



College voor de  
Beroepen en Opleidingen  
in de Gezondheidszorg

**Bijlage 1      Reactie CBOG consultatiedocument “ Marktimperfecties in de medisch-specialistische zorg: de positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen”.**

**Hoofdstuk 2                      Schaarste aan medisch specialisten ?**

**Consultatievraag 1:**

**Deelt u de analyses van de genoemde rapporten en onderzoeken over schaarste bij medisch specialisten?**

**Consultatievraag 2:**

**Kent u nog andere onderzoeken of cijfers over het aanbod van medisch specialisten die relevant zijn voor een analyse over schaarste? Zo ja kunt u deze met uw reactie op de consultatie meezenden?**

*Reactie CBOG*

Het CBOG is van mening, dat de door de NZa aangehaalde rapporten van de OESO etc. met zoveel onzekerheden omgeven zijn, dat conclusies over schaarste aan medisch-specialisten op basis van deze rapporten niet anders dan met de nodige twijfels bezien kunnen worden.

Het CBOG is van mening, dat het Capaciteitsorgaan (CO) het aangewezen orgaan is om als onafhankelijk instantie voor de overheid en het veld ramingen voor de toekomstige behoefte aan medisch-specialisten op te stellen met inbegrip van de adviezen over de benodigde jaarlijkse instroom in de medisch-specialistische opleidingen. Bij alle betrokken partijen (VWS, veldpartijen, verzekeraars etc.) bestaat er over het algemeen een groot draagvlak voor de adviezen, die het CO uitbrengt. Het CO is in 1999 opgericht om schaarste en overschotten aan medisch-specialisten te voorkomen. Opvolging van deze adviezen is derhalve naar de mening van het CBOG de beste weg om schaarste en/of overschotten aan medisch-specialisten op de korte en de lange termijn te voorkomen (voorkomen varkenscyclus). Inmiddels heeft het CO ruim 10 jaar ervaring met het opstellen van ramingen voor de diverse medisch-specialismen en het CO heeft deze ramingen in de afgelopen 10 jaar weten te verbeteren en te verfijnen. Het CBOG verwijst voor actuele informatie (o.a. over de buitenlandse instroom) naar de recente adviezen van het CO van eind 2009.

Voorts wijst het CBOG op het Berenschot-rapport (uitgevoerd in opdracht van het CBOG) “ Analyse van de medisch-specialistische “tekortsectoren” , analyse van de sectoren waarvan de instroom in de opleiding tot medisch specialist structureel (naar beneden) afwijkt van de door het capaciteitsorgaan geraamde instroom, januari 2008”. Op basis van dit rapport heeft het CBOG met een aantal betrokken wetenschappelijke verenigingen overleg gevoerd en mede op basis hiervan kwam het CBOG tot de conclusie, dat, gelet op de geringe omvang van de problematiek (geen sprake van structurele en omvangrijke schaarste aan betreffende medisch-specialismen) , nadere maatregelen vooralsnog niet nodig waren. Tenslotte wijst het CBOG nog op het rapport De “ R-factor”, eindrapportage van een onderzoek naar het belang van regionale factoren bij de planning van de opleidingscapaciteit en de innovatie van de medische vervolgopleidingen in de OOR Noord & Oost Nederland, Sectie Toegepast Onderzoek van het Noordelijk Centrum voor Gezondheidszorg-vraagstukken (NCG), februari 2007.

**Consultatievraag 3:**

**Wat vindt u van de conclusie van de NZa uit deze onderzoeken dat schaarste aan medisch specialisten een specialismespecifiek en regionaal fenomeen is?**

Het CBOG is met de NZa van mening, dat de schaarste aan medisch-specialisten op de eerste plaats per specialisme op macroniveau bezien moet worden (=een specialismespecifiek fenomeen). Het CO stelt ook per specialisme op macroniveau haar ramingen op en haar adviezen voor de jaarlijkse instroom, rekening houdend met alle relevante factoren. Alhoewel het voorkomt, dat in een regio sprake is van enige schaarste bij (bepaalde) medisch-specialismen, heeft het CBOG de indruk, dat er over het algemeen geen sprake is



van structurele schaarste bij medisch-specialisten in regio's. Voorts wijst het CBOG erop, dat bij de toewijzing van opleidingsplaatsen rekening gehouden zou kunnen worden met regionale differentiaties in het licht van regionale schaarste aan medisch-specialisten.

### **Hoofdstuk 3: Factoren, die het aanbod van medisch specialisten bepalen**

#### **Consultatievraag 5:**

**Bent u het eens met de analyse naar de factoren die het aanbod bepalen bij de specifieke specialismen?**

#### **Consultatievraag 6:**

**Bestaan er andere factoren die het aanbod van medisch specialisten bepalen? De NZa is specifiek geïnteresseerd in de andere factoren die spelen voor de specialismen klinische geriatrie, maag-darm-leverziekten, nucleaire geneeskunde, obstetrie & gynaecologie en revalidatiegeneeskunde. Zo ja, welke?**

#### **Consultatievraag 7:**

**Zijn er naast de genoemde specialismen, andere specialismen waar een schaarste aan medisch specialisten aanwezig is? Zo ja, welke?**

#### *Reactie CBOG*

Het CBOG beperkt haar reactie –evenals de NZa in het consultatiedocument- tot de instroomfactoren.

