

DE ZORG VAN MORGEN
FLEXIBILITEIT EN SAMENHANG

DEEL1: HOOFDLIJNEN

Advies van de
Commissie Implementatie
Opleidingscontinuüm en Taakherschikking

VOORWOORD

Opleiden van professionals in de gezondheidszorg is kostbaar en duurt lang, terwijl te weinig van deze professionals nu en in de toekomst voldoende jaren van hun leven fulltime inzet leveren. De vraag naar zorg neemt echter toe onder andere door de dubbele vergrijzing. Er zijn hoe dan ook professionals nodig om aan die vraag te kunnen voldoen.

De Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking heeft naar aanleiding van de opdracht van de ministeries VWS en OC&W zich in alle zorgvuldigheid gebogen over dit dilemma en daarbij gebruik gemaakt van de drie adviezen 'De arts van straks', 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' en 'Evaluatie Wet BIG'. De oplossing die de commissie heeft gevonden is als volgt samen te vatten: met niet al te veel uitbreiding van kosten, meer en betere medische zorg leveren met behoud van kwaliteit.

Concreet gaan onze aanbevelingen over het volgende:

- Artsen kunnen korter worden opgeleid. Hierbij wordt aangesloten bij regelgeving uit Europa. De gemoderniseerde opleidingen zullen kwalitatief beter, maar vooral ook interessanter worden. Moderne in- en uitstapsystemen met certificaten zullen maken dat jonge mensen niet halverwege de studie verloren gaan voor de gezondheidszorg.
- Nieuwe professionals die korter en goedkoper dan artsen worden opgeleid, kunnen taken van de artsen overnemen. Hierdoor kunnen artsen meer aandacht besteden aan de patiënten met ernstige, complexe of ongebruikelijke problematiek.
- De nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA) zijn die nieuwe professionals die hiertoe in staat zijn. Beroepsuitoefening in de gezondheidszorg op HBO-niveau, gevolgd door een goede scholing op HBO-mastersniveau, zorgt voor de vereiste kwaliteit. De ervaring elders leert dat met name patiënten tevreden zijn over deze nieuwe vorm van medische zorg.
- Deze oplossingen maken ook dat professionals uit een andere belangrijke beroepsgroep, te weten de verpleegkundigen, hun vak niet vroegtijdig hoeven te verlaten, maar in het eigen of medisch gerelateerd beroep carrière kunnen maken.

Over deze ontwikkelingen gaat dit advies.

Een samenhangend stelsel om al deze ontwikkelingen te sturen en coördineren is voor de toekomst nodig. Echter, er zijn vele partijen die hierbij een rol spelen en moeten spelen. Partijen die elk hun eigen belang hebben bij deze ontwikkeling. De Commissie adviseert daarom voor een beperkt aantal jaren een stuurgroep in te stellen om zo'n samenhangend stelsel tot stand te brengen.

Tot slot: de Commissie realiseert zich dat in een tijd van bezuinigingen in de gezondheidszorg onze adviezen een investering vragen. De commissie is echter van mening dat de zorgvraag van morgen ondanks alles beantwoord moet worden. Marktwerking vraag om een licht overschot van professionals en de dubbele vergrijzing die op ons afkomt vraagt om meer geschoolde professionals op de medisch curatieve as. Dit advies helpt om met beheersing van de kosten op korte en middellange termijn in Nederland verantwoorde medische zorg te blijven leveren.

mevrouw M.J.M. LeGrand-van den Bogaard, voorzitter

juli 2003

INHOUDSOPGAVE

1. Taakopdracht	3
1.1 Inleiding	3
1.2 Opdracht	3
1.3 Samenstelling Commissie	4
1.4 Werkwijze	4
1.5 Leeswijzer	4
2. Beknopte probleemschets	5
3. Aanbevelingen	7
3.1 Prioriteitstelling	7
3.2 Implementatie van de aanbevelingen	13
3.2.1 Instellen Stuurgroep MOBG	13
3.2.2 Opdracht en taken Stuurgroep MOBG	14
3.3 Financiële implicaties	16

1 TAAKOPDRACHT

1.1 INLEIDING

Het rapport ‘De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm’ is op 30 oktober 2002 aangeboden aan de bewindslieden van VWS en OC&W. In het rapport worden kwalitatieve en kwantitatieve aanbevelingen gedaan, die moeten leiden tot een naadloze aansluiting tussen initiële opleiding en vervolg opleidingen, herstructurering van het opleidingscontinuüm, modernisering van opleidingsmethoden en taakherschikking.

Behalve ‘De arts van straks’ zijn er recent nog twee belangrijke rapporten verschenen: ‘Taakherschikking in de gezondheidszorg’, RVZ, 2003 en ‘Evaluatie Wet BIG’, ZonMw, 2002. De drie rapporten versterken elkaar en onderstrepen het belang van gerichte maatregelen. In het RVZ-advies worden aanbevelingen voor taakherschikking gedaan. De kern in dit rapport is het gegeven dat de zorgvraag aan verandering onderhevig is. Het gaat om algemeen maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in de zorg, die nieuwe eisen aan de zorg stellen en een andere werkverdeling tussen zorgprofessionals¹ mogelijk maken. De samenhang tussen enerzijds taakherschikking tussen beroepen in de zorg en anderzijds de opleidingen tot deze (eventueel nieuwe) beroepen staat daarbij centraal. Dit heeft consequenties voor het regelen van beroepen en opleidingen, zoals bevoegdheden, verantwoordelijkheden en registratie. Dat zijn weer aspecten die aan de orde komen in het rapport ‘Evaluatie Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg’. De aanbevelingen bieden aanknopingspunten om de beroepenstructuur in de zorg gereed te maken voor de toekomst. De complexiteit van de onderwerpen, de samenhang met vele andere processen in zorg en onderwijs maken dat de daadwerkelijke implementatie van de aanbevelingen gerichte aansturing en zorgvuldige fasering vergt.

1.2 OPDRACHT

Om opvolging te geven aan de aanbevelingen uit deze drie rapporten heeft de staatssecretaris van VWS, in overeenstemming met de staatssecretaris van OC&W een commissie ingesteld, die tot taak heeft voorstellen te ontwikkelen voor implementatie van de aanbevelingen uit ‘De arts van straks’. De Commissie betreft daarbij in het bijzonder de aanbevelingen uit het advies ‘Taakherschikking in de gezondheidszorg’ en tevens de relevante aanbevelingen uit de ‘Evaluatie Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg’. De Commissie is verzocht het draagvlak van haar voorstellen bij de relevante partijen te betrekken in haar werkzaamheden en in haar rapportage een indicatie hiervan te geven.

