

# **NOOIT MEER WACHTEN**

**Minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen**

Rapport van de MDW werkgroep  
Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen

Den Haag, juli 2001

# INHOUDSOPGAVE

<b>Samenvatting</b>	<b>4</b>
<b>1 Inleiding</b>	<b>10</b>
1.1 Opdracht van de werkgroep	10
1.2 Aard van het rapport	11
1.3 Samenstelling en werkwijze van de werkgroep	11
<b>2 Toetredingsbelemmeringen</b>	<b>13</b>
2.1 Inleiding	13
2.2 Het probleem van toetredingsbelemmeringen	14
2.3 Vraagstelling van het rapport	15
<b>3 De initiële opleiding</b>	<b>17</b>
3.1 Inleiding	17
3.2 De numerus fixus voor geneeskunde in Nederland	17
3.3 De numerus fixus in het buitenland	23
3.4 De numerus fixus en het publieke belang	25
3.5 Een nieuw stelsel van toelating	32
3.6 Tandheelkunde	38
3.7 Fysiotherapie	39
3.8 Verloskunde	41
3.9 Conclusie	44
<b>4 De vervolgopleiding</b>	<b>46</b>
4.1 Inleiding	46
4.2 De huidige vervolgopleiding geneeskunde in Nederland en elders	46
4.3 De vervolgopleiding en het publieke belang	56
4.4 Een nieuw stelsel voor de vervolgopleidingen bij geneeskunde	60
4.5 Overige beroepen	63
4.6 Conclusie	64

<b>5</b>	<b>Vestiging en uitoefening van beroep</b>	<b>65</b>
5.1	Inleiding: afbakening met NMa	65
5.2	Publieke belangen	67
5.3	Wet BIG	67
5.4	Specialistenbudgettering en vestiging buiten het ziekenhuis	69
5.5	Toetreding van beroepsbeoefenaars met een buitenlands diploma	71
5.6	Overige beroepsgroepen	73
	<b>Lijst met gebruikte afkortingen</b>	<b>74</b>
Bijlage A	Startnotitie	75
Bijlage B	Gissen en missen: notitie over ramingen	78

## SAMENVATTING

De gezondheidszorg is sterk in beweging. En er is grote maatschappelijke en politieke druk om het zorgstelsel veranderen. Het kabinet streeft ernaar de aanbodsturing in de zorg te vervangen door vraagsturing. In dit kader passen de aanbevelingen van dit rapport van de MDW-werkgroep 'Toetredingsbelemmeringen medische beroepen'.

Met het wegnemen of het anders vormgeven van de toetredingsbelemmeringen in de sfeer van artsen, tandartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten zijn niet alle problemen in de zorg verdwenen. Veel factoren zijn medeverantwoordelijk voor de problemen in de zorg. Veel factoren moeten dus worden aangepakt. Aldus moeten ook toetredingsbelemmeringen worden weggenomen. Voortvarendheid is daarbij wel geboden: het wegnemen van toetredingsbelemmeringen heeft immers, gelet op de lengte van de diverse opleidingen, pas op langere termijn effect.

Toetredingsbelemmeringen zijn er meestal niet voor niets. Sommige publieke belangen als de kwaliteit, de toegankelijkheid en de financierbaarheid van de zorg lijken te nopen tot belemmeringen voor de toetreding in de zorg. Aan toetredingsbelemmeringen kleven echter ook nadelen. Door toetredingsbelemmeringen komen zelfs andere publieke belangen in het geding:

- ze frustreren de keuzevrijheid van (aankomende) studenten en medici die aan de slag willen
- ze kunnen leiden tot schaarste aan de aanbodkant van de zorg
- en ze kunnen de keuzevrijheid van patiënten ten aanzien van hun zorgaanbieder belemmeren.

Om die redenen is een heroverweging van toetredingsbelemmeringen gewenst. Aldus heeft de werkgroep zich ten aanzien van toetredingsbelemmeringen de vraag gesteld waartoe de toetredingsbelemmeringen dienen en welke publieke belangen in het geding zijn. Tevens is nagegaan waartoe het weghalen van deze toetredingsbelemmering leidt en of er alternatieve mogelijkheden zijn voor het borgen van in het geding zijnde publieke belangen. Om op die manier

op verantwoorde wijze te komen tot *een toekomst met voldoende artsen, tandartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten*, die ook voldoende ruimte hebben hun vak uit te oefenen.

Toetredingsbelemmeringen doen zich voor in alle fasen in het hele traject van het begin van de studie tot de vestiging van arts, tandarts, verloskundige of fysiotherapeut. De hoofdlijnen van de voorstellen van de werkgroep volgen hieronder.

#### *Initiële opleiding (universiteit, hbo)*

De werkgroep pleit, zowel voor de opleiding geneeskunde als voor de opleidingen tandheelkunde en fysiotherapie, voor afschaffing van de numerus fixus. Niet onderhandelingen tussen universiteiten en de overheid moeten het aantal opleidingsplaatsen bepalen. Het initiatief moet terug bij de universiteiten: zij bepalen ieder individueel, op grond van decentrale informatie en hun eigen (financiële) afweging daarbij, het aantal opleidingsplaatsen. Daarbij moeten zij uiteraard rekening kunnen houden met onafhankelijke ramingen van de toekomstige behoefte. Deze ramingen moeten worden opgesteld door een orgaan dat onafhankelijk staat van alle betrokkenen. De werkgroep stelt voor het CPB en het RIVM hiermee gezamenlijk te belasten. Ook de financieringssystematiek van de universiteiten moet zodanig worden gewijzigd dat deze worden geprikkeld om adequaat in te spelen op de (toekomstige) vraag.

#### *Vervolgopleiding*

Momenteel bepaalt de beroepsgroep zelf de opleidingseisen voor nieuwe toetreders, alsmede het aantal opleidingsplaatsen.

De werkgroep meent dat op langere termijn, indien afrondende examens een geaccepteerd verschijnsel zijn geworden bij de vervolgopleiding, het aantal opleidingsplaatsen kan worden vrijgelaten. Op korte termijn bepleit de werkgroep een onafhankelijk orgaan (CPB en RIVM) de taak te geven een zwaarwegend advies aan de minister van VWS uit te brengen over de gewenste capaciteit. Tevens beveelt de werkgroep aan dat de minister van VWS meer gebruik maakt van de bevoegdheid goedkeuring te onthouden aan de opleidingseisen, indien daarvoor aanleiding is. De minister zou met name expliciet moeten beoordelen in welke mate de voor-

gestelde eisen die (direct of indirect) de capaciteit van de vervolgoopleidingen beperken, daadwerkelijk nodig zijn om de vereiste opleidingskwaliteit te garanderen.

Reeds voordat het hierboven genoemde orgaan is ingesteld kan het aantal opleidingsplaatsen momenteel eenvoudig, en zonder financiële consequenties, worden uitgebreid door plaatsen voor assistenten-geneeskunde-niet-in-opleiding in opleidingsziekenhuizen om te zetten in plaatsen voor assistenten-geneeskunde-in-opleiding.

### *Vestiging en uitoefening beroep*

Toetredingsbelemmeringen zijn zeer divers. De belangrijkste hiervan zijn:

- Domeinafbakening: beroepsgroepen kunnen bepaalde handelingen voor hun eigen beroepsgroep voorbehouden, wat mogelijk verder gaat dan de wet beoogt. De NMa moet worden verzocht een onderzoek in te stellen naar mogelijke afspraken voor domeinafbakening;
- Het aantal specialisten per ziekenhuis is middels het budgetmechanisme gefixeerd. Hieraan dient een einde te worden gemaakt;
- Er bestaat een restrictief vergunningenbeleid voor vestiging van zelfstandige behandelcentra buiten het ziekenhuis. Dit restrictieve beleid moet worden afgeschaft. Tevens moet onderzoek worden gedaan naar belemmeringen die bestaande ziekenhuizen mogelijk zouden kunnen opwerpen voor het functioneren van zelfstandige behandelcentra.
- Bevallingen die door de huisarts worden gedaan worden door het ziekenfonds niet vergoed, indien er een verloskundige in dezelfde gemeente is. Dit primaat van verloskundigen dient afgeschaft te worden.
- De invloed van de beroepsgroep op de toelating van buitenlands gediplomeerden is in de huidige constellatie te groot. De werkgroep beveelt dan ook aan om de advisering door de Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV) te vervangen door een toelatingsexamen voor buitenlands gediplomeerden.

De belangrijkste aanbevelingen samengevat:

AANBEVELING	BELEIDSTERREIN
<b>Initiële opleiding geneeskunde en tandheelkunde: middellange termijn</b>	
Materiële afschaffing numerus fixus <sup>1</sup>	OCW
Onafhankelijke behoefte- en capaciteitsraming door CPB en RIVM	VWS
Meer differentiatie in aanbod opleidingen	OCW
Universiteiten bepalen zelf hun opleidingscapaciteit	OCW
Universiteiten financieren opleiding geneeskunde uit een lumpsum voor alle opleidingen (waarvan de hoogte jaarlijks gezien dient te worden, rekening houdend met de feitelijke verdeling over duurdere en goedkopere opleidingen)	OCW

<b>Initiële opleiding geneeskunde en tandheelkunde: korte termijn</b>	
Ontwikkeling (middels onafhankelijk onderzoek) van parameters die bij de bepaling van de lumpsum de relatieve kosten van de geneeskunde opleiding weergeven	OCW
Meer differentiatie in aanbod opleidingen	OCW
Tot aan materiële afschaffing numerus fixus: verdelen uitbreiding capaciteit op basis van concurrentie (tender)	OCW

<sup>1</sup> Onder numerus fixus verstaat de werkgroep een in samenspraak tussen overheid en universiteiten bepaalde restrictie van de instroom in de opleiding.

<b>Opleiding fysiotherapie</b>	
Onafhankelijke behoefte- en capaciteitsraming door CPB en RIVM	OCW

<b>Opleiding verloskunde</b>	
Onafhankelijke behoefte- en capaciteitsraming door CPB en RIVM	VWS

<b>Vervolgopleidingen geneeskunde en tandheelkunde: middellange termijn</b>	
Onafhankelijke behoefte- en capaciteitsraming en zwaarwegend advies over aantal opleidingsplaatsen door CPB en RIVM	VWS
Vaststellen opleidingsplaatsen door minister van VWS	VWS
Expliciete, inhoudelijke toets van opleidingseisen door de minister van VWS	VWS

<b>Vervolgopleidingen geneeskunde en tandheelkunde: korte termijn</b>	
Uitbreiding capaciteit vervolgoopleidingen door omzetten agio-plaatsen in agio-plaatsen	VWS

<b>Vestiging en uitoefening van het beroep</b>	
Onderzoek NMa naar mogelijke afspraken voor domeinafbakening	VWS / EZ

Afschaffen specialistenbudgettering	VWS / Financiën
Afschaffen restrictieve vergunningenbeleid zelfstandige behandelcentra	VWS
Onderzoek naar belemmeringen die bestaande ziekenhuizen mogelijk zouden kunnen opwerpen voor het functioneren van zelfstandige behandelcentra	VWS
Mogelijk maken van declareren kapitaallasten vrijgevestigde specialisten en zelfstandige behandelcentra	VWS
Invoering toelatingsexamen buitenlands gediplomeerden	VWS
Opheffen primaat verloskundigen	VWS

# 1 INLEIDING

## 1.1 Opdracht van de werkgroep

Het kabinet is tot de conclusie gekomen dat een analyse van de voor- en nadelen van toetredingsbelemmeringen in de sfeer van medische beroepsbeoefenaars gewenst is. Daartoe is een MDW-werkgroep ingesteld met als opdracht een inventarisatie te maken voor vier beroepsgroepen: artsen (zowel huisartsen als medisch specialisten), tandartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten, en voorstellen te doen om niet gewenste toetredingsbelemmeringen aan te passen of weg te nemen. In dit rapport doet de werkgroep verslag van haar bevindingen.

Toetredingsbelemmeringen kunnen zich op verschillende momenten voordoen in het hele traject van het begin van de studie tot de vestiging als arts, tandarts, fysiotherapeut of verloskundige. Het kabinet heeft de werkgroep gevraagd om voor al die toetredingsbelemmeringen in kaart te brengen:<sup>2</sup>

- de oorspronkelijke doelstelling en verwachte voordelen van de toetredingsbelemmering;
- welke beleidsontwikkelingen relevant zijn (is er recent een beleidswijziging geweest, is een beleidswijziging in ontwikkeling?);
- welke nadelen er kleven aan de toetredingsbelemmering: in hoeverre verhindert de belemmering de toetreding tot de markt?;
- welke mogelijkheden er zijn om de belemmeringen zodanig te veranderen of weg te nemen, dat vraag en aanbod beter op elkaar kunnen aansluiten;
- welke voor- en nadelen er kleven aan het opheffen van de toetredingsbelemmeringen en
- de relevante ervaringen uit het buitenland.

Daarnaast is de werkgroep gevraagd voorstellen te doen om niet gewenste toetredingsbelemmeringen weg te nemen. Daarbij dient zonder meer het systeem van numerus fixus te worden betrokken.

De werkgroep werkt de vraagstelling in het volgende hoofdstuk nader uit. In de hoofdstukken 3-5 worden de toetredingsbelemmeringen nader geanalyseerd. De werkgroep constateert dat belemmeringen zich op drie terreinen voordoen: bij de initiële opleiding, bij de vervolgopleiding en bij de vestiging en uitoefening van het beroep. Daarmee komt het hele spectrum van leerling tot praktiserend arts, tandarts, fysiotherapeut of verloskundige aan bod (zie hoofdstukken 3-5).

---

<sup>2</sup> Zie Startnotitie van de werkgroep, bijgevoegd als bijlage A.

## 1.2 Aard van het rapport

De gezondheidszorg is in beweging. Tal van rapporten verschijnen momenteel over tal van aspecten van de gezondheidszorg. Veel voorstellen voor verandering worden gedaan door adviesorganen en door ad-hoc-commissies. De werkgroep is zich van dit feit zeer bewust geweest. Tegelijkertijd is het onmogelijk om met alle andere adviezen en adviestrajecten rekening te houden.

Dat neemt niet weg dat de teneur van het rapport zeker aansluit bij dat van (vele) andere rapporten. De gezondheidszorg wordt immers heden ten dage gekenmerkt door een indringende zoektocht naar verbeteringen op basis van concurrentie, vraagsturing, mondigheid en betrokkenheid van burgers etc. In die zoektocht hoort dit rapport thuis.

De werkgroep is op enkele fundamentele toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen gestuit. Zij stelt voor om deze toetredingsbelemmeringen weg te nemen. De belemmeringen kennen echter soms een lange historie. In dat licht valt niet te verwachten dat zij binnen enkele maanden zouden kunnen worden opgeruimd. De numerus fixus voor de opleiding geneeskunde, waar ongeveer 4000 gegadigden meedingen naar (straks) 2400 plaatsen, kan niet van de ene op de andere dag worden opgeheven. In dat opzicht richt de werkgroep zich op de middellange termijn. Wel wordt een dringend advies gedaan om voortvarend verder te werken aan de opheffing van de numerus fixus. Een rapport dat zich richt op de middellange termijn vraagt derhalve wel op korte termijn actie. Bovendien kan het gedachtegoed verder worden geïmplementeerd bij de kabinetsformatie van 2002.

## 1.3 Samenstelling en werkwijze van de werkgroep

De MDW-werkgroep 'Toetredingsbelemmeringen medische beroepen' was als volgt samengesteld:

prof dr W. Derksen	Erasmus Universiteit Rotterdam (voorzitter)
mw drs H.H. Fisscher	Ministerie van VWS (secretaris)
drs D.J. Janssen	Ministerie van Economische Zaken (secretaris)
drs D.P. van den Bosch	Ministerie van Justitie (vanaf maart 2001)
drs C. Breedveld	Ministerie van Economische Zaken
mr C. van Dorp	Ministerie van OCenW
dr P.F. Hasekamp	Ministerie van Financiën
drs J.L.M. van den Heuvel	Ministerie van VWS

drs F.J. Krapels

Ministerie van VWS

drs R.P. ter Weijden

Ministerie van Justitie (tot maart 2001)

mw mr. A.A.J. Vrij

Ministerie van SZW

De werkgroep heeft tussen september 2000 en juli 2001 14 keer vergaderd.

Aan het begin van de adviesfase heeft de werkgroep belanghebbenden uitgenodigd om schriftelijk informatie en opinies aan te leveren in relatie tot de taakopdracht van de werkgroep.

Daarnaast heeft de werkgroep in januari 2001 gedurende een dag gesproken met praktijkdeskundigen uit de verschillende beroepsgroepen, de assistenten in opleiding, de opleidingsinstellingen, de verzekeraars en de ziekenhuizen. Voorts hebben leden van de werkgroep gedurende de adviesfase intensief overleg gevoerd met een groot aantal betrokkenen en deskundigen uit de zorgsector. De informatie uit het buitenland is in opdracht van de werkgroep verzameld door het NEI.

Tenslotte zijn de hoofdlijnen van het rapport besproken met vertegenwoordigende organisaties van belanghebbenden.

## 2 TOETREDINGSBELEMMERINGEN

### 2.1 Inleiding

Iemand die medisch specialist wil worden komt verschillende belemmeringen tegen alvorens hij zijn (of zij haar) beroep kan uitoefenen. Hij moet worden ingeloot aan een universiteit alvorens hij zijn studie kan aanvangen. Hij zal moeten slagen voor zijn examens alvorens hij zich arts (beter gezegd: basisarts) mag noemen. Om te kunnen specialiseren zal hij een specialisatieplaats moeten zien te bemachtigen en als hij deze vervolgopleiding met succes heeft afgerond en uiteindelijk is geregistreerd als specialist, zal hij een praktijk moeten verwerven. Pas dan is hij in staat zijn beroep uit te oefenen.

Sommige drempels in deze geschiedenis van de beginnende arts (en voor de tandarts, de fysiotherapeut en de verloskundige geldt vaak hetzelfde) komen op het eerste gezicht logischer over dan anderen. Dat iemand voor een examen moet slagen om arts te mogen worden is in onze samenleving een volstrekt normale zaak. Anders ligt het met belemmeringen bij de toetreding tot de opleiding, tot de vervolgopleiding en tot de uitoefening van het beroep van arts. Waarom, zo kan men zich afvragen, kan maar een beperkt aantal studenten worden toegelaten tot de opleiding; waarom belemmert deze numerus fixus vele geïnteresseerden om de studie van hun keuze aan te vangen? Waarom ontnemen de beperkte mogelijkheden voor instroom in een vervolgopleiding voor medisch specialist basisartsen een kans om hun opleiding naar eigen voorkeur af te ronden? En tenslotte, waarom kan niet iedere geregistreerde arts zich zo maar vestigen?

Hoe vervelend ook, de genoemde toetredingsbelemmeringen zijn er meestal niet zonder reden. Een opleiding tot arts is duur en het opleiden van veel werkloze artsen zou verspilling betekenen. Bovendien moeten er voldoende gekwalificeerde opleiders zijn om de kwaliteit van de opleiding te kunnen garanderen. Ook kan een teveel aan artsen minder wenselijk zijn. Om die reden kan de overheid goede redenen hebben om toetredingsbelemmeringen in het leven te roepen. Anders gezegd: bepaalde publieke belangen kunnen de overheid nopen tot toetredingsbelemmeringen bij medische beroepen. In algemene termen valt te denken aan de kwaliteit van de zorg en het onderwijs, de toegankelijkheid van de zorg, de financierbaarheid van de zorg.

Een verwijzing naar een publiek belang legitimeert niet elke toetredingsbelemmering. Wellicht is het immers mogelijk om het betreffende publieke belang (de kwaliteit van de opleiding

bijvoorbeeld) op een andere wijze zeker te stellen.<sup>3</sup> Daarmee zouden de nadelen van de toetredingsbelemmeringen eventueel kunnen worden ondervangen.

## **2.2 Het probleem van toetredingsbelemmeringen**

In de huidige situatie doen de nadelen van toetredingsbelemmeringen in de medische sfeer zich zowel bij de opleiding als in de zorg gevoelen. Het eerst genoemde nadeel heeft betrekking op de opleiding, de tweede en de derde op de zorg.

Ten eerste frustreren de toetredingsbelemmeringen tot de medische opleiding en tot de uitoefening van het medische beroep de keuzevrijheid van (aankomende) studenten. Zij frustreren ook basisartsen, artsen, specialisten en paramedici die aan de slag willen. De keuze om een bepaalde studie te volgen respectievelijk een bepaald beroep uit te oefenen, wordt voor een grote groep jongeren beperkt. Wil dit vanuit maatschappelijk oogpunt gerechtvaardigd zijn, dan dient daar naar oordeel van de werkgroep een objectiveerbare en onweerlegbare noodzaak voor te zijn.

Ten tweede kunnen toetredingsbelemmeringen leiden tot schaarste aan de aanbodkant van de zorg. Dit belemmert zorgverzekeraars invulling te geven aan hun rol als kritische zorginkoper. Dit is des te urgenter aangezien in de zorg enige tijd geleden de weg is ingeslagen naar een besturingsmodel dat meer gericht is op vraagsturing dan op aanbodregulering. Deze ombouw in de richting van vraagsturing in de zorg, die begin jaren negentig van start is gegaan, krijgt met de door het kabinet beoogde vernieuwing van het stelsel een extra impuls. Daarbij krijgen verzekeraars als vanzelfsprekend een belangrijke taak. De verzekeraar “vertegenwoordigt” zowel de zorgconsumerende patiënt als de premiebetalende verzekerde. Dit brengt de verzekeraar in een uitgangspositie om een maatschappelijk wenselijk evenwicht tot stand te brengen tussen de prijs en de kwaliteit van de zorg. Naar de mate waarin een zorgverzekeraar meer de ‘hete adem’ van een kritische consument (de verzekerde) in de nek voelt, zal hij meer geprikkeld worden tot een actieve en kritische houding bij het inkopen van zorg om zodoende de verzekerden de beste prijskwaliteit verhouding te kunnen bieden. Dat vraagt dus om voldoende keuzemogelijkheden bij de zorginkoop, anders gezegd een niet te krap aanbod.

---

<sup>3</sup> Zie Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (2000) Het borgen van publiek belang, adviezen aan de Regering nr. 56, Den Haag: Sdu.

Ten derde beperken de toetredingsbelemmeringen de keuzevrijheid van patiënten ten aanzien van hun zorgaanbieder. Illustratief is de moeite die patiënten in sommige regio's hebben om een huisarts te vinden of om van huisarts te veranderen. Ook het vinden van een tandarts is op tal van plaatsen geen eenvoudige aangelegenheid. Meer in zijn algemeenheid stelt de werkgroep dat de lange wachttijden die in specifieke segmenten van de zorg voorkomen, zeker op onderdelen niet los te zien zijn van tekorten aan bepaalde specialismen.