- **Numerus fixus**

Het CBOG verwijst naar het recente advies van het CO (eind 2009) om de jaarlijkse instroom in de initiële opleiding geneeskunde te verruimen naar 3100 studenten (verhoging numerus fixus). Het ministerie van VWS (minister Klink) heeft de Raad voor de Volksgezondheid (RvZ) advies gevraagd over het al dan niet loslaten van de numerus fixus (wordt naar verwachting 2<sup>e</sup> helft van januari 2010 aangeboden aan de ministers van OC & W en VWS). Op verzoek van RvZ heeft CBOG haar reactie gegeven over deze kwestie (als **bijlage A** bij deze reactie gevoegd).

- **Instroom in medisch-specialistische vervolgopleidingen**

Het CO stelt periodiek ramingen op voor de diverse medisch-specialisten en geeft advies aan het ministerie van VWS over de noodzakelijke jaarlijkse instroom en geeft daarbij een bandbreedte aan. Het CBOG meent, dat het een politieke beslissing is van het ministerie van VWS welk aantal instroomplaatsen per medisch-specialisme jaarlijks in aanmerking komt voor subsidiëring uit het Opleidingsfonds. De laatste jaren heeft het ministerie van VWS steeds gekozen voor de maximumvariant van het advies van het CO, waardoor de kans op schaarste aan medisch-specialisten –gegeven het advies van het CO- het kleinst is. Er is sprake van een steeds kleiner worden verschil tussen het feitelijk aantal bezette instroomplaatsen en het aantal toegewezen instroomplaatsen (conform CBOG toewijzingsvoorstellen voor de medisch-specialistische opleidingen, die het ministerie van VWS met het zogenaamde verdeelplan jaarlijks vaststelt).

Het is formeel niet de verantwoordelijkheid van het BOLS om toewijzingsvoorstellen voor de instroomplaatsen per specialisme op te stellen, die voor subsidiëring uit het Opleidingsfonds in aanmerking komen.

Deze formele verantwoordelijkheid ligt bij het CBOG, die wel aan het BOLS cq OOR's advies vraagt over deze toewijzingsvoorstellen: in feite bereidt het BOLS een concept-toewijzingsvoorstel voor. Het CBOG heeft voor de jaren 2008 tot en met 2010 voor alle medisch-specialistische opleidingen (met inbegrip van de 2<sup>e</sup> tranche zorgopleidingen psychiatrie en SEH-arts) , die onder het Opleidingsfonds vallen, het maximale



aantal instroomplaatsen, dat VWS in het toewijzingskader heeft vastgesteld, in de toewijzingsvoorstellen voor de opleidingsinstellingen opgenomen. Al met al kan geconcludeerd worden, dat:

- 1 Het ministerie van VWS conform het advies CO (maximumvariant, schaarste aan medisch-specialisten het kleinst) jaarlijks het aantal beschikbare instroomplaatsen vaststelt, dat voor subsidiëring uit het Opleidingsfonds in aanmerking komt
- 2 Het CBOG voor al deze instroomplaatsen toewijzingsvoorstellen voor de opleidingsinstellingen opstelt **én**
- 3 Op incidentele uitzonderingen na de opleidingsinstellingen ook dit aantal instroomplaatsen invullen.

Verwezen wordt ook naar de reactie op de beantwoording van de vragen van Hoofdstuk 2.

In het NZa consultatiedocument wordt een factor, die bepalend is voor de belangstelling van aios voor een medisch-specialisme, niet genoemd: de mate, waarin in het basiscurriculum voor de opleiding tot basisarts aandacht wordt besteed aan de verschillende medisch-specialismen. De keuze van artsen voor een bepaald medisch-specialisme wordt namelijk vaak al tijdens de initiële opleiding tot basisarts gevormd.

- **Buitenlandse instroom**

Het CBOG verwijst naar het recente advies van het CO over de vermindering van de afhankelijkheid van de instroom van artsen met een buitenlands specialistendiploma, dat het CBOG onderschrijft. Op grond hiervan adviseert het CO de instroom in de medisch-specialistische opleidingen met ingang van 2011 te verhogen (zie brief CO van 11 december 2009, kenmerk VS/MB/09-154).

- **Wenselijkheid klein overschot aan medisch-specialisten bij gereguleerde marktwerking**

In het NZa consultatiedocument wordt aan het begin van hoofdstuk 3 gesproken over de wenselijkheid van een klein overschot aan medisch specialisten in een systeem van gereguleerde marktwerking.

Het CBOG is van mening dat aan deze wens voldaan kan worden binnen de bandbreedte van de adviezen van het CO. Bij een te groot overschot zal er sprake zal zijn van verspilling van menselijk kapitaal (publiek gefinancierd !), omdat er dan medisch-specialisten zullen zijn, die niet als zodanig werkzaam kunnen zijn.

## **Hoofdstuk 4 Verdelen van opleidingsplaatsen**

### **Consultatievraag 8:**

**Kunt u zich vinden in de beschrijving van het proces waarin de verdeling van het aantal opleidingsplaatsen tot stand komt? Zo nee, waarom niet?**

### **Consultatievraag 9:**

**Bent u het eens met de analyse van de knelpunten? Is deze analyse volledig? Zo nee, wat is uw opmerking?**

### **Consultatievraag 10:**

**Onderschrijft u de conclusies? Zo nee, waarom niet?**

### *Reactie CBOG*

- **Beschrijving van het proces, waarin de verdeling van de opleidingsplaatsen tot stand komt**

Het CBOG meent, dat in de beschrijving van het proces van de verdeling van de opleidingsplaatsen (onder andere in figuur 8 op bladzijde 47) voor de medisch-specialistische vervolgoopleidingen de rol- en taakverdeling van het ministerie van VWS, het CBOG en veldpartijen (o.a BOLS) en overige instanties



