



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Numerus Fixus Geneeskunde: Loslaten of vasthouden

Advies



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische adviezen uit. Die schrijft hij vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling van de Raad

Voorzitter

Prof. drs. M.H. Meijerink

Leden

Mw. A. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter, MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P. Vos

Numerus Fixus

Geneeskunde:

Loslaten of vasthouden

Advies

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en aan de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.

Den Haag, 2010

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404
2500 CK Den Haag
Tel 070 3405060
Fax 070 3407575
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp: Vijfkeerblauw
Fotografie: Eveline Renaud
Druk: Koninklijke Broese & Peereboom
Uitgave: 2010
ISBN: 978-90-5732-215-0

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of per mail bij de RVZ (mail@rvz.net) onder vermelding van publicatie-nummer 09/13.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Om het tekort aan artsen en de groeiende zorgvraag op te lossen, vindt de RVZ het noodzakelijk veranderingen in de organisatie van de medisch specialistische zorg aan te brengen, de instroom in de vervolgoopleidingen tot specialist te vergroten en de numerus fixus voor de initiële opleiding geneeskunde over vijf jaar los te laten.

Welk probleem lost dit advies op?

De zorgvraag neemt toe en er is een tekort aan sommige soorten medisch specialisten. Dat tekort is vooral nijpend bij de minder populaire richtingen, zoals ouderengeneeskunde.

De RVZ wil aan de toenemende vraag tegemoet komen door een geregleerde uitbreiding van het aantal medisch specialisten; meer profielartsen en andersopgeleide zorgprofessionals; en zwaarder inzetten op functiedifferentiatie en taakherschikking.

Wat zijn de gevolgen voor de consument?

Een goede kwaliteit van zorg, een betere dienstverlening en een grotere klantvriendelijkheid. Afschaffen van het nationale lotingsysteem betekent voor burgers die arts of specialist willen worden dat niet alleen cijfers, maar ook motivatie en competenties in de selectie betrokken kunnen worden.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverlener?

De werkdruk vermindert en artsen krijgen meer keuzemogelijkheden op de arbeidsmarkt. Raden van Bestuur van instellingen kunnen beter sturen op kwaliteit van zorg en het aantal benodigde specialisten.

Wat zijn de gevolgen voor de zorgverzekeraar?

Meer mogelijkheden om selectiever in te kopen.

Wat kost het?

De marginale kosten per initiële opleidingplaats zijn € 123.000 en de integrale kosten € 167.000. De subsidiebedragen voor de vervolgoopleidingen lopen sterk uiteen. Voor de opleiding tot psychiater is het subsidiebedrag € 43.000 als de opleiding geschiedt in een GGZ-instelling, en € 118.000 als de opleiding geschiedt in een ziekenhuis. Voor de opleiding tot huisarts is ongeveer € 70.000 subsidie beschikbaar. Het totale subsidiebedrag voor de medische vervolgoopleidingen is circa 1 miljard euro per jaar. De totale kostenstijging voor het Rijk als gevolg van de voorstellen hangt af van keuzes die worden gemaakt.

Wat is nieuw?

Het nationale lotingsysteem wordt vervangen door 100% decentrale selectie. Universiteiten krijgen de mogelijkheid om extra Nederlandse en buitenlandse studenten op te leiden, bovenop het aantal door de overheid bekostigde opleidingsplaatsen. Specialisten in opleiding gaan zelf meebetalen aan de opleiding.

Het advies is voorbereid door een projectgroep onder leiding van mevrouw mr. G.P.M. (Gerda) Raas. De verantwoordelijke raadsleden voor het advies waren mevrouw drs. M. (Marjanne) Sint, mevrouw prof. dr. D.D.M. (Didi) Braat en prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink.

Inhoudsopgave

Samenvatting	7
1. Loslaten of vasthouden?	13
1.1 Aanleiding voor het advies	13
1.2 De motieven voor een fixus	13
1.3 Instroom in de initiële opleiding geneeskunde	14
1.4 Beleidsvragen	14
1.5 Functie in het beleidsproces	15
1.6 Begrippen	15
1.7 Feiten en cijfers	16
1.8 Werkwijze en leeswijzer	18
2 Toekomstige ontwikkelingen	19
2.1 Ontwikkelingen in de zorg	19
2.2 Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt	21
2.3 Ontwikkelingen in het onderwijs	24
2.4 Conclusie	27
3 Effecten van verruimen dan wel af- schaffen van de drievoudige fixus	29
3.1 Uiteenlopende effecten	29
3.2 Conclusie	33
4 De visie van de RVZ	35
4.1 Inleiding	35
4.2 De visie van de RVZ in termen van perspectief	36
4.3 Hoe gaan we het aanpakken?	38
4.4 Implementatie in omgekeerde volgorde	39
4.5 Knelpunten oplossen	47
5 Aanbevelingen	53
5.1 Derde fixus: heroverwegingen op de arbeidsmarkt	53
5.2 De tweede fixus: vervolgopleidingen	54
5.3 De eerste fixus afschaffen over vijf jaar	55
Bijlagen	57
1 Adviesaanvraag	57
2 Adviesvoorbereiding	61
3 Begrippen	64
4 Effecten van verruimen dan wel afschaffen van de drievoudige fixus	66
5 Afkortingen	82
6 Literatuurlijst	84
Overzicht publicaties RVZ	91

Numerus Fixus Geneeskunde: Loslaten of vasthouden

Advies

Samenvatting

Aanleiding voor het advies

Numerus fixus ligt onder vuur

De numerus fixus voor geneeskunde ligt sinds jaar en dag onder vuur. De tegenstanders zeggen dat het oneerlijk is dat je geen arts kunt worden als je dat wilt, en dat met een andere organisatie best meer studenten toegelaten kunnen worden. De voorstanders zeggen dat universiteiten niet voldoende capaciteit hebben voor meer studenten, en dat de kwaliteit van de opleiding achteruit zal gaan. En dan hebben we nog de overheid. Die wil meer marktwerking en lagere zorgkosten. De Tweede Kamer wil vooral weten of de honoraria van de medisch specialisten omlaag gaan als de numerus fixus losgelaten wordt. Over die laatste vraag kunnen we kort zijn: het antwoord is ‘nee, niet rechtstreeks’. Het probleem is namelijk complexer en andere instrumenten zijn daarvoor effectiever.

Effecten van een ongelimiteerde uitbreiding van het aantal artsen en specialisten

De minister heeft gevraagd welke effecten optreden als de numerus fixus losgelaten of verruimd wordt. Die vraag plaatst de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in de context van toekomstige ontwikkelingen die in hoofdstuk 2 worden beschreven. Hoofdstuk 3 beschrijft de effecten van een ongelimiteerde uitbreiding van het aantal artsen én specialisten; dus niet alleen de effecten van het loslaten/verruimen van de (1ste) numerus fixus. Want er zijn nog twee barrières die de doorstroom van student geneeskunde tot specialist belemmeren: namelijk de toegang tot de vervolgopleidingen en de toegang tot de arbeidsmarkt. De RVZ noemt deze twee barrières ‘de 2de en de 3de fixus’.

Beide hoofdstukken laten een complex beeld van factoren zien, waaruit niet zonneklaar een oplossing tevoorschijn komt. Wel duidelijk is dat een ongelimiteerde verruiming van het aantal medisch specialisten niet automatisch leidt tot meer gezondheidswinst; wel tot een toename van de zorgvraag en het kost veel geld. Dat is dus niet meteen de oplossing.

Wat is het probleem?

De RVZ gaat in hoofdstuk 4 terug naar het probleem dat we in feite willen oplossen, en dat is: **de zorgvraag neemt toe en er is een tekort aan sommige soorten medisch specialisten**. Het meest nijpend is het tekort bij de impopulaire specialismen, zoals ouderengeneeskunde en jeugd- en gehandicaptenzorg. Want die tekorten treffen grote groepen kwetsbare, chronisch zieke patiënten. En in de toekomst zullen die tekorten alleen nog maar groter worden. Hoe speel je in op die tekorten? En met welke instrumenten kunnen we inspelen op de fluctuaties in de zorgvraag? De lengte van de medische (vervolg)opleidingen maakt het er niet makkelijker op.

Het advies van de RVZ

Kwaliteit is leidend

Bij het advies van de RVZ is de kwaliteit van de zorg leidend, daarnaast vindt de Raad het belangrijk dat het zorgaanbod tegemoet komt aan de zorgvraag, op korte en op lange termijn. Beheersing van de kosten is niet leidend, maar wel een belangrijke voorwaarde.

Drie sporen

De RVZ wil het tekort aan artsen en de groeiende zorgvraag oplossen met:

1. een gereguleerde uitbreiding van het aantal medisch specialisten, en
2. meer profielartsen zoals seh-artsen en artsen verslavingszorg en anders opgeleide zorgprofessionals, en
3. zwaarder inzetten op functiedifferentiatie en taakherschikking.

Waarom deze drie sporen?

Zorgvraag opvangen: niet alleen door medisch specialisten

De achterliggende gedachte is allereerst dat de groeiende zorgvraag niet alleen opvangen moet worden door medisch specialisten. Anders opgeleide artsen en zorgprofessionals kunnen dat voor een deel net zo goed, zo niet beter, en kosten minder geld. Vandaar ook het advies om tegelijkertijd functiedifferentiatie en taakherschikking te stimuleren. De Raad wil met dit beleid ook de werkdruk onder artsen en medisch specialisten verminderen.

Waarom een gereguleerde uitbreiding van het aantal medisch specialisten?

Een ongelimiteerde uitbreiding van het aantal vervolgopleidingsplaatsen heeft een aantal grote nadelen en is in de visie van de RVZ ook niet nodig voor de kwaliteit van de zorg. Toch is een (gereguleerde) uitbreiding van het aantal specialisten noodzakelijk gezien de ontwikkelingen in de zorgvraag en demografie, vooral als het gaat om specialismen waar een

tekort is, zoals ouderengeneeskunde. Dat is een publiek belang en vraagt sturing door de overheid. De overheid kan sneller en effectiever sturen door aan de knoppen van de 2de fixus te draaien, dan aan de knoppen van de 1ste fixus, gezien de lange opleidingsduur van student tot medisch specialist. Netter gezegd: een regulering van de instroom in de vervolgoopleidingen werkt sneller en effectiever, dan een regulering van de instroom in de initiële opleiding.

Marktwerking en evenwichtig speelveld

Meer profielartsen en meer medisch specialisten draagt bij aan de condities voor meer marktwerking. Het zorgt daarnaast voor een meer evenwichtig speelveld tussen patiënt, arts en instellingen. En het biedt meer mogelijkheden voor verzekeraars om selectiever in te kopen.

Doelmatigheid

Naast de bovengenoemde redenen om functiedifferentiatie en taakher-schikking te bevorderen, komen beide ook de doelmatigheid en kwaliteit van zorg ten goede: artsen hebben meer tijd voor hun patiënten, en er komen profielartsen en anders-opgeleide zorgprofessionals die over com-petenties beschikken die zij in de praktijk nodig hebben.

Hoe gaan we het aanpakken?

Meer artsen: loslaten van de 1e fixus

De RVZ is voorstander van het loslaten van de numerus fixus onder twee voorwaarden: 1) de overheid stuurt via de bekostiging van een x aantal opleidingsplaatsen, en 2) de WHW en de regelingen voor studiefinanciering worden zodanig aangepast dat studenten ‘tot op zekere hoogte’ meebetalen aan de opleiding. De voorkeur van de Raad voor loslaten wordt ingegeven door de volgende overwegingen:

Er is een groter aanbod aan basisartsen nodig om een uitbreiding van de instroom in de vervolgoopleidingen te kunnen realiseren en om te kunnen anticiperen op de toekomstige veranderende arbeidsmarkt en de wensen van jonge artsen, zoals parttime werken. Loslaten van de 1ste numerus fixus sluit aan bij de liberalisering van het onderwijsbeleid en toekomstige ontwikkelingen als een vernieuwd stelsel van studiefinanciering en variabele collegegelden. Daarnaast hecht de Raad zeer aan vrije studie- en beroepskeuze.

Implementatie in omgekeerde volgorde

Om het tekort aan profielartsen en medisch specialisten het snelst op te lossen en beter te kunnen inspelen op de veranderende zorgvraag beveelt de Raad aan om direct te beginnen met de noodzakelijke veranderingen op de arbeidsmarkt; tegelijkertijd de instroom in de vervolgoopleidingen tot specialist te vergroten, en voorbereidingen te starten voor het loslaten van de 1e numerus fixus.

De 3de fixus: veranderingen bewerkstelligen arbeidsmarkt

Nieuwe functies en profielen bieden een alternatief

De toegang tot de arbeidsmarkt is de derde bottleneck die artsen moeten passeren tijdens hun carrière. Specialist worden en toetreden tot een maatschap is voor velen de enige keus. Nieuwe functies en profielen bieden voor basisartsen een alternatief. Bovendien spelen we daarmee in op veranderingen in de arbeidsmarkt.

RvB's moeten kunnen sturen op kwaliteit én kwantiteit

De RVZ is van mening dat Raden van Bestuur van ziekenhuizen moeten kunnen sturen op kwaliteit van zorg én de daarvoor benodigde kwantiteit. Dus moeten de RvB's meer artsen kunnen aannemen als zij dat nodig vinden om in te spelen op de zorgvraag. De toegang tot de maatschap is een van de grootste belemmeringen daarbij. De RVZ vindt dat RvB's daartoe meer gebruik moeten maken van de beschikbare instrumenten in de toelatingsovereenkomst. Deze staat momenteel ter discussie. De Raad gaat ervan uit dat zodanige wijzigingen worden aangebracht dat de Raad van Bestuur van een ziekenhuis effectief invloed heeft op kwaliteit én kwantiteit van de medische specialisten in huis. De RVZ hoopt binnen enkele maanden terzake nader advies uit te brengen in het verlengde van het eerdere Governance-advies.

Grote salarisverschillen zijn niet wenselijk

De RVZ vindt grote verschillen in honorering tussen specialisten niet wenselijk. Nu de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport een onderzoek heeft aangekondigd naar voor- en nadelen van maatschap versus loondienst voor de zorg, wil de RVZ daarvoor nog twee punten aanreiken: de goodwill en de arbeidsproductiviteit.

De 2de fixus: een gereguleerde uitbreiding van het aantal medisch specialisten

Beroepsgroep bepaalt de kwaliteit, niet de kwantiteit

Een belangrijke belemmering voor uitbreiding van de vervolgopleidingscapaciteit ligt bij de rol van sommige wetenschappelijke verenigingen: zij achten het beschermen van specialisten tegen werkloosheid als hun taak en hebben om die reden in het verleden niet meegewerkt aan uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen. De Raad vindt het logisch dat de beroepsgroep de kwaliteitseisen van de opleiding bepaalt, maar er moet een grote rol blijven voor de overheid om te bepalen welke en hoeveel specialisten nodig zijn om publieke belangen te waarborgen. Daarom verdient de positie, de samenstelling en de rol van het Capaciteitsorgaan heroverweging.

Financiering heroverwegen

Het Rijk betaalt 1 miljard per jaar aan de medische vervolgopleidingen. Dat is erg veel geld, ook vergeleken met de kosten van andere vervolgopleidingen in Nederland. De RVZ beveelt aan de financiering van vervolgopleidingen te heroverwegen. De RVZ is voorstander van een tripartite verdeling van de kosten tussen instelling (en specialisten), aios en rijk. Daarbij zou de verdeling van kosten kunnen variëren naar gelang het soort specialisme en met financiële prikkels kan de overheid de instroom in de minder populaire vervolgopleidingen als ouderengeneeskunde vergroten. De Raad vindt dat de instellingen met de specialisten de productie moeten verrekenen die aios leveren.

De 1ste fixus: Loslaten over vijf jaar

Ingrijpende veranderingen onderwijs

De RVZ beseft dat het loslaten van de 1ste numerus fixus niet op zeer korte termijn mogelijk is, daarvoor zijn er teveel praktische bezwaren. Het spreekt voor zich dat universiteiten een overgangperiode van bijvoorbeeld vijf jaar moet worden gegund om uitbreiding te realiseren. Bovendien gaat de RVZ er vanuit dat over vijf jaar de financiering van de studiefinanciering ingrijpend zal veranderen en dat er sprake zal zijn van gedifferentieerde collegegelden. De RVZ gaat uit van het perspectief dat studenten meer zullen lenen en betalen naar rato van de opleidingskosten en zullen terugbetalen naar rato van hun inkomen.

Loslaten numerus fixus, maar verantwoordelijkheid overheid blijft via bekostiging

Onder loslaten van de numerus fixus verstaat de RVZ dat de universiteiten en de overheid niet op voorhand de instroom beperken door daarover afspraken te maken. De aantallen op te leiden studenten worden niet nationaal vastgesteld, maar de overheid bepaalt wel het aantal bekostigde opleidingsplaatsen. Daardoor blijft de overheid verantwoordelijk voor het aanbod van voldoende artsen op de arbeidsmarkt en universiteiten krijgen de mogelijkheid om daarnaast aanvullend studenten op te leiden. Die mogelijkheid is er nu alleen voor studenten uit het buitenland.

Niet loten, wel selecteren

Loslaten impliceert het afschaffen van het nationale lotingsysteem, maar sluit vormen van selectie niet uit. De RVZ beveelt een systeem van honderd procent decentrale selectie aan, met eigen door de afzonderlijke universiteit op te stellen selectiecriteria. De RVZ beveelt de overheid aan de daarvoor noodzakelijke wetswijziging in de WHW zo spoedig mogelijk voor te bereiden.

Nu starten met een goede voorbereiding

De komende vijf jaar zullen de universiteiten zich goed moeten voorbereiden op het loslaten van de 1ste numerus fixus. De universiteiten

moeten zich meer profileren en onderling concurreren en zij moeten selectiecriteria opstellen voor de toelating van studenten. Een andere organisatie van het onderwijs is nodig om de capaciteit te verruimen, net als een optimalisatie van de BAMA-structuur.

Nu al verruimen, 1e stap op weg naar loslaten

Uitbreiding van de instroom van 2850 naar 3100, zoals onlangs geadviseerd door het capaciteitsorgaan, beschouwt de RVZ als een 1e stap op weg naar verdere liberalisering.

Tot slot

Al jaren en jaren wordt er gediscussieerd over de numerus fixus. De meningen blijven verdeeld, vooral omdat de materie zo complex en ondoorzichtig is. Kosten, kwaliteit, capaciteit: al die zaken zijn niet helder en nog heel veel moet nader onderzocht worden, maar ondertussen kunnen de aanbevelingen van de RVZ wel alvast worden uitgevoerd, zeker in de volgorde die de Raad voorstelt. Dat is het aardige ervan.

1. Loslaten of vasthouden?

1.1 Aanleiding voor het advies

De Tweede Kamer dringt aan op adviesaanvraag

In een algemeen overleg op 4 februari 2009 dringt de Tweede Kamer (TK) er bij de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) om advies te vragen over de numerus fixus die geldt voor de opleiding geneeskunde. Op de agenda van het overleg tussen de TK en bewindslieden van VWS staan die dag de problemen voor de gezondheidszorg op de arbeidsmarkt.

Meerdere partijen in Tweede Kamer zijn voor opheffen numerus fixus

De gedachtewisseling tussen bewindslieden en TK over de problemen op de arbeidsmarkt gaan, meer nog dan over medisch specialisten, vooral over het dreigend tekort aan verpleegkundig, verzorgend en sociaalagogisch personeel. Maar de kamer debatteert ook over de tekorten bij (sommige) medische specialismen. Ook om vrije prijsvorming en concurrentie tussen artsen mogelijk te maken, moeten er meer medisch specialisten komen. Meerdere partijen dringen daarom al langer aan op het opheffen van de numerus fixus (TK 29 282, nr. 81).

De minister geeft gehoor aan de wens van de kamer en heeft mede namens zijn ambtgenoot van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (OCW) op 19 maart een adviesaanvraag naar de RVZ gestuurd (bijlage 1).

1.2 De motieven voor een fixus

De numerus fixus heeft een lange geschiedenis met wisselende motieven

De numerus fixus kent een lange geschiedenis. En in de tijd gezien wisselen de motieven. In de jaren zeventig van de vorige eeuw zijn universiteiten beducht voor een grote toeloop. Een te grote toename van de instroom in de opleiding geneeskunde zou een bedreiging zijn voor de kwaliteit van de opleiding.

Soms gaat het over de relatie tussen aantallen en de arbeidsmarkt

Pas in de jaren tachtig gaat het in discussies, zoals in de in 1982 ingestelde Adviescommissie Behoeftebepaling Artsen (ABA), om het afstemmen van de opleidingscapaciteit op de behoefte aan artsen. Een en ander leidt tot het vaststellen van de instroom op 1.485 studenten per jaar (door de minister van OCW op basis van de toen van kracht zijnde Machtingwet). In de jaren negentig dienen zich tekorten aan, onder meer bij huisartsen. De toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid adviseert om de instroomcapaciteit te verhogen: van 1.485 in 1993 tot 1.815 in 1995. Daarbij wordt opgemerkt dat uit onderzoek blijkt dat het ramen van de noodzakelijke hoeveelheid artsen gepaard gaat met grote onzekerheden.

.... soms over toetredingsbelemmeringen

In 2001 wordt een MDW rapport gepubliceerd door de ministers van VWS en OCW waarin wordt gepleit voor het wegnemen van de toetredingsbelemmeringen voor de medische beroepen. De commissie Marktprikkels Medische Opleidingen (commissie Linschoten) adviseert naar aanleiding daarvan in zijn rapport uit 2002 de instroom te verhogen naar 2.800 in 2003. Toetredingsbelemmeringen dienen wel een publiek belang, zo wordt door de commissie opgemerkt. Daarom is een betrokkenheid van de overheid op het gebied van de capaciteit wel nodig.

.... soms over het verspillen van overheidsgeld

In 2002 worden argumenten genoemd die ook in de huidige discussie over de numerus fixus een rol spelen: het opleiden van artsen die werkloos worden is verspilling van overheidsgeld, er moeten voldoende gekwalificeerde opleiders zijn om de kwaliteit van de opleiding te kunnen garanderen en als er veel artsen komen, leidt dat tot een teveel aan medische handelingen die niet altijd het belang van de patiënt dienen.

... en recent over lagere salarissen voor medisch specialisten

Anno 2009 wordt de roep om het afschaffen van de numerus fixus ingegeven door deels andere motieven. Zo is een centrale vraag in de adviesaanvraag of met het verruimen dan wel loslaten van de numerus fixus de doelen van lagere salarissen voor medisch specialisten, lagere zorgkosten en een meer gelijk speelveld tussen medici, management, verzekeraars en patiënten worden bereikt.

1.3 Instroom in de initiële opleiding geneeskunde

Universiteiten bepalen het aantal toe te laten studenten

Als er te weinig plaatsen zijn om alle studenten die zich aanmelden in te schrijven voor een bepaalde opleiding, wordt door de universiteiten een opleidingsfixus ingesteld (art. 753 WHW). Indirect bepaalt de minister van OCW de aantallen studenten voor de initiële opleiding geneeskunde in Nederland door de bekostiging. Het aantal bekostigde opleidingsplaatsen baseert de minister op de ramingen van het Capaciteitsorgaan (zie verder achtergrondstudie over het medisch opleidingscontinuüm). Het staat universiteiten vrij om daarnaast studenten toe te laten, ook uit andere landen. Op dit moment is van dat laatste sprake: een beperkt aantal studenten uit Saoedi-Arabië betaalt zelf de opleiding. De instroom in de initiële opleiding ligt dicht aan tegen het aantal dat door de minister bekostigd wordt. Maar het aantal studenten dat geneeskunde wil studeren ligt veel hoger.

1.4 Beleidsvragen

Veel aandachtspunten voor het advies

De centrale vraag die in dit advies beantwoord moet worden is of de numerus fixus moet worden verruimd dan wel afgeschaft. Aan de Raad wordt gevraagd daarbij aan een zevental punten expliciet aandacht te geven: salarissen van medisch specialisten, creëren van gelijk speelveld, de

uitvoerbaarheid en bekostiging van de initiële opleiding geneeskunde, de uitvoerbaarheid en bekostiging van vervolgoopleidingen, uitvoering (incl. taakherschikking), aanbodgeïnduceerde vraag en toename van de vraag.

Vier beleidsvragen

De Raad heeft de in de adviesaanvraag genoemde onderwerpen geoperationaliseerd in 4 te beantwoorden beleidsvragen.

1. Moet de numerus fixus worden verruimd dan wel worden losgelaten?
2. Wat is het te verwachten effect van het verruimen dan wel loslaten van de numerus fixus op : het aanbod van medisch specialisten, de kwaliteit van zorg, de zorgkosten, de totstandkoming van een gelijk speelveld (level playing field), taakherschikking en de kwaliteit en kosten van de opleiding(en)?
3. Hoe moet je de effecten wegen?
4. Hoe moet de overheid een eventuele verruiming realiseren?

1.5 Functie in het beleidsproces

Testen van veronderstellingen

Een belangrijke functie van het advies is het blootleggen en testen van veronderstellingen. Een van de veronderstellingen is bijvoorbeeld dat een stijging van het aantal artsen zal resulteren in lagere zorgkosten door lagere salarissen.

Inzicht in mechanismen die rol spelen in opleiding van student tot medisch specialist

Een andere belangrijke functie van het advies is het verschaffen van inzicht in de mechanismen die werken in de opleiding(en) tot medisch specialist. Meer studenten in de initiële opleiding geneeskunde leidt niet automatisch tot meer medisch specialisten. Dat hangt af van het (beperkt) aantal opleidingsplaatsen voor de medische vervolgoopleidingen. Zowel de minister van VWS als partijen in de gezondheidszorg spelen daarbij een rol.

Tot slot spreekt het advies zich uit over het instrument numerus fixus en de mogelijkheid voor de overheid dit instrument te beïnvloeden / te gebruiken.

1.6 Begrippen

Een drievoudige fixus. De 1e bij de instroom in de studie, de 2e bij de vervolgoopleidingen en de 3e op de arbeidsmarkt

Numerus fixus kan worden omschreven als een vastgesteld maximaal aantal studenten dat toegelaten wordt tot een studie. In dit advies spreekt de RVZ van een numerus fixus als er sprake is van instroombeperkingen / er meer gegadigden zijn dan (opleidings)plaatsen. Dat is een wat bredere definitie dan gebruikelijk. Het gaat in dit advies over de zogenoemde drievoudige fixus. Er zijn beperkingen van de instroom voor zowel de initiële geneeskundeopleiding (1e fixus) als voor de medische vervolgoopleidingen (2e fixus). Ook de instroom op de arbeidsmarkt kent beperkingen (3e fixus). Naast numerus fixus worden termen gebruikt als opleidingsfixus, instellingsfixus en arbeidsmarktfixus. Ze worden toegelicht in bijlage 3.

Basisartsen en
profielartsen

Waar de RVZ in dit advies spreekt over basisartsen worden artsen bedoeld zonder verdere opleiding. Onder profielartsen verstaat de Raad in dit advies artsen die een aanvullende opleiding hebben gevolgd, maar geen medisch specialist zijn. Voorbeelden zijn de seh-arts, fertiliteitsartsen en de arts verslavingszorg.

Specialist. Ook de
huisarts is specialist

Van medisch specialisten spreekt de RVZ in dit advies als het gaat om de in het kader van de Wet BIG erkende medisch specialismen. Dus in dit advies is ook de huisarts een medisch specialist, net als de specialist ouderengeneeskunde en de sociaal geneeskundige. Hier en daar wordt de term klinisch specialist gebruikt. Dan gaat het om specialisten die in de ziekenhuizen werkzaam zijn.

