

Consultatiedocument

Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg

De positie van medisch specialisten binnen
ziekenhuizen

november 2009

Inhoud

Vooraf	5
Managementsamenvatting	7
1. Inleiding	15
2. Schaarste aan medisch specialisten?	19
2.1 Signalen van schaarste	19
2.2 Gevolgen van schaarste	24
2.3 Conclusie	25
3. Factoren die het aanbod van medisch specialisten bepalen	27
3.1 Instroom vanuit de opleidingen	27
3.2 Numerus fixus	34
3.3 Instroom van medisch specialisten vanuit het buitenland	37
3.4 Conclusie	39
4. Verdeling van de opleidingsplaatsen	41
4.1 Betrokken spelers	41
4.2 Aanbieders van opleidingsplaatsen	44
4.3 Onderlinge afstemming van het aanbod	45
4.4 Knelpunten	48
4.5 Conclusie	50
5. Ruimte voor verbetering	53
5.1 Stimuleren van substitutie	53
5.2 Uitbreiding aantal opleidingsplaatsen	54
5.3 Hoe om te gaan met de kosten?	56
5.4 Conclusie	61
6. Positie van medisch specialisten in het ziekenhuis	65
6.1 Oorsprong van de huidige relatie	65
6.2 Huidige contractuele verhouding tussen RvB en medisch specialist	66
6.3 Uitgangspunten voor de ziekenhuisbesturing	68
6.4 Voorwaarden voor een andere verhouding	69
6.5 Initiatieven voor een andere relatie tussen bestuurders en medisch specialisten	75
6.6 Conclusie	77
7. Consultatievragen	79
Geraadpleegde literatuur	83
Bijlage: Geïnterviewde partijen	89

Vooraf

Voor u ligt het consultatiedocument 'Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg; de positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen'. Dit document bevat een analyse naar eventuele marktimperfecties in de deelmarkt geïntegreerd medisch specialistische bedrijf. Schaarste aan medisch specialisten en de relatie tussen medisch specialist en de raad van bestuur van ziekenhuizen vormen (potentiële) marktimperfecties. Verder worden een aantal suggesties aangedragen om de hieruit voortgekomen impact te verminderen.

Voor dit consultatiedocument is gebruik gemaakt van een divers aantal analyses van organisaties zoals het OESO, het Capaciteitsorgaan, Ronald Berger Strategy Consultants en Medisch Contact. Verder zijn verschillende spelers uit de markt geïnterviewd over de materie.

Een belangrijke doelstelling van het consultatiedocument is om te toetsen of de in dit document gepresenteerde marktanalyse juist en volledig is. Dit rapport wordt ter consultatie voorgelegd aan overheidsorganisaties, verzekeraars, aanbieders, brancheorganisaties, onafhankelijke deskundigen en wetenschappelijke organisaties. Het document wordt ook op de internetsite van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) geplaatst.

Wij nodigen u uit om op de vragen te reageren die in dit document zijn opgenomen. Uw bijdrage helpt ons om een juiste weergave van de markt te schetsen en eventuele onjuistheden weg te nemen.

Dit consultatiedocument geeft nog geen advies over hoe de markt van medisch specialistische zorg verbeterd moet worden. Het presenteert wel een aantal mogelijkheden. De in dit document gepresenteerde marktanalyse ligt hieraan ten grondslag. Aan deze voorlopige conclusie kunnen geen rechten worden ontleend. In het visiedocument, dat wordt opgesteld op basis van het consultatiedocument en de reacties daarop, neemt de NZa wel een advies op over verbetering van de markt. Het visiedocument zal naar verwachting begin 2010 worden gepubliceerd. Ook de RVZ adviseert de minister, weliswaar vanuit een ander perspectief over dit onderwerp. Uiteraard vindt over beide trajecten afstemming plaats.

De NZa hanteert een openbare consultatieprocedure. Uw bijdrage is daarom in principe openbare informatie. Waar relevant wordt in het document verwezen naar individuele bijdragen. Een overzicht van de reacties wordt op onze website www.nza.nl gepubliceerd.

de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit,



mw. drs. C.C. van Beek MCM
voorzitter a.i.

Managementsamenvatting

De markt voor ziekenhuiszorg is volop in beweging. De NZa adviseert de minister over hoe in de toekomst kwalitatief goede zorg kan worden gegarandeerd die tegelijkertijd voor iedereen betaalbaar en toegankelijk is. Met de invoering van gereguleerde concurrentie tussen aanbieders voor medisch specialistische zorg neemt het marktgedrag van ziekenhuizen toe. Om een concurrerende markt te laten functioneren is voldoende aanbod van zorgaanbieders een randvoorwaarde.

Bij onvoldoende aanbod is sprake van een marktimperfectie. Op het moment dat er onvoldoende aanbod is heeft dit negatieve gevolgen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg.

De zorgmarkten kennen meerdere mogelijke marktimperfecties. In eerdere adviezen heeft de NZa gewezen op diverse uitingen van marktimperfecties. Zo is geadviseerd om voor zorgverzekeraars de ex post risicoverevening verder af te bouwen zodat zij meer prikkels hebben om hun rol als kritische inkoper in te vullen. Een ander belangrijk voorbeeld is het belang van transparantie over adequate kwaliteitsinformatie om de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars daadwerkelijk over de prijs en kwaliteit te kunnen laten gaan. Daarnaast heeft de NZa geadviseerd over de mogelijkheden van winstuitkeringen door ziekenhuizen om te borgen dat voldoende risicodragend vermogen kan worden aangetrokken door deze sector, die zeer kapitaal intensief is.

In dit document staat de medisch specialist centraal als belangrijke speler in het hele zorgproces. Specialisten hebben een belangrijke rol bij de invoering van een concurrerende zorgmarkt. In de huidige situatie kent de financiering van medisch specialisten een grote mate van regulering. De reden hiervoor is dat de markt voor medisch specialisten onvoldoende rijp is voor (deel)liberalisering.

Met dit document consulteert de NZa de sector over haar analyse van de huidige markt voor medisch specialisten en de positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen. De NZa heeft voor deze analyse interviews gehouden met de belangrijke spelers in het veld en diverse literatuurbronnen geraadpleegd. In bijlage 1 is een lijst opgenomen met alle geïnterviewde partijen.

Marktontwikkeling in de ziekenhuiszorg

De NZa ontwikkelt gereguleerde marktwerking in de ziekenhuiszorg als middel om te komen tot een efficiëntere zorgverlening. In verschillende adviezen heeft de NZa aangegeven hoe zij een systeem van gereguleerde marktwerking voor zich ziet¹. Marktwerking kan alleen zijn werk doen als er voldoende aanbod is. Schaarste aan medisch specialisten heeft de overheid er in het verleden toe bewogen om de honoraria van medisch specialisten te reguleren. Die regulering leidt tot inefficiëntie bij de zorgproductie en hindert de concurrentie. Om de positieve krachten van de markt in de toekomst goed te kunnen benutten is het noodzakelijk om te analyseren in hoeverre sprake is van schaarste in het aanbod van medisch specialisten, wat de oorzaken en gevolgen daarvan zijn en hoe deze schaarste kan worden opgelost.

¹ Uitvoeringstoets 'Op weg naar vrije prijzen' (2007); Advies 'Stabiele transitie naar prestatiebekostiging' (2008); Uitvoeringstoets 'Van Budget naar prestatie'(2009). www.nza.nl/nza/Publicaties/overige.

Schaarste?

Binnen een systeem van gereguleerde marktwerking heeft het ziekenhuis als geïntegreerd medisch bedrijf dat medisch specialistische zorg aanbiedt de mogelijkheid en ook de eigen verantwoordelijkheid om toegankelijke en kwalitatief goede zorg zo doelmatig mogelijk te organiseren. Uit onderzoek blijkt dat het bestuur van een ziekenhuis ondanks de ruimte die het wettelijk kader biedt vaak onvoldoende in staat is om op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te sturen. Dit kan bijvoorbeeld tot uiting bij de onderhandeling met verzekeraars over de prijs en de kwaliteit van de zorg.

Een belangrijke structurele oorzaak is gelegen in de machtsverhoudingen tussen het bestuur van het gehele ziekenhuis en de medisch specialist die binnen het ziekenhuis de patiënten zorg aanbiedt. Medisch specialisten hebben niet alleen een bepalende invloed op de zorg die hij binnen het ziekenhuisverband aan de individuele patiënt levert, maar ook op de bedrijfseconomische beslissingen van het ziekenhuis. In de bedrijfsvoering van het ziekenhuis levert dit problemen op in die gevallen waarin de – financiële – belangen van de medisch specialist en het ziekenhuis als geïntegreerd medisch bedrijf uiteenlopen. De mogelijkheden van het ziekenhuisbestuur om slagvaardig en efficiënt te sturen zijn dan vaak beperkt.

De sterke positie van de medisch specialist binnen een ziekenhuisorganisatie is historisch gegroeid vanuit zijn professionele autonomie. Een belangrijke oorzaak is ook het beperkte aanbod aan medisch specialisten in Nederland. Daarbij speelt bovendien mee dat de positie van medisch specialisten mede door het wettelijk kader in stand wordt gehouden. Daarbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de regulering die het honorarium van medisch specialisten bepaalt en het wettelijk kader dat de toelating van medisch specialisten tot de markt regelt.

Verschillende onderzoeken naar schaarste wijzen uit dat bij een aantal specialismen sprake is van landelijke schaarste en voor een aantal specialismen schaarste alleen in bepaalde regio's in Nederland bestaat. Zo zijn er bijvoorbeeld landelijk grote tekorten bij maag-darm-leverartsen, revalidatieartsen, gynaecologen, klinisch geriaters en nucleair geneeskundigen².

Verder is de verwachting dat er in de opleidingsregio Noord- en Oost-Nederland de komende tien jaar een artsentekort in alle specialismen zal optreden. In deze regio's zijn nu al 50 procent meer openstaande vacatures dan in andere regio's. Redenen hiervoor zijn dat veel medisch specialisten naar de Randstad vertrekken, veel artsen bijna pensioengerechtigd zijn en er relatief veel vrouwen in deeltijd werken³.