Meer specifiek heeft de Commissie de volgende taak:

1. De Commissie geeft met redenen omkleed aan welke aanbevelingen of onderdelen van aanbevelingen van genoemde rapporten wel en welke niet in aanmerking komen voor implementatie alsmede in welke volgorde de implementatie bij voorkeur dient plaats te vinden (prioriteitstelling en fasering).
2. De Commissie ontwerpt op basis daarvan in grote lijnen het implementatietraject alsmede de organisatiestructuur die zij nodig acht om daaraan uitvoering te kunnen

¹ De RVZ (2000) definieert in het rapport “Professionals in de gezondheidszorg” de professional als een beoefenaar van een beroep in de individuele gezondheidszorg. In dit rapport worden artsen, verpleegkundigen en paramedici, voor wie bovenstaande definitie ook geldt, aangeduid als ‘zorgprofessional’. Deze beroepsgroepen vertegenwoordigen een groot deel van de beroepsbeoefenaren die in het kader van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) zijn geregeld.

geven, samen te vatten als een uitvoeringsplan. De Commissie voorziet dit plan van een strategische onderbouwing.

3. De Commissie raamt de financiële consequenties van het uitvoeringsplan en doet op basis daarvan een voorstel voor een kostendekkingsplan voor de eenmalige en de structurele kosten van implementatie. De ramingen dienen transparant te zijn en met voldoende detail om toerekening tot bepaalde onderdelen van het voorgestelde implementatietraject mogelijk te maken. Voorzover het structurele kosten betreft, dient daarbij tevens onderscheid te worden gemaakt tussen opleidingskosten en productie-/zorgkosten.

1.3 SAMENSTELLING COMMISSIE

De Commissie is onafhankelijk en samengesteld op basis van de expertise van de leden. Relevante partijen zijn derhalve niet direct vertegenwoordigd bij de voorbereiding van de rapportage. De Commissie bestaat uit 9 leden, waarvan 7 externe deskundigen en 2 vertegenwoordigers van de betrokken ministeries.

Tot leden van de Commissie zijn benoemd:

- de heer prof. dr. D.W. Erkelens
- de heer prof. dr. G. Kootstra
- mevrouw M.J.M. Le Grand-van den Bogaard, tevens voorzitter
- de heer dr. P. Ros
- de heer prof. dr. P. Schnabel
- mevrouw drs. J.A. Schulkes – van de Pol, huisarts
- de heer prof. dr. R.P. Zwierstra

Tot lid van de Commissie namens het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is benoemd:

- de heer drs. N.C. Oudendijk

Tot waarnemer namens het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen is benoemd:

- de heer dr. mr. J.T.M. Rokx

Het secretariaat wordt gevoerd door de heer drs. A.P.N. van Rooijen.

1.4 WERKWIJZE

De Commissie is in de periode van 31 januari tot en met 18 juni negen maal bij elkaar geweest. Tijdens twee Commissievergaderingen heeft de Commissie zich laten informeren over de capaciteitsvraagstukken door de directeur van het Capaciteitsorgaan, de heer H. Liefveld en over de juridische consequenties van taakherschikking door de coördinator gezondheidsrecht van de KNMG, mr. J. Legemaate. Daarnaast hebben de voorzitter en secretaris van de Commissie gesproken met vertegenwoordigers van de verschillende actoren: ziekenhuizen, medische faculteiten, HBO-raad, KNMG-colleges, paramedici en verpleegkundigen.

De laatste vijf vergaderingen werden bijgewoond door de heer prof. dr. R. van Schilfgaarde, raadadviseur bij het ministerie van VWS. De Commissie heeft dankbaar gebruik gemaakt van zijn adviezen en van zijn bijdrage aan de totstandkoming van dit rapport.

1.5 LEESWIJZER

Dit advies bestaat uit twee delen. In deel 1 worden op beknopte wijze de hoofdlijnen van het advies van de Commissie beschreven. In deel 2 wordt een nadere uitwerking met achtergronden gepresenteerd. In deel 2 is in kaart gebracht welke aanbevelingen of onderdelen van aanbevelingen van de in paragraaf 1.1 genoemde rapporten wel en welke niet in aanmerking komen voor implementatie. Tevens wordt daar aangegeven wanneer de

betreffende aanbevelingen geïmplementeerd moeten zijn. Het advies wordt afgesloten met een overzicht van de financiële consequenties.

BEKNOPTE PROBLEMSCHETS

De huidige inrichting van onze gezondheidszorg voldoet niet aan de behoefte van de samenleving. Duur en inhoud van de initiële- en medische vervolgoopleidingen sluiten slechts ten dele aan op de ontwikkelingen in zorg, maatschappij en medische beroepsgroepen. Er gaapt een gat tussen zorgvraag en zorgaanbod. Ondanks de medisch-technologische verworvenheden zijn er lange wachttijden en grote wachtlijsten. Kortom: het 'recht op zorg' staat onder druk en de doelmatigheid van onze gezondheidszorg schiet tekort. Er zijn een aantal onderling samenhangende oorzakelijke factoren, die in samenhang met de bijbehorende oplossingsrichtingen gezien moeten worden.

De oorzakelijke factoren laten zich in grote lijnen rubriceren in twee gebieden en hetzelfde geldt voor de oplossingsrichtingen. Eén gebied is het systeem van onze gezondheidszorg en het andere gebied is het proces van zorgverlening binnen het gezondheidszorgsysteem. Oplossingen gericht op het *systeem* worden gezocht in de verschuiving van een aanbod- naar een vraaggeoriënteerd systeem waarin marktprikkels een rol kunnen spelen. Daarbij hoort de wijziging van het verzekeringsstelsel, de introductie van outputfinanciering en het opheffen van belemmerende regelgeving. Oplossingen gericht op het *proces* worden gezocht in een modernisering van de zorgverlening zelf. Daarbij zijn logistieke factoren van betekenis (hoe vertalen we een vraaggeoriënteerd systeem in de praktische organisatie van de zorg?) alsmede personele factoren (hoe worden de taken verdeeld onder de zorgprofessionals, aan welke categorieën professionals is in welke mate behoefte en hoe bevorderen we dat deze zorgprofessionals beschikbaar zijn en optimaal kunnen worden ingeschakeld, hoe wordt zorgverleners weer aantrekkelijk?). De personele problematiek in de organisatie van de zorg is intussen zeer pregnant aanwezig, gezien het alarmerend tekort aan zorgverleners.

Het gezamenlijk oogmerk van alle oplossingsrichtingen betreft de doelmatigheid van onze zorgorganisatie met een optimale benutting van de potentiële productiecapaciteit. De adviezen in het voorliggend rapport beperken zich in hoofdzaak tot de *personele factoren* in de organisatie van het zorgproces, ofwel de *professionals in de gezondheidszorg*, gezien de opdracht van de Commissie. Deze opdracht is afgeleid van drie recent verschenen adviezen² die, elk met zijn eigen invalshoek en vraagstelling, belangrijke personele aspecten in de zorg betreffen, zowel met betrekking tot de opleiding als met betrekking tot de professionele taakverdeling als ook met betrekking tot de bijpassende bevoegdheden. Het advies 'De arts van straks' bevat een aantal voorstellen om de initiële opleiding tot basisarts en de medisch specialistische vervolgoopleidingen te moderniseren en beter op elkaar af te stemmen. Het advies van de RVZ bepleit onomwonden een structurele taakherschikking van de medische naar de paramedische en verpleegkundige beroepsgroepen door te voeren. De Wet BIG en de aanbevelingen in het evaluatierapport van de Wet BIG beschermen de burger tegen onverantwoorde zorg.