1.7 Feiten en cijfers

Initiële opleiding

Aantal nieuwe aanmeldingen geneeskunde opleiding

Mythische getallen over
aanmeldingen

Over het aantal studenten dat geneeskunde wil studeren, doen veel mythische aantallen de ronde. Zo wordt verondersteld dat in het geval er geen numerus fixus zou zijn, het aantal aanmeldingen tweeënhalve keer zoveel zou zijn als het aantal opleidingsplaatsen. Het klopt inderdaad dat er in het jaar 2009/2010 bijna 8000 aanmeldingen waren voor de 2850 vastgestelde opleidingsplaatsen, maar daarbij is geen rekening gehouden met de 1600 aanmeldingen die ongeldig bleken te zijn en met het feit dat van de geldige aanmeldingen er ruim 1500 herloters zijn. Het aantal nieuwe aanmeldingen is in 2009/2010 ruim 4800, en ligt dus aanmerkelijk lager dan 8000. Bovendien besluit 48% van het aantal personen dat uitgeloot wordt niet door te loten tot het bittere einde.

Tabel 1. Aantal nieuwe aanmeldingen geneeskunde opleiding

	2007/2008	2008/2009	2009/2010
Geldige aanmeldingen	5801	6002	6363
Herloters	1450	1443	1540
Nieuwe aanmeldingen	4351	4559	4823

Bron: IB-groep en bewerking SEO

Algemene gegevens over opleiding	
Opleidingsplaatsen	2850
Studentafhankelijke rijksbijdrage voor een succesvol afgelegde zesjarige geneeskundeopleiding (2009)	€ 63.830
Studentafhankelijke rijksbijdrage voor een succesvol afgelegde vijfjarige beta-opleiding (2009)	€ 39.969
Kostprijs geneeskunde studie marginaal (2009)	€ 123.000
Kostprijs geneeskunde studie integraal (2009)	€ 167.000
Kostprijs betastudie integraal (2009)	€ 56.000
Uitval tijdens de opleiding geneeskunde	20%

* Zie voor de verschillende getallen, bedragen en berekeningen de achtergrondstudies van Duchateau (over het medisch opleidingscontinuüm) en Houkes (over de kosten van het loslaten van de numerus fixus)

Overheid subsidieert jaarlijks 2000 vervolgopleidingsplaatsen

Vervolgopleidingen

Op dit moment subsidieert het Rijk jaarlijks ongeveer 2000 vervolgopleidingsplaatsen (Duchateau, 2009). De verdeling van de instroom in de verschillende vervolgopleidingen staat weergegeven in onderstaande tabel.

Tabel 2: aantallen beschikbare plaatsen voor vervolgopleidingen

Richting	Aantal
Klinisch specialist	1.122
Huisarts	614
Sociaal geneeskundige	50
Ouderengeneeskunde	112
Arts Verstandelijk Gehandicapten	20
Kaakchirurgie	13
Intensivist	40
SEH-arts	43-59
Totaal	2014 - 2030

bron: Duchateau, 2009

Bij tabel 2 passen enkele opmerkingen. Het totaal aantal beschikbare plaatsen zou in deze context eigenlijk met 40 moeten worden verlaagd omdat instroom in de opleiding tot intensivist niet openstaat voor basisartsen, hiervoor moet eerst een opleiding tot specialist zijn afgerond. De opleiding tot SEH-arts is geen medisch specialisme, maar een door het Centraal College Medisch Specialismen erkende profielopleiding. Daar staat tegenover dat niet wordt geraamd voor andere al dan niet erkende profiel- of vervolgopleidingen zoals bijvoorbeeld de arts verslavingszorg. Voor de 112 beschikbare plaatsen ouderengeneeskunde in 2009 zijn 85 gegadigden.

Algemene gegevens over vervolgopleidingen	
Opleidingsplaatsen	Ongeveer 2000 per jaar
Kostprijs opleiding	Niet bekend
Subsidie Rijk per opleidingsplaats	€ 40.000 – 145.000*, afhankelijk van het specialisme
Uitval tijdens de opleiding	10 %
Totaal aantal basisartsen met een wens tot een opleiding)'pool' vanuit vorige jaren'	3.300

* Zie voor de verschillende getallen, bedragen en berekeningen de achtergrondstudies van Duchateau, 2009 en Houkes, 2009

1.8 Werkwijze en leeswijzer

Werkwijze

Hoorzitting
belanghebbenden

De Raad is de voorbereiding van het advies gestart met het uitnodigen van belanghebbenden om hun zienswijze kenbaar te maken op de in de adviesaanvraag geschetste materie. Zij zijn daarnaast in de gelegenheid gesteld die zienswijze mondeling toe te lichten. De ontvangen reacties en het verslag van de op 10 juni 2009 gehouden hoorzitting zijn te vinden op de website van de RVZ.

Klankbordgroep

Verder heeft een klankbordgroep de Raad bijgestaan bij de voorbereiding van het advies (zie voor de samenstelling bijlage 2). Die klankbordgroep is 4 x bijeen geweest.

Rondetafelgesprek
studenten

Op 6 november heeft de Raad een rondetafelgesprek gevoerd met studenten geneeskunde. Hoe zij denken over het al dan niet afschaffen van de numerus fixus is te lezen in het verslag van die bijeenkomst op de website van de RVZ.

Samenwerking
onderwijsraad

De samenwerking met de Onderwijsraad heeft vorm gekregen in bilateraal overleg met het door de Onderwijsraad aangewezen kringlid prof. dr J.A. Bruijn. Kringleden zijn buitenleden die door de Onderwijsraad gemiddeld eenmaal per jaar bij een adviesproject worden betrokken. Hij heeft ook commentaar geleverd op een conceptversie van het advies. Dat commentaar is door de RVZ in zijn beraadslagingen over het conceptadvies betrokken. Verder zijn bilaterale gesprekken gevoerd. En een uitgebreidere toelichting op de voorbereiding van het advies is te vinden in bijlage 2.

Leeswijzer

In dit hoofdstuk is onder meer ingegaan op de motieven voor een numerus fixus. Die blijken in de tijd te wisselen. Verder is een aantal feiten en cijfers gepresenteerd. Over de vraag welke ontwikkelingen in de toekomst van invloed zijn op de noodzaak van meer of minder artsen – en een numerus fixus al dan niet moet worden gehandhaafd - gaat hoofdstuk 2. In de adviesaanvraag wordt gevraagd naar de effecten van het verruimen of loslaten van de numerus fixus. Die worden beschreven in bijlage 4 en de resultaten daarvan samengevat in hoofdstuk 3. In hoofdstuk 4 presenteert de RVZ zijn visie op de toekomst van de numerus fixus. De aanbevelingen staan in hoofdstuk 5.

2 Toekomstige ontwikkelingen

Perspectief van toekomstige ontwikkelingen ...

De RVZ wil het advies over de numerus fixus plaatsen in het perspectief van toekomstige ontwikkelingen. Hij schets de ontwikkelingen langs drie lijnen: ontwikkelingen in de zorg, ontwikkelingen op de arbeidsmarkt en ontwikkelingen in het onderwijs. Om die toekomstige ontwikkelingen te schetsen zijn veel invalshoeken denkbaar, maar in dit advies over de numerus fixus gaat het vooral om die ontwikkelingen die te maken hebben met de vraag of daardoor meer of minder artsen en medisch specialisten nodig zijn.

... gebaseerd op verschillende bronnen

De schets van ontwikkelingen is mede ontleend aan hetgeen belanghebbenden uit de zorgsector in het rondetafelgesprek over de numerus fixus daarover op 10 juni jl naar voren hebben gebracht, aan opmerkingen en suggesties uit de klankbordgroep numerus fixus, de bijeenkomst met studenten geneeskunde op 6 november, aan twaalf interviews met professionals uit de praktijk (zie de brochure 'Numerus fixus geneeskunde. Twaalf mensen, twaalf meningen' op www.rvz.nl), aan gesprekken met geconsulteerden en aan een notitie ter voorbereiding op een door de RVZ nog op te stellen advies over nieuwe ordeningen in de zorg.

2.1 Ontwikkelingen in de zorg

Maatschappelijke ontwikkelingen in de omgeving van de zorg

Veranderingen in de omgeving van de zorg

Maatschappelijke ontwikkelingen hebben invloed op de rollen van de actoren in de zorg en daarmee op de zorg zelf. Een belangrijke katalysator van deze ontwikkelingen is het internet. In het afgelopen decennium heeft het internet de kenniskloof tussen professional en patiënt verkleind. De patiënt heeft toegang gekregen tot grote hoeveelheden informatie over gezondheid en zorg. Het effect hiervan is dat patiënten zijn gaan zoeken naar informatie wanneer zij een gezondheidsprobleem hebben.

Internet

Het internet maakt het ook mogelijk dat patiënten onderling kennis en ervaring uitwisselen, het zogenoemde lotgenoten-contact. Door het beschikbaar komen van een groot scala aan internettools, zoals blogs, wiki's, podcasts en sociale netwerken als Hyves en Facebook, kan nu ieder individu met toegang tot internet informatie toevoegen en kan hij zijn eigen online gemeenschap(pen) in het leven roepen. Sprak men vroeger over 'twee weten meer dan één', nu is het 'veel weten meer dan één' ofwel de 'wijsheid van de massa' voegt meerwaarde toe.

Gebruikerswaardering in opkomst in de zorg

Wat in andere sectoren inmiddels bijna gemeengoed is, zoals gebruikerswaarderingen van koelkasten, camera's, e.d. en van hotels en hun dienstverlening, doet ook in de zorg zijn intrede. Terwijl in de Verenigde Staten al meer dan 40 websites informatie geven over de 'kwaliteit' van artsen, zijn nu ook in Nederland de eerste 'ratingsites' operationeel.

Meer internettools voor professionals	Ook een aantal professionals gebruikt inmiddels internettools om hun patiënten informatie, waaronder hun dossier, en advies te geven, om hun patiënten onderling met elkaar te laten communiceren en zo kennis en ervaringen te laten uitwisselen, en om patiënten hulpmiddelen te bieden om zelf hun aandoening te managen.
Anders gekwalificeerde professionals	Naar verwachting zal mede hierdoor een deel van de zorg voor een aantal chronische aandoeningen die nu door medisch specialisten wordt verleend op termijn door anders gekwalificeerde professionals (taakverschuiving) of door patiënten zelf worden overgenomen, daarbij op afstand ondersteund door medische professionals en lotgenoten. In de komende adviezen over health 2.0 en arbeidsbesparende technologieën zal verder op deze ontwikkelingen worden ingegaan.
Zorgvraag verandert en neemt toe	<p><i>Veranderingen in de zorgvraag</i></p> <p>De zorgvraag zal veranderen en toenemen, alleen al door de demografie. De komende tien jaar neemt het aantal 65+ers in Nederland toe met 50%. Van de totale bevolking is in 2020 20-25% 65 jaar of ouder. Verder neemt het aantal mensen met een chronische ziekte de komende jaren ook toe. De chroniciteit wordt gekenmerkt door multimorbiditeit, door gedragsgerelateerdheid en resulterend in beperkingen. Ziekten als diabetes en COPD, ziekten van het bewegingsapparaat en psychische stoornissen leiden tot beperkingen die het leven van de patiënt sterk beïnvloeden. Zorgvragen van verschillende groepen burgers zullen van elkaar verschillen, net als hun vaardigheden om daarmee te leven en om te gaan.</p>
Behoeft aan anders opgeleide artsen	Bovenstaande zal gepaard gaan met behoefte aan kort en breed opgeleide artsen en daarnaast aan langer opgeleid en smal, namelijk sub- of superspecialisten. Sommigen voorzien artsen die met name diagnostisch sterk zijn en daarnaast de korter opgeleide artsen die uitvoerend werk doen en met enige regelmaat wisselen van werkomgeving en/of taken.
Onderscheid eerste en tweede lijn vervaagt	<p><i>Veranderingen in de organisatie van de zorg</i></p> <p>Het onderscheid tussen de eerste lijn met tot nu toe hoofdzakelijk generalistische kennis en zorg, en de tweede lijn met hoofdzakelijk specialistische kennis en zorg zal vager worden. Specialistische kennis komt veel meer in de eerste lijn. Via de patiënt die daarom vraagt, via telezorg en via medisch specialisten die in de eerste lijn samenwerken met huisartsen en artsen ouderengeneeskunde, en door de specialisten die er ook zelf hun diensten aanbieden.</p>
Werkende patiënt heeft andere wensen	De (werkende) patiënt zal in toenemende mate ook vragen om avondsprekuren en zal graag mogelijkheden zien om in de avond en/of het weekend behandelingen te kunnen ondergaan. In ziekenhuizen zal dat vragen om verlenging van de bedrijfstijd (die overigens ook nodig zal zijn om de kapitaalslasten binnen de perken te houden).

Concentratie van ziekenhuiszorg

Vanwege stijgende kosten en uit kwaliteitsoverwegingen zal een concentratie optreden naar een beperkt aantal ziekenhuizen die 24 uur per dag een breed spectrum aan zorg bieden. Concentratie is overigens een ontwikkeling die nu al gaande is. Zo is de specialistische zorg voor kinderen in sommige regio's al geconcentreerd uit kwaliteitsoverwegingen. Ook door de beroepsgroep gestelde eisen aan kwaliteit zorgt voor concentratie, bijvoorbeeld omdat een minimaal aantal operaties nodig is om voldoende vaardig te zijn. Daarnaast is er een aantal kleinere ziekenhuizen die alleen overdag zorg leveren voor een specifiek aantal minder complexe aandoeningen.

Functies van ziekenhuizen gaan variëren

Tegelijkertijd laat de snelle opkomst van privé-klinieken in de afgelopen jaren zien dat ook specialisatie toekomst heeft. En mensen zijn bereid verder te reizen voor gespecialiseerde zorg. Als voorbeeld wordt hierbij wel naar ooglaserklinieken gewezen. Het is een functie die vroeger vervuld werd door de afdeling oogheelkunde van een traditioneel ziekenhuis. In een zoektocht naar kwalitatief betere behandelingen kijken patiënten, zorgpersoneel en zorgondernemingen verder dan het ziekenhuis om de hoek en bovendien ook steeds vaker over de grens. Maar specialisatie heeft ook weer zijn grenzen en wordt beïnvloed door technische mogelijkheden.

2.2 Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt

Arbeidsmarktperspectieven

Arbeidsmarktperspectieven van afgestudeerden

De economische crisis heeft gevolgen voor arbeidsmarktperspectieven van afgestudeerden. De komende jaren zal de werkgelegenheid in vrijwel alle sectoren afnemen. De werkgelegenheidsprognoses tot 2014 zijn met meer onzekerheid dan anders omgeven omdat onzeker is hoe het economisch herstel na 2010 zal verlopen. De verwachting is dat de werkgelegenheid in 2013 nog niet hersteld zal zijn van de economische crisis. Wel pakt de crisis anders uit voor de verschillende opleidingsniveaus.

Groei van vraag naar personeel in de zorg stijgt: jaarlijks 1,9%

De vooruitzichten zijn het best voor HBO'ers, ongunstig voor ongeschoolden en minder goed voor academici. Dat laatste geldt niet voor de gezondheidszorg. Door de sterke toename van de vraag naar gezondheidszorg wordt voor de medische en paramedische beroepen een groei van jaarlijks 1,9% van de vraag naar personeel verwacht. Ook de werkgelegenheid in de verzorgende beroepen met veel lager opgeleiden stijgt.

Middellange termijn: schaarste

Op de middellange termijn wordt weer schaarste verwacht. Dat komt omdat de vervangingsvraag groter is dan de instroom op de arbeidsmarkt. Hoewel in het algemeen de knelpunten tot 2014 voor werkgevers afnemen, worden die juist groter voor de sector zorg en welzijn door de toename van werkgelegenheid (en het grote verloop aan de onderkant van de arbeidsmarkt, ROA, 2009).

Aantal vrouwen neemt toe binnen medische beroepsgroep	<p><i>Feminisering van de medische beroepsgroep</i></p> <p>Een belangrijke verandering in de medische beroepsgroep die al langere tijd gaande is, is dat het aantal vrouwen toeneemt. Van de studenten geneeskunde is de afgelopen 10 jaar meer dan 60 % vrouw, in de vervolopleidingen is dat van 41% in 1995 opgelopen tot 47% in 2000 (MSRC).</p> <p>In de beroepspraktijk zien we dat er relatief meer vrouwen in universitaire medische centra werken dan in de algemene ziekenhuizen. In de leeftijdsgroep tot en met 40 jaar lijkt de 50/50 verdeling langzamerhand te ontstaan. Vanaf 40 jaar en ouder maken vrouwen echter een steeds kleiner deel van de beroepsgroep uit. Wat functie betreft zijn vrouwen relatief ondervertegenwoordigd in de groep afdelingshoofden en hoogleraren. Zowel in algemene als in universitaire medische centra hebben vrouwen gemiddeld minder ervaring dan mannen met nevenfuncties. De verschillen tussen de ambities (overwegingen voor de toekomst) zijn veel kleiner (Kruithof, 2005).</p>
Behoefte aan regelingen rond zwangerschap	<p>In algemene ziekenhuizen blijken vrouwen vaker dan mannen te kiezen voor een dienstverband, en die trend is het sterkst aanwezig onder de jongere leeftijdsgroepen. Dat zou kunnen wijzen op een behoefte aan regelingen rondom zwangerschapsverlof en deeltijdarbeid die in de dienstverbandssituatie beter geregeld zijn dan in het vrije beroep.</p>
Meer deeltijd	<p>Werken in deeltijd zal in omvang toenemen. Dat is alleen al aannemelijk omdat de feminisering doorzet. Maar niet alleen vrouwen willen in deeltijd werken. Onderzoek van het KNMG Studentenplatform heeft uitgewezen dat maar liefst 80% van de studenten geneeskunde in deeltijd wil werken. Dit wordt aangegeven door bijna 60% van de mannen en ongeveer 90% van de vrouwen (Conemans et al, 2006).</p>
Nieuwe beroepen in opkomst zoals ...	<p><i>Nieuwe medische beroepen en taakherschikking</i></p> <p>Op veel terreinen zijn nieuwe beroepen in opkomst. Zo is in 2003 in Twente de opleiding klinisch technoloog / technische geneeskunde van start gegaan. Het is een zesjarige opleiding (bachelor en master). De studenten worden opgeleid tot een professional die oplossingen zoekt voor technologische problemen in diagnostiek en therapie. De precieze positionering van het beroep binnen de gezondheidszorg zal de praktijk moeten uitwijzen. De eerste studenten studeren in 2009 af.</p>
... klinisch technoloog en ...	<p>Hoewel primaire diagnostiek uitdrukkelijk niet tot het takenpakket van de klinisch technoloog wordt gerekend, heeft de Universiteit Twente aan de Minister van VWS het verzoek gedaan om het beroep als een artikel 3 beroep in het kader van de Wet BIG te erkennen. Ze zouden een negental voorbehouden handelingen zelfstandig moeten kunnen verrichten (Dute et al, 2009).</p>

.. klinisch
verloskundigen

Op het terrein van de verloskunde is een ontwikkeling gaande die leidt tot een grotere inzet van klinisch verloskundigen. Het zijn verloskundigen die zich niet alleen met begeleiding van in beginsel gezonde zwangeren bezig houden, maar in toenemende mate in de kliniek werken. Ze krijgen dan te maken met zwangeren met pathologie dan wel een verhoogd risico. In discussie is nog hoe de beroepsbeoefenaren moeten worden gepositioneerd. Denkbaar is dat het een specialisme wordt in vervolg op de opleiding tot verloskundige.

Bij taakherschikking springen de verpleegkundig specialist (voorheen nurse practitioner NP) en de physician assistent (PA) het meest in het oog. Het zijn de meest genoemde beroepen om taken van artsen en medisch specialisten over te nemen. Toch is het aantal nog beperkt. In ieder geval beduidend minder dan de 5000 die toenmalige staatssecretaris Ross in gedachten had bij het in ontvangst nemen van het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg.

Physician assistent

Wat de PA's betreft, met de start van 119 nieuwe PA's in opleiding in september 2009 is het aantal in Nederland werkzame PA's (PA's & PAi.o.'s) gestegen tot 480.

Verpleegkundig
specialisten

Op dit moment zijn er 825 nurse practitioners. Verdeeld over 141 ziekenhuislocaties, 52 huisartsendienstenstructuren en 324 verpleeghuizen komt het neer op 1,5 nurse practitioner per locatie. De 960 locaties voor verzorgingshuizen, de thuiszorg en de ambulancezorg zijn dan nog buiten beschouwing gelaten.

Voor verpleegkundig specialisten bij somatische aandoeningen is de toekomstige behoefte voor vier deelgebieden (preventieve zorg, acute zorg, intensieve zorg en chronische zorg) geraamd op 3.500 tot 5.600. Als wordt uitgegaan van het huidige aantal van 825 duurt het bij een instroom in de opleiding van 300 per jaar, 14 tot 21 jaar om aan de behoefte tegemoet te komen. Dan is nog geen rekening gehouden met een benadering die de patiënt als vertrekpunt kiest. In die benadering zouden alleen al in de chronische zorg 1430 tot 2220 verpleegkundig specialisten werkzaam kunnen zijn (STG, 2009).

Praktijkondersteuner
huisartsen

Op het terrein van de huisartsenzorg heeft de praktijkondersteuner huisartsen (POH) zijn intrede gedaan. De groep bestaat deels uit doktersassistenten, deels uit verpleegkundigen. Hoe dit beroep zich zal positioneren is op dit moment nog niet duidelijk. Door de huisartsenposten komt bovendien de vraag op of 'triagist' niet een nieuw beroep in de eerstelijns zou kunnen / moeten zijn. Het telefonisch beoordelen van klachten vraagt immers specifieke deskundigheid.

Taakherschikking voor
meer beroepen

Taakherschikking is niet beperkt tot verpleegkundigen of physician assistents. Ook op het gebied van de radiologie bijvoorbeeld doen zich vormen van taakherschikking voor die tot een geringere behoefte aan

radiologen kunnen leiden. Borstkanker-screening door radiodiagnostisch laboranten is een andere ontwikkeling en is onderzocht door Van den Biggelaar (Van den Biggelaar, 2009). De conclusie is dat het inzetten van laboranten in het voorselecteren van mammogrammen in de dagelijkse klinische praktijk effectief kan zijn. Daarmee worden de werklust van radiologen en de diagnostische kosten verminderd. Het ontdekken van maligniteiten wordt daarmee niet in gevaar gebracht. Om de kanker-detectie te verhogen kunnen laboranten als tweede beoordelaar worden ingezet (Van den Biggelaar, 2009).

2.3 Ontwikkelingen in het onderwijs

Medische opleiding(en)

Titel arts na inschrijving
BIG register

De huidige initiële opleiding geneeskunde bestaat uit een drie-jarige bacheloropleiding, gevolgd door een driejarige masteropleiding. Na afronding van de bachelorfase krijgt de student de titel B.Sc., na afronding van de masterfase de titel M.Sc. Na afronding van beide fasen kan de afgestudeerde zich laten inschrijven in het BIG-register waardoor de bevoegdheid ontstaat de titel arts te voeren.

Opleiding in twee fasen
in ontwikkeling

De inrichting van de opleiding in twee fasen begint geleidelijk aan vorm te krijgen. Zo kan de bachelor geneeskunde die niet als arts wil gaan werken overstappen naar andere masterprogramma's zonder dit te combineren met de geneeskunde master. Overstap van de bacheloropleiding geneeskunde aan de ene faculteit naar de masterfase aan een andere faculteit is (vooralsnog) overigens vrijwel niet mogelijk. Jaarlijks maken hooguit vijf studenten mogelijkheid van deze (formele) mogelijkheid.

Nog weinig
zij-instromers

Op dit moment maken zij-instromers 'studenten die vanuit een andere studie of die langs een andere route instromen' in de masterfase nog een kleine minderheid uit van de totale instroom in de masterfase van de opleiding geneeskunde. Verdere flexibilisering van het stelsel is aanneemelijk. In twee van de acht steden geeft een niet medische bachelor, na een pittige selectie, toegang tot een speciale master van de opleiding. Dit model komt dicht in de buurt van het Amerikaanse model, waarin een student na een vierjarige bacheloropleiding in bijvoorbeeld geneeskunde (premed), biologie of de natuurwetenschappen instroomt in een vierjarige MD opleiding. Selectie vindt hier dus aan het begin van de masterfase plaats. Voor zover niet in strijd met Europese regelgeving en zolang wordt voldaan aan de eisen van het Raamplan is een dergelijk model ook in Nederland mogelijk.

Medical schools in
Amerika interessant
voorbeeld

Een ander interessant voorbeeld uit Amerika voor de studie geneeskunde is het fenomeen van de 'medical schools'. Universiteiten hebben 'dependencies' in regio's waar veel ziekenhuizen staan. Zo is Harvard Medical School een instituut van de Harvard-universiteit en gevestigd in een regio

ten zuid-westen van het centrum van Boston waar ook een aantal bekende gespecialiseerde ziekenhuizen liggen die met Harvard Medical School geaffilieerd zijn. Het onderwijs wordt mede verzorgd door betrokkenen van de verschillende ziekenhuizen.

Ook in Nederland plannen in die richting

In Nederland kennen we de Brabant Medical School (BMS) hoewel die anders van opzet is. In de in 2009 gepresenteerde plannen wordt een Academie voor Gezondheidszorg voorgesteld, die door een intensieve samenwerking tussen de onderwijskolom in de regio en de sector Zorg en Welzijn tot stand komt. De plannen van de BMS zijn gericht op het totale opleidingsveld in de gezondheidszorg (VMBO-MBO-(post)HBO en WO) en niet alleen op de geneeskunde. Onderdeel van de plannen is de opleiding tot ziekenhuisarts, waarvoor aansluiting wordt gezocht bij een medische faculteit.

Nederlandse versie van medical school?

Ook op andere plaatsen zien we een intensieve samenwerking ontstaan tussen universiteiten en topklinische ziekenhuizen. Zo werkt het VU medisch centrum voor het masterprogramma van de opleiding intensief samen met de leerhuizen van de ziekenhuizen in Alkmaar, Haarlem en Amsterdam (in een leerhuis zijn alle taken van een ziekenhuis op het gebied van wetenschap, onderwijs en opleiden samengebracht). Daarbij worden basisartsen (na een training) als docenten ingezet. Betrokkenen zijn zeer tevreden over de algehele kwaliteitsimpuls aan de opleidingen door de samenwerking. Denkbaar is dat zo'n samenwerking de vorm kan aannemen van een Nederlandse versie van een medical school.

Veel studenten verafschuwen lotingsysteem

Het lotingsysteem

Wie de berichtgeving in de kranten volgt weet dat de loting om toegelaten te worden voor veel studenten een gruwel is (zie bijvoorbeeld onderstaand citaat en het interview met Kremer in de brochure) en door veel studenten (en hun ouders) als onrechtvaardig wordt beschouwd. Het lotingsysteem ondermijnt het principe van vrije beroepskeuze voor degenen die geneeskunde willen studeren.

Schaf de loterij voor geneeskunde af

“Hooggeachte heer Plasterk, Om meteen maar met de deur in huis te vallen: ik baal, ik baal als een stekker. Op de eerste plaats omdat het mij voor de derde keer op rij niet is gelukt ingeloot te worden voor de opleiding geneeskunde, de studie die ik al vanaf het begin van de middelbare school wil gaan volgen.

En op de tweede plaats omdat er volgens mij veel punten te verbeteren zijn op het gebied van de numerus fixus, hier betreffende de geneeskunde.

Vandaar dat ik u middels deze brief zal proberen duidelijk te maken op welke punten het volgens mij misgaat en waarom iemand zoals ik het toch echt verdient om geneeskunde te mogen studeren”.