Gevolgen voor de publieke belangen

Schaarste kan gevolgen hebben voor de publieke belangen toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De toegankelijkheid kan in gevaar komen doordat schaarste wachtlijsten en scherpe prioritering tot gevolg heeft. Kwaliteit komt in het geding als schaarste tot hoge werkdruk bij medisch specialisten leidt wat weer leidt tot een toenemende kans op behandelingsfouten. Zowel belemmeringen bij de toegang als een verhoogde kans op fouten heeft negatieve effecten op de betaalbaarheid. De kosten nemen toe als mensen vanwege wachttijd niet hun reguliere werk na kunnen komen of als fouten leiden tot een langere periode van herstel. Daarbij komt dat medisch specialisten bij schaarste hoge salarissen kunnen onderhandelen met het ziekenhuis. Tot

² Capaciteitsorgaan (2008)

³ Medisch Contact, 16 juli 2009

slot kunnen ziekenhuizen moeilijk de uiterste consequentie nemen en disfunctionerende medisch specialisten ontslaan, omdat het in veel delen van Nederland lastig is om op korte termijn adequate vervanging te regelen.

Daarnaast is het voor een adequaat functionerend systeem van geregleerde marktwerking noodzakelijk dat er een klein overschot is aan medisch specialisten.

Factoren die het aanbod van medisch specialisten bepalen

Er zijn drie belangrijke factoren die het aanbod van medisch specialisten in Nederland bepalen:

- Met het instellen van een numerus fixus voor de basisopleiding geneeskunde is het aantal basisartsen dat kan doorstromen naar een specialistenopleiding vooraf beperkt.
- Het ministerie van VWS bepaalt sinds 2007 het totaal aantal opleidingsplaatsen voor medisch specialisten door het vaststellen van het opleidingsfonds. VWS volgt over het algemeen het advies van het Capaciteitsorgaan.
- Medisch specialisten zijn verantwoordelijk voor de inhoudelijke opleiding. Zij hebben hierdoor de mogelijkheid om het totaal aantal aios binnen een specialisme te bepalen. In de praktijk leiden sommige specialismen minder aios op dan mogelijk, terwijl de financiering ervoor wel is toegezegd door VWS.

De verdeling van opleidingsplaatsen

Het huidige verdelingssysteem van opleidingsplaatsen is ondoorzichtig en medisch specialisten bepalen zelf de verdeling. Kwaliteit van de opleiding speelt nauwelijks een rol bij de verdeling. Dat geldt ook voor doelmatigheid van de opleiding. Opleidingsinstellingen hebben wel prikkels om de opleidingskosten laag te houden, omdat zij het verschil tussen subsidiebetaling en de daadwerkelijke kosten kunnen behouden. Bij de verdeling van opleidingsplaatsen hebben academische ziekenhuizen een sleutelrol. Zij zitten de commissie voor die binnen een regio de opleidingsplaatsen verdeelt. Daarbij is het voor de meeste opleidingen en instellingen niet mogelijk om zonder een academisch ziekenhuis een opleiding aan te bieden. Het geldt echter ook andersom, academische ziekenhuizen hebben algemene ziekenhuizen nodig om op te kunnen leiden. Meer dan 60 procent van de opleidingen vindt plaats in algemene ziekenhuizen, omdat de capaciteiten in academische ziekenhuizen beperkt is. Verder kunnen aios in algemene ziekenhuizen de meest voorkomende ziektes vaker behandelen. Dit is belangrijk, omdat aios een bepaald aantal specifieke behandelingen moeten hebben gedaan om specialist te worden.

Ruimte voor verbetering

De NZa verkent in dit consultatiedocument een aantal beleidsopties om een klein overschot aan medisch specialisten te realiseren en daarmee de markt van medisch specialisten efficiënter in te richten. Hieronder worden de opties beschreven, vervolgens gaat de NZa in op de manier waarop de opties gefinancierd kunnen worden.

– Substitutie

Substitutie kan bijdragen aan een klein overschot aan medisch specialisten. Substitutie houdt in dat medisch specialisten minder gecompliceerde werkzaamheden overdragen aan andere beroepsgroepen die voor die werkzaamheden bevoegd zijn. Dit geldt bijvoorbeeld voor basisartsen, artsen niet in opleiding als specialist (ANIOS), nurse practitioners (NP) of physician assistants (PA), die deze werkzaamheden uitvoeren onder verantwoordelijkheid van de specialist. Andere manieren van substitutie zijn te vinden in innovatie van het zorgproces,

technologische ontwikkelingen en het overnemen van taken door de eerste lijn.

Substitutie is echter geen panacee voor alle problemen die met die schaarste samenhangen, maar moet worden gezien als een toevoeging op één van de voorstellen die in de volgende punten worden beschreven.

– Verhogen van het aantal opleidingsplaatsen

Het tekort aan medisch specialisten neemt af als het aanbod wordt verruimd. Hiertoe kan het aantal opleidingsplaatsen worden uitgebreid of volledig worden vrijgegeven. Bij een voldoende aantrekkelijke opleidingsvergoeding zal dat leiden tot een toename van het aantal studenten.

Vrijgeven van de numerus fixus en het aantal opleidingsplaatsen tot medisch specialist

Vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen begint met het afschaffen van de numerus fixus voor de opleiding geneeskunde.

Het afschaffen van de numerus fixus zal naar verwachting leiden tot een sterke toename van het aantal geneeskundestudenten. Momenteel zijn er jaarlijks drie aanmeldingen per opleidingsplek. Het afschaffen van de numerus fixus vergt een forse vergroting van de opleidingscapaciteit van de geneeskundefaculteiten. Dit is op de korte termijn moeilijk te realiseren.

De tweede stap is het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen voor medisch specialisten. Het aantal opleidingsplaatsen wordt dan niet langer meer vastgesteld door de minister van VWS. In plaats daarvan bepalen de opleidingsinrichtingen zelf hoeveel specialisten ze willen opleiden.

Het ongelimiteerd laten opleiden van basisartsen tot medisch specialist kan op termijn leiden tot een klein overschot aan specialisten. Daarvoor moet echter aan twee voorwaarden zijn voldaan. Eerste voorwaarde hiervoor is dat de zittende specialisten de benodigde extra opleidingsplaatsen beschikbaar stellen. Tweede voorwaarde is dat de zittende specialisten de nieuwkomers in hun vakgroepen en maatschappen opnemen. Wanneer de extra opgeleide specialisten niet aan het werk komen, neemt het aantal actieve specialisten niet toe.

Als aan beide voorwaarden is voldaan leidt het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen tot een toename van het aantal actieve specialisten. Een toenemende onderlinge concurrentie tussen specialisten en tegelijkertijd minder overheidsregulering kan ertoe leiden dat de kosten per specialist (inkomen plus overige kosten van specialistische zorg) afnemen. Het is echter onzeker of die afname voldoende is om de groei van het aantal specialisten te compenseren vanwege een kans op meer aanbodgeïnduceerde vraag. Onderzoek wijst echter uit dat de kans hierop klein is in Nederland (Pomp, 2009).

Verruimen van de numerus fixus en verruimen van het aantal opleidingsplaatsen tot medisch specialist

Een minder vergaande variant is een verruiming van het aantal opleidingsplaatsen. Deze variant impliceert dat de minister van VWS nog steeds het aantal opleidingsplaatsen bepaalt, maar dat hij structureel meer opleidingsplaatsen financiert dan het Capaciteitsorgaan adviseert. Hierbij valt te denken aan een aantal opleidingsplaatsen dat 5 tot 10% hoger ligt dan het advies van het Capaciteitsorgaan dat probeert het benodigd aantal specialisten te voorspellen voor een evenwicht. Deze variant vergt ook een opwaartse bijstelling van de numerus fixus voor de

geneeskundestudie om te zorgen dat voldoende basisartsen worden opgeleid om de specialistenopleidingen te volgen.

Het voordeel van deze variant boven de huidige situatie is dat de beoogde toename van het aantal specialisten leidt tot een meer evenwichtige verhouding van partijen op de markt voor medisch specialistische zorg.

Ook houdt de overheid een aantal sturingsinstrumenten in eigen hand wat bij de variant van het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen niet het geval is. De overheid blijft grip houden op de ontwikkeling van het aantal medisch specialisten door controle op het aantal opleidingsplaatsen en de totale kosten die met het opleiden gemoeid zijn. Bovendien kan de overheid in deze variant de opleidingsplaatsen toedelen aan de opleidingsinrichtingen. Dit biedt mogelijkheden voor sturing op kwaliteit en/of doelmatigheid door de opleidingsplaatsen aan te besteden.

Ook voor dit model geldt echter dat de gevolgen voor de kosten van de medisch specialistische zorg ongewis zijn, zij het dat de onzekerheid minder groot is dan in de variant van gehele vrijgave. Op de korte termijn zal een verhoging een investering betekenen, die op de lange termijn echter tot lagere kosten leidt.

Bekostiging van de verruiming

Door de beperkingen in het aantal opleidingsplaatsen voor de basisopleiding en de vervolgopleiding op te heffen of te verruimen, zullen de kosten van het opleiden stijgen. Wanneer de opleidingskosten geheel door het Opleidingsfonds worden vergoed, ontstaat er een subsidie regeling zonder plafond. De NZa stelt vier opties voor om deze uitgaven ten laste van de overheid te beperken.

Optie 1: Dalende kosten op de lange termijn door korte termijn investeringen

Bij deze optie vindt op de korte termijn een verhoging plaats van het Opleidingsfonds om meer specialisten op te leiden. Hieraan moet een verhoging van de numerus fixus vooruit gaan om ook daadwerkelijk meer basisartsen te hebben, die een specialistenopleiding kunnen volgen. Een toename van medisch specialisten leidt tot grotere onderlinge concurrentie en daarmee tot lagere tarieven voor specialisten. Uiteindelijk zal het zorgstelsel goedkoper uitkomen.

