

DE ZORG VAN MORGEN
FLEXIBILITEIT EN SAMENHANG

DEEL 2
UITWERKING EN ACHTERGRONDEN

Advies van de
Commissie Implementatie
Opleidingscontinuüm en Taakherschikking

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	2
1. Probleemverkenning	3
1.1 Capaciteit	3
1.2 Flexibiliteit en loopbaanperspectief	3
1.3 Herstructurering medisch opleidingscontinuüm	4
1.4 Taakherschikking	4
2. Prioriteitstelling en fasering	6
2.1 De arts van straks	6
2.1.1 Conclusie over de aanbevelingen uit ‘De arts van straks’	13
2.2 Taakherschikking in de gezondheidszorg	14
2.2.1 Conclusie over de aanbevelingen uit ‘Taakherschikking in de gezondheidszorg’	19
2.3 Evaluatie Wet BIG	20
2.3.1. Conclusie over de aanbevelingen uit ‘Evaluatie Wet BIG’	22
3. Implementatie van de aanbevelingen	23
3.1 Verantwoordelijkheden	23
3.2 Ontwikkeltraject en Stuurgroep	23
3.2.1 Opdracht en taken Stuurgroep MOBG	24
3.3 Opleidingsfonds	26
3.4 Capaciteitsorgaan	27
3.5 Opleidingsregio’s en verantwoordelijkheidsverdeling	27
3.6 Afsluitende overwegingen	28
4. Financiële consequenties	29
4.1 Overzicht financiering opleidingen	29
4.2 Belangrijkste veranderingen in de nieuwe situatie	32
4.3 Globale raming financiële consequenties per aanbeveling	33
Literatuur	39
Bijlagen	
1. Beschikkingsbesluit	
2. Overzicht betrokken partijen	
3. Proefberekening opleidingskosten medisch specialist	
4. Overzicht ziekenhuisopleidingen	

INLEIDING

De Commissie is van mening dat de huidige knelpunten op de arbeidsmarkt niet alleen opgelost kunnen worden door steeds meer artsen en verpleegkundigen op te leiden. Het is daarom belangrijk dat maatregelen worden genomen die leiden tot een betere afstemming, zowel kwantitatief als kwalitatief, tussen zorgvraag en zorgaanbod. De Commissie heeft de eerder genoemde rapporten¹ als uitgangspunt genomen voor zijn standpuntbepaling. Het advies 'De arts van straks' bevat een aantal voorstellen om het medische beroepsonderwijs en de medisch specialistische vervolgopleidingen te moderniseren. Het advies van de RVZ bepleit taakherschikking tussen medische taken en paramedische en verpleegkundige taken onomwonden door te voeren. De RVZ omschrijft taakherschikking als "het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepen". Deze definitie maakt duidelijk onderscheid tussen 'beroep' en 'functie'. Dit is van belang vanwege het structurele karakter van taakherschikking. De ontwikkelingen op het gebied van taakherschikking vragen enerzijds om een flexibel wettelijk instrumentarium dat geen belemmeringen biedt waar dergelijke veranderingen zinvol en verantwoord zijn, anderzijds om waakzaamheid voor doorschietende delegatie en waarborgen voor de kwaliteit en veiligheid van de patiënt.

Leeswijzer

In dit deel 2 met een uitwerking en achtergrond van het advies is in kaart gebracht welke aanbevelingen of onderdelen van aanbevelingen van genoemde rapporten wel en welke niet in aanmerking komen voor implementatie. Tevens wordt aangegeven wanneer de betreffende aanbevelingen geïmplementeerd moeten zijn. Gezien de aard van de opdracht (zie beschikkingsbesluit in bijlage 1) worden in hoofdstuk 2 van dit deel van het rapport de aanbevelingen uit het rapport 'De arts van straks' en de voor de opdracht van de Commissie relevante aanbevelingen uit het RVZ-advies 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' en het rapport 'Evaluatie Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg' elk apart behandeld. In de hoofdstukken 3 en 4 wordt nader ingegaan op de aanbevolen implementatiestructuur respectievelijk de financiële consequenties. De tekst van deze twee hoofdstukken is in grote lijnen gelijk aan die van de overeenkomstige hoofdstukken in deel 1.

¹ De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm', KNMG et al, 2002, 'Taakherschikking in de gezondheidszorg', RVZ, 2003 en 'Evaluatie Wet BIG', ZonMW, 2002

PROBLEEMVERKENNING

Als gevolg van veranderingen in de samenleving is de zorgvraag aan verandering onderhevig (CBS, 2003). Het gaat om algemeen maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in de zorg die een andere werkverdeling tussen zorgprofessionals mogelijk maken. De veranderende zorgvraag stelt nieuwe eisen aan de deskundigheid van zorgprofessionals, aan hun technische en sociale vaardigheden, aan hun samenwerkingskwaliteiten en aan hun flexibiliteit. Tegelijkertijd wordt het aanbieden van kwalitatief goede, doelmatige en kosteneffectieve zorg belangrijker. Van nieuwe behandelingsmogelijkheden wordt verwacht dat men de effectiviteit ervan aantoot (zgn. evidence-based medicine). Er is een permanente spanning tussen een stijgende vraag naar meer en betere gezondheidszorg door de burgers en de noodzaak van een beheerste ontwikkeling van de kosten. Daarbij wordt de arbeidsmarkt steeds krappere en dat noopt in nog sterkere mate creatief om te gaan met de deskundigheid van (schaarse) professionals. Zonder nadere maatregelen zal de kwaliteit van patiëntenzorg in het gedrang komen. Om dat te voorkomen zijn maatregelen noodzakelijk – voor de korte én langere termijn. Daarom is de Commissie van mening dat de herinrichting van het medisch opleidingscontinuüm en taakherschikking niet alleen bekeken moeten worden vanuit het perspectief van de zorgvraag, de kwaliteit van de zorg en de volwaardigheid van (nieuwe) functies, maar ook vanuit het capaciteitsperspectief.

1.1 CAPACITEIT

De komende jaren zal de behoefte aan artsen sterk oplopen, zo blijkt uit de rapportages van het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan heeft geadviseerd om de instroom in de opleiding geneeskunde zo snel mogelijk te verruimen tot in ieder geval 2850 studenten. De staatssecretaris van OC&W heeft dat advies in juni 2003 overgenomen. De effecten van deze uitbreiding en verhoging van het aantal plaatsen bij de vervolgopleidingen zullen echter pas na tien tot twaalf jaar zichtbaar worden. Gezien de lengte van de initiële opleiding en vervolgopleidingen duurt het nu eenmaal zo lang voordat de eerste lichte huisartsen en specialisten beschikbaar komt. Capaciteitsproblemen doen zich vooral voor bij huisartsen en 13 van de 27 medische specialismen (Capaciteitsorgaan 2003), maar ook in de gehandicaptenzorg doen zich problemen voor, die betrekking hebben op een afnemende beschikbaarheid van zowel de AVG (Arts Verstandelijk Gehandicapten) als de huisarts. In de gezondheidszorg zijn de mogelijkheden voor het ontwikkelen van arbeidsbesparende technologieën gering. Mede hierdoor zal het personeelstekort een van de belangrijkste knelpunten voor effectieve en kwalitatief goede gezondheidszorg blijven. Dat vergt een doelmatige inzet van professionals.

1.2 FLEXIBILITEIT EN LOOPBAANPERSPECTIEF

De gezondheidszorg ontwikkelt zich in een hoog tempo en kennis raakt snel verouderd. Een 'leven lang leren' is dan ook noodzakelijk. Het komt steeds vaker voor dat artsen (tijdelijk) de arbeidsmarkt verlaten om tijd te besteden aan het gezin. In de huidige structuur kan niet flexibel worden ingespeeld op de maatschappelijke belangen van 'een leven lang leren' en de combinatie van arbeid, zorg en vrije tijd. Momenteel is de standaardlevensloop van de arts sterk verankerd in regelgeving en dagelijkse praktijk en deze laat weinig ruimte voor een meer individuele invulling. Zowel een overstap naar een andere tak binnen de zorgsector als het tijdelijk verlaten van de arbeidsmarkt roept veel problemen op. De zogenoemde 'actieve' periode van een geregistreerd specialist is beperkt. De initiële opleiding duurt zes jaar en een vervolgopleiding twee tot zes jaar. In het snelste geval is een arts in zijn of haar 26-ste levensjaar geregistreerd als specialist. De vijftigplussers zijn vaak al bezig met de afbouw van hun carrière. En dat werpt zijn schaduwen weer vooruit. Wie, als herintredende (vrouwelijke) arts weer aan de slag wil, wordt al vanaf 40 jaar - en soms zelfs jonger - als oud en weinig kansrijk beschouwd. De 'ideale

arts' hoort op die leeftijd immers het hoogtepunt in de carrière te bereiken en niet opnieuw te beginnen. Investerings in 40-plussers blijven daardoor veelal achterwege. Dit terwijl men dan nog een periode van 20 tot 25 jaar als arts kan werken. Dit betekent dat opleidingsfaciliteiten gecreëerd moeten worden, waarmee artsen volop aan het medische beroepsleven kunnen deelnemen. Flexibilisering is daarbij het sleutelwoord. Bovendien kan dit een bijdrage leveren aan de preventie van demotivatie en een eventuele carrièreswitch gemakkelijker maken.

Wil het artseneroep aantrekkelijk blijven voor de nieuwe generatie, dan zullen de arbeidsvoorwaarden concurrerend moeten zijn met die van vergelijkbare beroepen. Een goed salaris alleen is hierbij echter niet bepalend. Arbeidstijden, -inhoud, werksfeer en carrièreperspectieven zijn minstens zo belangrijk. Nu de conjunctuur terugloopt, worden de arbeidskansen en arbeidsvoorwaarden in het bedrijfsleven minder en komt voor de werkzoekenden de arbeidsmarkt van de gezondheidszorg weer in beeld. Toch is het belangrijk, gezien de ervaringen in het recente verleden, maatregelen te nemen met betrekking tot arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorwaarden, die het aantrekkelijk maken om in de gezondheidszorg te gaan én te blijven werken.

13 HERSTRUCTURERING MEDISCH OPLEIDINGSCONTINUÛM

In het rapport 'De arts van straks' wordt een kwalitatief hoogwaardig medisch opleidingstraject beschreven, dat als geheel minder lang duurt dan nu het geval is en efficiënter is ingericht. Gestreefd wordt naar een wetenschappelijk opgeleide, bekwame medicus, die communicatief en sociaal vaardig is, goed in een team functioneert, zijn werk adequaat kan organiseren en gemotiveerd is om een leven lang te leren en te reflecteren. In het rapport 'De arts van straks' worden voorstellen gedaan voor een toekomstig medisch opleidingscontinuüm. Concrete voorstellen zijn een andere invulling van de zesjarige initiële opleiding en een herstructurering van de vervolgoopleidingen. Als beide naadloos op elkaar aansluiten, kan de totale opleidingsduur (dat is de duur van de start van de initiële opleiding tot de inschrijving in één van de drie specialistenregisters) aanzienlijk worden bekort. Nu is dat traject erg lang en het bevat verscheidene vertragingen. Artsen zijn vaak pas rond hun 37-ste levensjaar klaar met hun vervolgoopleiding. Volgens het rapport 'De arts van straks' moet dit 30 jaar zijn. Bij de totstandkoming van het rapport is de Europese regelgeving als uitgangspunt geaccepteerd.

14 TAAKHerschikking

De personeelsproblematiek in de zorg beperkt zich niet tot de beschikbaarheid van voldoende hulpverleners; de beroepen- en opleidingsstructuur vergt eveneens aandacht. De maatschappelijke en politieke onrust en onvrede over de gezondheidszorg bieden kansen om de zorg anders te organiseren. Kwantiteit en kwaliteit staan niet los van elkaar. De aantrekkelijkheid van de beroepen in de zorg hangt samen met moderne werkverhoudingen in een heldere beroepenstructuur en met mogelijkheden tot professionele ontplooiing. Daarbij past een doelmatige inzet van professionals.

Mede vanuit capaciteitsoverwegingen wordt steeds vaker de vraag gesteld wat de kerntaken van artsen zijn. Artsen willen flexibel werken met meer aandacht voor medische taken, meer samenwerking en minder administratieve en managementtaken. Voor de grote diversiteit van vragen van patiënten kan een gedifferentieerd aanbod worden ontwikkeld door verschillende zorgprofessionals in te zetten. Taakherschikking kan hierbij een belangrijke rol spelen. Voor het opnieuw formuleren van zorgprocessen zijn een gemeenschappelijk referentiekader en een gemeenschappelijke taak een belangrijke succesfactor. Gezien de vele domeindiscussies is dat nu nog niet het geval. Zorginstellingen en beroepsorganisaties moeten randvoorwaarden creëren, waarbinnen een verschuiving van taken van artsen naar verpleegkundigen en doktersassistenten kan worden beoordeeld en gerealiseerd. De inzet van verpleegkundigen en andere disciplines binnen het medisch domein is mogelijk nu dankzij informatietechnologie

medische taken systematisch beschreven worden in wetenschappelijk gefundeerde handelingsprotocollen. Dit leidt tot het verkennen van nieuwe grenzen.

Hogescholen spelen op deze ontwikkelingen in en bieden opleidingen aan tot nurse practitioner, physican assistant, praktijkondersteuner huisartsenzorg en andere paramedische opleidingen. De bachelor- en masterstructuur (-structuur) biedt mogelijkheden voor het verder uitbouwen van dergelijke opleidingen.

Om de gezondheidszorg van voldoende én gemotiveerd personeel te kunnen voorzien, is een aantrekkelijk loopbaanperspectief een belangrijke voorwaarde. De nieuwe beroepen kunnen voor verpleegkundigen én paramedici een interessante carrièrestap betekenen. De RVZ constateert echter dat de huidige wet- en regelgeving belemmerend werkt. De Wet op de Geneesmiddelen staat de nurse practitioner het voorschrijven van welk geneesmiddel dan ook niet toe en medische verrichtingen die zijn overgenomen van de specialist, kunnen niet worden gedeclareerd bij de ziektekostenverzekering. Nieuwe beroepen zoals nurse practitioner en physican assistant zijn niet in de Wet BIG geregeld.

PRIORITEITSTELLING EN FASERING

2.1 DE ARTS VAN STRAKS

De veranderende zorgvraag noopt tot bijstelling van de positie van de arts, die hierop immers adequaat en zorgvuldig moet inspelen. Maar hoe kan hij of zij hiertoe het best worden uitgerust? In het rapport 'De arts van straks' worden voorstellen gedaan voor een toekomstig medisch opleidingscontinuüm. Concrete voorstellen zijn een andere invulling van de zesjarige initiële opleiding en een herstructurering van de vervolgoopleidingen. Als beide naadloos op elkaar aansluiten, kan de totale opleidingsduur aanzienlijk worden verkort. De totale medische opleiding is in de praktijk erg lang en bevat verscheidene vertragingen. Nu zijn artsen vaak pas rond hun 37-ste levensjaar klaar met hun opleiding. Volgens het rapport 'De arts van straks' moet dit 30 jaar zijn.

De voorstellen voor de nieuwe structuur van het opleidingscontinuüm in het rapport 'De arts van straks' hebben inhoudelijke overwegingen (de arts goed toerusten voor zijn beroepsuitoefening) op de voorgrond gestaan. De voorstellen beogen tevens dat de efficiëntie van het medisch opleidingscontinuüm toeneemt en dat de totale opleidingsduur kan verminderen.

Uit 'De arts van straks' advies 1. Naadloze aansluiting tussen initiële opleiding en vervolgoopleidingen

In het medisch opleidingscontinuüm moet een naadloze aansluiting tot stand komen tussen de initiële opleiding tot basisarts en de vervolgoopleidingen tot huisarts, verpleeghuisarts, arts voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialist en sociaal geneeskundige. Hiervoor zijn behalve organisatorische maatregelen ook een samenhangend stelsel van eindtermen voor het medisch opleidingscontinuüm noodzakelijk ('De arts van straks', pagina 55).

Oordeel van de Commissie

De Commissie is van mening dat de naadloze aansluiting gerealiseerd moet worden door middel van het schakeljaar en het samenhangend stelsel van eindtermen. Daar moet de eerste prioriteit worden gelegd.