### **2.3 Vraagstelling van het rapport**

De gezondheidszorg is momenteel sterk in beweging. Het stelsel gaat op de schop, met name omdat de maatschappelijke omgeving snel verandert. De aanbodregulering, die de gezondheidszorg decennia heeft gekenmerkt, past steeds minder bij de toegenomen mondigheid van burgers (patiënten, professionals). Het is logisch dat in een veranderende gezondheidszorg ook het borgen van publieke belangen andere vormen gaat aannemen. Om die reden is het van belang om de bestaande toetredingsbelemmeringen nauwkeurig tegen het licht te houden. Welke publieke belangen zijn in het geding? Zijn die publieke belangen met deze vormen van toetredingsbelemmering gediend? Zijn er wellicht andere mogelijkheden om de betreffende publieke belangen te behartigen, die beter bij deze tijd passen?

Volgens deze redenering heeft de werkgroep zich ten aanzien van alle toetredingsbelemmeringen de volgende vragen gesteld:

- Waartoe dient de toetredingsbelemmering? Welke publieke belangen zijn hier in het geding?
- Waartoe leidt het weghalen van deze toetredingsbelemmering?
- Zijn er eventueel alternatieve mogelijkheden voor borging van in het geding zijnde publieke belangen?

Het gaat in dit rapport niet zozeer om een discussie over de voor- en nadelen van meer marktwerking in de zorg. Primair denkt de werkgroep vanuit de behartiging van publieke belangen. Dit wil niet zeggen dat publieke belangen niet op een andere manier zouden kunnen worden behartigd of dat alles wat onder het mom van 'publiek belang' wordt verkocht, daadwerkelijk deze titel verdient.

Wel moet met inachtneming van de in het geding zijnde publieke belangen, de transparantie in de zorg worden geoptimaliseerd. In de planning van en in de gezondheidszorg wordt 'de informatie van de markt' onvoldoende benut. Een grotere openheid en meer transparantie zijn

wenselijk. In het rapport zijn openheid en transparantie, naast het publieke belang, derhalve belangrijke ijkpunten.

## **3 INITIËLE OPLEIDING**

### **3.1 Inleiding**

De beelden zijn bekend. Leerlingen geslaagd voor hun Vwo-examen worden uitgeloot voor een studie ‘medicijnen’. Lange tijd ging de discussie over de rechtvaardigheid van ‘loting’. Fundamenteler is de vraag of er überhaupt sprake moet zijn van toelatingsbeperkingen. De Tweede Kamer heeft zich inmiddels bij motie tegen de numerus fixus uitgesproken. Ook de werkgroep pleit ervoor om de numerus fixus in de huidige vorm af te schaffen. Dit geldt zowel voor de studierichting geneeskunde als voor de studierichtingen tandheelkunde en fysiotherapie. De werkgroep meent dat er onvoldoende goede redenen zijn om landelijk op grond van de te verwachten toekomstige behoefte de capaciteit voor de opleidingen te binden aan een bepaald maximum. Ten aanzien van de studie verloskunde doet de werkgroep een ander voorstel.

Alvorens de werkgroep haar argumenten voor dit standpunt geeft, wordt de huidige situatie besproken (3.2), alsmede de situatie in vergelijkbare landen (3.3). In de volgende paragraaf (3.4) wordt aangegeven welke publieke belangen bij de numerus fixus in het geding zijn. Eén voor één worden de argumenten voor een numerus fixus gewogen (en te licht bevonden). Dat vraagt om een ander stelsel. Daarvan worden de contouren geschetst in paragraaf 3.5.

De studie geneeskunde staat in het publieke debat centraal. Om die reden gaat de werkgroep eerst in op de numerus fixus bij geneeskunde. Dit neemt niet weg dat de argumenten voor de andere opleidingen principieel dezelfde zijn. De werkgroep rondt af met een analyse van en voorstellen voor de andere opleidingen waarover de werkgroep zich te beraden had (tandheelkunde: 3.6; fysiotherapie: 3.7 en verloskunde: 3.8).

### **3.2 De numerus fixus voor geneeskunde in Nederland**

#### *3.2.1 Arbeidsmarktfixus en capaciteitsfixus*

Wanneer in het algemeen over numerus fixus wordt gesproken, doelt men op capaciteitsbeperkingen voor opleidingen die van overheidswege zijn opgelegd. Daarvan is momenteel bij geneeskunde formeel en materieel geen sprake. Wel hebben de universitaire instellingen hun instroom aan maxima gebonden. Zoals we nog zullen zien is de wijze van financiering en het overleg dat daarover tussen overheid en universiteiten plaatsheeft, daaraan mede debet. In het onderstaande wordt de huidige situatie nader geschetst.

Het begrip ‘numerus fixus’ komt in de wet niet voor. De wet opent slechts de mogelijkheid voor een arbeidsmarktfixus en voor een capaciteitsfixus.

Bij een *arbeidsmarktfixus* wordt om arbeidsmarktoverwegingen de instroom in bepaalde opleidingen door de minister beperkt. Om te voorkomen dat het aanbod van afgestudeerden van een bepaalde opleiding de behoefte daaraan op de arbeidsmarkt aanmerkelijk overtreft of dreigt te overtreffen wordt hier op centraal niveau ingegrepen. Deze formele mogelijkheid bestaat momenteel voor de opleiding geneeskunde, maar zij wordt niet toegepast. De universiteiten zijn momenteel vrij om het aantal opleidingsplaatsen geneeskunde dat zij willen aanbieden, te bepalen.

Bij een *capaciteitsfixus* wordt de opleidingscapaciteit en daarmee de instroom door de instellingen zelf beperkt. Een capaciteitsfixus is formeel mogelijk gemaakt omdat een te snelle uitbreiding van de capaciteit nadelige gevolgen kan hebben voor de kwaliteit van de opleiding, bijvoorbeeld omdat niet tijdig voldoende gekwalificeerd personeel kan worden aangetrokken.

Zoals gezegd is er momenteel geen sprake van een arbeidsmarktfixus, wel kennen alle acht medische faculteiten voor geneeskunde een capaciteitsfixus. Toch zou het iets te gemakkelijk zijn om de verantwoordelijkheid voor de beperkte instroom geheel bij de universiteiten te leggen. Zoals bekend worden de universiteiten voor een belangrijk deel gefinancierd met rijksmiddelen. Langs deze weg is de overheid dus medeverantwoordelijk voor de het bestaan van een numerus fixus. Pas recent heeft de overheid het totale budget van de universiteiten uitgebreid, terwijl voorheen bij een hoger aantal plaatsen geneeskunde dit budget niet werd uitgebreid. Aldus is een situatie ontstaan waarin de onderhandeling tussen universiteiten en overheid zeer bepalend is voor de opleidingscapaciteit die wordt aangeboden. De overheid baseert zich hierbij op de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Materieel gezien is een numerus fixus – hier opgevat als een in samenspraak tussen overheid en universiteiten bepaalde restrictie van de instroom in de opleiding – het gevolg.

Om deze conclusie te kunnen onderbouwen gaan we eerst nader in op de financiering van de universiteiten alsmede op de ramingen waarop de regering zich baseert. Vervolgens komen we terug op de extra middelen die in vanaf 2001 ter beschikking van de universiteiten worden gesteld, om het aantal opleidingsplaatsen geneeskunde te kunnen verhogen naar 2400.

### *3.2.3 Financiering van universiteiten voor de opleiding geneeskunde*

De financiering van de opleiding geneeskunde is uitermate complex, mede vanwege de verwevenheid tussen medische faculteiten en academische ziekenhuizen. De bekostiging van de

universiteiten en academische ziekenhuizen is gebaseerd op de Wet op het Hoger onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek. Op grond van deze WHW is een Bekostigingsbesluit van toepassing waarin de bekostiging van universiteiten en academische ziekenhuizen vanuit het Ministerie van OCenW is geregeld.

De omvang van het macrobudget rijksbijdrage universiteiten wordt jaarlijks bij de begroting door regering en parlement vastgesteld en is dus niet afhankelijk van prestaties van universiteiten. Het macrobudget wordt sinds 2000 met behulp van een verdeelmodel, het zogeheten Prestatie Bekostigingsmodel (PBM), over de 12 universiteiten verdeeld. De verdeling van de rijksbijdrage is wel afhankelijk van prestaties van de universiteiten. Er worden paramaters gehanteerd die de universiteit prikkelen om meer te presteren. Meer presteren betekent een hogere rijksbijdrage voor de ene universiteit ten koste van andere universiteiten met geringere prestaties.

De rijksbijdrage voor universiteiten is opgebouwd uit de volgende componenten:

- een onderwijsdeel
- een onderzoekdeel
- een deel universitaire lerarenopleiding
- een deel academisch ziekenhuis
- een investeringsdeel.

Voor ons zijn hier met name het onderwijsdeel en het deel academisch ziekenhuis van belang. Het onderwijsdeel bestaat uit een basisvoorziening (verdeling op historische gronden), een component getuigschriften, een component te bekostigen eerstejaars en enige extra bijdragen, onder andere in verband met de numerus fixus geneeskunde, waarover meer in paragraaf 3.2.4. De componenten basisvoorziening, getuigschriften en eerstejaars bedragen respectievelijk 37%, 50% en 13% van het onderwijsdeel (afgezien van de genoemde extra bijdragen). De component getuigschriften wordt verdeeld op basis van het feitelijk aantal einddiploma's. Daarbij worden drie prijsniveaus aangehouden. De alfa- en gammadiploma's krijgen een wegingsfactor 1, de bèta- en de techniekdiploma's wegingsfactor 1,5 en de medische opleidingen een wegingsfactor 3.

De component te bekostigen eerstejaars studenten wordt verdeeld naar rato van het aantal eerstejaars per universiteit. Hierbij worden twee prijsniveaus gehanteerd in de verhouding alfa/gamma : bèta/techniek/medisch = 1 : 1,5.

Het deel academisch ziekenhuis vindt zijn oorsprong in de in de wet vastgelegde taak van academische ziekenhuizen op het gebied van medisch wetenschappelijk onderwijs en onderzoek. Zij vormen de primaire werkplaatsen van de medische faculteiten. Een academisch ziekenhuis heeft op grond van deze werkplaatsfunctie recht op een door de minister van OCenW vastgesteld deel van de rijksbijdrage van de universiteit. De hoogte van dit deelbudget wordt in belangrijke mate bepaald door de afspraken tussen de ministeries van Financiën, VWS en OCenW over de verdeling van de bekostigingsverantwoordelijkheid voor de lasten van de infrastructuur. Voor de acht academische ziekenhuizen tezamen bedraagt de bijdrage voor de werkplaatsfunctie momenteel circa  $f$  1 miljard. Hiermee wordt 15 tot 20% van de begroting van de academische ziekenhuizen bekostigd. Voor de verdeling van dit deel van de rijksbijdrage over de acht academische ziekenhuizen is een verdeelmodel ontwikkeld dat in een AMvB is vastgelegd. Circa 20% van de  $f$  1 miljard wordt verdeeld met behulp van parameters als studenten, getuigschriften en promoties.

Daarmee is heel in het kort geschetst hoe de rijksbijdrage voor universiteiten wordt vastgesteld. Overigens, net zoals het macrobudget rijksbijdrage universiteiten een *lumpsum* is, wordt de rijksbijdrage per universiteit ook verstrekt als *lumpsum*.

Universiteitsbesturen moeten zelf een afweging maken tussen inzet van middelen voor onderwijs, onderzoek, maatschappelijke dienstverlening en overige kosten. Tegelijkertijd hebben ze invloed op de hoogte van hun lumpsum middels de genoemde parameters. Het is voor universiteiten niet alleen aantrekkelijk om meer opleidingsplaatsen aan te bieden, maar met name uitbreiding te zoeken in opleidingen die relatief goedkoop kunnen worden aangeboden. Op basis van de gedachte dat de parameters een goede weerspiegeling vormen van de relatieve kosten, werkt de verdeling van de rijksbijdrage over de universiteiten als een markt, die niet alleen ten goede komt aan de kostenefficiëntie van het universitaire onderwijs, maar ook aan de allocatieve efficiëntie.

### 3.2.3 *Ramingen van het Capaciteitsorgaan*

Omstreeks maart van elk jaar brengt het Capaciteitsorgaan een advies aan de minister van VWS uit over het benodigde aantal beroepsbeoefenaars (specialisten, huisartsen) in de gekozen planperiode (voor 2000 was dat het rapport *Beroepskrachtenplanning Gezondheidszorg*). Vervolgens neemt de minister van VWS een standpunt in op dat advies. De overheid geeft daarmee aan wat volgens haar in de planperiode de behoefte aan zorgbeoefenaars is. Rekening houdend met het gemiddelde rendement wordt vervolgens bepaald hoeveel plaatsen er extra in de initiële opleiding moeten instromen om aan die geraamde behoefte te voldoen. De universiteiten wordt *verzocht* om het aantal toe te laten studenten te verhogen. De afgelopen jaren

blijkt steevast dat er vanuit de ramingen meer instromende studenten nodig zijn dan de door de universiteiten aanvankelijk opgegeven capaciteit.

In het Capaciteitsorgaan hebben de beroepsgroepen, de zorgverzekeraars en de opleidingsinstellingen zitting. In maart 2001 presenteerde het Capaciteitsorgaan zijn eerste raming voor de periode tot en met 2010. Hierin worden vier ramingvarianten gepresenteerd:

- een ‘beleidsarme’ basisvariant (met name gebaseerd op demografische prognoses);
- een lage combinatievariant (met ‘doorgetrokken’ trends<sup>4</sup>, laag ingeschat);
- een hoge combinatievariant (met hoge inschatting van trends);
- een arbeidstijdvariant (lage combinatievariant waarbij het aanbod gevarieerd is door de arbeidstijd als factor mee te nemen).

De inschatting van de trends gebeurt door een expertpanel, bestaande uit de leden van de Kamers<sup>5</sup> van het Capaciteitsorgaan.

Het aangeven van verschillende scenario’s is in beginsel een betere basis voor beleid dan één raming, en in die zin is de raming van het Capaciteitsorgaan een stap in de goede richting ten opzichte van de eerdere ramingen. Toch roept bestudering van de ramingen van het Capaciteitsorgaan een aantal vragen op over de gebruikte methodiek en de presentatie van de raming<sup>6</sup>. Het meest opvallend is dat alle Kamers van het Capaciteitsorgaan de lage combinatievariant als uitgangspunt kiezen voor het advies over de vereiste opleidingscapaciteit. Deze keuze wordt niet nader toegelicht. In de voorlopige raming (oktober 2000) wordt de hoge variant zelfs als ‘niet realistisch’ bestempeld, eveneens zonder nadere toelichting. De (grote) ramingonzekerheid wordt op deze manier alsnog geabsorbeerd in het ramingproces en niet in het beleidsproces. Daarmee wordt de belangrijkste kracht van het ramen in scenario’s tenietgegaan: het zichtbaar maken van onzekerheden en mogelijkheden.

Het betekent niet dat ramen een zinloze bezigheid is. Op basis van demografische gegevens en veronderstellingen over omgevingsontwikkelingen kunnen alternatieve scenario’s worden geschetst. De scenario’s (dus niet slechts één van de scenario’s) kunnen vervolgens als beleidsinput dienen. Daarbij dient duidelijk te zijn dat elk scenario zich kan voordoen. Uitspraken

---

<sup>4</sup> Op gebied van: sociaal-cultureel en het werkproces.

<sup>5</sup> Er zijn 5 Kamers: huisartsen, medisch specialisten, sociaal geneeskundigen, verpleeghuisartsen en tandheelkundig specialisten.

<sup>6</sup> Zie bijlage B voor een meer uitgebreide analyse van ramingen in het algemeen en de zorgramingen in het bijzonder.

over de waarschijnlijkheid van de verschillende scenario's dienen met de nodige reserves te worden gezien.

Bovendien is de onafhankelijkheid van de ramende instelling essentieel, omdat de ramingen in grote mate afhankelijk zijn van veronderstellingen. Net zomin als de overheid is het Capaciteitsorgaan onafhankelijk, de betrokken partijen hebben immers belang bij bepaalde uitkomsten.

### *3.2.4 Extra middelen voor de opleiding geneeskunde*

In overleg met de ministers van OCenW en VWS is in het afgelopen decennium het aantal opleidingsplaatsen voor geneeskunde drastisch uitgebreid. Vanaf 1992/1993 is de instroom van eerstejaars geneeskunde toegenomen van 1485 tot 2010 in 2001. Intussen bleef tot 1998 het totale budget voor de universiteiten ongeveer gelijk. Toch bleek in de afgelopen jaren dat de door de universiteiten opgegeven capaciteit nog niet toereikend was om de door de minister van VWS gewenste instroom in de opleiding geneeskunde te accommoderen. De universiteiten meenden echter dat een verdere groei van de instroom niet mogelijk was zonder vergoeding van de meerkosten. Onder druk van de universiteiten heeft het kabinet vervolgens besloten tot een structurele verhoging van de rijksbijdrage voor ophoging van de fixus geneeskunde. In de periode 2000-2009 zal de rijksbijdrage daardoor structureel toenemen met in totaal *f* 183 miljoen. De universiteiten hebben beloofd de instroom te vergroten van 2010 naar 2400. De omvang van dit bedrag is circa 50.000 gulden per student, dat is ongeveer 300.000 gulden per volledige opleiding geneeskunde met een studieduur van 6 jaar. De uitbreiding van de capaciteit wordt gelijkmatig over de universiteiten verdeeld.

De uitbreiding van de numerus fixus is een goed voorbeeld van aanbodsturing in het hedendaagse zorgstelsel. Aanbodsturing heeft als nadeel dat de overheid zelf de behoefte moet (kunnen) bepalen. Uit de ophoging van de numerus fixus blijkt nog een ander evident nadeel van aanbodsturing: aanbieder en vrager zijn elkaars gevangene geworden. De overheid wenst het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden en verzeilt in een onderhandeling met de universiteiten over de prijs die daarmee gemoeid is. Aangezien de universiteiten gezamenlijk optrekken en de overheid gedwongen is met hen zaken te doen, staat zij per definitie minder sterk. De houding van de universiteiten is overigens begrijpelijk na jarenlange strijd over een achterblijvende rijksbijdrage. De gevolgen zijn niet in alle opzichten positief:

- dat de lumpsum van de universiteiten is verhoogd (aangezien het genoemde bedrag van *f* 183 miljoen geheel wordt toegevoegd aan de lumpsum) wordt door velen als winst beschouwd;

- hetzelfde geldt voor de duidelijke verhoging van de instroom geneeskunde naar 2400, waartoe de universiteiten zich hebben verplicht;
- minder positief is het bedrag dat de overheid hiervoor moet uittrekken: *f* 300.000 per opleidingsplaats. De werkgroep is er niet van overtuigd dat dit bedrag de meerkosten weerspiegelt. De hoogte ervan kan dan ook slechts worden begrepen vanuit de afhankelijkheid van de overheid van de bereidheid van de universiteiten om gehoor te geven aan het verzoek om uitbreiding;<sup>7</sup>
- aangezien de verdeling van de extra capaciteit onderdeel is geworden van een politiek spel tussen de universiteiten onderling, wordt uiteindelijk onvoldoende rekening gehouden met het feit dat het voor de ene universiteit goedkoper is om uit te breiden dan voor de ander;
- hoewel de universiteiten formeel de mogelijkheid hebben om zelfstandig hun opleiding geneeskunde uit te breiden, dwingt de onderhandeling met de overheid de universiteiten tot kartelvorming waarin het onaantrekkelijk wordt om met andere universiteiten te gaan concurreren en zelfstandig het aantal opleidingsplaatsen te vergroten. In dat opzicht is het voor de onderhandelingspositie van de overheid winst dat inmiddels bij andere universiteiten plannen bestaan om te komen tot de vestiging van een medische faculteit (Twente, Tilburg).

Al met al zijn overheid en universiteiten in deze casus elkaars gevangene geworden, waardoor concurrentie tussen de instellingen bijna onmogelijk is geworden.

### **3.3 De numerus fixus in het buitenland**

Het NEI heeft in opdracht van de werkgroep een onderzoek uitgevoerd naar toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen in 9 landen. Slechts 3 van de onderzochte landen (België, Verenigde Staten en Italië) kennen geen numerus fixus voor de initiële opleiding geneeskunde. Hieronder worden de systemen voor toelating tot de initiële opleiding geneeskunde in de onderzochte landen kort aan de orde beschreven.

#### *België*

België kent geen numerus fixus. In Vlaanderen worden wel toelatingsexamens gehouden en in Wallonië vindt in de eerste 3 jaar van de studie selectie plaats. Vanaf 2003 zal er een vorm van beperking van het aanbod aan artsen van kracht worden. Het aantal uit te geven verzekerings-

---

<sup>7</sup> Dit beeld wordt door de betrokkenen in informele gesprekken bevestigd.

nummers zal dan worden ingeperkt. De verwachting is dat de opleidingen daarop zullen inspelen, door het aantal opleidingsplaatsen te beperken.

#### *Verenigde Staten*

De Verenigde Staten hebben geen numerus fixus. De beperking van het aantal medische studenten hangt voornamelijk af van de opleidingscapaciteit van de medische universiteiten. Het aantal medische faculteiten is overigens beperkt van overheidswege.

#### *Italië*

Italië kent geen numerus fixus; er is een groot overschot aan artsen. Ongeveer tweederde van de werkloze artsen in Europa is Italiaans.

#### *Finland*

Finland kent een strenge numerus fixus. In 1999 waren er 480 beschikbare opleidingsplaatsen voor 2.623 gegadigden. De selectie vindt plaats via een toelatingsexamen. Het aantal plaatsen wordt bepaald door de overheid, op basis van toekomstige behoeften. Vanwege het tekort aan artsen overweegt de Finse overheid een uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen.

#### *Frankrijk*

Frankrijk heeft na het eerste jaar van de opleiding een zogenaamd concours: de overheid bepaalt het aantal studenten dat door mag studeren; een examen selecteert de best scorende studenten uit. Het aantal plaatsen wordt bepaald op basis van de behoeften van de bevolking, regionale verschillen en opleidingscapaciteit.

#### *Duitsland*

Duitsland heeft een numerus fixus en tegelijkertijd is er werkloosheid onder artsen (overigens niet in dezelfde mate als in Italië en België).

#### *Zweden*

Zweden heeft een numerus fixus; selectie gebeurt met een examen. In 1992 was er plaats voor slechts 13% van de gegadigden. In Zweden waren in 1996 1.000 artsen werkloos. Het aantal afstuderende artsen is de laatste jaren hoger dan het aantal gepensioneerden. De Zweedse beroepsorganisatie heeft daarom gepleit om de instroom in de opleiding met de helft te verminderen.

### *Verenigd Koninkrijk*

In het Verenigd Koninkrijk zijn er 2,3 keer zoveel gegadigden als opleidingsplaatsen. Toelating gebeurt met tests. De verwachting is dat het aantal opleidingsplaatsen naar boven zal worden bijgesteld.

### *Canada*

In Canada is het aantal opleidingsplaatsen sinds 1992 beperkt (met 10% in 1993) door een afspraak tussen de provincies. Provincies zijn verantwoordelijk voor gezondheidszorg en de uitgaven aan onderwijs.