Volkskrant, 28 juli 2009, p.9

Betere selectiemethoden in ontwikkeling

Niet alleen wordt het lotingsstelsel onrechtvaardig gevonden, het blijkt ook niet de meest aangewezen methode om te selecteren. Rotterdams onderzoek laat zien dat voor de grote groep mensen met een cijfer tussen de 5,5 en de 7 het VWO-eindexamencijfer niet voorspelt hoe de studieprestaties zijn tijdens de geneeskundeopleiding. Daarvoor zijn inmiddels betere methoden beschikbaar (Baars, 2009). Inmiddels gaan ook in Nederland stemmen op voor een selectieve toelating tot de masteropleiding in plaats van een selectie aan de poort (Bos, 2009) en voor het selecteren op karaktereigenschappen van de student die nodig zijn voor professioneel handelen als specialist (Borleffs, 2009).

Twijfel aan zinvolheid beperking herkansingen

De minister van OCW heeft in antwoord op vragen de Tweede Kamer laten weten dat het aantal studenten dat drie keer loot relatief beperkt (drie maal loten is het maximum). Hij is bereid samen met de medische faculteiten te bezien of het nog zinvol is grenzen te stellen aan het aantal herkansingen. Hij is voornemens om de mogelijkheid om decentraal te selecteren te verhogen van 50 naar 100%, onder aftrek van het aantal directe plaatsingen op basis van een gemiddeld eindexamencijfer van acht of hoger.

Discussie over profijtbeginsel

Studiefinanciering en profijtbeginsel

De (veronderstelde hoge meer)kosten van de initiële opleiding geneeskunde en het vooruitzicht van een hoog inkomen na afloop van de studie roepen steeds de vraag op of de student niet zelf meer zou moeten en kunnen bijdragen aan de kosten van de studie: toepassing van het profijtbeginsel.

In het rapport van de Commissie Uitgangspunten Nieuw Studiefinancieringsstelsel (CUNS) uit 2003 wordt uitgebreid ingegaan op bovenstaande vraag. De commissie, onder voorzitterschap van prof. Dr. W.A. Vermeend, heeft verschillende modaliteiten onderzocht en geanalyseerd. Zo is gekeken naar de voor- en nadelen van een stelsel van hoger onderwijsbelasting, de voor- en nadelen van een (sociaal) leenstelsel en studiefinancieringsstelsels in andere landen. Ook de wijze van terugbetaling van de studiefinanciering is onderwerp van onderzoek geweest.

“In Australië en Engeland is dit anders. Daar wordt een lening afgelost via de belastingen. In Australië en Engeland is de lening geïndexeerd en niet rentedragend. In Australië lossen studenten na afloop van hun studie via een bepaald percentage van het inkomen af totdat de volledige schuld is afgelost. Het terugbetaalingspercentage is afhankelijk van de hoogte van het inkomen en deze varieert van 3% tot 6%. In Engeland start het terugbetalen van de schuld pas wanneer het bruto jaarinkomen boven een bepaald drempelbedrag, circa € 13.700, uitkomt. Het terug te betalen bedrag wordt berekend als percentage van het inkomen boven de vastgestelde grens. Dit percentage bedraagt momenteel 9%. Ook Australië en Engeland hanteren een sociaal leenstelsel bij het aflossen van studieleningen (RAND Europe, 2003).”

Bron: rapport van de Commissie Uitgangspunten Nieuw Studiefinancieringsstelsel

Verschillende stelsels denkbaar

Een stelsel van hoger onderwijsbelasting acht de commissie niet uitvoerbaar. Uiteindelijk presenteert de CUNS drie typen stelsels die het verder bestuderen waard zijn: (1) leenstelsels met een inkomensafhankelijke terugbetaling (zuiver leenstelsel), (2) leenstelsels met een inkomensafhankelijke terugbetaling (sociaal leenstelsel) en (3) giftenstelsels.

RVZ ziet voordelen in sociaal leenstelsel

Het voert te ver om in het kader van een advies over de Numerus fixus - en gegeven de adviesaanvraag - een advies op te stellen over de gewenste studiefinanciering. Dat is nadrukkelijk ook niet de opdracht. Wel is de RVZ is van mening dat de voordelen die de CUNS noemt voor een (sociaal) leenstelsel gunstig zijn voor de studie geneeskunde: flexibel kunnen inspelen op ontwikkelingen (vraagsturing, internationalisering, bachelor-masterstructuur en kenniseconomie) beheersbare budgettaire kosten en het waarborgen van de toegankelijkheid.

Een beslissing over een andere wijze van studiefinanciering is bovendien nog onderwerp van kabinetsberaad. Volgens het ministerie van OCW zal het stelsel van financiering zeker ook aan de orde komen in de heroverwegingsgroep die het beleidsterrein van onderwijs onder de loep neemt in verband met de bezuinigingen van 20% als gevolg van de financiële crisis. In dat kader zullen zeker ook de bredere toepassing van het profijtbeingsel, het al dan niet afschaffen van de basisbeurs en gedifferentieerde collegeleden aan de orde komen.

Binnenkort rapport over lessen voor Nederland

De toekomst van het hoger-onderwijsstelsel

De Commissie toekomstbestendig hoger-onderwijsstelsel, onder leiding van voorzitter Cees Veerman, onderzoekt op dit moment hoe het Nederlands onderwijsstelsel voor de langere termijn moet worden ingericht. De Commissie is gevraagd daartoe het huidige Nederlands stelsel te vergelijken met toonaangevende hoger-onderwijsstelsels elders in de wereld. Het Nederlandse stelsel, en de flexibiliteit en differentiatie van leerwegen die daarbinnen worden gerealiseerd worden gezien in het licht van nationale en internationale ontwikkelingen. Het gaat daarbij om de verwachte toename van het aantal studenten, de groeiende diversiteit van de studentenpopulatie en de internationale herkenbaarheid van het stelsel. Welke lessen kan Nederland trekken uit het buitenland? De commissie zal in 2010 zijn rapport presenteren.

2.4 Conclusie

Wat zeggen bovenstaande ontwikkelingen over het al dan niet verruimen / afschaffen van de numerus fixus?

Zorgvraag zal blijven toenemen

Een eerste conclusie die we in ieder geval kunnen trekken is dat de zorgvraag zal (blijven) toenemen. Maar of die toenemende vraag beantwoord moet worden met meer artsen en medisch specialisten is niet zonder meer

duidelijk. De geschetste ontwikkelingen maken wél duidelijk dat meer vraag zal ontstaan naar differentiatie in de medische beroepskolom. Een en ander zou kunnen leiden tot de noodzaak van meer artsen met een bepaald 'profiel' (seh-arts, ziekenhuisarts, arts verstandelijk gehandicapten, fertiliteitsartsen).

Arbeidsmarktperspectieven in de zorg gunstig

Een tweede conclusie is dat de arbeidsmarktperspectieven voor afgestudeerden in de zorgsector gunstiger zijn dan in andere sectoren.

Onderwijsontwikkelingen van invloed op numerus fixus

Een derde conclusie is dat meer algemene ontwikkelingen in het onderwijs (bv. de wijziging van de studiefinanciering) eveneens van invloed zullen zijn op de geneeskundeopleiding en de numerus fixus.

In het volgende hoofdstuk gaat de RVZ in op de vraag wat er gaat gebeuren als de numerus fixus wordt verruimd dan wel losgelaten. Daarbij gaat hij expliciet in op de effecten op de onderwerpen zoals die in de adviesaanvraag worden genoemd.

3 Effecten van verruimen dan wel af schaffen van de drievoudige fixus

Wat zijn de effecten van het verruimen dan wel loslaten van de numerus fixus

De minister vraagt wat de effecten zijn van het verruimen dan wel loslaten van de numerus fixus voor geneeskunde. Maar er zijn nog twee belemmeringen om medisch specialist te worden: de toegang tot de vervolgopleiding (de '2de fixus') en de toegang tot de arbeidsmarkt (de '3de fixus'). Daarom vertaalt de RVZ de vraag van de minister naar: wat zijn de effecten als er meer studenten worden toegelaten tot de (vervolg)opleiding geneeskunde én er geen belemmering zou zijn bij de toetreding tot de arbeidsmarkt? Zijn de problemen in de zorg die in de adviesaanvraag worden genoemd dan opgelost, of is het verruimen dan wel afschaffen van de drievoudige numerus fixus geen panacee?

Onderbouwing in bijlage 4 en achtergrondstudies

In dit hoofdstuk gaat de RVZ eerst in op de te verwachten effecten van het verruimen dan wel afschaffen van de drievoudige numerus fixus op de onderwerpen waarvoor de advies-aanvraag aandacht vraagt: het aanbod van medisch specialisten, de kwaliteit van zorg, de zorgkosten (inclusief de invloed op de salarissen van medisch specialisten), op de totstandkoming van een gelijk speelveld, taakherschikking en de kwaliteit en kosten van de initiële opleiding en de vervolgopleidingen. De onderbouwing voor de beschreven effecten is te vinden in de bundel met achtergrondstudies en in bijlage 4 waarin de bevindingen uit de achtergrondstudies zijn samengevat.

3.1 Uiteenlopende effecten

Alleen opheffen 1e fixus leidt niet tot meer specialisten

Effect op het aanbod van medisch specialisten

Als alleen de 1e numerus fixus wordt verruimd of opgeheven heeft dit geen effect op het aantal werkzame medisch specialisten. Dit komt omdat er nog twee barrières zijn die de doorstroom van het aantal potentiële studenten geneeskunde tot gevestigd specialist belemmeren.

Ingewikkeld bouwwerk over beslissingen vervolgopleidingen

In de loop der jaren is een ingewikkeld bouwwerk ontstaan van instanties en van beslissers die de instroom in een vervolgopleiding bepalen (zie voor een beschrijving de achtergrondstudie van Duchateau over het medisch opleidingscontinuüm). Ook als de minister van VWS meer opleidingsplaatsen zou willen subsidiëren is het resultaat niet zonder meer 'meer specialisten'.

Zelfstandige vestiging niet eenvoudig

De meeste specialisten verwerven na afronding van hun vervolgopleiding een plaats binnen een medisch specialistische maatschap in een algemeen ziekenhuis. Hoewel het in een aantal opzichten eenvoudiger is geworden om als zelfstandig gevestigde toe te treden tot de markt, is toetreding nog steeds niet eenvoudig zonder de steun van de reeds gevestigde specialisten

en huisartsen in de betreffende regio. Zelfstandig vestigen buiten de reeds gevestigde specialisten om leidt tot veel weerstand. In de huidige situatie beslist in de eerste plaats de maatschap over het wel of niet uitbreiden met een nieuwe collega. De invloed van de Raad van Bestuur op mogelijke uitbreiding lijkt momenteel in de praktijk niet groot.

Alleen als die twee barrières ook (deels) worden geslecht, zal het aantal specialisten stijgen bij het verruimen of afschaffen van de 1e numerus fixus.

Effect op de kwaliteit van zorg

Meer artsen, betere kwaliteit van zorg?

Welke invloed heeft het verruimen of loslaten van de drievoudige numerus fixus op de kwaliteit van zorg? Zal een groter aanbod van medisch specialisten zorgen voor een betere kwaliteit van zorg? Wat effecten op de kwaliteit betreft, maakt de RVZ een onderscheid in effecten op de toegankelijkheid, de klantvriendelijkheid, te behalen gezondheidswinst en aanbod-geïnduceerde vraag.

Geen eenduidige conclusie

Er is geen eenduidige conclusie mogelijk over dit effect omdat dat mede afhangt van het niveau waarop kwaliteit wordt gemeten. Zo is aannemelijk dat een groter aanbod van artsen en medisch specialisten leidt tot een 'betere' dienstverlening en tot grotere klantvriendelijkheid. Maar op populatieniveau is gezondheidswinst niet zonder meer toe te schrijven aan meer artsen. Wel is het duidelijk dat als er meer artsen komen, er ook meer zorg geleverd zal worden.

Regelmatig geluiden over tekorten aan specialisten

In Nederland zijn regelmatig geluiden te horen over een tekort aan medisch specialisten. Zo trekken anesthesisten en plastisch chirurgen aan de bel (Medisch Contact 07-10-2009 en Volkskrant 02-10-2009). Verder wordt op dit moment een tekort gesignaleerd aan artsen voor de verstandelijk gehandicapten. Vanuit een kwaliteitsperspectief acht de RVZ dat zorgwekkend. Een vergelijkbaar probleem doet zich voor in de verpleeghuissector. Het blijkt niet eenvoudig voldoende artsen te interesseren voor een opleiding tot specialist ouderengeneeskunde (vroeger verpleeghuisarts). De medische zorg voor kwetsbare mensen komt daardoor onder druk te staan. Het is aannemelijk dat sectoren die nu kampen met tekorten bij een groter aanbod aan medisch specialisten beter 'bediend' kunnen worden, en dat daardoor de kwaliteit van zorg in die sectoren zal toenemen.

Effect op de zorgkosten

Zorgkosten bestaan uit volume maal prijs

(Zorg)kosten bestaan uit volume maal prijs. Een stijging van het aantal medisch specialisten zal onder de huidige condities waarschijnlijk niet snel leiden tot een lagere honorering en wel tot meer zorgvolume.

Meer artsen betekent meer volume

Uit een overvloed van onderzoek blijkt dat mensen meer zorg gebruiken als er meer artsen beschikbaar zijn. Het blijkt ook uit de Nederlandse empirie. Dit betekent dat een toename van medisch specialisten zal leiden tot meer volume en dus tot meer zorgkosten.

Prijs omlaag
door verlagen
maximumtarieven en
normtijden in DBC's

Het is namelijk niet waarschijnlijk dat een verruiming van de drievoudige numerus fixus op dit moment direct zal leiden tot een forse daling van de honoraria van medisch specialisten. Daarvoor zijn drie redenen: de tarieven worden gereguleerd, de zorgvraag van patiënten is nauwelijks prijsgevoelig en de hoogte van het honorarium wordt mede beïnvloed door maatschappelijke waardering die voor medisch specialisten hoog is. Wie de honorering van medisch specialisten wil verlagen heeft aan verlaging van de maximumtarieven en het verlagen van de normtijden in de DBC's een effectiever instrument.

Effect op de totstandkoming van een gelijk speelveld

Het verruimen of zelfs loslaten van de drievoudige numerus fixus zal waarschijnlijk niet direct/rechtstreeks invloed hebben de collectieve macht van de medische staf en op het 'onderhandelingspel' op collectieve niveaus tussen Raad van Bestuur en Medisch Stafbestuur.

Bij meer artsen meer
gelijk speelveld en meer
keuze uit kandidaten

Het is wel reëel te verwachten dat de bereidheid van (individuele) medisch specialisten om op lokaal niveau verdergaande verplichtingen te accepteren en contractueel vast te leggen toeneemt, zeker wanneer er een surplus aan medisch specialisten ontstaat of dreigt te ontstaan. Dat biedt mogelijkheden voor Raden van Bestuur en verzekeraars om verdergaande afspraken te maken met medisch specialisten en hen daarop ook aan te spreken. Instellingen, maar ook huisartsenpraktijken, hebben bij een ruimer aanbod ook meer mogelijkheden om bij een vacature te kiezen uit geschikte kandidaten/ specialisten. Ook het vervangen van minder goed of slecht functionerende specialisten is gemakkelijker bij een ruimer aanbod.

Bij meer artsen
mogelijk afname van
taakherschikking

Effect op taakherschikking

Aannemelijk is dat een groter aanbod aan artsen en medisch specialisten zou kunnen leiden tot een minder groot beroep op beroepsbeoefenaren die taken van artsen kunnen overnemen. Van belang is wie beslist over de inzet van anders gekwalificeerden en wat de financiële consequenties zijn voor de instellingen en/of medisch specialist. Waarschijnlijk is dat onder de huidige financiële condities en structuren meer artsen en medisch specialisten zal leiden tot een relatieve afname van taakherschikking.

Aanpassingen nodig

Effect op de kwaliteit van de opleiding

Met betrekking tot de initiële opleiding kan de conclusie zijn dat organisatorische aanpassingen en extra middelen nodig zullen zijn om het aantal studenten uit te breiden, maar dat uitbreiding van de instroom in de initiële opleiding mogelijk is (zie ook par. 4.4.).

Zijn er voldoende
docenten voor de
vervolgopleidingen bij
uitbreiding?

Voor de vervolgopleidingen kan in zijn algemeenheid de conclusie zijn dat – uitgaande van de basiskwaliteitseisen door de CCMS - de instroom in het algemeen zonder verlies van kwaliteit kan worden verruimd. Wel is van belang dat er voldoende docenten zijn. Voor de praktische uitvoerbaarheid en mogelijke knelpunten zijn veel oplossingen denkbaar (zie ook par. 4.4.).

Kosten afhankelijk van complex van factoren	<p><i>Effect op de kosten van opleiding</i></p> <p>Als de 1ste numerus fixus wordt uitgebreid of afgeschaft en ook andere barrières verdwijnen, zal de instroom in de opleidingen toenemen. Dat is zowel voor het berekenen van de kosten van de initiële als vervolgoopleidingen van belang. Uit de achtergrondstudie van Houkes (Kosten van het loslaten van de numerus fixus) blijkt dat de uitkomst van deze berekening afhankelijk is een complex geheel van factoren en variabelen, die we op voorhand niet allemaal kunnen voorspellen en invullen.</p>
Op welke wijze wordt de uitbreiding gerealiseerd?	<p>Voor de initiële opleiding geneeskunde is vooral van belang op welke wijze de uitbreiding wordt gerealiseerd. Als de universiteiten een verruiming van 10% kunnen opvangen en de rijksbijdrage wordt verhoogd met de marginale kostprijs kost dit het Rijk naar schatting € 20 – 35 miljoen. Bij een verruiming van 25% kunnen bestaande universiteiten wellicht niet meer alle capaciteitsproblemen oplossen. Dan zijn er verschillende opties, zoals een nieuwe faculteit of het inrichten van medical schools. Globaal kost deze uitbreiding, afhankelijk of het Rijk de rijksbijdrage compenseert en de manier waarop medical schools worden georganiseerd, € 50 – 110 miljoen. Bij het loslaten van de numerus fixus bedragen de kosten voor het Rijk, ook weer afhankelijk van de gekozen wijze van uitbreiding € 180 – 320 miljoen.</p>
	<p>In de berekeningen is geen rekening gehouden met de mogelijke effecten van het zelf moeten investeren in de opleiding. Dat zou eventueel kunnen leiden tot een geringere belangstelling voor de opleiding waardoor het aantal nieuwe aanmeldingen achterblijft bij de 4800 uit 2009/2010. Bij het loslaten van de numerus fixus is ook het omgekeerde denkbaar. Studenten die zich nu niet aanmelden omdat ze denken te worden uitgeloot, zullen zich bij het afschaffen van de numerus fixus mogelijk weer aanmelden.</p>
Alleen loslaten 1e fixus niet van invloed op kosten vervolgoopleidingen	<p>Het verruimen of loslaten van de 1e numerus fixus zal niet automatisch extra kosten met zich meebrengen voor de vervolgoopleiding, omdat er niet vanzelfsprekend meer mensen toegelaten worden in de vervolgoopleiding als er meer afstuderen in de initiële opleiding.</p>
Fors meer kosten vervolgoopleidingen bij ongelimiteerde uitbreiding	<p>Als barrières voor toestroom naar de vervolgoopleiding echter deels worden opgeheven, zal bij de huidige bekostigingssystematiek dit fors meer kosten voor het Rijk met zich meebrengen, afhankelijk van het aantal extra vervolgoopleidingsplaatsen. De kosten bedragen op dit moment ongeveer 1 miljard euro per jaar. Daarbij moet aangetekend worden dat bij de invoering van de Zorgverzekeringswet de kosten voor opleiden uit het premiegeld zijn gehaald en de budgetten van instellingen hiervoor zijn geschoond. Uitbreiding van de opleidingscapaciteit met 100 artsen in opleiding tot specialist kost tussen de € 4 miljoen en € 14,5 miljoen extra per jaar, afhankelijk van het specialisme waarbinnen de instroom toeneemt.</p>

3.2 Conclusie

Effecten niet eenduidig

Hoofdstuk 3, maar ook hoofdstuk 2, laat een complex beeld van factoren en effecten zien, waaruit niet zonneklaar een oplossing tevoorschijn komt. Wel duidelijk is dat een ongelimiteerde verruiming van het aantal medisch specialisten niet automatisch leidt tot meer gezondheidswinst; wel tot een toename van de zorgvraag en het kost veel geld. Dat is dus niet de oplossing. Daarom is het nu tijd om terug te gaan naar het probleem dat we in feite willen oplossen, en dat is: de zorgvraag neemt toe en er is nu al een tekort aan sommige medisch specialisten. In hoofdstuk 4 leest u hoe de RVZ dit probleem wil aanpakken.

4 De visie van de RVZ

4.1 Inleiding

Zorgvraag neemt toe en er is tekort aan bepaalde specialisten

In de voorgaande hoofdstukken zijn de toekomstige ontwikkelingen geschetst en de effecten van het loslaten of verruimen van de drievoudige numerus fixus voor de opleiding geneeskunde. Daaruit blijkt dat een veelheid van factoren van invloed is op de (toekomstige) kwaliteit van de zorg, de zorgvraag en de kosten. Eén ding is duidelijk: de zorgvraag zal toenemen, en er is een tekort aan bepaalde soorten medisch specialisten, dat opgelost moet worden, vooral daar waar het kwetsbare groepen patiënten treft. Hoe spelen we daarop in?

Visie van de RVZ in termen van perspectief

Dit hoofdstuk geeft de visie van de RVZ in termen van perspectief. Waar willen we naar toe (par. 4.2), en hoe ziet de weg daar naartoe er dan uit (par. 4.3)? Hoe het kan worden uitgevoerd leest u in par. 4.4 en in par. 4.5 over oplossingen voor mogelijke knelpunten daarbij. Dit hoofdstuk begint echter met het uitgangspunt dat kwaliteit van zorg leidend dient te zijn en de omstandigheden die de politieke keuzes sterk zullen beïnvloeden.

Kwaliteit is leidend, maar kosten belangrijke voorwaarde

Kwaliteit is leidend

In de visie van de RVZ is de kwaliteit van de zorg leidend, daarnaast vindt de Raad het belangrijk dat het zorgaanbod tegemoet komt aan de zorgvraag, op korte en op lange termijn. Beheersing van de kosten is niet leidend, maar wel een belangrijke voorwaarde.

Politieke beleidskeuzes van belang

Politieke beleidskeuzes

Het advies van de Raad kan niet los gezien worden van de politieke beleidskeuzes die gemaakt worden. De Raad noemt er hieronder drie: markwerking, normering van kwaliteit en aangekondigde bezuinigingen.

Markwerking

Markwerking

Een van die politieke beleidskeuzes is de markwerking. Markwerking in de zorg vereist meer artsen en specialisten. In dat kader plaatst de RVZ het overheidsbeleid om meer marktelementen te introduceren: toelaten winstooiwerk en uitbreiding B-segment in de DBC-systematiek met vrije prijzen. De RVZ gaat ervan uit dat dit beleid wordt voortgezet.

Normering van kwaliteit

Normering van kwaliteit

Een andere beleidskeuze is het al dan niet normeren van kwaliteit. Uit de beroepsgroep komen geluiden dat er op kwaliteitsgebied nog heel wat te verbeteren valt door uitbreiding van het aantal specialisten. Zo menen gynaecologen dat, uit kwaliteitsoverwegingen, in de ziekenhuizen in de avond en nacht een gynaecoloog aanwezig moet zijn (Bleker, 2006 en Visser, 2008). Dat is nu niet het geval. En de minister van VWS wil

duidelijkheid verschaffen over specialismen die bij de cruciale zorgfuncties horen, voor zowel de cure als de care, zo blijkt uit zijn recente brief ‘Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning’ aan de Tweede Kamer. De uitkomst daarvan is van invloed op het aantal benodigde medisch specialisten.

Aangekondigde
bezuinigingen

Aangekondigde bezuinigingen

De overheidsfinanciën zijn uit het lood geslagen door de kredietcrisis. Daarom zijn er nu zo’n twintig ambtelijke heroverwegingsgroepen aan het werk die praktisch alle beleidsvelden gaan doorlichten. Elke groep heeft als opdracht in ieder geval met een variant te komen die 20 procent besparingen oplevert. Volgend voorjaar zal het kabinet besluiten nemen welke maatregelen het nog moet en kan nemen in deze kabinetsperiode. De Raad veronderstelt dat de uitkomsten van die heroverwegingen ook gevolgen kunnen hebben voor de middelen die de ministers van OCW en VWS kunnen besteden aan medische (vervolg)opleidingen. Verder mag in dat kader verwacht worden dat het stelsel van studiefinanciering wordt herzien waarbij ook de bredere toepassing van het profijtbeginsel, het al dan niet afschaffen van de basisbeurs en gedifferentieerde collegegelden aan de orde komen.

4.2 De visie van de RVZ in termen van perspectief

Drie sporen om het
probleem aan te pakken

De RVZ wil het tekort aan artsen en de groeiende zorgvraag oplossen met:

1. een gereguleerde uitbreiding van het aantal medisch specialisten, en
2. meer profielartsen zoals seh-artsen en artsen verslavingszorg en anders opgeleide zorgprofessionals en
3. stimuleren van functiedifferentiatie en zwaarder inzetten op taakherstelling.

De groeiende zorgvraag
niet alleen opvangen
met medisch specialisten

Waarom deze drie sporen?

De achterliggende gedachte is allereerst dat de groeiende zorgvraag niet alleen opgevangen moet worden door medisch specialisten. Anders opgeleide artsen en zorgprofessionals kunnen dat voor een deel net zo goed en kosten minder geld.

Ongelimiteerde
uitbreiding van
specialisten heeft
nadelen

Waarom een gereguleerde uitbreiding van het aantal medisch specialisten?

Uit hoofdstuk 3 blijkt dat een ongelimiteerde verruiming van het aantal vervolgopleidingsplaatsen een aantal nadelen tot gevolg heeft: het gebruik van zorg zal toenemen, er is geen wetenschappelijk onderbouwing voor een duidelijk positief verband tussen aantallen specialisten en gezondheidswinst, en uitbreiding van de vervolgopleidingen resulteert in forse extra kosten voor de minister van VWS. Om aan de groeiende zorgvraag te voldoen, en de kwaliteit van zorg te handhaven (of zelfs te verbeteren) pleit de Raad dan ook voor meer functie-differentiatie binnen de

medische beroepskolom, meer taak-herschikking en het aanpakken van knelpunten.

Wel geregleerde
uitbreiding nodig

Tegelijkertijd is in de visie van de RVZ een geregleerde uitbreiding van het aantal specialisten noodzakelijk gezien de ontwikkelingen in de zorgvraag en demografie. Dat is een publiek belang en vraagt sturing door de overheid. De overheid kan beter en sneller sturen door aan de knoppen van de 2de fixus te draaien, dan aan de knoppen van de 1ste fixus, want de totale opleidingsduur van student tot medisch specialist is erg lang. Netter gezegd: een regulering van de instroom in de vervolgoledingen werkt sneller en effectiever, dan een regulering van de instroom in de initiële opleiding. De extra kosten kunnen gemitigeerd worden als ook aios en instellingen een bijdrage leveren, waarbij te denken valt aan variabele eigen bijdragen.

Stimuleren van
uitbreiding bij de
minder populaire speci-
alisten noodzakelijk

Een geregleerde uitbreiding van het aantal medisch specialisten vindt de RVZ eveneens nodig om tekorten op te lossen in de minder populaire specialismen, zoals de ouderengeneeskunde en jeugd- en gehandicapten-geneeskunde en specialismen met geringe instroom. De ontwikkelingen in de zorg en demografie wijzen erop dat deze tekorten alleen nog maar groter zullen worden. Omdat het hier gaat om grote groepen kwetsbare, vaak chronisch zieke patiënten met complexe aandoeningen, zou de overheid bij voorrang een verhoogde instroom in deze opleidingen moeten stimuleren. Daarvoor zijn waarschijnlijk flankerende maatregelen in de sfeer van arbeidsvoorwaarden noodzakelijk. Hoewel dit in eerste instantie aan de sociale partners is, zou VWS dit met nadruk onder de aandacht moeten brengen. De Raad is voorstander van het inbouwen van financiële prikkels om de instroom in deze impopulaire vervolgoledingen te vergroten.