(MSRC en overige registratiecommissies) niet helder is weergegeven. De medisch-specialistische opleidingen (behalve de psychiatrie, die voor het Opleidingsfonds als een 2<sup>e</sup> tranche zorgopleiding geldt) vormen tezamen met de zogenaamde bètaberoepen (klinische fysica, klinische chemie en ziekenhuisapotheker) en de tandheelkundig specialismen (kaakchirurgie en orthodontie) de zogenaamde 1<sup>e</sup> tranche zorgopleidingen. Het proces van verdeling van de opleidingsplaatsen voor de medisch-specialistische opleidingen, die voor subsidiëring uit het Opleidingsfonds in aanmerking komen, is een jaarlijks proces. Het is niet zo- zoals in het Nza consultatiedocument vermeld staat- dat het BOLS een meerjarenplanning voor de opleidingscapaciteit aan het CBOG voorlegt.

In het NZa consultatiedocument wordt nog de verdelingssystematiek voor de instroomplaatsen 2009 uiteengezet. Het CBOG meent, dat de wijze van verdeling van de opleidingsplaatsen veel beter aan de hand van de meest actuele (=verdelingssystematiek voor 2010) uiteengezet kan worden, die op veel punten afwijkt van de systematiek voor 2009.

Schematisch heeft de verdeling van de opleidingsplaatsen voor het jaar 2010 er als volgt uit gezien:

**Schematisch overzicht systematiek van verdeling opleidingsplaatsen voor de 1<sup>e</sup> tranche zorgopleidingen voor het jaar 2010 (planning).**

Maart 2009	Het ministerie van VWS (de beheerder van het opleidingsfonds) stelt het <b>toewijzingskader</b> vast. In dit kader vermeldt de minister de beschikbare aantallen instroomplaatsen voor de 1 <sup>e</sup> tranchezorgopleidingen en de randvoorwaarden voor de subsidiëring van de opleidingsplaatsen uit het Opleidingsfonds.
April/mei 2009	Het CBOG (de regisseur van de verdeling van de instroomplaatsen) maakt in samenspraak met de betrokken belangenorganisaties en registratiecommissies (BOLS, MSRC etc.) een <b>afwegingskader</b> . Dat is de uitwerking van het toewijzingskader van het ministerie van VWS voor de verdeling van de instroomplaatsen . Het beschrijft de procedure, planning en afwegingscriteria die worden gehanteerd om tot een evenwichtige verdeling van de beschikbare instroomplaatsen voor het volgende jaar te komen (voor 2010 in totaal 1063 instroomplaatsen voor de 1 <sup>e</sup> tranche opleidingen).
Juni/juli 2009	Het CBOG vraagt het BOLS om aan de OOR's advies te vragen over de toewijzing van de instroomplaatsen 2010. Opleidingsinrichtingen doen <b>opgave</b> (1 <sup>e</sup> tranche in OOR-verband en onder coördinatie van BOLS) <b>van het aantal opleidingsplaatsen</b> dat zij per zorgopleiding van plan zijn te realiseren. Halverwege juli 2009 heeft het BOLS de adviezen van de OOR's (geaccordeerd door de raden van bestuur van betrokken opleidingsinstellingen) aan het CBOG toegezonden
Juli 2009	Het CBOG stelt na toetsing van de adviezen van de OOR's een concept <b>toewijzingsvoorstel</b> op en legt dit voor een reactie voor aan de individuele opleidingsinrichtingen.
Juli/Augustus	Na de reacties te hebben verwerkt wordt door het CBOG een <b>definitief toewijzingsvoorstel</b> opgesteld en aangeboden aan de minister van VWS.
September 2009	De minister stelt aan de hand van het toewijzingsvoorstel het <b>verdeelplan</b> vast, waarmee vaststaat welke opleidingsinrichtingen voor welk aantal instroomplaatsen per 1 <sup>e</sup> tranche zorgopleiding voor het komende jaar voor subsidie uit het Opleidingsfonds in aanmerking komen.



Oktober 2009	Opleidingsinrichtingen worden door het ministerie van VWS uitgenodigd om de <b>subsidieaanvraag in te dienen</b> overeenkomstig de toewijzing (instroom) en registratiecommissies (voor de doorstroom 2010, peildatum 31 oktober 2009).
Januari 2010	Vanaf 1 januari vindt de <b>subsidieverstrekking</b> plaats volgens het binnen VWS gebruikelijke subsidieproces van aanvraag, verlening, bevoorschotting, vaststelling en betaling.

### **Toelichting:**

Jaarlijks start het toewijzingsproces dus met het verschijnen van het Toewijzingskader van het ministerie van VWS. Het ministerie van VWS verzoekt met dit toewijzingskader aan het CBOG om een advies uit te brengen over de verdeling van instroomplaatsen op instellingsniveau (=opstellen van toewijzingsvoorstellen). Op basis van dit Toewijzingskader stelt het CBOG het Afwegingskader op. Het CBOG stemt met de betrokken belangenorganisaties af over de criteria die in het Afwegingskader komen te staan voor de verdeling van de instroomplaatsen. Aan de hand van het Toewijzingskader van het ministerie van VWS en het afwegingskader stelt het CBOG een toewijzingsvoorstel voor subsidiëring van de instroomplaatsen op instellingsniveau, dat zij als advies aanbiedt aan het ministerie van VWS. De minister stelt op basis van het toewijzingsvoorstel van het CBOG een verdeelplan vast. Daarmee staat vast welke opleidingsinrichtingen voor welke opleidingsplaatsen het volgende jaar voor subsidie in aanmerking komen. Het gaat hierbij om zowel de instroom, die is vastgesteld op grond van het toewijzingsvoorstel, als de doorstroomplaatsen. Het aantal doorstroomplaatsen per instelling worden bepaald aan de hand van de bestanden van de Medisch Specialisten Registratie Commissie en overige relevante registratiecommissies op een bepaalde peildatum (voor het jaar 2010 was deze peildatum op 31 oktober 2009).