Het voordeel van deze optie is dat op deze manier de medewerking van opleidingsinrichtingen en aios wordt verzekerd. Opleidingsinstellingen worden immers niet gekort op hun vergoedingen en aios hoeven geen inkomen in te leveren.

Een nadeel is dat de investering heel groot is, maar het maatschappelijke rendement op de investering onzeker. Op grond hiervan lijkt een beheerste en beperkte uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen te verkiezen boven een ongelimiteerde uitbreiding. De financierbaarheid daarvan kan nog worden verbeterd door de vergoedingen voor de opleiders en de aios te beperken.

Over de vergoedingen die de opleidingsinrichting ontvangt wordt veel gediscussieerd. Er is geen duidelijkheid hoe deze vergoeding zich verhoudt tot de feitelijke opleidingskosten. Zolang de overheid erin slaagt het gewenste aantal opleidingsplaatsen gerealiseerd te krijgen is er aanleiding om te veronderstellen dat de vergoeding meer dan voldoende is om de kosten te dekken. Dit betekent dat er eventueel ruimte is voor een beperking van de vergoeding per opleidingsplaats.

Optie 2: Verdeelmodel op basis van aanbesteding

Het is tot op heden niet mogelijk om vast te stellen welke kosten gemoeid zijn met het opleiden van een medisch specialist. De vergoeding uit het Opleidingsfonds is een resultaat van onderhandelingen tussen het ministerie van VWS en de zorgaanbieders. Een betere afstemming van de vergoeding op de werkelijke kosten van de opleiding kan worden gerealiseerd door de opleidingsplaatsen te verdelen over de opleidingsinrichtingen door middel van een aanbesteding.

Deze aanbesteding kan de vorm krijgen van een "beauty contest", waarbij de aanvragen niet alleen op de aanneemsom, maar ook op kwaliteitsaspecten worden beoordeeld. Het is denkbaar dat het Ministerie van VWS de uitvoering van deze procedure overlaat aan het CBOG.

Het voordeel van een beauty contest is dat kwaliteitscriteria naast financiële criteria een expliciete rol krijgen in de verdeling van de opleidingsplaatsen. Dit leidt ertoe dat opleidingsplaatsen worden toegewezen aan de marktpartijen die de beste combinatie van prijs en kwaliteit bieden. Nadelig is echter dat de beoordeling op kwaliteitscriteria onvermijdelijk subjectieve elementen in zich draagt. Bovendien zijn de marges smal, aangezien de eisen die het CCMS stelt, de lat voor de instellingen al zeer hoog legt. Het grootste knelpunt is op dit moment de afwezigheid van kwaliteitsindicatoren voor extern gebruik.

Een belangrijk voordeel van het aanbesteden van opleidingsplaatsen is dat het overlegcircuit van clusters, OOR's en BOLS kan in dit aspect komen te vervallen. Opleidingsinrichtingen doen individueel of zo nodig in combinatie – in de vorm van een cluster – een aanbieding, idealiter zonder daarover met hun concurrenten in overleg te treden.

Als de opleidingsgelden via een aanbesteding worden verdeeld, zal de consequentie moeten zijn dat de overheid opdrachtgever wordt in plaats van subsidieverlener. Verder zal de procedure rond aanbesteding in overeenstemming moeten worden gebracht met de regelgeving.

Optie 3: Financiering van opleidingskosten door ziekenhuizen

Een andere mogelijkheid om bij het loslaten of verruimen van de beperking in opleidingsplaatsen de kosten van opleiden te verminderen is door deze onder de verantwoordelijkheid te brengen van het ziekenhuis zelf.

Een manier om dat te doen is door een component opleidingskosten toe te voegen aan de DBC-tarieven. Het is aan ziekenhuizen om te beslissen of ze deze opbrengsten ook daadwerkelijk aan het opleiden van aios uitgeven.

In dit geval geldt dan ook het principe 'de betaler bepaalt'. Aangezien de ziekenhuizen de opleidingen betalen, mogen zij zelf weten hoeveel opleidingsplaatsen zij willen aanbieden. De aanbesteding van opleidingsplaatsen is in dit geval geen onderdeel van het model. De bepaling of een instelling geschikt is om op te leiden ligt dan alleen bij het MSRC die de erkenningen toekent.

De optie om ziekenhuizen zelf de kosten te laten betalen heeft als nadeel dat dit een oneerlijke concurrentiepositie teweeg zou brengen voor de ziekenhuizen die niet opleiden. Dit was één van de redenen voor het opzetten van het Opleidingsfonds. Deze optie zou dit dus terugdraaien.

Optie 4: Eigen bijdrage aios

Bij de aios lijkt ruimte aanwezig voor beperking in vergoeding. Een derde tot de helft van de opleidingskosten voor een medisch specialist bestaat uit het salaris van de aios. Gezien de belangstelling die er voor de opleiding bestaat, lijken de beschikbare plaatsen ook bij een lager salarisniveau te kunnen worden opgevuld. Dit is echter wel afhankelijk van de CAO waar de aios onder vallen. Gezien het belang dat de aios bij zijn eigen opleiding heeft, is het denkbaar de vergoeding die hij voor het volgen van zijn opleiding ontvangt, te beperken.

Er is ook aanleiding om van de aios een grotere bijdrage aan de opleiding te vragen. De opleiding tot specialist is een zogenoemde generalistische⁴ opleiding. Bij generalistische opleidingen is het gangbaar dat de student zelf (een gedeelte van) de opleiding betaalt.

Relatie tussen medisch specialisten en ziekenhuis

Een klein overschot aan medisch specialisten is een centrale randvoorwaarde om meer flexibiliteit te creëren voor ziekenhuisbestuurders in hun omgang met medisch specialisten in het ziekenhuis. Dit zal pas op langere termijn kunnen worden gerealiseerd. Hieronder worden een viertal beleidsopties verkent die al op de korte termijn meer flexibiliteit in de bedrijfsvoering kunnen realiseren.

Ten eerste voldoet de huidige Model Toelatingsovereenkomst niet aan de eisen van moderne bedrijfsvoering. Bestuurders hebben weinig zicht op de kwaliteit die de medisch specialisten in het ziekenhuis leveren. Met de invoering van de Wet Cliëntenrechten Zorg (WCZ) zal dit gaan veranderen en moet de model toelatingsovereenkomst (MTO) door de brancheorganisaties worden aangepast.

Ten tweede bestaat tussen ziekenhuisbestuur en vrijgevestigde medisch specialist geen hiërarchische relatie. Dat geldt ook voor de bekostiging van medisch specialisten, waar ziekenhuizen in de praktijk een financiële transfer functie hebben tussen verzekeraar en medisch specialist. Toch loopt het ziekenhuis sinds de invoering van de bandbreedtetarieven risico, omdat het alleen het spiltarief krijgt vergoed. Als specialisten gemiddeld een hoger tarief uitonderhandelen, gaat dit ten koste van het ziekenhuis.

Op de lange termijn zou het tarief van de medisch specialist onderdeel moeten uitmaken van de DBC-prijs. Echter, op de korte termijn moet de huidige deelregulering middels honorariumbedragen gecontinueerd worden omdat de arbeidsmarkt voor medisch specialisten nog niet voldoende competitief is.

Ten derde is het voor ziekenhuizen lastig om maatschappen, indien gewenst, uit te kopen. Daarvoor bestaan twee redenen. (1) Ziekenhuizen kunnen niet zomaar een maatschap uitkopen (en daarmee de specialisten ontslaan) als er geen adequate vervanging bestaat. (2) Het is moeilijk om geld te lenen bij een bank om de goodwill te kunnen betalen.

Ten vierde is het nu op grond van de huidige beleidsregels niet mogelijk om een vergoeding te ontvangen voor prestaties als binnen een specialisme loondienst en vrije vestiging bestaat. De NZa heeft een beleidsregel die dit niet toestaat. Het opheffen van de beleidsregel zou het voor bestuurders makkelijker kunnen maken om maatschappen

⁴ Met een generalistische opleiding wordt een opleiding bedoeld die ook in andere soortgelijke bedrijven kan worden toegepast. Wat een aios in ziekenhuis A leert kan hij ook gebruiken als hij in ziekenhuis B komt te werken. Bij een specifieke opleiding kan het geleerde alleen in het specifieke ziekenhuis worden toegepast..

stapsgewijs uit te kopen. Hier zal echter rekening moeten worden gehouden met de overgangsregeling naar prestatiebekostiging.

1. Inleiding

Waarom dit consultatiedocument?

De NZa heeft verschillende signalen ontvangen die aangeven dat het aantal medisch specialisten in Nederland schaars is. Bij onvoldoende aanbod is sprake van een marktimperfectie. Op het moment dat er onvoldoende aanbod is heeft dit negatieve gevolgen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg.

De zorgmarkten kennen meerdere mogelijke marktimperfecties. In eerdere adviezen heeft de NZa gewezen op deze marktimperfecties. Zo is geadviseerd om voor zorgverzekeraars de ex post risicoverevening verder af te bouwen zodat zij meer prikkels hebben om hun rol als kritische inkoper in te vullen. Daarnaast is het belang van transparantie over adequate kwaliteitsinformatie naar voren gebracht om de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars ook daadwerkelijk over de prijs en kwaliteit te kunnen laten gaan. Ten slotte heeft de NZa geadviseerd om een experiment uit te voeren naar de mogelijkheden van winstuitkeringen door ziekenhuizen om te borgen dat voldoende risicodragend vermogen kan worden aangetrokken door de sector.

In de huidige situatie is de aanname dat een schaars aantal vrijgevestigde medisch specialisten leidt tot een sterke onderhandelingspositie tegenover het ziekenhuisbestuur. Deze is hierdoor, ondanks de ruimte die het wettelijk kader biedt, vaak onvoldoende in staat om op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te sturen. Daarbij speelt bovendien mee dat de positie van medisch specialisten mede door het wettelijk kader in stand wordt gehouden. Daarbij kan gedacht worden aan de regulering die het honorarium van medisch specialisten bepaalt en het wettelijk kader dat de toelating van medisch specialisten tot de markt regelt.