Meer profielartsen
en meer medisch
specialisten draagt bij
aan de condities voor
meer marktwerking

Marktwerking

Meer profielartsen en meer medisch specialisten draagt bij aan de condities voor meer marktwerking. Het zorgt daarnaast voor een meer evenwichtig speelveld tussen patiënt, arts en instellingen. Daarnaast biedt het meer mogelijkheden voor verzekeraars om selectiever in te kopen. Zoals gezegd gaat de RVZ ervan uit dat het beleid met betrekking tot meer marktwerking wordt voortgezet.

Functiedifferentiatie
en taakherschikking
ook in belang van
doelmatigheid

Doelmatigheid

Naast de bovengenoemde redenen om functiedifferentiatie en taakherschikking te bevorderen, komen beide ook de doelmatigheid en kwaliteit van zorg ten goede: artsen hebben meer tijd voor hun patiënten, en er komen andere zorgprofessionals die over competenties beschikken die zij in de praktijk nodig hebben.

Functiedifferentiatie
binnen medische
beroepskolom

De Raad is zoals gezegd voorstander van meer functiedifferentiatie binnen de medische beroepskolom en het stimuleren van taakherschikking om aan de groeiende zorgvraag te voldoen. Functiedifferentiatie binnen de medisch

beroepskolom vergroot de keuzemogelijkheden en het carrièreperspectief van geneeskundestudenten en artsen. Op voorhand is niet te zeggen hoe dit voor de verschillende specialismen uitwerkt, maar aannemelijk is dat het voor meerdere specialismen gewenst is artsen op te leiden die wel werkzaam zijn als arts op een bepaald vakgebied, maar geen specialist worden. In de GGZ is die ontwikkeling al gaande. Arts GGZ en arts verslavingszorg worden beschouwd als differentiatie binnen de kolom van psychiaters. Maar denk ook aan de arts die over de nodige vaardigheden beschikt om eenvoudige, veel voorkomende chirurgische ingrepen te doen, maar niet om complexe operaties uit te voeren.

Taakherschikking voor meer beroepen

Taakherschikking is niet beperkt tot verpleegkundigen of physician assistants en nurse practitioners. De RVZ ziet ook voor technisch geneeskundigen, klinisch technologen veel mogelijkheden om taken van (super)specialisten over te nemen. Wil taakherschikking slagen, dan is wel een forse uitbreiding van HBO-opgeleide zorgprofessionals nodig. Zowel functiedifferentiatie als taakherschikking komt doelmatigheid en kwaliteit van zorg ten goede: artsen hebben meer tijd voor hun patiënten, en er komen profielartsen en HBO-opgeleide zorgprofessionals die over competenties beschikken die zij in de praktijk veelvuldig nodig hebben.

4.3 Hoe gaan we het aanpakken?

Loslaten van de 1e fixus

Loslaten onder voorwaarden
Overwegingen

De RVZ is voorstander van het loslaten van de numerus fixus onder twee voorwaarden: 1) de overheid stuurt via de bekostiging van een x aantal opleidingsplaatsen, en 2) de WHW en de regelingen voor studiefinanciering worden zodanig aangepast dat studenten ‘tot op zekere hoogte’ meebetalen aan de opleiding. De voorkeur van de Raad voor loslaten wordt ingegeven door de volgende overwegingen:

Een grotere instroom in de vervolgopleiding

Meer basisartsen nodig voor instroom in vervolgopleidingen

Er is alleen al een groter aanbod aan basisartsen nodig om een uitbreiding van de instroom in de vervolgopleidingen te kunnen realiseren. Om de instroom in de vervolgopleidingen te vergroten, is een grotere uitstroom uit de initiële opleiding nodig. Op dit moment komen jaarlijks circa 2.000 basisartsen beschikbaar voor de instroom in circa 2.000 plaatsen voor de vervolgopleidingen. Als de instroom in de vervolgopleidingen moet worden uitgebreid, zou zelfs een tekort aan basisartsen kunnen ontstaan. Gezien de gemiddelde studieduur van 7 jaar van de initiële opleiding zijn voor de tussenliggende tijd de elders in de EU gediplomeerden (circa 200 per jaar) en de basisartsen in de “pool” (3.300 artsen met de wens tot vervolgopleiding) beschikbaar, maar ruim is dit aanbod niet (achtergrondstudie Duchatteau et al.).

Grotere behoefte aan specialisten door veranderingen op de arbeidsmarkt en kwaliteitsnormering

Veranderingen op de arbeidsmarkt

Verder zijn er veranderingen op de arbeidsmarkt. Een verdere toegroei naar meer artsen in loondienst, zal waarschijnlijk leiden tot een grotere behoefte aan medisch specialisten. De werktijdenregeling van 48 uur en ook de overige Arbo-wetgeving is op hen van toepassing in tegenstelling tot specialisten die in maatschapsverband werken. Ook als, zoals eerder aangegeven, vanuit kwaliteitsoverwegingen de 24 uren aanwezigheid van de specialist noodzakelijk blijkt te zijn, vraagt dat meer specialisten.

Grotere behoefte aan specialisten door parttime werken

Veranderende wensen van jonge artsen

De feminisering van de beroepsgroep is nog niet volledig doorgedrongen in de specialistengroeperingen. Bij de huidige instroom van vrouwen in de initiële opleiding >60% zal echter vroeg of laat die verschuiving ook zichtbaar worden in de specialistenopleidingen. Onder zowel jonge vrouwelijke als jonge mannelijke artsen leeft de wens om parttime te werken, dit is een trend waar rekening mee gehouden moet worden.

Liberalisering onderwijsbeleid en meer perspectieven voor afgestudeerde basisartsen

Liberalisering onderwijsbeleid en vrije studie- en beroepskeuze

Loslaten van de 1ste numerus fixus sluit aan bij de liberalisering van het onderwijsbeleid, toekomstige ontwikkelingen als een vernieuwd stelsel van studiefinanciering en variabele collegegelden. Daarnaast hecht de RVZ zeer - uiteraard met inachtneming van de vereiste kwalificaties - aan het principe van vrije studie- en beroepskeuze. De Raad vindt dat dit ook voor de beroepen in de gezondheidszorg moet gelden. In de visie van de Raad zou de opleiding geneeskunde een uitzonderingspositie in moeten nemen ten opzichte van andere opleidingen. Maar dan moeten we basisartsen wel meer perspectief bieden dan alleen het beroep van medisch specialist. Functie-differentiatie binnen de medische beroepskolom komt tegemoet aan de veranderende zorgvraag en arbeidsmarkt én vergroot de keuzemogelijkheden en het carrièreperspectief van geneeskundestudenten en basisartsen.

4.4 Implementatie in omgekeerde volgorde

Implementatie in omgekeerde volgorde

De beste manier om het voorgestelde beleid uit te voeren, is in de visie de RVZ om direct te beginnen met de noodzakelijke veranderingen op de arbeidsmarkt c.q. in de organisatie van de medische specialistische zorg, tegelijkertijd de instroom in de vervolgoopleidingen tot specialist te vergroten, en voorbereidingen te starten voor het loslaten van de 1e numerus fixus.

De 3de fixus: veranderingen bewerkstelligen op de arbeidsmarkt

Niet iedere arts hoeft specialist te worden, creëer meer mogelijkheden voor afgestudeerden

Variatie in functies voor artsen

Als instellingen en de artsorganisaties het eens zouden kunnen worden over 'formele' nieuwe functies of profielen voor artsen die ook een civiel effect hebben (dwz het zijn in de sector volwaardige arbeidsplaatsen) zal dat de toetreding tot en de verhoudingen op de arbeidsmarkt beïnvloeden.

den. Specialist worden en toetreden tot de maatschap is dan mogelijk voor groepen artsen niet meer de enige en eerste voorkeur. De eerder genoemde veranderingen op de arbeidsmarkt (en de veranderende zorgvraag) wijzen duidelijk in de richting van gewenste / noodzakelijke variatie in functies voor artsen.

Sturen op kwaliteit én kwantiteit

Raden van Bestuur (RvB's) moeten sturen op kwaliteit én kwantiteit

De RVZ is van mening dat Raden van Bestuur (RvB's) van instellingen moeten kunnen sturen op kwaliteit van zorg én de daarvoor benodigde kwantiteit. Dus moeten de RvB's meer artsen en specialisten kunnen aannemen als zij dat nodig vinden om in te spelen op de zorgvraag. De toegang tot de maatschap is een van de grootste belemmeringen daarbij.

De huidige model-toelatingsovereenkomst zodanige wijzigingen dat de RvB's effectief invloed hebben

In zijn advies Governance en kwaliteit van zorg heeft de RVZ gewezen op de disbalans in de relatie tussen de RvB van een ziekenhuis en de medisch specialisten (RVZ, 2009). In dat verband heeft hij er op gewezen dat een RvB op het eerste gezicht over voldoende instrumenten kan beschikken voor zijn relatie met de medische staf. Zo is voor dit advies van belang dat een RvB over instrumenten beschikt om een maatschap van vrij gevestigde medisch specialisten te verplichten de maatschap uit te breiden c.q. een (nieuwe) medisch specialist op te nemen in de maatschap. De huidige model-toelatingsovereenkomst bevat daarvoor bepalingen. Hier wordt momenteel opnieuw naar gekeken. De Raad gaat ervan uit dat zodanige wijzigingen worden aangebracht dat de Raad van Bestuur van een ziekenhuis effectief invloed heeft op kwaliteit én kwantiteit van de medische specialisten in huis. De RVZ hoopt binnen enkele maanden terzake nader advies uit te brengen in het verlengde van het eerdere Governance-advies.

Van specialist mag bijdrage worden gevraagd voor het opleiden van collega's

RvB's kunnen met specialisten over het opleiden van toekomstige collega's afspraken maken in arbeidsovereenkomsten / toelatingsovereenkomsten. Het moet voor zich spreken dat van een specialist (in een opleidingsziekenhuis) een bijdrage wordt gevraagd aan het opleiden van collega's. Uiteraard moet de specialist voor zijn reële opleidingsinspanningen worden beloond. Dat geldt zowel voor de specialist in loondienst als voor de vrij gevestigde specialist, hoewel de uitwerking daarvan zal verschillen.

De RVZ is van mening dat RvB's meer gebruik moeten maken van de beschikbare instrumenten om meer ruimte te creëren voor afgestudeerde specialisten en de kwaliteit van de zorg (van de maatschap) te verbeteren, onder andere door de werkdruk te verminderen met het aanstellen van extra specialisten.

Maatschap versus loondienst

RVZ vindt hoge verschillen in honorering tussen specialisten niet wenselijk

Dit advies over de numerus fixus is niet de plaats om uitgebreid in te gaan op de discussie maatschap versus loondienst. Meer in het algemeen wil de RVZ wel gezegd hebben dat hoge verschillen in honorering tussen specialisten niet wenselijk is. Navraag bij de Orde van Medisch Specialisten

om gegevens die meer inzicht zouden kunnen verschaffen in de hoogte van de verschillen en verklaringen daarvoor, leert dat die niet voorhanden zijn.

Loondienst is niet oplossing voor alle problemen

De RVZ gelooft echter niet dat het in loondienst nemen van alle artsen alle problemen in de zorg oplost. Nu de Minister van VWS bovendien een onderzoek heeft aangekondigd naar voor- en nadelen daarvan voor de zorg, wil de RVZ zich hier beperken tot voor het onderzoek aanreiken van twee punten: de goodwill en de arbeidsproductiviteit.

Onderzoek ook verschillen in arbeidsproductiviteit

De RVZ vraagt aandacht voor een geconstateerd en/ of gepercipieerd verschil in arbeidsproductiviteit tussen artsen in loondienst en vrij gevestigde specialisten. Wat zijn daarvan de oorzaken? Is een norm voorhanden om die te meten, zoals de praktijkomvang voor de huisartsen? De mate van arbeidsproductiviteit is namelijk wel van belang voor de discussie over de benodigde capaciteit. Ook het ontbreken van flexibiliteit op de arbeidsmarkt door toe te treden tot een 'maatschap' verdient naar de mening van de RVZ aandacht in het aangekondigde onderzoek. Veranderen van maatschap is immers niet eenvoudig door de betaalde goodwill.

De 2de fixus: een gereguleerde uitbreiding van het aantal medisch specialisten

Stimuleren instroom in minder populaire specialismen

Stimuleer onder andere met financiële prikkels grotere instroom in minder populaire specialismen

In de visie van de RVZ is een gereguleerde uitbreiding van het aantal specialisten noodzakelijk gezien de ontwikkelingen in de zorgvraag en demografie. Vooral om tekorten op te lossen in de minder populaire specialismen, waarbij het gaat om grote groepen kwetsbare, vaak chronisch zieke patiënten met complexe aandoeningen. Universiteiten kunnen de populariteit stimuleren door er voor te zorgen dat studenten al tijdens hun studie geïnspireerd raken door bevlogen docenten en ook al tijdens hun co-schappen zicht krijgen op deze tak van de geneeskunde. De Raad vindt dat de overheid bij voorrang een verhoogde instroom in deze opleidingen moet stimuleren. De Raad is voorstander van het inbouwen van financiële prikkels om de instroom in deze impopulaire vervolgoedingen te vergroten.

De beroepsgroep bepaalt de kwaliteit, niet de kwantiteit

Een belangrijke belemmering voor uitbreiding van de vervolgoepleidingscapaciteit wordt gevormd door het beleid van sommige wetenschappelijke verenigingen: zij achten het beschermen van specialisten tegen werkeloosheid als hun taak en hebben om die reden in het verleden niet meegewerkt aan uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen (Van Baalen et al., 2008).

Wettelijke verankerde rol van beroepsgroep bij kwaliteit van opleiding

Kwaliteitseisen door beroepsgroep

De overheid heeft beroepsgroepen in de gezondheidszorg de bevoegdheid gegeven de eisen te formuleren waaraan een opleiding tot specialist moet voldoen. Dat is geregeld in de artikelen 14 en 15 van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG). De regeling geldt voor alle 8 beroepen die in de Wet BIG geregeld zijn (arts, apotheker, fysiotherapeut, gezondheidszorgpsycholoog, psychotherapeut, tandarts, verloskundige en verpleegkundige).

.. moet blijven, maar student wil meer transparantie

De kwalitatieve eisen aan de opleiding dient naar de mening van de RVZ een aangelegenheid te blijven voor de beroepsgroep / wetenschappelijke verenigingen. In de medische sector is het niet goed denkbaar dat de overheid die inhoudelijke eisen zou kunnen formuleren. De te stellen kwalitatieve eisen voor toetreding tot het specialisme (en daarmee deels ook tot de arbeidsmarkt) dienen dan ook onveranderd bij de beroepsgroep te blijven liggen. De RVZ is daarbij wel van mening dat die eisen ook meer transparant moeten worden voor aankomende studenten. Daaraan is grote behoefte (zie achtergrondstudie Wallenburg).

Beroepsgroep hoort niet te gaan over de omvang van de beroepsgroep

Kwantiteit is een andere zaak

Zoals gezegd is de RVZ van mening dat de beroepsgroep de kwalitatieve eisen moet vaststellen. De hoeveelheid beroepsgenoten die wordt toegelaten is een ander verhaal. De invloed van de wetenschappelijke verenigingen daarop is nu groot. Door betrokkenen wordt wel gesproken over de noodzaak van het 'scheiden der machten'. Weliswaar zijn ook de ziekenhuizen en de verzekeraars vertegenwoordigd in het bestuur van het capaciteitsorgaan, maar de invloed van de daaronder res-sorterende kamers, commissies en werkgroepen – vooral bestaande uit specialisten - op de uitkomst van de ramingen moet niet onderschat worden.

Onafhankelijke positie voor Capaciteitsorgaan

Positie Capaciteitsorgaan

Volgens de RVZ betekent dit dat dit consequenties moet hebben voor de positie het Capaciteitsorgaan. Hij is van mening dat dit orgaan een onafhankelijke positie zou moeten krijgen en dat de minister de samenstelling zou moeten bepalen. Het monitoren van de omvang van beroepsgroepen in de gezondheidszorg zou een belangrijke taak moeten zijn. Het CBOG, dat nu een rol heeft bij de verdeling van opleidingsplaatsen, wordt op dit moment geëvalueerd. De RVZ meent dat de positie van het capaciteitsorgaan in samenhang gezien zou moeten worden met de uitkomsten van die evaluatie. Verder zou de monitoring van beroepsgroepen in de gezondheidszorg breder moeten zijn dan alleen de medische specialistische beroepsgroep.

Kosten vervolgoedingen

Het Rijk betaalt ongeveer 1 miljard per jaar aan de medische vervolgoedingen. Dat is erg veel geld, ook vergeleken met de kosten van andere vervolgoedingen in Nederland.

Tripartite bekostiging
vervolgopleidingen

Tripartite verdeling van kosten

De RVZ is voorstander van een verdeling van de kosten voor de vervolgopleiding tussen instelling (en specialisten), aios en rijk. Daarbij vindt de Raad dat de instellingen de kosten moeten verrekenen met productie die aios leveren, en er moet een financiële prikkel ingebouwd worden, waardoor meer basisartsen instromen in de impopulaire, maatschappelijk relevante specialismen. Hieronder staat een toelichting op de overwegingen die hieraan ten grondslag liggen.

Zelf investeren in
loopbaan is redelijk

Eigen bijdrage aios redelijk

Een bijdrage aan de kosten door aios komt de RVZ redelijk voor. De redenen daarvoor zijn dat investering in de eigen carrière vanzelfsprekend zou moeten zijn, dat aios als medisch specialist goed gaan verdienen, en dat de vervolgopleidingen in de visie van de Raad niet een uitzonderingspositie moeten innemen ten opzichte van andere post-masteropleidingen. De Raad vindt wel dat de instellingen ook een deel van de kosten voor hun rekening moeten nemen. Dat is passend bij verantwoordelijkheden die een sector voor opleiden hoort te hebben, en de aios levert immers ook productie. Het spreekt voor zich dat instellingen de door de aios geleverde productie moeten verrekenen met de specialist.

Ook het Rijk neemt een deel van de kosten voor zijn rekening. Dat vloeit voort uit het publieke belang dat is gemoeid met het opleiden van voldoende medisch specialisten.

Kostprijsberekening
urgent

Kostprijsberekening urgent

Als aios zelf investeren in de opleiding is wel van belang dat de kosten voor de opleiding een reële grondslag hebben. Zo is de hoogte van de subsidiebedragen die via het opleidingsfonds beschikbaar komen volgens de RVZ geen goed ijkpunt voor het berekenen van de kostprijs van de opleiding. Dat blijkt onder meer uit de verschillende bedragen voor de opleiding tot psychiater (zie bijlage 4 en achtergrondstudie Houkes). Eerder is tentatief een berekening gemaakt door de commissie Le Grand (De Zorg van Morgen, deel II). Die komt (in 2003) uit op een bedrag van € 53. 000, rekening houdend met de geleverde productie tijdens de opleiding tot specialist. Ook uit gesprekken met de geconsulteerden heeft de RVZ de indruk gekregen dat de subsidiebedragen ruim bemeten zijn. Het kan ook afgeleid worden uit een vergelijking met het bedrag dat per jaar voor de opleiding van een huisarts beschikbaar is: € 65.000 - € 70.000. Welk bedrag zou als maatgevend moeten worden beschouwd?

Overigens is hier nog van belang dat een te hoog subsidiebedrag in strijd zou kunnen zijn met de Europese regels voor staatsteun (zie ook RVZ, Steunverlening zorginstellingen, 2009). Als de vergoeding een weerspiegeling is van de reële kosten zal dat niet snel het geval zijn.

Onderscheid opleidings- en productiedeel heeft een aantal voordelen

Onderscheid opleidings- en productiedeel

Een oplossing voor de problematiek zou volgens de RVZ gezocht moeten worden door in de kosten van de opleiding een onderscheid te maken tussen een opleidingsdeel en een productiedeel. Dat heeft een aantal voordelen: het verhoogt de transparantie, het is nodig om de discussie over de vorm van het profijtbeginsel verder te brengen, het zou de weg openen om op termijn een discussie te voeren over een 'rugzakje' voor de aios voor de opleiding en een andere financiering van de vervolgopleiding.

Verrekening door aios geleverde productie is nodig

Verrekening productie door aios

Er zijn complicaties bij de berekening en verrekening van de kosten voor de vervolgopleidingen: de kostprijs voor de vervolgopleidingen is op dit moment niet bekend, en volgens Berenschot ook niet op korte termijn te achterhalen (Bosman et al, 2008). Ook de RVZ heeft in die korte tijd hierover geen duidelijkheid kunnen verkrijgen. Kernpunt in die problematiek is het ontbreken van gegevens over de verrekening van de door aios geleverde productie. De productie is destijds bij de invoering van de DBC's op 0 gesteld. De productie door de aios wordt weggestreept tegen de inspanningen van de specialist die opleidt. Maar als de productie 0 zou zijn, komt de bedrijfsvoering niet in gevaar bij invoering van een 48-urige werkweek. Dat is volgens minister Donner wel het geval en om die reden is uitstel gevraagd om de huidige werkweek van 52 uur terug te brengen naar 48.

Daar komt bij dat de aios zich niet zullen herkennen in het beeld dat ze geen productie zouden leveren. Inmiddels wil ook de Jonge Orde helderheid over de vergoedingen. Zij krijgt regelmatig vragen over dit onderwerp waaronder vragen over het bedrag dat de aios zelf moeten betalen, bijvoorbeeld voor congressen of symposia. Dat is wisselend per ziekenhuis en cao (www.dejongeorde.nl).

Onduidelijkheid over productie ook bij andere opleidingen

De kwestie van de onduidelijkheid over de verrekening van de productie doet zich vooral voor bij de vrijgevestigde specialisten. (Die onduidelijkheid doet zich overigens ook voor over de door de aios, pa's en np's geleverde productie.) Het is van belang dat daarover meer duidelijkheid komt.

De 1ste fixus: Loslaten over vijf jaar, nu voorbereiden

Loslaten numerus fixus, maar

Afschaffen lotingsysteem

De RVZ is voorstander van liberalisering van de 1ste numerus fixus voor geneeskunde. Onder loslaten van de numerus fixus verstaat de RVZ dat de universiteiten en de overheid niet op voorhand de instroom beperken door daarover afspraken te maken. De aantallen op te leiden studenten worden in de visie van de RVZ niet op voorhand nationaal vastgesteld, maar de overheid bepaalt wel het aantal bekostigde opleidingsplaatsen

waarbij de universiteiten de mogelijkheid krijgen om daarnaast aanvullend studenten op te leiden. Die mogelijkheid is er nu alleen voor studenten uit het buitenland (Groningen en Maastricht leiden ieder 40 studenten op uit Saoedi Arabië), maar wordt in het voorstel van de RVZ ook mogelijk voor Nederlandse studenten. Loslaten impliceert het afschaffen van het lotingsstelsel, maar sluit vormen van selectie niet uit (zie verderop).

Verantwoordelijkheid overheid blijft via bekostiging, en universiteiten krijgen mogelijkheden zelf aanvullend studenten toe te laten

.... verantwoordelijkheid overheid blijft via bekostiging

Loslaten van de numerus fixus betekent niet dat de overheid geen verantwoordelijkheid meer zou hebben voor het aantal op te leiden artsen. Via het vaststellen van het aantal te bekostigen opleidingsplaatsen blijft de overheid verantwoordelijk voor het aanbod van voldoende artsen op de arbeidsmarkt. Mede gelet op de huidige financiële situatie en de omvang en noodzaak van de aangekondigde bezuinigingen acht de RVZ het niet verantwoord en realistisch de verantwoordelijkheid voor het loslaten van de numerus fixus geheel naar de universiteiten te verschuiven. Bij een (nog) veel grotere toestroom van studenten als gevolg van het loslaten van de fixus bestaat een gevaar dat dit ten koste zou gaan van de kwaliteit van de opleiding. Om die redenen kiest de RVZ voor het vaststellen door de overheid van een x aantal bekostigde opleidingsplaatsen. Universiteiten worden dan zelf verantwoordelijk voor de toelating op basis van het aantal door de overheid bekostigde plaatsen. Als de universiteiten meer studenten willen toelaten zou dat kunnen mits dit niet ten koste gaat van de kwaliteit van de opleiding en de universiteit dit zelf bekostigt. Dit laatste zou dan bijvoorbeeld kunnen door een extra hoog collegegeld te vragen waarmee extra opleidingsplaatsen worden betaald.

Ingrijpende veranderingen onderwijs

Ingrijpende veranderingen onderwijs

Het voorstel voor het loslaten van de numerus fixus wordt mede ingegeven door de veronderstelling dat er over 5 jaar ingrijpende wijzigingen zullen plaatsvinden in de studiefinanciering en dat er sprake zal zijn van gedifferentieerde college-gelden. De RVZ gaat uit van het perspectief dat studenten meer zullen lenen en betalen naar rato van de opleidingskosten en zullen terugbetalen naar rato van hun inkomen.

Niet loten, wel selecteren

Niet loten, wel selecteren

Loslaten impliceert het afschaffen van het lotingsstelsel, maar sluit vormen van selectie niet uit. Als voordeel van het selecteren in plaats van loten op basis van cijfers ziet de RVZ dat ook factoren als motivatie of andersoortige werkervaringen en karaktereigenschappen in de selectie een plaats kunnen krijgen. Het loslaten van de 1ste numerus fixus impliceert 100% decentrale selectie. De RVZ beseft dat daarvoor de WHW moet worden aangepast.

Bij decentrale selectie valt aan de volgende varianten te denken:

- a) een systeem van 100% decentrale selectie met eigen door de afzonderlijke universiteit op te stellen selectiecriteria;
- b) 100% decentrale selectie met deels landelijk geldende criteria en deels door de afzonderlijke universiteiten op te stellen criteria.

RVZ voorstander 100%
decentrale selectie

De RVZ is voorstander van decentrale selectie zoals genoemd onder a. De eisen aan de opleiding (uitgewerkt in termen van kennis, vaardigheden en professioneel gedrag in samenhang met een lijst van problemen) liggen vast in regelgeving (Besluit opleidingseisen arts op basis van de Wet BIG) zodat een minimumkwaliteit van de afgestudeerden in beginsel gegarandeerd is.

Overgangperiode van
vijf jaar

Overgangperiode van vijf jaar

De RVZ is voorstander van liberalisering van de 1ste numerus fixus voor geneeskunde, maar beseft dat dit niet op zeer korte termijn mogelijk is. Daarvoor zijn er nog veel praktische bezwaren die echter wel opgelost kunnen worden. Het spreekt voor zich dat universiteiten een overgangperiode moet worden gegund om uitbreiding te realiseren. De RVZ denkt daarbij aan een periode van vijf jaar. Hij beveelt de minister van OCW aan over de benodigde tijd in gesprek te gaan met de universiteiten.

Nu verruimen is een
1e stap

Nu verruimen is een 1e stap

In par. 4.4 heeft de RVZ aangegeven dat een groter aanbod aan basisartsen nodig is om een uitbreiding van de instroom in de vervolgoopleidingen te kunnen realiseren. Ook het capaciteitsorgaan heeft de minister van VWS in december 2009 geadviseerd de instroom in de initiële opleiding te verruimen van 2850 naar 3100. Dat is een uitbreiding met 8,8%. De kosten voor het Rijk bedragen bij die uitbreiding 18 miljoen. Uitbreiding van deze instroom beschouwt de RVZ als een 1e stap op weg naar verdere liberalisering.

Nu starten met een
goede voorbereiding

Nu starten met een goede voorbereiding

De RVZ vindt dat universiteiten zich meer moeten profileren op kwaliteit en bijzondere kenmerken van de opleiding. Studenten krijgen dan een beter inzicht en kunnen bewuster dan nu kiezen voor een bepaalde universiteit. Het opstellen van eigen selectiecriteria per universiteit is een belangrijke eerste stap en van belang voor het vergroten van de transparantie voor studenten. Een andere organisatie van het onderwijs kan helpen om de capaciteit te verruimen, net als een optimalisatie van de BAMA-structuur.