Uit 'De arts van straks' advies 2. Structurering van het laatste jaar van de initiële opleiding als schakeljaar

Met het oog op de beoogde naadloze aansluiting tussen de initiële opleiding en de vervolgoopleidingen wordt het laatste jaar van de studie geneeskunde ingericht als schakeljaar onder verantwoordelijkheid van de UMC's c.q. de faculteiten geneeskunde. In dit jaar lopen de studenten een beperkt aantal stages van langere duur bij de specialismen van hun voorkeur. Daarbij voeren zij taken uit die momenteel worden verricht door de eerstejaars AGIO's, waardoor verkorting, bijvoorbeeld van maximaal zes maanden, van de vervolgoopleiding mogelijk wordt ('De arts van straks', pagina 55).

Oordeel van de Commissie

Naadloze aansluiting is van groot belang

Dat een goede aansluiting (zowel inhoudelijk als in tijd) tussen de initiële opleiding en de vervolgoopleidingen van groot belang is, blijkt uit het onderzoek van Cohen-Schotanus et al (2002) en de bevindingen van het Capaciteitsorgaan (Capaciteitsorgaan 2003, Velden, van der L.F.J. et al, 2003 en Velden, van der L.F.J. en Hingstman L, 2003). Recent gevestigde huisartsen en specialisten die hun studie begonnen in 1982-1983 bleken van mening te zijn dat zij vijf jaar verloren hadden, twee tijdens hun initiële opleiding en drie jaar tussen hun artsexamen en de start van de vervolgoopleiding. Het Capaciteitsorgaan is destijds door de voorzitter van de projectgroep 'De arts van straks' gevraagd om de consequenties van de

aanbevelingen uit 'De arts van straks' door te laten rekenen. Uit deze berekeningen blijkt het ideaalbeeld, van de dertigjarige geregistreerd specialist, bij ongewijzigd beleid, niet realistisch is. De helft van de vertraging die artsen oplopen tijdens het opleidingstraject, hangt samen met de lange overgangstijd tussen initiële- en vervolgopleiding. De belangrijkste reden daarvoor is het ontbreken van voldoende opleidingsplaatsen. Van de overige 3,5 jaar zit anderhalf jaar vertraging in een overschrijding van de duur van de initiële opleiding. En ten slotte zit een deel van de vertraging al in de tijd die voorafgaat aan de studie geneeskunde. Scholieren doen gemiddeld een jaar langer over het VWO en ze beginnen niet meteen na het behalen van hun VWO-diploma met de studie geneeskunde. Het blijkt dat aanbevelingen voor herstructurering van het medisch opleidingscontinuüm in ieder geval hard nodig zijn om te voorkomen dat de capaciteitstekorten in de medische beroepsgroep nog groter worden en dat de arts in de nabije toekomst nog later dan nu al het geval is als specialist wordt geregistreerd.

Het schakeljaar maakt naadloze aansluiting mogelijk

Het schakeljaar maakt het mogelijk in overleg met de specialistenopleidingen na te gaan of hiermee de artsopleiding beter kan aansluiten en zelfs overlappen met de doelen van een vroege fase van dergelijke opleidingen. Gezien de aard van dit voorstel is, meer dan bij andere studiejaren, in dit schakeljaar een zekere landelijke programma-uniformiteit noodzakelijk. Zo is het belangrijk dat reeds met de diversiteit van disciplines in de eerdere jaren is kennisgemaakt in de vorm van kortere of langere co-schappen. Een betere afstemming tussen initiële- en vervolgopleiding en snellere medeverantwoordelijkheid voor patiënten kan tijdswinst opleveren (zie ook advies 11. Eindtermen voor het gehele medisch opleidingscontinuüm).

Verdwijnen AGNIO

Wanneer de aanbevelingen uit 'De arts van straks' worden uitgevoerd, zal de assistent-geneeskundige niet in opleiding (AGNIO) over enkele jaren niet meer bestaan. Door de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen in de afgelopen jaren is dit proces overigens al volop merkbaar. Het verdwijnen van de deze groep kan een stimulus zijn studenten in het schakeljaar zelfstandiger te laten functioneren, waarbij zij een deel van de huidige taken van de AGNIO overnemen. Tevens kunnen veel werkzaamheden overgenomen worden door de NP en PA.

Landelijke uniformiteit is noodzakelijk

Op diverse plaatsen wordt reeds hard aan de invulling van het schakeljaar gewerkt. Behalve in de definiëring van het eindniveau van het voorlaatste studiejaar is het ook noodzakelijk landelijke uniformiteit na te streven binnen de invulling van het laatste opleidingsjaar, in overleg met de medisch-wetenschappelijke beroepsverenigingen. In 'De arts van straks' wordt voorgesteld om de grotere zelfstandigheid en verantwoordelijkheid van de student tijdens het schakeljaar tot uitdrukking te laten komen in de term 'semi-arts'. Op landelijk niveau moet dit begrip nader worden gedefinieerd.

Actoren: medische faculteiten (DMW-VSNU) en KNMG-colleges (CCMS, CHVG en CSG), die in nauw overleg met de medisch-wetenschappelijke beroepsverenigingen, huisartsinstellingen, NSOPH en opleidingsziekenhuizen bepalen welke kennis en vaardigheden de student in het schakeljaar moet opdoen voor een naadloze doorstroming naar een vervolgopleiding.

Gereed per: zie bij naadloze aansluiting en eindtermen

Domein: OC&W

Uit 'De arts van straks' advies 3, 4 en 5

In paragraaf 7.3 van 'De arts van straks' worden drie adviezen uitgebracht over de invoering van de -structuur. Aangezien de drie adviezen nauw met elkaar verweven zijn, worden eerst de adviezen genoemd, daarna volgt het standpunt van de Commissie.

Invoering -structuur

De UMC's bieden een geïntegreerde opleiding geneeskunde aan die tot het artsexamen opleidt. De invoering van de bachelor-masterstructuur moet dusdanig worden vormgegeven dat het geen beletsel vormt voor het geïntegreerde karakter van de initiële opleiding ('De arts van straks', pagina 56).

Certificaat bacheloropleiding geneeskunde

Aan de bacheloropleiding geneeskunde wordt een certificaat verleend volgens de geldende wettelijke regelingen. In de loop van de komende jaren zou onderlinge overeenstemming bereikt kunnen worden over de criteria op grond waarvan dat certificaat wordt verleend om te komen tot het vaststellen van landelijke tussentermen voor de bacheloropleiding geneeskunde, die gelden als de ingangstermen voor de masteropleiding geneeskunde. Om het doel van de -structuur te bereiken, namelijk uitwisseling tussen opleidingen, nationaal en bij voorkeur internationaal, zouden de overstapmogelijkheden tussen de initiële opleidingen verbeterd moeten worden ('De arts van straks', pagina 56).

Verlengde masteropleiding geneeskunde voor zij-instromers

Conform de Europese regelgeving wordt aan studenten met een ander dan geneeskundig bachelordiploma de mogelijkheid geboden in te stromen in een verlengde masteropleiding geneeskunde. Deze opleiding duurt in principe vier jaar met de mogelijkheid tot verkorting op basis van reeds verworven competenties. Ongeacht het traject gelden voor het artsexamen de eindtermen van het Raamplan Artsopleiding 2001 ('De arts van straks', pagina 56).

Oordeel Commissie

Als gevolg van grotere mobiliteit en internationalisering van de arbeidsmarkt vervagen de grenzen tussen de onderwijsstelsels in Europa. De -structuur maakt uitwisseling op nationaal en internationaal niveau mogelijk. Ook wordt zij-instroom mogelijk in een verlengde masteropleiding geneeskunde voor studenten met een ander bachelordiploma dan geneeskunde en voor paramedici of verpleegkundigen met een HBO-diploma en voldoende werkervaring.

Tussentermen

De Commissie ondersteunt de gedachte dat het hoger onderwijs moet worden aangepast om optimaal te kunnen inspelen op deze ontwikkelingen. Voor wat betreft de prioriteitstelling is de Commissie van mening dat de EU-doelstelling om te komen tot een open, flexibel, transparant en internationaal herkenbaar stelsel van hoger onderwijs aansluit bij de flexibilisering die in Nederland in het medisch onderwijs wordt nagestreefd. In dat licht bezien is de Commissie van mening dat bij advies 4 de formulering "In de loop van de komende jaren (...)" te vaag is. De Commissie is van mening dat de medische faculteiten binnen twee jaar de zogenoemde 'tussentermen' gezamenlijk moeten vaststellen.

Geen vierjarige masteropleiding voor zij-instromers

In 'De arts van straks' wordt voorgesteld om een vierjarige masteropleiding voor zij-instromers te ontwikkelen. Dit wordt gemotiveerd met het argument dat de bacheloropleidingen een gebrekkige aansluiting vertonen. De Commissie is echter van mening dat dit deficit door middel van een cursus of eventueel een extra bachelorjaar opgelost moet worden.

Actoren: medische faculteiten
Gereed per: 2005
Domein: OC&W

Onderzoeken of aanpassing EU-richtlijnen mogelijk is

De aanbevelingen van de projectgroep van 'De arts van straks' zijn allemaal te realiseren binnen de betreffende EU-richtlijnen. De projectgroep heeft daarvoor gekozen omdat het aanpassen van deze richtlijnen bijzonder tijdrovend is. De Commissie is echter van mening dat tot op zekere hoogte de EU-richtlijnen de beoogde flexibilisering (zie ook invoering modulair cursorisch onderwijs in de medisch specialistische vervolgopleidingen) in de weg staan. Onderzocht moet worden of deze aangepast kunnen worden.

Actoren: VWS en OC&W in samenwerking CPME
Gereed per: pm
Domein: VWS

Uit 'De arts van straks' advies 6. Opbouw vervolgopleidingen

De medische vervolgopleidingen moeten zo worden opgebouwd dat per onderdeel van de vervolgopleiding duidelijk wordt welke onderwijsdoelen bereikt moeten worden. De voortgang wordt regelmatig getoetst ('De arts van straks', pagina 57).

Oordeel Commissie

Zie uit 'De arts van straks' advies 7. Invoering modulair cursorisch onderwijs.

Uit 'De arts van straks' advies 7. Invoering modulair cursorisch onderwijs in de medisch specialistische vervolgopleidingen

Voor het cursorisch onderwijs in de medisch specialistische vervolgopleidingen moet expliciet tijd worden gereserveerd in de vorm van een aantal dagdelen per maand, bijvoorbeeld twee dagdelen per twee weken. Ook op de werkvloer moet door observatie en feedback expliciet aandacht aan de opleiding worden besteed. Zo kan worden afgesproken dat de AGIO een portfolio van zijn ervaringen bijhoudt. Regelmatig moet de voortgang van kennis, kunde en attitude worden getoetst, waarbij reflectie op de opleiding is inbegrepen ('De arts van straks', pagina 57).

Oordeel Commissie

De Commissie ondersteunt het belang van cursorisch onderwijs in aanvulling op het patiëntgebonden klinisch onderwijs. De structuur van dit cursorisch onderwijs kan modulair zijn en geconcentreerd in bepaalde dagen, maar ook andere constructies of mengvormen zijn denkbaar. De Commissie geeft daarom de voorkeur aan de term 'gestructureerd cursorisch onderwijs' in plaats van 'modulair cursorisch onderwijs'. Van belang is dat een minimale omvang wordt vastgesteld. De Commissie acht het redelijk dat (in overeenstemming met het advies van 'De arts van straks') minimaal 2/10 van de arbeidstijd van de specialist in opleiding wordt gereserveerd voor en besteed aan gestructureerd cursorisch onderwijs.

Vanouds is het medisch onderwijs gericht op het kennen en weten van studenten, maar de moderne benadering kiest voor een competentiegeoriënteerde inrichting van de opleiding. Het competentiegericht onderwijs richt de aandacht op de handelingsbekwaamheid; dat betekent een combinatie van kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes. Het leren van competenties betekent een andere aanpak van het onderwijs met aandacht voor onder meer beroepsechte opdrachten, opbouw van leerprocessen, leerdynamiek, leerlijnen, samenwerkend leren en anders toetsen. Naast kennis en inzicht moeten ook vaardigheden worden aangeleerd, zoals het toepassen van 'evidence based medicine', velerlei handvaardigheden, communicatieve en

sociale vaardigheden, planning en organisatie van de zorg en samenwerken met andere beroepsbeoefenaren (multiprofessioneel onderwijs). Naast deze inhoudelijke overwegingen zijn er ook praktische omstandigheden die dwingen tot modernisering van de onderwijsmethoden in de specialistenopleidingen. De traditionele wijze van opleiden (in hoofdzaak een soort leermeester-gezel principe) is in de huidige omstandigheden onvoldoende doelmatig en verscheidene opleidingen dreigen daardoor insufficiënt te worden. Dit wordt verklaard door een aantal factoren: de werkweek van de assistent-geneeskundige in opleiding is in de loop der jaren van zo'n 70-80 uur via zo'n 60-65 uur gereduceerd tot maximaal 48 uur per week (inclusief diensten), er is een explosieve toename van kennis en technische mogelijkheden die in de opleiding ingepast moeten worden, er is een toegenomen hectiek in de ziekenhuizen (o.a. veel hogere turn-over van patiënten), de opleidingen gebeuren steeds meer in deeltijd en er is een andere arbeidsethiek ontstaan. De opleidingsduur in jaren is intussen gelijk gebleven. Met andere woorden: er zijn te weinig adequate opleidingsmomenten. Modernisering van de opleidingen is dus noodzakelijk waarbij nieuwe en moderne leermethoden vereist zijn naast duidelijk omschreven leerdoelen (heldere eindtermen, zie ook het oordeel van de Commissie over advies 1 van 'De arts van straks') en een heldere procedure van beoordeling en toetsing. Een gestructureerd cursorisch onderwijsprogramma is vereist om de toepassing van moderne leermethoden te accommoderen. In dit verband is een voornamelijk rol weggelegd voor het zogeheten 'skills-lab'. In het verband van een gestructureerd cursorisch onderwijsprogramma kan het leerproces van de assistent-geneeskundige in opleiding duidelijk worden gevolgd. Tevens kan geïnventariseerd worden welke leermomenten in verschillende opleidingen overeenkomen en kunnen de verschillende opleidingen op elkaar worden afgestemd. Dat vergemakkelijkt niet alleen zij-instroom, maar hiermee kan tevens ingespeeld worden op de individuele wensen van de AGIO's, bijvoorbeeld zwangerschapsverlof en deeltijdopleiding. Bij het gestructureerd cursorisch onderwijs moeten de medische faculteiten een belangrijke rol spelen. Zij beschikken over de deskundigheid (professioneel en didactisch) en de vereiste infrastructuur.

Actoren: KNMG-colleges in samenwerking met medische faculteiten, wetenschappelijke verenigingen en brancheorganisaties
Gereed per: 2006
Domein: VWS

Uit 'De arts van straks' advies 8. Didactische scholing opleiders

Opleiders moeten didactisch worden geschoold voor zowel het geven van onderwijs in de praktijk (observeren en feedback geven) als voor het geven van cursorisch onderwijs. Nadien moeten de didactische kwaliteiten op peil gehouden en regelmatig geëvalueerd worden. De visitaties van de vervolgoopleidingen moeten meer op de inhoud van het onderwijs worden gericht en op de kwaliteit van de opleiders. Het is noodzakelijk om didactische kwaliteiten apart te honoreren, zoals dat nu al met onderzoekskwaliteiten gebeurt ('De arts van straks', pagina 57).

Oordeel Commissie

Dit advies is een logisch gevolg van de eerdere aanbevelingen uit 'De arts van straks'. Ook opleiders hebben competenties nodig om hun werk goed te kunnen uitvoeren en het leren daarvan is meer en anders dan het volgen van cursussen. Dat heeft gevolgen voor de accreditering van deskundigheidsbevorderende activiteiten. Visitaties van de vervolgoopleidingen moet zich meer gaan richten op de inhoud van het onderwijs en op de kwaliteit van de opleiders.

Actoren: KNMG-colleges (opleidingseisen) in samenwerking met medische faculteiten,
KNMG-registratiecommissies, wetenschappelijke verenigingen en brancheorganisaties
Gereed per: 2007
Domein: VWS

Uit ‘De arts van straks’ advies 9. Professioneel leren als leerstrategie

Professioneel leren² als leerstrategie moet expliciet opgenomen worden in de opleidingsprogramma’s. Daarnaast is het essentieel te omschrijven welke eindtermen op welk niveau beheerst moeten worden (‘De arts van straks’, pagina 57).

Oordeel Commissie

Zie uit ‘De arts van straks’ advies 7. Invoering modulair cursorisch onderwijs.

