageerd.

Tabel 2.1: Overzicht van de respons van de NIVEL-vragenlijsten in 2003

	Aangeschreven	Ingevuld retour	Responspercentage
MDL-artsen	190	159	84%
Assistenten in de vervolgopleiding	28	28	100%
Maatschappen interne geneeskunde	99	70	71%

2.3 Representativiteit

In tabel 2.2 staat het aantal aangeschreven, responderende en werkzame MDL-artsen in Nederland uitgesplitst naar geslacht. Het blijkt dat de respondenten een iets andere verdeling hebben dan voor de aangeschreven MDL-artsen het geval is. Van de mannen heeft namelijk 83% gerespondeerd, terwijl van de vrouwen 90% heeft gerespondeerd. Door te werken met een zogeheten wegingsfactor, kan de respons echter alsnog representatief gemaakt worden voor de gehele populatie. In deze wegingsfactor wordt overigens rekening gehouden met zowel de leeftijdverdeling als het geslacht. Na weging staan de 159

respondenten voor een totaal van 190 werkzame MDL-artsen. De leeftijd- en geslachtsopbouw van de gewogen respons is daarbij identiek aan die van de populatie. In hoofdstuk 4, waarin het zorgaanbod wordt beschreven, wordt nader ingegaan op de ontwikkeling in het totaal aantal MDL-artsen en de geslachtsverdeling.

Tabel 2.2: Aantal aangeschreven, responderende en werkzame MDL-artsen in Nederland naar geslacht

	Werkzame MDL-artsen in 2003	
	abs.	%
Aangeschreven:		
Mannen	171	90%
Vrouwen	19	10%
Totaal	190	100%
Respondenten:		
Mannen	142	89%
Vrouwen	17	11%
Totaal	159	100%
Responspercentage:		
Mannen		83%
Vrouwen		90%
Totaal		84%

Van alle 28 aangeschreven assistenten in de vervolgopleiding, waarvan 17 mannen en 11 vrouwen, zijn de enquêtes terug. Daarom is het niet noodzakelijk om te werken met een weging. De resultaten die in hoofdstuk vier worden besproken gelden voor alle assistenten in de vervolgopleiding.

In tabel 2.3 wordt het aantal responderende afdelingen vermeld, uitgesplitst naar werkveld. De 99 maatschappen die zijn aangeschreven, betreffen allemaal een algemeen ziekenhuis. Academische ziekenhuizen en categorale ziekenhuizen zijn dus niet aangeschreven. Er zijn 46 algemene ziekenhuizen aangeschreven die een opleidingsfunctie hebben voor het specialisme interne geneeskunde en/of het specialisme maag-, darm- en leverziekten. Dit betreft dus zogeheten “perifere opleidingsziekenhuizen”. Daarnaast zijn 53 algemene ziekenhuizen aangeschreven die geen opleidingsfunctie hebben voor deze twee specialismen.

Van de opleidingsklinieken heeft 67% gerespondeerd, terwijl van de ziekenhuizen zonder opleiding 74% heeft gerespondeerd. Wederom is er gewerkt met een wegingsfactor waarmee de respons alsnog exact representatief gemaakt is voor de populatie.

Tabel 2.3: Aantal responderende maatschappen

	Maatschappen Interne geneeskunde in 2003	
	abs.	%
Aangeschreven:		
Met opleidingsfunctie	46	46%
Zonder opleidingsfunctie	53	54%
Totaal	99	100%
Respondenten:		
Met opleidingsfunctie	31	44%
Zonder opleidingsfunctie	39	56%
Totaal	70	100%
Responspercentage:		
Met opleidingsfunctie		67%
Zonder opleidingsfunctie		74%
Totaal		71%

2.4 Rol van de begeleidingscommissie

Voor dit onderzoek is een begeleidingscommissie in het leven geroepen die bestond uit leden van het Genootschap MDL. In een aantal fasen heeft de begeleidingscommissie een belangrijke rol gespeeld.

Op de eerste plaats is de begeleidingscommissie betrokken geweest bij het opstellen van de vragenlijsten. De structuur van de vragenlijsten is weliswaar gelijk aan die van de vragenlijsten zoals in andere NIVEL-behoefteramingstudies bij verschillende medische specialismen zijn gebruikt, maar de toespitsing op het vakgebied MDL is in overleg met de begeleidingscommissie gebeurd.

Op de tweede plaats zijn tijdens de analyse- en rapportagefase resultaten besproken met de begeleidingscommissie. De herkenbaarheid van de resultaten was daarbij een van de belangrijke aandachtspunten.

Op de derde plaats heeft de begeleidingscommissie een cruciale rol gespeeld bij het vaststellen van de door te rekenen scenario's. Daarbij gaat het vooral om een inschatting van het "plafond" in de vraag naar MDL-zorg. Verder gaat het om de te verwachten ontwikkelingen in het aantal fte per arts, het aantal gewerkte uren per fte, het aandeel patiëntgebonden werktijd en de tijd per patiënt.

2.5 Beperkingen van deze studie

Er zijn een aantal beperkingen die een rol spelen bij deze studie. Deze zijn niet zo zeer statistisch/technisch van aard als wel van methodische aard. De respons op de vragenlijsten is goed te noemen. De validiteit van de gegevens is echter met een voldoende respons niet gegarandeerd. Het gegeven óf iemand werkzaam is en zo ja, of men fulltime of parttime werkzaam is, is relatief gemakkelijk op een objectieve wijze met behulp van een

vragenlijst vast te stellen. Ook de vraag voor welk deel van een fulltime equivalent men werkzaam is, is relatief ongecompliceerd. Het antwoord op de vraag hoeveel uur per week men werkzaam is, is daarentegen meer subjectief van aard. Het antwoord op deze vraag zal eerder aangeven hoeveel men denkt te werken, dan dat het precies meet hoeveel men feitelijk werkt. Een volledig objectieve, valide meting van de feitelijke werktijd kan eigenlijk alleen met grootschalig en zeer kostbaar observatieonderzoek.

Dat de absolute waarde van de werkuren niet helemaal correct is, is overigens niet noodzakelijkerwijs een aantasting van de betrouwbaarheid waarmee het aantal op te leiden artsen wordt berekend. Het gaat in het algemeen namelijk alleen om de relatieve waarde van de parameters. Zo is het voor het aantal op te leiden MDL-artsen niet zo zeer van belang of de huidige MDL-artsen op dit moment bijvoorbeeld 1 of 2 uur per patiënt besteden, maar alleen of het straks even veel zal zijn (dus wederom 1 of 2 uur), of bijvoorbeeld 10% meer (dus respectievelijk 1,1 uur of 2,2 uur).

In een behoefte­ramingstudie speelt verder een zelfde type probleem dat in elk toekomstgericht onderzoek speelt. Het gaat dan om het gebruik van per definitie onzekere schattingen over ontwikkelingen in de komende jaren. De in dit rapport gepresenteerde uitkomsten over het aantal op te leiden MDL-artsen, gelden alleen voor zover de verwachte veranderingen inderdaad optreden en alle andere relevante factoren bovendien (relatief) constant blijven.

Daarbij geldt overigens dat de factoren vaak ‘inwisselbaar’ zijn. Als bijvoorbeeld gesteld wordt dat er 10% meer patiënten komen, maar dat de tijd per patiënt gelijk zal blijven, dan is het daaruit afgeleide aantal op te leiden MDL-artsen ook het optimale aantal voor een nulgroei in het aantal patiënten, maar een toename van 10% in de tijd per patiënt, of een toename van 5% in het aantal patiënten plus 5% in de tijd per patiënt.

3 Toekomstige behoefte aan MDL-artsen

3.1 Inleiding

Ter bepaling van de toekomstige behoefte aan MDL-artsen, is een beproefd model gehanteerd waarvan de basis is afgeleid uit het Eindadvies van de zogeheten ABA-commissie (Adviescommissie Behoeftbepaling Artsen, WVC, 1985). In dit basismodel worden de volgende componenten onderscheiden:

$$A_t = \frac{V_t}{C_t}$$

waarbij:

A_t = het benodigde aantal MDL-artsen op tijdstip t

V_t = de vraag naar zorg verleend door MDL-artsen, op tijdstip t

C_t = de gemiddelde ‘verwerkingscapaciteit’ van een MDL-arts op tijdstip t

De vraag naar zorg verleend door MDL-artsen kan worden uitgedrukt in het totale tijdsbeslag (in uren per jaar) die patiënten aan zorgverlening door MDL-artsen vragen. De ‘verwerkingscapaciteit’ van MDL-artsen kan worden uitgedrukt in de totale tijd (wederom in uren per jaar) die een gemiddelde MDL-arts voor patiëntgebonden activiteiten en niet-patiëntgebonden activiteiten ter beschikking heeft. Beide componenten zullen in de volgende paragrafen nader worden uitgewerkt.

In dit onderzoek wordt in eerste instantie uitgegaan van het idee dat de huidige vraag naar en het huidige aanbod van zorg die gerelateerd is aan maag-, darm- en leverziekten optimaal op elkaar aansluiten. Het gaat daarbij om een optimale aansluiting, gegeven de beschikbare financiële middelen en de stand van zaken betreffende bijvoorbeeld de beschikbare medische kennis en vaardigheden van de diverse zorgverleners.

Dat de huidige aansluiting in feite niet optimaal is, blijkt overigens onder andere uit het gegeven dat er momenteel wachtlijsten bestaan voor zowel een eerste polikliniekbezoek bij een MDL-arts, als voor een klinische opname of dagbehandeling door een MDL-arts. Ook voor endoscopieën bestaan wachtlijsten.

Er is dus sprake van een onvervulde zorgvraag: zouden er momenteel meer MDL-artsen zijn, dan zouden er ook meer patiënten geholpen zijn. Het bestaan van vacatures wijst eveneens op het bestaan van een onvervulde vraag naar MDL-artsen. Daarnaast moet gewezen worden op het feit dat een deel van de MDL-artsen meer uren werken dan ze eigenlijk zouden willen. Er is dus sprake van een min of meer door de omstandigheden afgedwongen zorgaanbod. Indien de huidige MDL-artsen het door hen gewenste aantal uren werken, dan zouden de wachtlijsten langer zijn. De begeleidingscommissie van deze behoeftebepaling heeft besloten om deze elementen mee te laten wegen bij de formulering van de scenario’s.

3.2 Vraag naar zorg verleend door MDL-artsen

Op basis van dezelfde argumenten die in het Eindadvies van de ABA-commissie zijn genoemd (WVC, 1985), wordt in deze studie van het standpunt uitgegaan dat voor een schatting van de toekomstige behoefte aan MDL-artsen vooral de feitelijke vraag, ofwel het feitelijk gebruik dat de bevolking maakt van zorg, verleend door MDL-artsen, van belang is. Bij de feitelijke vraag moeten zowel de patiëntgebonden als de niet-patiëntgebonden activiteiten betrokken worden. De patiëntgebonden activiteiten zullen hieronder in de subparagrafen 3.2.1 en 3.2.2 worden geoperationaliseerd. De niet-patiëntgebonden activiteiten worden geoperationaliseerd in paragraaf 3.3, waarin uitgebreid wordt ingegaan op de ‘verwerkingscapaciteit’ van een MDL-arts.

Voor de operationalisatie van de patiëntgebonden activiteiten is gekozen voor het tijdsbeslag dat de directe en indirecte zorg voor patiënten inneemt. In paragraaf 3.2.2 zal een aantal ontwikkelingen worden besproken dat van invloed kan zijn op het toekomstig (patiëntgebonden) tijdsbeslag.

Hierbij worden de volgende ontwikkelingen onderscheiden:

- demografische ontwikkelingen;
- epidemiologische ontwikkelingen;
- sociaal-culturele ontwikkelingen;
- beleidsmatige ontwikkelingen;
- vakinhoudelijke ontwikkelingen.

3.2.1 *Huidige vraag naar zorg*

Voor het bepalen van het totale huidige tijdsbeslag aan direct patiëntgebonden activiteiten is enerzijds gebruikgemaakt van gegevens van Prismant (voorheen SIG-Zorginformatie), voor wat betreft het aantal en de leeftijdsverdelingen van de patiënten van MDL-artsen. Anderzijds is gebruik gemaakt van gegevens uit de NIVEL-enquête onder alle werkzame MDL-artsen, voor wat betreft de gemiddelde tijd per patiënt.

Aantal patiënten en aantal patiëntcontacten

Om in kaart te brengen hoe groot de zorgvraag is die aan MDL-artsen gevraagd wordt, is in eerste instantie gekeken naar het totaal aantal patiënten dat jaarlijks bij een MDL-arts komt. Vervolgens is gekeken naar het aantal contacten dat deze patiënten met de MDL-arts hebben, uitgesplitst naar een aantal verschillende specifieke type contacten: eerste poliklinische consulten, herhaalconsulten, diagnostische of curatieve verrichtingen en opnamen.

Voor vrijwel alle patiënten waarmee een MDL-arts contact heeft, geldt dat deze, na verwijzing door een huisarts of een andere medisch specialist, in ieder geval één keer op de polikliniek gezien worden voor een eerste consult. Op basis van gegevens van het onderzoeksbureau Prismant over de periode van 1994 tot en met 2001, blijkt dat het aantal nieuwe poliklinische patiënten van MDL-artsen een sterk stijgende lijn vertoont. Werden er in 1994 ongeveer 26.500 nieuwe patiënten gezien, in het jaar 2001 was dit reeds opgelopen tot minstens 110.000 nieuwe patiënten. Dit is een stijging van meer dan 400%. Voor het jaar 2002 kan geschat worden dat ongeveer 120.000 patiënten minimaal één

keer contact hebben gehad met een MDL-arts. Waarschijnlijk hebben deze patiënten gemiddeld in totaal nog ongeveer 4 á 5 herhaalcontacten gehad in 2002. Dit zou neerkomen op een totaal van ongeveer 480.000-600.000 herhaalconsulten.

Afhankelijk van de uitkomst van de consulten, zal eventueel een diagnostische of curatieve verrichting worden gedaan. In de meeste gevallen betreft het dan een endoscopische verrichting. Endoscopie is een verzamelnaam voor technieken waarmee men via een flexibele slang kan kijken en behandelen in het maagdarmkanaal. Grofweg kan geschat worden dat in 2002 ongeveer 200.000 endoscopische verrichtingen zijn uitgevoerd door MDL-artsen. Per nieuwe patiënt wordt gemiddeld dus iets meer dan 1,5 endoscopie uitgevoerd. De endoscopieën worden meestal poliklinisch uitgevoerd, maar soms is opname voor één of meerdere dagen in het ziekenhuis nodig.

Tussen 1994 en 2001 steeg het aantal door MDL-artsen in de kliniek opgenomen patiënten van ongeveer 6.500 tot bijna 18.000. Het aantal dagopnamen steeg in deze periode van rond de 4.500 tot 30.500. Voor 2002 wordt uitgegaan van ongeveer 20.000 klinische opnamen en 35.000 dagopnamen.

Deze grote stijging in het aantal patiënten en het aantal patiëntcontacten in de afgelopen jaren, is in principe vooral veroorzaakt door de stijging in het aantal werkzame MDL-artsen. Helaas is niet bekend hoeveel patiënten met maag-, darm- en leverziekten in dezelfde periode door internisten zijn behandeld. Niet onwaarschijnlijk is dat dit aantal dalend is. Dit heeft van doen met het feit dat een deel van de huidige MDL-artsen voorheen geregistreerd stond en werkzaam was als internist (met in het algemeen als aandachtsgebied maag-, darm- en leverziekten). De patiënten met maag-, darm- en leverziekten die toen door hen geholpen werden, stonden toen dus ‘geboekt’ bij het specialisme interne geneeskunde. Er is dus sprake van een speciale vorm van substitutie. In feite worden de patiënten nu weliswaar door een andere beroepsgroep behandeld dan voorheen, echter het betreft deels wel dezelfde personen/artsen door wie ze behandeld worden.

Door het Genootschap MDL is op basis van een enquête berekend dat er in 2000 in Nederland in totaal 325.000 gastro-enterologische endoscopieën zijn verricht. Indien dit getal geëxtrapoleerd wordt naar 2002 komt dit neer op 350.000 endoscopieën. Hiervan zijn er 200.000 door MDL-artsen verricht. De overige 150.000 endoscopieën worden voor het grootste deel door internisten gedaan. Vergeleken met enkele jaren geleden verrichten de MDL-artsen ten opzichte van de internisten een steeds groter deel van de gastro-enterologische endoscopieën. Als de substitutie reeds maximaal zou zijn doorgevoerd, dan zouden de MDL-artsen nu reeds 350.000 endoscopieën per jaar verrichten. Dit zou betekenen dat er nu reeds 75% meer MDL-artsen werkzaam zouden kunnen zijn. De mogelijke ontwikkelingen omtrent deze verschuiving worden in paragraaf 3.2.2 beschreven.

Totale zorggebruik

Omdat de cijfers over het aantal patiënten en het aantal patiëntcontacten alleen grof geschat konden worden, is voor het bepalen van het totale zorggebruik gekeken naar gegevens over het aanbod aan zorg vanuit de MDL-artsen. Daarvoor is in deze studie gewerkt vanuit gegevens over het aantal patiëntgebonden uren dat MDL-artsen in het jaar 2002

waarschijnlijk hebben gewerkt. Het totaal aantal patiëntgebonden uren is daarbij afgeleid van:

- het aantal werkzame MDL-artsen halverwege het jaar 2002 (ongeveer 175),
- het aantal uren per week per arts dat MDL-artsen in het jaar 2002 volgens opgave in de NIVEL-vragenlijst aan patiëntgebonden werkzaamheden besteden (gemiddeld ongeveer 37 uur per week),
- het aantal werkweken per jaar (42).

Door vermenigvuldiging van het aantal artsen, de patiëntgebonden werktijd per week per arts en het aantal werkweken per jaar, kan het totaal aantal patiëntgebonden uren per jaar worden berekend. Het resultaat is dat er naar schatting in totaal 275.000 uur aan patiëntenzorg is besteed in het jaar 2002 door MDL-artsen.

Leeftijdsverdeling van het zorggebruik

In tabel 3.1 wordt onder andere een overzicht gegeven van enerzijds de leeftijdsverdeling van de Nederlandse bevolking en anderzijds de leeftijdsverdeling van de totale patiëntgebonden zorgvraag van MDL-artsen. Bij het aandeel in de bevolking van elke leeftijdsgroep is de totale omvang van de Nederlandse bevolking in 2002 de 100%-basis (16,1 miljoen), terwijl de 100%-basis voor het aandeel in de zorgvraag wordt gevormd door de 275.000 uur patiëntgebonden werktijd van MDL-artsen. Voor het berekenen van de zorgvraagverdeling over de verschillende leeftijdscategorieën is rekening gehouden met de leeftijdsverdeling van de patiënten die zorg van MDL-artsen hebben ontvangen. Deze gegevens over de leeftijdsverdelingen hebben betrekking op het jaar 2001 en zijn afkomstig van het Landelijke Ambulante Zorg Registratie systeem (LAZR) en de Landelijke Medische Registratie (LMR) van Prismant.

Wanneer het aandeel per leeftijdscategorie in de bevolking wordt vergeleken met de verdeling over de zorgvraag, dan blijkt dat de vraag naar zorg van MDL-artsen relatief klein is in de jongste leeftijdsgroepen en relatief groot is bij de oudere leeftijdsgroepen. De jongste groep (van 0-14 jaar), die een aandeel van 18,6% in de bevolking heeft, heeft een aandeel van slechts 1,6% in de zorgvraag. De groep van 15-44 jaar, met een aandeel van 42,3% in de bevolking, heeft een aandeel van 28,5% in de zorgvraag. De groep van 45-64 jaar heeft daarentegen een aandeel in de zorgvraag dat groter is dan haar aandeel in het aantal inwoners: 36,2% van de zorgvraag tegenover 25,3% in het aantal inwoners. Voor de overige drie leeftijdsgroepen geldt dit nog sterker: het aandeel in de zorgvraag is daar beduidend groter dan het aandeel in de bevolking.

Het leeftijdsspecifieke patroon van het zorggebruik gerelateerd aan de MDL-artsen komt ook tot uitdrukking in de derde kolom van tabel 3.1, waarin staat hoeveel uur MDL-zorg er per 1.000 inwoners van een leeftijdsgroep is besteed. Gemiddeld over de gehele bevolking blijkt er 16,9 uur te zijn besteed per 1.000 inwoners, maar voor de 0-14 jarigen en 15-44 jarigen is dit duidelijk lager dan gemiddeld (respectievelijk 1,5 en 11,4 uur per 1.000 inwoners) en voor de overige leeftijdsgroepen is dit duidelijk hoger dan gemiddeld (zie bijvoorbeeld het gemiddelde van 45,2 uur per 1.000 inwoners voor personen tussen de 75 en 84 jaar).