De overheid kan in deze periode voorbereidingen treffen voor de wetswijzigingen die in de WHW (en daarmee samenhangende regelingen) nodig zijn om het lotingsysteem af te schaffen en 100% decentrale selectie door de universiteiten mogelijk te maken.

4.5 Knelpunten oplossen

Zijn bovengenoemde richtingen die de Raad ziet ook haalbaar en uitvoerbaar? Welke (vermeende) knelpunten moeten uit de weg geruimd worden om de plannen uit te kunnen voeren? Daarover gaat deze paragraaf.

Een toekomstbestendig opleidingsstelsel

Het huidige opleidingsstelsel is niet flexibel en transparant genoeg om in te spelen op fluctuaties in de zorgvraag. Dit zal altijd moeilijk blijven, gezien de lange opleidingstijd van basisartsen en specialisten, maar de belangrijkste blokkades kunnen wel uit de weg geruimd worden. Er is behoefte aan een flexibel en transparant opleidingsstelsel, dat voldoende medisch specialisten, basisartsen en anders opgeleide zorgprofessionals opleidt om de gewenste kwaliteit van zorg te blijven garanderen, tegemoet te komen aan de fluctuerende zorgvraag, én waarmee de kosten betaalbaar blijven.

Naar de mening van de RVZ mag van een toekomstig stelsel van medische (vervolg)opleidingen verwacht worden dat het:

- zorgt voor het opleiden van voldoende artsen en specialisten voor de (verzekerde) zorg, medisch onderwijs en onderzoek;
- in staat is veranderingen in de zorgomgeving te adapteren in de (vervolg)opleiding;
- een zekere keuzevrijheid biedt aan studenten en artsen in opleiding tot specialist;
- voldoende transparant is voor studenten om te kunnen kiezen;
- internationale mobiliteit stimuleert van studenten en artsen in opleiding tot specialist;
- toekomstbestendig is (geen strijd met EU-mededingingsregelingen).

Toekomstige beleidsvoornemens voor veranderingen in het medisch onderwijs zouden aan bovenstaande getoetst moeten worden. De RVZ vindt verder dat zoveel mogelijk moet worden aangesloten bij de voor andere studies en andere beroepen algemeen geldende regels en voorschriften. Alleen als het niet anders kan, zou een uitzonderingspositie moeten gelden voor de medische (vervolg)opleiding.

Overschotten op de arbeidsmarkt?

De Raad onderkent dat bij het loslaten van de numerus fixus de kans bestaat dat er een overschot ontstaat aan afgestudeerden zoals dat ook voor andere studierichtingen het geval kan zijn. Aangezien de Raad niet kan beargumenteren waarom een overschot voor medici meer ongewenst zou zijn dan voor juristen, informatici of economen, neemt de Raad dit effect - bewust - voor lief. Perioden van over- en onderaanbod maken deel uit van een vrije beroeps- en opleidingsmarkt en zijn vanuit macro-economisch perspectief niet per definitie ongewenst.

Huidig stelsel
onvoldoende flexibel en
transparant

Beleidsvoornemens
toetsen aan te stellen
eisen opleidingsstelsel

Wat als er overschotten
ontstaan door loslaten
numerus fixus?

Onderzoek toont aan dat artsen weg wel vinden op de arbeidsmarkt

Recent onderzoek van Prismant (Van der Velde et al., 2009) laat zien dat basisartsen hun weg op de arbeidsmarkt wel weten te vinden, binnen of buiten de zorg. De RVZ vindt dat in dat laatste geval geen sprake is van verspilling van overheidsgeld. Als mensen elders emplooi vinden, is van ‘opleiden voor de werkloosheid’, zoals wel wordt gesuggereerd, geen sprake. Dat zou het geval zijn als mensen in de bijstand terecht komen. Voor afgestudeerde artsen ligt dat niet meteen voor de hand. Voor meer studies geldt dat een deel van de afgestudeerden werk vindt dat niet direct in het verlengde van de opleiding ligt. Sommigen maken andere keuzes, zo wil een deel van de afgestudeerde basisartsen zelf geen medisch specialist worden. Anderen maken die keuze noodgedwongen, omdat de arbeidsmarkt niet alle afgestudeerden uit een bepaalde studie kan opnemen.

Handhaven arbeidsmarktfixus voor excesssituatie

Handhaven arbeidsmarktfixus voor excessituatie

Hoewel de RVZ denkt dat werkloosheid van artsen niet zo snel het geval zal zijn, is hij wel voorstander van het handhaven van de al in de WHW verankerde arbeidsmarktfixus. Daarmee kan de minister van OCW bij ministeriele regeling de instroom beperken (artikel 7.56 WHW) als het aanbod van afgestudeerden van een bepaalde opleiding de behoefte daaraan op de arbeidsmarkt in aanmerkelijke mate dreigt te overtreffen of daadwerkelijk overtreft en dit naar verwachting gedurende een reeks van jaren het geval zal zijn. Vooral die laatste zinsnede maakt dat de minister van OCW niet (te) snel van die mogelijkheid gebruik kan maken. Omdat het veronderstelde stuwmeer met basisartsen niet de eerder veronderstelde omvang blijkt te hebben en nodig zal zijn om op korte termijn uitbreiding in vervolgopleidingen te kunnen realiseren, ziet de RVZ op dit moment geen reden voor toepassing van een arbeidsmarktfixus.

Mogelijke knelpunten bij vervolgopleidingen

Dit advies is niet de plaats om met nieuwe ramingen te komen en dat is ook niet de taak voor de RVZ en niet de opdracht. Zoals gezegd ziet de RVZ nadelen in een ongelimiteerde uitbreiding van het aantal medisch specialisten, maar vindt enige uitbreiding wel nodig. Is het haalbaar en uitvoerbaar om de vervolgopleidingen uit te breiden en meer basisartsen op te leiden tot specialist? Bij deze afweging is onder meer de beschikbaarheid van voldoende opleiders en van voldoende patiënten en ingrepen relevant. Ook de kosten en de financiering spelen een rol (zie hiervoor over de tripartite financiering). En is nog duidelijk wie waarvoor verantwoordelijk is?

Voldoende opleiders en patiënten?

Voldoende opleiders en patiënten?

Voor sommige specialismen geldt dat momenteel wordt opgeleid beneden de maximale capaciteit. Voor deze specialismen zou het aantal opleidingsplaatsen, indien gewenst, kunnen worden uitgebreid zonder consequenties in termen van kwaliteit.

Mogelijkheden voor uitbreiding aanwezig

Voor andere specialismen ligt dit beeld genuanceerder. Berenschot (Van Baalen et al., 2008) heeft onderzoek gedaan naar de beperkende factoren. Ook daar waar momenteel het aantal opleiders, het aantal staffleden of zelfs het aantal OK-ingrepen momenteel een beperkende factor is, ziet Berenschot mogelijkheden voor uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen door onder meer:

- de verhouding staffleden – aios zoals gesteld in het CCMS Kaderbesluit te heroverwegen,
- uitbreiding van het aantal staffleden in UMC's
- heroverweging van het aandeel UMC – periferie in de opleiding,
- wijzigen inzet aios in OK (juist die operaties in een UMC verrichten die UMC-specifiek zijn),
- aios meer inroosteren voor juist die verrichtingen die nodig zijn voor een aios in een bepaald jaar,
- in perifere ziekenhuizen meer oudejaars in opleiding nemen daar waar het zelfstandig ervaring opdoen op de voorgrond staat,
- differentiëren in subsidie naar jongerejaars en ouderejaars aios.

Bij sommige specialismen mogelijk praktische bezwaren

Bij een enkel specialisme zullen praktische bezwaren, in het bijzonder een schaars patiëntenaanbod, blijven bestaan. Op dit moment is echter onvoldoende helder in hoeverre bekende belemmeringen ook echt onoplosbaar zijn en geen andere opties open staan dan bijvoorbeeld een deel van de opleiding in het buitenland te volgen. Voor de meeste specialismen lijken oplossingen voorhanden.

Herbezinning op rol overheid bij vervolgoopleidingen onontkoombaar

Verantwoordelijkheidsverdeling bij vervolgoopleidingen nader bezien
Een belangrijke vraag is welke rol de overheid in de toekomst voor zichzelf ziet als het gaat om vervolgoopleidingen. Dit advies is echter niet de plaats om daarop uitgebreid in te gaan, maar meent dat dit in de nabije toekomst onontkoombaar is.

Aandachtspunten voor verder onderzoek

Hij wil een aantal punten noemen die daarbij dan nader verkend moeten worden.

- Het uitgangspunt dat de sector zelf financieel verantwoordelijk is voor vervolgoopleidingen (de minister van OCW is verantwoordelijk voor initiële opleidingen) vraagt het opnieuw doordenken van de consequenties nu voor de medische vervolgoopleidingen een subsidiestroom van substantiële omvang (jaarlijks 1 miljard) is ontstaan als gevolg van de invoering van de Zorgverzekeringswet en de invoering van de DBC's. En er komen er steeds meer beroepen die voor hun vervolgoopleidingen een beroep willen doen op het opleidingsfonds. Moet de invloed van marktwerking daarbij nog steeds leidend zijn?
- Hoe moeten de verantwoordelijkheden worden belegd nu de Minister van VWS heeft aangekondigd cruciale zorgfuncties, inclusief de daarbij horende specialismen, aan te wijzen? Wat is de rol van de overheid voor de specialismen en daarbij horende opleidingen die niet als zodanig worden aangewezen?

- Hoe het maatschappelijk rendement van de opleiding mee te laten wegen bij een beslissing over de te subsidiëren opleidingsplaatsen? Zou – gezien demografische ontwikkelingen een specialisme met een hoog verband met vergrijzing op dit punt hoger kunnen scoren dan een specialisme waar dat niet het geval is?
- Is een (sociaal) leenstelsel ook mogelijk / wenselijk voor de medische vervolgopleidingen?
- Is een stelsel van financiering nodig / mogelijk waarin wordt meegewogen of afgestudeerden parttime dan wel fulltime ook daadwerkelijk als specialist aan de slag gaan?
- Is het model van de huisartsenopleiding waarbij de aios in dienst is van een stichting en niet van een instelling een optie voor meer specialismen?

Mogelijke knelpunten bij de initiële opleiding

Op de vraag ‘bent u voor of tegen de numerus fixus?’, antwoorden veel van bij de opleiding betrokkenen: ‘Ik ben niet tegen, maar de kwaliteit van de opleiding zou achteruitgaan en er is niet voldoende capaciteit’. De RVZ is van mening dat met een andere organisatie van het onderwijs veel meer mogelijk is dan men denkt.

Kwaliteit

Extra middelen voor behoud van kwaliteit

De Raad vindt dat universiteiten meer middelen moeten krijgen als zij extra studenten opleiden. Daarmee kunnen zij de kwaliteit van de opleiding op peil houden. Ook organisatorische oplossingen kunnen bijdragen aan het behoud van kwaliteit.

Capaciteit

Bij alle faculteiten vindt gedurende de gehele opleiding patientgebonden onderwijs plaats. Of dit aspect van het onderwijs capaciteitsproblemen veroorzaakt bij uitbreiding is niet bekend, maar is gezien de omvang van een UMC in verhouding tot het aantal studenten niet waarschijnlijk. Harde normen waaraan iedere opleiding op dit punt moet voldoen, ontbreken tot nu.

Flexibilisering co-schappen mogelijk

De meest kritische factor in capaciteit is wellicht de fase waarin studenten de co-schappen lopen. Recentelijk heeft het UMCG de co-schappen geherstructureerd, waardoor de flexibiliteit aanzienlijk is toegenomen. Het is aannemelijk dat flexibilisering van de co-schappen landelijk tot aanzienlijke capaciteitsverruiming kan leiden. Het is derhalve aannemelijk dat er sprake is van nog ongebruikte capaciteit.

In twee steden worden overigens ook buitenlandse studenten opgeleid: 40 in Maastricht en 40 in Groningen, dat is iets meer dan 10% van de reguliere instroom in die faculteiten. In Maastricht betreft dit uitsluitend de bachelorfase. In Groningen worden internationale studenten die de bachelorfase hebben doorlopen indien zij op voldoende niveau Nederlands

spreken echter ook toegelaten tot de masterfase. Er is derhalve sprake van enige restcapaciteit.

Moderne vormen van onderwijs, zoals e-learning, kunnen capaciteit genereren

Hoewel niet bekend is in hoeverre moderne vormen van onderwijs, zoals e-learning, effect hebben op de beschikbare capaciteit, acht de RVZ het aannemelijk dat het op grotere schaal introduceren van e-learning tijdens de gehele opleiding meer opleidingscapaciteit genereert. Uit het studentendebat dat de RVZ gehouden heeft ter voorbereiding van dit advies is wel duidelijk geworden dat het geneeskundeonderwijs in Nederland wat e-learning betreft nog een flinke slag kan maken.

Een andere mogelijkheid om meer capaciteit te genereren is het aanbesteden van opleidingsplaatsen. Nu worden tussen de 8 universiteiten onderling afspraken gemaakt over de verdeling van het aantal plaatsen, maar er zijn verschillen in de mogelijkheden om capaciteit uit te breiden, zoals blijkt uit het aannemen van buitenlandse studenten in Groningen. Maassen van den Brink veronderstelt dat door aanbesteding ook de kosten van de opleiding naar beneden kunnen (Maassen van den Brink, 2009).

Optimaliseren van de BAMA-structuur en medical schools

Optimaliseren van de BAMA-structuur en medical schools

De huidige initiële opleiding geneeskunde biedt mogelijkheden voor verdere flexibilisering, mogelijkheden die volgens de RVZ beter benut moeten worden om meer capaciteit (en kwaliteit) te genereren. Er wordt wel gesuggereerd dat een 9de faculteit noodzakelijk zou zijn om capaciteitsproblemen op te lossen als de numerus fixus wordt losgelaten, maar de RVZ ziet meer in de oprichting van medical schools (Zie verder ook hoofdstuk 2 en de achtergrondstudie van Duchateau).

Onderlinge capaciteitsafspraken voorkomen

Hoe te voorkomen dat universiteiten alsnog de instroom beperken door onderling afspraken over de capaciteit te maken?

Weinig reden voor universiteiten om nog onderling capaciteitsafspraken te maken

Die kans acht de RVZ niet groot. Het voorstel van de RVZ behelst dat de minister van OCW het aantal bekostigde opleidingsplaatsen over de universiteiten verdeelt. Dan is er weinig reden voor universiteiten om nog onderling afspraken te maken.

Bij onderbezetting verschuiven van financiële middelen

Wat wel een bezwaar zou kunnen zijn is dat de universiteiten onder het maximum blijven van de aantallen bekostigde opleidingsplaatsen. In dat (theoretische) geval zou de overheid zijn verantwoordelijkheid voor voldoende artsen voor de arbeidsmarkt mogelijk onvoldoende kunnen waarmaken. In die situatie ligt het voor het hand dat de minister van OCW geld verschuift van de universiteit(en) die onder het maximum van de bekostigde plaatsen blijft naar universiteit(en) die wel meer willen en kunnen opleiden.

5 Aanbevelingen

Drie sporen om het tekort aan artsen en de groeiende zorgvraag op te lossen

De RVZ wil het tekort aan artsen en de groeiende zorgvraag oplossen met:

1. een gereguleerde uitbreiding van het aantal medisch specialisten, en
2. meer profielartsen zoals seh-artsen en artsen verslavingszorg en anders opgeleide zorgprofessionals en
3. stimuleren van functiedifferentiatie en zwaarder inzetten op taakherschikking.

De RVZ beveelt aan om direct te beginnen met de noodzakelijke veranderingen op de arbeidsmarkt c.q. in de organisatie van de medische specialistische zorg; tegelijkertijd de instroom in de vervolgopleidingen tot specialist te vergroten, en voorbereidingen te starten voor het loslaten van de 1e numerus fixus.

5.1 Derde fixus: heroverwegingen op de arbeidsmarkt

Toekomstige functies op de arbeidsmarkt

Meer variatie in toekomstige functies op de arbeidsmarkt voor medisch specialistische zorg

De RVZ beveelt de minister van VWS aan met de sector in gesprek te gaan over toekomstige functies op de arbeidsmarkt voor medisch specialistische zorg. Dat is nodig met het oog op de veranderingen die in de zorgvraag en in de zorg zullen plaatsvinden. Daaruit vloeit een fundamentele herziening van het medisch opleidingscontinuüm uit voort.

Voor artsen meer keuzemogelijkheden dan alleen medisch specialist worden

Als betrokken organisaties in de sector het eens zouden kunnen worden over 'formele' nieuwe functies of profielen voor artsen die ook een civiel effect hebben (dat wil zeggen dat in de sector volwaardige arbeidsplaatsen zijn) zal dat de toetreding tot en de verhoudingen op de arbeidsmarkt veranderen. Artsen hebben dan meer keuzemogelijkheden dan alleen 'medisch specialist worden'.

HBO zorgprofessionals

Meer mogelijkheden voor toegespitste 'medische' opleidingen op HBO-niveau

De mogelijkheden voor meer toegespitste 'medische' opleidingen op HBO-niveau, naast een wetenschappelijke opleiding geneeskunde, dient in dat kader eveneens serieus onderzocht te worden. De RVZ zal hier in zijn in 2010 te verschijnen advies Nieuwe beroepen op terugkomen.

Taakherschikking

Instroom opleiding verpleegkundig specialist uitbreiden

Bij de huidige instroom in de opleiding tot nurse practitioner / verpleegkundig specialist duurt het 14 tot 21 jaar om aan de berekende behoefte tegemoet te komen. De RVZ beveelt daarom aan de instroom in de opleiding te vergroten door meer middelen uit het opleidingsfonds daarvoor beschikbaar te stellen.

Mogelijkheden voor afspraken benutten

Afspraken in overeenkomsten

De RVZ beveelt aan dat de minister van VWS de mogelijkheden die een RvB van een ziekenhuis heeft om afspraken te maken over opleiden en over het totaal aantal specialisten per maatschap nog eens onder de aandacht brengt van de sector.

Effectieve instrumenten gebruiken voor regulering honorering medisch specialisten

Honorering medisch specialisten

Als de overheid de honorering van medisch specialisten wil verlagen, beveelt de RVZ aan effectieve instrumenten in te zetten: verlaging van de maximumtarieven en het verlagen van de normtijden in de DBC's. De kwestie van het honoreringsniveau komt trouwens wel anders te liggen als betrokkenen zelf meebetalen aan hun (vervolg)opleiding.

5.2 De tweede fixus: vervolgopleidingen

De aanbevelingen van de RVZ voor de tweede fixus beogen de werking van het systeem van vervolgopleidingen transparant(er) en toekomstbestendig(er) te maken, en het mogelijk te maken dat de instroom en de capaciteit meer op geleide van maatschappelijke knelpunten kunnen worden bijgesteld.

Tripartite financiering vervolgopleidingen

Heroverweging financiering vervolgopleidingen

De fixus voor de vervolgopleidingen wordt in belangrijke mate bepaald door financiële overwegingen. Dat zal bij verdere introductie van meer marktwerking niet anders zijn. De RVZ beveelt een heroverweging aan van de financiering van vervolgopleidingen. Daarin moet naar zijn mening een grote rol blijven voor de overheid om te bepalen welke en hoeveel specialisten nodig zijn om de continuïteit van zorg te waarborgen. Dat is nodig om publieke belangen te borgen. De RVZ beveelt aan de overheid, de instellingen en de aios ieder voor een deel aan de kosten van de vervolgopleidingen te laten bijdragen.

Financiële prikkels voor minder populaire vervolgopleidingen

De Raad is voorstander van het inbouwen van financiële prikkels om de instroom in minder populaire vervolgopleidingen te vergroten door een lagere eigen bijdrage van de aios. Omdat het zoals voor de ouderengeneeskunde gaat om grote groepen kwetsbare patiënten met complexe aandoeningen, zou de overheid bij voorrang een verhoogde instroom in deze opleidingen moeten stimuleren. Verder zijn waarschijnlijk flankerende maatregelen in de sfeer van arbeidsvoorwaarden noodzakelijk. Hoewel dit in eerste instantie aan de sociale partners is, zou VWS dit met nadruk onder de aandacht moeten brengen.

Kostprijsberekening vervolgopleidingen urgent

Het berekenen en vaststellen van een kostprijs van medische vervolgopleidingen, rekening houdend met de productie die aios leveren heeft hoge prioriteit. Daarom beveelt de RVZ aan in de kosten van de opleiding een onderscheid te maken tussen een opleidingsdeel en een salaris / productiedeel.

Dat heeft een aantal voordelen: het brengt helderheid over – en biedt mogelijkheden voor de verrekening van de door de aios geleverde productie, het verhoogt de transparantie en het opent de weg om op termijn een discussie te voeren over een ‘rugzakje’ voor de aios voor de opleiding. Dat laatste draagt bij aan de keuzevrijheid van de aios.

Kwaliteit normeren

Kwaliteit normeren

De minister van VWS wil duidelijkheid verschaffen over de bij de cruciale zorgfuncties behorende specialismen, voor zowel de cure als de care, zo blijkt uit zijn recente brief ‘Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning’ aan de Tweede Kamer. De Raad is het hiermee eens. De RVZ beveelt aan dat de overheid in dat kader ook de gewenste normering vaststelt: voor welk specialisme bijvoorbeeld is 24 uren aanwezigheid vereist? Die uitkomst is van invloed op het aantal benodigde medisch specialisten.

Positie en taak Capaciteitsorgaan heroverwegen

Positie en taak
Capaciteitsorgaan
heroverwegen

De RVZ beveelt de minister aan de positie en samenstelling van het Capaciteitsorgaan te heroverwegen. Naar de mening van de RVZ zou het orgaan een onafhankelijke positie moeten krijgen en de minister de samenstelling moeten bepalen. Zoals nu al gebruikelijk is, kan ook in de toekomst voor de ramingen gebruik worden gemaakt van expertise bij onderzoeksinstituten en veldwerkers. Te overwegen valt daarbij tegelijkertijd de uitkomsten van de evaluatie van de positie van het College Beroepen Opleidingen Gezondheidszorg te betrekken. Naast ramingen, waarin ook rekening wordt gehouden met frictie-werkloosheid, ziet de RVZ een belangrijke functie voor het monitoren van de omvang van beroepsgroepen in de gezondheidszorg (dus niet alleen het monitoren van medisch specialisten).

Rol overheid vervolgoedingen

Rol overheid
vervolgoedingen
heroverwegen

Een herbezinning op de rol van de overheid bij vervolgoedingen in de gezondheidszorg is volgens de RVZ in de nabije toekomst onontkoombaar. Hij beveelt aan de in hoofdstuk 4 genoemde aandachtspunten daarbij te betrekken.

5.3 De eerste fixus afschaffen over vijf jaar

Iste fixus loslaten over vijf jaar

Numerus fixus over vijf
jaar loslaten

De RVZ beveelt aan de numerus fixus voor de initiële opleiding geneeskunde af te schaffen na een gedegen voorbereiding. De Raad denkt daarbij aan een termijn van vijf jaar.

Loting vervangen door
100% decentrale selectie,
WHW aanpassen

Loslaten van de numerus fixus betekent dat de aantallen studenten niet langer op voorhand nationaal worden vastgesteld, maar dat de universiteiten de mogelijkheid krijgen meer op te leiden dan de aantallen die

door de overheid worden bekostigd. Het lotingsysteem wordt vervangen door 100% decentrale selectie door de universiteiten. De RVZ beveelt de overheid aan zo spoedig mogelijk voorbereidingen te treffen voor de wetswijzigingen die in de WHW (en daarmee samenhangende regelingen) nodig zijn om het lotingsysteem af te schaffen.

Nu starten met een goede voorbereiding

Nu starten met een goede voorbereiding

De voorbereiding door de universiteiten behelst een andere organisatie van de co-schappen, het opstellen van heldere selectiecriteria, een optimale BAMA-structuur en het profileren op kwaliteit en bijzondere kenmerken van de opleiding.

Ruimte in capaciteit benutten

Wat de capaciteit van de initiële opleiding betreft, beveelt de Raad aan om de ruimte in capaciteit die er nog is te benutten, de co-schappen anders te structureren, meer te investeren in e-learning, en zo nodig medical schools op te richten.

Nu verruimen van de instroom is een 1e stap

Nu verruimen van de instroom is een 1e stap

De RVZ beveelt aan zo spoedig mogelijk de instroom in de initiële opleiding te verruimen van 2850 naar 3100 zoals onlangs door het capaciteitsorgaan is geadviseerd. Uitbreiding van de instroom beschouwt de RVZ als een 1e stap op weg naar verdere liberalisering.

Bijlage 1



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

Aan de voorzitter van
de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
Prof. drs. M.H. Meijerink
Postbus 19404
2500 CK DEN HAAG

Datum 19 MRT 2009
Betreft Verzoek om advies numerus fixus

Geachte heer Meijerink,

Hierbij verzoek ik u, mede namens mijn ambtgenoot van OCW, een advies uit te brengen over het verruimen, dan wel het loslaten van de numerus fixus voor de initiële opleiding geneeskunde. In het Algemeen Overleg van 4 februari met de vaste commissie Volksgezondheid, Welzijn en Sport is het belang van een dergelijk advies van uw Raad gewisseld. Alvorens ik de adviesvraag zal formuleren, zal ik vanuit een korte historische context de huidige situatie rondom de opleidingscapaciteit beschrijven.

Verleden tot heden

Als gevolg van een grote belangstelling voor de opleiding geneeskunde gedurende de jaren zeventig werd de numerus fixus eind jaren zeventig ingevoerd. Hiermee moest het aanbod van basisartsen beter aansluiten bij de behoefte. De instroom werd in eerste instantie op 1.485 studenten vastgesteld, maar gedurende de jaren negentig verhoogd naar 1.800. Aan het begin van dit decennium ontstond een tekort aan medisch specialisten en basisartsen en is mede op aandringen van de Tweede Kamer¹ en op advies van het op dat moment net opgerichte Capaciteitsorgaan de numerus fixus stapsgewijs verhoogd tot 2.850, wat een verdubbeling impliceert in circa tien jaar tijd. De output vanuit de opleiding geneeskunde is al met al gestegen met zo'n 1.200 basisartsen per jaar. Het aantal van 2.850 geldt tot op de dag van vandaag, ondanks het meest recente advies van het Capaciteitsorgaan om de numerus fixus weer te verlagen tot 2.500.

In enkele beroepen kunnen basisartsen rechtstreeks aan het werk², maar verreweg de meesten volgen een vervolgopleiding³. Gezien de totale doorlooptijd van geneeskundestudent tot medisch specialist, zijn de effecten van veranderingen in de meeste gevallen pas na twaalf jaar merkbaar.

Tien jaar geleden is het Capaciteitsorgaan opgericht om de grote pieken en dalen van de varkenscyclus die zichtbaar was bij artsen en medisch specialisten af te vlakken. Tien jaar geleden gaf het Capaciteitsorgaan zijn eerste advies af.

¹ Motie Melkert uit 2001

² Denk bijvoorbeeld aan consultatieartsen of bedrijfsartsen

³ Vervolgopleiding tot hulsarts (3 jaar), medisch specialist (4 - 6 jaar), sociaal geneeskundigen (4 jaar) of verpleeghuisarts en arts verstandelijk gehandicapten (3 jaar)

Macro Economische Vraagstukken en Arbeidsvoorwaardenbeleid

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.minvws.nl

Inlichtingen bij
I. Been
i.been@minvws.nl
T 070 340 74 05

Ons kenmerk
MEVA/NBO-2915895

Bijlagen

Uw brief

Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.