## **3.4 De numerus fixus en het publieke belang**

### *3.4.1 Publieke belangen*

Een groot aantal argumenten wordt aangevoerd ter verdediging van de numerus fixus. Het is de vraag welke daarvan relevant zijn. De werkgroep meent dat met name moet worden bezien welke publieke belangen een numerus fixus rechtvaardigen. Naar de mening van de werkgroep zijn hier drie publieke belangen relevant:

- Zuinig omgaan met publieke middelen
- Kwaliteit van de zorg
- Kwaliteit van de opleiding

De argumenten hoeven slechts kort te worden genoemd. Indien te veel artsen worden opgeleid kan dat leiden tot werkloosheid onder artsen, hetgeen als verspilling van de hoge opleidingskosten kan worden beschouwd. Bovendien kan een teveel aan artsen leiden tot een teveel aan behandeling van patiënten en van mensen die zich patiënt wanen. Ook hier kan sprake zijn van maatschappelijke verspilling. Het eerste thema heeft met name te maken met hetgeen binnen de economische wetenschap bekend staat als de ‘varkenscyclus’: zonder overheidsingrijpen zal de markt worden gekenmerkt door perioden van overschot en door perioden van tekort. Het laatste thema staat bekend als *supply induced demand*.

Ook is de kwaliteit van de zorg mogelijksterwijs in het geding. Indien er te veel artsen zijn, zou dat ertoe kunnen leiden dat meer artsen uitwijken naar minder reguliere geneeskunde, hetgeen de kwaliteit van de zorg zou kunnen aantasten. Die kwaliteit van de zorg is ook in het geding indien universiteiten gedwongen zouden zijn om ongeacht de inkomsten in de vraag naar opleidingen geneeskunde te voorzien. In dat geval zouden de instellingen niet meer kunnen garanderen dat de aan de minimale vereisten voor een verantwoorde opleiding voldoen.

In het onderstaande wordt gezien of deze publieke belangen inderdaad nopen tot een gefixeerde instroom bij de opleiding geneeskunde.

### *3.4.2 Opleidingskosten*

De opleidingskosten voor een medische studie zijn hoog. Met werkloosheid onder artsen gaan publieke gelden verloren. Op zich is het dus logisch dat de overheid probeert de instroom van studenten aan te passen aan de toekomstige behoefte aan artsen. Dit dringt te meer daar de opleiding van sommige medische studies extreem lang is (ongeveer 12 jaar) zodat de betrokkenen zelf nauwelijks de toekomstige behoefte kunnen overzien.

Op zich ligt het daarom voor de hand om de overheid de opleidingscapaciteit voor geneeskunde te laten vaststellen. Daarbij gaan we echter wel uit van vier premissen die bij nader inzien minder zeker blijken te zijn:

- De overheid is (beter dan de markt) in staat om toekomstige behoeften te rammen.
- De overheid is in staat daarop adequaat te reageren.
- De studie geneeskunde is per definitie een lange studie.
- Er bestaat een gesloten markt voor artsen: het aanbod aan artsen op de Nederlandse markt wordt geheel bepaald door de capaciteit van de Nederlandse opleidingen.

#### *Ad 1*

Uit bijlage B blijkt dat het feitelijke vermogen om de toekomstige behoeften te rammen beperkt is. In veel opzichten blijft de behoefte aan artsen onvoorspelbaar. Toch is het verstandig om te rammen. Op basis van demografische gegevens en veronderstellingen over omgevingsontwikkelingen, kunnen alternatieve scenario's worden geschetst waarin onzekerheden en mogelijkheden zichtbaar worden gemaakt. Die scenario's kunnen vervolgens als beleidsinput dienen. Hierbij dient duidelijk te zijn dat elk scenario zich kan voordoen. Uitspraken over de waarschijnlijkheid van de verschillende scenario's moeten met de nodige reserves worden gezien.

Voorwaarde is wel dat de ramingen door een onafhankelijk orgaan worden gedaan. Zoals gezegd voldoet het Capaciteitsorgaan niet aan dit criterium. In de Kamers van deskundigen van het Capaciteitsorgaan zitten vertegenwoordigers van wetenschappelijke verenigingen van beroepsgroepen, in het plenaire orgaan zitten de koepels van verzekeraars, zorgaanbieders en opleiders. Ook de ramingen van het Capaciteitsorgaan roepen in dit verband vragen op. Zo wijst het Capaciteitsorgaan om onduidelijke redenen een scenario dat tot een hoge zorgvraag leidt op voorhand als 'niet realistisch' af. Ook kiest het Capaciteitsorgaan voor een geringere uitbreiding van het aantal (vervolg)opleidingsplaatsen dan op grond van de eigen analyse lo-

gisch zou zijn geweest. Als argument hanteert het Capaciteitsorgaan daarbij dat er op korte termijn te weinig basisartsen zijn om de nieuwe opleidingsplaatsen te vervullen, waarbij voorbij wordt gegaan aan het reservoir van basisartsen dat momenteel bestaat. In het algemeen lijkt het advies van het Capaciteitsorgaan vooral bedoeld om de instroom beperkt te houden.

#### *Ad 2*

De bestaande systematiek gaat eveneens uit van de vooronderstelling dat de overheid in staat is om adequaat te reageren op behoefteramingen. De geschiedenis geeft aan die veronderstelling onvoldoende steun. Te zeer spelen andere politieke overwegingen (de behoefte aan bezuinigingen), incidentalisme en toevallige politieke druk hier een rol. Niet alleen vormt de sluiting van tandheelkunde in Utrecht in het verleden hiervan een voorbeeld. Indertijd waren het met name bezuinigingsoverwegingen om tot de sluiting van een hele tandheelkundeopleiding te besluiten. Het korte termijneffect (voor de begroting van het komende jaar) woog hier geenszins op tegen de verspilling van publieke middelen die met wat meer afstand kon worden geconstateerd. Recenter heeft ook de geschiedenis rond de numerus fixus geneeskunde aangetoond dat het niet de ramingen zijn die tot een beleidswijziging aanleiding geven, maar de bij uitstek politieke discussie in de Kamer rondom de ‘wachtlijsten’.

Daarmee is geen verwijt uitgesproken in de richting van de politiek. Er zij slechts mee aangegeven dat het politieke discours zich slecht leent voor een adequate reactie op onafhankelijke behoefteramingen. De ramingen zullen slechts één van de vele inputs zijn voor het politieke proces dat soms leidt tot een inperking en soms tot een uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen.

#### *Ad 3*

Het ramen van de toekomstige behoefte lijkt in het geval van de geneeskunde een groter probleem dan bij andere studies aangezien de opleiding zo lang duurt. Bij het ramen zal men dus verder in de toekomst moeten kijken dan bij andere studies. Ook hier past nuancering. Het kan niet worden ontkend dat vele artsen pas na een jaar of 12 hun studie daadwerkelijk hebben afgerond. Tegelijk weten we dat die lange opleiding uit verschillende, goed te onderscheiden fasen bestaat. Het doctoraalexamen volgt na 4 jaar, het artsenexamen na ongeveer 6 jaar. Na enige wachttijd volgt een vervolgopleiding tot specialist van 4 tot 6 jaar. Er is geen reden om te menen dat de opleiding slechts is voltooid indien het gehele traject is doorlopen.

Niettemin is het van belang eerdere uitstroom nadrukkelijk te stimuleren, ook met financiële prikkels voor studenten. Waarom zouden niet meer mensen met een doctoraal geneeskunde uitstappen om in wetenschap of industrie een interessante functie te gaan vervullen? Waarom

zouden niet meer basisspecialisten een volwaardige functie kunnen vervullen, met name in ziekenhuizen die minder gespecialiseerd zijn dan de topcentra? In dat opzicht sluiten de gedachten van de werkgroep goed aan bij de recente ontwikkelingen om de specialisatiefase nader te faseren (studie naar opleidingscontinuüm). In ieder geval moet het argument dat de instroom bij de studie geneeskunde streng moet worden bewaakt, omdat een teveel aan artsen een grotere verspilling oplevert aan opleidingskosten dan bij andere studies, worden genuanceerd. De voorwaarde is slechts dat op verschillende momenten in het lange traject de studie op een zinvolle wijze kan worden afgerond.

Daarnaast wordt recentelijk door het kabinet gestreefd naar meer fundamentele veranderingen in de taakverdeling en beroepsuitoefening tussen artsen, verpleegkundigen en paramedici. Naast verkorting van de opleidingsduur worden daarbij voor medische beroepen verdergaande functiedifferentiatie en mogelijkheden voor vervanging in beschouwing genomen. Taakdelegatie, substitutie en het werken in zorgclusters kunnen de vraag naar artsen doen afnemen onder handhaving van de kwaliteit van de zorg. Dit vraagt om een fundamentele herbezinning op de opbouw van het opleidingstraject vanaf het eerste jaar van de opleiding tot arts tot aan de afsluiting van een medische specialisatie. Een flexibel en open hoger onderwijssysteem met de bachelor-masterstructuur als dominante hoofdstructuur biedt daarvoor met zijn verschillende keuzemomenten en differentiaties goede mogelijkheden.

#### *Ad 4*

Tot op heden wordt wel onderkend dat buitenlandse artsen de Nederlandse markt betreden (zie ook hoofdstuk 5) en dat Nederlandse artsen hun heil zoeken in het buitenland, maar in het beleid ten aanzien van de capaciteit van de opleiding lijkt deze overweging nog nauwelijks te worden meegenomen. De internationalisering van de medische markt is echter een belangrijke overweging in het kader van de varkenscyclus. In het recente verleden blijkt dat een overschot aan tandartsen eenvoudig kon worden weggewerkt door het vertrek van tandartsen, onder andere naar Groot-Brittannië en Italië. Omgekeerd zien we dat veel Nederlanders medicijnen studeren in België.

Deze ontwikkeling zal zich voortzetten. De gevolgen daarvan zijn positief. De toppen en de dalen van de 'varkenscyclus' worden afgevlakt door internationale migratie. Dat daarbij Nederland bijdraagt aan de medische zorg in andere landen, en omgekeerd andere landen bijdragen aan de medische zorg in Nederland, past bij een verdere internationalisering van het maatschappelijk verkeer en zeker bij de integratie in Europees verband.

### 3.4.3 *Supply induced demand: aanbod geïnduceerde vraag*

Aanbod geïnduceerde vraag betreft het verschijnsel dat zorgaanbieders zelf in staat zijn (extra) vraag op te roepen. De vraag is daarmee niet min of meer onafhankelijk van het aanbod zoals op andere markten. De theorie achter aanbod geïnduceerde vraag is betrekkelijk eenvoudig. Het uitgangspunt vormen de volgende twee veronderstellingen:

- Er is een directe (of indirecte) koppeling tussen het aantal (of de omvang) van de verrichting van de medicus en zijn beloning;
- Er is informatieasymmetrie, dat wil zeggen de patiënt heeft minder informatie over de noodzaak, effectiviteit en kwaliteit van de verleende zorg dan de arts.

Verder is natuurlijk van belang in hoeverre artsen reageren op financiële prikkels. Artsen laten zich ook leiden door professionele en ethische motieven. Aanbod geïnduceerde vraag zal sterker voorkomen naarmate artsen meer op financiële prikkels reageren. Ook relevant is het voorkomen van ‘moral hazard’ bij zowel vragers als aanbieders van zorg: noch de vragers, noch de aanbieders worden direct geconfronteerd met de kosten, een derde partij (de verzekeraar) betaalt veelal de rekening en dit is een prikkel voor overaanbod. Tot slot speelt de uitgangssituatie een rol: is er aanbodkrapte of is er juist een overcapaciteit bij de desbetreffende beroepsgroep.

Overigens kan aanbod geïnduceerde vraag zich in de praktijk ook heel ongemerkt voltrekken. Niets menselijks is artsen vreemd: als er capaciteit (waaronder menskracht) genoeg is zal de neiging om een patiënt ‘voor de zekerheid’ nog een keer extra op controle te laten terugkomen, groter zijn. Of als een patiënt over zes weken voor controle moet terugkomen zal dat in drukke tijden bij de polikliniek wellicht zeseneenhalve week zijn en als het minder druk is vijfeneenhalve week.

De empirie is genuanceerder dan de theorie. Niettemin bestaat in de literatuur vrij brede consensus over het feit dat aanbod geïnduceerde vraag voorkomt. Tegelijkertijd lopen de meningen uiteen over de mate waarin het verschijnsel voorkomt.<sup>8</sup> Daarbij dringt zich de conclusie op dat we in de huidige situatie niet bevreesd hoeven te zijn voor het op grote schaal optreden van aanbod geïnduceerde vraag. Zo zijn er bijvoorbeeld in België, waar het aantal artsen relatief

---

7 Zie onder andere: CPB, Ramingsmodel Zorgsector; OECD (1995) New directions in health care policy; OECD (1995) Health care reform: Controlling spending and increasing efficiency, OECD Economic Studies no 24.

ongeveer tweemaal zo groot is als in Nederland, nauwelijks aanwijzingen voor het verschijnsel.<sup>9</sup>

Een ander argument is hier voor onze redenering veel belangrijker. Naar de mening van de werkgroep is het afknijpen van het aanbod niet de meest efficiënte manier om dit effect tegen te gaan. Dit kan gepaard gaan met nogal wat neveneffecten zoals echte tekorten. Waar het effect toch optreedt bij een verruiming van het aanbod, zou de oplossing gezocht kunnen worden in de beloningsstructuur en een meer kritische houding van de verzekeraar. Het beleid van de overheid is er immers ook op gericht om meer controle over de vraag te krijgen door het invoeren van (vormen van) marktwerking. De gedachte luidt dat met het scheppen van een markt tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder de werkelijke vraag boven tafel komt. Als het verschijnsel van de aanbod geïnduceerde vraag zich zou voordoen, moet dan ook in de wisselwerking tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar de remedie worden gezocht.

In dit verband is het ook zinnig om de kosten van een te gering aantal artsen in de beschouwing te betrekken. Een teveel aan artsen hoeft in wezen niet tot maatschappelijke verspilling te leiden (zij het dat het wel kan leiden tot hogere uitgaven voor zorg dan men om politieke redenen wenselijk acht). Een tekort aan artsen daarentegen kan wel (veel) kosten met zich meebrengen. In dat opzicht is er zeker sprake van marktwerking, zoals ook uit die landen blijkt die relatief veel meer artsen hebben. In het algemeen verhoogt een gebrek aan concurrentie de kosten (hogere prijzen, langer ziekteverzuim).

De eventuele verspilling in de sfeer van een teveel aan artsen (en ook opleidingskosten) moet worden afgezet tegen de kosten van een tekort aan artsen. Het is aannemelijk dat niet een tekort aan medici, maar een klein overschot maatschappelijk gezien het meest efficiënt is.

#### *3.4.4 Kwaliteit van zorg: iatrogene schade*

Het argument van iatrogene schade wordt vaak gehanteerd bij discussies over verruiming van het zorgaanbod. Geneeskunde brengt immers ook risico's met zich mee (wie niet wordt geopereerd loopt ook niet het risico door een medische fout te overlijden). In dat geval spreken we over iatrogene schade. De verruiming van het zorgaanbod zou kunnen leiden tot grotere risico's die aan de ermee samenhangende behandelingen kleven.

---

8 Zie landenstudie NEI: Over een periode van 20 jaar (1978-1998) verdubbelde het aantal huisartsen in België. Ondanks deze stijging bleef over deze periode het aantal handelingen per capita gelijk.

In principe zijn bij uitbreiding van het zorgaanbod drie situaties denkbaar: de iatrogene schade neemt relatief toe (het risico dat aan behandelingen kleeft wordt groter naarmate het zorgaanbod wordt uitgebreid); blijft relatief (procentueel) gelijk; neemt relatief af. Het is moeilijk sluitend empirisch bewijs te vinden dat één van deze opties onderschrijft. Wel mogen we veronderstellen dat een procentuele verandering van de iatrogene schade bij een uitbreiding van het zorgaanbod afhankelijk is van een aantal factoren:

- Als het aanbod duidelijk tekort schiet om de ‘objectieve behoefte’ aan zorg te vervullen, is het waarschijnlijker dat een uitbreiding van het aanbod in eerste instantie zal leiden tot een procentuele daling van de iatrogene schade. Artsen krijgen immers bij uitbreiding van de capaciteit meer tijd voor de patiënt en zullen minder snel een verkeerde diagnose stellen of anderszins de fout ingaan. Het is bekend dat het huidige aanbod duidelijk tekort schiet bij het vervullen van de objectieve behoefte aan zorg (zie de wachtlijsten voor allerlei behandelingen waar echt geen sprake is van aanbod geïnduceerde vraag (hartoperaties, transplantaties, etc.)).
- Het verzekeringsstelsel: naarmate de patiënt minder geconfronteerd wordt met de kosten van zijn zorgvraag (‘moral hazard’), neemt de kans op onnodig handelen en iatrogene schade toe. Inderdaad wordt de patiënt momenteel nauwelijks geconfronteerd met de kosten van de zorgvraag.
- De beroepsethiek van de zorgaanbieders: een goede arts stopt met behandelen als de ‘objectieve behoefte’ vervuld is. Er is in Nederland momenteel geen enkele reden om te veronderstellen dat de beroepsethiek onvoldoende zou zijn ontwikkeld.
- De strengheid en openheid van het tuchtrecht: naarmate het tuchtrecht strenger is en een grotere openheid kent, zal een arts meer moeite doen om iatrogene schade te voorkomen. Het Nederlandse tuchtrecht is relatief streng en bovendien zijn de zittingen van de tuchtcolleges sinds kort openbaar.

In het licht van het bovenstaande is het niet op zijn plaats om af te zien van een uitbreiding van het zorgaanbod om iatrogene schade te voorkomen. Meer prikkels voor verzekeraars en verzekerden om de vraag en de kosten te beheersen zijn hiervoor betere instrumenten.

#### 3.4.5 *Kwaliteit van opleiding*

Indien universiteiten verplicht zouden zijn elk jaar iedereen toe te laten tot de studie geneeskunde die zich daarvoor aanmeldt, zou ongetwijfeld de kwaliteit van de opleiding onder druk komen te staan. Voor het studiejaar 2001/2002 zullen naar alle waarschijnlijkheid circa 4000 gegadigden zich melden, terwijl er 2140 plaatsen te vergeven zijn. Het zonder restricties toe-

laten van alle gegadigden zou op korte termijn tot problemen leiden: de kwaliteit van de opleiding zou eronder leiden.

Op langere termijn ligt dit vanzelfsprekend anders en lijkt het vooral een kwestie van geld en goede wil te zijn om de kwaliteit van de opleiding op peil te houden, ongeacht de instroom. Bovendien kan het beleid gericht op functiedifferentiatie ertoe bijdragen dat de vraag naar de opleiding geneeskunde evident afneemt. Ten slotte mogen we verwachten dat indien vraag en aanbod meer op elkaar zal zijn afgestemd, op termijn de vraag zal afnemen, omdat een goudgerande toekomst in bepaalde takken van de geneeskunde minder verzekerd zal zijn. In ieder geval kan de capaciteit van de afzonderlijke instellingen tijdelijk te gering zijn om het aanbod te verwerken. Het zijn met name de instellingen zelf die kunnen bepalen of ze een minimale kwaliteit kunnen garanderen.

### **3.5 Een nieuw stelsel van toelating**

#### *3.5.1 Geen numerus fixus*

In het voorgaande zijn vier publieke belangen benoemd die mogelijk een rechtvaardiging zouden kunnen bieden voor een numerus fixus (een in samenspraak tussen overheid en universiteiten bepaalde restrictie van de instroom in de opleiding). Het argument van de aanbod geïnduceerde vraag en het argument van de iatrogene schade blijken een numerus fixus bij geneeskunde niet te rechtvaardigen. Het is onwaarschijnlijk dat iatrogene schade zich zal voordoen bij een verruiming van het aanbod. De hogere kosten van de gezondheidszorg door een groter aanbod kunnen naar de mening van de werkgroep beter door een systeem van checks and balances tussen zorgaanbieder en zorgverzekeraar worden tegengegaan. Het argument van de kwaliteit van de opleiding rechtvaardigt een capaciteitsfixus, een door de instelling zelf te hanteren restrictie bij de instroom.

In feite resteert slechts het argument van de opleidingskosten. Vanzelfsprekend heeft de overheid hier een (eind)verantwoordelijkheid. Het is een publiek belang dat de instroom in de studie geneeskunde niet de spuigaten uitloopt. In de ideale situatie is de toekomstige maatschappelijke behoefte aan artsen leidend voor instroom in de medische opleidingen. Die maatschappelijke behoefte wordt bepaald door de zorgvraag, waarbij een licht overschot wenselijk is om zorgverzekeraars in staat te stellen hun rol als kritische zorginkoper waar te maken en de patiënt keuzevrijheid te garanderen. De boeiende vraag luidt derhalve: in welk systeem sluit de instroom in de opleiding optimaal aan op de toekomstige maatschappelijke behoefte?

In principe kennen we hier vier mogelijkheden:

- De beroepsgroep bepaalt de instroom.
- De overheid bepaalt de instroom.
- Een onafhankelijk orgaan bepaalt de instroom.
- De markt tussen universiteiten en studenten bepaalt de instroom.

*De eerste optie:* indien de beroepsgroep geheel zelf de (omvang van de) instroom zou kunnen bepalen, is het gevaar van een *closed shop* reëel. Dat betekent dat betrokkenen kunnen voorkomen dat de op zich wenselijke concurrentie ontstaat. Om die reden moet deze optie worden afgewezen.

*De tweede optie:* deze optie vergt zo objectief mogelijke ramingen naar de toekomstige behoefte en een vertaling van de (op zich altijd variabele) toekomstverwachtingen in concreet beleid. Eerder hebben we aangegeven dat ramingen van toekomstige behoeften niet altijd even betrouwbaar zijn. Bovendien ligt het niet in de politieke aard van de overheid om zo objectief mogelijk te reageren op veranderingen in behoeferamingen. Ten slotte maakt deze vorm van aanbodsturing de overheid erg afhankelijk van de universiteiten, die heel goed begrijpen dat onderlinge samenwerking (kartelvorming) hun positie in het overleg met de overheid versterkt.

*De derde optie:* Een aantal van bovengenoemde bezwaren zou kunnen worden ondervangen indien zowel de verantwoordelijkheid van het ramen als de (feitelijke) verantwoordelijkheid voor het vaststellen van een adequate beleidsreactie, in handen van een onafhankelijk orgaan wordt gelegd. Deze optie is zonder meer te prefereren boven de twee eerdere opties, maar kent ook nadelen. Ten eerste blijven onzekerheden over de toekomstige behoefte bestaan. Ook de ramingen van een onafhankelijk orgaan bieden geen zekerheid. Ten tweede zouden de budgettaire gevolgen van een dergelijk model onbepaald bij de overheid worden gedeponerd. Dit laatste is minder wenselijk. Bovendien kunnen de financiën wellicht beter als prikkel worden gebruikt om te komen tot een verantwoord aanbod aan opleidingsplaatsen (zie de volgende optie).

*De vierde optie:* idealiter zou de (verandering in de) maatschappelijke behoefte op de arbeidsmarkt zichtbaar moeten zijn in de vorm van (tijdelijke) overschotten en tekorten aan bepaalde medici. Overschotten en tekorten zouden zich ook in veranderingen in de relatieve inkomensposities vertalen. Deze signalen over de maatschappelijke behoefte zouden de (potentiële) student moeten bereiken, die zich daardoor moet laten leiden in zijn studiekeuze en speci-

alisatierichting. De marktsignalen zouden de vorm moeten hebben van prijsprikkels (inkomens) en 'hoeveelheidsprikkels' ('in sector X is de kans op een baan zo gering, die richting kies ik niet'). Ten slotte zouden de universiteiten en de opleiders moeten worden geprikkeld om aan de vraag van de studenten tegemoet te komen.