Personele factoren in de organisatie van het zorgproces zijn in belangrijke mate kwantitatief, maar ook kwalitatief van aard. Er is een tekort dat moet worden opgelost, en moderne zorg vraagt een continu modern en gedifferentieerd aanbod. De oplossingsrichtingen kunnen zich dan ook niet tot kwantitatieve maatregelen beperken. Demografische ontwikkelingen, met name de toenemende vergrijzing, zullen een volstrekt onrealistisch aantal zorgverleners noodzakelijk maken, indien de huidige organisatie van het zorgproces ongewijzigd blijft.

² 'De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm', KNMG et al., 2002, 'Taakherschikking in de gezondheidszorg', RVZ, 2003 en 'Evaluatie Wet BIG', ZonMW, 2002

Alleen al om die reden is een herinrichting van de organisatie van het zorgproces vereist. Bovendien is de zorgvraag aan verandering onderhevig als gevolg van veranderingen in de samenleving en de ontwikkeling van medische mogelijkheden en zorgtechnologie. De veranderende zorgvraag stelt nieuwe eisen aan de deskundigheid van zorgprofessionals, aan hun technische en sociale vaardigheden, aan hun samenwerkingskwaliteiten en aan hun flexibiliteit. In de gezondheidszorg zijn de mogelijkheden voor het ontwikkelen van arbeidsbesparende technologieën vooralsnog beperkt. Mede hierdoor zullen personeelstekorten een bedreiging voor effectieve en kwalitatief goede gezondheidszorg blijven. De krappe arbeidsmarkt noopt ons creatief om te gaan met de deskundigheid van de (schaarse) professionals. Daarom moet gezocht worden naar een toekomstbestendige herinrichting van de organisatie van het zorgproces.

3 AANBEVELINGEN

Met de voorgaande probleemschets als uitgangspunt en de adviezen van de drie eerder genoemde rapporten als basis komt de Commissie tot de volgende overwegingen en aanbevelingen. De aanbevelingen zijn gerubriceerd in overeenstemming met de opdracht: de prioriteitstelling van de adviezen uit de hiervoor genoemde drie rapporten, het implementatietraject en de financiële implicaties. Voorafgaand aan de aanbevelingen wijst de Commissie op het volgende. De combinatie van aanbevelingen zal op kortere of langere termijn bijdragen aan de oplossing of tenminste de reductie van de capaciteitsproblematiek. In de beraadslagingen van de Commissie en in de overwegingen die tot de aanbevelingen hebben geleid, heeft het kwaliteitsprincipe van het zorgproces altijd bovenaan gestaan. Oplossingen voor de tekortschietende capaciteit moeten worden gezocht met het perspectief van een toekomstbestendige en betaalbare inrichting van het zorgproces dat zich flexibel kan richten op nieuwe ontwikkelingen, waarin de zorg toegankelijk en bereikbaar is, modern en van goede kwaliteit. Vanuit deze achtergrond heeft de Commissie zijn aanbevelingen geformuleerd.

3.1 PRIORITEITSTELLING

Met betrekking tot de prioriteitstelling van de adviezen uit de eerder genoemde drie rapporten heeft de commissie de vrijheid genomen adviezen samen te voegen en ook eigen inzicht aan de advisering toe te voegen.

1. *Duur van de opleiding tot specialist*

De totale duur van de opleiding tot specialist is gemiddeld vijf jaar langer dan strikt noodzakelijk gezien de formele duur van de initiële opleiding en de vervolgopleidingen. In de initiële opleiding wordt een vertraging van omstreeks twee jaar opgelopen. De episode tussen het eind van de initiële opleiding en het begin van de vervolgopleiding omvat ongeveer drie jaar. Hier kan dus aanzienlijke winst worden geboekt.

Aanbeveling 1.

Een naadloze aansluiting tussen de initiële opleiding en de vervolgopleidingen moet worden gerealiseerd.

Een belangrijke voorwaarde om deze naadloze aansluiting te realiseren is een samenhangend stelsel van eindtermen van de initiële opleiding dat voldoet als stelsel van begintermen voor de vervolgopleidingen en dus ook als uitgangspunt voor een samenhangend stelsel van eindtermen van de specialistische vervolgopleidingen.

Hier ligt een taak voor de medische faculteiten en voor de KNMG-colleges (in nauwe samenspraak met de wetenschappelijke verenigingen). Van groot belang is een goede afstemming tussen beide groeperingen als waarborg voor een goede samenhang in de stelsels van eindtermen.

Een tweede voorwaarde om een naadloze aansluiting te realiseren betreft de structuur van de vervolgopleidingen (zie ook aanbeveling 3).

Daarbij is het van belang te wijzen op de ontwikkeling rond het zogeheten ‘schakeljaar’: met de voorbereiding op een navolgende vervolgopleiding wordt al begonnen in het zesde jaar van de initiële opleiding. De mogelijkheden van een schakeljaar moeten verder geëxploreerd worden.

2. *Introductie van de Bachelor-Masterstructuur (BaMa)*

De introductie van de BaMa-structuur sluit aan bij de algemene Europese situatie en ontwikkeling. De constructie van drie jaar bachelor en drie jaar master roept voor de initiële opleiding geneeskunde weliswaar bepaalde problemen op, maar er zijn ook duidelijke voordelen, samen te vatten als een open, flexibel, transparant en internationaal herkenbaar stelsel met de mogelijkheid tot gemakkelijke uitwisseling zowel nationaal als internationaal. Van speciaal belang in de context van dit rapport is de mogelijkheid tot zij-instroom in de masteropleiding geneeskunde voor studenten met een ander bachelordiploma dan geneeskunde en voor paramedici en verpleegkundigen met een HBO-diploma.

Aanbeveling 2.

De mogelijkheid tot zij-instroom in de masteropleiding geneeskunde moet zo spoedig mogelijk worden gerealiseerd.

Hier ligt een taak voor de medische faculteiten.

De Commissie maakt twee aanvullende opmerkingen.

- In het rapport 'De arts van straks' wordt voorgesteld 'in de loop van de komende jaren' onderlinge overeenstemming te bereiken over de criteria op grond waarvan het certificaat 'bachelor geneeskunde' wordt verleend om te komen tot het vaststellen van landelijke 'tussentermen' voor de bacheloropleiding geneeskunde.

De Commissie acht de formulering 'in de loop van de komende jaren' te vaag en is van mening dat de medische faculteiten de bedoelde 'tussentermen' binnen twee jaar gezamenlijk moeten vaststellen.