Tabel 3.1: Aandeel in de bevolking, aandeel in het zorggebruik en omvang van het zorggebruik per jaar per 1.000 inwoners per leeftijdscategorie, in 2002

	Aandeel in de bevolking in 2002	Geschat aandeel in de zorgvraag in 2002	Zorggebruik per 1.000 inwoners
0-14 jaar	18,6%	1,6%	1,5 uur
15-44 jaar	42,3%	28,5%	11,4 uur
45-64 jaar	25,3%	36,2%	24,1 uur
65-74 jaar	7,5%	17,8%	39,8 uur
75-84 jaar	4,7%	12,7%	45,2 uur
85 jaar en ouder	1,5%	3,1%	36,2 uur
Totaal	100,0%	100,0%	16,9 uur

Huidige onvervulde zorgvraag

Hierboven is aangegeven hoeveel zorg feitelijk gebruikt wordt. Daarmee is echter nog niet aangegeven hoeveel zorg er gevraagd wordt. Door een relatieve schaarste aan MDL-artsen, wordt er namelijk minder zorg gebruikt dan het geval zou zijn als er geen schaarste was aan MDL-artsen. Een van de indicatoren voor een onvervulde vraag, is het bestaan van wachtlijsten. In tabel 3.2 is daartoe allereerst aangegeven hoe lang de wachtlijst voor een klinische opname was in de afgelopen jaren. Het blijkt dat er in het jaar 2001 rond de 200 mensen op een wachtlijst stonden. Ten opzichte van het aantal van ongeveer 18.000 feitelijk gerealiseerde klinische opnamen van dat jaar, is dit een aandeel van rond de 1%. In het jaar 2001 stonden er ook 1.050 patiënten op een wachtlijst voor een dagopname. Ten opzichte van de ongeveer 30.500 gerealiseerde dagopnamen van dat jaar is dat een aandeel van 3%. De gemiddelde wachttijd voor de klinische opnamen is in de afgelopen jaren gedaald van ongeveer 10 weken naar ongeveer 2 weken. Voor de dagopnamen was de wachttijd redelijk stabiel op 2 weken. Ten opzichte van een totaal van 52 weken in een jaar, zou dit kunnen wijzen op een achterstand van ongeveer 4%. De gemiddelde wachttijd voor de polikliniek (5 weken), zou wijzen op een achterstand van 10%.

Tabel 3.2: Omvang wachtlijst en wachttijd voor een klinische opname of dagopname en wachttijd voor de polikliniek bij MDL-artsen in de periode 1997-2001

	Klinische opname			Dagopname			Polikliniek
	totaal aantal wachtenden	waarvan met wachttijd > 1 maand	gemiddelde wachttijd (in weken)	totaal aantal wachtenden	waarvan met wachttijd > 1 maand	gemiddelde wachttijd (in weken)	gemiddelde wachttijd (in weken)
1997	71	42	9	197	77	2	4
1998	106	42	12	290	104	2	4
1999	100	-	2	300	100	2	5
2000	300	100	4	700	300	2	5
2001	200	122	2	1.050	620	3	7

Bron: Van Rooij, 1997; De Vries, 1997; NZi, 1998; Laeven en Van Rooij, 1999; Van Hulst en Laeven, 2000, 2001.

De vertaling van de omvang van wachtlijsten en wachttijden in een percentage onvervulde vraag, is niet eenvoudig. Men moet zich onder andere bedenken dat de mensen die op een wachtlijst staan weliswaar op dat moment een onvervulde vraag hebben, maar dat hun vraag alsnog beantwoord is zodra ze, zij het na enige weken wachten, geholpen zijn. Een incidentele inzet van ongeveer 10% extra MDL-artsen gedurende één jaar, zou in principe voldoende zijn om de ‘werkvoorraad’ tot nul te reduceren. Na dat jaar zou deze uitbreiding dan in principe niet meer nodig zijn.

Opvallend is dat ondanks een sterke groei in het aantal MDL-artsen er een lichte stijging te constateren is in de gemiddelde wachttijd bij polikliniek; van vijf weken naar zeven weken. Ook het aantal wachtenden voor een dagopname is gestegen. Alleen voor de klinische opname lijkt er een kentering te zijn, daar is de gemiddelde wachttijd van 4 weken gedaald naar twee weken.

Het is niet eenvoudig om op basis van empirische gegevens iets te zeggen over de huidige omvang van de onvervulde vraag. In overleg met de begeleidingscommissie is besloten om uit te gaan van de aanname dat er op dit moment sprake is van 10% onvervulde vraag. In de berekeningen voor deze behoefteeraming wordt daarmee dus uitgegaan van het idee dat de huidige zorgvraag 10% groter is dan het huidige zorggebruik. Dat betekent tevens dat de behoefte aan MDL-artsen op dit moment in feite niet gelijk is aan 190 (wat het huidige aantal werkzame MDL-artsen is), maar dat er op dit moment eigenlijk al een behoefte is aan 209 MDL-artsen. Deze schatting kan mede onderbouwd worden met gegevens over aantal onvervulde vacatures voor MDL-artsen (zie paragraaf 3.4.1).

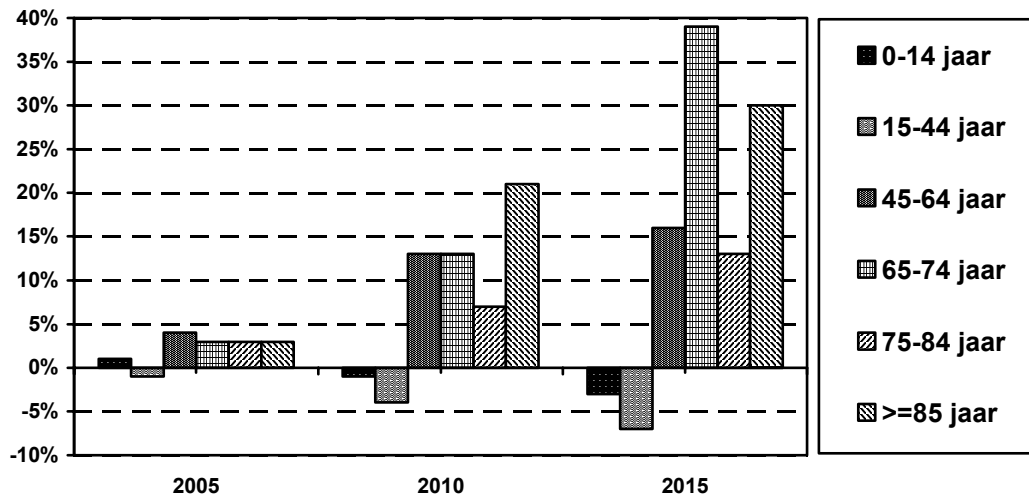
3.2.2 Toekomstige vraag naar zorg

Gezien het doel van deze studie - het bepalen van de opleidingscapaciteit - is het noodzakelijk om in grote lijnen te schetsen wat de ‘zorgvraag van morgen’ (uiterlijk het jaar 2015) zou kunnen zijn. Met onderstaande ontwikkelingen wordt inzicht gegeven in mogelijke veranderingen in de vraag naar zorg verleend door MDL-artsen. Naast demografische en epidemiologische ontwikkelingen komen aan bod: sociaal culturele ontwikkelingen, beleidsmatige ontwikkelingen en vakinhoudelijke ontwikkelingen.

Demografische ontwikkelingen

Een belangrijke factor die van invloed is op het toekomstig tijdsbeslag van MDL-artsen, is de ontwikkeling van de bevolkingsomvang en -samenstelling. Voor het berekenen van de invloed van deze demografische ontwikkelingen op de vraag naar zorg verleend door MDL-artsen, is gebruik gemaakt van de nieuwste bevolkingsprognose van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS, 2003). Daarbij wordt onderscheid gemaakt in een lage midden en hoge variant voor de bevolkingsprognoses. Op basis van de prognoses volgens de middenvariant zijn in figuur 3.1 de groeicijfers per leeftijdscategorie in beeld gebracht.

Figuur 3.1: Groei van de bevolking per leeftijdscategorie ten opzichte van 2003 (CBS midden variant)



Het aantal inwoners in de jongste leeftijdsklasse (0-14 jaar) zal in de komende 15 jaar in eerste instantie iets groeien, maar daarna alsnog afnemen tot 3% lager dan het huidige aantal. De omvang van groep 15-44-jarigen zal in dezelfde periode zelfs afnemen met 7%. In de overige leeftijdscategorieën zal het aantal mensen met minimaal 16% gaan stijgen. De groepen van 45-64 jaar, 65-74 jaar en van 85 jaar en ouder nemen tot het jaar 2010 het sterkst toe met respectievelijk 13% en 21%. Daarna zal vooral de groep van 65-74 jaar sterk groeien. Ten opzichte van 2003 zal er in 2015 sprake zijn van 39% meer 65-74-jarigen dan nu het geval is. Voor de 85-plussers wordt een groei van 30% ten opzichte van het huidige aantal verwacht.

Aangezien de vraag naar de door MDL-artsen verleende zorg leeftijdsspecifiek bepaald is, moet voor het bepalen van de invloed van de demografische ontwikkelingen rekening worden gehouden met de veranderingen in de leeftijdsopbouw.

Daartoe is allereerst gebruikgemaakt van de huidige verdeling van de zorgvraag over de leeftijdsgroepen (tabel 3.1). Vervolgens zijn, op basis van CBS-prognoses, groeipercents berekend tot het prognosejaar per leeftijdsgroep. Een belangrijke veronderstelling is dat de productiefactor per indicator naar leeftijdscategorie in de periode 2003-2015 gelijk blijft, dat wil zeggen: het aantal patiëntcontacten per 1.000 inwoners van een bepaalde leeftijdscategorie wordt constant geacht. Voor de 6 onderscheiden leeftijdsgroepen is aldus de op basis van demografische ontwikkelingen verwachte productiegroei tot 2015 berekend. In tabel 3.3 zijn de belangrijkste resultaten samengevat.

Tabel 3.3: Verwachte groei van de vraag naar door MDL-artsen verleende zorg tot 2015 ten opzichte van 2003 als gevolg van de bevolkingsgroei en veranderingen in de leeftijdsopbouw (in procenten)

Prognosevariant	Groei tot 2005	Groei tot 2010	Groei tot 2015
- Lage variant	1,5%	5,6%	10,3%
- Midden variant	2,0%	7,3%	13,4%
- Hoge variant	2,5%	8,9%	16,3%

Op grond van bovengenoemde berekening kan worden geconcludeerd dat, op basis van bevolkingsgroei en veranderingen in de leeftijdsopbouw, het aantal MDL-artsen tot het jaar 2015 met 13,4% (midden variant) zal moeten toenemen (ten opzichte van het aantal MDL-artsen in 2003) om de toekomstige vraag op te kunnen vangen. Als wordt uitgegaan van het feitelijke zorggebruik (190 MDL-artsen op dit moment), zouden er in 2015 dus 215 MDL-artsen moeten zijn.

Als de lage bevolkingsvariant wordt gehanteerd zou het aantal MDL-artsen met 10,3% moeten toenemen en bij de hoge variant met 16,3%. Er is dus een onzekerheidsmarge van ongeveer plus of min 3% in het benodigde aantal MDL-artsen als gekeken wordt naar de lage en de hoge variant ten opzichte van de midden variant van de bevolkingsprognose.

Epidemiologische ontwikkelingen

Een MDL-arts behandelt diverse klachten en problemen. Veel klachten hebben betrekking op de maag en de (twaalfvingerig) darm: een op de drie mensen heeft wel eens last van zijn maag. Maar naast de maag- en darmklachten, zijn er ook patiënten die naar de MDL-artsen gaan met klachten aan de slokdarm of lever. Een ziekte die steeds vaker voorkomt is de dikkedarm- en endeldarmkanker. Dikkedarm- en endeldarmkanker is een van de meest voorkomende vormen van kanker in Nederland. Het gaat om circa 30.000 patiënten met dikkedarmkanker en ruim 16.000 patiënten met endeldarmkanker. Op basis van demografische ontwikkelingen (vergrijzing en groei van de bevolking) is de verwachting dat het aantal nieuwe patiënten met dikkedarm- en endeldarmkanker tot 2015 met circa 43% zal stijgen (VTV, 2002). Omdat de geslachts- en leeftijdspecifieke incidentie en prevalentie constant is, is dit reeds verdisconteerd in de verwachte groei zoals beschreven in tabel 3.3.

Een andere gezondheidsklacht is inflammatoire darmziekten (IBD: Inflammatory Bowel Disease). In Nederland hebben naar schatting tussen 11.000 en 21.000 de ziekte van Crohn en tussen de 15.000 en 30.000 mensen Colitis Ulcerosa. De gegevens uit omringende landen wijzen op een mogelijke lichte toename van de incidentie van de ziekte van Crohn. De oorzaak van deze toename is onbekend. Wel wordt verondersteld dat roken een risicofactor is voor de ziekte van Crohn.

In de Volksgezondheid Toekomstverkenning (VTV) van 2002 is verder geen specifieke informatie opgenomen met betrekking tot epidemiologische veranderingen die relevant zijn voor het vakgebied van de MDL-artsen.

Sociaal-culturele ontwikkelingen

Een sociaal-culturele ontwikkeling die invloed zou kunnen hebben op de vraag naar MDL-artsen, is de toenemende mondigheid van patiënten. Het aantal mensen dat gebruik wil maken van medisch specialistische zorg, zal hierdoor vermoedelijk toenemen. De toenemende mondigheid van patiënten leidt overigens waarschijnlijk ook tot een ontwikkeling waarbij meer tijd per patiënt besteed moet worden. Er bestaat namelijk een groeiende behoefte bij de patiënten aan informatie die door de MDL-arts gegeven zal moeten worden. Hierdoor kan de consultduur toenemen.

Bovendien kan het aantal contacten per patiënt toenemen, bijvoorbeeld door het toeneemen van de vraag naar zogeheten ‘second opinions’. Een sociaal-culturele ontwikkeling die ook de aandacht verdient, is de toename van het aantal allochtone inwoners in Nederland. Door taal- en cultuurproblemen zal de MDL-arts aan deze specifieke groep patiënten waarschijnlijk meer tijd per contact moeten besteden.

Aan zowel de werkzame MDL-artsen als de assistenten in opleiding is onder andere gevraagd aan te geven hoe men de invloed inschat van de bovengenoemde zorgvraagontwikkelingen op de behoefte aan MDL-artsen in de komende periode (tabel 3.4). De mondigheid van de patiënten wordt als een van de meest invloedrijke gezien: 65% van de MDL-artsen en 69% van de assistenten verwacht hiervan een toename in de behoefte aan MDL-artsen. De toenemende vraag naar second opinions wordt door 58% van de MDL-artsen en 65% van de assistenten aangewezen als een ontwikkeling die de behoefte zal doen toenemen. Juridische zaken zoals klachtenafhandeling wordt door 48% van de MDL-artsen en ongeveer een derde van de assistenten genoemd als ontwikkeling die de behoefte aan MDL-artsen zal doen toenemen. De etnische en sociale samenstelling van de patiëntenpopulatie wordt door 44% van de MDL-artsen en 39% van de assistenten aangewezen als een ontwikkeling die de behoefte zal laten toenemen. Ten slotte verwacht 42% van de MDL-artsen dat juridische zaken als expertise/deskundigheidsverklaringen de vraag naar MDL-artsen zal doen toenemen.

Tabel 3.4: Verwachtingen van MDL-artsen en MDL-artsen in opleiding omtrent de invloed van bepaalde zorgvraagontwikkelingen op de behoefte aan MDL-artsen in de komende tien jaar

Zorgvraagontwikkelingen	Aandeel dat afname op behoefte verwacht		Aandeel dat toename op behoefte verwacht	
	special.	assist.	special.	assist.
Mondigheid patiënten	1%	0%	65%	69%
Second opinions	1%	0%	58%	65%
Juridische zaken: klachtenafhandeling	1%	4%	48%	35%
Etnische + sociale samenstelling patiënten	1%	0%	44%	39%
Juridische zaken: expertise/deskundigenverklaringen	1%	4%	42%	39%

De sociaal-culturele ontwikkelingen zullen waarschijnlijk vooral invloed hebben op het aantal minuten dat per patiënt besteed zal worden. De tijd per patiënt vormt een onderdeel dat aan de orde komt bij de verwerkingscapaciteit van de MDL-artsen. Daarom is besloten om voor deze sociaal-culturele ontwikkelingen een kwantificering te maken via de verwerkingscapaciteit (zie paragraaf 3.3) in plaats van via de zorgvraag.

Beleidsmatige ontwikkelingen

De vraag naar of het gebruik van zorg wordt niet alleen bepaald door de behoefte aan zorg. Ook ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg en, deels daarvan afgeleid, binnen het specialisme maag-, darm- en leverziekten zijn hierop mee van invloed.

Een ontwikkeling die hierbij genoemd kan worden, is de invoering (april 1995) van de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Toepassing van deze wet heeft waarschijnlijk tot gevolg dat artsen meer tijd nodig hebben per patiënt. Deze mogelijke consultduurverlenging is geoperationaliseerd binnen de verwerkingscapaciteit van de MDL-artsen (paragraaf 3.3.3).

Daarnaast bestaat op dit moment het wetsontwerp integratie medisch-specialistische zorg waarbij het nog niet zeker is of en welke gevolgen deze zal hebben voor het aanbod van medische zorg. Het lijkt echter aannemelijk om te veronderstellen dat er sprake zal zijn van toenemende managementparticipatie. Verder kan het zijn dat er steeds meer specialisten in loondienst komen, met wellicht gevolgen voor het aantal uur dat men op fulltime basis zal willen werken (namelijk minder dan bij vrije vestiging) en de tijd die men per patiënt besteedt (namelijk meer dan bij vrije vestiging) (Van der Velden, e.a., 1997d). Een andere ontwikkeling die genoemd moet worden is de budgetbeheersing.

Tweederde van de MDL-artsen en iets meer dan de helft van de AGIO's verwacht dat een toename van het in dienstverband werken door MDL-artsen zal leiden tot een toename in de behoefte. Ook een toename in de managementparticipatie is volgens 60% van de MDL-artsen en ruim een derde van de assistenten een ontwikkeling die de behoefte zal doen laten stijgen.

Wettelijke regels met betrekking tot de arbeidstijden, zal volgens iets meer dan de helft van de MDL-artsen en een vijfde van de assistenten de behoefte aan MDL-artsen doen stijgen. De eisen die gesteld worden aan medische beroepsbeoefenaren in de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), leidt volgens de helft van de MDL-artsen en 35% van de assistenten tot een grotere behoefte.

Budgetbeheersing is een beleidsmatige ontwikkeling waar relatief gezien veel MDL-artsen juist een afname op de behoefte van verwachten: bijna een vijfde van de MDL-artsen heeft dit aangegeven.

Tabel 3.5: Verwachtingen van MDL-artsen en MDL-artsen in opleiding omtrent de invloed van bepaalde beleidsontwikkelingen op de behoefte aan MDL-artsen in de komende tien jaar

Beleidsontwikkelingen	Aandeel dat afname op behoefte verwacht		Aandeel dat toename op behoefte verwacht	
	special.	assist.	special.	assist.
Toename dienstverband van specialisten	2%	0%	65%	56%
Managementparticipatie	2%	4%	60%	35%
Arbeidswettelijke ontwikkelingen	2%	0%	54%	20%
WGBO problematiek	0%	0%	49%	35%
Budgetbeheersing	17%	8%	31%	21%

Een specifieke beleidsmatige ontwikkeling die een rol kan spelen in de vraag naar MDL-zorg, is de mogelijkheid dat er een screening gaat komen naar colectoraal kanker (Gezondheidsraad, 2001; Cocast-rapport, 2003). Afhankelijk van de (politieke) keuzes

die daaromtrent gemaakt gaan worden, zal dit een meer of minder grote impact hebben op het aantal endoscopieën dat door MDL-artsen uitgevoerd moet worden.

Vakinhoudelijke ontwikkelingen

Voor wat betreft de vakinhoudelijke ontwikkelingen kan in de eerste plaats gewezen worden op de toename van de multidisciplinaire behandelingen. Dergelijke behandelingen gaan gepaard met relatief veel structureel en incidenteel overleg en kosten daarom relatief veel tijd. Hierdoor zal derhalve vooral de benodigde tijd per patiënt gaan toenemen. Meer aandacht voor kwaliteitsontwikkeling en controle is eveneens een factor die in de toekomst een rol kan gaan spelen. Hierbij zal zowel de tijd per patiënt als het aandeel van de niet-patiëntgebonden activiteiten worden beïnvloed.

Een vakinhoudelijke ontwikkeling die samenhangt met de eerder beschreven ziekte IBD, is de mogelijke verandering van het takenpakket van de IBD-verpleegkundigen. Zij gaan wellicht de relatief eenvoudige endoscopieën verrichten en er komt wellicht een uitbreiding van de poliklinische taken. Deze mogelijke vakinhoudelijke verandering resulteert in een verschuiving van de tijdsbesteding van de MDL-arts. De MDL-arts zal hoogstwaarschijnlijk minder tijd per patiënt besteden dan men momenteel doet.

De meeste MDL-artsen en assistenten verwachten een toename in de behoefte door veranderingen in behandeltechnieken, respectievelijk 79% en 89%. De assistenten noemen daarnaast vaak de technische ontwikkelingen.

Een vakinhoudelijke ontwikkeling die door de MDL-artsen vaak genoemd is als ontwikkeling die de behoefte aan MDL-artsen zal doen toenemen, is de toenemende aandacht voor kwaliteitsontwikkeling en -controle. Volgens 75% van de MDL-artsen zal de behoefte aan MDL-artsen hierdoor toenemen. Bij de assistenten is dit wat minder vaak het geval: 46% van hen meent dat kwaliteitsontwikkeling en -controle de behoefte zal doen toenemen. Subspecialisering is een andere vakinhoudelijke ontwikkeling die de behoefte aan MDL-artsen in de toekomst zal doen toenemen, aldus 72% van de MDL-artsen en 73% van de assistenten. Een verschil tussen de MDL-artsen en de assistenten is bij de ontwikkeling omtrent de samenwerking in de tweede lijn: 8% van de assistenten denkt dat door samenwerking met de tweede lijn er minder behoefte zal zijn aan MDL-artsen: 4% van de MDL-artsen onderschrijft deze verwachting. Echter de meerderheid (62% van de MDL-artsen en 54% van de assistenten) verwacht dat een betere samenwerking met de tweede lijn de behoefte zal laten stijgen. Daarnaast is 40% van de MDL-artsen en 42% van de assistenten van mening dat de toenemende aandacht voor na- en bijscholing de behoefte aan MDL-artsen doet stijgen. Rond de 40% van de MDL-artsen meent dat protocollaire geneeskunde zal leiden tot een toenemende behoefte aan MDL-artsen, iets minder assistenten delen deze mening (31%). Protocollaire geneeskunde zal volgens 4% van de assistenten leiden tot een afname in de behoefte.