Het is duidelijk dat van een dergelijke markt geen sprake is, en ook geen sprake kan zijn. Op dit moment wordt het aantal opleidingsplaatsen door de overheid bepaald en hebben de universiteiten slechts een incentive om voor extra opleidingsplaatsen veel extra geld te vragen bij de rijksoverheid. Het gebrek aan plaatsen wordt opgelost met een discutabel systeem van looting. Tegelijkertijd moeten we constateren dat van een 'echte' markt hier ook geen sprake *kan* zijn. Ten eerste bereiken de signalen van de markt de student slechts met vertraging: tijdens de studie kan de maatschappelijke behoefte immers veranderen. Ten tweede spelen bij studenten ook geheel andere overwegingen dan het eventueel te verdienen inkomen een rol. Dit geldt met name de 'roeping' om arts te worden.

Dit laatste betekent niet dat bij de bepaling van het aantal opleidingsplaatsen niet veel meer gebruik zou kunnen worden gemaakt van *decentrale informatie* en van persoonlijke afwegingen van de potentiële student. Het stelsel zou daarmee beter kunnen worden afgestemd op de vraag. Daarmee zou op termijn een reëler aantal artsen in de gezondheidszorg verschijnen. Ook zou daarmee op termijn het aanbod van potentiële studenten dalen (naarmate de vooruitzichten veranderen zal een aantal van circa 4000 potentiële studenten niet meer te verwachten zijn). Deze aandachtsverschuiving van aanbod naar vraag zou de opleiding geneeskunde kunnen bevrijden van de kramp waarin de universiteiten momenteel verkeren en waarvan het Ministerie van OCenW (en met name haar budget) de dupe is. De universiteiten moeten immers bij een overgang van aanbod naar vraag hun aandacht verschuiven van de rijksoverheid en alle politieke signalen naar de toekomstige student.

Een verschuiving van aanbod naar vraag sluit goed aan bij nagenoeg alle andere ontwikkelingen die zich in de gezondheidszorg momenteel voordoen. In de woorden van de minister van VWS: "De echte interessante dimensie in het debat over het stelsel is het vraagstuk van de sturing en verantwoordelijkheidsverdeling. We hebben het dan over de geleidelijke ombouw van een centraal aanbod gestuurd systeem naar een meer decentraal georganiseerd vraag gestuurd model, waarin de behoeften van patiënten en burgers centraal staan. Een systeem waarin de professionals en de werkers in de zorg weer de regie krijgen over hun eigen werk en waar een teveel aan regelgeving – en die is er – wordt teruggedrongen."<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> Zie Ministerie van VWS, Het stelsel op de schop?, Den Haag, 2001.

### *Conclusie*

De werkgroep concludeert dat de bestaande inperking van het aantal opleidingsplaatsen niet op grond van de in het geding zijnde publieke belangen kan worden verdedigd. De vier opties overziende geeft de werkgroep de voorkeur aan de laatste, ‘vraaggestuurde’ optie waarbij de instroom bepaald wordt door decentrale afwegingen van universiteiten en studenten. De werkgroep pleit derhalve voor het afschaffen van de numerus fixus. De vraag doet zich vervolgens voor hoe op middellange termijn invulling aan dit streven kan worden gegeven, ervan uitgaande dat ook alternatieven hun beperkingen kennen, omdat ook aan het vrijlaten van de markt nadelen kleven.

#### *3.5.2 Een nieuw stelsel*

De uitgangspunten voor een nieuw stelsel zijn de volgende:

1. Decentrale afwegingen en decentrale informatie moeten uitgangspunt vormen voor de bepaling van het aantal opleidingsplaatsen voor de studie geneeskunde. Het initiatief moet bij de universiteiten worden gelegd.
2. Of nu gekozen wordt voor behoud van aanbodsturing, dan wel voor een verschuiving van verantwoordelijkheden naar het niveau van de universiteiten, in beide gevallen bestaat behoefte aan onafhankelijke ramingen van de toekomstige behoefte aan artsen. Die toekomstige maatschappelijke behoefte wordt bepaald door de zorgvraag, waarbij een licht overschot wenselijk is om zorgverzekeraars in staat te stellen hun rol als kritische zorginkoper waar te maken en de patiënt keuzevrijheid te garanderen.
3. Ook wanneer het initiatief voor het bepalen van de capaciteit meer bij de universiteiten wordt gelegd, moet kartelvorming tussen universiteiten ten enenmale worden voorkomen. De universiteiten moeten in onderlinge concurrentie worden geprikkeld zo efficiënt mogelijk op de vraag naar opleidingen in te spelen. Het kan daarbij niet zo zijn dat de universiteiten de financiële consequenties van hun keuzen geheel op anderen (c.q. Den Haag) afschuiven. Bovendien moet de regering altijd de formele mogelijkheid hebben om (in het uiterste geval) op grond van arbeidsmarktoverwegingen een arbeidsmarktfixus vast te stellen.
4. Vraagsturing heeft meer kans indien er een grotere differentiatie bestaat aan opleidingen dan momenteel het geval is. Elders heeft de werkgroep reeds aangegeven hoezeer overschotten en tekorten aan artsen kunnen worden voorkomen indien de opleiding niet alleen meer zinvolle tussentijdse ‘uitgangen’ kent (niet iedere student hoeft neurochirurg te wor-

den!), maar ook een veel grotere differentiatie aan opleidingen. Dit beleid sluit nauw aan bij het beleid van het laatste jaar om te komen tot opleidingen voor assistant-physician, artsonderzoeker, nurse-practitioner en dergelijke.

Vanuit deze uitgangspunten stelt de werkgroep het volgende financieringsmodel voor. Daarbij wordt eerst geredeneerd vanuit een ideaalmodel, om vervolgens te bezien in welke mate een dergelijk ideaalmodel om pragmatische redenen aanpassing behoeft:

1. Idealiter zouden universiteiten in het licht van de vraag hun eigen afweging moeten maken ten aanzien van de capaciteit van alle opleidingen. Eén lumpsum voor het gehele universitaire onderwijs vormt hiervoor een goede basis. Indien parameters per studie een goede weergave vormen van de gemiddelde kosten van een opleidingsplaats, zullen de universiteiten gezamenlijk de allocatieve efficiëntie bevorderen door met name op die opleidingsplaatsen in te zetten die in de eigen instelling relatief weinig kosten met zich brengen. Een dergelijk model werkt slechts indien een definitief einde wordt gemaakt aan onderhandeling tussen overheid en universiteiten over extra financiering voor uitbreiding van bestaande opleidingen.
2. In dit model bestaat vanzelfsprekend nog de mogelijkheid dat universiteiten zelf en zelfstandig voor een capaciteitsfixus kiezen. De huidige ‘numerus fixus’ waarbij in overleg met de gezamenlijke universiteiten een gefixeerd aantal opleidingsplaatsen voor het gehele land wordt vastgesteld, komt te vervallen.
3. Hoewel met een dergelijk model de universiteiten worden geprikkeld om in te spelen op de vraag (zeker indien gekozen zou worden voor een differentiatie van collegegelden) en de allocatieve efficiëntie met een dergelijk model wordt gediend, zouden de gezamenlijke universiteiten er in dit model op achteruit gaan indien er een grotere behoefte bestaat aan een uitbreiding van de duurdere opleidingen (zoals geneeskunde). Om die reden zou in het ideale model de lumpsum voor het universitaire onderwijs jaarlijks moeten worden gezien rekening houdend met de feitelijke verdeling over duurdere en goedkopere opleidingen.

De onafhankelijke raming kan in de visie van de werkgroep het beste worden uitgevoerd door een samenwerkingsverband tussen het CPB en het RIVM. Op deze wijze kunnen de ervaring met ramingen van het CPB en de kennis van de gezondheidszorg van het RIVM gecombineerd worden ingezet.

### *Ontwikkelingsperspectief*

De werkgroep ziet het ideale model als eindperspectief. Zo'n eindperspectief geeft ook de richting aan waarin moet worden gekoerst. In de praktijk melden zich nog steeds ongeveer 4000 jongeren aan voor een opleiding geneeskunde, terwijl de instroom capaciteit onlangs is uitgebreid tot 2400. Daarnaast is de bepleite differentiatie van geneeskundeopleidingen nog slechts een papieren werkelijkheid. Ten slotte vergt de komende Bachelor-Master structuur weer nieuwe aanpassingen. De werkgroep beseft dat ook vele anderen zich momenteel over de wenselijke ontwikkeling in de komende jaren buigen. In ieder geval moeten de afspraken over de extra financiering voor de uitbreiding van de numerus fixus met 390 plaatsen ongemoeid blijven.

Tegen de achtergrond van bestaande ontwikkelingen beveelt de werkgroep, met het bovenstaande als eindmodel voor ogen, voor de komende jaren het volgende aan:

1. Ontwikkel in de komende jaren geen nieuwe financiële stromen voor (de uitbreiding van) bepaalde opleidingen buiten de geëigende verdeelsystematiek van de lumpsum om.
2. Ontwikkel middels een onafhankelijk onderzoek parameters die de relatieve kosten van geneeskunde ten opzichte van andere opleidingen aangeven.
3. Stimuleer de universiteiten ook reeds voor de aanpassing van de parameters om extra opleidingsplaatsen te creëren.
4. Verwezenlijk differentiatie van medische opleidingen op korte termijn.
5. Zolang de (huidige, feitelijke) numerus fixus niet is opgeheven: verdeel een volgende uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen op basis van concurrentie (tender) onder de verschillende universiteiten.

Op zich is er geen reden voor de werkgroep om zich uit te laten over het totaal aantal medische faculteiten in Nederland. Het model doet daarover op zich geen uitspraak en laat zelfs de ontwikkeling van nieuwe medische faculteiten toe. Ter bevordering van de concurrentie tussen universiteiten verdient het zonder meer aanbeveling indien de medische opleiding niet tot in lengte van jaren voorbehouden blijft aan de bestaande acht medische faculteiten.

Anderszins is de oprichting van een nieuwe medische faculteit niet noodzakelijk, omdat de bestaande medische faculteiten nog geheel voorzien in de te verwachten behoefte in de komende jaren. In dat verband zijn de initiatieven van de Erasmus Universiteit Rotterdam met de Technische Universiteit Eindhoven en de Katholieke Universiteit Brabant, en van de Universiteit Groningen met de Universiteit Twente, om samenwerkingsmogelijkheden te verkennen in het kader van de nieuwe Bachelor-Master structuur interessanter.

Samengevat komt het voorstel van de werkgroep op het volgende neer:

	Ramingen	Vraag naar opleiding	Besluit over instroom studenten
Oud	Met inbreng vanuit de beroepsgroep: Capaciteitsorgaan	Niet relevant	Overheid met instellingen
Nieuw	Onafhankelijk: CPB/RIVM	Relevant	Onderwijsinstellingen

### 3.6 Tandheelkunde

In de jaren '70 was er een tekort aan tandartsen, vooral buiten de randstad en de grote steden. Door een enorme toename van het aantal tandartsen gedurende de jaren '70 sloeg dit tekort in het begin van de jaren '80 om in een overschot. In de jaren '80 liep het aantal officieel werkzoekende tandartsen (ingeschreven bij arbeidsbureau) op tot bijna 400. Wegens de ongunstige arbeidsmarktperspectieven kwam in 1983 voor het eerst het aantal aanmeldingen uit onder de numerus fixus (destijds 465). Mede vanuit een politieke motivering als het streven naar bezuinigingen, werd (op basis van de Machtingswet instroom studenten) besloten tot sluiting van drie van de vijf tandheelkundige faculteiten (waarvan twee door middel van fusie) en een forse verlaging van de numerus fixus (tot 120 in 1987).

Door de verwachte slechte vooruitzichten bleef het aantal aanmeldingen tot in de jaren '90 onder de sterk verlaagde numerus fixus. Daar de gemiddelde duur van de opleiding tot tandarts zes jaar bedraagt, zou pas na 1990 de inkrimping van de opleidingscapaciteit effect sorteren. Tot die tijd bleef het aantal tandartsen gestaag groeien. De vraag naar tandheelkundige zorg nam veel minder hard toe.

De forse inkrimping van de opleidingscapaciteit leidde in de jaren '90 tot een drastische reductie van het tandartsenoverschot. In het midden van de jaren '90 werd weer gesproken van een verwacht tekort aan tandartsen. De opleidingscapaciteit werd uitgebreid door een verhoging van de numerus fixus (180 in 1994, 210 in 1995, 225 in 1998, 240 in 1999 en 260 in 2000).

De bepaling van de capaciteit voor de initiële opleiding tandheelkunde verschilt licht van die van de opleiding geneeskunde. Bij de bepaling van de benodigde instroom speelt het Capaci-

teitsorgaan geen rol. De minister van VWS wint advies in bij de beroepsgroep, en stelt vervolgens het advies aan de minister van OCenW op.

Nadat de minister vanuit verschillende richtingen geattendeerd was op een (dreigend) tekort aan tandartsen, heeft zij zich bij de bepaling van het advies voor het studiejaar 20001/2002 laten adviseren door de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg. Deze adviesgroep is samengesteld uit vertegenwoordigers van de beroepsgroep, de zorgverzekeraars, de opleidingsinstellingen en consumentenorganisaties. Op advies van de adviesgroep streeft de minister ernaar om de numerus fixus voor tandheelkunde in het studiejaar 2001/2002 te verhogen van 260 naar 300 plaatsen.

Om in die uitbreiding te voorzien wordt nu onderhandeld tussen de ministeries en de universiteiten. De bestaande faculteiten hebben aangegeven dat uitbreiding van de capaciteit alleen mogelijk is bij een forse extra bijdrage van de overheid. Hier doet zich precies hetzelfde mechanisme voor als bij de opleiding geneeskunde: de overheid wil de capaciteit verhogen, de universiteiten geven aan dat de huidige capaciteit tekort schiet en dat voor uitbreiding een forse kapitaalinjectie vanuit de overheid nodig is, bovenop de reguliere financiering.

Uit de afwisselende tekorten en overschotten blijkt dat ook voor de tandheelkundige opleiding geldt dat de overheid niet in staat is om de toekomstige behoefte goed te ramen. Bovendien lijken ook hier de invloed van de beroepsgroep bij het bepalen van de instroom en politieke motieven (behoefte aan bezuinigen) een rol gespeeld te hebben bij het ontstaan van het huidige tekort.

De werkgroep concludeert dat voor de tandheelkundige opleiding dezelfde overwegingen gelden als bij de opleiding geneeskunde. De werkgroep beveelt voor de tandheelkundige opleiding dan ook een zelfde stelsel van toelating en financiering aan als bij de opleiding geneeskunde.

### **3.7 Fysiotherapie**

#### *3.7.1 Capaciteit*

De studie fysiotherapie wordt door 10 Hbo-instellingen, verspreid over Nederland, aangeboden. Daarnaast is er één private opleiding fysiotherapie.

Halverwege de jaren '90 was de arbeidsmarktpositie van pas afgestudeerde fysiotherapeuten niet zo rooskleurig. In 1997 had 12% van de afgestudeerden na één tot anderhalf jaar nog geen baan gevonden; dit percentage lag voor alle Hbo'ers op 4% (zie tabel 1).

Tabel 1 Arbeidsmarktpositie afgestudeerde fysiotherapeuten en totaal HBO<sup>1</sup>

	Intredewerkloosheid					Werkloos				
	1995	1996	1997	1998	1999	1995	1996	1997	1998	1999
Fysiotherapie	50%	41%	48%	29%	38%	7%	10%	12%	4%	5%
Totaal HBO	38%	32%	32%	19%	23%	6%	7%	4%	3%	2%

<sup>1</sup> Intredewerkloosheid: periode van minimaal één maand werkloosheid na afronding van de studie. Werkloos: afgestudeerden die één tot anderhalf jaar na afstuderen geen baan hebben. Bron: HBO-Monitor

Voor het studiejaar 1998-1999 adviseerde VWS de minister van OCenW om het aantal plaatsen te beperken tot 800, met het oog op de werkloosheid onder fysiotherapeuten. Dit had ook te maken met de beperking van de aanspraken op fysiotherapie (bij de verzekering) die gevolgen bleek te hebben voor de werkgelegenheid van fysiotherapeuten. De minder goede arbeidsmarktsituatie leidde er toe dat een substantieel deel van de in Nederland opgeleide fysiotherapeuten in het buitenland ging werken; in 1998 17% van het aantal werkende fysiotherapeuten. De minister van OCenW heeft uiteindelijk besloten het advies van VWS niet over te nemen en de capaciteit voor 1998-1999 te handhaven op 1.054 plaatsen.

Met ingang van 2001 bepalen de betrokken opleidingen zelf hun opleidingscapaciteit. Voor de opleiding fysiotherapie gebeurt dit in overleg met het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) en de zorgverzekeraars op basis van een inschatting van de toekomstige behoefte aan fysiotherapeuten.

Tabel 2: Beschikbare opleidingsplaatsen & aantal aanmeldingen eerstejaarsstudenten fysiotherapie

	96/97	97/98	98/99	99/00	00/01	01/02
Aantal beschikbare opleidingsplaatsen	1.054	1.054	1.054	1.054	1.054	1.419 <sup>1</sup>
Aantal aanmeldingen	1.073	1.125	1.124	1.386	1.321	

<sup>1</sup> Voorlopige opgave opleidingsinstellingen

Bron: VWS, HBO-Raad, IBG

### 3.7.2 *Financiering*

De financiering van de opleiding fysiotherapie is dezelfde als voor andere Hbo-opleidingen (alleen voor de kunstopleiding geldt een ander regime). Per student ontvangt de Hbo-instelling circa f 8.800 per jaar van OCenW. Daarnaast betaalt de student collegegeld aan de instelling: f 2874 per jaar (voltijd). De private opleiding ontvangt geen geld van OCenW, de studenten aan deze opleiding ontvangen wel studiefinanciering.

### 3.7.3 *Conclusie*

De opleidingsinstellingen zijn sinds kort vrij om de capaciteit te bepalen die ze beschikbaar stellen voor de studie fysiotherapie. Daarbij betrekken ze gegevens over de toekomstige behoefte op de arbeidsmarkt.

Dit systeem van capaciteitsbepaling door opleidingsinstellingen zelf past goed in de visie van de werkgroep. De gegevens over de toekomstige behoefte op de arbeidsmarkt zijn echter afkomstig van de KNGF en de zorgverzekeraars. De werkgroep is van mening dat het beter zou zijn wanneer ook hier een onafhankelijke raming van het CPB en het RIVM de basis zou vormen voor de beslissing over de capaciteit.

De werkgroep beveelt daarom aan het huidige systeem te handhaven, onder toevoeging van een onafhankelijke raming voor de toekomstige behoefte.

## 3.8 **Verloskunde**

### 3.8.1 *Inleiding*

Er zijn drie opleidingen tot verloskundige in Nederland, te weten in Amsterdam, Kerkrade en Rotterdam. De opleidingen zijn nauw verbonden met resp. ondergebracht in een ziekenhuis: in Amsterdam in het Slotervaart Ziekenhuis, in Kerkrade met het Atrium Medisch Centrum Heerlen en in Rotterdam in het Sint Franciscus Gasthuis.

De opleidingen zijn op Hbo-niveau maar in formele zin zijn het geen Hbo-opleidingen: ze vallen onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van VWS.

### 3.8.2 *Capaciteit*

De capaciteit van de verloskunde opleidingen wordt jaarlijks vastgesteld door de minister van VWS. In 1994 werd de capaciteit uitgebreid van 90 tot 120 plaatsen, in 2000 vond een verdere uitbreiding naar 160 plaatsen plaats en vanaf september 2001 zal de capaciteit 233 plaatsen bedragen. Deze laatste uitbreiding zal geschieden in de vorm van een dependance van een van de drie huidige opleidingen.

De capaciteit wordt bepaald op basis van ramingen van het ministerie van VWS. De belangrijkste parameter in de raming is de bevolkingsprognose van het CBS. Er wordt slechts met één raming gewerkt, niet met scenario's. Opvallend is dat ook hier alleen de middenvariant van de CBS bevolkingsprognoses wordt gebruikt. Net als bij de opleiding geneeskunde wordt de ramingonzekerheid geabsorbeerd in het ramingproces. Vervolgens wordt de raming als een schijnzekerheid in het beleidsproces ingebracht. In een brief aan de Tweede Kamer over de uitbreiding van de opleidingscapaciteit bij verloskunde<sup>11</sup> per september 2001 schrijft de minister van VWS over de meest recente raming: "Uit bijgaande ramingen kan worden geconcludeerd dat....in 2010 bij een uitbreiding met 40 plaatsen evenwicht in vraag en aanbod ontstaat." Maar wanneer in de raming uitgegaan zou worden van de hoge bevolkingsprognose van het CBS, ontstaat er bij een uitbreiding van 40 plaatsen in 2001 in 2010 een tekort van 161 verloskundigen.

### 3.8.3 *Financiering*

De opleidingen verloskunde worden door VWS betaald in de vorm van een exploitatiesubsidie. Deze subsidie dekt de kosten van de opleiding, met uitzondering van de kosten die worden gedekt door de bijdragen van de studenten. De belangrijkste basis voor de subsidie is het aantal studenten. De uitbreiding van de capaciteit wordt bekostigd via de subsidie, er is geen extra financiering zoals bij de uitbreiding van de capaciteit van de opleiding geneeskunde.

Het jaarlijks budget wordt vastgesteld aan de hand van een door de opleiding ingediende begroting en een activiteitenplan. Uitgangspunt voor het vaststellen van het budget is het budget van het voorafgaande jaar. Indien de ingediende begroting bij ongewijzigd beleid hoger is dan het voorafgaande jaar, volgt begrotingsoverleg met de opleiding.

---

<sup>11</sup> Kamerstukken 2000-2001, 27401, nr. 49

Ontwikkeling exploitatiesubsidie:

	1997	1998	1999	2000
Aantal studenten	458	463	466	520 <sup>12</sup>
Exploitatiebudget (mln)	14,1	14,6	15,1	16,8
Budget per student (gld)	30.786	31,533	32.403	32.308

De opbouw van de onderdelen van de begrotingen van de opleidingen komt grof weg op het volgende neer:

- theoretische opleiding (staf, docenten, studentenbegeleiding en secretariaat)
- praktische opleiding (stages in ziekenhuizen en in verloskundige praktijken)
- inventaris en leermiddelen
- administratie, algemeen beheer, werving, selectie en kwaliteitszorg
- huisvesting.

De hiermee gemoeide kosten voor het jaar 2000 (bij 520 studenten) bedragen:

	per student
ad a. f 9.000.000	f 17.308
ad b. f 3.900.000	f 7.500
ad c. f 600.000	f 1.154
ad d. f 800.000	f 1.538
ad e. f 2.500.000	f 4.808

---

<sup>12</sup> Raming, geen rekening gehouden met afvallers.