- In het rapport 'De arts van straks' wordt voorgesteld dat de masteropleiding voor zij-instromers met een ander dan een geneeskundig bachelordiploma van drie naar vier jaar verlengd moet worden. De achtergrond van deze aanbeveling is dat de eindtermen van de betreffende niet-geneeskundige bacheloropleidingen vermoedelijk niet overeen zullen stemmen met de eindtermen ('tussentermen') van de geneeskundige bacheloropleiding. De commissie is echter van mening dat dit deficit niet in een verlengde masteropleiding, maar door middel van een cursus of eventueel een extra bachelorjaar opgelost moet worden. De medische faculteiten zullen daartoe strekkende regelingen moeten ontwerpen.

3. Herinrichting van de vervolgopleidingen

Ten aanzien van de na te streven herinrichting van de vervolgopleidingen zijn ten minste drie aspecten te onderscheiden.

Het *eerste* aspect betreft de structuur van de vervolgopleidingen. Voor de (klinisch) medische specialismen wordt voorgesteld de introductie van de 'basisspecialist', waartoe de eerste twee jaar van de huidige vervolgopleiding worden gereserveerd. Vanzelfsprekend moet deze basisopleiding zodanig zijn ingericht dat er een goede aansluiting is met de initiële opleiding (zie ook aanbeveling 1).

De tweejarige basisopleiding heeft een civiel effect en wordt dus afgesloten met een certificaat en registratie (zie ook aanbeveling 5).

In feite betekent de introductie van de basisspecialist de introductie van verticale taakdifferentiatie in de medische beroepsgroep. Dit sluit aan bij een na te streven herinrichting van de zorgorganisatie zoals hierboven in de probleemschets bepleit.

Het *tweede* aspect betreft de duur van de vervolgopleidingen. De duur van de vervolgopleiding van verscheidene medische specialismen is langer dan het Europees toegestane minimum. Hier is dus winst te boeken door het reduceren van de opleidingsduur.

Het samenhangend stelsel van eindtermen zal afgestemd moeten zijn op de betreffende opleidingsduur. Ook bij de vervolgopleiding huisartsgeneeskunde zijn mogelijkheden tot het bekorten van de vervolgopleidingsduur. Voor de verpleeghuisgeneeskunde en voor de sociale geneeskunde lijkt een verkorting minder realistisch, mede gezien de Europese regelgeving.

Ook het *derde* aspect zal in overeenstemming moeten zijn met een ingekorte opleidingsduur: de inhoudelijke aspecten van het opleidingsprogramma en de daartoe strekkende opleidingsmethoden. Aanbevolen wordt te streven naar competentie-georiënteerde opleidingsprogramma's. Van belang is dat moderne opleidingsmethoden worden geïmplementeerd, ten minste inhoudend een stelsel van eindtermen, een systeem van beoordeling en toetsing en een geïntegreerde toepassing van effectieve onderwijstechnieken in een bewaarde balans tussen het traditionele patiëntgebonden klinisch onderwijs en een klinisch-georiënteerd programma van gestructureerd cursorisch onderwijs.

Aanbeveling 3.

Het ontwerp voor de herinrichting van de medische vervolgopleidingen moet verder worden uitgewerkt en de implementatie moet krachtig worden bevorderd, zowel met betrekking tot de structuur en de duur van de vervolgopleidingen, als ook met betrekking tot het opleidingsprogramma en de bijbehorende opleidingsmethoden.

Hier ligt een belangrijke taak voor verscheidene groeperingen: de KNMG-colleges (in nauwe samenspraak met de wetenschappelijke verenigingen), de opleidingsziekenhuizen (VAZ, NVZ), de Orde en de LHV en ook voor de opleidingsregio's (zie Aanbeveling 6).

Dit zal een complex ontwikkeltraject zijn dat slechts stapsgewijs geïmplementeerd kan worden.

Het is van belang erop te wijzen dat de implementatie van een gestructureerd programma van cursorisch onderwijs belangrijke consequenties heeft voor de opleidingsgroepen (in de algemene ziekenhuizen zijn dit maatschappen) in de opleidingziekenhuizen. De assistent geneeskundige in opleiding (AGIO) moet worden vrijgemaakt uit het productieproces om het cursorisch onderwijs te volgen en medisch specialisten (leden van de opleidingsgroep) moeten worden vrijgemaakt om het cursorisch onderwijs te verzorgen. Dit gaat gepaard met een daling van de productiviteit in de patiëntenzorg. Deze daling zal moeten worden opgevangen. In dit verband ligt er een belangrijke rol voor de nieuwe professionals, zoals de physician assistant (zie aanbeveling 4).

4. Taakherschikking en de introductie van nieuwe professionals

Een herinrichting van de organisatie van het zorgproces impliceert een andere verdeling van taken. Taakherschikking houdt in dat sommige taken door de medische beroepsgroep aan andere zorgprofessionals worden overgedragen. De onderliggende gedachte is dat huisartsen en medisch specialisten veel taken verrichten die ook door andere daartoe specifiek opgeleide zorgprofessionals verricht zouden kunnen worden. De huisartsen en specialisten kunnen zich dan concentreren op taken die in overeenstemming zijn met het hoge niveau van hun opleiding. Taakherschikking bevordert dus de kwaliteit en doelmatigheid van zowel het zorgproces als van de opleiding van zorgprofessionals.

De introductie van structurele taakherschikking brengt de introductie van nieuwe professionals met zich mee, namelijk de nurse practitioner (NP) vanuit het verpleegkundig domein en de physician assistant (PA) in het medisch domein. Deze nieuwe professionals moeten deskundig worden opgeleid. Een zorgvuldige beschrijving van hun deskundigheidsgebied is een eerste vereiste, opdat een adequaat opleidingsprogramma kan worden ingericht. Dit vergt een aanpassing van de Wet BIG (zie ook aanbeveling 5).

Aanbeveling 4.

De opleidingsmogelijkheden voor nieuwe professionals (NP en PA) moeten met kracht worden bevorderd volgens doelmatig ingerichte opleidingsprogramma's, gebaseerd op zorgvuldig omschreven deskundigheidsgebieden.

Hier ligt een gecombineerde taak van de UMC's, (grote) opleidingsziekenhuizen en de HBO-instellingen. Deze taak vereist zowel een samenwerking binnen de opleidingsregio (zie ook aanbeveling 6) als afstemming op landelijk niveau.

Voor een geslaagde introductie van deze nieuwe professionals zijn ten minste twee elementen van belang. Het eerste is dat de zorginstellingen en de extramurale praktijken, met name de huisartsen, zich moeten beraden op de wijze waarop zij de nieuwe professional in hun zorgorganisatie doeltreffend kunnen inschakelen en zich actief op de nieuwe mogelijkheden voorbereiden. Het tweede element is de bewaking van de kwaliteit van de zorg bij de introductie van deze nieuwe beroepsgroepen. Daartoe zijn heldere regelingen ten aanzien van verantwoordelijkheden vereist.

De beoogde ontwikkelingen zijn in zeker opzicht revolutionair en hun effectiviteit moet in de praktijk nog worden aangetoond. De introductie van nieuwe professionals moet dus een proces zijn dat geleidelijk verloopt. Geen enkelvoudige grote stappen, maar liever meer de wat kleinere stappen, bijvoorbeeld in de vorm van experimenten, telkens met een deugdelijke evaluatie.