Om een te sterke kostenstijging door het vrijlaten van de specialistenhonoraria te voorkomen heeft de overheid gekozen om de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten apart te reguleren om de betaalbaarheid van de zorg te garanderen. Dit spoor echter niet met de invoering van integrale prestatiebekostiging – één voorwaarde voor gereguleerde marktwerking – waarbij de kosten voor medisch specialisten onderdeel moeten uitmaken van de prijs van het zorgproduct.

Naast de betaalbaarheid van zorg heeft schaarste ook andere nadelige gevolgen voor de consument, namelijk voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. De toegankelijkheid wordt beperkt op het moment dat een schaars aantal medisch specialisten leidt tot wachtlijsten of scherpere prioritering⁵. Ook zijn er gevolgen te vinden in de kwaliteit van de zorg voortvloeiend uit wachttijden en een potentiële toename in fouten door hoge werkdruk bij medisch specialisten.

Schaarste leidt tot negatieve gevolgen voor de publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van de zorg. Dit is voor de NZa de eerste reden om de markt voor medisch specialistische zorg nader te onderzoeken.

⁵ Prioritering houdt het opstellen in van een rangorde van de medische behandelingen op basis van een van tevoren vastgesteld criterium. Bij een scherpere prioritering worden de gebruikte criteria waar een patiënt aan moet voldoen om zorg te ontvangen strikter.

Daarnaast is het voor de keuze voor gereguleerde marktwerking als middel om tot een efficiënte zorgverlening te komen cruciaal dat het aanbod aan medisch specialisten ruim voldoende is. De NZa heeft het belang van deze randvoorwaarde in verschillende adviezen rondom de invoering van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg naar voren gebracht⁶. Ziekenhuizen krijgen met deze invoering meer vrijheden om sneller en beter in te kunnen springen op veranderingen in de sector. Deze vrijheden gaan samen met meer verantwoordelijkheid. Ziekenhuizen dragen steeds meer de risico's van ondernemerschap. Door meer vrijheden en meer verantwoordelijkheid beoogt de overheid de efficiëntie van ziekenhuizen te verhogen.

De aanwezigheid van concurrentie is in dit opzicht een cruciaal element. Zonder concurrentie zijn er geen stimulansen aanwezig om de efficiëntie van de zorgverlening te verhogen. Schaarste aan medisch specialisten kan de introductie van prestatiebekostiging op termijn negatief beïnvloeden en zelfs tot inefficiëntie leiden. Dit is een tweede reden voor de NZa om de schaarste van medisch specialisten nader te onderzoeken.

Op basis van artikel 32 van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (Wmg)⁷ heeft de NZa dan ook besloten om de markt van medisch specialistische zorg te analyseren. In deze analyse staat onderzoek naar de aanwezigheid, de oorzaken en de gevolgen van schaarste aan medisch specialisten voorop.

Voorbereidend op dit onderzoek heeft de NZa een research paper gepubliceerd⁸, waarin een algemene economische analyse is gemaakt van de opleidingsmarkt tot medisch specialist. De paper gaat ook in op twee uiteenlopende modellen in Engeland en België.

Voor het consultatiedocument heeft de NZa interviews gehouden met alle belanghebbende spelers (zie bijlage) om zicht te krijgen op de Nederlandse situatie rondom schaarste aan medisch specialisten. Samen met een literatuurstudie heeft dit geleid tot het consultatiedocument dat voor u ligt.

Na de consultatieperiode zal de NZa een advies uitbrengen over hoe met deze schaarste om te gaan dan wel deze op te lossen. Dit advies zal worden aangeboden aan de minister van VWS.

Doel van het consultatiedocument

Met onderhavig consultatiedocument wil de NZa twee doelen bereiken:

1. De sector consulteren over de analyse van de NZa over de huidige markt voor medisch specialistische zorg;
2. De sector consulteren over mogelijke stappen die noodzakelijk zijn om medisch specialisten optimaal te laten functioneren in een concurrerende ziekenhuismarkt.

Leeswijzer

De analyse in dit consultatiedocument betreft een onderzoek of er daadwerkelijk sprake is van schaarste en zo ja, wat hier de oorzaak van is. In hoofdstuk 2 heeft de NZa verschillende signalen onderzocht die erop duiden dat het aantal medisch specialisten in Nederland schaars is.

⁶ Uitvoeringstoets 'Op weg naar vrije prijzen' (2007); Advies 'Stabiele transitie naar prestatiebekostiging' (2008); Consultatiedocument 'Prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg' (2009). www.nza.nl/nza/Publicaties/overige.

⁷ WMG: Artikel 32: De zorgautoriteit onderzoekt, met inachtneming van artikel 65, de concurrentieverhoudingen en het marktgedrag op het gebied van de zorg.

⁸ Berende, E., Dehn, M., Katona, K. Mosca, I. (2009). *Regulation of the postgraduate medical education*. NZa, Utrecht; Tilec, Tilburg.

De oorzaken voor deze schaarste worden in het derde hoofdstuk onderzocht. In hoofdstuk 4 wordt, als reactie op de gevonden oorzaken van schaarste, het toewijzingssysteem van de opleidingsplaatsen voor aios nader onderzocht. Om een klein overschot aan medisch specialisten te realiseren en daarmee markt van medisch specialisten efficiënter in te richten wordt in hoofdstuk 5 een aantal beleidsopties verkend. Hoofdstuk 6 gaat in op de positie van de medisch specialist ten opzichte van het bestuur. Ook hier worden een aantal voorstellen gedaan hoe deze verbeterd kan worden. Het consultatiedocument sluit af met hoofdstuk 7 waarin alle consultatievragen die per hoofdstuk zijn gesteld, achter elkaar worden vermeld.

2. Schaarste aan medisch specialisten?

De NZa ontvangt signalen dat er te weinig medisch specialisten zijn in bepaalde specialismen. Deze signalen zijn afkomstig uit rapportages van onder andere de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB, 2008), de arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact, de ziekenhuisstudie van Roland Berger (2009) en de internationale Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) (OECD, 2008). Ook het Capaciteitsorgaan (2008)⁹ geeft aan dat verschillende specialismen met tekorten te maken hebben.

De onderzoeken van deze organisaties tonen aan dat medisch specialisten in Nederland op dit moment schaars zijn. De vraag die uiteindelijk moet worden beantwoord, is of door die schaarste de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de medisch specialistische zorg in ons land in het geding zijn.

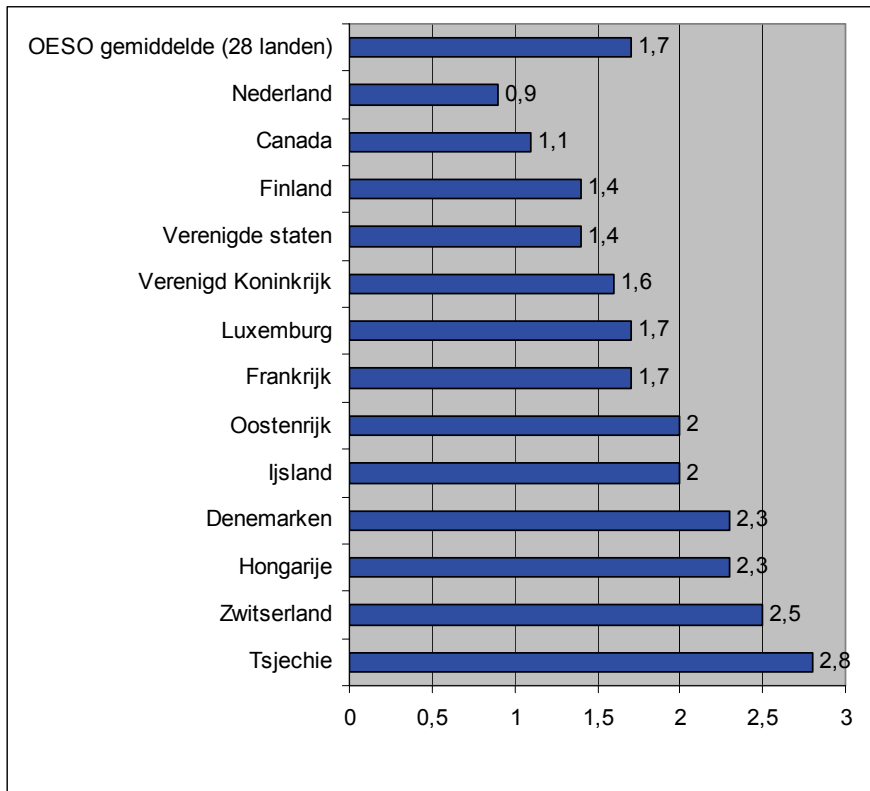
In dit hoofdstuk worden de ontvangen signalen besproken. De NZa heeft geen eigen analyse uitgevoerd, maar neemt de uitslagen van de rapporten van bovengenoemde organisaties als gegeven.

2.1 Signalen van schaarste

De cijfers van de OESO die zijn weergegeven in figuur 1 laten zien dat Nederland internationaal gezien een lage dichtheid van medisch specialisten kent.

⁹ Het Capaciteitsorgaan stelt sinds 1999 ramingen op van de behoefte aan (onder andere) medisch specialisten en leidt daaruit af hoe groot de instroom in de opleidingen moet zijn. Dit orgaan is in het voorjaar van 1999 opgericht door veldpartijen uit de zorg en wordt gesubsidieerd door het ministerie van VWS.