Gezien de doorlooptijd van opleidingen zullen de aankomende jaren de resultaten van de eerste adviezen merkbaar worden. De opleidingscapaciteit van de medische vervolgoopleidingen⁴ als ook de huisartsenopleiding zijn mede op basis van adviezen van het Capaciteitsorgaan de afgelopen jaren gestegen van 4.480 plaatsen in 2000 naar 8.654 eind 2008. De output vanuit de initiële opleiding geneeskunde lijkt daarmee ruim voldoende om aan de vraag bij vervolgoopleidingen te voldoen. Het proces tussen advies van het Capaciteitsorgaan en realisatie van opleidingsplaatsen bevatte tot de oprichting van het opleidingsfonds amper restrictieve instrumenten, maar in ieder geval geen formele overheidssturing. Het Capaciteitsorgaan gaf een advies af en het veld had bij het opvolgen daarvan de nodige vrijheidsgraden. Regelmatig werd in de praktijk door het veld afgeweken van een advies, in opwaartse of neerwaartse zin.

Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid

Ons kenmerk
MEVA/NBO-2915895

Onder meer naar aanleiding van het OECD-rapport⁵ dat in december is verschenen, als ook uw RVZ-advies 'Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg' klinkt het geluid om de numerus fixus te verruimen dan wel los te laten om het aanbod van artsen en medisch specialisten te vergroten. Dit zou onder meer moeten leiden tot lagere salarissen voor medisch specialisten, lagere zorgkosten en een meer gelijk speelveld moeten creëren tussen medici, management, verzekeraars en patiënten.

Adviesvraag

Met mijn ambtgenoot van OCW vraag ik u te adviseren over het verruimen dan wel loslaten van de numerus fixus. Worden de genoemde doelen met deze maatregel bereikt? Ik wil u daarbij vragen specifiek aandacht te besteden aan de volgende punten.

a. salarissen van medisch specialisten

Leidt het verruimen dan wel het loslaten van de numerus fixus tot de gewenste salarisverlaging voor huisartsen en medisch specialisten, of moeten daar (ook) andere maatregelen voor worden doorgevoerd. Een recent OECD-rapport⁴ komt tot de conclusie dat er een gedeeltelijk verband is tussen aantallen medisch specialisten en salarissen, maar niet één-op-één. Dit impliceert dat er meer factoren van invloed zijn op het salaris van medisch specialisten. Graag ontvang ik uw advies over de te nemen maatregelen.

b. creëren gelijk speelveld

Een beperkt aanbod van huisartsen en medisch specialisten wordt vaak gezien als marktmacht. Een groter aanbod van artsen zou de verhoudingen tussen medische staf en management van ziekenhuizen gelijkwaardiger maken, de zorgverlening voor patiënten klantvriendelijker en zorgverzekeraars keuzevrijheid geven. Beschouwt u het verruimen dan wel het loslaten van de numerus fixus een bijdrage hiertoe? Graag ontvang ik uw advies hierover.

c. de uitvoerbaarheid en bekostiging van de initiële opleiding geneeskunde

De belangstelling voor de initiële opleiding geneeskunde is groot. Jaarlijks melden zich circa 6.900 kandidaten aan voor de opleiding. De huidige capaciteit bij de faculteiten is géént op een jaarlijks instroom van 2.850 studenten.

⁴ Huisartsen, verpleeghuisartsen en medisch specialisten.

⁵ The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: what are the factors influencing variations across countries?



Dit is de grootste opleidingscapaciteit die de opleidingsinstellingen ooit hebben gekend. Ook voor het invoeren van de numerus fixus in de jaren zeventig was de capaciteit maximaal 1.900 studenten instroom per jaar. Dat impliceert dat het verruimen, dan wel het loslaten van de numerus fixus vragen oproept over de uitvoerbaarheid door de huidige opleidingsinstellingen. Ik verzoek u ook aandacht te besteden aan het signaal dat opleidingsinstellingen hebben afgegeven over de relatie tussen capaciteit en kwaliteit tijdens de opleiding, als ook tijdens de coschappen en stages voor studenten.

Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid

Ons kenmerk
MEVA/NSO-2915895

d. de uitvoerbaarheid en bekostiging van de vervolgoopleidingen

Het verruimen van de numerus fixus voor de initiële opleiding geneeskunde, kan niet worden losgekoppeld van de medische vervolgoopleidingen. In de doelstellingen klinkt door dat hetzelfde geldt voor medisch specialisten. Ik verzoek u te adviseren over de haalbaarheid c.q. de uitvoerbaarheid voor de betrokken opleidingsinstellingen van een forse uitbreiding van de medische vervolgoopleidingen.

Thans worden de plaatsen per specialisme beschikbaar gesteld. Ik verzoek u aandacht te besteden aan de spreiding over de diverse specialismen, in het bijzonder de specialismen waarvoor de belangstelling beperkt is⁶.

Momenteel worden zowel de initiële opleiding als de medische vervolgoopleidingen volledig gefinancierd uit belastingmiddelen. Met de huidige opleidingscapaciteit bedraagt dit alleen al voor de vervolgoopleidingen circa 1 miljard euro. Graag ontvang ik uw advies over de te verwachten kostenontwikkeling en de bekostigingswijze van deze opleidingen als de numerus fixus en toetredingsbelemmeringen tot de medische vervolgoopleidingen geheel afwezig zouden zijn.

e. uitvoering

In de inleiding is reeds aangegeven dat ook in het verleden diverse partijen soms 'hun eigen gang gingen', omdat een en ander niet uitvoerbaar of wenselijk is. Op voorhand zou het bijvoorbeeld denkbaar zijn dat wellicht niet alle 6.900 belangstellenden daadwerkelijk zullen deelnemen aan de opleiding geneeskunde. Maar zullen de opleidingsinstellingen alle overige belangstellenden in staat stellen om de opleiding te volgen? Is het uw verwachting dat wetenschappelijke verenigingen hun volle medewerking zullen geven aan het opleiden van alle belangstellenden? Ik verzoek u om te bezien, in het perspectief van functioneren van de opleidingsmarkt de afgelopen decennia, of het marktfaal uit het verleden zich zal herhalen indien de numerus fixus wordt verruimd, dan wel wordt afgeschaft. Voort verzoek ik u te bezien hoe de verruiming van het aanbod van artsen zich verhoudt met de taakherschikking die wordt nagestreefd?

f. aanbodgeïnduceerde vraag

Bij een ruim aanbod van artsen zou de vraag per arts kunnen dalen. Om de vraag per arts niet onder een voor hem of haar ongewenst niveau te laten dalen, zou een arts zelf zijn of haar aanbod kunnen reguleren, ook wel aanbodgeïnduceerde vraag genoemd. Ik verzoek u aandacht te besteden aan de omvang van dit fenomeen en te bezien of het huidige bekostigingssysteem voldoende maatregelen bevat om dit te ondervangen.

⁶ Verpleeghuisarts, jeugdarts, arts infectieziekten etc.



g. toename van de vraag

Een patiënt die behoefte heeft aan zorg moet bij een arts terecht kunnen. Een groter aanbod van artsen maakt zorg laagdrempelig. De vraag is echter of een groter aanbod van artsen een uitnodigend effect heeft op patiënten, waardoor een zorgbehoefte die in het verleden niet zou zijn geweest zich manifest maakt. Ik verzoek u aandacht te besteden aan de vraag of een groter aanbod van artsen door dit effect tot een toename van de zorgconsumptie zou leiden.

**Macro Economische
Vraagstukken en
Arbeidsvoorwaardenbeleid**

**Ons kenmerk
MEVA/NBO-2915895**

We verzoeken u te adviseren in het najaar van 2009 en bij uw advies de Onderwijsraad te betrekken.

Hoogachtend,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. A. Klink



Bijlage 2

Adviesvoorbereiding

Het advies is vanuit de Raad voor de Volksgezondheid voorbereid onder leiding van:

Mevrouw drs. M. Sint

Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat

Prof. drs. M.H. Meijerink, voorzitter RVZ

Relevante functies en nevenactiviteiten raadsleden:

Mevrouw drs. M. Sint

- voorzitter van de Raad van Commissarissen van de ROVA, Zwolle

- lid van de Raad van Commissarissen BPF Bouwinfest.

Mevrouw prof. dr. D.D.M. Braat

lid van de Gezondheidsraad,

lid Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek,

voorzitter bestuur Stafconvent, UMC St. Radboud, Nijmegen.

Prof. drs. M.H. Meijerink

- voorzitter Raad van Toezicht Universiteit van Utrecht,

- voorzitter programmacommissie Evaluatie regelgeving (CER), ZonMw.

De Raad is in de voorbereiding bijgestaan door een ambtelijke projectgroep bestaande uit:

mevrouw mr. G.P.M. Raas, projectleider

dr. H.P.M. Kreemers, projectmedewerker

drs. D.C. Duchateau, MBA en L.J. Schmit Jongbloed, arts, MBA (LSJ Medisch Projectbureau)

mevrouw A. Houkes, (SEO economisch onderzoek)

mevrouw I. Wallenburg (gastadviseur bij de RVZ)

mevrouw N.L. Buijs, projectsecretaresse

Mevrouw drs. M.C. Willemsen van MC Communicatie bood ondersteuning bij het schrijven van het advies.

De Raad adviseert onafhankelijk. Gesprekken tijdens de voorbereiding van een advies hebben niet het karakter van draagvlakverwerving. De gesprekspartners hebben zich niet aan het advies gecommitteerd.

Klankbordgroep Numerus fixus

De Raad is bij de voorbereiding van het advies bijgestaan door een klankbordgroep. Deze klankbordgroep, die 4 x bijeen is geweest, bestond uit de volgende personen:

- prof. dr. W.J.J. Assendelft, Leids Universitair Medisch Centrum
- prof. dr. O. Bleker
- mevrouw drs. M.P.H. Bögels, Nederlandse Federatie van Kankerpatiëntenorganisaties
- drs. W. van Gijn, chirurg in opleiding
- mevrouw drs. C.J.W. Hirschler-Schulte, Deventer Ziekenhuis
- prof. dr. R.S.G. Holdrinet, UMC St. Radboud, Faculteit der Medische Wetenschappen
- prof. dr. R.T.J.M. Janssen, Mondriaan
- drs. F.C.A. Jaspers, Universitair Medisch Centrum Groningen
- mevrouw J.G.W. Lensink MScN, Medisch Spectrum Twente
- mevrouw prof. dr. P.L. Meurs, Erasmus MC
- J.M. Pomp, zelfstandig onderzoeker
- M.J. Ploeg MCHM, Diabetesvereniging Nederland
- prof. dr. H.A.P. Pols, Erasmus Universiteit Medisch Centrum
- drs. J. Wallage, Raad voor het Openbaar Bestuur

Belanghebbendenbijeenkomst

De Raad is de voorbereiding van het advies gestart met het uitnodigen van belanghebbenden om hun zienswijze kenbaar te maken op de in de adviesaanvraag geschetste materie. Zij zijn daarnaast in de gelegenheid gesteld die zienswijze mondeling toe te lichten. De ontvangen reacties en het verslag van de op 10 juni 2009 gehouden hoorzitting zijn te vinden op de website van de RVZ. Bij deze bijeenkomst waren aanwezig:

- mr. A.J.W.M. van Bolderen, Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband
- prof. dr. J.W.W. Coebergh, Federatie van Medisch Wetenschappelijke Verenigingen
- J. Coolen, Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
- mevrouw mr. M.H.J. Coppens-Wijn, Vereniging van Nederlandse Universiteiten
- dr. P.J. Dörr, Orde van Medische Specialisten
- mevrouw prof. dr. L.J. Gunning-Schepers, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
- dr. L.H. van Hulsteijn, Orde van Medische Specialisten
- drs. A.C.M. van de Luijngaarden, Landelijke vereniging voor Medisch Specialisten in opleiding
- prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
- drs. G.J.H.C.M. Peeters, Raad van Bestuur Maastricht UMC+
- C.F.H. Rosmalen, Landelijke Huisartsen Vereniging
- H. van der Schoot, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen

- V.A.J. Slenter, Stichting Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen
- prof. dr. E.A. van der Veen, College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
- dr. D.P.W.M. Wientjes, Orde van Medische Specialisten

Studentenbijeenkomst

Op 6 november heeft de Raad een rondetafelgesprek gevoerd met studenten geneeskunde. Hoe zij denken over het al dan niet afschaffen van de numerus fixus is te lezen in het verslag van die bijeenkomst op de website van de RVZ. Bij deze bijeenkomst waren aanwezig:

- mevrouw B. Dikken
- mevrouw E. Dronkers
- M. de Graaf
- P. Huizinga
- mevrouw E. Janssen
- S. Kasper
- dr. A.P.J. Klootwijk
- mevrouw A.L. van der Kooi
- mevrouw K. Korte
- mevrouw Leenen
- R.J. Sprong
- dr. ir. A.P.N. Themmen
- J. Tielbeek
- M. C. Verboom
- M. Vink
- P. Woudstra

Brochure

De RVZ heeft Mevrouw Christinne Willemsen (MC Communicatie) gevraagd professionals uit de praktijk te interviewen. De bevindingen uit de twaalf interviews heeft zij opgetekend in de brochure 'Numerus fixus geneeskunde. Twaalf mensen, twaalf meningen'. De brochure is te vinden op de website van de RVZ (www.rvz.nl). De volgende personen zijn geïnterviewd:

- mevrouw C. Blanken-Peeters
- prof. dr. J.C.C. Borleffs
- G. Cerfontaine
- drs. U.F. Hiddema
- V. Jansen
- prof. dr. J. Kremer
- mevrouw B. Oldenbeuving
- M. Ploeg
- prof. dr. H. Pols
- A. Verhoeven
- mevrouw S. Viveen
- mevrouw H.M.M. Vos

Bijlage 3

Begrippen

Numerus fixus wordt in de Van Dale omschreven als studentenstop. Als er sprake is van meer gegadigden dan opleidingsplaatsen, moet worden bepaald hoeveel studenten kunnen worden toegelaten tot de opleiding. Dan kan men spreken van een studentenstop. In die zin is op dit moment sprake van een numerus fixus voor zowel de initiële geneeskundeopleiding als voor de (meeste van de) medische vervolgopleidingen.

Een *numerus fixus* wordt meestal geassocieerd met een overheid die de aantallen studenten bepaalt, maar dat ligt genuanceerder. Voor de initiële opleiding geneeskunde in Nederland bepaalt de minister van OCW indirect de aantallen studenten door de bekostiging. Het aantal bekostigde opleidingsplaatsen baseert de minister op ramingen van het Capaciteitsorgaan. Het staat universiteiten echter vrij om daarnaast studenten toe te laten uit andere landen. Op dit moment is daarvan sprake (studenten uit Saoedi-Arabië bv betalen zelf de opleiding). De instroom in de initiële opleiding ligt dicht aan tegen het aantal dat door de minister bekostigd wordt.

Voor de vervolgopleidingen ligt het ingewikkelder. Financiering van een x aantal opleidingsplaatsen door de minister van VWS wil nog niet zeggen dat de x aantallen basisartsen ook daadwerkelijk worden opgeleid tot medisch specialist. Instellingen / ziekenhuizen en maatschappen van medisch specialisten (en wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten) kunnen besluiten meer of minder specialisten op te leiden. Zie verder de achtergrondstudie over het medisch opleidingscontinuüm.

Naast numerus fixus worden termen gebruikt als opleidingsfixus en instellingsfixus en arbeidsmarktfixus. Ze worden hierna toegelicht.

De *opleidingsfixus* (ook wel capaciteitsfixus genoemd) komt alleen voor in het wetenschappelijk onderwijs (wo) en is landelijk. Als er te weinig plaatsen zijn om alle studenten in te schrijven voor een bepaalde opleiding, wordt door de universiteiten een opleidingsfixus ingesteld (art. 753 WHW). Omdat de opleiding aan meerdere universiteiten gegeven wordt, kunnen studenten bij aanmelding de volgorde van hun voorkeur opgeven. Als ze niet rechtstreeks toegelaten worden op basis van een gemiddelde eindexamencijfer, maar wel worden ingeloot, dan bepaalt een vervolgloting bij welke instelling ze geplaatst worden. Geneeskunde, diergeneeskunde en tandheelkunde zijn voorbeelden van opleidingen met een opleidingsfixus.

Een *instellingsfixus* komt zowel in het wo als in het hoger beroepsonderwijs (hbo) voor. Als het aantal plaatsen van een opleiding aan een of meerdere instellingen onvoldoende is om alle studenten in te schrijven, wordt er een numerus fixus vastgesteld door die instelling(en). Als een

student niet ingeloot wordt voor de opleiding aan de instelling van eerste voorkeur, kan de student de opleiding volgen aan een andere instelling. De andere instelling moet dan wel een vrije instroom hebben. Het kan voorkomen dat alle instellingen een instellingsfixus voor een bepaalde opleiding hebben. Hierdoor is het niet altijd mogelijk de opleiding bij een andere instelling te volgen. Tenzij er plaatsen bij een instelling overblijven en er een tweede loting plaatsvindt. Een voorbeeld van een instellingsfixus is de opleiding mondhygiëne.

Bij een *arbeidsmarktfixus* kan de minister van OCW bij ministeriele regeling de instroom beperken (artikel 7.56 WHW). Dat kan als het aanbod van afgestudeerden van een bepaalde opleiding de behoefte daaraan op de arbeidsmarkt in aanmerkelijke mate dreigt te overtreffen of daadwerkelijk overtreft en dit naar verwachting gedurende een reeks van jaren het geval zal zijn. In het verleden was de juridische basis voor een arbeidsmarktfixus de Machtigingswet inschrijving studenten, maar die regeling is nu opgenomen in de WHW. Volgens een publicatie van het ministerie van OCW¹ is onder de huidige regelgeving een arbeidsmarktfixus nooit toegepast.

1 Eurydice Nederland. Het onderwijssysteem in Nederland 2007. Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, november 2207 (pag..)

Bijlage 4

Effecten van verruimen dan wel afschaffen van de drievoudige fixus

Wat gaat er gebeuren als er meer studenten worden toegelaten tot de (vervolg)opleiding geneeskunde én er geen belemmering zou zijn bij de toetreding tot de arbeidsmarkt? Zijn de problemen in de zorg die in de adviesaanvraag worden genoemd dan opgelost, of is het verruimen dan wel afschaffen van de drievoudige numerus fixus geen panacee?

In deze bijlage gaat de RVZ eerst in op de te verwachten effecten van een ruimere toelating op de volgende onderwerpen: het aanbod van medisch specialisten, de kwaliteit van zorg, de zorgkosten (inclusief de invloed op de salarissen van medisch specialisten), op de totstandkoming van een gelijk speelveld (*level playing field*) en taakherschikking. Vervolgens gaat het in de bijlage over de effecten van een ruimere fixus op de kwaliteit en kosten van de opleiding(en). Voor al deze onderwerpen is in de adviesaanvraag expliciet aandacht gevraagd.

1. Effect op het aanbod van medisch specialisten

Inleiding

Als de numerus fixus van de initiële opleiding geneeskunde wordt verruimd of afgeschaft, zal dit niet (automatisch) leiden tot een verandering van het aantal medisch specialisten in Nederland. Dit komt omdat er nog twee barrières zijn die de doorstroom van het aantal potentiële studenten geneeskunde tot gevestigd specialist belemmeren.

Een tweede 'fixus' bij de vervolgopleidingen

Ten eerste: na goed gevolg van de initiële opleiding kunnen studenten niet zomaar instromen in deze vervolgopleidingen. In de loop der jaren is een ingewikkeld bouwwerk ontstaan van instanties en van beslissers die de instroom in een vervolgopleiding bepalen (zie voor een beschrijving de achtergrondstudie over het medisch opleidingscontinuüm van Duchateau et. al). Op dat moment worden studenten dus voor de tweede keer geconfronteerd met een beperking van de instroom.

Anders dan bij de initiële opleiding stelt het Rijk niet de instroom in de opleiding vast. Hoewel het ministerie van VWS de vervolgopleiding bekostigt, zijn het *de facto* de wetenschappelijke verenigingen die de instroom bepalen. Een recent rapport hierover: "Meer opleiden dan de wetenschappelijke verenigingen willen, is niet eenvoudig. In de huidige structuur kunnen zij uitbreiding tegenhouden en is het niet mogelijk hen te dwingen de instroom te verhogen" (Van Baalen et al, 2008). Ook als de minister van VWS meer opleidingsplaatsen zou willen subsidiëren is het resultaat dus niet zonder meer 'meer specialisten'.

Een derde 'fixus' bij toetreding tot de arbeidsmarkt

Ten tweede: nadat de arts in opleiding voor medisch specialist de vervolgopleiding heeft afgerond, kan hij/zij te maken krijgen met een derde instroombeperking. Dit noemt de RVZ de derde fixus: de instroombeperking op de arbeidsmarkt voor medisch specialisten.

De meeste specialisten verwerven na afronding van hun vervolgopleiding een plaats binnen een medisch specialistische maatschap in een algemeen ziekenhuis. Een beperkt aantal van hen (met name psychiaters, oogartsen, plastisch chirurgen, orthopeden en dermatologen) vestigt zich zelfstandig of in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) oftewel een privékliniek.

Hoewel het in een aantal opzichten eenvoudiger is geworden om als zelfstandig gevestigde toe te treden tot de markt, is toetreding nog steeds niet eenvoudig zonder de steun van de reeds gevestigde specialisten en huisartsen in de betreffende regio. Zelfstandig vestigen buiten de reeds gevestigde specialisten om leidt tot veel weerstand. In de huidige situatie beslist in de eerste plaats de maatschap over het wel of niet uitbreiden met een nieuwe collega. De invloed van de Raad van Bestuur op mogelijke uitbreiding lijkt niet groot. Met andere woorden: een groep specialisten kan er zelfstandig voor kiezen lange werkweken te maken met het oog op de inkomenspositie (zie verder Duchatteau et al) en hiermee de toegang tot de arbeidsmarkt blokkeren. Die lange werkweken zullen overigens per specialisme variëren en mede afhangen van de mate waarin andere professionals kunnen worden ingezet voor de te verrichten werkzaamheden.

Conclusie

Als alleen de *numerus fixus* voor de initiële opleiding geneeskunde wordt opgeheven zal dit geen effect hebben op het aantal werkzame medisch specialisten. Dit komt omdat er nog twee barrières zijn die de doorstroom van het aantal potentiële studenten geneeskunde tot gevestigd specialist belemmeren. Dit zijn de barrières die de doorstroom van basisartsen naar de vervolgopleiding belemmeren en de barrières die afgestudeerde specialisten belemmeren om hun beroep daadwerkelijk uit te oefenen. Alleen als die twee andere barrières ook (deels) worden geslecht, zal het aantal specialisten stijgen bij het verruimen of afschaffen van de *numerus fixus* in de initiële opleiding. Men kan stellen dat er in feite sprake is van een drievoudige *fixus*.

2. Effect op de kwaliteit van zorg

Inleiding

Welke invloed heeft het verruimen of loslaten van de drievoudige *numerus fixus* op de kwaliteit van zorg? Zal een groter aanbod van medisch specialisten zorgen voor een betere kwaliteit van zorg?

Wat effecten op de kwaliteit betreft, maakt de RVZ een onderscheid in effecten op de toegankelijkheid, de klantvriendelijkheid, te behalen gezondheidswinst en aanbodgeïnduceerde vraag.

Toegankelijkheid

De toegankelijkheid van zorg zal niet zonder meer toenemen als er meer artsen en medisch specialisten komen. Dit is onder meer afhankelijk van de invulling van het begrip toegankelijkheid.

Wachttijden – als aspect van toegankelijkheid – zouden korter kunnen zijn bij een groter aanbod van artsen en medisch specialisten. Hoewel de wachttijden bij bijvoorbeeld algemene ziekenhuizen zijn afgenomen, zijn ze nog wel hoger dan de Treeknormen (TK, 29 689, nr. 153). En er zijn nog altijd grote verschillen tussen specialismen. Zo kan het voorkomen dat voor een niet spoedeisend consult bij een dermatoloog bijvoorbeeld met een wachttijd van 2 maanden moet worden gerekend. Ook aan de behoefte aan avondspreekuren en weekendbehandelingen zal met meer medisch specialisten beter tegemoet gekomen kunnen worden. Om te voorkomen dat dit een groter beslag legt op de gebouwde infrastructuur in de instellingen, zal verlenging van de bedrijfstijd nodig zijn.

Wel is het zo dat de toegankelijkheid van zorg in Nederland al als erg goed wordt beoordeeld. Het is de vraag of die nog verbeterd moet worden. Zo wordt Nederland in de Euro Health Consumer Index geprezen om zijn ‘outstanding position’ wat betreft toegankelijkheid. De – bewust gekozen – beperkende factor is de poortwachterfunctie van de huisarts (Health Consumer Powerhouse, 2009).

Regionaal zijn er nog wel mogelijkheden om de toegankelijkheid te verbeteren. In bepaalde regio's en voor bepaalde specialismen zijn wel tekorten. Zo is er geringe animo onder huisartsen om zich op het platteland te vestigen. Het opleiden van meer specialisten in het algemeen is hiervoor echter niet zonder meer een oplossing. Hiervoor is flankerend beleid nodig omdat het tekort niet wordt toegeschreven aan tekorten bij specialisten, maar aan het feit dat partners niet meewillen (MC 16 juli 2009 / 64 nr. 29-30). Wel is het zo dat bij een ruimer aanbod waarschijnlijke ook de praktijken op het platteland gemakkelijker huisartsen zouden vinden.

Klantvriendelijkheid

De klantvriendelijkheid van de zorg zal toenemen als er meer artsen en specialisten komen. Het is aannemelijk dat bij een groter aanbod van medisch specialisten concurrentie op dit punt beter mogelijk wordt. Huisartsen en specialisten zouden zich dan bijvoorbeeld kunnen onderscheiden door het aanbieden van meer minuten per consult. Ook een meer op de wensen van de patiënt afgestemde dienstverlening, bijvoorbeeld in de vorm van avondspreekuren en/of het afleggen van meer visites aan huis, ook door medisch specialisten, is waarschijnlijker gemakkelijker

te realiseren bij een groter aanbod. Tevredenheid van een patiënt over tijd en aandacht die een arts heeft zal zeker bijdragen aan de door de patiënt gepercipieerde kwaliteit.

Gezondheidswinst

De gezondheidswinst zal naar verwachting niet in hoge mate toenemen bij een groter aanbod van specialisten.

In internationaal perspectief heeft Nederland een gering aantal medisch specialisten (RVZ, 2008). Voor een internationale vergelijking worden veelal rapporten gebruikt van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO/ OECD). Berger noemt de daarin genoemde getallen geflatteerd omdat in die cijfers geen rekening is gehouden met niet meer praktiserende artsen. Als daarmee wel rekening wordt gehouden, komt Nederland uit op 1,9 arts per 1.000 inwoners. Het gemiddelde in de OECD landen ligt op 2,7. Ook het aantal praktiserend specialisten ligt met 1,4 per 1000 inwoners onder het OECD gemiddelde van 1,8 (Berger, 2009).

De kernvraag is echter: “Wat is de relatie tussen het aantal artsen per aantal inwoners en de kwaliteit van zorg?” Levert investeren in meer artsen gezondheidswinst op? Het gaat hierbij om het resultaat van de zorgverlening, de gezondheid van de populatie. In de achtergrondstudie van Ottes wordt verder op het onderzoek dat daarop een antwoord kan geven, ingegaan.

De conclusie is, dat er wetenschappelijk geen duidelijke positieve relatie is aan te tonen tussen het totaal aantal artsen en de kwaliteit van zorg. Voor wat het aantal medisch specialisten betreft lijkt er eerder een negatief verband te zijn. Wel is er binnen de Verenigde Staten een positief verband gevonden tussen het aantal huisartsen en de kwaliteit van zorg. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de VS in vergelijking tot Nederland veel minder huisartsen kent. De poortwachterfunctie is in de VS veel minder ontwikkeld.