Het pleidooi voor een stapsgewijze invoering van de herzieningen moet geen onbedoelde vertraging van het vernieuwingsproces betekenen. Tempo is geboden en van alle partijen wordt een actieve, ondernemende en betrokken opstelling gevraagd.

5. *Eigenstandige bevoegdheid voor nieuwe professionals*

Structurele taakherschikking veronderstelt dat de beroepsgroep naar wie taken worden gedelegeerd een eigenstandige bevoegdheid heeft tot het verrichten van het betreffende taakpakket. De taken die vanuit de medische beroepsgroep aan paramedici of nieuwe professionals worden overgedragen, zijn veelal taken die het verrichten van voorbehouden handelingen met zich meebrengen. Dit is de reden dat de eigenstandige bevoegdheid van nieuwe professionals in de Wet BIG moet worden geregeld.

Alleen degene die gerechtigd is de beroepstitel te voeren, kan worden toegelaten tot het verrichten van voorbehouden handelingen. In feite betekent dit dat wettelijke mogelijkheden gevonden moeten worden om de opsomming van beroepen in artikel 3 met nieuwe beroepen uit te breiden, want in dat artikel wordt de beroepstitelbescherming geregeld. Ook hier is overigens een zorgvuldige beschrijving vereist van het deskundigheidsgebied en de daarop aansluitende opleidingseisen (zie aanbeveling 4). De Commissie beperkt zich in deze aanbeveling nadrukkelijk tot de nieuwe beroepen zoals bedoeld in aanbeveling 4 en eventueel directe afgeleiden daarvan.

Aanbeveling 5.

De eigenstandige bevoegdheid van de nieuwe professionals moet worden gewaarborgd door hun middels de Wet BIG de mogelijkheid te bieden tot het voeren van de beschermde beroepstitel en daarmee tot het uitvoeren van voorbehouden handelingen.

De introductie van nieuwe professionals in de zorgorganisatie is een belangrijke ontwikkeling die vele nieuwe mogelijkheden en uitdagingen biedt. Dit gaat gepaard met verscheidene onzekerheden, want lang niet alle effecten zijn te voorspellen. Het toekennen van een eigenstandige bevoegdheid aan nieuwe professionals heeft gevolgen voor de verantwoordelijkheidsverdeling in het zorgcontinuüm. Dit aspect vereist uiterste zorgvuldigheid en definitieve stappen moeten pas worden genomen nadat enige ervaring in de praktijk is verkregen. De Commissie steunt de gedachte dat wegen gevonden worden die een voorlopige maar juridisch deugdelijke regeling mogelijk maken om nieuwe professionals in omschreven praktijksituaties toe te laten, inclusief hun eigenstandige bevoegdheid, alvorens definitieve aanpassingen in de Wet BIG aan te brengen. Op deze wijze kunnen nieuwe ontwikkelingen in

de zorg en veranderingen in de beroepenstructuur worden geëxploreerd en is tussentijdse evaluatie mogelijk over de ervaringen met een nieuwe aanpak. Of tot dit doel een experimenteerartikel vereist is of dat ook een andere benadering kan worden overwogen, moet nader worden bestudeerd.

In het verlengde van bovenstaande overweging wordt gewezen op de aanbeveling de zogeheten 'basisspecialist' te introduceren (zie aanbeveling 3 in dit advies): ook daar is een civiel effect noodzakelijk. Dit impliceert dat de bestaande regelgeving van de KNMG-colleges en KNMG-registratiecommissies (met name die van de medische specialismen) moet worden aangepast. Overwogen moet worden of de Wet BIG in dit verband een rol speelt of zou moeten spelen en zo ja, welke.

6. *Instellen opleidingsregio's*

De herinrichting van bestaande opleidingen en de inrichting van nieuwe opleidingen vormen nauw geassocieerde ontwikkeltrajecten waarin medische faculteiten en academische ziekenhuizen (de UMC's), niet-academische opleidingsziekenhuizen en overige opleidingsinrichtingen intensief moeten samenwerken, in goede afstemming en samenspraak met de beroepsgroepen. Na ontwikkeling en implementatie volgen uitvoering, onderhoud, evaluatie, aanpassing en verdere vernieuwing, alles in een soort repeterend continuüm.

Om dit blijvend in goede banen te leiden is een samenhangende organisatiestructuur nodig, waarin op transparante wijze de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden zijn verdeeld. Een dergelijke organisatiestructuur kan het best worden gerealiseerd in de vorm van opleidingsregio's, elk gegroepeerd rond een UMC.

Dit is in overeenstemming met de ontwikkeling die door de VAZ en de NVZ gezamenlijk al is ingezet, want zij hebben acht opleidingsregio's ingesteld waarin de UMC's met de omliggende niet-academische opleidingsziekenhuizen samenwerken. Aanvullingen zijn vereist in twee opzichten.

1. Gezien de betrokkenheid van HBO-instellingen bij de opleiding van NP's en PA's en de verwevenheid van die opleidingen met de academische en niet-academische opleidingsziekenhuizen, moet de samenstelling van de opleidingsregio niet tot deze ziekenhuizen beperkt blijven, maar ook de HBO-instellingen omvatten. Een opleidingsregio omvat dus in ieder geval het betreffend UMC, de omliggende opleidingsziekenhuizen en de omliggende HBO-instellingen die zorgopleidingen aanbieden.
2. De verdeling van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden moet duidelijk zijn geregeld, opdat de positie van de regio's en hun onderlinge afstemming alsmede hun relatie naar de overheid helder kan worden uitgewerkt en geïmplementeerd.

Aanbeveling 6.

Er moeten opleidingsregio's worden gevormd die elk ten minste bestaan uit een UMC, de omliggende opleidingsziekenhuizen en de omliggende HBO-instellingen die zorgopleidingen aanbieden, met een heldere verdeling van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

Details betreffende de taakverdeling tussen de regionale instellingen en de operationele organisatiestructuur binnen de regio dienen door elk van de opleidingsregio's zelf te worden uitgewerkt.

Voor de afstemming tussen de opleidingsregio's onderling is ook een organisatievorm op landelijk niveau vereist. Het overleg dat onlangs tussen VAZ, NVZ en Orde van medisch specialisten op gang is gebracht als 'lichtvoetig platform' kan hierin een rol van betekenis vervullen, mits ook de HBO-instellingen in dit overleg worden betrokken.

7. *Verpleegkundig opleidingscontinuüm*

Bij de verpleegkundige opleidingen zijn de laatste jaren veel veranderingen, vernieuwingen, uitbreidingen en aanvullingen op gang gebracht. Behalve innovatieve elementen hebben deze ontwikkelingen ook een zekere ondoorzichtigheid van het verpleegkundig opleidingscontinuüm met zich meegebracht. Naar analogie van 'De arts van straks' en de aanbevelingen voor revisies in het medisch opleidingscontinuüm zou ook het verpleegkundig opleidingscontinuüm met de afgeleide beroepenstructuur nader bekeken moeten worden. Het is van belang het continuüm van opleidingen, beroepen en functies in de verpleegkundige sector nader uit te lijnen, met bijzondere aandacht voor de onderscheiden kenmerken van de verschillende niveaus. Dit kan het best geschieden door een werkgroep waarin de verschillende deskundigheden zijn vertegenwoordigd.