Tabel 3.6: Verwachtingen van MDL-artsen en MDL-artsen in opleiding omtrent de invloed van bepaalde vakinhoudelijke ontwikkelingen op de behoefte aan MDL-artsen in de komende tien jaar

Vakinhoudelijke ontwikkelingen	Aandeel dat afname op behoefte verwacht		Aandeel dat toename op behoefte verwacht	
	specialist	assistent	specialist	assistent
Verandering in behandeltechniek	1%	0%	79%	89%
Kwaliteitsontwikkeling/controle	1%	0%	75%	46%
Subspecialisering	1%	0%	72%	73%
Samenwerking in tweede lijn	3%	8%	62%	54%
Technische ontwikkelingen	3%	0%	61%	73%
Verschuiving in tweede lijn	1%	4%	58%	31%
Na- en bijscholing	0%	0%	40%	42%
Protocollaire geneeskunde	7%	4%	40%	31%
Samenwerking c.q. verschuiving eerste/tweede lijn	7%	6%	30%	39%

De begeleidingscommissie van dit onderzoek is van mening dat er bij een "optimale" verdeling van taken tussen MDL-artsen en internisten, op dit moment reeds behoefte bestaat aan minimaal ongeveer 300 MDL-artsen en maximaal 400 MDL-artsen, in plaats van het huidige aantal van 190. Dit wordt op twee manieren onderbouwd.

Ten eerste wordt gewezen op het idee dat het wenselijk is dat endoscopieën uitgevoerd worden door daartoe gecertificeerde specialisten. Dit idee wordt onderschreven door zowel de Nederlandse Internisten Vereniging als het Nederlands Genootschap van MDL-artsen. Een dergelijke certificering is inmiddels mogelijk door het volgen van specifieke scholing. De belangstelling voor deze vorm van certificering bij jonge, recent opgeleide internisten blijkt relatief gering te zijn. Daardoor kan het gebeuren dat het merendeel van de endoscopieën op termijn door MDL-artsen gedaan zullen gaan worden. In ziekenhuizen waaraan één of meerdere MDL-artsen verbonden zijn, is in het algemeen ook te zien dat het grootste deel van de endoscopieën door hen gedaan worden. Momenteel worden door MDL-artsen 200.000 endoscopieën per jaar uitgevoerd, ten opzichte van een totaal van 350.000. Het huidige aandeel is dus 57%. Voor een aandeel van bijvoorbeeld 90% dat door MDL-artsen wordt gedaan, zou er op dit moment een behoefte aan ongeveer 300 MDL-artsen zijn.

Ten tweede wordt gewezen op de in de praktijk bemerkte wenselijkheid van een verhouding van ongeveer 1 MDL-arts op elke 4 á 5 internisten. Tot nu toe waren de MDL-artsen vooral werkzaam in de academische ziekenhuizen en de grote perifere ziekenhuizen. Inmiddels is er ook een toenemend aantal kleinere perifere ziekenhuizen waar een MDL-arts aan verbonden is. Ook deze ontwikkeling wordt door zowel de Nederlandse Internisten Vereniging als het Nederlands Genootschap van MDL-artsen nuttig gevonden. Bij de internisten is er namelijk ook sprake van een onvervulde vraag en de komst van een MDL-arts geeft aan de aanwezige internisten de mogelijkheid om zich met andere zaken bezig te houden. Omdat er momenteel 190 MDL-artsen zijn ten opzichte van ongeveer 1.600 internisten, is de huidige verhouding ongeveer 1 MDL-arts op 8 internisten. Voor een verhouding van 1 op 5, zou er op dit moment een behoefte aan ongeveer 320 MDL-artsen zijn. Bij een verhouding van 1 op 4 zou dit zelfs oplopen tot een huidige behoefte aan ongeveer 400 MDL-artsen.

Conclusie

Op de eerste plaats mag geconcludeerd worden dat de door het CBS geprognosticeerde veranderingen van de bevolkingsomvang per leeftijdscategorie er voor zullen zorgen dat de vraag naar zorg door MDL-artsen in de periode 2003-2015 met 13,4% zal toenemen. Daarbij is uitgegaan van de middenvariant van de CBS-bevolkingsprognose en een constante vraag naar zorg verleend door MDL-artsen per 1.000 leden van de verschillende onderscheiden leeftijdsgroepen. Wordt van de lage variant van de bevolkingsprognose uitgegaan, dan is nog altijd een groei van 10,3% nodig, terwijl er bij de hoge variant een groei van 16,3% nodig is. De onzekerheid die samenhangt met de demografische ontwikkelingen, is dus niet erg groot.

Om het effect van de demografische ontwikkelingen volgens de middenvariant op te vangen, is tussen 2003 en 2015 in principe simpelweg een groei nodig van 13,4% in het aantal MDL-artsen. Dit komt neer op een groei van 190 MDL-artsen in 2003 naar 215 MDL-artsen in 2015. Daarbij is echter geen rekening gehouden met het waarschijnlijk dalende aantal fte per MDL-arts door de te verwachten stijging in het aandeel vrouwen.

Geschat wordt dat de huidige vraag naar zorg 10% hoger ligt dan het huidige gebruik van zorg. Er is dus 10% onvervulde vraag. Op dit moment zouden er daarom in feite al 209 MDL-artsen werkzaam kunnen zijn, in plaats van 190. Als het effect van de demografische ontwikkelingen (13,4% stijging in de vraag tussen 2003 en 2015) op een aantal van 209 MDL-artsen wordt toegepast, dan zijn er in 2015 minimaal 237 MDL-artsen nodig. Daarbij is opnieuw nog geen rekening gehouden met bijvoorbeeld het stijgende aandeel vrouwen in de beroepsgroep.

Daarnaast mag als gevolg van sociaal-culturele, beleidsmatige en vakinhoudelijke ontwikkelingen een groei worden verwacht in de tijd die per patiënt besteed moet worden. Zoals in paragraaf 3.3.3 zal blijken, komt dit waarschijnlijk neer op een groei van 4% in het benodigde aantal patiëntgebonden uren.

De begeleidingscommissie verwacht dat op termijn (vrijwel) alle endoscopieën in Nederland door MDL-artsen worden uitgevoerd. Bij een maximale en onmiddellijke realisatie van deze verwachting, zijn er per direct 75% meer MDL-artsen nodig. In de raming zal straks expliciet rekening gehouden worden met deze verwachting. Bovendien worden daarbij ook varianten uitgerekend waarin deze verwachting gedeeltelijk gerealiseerd wordt.

De begeleidingscommissie verwacht tevens dat er op termijn een verhouding zal ontstaan van 1 MDL-arts op elke 4 á 5 internisten. Bij een maximale en onmiddellijke realisatie van deze verwachting, zouden er per direct 111% meer MDL-artsen nodig zijn. Ook met deze verwachting zal straks in de raming expliciet rekening gehouden worden. Ook daarbij worden nog andere varianten uitgerekend, waarbij deze verwachting gedeeltelijk gerealiseerd wordt.

Verder is in deze paragraaf gebleken dat er een aantal ontwikkelingen zijn die invloed zullen hebben op het aandeel niet-patiëntgebonden tijd. Kwantificering hiervan zal in de paragraaf 3.3.2 plaatsvinden.

3.3 Verwerkingscapaciteit

De verwerkingscapaciteit wordt bepaald door de tijd die een MDL-arts voor zijn of haar werkzaamheden ter beschikking heeft en is afhankelijk van:

- de tijd die de MDL-arts per jaar werkzaam is;
- de verdeling patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden activiteiten;
- de gemiddelde tijd die een consult/behandeling per patiënt vraagt.

Er zijn verschillende redenen aan te geven waarom de verwerkingscapaciteit van MDL-artsen de komende jaren zou kunnen dalen. In de eerste plaats is het voor de hand liggend dat, net als in andere sectoren in onze maatschappij, ook de MDL-artsen, gezien de huidige werkbelasting, in toenemende mate de wens uitspreken tot arbeidstijdverkorting. Daarbij gaat het enerzijds om de tijd die een voltijds werkzame MDL-artsen werkt en anderzijds om een toename van het aantal MDL-artsen dat in deeltijd werkt. In de tweede plaats zal, zeker gezien de toename van de vereiste kwaliteit van het medisch handelen, meer aandacht geschonken moeten worden aan deskundigheidsbevordering en onderlinge toetsing, waardoor minder tijd besteed kan worden aan directe patiëntenzorg. Daar komen nog een aantal andere beleidsmatige ontwikkelingen bij die eveneens zorgen voor een toenemend aandeel van de niet-patiëntgebonden activiteiten. Ten derde zal in het kader van de vereiste kwaliteit van het medisch handelen ook de tijd per patiënt per consult/behandeling kunnen toenemen. De tijd per patiënt zal tevens toenemen door de veranderende sociale en culturele samenstelling van de bevolking. De invloed van deze ontwikkelingen op de verwerkingscapaciteit zal achtereenvolgens in een aantal paragrafen aan de orde worden gesteld.

3.3.1 *Omvang van de werkzaamheden*

Bij het in kaart brengen van de omvang van de werkzaamheden van MDL-artsen is een onderscheid gemaakt tussen de (formele) omvang van de werkbelasting in termen van het aantal fte, het (feitelijke) aantal dagdelen dat men per week werkzaam is, het (feitelijke) aantal uren dat men werkt en de overige tijdsbestedingsaspecten, waaronder het aantal dagen dat aan bij- en nascholing besteed wordt.

Zoals in bijlage II (met definities) is vermeld, is het niet gemakkelijk om de omvang van één fte te definiëren. Voor een vrijgevestigde MDL-arts is er feitelijk geen formele norm. Voor MDL-artsen in loondienst kan eventueel naar een CAO gekeken worden.

Volgens de arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten (AMS) zou een MDL-arts in loondienst van een niet-academisch ziekenhuis exclusief diensten maximaal 45 uur per week moeten werken. Volgens de huidige CAO voor medisch specialisten in de academische ziekenhuizen zou een MDL-arts daar exclusief diensten maximaal 48 uur per week moeten werken.

De feitelijke omvang van de werkbelasting hoeft niet gelijk te zijn aan de formele omvang. Voor een fulltime MDL-arts in loondienst van een academisch ziekenhuis kan de feitelijke omvang van de werkbelasting in uren dus toch uitkomen boven de 48 uur per week exclusief diensten zoals vastgelegd in de CAO.

Bovendien geldt dat normen kunnen veranderen. Het aantal uur dat een fulltime MDL-arts nu geacht wordt te werken, hoeft niet gelijk te zijn aan het aantal uur dat een fulltime MDL-arts straks geacht wordt te werken. Door in de vragenlijst zowel te vragen naar het aantal fte dat men werkzaam is én naar het aantal uur per week dat men feitelijk werkzaam is, kan afgeleid worden wat het werkveld zelf verstaat onder een fulltime dienstverband. Doordat bovendien gevraagd is naar het aantal fte dat men in de toekomst het liefst wil gaan werken én naar het aantal uur per week dat men het liefst wil gaan werken, is ook af te leiden welke norm men kennelijk wenselijk acht in de toekomst.

Op deze plaats is het nog interessant om de opinie van de MDL-artsen ten aanzien van de beschikbare tijd voor verschillende aspecten te vermelden (tabel 3.7). De tijd die beschikbaar is voor het privé-leven is duidelijk een aspect waar men het vaakst van aangeeft dat dit te weinig is: 73% van de MDL-artsen is deze mening toegedaan. Tegelijkertijd vindt een kwart van de MDL-artsen dat er voldoende tijd beschikbaar is voor het privé-leven. In de opinievragen over de beschikbare tijd is ook de stelling opgenomen over de tijd voor het werk in het algemeen. Tweederde van de MDL-artsen vindt dat zij in het algemeen te weinig tijd hebben voor het werk. Dit komt onder andere naar voren bij de beantwoording van de opinievraag over de beschikbare tijd om kwalitatief goede zorg te leveren. Door 56% van de MDL-artsen wordt deze tijd als te weinig bestempeld, terwijl 44% de tijd die voor per patiënt beschikbaar is voldoende vindt. De tijd die beschikbaar is voor nascholing wordt door bijna een derde van de MDL-artsen als te weinig aangemerkt. De meerderheid (66%) vindt de tijd voor nascholing voldoende. De meningen zijn verdeeld over de beschikbare tijd per patiënt: 47% acht de tijd te weinig terwijl 53% van de MDL-artsen aanduidt dat zij voldoende tijd hebben per patiënt.

Tabel 3.7: Opinie van MDL-artsen over de beschikbare tijd voor bepaalde aspecten, medio 2003

Opinie over beschikbare tijd	Te weinig	Voldoende	Te veel	Totaal
- per patiënt	47%	53%	0%	100%
- in het algemeen	66%	34%	0%	100%
- voor nascholing	32%	68%	0%	100%
- voor kwalitatief goede zorg	56%	44%	0%	100%
- voor privé-leven	73%	26%	0%	100%

Als onderscheid gemaakt wordt tussen verschillende typen ziekenhuizen, valt op dat de MDL-artsen die werkzaam zijn in de academische ziekenhuizen minder vaak aangeven dat de tijd die beschikbaar is voor patiënten te weinig is (tabel 3.4). Van de MDL-artsen in de academische ziekenhuizen heeft 30% aangegeven dat de beschikbare tijd per patiënt te weinig is, terwijl dit bij degenen die werkzaam zijn in de algemeen ziekenhuizen met opleiding 54% is en van de MDL-artsen werkzaam in algemeen ziekenhuizen zonder opleiding duidt 50% aan dat zij te weinig tijd hebben per patiënt. Voor de andere tijdsaspecten, zoals de tijd die beschikbaar is voor kwalitatief goede zorg, de tijd die beschikbaar is voor nascholing en de tijd die beschikbaar is voor het privé-leven is er een veel kleiner verschil tussen de werkvelden te zien.

De ziekenhuizen zonder opleiding duidt de ruime meerderheid (80%) aan dat zij te weinig tijd hebben in het algemeen. Dit is hoger dan bij de ziekenhuizen met opleidingsfunctie (rond de 60%).

Tabel 3.8: Aandeel MDL-artsen dat de beschikbare tijd voor bepaalde aspecten te weinig vindt, per belangrijkste werkveld, 2003

Aandeel dat de beschikbare tijd te weinig vindt	Academische ziekenhuizen	P-opleidings-ziekenhuizen	Niet-opleidings-ziekenhuizen	Totaal
- per patiënt	30%	54%	50%	47%
- in het algemeen	58%	59%	80%	66%
- voor nascholing	35%	35%	25%	32%
- voor kwalitatief goede zorg	48%	58%	61%	56%
- voor privé-leven	79%	72%	71%	73%

Fte: huidige situatie

Tabel 3.9 geeft inzicht in het gemiddelde aantal fte dat men werkzaam is. Aan de MDL-artsen is gevraagd hoeveel fulltime equivalenten men werkt. Daarbij is aangegeven dat een werkweek van 100% gelijk staat aan 1,0 fte en dat 50% gelijk is aan 0,5 fte. Dat 100% daarbij niet altijd gelijk is aan 10 dagdelen per week, zal straks blijken bij de rapportage over de vraag hoeveel dagdelen men werkt. Een derde van de MDL-artsen die zelf aan hebben gegeven dat zij 1,0 fte werken, blijken namelijk minder dan 10 dagdelen te werken.

Uit de tabel kan worden afgeleid dat in elk van de werkvelden een ruime meerderheid van de MDL-artsen fulltime werkzaam is. Daarbij is uitgegaan van de totale omvang van de werkzaamheden: voor MDL-artsen met twee of meer functies is de omvang van de werkzaamheden voor alle functies tezamen genomen. MDL-artsen die bijvoorbeeld twee deeltijdbanen van elk een 0,5 fte hebben, zijn gerekend als fulltime werkende MDL-artsen. Het hebben van twee van of meer functies kwam overigens slechts een enkele keer voor.

De MDL-artsen die in niet-opleidingsziekenhuizen werken, werken relatief het vaakst in deeltijd (19%). Van de MDL-artsen die in een academisch ziekenhuis of een ziekenhuis zonder opleidingsfunctie werken, is het aandeel deeltijders ongeveer respectievelijk 8% en 17%.

Het gemiddelde fte van deeltijders tussen MDL-artsen die werken in een academisch ziekenhuis dan wel een ziekenhuis zonder opleiding verschilt nauwelijks, respectievelijk 0,68 fte en 0,67 fte. Het gemiddelde fte in de niet-academische ziekenhuizen met opleiding ligt rond de 0,76 fte.

Inclusief de fulltimers, werken de MDL-artsen gemiddeld genomen 0,96 fte. Dit verschilt nauwelijks tussen de werkvelden. Dit betekent dat de 190 werkzame MDL-artsen in totaal 182 fulltime equivalente plaatsen bezetten. Gemiddeld zijn er per fulltime plaats derhalve 1,04 MDL-artsen werkzaam.

Tabel 3.9: Omvang van de werkbelasting (in fte), naar belangrijkste werkveld, 2003

Omvang werkbelasting in fte	Academische ziekenhuizen		P-opleidings- ziekenhuizen		Niet-opleidings- ziekenhuizen		Totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
≤ 0,7 fte	3	6	5	7	7	9	15	8
0,8 fte	-	-	2	3	1	3	3	2
0,9 fte	1	2	7	9	3	8	11	6
1,0 fte (full-time)	46	92	61	81	54	79	161	84
Totaal	49	100	75	100	65	100	190	100
<i>Percentage deeltijders</i>		<i>8%</i>		<i>19%</i>		<i>17%</i>		<i>15%</i>
<i>Aantal fte per deeltijder</i>		<i>0,68 fte</i>		<i>0,76 fte</i>		<i>0,67 fte</i>		<i>0,72 fte</i>
<i>Aantal fte (deel- + voltijders)</i>		<i>0,97 fte</i>		<i>0,96 fte</i>		<i>0,95 fte</i>		<i>0,96 fte</i>

Als een onderscheid wordt gemaakt naar geslacht, dan blijken mannelijke MDL-artsen gemiddeld 0,98 fte te werken en vrouwelijke MDL-artsen 0,74 fte (tabel 3.10). Uit dezelfde tabel is af te leiden dat 10% van de mannen in deeltijd werkt, terwijl dit bij de vrouwen 67% bedraagt. Bij de vrouwen lijkt het in deeltijd werken vooral voor te komen bij de groep van 40-49 jaar. Het aantal vrouwen in de andere leeftijdscategorieën is echter zeer gering, waardoor generalisaties (zoals de jongste generatie vrouwelijke MDL-artsen werkt fulltime) niet op zijn plaats zijn. De omvang van het aantal fte per deeltijder is voor vrouwen en mannen niet gelijk. Voor mannen is het gemiddelde fte namelijk 0,79 fte en voor vrouwen 0,62 fte.

Tabel 3.10: Gemiddeld aantal fte van MDL-artsen, naar leeftijd en geslacht, 2003

	Mannen		Vrouwen		Gemiddeld	
	fte	N	fte	N	fte	N
≤ 39 jaar	0,97	12	1,00	2	0,98	14
40-49 jaar	0,98	86	0,68	15	0,94	101
50-59 jaar	0,98	63	1,00	2	0,98	65
≥ 60 jaar	0,91	10	-	-	0,91	10
Gemiddeld	<i>0,98</i>	<i>171</i>	<i>0,74</i>	<i>19</i>	<i>0,96</i>	<i>190</i>
Percentage deeltijders		<i>10%</i>		<i>67%</i>		<i>15%</i>
Aantal fte per deeltijder		<i>0,79 fte</i>		<i>0,62 fte</i>		<i>0,72 fte</i>

Wensen ten aanzien van deeltijd

In tabel 3.11 is weergegeven hoe de huidige en de gewenste verdeling over de omvang van het aantal fte per werkveld is. Tevens is aangegeven wat het huidige en gewenste gemiddelde aantal fte is, welk deel van de MDL-artsen in deeltijd werkt, c.q. zou willen werken en hoeveel fte er door de deeltijders gewerkt wordt, c.q. gewerkt zou worden.

Van alle MDL-artsen werkt op dit moment 15% in deeltijd. De deeltijders werken gemiddeld 0,72 fte. Voor alle MDL-artsen samen, dus inclusief de voltijders, is er een gemiddelde van 0,96 fte per MDL-arts.

De wens tot een teruggang in het aantal fte, is binnen elk van de werkvelden te vinden.

Rond de 57% van de MDL-artsen geeft aan dat zij het liefst in deeltijd zouden gaan werken, waarbij deze MDL-artsen gemiddeld het liefst 0,75 fte willen gaan werken. Dit zou betekenen dat er voor alle MDL-artsen tezamen een gemiddelde van 0,88 fte zou ontstaan. Het zou tevens betekenen dat de huidige 190 werkzame MDL-artsen tezamen niet 182 fte, maar 167 fte zouden werken. Om alsnog een omvang van 182 fte te realiseren, zouden er momenteel 207 in plaats van 190 werkzame MDL-artsen nodig zijn. De MDL-artsen die in een niet-opleidingsziekenhuis werken, zijn nu voor 17% in deeltijd werkzaam, maar bij een volledige invoering van de wensen omtrent het aantal fte zou 54% in deeltijd werkzaam zijn. Bij de academische ziekenhuizen is te zien dat momenteel 8% in deeltijd werkt, terwijl 49% graag in deeltijd zou willen werken.