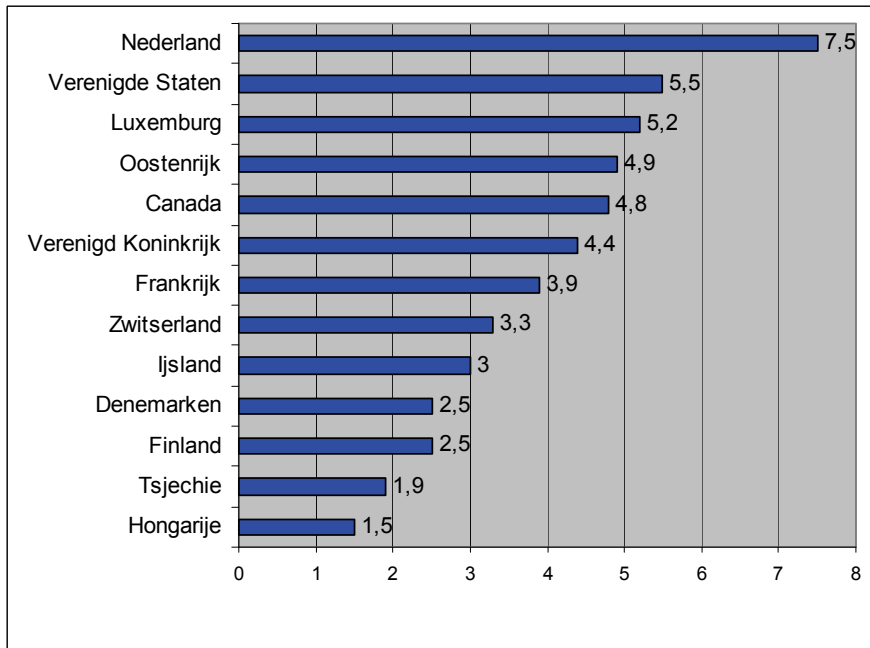
Figuur 1. Aantallen medisch specialisten per 1.000 inwoners, 2004



Bron: Fujisawa en Lafortune (2008).

De OESO publiceert ook gegevens over de inkomens van medisch specialisten. In figuur 2 zijn de specialisteninkomens in de onderzochte landen afgezet tegen het gemiddelde looninkomen.

Figuur 2. Specialisteninkomens in verhouding tot het gemiddelde looninkomen, 2004



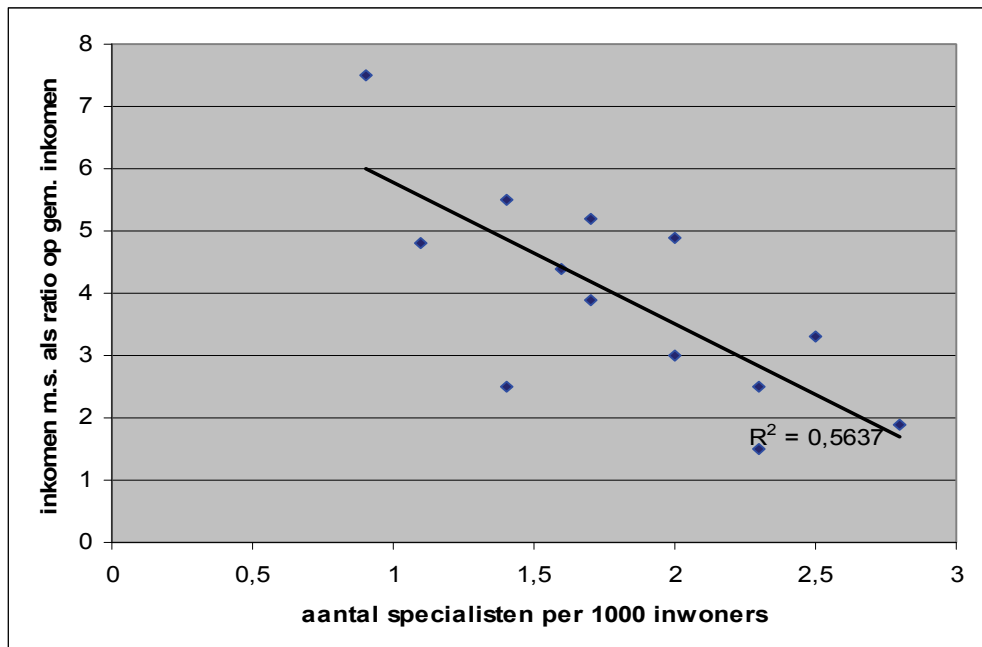
Bron: Fujisawa en Lafortune (2008).

Deze internationale vergelijking kent wel tal van onzekerheden:

- Het is onduidelijk welk inkomensbegrip de OESO voor medisch specialisten heeft gehanteerd en op welke manier is omgegaan met de praktijkkosten.
- Inkomensverschillen kunnen samenhangen met bijzondere omstandigheden. Zo vullen Nederlandse specialisten hun inkomen in relatief weinig gevallen aan met verdiensten uit privé-klinieken of een eigen praktijk. Dat kan het beeld vertekenen.
- Het is niet duidelijk welke definitie de OESO heeft gehanteerd voor het inkomen van de gemiddelde werknemer en of dit inkomen bijvoorbeeld is gecorrigeerd voor deeltijdwerk.
- In de cijfers voor Nederland zijn uitsluitend de honoraria van de vrijgevestigde medisch specialisten meegenomen. De meerderheid van de specialisten in Nederland is vrijgevestigd, maar een aanzienlijk deel werkt in loondienst. Dit komt vooral voor in de academische ziekenhuizen, maar ook in een aantal niet-academische ziekenhuizen, zoals het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam en de St-Maartenskliniek in Nijmegen.
- Alle geregistreerde (vrijgevestigde) medisch specialisten worden in het onderzoek meegenomen. Er wordt een overschatting gemaakt van het aantal werkzame medisch specialisten.

In haar onderzoek constateert de OESO dat er een negatieve correlatie bestaat tussen de specialistendichtheid en het specialisteninkomen. Naarmate er in een land relatief meer specialisten zijn, is het inkomen van die specialisten lager. Dit verband is weergegeven in figuur 3. Van de onderzochte landen heeft Nederland de laagste specialistendichtheid en de hoogste specialisteninkomens. Dit kan duiden op een schaarste aan medisch specialisten.

Figuur 3. Negatieve correlatie tussen specialistendichtheid en specialisteninkomens



Bron: Rie Fujisawa and Gaetan Lafortune, a.w.

De cijfers van de OESO vormen een momentopname van de stand van zaken in 2004. Uit gegevens van het Capaciteitsorgaan (2008) blijkt dat de instroom van nieuwe specialisten in de laatste tien jaar de uitstroom ruimschoots heeft overtroffen. Daardoor is het aantal medisch specialisten veel sneller gegroeid dan de bevolking en is de

specialistendichtheid in Nederland toegenomen. De zorgproductie is echter toegenomen met 22% tussen 2002 en 2008 tegenover een groei van 7% medisch specialisten in FTE in dezelfde periode (Ronald Berger, 2009).

Tabel 1. Aantal medisch specialisten in verhouding tot de bevolkingsomvang, 2000–2008

Jaar	Specialisten	Bevolking	Dichtheid per 1.000 inwoners
2000	14.484	15.863.950	0,91
2001	15.226	15.987.075	0,95
2002	15.749	16.105.285	0,98
2003	16.086	16.192.572	0,99
2004	16.264	16.258.032	1,00
2005	16.769	16.305.526	1,03
2006	17.435	16.334.210	1,07
2007	18.143	16.357.992	1,11
Gem. jaarlijkse groei	2,9%	0,4%	

Bron: Capaciteitsorgaan, 2008; CBS, Statline

In het Capaciteitsplan 2008 constateert het Capaciteitsorgaan dan ook dat de tekorten aan medisch specialisten waarvan aan het begin van de eeuw nog sprake was, nu goeddeels zijn opgelost:

“In het jaar 2000 bestonden over een brede linie tamelijk grote tekorten aan werkzame specialisten. Die zijn daarna geleidelijk afgenomen. Momenteel is er vrijwel evenwicht tussen vraag naar en aanbod van zorg bij de huisartsen en medisch specialisten. (...) Overigens zijn er binnen de groep van medisch specialismen enkele met nog grotere tekorten van 10% of meer, zoals voor de maag-darm-leverartsen, de klinisch geriater, de nucleair geneeskundigen en de revalidatieartsen.”

Opgemerkt moet worden dat het aantal artsen in opleiding tot medisch specialist (aios) in juist deze specialismen de laatste jaren stelselmatig boven de aanbeveling van het Capaciteitsorgaan heeft gelegen. Of dit betekend dat het tekort na verloop van tijd – vanwege de opleidingsduur – tot een evenwicht of licht overschot leidt is echter niet duidelijk.

In het licht van de negatieve correlatie tussen dichtheid en inkomen die de OESO heeft geconstateerd, is het verder opmerkelijk dat het wegwerken van de tekorten aan medisch specialisten geen daling tot gevolg heeft gehad voor de inkomens van de beroepsgroep.

Ondanks de constatering dat de tekorten bij de meeste specialismen zijn weggewerkt, geeft het Capaciteitsorgaan aan dat de komende jaren een verdere groei van het aantal specialisten noodzakelijk is. Dit hangt samen met factoren zoals de vergrijzing, de toenemende populariteit van deeltijdwerk onder specialisten en veranderende opvattingen over de te aanvaarden werkdruk. Deeltijd werken en een combinatie van werken en familie staan steeds hoger op de agenda van aios en medisch specialisten.

De huidige werkdruk van aios in Nederland komt niet overeen met de huidige EU-richtlijnen. Het rapport van de Arbeidsinspectie (2009) over de werkdruk van aios constateert 98 overtredingen bij 26 van de 31 gecontroleerde ziekenhuizen. De overtredingen hebben vooral betrekking

op te lang werken (tot zelfs 21 uur achter elkaar), te weinig rust per week en te veel bereikbaarheidsdiensten achter elkaar.

De Europese richtlijn Dir. 2000 /34 E.C. wordt vanaf 1 augustus 2009 in heel Europa strakker gehandhaafd¹⁰. Dit betekent dat medisch specialisten en aios maximaal 48 uur per week mogen werken en er sprake moet zijn van bepaalde rusttijden. Een 48-urige werkweek is de basis van de aanname dat een aios productieneutraal werkt. Wanneer er meer uren worden gewerkt door een aios ontstaat er een oneerlijke concurrentiepositie met ziekenhuizen die niet opleiden. Zij moeten namelijk een arts niet in opleiding tot medisch specialist (anios) aannemen voor deze uren. Bij het opleidende ziekenhuis is dan sprake van gesubsidieerde arbeidskracht waar een niet-opleidend ziekenhuis geen gebruik van kan maken.