### 3.8.4 Conclusie

De werkgroep concludeert dat bij de ramingen en de capaciteitsbepaling voor de verloskundige opleidingen grotendeels dezelfde overwegingen gelden als bij de opleidingen geneeskunde en tandheelkunde.

Een belangrijk verschil is echter gelegen in de financieringssystematiek. Waar de universiteiten door de lumpsum financiering kunnen worden gedwongen een afweging te maken tussen investeringen in verschillende studies, kan deze afweging binnen de verloskundige opleidingen niet plaatsvinden. Pas wanneer de verloskunde opleidingen onderdeel zouden worden van hbo-instellingen verandert dit. De werkgroep stelt voor om tot die tijd de huidige financieringssystematiek te handhaven.

Wel beveelt de werkgroep aan om de raming van de benodigde capaciteit door een onafhankelijke instelling (CPB en RIVM) te laten verrichten. De minister van VWS zou vervolgens op basis van die raming de opleidingscapaciteit moeten vaststellen.

## 3.9 Conclusie

In dit hoofdstuk is ingegaan op de toetredingsbelemmeringen bij de initiële opleiding. Daarbij stond de numerus fixus bij de opleiding geneeskunde centraal. Vanuit de in het geding zijnde publieke belangen is naar een rechtvaardiging voor deze numerus fixus gezocht. De conclusie luidde dat alleen de opleidingskosten een argument vormen om het aanbod niet geheel door de vraag te laten bepalen. Dit argument werd overigens wel genuanceerd.

Ten eerste is erop gewezen dat de varkenscyclus door de vervagende grenzen tegenwoordig vlakker is dan in het verleden het geval is geweest. Een teveel aan opgeleide artsen komt in het buitenland aan het werk, een tekort kan vanuit het buitenland worden aangevuld.

Ten tweede zal een verdere differentiatie in de opleiding het gevaar van een teveel aan artsen doen afnemen.

Ten derde moeten eventueel verspilde opleidingskosten worden afgezet tegen de kosten van een tekort aan artsen en een tekort aan marktwerking in de zorg.

Niettemin is er reden om het aanbod niet geheel door de vraag te laten bepalen. Het huidige systeem is daarvoor niet ideaal. Ten eerste blijft het ramen van de toekomstige behoefte een moeilijke opgave. Ten tweede heeft de politiek de neiging om min of meer onafhankelijke ramingen (indien die er al zijn) in eigen voordeel bij te stellen. Ten derde maakt aanbodsturing de overheid erg afhankelijk van de universiteiten, die heel goed begrijpen dat onderlinge samenwerking (kartelvorming) hun positie in het overleg met de overheid versterkt. Deze over-

wegingen brengen de werkgroep ertoe om een systeem te bepleiten dat meer op vraagsturing is gebaseerd en waarin het initiatief voor het bepalen van de capaciteit meer bij de universiteiten wordt gelegd.

## 4 VERVOLGOPLEIDING

### 4.1 Inleiding

Toetredingsbelemmeringen kunnen zich ook voordoen bij een eventuele vervolgopleiding. Het traject van de vervolgopleiding is met name relevant voor de opleiding geneeskunde. Na het artsexamen, dat opleidt tot basisarts, kan men zich specialiseren. De vervolgopleiding wordt afgesloten met een registratie als specialist (cf. Wet BIG). De vervolgopleiding is mede door het beperkte aantal opleidingsplaatsen feitelijk (aanzienlijk) langer dan de formele opleidingsduur. Het komt slechts zelden voor dat basisartsen meteen na het afleggen van hun artsexamen in opleiding gaan voor specialist. De tussenliggende tijd wordt meestal gevuld met een assistentschap-geneeskunde-niet-in-opleiding (agnio).

Overigens is de rol van de overheid bij de vervolgopleiding minder groot dan bij de initiële opleiding. Vervolgopleidingen zijn vooral een kwestie van medici die door beroepsgroep als opleider zijn aangewezen, en andere medici die zich nog slechts basisarts mogen noemen.

Bij de andere onderzochte beroepen heeft de vervolgopleiding een veel minder prominente plaats. Bij tandheelkunde gaat een enkeling door naar orthodontie en kaakchirurgie. Fysiotherapie en verloskunde kennen geen vervolgopleidingen die opleiden tot een erkende specialisatie. Dit hoofdstuk gaat dus in hoofdzaak over de vervolgopleiding binnen de geneeskunde. In een afsluitende paragraaf worden nog enkele aanvullende opmerkingen gemaakt over de vervolgopleidingen voor de andere beroepen.

### 4.2 De huidige vervolgopleiding geneeskunde in Nederland en elders

#### 4.2.1 *Vervolgopleidingen: algemeen*

Als basisarts kun je kiezen voor een specialisatie. De meeste basisartsen werken eerst min of meer gedwongen een tijd als agnio, in afwachting van toelating tot de vervolgopleiding. Er zijn zo'n 34 verschillende vervolgopleidingen, variërend van huisarts tot thoraxchirurg. De vervolgopleidingen zijn in 4 groepen te onderscheiden: huisarts, verpleeghuisarts, klinisch specialist en sociaal geneeskundige.

#### *Huisarts*

De vervolgopleiding voor huisarts duurt 3 jaar en ziet er als volgt uit. In het 1<sup>e</sup> en 3<sup>e</sup> jaar loopt de Huisarts in opleiding (haio) mee met een huisarts; één dag in de week is er een terugkomdag bij het huisartseninstituut (aan de universiteit). Het tweede jaar is de zogenaamde externe

leerwerkperiode: een half jaar werkt de haio in een ziekenhuis en een half jaar elders, bijvoorbeeld bij een RIAGG.

#### *Verpleeghuisarts*

De opleiding tot verpleeghuisarts duurt 2 jaar. De arts in opleiding tot verpleeghuisarts werkt in dienstverband van het verpleeghuis waar hij in opleiding is. Daar werkt hij 4 dagen in de week; 1 dag in de week volgt hij de opleiding aan een verpleeghuisinstituut.

#### *Klinisch specialist*

Ieder klinisch specialisme kent zijn eigen vervolgopleiding. De duur van de opleiding varieert van 4 (bijvoorbeeld voor revalidatiearts) tot 6 jaar (bijvoorbeeld voor cardioloog, chirurg, internist). De vervolgopleiding voor klinisch specialist geschiedt in het ziekenhuis. Het is door de jaren heen steeds meer gebruik geworden om de opleiding in meerdere ziekenhuizen te volgen. Hierdoor is de band tussen opleider en agio minder sterk geworden; de meestergezel relatie die de opleiding in vroegere tijden zo nadrukkelijk bepaalde, is minder dominant. De agio (assistent geneeskunde in opleiding) werkt, draait productie, wordt gesuperviseerd en houdt daarnaast referaten, woont conferenties bij etc. De agio is meestal in dienst van het ziekenhuis, in een enkel geval in dienst van de specialist.

#### *Sociaal geneeskundige*

De opleiding tot sociaal geneeskundige duurt 4 jaar. De arts in opleiding is in dienst van de werkgever (bijvoorbeeld een GGD, Arbodienst). Hij werkt 4 dagen per week; 1 dag in de week volgt hij het theoriedeel van de opleiding.

#### *4.2.2 Bepaling van opleidingseisen*

Drie 'colleges' zijn verantwoordelijk voor de vaststelling van de eisen waaraan een opleiding tot specialist moet voldoen:

- College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisgeneeskunde (CHVG)
- Centraal College Medisch Specialisten (CCMS)
- College voor Sociale Geneeskunde (CSG)

De colleges bestaan uit gewone leden en adviserende leden. Gewone leden zijn vertegenwoordigers van de beroepsgroep, vanuit de wetenschap en van organisaties waar de betreffende specialisten werkzaam zijn. Adviserende leden zijn de vertegenwoordiger van het ministerie van VWS (voor sociale geneeskunde ook een vertegenwoordiger van het ministerie van

SZW), de Inspectie voor de gezondheidszorg, verenigingen van artsen in opleiding en de secretaris van de registratiecommissie.

De colleges publiceren besluiten met opleidingseisen per specialisme, op advies van de consilia. Elke beroepsvereniging heeft haar eigen consilium. Hierin hebben de (meeste) opleiders zitting en soms vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen. De besluiten van de colleges moeten worden goedgekeurd door de minister van VWS. De Wet BIG bepaalt dat diens goedkeuring alleen achterwege mag blijven als er sprake is van strijd met de wet of algemeen belang. Van de bevoegdheid tot het onthouden van goedkeuring maakt de minister in praktijk weinig gebruik. Het gaat om eisen aan de opleiding, eisen aan de opleider, eisen aan de opleidingsinrichting (het ziekenhuis) en eisen aan de agio.

Voorbeelden van eisen uit het ‘Opleidingsbesluit Neurologie’:

- De opleider is tenminste 5 jaar in het register van erkende neurologen ingeschreven en in zijn vakgebied werkzaam geweest.
- De opleider is tenminste 80% van een volledige werkweek werkzaam op een zodanige wijze dat hij zijn taak als opleider daadwerkelijk en naar behoren kan vervullen.
- In de inrichting moeten behalve de afdeling inwendige geneeskunde ten minste nog twee andere afdelingen erkend zijn voor de opleiding van medisch specialisten.
- Het aantal op de opleidingsafdeling werkzame agio’s mag niet groter zijn dan het aantal medisch specialisten dat aldaar in volledige of nagenoeg volledige dagtaak werkzaam is en bij de opleiding is betrokken (tijdelijke ontheffing door MSRC mogelijk; zie verder).
- De agio dient de wetenschappelijke vergaderingen van de Nederlandse Vereniging voor Neurologie respectievelijk de Nederlandse Vereniging voor klinische Neurofysiologie te bezoeken en zo mogelijk een internationaal congres bij te wonen.

Het erkennen van opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten en het toezicht houden op de naleving van de opleidingsbesluiten zijn onderdeel van het takenpakket van drie registratiecommissies:

- Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC)
- Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC)
- Sociaal-geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Ook de registratiecommissies bestaan uit gewone leden en adviserende leden. Gewone leden zijn vertegenwoordigers van de beroepsgroep, vanuit de wetenschap en van organisaties waar

de betreffende specialisten werkzaam zijn. Adviserende leden zijn een vertegenwoordiger van verenigingen van artsen in opleiding en de secretaris van het college.

Conclusie uit bovenstaande is dat de beroepsgroep grotendeels zelf de opleidingseisen bepaalt voor nieuwe toetreders. Het besluit opleidingseisen moet weliswaar worden goedgekeurd door de minister, maar diens goedkeuring mag alleen achterwege blijven als er sprake is van strijd met de wet of algemeen belang.

#### *4.2.3 Bepaling van aantal opleidingsplaatsen*

##### *Huisartsen*

De minister van VWS bepaalt het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen. Tot voor kort gebeurde dat op basis van een eigen beroepskrachtenplanning. Sinds 2000 hanteert de minister in dit verband het capaciteitsplan van het Capaciteitsorgaan. De stichting *Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige vervolgoedingen* is in 2000 van start gegaan. Deze presenteert haar capaciteitsplan aan de minister van VWS op basis van de verwachte zorgbehoefte over de benodigde capaciteit aan opleidingsplaatsen voor de medische en tandheelkundige vervolgoedingen. In het bestuur van dit capaciteitsorgaan hebben beroepsbeoefenaars, zorginstellingen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars een evenredig deel van de stemmen. De minister van VWS vraagt vervolgens advies aan de registratiecommissies over de uitvoerbaarheid van het capaciteitsplan (onder andere de capaciteit bij de opleidingen). Vervolgens betreft de minister de financiële consequenties van het plan bij haar afweging en besluit dan over de capaciteit.

Een door het capaciteitsorgaan zelf benoemd ‘College van Toezicht’ beziet of het capaciteitsplan wordt gerealiseerd en of er geen knelpunten zijn.

##### *Verpleeghuisartsen*

Het aantal opleidingsplaatsen voor verpleeghuisartsen wordt bepaald door de verpleeghuizen.

##### *Klinisch specialisten*

Per specialisme bestaat een beroepsvereniging. In de praktijk wordt de beslissing over de capaciteit genomen door de besturen van de beroepsverenigingen, uiteraard binnen de voorwaarden van de opleidingseisen. Voorstellen voor deze beslissing worden gedaan door de consilia van de beroepsvereniging. In de consilia zitten beroepsbeoefenaars, opleiders in het eigen vak en soms vertegenwoordigers uit het bestuur van de beroepsvereniging. Bij sommige specialisten wint het consilium advies in bij externen, als het NIVEL bijvoorbeeld, voor een zoge-

naamde beroepskrachtenplanning. Het bestuur besluit uiteindelijk, niet alleen over totale capaciteit maar ook over de verdeling over de verschillende ziekenhuizen. Er zijn geen formele sancties als een opleider meer specialisten zou opleiden dan het bestuur heeft toegestaan. De sociale controle is echter wel zo groot dat elke opleider zich houdt aan de besluiten van de beroepsvereniging.

Interessant is dat het besluit over het aantal opleidingsplaatsen geheel los staat van de financiering van die plaatsen (zie verder). Dat kan eenvoudig omdat een ziekenhuis bij uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen, het aantal agnio-plaatsen navenant kan inperken. Voor de productie van het ziekenhuis maakt dat niet uit. Uit onderzoek van de werkgroep is naar voren gekomen dat agio's en agnio's in de praktijk in veel gevallen hetzelfde werk doen, uiteraard rekening houdend met het ervaringsniveau. We kunnen het ook anders zeggen: agnio's doen vanwege hun ervaring hetzelfde werk als *eerstejaars* agio's. De agnio's (in de opleidingsziekenhuizen) volgen zelfs ook het theoriegedeelte van de opleiding van agio's. De meeste agnio's streven er immers naar in opleiding te komen. De kansen daarop worden slechts verbeterd door het voor agio's bedoelde onderwijs eveneens te volgen en je interesse richting opleider te laten merken. Tekenend is dat op een afdeling vaak niet bekend is wie agio en wie agnio is en dat de assistenten het vaak zelfs niet eens van elkaar weten.

#### *Sociaal geneeskundigen*

Het aantal opleidingsplaatsen voor sociaal geneeskundigen wordt bepaald door de werkgevers waar deze artsen werkzaam zijn.

#### *4.2.4 Financiering opleidingsplaatsen*

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. Een arts in opleiding levert echter ook productie en dus opbrengsten op. Over de productiviteit van met name klinisch specialisten lopen de visies sterk uiteen. In de nieuwe budgetparameter die onlangs na jarenlang onderhandelen tot stand is gekomen, wordt uitgegaan van 30% productiviteit van de agio.

De werkgroep kan dit percentage slechts als *onderhandelingsresultaat* plaatsen. In dezelfde redenering zou een agnio (zonder opleiding!) een productiviteit moeten hebben van 100%. Eerder gaven we reeds aan dat in de praktijk de productiviteit van agio en agnio gelijk zijn (vanwege het ervaringsniveau zou de gemiddelde agio zelfs een hogere productiviteit moeten hebben). Ook uit de CAO voor agio's en die voor agnio's valt niet te destilleren dat de productiviteit van agio's zo laag zou zijn. Agio's werken formeel 46 uur, waarvan formeel, vol-

gens de CAO, 10 uur niet worden betaald, omdat hier sprake zou zijn van opleiding. Agnio's werken formeel 36 uur (en verdienen ongeveer evenveel als een agio en soms een weinig meer).

De praktijk in ziekenhuizen ondersteunt onze stelling dat de productiviteit van agio's (door hen zelf op zeker 80% ingeschat) veel hoger ligt dan de genoemde 30%. Ziekenhuizen draaien in belangrijke mate, en zeker in de weekenden en in de nachten, op de productiviteit van assistenten. Het is ook de reden waarom maatschappen en ziekenhuisdirecties een belangrijk deel van hun budget wensen te besteden aan het in dienst nemen van agio's en agnio's.

#### *Huisartsen*

De Huisarts in opleiding (haio) is in dienst van de Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH). De SBOH ontvangt subsidie vanuit de begroting van VWS (f 300.000 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 besloten dat het salaris van de haio's gelijkgesteld wordt aan dat van verpleeghuisartsen in opleiding (fl. 86.000 per jaar).

#### *Verpleeghuisartsen*

Verpleeghuizen betalen de opleiding van verpleeghuisartsen vanuit hun budget. Verpleeghuisartsen in opleiding dragen ook hun steentje bij: zij krijgen voor 4 dagen per week salaris; voor de 5e theorieday krijgen ze niets betaald.

#### *Klinisch specialisten in niet-academische ziekenhuizen*

Sinds januari 2001 is er na jarenlange discussie een nieuwe budgettering voor agio's in niet-academische ziekenhuizen van kracht. In de budgetten van ziekenhuizen zat een parameter voor agio's op basis van het aantal agio's in 1988, ongeacht het feitelijke 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 f 115.000 per jaar per agio bedragen. De budgetten van ziekenhuizen met erkende agio-plaatsen (niveau 1988) zijn verlaagd met f 57.500 (= 50% van f 115.000) 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 f 115.000 = f 80.500). Het restant ad f 34.500 (30%) moet het ziekenhuis met de specialisten verrekenen; hieraan ligt de veronderstelling ten grondslag dat agio's voor 30% productief zijn.

In het voorjaar heeft de onderhandeling tussen VWS, NVZ (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen) en OMS (Orde van medisch specialisten) zich verscherpt. De medisch specialisten weigerden 30% van de kosten van extra agio's te betalen. In feite was hun standpunt zeer begrijpelijk. We mogen immers aannemen dat de bestaande mix tussen specialisten en assistenten een goede weerspiegeling is van de salariswensen van de specialisten en hun behoefte aan vrije tijd. Het toevoegen van nieuwe assistenten aan deze mix zou meer vrije tijd opleveren voor de specialist, maar bovendien een achteruitgang in zijn salaris. Ofwel: de specialist moest betalen voor extra vrije tijd waaraan hij geen behoefte had.

De oplossing was overigens veel simpeler: het vergroten van het aantal agio-plaatsen met gelijktijdige evenredige inperking van het aantal agioplplaatsen. De bestuurlijke werkelijkheid van de onderhandeling tussen de overheid en vertegenwoordigers van de beroepsgroep was zover van de realiteit afgeweken, dat aan deze simpele oplossing ten onrechte is voorbijgegaan. Ook hier zien we hoezeer aanbodsturing ertoe kan leiden dat beide partijen elkaars gevangene worden.

#### *Klinisch specialisten 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 f 11,8 mln. Het is de werkgroep niet duidelijk waarop dit bedrag is gebaseerd, anders dan het vermoeden dat het bedrag 'historisch' is bepaald. Bovendien is het de werkgroep niet duidelijk waarom de algemene ziekenhuizen, die immers ook vele assistenten opleiden, niet voor een dergelijke docentenvergoeding in aanmerking komen.

#### *Sociaal geneeskundigen*

De opleiding wordt betaald door de werkgever (GGD of Arbo-dienst). De arts in opleiding krijgt voor 4 dagen salaris; de 5<sup>e</sup> theorieday krijgt hij niets betaald.

#### *4.2.4 Modellen in het buitenland*

##### *België*

De universiteiten selecteren kandidaten voor de vervolgoopleiding op basis van behaalde resultaten, klinische vaardigheden en een interview waarin onder andere wordt gekeken naar moti-

vatie en sociale vaardigheden. Tijdens hun opleiding is de kandidaat-specialist volledig opgenomen in het sociale zekerheidssysteem. Dit betekent dat alle handelingen welke door studenten tijdens hun opleiding worden verricht volledig door de praktijk of ziekenhuis waarin zij meedraaien kan worden gedeclareerd. Studenten zijn voor veel ziekenhuizen dus een belangrijke bron van goedkope menskracht. Dit verklaart dat het aantal opleidingsplaatsen ruim is.

### *Frankrijk*

Na zes jaar basisopleiding vindt een test plaats, het 'concours d'internat'. Het betreft een concours en geen examen, met slechts beperkte plaatsen, vastgesteld door het Ministerie. De studenten die de test halen, kunnen voor een specialisatie kiezen. Hierbij geldt wederom dat, als gevolg van het concourssysteem, de student met de beste resultaten nog een vrije keuze heeft voor een gewenste specialisatie terwijl de laatste van de toegestane groep enkel de resterende specialisatie kan kiezen. De studenten die de test niet halen kunnen 'alleen' voor de huisartsenopleiding kiezen. Dit systeem staat al lang ter discussie omdat het de algemene huisartsenopleiding in een negatief daglicht stelt (inferieur imago). Daarom is zeer recent (januari 2001) een nieuwe wet door het parlement aangenomen die het huidige systeem ongedaan maakt en de huisartsenopleiding als één van de te kiezen specialisaties ziet.

De aantallen specialistenplaatsen worden bepaald door het Ministerie op basis van de ontwikkelingen in de bevolkingsaantallen naar leeftijd en de bestaande aantallen gespecialiseerde artsen.

### *Verenigde Staten*

De vervolgoopleiding behoort officieel nog bij de opleiding. Ze functioneert in de praktijk echter als een baan. Assistenten-in-opleiding nemen zeer veel werk van de specialisten over. Ze zijn echter niet in dienst van die specialisten, maar van de ziekenhuizen.

Wanneer een student medicijnen zijn undergraduate programma heeft afgerond, moet hij verplicht een vervolgoopleiding van minimaal een jaar doen om als arts te kunnen opereren. Na dit jaar kan hij via een landelijk gecoördineerd, maar door de staat afgenomen examen (het USLME) een staatslicentie verkrijgen, en heeft hij het recht zijn beroep in de staat waar zijn examen werd afgenomen uit te oefenen.

Wanneer een arts minimaal een jaar zijn een vervolgoopleiding in een bepaalde richting heeft gedaan kan hij zich reeds specialist in die specialisatie noemen. Assistenten hoeven dus niet het volledige opleidingsprogramma dat een ziekenhuis aanbiedt door te lopen. Veel artsen doen veel langere specialisaties, oplopend tot 8 jaar voor bepaalde vormen van chirurgie, omdat het moeilijk is met slechts een jaar specialisatie reeds 'opnamerechten' te krijgen bij een

ziekenhuis. Omdat artsen meestal privé praktijken hebben zijn deze opnamerechten erg belangrijk.

Het enige meldingswaardige examen waar specialisten nog mee geconfronteerd worden is dat van de ABMS (American Board of Medical Specialties). Hiermee kan men na het doorlopen van een programma 'gecertificeerd' specialist worden. Om deel te nemen aan dit examen is men overigens verplicht het aangeboden programma helemaal te hebben doorlopen. Ook dit examen is overigens niet verplicht voor beroepsuitoefening in een bepaalde specialisatie.

Het minimale vervolgopleidingsprogramma dat ziekenhuizen aanbieden duurt drie jaar (voor eerstelijnsgezondheidszorg zoals "primary care", "pediatrics" en "internal medicine"). De programma's voor assistenten-in-opleiding vinden plaats in 700 "teaching hospitals". Dit zijn relatief grote ziekenhuizen in urbane centra met nauwe banden met medische scholen. Deze teaching hospitals zijn non-profit-instellingen. De invulling van de verschillende plekken voor assistenten-in-opleiding die elk jaar vrijkomen wordt gedaan via de match. Dit is een systeem waarbij medische studenten hun vijf meest gewilde vervolgopleidingsprogramma's moeten aangeven. Teaching hospitals moeten daarnaast hun meest gewilde artsen aangeven. Voordat de match plaatsvindt worden artsen die hun opleiding in het buitenland hebben gekregen toegevoegd.