Voor 2010 is een start gemaakt met beleidsrijker toewijzen door rekening te houden met regionale factoren. Verder is in de procedure opgenomen, dat het CBOG aan het BOLS verzoekt om advies te vragen aan de OOR's over de verdeling van de instroomplaatsen 2010. Het CBOG heeft hierbij een meer toezichthoudende rol vervuld. Op pagina 44, 2<sup>e</sup> alinea, is het CBOG verkeerd geschreven (COBG in plaats van CBOG).

- **Knelpunten en conclusies**

- \* ***Verdelen van opleidingsplaatsen op basis van kwaliteit***

In opdracht van het CBOG heeft een multidisciplinair samengestelde werkgroep onder leiding van professor A.Scherpbier een rapport opgesteld met een tool-box voor een intern kwaliteitszorgsysteem voor medisch-specialistische opleidingen. Het CBOG meent, dat het aan het veld is om hiermee verder te gaan en is bereid om initiatieven op dit front te ondersteunen. Het BOLS (OMS) is bezig met het ontwikkelen van een zogenaamd etalagemodel, waarbij kwaliteitsinformatie in de etalage gezet wordt van een medisch-specialistische opleiding van een instelling.

Het CBOG ondersteunt deze ontwikkeling en meent, dat aios met name in het laatste deel van hun opleiding op basis van deze kwaliteitsinformatie zouden moeten kunnen kiezen waar hij zijn opleiding wil voltooien (doorwerking van kwaliteit bij de doorstroomplaatsen en daarmee dus een verdeling van opleidingsplaatsen (doorstroomplaatsen) op basis van kwaliteit).



\* ***Doelmatigheid***

Bij de introductie van het Opleidingsfonds zijn in overleg tussen het ministerie van VWS en betrokken koepelorganisaties de subsidiebedragen per opleidingsplaats vastgesteld. Het CBOG meent, dat periodiek bezien zou moeten worden of deze subsidiebedragen (bijv. vanwege de implementatie van het moderne curriculum) bijstelling behoeven (naar boven of naar beneden).

\* ***Onevenwichtige verhoudingen tussen UMC's en algemene ziekenhuizen***

Het CBOG wijst erop, dat er ook opleidingen zelfstandig verzorgd worden door niet-academische ziekenhuizen zoals bij sommige specialismen de opleiding bijna uitsluitend in academische centra worden verzorgd. Maar voor de meeste opleidingen geldt dat op basis van een samenwerkingsovereenkomst tussen een UMC en algemene (opleidings)ziekenhuizen in – veelal - de regio, de opleiding een academisch en een niet-academisch deel kent. Deze samenwerking in clusterverband ( hoofdopleider in UMC + opleiders in algemene opleidingsziekenhuizen) geeft de aios de gelegenheid om ervaring op te doen in zowel de specifiek academische setting als de setting van het algemene ziekenhuis.

Het overleg tussen de UMC's en de opleidingsziekenhuizen in de regio is ingekaderd in OOR-samenwerkingsverband/OOR-reglementen en bijbehorende besluitvormingsprocedures (checks and balances) met beroepsmogelijkheden (bij BOLS en CBOG).

Het CBOG is van mening, dat in zijn algemeenheid niet geconcludeerd kan worden, dat het huidige systeem leidt tot onevenwichtige verhoudingen tussen UMC's en algemene ziekenhuizen. Niettemin acht het CBOG het belangrijk het samenspel tussen de UMC's en de algemene ziekenhuizen ook gegeven het OOR reglement, te blijven monitoren.

\* ***Knelpunten, die niet in het Nza consultatiedocument genoemd worden.***

Het CBOG wil graag onder meer nog de volgende knelpunten noemen bij het huidige systeem van verdeling van opleidingsplaatsen voor de medisch-specialistische vervolgopleidingen, die niet in het Nza consultatiedocument vermeld staan:

1 ***Administratieve lastendruk en juridisering***

Het huidige systeem van verdeling en financiering van de opleidingsplaatsen (Opleidingsfonds; eisen van de subsidieregeling etc.) kent een hoge administratieve lastendruk, juridisering en veel dubbelingen in de procedures in het veld, bij het CBOG en ministerie van VWS. Het CBOG wijst erop, dat de commissie Regeldruk, onder voorzitterschap van mevrouw Sorgdrager en ingesteld door het ministerie van VWS, hiernaar onderzoek doet en binnenkort hier advies over zal uitbrengen.

2 ***Door elkaar lopen van rollen en taken van ministerie van VWS, CBOG en veldpartijen***

Het CBOG meent, dat de rol- en taakverdeling tussen VWS, CBOG en veldpartijen scherper afgebakend zou moeten worden en het CBOG als onafhankelijk beleidsorgaan een meer toezichthoudende rol zou moeten vervullen.