Uit ‘De arts van straks’ advies 10. Herstructurering medisch specialistische vervolgopleidingen

De medisch specialistische vervolgopleidingen worden geherstructureerd. Idealiter wordt een tweejarige basisvervolgopleiding tot basisspecialist gevolgd voor de opleiding tot medisch specialist, die twee tot drie jaar zou kunnen duren. Binnen de opleidingsduur kan de basisspecialist kiezen voor een brede specialisatie of voor een smallere specialisatie met verdieping van kennis en vaardigheden op één of meer aandachtsgebieden. Bij de planning van de vervolgopleidingen wordt rekening gehouden met vervanging bij onderbrekingen door zwangerschap, deeltijdopleiding, promotie etc. Aan de hand van de eindtermen ontwikkelen de verschillende specialismen gemeenschappelijke onderwijsmodules voor de opleiding tot basisspecialist in de eerste twee jaar. Een groot deel van de snijdende specialismen kent al een gezamenlijke basisscholing, net als de beschouwende specialismen, zodat verdere stroomlijning geen probleem zal zijn. Als eerste stap kunnen gezamenlijke modules ontwikkeld worden met een algemeen karakter (zoals communicatieve vaardigheden en epidemiologie), die ook door AGIO’s uit andere opleidingsclusters gevolgd kunnen worden (‘De arts van straks’, pagina 57).

Oordeel Commissie

De voorgestelde structuur is flexibel en efficiënt. Momenteel is de standaardlevensloop van de arts sterk verankerd in regelgeving en dagelijkse praktijk en deze laat weinig ruimte voor een meer individuele invulling. Zowel een overstap naar een andere tak binnen de zorgsector als het tijdelijk verlaten van de arbeidsmarkt roept veel problemen op. Dit betekent dat opleidingsfaciliteiten gecreëerd moeten worden, waarmee artsen volop aan het medische beroepsleven kunnen blijven deelnemen. Flexibilisering is daarbij het sleutelwoord. Wetenschappelijke verenigingen moeten gemeenschappelijke opleidingsfasen definiëren. Als eerste stap kan gekeken worden naar de mogelijkheid om gezamenlijke modules te ontwikkelen. Dit kunnen zowel vakinhoudelijke modules zijn als modules met een algemeen onderwerp, zoals communicatieve vaardigheden en epidemiologie. Bovendien kan dit een bijdrage leveren aan de preventie van demotivatie en een eventuele carrièreswitch gemakkelijker maken.

De voorstellen van ‘De arts van straks’ wijzen via de herstructurering van de opleiding de weg naar een fundamentele vernieuwing van de medische beroepenstructuur. Waar traditioneel alleen een onderscheid in specialismen bestaat (‘horizontale differentiatie’) wordt nu de eerste stap gezet naar onderscheid in niveau van specialisatie (‘verticale differentiatie’). De Commissie acht dit een gunstige ontwikkeling.

Basisspecialist moet geregeld worden

In de Wet BIG worden alleen de basisarts en de specialist geregeld. De registratie van basisartsen vindt plaats in het BIG-register en de specialisten worden geregistreerd bij de registratiecommissies van de KNMG. Het civiel effect van de basisvervolgopleiding moet dus

² Professioneel leren wordt in het rapport ‘De arts van straks’ gedefinieerd als: ‘het integreren van ervaringsleren, sociaal leren en theoretisch leren, zowel individueel als gezamenlijk, gericht op zowel de verbetering van het professionele handelen als van de handelingssituatie’

worden vastgesteld. Onderzocht moet worden waar en op welke wijze de basisspecialisten geregistreerd zullen worden.

Actoren: VWS, KNMG-colleges en –registratiecommissies
Gereed per: 2005
Domein: VWS

EU-richtlijnen maken verkorting medisch specialistische opleidingen mogelijk

De duur van de vervolgopleiding van verscheidene medische specialismen is langer dan het Europees toegestane minimum. Echter, inhoud en kwaliteit zijn bepalend voor de lengte van de opleiding. Voordat iets over de duur gezegd kan worden, moeten de eindtermen worden geformuleerd. Dit laat onverlet dat bij de grote klinische poortspecialismen, wanneer rekening wordt gehouden met de klinische verworvenheden van het schakeljaar, de AGIO vrijstellingen moet kunnen krijgen. De huidige Europese regelgeving is hiervoor geen belemmering meer, nu in EU-Richtlijn 2001/19 van 14 mei 2001, voor veel klinische specialismen een minimale duur is vastgelegd die korter is dan de huidige duur.

Dat geldt overigens niet voor de opleidingen tot sociaal geneeskundige en de huisartsenopleiding. De aanbevelingen van de projectgroep van ‘De arts van straks’ zijn allemaal te realiseren binnen de betreffende EU-richtlijnen. Men heeft daarvoor gekozen omdat het aanpassen van deze richtlijnen bijzonder tijdrovend is. De Commissie is van mening dat de EU-richtlijnen de beoogde flexibilisering in de weg staan. Onderzocht moet worden of deze aangepast kunnen worden. Vooral nog zullen de oplossingen binnen de EU-kaders gezocht moeten worden. Bij de huisartsenopleiding, nu nog drie jaar, kan bij een adequate invulling van het schakeljaar, worden gedacht aan een duur van 2 tot 2,5 jaar, waarbij de laatste fase kan worden doorgebracht als ‘junior huisarts’ onder supervisie, eventueel met een zekere specialisatie binnen deze opleiding.

Actoren: KNMG-colleges (opleidingseisen) in samenwerking met KNMG-registratiecommissies en wetenschappelijke verenigingen
Gereed per: 2005
Domein: VWS

Uit ‘De arts van straks’ advies 11.

Eindtermen voor het gehele medisch opleidingscontinuüm

Voor de initiële opleiding en de vervolgopleidingen moet een samenhangend stelsel van algemene eindtermen ontwikkeld worden en daarnaast disciplinespecifieke eindtermen voor elke vervolgopleiding. Met behulp daarvan moet ook binnen de vervolgopleidingen een sterk accent op de ontwikkeling van adequaat professioneel gedrag aangebracht worden. Op basis van deze eindtermen kunnen opleidingsprogramma’s geformuleerd worden. Daarbij is het essentieel te omschrijven welke kennis op welk niveau voor welk diploma beheerst moet worden. Daartoe moeten toetsen ontwikkeld worden, zowel voor individuele toetsing als voor de toetsing van de opleidingskwaliteit van opleider en instelling, bijvoorbeeld door middel van een visitatieprocedure (‘De arts van straks’, pagina 59).

Oordeel Commissie

Dit is een belangrijk advies, waarmee een generale samenhang van de aanbevelingen wordt aangebracht. Dit jaar is het Centraal College voor de Medische Specialismen (CCMS) gestart met de ontwikkeling van een stelsel van eindtermen. Dit stelsel wordt gebaseerd op het Canadese systeem van beoordeling en toetsing: de Canadian Medical Education Directions for Specialists (CanMEDS). Dit model definieert het beroepsprofiel van de medisch specialist aan

de hand van ruim twintig sleutelcompetenties. Vertaald naar de Nederlandse situatie zijn deze competenties gegroepeerd in zeven rollen: (i) medisch handelen, (ii) communicatie, (iii) samenwerking, (iv) kennis en wetenschap, (v) maatschappelijk handelen, (vi) organisatie en (vii) professionaliteit. Deze ordening vertoont grote overeenkomsten met het profiel van 'De arts van straks'³. Het is dan ook van belang dat de Nederlandse uitwerking van CanMEDS gebruikt wordt als het raamwerk van algemene eindtermen van de vervolgoopleidingen en dat deze aansluiten op de initiële opleiding. Het is de taak van de KNMG-colleges om in afstemming met de wetenschappelijke verenigingen en de medische faculteiten (DMW/VSNU) hieraan een verdere uitwerking te geven.

Actoren: KNMG-colleges, medische faculteiten in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen

Gereed per: 2005

Domein: OC&W en VWS

Uit 'De arts van straks' advies 12. Aanvulling Raamplan Artsopleiding 2001

In het Raamplan Artsopleiding 2001 wordt met nadruk aandacht gegeven aan de wetenschappelijke opleiding en scholing van de basisarts. Dat vormt ook een essentieel element in de te formuleren algemene eindtermen van het medisch opleidingscontinuüm. Het raamplan moet in verband met de veranderende zorgvraag en maatschappelijke veranderingen worden aangevuld ('De arts van straks', pagina 59).

Commentaar Commissie

De voorgestelde wijzigingen moeten de arts van straks goed toerusten voor de beroepsuitoefening. De Commissie is van mening dat de dynamiek van de gezondheidszorg een continue aanpassing vergt van de curricula. Voor de uitwerking daarvan wordt verwezen naar het commentaar bij advies 11.

2.1.1 CONCLUSIE OVER DE AANBEVELINGEN UIT 'DE ARTS VAN STRAKS'

Het advies 'De arts van straks' bevat een aantal voorstellen om het medische beroepsonderwijs en de medisch specialistische vervolgoopleidingen te moderniseren. De belangrijkste aanbevelingen betreffen de naadloze aansluiting tussen de initiële opleiding en de vervolgoopleidingen en de herstructurering van de vervolgoopleidingen. De aanbevelingen zijn hard nodig om een goede kwaliteit van de medische opleidingen te bevorderen, wat een vanzelfsprekende voorwaarde is voor een goede medische beroepsbeoefening. Verder zijn ze van belang om te voorkomen dat de capaciteitstekorten in de medische beroepsgroep nog groter worden en dat de arts in de nabije toekomst nog later dan nu al het geval is als specialist wordt geregistreerd. De inspanning wordt gericht op eerdere registratie.

De voorgestelde structuur is flexibel en efficiënt. De gebruikelijke levensloop van de arts is sterk verankerd in regelgeving en dagelijkse praktijk; er is weinig ruimte voor een meer individuele invulling. Het is dus zeer gewenst dat opleidingsfaciliteiten worden gecreëerd, die bevorderen dat artsen volop aan het medische beroepsleven kunnen blijven deelnemen. Flexibilisering is daarbij het sleutelwoord.

In de Europese Unie (EU) zijn afspraken gemaakt over de minimale inhoud en duur van de artsopleidingen om de vrije uitwisseling van personen, diensten en diploma's mogelijk te maken. De aanbevelingen van de projectgroep van 'De arts van straks' zijn allemaal te realiseren binnen de betreffende EU-richtlijnen. De projectgroep van 'De arts van straks' heeft

³ De arts van straks: is een bekwaam medicus; is wetenschappelijk opgeleid en georiënteerd; is communicatief en sociaal vaardig; functioneert goed in een team; kan zijn werk adequaat organiseren en is gemotiveerd om een leven lang te leren en te reflecteren.

daarvoor gekozen omdat het aanpassen van deze richtlijnen bijzonder tijdrovend is en de haalbaarheid onduidelijk.

De duur van de medisch specialistische vervolgopleidingen is in Nederland meestal langer dan de minimale opleidingsduur volgens de Europese richtlijnen. Nagegaan moet worden welke van deze opleidingen verkort kan worden zonder verlies van kwaliteit. De huidige Europese regelgeving is hiervoor geen belemmering meer, nu in EU-Richtlijn 2001/19 van 14 mei 2001 voor veel specialismen een minimale duur is vastgelegd die korter is dan de huidige duur.

De introductie van competentiegericht onderwijs betekent een andere aanpak van het onderwijs, gericht op handelingsbekwaamheid met aandacht voor onder meer beroepsechte opdrachten, opbouw van leerprocessen, leerdynamiek, leerlijnen, samenwerkend leren en anders toetsen. Een factor van betekenis is de introductie van gestructureerd cursorisch onderwijs in de specialistische vervolgopleidingen.

Helaas maakt de Europese regelgeving het vooralsnog onmogelijk om korting te verlenen voor verworven competenties. De Commissie is van mening dat de EU-richtlijnen op dit punt de beoogde flexibilisering in de weg staan en zo mogelijk aangepast dienen te worden.

De capaciteitsproblemen zijn het grootst bij de huisartsenzorg. Maatregelen zijn daarom hard nodig om deze problemen het hoofd te bieden. Bij de huisartsopleiding, nu nog drie jaar, kan bij een adequate invulling van het schakeljaar worden gedacht aan een verkorting tot een duur van 2 tot 2,5 jaar, waarbij de laatste fase kan worden doorgebracht als 'junior huisarts' onder supervisie.

Het advies 'De arts van straks' is geen één op één oplossing voor het tekort aan medisch specialisten in de toekomst, maar helpt wel om het oplossen van die tekorten tegen te gaan. De Commissie is van mening dat het advies 'De arts van straks' een sterke kwaliteitsverbetering en een modernisering van het medisch beroepsonderwijs betekent. Implementatie van deze voorstellen wordt daarom krachtig aanbevolen.

2.2

TAAKHERSCHIKKING IN DE GEZONDHEIDSZORG

Door een andere verdeling van taken krijgen artsen de gelegenheid zich minder met eenvoudige problemen en administratieve routine bezig te houden en meer aandacht te besteden aan de patiënt en met ernstige, complexe of ongebruikelijke problematiek. De assistent of de verpleegkundige kan veel voorkomende en minder gecompliceerde problemen vaak heel goed zelfstandig oplossen. Een 'zorgadvieslijn' waar patiënten 24 uur per dag en alle dagen in de week telefonisch advies voor gezondheidsklachten kunnen inwinnen, moet de toegankelijkheid van de zorg verbeteren. Dat betekent wel dat de opleidingen moeten veranderen en dat de kwaliteit moet zijn gewaarborgd. Volgens de RVZ is dat de kern uit het advies 'Taakherschikking in de gezondheidszorg'. Hierin stelt de RVZ dat de bestaande taakverdeling vooral is te verklaren vanuit historie en traditie. Het schuiven van taken, bijvoorbeeld om wachtlijsten te verkorten of om de zorg beter te organiseren, vindt op dit moment vaak informeel plaats. Dat heeft een aantal nadelen en de RVZ constateert dat er zich nu al problemen voordoen, die zullen toenemen als er geen maatregelen worden genomen. De RVZ pleit er daarom voor dat de verschuiving in taakverdeling tussen beroepen, die zich nu (informeel) aftekent, duidelijker gestructureerd wordt. Verder adviseert de RVZ om ten behoeve van te creëren nieuwe beroepen een speciaal fonds in te stellen. De RVZ heeft zijn aanbevelingen in vijf clusters ondergebracht: informatie en communicatie, opleidingen (aanpassen), taakherschikking benutten voor innovatie en toegankelijkheid, financiële incentives om taakherschikking te stimuleren en het aanpassen van wet- en regelgeving. In deze paragraaf worden de aanbevelingen behandeld die vanwege de taakopdracht relevant zijn voor de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking.

Uit RVZ-advies ‘Taakherschikking’ advies 1. Informatie en communicatie

De RVZ adviseert de overheid te zorgen voor toegankelijke informatie over beroepsgroepen in de gezondheidszorg met diverse middelen, waaronder internet. Opleidingen moeten bovendien veranderen om toekomstige zorgverleners voor te bereiden op een ander takenpakket en meer samenwerking (‘Taakherschikking in de gezondheidszorg’, pagina 64).

Oordeel Commissie

Hier ligt een taak voor de overheid. Die moet de burger informeren over wie wat doet in de gezondheidszorg en waarom. Op die manier kan het draagvlak voor taakherschikking bij patiënten worden vergroot.

Actoren: VWS in samenwerking met beroepsverenigingen en werkgevers
Gereed per: 2004
Domein: VWS

Uit RVZ-advies ‘Taakherschikking’ advies 2. Opleidingen

Curricula van opleidingen moeten aangepast worden aan taakherschikking. Verder beveelt de RVZ aan daarvoor in aanmerking komende opleidingen en opleidingseisen aan te passen aan gewenste (en toekomstige) taakherschikking. De RVZ vindt dat de minister van VWS eisen moet kunnen stellen aan de opleiding tot doktersassistente (‘Taakherschikking in de gezondheidszorg’, pagina 5).

Oordeel Commissie

Bij het organiseren van vraaggerichte zorg binnen de maatschappelijke en economische context gaat het om het leveren van verantwoorde en doelmatige zorg door beroepsbeoefenaren die kwalitatief goede zorg volgens professionele standaarden kunnen bieden tegen een aanvaardbare prijs. Bij de verdeling van taken dient uitgegaan te worden van een omschrijving van de zorg die gezamenlijk wordt geleverd en van de gewenste competenties van de betrokken beroepsbeoefenaren.