De accreditatie van programma's wordt gedaan door de ACGME (Accreditation Council on Graduate Medical Education)<sup>13</sup>. De accreditatie van een programma is door de jaren heen relatief makkelijk geweest.

De vervolgopleiding wordt grotendeels betaald door Medicare. Teaching hospitals hebben de gewoonte in hun tarieven een opslag te verwerken voor de opleidingskosten, en zijn daarom relatief duurder. In de praktijk betekent dit naast een hogere prijs voor Medicare ook een opslag voor de andere betalende partijen aan dat ziekenhuis, waaronder ook Medicaid, en private verzekeraars. Alleen Medicare erkent en labelt de opleidingscomponent echter. Omdat voornamelijk private verzekeraars steeds meer uit financiële overwegingen van ziekenhuizen zonder assistenten-in-opleiding gebruik zijn gaan maken is het Medicare programma een steeds groter percentage van de totale opleidingskosten gaan dragen.

Bij het berekenen van deze opleidingsopslag wordt een onderscheid gemaakt tussen de directe en de indirecte kosten van opleiding. Directe kosten zijn te relateren aan kosten die worden

gemaakt voor de bij het programma behorende opleiding zelf. Hierbij valt te denken aan kosten voor lesuren en salarissen voor assistenten-in-opleiding. Indirecte kosten zijn te relateren aan het verlies aan productiviteit als gevolg van het trainen van assistenten-in-opleiding. Zo moeten artsen vaak over de schouders van assistenten-in-opleiding meekijken wanneer ze een ingreep doen of een diagnose stellen.

Terwijl van de directe kosten een vrij duidelijk beeld bestaat, is de hoogte van de indirecte kosten altijd zeer vaag gebleven. Dit komt mede omdat ziekenhuizen een geïntegreerd product aanbieden, waarbij het onduidelijk is hoeveel de verschillende componenten kosten. Deze onduidelijkheid heeft gezorgd voor een scheefgroei tussen de daadwerkelijke indirecte kosten van een assistenten-in-opleiding, en de Medicare betalingen aan opleiding die daar tegenover staan. Volgens COGME (december 2000) zijn alleen voor eerstejaars assistenten-in-opleiding de indirecte kosten nog daadwerkelijk hoger dan de voordelen van de goedkope arbeid. De facto is dus jarenlang door veel ziekenhuizen winst gemaakt op kandidaat-specialisten. De ziekenhuizen hebben overigens de winstgevendheid van assistenten-in-opleiding altijd ontkend. Zo refereerden officials van de Greater New York Hospital Association bijvoorbeeld aan administratieve kosten en inefficiënties (Toderaro, New York Times).

In praktijk wordt de beslissing over de hoeveelheid opleidingsplaatsen door de directie van het ziekenhuis en de medische staf van het ziekenhuis gezamenlijk genomen. Ten aanzien van de vervolgopleidingsprogramma's hebben de belangen van specialisten en ziekenhuizen vaak gelijk gelopen. De 'teaching hospitals' hebben als voornaamste belang de bedden in hun ziekenhuis te vullen. Goedkope arbeidskrachten komen daar natuurlijk goed bij van pas. Bij de specialisten liggen de afwegingen bij het uitbreiden van vervolgopleidingen iets genuanceerder, maar ook zij hebben bijgedragen aan de groei van het aantal vervolgopleidingsplaatsen. Volgens de AMA heeft het voornamelijk op productie gerichte werk dat de assistenten-in-opleiding binnen de (sub)specialisatie hebben gedaan hen bij de opnamegerechtigde artsen zeer populair gemaakt. Veel van deze artsen konden dankzij de assistenten hun praktijk significant uitbreiden. Een arts kan maar een zeker aantal patiënten aan. Wanneer assistenten *de facto* als artsen opereren, neemt de reikwijdte van een arts toe. Enige belemmering vormt dan nog de mate waarin ziekenhuizen van een arts verwachten dat hij snel ter plekke is indien nodig. Deze arts blijft immers juridisch aansprakelijk.

---

<sup>13</sup> In de ACGME zitten vertegenwoordigers van vijf verschillende verenigingen; de AMA, de ABMS (American Board of Medical Specialties), de AHA (American Hospital Association), de AAMC (American Association of Medical Colleges) en de Council of Medical Specialty Societies.

Illustratief zijn de volgende uitspraken: “Een specialist komt een maal per dag even binnenlopen om zijn \$95 bezoek fee te innen”. Of in het geval van gynaecologen: “Omdat bevallingen vaak nog niet aan de resident zelf worden overgelaten, moeten veel vrouwen even slikken wanneer een arts met wie ze eigenlijk negen maanden niets te maken hebben gehad ineens de bevalling komt doen”.

### **4.3 De vervolgopleiding en het publieke belang**

#### *4.3.1 Inleiding*

Dat hier sprake is van toetredingsbelemmeringen is evident: het aantal opleidingsplaatsen voor specialisten is gefixeerd. Terwijl bij de initiële opleiding het bepalen van het maximale aantal plaatsen in handen is van overheid en universiteiten, ligt bij de vervolgopleiding de beslissing feitelijk geheel bij de beroepsgroep. De verenigingen van specialisten, specifiek: de daarbinnen opererende consilia, bepalen hoe groot de opleidingscapaciteit is. Wijzigingen in de capaciteit kunnen alleen door de beroepsverenigingen zelf worden doorgevoerd.

Deze situatie is historisch gezien niet onbegrijpelijk, aangezien de assistenten lange tijd voor een belangrijk deel (of zelfs geheel) vanuit de budgetten van de specialisten werden gefinancierd. In de laatste jaren is daarin reeds verandering gekomen. Momenteel dragen de specialisten nog slechts 30% bij aan de loonkosten van de assistenten. De rest wordt opgebracht door ziekenhuizen en het Ministerie van VWS. In de toekomst zal deze situatie nog verder verschuiven, indien de DBC-systematiek is ingevoerd. Op dat moment zullen de financiële lasten van de assistenten in het geheel niet meer op de specialisten rusten.

De werkgroep wordt bij de vervolgopleiding derhalve voor twee vragen gesteld:

1. Rechtvaardigen publieke belangen een beperking van het aantal plaatsen voor de vervolgopleiding voor specialist?
2. Rechtvaardigen publieke belangen een situatie waarin de beroepsgroep zelf bepaalt hoeveel mensen in opleiding mogen worden genomen?

#### *4.3.2 Is een beperking van het aantal plaatsen voor de vervolgopleiding gerechtvaardigd?*

In veel opzichten is de redenering van de werkgroep hier niet anders dan in het vorige hoofdstuk ten aanzien van de initiële opleiding. Dezelfde publieke belangen spelen een rol, zij het dat het belang van de kwaliteit van de (vervolg)opleiding veel prominenter als argument wordt gebruikt voor het beperken van de toestroom. Er bestaat zelfs een regeling dat in een oplei-

dingssituatie de verhouding tussen aantal assistenten en aantal specialisten de 1: 1,2 niet mag overschrijden. Tot voor kort gold zelfs een verhouding van 1 : 1.

De werkgroep onderschrijft stellig dat de kwaliteit van de opleiding beperkingen stelt aan het aantal op te leiden specialisten. Tegelijkertijd is de genoemde verhouding van 1 : 1,2 nauwelijks onderbouwd en doet deze verhouding zelfs komisch aan, in de wetenschap dat bijna alle opleidingsziekenhuizen naast assistenten-geneeskunde-in-opleiding (agio's) ook vele assistenten-geneeskunde-niet-in-opleiding (agnio's) in dienst hebben. Uit onderzoek van de werkgroep blijkt dat agio's en agnio's in opleidingsziekenhuizen niet alleen nagenoeg hetzelfde werk verrichten, maar ook dezelfde supervisie krijgen, even productief zijn en dezelfde opleiding volgen.

Het beeld dat in Den Haag blijkt te bestaan dat de eersten vooral worden opgeleid en de tweeden vooral productie draaien is onjuist. Wie tegenwoordig een agio-plaats wil bemachtigen, heeft een duidelijke pre als hij of zij al ervaring heeft opgedaan op een agnio-plaats. Op die manier is de agnio-plaats in korte tijd voor de meesten verworden tot een eerste jaar van de opleiding. En wie zijn kansen wil vergroten om als agio te worden aangenomen, doet er als agnio goed aan om alle opleidingsmogelijkheden die zich voordoen, te benutten. Zo blijken veel assistenten onderling niet eens te weten wie van hen formeel in opleiding is, dus agio is, en wie nog in het parkeerjaar daaraan voorafgaande verkeert, en dus agnio is.

Daarmee is tevens het grootste verschil in het feitelijke functioneren tussen agio's en agnio's genoemd. De agnio's hebben nog minder ervaring, zullen ingewikkelde zaken soms moeten overlaten aan een verder opgeleide agio, en behoeven meer supervisie dan een agio die bijna aan het einde van zijn opleiding is aangekomen.

Formeel bestaat er wel een duidelijk verschil tussen agio's en agnio's. Hun arbeidsvoorwaarden zijn verschillend. De agio's hebben een aanstelling voor 46 uur, waarvan 10 uur niet wordt vergoed, vanuit de aanname dat de opleiding 10 uur per week beslaat. De agnio's hebben een aanstelling voor 36 uur, en blijken in de praktijk vaak iets meer te verdienen dan de agio's. In de praktijk werken beide categorieën even hard. De financiële lasten van de agnio's rusten meer op het ziekenhuisbudget dan de lasten van de agio's.

In tabel 4.1 wordt het aantal werkzame agio's en het aantal werkzame agnio's in opleidingsziekenhuizen weergegeven.

Tabel 4.1 Aantal agio's en aantal agnio's per specialisme per 01-01-1999

	Agio's	Agnio's
Allergologie	7	1
Anesthesiologie	176	36
Cardiologie	129	88
Cardiopulmonale chirurgie	21	50
Dermatologie en venerologie	63	25
Gastro-enterologie	40	4
Heelkunde	399	176
Inwendige geneeskunde	579	265
Keel-neus-oor-heelkunde	82	13
Kindergeneeskunde	285	85
Klinische chemie	8	1
Klinische genetica	17	13
Klinische geriatrie	45	2
Longziekte en tuberculose	73	28
Medische microbiologie	44	4
Neurochirurgie	28	19
Neurologie hfd vak klin. Neur.	149	82
Neurologie hfd vak KNF	30	2
Nucleaire geneeskunde	19	2
Oogheelkunde	72	10
Orthopedie	97	32
Pathologie	69	8
Plastische chirurgie	26	9
Psychiatrie	447	210
Radiologie	138	21
Radiotherapie	40	13
Reumatologie	38	3
Revalidatiegeneeskunde	75	20
Urologie	55	18
Verloskunde en Gynaecologie	223	114
Totaal	3.474	1.354

Bron: MSRC, Rapport opleidingen en assistentenbestand van door de MSRC erkende opleidingsrichtingen per 01-01-1999.

De kwaliteit van de opleiding rechtvaardigt dus geenszins het huidige aantal opleidingsplaatsen voor specialist. Het is zelfs heel eenvoudig om het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden door agnio-plaatsen in opleidingsziekenhuizen in agio-plaatsen om te zetten. Dat dit niet mag betekenen dat al degenen die momenteel een agnio-plaats bezetten, daarmee automatisch in opleiding zijn genomen, mag duidelijk zijn.

Tegelijkertijd is er een grens aan het aantal specialisten dat in een ziekenhuis kan worden opgeleid. Niet alleen is er behoefte aan supervisie, voor een goede opleiding moeten ook voldoende patiënten voorhanden zijn om het vak te kunnen leren. Ook hier, gelijk aan de redenering ten aanzien van de initiële opleiding, bestaat dus reden voor een capaciteitsfixus. Uit de aanwezigheid van (een groot aantal) agnio's blijkt dat die capaciteitsfixus in veel gevallen nog lang niet is bereikt.

#### *4.3.3 Moet de beroepsgroep het aantal opleidingsplaatsen bepalen?*

Hoewel er, zoals gezegd, historische gronden bestaan voor de beslissingsbevoegdheid van de beroepsgroep over het aantal opleidingsplaatsen, moet een dergelijke situatie in het algemeen worden verworpen. Ten eerste komt de financiering van de assistenten steeds minder en in de toekomst (met de invoering van de DBC-systematiek) in het geheel niet meer ten laste van de specialisten. Ten tweede moet er binnen de gezondheidszorg ruimte zijn voor een goed functionerende markt. In die situatie past het niet indien de toelating tot de markt door één van de partijen wordt beheerst. Er is dus alle reden om de bevoegdheid tot het bepalen van het aantal opleidingsplaatsen bij de beroepsgroep weg te halen. Zelfregulering verhoudt zich hier slecht met de publieke belangen die in het geding zijn.

#### *4.3.4 Kwaliteitseisen voor de opleiding*

Uit bovenstaande bleek reeds dat de capaciteit van de vervolgopleiding niet alleen in directe, maar ook indirecte zin wordt bepaald door de beroepsgroep. Zo is het maximale aantal opleidingsplaatsen gerelateerd aan het aantal specialisten in hetzelfde ziekenhuis. Het hoeft geen twijfel dat de mogelijkheden tot opleiding gerelateerd zijn aan het aantal werkzame specialisten. Het hoeft ook geen betoog dat de beroepsgroep zelf het beste in staat is om aan te geven aan welke eisen een goede vervolgopleiding moet voldoen. Maar het zou tegelijkertijd onjuist zijn indien via de 'achterdeur' de capaciteit van de vervolgopleiding alsnog door de beroepsgroep zou worden bepaald.

Eerder is aangegeven dat de minister van VWS goedkeuring moet geven aan de opleidingseisen en daarvan kan afzien indien er sprake is van strijdigheid met de wet of het algemeen belang. Tot op heden heeft de minister de opleidingseisen altijd goedgekeurd, na een marginale toetsing. Om die reden beveelt de werkgroep aan dat de minister van VWS meer gebruik maakt van de bevoegdheid goedkeuring te onthouden aan de opleidingseisen, indien daarvoor aanleiding is. Zeker wanneer de capaciteit van de vervolgopleiding onnodig in het geding is. De werkgroep is van mening dat de minister met name expliciet zou moeten beoordelen in welke mate de voorgestelde eisen die (direct of indirect) de capaciteit van de vervolgopleidingen beperken, daadwerkelijk nodig zijn om de vereiste opleidingskwaliteit te garanderen. De beoordeling van opleidingseisen zou in de visie van de werkgroep moeten leiden tot een openbare en gemotiveerde beslissing van de minister van VWS.

#### **4.4 Een nieuw stelsel voor de vervolgopleidingen bij geneeskunde**

##### *4.4.1 Inleiding*

De werkgroep is van oordeel dat het aantal opleidingsplaatsen momenteel eenvoudig kan worden uitgebreid en dat het aantal opleidingsplaatsen voortaan niet meer door de beroepsgroep moet worden vastgesteld. Resteert de vraag hoe ervoor te waken dat er voldoende opleidingsplaatsen zijn en tegelijkertijd niet te veel specialisten worden opgeleid. De eerste vraag is relatief eenvoudig te beantwoorden. Het huidige functioneren van ziekenhuizen is op grond van efficiëntieoverwegingen gebaseerd op een groot aantal assistenten. We mogen aannemen dat daarmee voldoende opleidingsplaatsen voorhanden zijn.

De tweede vraag is moeilijker te beantwoorden: hoe te voorkomen dat er te veel opleidingsplaatsen komen, waarmee zowel de kwaliteit van de opleiding (en daarmee de kwaliteit van de latere zorg) als de werkgelegenheid van specialisten (en daarmee de kosten van opleiding) in het geding zijn. De werkgroep schetst twee modellen, waarvan het eerste vooral aantrekkelijk is voor de langere termijn.

##### *Model 1*

Gelet op de vraagstelling is het logisch om te zoeken naar een model waarin kwaliteitseisen en capaciteit van elkaar zijn ontkoppeld. Dat zou kunnen geschieden door voor alle specialisatieopleidingen een beslissende eindtoets in te stellen. Momenteel wordt bij de interne geneeskunde reeds gedacht aan een zwaarwegende eindtoets. Andere opleidingen zijn nog minder

ver, en kennen slechts tussentijdse toetsen, die overigens niet bepalend zijn voor het verwerken van de inschrijving in het register tot specialist. Voor die inschrijving is nog steeds de handtekening van de opleider bepalend.

Indien er sprake zou zijn van een beslissende eindtoets, zou in principe iedereen die een aantal jaren een assistentenplaats heeft bezet (en een bepaald aantal handelingen heeft verricht) het recht moeten hebben om zichzelf aan dit examen te onderwerpen. Assistenten die afkomstig zijn uit ziekenhuizen waar meer aandacht aan opleiding wordt besteed, zullen een grotere kans hebben het examen succesvol af te leggen. Er is ook niets op tegen om in dit model ‘opleiders’ te blijven aanwijzen en om de opleiding voor een deel door het Ministerie van VWS te laten bekostigen. Ziekenhuizen zouden zelfs kunnen worden beloond voor het aantal specialisten dat succesvol is afgeleverd.

Hoeveel assistentenplaatsen er in ziekenhuizen zijn, kan in dit model geheel worden overgelaten aan het overleg tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar. Beiden hebben namelijk belang bij een vrij omvangrijk aantal assistentenplaatsen, ter wille van de efficiëntie van de zorg (zoals nu ook uit efficiëntieoverwegingen naast agio’s veel agnio’s binnen ziekenhuizen functioneren). Tegelijkertijd zal dit overleg ertoe leiden dat het aantal assistentenplaatsen altijd gemaximeerd is. Elk ziekenhuis kent immers een optimale verhouding tussen het aantal specialisten en het aantal assistenten.

Binnen de gestelde kaders kunnen vraag en aanbod op de markt van de opleidingen hun werk doen. Het is goed deze marktwerking te versterken door van de assistenten een eigen bijdrage in hun opleiding te vragen, zoals momenteel ook al van de agio’s wordt gevraagd.

Het examen zal zowel theoretisch als praktisch moeten zijn. In dit verband kan veel van andere landen worden geleerd, die al een dergelijk (eind)examen kennen. Op advies van de beroepsgroep bepaalt de overheid aan welke kwaliteitseisen een opleiding tot specialist moet voldoen. Het idee van tussenexamens (discussie over opleidingscontinuüm) kan heel eenvoudig in dit model worden ingevoerd.

De werkgroep is gecharmeerd van voorgaand model, maar ziet op korte termijn onmiskenbare nadelen. Het mag zo zijn dat er steeds meer toetsen komen in de opleiding tot specialist, tegelijkertijd zijn we nog lang niet in een situatie waarin beslissende eindtoetsen een normale gang van zaken zijn. Ook de relatie tussen opleider en ‘leerling’ mag in de laatste decennia minder stringent zijn geworden dan zij vroeger was, het meester-gezel-systeem blijft voordelen behouden (voorbeeldfunctie, 1 op 1 begeleiding). In ieder geval moet de vraag of het meester-

gezel-systeem in de huidige vorm geleidelijk moet worden vervangen door een systeem waarin de (landelijke) eindtoets bepalend is voor de registratie als specialist, op zijn eigen merites worden beoordeeld. De wens om meer opleidingsplaatsen te creëren en om het aantal opleidingsplaatsen meer vloeiend te laten aansluiten bij de behoefte kan niet beslissend zijn voor de vraag of een eindtoets moet worden ingevoerd. De werkgroep is dan ook van oordeel dat het eerste model met name interessant wordt, indien het landelijk examen voor specialisten is ingevoerd.

Dat is nog niet het geval. Om die reden bepleit de werkgroep voor de kortere termijn een andere oplossing: model 2

#### *Model 2*

Het belangrijkste element van dat voorstel is dat de (feitelijke) bevoegdheid tot het vaststellen van de opleidingscapaciteit wordt weggehaald bij de beroepsgroep. Het verdient om eerder genoemde redenen evenmin voorkeur om die bevoegdheid geheel bij de overheid te leggen (hetgeen immers geen garantie is voor een adequate reactie op ramingen en bovendien alle problemen van aanbodsturing oproept). Om die reden bepleit de werkgroep om een onafhankelijk orgaan de bevoegdheid te geven een zeer zwaarwegend advies aan de minister van VWS uit te brengen over de opleidingscapaciteit. Binnen de grenzen van de ministeriële verantwoordelijkheid zou de minister gehouden moeten zijn dit advies te volgen.

Een dergelijk onafhankelijk orgaan zou nieuw moeten worden opgericht. Het nieuwe orgaan moet zowel onafhankelijk zijn ten opzichte van de beroepsgroep en de opleidingsinstellingen als ten opzichte van de beleidsmakers. Beiden mogen niet bij de totstandkoming van de ramingen en van het zwaarwegende advies van het orgaan betrokken zijn. Dit betekent ook dat de leden van het nieuwe orgaan geheel onafhankelijk van beroepsgroep, opleidingsinstellingen en regering moeten staan. Het valt in dat verband te overwegen om de directeurs van het CPB en het RIVM in dit orgaan te benoemen, zeker indien de ramingcapaciteit van deze bureaus zou worden benut.

Model 1 voor de langere termijn:

	Aantal opleidingsplaatsen	Kwaliteitseisen	Financiering	Vraag naar opleidingsplaatsen
Oud	Beroepsgroep	Beroepsgroep	Overheid (+ betrokkene)	Zeer indirect relevant
Nieuw	Decentraal: ziekenhuizen en zorgverzekeraars	Overheid op advies van beroepsgroep	Overheid + betrokkene	Relevant

Model 2 voor de korte termijn:

	Aantal opleidingsplaatsen	Kwaliteitseisen	Financiering	Vraag naar opleidingsplaatsen
Oud	Beroepsgroep	Beroepsgroep	Overheid (+ betrokkene)	Zeer indirect relevant
Nieuw	Minister conform advies van onafhankelijk orgaan	Overheid op advies van beroepsgroep	Overheid (+ betrokkene)	Indirect relevant

## 4.5 Overige beroepen

### 4.5.1 Tandheelkunde

Er zijn twee tandheelkundige vervolgopleidingen: de opleiding tot kaakchirurg en de opleiding tot orthodontist. De capaciteit van de opleidingen is zeer beperkt, per jaar worden er bij beide beroepsgroepen zo'n 5 personen tot de vervolgopleiding toegelaten. De raming, de capaciteitsbepaling en de vaststelling van de opleidingseisen worden op dezelfde wijze vormgegeven als bij de medische vervolgopleidingen. Hier gelden dezelfde overwegingen als bij de medi-

sche vervolgoopleidingen<sup>14</sup>. De werkgroep beveelt dan ook aan om voor de tandheelkundige vervolgoopleidingen een zelfde stelsel in te voeren als bij de medische vervolgoopleidingen wordt voorgesteld.