3 ***Horizon verdeling opleidingsplaatsen niet afgestemd op planningshorizon Capaciteitsorgaan (CO)***

Het huidige systeem van verdeling en financieren van opleidingsplaatsen is een jaarlijks proces, terwijl het CO bij haar advisering uitgaat van een langere horizon. Het CBOG meent, dat nader bezien zou moeten worden of de horizon voor de verdeling en financiering van de opleidingsplaatsen niet gelijkgeschakeld zou kunnen worden aan de planningshorizon van de adviezen van het CO.



#### 4 Inflexibiliteit

Op basis van de huidige subsidieregeling wordt het aantal in- en doorstroomplaatsen van een opleidingsinstelling ruim voorafgaande aan het jaar vastgesteld en gefixeerd. Er is geen sprake van enige flexibiliteit als het gaat om gewenste mutaties gedurende het jaar/nacalculatie na afloop van het jaar.

### Hoofdstuk 5: Ruimte voor verbetering

#### Consultatievraag 11:

#### Kunt u zich vinden in de stelling dat substitutie een bijdrage kan leveren aan het verminderen van de schaarste aan medisch specialisten?

Een van de opties die het NZa aangeeft om de gesignaleerde knelpunten in het aanbod van medisch specialistische zorg te verbeteren is het stimuleren van substitutie. Zoals het CBOG al in de inleiding heeft geschetst is de zorgvraag bepalend voor het zorgaanbod, waarbij gekeken wordt naar de benodigde competenties. Pas daarna is de vraag aan de orde wie deze competenties bezitten dan wel dienen te verwerven. Er is al veel onderzoek gedaan naar de voordelen van substitutie en taakherschikking van werkzaamheden van medici naar niet-medici, waarbij het advies van de RVZ uit 2002 'Taakherschikking in de gezondheidszorg' als katalysator heeft gewerkt. Oorspronkelijk is taakherschikking vooral gestimuleerd vanuit een (dreigend) arbeidstekort aan medici, maar inmiddels zijn kwaliteit en (kosten)effectiviteit van zorg de belangrijkste parameters. Taakherschikking heeft toegevoegde waarde, ook voor de arbeidsmarkt in de brede zin; de kwaliteit van zorg verbetert, blijft in elk geval minimaal gelijk. Echter over de daadwerkelijke substitutie – en kosteneffectiviteiteffecten dient meer onderzoek plaats te vinden is een aanbeveling in vrijwel alle onderzoeken.

Het CBOG (en zijn voorganger het MOBG) heeft diverse projecten afgerond naar de effecten van taakherschikking en recent ook naar de behoefte aan professionals (i.c. verpleegkundig specialisten) die taken overnemen<sup>1</sup>. Het CBOG en het Capaciteitsorgaan (CO) hebben daarbij gekeken naar de toekomstige behoefte aan verpleegkundig specialisten op basis van een aantal scenario's. Volgens alle scenario's zal er een substantieel tekort zijn aan verpleegkundig specialisten in 2020, met name in de ouderenzorg. Dit komt door de vergrijzing, multimorbiditeit e.d. maar ook doordat er juist voor niet-medici veel taken liggen in de ouderenzorg. Zeer recent is ook het rapport verschenen "Taakverschuiving bij de medische zorg vanuit het verpleeghuis" (november 2009) in opdracht van het CO. Directe aanleiding voor dit onderzoek is het *'betrekken van de potentiële substitutie-effecten bij toekomststramingen van het aantal specialisten ouderengeneeskunde om te kunnen adviseren over de gewenste instroom'*. Er is een toename van het aantal vacatures voor specialisten ouderengeneeskunde en een van de uitkomsten uit voornoemd onderzoek is, dat verticale substitutie kansrijk is.

In de ziekenhuissector werken al vanouds meer nurse practitioners (verpleegkundig specialisten) en physician assistants en uit diverse onderzoeken is ook hun meerwaarde voor de kwaliteit van zorg gebleken. Echter in vrijwel alle onderzoeken over de effecten van taakherschikking en substitutie wordt - in meer of mindere mate - gesteld dat er een kritische massa nodig is (van de betreffende beroepsgroep(en) die taken heeft/hebben overgenomen) om de kwaliteit van zorg en leven op een hoger peil te brengen. Daarvoor moeten zorginstellingen, zorgverzekeraars en overheid de organisatorische en financiële voorwaarden voor een optimale inzet verbeteren, naast beroepsinhoudelijke randvoorwaarden. Als er **voldoende** beroepsbeoefenaren zijn die op verantwoorde wijze werkzaamheden van de medici kunnen overnemen, kunnen de substitutie- en kosteneffectiviteiteffecten worden aangetoond. Deze effecten dienen dan ook nader onderzocht te worden, juist in het kader van ramingen van benodigde aantallen zorgverleners. Daarbij

<sup>1</sup> VBOC-project Implementatie Verpleegkundig Specialist dat medio 2009 is afgerond.



gaat het niet alleen om het ramen van de medische beroepsbeoefenaren maar ook om het bepalen van de behoefte aan andere professionals: communicerende vaten.

Op 14 december 2009 is het 10 jarig bestaan van het Capaciteitsorgaan op gepaste wijze gevierd met een symposium "De varkenscyclus voorbij". Op verzoek van het CO heeft het NIVEL het tot nu toe gebruikte model van het CO bij het ramen onder de loep genomen. Belangrijkste conclusie en vooruitblik van het NIVEL zijn (citaat):

- Het model werkt maar is ook beperkt
- Gewenste aanpassingen aan nieuwe omstandigheden:
  - de relatie tussen beroepsgroepen: modelmatige substitutie-link
  - van plannen van beroepsbeoefenaren naar plannen teams.