Ontwikkelen verpleegkundig opleidingscontinuüm

In het RVZ-advies wordt met name de nadruk gelegd op de nurse practitioner (NP) en physician assistant (PA). Het betreft zelfstandige beroepen op het niveau van HBO-masters. Dit zijn voor ons land nieuwe beroepen, terwijl artsen al sinds jaar en dag samenwerken met gespecialiseerde verpleegkundigen, bijvoorbeeld de intensive care- en kinderverpleegkundigen. De introductie van nieuwe beroepen mag niet ten koste gaan van deze bestaande beroepen, die hun waarde in de zorg ruimschoots hebben bewezen. Tegelijkertijd constateert de Commissie dat er een wirwar aan verpleegkundige specialisaties is ontstaan. Het is niet altijd duidelijk wat deze specialisaties betekenen voor de verpleegkundige beroepsuitoefening. Als helder is op welk niveau het beroep wordt uitgeoefend kan ook bepaald worden op welk niveau de registratie van verpleegkundig specialisten moet plaatsvinden. In navolging van het rapport ‘De arts van straks’ is de Commissie van mening dat er behoefte is aan een heldere analyse van de verpleegkundige beroepenstructuur. Aan de hand van zo’n analyse kan een verpleegkundig opleidingscontinuüm ontwikkeld worden.

Daarnaast pleit de Commissie ervoor, in overeenstemming met ‘De arts van straks’, experimenten te starten om de mogelijkheden en beperkingen van taakherschikking in de praktijk te toetsen.

Actoren: AVVV en LEVV in samenwerking met federatie KNMG en werkgevers
Gereed per: 2005

Domein: VWS

Vaststellen uitstroomniveaus NP en PA

Studenten worden aan de hand van toetsbare eindtermen opgeleid voor beroepsrollen met bepaalde competenties. De HBO-opleiding tot Praktijkondersteuner Huisartsenzorg is gericht op niet-complexe, geprotocolleerde medische zorg onder supervisie van een arts. Afgestudeerden aan de masteropleidingen NP en PA zijn inzetbaar in complexere medische situaties waar protocollen een hulpmiddel zijn, maar waarbij vooral overzicht en inzicht gevraagd wordt. De rol van een PA is die van een behandelaar in het medisch domein, die zelfstandig hoogwaardige professionele zorg biedt en vooralsnog werkt onder supervisie van een specialist. De NP is een verpleegkundige met hoogwaardige, professionele vaardigheden, die vanuit de centrale verpleegkundige beroepsrol taken uit het medisch domein overneemt, in nauwe samenwerking met en voor het medische gedeelte vooralsnog onder supervisie van de medicus. Hoe de twee beroepen zich zullen ontwikkelen is nog niet te zeggen. Voor NP's zijn inmiddels functieomschrijvingen ontstaan, voor de PA's moet dit nog gebeuren. In de Verenigde Staten komen voor sommige functies beide beroepsbeoefenaren in aanmerking. In advertenties vraagt men dan naar een PA of NP, waarna meestal het specialisme volgt waarin de sollicitant thuis moet zijn. In Nederland is op initiatief van VWS een platform in het leven geroepen met vertegenwoordigers van academische ziekenhuizen en alle hogescholen die de opleidingen NP en PA aanbieden of dit van plan zijn. Het doel is het vergelijkbaar maken van opleidingsprogramma's en uitstroomniveaus voor de Nederlandse situatie. De Commissie sluit niet uit dat op termijn deze functies in elkaar zullen opgaan.

Actoren: Beroepsverenigingen (AVVV en federatie KNMG) in samenwerking met werkgevers en overheid.

Gereed per: 2005

Domein: VWS

NP en PA onderbrengen bij het HBO

In de -structuur wordt onderscheid gemaakt tussen masters op professional (beroepsgericht) en op science (onderzoeksgericht) niveau. De beoogde vernieuwingen op het gebied van taakherschikking moeten worden neergelegd bij professionals die daarvoor goed zijn toegerust. Het gaat om vernieuwingen op een overstijgend niveau, waarbij een brede basisopleiding vereist is en het vermogen om kritisch te analyseren en creatief te denken naar oplossingen. Daarvoor is een HBO-niveau noodzakelijk. In Nederland worden de NP en PA beroepsgericht opgeleid tot professional master. Het ligt daarom voor de hand dat deze opleidingen worden ondergebracht bij het HBO. Een tweede argument hiervoor ligt in het feit dat de hogescholen veel ervaring hebben met het opleiden van verpleegkundigen en paramedici. Deze kennis is van belang voor het ontwikkelen van in- en doorstroomroutes. De werkzaamheden van artsen, verpleegkundigen en paramedici zijn complementair aan elkaar. Een intensieve samenwerking tussen de medische faculteiten (UMC's) en hogescholen is daarom van groot belang.

Actoren: OC&W

Gereed per: 2004

Domein: OC&W

Nieuwe opleidingen ontstaan binnen het wetenschappelijk onderwijs

Het groeiende artsentekort biedt ook ruimte voor nieuwe professionals op WO-niveau. In het RVZ-advies wordt hierover niets vermeld. Als gevolg van de technologische ontwikkelingen ontstaat er vermoedelijk enige vraag naar technisch en natuurwetenschappelijk geschoolde academici, die medisch specialisten kunnen ondersteunen. De Universiteiten van Twente en

Eindhoven spelen hierop in met de opleidingen tot respectievelijk 'klinisch technoloog' en 'medisch ingenieur'. Het is nog onduidelijk hoe deze twee beroepen zich tot elkaar zullen ontwikkelen.

Uit RVZ-advies 'Taakherschikking' advies 3. Innovatie en toegankelijkheid

Om de zorg te innoveren en de toegankelijkheid te vergroten, beveelt de RVZ twee nieuwe vormen van taakherschikking aan. In de eerste plaats de totstandkoming van een 'zorgadvieslijn'. Patiënten kunnen hier telefonisch terecht voor een eerste telefonisch advies van verpleegkundigen of doktersassistenten. In de tweede plaats de RVZ experimenten aan met walk-in-centra, gerund door daartoe speciaal opgeleide verpleegkundigen (nurse practitioners). Dat zijn locaties waar patiënten zonder afspraak terecht kunnen voor de behandeling van eenvoudige gezondheidsklachten. Bij voorkeur daar waar het tekort aan huisartsen het meest nijpend is. Verder zouden naast de huisarts ook de fysiotherapeut, andere paramedici en de nurse practitioners rechtstreeks toegankelijk moeten zijn ('Taakherschikking in de gezondheidszorg', pagina 64).

Oordeel Commissie

De toegevoegde waarde van taakherschikking vergeleken met bijvoorbeeld functiedifferentiatie is gelegen in het feit dat er meer mogelijkheden komen om de zorg anders te organiseren. Voor de grote diversiteit van vragen van patiënten kan een gedifferentieerd aanbod worden ontwikkeld door verschillende zorgprofessionals in te zetten. Dit heeft als belangrijkste effect dat de zorg toegankelijker wordt, alsmede doelmatiger.

De RVZ gaat ervan uit dat door taakherschikking artsen meer tijd beschikbaar krijgen voor patiënten met minder eenvoudige, ernstige, complexe of ongebruikelijke problematiek. Taakherschikking zal ook aan de oplossing van het capaciteitsvraagstukken kunnen bijdragen, maar de mate waarin dat het geval zal zijn, is nog onduidelijk. Het is daarom van belang dat indicatoren worden ontwikkeld, waarmee de medisch-inhoudelijke kwaliteit, de benodigde capaciteit en kosteneffectiviteit vastgesteld kunnen worden.

Actoren: VWS en beroepsverenigingen

Gereed per: continu

Domein: VWS

Uit RVZ-advies 'Taakherschikking' advies 4. Financiële incentives om taakherschikking te stimuleren

Voor de opleidingen voor nieuwe beroepen beveelt de RVZ aan een opleidingsfonds te creëren, zodat gelden ook daadwerkelijk aan vernieuwing besteed worden. Taakherschikking kan worden bevorderd met behulp van financiële incentives. De RVZ beveelt de ziekenhuizen aan de toekomstige financiering met behulp van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) daarvoor te benutten. In de AWBZ-sector zou daarvoor een aparte budgetparameter ontwikkeld moeten worden. Verzekeraars zouden taakherschikking kunnen bevorderen door polisdifferentie ('Taakherschikking in de gezondheidszorg', pagina 64).

Oordeel Commissie

Om voor opleidingen tot nieuwe beroepen of nieuwe beroepsbeoefenaren (o.a. praktijkondersteuner NP en PA) niet afhankelijk te zijn van de bereidheid van individuele instellingen om daarvoor ruimte te vinden in het budget, adviseert de RVZ de overheid daarvoor een opleidingsfonds te creëren. Het RVZ-advies heeft echter alleen betrekking op nieuwe beroepen.

Instellen Opleidingsfonds

De Commissie is van mening dat een opleidingsfonds moet worden ingesteld voor de bekostiging van de medische vervolgopleidingen en van de opleidingen tot NP en PA, als onderdeel van het uitvoeringstraject van een nader te ontwerpen financieringssysteem van deze opleidingen. Deze financieringssysteem moet op transparante wijze de werkelijk geleverde onderwijs- en opleidingsinspanningen honoreren. Daarnaast is het opleidingsfonds bedoeld voor ontwikkel- en innovatiekosten van nieuwe en bestaande opleidingen.

Het ontbreekt bij de medische vervolgopleidingen aan een heldere samenhang tussen capaciteitsraming en financieringssysteem (MDW, 2001). Het belangrijkste probleem is dat huidige financiering van de medische vervolgopleidingen versnipperd is. Als gevolg hiervan vindt besluitvorming op verschillende niveaus plaats waarbij onderlinge afstemming nagenoeg ontbreekt, wat weer problemen ten aanzien van de structurele financiering met zich kan meebrengen. Tevens bestaat er onvoldoende inzicht in de kosten en opbrengsten van de opleidingen. Daarbij komt dat zowel de kwalitatieve aanbevelingen uit 'De arts van straks' en kwantitatieve aanbevelingen van het Capaciteitsorgaan financiële gevolgen zullen hebben voor de medische vervolgopleidingen. Het is daarom van groot belang dat het opleidingsfonds en Capaciteitsorgaan op een samenhangende wijze functioneren. Daarin moeten niet alleen de initiële opleiding geneeskunde en de medische en tandheelkundige vervolgopleidingen worden betrokken, maar ook de opleidingen tot NP en PA. Tevens is het noodzakelijk dat beide organen in een heldere verhouding tot de overheid worden geplaatst. De noodzaak daarvoor vloeit voort uit de gezamenlijke verantwoordelijkheid van partijen om een conjunctuurongevoelige en evenwichtig verdeelde capaciteit voor de (medische) vervolgopleidingen tot stand te brengen, in goede afstemming met de andere opleidingen (Commissie Markprikkels Medische Opleidingen, 2002).

Actoren: beroepsverenigingen, werkgevers en overheid

Gereed per: 2005

Domein: VWS

Uit RVZ-advies 'Taakherschikking' advies 5. Aanpassen wet- en regelgeving

Om belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking weg te nemen en het juridisch kader toekomstbestendig te maken, doet de RVZ voorstellen om wetten aan te passen. Zo beveelt de Raad aan, deskundigheidsomschrijvingen in de Wet BIG aan te passen, verpleegkundigen en mondhygiënist een zelfstandige bevoegdheid te geven voor een aantal voorbehouden handelingen en de titel van doktersassistente te beschermen. Verder moet de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst zo aangepast worden, dat duidelijk is dat patiëntenrechten ook gewaarborgd zijn in een overeenkomst met een zelfstandig gevestigde en rechtstreeks toegankelijke verpleegkundige of fysiotherapeut ('Taakherschikking in de gezondheidszorg', pagina 68).

Ziekenfondswet, aanspraak op huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg

De RVZ adviseert de aanspraak in de Ziekenfondswet op huisartsenzorg en medisch-specialistische zorg met het oog op taakherschikking te herformuleren. Aangesloten zou kunnen worden bij de verdere uitwerking van het functiegericht omschrijven van aanspraken als onderdeel van de modernisering van de AWBZ en de curatieve zorg. Als omschrijvingen komen in aanmerking: advies, begeleiding, diagnostiek, behandeling en (aanvullend) onderzoek ('Taakherschikking in de gezondheidszorg', pagina 70).

Oordeel Commissie

De Commissie acht het wenselijk dat nieuwe zelfstandige zorgberoepen tot ontwikkeling komen. Het gaat hier om beroepsbeoefenaren die het tekort aan artsen kunnen verminderen door taken over te nemen van artsen en tandartsen. Het betreft nieuwe zelfstandige BIG-beroepen op

het niveau van HBO-masters. Deze nieuwe zelfstandige beroepsbeoefenaren worden in kortere tijd opgeleid dan de arts en voorzien sneller in de capaciteitstekorten.

Snel aanpassen deskundigheidsgebieden

De RVZ meent dat een te ruim of te strikt omschreven deskundigheidsgebied en ook het ontbreken van een beschermde titel taakherschikking in de weg kunnen staan. De Commissie sluit zich hierbij aan. Het is dan ook cruciaal dat de wet niet belemmerend is voor noodzakelijke en zinvolle taakherschikking, maar wel kwaliteitseisen blijft stellen. Om duidelijk te maken waar een titelgerechtigde beroepsbeoefenaar (artikel 3 of 34) voor staat, is het betreffende deskundigheidsgebied omschreven. Van deze beroepsbeoefenaren wordt verwacht dat zij binnen het omschreven deskundigheidsgebied blijven. De patiënt weet hierdoor wat hij/zij kan verwachten van de zorgverlener. De Commissie is dan ook van mening dat met name de aanpassing van de wet- en regelgeving met prioriteit uitgevoerd moet worden.

Toets wijzigingen in de Wet BIG

De Commissie is van mening dat wijzigingen in de Wet BIG vooraf systematisch getoetst moeten worden aan objectieve en toetsbare criteria, terug te voeren op het beschermingsdoel van de Wet BIG (in het bijzonder deskundigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid). Daarom ondersteunt de Commissie het advies uit het evaluatierapport Wet BIG om een instantie in te richten speciaal voor de beroepenwetgeving.

Voorlopig toelaten NP en PA in de Wet BIG

Het moet mogelijk zijn om nieuwe ontwikkelingen in de zorg en veranderingen in de beroepenstructuur (o.a. de introductie NP en PA) te exploreren, zonder dat wettelijke regels hierbij in de weg staan. Tevens moet het mogelijk zijn om tussentijds de ervaringen met een nieuwe aanpak te evalueren.

De aanbevelingen in de evaluatie van de Wet BIG lijken een voorlopige regeling niet in de weg te staan. Het voorgestelde experimenteerartikel uit het evaluatierapport van de Wet BIG kan in deze overwegingen worden betrokken.

Het juridisch kader voor taakherschikking toekomstbestendig en flexibel maken

Dat kan worden bevorderd door de deskundigheidsbeschrijvingen van de betrokken beroepen niet in de wet vast te leggen, maar in een Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB). Deze situatie geldt al voor de artikel 34-beroepen en kan uitgebreid worden naar de artikel 3-beroepen.

Actoren: VWS in samenspraak met beroepsverenigingen

Gereed per: 2003

Domein: VWS

2.2.1 CONCLUSIE OVER DE AANBEVELINGEN UIT 'TAAKHERSCHIKKING IN DE GEZONDHEIDSZORG'

Het RVZ -advies bepleit een taakherschikking tussen medische taken en paramedische en verpleegkundige taken onomwonden door te voeren. Dit betekent overheveling van taken en bevoegdheden naar andere professionals. Dit moet wettelijk geregeld worden. De gedachte hierbij is dat de medische specialist in Nederland hoog opgeleid is en langdurig en kostbaar onderwijs geniet. Tegelijkertijd zien we in de praktijk dat medisch specialisten en huisartsen een groot deel van hun praktijktijd taken verrichten die door andere professionals kunnen worden uitgevoerd. Het betreft hier taken op diverse deelgebieden van de medische praktijk. De RVZ beveelt aan nieuwe opleidingen te ontwikkelen voor medische gerelateerde functies, te wet en de Physician Assistant (PA) en de opleiding tot Nurse Practitioner (NP). Tevens wordt geadviseerd het onderwijs voor doktersassistenten te verbeteren en dit beroep in de Wet BIG te

regelen. Deze (nieuwe) beroepen en de zware verantwoordelijkheid moeten in de Wet BIG worden geregeld. De Commissie is van mening, dat de RVZ terecht benadrukt dat bij taakherschikking aan een aantal voorwaarden moet worden voldaan: het garanderen van de kwaliteit van de zorg en een heldere verdeling van verantwoordelijkheden en bevoegdheden. De onduidelijkheid rond de vraag welke professional wat mag doen, kan ten koste gaan van de kwaliteit van de zorgverlening. Door middel van opleiding (voorbereiden op taakherschikking) en protocollering (vastleggen van afspraken, verantwoordelijkheden en voorwaarden met betrekking tot taakherschikking) kan deze onduidelijkheid worden voorkomen.