#### 4.5.2 *Fysiotherapie en verloskunde*

Bij de beroepsgroepen fysiotherapie en verloskunde zijn er geen vervolgoopleidingen die leiden tot een erkend specialisme. Fysiotherapeuten en verloskundigen kunnen wel aanvullende opleidingen volgen. Deze staan open voor alle verloskundigen en fysiotherapeuten en vallen daarmee buiten de taakopdracht van de werkgroep.

### 4.6 **Conclusie**

De vervolgoopleiding is met name voor de opleiding geneeskunde relevant. Tot op heden bepaalde beroepsgroep de capaciteit van de vervolgoopleiding. De werkgroep meent dat die situatie, hoewel historisch begrijpelijk, niet meer van deze tijd is. Op een markt past het niet dat de capaciteit van de opleiding en daarmee de omvang van de instroom door één van de partijen wordt beheerst.

De werkgroep meent dat op langere termijn, indien afrondende examens een geaccepteerd verschijnsel zijn geworden bij de vervolgoopleiding, het aantal opleidingsplaatsen kan worden vrijgelaten. Op korte termijn bepleit de werkgroep een onafhankelijk orgaan de taak te geven een zwaarwegend advies aan de minister van VWS uit te brengen over de gewenste capaciteit. Tevens beveelt de werkgroep aan dat de minister van VWS meer gebruik maakt van de bevoegdheid goedkeuring te onthouden aan de opleidingseisen, indien daarvoor aanleiding is. Reeds voordat het hierboven genoemde orgaan is ingesteld kan het aantal opleidingsplaatsen momenteel eenvoudig, en zonder financiële consequenties, worden uitgebreid door plaatsen voor assistenten-geneeskunde-niet-in-opleiding om te zetten in plaatsen voor assistenten-geneeskunde-in-opleiding.

---

<sup>14</sup> Met één verschil: bij de orthodontisten zijn er geen agnio's omdat die opleiding op de faculteiten tandheelkunde (momenteel in Amsterdam en Nijmegen; er is besloten ook in Groningen een dergelijke opleiding te realiseren) plaatsvindt.

## 5 VESTIGING EN UITOEFENING BEROEP

### 5.1 Inleiding: afbakening met NMa

Aangezien de NMa momenteel druk doende is om belemmeringen voor marktwerking in de gezondheidszorg weg te nemen, is afstemming tussen de werkzaamheden van de werkgroep en die van de NMa van belang. Aangezien de NMa zoekt naar belemmeringen voor marktwerking binnen het bestaande formele kader, lijkt het voor de werkgroep met name aangewezen om haar aandacht te richten op *formele* toetredingsbelemmeringen inzake vestiging en uitoefening van beroep. In de onderstaande tabel is de taakafbakening tussen de MDW werkgroep en de NMa weergegeven. In de volgende paragrafen wordt nader op de verschillende formele belemmeringen ingegaan.

Tabel: taakafbakening NMa – MDW werkgroep

Beroeps-groep	NMa	MDW werkgroep
Huisartsen	<u>beroepsgroep</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ beleidskader Vestiging en Spreiding LHV</li> <li>➤ instemmingregeling zittende huisartsen</li> <li>➤ bepalingen waarnemingsregelingen</li> <li>➤ bepalingen minimum- en maximumomvang praktijk</li> </ul> <u>verzekeraars</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ exclusief contracteerbeleid verzekeraars<sup>15</sup></li> </ul>	<u>overheid</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ voorbehouden handelingen krachtens BIG, gekoppeld aan registratie en titelbescherming</li> </ul> <u>overheid/beroepsgroep</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ toetreding buitenlandse huisartsen</li> </ul>
Specialisten	<u>beroepsgroep/verzekeraar</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ contracten maatschappen</li> </ul>	<u>overheid</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ voorbehouden handelingen krachtens BIG, gekoppeld aan registratie en titelbescherming</li> </ul>

<sup>15</sup> Vaak wordt eerst onderhandeld met reeds gecontracteerden, daarna pas (of niet) met nieuwkomers

		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ specialistenbudgettering<sup>16</sup></li> </ul> <p><u>overheid/beroepsgroep</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ toetreding buitenlandse specialisten</li> <li>➤ financiering en vestiging buiten het ziekenhuis</li> </ul>
Tandartsen	<p><u>beroepsgroep</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ niet overnemen patiënten na waarneming<sup>17</sup></li> <li>➤ vestigingsrichtlijnen NMT</li> <li>➤ geen spreekuur na 18 uur en tijdens weekeinden en feestdagen<sup>18</sup></li> </ul> <p><u>verzekeraars</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ exclusief contracteerbeleid verzekeraars<sup>19</sup></li> </ul>	<p><u>overheid</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ voorbehouden handelingen krachtens BIG, gekoppeld aan registratie en titelbescherming</li> </ul> <p><u>overheid/beroepsgroep</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ toetreding buitenlandse tandartsen</li> </ul>
Fysiotherapeuten	<p><u>beroepsgroep</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ niet 'wervend benaderen' of 'mee-nemen' andermans patiënten<sup>20</sup></li> <li>➤ geen vestiging die collega in bestaan bedreigd<sup>21</sup></li> </ul> <p><u>verzekeraars</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ exclusief contracteerbeleid verzekeraars<sup>22</sup></li> <li>➤ lidmaatschap VVF vereist door verzekeraars</li> </ul>	<p><u>overheid</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ registratie en titelbescherming (BIG)</li> </ul> <p><u>overheid/beroepsgroep</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ toetreding buitenlandse fysiotherapeuten</li> </ul>
Verlos-	<u>beroepsgroep</u>	<u>overheid</u>

<sup>16</sup> Via de specialistenbudgettering houdt de overheid de macrokosten van medisch specialistische zorg en het aantal medisch specialisten werkzaam in ziekenhuizen in de hand.

<sup>17</sup> Gedragsregels voor tandartsen NMT

<sup>18</sup> NMT-richtlijn

<sup>19</sup> Vaak wordt eerst onderhandeld met reeds gecontracteerden, daarna pas (of niet) met nieuwkomers

<sup>20</sup> Beroepsethiek voor de fysiotherapeut KNGF

<sup>21</sup> Beroepsethiek voor de fysiotherapeut KNGF

<sup>22</sup> Vaak wordt eerst onderhandeld met reeds gecontracteerden, daarna pas (of niet) met nieuwkomers

kundigen	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ vestigingsbeleid</li> <li>➤ waarnemingsafspraken</li> </ul> <u>beroepsgroep/verzekeraars</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ soms verbod op solo-praktijk</li> <li>➤ verloskundige in dienstverband slechts onder strikte voorwaarden</li> </ul> <u>verzekeraars</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ minimum &amp; soms maximum aantal behandelingen per jaar</li> <li>➤ exclusief contracteerbeleid</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ‘primaat’ verloskundigen (ZFW)</li> </ul> <u>overheid/beroepsgroep</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ toetreding buitenlandse verloskundigen</li> </ul>
----------	--	--

## 5.2 Publieke belangen

Bij de formele toetredingsbelemmeringen inzake vestiging en uitoefening van het beroep spelen twee publieke belangen een belangrijke rol, zij het dat ze in de praktijk lang niet altijd helder worden onderscheiden:

- Kwaliteit van de gezondheidszorg
- Financierbaarheid van de gezondheidszorg

In combinatie met de voorgestelde marktwerking in de gezondheidszorg vormen toetredingsbelemmeringen eerder een probleem dan een oplossing voor de financierbaarheid van de zorg op langere termijn. Het accent ligt hier dan ook bij de kwaliteit van de zorg, als overblijvend argument voor overheidsingrijpen.

## 5.3 Wet BIG

Op het gebied van vestiging en uitoefening van het beroep kent de Wet BIG bepalingen over titelbescherming en voorbehouden handelingen.

### 5.3.1 Titelbescherming

Voor alle beroepsgroepen die de werkgroep onder de loep neemt, regelt de Wet BIG bescherming van de beroepstitel. Personen die aan de opleidingseisen conform de Wet BIG voldoen, worden op aanvraag en na betaling van het inschrijfgeld in de betreffende registers ingeschreven.

Aan degenen die in een register ingeschreven staan, is het recht voorbehouden de gegeven benaming als titel te voeren. Naar de mening van de werkgroep is de titelbescherming als zodanig geen relevante toetredingsbelemmering; de belemmering zit veel meer in de opleidingseisen die gesteld worden aan degenen die zich laten registreren (zie hoofdstuk 4).

### 5.3.2 Voorbehouden handelingen

In de Wet BIG worden 13 (groepen van) handelingen aangewezen die verboden terrein zijn voor niet-gekwalificeerden. Het zijn handelingen die onverantwoorde risico's voor patiënten kunnen opleveren, wanneer ze door daartoe niet opgeleide personen worden verricht. De bedoelde handelingen zijn voorbehouden aan beroepsbeoefenaars die het gebied 'met een relatief aanzienlijke mate van autonomie' bestrijken: arts, tandarts en verloskundige. Zij zijn zelfstandig bevoegd tot het verrichten van de voorbehouden handelingen.

Artsen, tandartsen en verloskundigen zijn uitsluitend bevoegd tot het verrichten van de voorbehouden handelingen voorzover zij redelijkerwijs mogen aannemen dat zij beschikken over de *bekwaamheid* die vereist is voor het behoorlijk verrichten van die handelingen. Deze bepaling is noodzakelijk, omdat bijvoorbeeld basisartsen niet daadwerkelijk bekwaam kunnen zijn tot het verrichten van alle voorbehouden handelingen.

Deze bepaling laat veel ruimte aan de beroepsgroep om zelf in te vullen wanneer iemand bekwaam is om bepaalde voorbehouden handelingen te verrichten. De Wet BIG vormt niet zozeer een toetredingsbelemmering, maar laat wel ruimte voor de beroepsgroep om toetredingsbelemmeringen op te werpen. Een toenemende professionalisering en afbakening van het beroep kunnen het gevolg zijn.

Zo verzet de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) zich tegen de invoering van het beroep van mondzorgkundige (o.a. 'de borende mondhygiënist'). Aangezien niet-tandartsen op grond van de wet BIG alleen curatief werk kunnen verrichten onder verantwoordelijkheid van een tandarts, kan de NMT de invoering van het door het ministerie van VWS gewenste beroep van mondzorgkundige met een beroep op de wet BIG frustreren.

Ook in het geval van de radiologen lijkt sprake te zijn van een domeinafbakening die een stuk verder gaat dan de Wet BIG beoogt.

Radiologen zijn gespecialiseerd in het werken met radioactieve stoffen. Dit is een zogenaamde voorbehouden handeling conform de Wet BIG. Voor de handelingen met radioactieve stoffen geldt dat tevens voldaan moet zijn aan de eisen in de Kernenergiewet; dat wil zeggen dat artsen en tandartsen deskundig moeten zijn volgens de 'algemeen aanvaarde norm'.

Radiologen hebben deze handelingen voor hun eigen beroepsgroep voorbehouden door contracten af te sluiten met ziekenhuizen waarin staat dat het verrichten van onderzoek en interventie met behulp van beeldvormende technieken is voorbehouden aan radiologen, met enkele uitzonderingen (daartoe bevoegde en bekwaame cardiologen, pulmonologen en kaakchirurgen). Dit gaat een stuk verder dan de bekwaamheidseisen volgens de Wet BIG of de Kernenergie-wet. Volgens deze regelgeving is een arts die een erkende opleiding stralingsbescherming heeft gevolgd deskundig en bekwaam om radiologische handelingen te verrichten; daarvoor hoeft men dus geen radioloog te zijn.

Het is bij de werkgroep niet bekend of het maken van afspraken met ziekenhuizen om bepaalde handelingen voor te behouden aan een bepaald specialisme breder voorkomt dan alleen bij radiologie. De werkgroep beveelt aan de NMa te vragen een onderzoek in te stellen naar mogelijke afspraken voor domeinafbakening.

## **5.4 Specialistenbudgettering en vestiging buiten het ziekenhuis**

### *5.4.1 Specialistenbudgettering*

In september 2000 is de beleidsregel ‘Ontdooiing medisch specialisten’ van kracht geworden. Deze houdt in dat wanneer in het zogenaamd lokaal overleg tussen ziekenhuizen, medische staf en zorgverzekeraar overeenstemming wordt bereikt over de uitbreiding van het aantal medisch specialisten, de lumpsum voor de medische staf wordt opgehoogd en het ziekenhuis een ophoging van het budget krijgt.

Sinds 2001 is de uitbreiding van medisch specialisten via overeenstemming in het lokaal initiatief weer bevroren naar aanleiding van een beleidsregel van het CTG. Dit is gedaan ter voorkoming van dubbele financiering. Vanaf 2001 is het namelijk mogelijk voor ziekenhuizen en specialisten om hun budget/lumpsum uit te breiden door meer productie te draaien, de ‘boter bij de vis’-gedachte. Dit gebeurt echter pas achteraf. De medisch specialisten die een extra specialist willen aantrekken moeten er dus wel zeker van zijn dat er een evenredige productiestijging tegenover staat, anders gaat dit ten koste van het eigen inkomen. Overigens mag er pas een overschrijding van de productieafspraken plaatsvinden na toestemming van de verzekeraar. Deze nieuwe beleidsregel vormt dus een belemmering voor de toetreding van nieuwe specialisten.

Het is de bedoeling dat de specialistenbudgettering binnen twee jaar na de invoering van Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in 2003 wordt afgeschaft.

Het mag duidelijk zijn dat het fixeren van het aantal specialisten per ziekenhuis middels de budgettering een aanzienlijke toetredingsbelemmering vormt. De werkgroep pleit er dan ook voor om aan deze fixering van het aantal specialisten middels het budgetmechanisme al op korte termijn een einde te maken.

#### 5.4.2 *Vestiging buiten het ziekenhuis*

De Wet Ziekenhuisvoorzieningen kent een regeling *Zelfstandige behandelcentra*. Met deze regeling worden zelfstandige behandelcentra (in het spraakgebruik: privé-klinieken) waar zorg wordt verleend zoals omschreven in de aanspraken op grond van de Ziekenfondswet aangewezenen als ziekenhuisvoorziening als bedoeld in de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Hiermee vallen zelfstandige behandelcentra onder het vergunningensysteem van de WZV.

In de toelichting op de regeling staat dat er sprake zal zijn van een restrictief vergunningenbeleid voor zelfstandige behandelcentra, omdat Nederland beschikt over voldoende ziekenhuisinfrastructuur. In dit vergunningenbeleid zal met name aandacht worden besteed aan de aanwezigheid van een gestructureerde samenwerking met één of meer in de nabijheid gelegen ziekenhuizen voor wat betreft de indicatiestelling, en opvang, c.q. nabehandeling van patiënten. Uit overwegingen van doelmatigheid en kosten van de gehele sector is het uitdrukkelijk de bedoeling de zorg die geheel los van een ziekenhuis verleend wordt, beperkt te houden, aldus de toelichting op de regeling.

De definitie van zelfstandige behandelcentra gaat uit van organisatorische verbanden. Dat betekent dat eenmanspraktijken niet onder de definitie vallen en dus geen vergunning hoeven aan te vragen.

Met de invoering van DBC's valt het kostenargument bij het restrictieve vergunningenbeleid weg. De werkgroep concludeert daarom dat het restrictieve vergunningenbeleid moet worden afgeschaft.

De werkgroep beveelt aan onderzoek te doen naar belemmeringen die bestaande ziekenhuizen mogelijk zouden kunnen opwerpen voor het functioneren van zelfstandige behandelcentra.

Een grote belemmering voor specialisten met een praktijk aan huis en voor de zelfstandige behandelcentra is dat deze geen kapitaallasten mogen declareren en daarmee dus niet hun totale kosten vergoed krijgen. VWS heeft het CTG gevraagd hier iets aan te doen. De werkgroep onderschrijft het streven van VWS om deze ongelijkheid weg te nemen.

## **5.5 Toetreding van beroepsbeoefenaars met een buitenlands diploma**

### *5.5.1 Toetredingsbelemmering*

Artsen, tandartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten met een buitenlands diploma die in Nederland als zodanig herkenbaar willen werken, dienen – net zoals Nederlandse beroepsbeoefenaars – ingeschreven te staan in het BIG-register. Dan pas is men gerechtigd de wettelijk beschermde titel te voeren en zelfstandig de voorbehouden handelingen uit te voeren. Wanneer een buitenlandse beroepsbeoefenaar zijn opleiding in het buitenland gevolgd heeft, komt hij niet automatisch in aanmerking voor inschrijving in het BIG-register.

Buitenslands gediplomeerden die zijn opgeleid in een land dat deel uitmaakt van de Europese Economische Ruimte (EER, EU + Noorwegen, Liechtenstein en IJsland) hebben in beginsel dezelfde rechten op inschrijving als Nederlands gediplomeerden (op basis van Europese Richtlijnen). Uitzondering is fysiotherapie, daar wordt alleen het Belgische diploma als gelijkwaardig beschouwd (op basis van een oude afspraak in Benelux-verband).

Het recht op inschrijving geldt alleen voor onderdanen van lidstaten van de EER, en dan alleen nog indien zij na een bepaalde datum zijn opgeleid. Deze datum verschilt per EER-land (varieert van 1976 voor bijvoorbeeld de Belgische opleidingen tot 1992 voor de Scandinavische opleidingen).

Beroepsbeoefenaars die wel – na de bovengenoemde data - hun diploma behaald hebben in een EER-land, maar geen onderdaan zijn van een EER-land, dienen een verklaring van vakbekwaamheid aan te vragen. Ook alle andere beroepsbeoefenaars met een buitenlands diploma dienen een verklaring van vakbekwaamheid te hebben voordat ze in ons land hun beroep geregistreerd mogen uitoefenen.

Ten aanzien van het al dan niet afgeven van een verklaring van vakbekwaamheid, kan de minister van VWS zich laten adviseren door de Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV). De CBGV bestaat uit vertegenwoordigers van de opleidingsinstellingen en de beroepsgroepen.

De CBGV baseert haar advies primair op aan haar overgelegde documenten (o.a. bewijsstukken beroepservaring, getuigschriften, diploma's, cijferlijsten etc) en op de diplomawaardering door de Nederlandse organisatie voor internationale samenwerking in het hoger onderwijs (NUFFIC) of van de Vereniging Landelijke Organen Beroepsonderwijs (COLO) over de door

de aanvrager genoten opleiding. De commissie kan ook referenties inwinnen en de aanvrager uitnodigen voor een gesprek.

In de praktijk wordt in alle daarvoor in aanmerking komende gevallen advies aangevraagd, met uitzondering van “aanvragen die op grond van eerdere adviezen kansloos zijn te achten”<sup>23</sup>.

Op basis van het advies kan de minister van VWS de volgende beslissingen nemen:

1. De vakbekwaamheid is gelijkwaardig, ongeclausuleerde inschrijving in BIG-register is toegestaan (in 2000, niet-EER: 44 artsen, 13 tandartsen, 2 fysiotherapeuten, geen verloskundigen);
2. De vakbekwaamheid is niet gelijkwaardig, verzoek wordt afgewezen. Betrokkene wordt in principe geadviseerd contact op te nemen met een opleidingsinstelling teneinde langs die weg het benodigde diploma te behalen (in 2000, niet-EER: 117 artsen, 24 tandartsen, 4 fysiotherapeuten, 4 verloskundigen);
3. De vakbekwaamheid is nagenoeg gelijkwaardig. Geclausuleerde inschrijving in het BIG register, beroepsuitoefening alleen met inachtneming van de in de verklaring beschreven beperkingen (in 1999, niet-EER: 97 artsen, 9 tandartsen, 3 fysiotherapeuten, geen verloskundigen).

Bij verreweg de meeste afwijzingen gaat het om beroepsbeoefenaars uit het Midden- en Verre-Oosten (Afghanistan, Irak, Iran, India) en de landen van de voormalige Sovjet-Unie.

Om de buitenlandse diplomahouders met nagenoeg gelijkwaardige vakbekwaamheid sneller tot de Nederlandse markt te laten toetreden, zal er vanaf september 2001 een centraal meld- en coördinatiepunt operationeel zijn. Het meld- en coördinatiepunt is bedoeld om buitenlandse beroepsbeoefenaars de weg te wijzen binnen het geheel van procedures en instanties, die samenhangen met de toetreding tot de uitoefening van het beroep in Nederland. Naast deze begeleidende taak zal het meld- en coördinatiepunt relevante informatie bieden en dienen als terugvalbasis voor de kandidaat indien deze tijdens het nascholings- en inwerktraject problemen ondervindt.

Diploma's en nationaliteiten die niet onder de genoemde richtlijnen vallen, worden bewust niet als gelijkwaardig opgenomen in de 'Regeling aanwijzing buitenlandse diploma's gezondheidszorg'. Dat geeft de mogelijkheid om iemand, ook al heeft deze een opleiding gevolgd

---

<sup>23</sup> Jaarverslag 1999 CBGV

met een gelijkwaardig niveau, toch eerst enkele maanden onder supervisie te laten werken om kennis te maken met het Nederlandse zorgsysteem. In deze periode zou de supervisor tevens na kunnen gaan of de buitenslands gediplomeerde beroepsbeoefenaar de Nederlandse taal voldoende beheerst.

### *5.5.2 Conclusie*

De toetredingsbelemmeringen voor buitenlandse beroepsbeoefenaars zijn naar het oordeel van de werkgroep te rechtvaardigen vanuit het publieke belang van bescherming van de consument. Doordat de zorgvrager in het algemeen slechts een beperkte medische kennis bezit, het inschatten van de kwaliteit van de zorgaanbieder voor de doorsnee consument moeilijk is, en de gevolgen van onoordeelkundig medisch handelen ingrijpend en onomkeerbaar kunnen zijn, is preventief kwaliteitstoezicht gewenst. Er zal een kwalitatieve toets bij toetreding tot de Nederlandse gezondheidszorg nodig blijven.

De werkgroep is echter van mening dat de invloed van de beroepsgroep op de toelating van buitenslands gediplomeerden in de huidige constellatie te groot is. De werkgroep beveelt dan ook aan om de advisering door de CBGV te vervangen door een toelatingsexamen voor buitenslands gediplomeerden. Door middel van een dergelijk examen kunnen de leemten in de kennis en vaardigheden van de buitenlandse beroepsbeoefenaar worden bepaald, die vervolgens via een toegesneden opleidingstraject kunnen worden opgevuld.

## **5.6 Overige beroepsgroepen**

### *5.6.1 Verloskundigen*

In de Ziekenfondswet is geregeld dat verloskundigen het primaat hebben op de bevalling; dat wil zeggen dat als er een verloskundige in een gemeente is, de bevallingen die door huisartsen verricht worden niet worden vergoed. Dit primaat staat ter discussie. De minister van VWS heeft aangegeven dit primaat te willen schrappen. In het licht van het beperken van toetredingsbelemmeringen valt dit streven geheel te ondersteunen.