Tabel 3.11: Huidige en gewenste omvang van de werkbelasting (in fte) van MDL-artsen, naar belangrijkste werkveld, 2003

Omvang werkbelasting in fte	Academische ziekenhuizen		P-opleidings- ziekenhuizen		Niet-opleidings- ziekenhuizen		Totaal	
	nu	wens	nu	wens	nu	wens	nu	wens
≤ 0,7 fte	6%	10%	7%	9%	10%	9%	8%	10%
0,8 fte	-	29%	3%	39%	3%	29%	2%	33%
0,9 fte	2%	10%	9%	16%	8%	15%	6%	14%
1,0 fte (fulltime)	92%	51%	81%	36%	79%	46%	84%	43%
Totaal	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
<i>Percentage deeltijders</i>	8%	49%	19%	65%	17%	54%	15%	57%
<i>Aantal fte per deeltijder</i>	0,68	0,62	0,76	0,78	0,67	0,78	0,72	0,75
<i>Aantal fte (incl. voltijders)</i>	0,97	0,89	0,96	0,86	0,95	0,86	0,96	0,88

Het zijn overigens zowel de mannelijke als de vrouwelijke MDL-artsen die een teruggang in het aantal fte wensen. Het percentage mannelijke deeltijders zou stijgen van 10% nu naar 54% indien de wensen volledig gerealiseerd worden. Het gemiddelde aantal fte per mannelijke MDL-arts zou dan dalen van 0,98 fte nu naar 0,90 fte. Van de vrouwelijke MDL-artsen wil 78% het liefst in deeltijd gaan werken, met een gemiddelde van 0,73 fte. Momenteel werkt 67% van de vrouwen reeds in deeltijd, met een gemiddelde van 0,62 fte per deeltijder en 0,74 fte voor alle vrouwelijke MDL-artsen.

De wens tot teruggang in het aantal fte, staat overigens in principe nog los van de wens tot teruggang in het aantal uur per fte. Terwijl er op dit moment, zoals verderop zal blijken, sprake is van een gemiddelde van 51 uur per week op fulltime basis (exclusief diensten), wil men straks het liefst een gemiddelde van 46 uur.

Indien de wensen van de MDL-artsen op dit moment geheel vervuld zouden worden, zou dit betekenen dat het gemiddelde aantal fte zou dalen van 0,96 naar 0,88 fte. Dit zou betekenen dat de verwerkingscapaciteit van een MDL-arts dan in feite nog maar 92% (= 100% maal het nieuwe aantal fte gedeeld door het oude aantal fte) is van de feitelijke verwerkingscapaciteit van een MDL-arts in 2003. Om in totaal toch hetzelfde het aantal patiënten te kunnen helpen, zou het aantal MDL-artsen per direct moeten groeien met 9%

(= 100% maal (het oude aantal fte minus het nieuwe aantal fte) gedeeld door het nieuwe aantal fte).

Het capaciteitsorgaan gaat in haar ramingen overigens uit van een constant aantal fte van mannen en vrouwen. Wel houdt zij rekening met een arbeidstijdverkorting van 5% op fulltime basis. Over hoeveel uren men nu op fulltime basis werkt en wat daarin mogelijk-kerwijs gaat veranderen, wordt straks nog ingegaan.

De vraag is nu natuurlijk in hoeverre verwacht moet worden dat de in de vragenlijst uitgesproken wensen van de responderende MDL-artsen omtrent deeltijd werken gerealiseerd gaan worden. Dat er waarschijnlijk in de toekomst meer in deeltijd gewerkt gaat worden, lijkt overigens voor de meeste MDL-artsen een reëel beeld. Net als bij de ontwikkelingen in de zorgvraag, is aan de respondenten ook een inschatting gevraagd van de invloed van het parttime gaan werken door MDL-artsen. Bijna alle MDL-artsen en alle assistenten verwachten dat een toename van parttime werken door MDL-artsen zal leiden tot een toename in de behoefte: 95% van de MDL-artsen en 100% van de assistenten is deze mening toegedaan.

Het lijkt verstandig om in ieder geval rekening te houden met een toename van het deeltijd werken door de te verwachten toename van het aandeel vrouwen in de beroepsgroep. Momenteel is 10% van de MDL-artsen vrouw, maar voor het jaar 2010 kan verwacht worden dit aandeel tot 21% gestegen is (zie hoofdstuk 4). Voor 2015 kan van een aandeel van 26% vrouwen worden uitgegaan.

Onder de veronderstelling dat de mannelijke en vrouwelijke MDL-artsen in 2010 en 2015 net zo veel in deeltijd werken als de huidige mannelijke en vrouwelijke MDL-artsen, zal het gemiddelde aantal fte per MDL-arts als gevolg van het toenemende aandeel vrouwen dalen van 0,96 fte nu naar 0,93 fte in 2010 en 0,92 fte in 2015. Om deze daling in fte per MDL-arts op te vangen, is een groei van ongeveer 4% meer MDL-artsen nodig.

Dit is dus de groei in het aantal MDL-artsen dat nodig is als de deeltijdontwikkeling voorzichtig moet worden ingeschat, aangezien de toename van het aandeel vrouwen een relatief autonoom proces is. Het lijkt bovendien reëel om te veronderstellen dat de vrouwen die nu en in de toekomst worden opgeleid, net als de huidige vrouwelijke MDL-artsen relatief vaak in deeltijd zullen gaan werken. De huidige vrouwelijke MDL-artsen in opleiding hebben in hun vragenlijst ook daadwerkelijk aangegeven dat zij graag in deeltijd willen gaan werken (zie paragraaf 4.5). Het effect van ongeveer 4% op het benodigde aantal MDL-artsen is overigens wellicht kleiner dan men zou denken. Het verschil in fte van mannen en vrouwen lijkt immers substantieel (0,74 ten opzichte van 0,98). Vrouwelijke MDL-artsen werken momenteel dus 24% minder dan hun mannelijke collega's. Maar als het aandeel vrouwen zou stijgen van 0% tot 100%, zou het effect van deze stijging dus 24% zijn. Het aandeel vrouwen zal feitelijk waarschijnlijk stijgen van 10% naar 26%. Vandaar dat het effect slechts 4% is.

Een eventuele toename van het deeltijd werken bij mannen én vrouwen, zou een verdere groei van het aantal MDL-artsen vergen. Het is echter de vraag in hoeverre de wensen van de huidige MDL-artsen om minder fte te gaan werken ook daadwerkelijk gerealiseerd zullen worden en zo ja op welk moment. De begeleidingscommissie van dit onderzoek heeft besloten om door te laten rekenen wat voor consequenties het heeft als in het jaar

2015 de wensen zijn gerealiseerd. Voor de tussenliggende jaren wordt met tussenliggende waarden gewerkt. Voor de mannen betekent dit dat het gemiddelde aantal fte zal dalen van 0,98 fte in 2003 naar 0,93 fte in 2010 en 0,90 fte in 2015. Voor de vrouwen is uitgegaan van een daling van 0,74 fte in 2003 naar 0,72 fte in 2010 en 0,70 fte in 2015. Afhankelijk van het aantal artsen dat zal worden opgeleid, geeft dit een daling van 0,96 fte per MDL-arts in 2003 naar ongeveer 0,85 fte in 2015.

Per MDL-arts zal het aantal fte in 2015 daarmee 11% lager zijn dan in 2003. Om dit te compenseren, is een extra groei van ongeveer 13% in het aantal MDL-artsen nodig. Dit is dan wel inclusief de extra groei van ongeveer 4% die nodig is om het toenemende aandeel vrouwen op te vangen.

Dagdelen: huidige situatie

Tabel 3.12 geeft inzicht in het aantal dagdelen dat men per week werkzaam is. Gemiddeld genomen werken MDL-artsen 9,1 dagdelen. Voor de MDL-artsen die 1,0 fte werken (voltijders) blijkt het gemiddelde aantal dagdelen per week op 9,5 dagdeel te liggen. Vooral in de niet-academische ziekenhuizen komt het voor dat MDL-artsen die fulltime werken geen 10 maar 9 dagdelen per week aanwezig zijn in het ziekenhuis.

Tabel 3.12: Omvang van de werkbelasting in dagdelen per week van MDL-artsen, naar belangrijkste werkveld, 2003

Omvang werkbelasting in dagdelen per week	Academische ziekenhuizen		P-opleidings- ziekenhuizen		Niet-opleidings- ziekenhuizen		Alle werk- velden	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
< 5 dagdelen per week	-	-	-	-	-	-	-	-
5-6 dagdelen per week	5	10	5	4	7	11	17	9
7-8 dagdelen per week	2	4	11	12	8	13	21	11
9-10 dagdelen per week	43	86	60	84	48	76	151	80
Totaal ¹	50	100	76	100	63	100	189	100
<i>Aantal dagdelen per deeltijder</i>	<i>6,5 dagdelen</i>		<i>7,4 dagdelen</i>		<i>6,3 dagdelen</i>		<i>6,9 dagdelen</i>	
<i>Aantal dagdelen per voltijder</i>	<i>9,8 dagdelen</i>		<i>9,5 dagdelen</i>		<i>9,4 dagdelen</i>		<i>9,5 dagdelen</i>	
<i>Aantal dagdelen (deel- + voltijders)</i>	<i>9,5 dagdelen</i>		<i>9,0 dagdelen</i>		<i>8,9 dagdelen</i>		<i>9,1 dagdelen</i>	

¹ Een aantal respondenten heeft geen antwoord gegeven op de vraag naar het aantal gewerkte dagdelen. Van daar dat het (gewogen) aantal respondenten in deze tabel niet optelt tot 190.

Werkuren: huidige situatie

Als vervolgens wordt gekeken naar het aantal uren dat MDL-artsen exclusief diensten werkzaam zijn, dan blijkt men gemiddeld 49 uur per week te werken (tabel 3.13). Gerelateerd aan de omvang van het aantal fte, is er sprake van een gemiddelde van 51 uur per fte exclusief diensten. Tussen MDL-artsen werkzaam in de verschillende typen ziekenhuizen zijn slechts zeer geringe verschillen te zien: in de academische ziekenhuis werkt men gemiddeld 50,5 uur (exclusief diensten) in een P-opleidingsziekenhuis 47,9 uur per week en in een niet-opleidingsziekenhuis werkt men gemiddeld 48,8 uur per week.

Per fte zijn ertussen de werkvelden eveneens slechts geringe verschillen waarneembaar: ongeveer 52 uur per fte exclusief diensten in de academische ziekenhuizen, 51 uur per fte in de P-opleidingsziekenhuizen en 52 uur per fte in de niet-opleidingsziekenhuizen.

Tabel 3.13: Aantal werkuren per week van de responderende MDL-artsen, naar belangrijkste werkveld, 2003

Aantal werkuren per week exclusief diensten	Academische ziekenhuizen		P-opleidings- ziekenhuizen		Niet-opleidings- ziekenhuizen		Alle werkvelden	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
≤ 40 uur	8	16	13	18	8	12	29	15
41 - 48 uur	12	24	27	36	24	37	63	34
49 - 56 uur	17	36	24	32	20	31	61	33
≥ 57 uur	12	24	10	14	12	20	34	18
Totaal ¹	49	100	74	100	64	100	187	100
<i>Aantal uren per week</i>	<i>50,5 uur</i>		<i>47,9 uur</i>		<i>48,8 uur</i>		<i>48,9 uur</i>	
<i>Aantal uren per week per fte</i>	<i>52,1</i>		<i>50,7</i>		<i>51,8</i>		<i>51,4</i>	

¹ Een aantal respondenten heeft geen antwoord gegeven op de vraag naar het aantal gewerkte uren. Vandaar dat het (gewogen) aantal respondenten in deze tabel niet optelt tot 190.

Wensen ten aanzien van werkuren

Vergelijkbaar met de wensen ten aanzien van de fte, is ook gevraagd naar de wensen van de MDL-artsen voor wat betreft het toekomstige aantal werkuren. In plaats van de huidige 49 uur per week exclusief diensten zou men het liefst 40 uur (exclusief diensten) gaan werken. Op fulltime basis zou dit een teruggang van 51,4 uur per fte naar 45,6 uur per fte betekenen.

Doorrekening van de consequenties van de gewenste teruggang in uren per fte voor het benodigde aantal MDL-artsen van dit moment laat zien dat er 12% meer artsen nodig zouden zijn om dezelfde hoeveelheid zorg te kunnen blijven leveren. Net als voor de daling van het aantal fte, is het ook hier weer de vraag of, en zo ja wanneer, de wensen ten aanzien van het aantal uur per fte gerealiseerd worden. Daarbij geldt dat voor de uren per fte niet verwacht mag worden dat dit door relatief autonome ontwikkelingen (zoals de feminisering) bevorderd zal worden.

Voor de berekeningen van het benodigde aantal MDL-artsen in het jaar 2010 en 2015 is in overleg met de begeleidingscommissie net als voor de fte uitgegaan van een stapsgewijze realisatie. Voor het jaar 2005 is gekeken naar de invloed van een teruggang van 51,4 uur per week per fte in 2003 naar 50,0 uur per fte. Voor 2010 is gerekend met een teruggang naar 47,5 uur per fte. Ten slotte is voor 2015 uitgerekend wat het zou betekenen als men 45,6 uur per fte gaat werken. In dat laatste geval zouden de wensen van de huidige specialisten dus gerealiseerd zijn. Voor 2005 met 50,0 uur zijn ongeveer 2% meer MDL-artsen nodig, voor 2010 met 47,5 uur 8% en voor 2015 met 45,6 uur 13% (= 100% maal (het oude aantal uur per fte minus het nieuwe aantal uur per fte) gedeeld door het nieuwe aantal uur per fte).

Overigens zou een eventuele overgang van vrije vestiging naar dienstverband van grote invloed kunnen zijn op het aantal uur per fte. In een studie naar het mogelijke effect van een dergelijke verandering in rechtspositie van medisch specialisten in algemene ziekenhuizen (Van der Velden, e.a., 1997d), is gebleken dat specialisten in loondienst ongeveer 10% minder uren werken op fulltime basis dan de vrijgevestigde specialisten.

3.3.2 *Verhouding patiëntgebonden tijd en niet-patiëntgebonden tijd*

Uit tabel 3.14 kan worden afgeleid dat MDL-artsen gemiddeld 38 uur per week besteden aan patiëntgebonden activiteiten en 11 uur aan niet-patiëntgebonden activiteiten. Er blijkt verder sprake te zijn van enkele opvallende verschillen tussen de werkvelden. De MDL-artsen in de academische ziekenhuizen besteden gemiddeld minder uur per week aan poliklinische werkzaamheden en dagbehandelingen en meer uur per week aan onderwijs, onderzoek en management dan het geval is in de niet-academische ziekenhuizen. De verschillen tussen de P-opleidings- en de niet-opleidingsziekenhuizen in de tijdsbesteding zijn relatief zeer gering.

Het totaal aantal uren per week dat besteed wordt aan niet-patiëntgebonden activiteiten ligt bij de academisch werkende MDL-artsen aanzienlijk hoger dan bij niet-academische ziekenhuizen, respectievelijk 20 uur en ongeveer 8 uur.

Tabel 3.14: Gemiddeld aantal werkuren per week per activiteit (exclusief diensten) van MDL-artsen, naar belangrijkste werkveld, 2003

Activiteit	Academische ziekenhuizen	P-opleidings-ziekenhuizen	Niet-opleidings-ziekenhuizen	Alle werkvelden
Direct patiëntgebonden activiteiten				
- poliklinische werkzaamheden	8	13	13	12
- klinische werkzaamheden	4	5	6	5
- dagbehandelingen	1	2	1	1
- endoscopieën	12	13	14	13
Indirect patiëntgebonden activiteiten				
- intercollegiaal overleg, e.d.	4	3	3	3
- correspondentie over patiënten	2	4	4	3
<i>Subtotaal patiëntgebonden activiteiten</i>	<i>31</i>	<i>40</i>	<i>41</i>	<i>38</i>
<i>Percentage patiëntgebonden tijd</i>	<i>62%</i>	<i>84%</i>	<i>84%</i>	<i>78%</i>
Niet-patiëntgebonden activiteiten				
- onderwijs (geven en nemen)	4	2	2	2
- onderzoek (inclusief werkgroepen)	8	1	1	3
- literatuurstudie	2	2	2	2
- financiële administratie	1	1	1	1
- management (maatschap, ziekenhuis, vereniging)	4	2	2	3
<i>Subtotaal niet-patiëntgebonden activiteiten</i>	<i>20</i>	<i>8</i>	<i>8</i>	<i>11</i>
<i>Percentage niet-patiëntgebonden tijd</i>	<i>39%</i>	<i>17%</i>	<i>17%</i>	<i>23%</i>
Totaal aantal uren per week	51	48	49	49

Momenteel wordt 23% van de tijd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten. Het is nu de vraag hoe dit aandeel zich in de komende jaren zal ontwikkelen. Het aandeel niet-patiëntgebonden werktijd zou kunnen stijgen gezien de ontwikkelingen op het gebied van managementparticipatie en de toenemende aandacht voor kwaliteitscontrole. Deze opvatting wordt door de meerderheid van de MDL-artsen onderschreven (zie tabel 3.5 en tabel 3.6).

Alhoewel concrete veronderstellingen over de ontwikkeling in het aandeel niet-patiëntgebonden werktijd moeilijk zijn, is besloten om voor de komende jaren uit te gaan van een stijging in het aandeel van niet-patiëntgebonden werktijd. De stijging zal zijn van 23% naar 25%. Een stijging van 2% in de niet-patiëntgebonden betekent dat men niet 11,2 uur maar 12,2 uur hieraan zal gaan besteden ofwel een toename van 1 uur per MDL-arts. Het aantal patiëntgebonden activiteiten daalt dan van 38 uur naar 37 uur. Om dit te compenseren is een toename van ongeveer 3% in het aantal MDL-artsen nodig.

3.3.3 Aandachtsgebieden

In tabel 3.15 staat aangegeven wat de verdeling is van de werktijd over de verschillende aandachtsgebieden die binnen het vak MDL-arts onderscheiden kunnen worden. Voor wat betreft de algemene werkzaamheden rond maag-, darm- en leverziekten blijkt dat de MDL-artsen werkzaam in de niet-opleidingsziekenhuizen hieraan gemiddeld 45% van de werktijd besteden. In de academische ziekenhuizen is dit 19% en in de opleidingsziekenhuizen wordt 41% van de werktijd aan algemene gastro-enterologie besteed. In de academische ziekenhuizen wordt bijna een vijfde van de werktijd besteed aan HPB (19%). In de P-opleidings- en de niet-opleidingsziekenhuizen besteedt men hier rond de 8% van de werktijd aan.

Werktijd die besteed wordt aan het aandachtsgebied inflammatoire darmziekten is voor alle werkvelden samen 17% en is daarmee het tweede aandachtsgebied waar MDL-artsen het grootste deel van hun werktijd aanbesteden.

Tabel 3.15: Tijdsbesteding per aandachtsgebied van MDL-artsen, naar belangrijkste werkveld, 2003

	Academische ziekenhuizen	P-opleidings- ziekenhuizen	Niet-opleidings- ziekenhuizen	Alle werk- velden
Aandeel van de werktijd voor:				
- algemene maag-, darm- en leverziekten	19	41	45	37
- inflammatoire darmziekten	17	18	16	17
- oncologie	11	10	11	10
- gastro-intestinale aandoeningen	6	10	11	9
- HPB	19	9	7	11
- “moeilijke” endoscopische verrichtingen (EUS, ERCP)	16	11	9	12
- overige activiteiten	13	3	4	6
Totaal	100%	100%	100	100%

3.3.4 Gemiddelde tijd van consulten

In de vragenlijst is gevraagd naar de huidige en de gewenste tijd per eerste poliklinische consult en herhaalconsult. In de academische ziekenhuizen blijkt dat men gemiddeld rond de 32 minuten besteedt voor een eerste consult en bijna 14 minuten voor een herhaalconsult. De wens van de MDL-artsen in de academische ziekenhuizen voor de tijd per consult ligt op 35 minuten voor een eerste consult en ongeveer 15 minuut voor een herhaalconsult. Dit zou neerkomen op een extra tijdsbesteding van ongeveer 9,5% per patiënt voor de poliklinische consulten.

In de P-opleidingsziekenhuizen is de huidige tijdsbesteding per eerste consult 25 minuten en 10 minuut per herhaalconsult. De door de in dit werkveld werkzame MDL-artsen gewenste tijd per consult ligt ongeveer 17% hoger dan de huidige tijd per poliklinisch consult. In de niet-opleidingsklinieken wordt 23 minuten per eerste consult besteed en 10 minuten per herhaalconsult. Voor zowel de eerste consulten als de herhaalconsulten ligt de gewenste tijd ongeveer 14,6% hoger.

Tabel 3.16: Tijdsbesteding in minuten per patiënt naar activiteit en belangrijkste werkveld, 2003

	Academische ziekenhuizen	P-opleidingsziekenhuizen	Niet-opleidingsziekenhuizen	Alle werkvelden
Tijd per eerste consult				
- feitelijk	32	25	23	26
- gewenst	35	28	27	30
Tijd per herhaalconsult				
- feitelijk	14	10	10	11
- gewenst	15	12	12	13

De verschillen tussen de feitelijke en de gewenste tijd per consult, is in overeenstemming met het gegeven dat 47% van de MDL-artsen van mening is dat er te weinig tijd beschikbaar is per patiënt.