Aanbeveling 7.

Er moet een werkgroep worden ingesteld om te adviseren omtrent het continuüm van verpleegkundige opleidingen, beroepen en functies, om te komen tot een transparante structuur met duidelijke kenmerken van de onderscheiden niveaus om een pragmatische implementatie in het zorgproces te realiseren.

Speciale aandacht is op zijn plaats voor de definiëring en positionering van de verpleegkundig specialist. De relaties ten opzichte van de nurse practitioner (NP) moeten zorgvuldig in kaart worden gebracht. Meer in het algemeen wordt op het volgende gewezen. Bij de aanbevolen vernieuwingen (aanbevelingen 4 en 5) lijkt aanvankelijk vooral de cure in beeld te zijn. De voorgestelde herzieningen zijn ook voor de care van groot belang en zullen, na de eerste ervaringen in de cure, dus zorgbreed worden uitgerold.

8. *Taakuitbreiding Capaciteitsorgaan*

Het Capaciteitsorgaan heeft als taken: (i) opstellen van een capaciteitsplan voor de vervolgopleidingen (huisartsen, medisch specialisten, sociaal geneeskundigen, verpleeghuisartsen en tandheelkundig specialisten); (ii) adviseren over de gewenste capaciteit van de initiële opleiding geneeskunde (de opleiding tot basisarts); en (iii) informatievoorziening aan het zorgveld en de overheid met betrekking tot de gewenste instroom in de medische en tandheelkundige (vervolg)opleidingen. Door taakherschikking en de introductie van nieuwe professionals zal de behoefte aan de hierboven genoemde traditionele zorgprofessionals veranderen: dat is immers een van de expliciete oogmerken. De behoefteramingen van traditionele en nieuwe professionals moeten dus in hun onderlinge verhouding worden opgesteld, welke verhouding bij de na te streven stapsgewijze ontwikkeling met het verloop van de tijd zal veranderen.

Aanbeveling 8.

De taakopdracht van het Capaciteitsorgaan moet worden uitgebreid met ramingen ten aanzien van nieuwe zorgprofessionals zoals nurse practitioners (NP's) en physician assistants (PA's). Deze nieuwe professionals moeten, evenals de traditionele zorgprofessionals, deel uitmaken van een door het Capaciteitsorgaan op te stellen capaciteitsplan.

De taakopdracht van het Capaciteitsorgaan moet dus worden aangepast. Aanbevolen wordt deze aanpassing zodanig te formuleren dat het Capaciteitsorgaan ook ramingen ten aanzien van andere dan de traditionele en nieuwe professionals in zijn advisering kan betrekken, indien dat relevant is in verband met lopende ontwikkelingen in de herziening van de organisatie van de zorgverlening.

9. *Instellen opleidingsfonds*

De huidige bekostigingssystematiek van de vervolgoopleidingen is ondoorzichtig en ondoelmatig. De bekostiging is op weinig transparante wijze verweven in de ziekenhuisbudgetten en er is geen duidelijke relatie tussen de opleidingsinspanningen van een ziekenhuis enerzijds en de voor opleidingen te reserveren budgetcomponent anderzijds.

Er is op korte termijn behoefte aan een heldere financieringssystematiek, waarin de academische en niet-academische opleidingsziekenhuizen en de opleidingsgroepen de door hen geleverde opleidingsinspanning volgens een in redelijkheid dekkend tarief in rekening kunnen brengen. Er moet onderscheid worden gemaakt tussen variabele en vaste kosten, opdat een stabiele infrastructuur voor opleidingsdoeleinden gewaarborgd is. De systematiek moet zodanig worden ingericht dat de vervolgoopleidingen vooralsnog niet, of althans niet direct, aan marktinvloeden onderhevig zijn.

Een soortgelijke financieringssystematiek dient ontworpen en geïmplementeerd te worden voor de opleiding van nurse practitioners en physician assistants, de nieuwe professionals. Speciale aandacht is vereist voor de kostenverdeling tussen opleidingsziekenhuizen enerzijds en de HBO-instellingen anderzijds, aangezien zij voornemens zijn de nieuwe HBO-masteropleidingen te gaan aanbieden.

Voor de praktische uitvoering van een deugdelijke financieringssystematiek is er behoefte aan een opleidingsfonds. Daaruit worden niet alleen de reële opleidingsinspanningen bekostigd, maar ook de kosten van innovatie en evaluatie van de genoemde zorgopleidingen. Ook de operationele kosten van de instanties ten behoeve van regelgeving en kwaliteitsbewaking van deze opleidingen kunnen vanuit het fonds worden gedekt.

Aanbeveling 9.

Er moet een opleidingsfonds worden ingesteld voor de bekostiging van de medische vervolgoopleidingen en van de opleidingen tot nurse practitioner en physician assistant, als onderdeel van het uitvoeringstraject van een nader te ontwerpen financieringssystematiek van deze opleidingen die op transparante wijze de werkelijk geleverde opleidingsinspanningen honoreert. Het opleidingsfonds is ook bedoeld voor ontwikkel- en innovatiekosten van nieuwe en bestaande opleidingen.

In dit verband moet nader worden gekeken naar de positionering van de zogeheten ziekenhuisopleidingen en naar de bekostiging daarvan. Een eerste stap is een nadere definiëring van het begrip 'ziekenhuisopleiding' en de vaststelling welke zorgopleidingen als zodanig moeten worden aangemerkt. Met dat uitgangspunt kan vervolgens ook voor deze opleidingen een consistente financieringssystematiek worden ontworpen. Onderdeel van dat ontwerp is de kwestie of het in te stellen opleidingsfonds ook bij deze opleidingen een rol speelt.

Voor de voeding van het opleidingsfonds staan verscheidene wegen open. Gedacht kan worden aan voeding vanuit de centrale premiekas dan wel, na hun implementatie, aan een toeslag op de DBC's, waarbij deze opslag buiten de onderhandelbare DBC-prijs moet blijven. In beide varianten vindt een evenredige reductie van de ziekenhuisbudgetten plaats. Deze technische materie moet zorgvuldig worden bekeken in overleg met alle partijen en in afstemming met het DBC-introductietraject, mede op basis van een beter inzicht in de feitelijke opleidingskosten dan nu voorhanden is. Dit laatste rechtvaardigt een gerichte inspanning om de feitelijke opleidingskosten op korte termijn in relevant detail in kaart te brengen.