De strakkere handhaving leidt ertoe dat meer medisch specialisten, aios en anios nodig zijn om dezelfde hoeveelheid zorg te kunnen bieden. Dit heeft gevolgen voor de benodigde hoeveelheid basisartsen om in de juiste hoeveelheid aios, anios en uiteindelijk medisch specialisten te voorzien.

In het rapport 'Schaarste tussen politiek en ramingen' geeft de NSOB aan dat er schaarste is aan opleidingsplaatsen van medisch specialisten, met als gevolg dat er minder medisch specialisten zijn. Deze schaarste bestaat deels uit schaarste die het ministerie van OCW en VWS hebben opgelegd (in de vorm van een numerus fixus¹¹ en de beperking in opleidingsplaatsen voor aios) en deels uit in stand gehouden schaarste door de veldpartijen (NSOB, 2008). Op de manier waarop schaarste zelf in stand wordt gehouden, gaat de NSOB niet in.

Het tijdschrift Medisch Contact voert elk kwartaal een arbeidsmarktmonitor¹² uit die het aantal vacatures per 100 artsen meet. Sinds de eerste publicatie van de arbeidsmarktmonitor in april 2006 is er sprake van een stijging van dat aantal vacatures.

De wachttijden voor de specialismen met een hoger aantal vacatures per 100 artsen, zoals maag-darm-leverziekten en gynaecologie, overschrijden vaker de Treeknormen¹³ dan de specialismen die minder vacatures hebben. Toch komt het voor dat ook specialismen met relatief weinig vacatures per 100 artsen te lange wachttijden kennen, zoals urologie en orthopedie.

Medisch Contact geeft verder aan dat schaarste vooral regionaal waar te nemen is¹⁴. Het is de verwachting dat er in de Opleidingsregio Noord- en Oost-Nederland de komende tien jaar een artsentekort in alle specialismen zal plaatsvinden. Er is tegenwoordig al sprake van 50% meer openstaande vacatures dan in andere regio's. Dit tekort wordt veroorzaakt doordat veel medisch specialisten naar de Randstad trekken, er veel artsen bijna pensioengerechtigd zijn en er relatief veel vrouwen in deeltijd werken (Medisch Contact, 16 juli 2009).

¹⁰ Minister Donner van Sociale Zaken en Werkgelegenheid heeft een verzoek ingediend voor een overgangperiode van twee jaar.

¹¹ Paragraaf 3.2 gaat nader op de numerus fixus in.

¹² Arbeidsmarktmonitor. Medisch Contact.

<http://medischcontact.artsennet.nl/mconline/Dossiers-3/arbeidsmarktmonitor.htm>.

¹³ In het zogenoemde Treekoverleg hebben zorgaanbieders en verzekeraars afspraken gemaakt over aanvaardbare wachttijden in de zorg. Per sector en soms per zorgproduct zijn maximaal aanvaardbare wachttijden vastgesteld: de Treeknormen.

¹⁴ Zo heeft het Delfzicht Ziekenhuis door gebrek aan specialisten de deuren moeten sluiten van de afdelingen klinische gynaecologie en klinische kindergeneeskunde (Medisch Contact, 16 juli 2009). De reden die voor het gebrek aan medisch specialisten wordt gegeven, is de vergrijzing van de artsen en het toenemende aantal vrouwen dat in deeltijd werkt.

2.2 Gevolgen van schaarste

Schaarste aan medisch specialisten kan negatieve gevolgen hebben voor de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Om de publieke belangen in de zorg in de toekomst te kunnen garanderen, is het noodzakelijk om schaarste om te buigen naar een overschot. In deze paragraaf komen de onwenselijke gevolgen van schaarste nader aan bod.

Publieke belangen

De meest evidente gevolgen van schaarste aan medisch specialisten zijn terug te vinden bij de toegankelijkheid van de zorg. Tekorten aan medisch specialisten kunnen leiden tot wachtlijsten of tot een scherpe prioritering. Door langere wachttijden ontstaat het risico dat patiënten op een later moment van de aandoening medische hulp krijgen. Hierdoor kan het zijn dat de hulp ingrijpender is, en dus ook duurder. Extra kosten ontstaan niet alleen door een eventueel duurdere behandeling, maar ook door productiviteitsuitval. In de huidige situatie hebben verschillende specialismen te maken met wachttijden die de Treeknormen, de *aanvaardbare* wachttijden, overschrijden. Voorbeelden zijn maag-darm-leverziekten, gynaecologie, urologie en orthopedie.

De huidige wachtlijsten hebben een negatieve impact op de kwaliteit van zorg die in Nederland wordt geleverd. Door uitstel van behandeling kan een aandoening namelijk verergeren. Naast wachtlijsten kan te hoge werkdruk bij de zittende medisch specialisten tot een vergroot risico op fouten leiden hetgeen eveneens effect heeft op de kwaliteit van de zorg. Bovendien leiden fouten tot herstelkosten, die de premiebetaler uiteindelijk moet opbrengen. Ook hebben fouten extra werk voor de specialisten tot gevolg, wat weer een negatieve impact kan hebben op de wachtlijsten.

Het aantal vermijdbare doden in ziekenhuizen was in 2004 ruim 1700. Van de ruim één miljoen opgenomen patiënten liepen 76.000 gezondheidsschade op. Zesduizend patiënten liepen blijvende schade op. Echter, bij 41% van de gebeurtenissen met onbedoelde schade was de hoofdoorzaak niet te beoordelen. Van de gebeurtenissen waarvan de hoofdoorzaak wel te beoordelen was, was nalatigheid en onzorgvuldigheid voor 15% de oorzaak. 14% was te wijden aan organisatorische aspecten, 56% bestond uit fouten gerelateerd aan kennis, gedragsregels of vaardigheden (EMGO en Nivel, 2007). Informatie over factoren die samenhangen met de organisatie van de zorg, informatieoverdracht tussen zorgverleners en bedrijfscultuur ontbreekt nogal. Het opleiden en aanstellen van meer specialisten zou de kwaliteit van zorg ten goede kunnen komen. De opleidingskosten worden daarbij gedeeltelijk gematigd door de kosten die het gevolg zijn van het kwaliteitsverlies in de huidige situatie.

Ook de betaalbaarheid van de zorg komt door schaarste in het geding. Om oplopende behandelingskosten te reduceren en productiviteitsuitval te voorkomen, is het oplossen van schaarste bij specifieke specialismen pure noodzaak.

In een vrije markt bepaalt de prijs de vraag. Deze prijs komt tot stand door het spel van vraag en aanbod en leidt uiteindelijk tot een evenwicht. Wanneer het aanbod beperkt is, stijgt de prijs, die door minder mensen wordt opgebracht. Dit gaat niet op voor de gezondheidszorg. Hier heeft een tekort aan artsen tot gevolg dat de kosten worden opgedreven. Omdat de vraag niet elastisch is, blijft bij een stijgende prijs dezelfde hoeveelheid consumenten zorg gebruiken. Deze inelastische vraag ontstaat doordat consumenten niet rechtstreeks

de zorg betalen, maar via de verzekeringspremies. Bovendien kan dankzij het verzekeringstelsel iedereen de noodzakelijke zorg krijgen.

Medisch specialisten kunnen ondanks de huidige reguleringskaders hoge inkomens afdingen, omdat zij bij de onderhandelingen met het ministerie van VWS over de reguleringskaders een sterke positie hebben. Dit werkt de betaalbaarheid van zorg tegen. In de huidige situatie vindt bekostiging van vrijgevestigde medisch specialisten plaats op basis van hun daadwerkelijk gerealiseerde productie (fee-for-service; zie ook hoofdstuk 6). Bij vrij onderhandelbare specialistenhonoraria leidt een dergelijke situatie tot een sterke kostenstijging. Door deze gevolgen is regulering noodzakelijk. Het oplossen van de schaarste aan medisch specialisten is daarom een centraal aangrijpingspunt om de markt beter te laten functioneren en minder regulering nodig te hebben.

Het gevolg van schaarste op de relaties binnen het ziekenhuis

Een ander gevolg van schaarste, gepaard aan een sterke mate van collectivisering¹⁵, heeft betrekking op de relatie tussen specialisten en ziekenhuisbesturen. Een tekort aan medisch specialisten maakt het ziekenhuisbestuur in zekere mate afhankelijk van de zittende specialisten. Daardoor kan het gebeuren dat bestuurders de belangen van specialisten in het beleid zwaarder meewegen dan die van andere stakeholders, zoals patiënten en verplegend personeel.

Deze problematiek speelt nog sterker in de gevallen waarin de artsen zich per specialisme hebben verenigd in maatschappen of vakgroepen die als eenheid optreden in de contacten met het ziekenhuisbestuur. Dat kan ertoe leiden dat de organisatie van specialisten naast de raad van bestuur als tweede kapitein op het schip gaat functioneren en de bestuurbaarheid van het ziekenhuis vermindert (RVZ, 2009; et al. 2006; Scholten et al., 2002; Folmer et al., 2002). Hoofdstuk 6 gaat nader op deze kwestie in.

2.3 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we de verschillende rapporten en onderzoeken over schaarste en de mogelijke gevolgen van schaarste aan medisch specialisten op een rij gezet.

Samenvattend komt hier het volgende beeld naar voren:

- In vergelijking met andere ontwikkelde landen kent Nederland relatief weinig medisch specialisten per 1.000 inwoners. Deze specialisten verdienen relatief hoge inkomens.
- De schaarste aan medisch specialisten is geen algemeen fenomeen in Nederland, maar:
 - Het tekort aan medisch specialisten is vooral terug te vinden bij bepaalde specialismen (maag-darm-leverartsen, revalidatieartsen, gynaecologen, klinisch geriater en nucleair geneeskundigen).
 - Het tekort aan medisch specialisten is regionaal waar te nemen. In het Noorden en Oosten van Nederland zijn er minder artsen doordat veel medisch specialisten naar de Randstad trekken, er veel artsen bijna pensioensgerechtigd zijn en er relatief veel vrouwen in deeltijd werken.
- De publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg komen in het geding bij schaarste aan medisch specialisten. Wachtlijsten en/of scherpere prioritering kunnen ontstaan, medische fouten kunnen zich voordoen en de betaalbaarheid verslechtert doordat de zorgvraag inelastisch is.

