

Vergaderjaar 2011–2012

29 282

Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector

Nr. 148

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT EN DE STAATSSECRETARIS VAN ONDERWIJS, CULTUUR EN WETENSCHAP

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 februari 2012

Onze gezondheidszorg vraagt oplossingen voor de toenemende zorgvraag, door onder andere de vergrijzing, het dreigende tekort aan personeel en de snel oplopende kosten. Van belang daarbij is dat zorg ook in de toekomst betaalbaar en voor iedereen beschikbaar blijft. In de strategische agenda van de minister van VWS van januari van 2011, het document «Zorg die werkt»,¹ worden de prioriteiten van de minister gepresenteerd. De beschikbaarheid van voldoende en gekwalificeerd zorgpersoneel wordt ook hieronder geschaard. De ophoging van het aantal plaatsen in de initiële opleidingen geneeskunde, de masteropleidingen voor verpleegkundig specialisten en physician assistants en de medische vervolgopleidingen geven een adequate uitwerking van deze prioriteit. Hiermee kan voldoende en gekwalificeerd personeel worden opgeleid en voldaan worden aan de vraag naar meer zorg.

In het Regeerakkoord «Vrijheid en verantwoordelijkheid» van september 2010 is de volgende passage opgenomen, «om aan de vraag van een kwart meer artsen² in 2025 tegemoet te komen wordt de numerus fixus in lijn met het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in 5 jaar afgeschaft. Het afschaffen van de numerus fixus is ook een randvoorwaarde voor goede marktwerking in de zorg». Daarom zorgt dit kabinet voor een groter aantal bekostigde opleidingsplaatsen bij de studie geneeskunde, de medische vervolgopleidingen en de hbo-zorgmasteropleidingen en wordt de verplichting tot loting vervangen door een decentraal selectiesysteem dat universiteiten zelf kunnen vormgeven.

¹ Brief Zorg die werkt, van 26 januari 2011 (Kamerstuk 32 620, nr. 1).

² Onder het begrip arts wordt verstaan: medisch specialisten, huisartsen, profielartsen (zoals Spoedeisende Hulparts), artsen verstandelijk gehandicapten, specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geneeskundigen.

Deze uitwerking is gemaakt tegen de achtergrond van de hoofdlijnen van de volgende rapporten:

- het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) «Numerus Fixus Geneeskunde: Loslaten of vasthouden», 2010;

- het visiedocument «Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg» van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), 2010;
- het «Capaciteitsplan 2010» van het Capaciteitsorgaan, 2011.¹

Deze rapporten worden op hoofdlijnen behandeld. Onderwerpen die in deze brief niet aan de orde komen, zoals de sturing op kwaliteit van de zorg door Raden van Bestuur van zorginstellingen, worden waar relevant in andere dossiers meegenomen.

Het kabinet acht onderstaande maatregelen van belang voor het bereiken van de doelstelling uit het Regeerakkoord. De maatregelen leiden tot een toename van 25% meer artsen in 2025. Met daarbovenop de maatregelen voor taakherschikking ontstaat de komende jaren een extra uitbreiding van de zorgcapaciteit, waardoor de extra zorgvraag op een efficiënte en effectieve wijze kan worden opgevangen.

1. De initiële opleidingen

Uitbreiding capaciteit geneeskunde opleiding

De RVZ adviseert dat de numerus fixus moet worden losgelaten en dat de overheid de aantallen op te leiden studenten niet op voorhand vaststelt door daarover met instellingen afspraken te maken. Dit krijgt vorm doordat de overheid een minimum aantal geneeskunde studenten borgt door het bekostigen van een bepaald aantal plaatsen. De capaciteitsbekostiging voor geneeskunde is noodzakelijk omdat de opleiding (en het vervolgtraject) kostbaar is. Het staat instellingen echter wel vrij om meer studenten voor de opleiding aan te nemen. Er is daarmee dus geen landelijke beperking door de overheid voor de opleiding geneeskunde. In de praktijk blijkt echter dat de instroom beperkt blijft tot het door OCW bekostigde aantal studenten, omdat de instellingen vooralsnog niet in staat zijn om, met de beschikbaar gestelde middelen, een grotere capaciteit op een kwalitatief aanvaardbare manier aan te bieden.

Om in de toekomst aan de groeiende zorgvraag te kunnen voldoen heeft het kabinet besloten het aantal bekostigde opleidingsplaatsen voor geneeskunde met 200 plaatsen naar 3 050 te verhogen met ingang van het studiejaar 2012/2013. Het kabinet kiest ervoor om deze plaatsen via zij-instroom in de master geneeskunde te realiseren, zoals is aanbevolen door de Vereniging van Samenwerkende Universiteiten (VSNU) en de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU) in hun gezamenlijke brief van 25 januari 2010 aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en de Minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW). Het rendement van deze zij- instroomstudenten is hoger dan dat van de reguliere studenten geneeskunde (95% versus 81%). Door deze maatregel zullen voldoende basisartsen beschikbaar komen voor de door het kabinet gewenste ophoging van de instroom in de medische vervolgopleiding die moet leiden naar 25% meer artsen in 2025.