3.2 IMPLEMENTATIE VAN DE AANBEVELINGEN

Een gecoördineerde aanpak is een absolute voorwaarde voor een voorspoedige implementatie van de aanbevelingen. Daarbij moet wel gerealiseerd worden dat deze vernieuwende ontwikkelingen complex zijn met de nodige onzekerheden, alleen al omdat de effecten en

resultaten van de aanbevelingen niet in alle opzichten voorspelbaar zijn, terwijl ook structurele maatregelen getroffen moeten worden. De gewenste implementatie zal een proces zijn van meerdere jaren waarin landelijke coördinatie en begeleiding hand in hand moeten gaan met de ontwikkeling in de praktijk van de zorgorganisatie. Daarom wordt een procedurele en/of structurele blauwdruk in deze fase niet aanbevolen.

3.2.1 INSTELLEN STUURGROEP MOBG

De Commissie is uitgesproken voorstander van een geleidelijke en stapsgewijze implementatie, van een proces van ‘lerend voorwaarts gaan’ en adviseert een voorlopige structuur in het leven te roepen voor de gecoördineerde implementatie van de aanbevelingen, alsmede voor de verdere uitwerking en implementatie van de daartoe strekkende regelgeving en structuren. Deze voorlopige structuur moet voorzien in een duidelijke regie van het implementatieproces, waarin de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en veldpartijen transparant gedefinieerd kan worden. De ontwikkeling en implementatie van een modern en doelmatig zorgproces en de daartoe noodzakelijke vernieuwing van het stelsel van zorgopleidingen is vooral een samenhangende taak van de veldpartijen. De rol van de overheid is in beginsel niet meer dan kaderstellend en richtinggevend tegen de achtergrond van de waarborging van het publiek belang.

Aanbeveling 10.

De implementatie van de in paragraaf 3.1 beschreven aanbevelingen, moet worden ondergebracht in een ontwikkeltraject dat op zeer korte termijn wordt ingezet. Dit ontwikkeltraject moet binnen vijf jaar uitmonden in een samenhangend stelsel van opleidingen en beroepen om een moderne en doelmatige organisatie van het zorgproces te realiseren. Een stuurgroep voor de Modernisering van de Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (Stuurgroep MOBG) moet dit ontwikkeltraject zakelijk aansturen en begeleiden.

De Commissie is dus van mening dat de bedoelde voorlopige structuur gerealiseerd moet worden in de vorm van een tijdelijke coördinatie-, implementatie- en ontwikkelgroep, voorlopig aangeduid als de Stuurgroep voor de Modernisering van de Opleidingen en de Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg (de Stuurgroep MOBG). Deze Stuurgroep wordt ingesteld voor de duur van maximaal vijf jaar door de minister van VWS in overeenstemming met de minister van OC&W. De leden van de Stuurgroep worden benoemd door de minister van VWS, eveneens in overeenstemming met de minister van OC&W. De Stuurgroep wordt samengesteld uit drie onafhankelijke leden, onder wie de voorzitter en om te beginnen vijf leden elk op voordracht van een van de volgende veldpartijen: de gezamenlijke UMC's, de NVZ, de Federatie KNMG, de AVVV en de HBO-raad. Waar nodig kan de stuurgroep in volgende fasen beperkt wordt aangevuld (o.a. huisartsen). Op deze wijze vinden we de brancheorganisaties (UMC's en NVZ) en de beroepsverenigingen (Federatie KNMG en AVVV) in de Stuurgroep. Bovendien zijn de opleidingsinstellingen aanwezig, zowel vanwege de UMC's als de NVZ (die immers de functie van werkgever met die van opleidingsinstelling combineren) als vanwege de HBO-instellingen. De leden van de Stuurgroep worden geacht hun inhoudelijke bijdrage met name vanuit hun eigen achtergrond te leveren.

3.2.2 OPDRACHT EN TAKEN STUURGROEP MOBG

De Stuurgroep heeft als overkoepelende opdracht de bevordering en begeleiding van de stapsgewijze implementatie van de aanbevelingen en de bewaking van de onderlinge samenhang. Als afgeleide taak adviseert de Stuurgroep gevraagd en ongevraagd de minister van VWS over de betreffende kwesties of vragen die daarmee in verband staan.

Om deze opdracht te realiseren ontwikkelt de Stuurgroep verschillende activiteiten. Daartoe behoren ten minste de volgende.

- Van elk van de aanbevelingen wordt in detail bekeken welk implementatietraject geboden is en welke spelers daarin een rol dienen te spelen. In overleg met de betreffende partijen wordt een plan van aanpak met bijbehorende taakverdeling en stappenplan opgesteld en aansluitend uitgevoerd. De Stuurgroep heeft tot taak het toezicht op de voortgang uit te oefenen en ontvangt tot dat doel regelmatig voortgangsrapportages.
- Gezien de complexiteit van de problematiek zijn zorgvuldig ontworpen ontwikkeltrajecten onmisbaar voor een geslaagde implementatie, waarvan proef- of ontwikkelprojecten een belangrijk onderdeel zullen vormen. De Stuurgroep zal de opleidingsregio's stimuleren tot het formuleren van implementatievoorstellen op onderdelen van de aanbevelingen. Deze voorstellen zullen vaak de opzet van een experiment hebben. Zorgvuldig geëvalueerde experimenten als onderdeel van ontwikkeltrajecten zullen een belangrijke onderbouwing vormen van structurele implementaties. Overwogen kan worden in dit verband de expertise van ZonMW in te schakelen.
- Er wordt een ontwerp voor de financieringssystematiek van de opleidingen gemaakt, alsmede voor de inrichting en het beheer van het opleidingsfonds. Hier ligt in eerste instantie een taak voor de experts van VWS in samenspraak met die van OC&W. Zij maken de analyse van de werkelijke opleidingskosten en het ontwerp van een nieuwe financieringssystematiek. Op basis daarvan zal de Stuurgroep het implementatietraject van het fonds kunnen begeleiden.
- Op korte termijn wordt een voorlopig opleidingsfonds ingesteld, te beheren door de Stuurgroep, met name voor de financiering van het hierboven genoemde ontwikkeltraject en de daarin ondergebrachte experimenten. Zolang de nieuwe financieringssystematiek nog onvoldoende is uitgewerkt om het fonds bij de bekostiging van de opleidingen in te schakelen, zal het fonds als 'voorlopig' opleidingsfonds kunnen functioneren voor de bekostiging van het implementatietraject en van de opleiding van de nieuwe professionals..
- Een heldere samenhang van de financieringssystematiek en de opleidingscapaciteit is van belang. De Stuurgroep zal deze afstemming bevorderen en kan daartoe gebruikmaken van de bij het Capaciteitsorgaan beschikbare kwantitatieve informatie en ramingen. In dit perspectief moet gezien worden of een aanpassing van de opdracht en positie van het Capaciteitsorgaan opportuun is. Advisering daaromtrent behoort tot de taak van de Stuurgroep.
- De Stuurgroep bevordert de ontwikkeling van een samenhangend stelsel voor de opleiding van professionals in de individuele gezondheidszorg, voor de erkenning van deze professionals en voor de kwaliteitsbewaking van de betreffende opleidingen en hun product. Dit stelsel van opleidingen moet gezien worden in het perspectief van een herziening van de beroepstructuur in de gezondheidszorg. De taken en functies van bestaande organen, instanties en structuren moeten in de overwegingen betrokken worden, zoals bijvoorbeeld de colleges en de registratiecommissies van de KNMG en de Raad voor de Huisartsenopleiding.
- Dit stelsel van opleidingen moet ingebed worden in een structurele samenhang van de uitvoerende instellingen en partijen. De Stuurgroep ontwikkelt daartoe een ontwerp met een transparante verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en veld en tussen de veldpartijen onderling. Deze structuur voorziet ook in de advisering over en de vaststelling van de opleidingscapaciteit van de betreffende beroepsgroepen en in de verdeling van de capaciteit over de opleidingsregio's . Het

Capaciteitsorgaan speelt hierin een voorname rol, die in het licht van de bedoelde structuur opnieuw gedefinieerd zal kunnen worden.