De verbetering van de opleiding voor doktersassistenten kan binnen het middelbaar beroepsonderwijs geregeld worden. De NP en de PA worden opleidingen op HBO-mastersniveau. Het onderwijskundige deel van deze opleidingen moet ingebed worden in de formele mastersstructuur van het HBO en ook door OC&W worden gefinancierd. Belangrijk bij de toelating tot deze opleidingen is naast vereiste diploma's, praktijkervaring in de verpleegkundige en paramedische beroepsuitoefening. Hier ligt de verantwoordelijkheid voor VWS en de partijen in de gezondheidszorg. De Commissie is van mening dat deze nieuwe opleidingen sterk het karakter van *leren-werken* en *werkend leren* moeten hebben. Kosten voor het praktijkdeel van deze opleidingen moeten via VWS worden vergoed. Hierbij hoort ook de vervanging in de arbeidspraktijk van degene die de opleiding volgt. Dit laatste gedeelte kan mogelijk verrekend worden via de budgetcomponenten van de zorginstellingen waar deze professionals werken.

Noodzakelijk is dat er op korte termijn een uitspraak wordt gedaan over wat formeel verpleegkundig specialistische opleidingen zijn. De relatie tussen deze opleidingen en bijvoorbeeld de PA en de NP moet in kaart worden gebracht, zowel ten aanzien van de inhoud van de diverse onderwijsprogramma's als ten aanzien van de capaciteitsplanning. Dit laatste moet in relatie worden gebracht met de capaciteitsplanning voor medische beroepsbeoefenaren. De soloverantwoordelijkheid van artsen en medisch specialisten voor inhoud en omvang van de medische vervolgoopleidingen moet worden omgezet in een gedeelde verantwoordelijkheid van de partijen, te weten de professionals, de werkgevers en de overheid.

Een landelijke aanpak voor de ontwikkeling van functieprofielen voor de PA en de NP is nodig voordat de inhoud en eindtermen van de betreffende onderwijscurricula worden vastgesteld. Het is belangrijk om te zorgen dat de nieuwe functies kunnen worden ingebed in de structuur en de processen op het niveau van de patiëntenzorg. Hierbij moeten we ons realiseren dat de huidige patiëntenlogistiek in de ziekenhuizen verbeterd moet worden. Toegang tot de zorg en snelle doorstroom van het behandelproces moet worden verbeterd. De implementatie van de nieuwe beroepen op de medische curatieve as is een extra aanleiding om de patiëntenlogistiek te verbeteren, maar wellicht ook een voorwaarde. Hiermee krijgt de implementatie van de nieuwe beroepen een meer complexe setting.

De Commissie ziet de taakherschikking als een belangrijke ontwikkeling, waarop met de huidige Wet BIG echter onvoldoende kan worden ingespeeld. Dit beeld wordt bevestigd door het evaluatierapport Wet BIG.

2.3

EVALUATIE WET BIG

Eind november is de evaluatie van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg aan de Tweede Kamer aangeboden. De doelstelling van de Wet BIG is tweeledig: bevordering van de kwaliteit van de zorg die beroepsbeoefenaren verlenen en bescherming van de patiënt tegen onzorgvuldig handelen. Een kwalitatief goede beroepsuitoefening behelst naast adequaat professioneel handelen ook een goede samenwerking. Uit het evaluatieonderzoek blijkt onder andere dat door het veld serieus invulling is gegeven aan de Wet BIG. De wet

wordt daadwerkelijk gezien als een instrument ter bescherming van de patiënt en als een potentieel belangrijk kwaliteitsinstrument. De punten voor verbetering die uit de evaluatie naar voren zijn gekomen, liggen zowel op het conceptuele niveau (het door de wetgever gekozen systeem mede in relatie tot het wettelijk instrumentarium) als op het praktische niveau van functioneren van de wet (wijze van inzet van instrumenten en randvoorwaarden met het oog op een goed functioneren van de wet). De ontwikkelingen op het gebied van taakherschikking vragen enerzijds om een flexibel wettelijk instrumentarium dat geen belemmeringen biedt waar dergelijke veranderingen zinvol en verantwoord zijn, anderzijds om waakzaamheid voor doorschietende delegatie en waarborgen voor de kwaliteit en veiligheid van de patiënt. In het evaluatierapport staan 72 voorstellen, verdeeld over 7 thema's. In deze paragraaf worden de relevante aanbevelingen voor de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking behandeld.

Uit Evaluatie Wet BIG advies 4. Adequate adviesstructuur

Het terrein van de individuele gezondheidszorg is sterk in beweging. Voorgesteld wordt om een zelfstandig orgaan in het leven te roepen om de veranderingen en de gevolgen voor de Wet BIG inhoudelijk te kunnen begeleiden. Leden zouden onafhankelijk deskundigen zijn. Dit orgaan zou de overheid kunnen adviseren en zelfregulering van de beroepsorganisaties kunnen ondersteunen. Gedacht wordt aan een 'College voor de Beroepen', dat de positie zou kunnen hebben van een ZBO (Evaluatie Wet BIG, voorstel 4, pagina 179).

Oordeel Commissie

Gezien de aanbevelingen uit het RVZ-advies 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' is de Commissie van mening, dat wijzigingen in de Wet BIG vooraf systematisch getoetst moeten worden aan objectieve en toetsbare criteria, terug te voeren op het beschermingsdoel van de Wet BIG (in het bijzonder deskundigheid, kwaliteit en patiëntveiligheid). Daarom ondersteunt de Commissie het advies uit het evaluatierapport Wet BIG om een instantie in te richten speciaal voor de beroepenwetgeving. Te denken valt aan een permanente commissie, die tussen overheid en veld een signalerende adviserende en ondersteunende rol kan spelen bij het afstemmen van de Wet BIG op de complexe en frequente ontwikkelingen in het beroepenveld. De Commissie vraagt zich af of de term 'college' gelukkig is, en is vooralsnog terughoudend ten aanzien van de keus voor een ZBO. Welke vorm het meest geschikt is voor een dergelijk orgaan zal nader moeten worden bestudeerd en is mede afhankelijk van andere nieuwe regelgeving.

Actoren: VWS
Gereed per: pm
Domein VWS

Uit Evaluatie Wet BIG advies 16. Experimenteerartikel

De beoogde flexibilisering moet stapsgewijs kunnen plaatsvinden, hetgeen gerealiseerd kan worden door middel van een experimenteerartikel, dat het mogelijk maakt veranderingen in de beroepenstructuur te monitoren. Dit artikel zou ruimte moeten bieden om met voorbijgaan aan een aantal regels uit de wet nieuwe initiatieven te exploreren op hun waarde (Evaluatie Wet BIG, voorstel 16, pagina 189).

Oordeel Commissie

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.

Art.3 en art.34-beroepen; taakherschikking

Om beter te kunnen inspelen op de behoefte de lijst van art.3-beroepen aan te passen aan de ontwikkelingen stellen de onderzoekers voor om in de wet de criteria vast te leggen voor art.3-beroepen en de toelating (of het schrappen) via AMvB te laten verlopen⁴ (Evaluatie Wet BIG, voorstel 13, pagina 188).

Oordeel Commissie

Gesteld wordt dat nu een normatief kader ontbreekt, hetgeen kan worden opgelost door wettelijke criteria. De Commissie is van mening dat een van die criteria zou moeten zijn dat de werkzaamheid van de therapie evidence based is. Het gaat bijvoorbeeld om de beroepen physician-assistent, nurse practitioner, praktijkondersteuner en om beroepen die aan wijziging onderhevig zijn zoals de dokterassistent(e). Regeling in de Wet BIG heeft het voordeel dat gekwalificeerden zijn te onderscheiden van ongekwalificeerden, hetgeen bijdraagt aan het beschermingsdoel van de Wet BIG. Bovendien kunnen in de deskundigheidsomschrijving de grenzen worden aangegeven, die moeten worden bewaakt in de verhouding tot de zelfstandig bevoegde (wel/geen opdracht, wel/geen verwijzing etc.).

In de praktijk van de zorgverlening wordt van artsen meer en meer verwacht dat ze taken overdragen aan andere beroepsbeoefenaren, terwijl de organisatorische omstandigheden vaak niet zodanig zijn dat artsen hun verantwoordelijkheid voor de taakdelegatie kunnen waarmaken. Zorginstellingen en beroepsorganisaties moeten randvoorwaarden creëren, waarbinnen een verschuiving van taken van artsen naar verpleegkundigen en dokterassistenten kan worden beoordeeld en gerealiseerd.

De Commissie ziet de taakherschikking als een onvermijdelijke ontwikkeling, waarop met de huidige Wet BIG echter onvoldoende kan worden ingespeeld. Dit beeld wordt bevestigd door de twee andere rapporten.

2.3.1 CONCLUSIE OVER DE AANBEVELINGEN UIT 'EVALUATIE WET BIG'

Om in te spelen op ontwikkelingen in het beroepenveld zoals taakherschikking is aanpassing van de bestaande wet- en regelgeving onvermijdbaar. De Commissie is van mening dat zulke aanpassingen op een redelijk snelle termijn moeten kunnen worden aangebracht. Met dat perspectief zou de benadering van flexibilisering van de in de Wet BIG vastgelegde deskundigheidsgebieden van beroepsgroepen de voorkeur kunnen hebben boven flexibilisering van de aanwijzing van de zelfstandig bevoegden en functioneel zelfstandigen, omdat besluitvorming dan niet alleen op het niveau van de wetgever (Eerste en Tweede Kamer), maar ook op het niveau van de minister kan plaatsvinden.

De Commissie is van mening dat de beoogde flexibilisering stapsgewijs moet kunnen plaatsvinden met tussentijdse evaluaties. De Commissie dringt er derhalve op aan dat wegen worden gevonden, die een voorlopige maar juridisch deugdelijke regeling mogelijk maken om nieuwe professionals in omschreven praktijksituaties toe te laten, inclusief hun eigenstandige bevoegdheid, alvorens een definitieve aanpassing van de Wet BIG te overwegen. Of tot dit doel

⁴ Dit gebeurt nu al voor art. 34 beroepen

een experimenteerartikel is vereist of dat ook een andere benadering mogelijk is, moet nader worden bestudeerd.

IMPLEMENTATIE VAN DE AANBEVELINGEN

De implementatie van de aanbevelingen zal veel inspanning vergen van alle betrokken instellingen, organisaties en instanties. Gezien de vele partijen die een bepaalde verantwoordelijk hebben, is een goede coördinatie een absolute noodzaak. De meeste inzet moet komen vanuit het veld zelf, de overheid moet daarbij richtinggevend en ondersteunend zijn.

In dit hoofdstuk wordt op hoofdlijnen de implementatiestructuur geschetst.

3.1 VERANTWOORDELIJKHEDEN

De verantwoordelijkheid voor de opleidingen in de zorg ligt bij meerdere partijen. De initiële opleidingen, die opleiden tot een wettelijk (Wet BIG) gereguleerd beroep, zijn vrijwel alle geïntegreerd in het hoger en beroepsopleiding. Zij vallen onder de onderwijswetgeving. Op grond daarvan is de minister van OC&W verantwoordelijk voor de bekostiging en het algemeen beleid ten aanzien van de kwaliteit van het MBO, HBO en WO. De onderwijsinstellingen zijn verantwoordelijk voor de aansluiting van zorgopleidingen op zorgberoepen. Het ministerie van OC&W stelt vooropleidingseisen, eisen met betrekking tot interne en externe kwaliteitszorg, houdt toezicht en bekostigt de opleidingsinstellingen. De minister van VWS is, op grond van de Wet BIG, verantwoordelijk voor de beroepsinhoudelijke eisen die aan de desbetreffende opleidingen worden gesteld. De KNMG voert publiekrechtelijke taken uit voor alle artsen in Nederland. Deze taken bestaan uit het (her)registreren van huisartsen, verpleeghuisartsen, artsen voor verstandelijk gehandicapten, medisch specialisten en sociaal-geneeskundigen. Dit zijn specialistische opleidingen die op grond van de Wet BIG zijn erkend. Voor de uitvoering van deze taken zijn door de KNMG-colleges en registratiecommissies ingesteld. De minister van VWS draagt de eindverantwoordelijkheid voor deze specialistische opleidingen. Het Capaciteitsorgaan raamt hoeveel artsen, huisartsen, verpleeghuisartsen, medisch specialisten, sociaal geneeskundigen en tandheelkundig specialisten opgeleid moeten worden om in de toekomstige vraag te voorzien en adviseert de minister van VWS. In het Capaciteit orgaan zijn de verschillende beroepsgroepen, de zorgverzekeraars en de opleidingsziekenhuizen vertegenwoordigd.

3.2 ONTWIKKELTRAJECTEN STUURGROEP

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 nog niet aanbevolen.

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 overheid is in beginsel niet meer dan

Comment: De voorgaande tekst van deze paragraaf heb ik verwijderd en volledig vervangen door deze paragraaf, die nagenoeg identiek in deel 1 staat

kaderstellend en richtinggevend tegen de achtergrond van de waarborging van het publiek belang.

De Commissie beveelt daarom aan dat de implementatie van de in Deel 1 beschreven negen aanbevelingen, wordt 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.

De Commissie is 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), die het implementatietraject gaat aansturen.

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 één 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.

3.2.1 OPRACHTEN 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. De Stuurgroep geeft sturing aan dit proces en als afgeleide taak adviseert de Stuurgroep gevraagd en ongevraagd de minister van VWS over de betreffende kwesties of vragen die daarmee in verband staan.

Comment: De tekst van deze paragraaf is identiek aan de passage in deel 1

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. Zorgvuldige 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. Dit fonds is de voorloper van het meer definitieve opleidingsfonds dat niet alleen de ontwikkelgelden maar ook de gelden ten behoeve van de opleidingskosten in engere zin bevat.
- Een heldere samenhang van de financieringssystematiek en de opleidingscapaciteit is van belang. De Stuurgroep zal deze afstemming bevorderen en kan daartoe gebruik maken van de bij het Capaciteitsorgaan beschikbare kwantitatieve informatie en ramingen. In dit perspectief moet bezien 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 beroepenstructuur in de gezondheidszorg. De taken en functies van bestaande organen, instanties en structuren moeten in de overwegingen betrokken worden, zoals bijvoorbeeld de colleges en 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 in het licht van de gewenste omvang 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.

Deze stuurgroep moet over een solide secretariaat beschikken. Een en ander kan het beste gerealiseerd worden door de stuurgroep onder te brengen bij een bestaande organisatie met veel ervaring in het beleidsdomein en met structurele relaties naar de overheid. Anderzijds zal door de samenstelling van deze Stuurgroep de relatie met de praktijk waar de ontwikkeling en de implementatie daadwerkelijk moet plaatsvinden geborgd zijn. 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 patiëntenzorg. Tevens moet de Stuurgroep beschikken over een realistisch budget dat voldoende is voor de uitvoering van de opdracht en taken.

3.3 OPLEIDINGSFONDS

De huidige bekostigingssystematiek van de vervolgoepleidingen is ondoorzichtig en ondoelmatig (MDW, 2001). 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 (boter bij de vis). 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 vervolgoepleidingen vooralsnog niet, of althans niet direct, aan marktinvloeden onderhevig zijn (Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen, 2002). 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.

De Commissie is van mening dat voor de komende jaren een betere coördinatie van de financiering van de opleidingen noodzakelijk is. Ook moet het beter te regelen zijn dat alleen daar waar onderwijstaken daadwerkelijk worden gerealiseerd financiële regelingen van toepassing zijn. Waar niet wordt opgeleid hoort ook geen vergoeding te worden geregeld.

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.

De Commissie is van mening dat er een opleidingsfonds moet worden ingesteld voor de bekostiging van de medische vervolgoepleidingen 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.

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..

Vastgesteld moet worden welke opleidingen te zijner tijd via het fonds bekostigd zullen worden. In dit verband moet nader worden gekeken naar de positionering van de zogenoemde ziekenhuisopleidingen en naar de bekostiging daarvan. Een eerste stap is een nadere definiëring van het begrip 'ziekenhuisopleiding' (voor een eerste overzicht wordt verwezen naar bijlage 4) en de vaststelling welke opleidingen als zodanig moeten worden aangemerkt. Met dat uitgangspunt kan vervolgens ook voor deze opleidingen een consistente financieringssysteem 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 financiering uit de centrale kas dan wel, na hun implementatie, aan een opslag op de DBC's, waarbij deze opslag buiten de onderhandelbare DBC-prijs moeten blijven. In beide varianten met een evenredige reductie van de ziekenhuisbudgetten. 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 opleidingskosten dan nu voorhanden is. Dit laatste rechtvaardigt een gerichte inspanning om op korte termijn de feitelijke opleidingskosten in relevant detail in kaart te brengen. Het opleidingsfonds zal in goede afstemming met het Capaciteitsorgaan moeten functioneren.