Indien rekening gehouden zou worden met een volledige doorvoering van de gewenste tijd per consult, dan zou dit betekenen dat de poliklinische tijd met ongeveer 13% zou gaan stijgen. Dit betekent dat er ongeveer 4% meer zorgvraag zal ontstaan.

Omdat de tijd die besteed wordt aan poliklinische patiënten ongeveer 12% bedraagt van alle patiëntgebonden tijd, zou 13% stijging in de tijd per poliklinische patiënt betekenen dat er ongeveer 4% meer zorgvraag zou ontstaan. Hiervoor zijn in principe ook 4% meer MDL-artsen nodig. Deze groei komt bovenop de groei die nodig is voor de demografische ontwikkeling van de bevolking en de onvervulde vraag.

Net als bij de wensen voor het in deeltijd werken en de wensen voor het aantal uur per fte, geldt ook voor de tijd per consult dat het de vraag is of, en zo ja, wanneer de uitgesproken wensen volledig vervuld zullen worden. In overleg met de begeleidingscommissie is besloten om uit te gaan van realisering van de gewenste uitbreiding in 2010.

3.4 Geschatte toekomstige behoefte aan MDL-artsen

In de NIVEL-enquête is onder andere gevraagd of er binnen de praktijk uitbreidingsvacatures zijn voor MDL-artsen. Daarmee kan inzicht worden verkregen in de behoefte op korte termijn (paragraaf 3.4.1). In de tweede plaats zal de behoefte aan MDL-artsen worden geschat op basis van vraagontwikkelingen en veranderingen in de verwerkingscapaciteit. Dit kan worden beschouwd als een prognose voor de lange termijn (paragraaf 3.4.2). Dit is tevens de prognose op basis waarvan in hoofdstuk 5 de benodigde instroom in de opleiding wordt berekend.

3.4.1 Geschatte behoefte op korte termijn

Op basis van een inventarisatie van vacatures bij de maatschappen met behulp van de NIVEL-afdelingsvragenlijst, is voor de situatie begin 2003 in kaart gebracht hoeveel vacatures er op dat moment waren. Om uitspraken te doen op landelijk niveau worden de gevonden resultaten uit de vragenlijst gewogen. Opgemerkt dient te worden dat deze uitkomsten alleen gelden voor de algemene ziekenhuizen.

Vastgesteld is dat er per 1-1-2003 bij de maatschappen interne geneeskunde in de algemene ziekenhuizen voor 26,5 fte aan vacatures waren voor MDL-artsen. Iets meer dan de helft van de vacatures betrof zogeheten vervangingsvacatures (dus ter vervanging van nu nog werkzame MDL-artsen of internisten), terwijl het bij de andere helft om zogeheten uitbreidingsvacatures ging (dus als aanvulling op het nu reeds werkzame aantal MDL-artsen of internisten). Er waren voorts nog 3,3 fte aan vacatures waarbij men een MDL-arts óf een internist met MDL-ziekten als aandachtsgebied wilde hebben. Dit betrof steeds uitbreidingsvacatures. Door de maatschappen werd aangegeven dat er daarnaast nog voor 1,4 fte aan vervangingsvacatures waren voor internisten met MDL-ziekten als aandachtsgebied. De maatschappen hadden overigens ook nog voor 30 fte aan vacatures voor internisten zonder MDL-ziekten als aandachtsgebied.

Tabel 3.17: Vacatures (in fte) bij maatschappen interne geneeskunde in algemene ziekenhuizen, per 1-1-2003

	Vacatures voor een MDL-arts	Vacatures voor een MDL-arts of een internist met MDL als aandachtsgebied	Vacatures voor een internist met MDL als aandachtsgebied	Vacatures voor een internist zonder MDL als aandachtsgebied
Aantal fte vacatures	26,5 fte	3,3 fte	1,4 fte	30,0 fte
waarvan:				
- Vervangingsvacatures	13,8 fte	0,0 fte	1,4 fte	12,5 fte
- Uitbreidingsvacatures	12,7 fte	3,3 fte	0,0 fte	17,5 fte

Aan de maatschappen is ook nog gevraagd aan te geven wat voor vacatures zij voor de komende twee jaar verwachten. Hierbij is gebleken dat er nog eens voor bijna 33 fte aan

vacatures verwacht wordt voor MDL-artsen, bijna 9 fte aan vacatures voor MDL-artsen óf internisten met MDL-ziekten als aandachtsgebied, iets meer dan 9 fte aan vacatures alleen voor internisten met MDL-ziekten als aandachtsgebied en bijna 36 fte aan vacatures voor “gewone” internisten.

Tabel 3.18: Verwachte vacatures (in fte) bij maatschappen interne geneeskunde in algemene ziekenhuizen in de komende twee jaar

	Vacatures voor een MDL-arts of een internist met MDL als aandachtsgebied	Vacatures voor een internist met MDL als aandachtsgebied	Vacatures voor een internist zonder MDL als aandachtsgebied
Aantal fte vacatures	32,8 fte	8,7 fte	9,4 fte
			35,8 fte

Duidelijk is dat er zowel aan het begin van 2003, als voor de komende twee jaar een relatief groot aantal vacatures voor MDL-artsen is. Momenteel zijn er ongeveer 140 fte aan functieplaatsen voor MDL-artsen in algemene ziekenhuizen, 130 fte aan functieplaatsen worden bezet door internisten met MDL-ziekten als aandachtsgebied en 650 fte aan functieplaatsen worden bezet door internisten zonder MDL-ziekten als aandachtsgebied. Verhoudingsgewijs zijn er dus veel vacatures voor MDL-artsen. Daarbij is het ook duidelijk dat, voor zover het MDL-ziekten betreft, men vaak een voorkeur lijkt te hebben voor specifieke MDL-artsen boven internisten met MDL-ziekten als aandachtsgebied. Dit is bij de vacatures van 1-1-2003 echter wat pregnanter dan bij de verwachte vacatures voor de komende twee jaar.

3.4.2 *Geschatte behoefte op lange termijn*

In tabel 3.19 is per factor nog eens aangegeven hoeveel procent meer MDL-artsen nodig zijn om in 2015 de verwachte en/of gewenste ontwikkelingen op te kunnen vangen. Deze getallen zijn gebaseerd op de bevindingen die in de paragrafen 3.2 en 3.3 zijn besproken. In de tabel zijn tevens de pagina's in het rapport aangegeven waar men het getal kan terugvinden.

De vertaling van de groeipercentages (in de tabel) naar absolute aantallen MDL-artsen die nodig zijn, zal in hoofdstuk 5 plaatsvinden.

Tabel 3.19: Benodigde groei in het aantal MDL-artsen per factor

	Benodigde groei tussen 2003 en 2015
Zorgvraagontwikkelingen	
Demografische ontwikkelingen: middenvariant (<i>zie blz. 22/24</i>)	13%
Toename aandeel in endoscopieën (<i>zie blz. 19 & 28</i>)	23% - 75%
Toename aantal MDL-artsen ten opzichte van aantal internisten (<i>zie blz. 28</i>)	20% - 111%
Huidige onvervulde vraag (<i>zie blz. 21/22</i>)	10%
Toename tijdsbesteding per patiënt (<i>zie blz. 40</i>)	4%
Zorgaanbodontwikkelingen	
Daling aantal fte door toename aandeel vrouwen (<i>zie blz. 35</i>)	4%
Daling aantal fte door toename aandeel vrouwen en toename deeltijd (<i>zie blz. 36</i>)	13%
Daling in uren per fte (<i>zie blz. 37</i>)	13%
Toename niet-patiëntgebonden activiteiten (<i>zie blz. 39</i>)	2%

4 Toekomstige aanbod aan MDL-artsen

4.1 Inleiding

In dit deel van de behoefte­raming­studie zal worden ingegaan op de vraag hoeveel MDL-artsen in het jaar 2010 en het jaar 2015 beschikbaar zullen zijn. Deze groep bestaat in de eerste plaats uit de MDL-artsen die in het voorjaar van 2003 werkzaam zijn, verminderd met de uitstroom. In de tweede plaats moet rekening gehouden worden met de groep AGIO's die op dat moment in opleiding was. Op de derde plaats moet rekening gehouden worden met de AGIO's die vanaf dat moment in de opleiding instromen en nog voor 2010 of 2015 de opleiding tot MDL-arts kunnen afronden. Op de vierde plaats zal rekening gehouden moeten worden met internisten die zich zullen laten overschrijven naar het specialisme maag-, darm- en leverziekten. Daarnaast dient eventueel rekening te worden gehouden met MDL-artsen die zich uit het buitenland in Nederland zullen vestigen.

4.2 Beschrijving huidige MDL-artsen

De omvang van de groep beschikbare MDL-artsen is berekend op basis van gegevens van de MSRC, het Genootschap MDL en de drie schriftelijke vragenlijsten en een aantal aannames. Medio 2003 zijn er waarschijnlijk 190 MDL-artsen in Nederland werkzaam. Van deze MDL-artsen is 26% werkzaam in een academisch ziekenhuis (tabel 4.1). Bijna 40% werkt in een zogeheten P-opleidingsziekenhuis. Dat zijn niet-academische ziekenhuizen waar een opleiding tot MDL-arts en/of internist aan verbonden is. Tenslotte is 34% werkzaam in een niet-opleidingsziekenhuis.

Tabel 4.1: Aantal werkzame MDL-artsen (gehele populatie) naar belangrijkste werkveld, medio 2003

	absoluut	%
Academische ziekenhuizen	50	26
P-opleidingsziekenhuizen	75	40
Niet-opleidingsziekenhuizen	65	34
Totaal	190	100

Geslacht

Momenteel is 10% van alle werkzame MDL-artsen vrouw. Tussen de werkvelden lijkt enig verschil te bestaan in het percentage vrouwelijke MDL-artsen. In de niet-academische ziekenhuizen met opleiding werken namelijk relatief wat minder vrouwen dan in ziekenhuizen zonder opleiding: 7% versus 12%. Deze verschillen kunnen echter te maken hebben met het in absolute zin geringe aantal vrouwelijke MDL-artsen.

Leeftijd

Uit de leeftijdsopbouw van de werkzame MDL-artsen blijkt dat 7% jonger is dan 40 jaar (tabel 4.2). De groep van 40-49-jarigen omvat de helft van de MDL-artsen: 53%. De groep van 50-59-jarigen omvat ongeveer 34% van alle werkzame MDL-artsen. 5% van de MDL-artsen heeft een leeftijd van 60 jaar of ouder. Uit tabel 4.2 blijkt verder dat van de groep werkzame vrouwelijke MDL-artsen een veel groter aandeel jonger is dan 44 jaar (53%) dan van de groep werkzame mannelijke collega's (30%).

Tabel 4.2: Aantal werkzame MDL-artsen (gehele populatie) naar leeftijd en geslacht, medio 2003

Leeftijd	Man		Vrouw		Totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
35-39 jaar	12	7	2	11	14	7
40-44 jaar	39	23	8	42	47	25
45-49 jaar	47	27	7	37	54	28
50-54 jaar	27	16	1	5	28	15
55-59 jaar	36	21	1	5	37	20
≥ 60 jaar	10	6	-	-	10	5
Totaal	171	100	19	100	190	100

Als de leeftijdsopbouw van de werkzame MDL-artsen wordt onderscheiden naar werkveld, dan zijn er eveneens verschillen te zien. Van de academisch werkenden is 15% jonger dan 45 jaar, terwijl dit in de niet-academische ziekenhuizen ongeveer 28% is.

Rechtspositie

In academische ziekenhuizen heeft iedereen een dienstverband. Van de werkzame MDL-artsen in niet-academische ziekenhuizen is 80% uitsluitend werkzaam als vrijgevestigd arts (tabel 4.3). Het overige deel is volledig in dienstverband werkzaam (13%) of heeft een combinatie van genoemde rechtsposities (7%). Bij deze combinatie van rechtsposities gaat het vooral om een combinatie van vrije vestiging met dienstverband. Geen enkele respondent bleek (mede) werkzaam te zijn als waarnemer. Uitgesplitst naar geslacht zijn er enkele verschillen waar te nemen: bij de vrouwen is het aandeel dat volledig vrijgevestigd is (43%) aanzienlijk kleiner dan bij de mannen (84%). Dit wordt waarschijnlijk mede veroorzaakt door het gegeven dat de groep vrouwen relatief jonger is en een deel van hen zich nog niet definitief heeft kunnen vestigen.

Tabel 4.3: Rechtspositie van werkzame MDL-artsen in algemene ziekenhuizen naar geslacht, medio 2003

	Man		Vrouw		Totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Vrijgevestigd	107	84	6	43	113	80
Dienstverband	11	9	7	50	18	13
Waarnemend	-	-	-	-	-	-
Combinatievorm	9	7	1	7	10	7
Totaal	127	100	14	100	141	100

4.3 De te verwachten uitstroom tot 2015

Uitstroom is onder andere afhankelijk van de wensen omtrent de leeftijd waarop men met pensioen wil gaan en de huidige leeftijdsopbouw van de werkzame MDL-artsen. In totaal willen ongeveer 60 (31%) van het huidige aantal werkzame MDL-artsen in de komende 12 jaar stoppen.

Hiervan zijn er 31 die reeds voor het jaar 2010 willen stoppen met werken. Dat geeft een uitstroom (en dus een vervangingsvraag) van ongeveer 5 per jaar. Voor de periode 2010 tot en met 2014 wordt een uitstroom van 6 personen per jaar verwacht. De MDL-artsen die in de komende 12 jaar de pensioengerechtigde leeftijd bereiken, zijn overigens vrijwel allemaal mannen. Van de huidige 19 vrouwelijke MDL-artsen zullen er in de eerstkomende 7 jaar waarschijnlijk geen met pensioen gaan. In de vijf jaren vanaf 2010 tot en met 2014 zullen waarschijnlijk 4 van de huidige vrouwelijke MDL-artsen met pensioen gaan.

De verwachte uitstroom veroorzaakt in principe een groei van het aandeel vrouwen. Dit effect wordt versterkt doordat van de huidige en toekomstige MDL-artsen in opleiding het aandeel vrouwen (39%) relatief hoog is (zie paragraaf 4.4). Zoals later zal blijken (zie paragraaf 4.6), zal het aandeel vrouwen waarschijnlijk toenemen tot ongeveer 21% in 2010 en 26% in 2015.

Naast verloop in verband met pensionering, moet ook rekening gehouden worden met uitstroom in verband met arbeidsongeschiktheid en dergelijke. Verwacht wordt dat er ongeveer 1 MDL-arts per jaar uitstroomt boven het aantal dat wordt verwacht in verband met pensionering.

Het totale verloop zal voor de periode tot en met 2015 39% bedragen. Circa 39% van de nu werkzame MDL-artsen zal dus over 12 jaar waarschijnlijk niet meer werkzaam zijn. Voor de mannen is de totale uitstroom (40%) hoger dan voor de vrouwen (32%).

Tabel 4.4: Uitstroom uit het werkzame bestand van MDL-artsen (gehele populatie) in de periode 2003-2015

	Mannen	Vrouwen	Totaal
Praktiserend per medio 2003	171	19	190
Uitstroom 2003-2006			
Af: Verloop in verband met pensionering	2	0	2
Af: Verloop in verband met arbeidsongeschiktheid en dergelijke	2	0	2
Totale uitstroom 2003-2004	4	0	4
Percentage uitstroom ten opzichte van 2003	2%	0%	2%
Overblijvend deel bestand 2003 in 2005 bij pensioen met 'wensleeftijd'			
Percentage overblijvend ten opzichte van 2003	98%	100%	98%
Uitstroom 2005-2009			
Af: Verloop in verband met pensionering	29	0	29
Af: Verloop in verband met arbeidsongeschiktheid en dergelijke	5	1	6
Totale uitstroom 2005-2009	34	1	35
Percentage uitstroom ten opzichte van 2003	20%	5%	18%
Totale uitstroom 2003-2009	38	1	39
Percentage uitstroom ten opzichte van 2003	22%	5%	21%
Overblijvend deel bestand 2003 in 2010 bij pensioen met 'wensleeftijd'			
Percentage overblijvend ten opzichte van 2003	78%	95%	80%
Uitstroom 2010-2014			
Af: Verloop in verband met pensionering	25	4	29
Af: Verloop in verband met arbeidsongeschiktheid en dergelijke	5	1	6
Totale uitstroom 2010-2014	30	5	35
Percentage uitstroom ten opzichte van 2003	18%	26%	18%
Totale uitstroom 2003-2014	68	6	74
Percentage uitstroom ten opzichte van 2003	40%	32%	39%
Overblijvend deel bestand 2003 in 2015 bij pensioen met 'wensleeftijd'			
Percentage overblijvend ten opzichte van 2003	60%	68%	61%

4.4 Beschrijving huidige MDL-artsen in opleiding

Achtergrondkenmerken

Het betreffen assistenten die reeds aan de vervolgopleiding zijn begonnen en lid/bekend zijn bij het Genootschap MDL. Alle benaderde assistenten in de vervolgopleiding hebben de vragenlijst terug gezonden. In totaal zijn 28 assistenten in het onderzoek betrokken.

Geslacht

Momenteel is 39% van alle assistenten vrouw.

Leeftijd

Uit de leeftijdsopbouw van de assistenten blijkt dat 57% van de assistenten in de leeftijdsklasse 35 – 39 jaar zit. En ruim een derde in de leeftijdsklasse van 30 – 34 jaar. Enkele assistenten zijn ouder dan 40 jaar (7%).

Uit tabel 4.5 blijkt dat van de groep werkzame vrouwelijke assistenten een groter aandeel jonger dan 34 jaar (46%) is dan van de groep werkzame mannelijke collega's (29%).

Tabel 4.5: Aantal werkzame MDL-assistenten naar leeftijd en geslacht, medio 2003

Leeftijd	Man		Vrouw		Totaal	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
30-34 jaar	5	29	5	45	10	36
35-39 jaar	10	59	6	55	16	57
≥ 40 jaar	2	12	-	-	2	7
Totaal	17	100	11	100	28	100

Werkuren

Bijna alle assistenten hebben een fulltime-opleidingsplaats, 8% ofwel 6 personen hebben een parttime-opleidingsplaats. Het gemiddeld aantal uren per week, exclusief diensten, is 48 uur per week. In de perifere ziekenhuizen ligt het gemiddeld iets hoger, namelijk 52 uur.

Tabel 4.6: Aantal werkuren per week van de responderende assistenten werkveld, 2003

Aantal werkuren per week exclusief diensten	Academische ziekenhuizen		P-opleidings- ziekenhuizen		Alle werkvelden	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
≤ 40 uur	1	4	-	-	1	4
41 - 48 uur	12	55	1	17	13	46
49 - 56 uur	9	41	4	67	13	46
≥ 57 uur	-	-	1	17	1	4
Totaal	22	100	6	100	28	100
<i>Aantal uren per week</i>	<i>47,5 uur</i>		<i>52,1 uur</i>		<i>48,4 uur</i>	

Er zijn verschillen in de gemiddelde werktijd die men besteedt aan poliklinische werkzaamheden in een academisch ziekenhuis dan wel in een perifeer opleidingsziekenhuis: respectievelijk 7 en 10 uur. Voor alle assistenten tezamen geldt dat men gemiddeld 8 uur besteedt aan poliklinische werkzaamheden. In onderstaande tabel (tabel 4.7) staan de uren voor de overige werkzaamheden als klinische werkzaamheden en de tijd die besteed wordt aan dagbehandelingen, endoscopieën, overleg en dergelijke. Uit de tabel is af te lezen dat het percentage patiëntgebonden tijd in een perifeer opleidingsziekenhuis lager ligt dan in een academisch ziekenhuis.

Tabel 4.7: Gemiddeld aantal werkuren per week per activiteit (exclusief diensten) van assistenten werkveld, 2003

Activiteit	Academische ziekenhuizen	P-opleidings-ziekenhuizen	Alle werkvelden
Direct patiëntgebonden activiteiten			
- poliklinische werkzaamheden	7	10	8
- klinische werkzaamheden	5	5	5
- dagbehandelingen	1	0	1
- endoscopieën	19	18	19
Indirect patiëntgebonden activiteiten			
- intercollegiaal overleg, e.d.	4	2	4
- correspondentie over patiënten	2	1	2
<i>Subtotaal patiëntgebonden activiteiten</i>	<i>39</i>	<i>37</i>	<i>38</i>
<i>Percentage patiëntgebonden tijd</i>	<i>81%</i>	<i>70%</i>	<i>79%</i>
Niet-patiëntgebonden activiteiten			
- onderwijs (geven en nemen)	2	1	2
- onderzoek (inclusief werkgroepen)	5	12	6
- literatuurstudie	2	2	2
- overige werkzaamheden	1	0	0
<i>Subtotaal niet-patiëntgebonden activiteiten</i>	<i>9</i>	<i>15</i>	<i>10</i>
<i>Percentage niet-patiëntgebonden tijd</i>	<i>19%</i>	<i>30%</i>	<i>21%</i>
Totaal aantal uren per week	48	52	48

Naast de verdeling van het gemiddeld aantal werkuren over de diverse activiteiten, is aan de assistenten gevraagd hoeveel tijd zij besteden aan het poliklinische eerste en herhaalconsult (in minuten). De feitelijke tijd en de gewenste tijd die assistenten aan het eerste consult besteden vertonen nauwelijks discrepantie. Ook tussen de twee werkvelden verschilt de tijd die besteed wordt aan het eerste consult en de tijd die assistenten wensen te besteden nauwelijks. Een klein verschil is er te constateren bij de tijd die besteed wordt aan het herhaalconsult. In een academisch ziekenhuis besteden assistenten 15 minuten aan het herhaalconsult, de assistenten in een perifeer opleidingsziekenhuis daarentegen 12 minuten.