Interessant is dat substitutie expliciet genoemd wordt als parameter en ook dat het om meerdere beroepsbeoefenaren gaat (teams).

Tijdens het zelfde symposium is door een andere spreker – de voorzitter van de KNMG- verschillende factoren aangegeven die de behoefte aan artsen doen afnemen, waaronder taakherschikking. Ook volgens hem is 'de bodem van de mogelijkheden van taakherschikking nog lang niet bereikt' en hij onderstreept zijn betoog met best practices (evidence based) over taakherschikking tussen medische specialisten en nurse practitioners.

De NZa geeft aan 'het verplaatsen van bevoegdheden [...] geen negatieve gevolgen mag hebben voor de kwaliteit van de zorg'. Het CBOG is van mening dat dit een conditio sine qua non is. Op 27 november 2009 heeft de ministerraad ingestemd met een wijziging van de Wet BIG om taakherschikking c.q. het overhevelen van bevoegdheden naar andere zorgverleners mogelijk te maken. Vaak genoemd worden de verpleegkundig specialisten en de physician assistants, maar de wijziging geldt in potentie ook voor andere beroepsgroepen. Zij moeten uiteraard voldoen aan de benodigde deskundigheid en competenties.

In dat opzicht sluit het 'denken in functionaliteiten' in de zorgverzekeringswet aan bij het "denken in competenties", los van de bestaande beroepsbeoefenaren. Zoals ook in het onderhavige consultatiedocument wordt aangegeven: "[...] Zorg die 'pleegt te worden geboden' [...] op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt. Wanneer andere zorgverleners deze zorg kunnen leveren is substitutie mogelijk [...]". Functionele systematiek is voorwaarde voor functionele bekostiging en dat geeft de zorgverzekeraar ruimte om te bepalen welke zorgverlener wordt ingezet. Deze vrijheid geeft ruimte aan taakherschikkingen (horizontaal en verticaal), wel moet de zorg op professioneel juiste wijze worden geboden!<sup>2</sup>

Kortom het CBOG ziet veel mogelijkheden in substitutie als bijdrage aan het verminderen van de schaarste aan medisch specialisten, maar meer nog om een bijdrage te leveren aan de kwaliteit en effectiviteit van de zorg. Tot slot heeft het CBOG nog een suggestie die het overwegen waard is, immers voorwaarde voor het beoordelen van echte substitutiemogelijkheden; het ruimte scheppen voor het opleiden van een overmaat aan of minimaal méér verpleegkundig specialisten, physician assistants etc. is effectiever dan het opleiden van een overmaat aan specialisten.

---

<sup>2</sup> Zie Rapport CVZ 'Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw', september 2009 in opdracht van de NZa.



**Consultatievraag 13:**

**Hoe groot acht u het risico dat ziekenhuizen niet meer zelf gaan opleiden wanneer de vergoeding voor opleiden in de DBC's besloten ligt?**

Een van de doelen van het Opleidingsfonds is geweest om de kosten van opleiding en financiering daarvan apart te houden van de zorgkosten en DBC-financiering. Dit om verstoring van de concurrentie op de zorgmarkt te voorkomen.

Indien de vergoeding voor de opleiding in de DBC's besloten ligt, wordt daarmee dus deze verstoring van concurrentie op de zorgmarkt geïntroduceerd. Het risico, dat ziekenhuizen dan minder gaan opleiden acht het CBOG dan ook aanwezig.

**Consultatievraag 14:**

**Om de opties succesvol te implementeren, is het noodzakelijk dat zittende specialisten en opleiders de benodigde extra opleidingsplaatsen beschikbaar stellen en nieuwe toetreders toegang geven. Hoe groot acht u het risico dat niet aan deze voorwaarden wordt voldaan?**

Of er voldoende draagvlak voor de implementatie van genoemde opties kan worden geschapen is moeilijk te voorspellen. Permanente aandacht voor goede kwaliteit (visitaties en opleidingsetalage etc.) is primaire voorwaarde om dat draagvlak te scheppen.

**Consultatievraag 15:**

**Welke voor- en/of nadelen van de verschillende opties zijn niet genoemd en wel van belang in dit kader?**

**Consultatievraag 16:**

**Welke opties zijn nog denkbaar naast de opties die in hoofdstuk 5 zijn behandeld?**

**Consultatievraag 17:**

**Welke optie sluit het beste aan bij de situatie in de praktijk?**

**Consultatievraag 18:**

**Welke optie voorziet het beste in de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?**

*Reactie CBOG*

**Andere denkbare opties**

\* *Vergroten instroom medisch-specialisten uit buitenland*

Een denkbare optie om schaarste aan medisch-specialisten te voorkomen cq te verminderen is het vergroten van de instroom van medisch-specialisten uit het buitenland. Dit zou alleen haaks staan op recent OESO-rapport, dat er voor pleit, dat landen zoveel mogelijk zelfvoorzienend zijn (zie ook het recente advies van het CO ten aanzien van het niet meer meenemen van de buitenlandse instroom bij de ramingen).

\* *Verminderen administratieve lastendruk voor medisch-specialisten*

Een steeds groter deel van de werktijd van medisch-specialisten wordt in beslag genomen door administratieve verplichtingen. Vermindering hiervan met name ook wanneer het gaat om de toewijzingssystematiek bij de instroom van nieuwe aios zou de inzet van medisch-specialisten voor de directe patiëntenzorg kunnen vergroten en een bijdrage kunnen leveren aan vermindering van de schaarste aan medisch-specialisten.