3.4 CAPACITEITSORGAAN

Het Capaciteitsorgaan adviseert de minister van VWS over de capaciteit van de initiële opleiding geneeskunde en de vervolgoedingen (huisartsen, medisch specialisten, sociaal geneeskundigen, verpleeghuisartsen en tandheelkundig specialisten) opdat de in- en uitstroom in de betreffende beroepsgroepen over een aantal jaren in evenwicht zullen zijn.

Deze behoeftelingen zullen echter anders uitpakken wanneer nieuwe professionals zoals de NP en de PA bepaalde taken en dus delen van het werk van de traditionele professionals gaan overnemen. Er is een wederzijdse beïnvloeding en bij de ramingen moeten dus niet alleen de traditionele maar ook de nieuwe professionals worden betrokken.

De Commissie is dan ook van mening dat de functie van het Capaciteitsorgaan uitgebreid moet worden tot medisch gerelateerde vervolgoedingen, te weten de opleidingen tot NP en PA. De structuur en de samenstelling van het Capaciteitsorgaan zal overeenkomstig aangepast moeten worden. Het Capaciteitsorgaan moet in goede afstemming met het opleidingsfonds functioneren.

35 OPLEIDINGSREGIO'S EN VERANTWOORDELIJKHEIDSVERDELING

De aanbevelingen van de Commissie zijn alleen te realiseren wanneer de beroepsverenigingen, zorginstellingen en opleidingsinstellingen nauw met elkaar samenwerken.

Er moet een permanente structuur tot stand komen waarin de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden ten aanzien van de planning, de organisatie en de uitvoering van de zorgopleidingen worden geregeld. Die structuur heeft bij voorkeur een regionale opbouw, telkens gegroepeerd rond een Universitair Medisch Centrum, onder voorbehoud van goede landelijke afstemming. Uitgangspunt is dat de algemene kaders en de richtinggevende beleidsafspraken centraal op landelijk niveau worden vastgesteld en dat nadere implementatie van de beleidsafspraken zoveel mogelijk op regionaal niveau geschiedt. In de beoogde regiostructuur participeren het academisch centrum, de omliggende opleidingsziekenhuizen en de omliggende HBO- en MBO-instellingen die zorgopleidingen verzorgen. Zij zullen gezamenlijk, in goede onderlinge samenhang en taakverdeling, de verantwoordelijkheid voor de planning en uitvoering van de opleidingen hebben. Daarbij zullen de bevoegdheden van de 'opleidingsregio' duidelijk geregeld moeten zijn, alsmede de bijbehorende middelen. Zo zal de formele erkenning van beroepen en opleidingen in de zorg een landelijke taak zijn, evenals de bepaling van hun gewenste omvang en de raming van de daartoe vereiste opleidingscapaciteit.

Ook het vaststellen van de opleidingscapaciteit en de verdeling daarvan over de regio's is een centrale verantwoordelijkheid. De regio's moeten echter zelf verantwoordelijk worden gesteld voor de capaciteitsverdeling over de opleidingsinstituten behorend tot de regio. Ook de samenstelling van opleidingsprogramma's is een regionale verantwoordelijkheid, onverlet de eigen verantwoordelijkheid van de opleidingsinrichting. Zonder twijfel heeft de regio een belangrijke taak in de kwaliteitscontrole van de eigen opleidingen, maar vermoedelijk zal daarenboven ook centrale controle moeten plaatshebben.

Op dit moment worden acht opleidings- en onderwijsregio's rondom UMC's ontwikkeld, waar Topklinische Ziekenhuizen (STZ) en overige opleidingsziekenhuizen het aanknopingspunt voor deze ontwikkeling in de praktijk kunnen zijn. Bestaand overleg tussen de VAZ, de NVZ en de Orde van medisch specialisten, dat als "lichtvoetig platform" de ontwikkeling van deze opleidingsregio's ondersteunt, kan aanspreekpunt zijn voor de tijdelijke stuurgroep.

Het is belangrijk dat de mate waarin (nieuwe) hooggekwalificeerde zorgprofessionals worden opgeleid, aansluit bij de mogelijkheden en behoeften in de praktijk. Opleidingen zijn volgend aan de veranderingen in de zorgvraag en de door de praktijk gevraagde functionele competenties. Een capaciteitsplanning en instroombeleid van zorgorganisaties en opleidingsinstituten gezamenlijk voorkomen een instroom aan cursisten waarvoor geen praktijkleerplaatsen bestaan en een uitstroom van hooggekwalificeerd personeel waaraan in de praktijk geen behoefte bestaat.

3.6 AFSLUITENDE OVERWEGINGEN

De Commissie acht het van belang dat het implementatietraject wordt ontwikkeld in overeenstemming met de bestaande verantwoordelijkheidsverdeling tussen de overheid en het veld. Het zijn de partijen in het veld (brancheorganisaties, beroepsgroepen, universiteiten en hogescholen), die in samenspraak met elkaar een nieuw stelsel van gezondheidszorgopleidingen vorm moeten geven. Dit stelsel moet zijn afgestemd op een nieuwe inrichting van de beroepsbeoefening. De overheid heeft de belangrijke taak om richtinggevend en stimulerend op te treden, randvoorwaarden te scheppen en toezicht op de kwaliteit en publieke belangen te waarborgen. De Stuurgroep is ervoor verantwoordelijk dat de onderscheiden aspecten in onderlinge samenhang worden ontwikkeld en geïmplementeerd en dat het (op te richten) opleidingsfonds en het Capaciteitsorgaan op een samenhangende wijze functioneren. In paragraaf 3.2.1 van Deel 1 toont de Commissie zich pleitbezorger van een proces van 'lerend voorwaarts gaan' bij de implementatie van de aanbevelingen. Dit betekent dat de invoering van veranderingen in de opleidingen en beroepenstructuur gepaard moet gaan met een monitoring- en evaluatieprogramma. Overwogen kan worden hierbij de expertise van ZonMw in te schakelen. Ook kan worden nagegaan of non-profit gezondheidszorgfondsen (de zogenoemde 'collectebusfondsen') in dit verband een rol kunnen spelen. Jaarlijks zal de Stuurgroep een voortgangsrapportage van de implementatie van het opleidingscontinuüm en de taakherschikking verzorgen, op grond waarvan eventueel bijstelling kan plaatsvinden en het ontwerp van vervolgotrajecten kan worden gespecificeerd.

FINANCIËLE CONSEQUENTIES

4.1 OVERZICHT HUIDIGE FINANCIERING OPLEIDINGEN

In dit hoofdstuk zijn de beschikbare gegevens in kaart gebracht ten aanzien van de huidige financieringssystematiek van de opleidingen. De aanbevolen structuuraanpassingen zijn ingrijpend en vernieuwend, in het bijzonder voor de medisch specialistische opleidingen. Er moeten efficiënte en flexibele opleidingstrajecten worden ingericht in een transparant systeem van competentie-georiënteerde eindtermen. Ook voor het opleiden van docenten zullen adequate voorzieningen getroffen moeten worden. Tevens worden nieuwe opleidingstrajecten ingericht voor de 'nieuwe professionals': de beroepsgerichte masteropleidingen. Deze vernieuwingen moeten worden ondergebracht in een samenhangend stelsel van opleidingen en beroepsbeoefening. Dit impliceert een nieuwe structuur waartoe de Commissie aanbevelingen doet.

Voor de operationalisering van een nieuwe structuur zijn infrastructurele voorzieningen vereist. Deze moeten op samenhangende wijze ontwikkeld worden door de betrokken onderwijs- en opleidingsinstellingen. Tot infrastructurele voorzieningen kunnen onder meer gerekend worden bouwkundige voorzieningen (bijvoorbeeld onderzoekkamers op afdelingen en poliklinieken en ruimten voor onderwijs in grotere groepen), skillslab-voorzieningen en ICT-faciliteiten.

Om de kosten van de aanbevolen vernieuwingen te ramen is inzicht in de huidige bekostigingssystematiek van de opleidingen vereist. Hieronder wordt deze systematiek besproken, zowel voor de medisch specialistische vervolgoopleidingen, als ook voor de andere vervolgoopleidingen, de initiële opleiding geneeskunde en de beroepsgerichte masteropleidingen.

Initiële opleiding geneeskunde

De Commissie 'Marktprikkels Medische Opleidingen' onderzocht de mogelijkheid en wenselijkheid om marktprikkels te introduceren bij de bepaling van de capaciteit en de prijsstelling van de opleiding tot basisarts. De commissie becijferde de integrale opleidingskosten van een basisarts daarbij op 163.000 euro (een VAZ-DMW-werkgroep (VAZ-DMW, 2002) heeft deze kosten berekend op 201.000 euro).

De opleiding tot basisarts valt volledig onder de verantwoordelijkheid van de universiteiten, c.q. de faculteiten Geneeskunde. De bekostiging vindt plaats binnen het kader van het bekostigingsmodel van de universiteiten (met inbegrip van de rijksbijdrage academische ziekenhuizen). De bekostiging loopt derhalve geheel via de rijksbegroting.

Het ministerie van OC&W bekostigt de universiteiten middels een totale rijksbijdrage van ongeveer 2,3 miljard euro per jaar. Dit bedrag wordt als lumpsum aan de universiteiten toegekend en is niet geormerkt per faculteit. In de praktijk wordt door de universiteiten ca. 0,4 miljard euro direct aan de medische faculteiten toegewezen voor hun onderwijs- en onderzoekstaken. Daarnaast ontvangen de academische ziekenhuizen een bedrag van ongeveer 0,45 miljard euro via de universiteit als rijksbijdrage voor hun werkplaatsfunctie ten behoeve van onderwijs en onderzoek.

In 2002 is via het bekostigingsmodel aan de universiteiten met een medische faculteit een extra bedrag van 23 miljoen euro toegewezen op basis van de verhoging van de numerus fixus geneeskunde tot 2550 instroom eerstejaars.

Affiliatievergoeding

Recent hebben de NVZ en de VAZ een landelijke richtlijn opgesteld voor de vergoeding van de opleiding van co-assistenten in algemene ziekenhuizen. De richtlijn is een raamcontract met criteria die van invloed zijn op de hoogte van de vergoeding. De afzonderlijke ziekenhuizen moeten lokaal afspraken maken met het academisch ziekenhuis over het precieze bedrag. De kosten, die per ziekhuis verschillen, zijn onder meer afhankelijk van het aantal co-assistenten,

uit welke studie jaren deze afkomstig zijn en het specialisme van de stage(s). Ook de eisen van de betreffende medische faculteit omtrent de intensiteit van de begeleiding zijn van invloed. De NVZ en VAZ hebben in hun contract een maximumbedrag afgesproken. Per dagdeel begeleiding gedurende een jaar bedraagt de vergoeding hooguit 11.300,00 euro. Wanneer een ziekenhuis bijkomende kosten maakt voor coördinatie, ziekenhuisfaciliteiten of een bibliotheek, is de vergoeding maximaal 14.000 euro. Deze bedragen zijn afgeleid van het rapport van de Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen.

Financiering vervolgoedingen in ziekenhuizen

De ziekenhuizen betalen de opleidingen uit hun algemene budget, waarin de kosten voor opleidingen weliswaar zijn opgenomen maar niet zijn geoormerkt. Dit algemene budget is samengesteld uit kapitaallasten, locatiegebonden kosten, de loonkosten van medisch specialisten in dienstverband en bedragen voor productieafspraken over aantallen opnames, verpleegdagen etc. Het CTG stelt dit budget per ziekenhuis vast. Het budget wordt voor het grootste deel betaald uit de zorgverzekeringspremies. Of een ziekenhuis wel of niet opleidt, heeft geen invloed op de hoogte van het budget.

Overigens is de Commissie van mening dat nader moet worden gekeken naar de positionering van de ziekenhuisopleidingen. Een eerste stap is een nadere definiëring van het begrip 'ziekenhuisopleiding' (voor een overzicht zie bijlage 4) en de vaststelling welke zorgopleidingen als zodanig moeten worden aangemerkt.

- Verpleegkundige vervolgoedingen

In een CTG-brief van 16 december 2002 staat dat in 2002 een beleidsregel vastgesteld is voor de vergoeding van extra opleidingsplaatsen voor vijf verpleegkundige vervolgoedingen. Deze beleidsregel is verlengd tot 2003. De vijf functies betreffen: IC, OK, Dialyse, anesthesie en radiologisch laborant. Het gaat om extra bezette plaatsen ten opzichte van 1 oktober 2001.

- Opleiding tot klinisch fysicus

Voor de jaren 2002 en 2003 geldt een vergoeding voor de extra opleidingen van klinisch fysici, dit in verband met het wegwerken van de wachtlijsten radiotherapie. Het gaat hier om extra bezette opleidingsplaatsen. Voor iedere extra bezette opleidingsplaats in 2002 en 2003 geldt een vergoeding van 31.300 euro per fte per jaar. Effectuering is onder voorbehoud van goedkeuring door minister VWS.

- Opleiding tot medisch specialist in academische ziekenhuizen

In academische ziekenhuizen zijn alle medisch specialisten in dienst van het ziekenhuis. De financiering van de opleiding van AGIO's loopt volledig via het ziekenhuisbudget. Daarnaast ontvangen universiteiten voor de docenteninspanning ten behoeve van de AGIO's in academische ziekenhuizen een vergoeding uit de begroting van VWS via een subsidieregeling; in 2001 gaat het om een totaalbedrag van bijna 5,4 mln euro. De MDW-werkgroep 'Nooit meer wachten' (2001) constateerde dat het niet duidelijk is waarop dit bedrag is gebaseerd. De werkgroep sprak het vermoeden uit dat het bedrag 'historisch' is bepaald. Het was de werkgroep ook niet duidelijk waarom de algemene ziekenhuizen, die immers ook vele assistenten opleiden, niet voor een dergelijke docentenvergoeding in aanmerking komen.

- Opleiding tot medisch specialist in niet-academische ziekenhuizen

Sinds januari 2001 is er een nieuwe budgettering voor AGIO's in niet-academische ziekenhuizen van kracht. In de budgetten van deze ziekenhuizen zat een parameter voor AGIO's op basis van het aantal AGIO's in 1988, ongeacht het feitelijk aantal AGIO's. Om het budget en de werkelijkheid met elkaar in overeenstemming te brengen is een nieuwe systematiek ontwikkeld.

Uitgangspunt is dat de totale bruto kosten van AGIO's 52.000 euro per jaar per agio bedragen. De budgetten van ziekenhuizen met erkende agio-plaatsen (niveau 1988) zijn verlaagd met 26.000 euro (= 50 % van 52.000 euro) per erkende agio. Vervolgens zijn de budgetten van opleidingsziekenhuizen waar op dit moment daadwerkelijk AGIO's worden opgeleid, verhoogd met 70 % van de kosten van een agio (70 % van 52.000 = 36.500 euro). Het restant ad 15.500 euro (30 %) moet het ziekenhuis met de specialisten verrekenen (MDW 2002).

Huisartsen

De huisarts in opleiding (haio) is in dienst van de Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH). De SBOH ontvangt subsidie vanuit de begroting van VWS (±140.000,- euro per haio over 3 jaar) en de opbrengsten van de werkzaamheden van de haio's in de externe leerwerkperiode. De haio levert ook een financiële bijdrage aan zijn opleiding: hij werkt voor een aio-salaris. Om de huisartsenopleiding aantrekkelijker te maken, is in het kader van de voorjaarsnota 2001 besloten dat het salaris van de haio's gelijkgesteld wordt aan dat van verpleeghuisartsen in opleiding (±40.000 euro per jaar).

Verpleeghuisartsen

Verpleeghuizen betalen de opleiding van verpleeghuisartsen uit hun budget. Een verpleeghuisarts in opleiding ontvangt voor de theorieday (een dag per week) geen salaris.

Sociaal geneeskundigen

De opleiding wordt betaald door de werkgever (GGD of Arbo-dienst). De arts in opleiding ontvangt voor de theorieday (een dag per week) geen salaris.