Tabel 4.8: Tijdsbesteding in minuten per patiënt naar activiteit en werkveld

	Academische ziekenhuizen	P-opleidings-ziekenhuizen	Alle werkvelden
Tijd per eerste consult			
- feitelijk	32	32	32
- gewenst	33	35	33
Tijd per herhaalconsult			
- feitelijk	15	12	14
- gewenst	16	12	15

De kleine verschillen tussen de feitelijke en gewenste tijd wordt onderbouwd door de antwoorden die de assistenten geven op de opinie vragen over de beschikbare tijd.

Dezelfde opinie vragen zijn ook aan de MDL-artsen voorgelegd (zie tabel 3.7). De assistenten vinden in het algemeen dat er voldoende tijd is voor patiënten (82%). Ook de tijd om kwalitatief goede zorg te leveren, vindt 81% van de assistenten voldoende. Waar de assistenten minder tevreden over zijn is de tijd die beschikbaar is voor het privé-leven, 70% vindt dat zij hiervoor te weinig tijd hebben.

Tabel 4.9: Opinie van assistenten over de beschikbare tijd voor bepaalde aspecten, medio 2003

Opinie over beschikbare tijd	Te weinig	Voldoende	Te veel	Totaal
- per patiënt	15%	82%	4%	100%
- in het algemeen	37%	63%	0%	100%
- voor nascholing	26%	74%	0%	100%
- voor kwalitatief goede zorg	19%	81%	0%	100%
- voor privé-leven	70%	30%	0%	100%

De tijdsbesteding per aandachtsgebied van assistenten is in grote lijnen vergelijkbaar met de tijdsbesteding van MDL-artsen. Eveneens besteden de assistenten het grootste aandeel van hun tijd aan algemene gastro-enterologie. Aan moeilijke endoscopische verrichtingen besteden assistenten iets meer tijd dan MDL-artsen, respectievelijk 20% en 11%.

Tabel 4.10: Tijdsbesteding per aandachtsgebied van assistenten, 2003

	Alle werkvelden
Aandeel van de werktijd voor:	
- algemene gastro-enterologie	30%
- inflammatoire darmziekten	12%
- oncologie	13%
- gastro-intestinale aandoeningen	4%
- HPB	12%
- "moeilijke" endoscopische verrichtingen (EUS, ERCP)	20%
- overige activiteiten	9%
Totaal	100%

Toekomstplannen en voorkeuren

Via de enquête is bekend hoe de gewenste functie er in de toekomst uit zal zien.

Allereerst is de vraag voorgelegd in welk land zij werkzaam wensen te zijn. Eén assistent wil in het buitenland gaan werken, een andere assistent heeft geen voorkeur voor Nederland dan wel het buitenland.

De wens van assistenten omtrent het aantal uur dat zij willen werken, ligt lager dan de wens van de reeds werkzame MDL-artsen. De werkzame MDL-artsen wensen gemiddeld 40 uur per week te werken (exclusief diensten), de assistenten wensen gemiddeld 37 uur.

Er zijn verschillen tussen mannen en vrouwen. Vrouwen wensen rond de 35 uur per week te werken, mannen iets meer namelijk 39 uur per week. De wens van het gemiddeld aan-

tal uren per week van assistenten die momenteel werkzaam zijn in een perifeer opleidingsziekenhuis ligt nog iets lager, zij wensen een gemiddelde werkweek van 35 uur. Dit is opvallend omdat alle assistenten in een perifeer opleidingsziekenhuis mannen zijn en men zou verwachten dat zij eerder een gemiddelde werkweek van 39 zouden wensen.

Op de vraag hoeveel dagdelen men wil werken, antwoordt 70% dat zij de voorkeur geven aan 8 dagdelen per week. Rond de 10% wil 9 of 10 dagdelen werken en de overige 15% wil 6 á 7 dagdelen werken.

In termen van een voltijd of deeltijd baan, geeft 96% van de assistenten aan dat zij een deeltijd baan ambiëren met een gemiddelde omvang van 7,7 dagdelen. In het algemeen wordt gekozen voor een deeltijdbaan omdat men dan meer tijd heeft voor het gezin of om te sporten.

4.5 De te verwachten instroom tot 2015

Naast de instroom vanuit de in de vorige paragrafen behandelde huidige assistenten in opleiding, kan er ook instroom ontstaan vanuit de interne geneeskunde, vanuit een eventuele huidige arbeidsreserve in Nederland en vanuit het buitenland.

Een groot aantal van de huidige MDL-artsen is oorspronkelijk opgeleid als internist. Voor de toekomst mag verwacht worden dat een afnemend aantal internisten zich als MDL-arts zal laten inschrijven. Voor de jaren 2003-2004 wordt uitgegaan van een aantal van 5 mannen en 1 vrouw die zich zullen laten inschrijven als MDL-arts. Een deel zal zich daarbij laten overschrijven, terwijl een ander deel de inschrijving als internist zal handhaven. Voor de periode 2005-2009 wordt rekening gehouden met een totaal van 8 mannen en 2 vrouwen en voor 2010-2014 met 4 mannen en 1 vrouw.

Bij de enquête onder MDL-artsen heeft slechts één MDL-arts aangeduid op dit moment niet als MDL-arts werkzaam te zijn, maar wel op korte termijn als zodanig wil gaan werken. Er is dus nauwelijks sprake van arbeidsreserve van reeds opgeleide MDL-artsen aanwezig.

Naast de instroom vanuit de internisten en de arbeidsreserve in Nederland bestaat de mogelijkheid dat er instroom plaats vindt vanuit het buitenland. Voor de beroepsgroep MDL-artsen is hier echter nauwelijks sprake van. Tot 1999 was de instroom van MDL-artsen uit het buitenland niet noemenswaardig.

4.6 Geschatte toekomstige aanbod aan MDL-artsen en aan MDL-zorg

Ontwikkeling aantal artsen

In tabel 4.11 is te zien hoe het aantal MDL-artsen zich zal ontwikkelen, gegeven de hiervoor vermelde veronderstellingen. Het gaat dan op de eerste plaats om de instroom in de beroepsgroep vanuit de assistenten die nu reeds in opleiding zijn en vanuit degenen die in de komende jaren nog in opleiding zullen komen. Op de tweede plaats gaat het om de instroom vanuit de interne geneeskunde. Voor wat betreft de uitstroom gaat het om uitstroom in verband met pensionering en in verband met arbeidsongeschiktheid en dergelijke (zie ook tabel 4.4).

Als uit wordt gegaan van een instroom van 12 nieuwe AGIO's per jaar vanaf het jaar 2003 zal het aantal beschikbare MDL-artsen groeien naar 273 in het jaar 2015. Dat is een groei van 44% in het aantal MDL-artsen ten opzichte van 2003. Het aandeel vrouwelijke MDL-artsen zal dan stijgen van 10% in 2003 naar 26% in 2015. Daarbij wordt overigens verondersteld dat het aandeel vrouwen bij de toekomstige AGIO's 39% zal blijven.

Tabel 4.11: In- en uitstroom van MDL-artsen vanaf 2003 tot en met eind 2014, bij een toekomstige instroom van 12 assistenten in opleiding per jaar vanaf het jaar 2003 en een toekomstig aandeel vrouwelijke assistenten in opleiding van 39%

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Gemiddeld per jaar	Aandeel vrouwen
Totaal aantal MDL-artsen medio 2003	171	19	190		10%
<u>Instroom</u> gedurende de periode 2003-2004					
- vanuit de opleiding (lichting 2000-2001)	10	6	16	8,0	38%
- vanuit de interne geneeskunde	5	1	6	3,0	17%
<u>Uitstroom</u> gedurende de periode 2003-2004					
- in verband pensionering	2	0	2	1,0	0%
- overig verloop	2	0	2	1,0	0%
Totaal aantal MDL-artsen begin 2005	182	26	208		13%
<i>Groei ten opzichte van 2003</i>	<i>6%</i>	<i>37%</i>	<i>9%</i>		
<u>Instroom</u> gedurende de periode 2005-2009					
- vanuit de opleiding (lichting 2002-2006)	37	23	60	12,0	39%
- vanuit de interne geneeskunde	8	2	10	2,0	20%
<u>Uitstroom</u> gedurende de periode 2005-2009					
- in verband pensionering	29	0	29	5,8	0%
- overig verloop	5	1	6	1,2	17%
Totaal aantal MDL-artsen begin 2010	193	50	243		21%
<i>Groei ten opzichte van 2003</i>	<i>13%</i>	<i>165%</i>	<i>28%</i>		
<u>Instroom</u> gedurende de periode 2010-2014					
- vanuit de opleiding (lichting 2007-2011)	37	23	60	12,0	39%
- vanuit de interne geneeskunde	4	1	5	1,0	20%
<u>Uitstroom</u> gedurende de periode 2010-2014					
- in verband pensionering	25	4	29	5,8	14%
- overig verloop	5	1	6	1,2	17%
Totaal aantal MDL-artsen begin 2015	203	70	273		26%
<i>Groei ten opzichte van 2003</i>	<i>19%</i>	<i>267%</i>	<i>44%</i>		

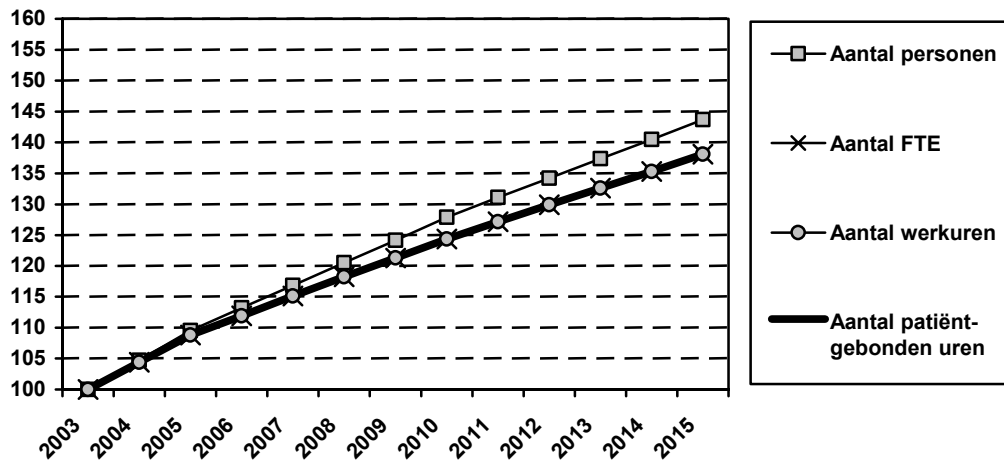
Als gekozen zou worden om in het jaar 2004 in totaal 8 artsen met de vervolgopleiding te laten beginnen in plaats van 12, zijn er op 1-1-2015 32 MDL-artsen minder ter beschikking, namelijk 241 in plaats van 273. Bij een eventuele verhoging van de instroom in de opleiding tot bijvoorbeeld 16 artsen die in 2004 mogen starten, is het beschikbare aantal MDL-artsen in 2015 juist 32 artsen hoger.

In bijlage I zijn tabellen opgenomen waarin de in- en uitstroom bij een opleidingscapaciteit van 8 of 16 personen is aangegeven.

Ontwikkeling aantal patiëntgebonden uren

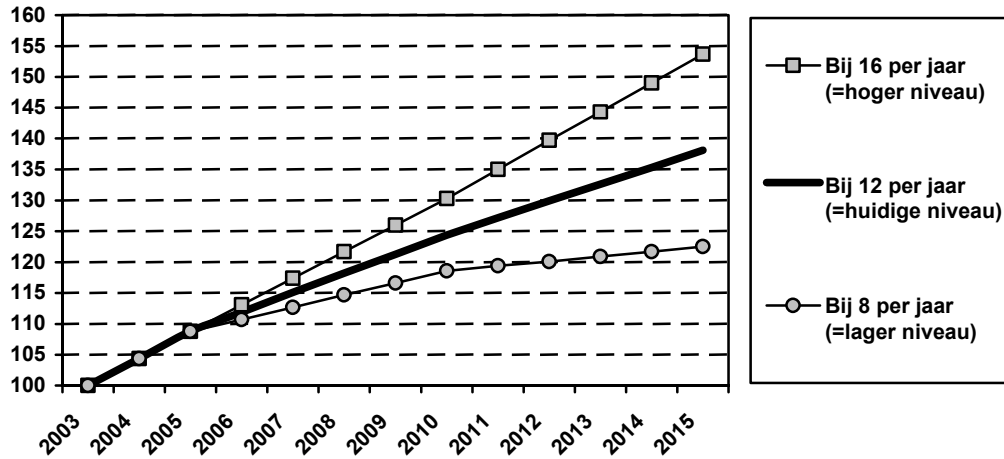
Een stijging met 44% van het aantal MDL-artsen (van 190 naar 273), geeft een stijging in het aantal fte van iets minder dan 44%. Door de toename van het aandeel vrouwen zal er namelijk sprake zijn van een daling in het gemiddelde aantal fte per arts. Als wordt uitgegaan van een constant blijven van het aantal fte per man (op 0,98) en per vrouw (op 0,74), dan zal het aantal fte per arts toch nog dalen van 0,96 in 2003 naar 0,92 in 2015. Het totaal aantal fte zal daarmee uitkomen op 251 fte in 2015, tegenover 182 in 2003. De stijging in het aantal fte is daarmee 38%, bij een stijging van 44% in het aantal MDL-artsen. Als verder alles constant blijft, dan zal het aantal werkuren en het aantal patiëntgebonden uren eveneens met 38% stijgen. Dit is in figuur 4.1 gevisualiseerd.

Figuur 4.1: Ontwikkeling beschikbare aanbod in aantal personen, aantal fte, aantal werkuren en aantal patiëntgebonden uren van MDL-artsen, bij handhaving instroom van 12 per jaar, en bij handhaving van aantal fte per arts van mannen en vrouwen, aantal werkuur per fte en aandeel patiëntgebonden werktijd



Bijstelling van de instroom in de opleiding naar 8 personen per jaar, zou zorgen voor een groei in het aantal patiëntgebonden uren met 23% in plaats van 38%. Verhoging naar 16 personen per jaar zou zorgen voor een groei van 54%. Daarbij is steeds rekening gehouden met een veranderend aandeel vrouwen, maar met een constant blijven van alle andere factoren (figuur 4.2).

Figuur 4.2: Ontwikkeling beschikbare aanbod in patiëntgebonden uren van MDL-artsen, bij variatie in de instroom in de opleiding, maar bij handhaving in aantal fte per arts van mannen en vrouwen, aantal werkuur per fte en aandeel patiëntgebonden werktijd



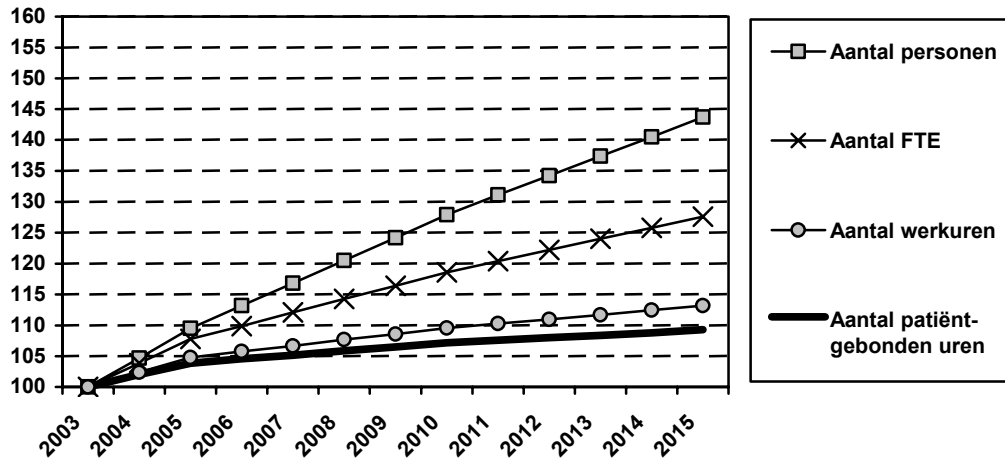
In de volgende tabel (tabel 4.12) wordt gepresenteerd wat de ontwikkeling in het zorgaanbod zal zijn, als niet alleen rekening wordt gehouden met de in- en uitstroom, maar tevens met een geleidelijke daling van het aantal fte van mannen en vrouwen plus een daling van het aantal uur per fte. Deze dalingen zijn besproken in hoofdstuk 3 (zie paragraaf 3.3.1). Het zorgaanbod in personen zal bij een instroom van 12 per jaar groeien met uiteindelijk 44% (zie tabel 4.12 en conform tabel 4.11). Als het gemiddelde aantal fte van mannen en vrouwen gaat dalen conform de verwachting, dan zal het zorgaanbod in fte stijgen met 28% in plaats van 44% (zoals het aantal personen). Als tegelijkertijd ook het gemiddelde aantal uur per fte gaat dalen conform de verwachting, dan zal het zorgaanbod in uren met 13% stijgen in plaats van met 28% (zoals het aantal fte) of 44% (zoals het aantal personen). Als tenslotte rekening wordt gehouden met een stijging van het aandeel niet-patiëntgebonden werktijd, komt er uiteindelijk een groei van 9% in het aantal patiëntgebonden uren.

Tabel 4.12: Ontwikkeling beschikbare zorgaanbod van MDL-artsen (in personen, fte, werkuren en patiëntgebonden uren) van 2003 tot en met 2015, bij een instroom van 12 assistenten in opleiding per jaar en een dalend aantal fte van mannen en vrouwen, een dalend aantal uur per week per fte en een dalend aandeel patiëntgebonden werktijd

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Verandering ten opzichte van 2003
ONTWIKKELING AANBOD IN PERSONEN (totaal aantal MDL-artsen)				
per 1-1-2003	171	19	190	
per 1-1-2005	182	26	208	9,5%
per 1-1-2010	193	50	243	27,9%
per 1-1-2015	203	70	273	43,7%
AANBOD IN FTE PER MDL-ARTS (aantal fte per MDL-arts)				
per 1-1-2003	0,98	0,74	0,96	
per 1-1-2005	0,97	0,74	0,94	-1,5%
per 1-1-2010	0,93	0,72	0,89	-7,3%
per 1-1-2015	0,90	0,70	0,85	-11,2%
ONTWIKKELING AANBOD IN FTE (totaal aantal fte van MDL-artsen)				
per 1-1-2003	168	14	182	
per 1-1-2005	177	19	196	7,8%
per 1-1-2010	179	36	215	18,6%
per 1-1-2015	183	49	232	27,6%
AANBOD IN WERKUREN PER MDL-ARTS (aantal uren per week per fte MDL-arts)				
per 1-1-2003	51,4	51,4	51,4	
per 1-1-2005	50,0	50,0	50,0	-2,8%
per 1-1-2010	47,5	47,5	47,5	-7,6%
per 1-1-2015	45,6	45,6	45,6	-11,3%
ONTWIKKELING AANBOD IN WERKUREN (totaal aantal uren per week van MDL-artsen)				
per 1-1-2003	8.614	723	9.336	
per 1-1-2005	8.827	962	9.789	4,8%
per 1-1-2010	8.508	1.724	10.232	9,6%
per 1-1-2015	8.339	2.228	10.567	13,2%
AANBOD IN PATIËNTGEBONDEN UREN PER MDL-ARTS (aandeel patiëntgebonden uren)				
per 1-1-2003	77,7%	77,7%	77,7%	
per 1-1-2005	77,0%	77,0%	77,0%	-0,9%
per 1-1-2010	76,0%	76,0%	76,0%	-2,2%
per 1-1-2015	75,0%	75,0%	75,0%	-3,5%
ONTWIKKELING AANBOD IN PATIËNTGEBONDEN UREN (totaal aantal pat.geb. uren per week)				
per 1-1-2003	6.693	562	7.254	
per 1-1-2005	6.797	741	7.538	3,9%
per 1-1-2010	6.466	1.310	7.776	7,2%
per 1-1-2015	6.254	1.671	7.926	9,3%

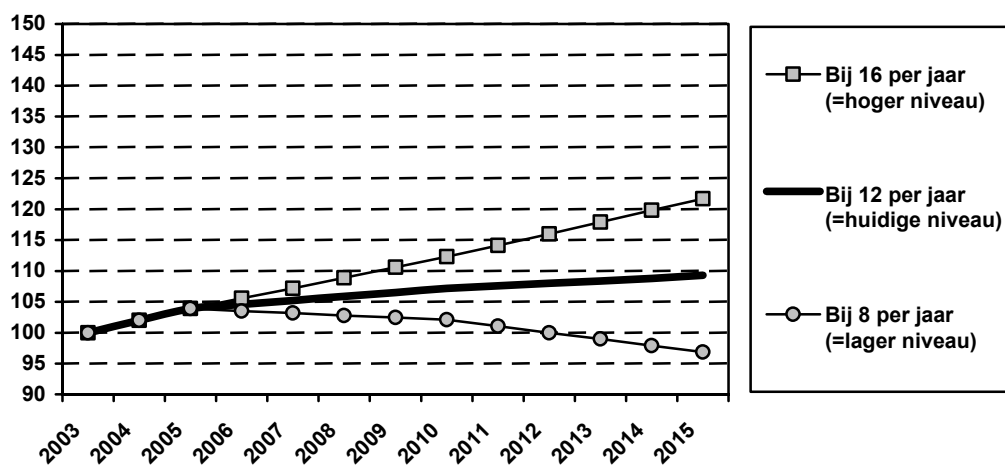
De resultaten van tabel 4.12 zijn in figuur 4.3 afgebeeld. Duidelijk te zien is als men figuur 4.1 en figuur 4.3 met elkaar vergelijkt dat zowel de veronderstellingen over het dalend aantal fte per man en per vrouw als de veronderstelling over het dalend aantal uur per fte een forse neerwaartse invloed hebben op het beschikbare aanbod.