## **Gebruikte afkortingen**

AGIO	assistent geneeskunde in opleiding
AGNIO	assistent geneeskunde niet in opleiding
BIG	Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CBGV	Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid
CCMS	Centraal College Medisch Specialisten
CHVG	College voor Huisarts- en Verpleeghuisartsgeneeskunde
CPB	Centraal Planbureau
CSG	College voor Sociale Geneeskunde
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
DBC	diagnose behandel combinatie
EER	Europese Economische Ruimte
HAIO	huisarts assistent in opleiding
HVRC	Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie
KNOV	Koninklijke Nederlandse Orde van Verloskundigen
LHV	Landelijke Huisartsenvereniging
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
OMS	Orde van Medisch Specialisten
PBM	prestatie bekostigingsmodel
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SBOH	Stichting Beroepsopleiding Huisartsen
SGRC	Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie
WHW	Wet Hoger Onderwijs
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFW	Ziekenfondswet

## **Startnotitie toetredingsbelemmeringen medische beroepen**

### **1. Inleiding**

In het kader van MDW zijn de afgelopen jaren voor verschillende vrije beroepsbeoefenaren nut en noodzaak van marktverstorende regelgeving onder de loep genomen, bijvoorbeeld voor advocaten, deurwaarders en makelaars. Dergelijke belemmeringen zijn er ook bij medische beroepsbeoefenaren. De dreigende tekorten aan bijvoorbeeld huisartsen en tandartsen maken de toetredingsbelemmeringen extra actueel.

Deze dreigende tekorten hebben ook geleid tot twee Kamermoties:

- De motie Oudkerk: “..overwegende dat een groot tekort aan artsen dreigt; verzoekt de regering de Kamer zo spoedig mogelijk te berichten hoe dit dreigende tekort aan artsen voorkomen kan worden en daarbij het aanpassen van de numerus fixus voor de studie geneeskunde te betrekken..”;
- De motie Van Blerck-Woerdman c.s.: “... draagt de minister op vóór 15 januari 2000 de Kamer een plan van aanpak te sturen, waarin een oplossingsrichting wordt aangegeven voor deze knelpunten (opleidingscapaciteit, diensten, aard en duur van de opleiding) [van huisartsen]...”.

Het kabinet is gezien het bovenstaande tot de conclusie gekomen dat een analyse van de voor- en nadelen van toetredingsbelemmeringen voor de markt van medische beroepsbeoefenaren gewenst is. Tevens moet worden bezien of de belemmeringen, indien gewenst, niet zodanig kunnen worden veranderd of weggenomen, dat een meer passende aansluiting tussen vraag en aanbod mogelijk is. Daarbij dient ook de systematiek van de numerus fixus te worden betrokken.

### **2. Probleemstelling**

De toetreding tot de markten voor de medische beroepsbeoefenaren kent diverse belemmeringen. Sommige van deze belemmeringen heeft de overheid in het verleden bewust aangebracht. Een voorbeeld hiervan is de numerus fixus in de basisopleiding. De bepaling van het gewenste aantal toe te laten studenten gebeurt op basis van ramingen van de toekomstige vraag naar en het aanbod van medische beroepsbeoefenaren en vervolgens op grond van de mogelijkheid tot aanpassing van de capaciteit. Ook kan de capaciteit van de onderwijsinstelling maatgevend zijn. Andere belemmeringen zijn door de beroepsgroep zelf gecreëerd. Een voorbeeld hiervan is de verdeling van de markt binnen de regio. Soms lijken deze zo ver te gaan dat er sprake is van een ‘closed shop’. Een voorbeeld van een andere orde is de gebruikelijke lange werkweek in bepaalde medische beroepen. Ook dit kan een belemmering zijn voor toetreding.

Toetredingsbelemmeringen beperken het aanbod van medische beroepsbeoefenaren. Dit kan leiden tot tekorten aan medische beroepsbeoefenaren voor beantwoording van de zorgvraag. Het kan ook leiden, meer in het algemeen, tot beperking van de keuzemogelijkheden voor de zorgverzekeraars en de consumenten. Voorts kan het tot relatief hoge prijzen leiden.

Het gaat om toetredingsbelemmeringen in brede zin, dus belemmeringen in de opleiding (numerus fixus WO opleidingen, capaciteit vervolgoopleidingen, stages), titel- en beroepsbescherming (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet BIG), vestigingsbelemmeringen (waaronder goodwill), kwaliteitseisen, de relatie met de verzekeraars (onder meer contracteerbeleid), de toelating van buitenlandse beroepsbeoefenaren, en de arbeidsduur en de lengte van de werkweek.

### **3. Taakopdracht**

De werkgroep heeft als taak om:

- Een inventarisatie te maken van de toetredingsbelemmeringen voor de volgende medische beroepsbeoefenaren: artsen (inclusief huisartsen en medisch specialisten), tandartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten.  
Daarbij mee te nemen de bevindingen van eerdere MDW-rapporten over vrije beroepen, met name die over tandartsen en fysiotherapeuten.
- Per toetredingsbelemmering in kaart te brengen:
  - a. de oorspronkelijke doelstelling en verwachte voordelen van de toetredingsbelemmering;
  - b. welke beleidsontwikkelingen relevant zijn (is er recent een beleidswijziging geweest, is een beleidswijziging in ontwikkeling?);
  - c. welke nadelen er kleven aan de toetredingsbelemmering: in hoeverre verhindert de belemmering de toetreding tot de markt?;
  - d. welke mogelijkheden er zijn om de belemmeringen zodanig te veranderen of weg te nemen, dat vraag en aanbod beter op elkaar kunnen aansluiten;
  - e. welke voor- en nadelen er kleven aan het opheffen van de toetredingsbelemmeringen;
  - f. relevante ervaringen uit het buitenland.
- Voorstellen te doen om niet gewenste toetredingsbelemmeringen weg te nemen, zodat vraag en aanbod beter op elkaar kunnen aansluiten. Daarbij dient zonder meer het systeem van numerus fixus te worden betrokken.

### **4. Operationele aspecten**

- In de werkgroep hebben zitting vertegenwoordigers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Economische Zaken, Justitie, Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, Financiën en Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- De werkgroep staat onder voorzitterschap van een onafhankelijk voorzitter.
- Het secretariaat bestaat uit VWS, EZ en Justitie.
- De werkgroep regelt verder zelf de betrokkenheid van externe deskundigen. Voorts regelt de werkgroep zelf consultaties, bijvoorbeeld met het Capaciteitsorgaan, met vertegen-

woordigers van de opleidingsorganisaties, de beroepsbeoefenaren en de zorgverzekeraars, de NMa etcetera.

- De werkgroep start in september 2000 en rapporteert in april 2001.

## **Gissen en missen: ramingen en uitkomsten**

Om de gewenste instroom in de medische opleidingen (oftewel de hoogte van de numerus fixus) te bepalen wordt de behoefte aan artsen geraamd. De vraag die in deze notitie centraal staat is in hoeverre deze ramingen een goede basis voor beleid vormen.

### *Inleiding*

Pakweg 25 jaar geleden liet het toekomstonderzoek nog weinig ruimte voor alternatieve opties. Toekomstonderzoek bestond meer dan nu uit starre voorspellingen, gebaseerd op extrapolaties van actuele ontwikkelingen. Toen o.a. de oliecrisis en de val van de Muur duidelijk maakten dat de toekomst niet te voorspellen is, stapten instituten als het CPB over op toekomstverkenningen met diverse mogelijke scenario's. Dit scenariodenken werd in de jaren 70 uitgevonden door het bedrijfsleven, met Shell als koploper.

In het WRR-rapport over toekomstonderzoek uit 1988 zien we deze verandering terug in de volgende aanbeveling: "Het succes van een toekomstverkenning hangt niet af van het uitkomen van een voorspelling, maar van de bruikbaarheid voor het nemen van beleidsbeslissingen. De beleidswaarde van toekomstonderzoek is vooral gelegen in het zichtbaar maken van onzekerheden en mogelijkheden. Dit betekent meer zicht op kansen die als werkelijkheid kunnen worden opgevat of juist als onwenselijkheid moeten worden voorkomen. Dergelijke inzichten kunnen ook een bijdrage leveren aan de vergroting van de robuustheid van beleid: een beleid dat zoveel mogelijk is opgewassen tegen uiteenlopende omstandigheden".

### *Voorbeeld: Bevolkingsprognoses CBS*

De nationale bevolkingsprognoses zijn "in methodisch opzicht de paradepaarden van het sociaal-wetenschappelijk toekomstonderzoek"<sup>24</sup>. De betrokken demografische ontwikkelingen zijn betrekkelijk robuust. Er zijn veel oude prognoses voor evaluatie beschikbaar en de ex-post evaluatie wordt al zo'n twintig jaar systematisch beoefend. Naast de beschikbaarheid van evaluaties is er nog een tweetal redenen waarom de trefzekerheid van bevolkingsprognoses het bekijken waard zijn:

- De prognoses richten zich, net als de ramingen van de zorgvraag, op een termijn van 10 tot 20 jaar;
- De bevolkingsprognoses zijn sinds jaar en dag de belangrijkste input voor de ramingen van de zorgvraag.

---

<sup>24</sup> Reflectie op toekomstonderzoek en zijn evaluatie, Geert Dewulf & Henk A. Becker, 1990

Vergeleken met de raming van de behoefte aan artsen is de bevolkingsraming van minder onzekere factoren afhankelijk. Het zou dus eenvoudiger moeten zijn om een goede bevolkingsprognose op te stellen dan een goede raming van de zorgvraag. Toch blijken de prognoses verre van trefzeker.

Ter illustratie:

- het CBS voorzag in 1965 dat ons land in 1985 16,5 miljoen inwoners en in 2000 21 miljoen inwoners zou tellen. In werkelijkheid waren dat er 14,5 miljoen in 1985 en 16 miljoen in 2000.
- De schatting van het geboortecijfer in 1975 werd in 1950 24% te hoog geschat, in 1970 51% te hoog en in 1972 22% tot 32% te hoog.

Dat de overschatting uit 1972 niet in één getal is uit te drukken is het gevolg van de invoering van scenario's. Sinds dat jaar publiceert het CBS een lage, een midden- en een hoge variant. Opvallend is dat vrijwel alle gebruikers van de CBS-prognoses (inclusief het Capaciteitsorgaan) zonder nadere motivatie opteren voor de middenvariant.

#### *Ramingen van de behoefte aan artsen*

Vanaf de tweede wereldoorlog is er een stroom van studies met betrekking tot de toekomstige ontwikkeling van de behoefte aan en het aanbod van artsen verschenen. Globaal kunnen deze artsenramingen opgesplitst worden in twee delen: de periode tot midden jaren zeventig en de periode daarna.

In de eerste periode wordt normatief gesteld dat bij een bepaalde artsendichtheid sprake is van een optimale afstemming van behoefte en aanbod. Dichtheidscijfers werden gezien als de maatstaf voor de omvang van de geleverde prestaties. 1,5 artsen per 1000 inwoners werd gezien als de optimale situatie. Verwacht werd dat deze dichtheid rond 1980 behaald zou worden (in werkelijkheid waren er in 1980 1,8 artsen per 1000 inwoners). Van een instroombeperking was geen sprake.

Vanaf midden jaren zeventig wordt de nadruk gelegd op de behoefte aan voorzieningen als criterium voor de regulering van het artsenaanbod. De artsendichtheid wordt niet langer beschouwd als een goede graadmeter. In de ramingen wordt nu ook gerekend met:

- De veranderende omvang van de gemiddelde prestatie van de arts;
- Verkorting van de productieve periode;
- Verkorting van de werkweek;
- Urbanisering;
- Veranderende leeftijdsstructuur van de bevolking.

Bovendien laten de financiële middelen geen verdere expansie van het aantal artsen toe. De overheid en de belangengroeperingen willen steeds nadrukkelijker invloed uitoefenen op het artsenaanbod, onder meer middels een numerus fixus.

In de eerste periode waren de ramingen dus vooral gebaseerd op de bevolkingsprognoses van het CBS. Vanaf midden jaren zeventig zijn er steeds meer ‘zachte’ determinanten bijgekomen.

In het licht van het bovenstaande is het niet verbazingwekkend dat de ramingen van de behoefte aan artsen weinig trefzeker gebleken zijn. Afgezien van de onbetrouwbare ‘harde’ demografische input, zijn er de ‘zachte’ determinanten op sociaal-cultureel en medisch-technologisch gebied die moeten worden ingeschat. Hierbij dienen veronderstellingen gemaakt te worden over:

- de waarde van die ‘zachte’ determinanten, en
- de relatie tussen die determinanten en de te voorspellen ontwikkeling.

In onderstaande tabel staan de gemiddelde procentuele fouten in de prognoses vanaf de jaren zestig tot en met de jaren tachtig <sup>25</sup>.

<i>gemiddelde procentuele fout</i>	jaren 60	jaren 70	jaren 80
aanbodprognoses	<b>41</b>	<b>23</b>	<b>37</b>
behoefteprognoses	<b>35</b>	<b>60</b>	<b>68</b>

De procentuele fout van de prognoses uit de jaren zestig schommelt rond de 40%. Er is geen duidelijk verschil in mate van trefzekerheid tussen de behoefte- en de aanbodramingen. De scores van de prognoses uit de jaren zeventig lopen sterk uiteen, waarbij de aanbodprognoses er duidelijk minder naast zaten dan de behoefteprognoses (te verklaren door invoering numerus fixus). De behoefteprognoses uit de jaren tachtig vertonen een bijzonder lage trefzekerheid.

In het boek Terugkijken op Toekomstonderzoek (1990) staat over de artsenramingen: “Bij de manpower-ramingen van het aantal artsen gaat het om ramingen van de behoefte aan en de vraag naar artsen. De behoefte aan artsen (ook specifiek van huisartsen en specialisten) is als regel te laag geraamd (fouten tot 100% reeds over een termijn van 5 jaar). Hier wordt een element van ‘normatieve forecasting’ vermoed. (oftewel de behoefte wordt te laag geraamd om de kosten te beheersen, dj). Ook de ramingen van het aanbod van artsen geven sterke verschillen tussen voorspellingen en uiteindelijke waarden te zien (gemiddelde fout: +/- 50%). De sterke ‘ruis’ in de ge-

<sup>25</sup> absolute procentuele fout: [(geraamde groeivoet – werkelijke groeivoet) / werkelijke groeivoet] x 100, Bron: gemiddelden zijn afgeleid uit de cijfers in “Een terugblik op de manpower-ramingen van het aantal artsen”, Geert Dewulf (1990).

zondheidszorg als systeem, met name door de grillige ingrepen van de overheid, wordt ter interpretatie van deze uitkomsten aangedragen. Beleidsimplicaties zijn immers moeilijk te meten en in een model in te passen. Ondanks het gebruik van meer verfijnde voorspellingsmethoden en een grotere beschikbaarheid van data is men er in de loop der tijd niet in geslaagd aanbod van en behoefte aan artsen trefzekerder te voorspellen. De mate van trefzekerheid van de belichte prognoses neemt met verloop van tijd niet toe.”

Inmiddels worden de prognoses opgesteld door het Capaciteitsorgaan, waarin de beroepsgroepen, de zorgverzekeraars en de opleidingsinstellingen zitting hebben. In oktober 2000 presenteerde het Capaciteitsorgaan zijn eerste (voorlopige) raming voor de periode tot en met 2010<sup>26</sup>. Hierin worden vier ramingvarianten gepresenteerd:

- Een ‘beleidsarme’ basisvariant (m.n. gebaseerd op demografische prognoses);
- Een lage combinatievariant (met ‘doorgetrokken’ trends<sup>27</sup>, laag ingeschat);
- Een hoge combinatievariant (met hoge inschatting van trends);
- Een arbeidstijdvariant (lage combinatievariant waarbij het aanbod gevarieerd is door de arbeidstijd als factor mee te nemen).

De inschatting van de trends gebeurt door een expertpanel, bestaande uit de leden van de Kamers<sup>28</sup> van het Capaciteitsorgaan.

In onderstaande tabel is voor de vijf belangrijkste variabelen het effect op de opleidingscapaciteit in percentages uitgedrukt. De vijf variabelen zijn:

- verandering zorgvraag bevolking demografisch: de ontwikkeling van de bevolking, zowel in aantal als naar leeftijd en geslacht, is voor de middenvariant van het CBS gekoppeld aan productiegegevens over de zorg nu en bij ongewijzigd consumptiepatroon naar 2010 geextrapoleerd
- verandering zorgaanbod bevolking demografisch: de ontwikkeling van de beroepsgroepen zelf, zowel in aantal als naar leeftijd en geslacht, is gekoppeld aan arbeidstijd en in- en uitstroom van beroepsgroepen nu, gecombineerd met gegevens over de geslachtsverdeling van de artsen in de vervolgopleidingen nu en bij ongewijzigde arbeidstijden voor mannen en vrouwen en bij ongewijzigde in- en uitstroom uit het beroep, ook weer voor de huidige situatie, geextrapoleerd naar 2010
- onvervulde vraag bevolking: om de werkelijke behoefte te benaderen zijn schattingen gedaan voor de mate waarin de beroepsgroepen de vraag van de bevolking in de huidige situatie niet, of niet voldoende beantwoorden; gebruikt is een lage en hoge variant.

---

<sup>26</sup> Het uitgewerkte capaciteitsplan verschijnt in maart 2001

<sup>27</sup> op gebied van : sociaal-cultureel en het werkproces

<sup>28</sup> er zijn 5 Kamers: huisartsen, medisch specialisten, sociaal geneeskundigen, verpleeghuisartsen en tandheelkundig specialisten.

- Verandering in de vraag van de bevolking door sociaal culturele ontwikkelingen: schattingen van verandering in het gedrag van de bevolking door bijvoorbeeld hoger opleidingsniveau, toenemende informatie, multiculturele samenstelling, groeiende mondigheid; gebruikt is een lage en hoge variant.
- Verandering in de vraag als gevolg van effecten van efficiency en substitutie: schattingen van een andere tijdsbesteding van de beroepsgroepen door zich aftekenende wijzigingen in het werkproces. Onder substitutie wordt verstaan het overnemen van taken van artsen door bijvoorbeeld verpleegkundig personeel, of verschuivingen tussen verschillende soorten artsen; gebruikt is een lage en een hoge variant.

<i>Veronderstellingen over verschillende vraag- en aanbodontwikkelingen: procentueel effect op de opleidingscapaciteit</i>								
	demo- grafie bevol- king	demo- grafie be- roeps groep	Onvervulde vraag		Verandering vraag als gevolg van so- ciaal culturele ont- wikkelingen		Verandering vraag als gevolg van substitu- tie/efficiency	
			Lage schat- ting	Hoge schat- ting	Lage schat- ting	Hoge schat- ting	Lage schat- ting	Hoge schat- ting
<b>Huisartsen</b>	<b>7,4%</b>	<b>7,7%</b>	<b>5%</b>	<b>20%</b>	<b>5%</b>	<b>30%</b>	<b>5%</b>	<b>10%</b>
<i>Beschouwende specialismen</i>	12,2%	17,6%	5%	10%	10%	20%	-5%	10%
<i>Snijdende Specia- lismen</i>	8,0%	11,9%	5%	10%	10%	20%	-5%	10%
<i>Ondersteunende Specialismen</i>	10,1%	18,6%	5%	10%	10%	20%	-5%	10%
<i>Psychiatrie</i>	4,2%	16,2%	5%	10%	10%	20%	-5%	10%
<b>totaal medisch Specialisten</b>	<b>9,3%</b>	<b>15,3%</b>	<b>5%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>20%</b>	<b>-5%</b>	<b>10%</b>
<i>Kaakchirurgen</i>	7,7%	-7,7%	1,3%	1,3%	15%	20%	0%	0%

<i>Orthodontisten</i>	4,7%	0,7%	3%	3%	5%	5%	-5%	-5%
<b>totaal tandheelkundig specialisten</b>	<b>6,1%</b>	<b>-3,2%</b>	<b>2%</b>	<b>2%</b>	<b>10%</b>	<b>12%</b>	<b>-3%</b>	<b>-3%</b>

Hoewel het aangeven van verschillende scenario's in beginsel een betere basis voor beleid is dan één raming, roept bestudering van de voorlopige ramingen van het Capaciteitsorgaan een aantal vragen op over de gebruikte methodiek en de presentatie van de raming:

- Waarom wordt de hoge combinatievariant zonder toelichting bestempeld als 'niet realistisch'? Waarom is een lage inschatting van trends als arbeidstijdverkorting en de mondigheid van de patiënt wel realistisch?
- Waarom wordt er uitgegaan van één bevolkingsprognose, waarom niet doorgerekend wat de gevolgen zijn van de lage en de hoge CBS-prognoses?
- Waarom beveelt het capaciteitsorgaan een uitbreiding van de vervolgopleidingsplaatsen aan tot 1.520, terwijl er in de lage combinatievariant al 1.770 opleidingsplaatsen nodig zijn? Het CO stelt dat er op korte termijn te weinig basisartsen zullen zijn om meer dan 1.520 plaatsen te vullen. Maar met het 'reservoir' van 6.000 basisartsen (waaronder de AGNIO's) zouden toch makkelijk meer plaatsen te vullen zijn?

#### *Conclusies*

- De behoefte aan artsen blijft onvoorspelbaar. Dit betekent niet dat ramen een zinloze bezigheid is. Op basis van demografische gegevens en veronderstellingen over omgevingsontwikkelingen, kunnen er alternatieve scenario's geschetst worden waarin onzekerheden en mogelijkheden zichtbaar worden gemaakt. Die scenario's kunnen vervolgens als beleidsinput dienen. Hierbij dient duidelijk te zijn dat elk scenario zich kan voordoen. Uitspraken over de waarschijnlijkheid van de verschillende scenario's dienen met de nodige reserves te worden gezien.
- Omdat de ramingen in grote mate afhankelijk zijn van veronderstellingen, is de onafhankelijkheid van de ramende instelling essentieel. Zie de opmerking over 'normatieve forecasting' door de overheid. Net zomin als de overheid is het capaciteitsorgaan onafhankelijk, de betrokken partijen hebben belang bij de uitkomst.
- Kern van het verhaal is dat de ramingsonzekerheid moet worden geabsorbeerd in het beleidsproces en niet in het ramingsproces:
  - Maak het opleidingscontinuüm zo flexibel mogelijk om sneller en beter op ontwikkelingen te kunnen reageren (bijvoorbeeld verkorten opleidingen, differentiatie in 'uitstroompunten', capaciteitsbepaling vervolgoopleidingen weghalen bij beroepsgroep)

- Financieringsystematiek universiteiten moet prikkelen om in te spelen op veranderende maatschappelijke behoeften, hetzelfde geldt voor financiering AGIO's;
- Streef naar een licht overschot (ook uit oogpunt van concurrentie tussen verzekeraars). Is moeilijk in te schatten met welke instroom je een licht overschot bereikt, maar ga in ieder geval niet uit van het laagste scenario.

*Janssen/toekomst.doc*

Bronnen:

*Trends in onderwijsdeelname: van analyse tot prognose, SCP 1998*

*Ramingsmodel Zorgsector, CPB / SCP 1999*

*Terugkijken op Toekomstonderzoek, Becker & Dewulf, Universiteit Utrecht 1990*

*Tegenideeën, De Groene Amsterdammer, 31 augustus 1996*

*Voorlopige raming 2010, Capaciteitsorgaan, oktober 2000*

*Overheid en toekomstonderzoek, een inventarisatie, Rapport aan de regering nr. 34, WRR 1988*

*Medisch specialisten: vraag en aanbod, Jaspers & Vrijland, 1983*