Verpleegkundig specialist en physician assistant

Het kabinet heeft besloten de taakherschikking in de zorg een extra stimulans te geven. Het aantal plaatsen voor de hbo-masteropleidingen tot verpleegkundig specialist en physician assistant wordt daartoe in twee stappen structureel met 300 opleidingsplaatsen opgehoogd ten opzichte van de huidige 400 plaatsen per jaar. In paragraaf 3 wordt de taakherschikking nader uitgewerkt.

Afschaffen verplichte loting

Voor de fixus-opleidingen² in het hoger onderwijs is de verplichting tot loting afgeschaft. De loting kan daarmee worden vervangen door

¹ Tweede Kamer, 2010–2011, 29 282, nr. 125.

² Dit betreft niet alleen de opleiding geneeskunde, maar alle opleidingen in het hoger onderwijsstelsel.

decentrale selectie. Dit is mogelijk gemaakt met de op 5 juli 2011 aangenomen wet «Ruim Baan voor Talent».¹ Uitzondering hierop zijn de 8+ studenten², die het directe recht op toelating tot een opleiding met een capaciteitsbeperking behouden.

Wij zijn van mening dat loting niet past in een hoger onderwijs stelsel waarin de afstemming tussen student en opleiding versterkt moet worden en daarom zal de loting op termijn helemaal worden afgeschaft. Dit zal meelopen in het wetsvoorstel ter uitwerking van de strategische agenda Hoger Onderwijs, Onderzoek en Wetenschap.

Bij decentrale selectie beoordeelt een instelling de studenten op bijvoorbeeld kwaliteiten en motivatie. Dit stelt instellingen in staat om de meest geschikte en gemotiveerde studenten voor de opleiding te selecteren en aspirant studenten hebben hun selectie voor de opleiding grotendeels zelf in de hand. De kans dat zeer gemotiveerde en geschikte studenten de gekozen opleiding kunnen volgen neemt hiermee sterk toe. Hiermee nemen wij de aanbeveling van de Raad voor Volksgezondheid & Zorg (RVZ) in het advies «Numerus Fixus Geneeskunde over: Loslaten of vasthouden» om de loting te vervangen door 100% decentrale selectie door de universiteiten.

2. De vervolgoledingen voor medisch specialisten

Er bestaat een nauwe relatie tussen de instroom in de initiële opleiding geneeskunde, het aantal afgestudeerde basisartsen en de instroom in de medische vervolgoledingen. De ophoging van het aantal bekostigde initiële opleidingsplaatsen geneeskunde leidt tot meer basisartsen. Toename van het aantal basisartsen is noodzakelijk om meer medisch specialisten te kunnen opleiden.

Reservoir basisartsen

Er zijn basisartsen die nog geen vervolgoleding zijn gestart, terwijl zij dit wel ambiëren.

Deze groep artsen vormt het reservoir waaruit de instroom in de vervolgoledingen gerealiseerd kan worden. Het is wenselijk – omwille van de optimale aansluiting van kandidaten en opleidingsplekken – te beschikken over een reservoir aan basisartsen die een vervolgoleding willen doen. De optimale orde van grootte van het reservoir bedraagt ongeveer het aantal basisartsen dat jaarlijks instroomt in de vervolgoledingen.

Op dit moment ligt de omvang van het reservoir daarboven, waardoor een extra ophoging van de instroom in de vervolgoledingen direct mogelijk is, zonder dat de gewenste omvang van het reservoir in het gedrang komt.

Teneinde aan de doelstelling van een kwart meer artsen in 2025 tegemoet te komen, wordt ingezet op een structurele verhoging van tenminste 300 extra opleidingsplaatsen in de medische vervolgoledingen ten opzichte van 2010. De afgelopen jaren is de instroom in de medische vervolgoledingen gestaag opgelopen. Uit de realisatiecijfers over 2010 blijkt dat in dat jaar 1 991 instroomplaatsen in de medische vervolgoledingen zijn gerealiseerd. In 2011 zijn 2 222 instroomplaatsen beschikbaar gesteld en voor het jaar 2012 is een verdere verhoging mogelijk gemaakt naar 2471 plaatsen met name bij de huisartsen en de sociaal geneeskundigen. De opleidingscapaciteit in 2012 is hoger dan de structurele ophoging van tenminste 300 plaatsen, omdat er op dit moment een groot reservoir basisartsen is. Structureel kan dit echter niet worden volgehouden omdat het reservoir dan teveel wordt uitgeput. Deze aantallen zijn in goed overleg met de bij het opleiden betrokken partijen, zoals wetenschappe-

¹ Staatsblad nr. 369, 26 juli 2011.