Beroepsgerichte masteropleidingen (Nurse Practitioner en Physician Assistant)

Omdat deze nieuwe opleidingen nog moeten worden ontwikkeld, zijn nog geen kostprijsgegevens voorhanden. Voorzover deze opleidingen nu plaatsvinden betalen de ziekenhuizen deze uit hun algemene budget.

De hogescholen situeren de beroepsgerichte masteropleidingen (NP en PA) in het opleidingscontinuüm tussen de Hoger Gezondheidszorg-bacheloropleidingen en de opleiding tot basisarts (die eveneens als initiële opleiding gesitueerd wordt). Dit betekent in de opvatting van de HBO-raad dat de bekostiging van deze opleidingen via de begroting van het ministerie van OCW geregeld dient te worden. In de kosten van deze opleidingen wordt een onderscheid gemaakt tussen binnenschoolse- en buitenschoolse kosten. De buitenschoolse kosten bevatten de reële kosten die verbonden zijn aan de benodigde werkplaatsfaciliteiten en salariskosten. De HBO-raad is van mening dat salariskosten financieel gecompenseerd moeten worden vanuit de zorginstelling (middels opleidingsfondsen of andersoortige financiering) en dat de werkplaatsfinanciering conform de financiering van de initiële opleiding tot de geneeskundeopleiding geregeld dient te worden.

Beroepsgerichte masteropleiding: Praktijkondersteuners

De financiering van deze opleiding is momenteel gekoppeld aan besparingen die huisartsen moeten bewerkstelligen door middel van het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS). Omdat de beoogde besparing niet gerealiseerd kan worden, staat de financiering van de opleiding onder druk. In de notitie van VWS 'Bouwstenen Zorg in de buurt' wordt voor de uitvoering van het RVZ-advies taakherschikking 18 miljoen euro genoemd. Voor het opheffen van de koppeling met opbrengsten EVS worden de kosten geschat op 68 miljoen euro.

42 BELANGRIJKSTE VERANDERINGEN IN DE NIEUWE SITUATIE

De belangrijkste veranderingen in de nieuwe situatie, althans vanuit financieel oogpunt gezien, kunnen verwacht worden bij de medisch specialistische vervolgopleidingen en bij de nieuwe beroepsgerichte masteropleidingen.

Medisch specialistische vervolgopleidingen

Momenteel staat bij de medisch specialistische vervolgopleidingen het bedrijfskundige aspect te nadrukkelijk op de voorgrond. De dagelijkse patiëntenzorg en de avond-, nacht- en weekeind-diensten moeten meer in relatie worden gebracht met het opleidingsperspectief en de fase van de opleiding waarin de AGIO verkeert. Het leeraspect zal worden versterkt door gestructureerd cursorisch onderwijs, naar analogie van regelingen die bij de huisartsenopleiding al gebruikelijk zijn. Daartoe moet, naast het traditionele patiëntgebonden klinisch onderwijs, gebruik worden gemaakt van moderne onderwijsmethoden inclusief computergestuurd onderwijs, vaardigheidstraining in een skills-lab, simulatie etc. Door een intensivering van de leeraspecten tijdens de assistent-fase zal de productiviteit van de AGIO afnemen. Beperking van de bedrijfskundige aspecten heeft consequenties voor de productiecapaciteit en voor de bekostiging van een assistentenplaats.

De kosten voor de medisch specialistische vervolgopleidingen worden bepaald door de leerwerksituatie. Dit betekent dat er zowel kosten als opbrengsten zijn. Een arts in opleiding kost geld: salariskosten, opleidingskosten (studiefaciliteiten, kosten van het opleidingsinstituut dat het theoriegedeelte verzorgt) en gedeelde inkomsten van de opleider die hem begeleidt. Hoe de omvang is van al deze posten hangt af van de invulling van het opleidingstraject (bijv. verhouding cursorisch - praktisch), van het specialisme (bijv. snijdend versus niet-snijdend) en van de fase in de opleiding (bijv. eerste jaar of laatste jaar maakt groot verschil). Een arts in opleiding levert echter ook productie en levert dus opbrengsten op. Over de productiviteit van met name klinisch specialisten in opleiding lopen de visies sterk uiteen. In de budgetparameter die in 2001 tot stand is gekomen, wordt uitgegaan van 30% productiviteit van de AGIO (MDW, 2001).

In bijlage 3 wordt geprobeerd enig inzicht te krijgen in de opleidingskosten van een medisch specialist. In deze bijlage wordt een proefberekening gepresenteerd die aangeeft dat de gemiddelde opleidingskosten van een medisch specialist ca. 53.000 euro per jaar bedragen. Deze uitkomst ligt erg dicht bij het momenteel door het CTG gehanteerde bedrag van 52.000 euro per jaar. Een en ander betekent dat de herstructurering van de medische vervolgopleidingen op zichzelf met relatief lage kosten mogelijk is. De grootste kostenpost zit echter niet in de opleidingskosten zelf, maar in het feit dat AGIO'S minder inzetbaar zijn voor patiëntenzorg. In paragraaf 4.3 wordt dit nader uitgewerkt.

Op dit moment worden de opleidingskosten voor medisch specialisten op een nogal versluierende wijze betaald via de budgetten van academische en niet-academische ziekenhuizen.

De beschikbaarheid van voldoende medisch specialisten is een essentiële voorwaarde voor succesvolle marktwerking. Er moet dan ook voor worden gewaakt dat de met het publieke belang sporende ambities van de ziekenhuizen om op te leiden niet in de kiem worden gesmoord omdat de marktwerking tot een andere prioriteitenstelling dwingt. Dit gevaar kan worden voorkomen door de financiering van de vervolgopleidingen buiten de DBC-systematiek te houden, de vergoedingen voor de opleidingsplaatsen centraal vast te stellen en criteria te ontwikkelen voor een goede allocatie van deze gelden en de opleidingsplaatsen (RVZ, 2003). Het in te stellen opleidingsfonds kan hierin een regulerende rol vervullen.

Beroepsgerichte masteropleidingen

De beroepsgerichte masteropleidingen vinden nu als experiment op vrij beperkte schaal plaats en worden gefinancierd uit ziekenhuisbudgetten. Bij transformatie van deze opleidingen tot 'echte' masteropleidingen zal inpassing van de bekostiging in de normale financieringssysteem van HBO/WO moeten plaatsvinden. De kosten van deze opleidingen zijn nog niet bekend, maar de Commissie gaat ervan uit dat deze ongeveer gelijk zullen zijn aan de kosten van de opleiding tot basisarts, d.w.z. ca. 30.000 euro per student per jaar.

4.3 GLOBALE RAMING FINANCIËLE CONSEQUENTIES PER AANBEVELING

Gezien de complexiteit van de financieringsproblematiek heeft de Commissie geen uitgewerkt financieringsvoorstel kunnen opstellen. Daarom beperkt de Commissie zich tot een globale raming van de relevante kostenposten die met de implementatie van de aanbevelingen gepaard zullen gaan.

Aanbeveling 1: Duur van de opleiding tot medisch specialist

a. Kwalitatief

De totale opleidingsduur kan worden verkort door het invoeren van een schakeljaar. Dit komt neer op een herziening van het huidige curriculum en kan derhalve gefinancierd worden uit de reguliere budgetten van de medische faculteiten.

Meerkosten voor 2004-2008: geen.

b. Kwantitatief

De totale opleidingsduur kan bekort worden door verruiming van de opleidingscapaciteit, omdat daarmee de vertragende wachttijd tussen initiële en vervolgopleiding wordt bekort. Per extra opleidingsplaats is ca. 50.000 euro per jaar nodig. Het aantal benodigde opleidingsplaatsen is nog onbekend en moet berekend worden door het Capaciteitsorgaan.

Meerkosten voor 2004-2008: onbekend.

Aanbeveling 2: Zij-instroom in de masteropleiding geneeskunde zo spoedig mogelijk realiseren

a. Zij-instroom masteropleiding regelen

Dit behoort tot de normale taken van HBO/WO en moet uit de normale onderwijsbudgetten gefinancierd worden.

Meerkosten voor 2004-2008: geen.

b. Tussentermen bachelorniveau

Ook hiervoor geldt dat dit tot de normale taken van de faculteiten behoort.

Meerkosten voor 2004-2008: geen.

Aanbeveling 3: Herinrichting medisch specialistische vervolgopleidingen

a. invoering gestructureerd cursorisch onderwijs

In bijlage 3 worden de kosten van gestructureerd cursorisch onderwijs becijferd op 9.000 euro per opleidingsplaats per jaar. Omdat er 4500 opleidingsplaatsen zijn zullen de totale kosten van het cursorisch onderwijs ca. 40 miljoen euro bedragen. Daarop kunnen in mindering gebracht worden de kosten die nu reeds gemaakt worden voor cursorisch theorieonderwijs. Deze worden door de Commissie geschat op 50% van die van volledig

cursorisch onderwijs. De meerkosten voor gestructureerd cursorisch onderwijs zullen op termijn derhalve ca. 20 miljoen euro per jaar bedragen.

Voor de komende vijf jaar zullen de extra kosten echter aanzienlijk lager zijn. De Commissie gaat ervan uit dat de wetenschappelijke verenigingen van de onderscheiden specialismen (voor de medisch specialismen zijn dit er 27) het jaar 2004 nodig zullen hebben om het cursorisch onderwijs te ontwikkelen met een eerste aanzet tot implementatie (voor de ontwikkelkosten zie kosten vanwege aanbeveling 10. Niet alle specialismen verkeren in dit opzicht in dezelfde fase, zodat sommige al in 2004 de eerste implementatiestappen kunnen zetten, en andere pas in de loop van 2005. Het gestructureerd cursorisch onderwijs zal zich aanvankelijk vooral op de jongerejaars AGIO's richten en zich zo snel mogelijk ook naar de andere AGIO's uitbreiden. De Commissie is ervan uitgegaan dat de AGIO'S die na 1 januari 2005 met hun opleiding starten een volledig gestructureerd cursorisch onderwijsprogramma zullen volgen. Pas vijf jaar later zal dus het gestructureerd cursorisch onderwijs voor alle AGIO's volledig zijn doorgevoerd. Dit leidt tot de volgende kostenraming:

Jaar	Kosten (mln euro)
2004 *	0
2005 *	2
2006	6
2007	10
2008	14
2004 t/m 2008	32

* Ontwikkelkosten zijn opgenomen onder aanbeveling 10

Meerkosten voor 2004-2008: 32 miljoen euro.

b. daling klinische productiviteit van de AGIO'S

Het volgen van cursorisch onderwijs en het meer benadrukken van het opleidingskarakter van de AGIO-fase betekent dat AGIO'S minder inzetbaar worden voor directe patiëntenzorg.

In bijlage 3 is aangenomen dat de verhouding patiëntenzorg opleiding 80 – 20 wordt. De commissie gaat ervan uit dat deze verhouding in de huidige situatie 90 – 10 is. Dit betekent dat AGIO'S gemiddeld 10% minder inzetbaar zijn voor patiëntenzorg. Op 4500 opleidingsplaatsen betekent dit dat er 450 fte voor vervanging nodig is (bijv. door NP of PA). De kosten voor deze vervangers zullen gemiddeld €50.000 per fte bedragen, zodat op termijn een bedrag van 22,5 miljoen euro per jaar nodig is.

Eveneens als de invoering van cursorisch onderwijs, zal ook deze vervanging gefaseerd plaats vinden. Voor de komende jaren levert dit het volgende kostenplaatje op:

Jaar	Kosten (mln euro)
2004	0
2005	2
2006	6,5
2007	11
2008	15,5

2004 t/m 2008	35
---------------	----

Meerkosten voor 2004-2008: 35 miljoen euro.

c. introductie basisspecialist

In de opleidings sfeer brengt dit geen extra kosten met zich mee. Wel is een beperkt bedrag nodig voor het ontwikkelen van omschrijvingen van verantwoordelijkheden en bevoegdheden (is begrepen in de kosten van aanbeveling 10) en voor de registratie.

Meerkosten voor 2004-2008: onbekend.

Aanbeveling 4: Taakherschikking en introductie nieuwe professionals

a. salariskosten

Deze nieuwe professionals komen veelal in de plaats van AGIO's en AGNIO's. Dit vraagt derhalve geen extra salariskosten.

Meerkosten voor 2004-2008: geen.

b. opleidingskosten nieuwe beroepen

De Commissie verwacht dat de opleidingskosten voor nieuwe beroepen als NP en PA gemiddeld gelijk zullen zijn aan de opleidingskosten voor een basisarts, d.w.z. ongeveer 30.000 euro per opleidingsplaats per jaar.

Het aantal opleidingsplaatsen is echter nog onbekend en moet berekend worden door het Capaciteitsorgaan. Dit betekent wel een uitbreiding van de taken van het Capaciteitsorgaan.

Meerkosten voor 2004-2008: onbekend.

Aanbeveling 5: Eigenstandige bevoegdheid voor nieuwe professionals

De wet- en regelgeving moet aangepast worden. De kosten hiervan dienen gefinancierd te worden uit de reguliere budgetten van het ministerie van VWS.

Meerkosten voor 2004-2008: geen.

Aanbeveling 6: Instellen opleidingsregio's

Het is een taak van de 'veldpartijen' om deze opleidingsregio's vorm te geven. De eerste stappen hiertoe zijn reeds gezet. Voorzover er voor de structurering en omschrijving van taken en verantwoordelijkheden ontwikkelingskosten gemaakt moeten worden zijn deze meegenomen bij de kosten van aanbeveling 10.

Meerkosten voor 2004-2008: geen.

Aanbeveling 7: Verpleegkundig opleidingscontinuüm

De kosten van het opstellen van een verpleegkundig opleidingscontinuüm worden, naar analogie van de kosten van 'De arts van straks' geraamd op 0,5 miljoen euro, te besteden in 2004.

Meerkosten voor 2004-2008: 0,5 miljoen euro.

Aanbeveling 8: Taakuitbreiding Capaciteitsorgaan

De Commissie schat dat de taken van het Capaciteitsorgaan op grond van deze aanbeveling met ca. 25% worden uitgebreid. Het Capaciteitsorgaan moet een begroting opstellen van de daarmee gepaard gaande kosten.

Meerkosten voor 2004-2008: onbekend.

Aanbeveling 9: Instellen Opleidingsfonds

Het opleidingsfonds wordt vooralsnog gevuld via ombuiging van bestaande (vaak versluierde) geldstromen voor opleidingen en met extra middelen voor in dit advies vermelde maatregelen.

Meerkosten voor 2004-2008: n.v.t.

Aanbeveling 10: Stuurgroep en implementatietraject

Bij deze aanbeveling spelen verschillende kostenposten een rol:

a. kosten van de Stuurgroep

Hierbij wordt gedacht aan vacatiegelden, salariskosten voor het secretariaat, bureaunkosten, advieskosten, etc.

De Commissie raamt de kosten hiervan op 1 miljoen euro per jaar gedurende de periode van vijf jaar.

Voor het instellen en structureren van opleidingsregio's is eenmalig (in 2004) een bedrag van 1 miljoen euro nodig.

b. kosten voor herstructurering van opleidingen en opzetten van nieuwe masteropleidingen

Hierboven zijn de kosten vermeld die gemaakt moeten worden voor het opzetten van cursorisch onderwijs van AGIO's en voor het opstarten van masteropleidingen voor NP en PA Deze kosten zullen vooral in 2004 en 2005 gemaakt worden.

c. herinrichting professionele organisatie en verdere innovatie

Hieronder wordt begrepen het (voorzichtig) introduceren van nieuwe beroepen zoals NP, PA, basisspecialist, praktijkondersteuners, e.d. Dit budget zou tevens moeten dienen voor de bekostiging van experimenten met een innoverend karakter.

De Commissie raamt (zeer globaal) voor bovenstaande posten bedragen zoals weergegeven in de volgende tabel.

Jaar	<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>Totaal</i>
2004	2	6	4	12
2005	1	6	4	11
2006	1	0	3	4
2007	1	0	3	4
2008	1	0	2	3
2004 t/m 2008	6	12	16	34

Meerkosten voor 2004-2008: 34 miljoen euro.

Samenvattend komt de Commissie tot de volgende raming van de financiële consequenties van haar aanbevelingen in de periode 2004 – 2008.

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

Voor de implementatie van de aanbevelingen is voor de komende vijf jaar in totaal een bedrag nodig van ruim 100 miljoen euro.

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.