¹⁵ De collectivisering is vertegenwoordigd door de maatschap (medisch specialisten bij vrije vestiging) en vakgroep (medisch specialisten bij loondienstverband).

- Een gecollectiveerd en schaars aantal artsen beïnvloedt de relatie met het ziekenhuisbestuur. De raad van bestuur is in zekere mate afhankelijk van de zittende specialisten en daardoor is de bestuurbaarheid van het ziekenhuis verzwakt.

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?

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?

Consultatievraag 4

Deelt u de visie op de gevolgen van de schaarste aan specialisten voor de toegankelijkheid, kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg?

3. Factoren die het aanbod van medisch specialisten bepalen

In hoofdstuk 2 is op basis van een aantal onderzoeken geconcludeerd dat schaarste aan medisch specialisten in Nederland geen algemeen fenomeen is, maar vooral terug is te vinden op regionaal niveau en bij een aantal specialismen. De afwezigheid van schaarste is echter nog niet hetzelfde als een klein overschot aan medisch specialisten op de verschillende zorgmarkten. In een systeem van gereguleerde marktwerking is dit echter wel wenselijk. Daarom wordt in dit hoofdstuk gekeken naar de factoren die het aantal medisch specialisten bepalen.

Deze factoren zijn:

- de instroom vanuit de opleidingen;
- de instroom vanuit het buitenland;
- de uitstroom naar het buitenland;
- de uitstroom uit het beroep.

Daarnaast is voor het aanbod van medisch specialistische zorg de inzet van geregistreerde specialisten van belang. Naarmate meer geregistreerde specialisten actief zijn en naarmate actieve specialisten meer uren maken, kan het aanbod van zorg toenemen zonder dat het aantal geregistreerde specialisten toeneemt.

Dit hoofdstuk beperkt zich tot de instroomfactoren, omdat deze het beste beleidsmatig te beïnvloeden zijn.

3.1 Instroom vanuit de opleidingen

De opleiding tot medisch specialist wordt verzorgd door zittende specialisten in de ziekenhuizen. De hoeveelheid gerealiseerde opleidingsplaatsen is afhankelijk van drie partijen:

- De overheid. De financiering van de opleiding vindt, sinds 2007, plaats uit het zogeheten Opleidingsfonds. Dit fonds wordt gevoed uit de inkomensafhankelijke premie van de Zorgverzekeringswet. Het beheer van het Opleidingsfonds is in handen van het ministerie van VWS en wordt uit de staatsbegroting gefinancierd. Het is dus de overheid die de vraag naar opleidingsplaatsen bepaalt.
- De zittende medisch specialisten en de opleidende instellingen. Als opleiders bepalen zij hoeveel opleidingsplaatsen er beschikbaar komen.
- De aios. Van hun beslissingen hangt af of de beschikbare opleidingsplaatsen daadwerkelijk worden bezet.

Deze paragraaf gaat in op de totstandkoming van opleidingsplaatsen en beschrijft dit als een marktproces waarin de overheid optreedt als vrager en de zorginstellingen als aanbieder van opleidingsplaatsen.

3.1.1 De overheid: vraag naar opleidingsplaatsen

De overheid bepaalt de vraag naar opleidingsplaatsen op grond van het capaciteitsplan van het Capaciteitsorgaan. Het Capaciteitsorgaan wordt bestuurd door de organisaties van beroepsbeoefenaren (waaronder specialisten), opleiders en zorgverzekeraars. Doel van het Capaciteitsorgaan is om ramingen op te stellen voor de opleidingscapaciteit van de medische en tandheelkundige

vervolgopleidingen. Bij deze ramingen vormt de te verwachten zorgbehoefte het uitgangspunt.

De instroom in de opleidingen bepaalt – op termijn – het aantal aanbieders van medisch specialistische zorg. De organisaties van zittende aanbieders van medisch specialistische zorg hebben via het Capaciteitsorgaan invloed op het aantal concurrenten dat zij opleiden. Daarbij moet worden aangetekend dat ook de vragers van medisch-specialistische zorg – de zorgverzekeraars – in dit overleg betrokken zijn.

Het Capaciteitsorgaan presenteert zijn advies voor het aantal op te leiden specialisten als een bandbreedte. Het advies is gebaseerd op modelberekeningen waarin met een groot aantal factoren rekening is gehouden. Deze factoren zijn ingedeeld in drie compartimenten:

- De vraag naar zorg. Deze vraag wordt beïnvloed door factoren zoals vergrijzing, mondigheid en epidemiologie.
- Het aanbod van zorg. Dit aanbod staat onder invloed van factoren zoals de uitstroom uit het vak, de leeftijd waarop medisch specialisten stoppen, de instroom vanuit het buitenland, de reservecapaciteit¹⁶ en de arbeidstijd.
- De efficiëntie van het werkproces. Deze efficiëntie wordt beïnvloed door factoren zoals ontwikkelingen in de technologie en het vak, verticale taakherschikking naar minder zwaar opgeleide disciplines, en horizontale taakherschikking tussen vergelijkbaar opgeleide specialismen.

Deze drie compartimenten zijn onderling nauw verbonden. Veranderingen in het ene compartiment werken vaak door in een ander of in beide andere compartimenten.

Het Capaciteitsorgaan werkt de modeluitkomsten uit in een aantal scenario's:

- Een basisvariant waarin het rekening houdt met de bevolkingsontwikkeling, de demografische ontwikkeling van de groep specialisten en de onvervulde zorgvraag in het ramingsjaar. Deze variant staat ook wel bekend als de minimumvariant.
- Een lage combinatievariant en een hoge combinatievariant waarin bovenop de basisvariant rekening wordt gehouden met ontwikkelingen in de vraag, het aanbod en het werkproces. Daarvoor maakt het Capaciteitsorgaan verschillende prognoses.
- Een arbeidstijdvariant die rekening houdt met de te verwachten verandering in de arbeidstijd.
- Een variant met inzet van aanverwante disciplines. In deze variant wordt er rekening gehouden met de inzet van nurse practitioners en praktijkondersteuners.

Sinds enige jaren stemt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de vraag naar opleidingsplaatsen, oftewel het aantal opleidingsplaatsen dat zij wil vergoeden, af op het scenario dat resulteert in de meeste opleidingsplaatsen. In de afgelopen jaren (vanaf 2005) heeft het ministerie tot een hoger aantal opleidingsplaatsen besloten. Via het Opleidingsfonds stelt de minister de middelen beschikbaar die nodig zijn om dat aantal nieuwe specialisten op te leiden.

Bekostiging

Het Opleidingsfonds is in 2007 mede in het leven geroepen omdat het opleiden van specialisten duur is. Het doel van het Opleidingsfonds is om

¹⁶ Het Capaciteitsorgaan (2008) merkt dat de reservecapaciteit van bijvoorbeeld de huisartsen sinds 2005 verder is gestegen. Onder de term 'reservecapaciteit' wordt begrepen 'een groep van opgeleide huisartsen die niet regulier in de huisartsenzorg werkt'.

de hoeveelheid opleidingsplaatsen als de bijbehorende vergoedingen transparant te maken. Ook het verdelen van opleidingsplaatsen op basis van toetsbare criteria is onderdeel van de doelstelling. Andere doelen zijn het free rider gedrag uit te sluiten, verkleinen van varkenscycli, en het voorkomen van marktverstoringen. Als de opleidende ziekenhuizen de opleidingskosten zelf zouden moeten dragen – als onderdeel van de DBC-tarieven –, hebben zij een concurrentienadeel ten opzichte van niet-opleidende ziekenhuizen.

Uit het Opleidingsfonds ontvangen de opleidingsinrichtingen voor iedere aios die ze opleiden van de minister van VWS een jaarlijkse bijdrage in de vorm van een subsidie. De hoogte van deze bijdrage is weergegeven in tabel 2. De hoogte varieert met het aantal aios bij een instelling en is niet afhankelijk van het soort specialisme of de mate waarin de aios in hun opleiding gevorderd zijn.

Tabel 2. Opleidingsvergoedingen

	Academische ziekenhuizen	Algemene ziekenhuizen		
		0-49 aios	50-149 aios	> 150 aios
Vergoeding per aios	€ 115.600	€154.400	€143.700	€115.000

Bron: Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 juli 2009, nr. MEVA/NBO-2937264, houdende wijziging van de Subsidieregeling zorgopleidingen 1^e tranche, bijlage 3, Staatscourant nr. 11230, 23 juli 2009. Bij revalidatiegeneeskunde en ziekenhuisapothekers geldt voor algemene ziekenhuizen een vergoeding van € 115.000 ongeacht het aantal aios. Revalidatiecentra, categorale instellingen en GGZ-instellingen ontvangen afwijkende bedragen.

Het ministerie van VWS publiceert jaarlijks een Toewijzingskader, waarin het de vraag naar opleidingsplaatsen vastlegt. In dit kader presenteert het ministerie het maximale aantal opleidingsplaatsen per specialisme, het beschikbare totaalbudget voor de opleidingen en de overige randvoorwaarden voor de toewijzing van de opleidingsplaatsen.

3.1.2 De instellingen: aanbod van opleidingsplaatsen

Tegenover de geschatte vraag naar opleidingsplaatsen zoals de minister van VWS die vaststelt, staat het aanbod van opleidingsplaatsen door ziekenhuizen en andere zorginstellingen.

Opleidingsinrichtingen beschikken over individuele erkenningen. De subsidiebeschikkingen waarmee het ministerie van VWS opleidingsplaatsen inkoop, zijn gericht aan individuele opleidingsinrichtingen. De individuele inrichtingen moeten dus worden beschouwd als de aanbieders op de markt voor opleidingsplaatsen.