² Studenten met een gemiddeld eindexamen-cijfer van 8 of hoger voor het vwo met vereist profiel die rechtstreeks worden toegelaten tot de opleiding en de instelling van eerste voorkeur.

lijke verenigingen, zorginstellingen en de beroepsgroep, bepaald. In het kader van de vernieuwing van het opleidingsfonds hebben deze partijen een grotere verantwoordelijkheid gekregen voor het toewijzen van opleidingsplaatsen.¹ Binnen de marges van de adviezen in het Capaciteitsplan 2010, is optimaal rekening gehouden met de wensen van de betrokken partijen. De partijen hebben een voorstel voor de verdeling van deze plaatsen over de specialisaties en alle zorginstellingen opgesteld. Dit voorstel is op 12 augustus 2011 door VWS bekrachtigd en vormde daarmee de grond voor de zorginstellingen voor 2012 bij VWS subsidie aan te vragen.

Advies ramingen

Gezien de rol van het Capaciteitsplan bij het bepalen van de medische opleidingscapaciteit en de kritiek op de hoogte van de geadviseerde instroom en de mate van taakherschikking, is aan het CPB gevraagd een plausibiliteitstoets naar het Capaciteitsplan 2010 uit te voeren. Dit om een onafhankelijk oordeel te verkrijgen over kwaliteit en bruikbaarheid van het nieuwe Capaciteitsplan.

De CPB-toets geeft geen aanwijzing dat de ramingen van het Capaciteitsorgaan van het aantal medisch specialisten dat nodig is om aan de toekomstige zorgvraag te voldoen te laag zijn.² De microbenadering van het Capaciteitsorgaan (raming op specialismenniveau) en de macro-economische benadering van het CPB, gaan uit van een zorgvraag die in dezelfde orde van grootte ligt. Het CPB acht de ramingen van het Capaciteitsorgaan dan ook plausibel. Het CPB beveelt aan aandacht te schenken aan macro-economische factoren, die volgens het CPB de zorgvraag in de toekomst kunnen drukken. Met het Capaciteitsorgaan wordt bezien hoe dit advies bij toekomstige ramingen kan worden benut.

Tekortopleidingen

De geringe interesse van basisartsen voor sommige medisch-specialistische vervolgoopleidingen is een probleem. Hierdoor ontstaan tekorten aan artsen in specialisaties waar behoefte aan is. De RVZ vraagt daar in zijn advies ook aandacht voor. Er zijn diverse initiatieven van start gegaan om de oorzaken van de tekorten te analyseren. Deze analyses zijn nog niet afgerond. Daarbij zijn de betreffende beroepsgroepen, opleidingsinstituten en werkgevers nauw betrokken. Er wordt een actieplan, inclusief taakverdeling naar verantwoordelijkheid, opgesteld. Resultaten worden vanaf medio 2012 verwacht.

3. Taakherschikking

Met de ophoging van het aantal opleidingplaatsen voor verpleegkundig specialisten en physician assistants heeft het kabinet nadere uitvoering gegeven aan het Regeerakkoord. In het Regeerakkoord is de volgende passage opgenomen: «Alle zorgverleners kunnen zelfstandig de taken uitvoeren waar zij het beste in zijn (taakherschikking)». De inzet van het kabinet wordt ondersteund door de NZa en de RVZ, die beide pleiten voor verdere versterking van taakherschikking.

Door taakherschikking worden beroepsbeoefenaren efficiënt en effectief ingezet in de zorg om de groeiende en veranderende zorgvraag op te vangen, waarbij de kwaliteit van zorg verbetert en het carrièreperspectief wordt vergroot. Taakherschikking is dan ook één van de prioriteiten in de strategische agenda van de minister van VWS³.

¹ Tweede Kamer, 2010–2011, 29 282, nr. 111.

² Tweede Kamer, 2010–2011, 29 282, nr. 125, bijlage.

³ Brief Zorg die werkt, van 26 januari 2011 (Kamerstuk 32 620, nr. 1).

De opleidingscapaciteit voor de opleidingen tot verpleegkundig specialist en physician assistant, zoals eerder in deze brief aangekondigd, wordt in het opleidingsjaar 2012/2013 uitgebreid met 150 plaatsen. In het jaar 2013/2014 wordt de capaciteit met 150 plaatsen extra verruimd waarmee het huidige aantal van 400 plaatsen structureel met 300 wordt uitgebreid.

De verdeling van deze extra plaatsen over de beide categorieën hbo-zorgmasters wordt in samenspraak met de hogescholen en zorginstellingen bepaald.

Deze stimulans zal meer dynamiek in de zorgmarkt brengen en zal de afgestudeerden van deze opleidingen meer kritieke massa in de zorg geven. Deze beroepsgroepen ontlasten de medisch specialisten en nemen taken en bevoegdheden van hen over. Deze maatregel betekent dan ook een extra uitbreiding van de zorgcapaciteit. Taakherschikking draagt bij aan voldoende aanbod aan zorgverleners voor een groeiende zorgvraag. Door de aandacht niet alleen op een enkele beroepsbeoefenaar te richten, maar door diversiteit in het zorgaanbod te brengen, wordt beter ingespeeld op de diversiteit in de zorgvraag.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers

De staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap,
H. Zijlstra