Literatuur

- Capaciteitsorgaan (2003). *Capaciteitsplan 2003, een tussenbalans*. Utrecht, Capaciteitsorgaan.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2003). Bevolkingstrends. *Statistisch kwartaalblad over de demografie van Nederland*. Voorburg/Heerlen, CBS.
- Cohen-Schotanus J., Reinders J.J., Agsterribbe J. en Meyboom-de Jong B. (2002). Tien jaar arts, een longitudinaal onderzoek naar de loopbaan vanaf het afstuderen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 51, 2474-2478.
- Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen (2002). *Advies: capaciteit en bekostiging*. Den Haag, OC&W.
- Hoekstra, J.H. Een strategische missie (2002). Topklinische ziekenhuizen worden teaching hospitals. *Medisch Contact* 45, 1645-1647.
- KNMG (2002). *De arts van straks. Een nieuw medisch opleidingscontinuüm*. Utrecht, KNMG, DMW-VSNU, VAZ, NVZ en LCVV.
- MDW-werkgroep (2001). *Nooit meer wachten: minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen*. Den Haag, MDW.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en ministerie van Financiën (2003). *Bouwstenen Zorg in de buurt*. Den Haag, VWS.
- NVZ Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (2003). *Teaching Hospitals*. Utrecht, NVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2000). *Professionals in de gezondheidszorg*. Zoetermeer, RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*. Zoetermeer, RVZ.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2003). *Marktwerking in de medisch specialistische zorg*. Zoetermeer, RVZ.
- Velden, van der, L.F.J., Heiligers Ph.J.M. en Hingstman L.(2003). Een studie van jaren. *Medisch Contact*, 17, 694-697.
- Velden, van der, L.F.J. en Hingstman L. (2003).Korter assisteren, minder assistenten. Wat een kortere vervolgopleiding betekent voor de capaciteit. *Medisch Contact*, 25, 1019-1021.
- Vereniging Academische Ziekenhuizen en Discipline Overleg Medische Wetenschappen (2002). *Werk in uitvoering*. Utrecht, VAZ-DMW.
- ZonMw (2002). *Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg*. Den Haag, ZonMw

Bijlage 1. Beschikkingsbesluit

Bijlage 2. Overzicht betrokken partijen

BEROEPSVERENIGINGEN

AVVV

De AVVV (Algemene Vergadering Verpleegkundigen en Verzorgenden)behartigt als koepelorganisatie de belangen van de aangesloten beroepsorganisaties en is daarmee spreekbuis, aanspreekpunt en platform voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroep. Sinds november 2000 wordt de AVVV ook door de overheid als zodanig erkend.

Federatie KNMG

Het is mede een taak van de federatie KNMG om bij te dragen aan een beleid waarin kwaliteitsverbetering, kwaliteitsmeting en kwaliteitsborging en het afleggen van verantwoording hierover voorop staan. KNMG voert deze taak uit namens 32.500 huisartsen, medisch specialisten, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, artsen in dienstverband en verpleeghuisartsen.

Publiekrechtelijke taak KNMG

Met betrekking tot de opleiding en (her)registratie functioneren binnen de KNMG drie soorten organen:

- de colleges die de regels opstellen (College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde, College voor Sociale Geneeskunde en Centraal College Medisch Specialisten);
- de KNMG-registratiecommissies die de regels uitvoeren (Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie, Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie en Medisch Specialisten Registratie Commissie) en
- een Advies Commissie die advies uitbrengt over bezwaren tegen beslissingen van een college of registratie Commissie.

Artsen die een vervolgopleiding hebben voltooid, worden ingeschreven in een van de registers. Deze registratie vindt sinds 1 oktober 1998 plaats op basis van de Wet BIG. De colleges en KNMG-registratiecommissies zijn Zelfstandige BestuursOrganen (ZBO) en oefenen een overheidstaak uit (volgens publiekrecht). De colleges kunnen als regelgevend orgaan zelfstandig besluiten ter goedkeuring aan de minister van VWS voorleggen. Bij het uitvoeren van de taken houden de colleges rekening met het beroepsprofiel zoals dat door beroepsverenigingen of wetenschappelijke verenigingen voor een specialisme is opgesteld. Het Federatiebestuur van de KNMG (een privaatrechtelijke organisatie) adviseert de minister over de voorgenomen besluiten van de colleges.

CAPACITEITSORGAAN

In 1999 opgerichte stichting die raamt hoeveel huisartsen, artsen verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisartsen, medisch specialisten, sociaal geneeskundigen en tandheelkundig specialisten opgeleid dienen te worden om in de toekomstige vraag te kunnen voorzien. Het Capaciteitsorgaan is een samenwerkingsverband van de verschillend beroepsgroepen, zorgverzekeraars, opleidingsziekenhuizen en geeft - niet bindende - adviezen aan de minister van VWS.

ONDERWIJS ORGANISATIES

DMW-VSNU

De acht medische faculteiten zijn verenigd in het Disciplineoverlegorgaan Medische Wetenschappen (DMW) van de VSNU. De VSNU (Vereniging Samenwerkende Nederlandse

Universiteiten). Het hoofddoel van de vereniging is het versterken van de maatschappelijke positie van het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek.

HBO-raad

De HBO-raad is een vereniging van 45 hogescholen met als doelen de ontplooiing van het hoger beroepsonderwijs in relatie tot maatschappelijke ontwikkelingen en de behartiging van het collectief belang van de aangesloten leden. Aan 19 hogescholen is een opleiding tot HBO-Verpleegkundige verbonden.

OVERHEID

Ministerie van OC&W

Het ministerie van OC&W is verantwoordelijk voor de bekostiging en het algemeen beleid ten aanzien van de kwaliteit van het MBO, HBO en WO. De onderwijsinstellingen zijn verantwoordelijk voor de aansluiting van zorgopleidingen op zorgberoepen. Het ministerie van OC&W stelt vooropleidingseisen, eisen met betrekking tot interne en externe kwaliteitszorg, houdt toezicht en bekostigt de opleidingsinstellingen.

Ministerie van VWS

Met de Wet BIG heeft VWS een instrument in handen om beroepen in de gezondheidszorg te regelen. Hierin worden voor wettelijk geregelde beroepen opleidingseisen of deskundigheidsgebieden geformuleerd.

WERKGEVERS

NVZ

Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) De NVZ behartigt de belangen van alle algemene ziekenhuizen, categorale instellingen en revalidatiecentra in Nederland. De NVZ kent 170 leden.

VAZ

Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ) De VAZ behartigt de belangen van de acht academische ziekenhuizen in Nederland. Van de acht academische ziekenhuizen, zijn er zes gefuseerd met de medische faculteit: samen vormen zij een Universitair Medisch Centrum (UMC).

SBOH

De Stichting Beroeps Opleiding tot Huisarts (SBOH) is de officiële werkgever van de HAIO's in Nederland. Zij draagt zorg voor de uitbetaling van het HAIO-salaris. Daarnaast is het haar taak de financiële middelen voor de beroepsopleiding tot huisarts te beheren, waarvan ondermeer de huisartsopleiders en instituten betaald worden. De leden van het stichtingsbestuur worden benoemd door de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport.

Bijlage 3. Proefberekening opleidingskosten medisch specialist

De academische ziekenhuizen vervullen van oudsher het grootste deel van de medische opleidingen en worden hier ook specifiek voor betaald. Dit is echter aan het veranderen. De algemene opleidingsziekenhuizen worden steeds belangrijker en de noodzakelijke uitbreiding van de opleidingscapaciteit kan onmogelijk alleen binnen de acht academische ziekenhuizen worden gerealiseerd (NVZ 2003).

Tabel. Aantallen opleidingsplaatsen

	AGIO's	
	Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen
1992	1463 (61 %)	932 (39 %)
1995	1659 (61 %)	1052 (39 %)
2001	2054 (57 %)	1544 (43 %)

Bron: Prismant, 2002 (In: RVZ -advies : 'Marktwerking in de medisch specialistische zorg')

Het budget van algemene ziekenhuizen is echter veel minder dan dat van de academische ziekenhuizen berekend op deze rol (Hoekstra, 2002). Er is sprake van een marginale financiering via de kruissubsidiëring vanuit de patiëntenzorg en een aantal budgetparameters. De verwachting is bovendien dat de productiviteit van de specialisten in opleiding door de plannen rondom het medisch opleidingscontinuüm zal dalen. Dit zet de financiering van de opleidingsfunctie verder onder druk. In deze bijlage wordt geprobeerd enig inzicht te krijgen in de opleidingskosten van een medisch specialist. In feite wordt een model gepresenteerd waarin aangegeven wordt welke factoren een rol spelen. Vervolgens wordt met globale getallen een indruk gegeven van de orde van grootte van de opleidingskosten. In de praktijk zal per specialistenopleiding een betere inschatting gemaakt moeten worden. In het model wordt de situatie van een specialist die alleen werkt vergeleken met de specialist die met een AGIO werkt. De resultaten staan in de volgende tabel.

Kosten	Specialist	Specialist AGIO	+
Honorarium specialist	200.000	200.000	
Gemiddeld salaris AGIO	0	47.000	
Cursorisch onderwijs	0	9.000	
Studiekosten AGIO	0	2.000	
Kosten patiëntenzorg (regulier)	1.000.000	1.200.000	
Kosten patiëntenzorg (extra)	0	30.000	
Locale infrastructuur opleiding	0	5.000	
Totaal kosten	1.200.000	1.493.000	

Baten		
Opbrengsten patiëntenzorg (regulier)	1.000.000	1.200.000
Honorarium patiëntenzorg (regulier)	200.000	240.000
Totaal baten	1.200.000	1.440.000
Gemiddelde opleidingskosten tot specialist per jaar	0	53.000

Toelichting:

De volgende aannamen zijn gemaakt:

- de hierboven weergegeven getallen zijn bedragen in euro's per jaar. Het zijn geen exacte bedragen, maar globale, afgeronde getallen;
- in deze berekening is uitgegaan van een opleiding in een algemeen ziekenhuis met een vrijgevestigd specialist; het gemiddelde honorariuminkomen van de specialist is gesteld op €200.000;
- de gemiddelde personeelslasten voor een voltijds AGIO bedraagt momenteel ca. 52.000 euro (exclusief opleidingskosten). Gemiddeld zal de AGIO 20% van zijn tijd besteden aan cursorisch onderwijs en 80% aan patiëntgebonden activiteiten. Indien (naar analogie van opleidingen tot huisarts en sociaal geneeskundigen) voor de theoriedag met het volle salaris wordt doorbetaald bedragen de personeelskosten voor een AGIO ca. 47.000 euro per jaar;
- de kosten van het cursorisch onderwijs zijn ingeschat op basis van de kosten van de initiële opleiding tot basisarts (ca. 30.000 euro per voltijds student per jaar). Omdat het cursorisch onderwijs aan AGIO's een hogere deskundigheid vergt en aan kleinere aantallen wordt gegeven zijn de kosten vergeleken met de initiële opleiding met 50% verhoogd;
- De studiekosten van de AGIO bestaan voornamelijk uit reiskosten en daarnaast kosten voor boeken, studiemateriaal enz. ten behoeve van het cursorisch onderwijs;
- Aangenomen is dat in een algemeen ziekenhuis door een voltijds specialist gemiddeld een omzet van 1.000.000 euro ten behoeve van het ziekenhuis wordt gegenereerd (exclusief honorarium). Een specialist die een AGIO opleidt zal zelf slechts 90% van zijn tijd beschikbaar hebben voor patiëntenzorg (en 10% als opleider), maar daar staat tegenover dat de AGIO ook omzet uit patiëntenzorg genereert. Aangenomen is dat de AGIO gemiddeld per jaar 30% van de omzet van een medisch specialist zal behalen zodat specialist + AGIO samen op 120% komen;
- De patiëntenzorg die een AGIO uitvoert neemt in het algemeen meer tijd in beslag dan wanneer een ervaren specialist dezelfde zorg zou geven. Ook in deze extra tijd wordt beslag gelegd op ziekenhuismiddelen (bijv. spreek - en behandelkamers, OK's , alsmede op het erbij behorende personeel). Daarnaast zal er soms extra diagnostiek gevraagd

worden. De extra kosten hiervan zijn niet in de normale prijs - en budgetberekeningen van het ziekenhuis meegenomen. In deze cijferopstelling is ervan uitgegaan dat de extra kosten gemiddeld 10% van de door de AGIO gegenereerde omzet zullen bedragen;

- In de opleidingsziekenhuizen zal een infrastructuur aanwezig moeten zijn om de opleiding te ondersteunen. Omdat het cursorisch gedeelte niet aan het opleidingsziekenhuis wordt toegerekend zal de infrastructuur beperkt kunnen zijn. In deze berekening is niet expliciet rekening gehouden met eventuele extra investeringen in gebouwen. Dit onderdeel loopt via het Bouwcollege. Afschrijvingen en rente zitten echter wel in de kosten patiëntenzorg en dus ook in de 10% opslag voor extra kosten. Ook de kosten voor bibliotheekvoorzieningen moeten niet overdreven worden. Technisch gezien kan via de computer de universiteitsbibliotheek direct en compleet ter beschikking staan. De kosten voor de infrastructuur zijn daarom vrij laag ingeschat op 5.000 euro;
- Voor wat de baten betreft is aangenomen dat, wat betreft de door de AGIO gegenereerde patiëntenzorg, zowel voor het honorariumdeel als voor het ziekenhuisdeel, dezelfde tarieven worden gehanteerd als normaal het geval is;
- Alle hier gehanteerde bedragen zijn gemiddelden over de gehele opleidingsperiode. Er zullen echter aanzienlijke verschillen optreden tussen de verschillende jaren in de opleiding.

Conclusie

De kosten voor de opleiding tot specialist zijn van de orde van grootte van 53.000 euro per opleidingsplaats per jaar. Dat is aanzienlijk hoger dan de kosten van de initiële opleiding, deze worden geschat op 30.000 euro per plaats per jaar. De belangrijkste oorzaak hiervan is het feit dat in de opleidingssituatie de patiëntenzorg in het ziekenhuis minder efficiënt dan normaal kan worden uitgevoerd.

Naast deze directe kosten voor de opleiding wordt per opleidingsplaats per jaar een bedrag van ongeveer 240.000 euro voor patiëntenzorg uitgegeven. Dit kan substitutie zijn voor zorg die reeds verleend wordt dan wel extra patiëntenzorg die aangeboden wordt op grond van geconstateerde behoefte. De kosten hiervan kunnen uiteraard **niet** als opleidingskosten worden aangemerkt.

Bijlage 4. Overzicht ziekenhuisopleidingen (bron NVZ)

Het van belang dat in kaart wordt gebracht welke opleidingen te zijner tijd via het opleidingsfonds bekostigd worden. Een eerste stap is een nadere definiëring van het begrip 'ziekenhuisopleiding' en de vaststelling welke opleidingen als zodanig moeten worden aangemerkt. Met dat uitgangspunt kan vervolgens ook voor deze opleidingen een consistente financieringssysteem worden ontworpen. Dit overzicht bevat een eerste inventarisatie van ziekenhuisopleidingen.

Medisch georiënteerde opleidingen

- Apotheker (ziekenhuis)
- Medisch Specialismen (27)
- Gezondheidspsycholoog
- Klinisch chemicus
- Klinisch fysicus
- SEH-arts
- Tandheelkundig specialist (kaakchirurg)
- Verloskundige, 2^e lijns

totaal ± 35 opleidingen

Verpleegkundig georiënteerde opleidingen

- Zorghulp (niveau 1)
- Helpende (niveau 2)
- Verzorgende (niveau 3)
- Verpleegkundige MBO (niveau 4)
- Verpleegkundige HBO (niveau 5)

totaal 5 opleidingen

Verpleegkundige vervolgoopleidingen

College ziekenhuis Opleidingen/LRVV

- intensive care volwassenen
- intensive care kinderen
- kinderverpleegkunde
- dialyse
- neonatologie
- obstetrie & gynaecologie
- oncologie
- spoedeisende hulp

SSSV (Bunnik)

- astma/COPD
- diabetes-educatie
- endoscopie – gastro-enterologie
- endoscopie – longziekten
- mamacare
- reuma
- stomazorg
- incontinentie

Overig

- advanced nursing practice

totaal 17 opleidingen

Para- en perimedisch georiënteerde opleidingen

College ziekenhuis Opleidingen

- Anesthesie medewerker
- Klinisch Perfusionist
- Operatie-assistent
- Ziekenhuishygiënist

LOI

- Hartfunctielaborant
- Laborant Klinische Neurofysiologie
- Longfunctie-assistent
- Sterilisatie assistent

Overig

- Dokters assistent
- Medisch Analist/Laboratorium ingenieur
- Medisch-Nucleair werker
- Physician assistant
- Radiodiagnostisch laborant
- Radiotherapeutisch laborant

totaal 14 opleidingen