**Beoordeling verschillende opties** (zie voor de optie stimuleren van substitutie hiervoor de beantwoording van consultatievraag 11, de optie ziekenhuis betalen de opleidingskosten als onderdeel DBC-tarief hiervoor de beantwoording van consultatievraag 13)

\* *Vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen*

In het Nza consultatiedocument wordt bij deze optie aangegeven, dat dit 2 niveaus betreft, te weten het loslaten van de numerus fixus en het zelf laten bepalen door de opleidingsinstellingen hoeveel (en van welke soort) medisch specialisten zij opleiden. Voor het standpunt van het CBOG ten aanzien van het loslaten van de numerus fixus wordt verwezen naar **bijlage A** bij deze reactie.

Voorts verwijst het CBOG naar de beantwoording van consultatievraag 14 ten aanzien van het vrijgeven van de opleidingsplaatsen voor de verschillende medisch-specialistische vervolgoopleidingen. Een niet genoemd nadeel van deze optie is, is dat hierdoor een open einde regeling ontstaat (Wie financiert ?) en er geen sturing plaatsvindt op basis van de adviezen van het CO. Als de ziekenhuizen zelf de kosten van opleiding moeten dragen, zal het ongewis zijn of de bestaande opleidingsinstellingen wel extra opleidingsplaatsen beschikbaar stellen en is het risico groot, dat juist minder opleidingsplaatsen (en van de verkeerde soort) aangeboden worden. Mochten er dan grote overschotten ontstaan op de arbeidsmarkt voor medisch specialisten, dan dient gedacht te worden aan de inherente kapitaalvernietiging. Mocht het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen gepaard gaan met minder bureaucratie, dan weegt dit voordeel naar de mening van het CBOG niet op tegen de genoemde nadelen..

\* *Verruimen van het aantal opleidingsplaatsen*

Het CO heeft onlangs geadviseerd (zie hiervoor) om de numerus fixus te verhogen en indien het ministerie van VWS dit advies overneemt, zouden dus meer basisartsen opgeleid kunnen gaan worden. Ten aanzien van de verruiming van het aantal opleidingsplaatsen boven de adviezen van het CO wordt verwezen naar de beantwoording van consultatievraag 14. We wijzen in dit verband ook op het risico dat het draagvlak voor en het vertrouwen in de adviezen van het CO sterk afneemt in het veld. Het CO heeft inmiddels 10 jaar ervaring met de ramingen en de adviezen van het CO hebben een steeds groter draagvlak bij betrokken partijen gekregen en de financiering via het Opleidingsfonds en feitelijke invulling van de opleidingsplaatsen komt ook steeds meer overeen met de adviezen van het CO.

Het is ook van belang, dat nog een behoorlijk aantal jaren hiermee (gelet op de lange doorlooptijd van de opleiding tot medisch-specialist, 10-12 jaar) doorgegaan wordt om daadwerkelijk adequaat te kunnen evalueren wat de werkelijke effecten zijn geweest van dit beleid.

\* *Verdeling op basis van prijs en kwaliteit*

**1. Aanbesteden**

Het CBOG meent, dat een systeem van aanbesteden van opleidingsplaatsen op basis van prijs en kwaliteit, op korte termijn niet voor de hand ligt. Aanbesteden zou een omwenteling betekenen in het opleidingsbeleid met consequenties die nu nog niet te voorzien zijn,. Het idee zou eerst uitgebreid afgewogen moeten worden tussen overheid en veld. Het CBOG zou daar een regierol kunnen vervullen.



## 2. Subsidieverlening (prijs en kwaliteit)

Het is juist, dat bij subsidieverlening de overheid geen nakoming kan vorderen, zoals een opdrachtgever, dat in het civiele recht wel kan. Omdat in het huidige systeem van toewijzen de toewijzing van de instroomplaatsen gebaseerd is op de adviezen van de OOR's onder coördinatie van BOLS, is er draagvlak bij diezelfde opleidingsinstellingen om conform de toewijzingsvoorstellen (=de gesubsidieerde instroomplaatsen) de opleidingsplaatsen daadwerkelijk in te vullen.

Voor wat betreft het subsidiebedrag (=prijs; zie ook hiervoor H4 onder de bullet knelpunten en conclusies en onderdeel doelmatigheid) meent het CBOG, dat de subsidiebedragen periodiek geëvalueerd zouden moeten worden en op basis van deze evaluaties bijgesteld zouden moeten worden (naar boven of naar beneden). Voor het standpunt van het CBOG ten aanzien van de toepassing van kwaliteitsindicatoren bij de verdeling van de opleidingsplaatsen wordt verwezen naar H4 onder de bullet Knelpunten en conclusies en het onderdeel verdelen op basis van kwaliteit.

### **Optie, die het beste aansluit bij de praktijk**

Op de eerste plaats meent het CBOG, dat een optie, die als uitgangspunten neemt de adviezen van het CO voor het aantal op te leiden medisch specialisten (per specialisme) en de financiering van de bijbehorende opleidingsplaatsen, tot nu toe goed functioneert.

Voor de visie van het CBOG op de verdeling van de te financieren opleidingsplaatsen (met inbegrip van het aspect kwaliteit en bijstelling van de subsidiebedragen) en de rollen van VWS, CBOG en veldpartijen daarbij, die het beste aansluit bij de praktijk wordt verwezen naar de reactie van het CBOG op hoofdstuk 4. In het huidige systeem van verdeling en financiering van de opleidingsplaatsen is er sprake van een belangrijk aantal knelpunten. Het CBOG wil graag vanuit haar rol en taken als onafhankelijk beleidsorgaan op het terrein van opleidingen en beroepen in de zorg in afstemming met betrokken partijen (VWS en veld) een bijdrage leveren aan oplossing van de verschillende knelpunten.