Gaande dit proces onderhoudt de Stuurgroep contact met de veldpartijen en met andere relevante instanties en organisaties. De recent als 'lichtvoetig platform' gestarte overlegstructuur tussen de VAZ, de NVZ en de Orde van medisch specialisten kan daartoe een van de aanspreekpunten zijn. Hetzelfde geldt voor de door de VAZ en NVZ gezamenlijk opgezette Raad voor de Ziekenhuisopleidingen, voor de Raad voor de Huisartsenopleiding en voor het Platform NP/PA.

De Stuurgroep zal ruim baan geven aan de initiatieven en de betrokkenheid van de veldpartijen en de betrokken instellingen, organisaties en instanties en hun expertise en potentiële ontwikkelcapaciteit ten volle benutten met oog voor hun kritische functies en posities. De Stuurgroep zal dergelijke initiatieven stroomlijnen en ordenen in een onderlinge samenhang, zodanig dat binnen redelijke termijn resultaten kunnen worden geboekt.

De algemene leidraad voor de Stuurgroep is dat in de lopende en nieuwe activiteiten en ontwikkelingen alsmede in de toekomstige structuren voor de overheid niet meer dan een richtinggevende en kaderstellende rol is weggelegd. De veldpartijen worden geacht, binnen deze kaders, de verantwoordelijkheid voor een goed functionerend opleidings- en beroepsuitoefeningssysteem in gezamenlijkheid zelf te dragen.

Bij de uitvoering van haar taken kan de Stuurgroep voor bepaalde onderdelen werkgroepen of Commissies instellen, of anderszins opdrachten tot advisering verstrekken.

De Stuurgroep moet beschikken over een solide secretariaat. Daarin functioneert ten minste een ambtelijk secretaris, met adequate secretariële en administratieve ondersteuning.

Tevens moet de Stuurgroep beschikken over een realistisch budget dat voldoende is voor de uitvoering van de opdracht en taken.

3.3 FINANCIËLE IMPLICATIES

De Commissie heeft geen uitgewerkt financieringsvoorstel opgesteld. Het vernieuwingstraject is complex en juist daarom bepleit de Commissie een stapsgewijze implementatie, aangestuurd door een Stuurgroep. De financiële implicaties van de vernieuwingen zullen in enig detail pas gaande het implementatietraject in kaart gebracht kunnen worden: de ervaring met praktijkontwikkelingen en experimentele proefprojecten zullen de vereiste onderbouwing voor betrouwbare berekeningen leveren.

In deze fase heeft de Commissie dus alleen een globale raming kunnen opstellen gebaseerd op een inventarisatie van de relevante kostenposten die met de implementatie van de aanbevelingen gepaard zullen gaan. Deze kostenposten zijn ten minste de volgende:

- modernisering opleidingsmethoden in de medisch specialistische vervolgopleidingen: deze modernisering is uit efficiency-overwegingen noodzakelijk en onvermijdelijk, maar zal gepaard gaan met een daling van de klinische productiviteit van de huidige medische staf en assistenten in de opleidingsziekenhuizen; dit heeft financiële consequenties;
- het opzetten van opleidingen voor de nieuwe professionals vereist ontwikkelkosten en zal op termijn ook een structurele kostenpost vertegenwoordigen;
- de introductie van nieuwe professionals en de herinrichting van de professionele organisatie in de gezondheidszorg vereisen zorgvuldig ontworpen ontwikkeltrajecten; dit gaat gepaard met ontwikkel- en introductiekosten;
- de Stuurgroep zal op deelgebieden werkgroepen of expertcommissies instellen of anderszins extern advies inwinnen; dit brengt kosten met zich mee;

- voor de Stuurgroep moet een budget worden gereserveerd voor de vacatiekosten en voor de kosten van het secretariaat en de overige exploitatiekosten.

Bovenstaande kostenposten staan los van de opleidingskosten die thans in belangrijke mate in de ziekenhuisbudgetten verweven zijn en die straks via het opleidingsfonds gesluisd zullen worden; veranderingen in de toegestane of afgesproken opleidingscapaciteit zullen variabele gevolgen hebben voor de omvang van deze kostenpost; de modernisering van de opleidingsmethoden zal een structurele verhoging van deze kostenpost betekenen.

Kostenraming

Het bovenstaande in overweging nemend komt de Commissie tot een raming van de kosten die binnen de komende vijf jaar gemaakt zullen worden ten behoeve van de implementatie van de aanbevelingen. Deze raming is weergegeven in de volgende Tabel.

Jaar	Kosten (mln euro)
2004	12,5
2005	15
2006	16,5
2007	25
2008	32,5
2004 t/m 2008	101,5

De Commissie komt derhalve tot de conclusie dat voor implementatie van de aanbevelingen in totaal een bedrag van ongeveer 100 miljoen euro nodig is voor de komende vijf jaar. Het merendeel van deze kosten vallen in het domein van volksgezondheid. In paragraaf 4.3 van deel 2 van dit advies is een nadere onderbouwing van deze kostenraming opgenomen.

Naast kosten ook baten

Door de Stuurgroep wordt jaarlijks een generaal activiteitenplan opgesteld met bijbehorende kosten. Niet alleen de kosten van de vernieuwingen worden op deze wijze stapsgewijs steeds exacter in beeld gebracht, maar ook de baten. Deze baten zullen te vinden zijn in een toegenomen transparantie, doelmatigheid en innovatieve ontwikkelingen, daarmee bijdragend aan de goede kwaliteit van de gezondheidszorg. De baten zullen ook te vinden zijn in efficiëntere en daardoor goedkopere opleidingstrajecten, in een versnelde reductie van de capaciteitstekorten met een relatieve toename van goedkopere zorgprofessionals en dus in kansverhogende omstandigheden voor werkzame marktprikkels.

Op termijn zullen de baten belangrijk bijdragen aan een eigentijds en efficiënt zorgproces van goede kwaliteit, opgewassen tegen de eisen van een sterk vergrijzende samenleving, bereikbaar, toegankelijk en betaalbaar binnen redelijke financiële kaders.