Vervolgens is gekeken in hoeverre de wijze waarop de zorg georganiseerd wordt van belang is. Voorbeelden van andere organisaties laten zien dat voor een doelmatige zorg op een kwalitatief hoog niveau een goed georganiseerde zorg belangrijker is dan het aantal artsen en medisch specialisten en dat door taakherschikking hoge kwaliteit van zorg tegen (veel) lagere kosten mogelijk is (Ottes, 2009).

Aanbodgeïnduceerde vraag

Meer specialisten zal leiden tot meer zorggebruik, maar of daarbij sprake is van aanbodgeïnduceerde vraag is niet altijd duidelijk (achtergrondstudie Houkes).

Het begrip aanbodgeïnduceerde vraag roept veel emoties op. Het roept beelden op van artsen die zichzelf verrijken over de rug van de patiënt. Hoewel er natuurlijk overal in de samenleving uitzonderingen te vinden zijn doet dit beeld natuurlijk geen recht aan de mensen die werken in de gezondheidszorg. Veel realistischer is het beeld van de arts die in werkt in een vakgebied waar soms wel, maar soms ook geen heldere protocollen zijn. En de arts die zijn werk uitoefent in interactie met de patiënt. Wensen van ouders, maar ook docenten en anderen rondom kinderen bijvoorbeeld genereren een vraag waarvan het onduidelijk is of deze medisch gezien wel beantwoord zou moeten worden. Naast nieuwe indicaties, worden op deze manier ook bestaande indicatiegebieden verruimd. Onnodige vraag ontstaat dus niet alleen door actie van de arts alleen.

Artsen hebben echter wel een belangrijke rol in het beïnvloeden van de vraag van patiënten. En dat is in het algemeen goed. Artsen zijn opgeleid om diagnoses te stellen en patiënten te informeren over welke zorg zij nodig hebben. Het beïnvloeden van de vraag is dus normale beroepspraktijk. Deze beïnvloeding wordt pas kwalijk als de arts de patiënt zodanig beïnvloedt dat de zorgvraag van de patiënt niet meer in het belang is van de patiënt, maar alleen in het belang van de arts. In dat geval is er volgens het *Handbook of Health economics* (McGuire 2000) sprake van “aanbodgeïnduceerde vraag”. Aanbodgeïnduceerde vraag kan betekenen dat de arts de patiënt stimuleert te veel zorg te vragen, met als doel zijn eigen inkomen te verhogen.

Of aanbodgeïnduceerde vraag bestaat en zo ja op welke schaal is nooit methodologisch onproblematisch aangetoond. Dit komt omdat artsen een grote kennisvoorsprong hebben op anderen als het gaat om weten wat de juiste zorg is (daar zijn zij jaren voor opgeleid). En zelfs artsen weten niet altijd wat de juiste zorg is: niet over alle (combinaties van) ziekten zijn eensluidende protocollen over wat er gedaan moet worden en hoe vaak. Tenslotte is al het onderzoek naar intenties van mensen bijzonder lastig, want alleen gedrag is waarneembaar.

Wel is de DBC-bekostigingssystematiek voor met name artsen in maatschappen gevoelig voor aanbodinductie. Mocht het feit dat er meer artsen komen, artsen dus prikkelen hun inkomen te vergroten via het aanbieden van zorggebruik dat niet direct nuttig is voor de patiënt, dan stelt de financiering van de Nederlandse gezondheidszorg artsen hiertoe in staat. Er zijn veel specialismen waarbij aanbodgeïnduceerde vraag zeer onwaarschijnlijk is omdat het grote ethische problemen oproept en relatief makkelijk te ontdekken is door collega's. Bij bepaalde specialismen (goed voor 10% tot 20% van de Nederlandse omzet in de ziekenhuiszorg) kunnen artsen echter zonder grote ethische problemen aanbod induceren. Denk hierbij met name aan extra “voor de zekerheid”-zorg.

Conclusie

Er is geen eenduidige conclusie mogelijk over het effect van het verruimen van de numerus fixus op de kwaliteit van zorg. Het effect hangt mede af van het niveau waarop kwaliteit wordt gemeten. Zo is aannemelijk dat een groter aanbod van artsen en medisch specialisten leidt tot een 'betere' dienstverlening en tot grotere klantvriendelijkheid.

Maar op populatieniveau is gezondheidswinst niet zonder meer toe te schrijven aan meer artsen. Wel is het duidelijk dat als er meer artsen komen, er ook meer zorg geleverd zal worden. De aannemelijkheid dat deze schadelijk is voor de patiënt en dus de kwaliteit zal aantasten is echter niet groot.

Wel past hier de kanttekening dat er ook in Nederland regelmatig geluiden over schaarste te horen zijn. Zo trekken anesthesisten en plastisch chirurgen aan de bel (Medisch Contact 07-10-2009 en Volkskrant 02-10-2009). Verder wordt op dit moment een tekort gesignaleerd aan artsen voor de verstandelijk gehandicapten. Vanuit een kwaliteitsperspectief acht de RVZ dat zorgwekkend. Een vergelijkbaar probleem doet zich voor in de verpleeghuissector. Het blijkt niet eenvoudig voldoende artsen te interesseren voor een opleiding tot specialist ouderengeneeskunde (vroeger verpleeghuisarts). De medische zorg voor kwetsbare mensen kan daardoor onder druk te staan. Het is aannemelijk dat sectoren die nu kampen met tekorten bij een groter aanbod beter 'bediend' kunnen worden.

3. Effect op de zorgkosten

Inleiding

Welke invloed heeft het verruimen of loslaten van de drievoudige numerus fixus op de zorgkosten? Zoals beschreven in de vorige paragraaf zal het verruimen of opheffen van de numerus fixus voor de initiële opleiding geneeskunde niet automatisch leiden tot een groter aanbod van medisch specialisten. Als echter ook de andere twee barrières (deels) geslecht worden, zullen er meer medisch specialisten komen. Zal een groter aanbod van medisch specialisten zorgen voor een verandering in de zorgkosten?

(Zorg)kosten bestaan uit volume maal prijs. Deze paragraaf behandelt daarom eerst de invloed van een groter aanbod medisch specialisten op het zorggebruik en op de honoraria van medisch specialisten.

Invloed van meer specialisten op het zorggebruik

Als er door het verruimen of loslaten van de 1ste numerus fixus en het slechten van de andere barrières meer medisch specialisten komen in Nederland zal het zorggebruik toenemen (achtergrondstudie Houkes). Dit is een normaal economisch verschijnsel.

Uit een overvloed van onderzoek dat afgelopen decennia is gedaan (Cromwell 1986, Birch 1988, Fuchs 1987, Escarce 1992, Carlson 1998, Delattre en Dormont 2003, Jürges 2007) blijkt dat mensen meer zorg gebruiken als er meer artsen beschikbaar zijn. Dit heeft twee redenen. Ten eerste: als iets makkelijker bereikbaar en beter beschikbaar is wordt het meer gebruikt. De drempel om naar de arts te gaan wordt kleiner als zorg dichterbij beschikbaar is en wachttijden minder lang zijn. Ten tweede zorgt het feit dat er meer aanbieders zijn dat zij met elkaar gaan concurreren om klanten. Dit kunnen zij doen op prijs, kwaliteit, variëteit of service. Deze concurrentie zorgt voor een aantrekkelijker product. En iets dat aantrekkelijker is wordt meer verkocht. De SOS-arts (een arts die aan huis komt op wens van de patiënt, zonder dat getoetst wordt of de patiënt ook naar de arts zou kunnen komen) is een voorbeeld van een al bestaand gezondheidsproduct waaraan meer service is toegevoegd.

Dat de vraag duidelijk toeneemt bij een groter aanbod van artsen blijkt ook uit de Nederlandse empirie. Bij het sluiten van het Stadsziekenhuis in Kampen in 1994 (Post 1997) bleek het jaar daarna het aantal verwijzingen naar een ziekenhuis gedaald met 19%. Het aantal opgenomen patiënten daalde met 17%. Hetzelfde effect was te zien bij sluiting van het Sint Antoniusziekenhuis in Horst. Het aantal ziekenhuisopnames in de regio daalde met 32% en het totaal aantal verpleegdagen met 40%. Bij de opening van een ziekenhuis in Lelystad was het tegenovergestelde effect te zien. Het aantal opnames steeg met 33% en het totaal aantal verpleegdagen nam toe met 48%.

Invloed van meer specialisten op de honoraria

Als er door het verruimen of loslaten van de 1ste numerus fixus en het slechten van de andere barrières meer medisch specialisten komen in Nederland zullen de honoraria van specialisten naar verwachting niet sterk dalen. Dit heeft drie redenen.

Ten eerste is er (nog) geen sprake van een vrije markt. De tarieven voor medisch specialisten worden op dit moment gereguleerd. Hoewel een deel van de DBC's vrij onderhandelbare prijzen heeft, zijn de tarieven voor medisch specialisten en de normtijden gereguleerd. Wel is het zo dat als er minder schaarste aan medisch specialisten is, het voor de overheid gemakkelijker is om de gereguleerde tarieven iets te laten dalen of minder sterk te laten stijgen. Dit effect gaat echter alleen op als de schaarste aan medisch specialisten zal afnemen als er meer medisch specialisten komen. Of dit echter in sterke mate het geval is valt te bezien. Als door het toenemende zorggebruik de verhouding zorggebruik en aantal medisch specialisten gelijk blijft, zal schaarste niet minder worden.

Ten tweede: ook als de prijsregulering losgelaten zou worden, is het nog de vraag of de tarieven van medisch specialisten zullen dalen ten opzichte van het huidige gereguleerde tarief, omdat meer specialisten betekent dat

er meer zorggebruik zal komen. Aanbieders zullen meer gaan concurreren. In een gewone markt kunnen zij dit doen op prijs, kwaliteit, variëteit en service. Vanwege twee redenen is het echter onwaarschijnlijk dat aanbieders prijs zullen kiezen om op te concurreren. Ten eerste omdat patiënten nauwelijks een prijs betalen voor zorg en ten tweede omdat de zorgvraag van patiënten heel prijsongevoelig is, zelfs als zij een eigen bijdrage moeten betalen. De prijselasticiteit ligt tussen de $-0,1$ en $-0,2$ (RVZ 2004). Dit betekent dat in het extreme en zeer onwaarschijnlijke geval dat alle zorgverzekeringen afgeschaft zouden worden (en patiënten dus alle kosten van zorg volledig zelf zouden moeten betalen) patiënt als specialisten hun honoraria verdubbelen toch nog steeds 80% tot 90% van die zorg, nu voor het dubbele tarief, zullen afnemen. Zorginstellingen zullen dus veel beter patiënten kunnen trekken met andere aspecten waarvoor patiënten veel gevoeliger (te maken) zijn, namelijk: kwaliteit, variëteit en service.

Verzekeraars zouden op de prijzen kunnen letten, maar hebben op dit moment nog niet de positie om dit te kunnen doen (Van de Ven en Schut 2009). Dit komt omdat verzekeraars bang zijn om klanten te verliezen als zij niet alle ziekenhuizen voor bijna alle specialismen contracteren. Ziekenhuizen weten dit, waardoor verzekeraars geen grote machtspositie hebben ten opzichte van de ziekenhuizen. Zodra patiënten meer informatie hebben over bijvoorbeeld kwaliteit wordt het mogelijk voor verzekeraars om sommige ziekenhuizen voor sommige specialismen uit te sluiten. Echter, patiënten zullen nog steeds prijsinelastisch zijn en dus wel gevoelig zijn voor kwaliteit, service en waar interessant variëteit, maar niet voor prijzen. Verzekeraars kunnen de kosten van een bepaald specialisme wel indirect beïnvloeden, door volume-afspraken te maken: goedkope ziekenhuizen krijgen dan meer volume toegewezen dan dure ziekenhuizen. Echter, dit moeten verzekeraars dan wel collectief doen, want als de verzekerde merkt dat zijn verzekeraar de wachtlijsten voor zijn favoriete ziekenhuis kunstmatig doet oplopen, zal hij – met name als hij iets onder de leden heeft - per de eerstvolgende januari overstappen naar een andere verzekeraar. Als verzekeraars echter collectief een kostprijs verlagen hebben zij er geen concurrentie-voordeel van. Wel kunnen zij op korte termijn genieten van een toegenomen verschil tussen kostprijs en ex ante vergoeding. Op termijn zal een collectieve prijsdaling van een bepaald specialisme naar verwachting leiden tot verlaging van de ex ante vergoeding hiervoor.

Ten derde heeft de hoogte van een honorarium van een bepaalde beroeps-groep (al dan niet gereguleerd) niet alleen met vraag en aanbod te maken, maar ook met (maatschappelijke) waardering. Dit blijkt bijvoorbeeld uit de markt voor ingenieurs. Hoewel ingenieurs de afgelopen jaren schaars waren, bleef hun salaris laag. Zij zelf wijten dit aan de lage maatschappelijke waardering voor hun beroep (zie onderstaand citaat). Voor medisch specialisten geldt het omgekeerde: zij staan hoog in aanzien en zullen dus naar verwachting veel blijven verdienen.

‘Schaars, maar matig gewaardeerd’
“Bedrijven vochten de afgelopen jaren om afgestudeerde ingenieurs. Ze waren immers schaars. Toch verdient een startende ingenieur nog steeds minder dan een startende econoom. Waarom krijgen ingenieurs weinig waardering, zowel maatschappelijk als financieel?”
Technisch Weekblad, 9 mei 2009

Last but not least: als echter wordt besloten de honoraria van artsen niet meer te reguleren, zullen de honoraria van artsen in een vrije markt uiteraard nog veel sterker stijgen als het aanbod van specialisten kunstmatig beperkt wordt, dan als dat niet het geval is.

Conclusie

Een stijging van het aantal medisch specialisten zal onder de huidige condities waarschijnlijk niet leiden tot een lagere honorering en wel tot meer zorgvolume. Dit betekent dat een toename van meer specialisten zal leiden tot meer zorgkosten.

Kortom, het is niet waarschijnlijk dat een verruiming van de drievoudige numerus fixus op dit moment direct zal leiden tot een forse daling van de honoraria van medisch specialisten. Wie de honorering van medisch specialisten wil verlagen heeft aan verlaging van de maximumtarieven en het verlagen van de normtijden in de DBC's een effectiever instrument.

4. Effect op de totstandkoming van een gelijk speelveld

In zijn advies Governance en kwaliteit van zorg heeft de RVZ gewezen op de disbalans in de relatie tussen de raad van bestuur van een ziekenhuis en de medisch specialisten (RVZ, 2009). De Integratiewet uit 2000 die tot doel had de medisch specialisten te integreren in de ziekenhuisorganisatie heeft niet het beoogde effect gehad.

De ‘medische staf’ als organisatieverband van medisch specialisten bestaat al veel langer dan 2000. Wel is het zo dat de Integratiewet anders heeft uitgedrukt dan beoogd. Er heeft weliswaar een verdergaande integratie tussen ziekenhuizen en specialisten plaatsgevonden, maar anders dan de overheid in 2000 voor ogen stond: In plaats van op te gaan in de ziekenhuisorganisatie, hebben medisch specialisten hun positie in het ziekenhuis verzelfstandigd door de medische staf om te vormen tot een (zelfstandige) juridische entiteit: de *vereniging* medische staf (VMS) of (ingegeven door de fiscus): de stafmaatschap, met andere woorden tot een organisatieverband met rechtspersoonlijkheid.

Op zich heeft de vorming van de VMS niets te maken met de machtsverhoudingen in ziekenhuizen. Het punt is wel dat “de medische staf” – als collectief – veel (informele) macht heeft, en dan wordt met

“de medisch staf” bedoeld: alle medisch specialisten die in een ziekenhuis werkzaam zijn, of dat nu in loondienst is, of als vrij gevestigde.

In dat verband heeft de RVZ in zijn advies Governance en kwaliteit van zorg er op gewezen dat een Raad van Bestuur (RvB) op het eerste gezicht over voldoende instrumenten kan beschikken voor zijn relatie met de medische staf. Zo is voor dit advies van belang dat de RvB van een ziekenhuis over instrumenten beschikt om een maatschap van vrij gevestigde medisch specialisten te verplichten de maatschap uit te breiden c.q. een (nieuwe) medisch specialist op te nemen in de maatschap. De huidige model-toelatingsovereenkomst (MTO) bepaalt dat het ziekenhuis – i.c. de Raad van Bestuur – gerechtigd is om een beoefenaar van een ander, hetzelfde of nevenspecialisme aan het ziekenhuis te verbinden, dan wel het aantal specialistenplaatsen te verminderen, indien dit redelijkerwijs wordt vereist, hetzij

- in verband met de omvang van de werkzaamheden van de medisch specialist,
- door de ontwikkeling van de geneeskunde
- om andere redenen in het belang van de medisch specialistische zorg in het ziekenhuis.

(artikel 18 lid 1 MTO)

Een RvB die voornemens is een dergelijk besluit te nemen moet dit doen conform de ter zake met (een vertegenwoordiging van) de medische staf overeengekomen procedure. Die procedure ligt vast in het Document Medische Staf (DMS).

Bij nadere beschouwing ligt het hebben van voldoende instrumenten echter ingewikkelder. Zo heeft hij onder meer gewezen op het ‘vleugellam’ zijn als gevolg van de ‘collectieve macht van de medische staf’. In het advies heeft hij voorstellen gedaan om de disbalans om te buigen naar een evenwichtiger verhouding.

Het verruimen of zelfs loslaten van de numerus fixus zal waarschijnlijk niet direct/rechtstreeks invloed hebben de collectieve macht van de medische staf en op het ‘onderhandelingspel’ op collectieve niveaus tussen RvB en Medisch Stafbestuur.

Het is wel reëel te verwachten dat de bereidheid van (individuele) medisch specialisten om op lokaal niveau verdergaande verplichtingen te accepteren en contractueel vast te leggen toeneemt, zeker wanneer er een surplus aan medisch specialisten ontstaat. Dat biedt mogelijkheden voor Raden van Bestuur en verzekeraars om verdergaande afspraken te maken met medisch specialisten en hen daarop ook aan te spreken. Instellingen, maar ook huisartsenpraktijken, hebben bij een ruimer aanbod ook meer mogelijkheden om bij een vacature te kiezen uit geschikte kandidaten/specialisten. Ook het vervangen van minder goed of slecht functionerende specialisten is gemakkelijker bij een ruimer aanbod.

Of het in loondienst zijn van medisch specialisten gunstig uitwerkt op een gelijk speelveld is niet op voorhand gegeven.

Conclusie

Een meer gelijk speelveld is op termijn wel een waarschijnlijke uitkomst als er meer artsen en specialisten komen, maar zal niet rechtstreeks van invloed zijn op het 'collectieve onderhandelingsniveau' binnen een instelling.

5. Effect op taakherschikking

Het verruimen of loslaten van de numerus fixus (naast het slechten van andere barrières) en daarmee een verruiming van het aantal artsen en medisch specialisten heeft indirect invloed op taakherschikking. De exacte financiering van de verschillende beroepsgroepen bepaalt of en zo ja naar wie taken herschikt worden of niet.

De overheid heeft de afgelopen jaren een beleid in gang gezet om taakherschikking te stimuleren. Zo worden opleidingen voor Physician Assistants (PA's) en Nurse Practitioners (NP's) / verpleegkundig specialisten bekostigd uit het opleidingsfonds en is wetgeving aangepast (en nog in voorbereiding) om meer taakherschikking mogelijk te maken. Zowel de Gezondheidsraad als de Inspectie voor de Gezondheidszorg rapporteren over de positieve effecten van taakherschikking op de kwaliteit van zorg (Gezondheidsraad, 2008 en IGZ, 2008).

Wat er gaat gebeuren als er meer medisch specialisten komen is onduidelijk. Zo hebben de PA's in Nederland hun intrede gedaan ten tijde van tekorten aan arts-assistenten. Als er meer (artsen en medisch specialisten worden opgeleid, zou dit kunnen leiden tot een geringere behoefte aan PA's. Voor de NP's / verpleegkundig specialisten ligt dit mogelijk iets genuanceerder omdat die minder direct gekoppeld zijn aan één medisch specialisme en hun werkzaamheden bestaan uit een mix aan medische en verpleegkundige werkzaamheden.

Het is waarschijnlijk dat de effecten in financiële zin voor betrokkenen de doorslag zullen geven. Want wie beslist over de inzet? Wordt de mogelijkheid geboden aan PA's en NP's / verpleegkundig specialisten (en eventueel andere anders gekwalificeerden) om een zelfstandige behandelrelatie aan te gaan met patiënten? Zal er met andere woorden sprake zijn van rechtstreekse toegankelijkheid voor de patiënt zoals bij de fysiotherapie? Of blijft de huisarts poortwachter? Als dat het geval is, hangt het effect van meer artsen af of de huisarts de inzet van bijvoorbeeld een PA of NP nodig acht voor de praktijkvoering. Dat geldt ook als de huisarts hoofd-aannemer is voor keten-DBC's. Het is niet gezegd dat de huisarts dan voor de begeleiding van bijvoorbeeld chronische patiënten als mensen met diabetes en/of COPD een verpleegkundig specialist inzet.

Als het een instelling is die de beslissing neemt, zal die bezien hoe de balans van voor- en nadelen uitvalt. Wat betekent het bijvoorbeeld voor de continuïteit en kwaliteit van zorg, wat doet het met de reputatie van de instelling en de patiënttevredenheid? Welke inspanningen zijn nodig om organisatieveranderingen door te voeren? Moet er eventueel weerstand bij de specialisten overwonnen worden?

Als een individuele beroepsbeoefenaar beslist, bijvoorbeeld een huisarts of een (bv chirurgische of cardiologische) maatschap zal het financiële effect op de eigen inkomsten mogelijk zwaarder wegen dan een argument als een in totaliteit doelmatiger zorgverlening.

Conclusie

Aannemelijk is dat een groter aanbod aan artsen en medisch specialisten zou kunnen leiden tot een minder beroep op andersopgeleide zorgprofessionals die taken van artsen kunnen overnemen. Van belang is wie beslist over de inzet van anders gekwalificeerden en wat de financiële consequenties zijn voor de instellingen en/of medisch specialist.

6. Effect op de kwaliteit van de opleidingen

Wat zijn nu de te verwachten effecten op de kwaliteit van de opleidingen indien de 1ste en de 2de numerus fixus zouden worden verruimd of losgelaten? Die effecten zijn voor de initiële en de vervolgoopleidingen anders.

Effecten op de kwaliteit van de initiële opleiding

In de afgelopen twee decennia is de didactische aanpak in de initiële opleiding aanzienlijk gewijzigd. Van oudsher waren in de eerste jaren van de opleiding grootschalige, frontale colleges de norm: een docent sprak een zaal toe met weinig interactie. Naar mate de student vorderde in zijn opleiding werden colleges kleinschaliger en nam de interactiviteit toe. Voor de “klassieke” colleges zou uitbreiding van het aantal studenten geen probleem zijn. De beperking zou slechts zijn gelegen in de infrastructuur: kort gezegd het aantal stoelen in de zaal.

Sinds de komst van de medische faculteit in Maastricht heeft echter het probleem gestuurd onderwijs (PGO) zijn intrede gedaan. In deze onderwijsvorm staat kleinschalig onderwijs in de vorm van werkgroepen centraal. Hierdoor wordt een groter beslag gelegd op de beschikbare hoeveelheid docenten. Waar “vroeger” een docent voor een grote collegezaal stond, is hij nu moderator van kleinschalige werkgroepen.

Kleinschalig onderwijs is inmiddels geruime tijd aan alle medische faculteiten in Nederland de norm. Uitbreiding van het aantal studenten zal met deze onderwijsvorm sneller een groter beslag leggen op de beschikbare docentcapaciteit. Anderzijds is de inzet van docenten flexibeler omdat

de werkgroepbegeleider niet langer per se de vakinhoudelijk expert is die zijn kennis overdraagt op de groep, maar een ter zake kundige die de studenten begeleidt in hun zoektocht naar de juiste kennis. Deze onderwijstaak wordt door de docent uitgevoerd “in concurrentie” met klinische en wetenschappelijke taken. Toename van het aantal studenten zonder “in te leveren” op wetenschappelijke en klinische taken impliceert – met de huidige onderwijsopzet – uitbreiding van de staf en/of een andere organisatie van het onderwijs.

Conclusie: met betrekking tot de initiële opleiding kan worden geconcludeerd dat organisatorische aanpassingen en extra middelen nodig zullen zijn om het aantal studenten uit te breiden, maar dat uitbreiding van de instroom in de initiële opleiding mogelijk is. Zie verder over de haalbaarheid en uitvoerbaarheid par. 4.4.

Effecten op de kwaliteit van de vervolgopleiding

Wat een verruiming van de instroom voor de kwaliteit van de vervolgoopleidingen zou betekenen is niet zonder meer duidelijk omdat er nog geen goede maten zijn om die meten. Wel mag een basiskwaliteit verondersteld worden door de eisen die de CCMS aan de opleiding en opleiders stelt. Maar zo stelt het ECRi rapport uit 2006 over de kwaliteit van vervolgoopleidingen dat een aanbesteding van opleidingsplaatsen nog niet mogelijk is omdat de kwaliteit van de opleiding nog niet verifieerbaar en derhalve niet contracteerbaar is vanwege het ontbreken van adequate kwaliteitsindicatoren.

Het ontbreken van een set van gevalideerde en in de praktijk getoetste kwaliteitsindicatoren heeft inmiddels geleid tot een door het in opdracht van het CBOG ontwikkelde gevalideerde PHEEM-vragenlijst die op een betrouwbare en bruikbare methode het door aios ervaren opleidingsklimaat in kaart brengt. Het opleidingsklimaat van de onderzochte opleiding (interne geneeskunde) wordt door de respondenten overigens overwegend positief beoordeeld.

Conclusie: in zijn algemeenheid kan de conclusie zijn dat – uitgaande van de basiskwaliteitseisen door de CCMS - de instroom zonder verlies van kwaliteit kan worden verruimd. Voor de praktische uitvoerbaarheid dient wel aandacht te worden geschonken aan de rol van de wetenschappelijke vereniging in het geheel (zie verder in het advies ook par. 4.4).

7. Effect op de kosten van de opleidingen

Als de 1ste numerus fixus wordt afgeschaft en ook andere barrières verdwijnen, zal de instroom in de opleidingen toenemen. Dat is zowel voor het berekenen van de kosten van de initiële als vervolgoopleidingen van belang. Uit de achtergrondstudie (Kosten van het loslaten van de numerus fixus, Houkes) blijkt dat de uitkomst van deze berekening afhankelijk is een complex geheel van factoren en variabelen, die we op voorhand niet allemaal kunnen voorspellen en invullen. Deze paragraaf beschrijft de belangrijkste conclusies van de achtergrondstudie.

De kosten van de initiële opleiding

Kostenposten voor het Rijk

De volgende kostenposten zijn relevant voor het Rijk. Ten eerste de kosten van de geneeskundestudie. Ten tweede: de kosten van een alternatieve studie. Als studenten uitgeloot worden voor geneeskunde zullen de meesten een andere studie kiezen om in de toekomst te kunnen voorzien in hun levensonderhoud. Dat betekent dat er door het verruimen of loslaten van de numerus fixus naast meer geneeskunde-studenten, minder andere studenten komen. De kosten voor het Rijk voor deze studies zullen dus dalen. Ten derde: door het feit dat mensen drie keer mogen meeloten “wachten” ze één of twee jaar voordat ze in sommige gevallen als nog met hun studie geneeskunde beginnen. Dit betekent dat zij ten opzichte van de studenten die direct beginnen met geneeskunde studeren één of twee jaar later op de arbeidsmarkt beginnen. Het Rijk derft voor hen daardoor één of twee jaar belastinginkomsten. Ten slotte is er nog de studiefinanciering. Studenten geneeskunde krijgen een jaar langer studiefinanciering dan studenten met een betastudie.