College voor de  
Beroepen en Opleidingen  
in de Gezondheidszorg

**Bijlage A bij bijlage 1 Reactie CBOG op Nza consultatiedocument Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg; de positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen**

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg  
T.a.v. de heer R. Meijerink, voorzitter  
Postbus 19404  
2500 CK DEN HAAG

<b>Inlichtingen bij</b> E.A. van der Veen	<b>Doorkiesnummer</b> 030-2985282	<b>Ons kenmerk</b> I090072 EvdV/gr	<b>Datum</b> 14 mei 2009
<b>Betreft</b> Numerus Fixus	<b>E-mail adres</b> e.vanderveen@cbog.nl	<b>Uw kenmerk</b> 4374-11	<b>Bijlage(n)</b> 1

Geachte heer Meijerink,

Bijgaand een korte notitie als antwoord op uw brief van 7 april jl. betreffende de numerus fixus. Gezien de korte tijd en de beperkte mankracht binnen het CBOG in deze periode hebben wij moeten afzien van eigen deskresearch. Onze reactie betreft dan ook slechts de binnen het bestuur en bureau levende zienswijzen op dit punt.

Wij zullen gaarne met twee personen deelnemen aan het ronde tafel gesprek op woensdag 10 juni 2009, te weten mevrouw dr. ir. P.P.C.W. Huijbregts en ondergetekende.

Met vriendelijke groet,

Prof. dr. E.A. van der Veen  
Voorzitter CBOG



## **Notitie CBOG op verzoek VWS over de Numerus Fixus (MEVA /NBO-2915895)**

### **Algemeen.**

Het CBOG is van mening dat om goede redenen is besloten tot sturing op het aantal artsen dat per jaar voor de zorg beschikbaar komt. Nieuwe argumenten om dat niet te doen zijn de afgelopen jaren niet naar voren gebracht. Onvoldoende verwoord in de brief van VWS en het verzoek van de RVZ zijn de negatieve gevolgen voor de individuele arts, die na een 6-8 jarige studie bij een artsenoverschot soms jarenlang geen passend werk kan vinden.

### **Speelveld.**

Het is het belang van patiënt en zorginstellingen dat er geen tekort aan artsen ontstaat. Een gering surplus dient hun belang c.q. keuzemogelijkheid. Op het speelveld moet echter ook de pas afgestudeerde in staat zijn op redelijke termijn na afstuderen werk te vinden dat aansluit op zijn competenties.

### **Vervolgopleidingen.**

De afgelopen jaren is de opleidingscapaciteit voor veel opleidingen al drastisch uitgebreid. Zie ook de informatie van het Capaciteitsorgaan. Verdere uitbreiding zou bij een deel van de opleidingen nog wel mogelijk zijn, bijvoorbeeld door vervanging van niet in opleiding zijnde basisartsen (ANIOS) dan wel in opleiding zijnde artsen (AIOS). Het op dit moment lopende moderniseringsproces binnen de vervolgopleidingen zal negatieve invloed ondervinden van sterke fluctuaties in het aanbod van AIOS. Voor een deel van de vervolgopleidingen, zoals bijvoorbeeld bij de opleiding tot huisarts, wordt de opleidingscapaciteit begrensd door gebrek aan opleiders. Een ruim aanbod aan basisartsen zal de keuze in de richting van nu minder populaire vervolgopleidingen mogelijk faciliteren. Het lijkt echter beter andere wegen te vinden om een positieve keus voor die disciplines te laten maken.

### **Uitvoering.**

Het CBOG is van mening dat zowel de UMC's als de Wetenschappelijke Verenigingen door de ervaringen opgedaan met de huidige planningsystematiek deze zullen willen continueren. Allen zijn gebaat bij een zekere stabiliteit en geleidelijkheid bij noodzakelijke veranderingen. Onder dit kopje wordt ook gevraagd naar de relatie met taakherschikking. Naar onze mening zal een overschot aan basisartsen taakherschikking belemmeren. Hoewel het een voorspeld artsentekort was dat een belangrijke prikkel vormde voor het ontstaan van nieuwe functies en beroepen in de zorg, leert de ervaring met de nieuwe beroepen (Nurse Practitioner = Verpleegkundig Specialist en Physician Assistent) dat zij ook een duidelijke meerwaarde hebben, in het bijzonder voor de kwaliteit van de zorg. Bij de in cure én care snel veranderende zorgorganisatie spelen de NP/VS en PA in toenemende mate een eigen rol. Het zou volgens het CBOG een stap terug zijn deze functies te laten verdringen door daarvoor niet opgeleide en niet gemotiveerde artsen.

### **Aanbod geïnduceerde vraag en toename van de vraag.**

Het CBOG verwacht dat bij een vergroot aanbod van basisartsen en zeker bij een grotere uitbreiding van het aantal specialisten dan nu al voorzien, een verhoging van de zorgconsumptie niet is te voorkomen. Het is de vraag of het huidige financieringssysteem de kostenstijging voldoende zal kunnen opvangen. Deze kostenstijging zal slechts ten dele het gevolg zijn van een eventuele stijging van het totale honorariumvolume, maar grotendeels worden veroorzaakt door extra inzet van anderen ten behoeve van diagnostiek en ingrepen.