Figuur 4.3: Ontwikkeling beschikbare aanbod in aantal personen, aantal fte, aantal werkuren en aantal patiëntgebonden uren van MDL-artsen, bij handhaving instroom van 12 per jaar, maar bij teruggang in aantal fte per arts, aantal werkuur per fte en aandeel patiëntgebonden werktijd



In figuur 4.4 is tenslotte nog weergegeven wat voor invloed bijstelling van de opleidingscapaciteit zou hebben op het beschikbare aanbod. Te zien is dat een instroom van 8 per jaar in combinatie met de gehanteerde veronderstellingen over het dalende aantal fte, aantal werkuren per fte en aandeel patiëntgebonden werktijd, zou leiden tot een in eerste instantie licht stijgend, maar vanaf 2005 licht dalend aanbod aan patiëntgebonden uren. Verhoging van de instroom tot 16 per jaar zou leiden tot een aanbod in 2015 dat ongeveer 22% hoger is dan in 2003.

Figuur 4.4: Ontwikkeling beschikbare aanbod in patiëntgebonden uren van MDL-artsen, bij variatie in de instroom in de opleiding en bij teruggang in aantal fte per arts, aantal werkuur per fte en aandeel patiëntgebonden werktijd



Wat nu de optimale instroom in de opleiding zal zijn, is niet alleen afhankelijk van de in dit hoofdstuk beschreven ontwikkelingen in het aanbod, maar tevens van de ontwikkelingen in de vraag. Op de combinatie van vraag- en aanbod wordt in het volgende hoofdstuk ingegaan.

5 Vergelijking tussen vraag en aanbod: samenvatting en conclusies

5.1 Ontwikkelingen in de vraag

Aantal patiënten

Op basis van het aantal patiëntcontacten en de tijd per patiëntcontact is aangegeven hoe groot het zorggebruik gerelateerd aan maag-, darm- en leverziekten in 2003 is geweest. Met behulp van gegevens over de leeftijdsverdeling van de patiënten is daarbij tevens aangegeven hoeveel uur zorg gebruikt wordt per leeftijdscategorie. Door vervolgens na te gaan hoe het aantal inwoners per leeftijdscategorie zich zal ontwikkelen, is een schatting gemaakt van de groei in de zorgvraag op basis van de ontwikkeling in het aantal inwoners per leeftijdsgroep.

Het blijkt dat, puur op basis van de demografische ontwikkeling in de bevolking, verwacht mag worden dat de vraag naar zorg gerelateerd aan maag-, darm- en leverziekten tussen 2003 en 2015 gestaag zal toenemen met een percentage dat iets groter is dan de groei in het totaal aantal inwoners. MDL-ziekten is dus een enigszins vergrijzingsgevoelig specialisme. Ten opzichte van 2003 zal er in 2005 sprake zijn van 3% meer patiënten, in 2010 zijn er waarschijnlijk 8% meer patiënten, en in 2015 zijn er waarschijnlijk 13% meer patiënten dan in 2003.

In principe betekent een groei van bijvoorbeeld 13% in het aantal patiënten, dat er in 2015 13% meer MDL-artsen moeten zijn dan in 2003 het geval was. Medio 2003 werkten er 190 MDL-artsen. Puur op basis van de demografische ontwikkeling van de bevolking zou het benodigde aantal MDL-artsen in 2015 dus ongeveer 215 zijn ($190 * 1,13$). Bij deze berekening wordt overigens geen rekening gehouden met de demografische ontwikkeling van de beroepsgroep. Door de toename van het aantal vrouwen in de beroepsgroep en het gegeven dat vrouwen vaker in deeltijd werken dan mannen, blijken er in 2015 feitelijk 222 MDL-artsen nodig te zijn om de demografische ontwikkelingen in de bevolking op te vangen.

Huidige aansluitingsproblemen

Het blijkt niet eenvoudig te zijn om op basis van empirische gegevens iets te zeggen over de huidige omvang van de onvervulde vraag. Op basis van het aantal vacatures en in overleg met de begeleidingscommissie is besloten om uit te gaan van de aanname dat er op dit moment sprake is van 10% onvervulde vraag. In de berekeningen voor deze behoeftebepaling wordt daarmee dus uitgegaan van het idee dat de huidige zorgvraag 10% groter is dan het huidige zorggebruik. Dat betekent dat de behoefte aan MDL-artsen op dit moment in feite niet 190 (het huidige aantal werkzame MDL-artsen) is, maar dat er op dit moment al een behoefte is aan 209 MDL-artsen.

Voor de situatie in 2015 moet zowel rekening worden gehouden met invloed van de demografische ontwikkeling van de bevolking (13%) als de onvervulde vraag (10%). Voor het benodigde aantal MDL-artsen betekent dit dat er, bij een constant aandeel vrouwen, in 2015 ongeveer 236 MDL-artsen moeten zijn ($190 * 1,13 * 1,10$). Opnieuw is dan nog geen rekening gehouden met de toename van het aandeel vrouwen in de beroepsgroep.

Feitelijk blijken er in 2015 namelijk geen 236 maar 246 MDL-artsen nodig te zijn voor een scenario waarin zowel de demografie van de bevolking als de onvervulde vraag is meegenomen.

Tijd per patiënt

Medio 2003 werd per patiënt gemiddeld ongeveer 26 minuten besteed voor het eerste poliklinisch consult en 11 minuten voor een herhaalconsult. Op grond van meerdere soorten ontwikkelingen wordt verondersteld dat deze tijd zou kunnen toenemen. Sociaal-culturele ontwikkelingen zorgen er bijvoorbeeld voor dat patiënten mondiger worden, zodoende het consult langer duurt. Ook in verband met de toenemend aandacht voor kwaliteitscontrole zou de tijd per patiënt kunnen toenemen. Voor de kwantificering van het effect van een toename in de tijd per patiënt, is gebruik gemaakt van de door de huidige MDL-artsen gewenste omvang van de tijd per eerste consult en per herhaalconsult. Gevraagd is naar de tijd die men in principe noodzakelijk acht. Men geeft aan dat een eerste consult eigenlijk 30 minuten zou moeten duren en een herhaalconsult circa 13 minuten.

Indien rekening gehouden zou worden met een volledige doorvoering van de gewenste tijd per consult, dan zou dit betekenen dat de poliklinische tijd met ongeveer 13% zou gaan stijgen. Omdat de tijd die besteed wordt aan poliklinische patiënten ongeveer 12% bedraagt van alle patiëntgebonden tijd, zou 13% stijging in de tijd per poliklinische patiënt betekenen dat er ongeveer 4% meer zorgvraag zou ontstaan. Hiervoor zijn in principe ook 4% meer MDL-artsen nodig. Deze groei komt bovenop de groei die nodig is voor de demografische ontwikkeling van de bevolking en de onvervulde vraag.

Voor het jaar 2015 zou dit betekenen dat er ruwweg 245 MDL-artsen nodig zijn ($190 * 1,13 * 1,10 * 1,04$) om zowel de demografische groei van de bevolking, de onvervulde vraag als de extra tijd per patiënt op te vangen. Daarbij is nog geen rekening gehouden met de demografische ontwikkeling van de beroepsgroep. Zoals straks zal blijken zijn er feitelijk namelijk ongeveer 256 MDL-artsen nodig voor het scenario waarin de demografie van de bevolking, de onvervulde vraag als de extra tijd per patiënt wordt meegenomen en het aandeel vrouwen.

Overige ontwikkelingen

De begeleidingscommissie verwacht dat op termijn (vrijwel) alle endoscopieën in Nederland door MDL-artsen worden uitgevoerd. Bij een maximale en onmiddellijke realisatie van deze verwachting, zijn er per direct 75% meer MDL-artsen nodig. Momenteel worden namelijk 200.000 van de in totaal 350.000 endoscopieën door MDL-artsen uitgevoerd. Het alsnog uitvoeren van 150.000 extra endoscopieën vergt bij verder gelijk blijvende omstandigheden een uitbreiding tot 333 MDL-artsen. Omdat verwacht mag worden dat voor de nog over te nemen endoscopieën een vrijwel zelfde leeftijdsverdeling zal gelden als voor de reeds uitgevoerde, moet voor de situatie in 2015 alsnog met een groei van ongeveer 13% rekening gehouden worden. Als daarbij ook rekening wordt gehouden met het te verwachten aandeel vrouwen bij de op dat moment werkzame MDL-artsen, moet met een behoefte aan 397 MDL-artsen gerekend worden. Het gaat dan dus om de situatie waarbij het aandeel in de endoscopieën zal gaan groeien van de huidige 57% naar 100% in 2015.

Als de ontwikkeling minder sterk verloopt en er bijvoorbeeld een aandeel van 80% zal ontstaan, dan is een aantal van 315 MDL-artsen nodig in 2015.

De begeleidingscommissie verwacht tevens dat er op termijn een verhouding van 1 MDL-arts op elke 4 á 5 internisten zal ontstaan, in plaats van de huidige verhouding van 1 MDL-arts op 8,4 internisten. Bij een maximale en onmiddellijke realisatie van deze verwachting, zijn er per direct 111% meer MDL-artsen nodig. Het gaat dan om een behoefte aan 400 MDL-artsen voor dit moment, voor het realiseren van een verhouding van 1:4 bij het huidige aantal van 1.600 internisten. Vertaald naar de situatie in 2015, gaat het dan om een behoefte aan 479 MDL-artsen. Een verhouding van 1 MDL-arts op bijvoorbeeld 6 internisten zou een behoefte geven aan 316 MDL-artsen in 2015.

5.2 Ontwikkelingen in het aanbod

Aantal MDL-artsen

In 2003 zijn 190 MDL-artsen in Nederland werkzaam. Voor de komende jaren zou, bij ongewijzigd beleid, een verdere groei naar 243 MDL-artsen in het jaar 2010 en 273 MDL-artsen in het jaar 2015 verwacht kunnen worden, oftewel een groei van respectievelijk 28% en 44% ten opzichte van 2003. Daarbij wordt uitgegaan van een instroom in de opleiding van 12 nieuwe assistenten per jaar. Ook wordt rekening gehouden met een instroom van internisten die zich als MDL-arts laten inschrijven. Daarbij is uitgegaan van een aantal van in eerste instantie ongeveer 3 per jaar, maar voor 2005-2009 van 2 per jaar en voor 2010-2014 van 1 per jaar. De instroom vanuit het buitenland wordt nul verondersteld. Verder wordt uitgegaan van een uitstroom van ongeveer 7 specialisten per jaar in verband pensionering en arbeidsongeschiktheid en dergelijke.

Bijstelling van de opleidingscapaciteit voor de jaren 2004 tot en met 2006, heeft invloed op het beschikbare aanbod per 1-1-2010. Assistenten die in de loop van 2006 met de driejarige vervolgopleiding, kunnen immers per 1-1-2010 hun specialisatie hebben afgerond. In totaal zijn er dus maar drie "lichtingen" waarmee het aanbod per 1-1-2010 kan worden bijgesteld. Het verwachte aantal van 243 MDL-artsen in 2010 kan daarom alleen door relatief extreme aanpassingen van de instroom in de komende drie jaar worden bijgesteld. Voor 2015 is de instroom in de opleiding van het jaar 2004 tot en met 2011 relevant. Als vanaf 2004 8 in plaats van 12 assistenten per jaar instromen in de opleiding, dan zal het aanbod in 2010 231 zijn (in plaats van 243) en in 2015 zijn er dan 241 MDL-artsen (in plaats van 273). Uitbreiding van de instroom naar bijvoorbeeld 16 per jaar vanaf 2004, geeft een aanbod van 255 MDL-artsen in 2010 en 305 in 2015.

Aandeel vrouwen

In 2003 is 10% van de MDL-artsen vrouw. Omdat het aandeel vrouwen in de oudere generaties relatief laag is, zullen er in de komende jaren geen vrouwen met pensioen gaan. Tegelijkertijd zal het aandeel vrouwen dat in de komende jaren in het beroep zal instromen relatief hoog zijn. Momenteel is 39% van de assistenten vrouw. Voor de komende jaren wordt verwacht dat eveneens 39% van de assistenten vrouw zal zijn.

In het jaar 2010 zal het aandeel vrouwen in de beroepsgroep waarschijnlijk zijn opgelopen tot 21%. Bij een instroom van 12 assistenten per jaar, zal het aandeel vrouwen ver-

volgens verder toenemen tot 26% in 2015. Als er daarentegen bijvoorbeeld 8 assistenten per jaar worden opgeleid, zal het aandeel vrouwen in 2015 24% bedragen en bij een instroom van 16 per jaar zal 27% van de MDL-artsen in 2015 vrouw zijn. Aanpassing van de instroom heeft dus geen grote invloed op het aandeel vrouwen.

Aantal fte

MDL-artsen blijken op dit moment veelal fulltime te werken. Dit geldt voor alle drie de werkvelden, te weten de academische-, de opleidings- en de niet-opleidingsziekenhuizen. De MDL-artsen in de opleidingsziekenhuizen, werken relatief het meest in deeltijd (19%). In academische ziekenhuizen en niet-opleidingsziekenhuizen werkt ongeveer 8% en 17% van de MDL-artsen in deeltijd. Deeltijders werken gemiddeld 0,72 fte. Als er onderscheid wordt gemaakt naar geslacht, blijkt dat er duidelijke verschillen zijn tussen mannen en vrouwen. Van de mannelijke MDL-artsen werkt 10% in deeltijd, terwijl van de vrouwelijke MDL-artsen 67% in deeltijd werkzaam is. De omvang van het aantal fte per deeltijder verschilt: de mannelijke deeltijders werken gemiddeld 0,79 fte, terwijl de vrouwelijke deeltijders gemiddeld 0,62 fte werken. Door het verschil in aandeel deeltijders, werken de mannelijke MDL-artsen gemiddeld 0,98 fte en de vrouwelijke MDL-artsen gemiddeld 0,74 fte. Het gemiddelde fte van alle MDL-artsen, dus inclusief de fulltimers, blijkt 0,96 fte te zijn.

De wensen ten aanzien van het werken in deeltijd blijken nogal af te wijken van de huidige situatie. In 2003 werkt 15% van de MDL-artsen in deeltijd terwijl 57% dit graag zou willen. Deze wens tot een teruggang in het aantal fte, is binnen elk van de werkvelden te vinden. Het zijn zowel de mannelijke als de vrouwelijke MDL-artsen die een teruggang in het aantal fte wensen. Indien de wensen volledig gerealiseerd zou worden dan zal het percentage mannelijke deeltijders stijgen van 10% naar 54%. Het gemiddelde aantal fte per mannelijke MDL-arts zou dan dalen van 0,98 fte naar 0,90 fte. Van de vrouwelijke MDL-artsen wil ruim driekwart het liefst in deeltijd werken, met een gemiddelde van 0,62 fte per deeltijder en 0,70 fte voor alle vrouwelijke MDL-artsen.

Een eventuele toename van het deeltijd werken bij mannen en vrouwen, zou een verdere groei van het aantal MDL-artsen vergen. Het is echter de vraag in hoeverre de wensen van de huidige MDL-artsen om minder fte te gaan werken ook daadwerkelijk gerealiseerd zullen worden en zo ja op welk moment. Dat er in de toekomst meer in deeltijd gewerkt gaat worden, lijkt overigens voor de meeste MDL-artsen een reëel beeld. Aan de respondenten is een inschatting gevraagd van de invloed van het parttime gaan werken door specialisten. Bijna alle MDL-artsen (96%) en de assistenten (100%) verwachten dat, een toename van parttime werken door specialisten, zal leiden tot een toename in de behoefte.

Het lijkt verstandig om in ieder geval rekening te houden met een toename van het deeltijd werken door de te verwachten toename van het aandeel vrouwen in de beroepsgroep. Dit effect is overigens geringer dan men wellicht zou denken. Zoals in het begin van dit hoofdstuk is vermeld, blijkt het voor het scenario waar geen verandering in het aandeel vrouwen wordt doorgevoerd 236 MDL-artsen nodig zijn. Als de verandering van het aandeel vrouwen wel wordt doorberekend zijn er 245 MDL-artsen nodig; oftewel 4% meer.

De begeleidingscommissie van dit onderzoek heeft besloten om door te laten rekenen wat voor consequenties het heeft als in het jaar 2015 de wensen zijn gerealiseerd. Voor de tussenliggende jaren wordt met tussenliggende waarden gewerkt.

Voor de mannen betekent dit dat het gemiddelde aantal fte zal dalen van 0,98 fte in 2003 naar 0,96 fte in 2005, 0,94 fte in 2010 en 0,90 fte in 2015.

Voor de vrouwen is uitgegaan van een daling van 0,74 fte in 2003 (in 2005 blijft het fte 0,74) naar 0,72 fte in 2010 en tevens 0,70 fte in 2015.

Afhankelijk van het aantal artsen dat zal worden opgeleid, geeft dit een daling van 0,96 fte per MDL-arts in 2003 naar ongeveer 0,85 fte in 2015. Het effect op het benodigde aantal MDL-artsen in 2015 is daarbij ongeveer 13%.

Aantal werkuren

Als wordt gekeken naar het aantal uren dat MDL-artsen werkzaam zijn, dan blijkt men gemiddeld 49 uur per week te werken exclusief diensten. Gerelateerd aan de omvang van het aantal fte, is er sprake van een gemiddelde van 51 uur per fte exclusief diensten. Tussen de MDL-artsen werkzaam in de verschillende typen ziekenhuizen zijn de verschillen in werkuren per week en uren per fte gering. Het aantal werkuren per week exclusief diensten varieert van 48 tot 51 uur per week en per fte varieert het aantal uren tussen 51 en 52 uur.

Gekeken naar de wensen blijkt men, in plaats van de huidige 49 uur per week, het liefst 40 uur per week te gaan werken. Hierbij gaat het om het gecombineerde effect van het feit dat men vaker in deeltijd wil gaan werken (dus minder fte) en dat men kennelijk vindt dat de norm voor hoeveel uur gangbaar is voor een fulltimer naar beneden moet worden bijgesteld. Gerelateerd aan het gewenste aantal fte, wil men een daling van het aantal uur per fte: van 51 uur per fte nu naar 45,6 uur per fte exclusief diensten.

Doorrekening van de consequenties van de gewenste teruggang in uren per fte voor het benodigde aantal MDL-artsen laat zien dat er 13% meer artsen nodig zouden zijn om dezelfde hoeveelheid zorg te kunnen blijven leveren. Net als voor de daling van het aantal fte, is het ook hier weer de vraag in hoeverre het realistisch is om voor het jaar 2010 en/of 2015 daadwerkelijk een teruggang in het aantal uur per fte te verwachten.

Daarbij geldt dat het aantal uren per fte naar verwachting niet door relatief autonome ontwikkelingen (zoals de feminisering van een beroepsgroep) beïnvloed zal worden. Mannen en vrouwen werken namelijk een zelfde aantal uur per fte.

Voor de berekeningen van het benodigde aantal MDL-artsen in het jaar 2010 en 2015 is in overleg met de begeleidingscommissie uitgegaan van een geleidelijke daling, waarbij uiteindelijk in 2015 de wensen zijn gerealiseerd.

Verdeling patiënt- en niet-patiëntgebonden werktijd

In 2003 besteden MDL-artsen gemiddeld ongeveer 38 uur per week aan patiëntgebonden activiteiten en 11 uur aan niet-patiëntgebonden activiteiten. In de verdeling tussen patiëntgebonden en niet-patiëntgebonden uren blijken enkele opvallende verschillen te bestaan tussen de werkvelden. Het totaal aantal uren per week dat besteed wordt aan patiëntgebonden activiteiten ligt bij de academisch werkende MDL-artsen met gemiddeld 31 uur aanzienlijk lager dan het aantal uren dat hieraan door de MDL-artsen in de niet-

opleidingsziekenhuizen wordt besteed (41 uur per week). De niet-patiëntgebonden tijd beslaat in de academische ziekenhuizen dan ook 20% van de totale werktijd en in de niet-opleidingsziekenhuizen 8%. Gemiddeld wordt 11 uur van de tijd besteed aan niet-patiëntgebonden activiteiten.

Alhoewel concrete veronderstellingen over de ontwikkeling in het aandeel niet-patiëntgebonden werktijd moeilijk zijn, is besloten om voor de komende jaren uit te gaan van een stijgend aandeel van niet-patiëntgebonden werktijd.

Het aandeel niet-patiëntgebonden werktijd zal hoogstwaarschijnlijk gaan stijgen gezien de ontwikkelingen op het gebied van managementparticipatie en de toenemende aandacht voor kwaliteitscontrole. De stijging in het aandeel tijd zal zijn van 23% naar 25%.