Dit zijn de kostenposten waarmee het Rijk rekening zou kunnen houden in de politieke besluitvorming. Maar het zijn niet de daadwerkelijke kosten voor het Rijk. Deze hangen namelijk volledig af van de besluitvorming. Het Rijk bepaalt hoeveel geld het uittrekt voor het hoger onderwijs, op welke manier zij dit verdeelt over de faculteiten en hoe hoog het belastingtarief is.

Totale rijksbijdrage vast: hoe meer studenten, hoe minder geld per student

Heel belangrijk voor deze berekening is dat de rijksbijdrage een verdeelmodel is. Dat betekent dat als er meer of minder mensen gaan studeren de rijksbijdrage niet verandert. En dat betekent weer dat de subsidie die het Rijk verleent per student omlaag gaat als er meer studenten gaan studeren en omhoog gaat als er minder studenten gaan studeren.

Onder dit principe geen extra kosten loslaten numerus fixus voor het Rijk

Als het Rijk dit principe handhaaft, betekent dit dat het Rijk niet meer geld kwijt zou hoeven zijn aan opleidingen als er meer mensen geneeskunde gaan studeren.

Het Rijk zal waarschijnlijk toch meer geld willen betalen

Echter, de vorige keer dat de numerus fixus is verruimd is er niet voor gekozen om dit principe te handhaven. Vanwege de verruiming van de numerus fixus met 300 opleidingsplaatsen is de rijksbegroting opgehoogd met 120.000 per opleiding. Deze 120.000 is gebaseerd op het rapport van de commissie Linschoten. Hierin wordt berekend dat de marginale kostprijs voor een geneeskunde-opleiding 120.000 is. Aangezien de bestaande opleidingen deze 300 extra plaatsen (=1800 studenten die tegelijkertijd studeren) op zich genomen hebben, kon met de marginale prijs gerekend worden. De rijksbijdrage is tegelijkertijd niet gekort vanwege het feit dat deze 1800 studenten nu geen andere studie gingen volgen.

Hoeveel extra subsidie zal het Rijk aan het budget toevoegen?

Hoeveel extra subsidie het Rijk zal toevoegen aan de rijksbijdrage onderwijs en onderzoek hangt af verschillende overwegingen. Twee belangrijke zijn de volgende:

Het zou niet reëel zijn om voor een oneindig aantal extra studenten met de marginale kostprijs te rekenen. Bestaande faculteiten kunnen naar verwachting nog 10% tot 20% extra studenten plaatsen. Bij een verdere verruiming is er extra capaciteit nodig. Deze kan gerealiseerd worden door een nieuwe faculteit of wellicht door *medical schools*.

Tot nu toe is de Rijksbijdrage niet verlaagd naar aanleiding van het feit dat er – als er meer studenten geneeskunde gaan studeren – minder studenten een andere studie gaan doen. Echter, hoe hoger de verruiming is, hoe waarschijnlijker het wordt dat OCW daarover gaat nadenken.

Conclusie kosten initiële opleiding

Een verruiming van 10% kan met de bestaande faculteiten worden opgelost. Als de rijksbijdrage verhoogd wordt met de marginale kostprijs betekent deze verruiming 36 miljoen extra kosten voor het rijk. Als het rijk tegelijkertijd de rijksbijdrage compenseert voor evenveel minder andere studenten betekent deze verruiming een kostenpost van 21 miljoen.

10% verruiming oplossen met:	Kosten voor het Rijk
Bestaande faculteiten	€ 20-35 miljoen

Bij een verruiming van 25% kunnen de bestaande faculteiten wellicht niet meer alle capaciteit oplossen. Er zijn verschillende opties. Globaal kosten deze (afhankelijk van of het Rijk de rijksbijdrage compenseert en de manier waarop de *medical schools* worden georganiseerd):

25% verruiming oplossen met:	Kosten voor Rijk
Bestaande faculteiten	€ 50-90 miljoen
10%-20% bestaande faculteiten + rest nieuwe faculteit	€ 55 -110 miljoen
Medical schools	€ 20-90 miljoen

Bij het loslaten van de numerus fixus kan bij de aantallen scholieren die geneeskunde willen studeren kunnen de bestaande faculteiten niet de volledige capaciteit leveren zonder dat deze gebruik maken van andere ziekenhuizen.

Loslaten numerus fixus oplossen met:	Kosten voor het Rijk
10-20% bestaande faculteiten + rest nieuwe faculteit	€ 180-320 miljoen
Medical schools	€ 50-250 miljoen

Zie voor de berekeningen de achtergrondstudie (Houkes) over de kosten van het loslaten van de numerus fixus.

De kosten van de vervolgopleiding geneeskunde

De subsidie die het ministerie van VWS geeft per opleidingsplaats is hoog en verschilt sterk tussen de opleidingen. Het meest opvallende verschil is het verschil voor de opleiding tot psychiater in een GGZ-instelling (€ 43.800) en de opleiding tot psychiater in een ziekenhuis (€ 118.000).

De meeste klinisch specialismen krijgen een jaarlijkse subsidie van tussen de € 158.000 per jaar (in een klein opleidingsziekenhuis) en € 118.200 (in een groot opleidingsziekenhuis). Enkele specialismen kosten minder. Als de huidige subsidiebedragen gehandhaafd blijven, betekent een stijging van 100 extra vervolgopleidingsplaatsen, afhankelijk van de specialismen en opleidingsplaats en op basis van de huidige (in hoogte wisselende) subsidiebedragen, een extra subsidie van tussen de € 4 miljoen en € 14,5 miljoen.

Conclusie

Afhankelijk van het aantal extra vervolgopleidingsplaatsen zullen de kosten toenemen. De kosten bedragen op dit moment ongeveer 1 miljard euro per jaar. Daarbij moet aangetekend worden dat bij de invoering van de Zorgverzekeringswet de kosten voor opleiden uit het premiegeld zijn gehaald en de budgetten van instellingen hiervoor zijn geschoond. Uitbreiding van de opleidingscapaciteit met 100 artsen kost tussen de € 4 miljoen en € 14,5 miljoen extra per jaar, afhankelijk van het specialisme waarbinnen de instroom toeneemt.

Bijlage 5

Lijst van afkortingen

ABA	Adviescommissie Behoeftenbepaling Artsen
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
AGIKO	Assistent Geneeskundige In opleiding tot Klinisch Onderzoeker
AGV	Aanbod geïnduceerde vraag
AIOS	Assistent In Opleiding tot Specialist
AMC	Academisch Medisch Centrum Universiteit van Amsterdam
AMvB	Algemene Maatregel van Bestuur
ANIOS	Assistent Niet In Opleiding tot Specialist
AVG	Arts verstandelijk gehandicapten
BA	Bachelor of Arts
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (NFU, NVZ en Orde)
BOLS	Bestuurlijk Overleg Lichtvoetige Structuur (NFU, NVZ, ZN en Orde)
BOLS+	Bestuurlijk Overleg Lichtvoetige Structuur
B.Sc.	Bachelor
CanMEDS	Canadian Physician Competency Framework
CBOG	College Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CCMS	Centraal College Medische Specialisten
CHVGv	College voor Huisartsgeneeskunde Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijk gehandicapten
CMA	Canadian Medical Association
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CSG	College voor Sociale Geneeskunde
CUNS	Commissie Uitgangspunten Nieuw Studiefinancieringsstelsel
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
ECG	Elektrocardiogram
ECRi	Erasmus Competition and Regulation Institute
EER	Europese Economische Ruimte
ErasmusMC	Erasmus Medisch Centrum
EU	Europese Unie
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
hidha	huisarts in dienst van een huisarts
IBG	Informatie Beheer Groep
LUMC	Leids Universitair Medisch Centrum
KNAW	Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNO	Keel-, Neus- & Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-halsgebied
MA	Master of Arts
MC	Medisch Contact
MD	Doctor of Medicine
MDL	Maag-Darm-Lever Artsen

MDW	Werkgroep Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit
M.Sc.	Master of Science
MSRC	Medisch Specialisten Registratie Commissie
NF	Numerus Fixus
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NIV	Nederlandse Internisten Vereniging
Nivel	Nederlands Instituut voor onderzoek van gezondheidszorg
NOV	Nederlandse Orthopedische Vereniging
NP	Nurse Practitioner
NVAO	Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie
NVZ	NVZ vereniging van ziekenhuizen
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OCW	Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap
OECD/	Organisation for Economic Co-operation and Development
OESO	
OMS	Orde van Medisch Specialisten
PA	Physician Assistant
PGO	Probleem Gestuurd Onderwijs
PHEEM	Postgraduate Hospital Educational Environment Measure
POH	Praktijkondersteuner Huisartsen
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SBOH	Stichting Beroepsopleiding Huisartsen
SEH	Spoedeisende Hulp
SEO	SEO Economisch Onderzoek
SGRC	Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie
sidas	specialist in dienst van een andere specialist
STG	STG/Health Management Forum Zorgnetwerk voor toekomstverkenning en strategieontwikkeling
SUMMA	Selective Utrecht Medical Master
TK	Tweede Kamer
UEMS	Union Européenne des Médecins Spécialistes
UMC	Universitair Medisch Centrum
UMCG	Universitair Medisch Centrum Groningen
USMLE	United States Medical Licensing Examination
UVA	Universiteit van Amsterdam
VAZ	Vereniging van Academische Ziekenhuizen
VSNU	Vereniging van Universiteiten
VUMC	VU medisch centrum
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
WHW	Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek
WMG	Wet marktordening gezondheidszorg
ZBC	Zelfstandig Behandel Centrum
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 6

Literatuurlijst Numerus Fixus

Algemeen Dagblad Artsen. Specialist verdient meer dan minister.
31 juli 2009.

Arbeidsmarkt, de, naar opleiding en beroep tot 2014. Researchcentrum
voor Onderwijs en Arbeidsmarkt. Maastricht: november 2009.

Baalen, M.R. van, P.J. Bosman en W.L. Vreeman. Analyse van medisch
specialistische ‘tekortsectoren’. Analyse van de sectoren waarin de
instroom in de opleiding tot medisch specialist structureel (naar
beneden) afwijkt van de door het capaciteitsorgaan geraamde instroom,
2008.

Bakker, R.H., et al. De “R-Factor” eindrapportage van een
onderzoek naar het belang van regionale factoren bij planning van
opleidingscapaciteit en innovatie van medische vervolgopleidingen in
de OOR Noord & Oost Nederland. NCG: februari 2007, ISBN 978-
90 77113-578.

Bato, I. Meer nadruk op bètavakken geneeskundeopleidingen. Hoger
Onderwijs Persbureau, 12 augustus 2009.

Berende, E. et al. Regulation of the Postgraduate Medical Education,
2009-01, 2009.

Biggelaar, F.J.H.M. van den. New approaches to improve the evaluation
of mammograms, proefschrift 2009. ISBN 978-90-5278-863-0.

Biggelaar, F.J.H.M. van den, et al. Martinus Nijhoff Publishers,
European journal of Health Law, 2009, no. 16, p. 271-279.

Björnberg, A., Ph. D.B. Cebolla Garrofé en Ph. D. Lindblad. Health
Consumer Powerhouse Report Euro Health Consumer Index, 2009.
ISBN 978-91-977879-1-8.

Borghans, L. en B. Golsteyn. De kosten van uitgesteld leren.
Kwartaalschrift Economie, no. 3, 2006.

Bos, N.A. Internationalisering van onderwijs en onderzoek: de juiste
keuze. Rede; Uitgesproken bij de aanvaarding van ambt van hoogleraar
in de Internationalisering van onderwijs in medische wetenschappen.
Groningen: 10 november 2009.

Bosch, W.F. van den, K.J. Roozendaal en J. Silberbusch. HSMR nog
geen betrouwbare maat voor zorgkwaliteit Schommelende sterftcijfers.
Medisch Contact, 64, 2009, juli, p. 31-32.

Bosman, P.J. et al. Kostprijsonderzoek opleidingsfonds Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, eindrapportage. Berenschot, november 2008. FB/Inkoop-2777760.

Broers, C. et al. Safety and efficacy of a nurse-led clinic for post-operative coronary artery bypass grafting patients. Elsevier International Journal of Cardiology, 2006, 106, p. 111-115.

Broers, C.J.M. The Nurse Practitioner; verpleegkundig specialist tussen Care en Cure, Proefschrift. ISBN 978-903-6736879.

Broersen, S. Gezocht: opvolger in de achterhoek, startende huisartsen gaan niet naar afgelegen gebieden. Medisch Contact, 64, no. 29-30, p. 1288.

CFI. Beslisregels bekostiging WO 2009. Februari 2008. CFI 88009.

Collot d'Escury, T., et al. De Zeven Zorgen Studie. Ontwikkelingen Nederlandse ziekenhuizen 2003-2008 en belangrijkste aandachtspunten voor de toekomst. Roland Berger, strategy consultants.

Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, de zorg van morgen; Advies van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking. Juli 2003.

Commissie ruimbaan voor talent. Eindrapport 'ruim baan voor talent': (wegen voor talent). ISBN 978-905-910-6-6-2.

Commissie Uitgangspunten Nieuw Studiefinancieringsstelsel. Rapport Leren investeren; investeren in leren een verkenning naar stelsels van studiefinanciering.

Conemans, E.B. et al. Artikel Populariteit van deeltijd. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, maart 2006.

Crommentuyn, R. "Levens redden wil iedereen" 25 juni 2009. Medisch Contact, 64, no. 26, p. 1153.

Crommentuyn, R. Banengroei zet door. Medisch Contact, 64, 15 oktober 2009, no. 42, p. 1713.

Dijk, C.E. van, et al. Bekostiging van de huisartsenzorg; eindrapportage. 2007. Nivel en LINH. ISBN 978-90-6905-955-6.

Dranove, D. en P. Wehner. Physician-induced demand for childbirths. Elsevier Journal of Health Economics. 1994, no. 13, p. 61-73.

Efting, M. Plastisch chirurgen luiden de noodklok. De Volkskrant, 2 oktober 2009.

Erop of eronder – Financiering van (bio)medisch wetenschappelijk onderzoek. KNAW, Raad voor Medische Wetenschappen. Augustus 2005. ISBN 90-6984-457-5.

Eurydice Nederland. Het onderwijssysteem in Nederland 2007. November 2007. ISBN 1574-5864.

Felsö, F., M. van Leeuwen en M. Zijl. Verkenning van stimulansen voor het keuzegedrag van leerlingen en studenten. SEO, december 2000.

Frisson, P.H.A., M. van der Steen en L. van der Meeren. Nederlandse School voor Openbaar Bestuur, Schaarste tussen Politiek en Ramingen, verdeling van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten. 2008.

Fujisawa, R., G. LaFortune.; The Remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD Countries. OECD Publicatie. OECD Health Working Papers, 2008, no 41.

Herwaarden, C.L.A. van, R.F.J.M. Laan en R.R.M. Leunissen. Raamplan artsopleiding 2009. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, juni 2009. NFU-092168.

Hoeven, A. van den. Wetsvoorstel leerrechten. 22 juni 2006.

Jongbloed, B. Grenzen aan de bekostiging van het hoger onderwijs: de situatie in Denemarken, Duitsland, Engeland, Frankrijk en Australië. Juni 2003.

Jürgens, H. Health insurance status and physician induced demand for medical services in Germany; new evidence from combined district and individual level data. MEA, 119-2007.

Keijzer, Cr. en W. Schlack. Meer anesthesiologen opleiden. Medisch Contact, 64, 2009, oktober, p. 41

Kiers, B. Ziekenhuizen willen werkweek aio's nauwelijks inkorten. Zorgvisie, 28 januari 2009.

Klaveren, D. van. Financiering en financiën van het hoger onderwijs 2000-2005. Centraal Bureau voor de Statistiek, 21 december 2006.

Klaveren, D. van. Financiering en financiën van het hoger onderwijs, 2000–2005. Centraal Bureau voor de Statistiek, 21 december 2006.

Koopmans, R. en J. Lavrijsen. Nieuwe tijd, nieuw specialisme. Medische Contact., 64, 2009, mei, p. 19.

Kroon, C.D. de. Het opleidingsfonds: een zegen! Tijdschrift voor Medisch Onderwijs, 27, 2008, no. 6, p. 310-312.

- Kruyt, M.C., D.B.F. Saris en E.W.M.T. ter Braak. Laat de aios uitvliegen. Medisch Contact, 2009, no. 26, p. 1173-1175.
- Leunis, A. en M. Varkevisser. Kwaliteitsindicatoren voor medische vervolgopleidingen. IBMG, december 2007.
- Linschoten, R.L.O., N.A.M. Urbanus en F. van der Wel. Advies capaciteit en bekostiging. Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen, april 2002. ISBN 90-5565-065-X.
- LVAG. Opleidingsfonds. LVAG 08-424. lv 26.11.08.
- Maassen van den Brink, H. Numerus Fixus. Zorgvisie, 7 juli 2009.
- Mairuhu, R. en B. Jacobs. Kritiek op Opleidingsfonds is niet terecht. Medisch Contact, 63, 2008, no. 49, p. 2048.
- Mantel, A. en A. Spaansen. Student voor één dag. De Telegraaf.
- Meegdes, ing. J.G. Vervolgopleiding medische specialismen; Jaaroverzicht 2008, Met terug- en vooruitblik. Capaciteitsorgaan, april 2009.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, Standpunt Onderwijs Cultuur en Wetenschap; Naar een nieuwe bekostiging van hoger onderwijs per 2010. 13 december 2007.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. HOOP. Hoger onderwijs en onderzoek plan 2004.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Ontwerp-besluit tot vaststelling van bepalingen inzake de algemene berekeningswijze voor de rijksbijdrage van de instellingen voor hoger onderwijs (Bekostigingsbesluit WHW 2008). Versie voorhang TK. 4815.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Criteria 'residentieel, intensief en kleinschalig' onderwijs. 30 januari 2009. HO&S/2009/95783.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Stand van zaken Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Naar een nieuwe bekostiging van hoger onderwijs 2010. 13 december 2007.
- Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Antwoorden op de schriftelijke vragen van het kamerlid Joldersma van de Tweede Kamer der Staten-Generaal aan de minister van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. 20 maart 2007. HO/BL/2007/8100.

Ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. Ruimte voor Rekenschap, eindrapport Zelfreinigend onderzoek naar de handelswijzen van onderwijs instellingen ten aanzien van de bekostigingsregels in de BVE. HBO en WO sector. 13 december 2002.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief aan Tweede Kamer der Staten-Generaal inzake Kwaliteits- en doelmatigheidsprykkels Opleidingsfonds. MEVA/NBO-2745530.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Brief overgangperiode in Besluit specialisme klinische neuropsychologie. 25 september 2009. MEVA/BO-2957191.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Publieke functies van de UMC's in een marktomgeving, de brief ruimte voor betere zorg uitgewerkt. 20 december 2009. Cz/iz/2737337.

Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Subsidieregeling opleiding tot advanced nurse practitioner. 21 september 2004. IBE/BO-2500124.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Kamerstuk Bekostiging SEH-arts opleiding. 14 januari 2008. MEVA-CB-2820638.

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. OOR-zaak en gevolg Opleiding in de zorg NFU-visiedocument. NFU-nr. 053059.

NFU. Brief aan minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid; Arbeidstijden arts-assistenten. 12 december 2008. 083882/DK/DvL.

NRC Handelsblad special. Artikel; Schaarse specialisten. 25 juli 2009.

Nederlandse Zorgautoriteit. Oriënterende Monitor Huisartsenzorg. Juli 2007.

Nederlandse Zorgautoriteit. Advies Bekostiging medisch specialisten. April 2008.

Nederlandse Zorgautoriteit. Consultatiedocument. Medisch Specialisten. Opleidingen en relatie met het ziekenhuis, Versie 23. September 2009.

Offenbeek, M.A.G. van, et al. CBOG. Eindrapportage Scenario-ontwikkeling voor de inzet van nieuwe professionals in een intramuraal zorgtraject. Augustus 2007.

Onderwijsraad. Advies bekostiging medisch onderwijs, no. 20030213/724, 24 juli 2003. ISBN 90-77293-09-4.

Oudhoff, J.P., D.R.M. Timmermans en G. van der Wal. Medisch Contact. Publicatie Wachten met klachten, 7 september 2004. No. 37, p. 1426-1428.

Pomp, J.M. Marc Pomp bedrijfsanalyse. Aanbodgeïnduceerde vraag: feit of fictie? Onderzoeksrapport voor de ministeries van Economische Zaken en Financiën. Juni 2009.

Rechel, B., C.A. Dubois en M. McKee. European observatory on Health Systems and Policies; The Health Care Workforce in Europe. ISBN 92-890-2297-3.

Rijen, A.J.G., van en L. Ottes. Advies Met het oog op gepaste zorg, Deel III. Regionale verschillen in gebruik van zorg.

Roberfroid D. et al. Het aanbod van artsen in België; Huidige toestand en toekomstige uitdagingen. KCE, KCE reports 72A.

Ruimbaan voor talent, commissie. Wegen voor talent; Eindrapport 2007. ISBN 978-90-5910-606-2.

SBOH. Jaarbericht 08, 2008.

Slenter, V.A.J. De ontwikkeling van het aantal basisartsen in Nederland; Actualisatie van de prognose uit het Capaciteitsplan 2008. september 2009, versie 9.

Stichting Capaciteitsorgaan voor Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen. Capaciteitsplan 2008, voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgopleidingen. Februari 2008.

Technisch weekblad. Publicatie Schaars, maar matig gewaardeerd. 9 mei 2009.

Telegraaf Artsen. artikel; Specialisten verdienen top. 31 juli 2009.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Kamervragen over de inkomens van medisch specialisten. Vergaderjaar 2008–2009, no. 2009Z14321.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector, brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal d.d. 18 oktober 2007. Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2007-2008., no. 29282-45.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vaststelling van de begrotingsstaten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en

Sport (XVI) voor het jaar 2009. Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2008-2009, no. 31 700 XVI.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Arbeidsmarkt en opleidingen zorgsector. Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2008-2009, 29282 no. 81.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden. Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2008-2009, no. 3429.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector. Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2008-2009, no. 29282-83.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector, Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2008 – 2009, no: 29 282-80.

Varkevisser, M., S. van der Geest en E. Schut. Mededingingsvraagstukken bij de medisch specialistische vervolgoopleidingen in Nederland: huidige knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen. ECRI, Rotterdam, juni 2009.

Varkevisser, M. et al. Naar een meer transparante opleidingsmarkt; marktprikkels in het opleidingsfonds. ECRI, Rotterdam, december 2006.

Velde, F. van der, F. Verijdt en R.C.K.H. Smeets. Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Stichting Prismant, november 2009.

Ven, W.P.M.M. van de, T. Frekerik en E. Schut. Erasmus Universiteit. Managed competition in the Netherlands, Still work-in-progress. 2009, p. 253–255.

Vulto, M. en G. Vianen. STG/Health Management Forum in opdracht van Stuurgroep VBOC-project; Toekomstige behoefte verpleegkundig specialisten bij somatische aandoeningen. Maart 2009. ISBN 978-90-78995-09-8-NUR 897.

Wardt, J. van de. Volkskrant, de. Artikel; Schaf de loterij voor geneeskunde af. Volksgezondheid, 28 juli 2009, p. 9.

Werkgroep Collegegelddifferentiatie interdepartementaal. Collegegelddifferentiatie in het Hoger Onderwijs Eindrapportage beleidsonderzoek. 2002-2003, no. 3.

Zorgvisie. Nieuwsartikel: Artsassistenten krijgen 52-urige werkweek. 13 juli 2009.

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de web-site van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen per mail aanvragen bij de RVZ (mail@rvz.net). Publicaties van vóór 2007 staan op de website van de RVZ en CEG.

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn te bestellen bij het CEG per mail info@ceg.nl

Publicaties RVZ vanaf 2007

10/02	Health 2.0: It's not just about medicine and technology, it's about living your life (achtergrondstudie bij advies Gezondheid 2.0), februari 2010
10/01	Gezondheid 2.0 (advies), februari 2010
09/14	Investeren rondom kinderen, november 2009
09/13	Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, januari 2010
09/15	Numerus Fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden, achtergrondstudies bij advies, januari 2010
09/12	Brochure Numerus Fixus, januari 2010
09/11	Werkprogramma 2010, november 2009
09/10	Steunverlening zorginstellingen (advies), juni 2009
09/09	Buiten de gebaande paden. Advies over Intersectoraal gezondheidsbeleid, mei 2009
09/08	Buiten de gebaande paden: Inspirerende voorbeelden van intersectoraal gezondheidsbeleid (brochure,) mei 2009
09/07	Evaluatie RVZ 2004-2008, april 2009
09/06	Geven en nemen in de spreekkamer. Rapportage over veranderende verhoudingen, maart 2009
09/05	Tussen continuïteit en verandering. 27 adviezen van de RVZ 2003-2009, februari 2009
09/04	Governance en kwaliteit van zorg (advies) maart 2009
09/03	Werkprogramma 2009, maart 2009
09/02	Farmaceutische industrie en geneesmiddelengebruik: evenwicht tussen publiek en bedrijfsbelang (debatver-slag), januari 2009
09/01	De verzekeraar en de patiënt: een succesvolle coalitie: goede voorbeelden van patiëntgestuurde zorginkoop (in samenwerking met de NPCF), januari 2009
08/11	Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg (advies), december 2008
08/12	Uitgavenbeheer in de gezondheidszorg: achtergrondstudies, december 2008

- 08/10 Versterking voor gezinnen. Preadviezen Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling (Versterken van de village: preadvies over gezinnen en hun sociale omgeving) en Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (Zorg in familie-verband: preadvies over zorgrelaties tussen generaties), september 2008
- 08/08 Schaal en zorg (advies), mei 2008
- 08/09 Schaal en zorg: achtergrondstudies mei 2008
- 08/05 Zorginkoop (advies), maart 2008
- 08/07 Onderhandelen met zorg (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/06 Zorginkoop heeft de toekomst: maar vraagt nog een flinke inzet van alle betrokken partijen (achtergrondstudie bij het advies Zorginkoop), maart 2008
- 08/03 Screening en de rol van de overheid (advies), april 2008
- 08/04 Screening en de rol van de overheid: achtergrondstudies, april 2008
- 08/02 Leven met een chronische aandoening (Acht portretten behorend bij het RVZ advies Beter zonder AWBZ?), januari 2008
- 08/01 Beter zonder AWBZ? (advies), januari 2008
- 07/06 Adviseren aan de overheid van de toekomst (verslag van de invitational conference, 22 mei 2007)
- 07/05 Werkprogramma 2008, december 2007
- 07/04 Rechtvaardige en duurzame zorg (advies), oktober 2007
- 07/02 Vertrouwen in de arts (advies), mei 2007
- 07/03 Vertrouwen in de arts: achtergrondstudies, mei 2007
- Sig 08/01a Publieksversie Vertrouwen in de spreekkamer, februari 2008
- Sig 07/02 Goed patiëntschap, februari 2008
- Sig 07/01 Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, maart 2007
- Sig 07/01a Publieksversie signalement Uitstel van ouderschap: medisch of maatschappelijk probleem?, oktober 2007

Publicaties CEG vanaf 2007

- Sig 09/11 Dilemma's van verpleegkundigen en verzorgenden.
- Sig 09/05 Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie, mei 2009
- Sig 08/02 Dilemma's op de drempel. Signaleren en ingrijpen van professionals in opvoedingssituaties (signalement), september 2008
- Sig 08/01 Afscheid van de vrijblijvendheid. Beslissystemen voor orgaan-donatie in ethisch perspectief (studie in het kader van het Masterplan Orgaan-donatie VWS), juni 2008
- Sig 07/04 Passend bewijs. Ethische vragen bij het gebruik van evidence in het zorgbeleid (signalement), januari 2007
- Sig 07/03 Financiële stimulering van orgaan-donatie (signalement), november 2007
- Sig 07/02 Formalisering van informele zorg. Over de rol van 'gebruikelijke zorg' bij toekenning van professionele zorg (signalement), juli 2007