Huidige aansluitingsproblemen

Gegeven het bestaan van wachtlijsten bleek al dat de aansluiting tussen vraag en aanbod momenteel niet optimaal is. Dit wordt nog eens bevestigd door het huidige aantal openstaande vacatures. Op de peildatum 1-3-2003 waren er ongeveer 27 vacatures voor MDL-artsen. Veelal met een omvang van 1,0 fte per vacature. Ongeveer de helft van de vacatures betrof zogeheten vervangingsvacatures (dus ter vervanging van de nu nog werkzame MDL-artsen), terwijl het bij de andere helft om zogeheten uitbreidingsvacatures ging (dus als aanvulling op het nu reeds werkzame aantal MDL-artsen). Een andere pijler voor de niet optimale aansluiting tussen vraag en aanbod heeft betrekking op de werkuren. Het blijkt dat een groot deel van de MDL-artsen meer uren te werken dan ze eigenlijk zouden willen. Er is dus sprake van een min of meer door de omstandigheden afgedwongen zorgaanbod: zouden de huidige MDL-artsen het door hen gewenste aantal uren werken, dan zouden de wachtlijsten nog veel groter zijn.

5.3 Samenvatting vraag en aanbodontwikkelingen

In tabel 5.1 worden de verschillende groeipercentages nog eens samengevat van alle factoren behalve de in- en uitstroom. Het gaat daarbij in feite om de benodigde groeipercentages voor elk van deze factoren in het aantal MDL-artsen ten opzichte van 2003, gegeven de verwachte ontwikkelingen in die factoren. Het benodigde aantal MDL-artsen in 2010 en 2015, zoals dit in de volgende paragraaf voor verschillende scenario's gepresenteerd wordt, is daarvan afgeleid.

Tabel 5.1: Benodigde groei in het aantal MDL-artsen per factor

	Benodigde groei tussen 2003 en 2015
Zorgvraagontwikkelingen	
Demografische ontwikkelingen: middenvariant	13%
Toename aandeel in endoscopieën	23% - 75%
Toename aantal MDL-artsen ten opzichte van aantal internisten	20% - 111%
Huidige onvervulde vraag	10%
Toename tijdsbesteding per patiënt	4%
Zorgaanbodontwikkelingen	
Daling aantal fte door toename aandeel vrouwen	4%
Daling aantal fte door toename aandeel vrouwen en toename deeltijd	13%
Daling in uren per fte	13%
Toename niet-patiëntgebonden activiteiten	2%

5.4 Uitkomsten scenario's

Voor de confrontatie tussen vraag en aanbod van MDL-artsen is een aantal scenario's uitgewerkt, waarbij de hiervoor besproken factoren in verschillende combinaties zijn samen genomen.

Scenario 0: het "uitsluitend demografische" scenario

In tabel 5.2 is allereerst een puur demografisch scenario opgenomen, waarbij min of meer wordt uitgegaan van handhaving van het huidige zorgniveau. De huidige onvervulde vraag en de huidige en de in de nabije toekomst te verwachten vacatures worden hierin dus niet meegenomen. Dit scenario levert derhalve uitsluitend informatie over de impact van demografische ontwikkelingen in de bevolking en de beroepsgroep en veronderstelt dus in feite dat het huidige aantal van 190 MDL-artsen afdoende is.

Voor de bevolkingsontwikkelingen is gekozen voor de middenvariant van de bevolkingsontwikkeling. Verder wordt er rekening gehouden met de uitstroom van MDL-artsen in verband met pensionering en met een stijging in het aandeel vrouwen in de beroepsgroep. Alle andere zaken worden constant verondersteld. Voor dit scenario is er in 2015 een behoefte aan 222 MDL-artsen, wat een groei van 17% is ten opzichte van het huidige aantal van 190 MDL-artsen. Hiervoor moeten vanaf 2004 5,7 personen per jaar tot de vervolgopleiding worden toegelaten.

Scenario 1: het "diverse factoren" scenario

In het eerste "echte" scenario wordt wederom in eerste instantie uitgegaan van de demografische ontwikkelingen in de bevolking én de beroepsgroep, maar worden vervolgens nog een aantal andere factoren toegevoegd, namelijk de onvervulde vraag, de stijging in de tijd per patiënt, de daling in het aantal fte per arts van mannen en vrouwen, daling in het aantal uren per fte en de toename in de niet-patiëntgebonden activiteiten. Daarbij is te zien dat al deze factoren samen (scenario 1e) een behoefte creëren aan 326 MDL-artsen in 2015. Ten opzichte van de behoefte van 222 MDL-artsen in 2015 bij het puur demografische scenario, is dit dus een fors grotere behoefte. In plaats van een

instroom 5,7 per jaar is voor scenario 1e dan ook een grofweg drie keer zo hoge instroom van 18,6 per jaar noodzakelijk.

Scenario 2: het “aandeel” scenario

In het volgende scenario is naast de demografische ontwikkelingen rekening gehouden met een meer of minder grote stijging in het aandeel van de MDL-artsen in de endoscopieën. Voor een groei in het aandeel van 57% naar bijvoorbeeld 80% (scenario 2b), zou voor dit moment het aantal MDL-artsen moeten groeien van 190 naar 266. Voor het jaar 2015 zou het dan gaan om een behoefte aan 315 MDL-artsen in plaats van 222 MDL-artsen. Per jaar zouden er gemiddeld 17,3 MDL-artsen opgeleid moeten worden om in 2015 315 MDL-artsen beschikbaar te hebben. Een aandeel van 100% in de endoscopieën vergt zelfs een groei tot bijna 400 MDL-artsen in 2015 en daarvoor is een instroom van 27,5 per jaar nodig.

Scenario 3: het “verhouding” scenario

De consequenties van het idee dat het aantal MDL-artsen zal stijgen ten opzichte van het aantal internisten, worden uitgewerkt in het daaropvolgende scenario. Daarbij is te zien dat het streven naar een verhouding van 1 MDL-arts op 6 internisten (scenario 3b), vrijwel precies dezelfde consequenties heeft als het streven naar een aandeel van 80% in het aantal endoscopieën (scenario 2b). De behoefte aan MDL-artsen in 2015 wordt in beide gevallen ongeveer 315. Een verhouding van 1 op 4 internisten zorgt voor een behoefte aan 479 MDL-artsen in 2015. Dit is alleen haalbaar als er vanaf 2004 jaarlijks 37,8 nieuwe MDL-artsen worden opgeleid.

Tabel 5.2: Benodigde aantal MDL-artsen in 2003 en 2015 en benodigde instroom per jaar vanaf 2004 tot en met 2011 per scenario

	Benodigde aantal MDL-artsen in 2003	Benodigde aantal MDL-artsen in 2015	Benodigde instroom in de opleiding vanaf 2004 t/m 2011
Scenario 0: het “uitsluitend demografische” scenario			
handhaving huidige zorgniveau plus demografische ontwikkelingen (middenvariant)	190	222	5,7 per jaar
Scenario 1: het “diverse factoren” scenario			
= scenario 0 plus extra behoefte conform			
a. on vervulde vraag van 10%	209	246	8,6 per jaar
b. plus 4% meer tijd per patiënt	217	256	9,9 per jaar
c. plus daling naar 0,90 fte/man en 0,70 fte/vrouw (1)	236	278	12,6 per jaar
d. plus daling naar 45,6 uur/week per fte (2)	266	314	17,2 per jaar
e. plus daling naar 75% patiëntgebonden werktijd (3)	273	326	18,6 per jaar
Scenario 2: het “aandeel” scenario			
= scenario 0 plus extra behoefte conform			
a. aandeel van 70% in endoscopieën (4)	233	275	12,2 per jaar
b. aandeel van 80% in endoscopieën	266	315	17,3 per jaar
c. aandeel van 90% in endoscopieën	299	356	22,4 per jaar
d. aandeel van 100% in endoscopieën	333	397	27,5 per jaar
Scenario 3: het “verhouding” scenario			
= scenario 0 plus extra behoefte conform			
a. verhouding van 1 MDL-arts op 7 internisten (5)	229	270	11,6 per jaar
b. verhouding van 1 MDL-arts op 6 internisten	267	316	17,4 per jaar
c. verhouding van 1 MDL-arts op 5 internisten	320	381	25,6 per jaar
d. verhouding van 1 MDL-arts op 4 internisten	400	479	37,8 per jaar

NB: (1) het huidige aantal fte is 0,98 per man en 0,74 per vrouw; (2) het huidige aantal uur/week per fte is 51,4; (3) het huidige aandeel patiëntgebonden is 77%; (4) het huidige aandeel in de endoscopieën is 57%; (5) de huidige verhouding is 1 MDL-arts op 8,4 internisten.

5.5 Nabeschouwing

Het specialisme maag-darm-leverziekten is een sterk groeiend specialisme. Tussen 1990 en 2003 is het aantal werkzame MDL-artsen verviervoudigd, van ongeveer 50 tot ongeveer 200. Bij handhaving van de huidige instroom in de opleiding van 12 nieuwe AGIO's per jaar in de periode 2004 tot en met 2011, zijn er in 2015 ongeveer 275 MDL-artsen beschikbaar. In dit rapport stond de vraag centraal of de huidige omvang van de opleidingscapaciteit adequaat is of bijstelling behoeft. Het antwoord op deze vraag is gecompliceerd.

Getracht is om een inschatting te geven van het "plafond" waarop de zorgvraag zich zal stabiliseren. Daarbij is gebleken dat het vooralsnog moeilijk is om precies aan te geven wanneer en op welk niveau die groei zal eindigen. Daarom is een aantal sterk uiteenlopende scenario's opgesteld.

Wanneer verondersteld wordt dat op dit moment reeds een einde is gekomen aan de sterke groei in de behoefte aan MDL-artsen, dan hoeft voor de toekomst alleen rekening te worden gehouden met demografische ontwikkelingen in de bevolking en de beroepsgroep. In 2015 zijn dan ongeveer 220 MDL-artsen nodig, en daarvoor zouden vanaf nu ongeveer 6 nieuwe MDL-artsen per jaar opgeleid moeten worden.

De kans dat er op dit moment reeds een einde is gekomen aan de sterke groei in de behoefte aan MDL-artsen, is overigens nihil. Het is namelijk gebleken dat er sprake is van een onvervulde vraag en er zijn bij de maatschappen interne geneeskunde op dit moment onvervulde vacatures. Ook voor de nabije toekomst wordt door deze maatschappen nog een substantieel aantal uitbreidingsvacatures voor MDL-artsen verwacht.

Als naast demografische ontwikkelingen, ook rekening gehouden wordt met de onvervulde vraag en een aantal mogelijke ontwikkelingen in de werkwijze van MDL-artsen, dan stijgt de behoefte in 2015 tot minimaal ongeveer 250 en wellicht tot ongeveer 325. Daarvoor zouden vanaf nu per jaar minimaal 8 á 9 en maximaal 18 á 19 nieuwe MDL-artsen moeten worden opgeleid.

De kans dat één of meer van de veronderstelde factoren een rol gaat spelen, lijkt vrij groot. De enquête onder de maatschappen interne geneeskunde heeft immers, zoals hiervoor reeds vermeld, opgeleverd dat er momenteel uitbreidingsvacatures zijn voor MDL-artsen. Hiermee kan wellicht gezorgd worden voor het alsnog voldoen aan de onvervulde vraag. De enquête onder de MDL-artsen en de MDL-artsen in opleiding heeft daarnaast bijvoorbeeld opgeleverd dat men in de toekomst zeer waarschijnlijk meer in deeltijd zal gaan werken. Ook is gebleken dat men de werktijd voor een full-time MDL-arts op 45 á 46 uur per week wil hebben in plaats van de huidige werktijd van ongeveer 51 uur per week.

Een ontwikkeling van een geheel ander karakter, is de introductie van certificering voor specialisten die endoscopieën uitvoeren. Zowel de Nederlandse Internisten Vereniging als het Nederlands Genootschap van MDL-artsen vinden het wenselijk dat endoscopieën uitgevoerd worden door daartoe gecertificeerde specialisten. Een dergelijke certificering is mogelijk door het volgen van specifieke scholing. De belangstelling voor deze vorm van certificering bij jonge, recent opgeleid internisten blijkt relatief gering te zijn.

Daardoor kan het gebeuren dat het merendeel van de endoscopieën op termijn door MDL-artsen gedaan gaan worden. Momenteel doen de MDL-artsen 57% van alle endoscopieën. Voor een aandeel van bijvoorbeeld 100% in 2015, zou een groei tot bijna 400 MDL-artsen nodig zijn. Daarvoor zouden vanaf nu per jaar 27 á 28 nieuwe MDL-artsen opgeleid moeten worden.

De kans dat op termijn vrijwel alle endoscopieën door MDL-artsen uitgevoerd gaan worden, wordt door de begeleidingscommissie hoog ingeschat. Daarbij kan ook gewezen worden op het feit dat de geënquêteerde maatschappen interne geneeskunde voor zover het MDL-ziekten betreft vaak de voorkeur blijken te geven aan MDL-artsen boven internisten met MDL-ziekten als aandachtsgebied.

Deels verband houdend met de ontwikkeling rond certificering en het daardoor groeiende aandeel van MDL-artsen in de uitgevoerde endoscopieën, maar deels los daarvan, is er de mogelijkheid van een doorgaande ontwikkeling in de getalsmatig verhouding tussen het aantal MDL-artsen en het aantal internisten. Momenteel is er een verhouding van 1 MDL-arts op 8,4 internisten. De begeleidingscommissie verwacht dat er op termijn een verhouding van 1 MDL-arts op 4 á 5 internisten zal ontstaan. Voor een verhouding van 1 MDL-arts op 5 internisten zijn ongeveer 380 MDL-artsen nodig, Dat komt ruwweg overeen met het aantal van bijna 400 MDL-artsen dat nodig is om vrijwel alle endoscopieën uit te voeren. Een verhouding van 1 MDL-arts op 4 internisten geeft een behoefte aan ongeveer 480 MDL-artsen in het jaar 2015. Daarbij is het dus mogelijk om niet alleen een hoger aandeel in de uitvoering van de endoscopieën te realiseren, maar is het tevens mogelijk om per hoofd van de bevolking relatief meer endoscopieën te gaan verrichten en/of om eventuele veranderingen in de werkwijze van de MDL-artsen op te vangen, zoals het vaker in deeltijd gaan werken.

Ook voor dit scenario kan de kans op realisering deels worden onderbouwd door verwijzing naar de uitkomsten van de enquêtes. Voor de begeleidingscommissie is dit de aanleiding om te veronderstellen dat de snelle groei van de MDL-artsen vooralsnog niet ten einde is.

Het voorspellen van toekomstige ontwikkelingen is geen eenvoudige zaak. Het is aan de daartoe bevoegde gremia om een keuze te maken uit de verschillende veronderstellingen. Om die keuze te ondersteunen is het van belang dat er een regelmatige monitoring plaatsvindt met betrekking tot ontwikkelingen in zowel de zorgvraag als het zorgaanbod, zeker wanneer de verschillende factoren een zo grote impact hebben als in dit geval.

Bijlage I: Ontwikkelingen in het zorgaanbod

Tabel I.1: In- en uitstroom van MDL-artsen vanaf 2003 tot en met eind 2014, bij een toekomstige instroom van 8 assistenten in opleiding per jaar vanaf het jaar 2003 en een toekomstig aandeel vrouwelijke assistenten in opleiding van 39%

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Gemiddeld per jaar	Aandeel vrouwen
Totaal aantal MDL-artsen medio 2003	171	19	190		10%
<u>Instroom</u> gedurende de periode 2003-2004					
- vanuit de opleiding (lichting 2000-2001)	10	6	16	8,0	38%
- vanuit de interne geneeskunde	5	1	6	3,0	17%
<u>Uitstroom</u> gedurende de periode 2003-2004					
- in verband pensionering	2	0	2	1,0	0%
- overig verloop	2	0	2	1,0	0%
Totaal aantal MDL-artsen begin 2005	182	26	208		13%
<i>Groei ten opzichte van 2003</i>	<i>6%</i>	<i>37%</i>	<i>9%</i>		
<u>Instroom</u> gedurende de periode 2005-2009					
- vanuit de opleiding (lichting 2002-2006)	29	19	48	9,6	39%
- vanuit de interne geneeskunde	8	2	10	2,0	20%
<u>Uitstroom</u> gedurende de periode 2005-2009					
- in verband pensionering	29	0	29	5,8	0%
- overig verloop	5	1	6	1,2	17%
Totaal aantal MDL-artsen begin 2010	185	46	231		20%
<i>Groei ten opzichte van 2003</i>	<i>8%</i>	<i>141%</i>	<i>22%</i>		
<u>Instroom</u> gedurende de periode 2010-2014					
- vanuit de opleiding (lichting 2007-2011)	24	16	40	8,0	39%
- vanuit de interne geneeskunde	4	1	5	1,0	20%
<u>Uitstroom</u> gedurende de periode 2010-2014					
- in verband pensionering	25	4	29	5,8	14%
- overig verloop	5	1	6	1,2	17%
Totaal aantal MDL-artsen begin 2015	184	59	241		24%
<i>Groei ten opzichte van 2003</i>	<i>7%</i>	<i>202%</i>	<i>27%</i>		

Tabel I.2: In- en uitstroom van MDL-artsen vanaf 2003 tot en met eind 2014, bij een toekomstige instroom van 16 assistenten in opleiding per jaar vanaf het jaar 2003 en een toekomstig aandeel vrouwelijke assistenten in opleiding van 39%

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Gemiddeld per jaar	Aandeel vrouwen
Totaal aantal MDL-artsen medio 2003	171	19	190		10%
<u>Instroom</u> gedurende de periode 2003-2004					
- vanuit de opleiding (lichting 2000-2001)	10	6	16	8,0	38%
- vanuit de interne geneeskunde	5	1	6	3,0	17%
<u>Uitstroom</u> gedurende de periode 2003-2004					
- in verband pensionering	2	0	2	1,0	0%
- overig verloop	2	0	2	1,0	0%
Totaal aantal MDL-artsen begin 2005	182	26	208		13%
<i>Groei ten opzichte van 2003</i>	<i>6%</i>	<i>37%</i>	<i>9%</i>		
<u>Instroom</u> gedurende de periode 2005-2009					
- vanuit de opleiding (lichting 2002-2006)	44	28	71	14,4	39%
- vanuit de interne geneeskunde	8	2	10	2,0	20%
<u>Uitstroom</u> gedurende de periode 2005-2009					
- in verband pensionering	29	0	29	5,8	0%
- overig verloop	5	1	6	1,2	17%
Totaal aantal MDL-artsen begin 2010	200	55	255		22%
<i>Groei ten opzichte van 2003</i>	<i>17%</i>	<i>190%</i>	<i>34%</i>		
<u>Instroom</u> gedurende de periode 2010-2014					
- vanuit de opleiding (lichting 2007-2011)	49	31	80	16,0	39%
- vanuit de interne geneeskunde	4	1	5	1,0	20%
<u>Uitstroom</u> gedurende de periode 2010-2014					
- in verband pensionering	25	4	29	5,8	14%
- overig verloop	5	1	6	1,2	17%
Totaal aantal MDL-artsen begin 2015	223	82	305		27%
<i>Groei ten opzichte van 2003</i>	<i>30%</i>	<i>333%</i>	<i>61%</i>		

Bijlage II: Definities en afkortingen

In de loop van dit rapport worden een aantal begrippen gebruikt, die hieronder gedefinieerd worden.

Fulltime equivalent: omvang van de werkzaamheden uitgedrukt als deel van datgene dat gangbaar is voor iemand die volledig werkzaam is, c.q. voor iemand die de volledige werktijd aanwezig is (bijvoorbeeld: 100% = 1,0 fte; 50% = 0,5 fte). Wat gangbaar is, c.q. wat de volledige werktijd is, kan hierbij in principe niet eenvoudig gedefinieerd worden. Voor de vrijgevestigde MDL-arts is er immers geen formeel vastgelegde norm voor hoeveel dagen of hoeveel uur men aanwezig moet zijn. Voor MDL-artsen in loondienst, zoals in de academische ziekenhuizen, zou voor de norm eventueel naar een CAO verwezen kunnen worden. In de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (ingetreden per 1 maart 2001) is bijvoorbeeld vermeld dat de gemiddelde arbeidsduur maximaal 45 uur per week mag zijn, exclusief de uren arbeid tijdens avond-, nacht- of weekenddiensten.

Uren per fte: omvang van de werkzaamheden uitgedrukt in het aantal uren dat men zou werken als men volledig werkzaam zou zijn, c.q. het aantal gewerkte uur na omrekening op fulltime basis (bijvoorbeeld: 25 uur bij 0,5 fte = 50 uur/fte). Wat kennelijk gangbaar is, c.q. wat de volledige werktijd is voor vrijgevestigde MDL-artsen, kan hier in principe uit afgeleid worden.

Poliklinische patiënt: iemand die zich voor een consult of behandeling aanmeldt, inclusief patiënten die zich op de spoedeisende hulp aanbieden.

Klinische patiënt: iemand die voor behandeling wordt opgenomen in de kliniek, met een ligduur van (in de regel) minstens 24 uur.

Dagopname patiënt: iemand die voor behandeling wordt opgenomen, met een ligduur van (in de regel) maximaal 24 uur.

In de loop van dit rapport worden verder nog de volgende afkortingen gebruikt:

AGIO : Assistent Geneeskundige In Opleiding
AGNIO: Assistent Geneeskundige Niet In Opleiding
AMS : Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten
CAO : Centrale Arbeids Overeenkomst
CBS : Centraal Bureau voor de Statistiek
FTE : Fulltime equivalent
LAZR : Landelijke Ambulante Zorg Registratie
LMR : Landelijke Medische Registratie
MSRC : Medisch Specialisten Registratie Commissie
SIG : Stichting Informatievoorziening Gezondheidszorg