De individuele inrichtingen coördineren hun aanbod van opleidingsplaatsen eerst in zogeheten OOR's (Opleidings- en Onderwijsregio's) en vervolgens in het BOLS (Bestuurlijk Overleg Lichtvoetige Structuur)¹⁷. In deze paragraaf beperkt de NZa zich tot de omvang van het aanbod van opleidingsplaatsen. Hoofdstuk 4 gaat in op het proces waarin dit aanbod tot stand komt.

¹⁷ Het BOLS is een stichting en sinds 2002 het overlegplatform voor NVZ, NFU en de Orde van Medisch Specialisten om jaarlijks een gezamenlijk voorstel te doen voor de verdeling van de beschikbare nieuwe opleidingsplaatsen over de verschillende opleidingsinstellingen.

Het totale aanbod van opleidingsplaatsen door het BOLS kan afwijken van het aantal opleidingsplaatsen dat het Capaciteitsorgaan heeft geadviseerd en waar de minister, vanaf 2007, financiering voor heeft toegezegd. In aanvulling hierop kan het aantal gerealiseerde opleidingsplaatsen (door beslissingen van individuele instellingen en aios) afwijken van de verdeling die het BOLS heeft vastgesteld.

In tabel 3 is voor de jaren 2005, 2006 en 2008¹⁸ het (maximum)advies van het Capaciteitsorgaan afgezet tegen het verdelingsvoorstel van het BOLS en het aantal gerealiseerde opleidingsplaatsen. Uit de tabel blijkt dat het BOLS gemiddeld achttien plaatsen minder heeft verdeeld dan het Capaciteitsorgaan adviseerde. Er zijn echter jaarlijks zestien plaatsen meer tot stand gekomen dan het BOLS had verdeeld. Deze getallen zijn terug te vinden in tabel 3.

Tabel 3. Advies van het Capaciteitsorgaan, verdelingsvoorstel BOLS en gerealiseerde opleidingsplaatsen, gemiddeld per jaar over de jaren 2005, 2006 en 2008

Medisch specialisme	Capaciteitsorgaan (CO)	verschil CO - BOLS	BOLS	verschil BOLS - feitelijk	Feitelijk	Totaal verschil CO - feitelijk
Anesthesiologie	74	3	77	4	81	7
Cardiologie	53	6	60	4	63	10
Cardiothoracale chirurgie	6	2	8	-1	7	1
Dermatologie & venerologie	32	-6	25	2	27	-4
Heelkunde	60	4	64	5	69	9
Interne geneeskunde	107	-2	105	7	112	5
<i>KNO-Heelkunde</i>	36	-9	26	-2	24	-11
Kindergeneeskunde	40	1	41	3	44	4
Klinische genetica	12	0	12	0	12	0
Klinische geriatrie	18	4	22	1	23	5
Longziekten & tuberculose	34	6	39	1	40	7
Maag-darm-leverziekten	22	1	22	4	27	5
Medische microbiologie	14	2	16	-1	15	1
Neurochirurgie	6	1	6	-1	5	0
<i>Neurologie</i>	66	-14	53	-1	51	-15
Nucleaire geneeskunde	7	6	13	-2	11	4
Obstetrie & gynaecologie	44	-1	43	3	45	2
<i>Oogheelkunde</i>	49	-14	35	-10	25	-24
Orthopedie	46	5	51	0	51	5
Pathologie	24	0	23	-1	22	-1
Plastische chirurgie	15	5	19	-1	18	4
<i>Radiologie</i>	82	-23	59	4	64	-19
Radiotherapie	14	4	18	-3	15	1
Reumatologie	15	3	18	3	21	6
Revalidatiegeneeskunde	21	1	23	4	27	5
Urologie	23	0	23	-4	19	-4
Totaal excl. psychiatrie	919	-18	902	16	917	-2

Bron: Berekening NZa op basis van: Ing. J.G. Meegdes CMC, Vervolgopleiding medisch specialismen, jaaroverzicht 2008 met terug- en vooruitblik, Capaciteitsorgaan, april 2009, blz. 14 t/m 40. Door afrondingen kunnen optellingen afwijken.

Per saldo zijn er jaarlijks gemiddeld dus slechts twee aios minder in opleiding genomen dan het Capaciteitsorgaan had geadviseerd.

¹⁸ Voor 2007 zijn niet alle gegevens beschikbaar.

Het ontstaan van deze verschillen in het aantal aios is moeilijk verklaarbaar.

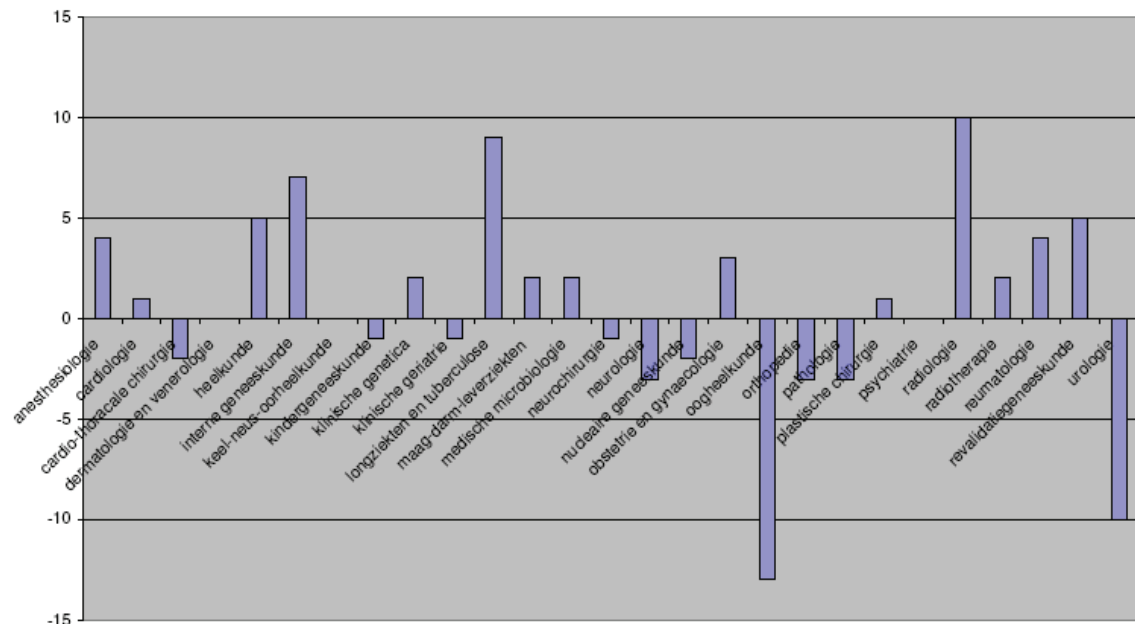
Tussen specialismen bestaan echter grote verschillen. Bij veel specialismen is het verdeelde aantal opleidingsplaatsen iets groter dan het maximumadvies. Bij enkele specialismen is het aantal gerealiseerde opleidingsplaatsen fors lager dan het maximumadvies. Het gaat dan vooral om oogheelkunde, KNO-heelkunde, radiologie en neurologie.

Door de komst van het Opleidingsfonds wordt een opleidingsplaats alleen gesubsidieerd wanneer deze ook is toegewezen en is ingevuld door een aios. Deze werking wekt de verwachting dat de zogenoemde *mismatch* tussen het aantal specialisten die het Capaciteitsorgaan en het ministerie benodigd acht en de hoeveelheid opleidingsplaatsen die gerealiseerd wordt, minder waarschijnlijk is. Wanneer echter naar de cijfers van 2008 wordt gekeken blijkt dat de mismatch nog steeds aanwezig is. Dit is te zien in figuur 4.

De 0-as is de hoeveelheid opleidingsplaatsen die worden toegewezen door het ministerie. De positieve waarden betekenen dat er meer feitelijke opleidingsplaatsen zijn gerealiseerd dan zijn toegewezen. De negatieve waarden betekenen dat er minder opleidingsplaatsen zijn gerealiseerd dan zijn toegewezen.

De uitschieters naar beneden zijn te vinden bij orthopaedie en urologie. Hiervoor worden minder aios opgeleidt dan de hoeveelheid die was toegewezen. De positieve uitschieters vinden plaats bij de longziekten en tuberculose en radiologie.

Figuur 4. Verschil instroom aios in aantallen; feitelijk en toewijzing; 2008



Bron: Ing. J.G. Meegdes CMC, Vervolgopleiding medische specialismen, jaaroverzicht 2008 met terug- en vooruitblik, Capaciteitsorgaan, april 2009.

3.1.3 De aios: bezetting van aangeboden opleidingsplaatsen

Het rapport van Ecri (2006) laat zien dat het verschil tussen de ramingen van het Capaciteitsorgaan en de gerealiseerde opleidingsplaatsen , structureel is. De cijfers van 2008 geven aan dat deze trend zich voortzet na start van het Opleidingsfonds.

Uit navraag bij het veld blijkt dat er twee oorzaken zijn voor deze situatie: de populariteit van een specialisme en de financiering buiten de subsidie.

Populariteit van specialismen

Niet elk specialisme is onder de aios even populair: voor het ene specialisme melden zich meer aios aan dan voor het andere. Voorbeelden van populaire specialismen zijn kindergeneeskunde en chirurgie. Om voor deze specialismen in aanmerking te komen, zijn basisartsen vaak bereid een jaar te wachten.

De populariteit van specialismen wordt bepaald door verschillende factoren, zoals:

- de patiëntenpopulatie;
- de arbeidsomstandigheden, bijvoorbeeld het aantal diensten dat medisch specialisten moeten draaien en de mogelijkheden om in deeltijd te werken;
- de status die een specialisme verschaft;
- het inkomen dat medisch specialisten in het specialisme kunnen verdienen.

In sommige gevallen is de aantrekkelijkheid van een specialisme dermate groot dat een aantal aios ervoor kiest om, wanneer dat in Nederland niet mogelijk is, hun opleiding in het buitenland te volgen (Medisch Contact, 2008; Nova, 21 mei 2009).

Financiering buiten de subsidie

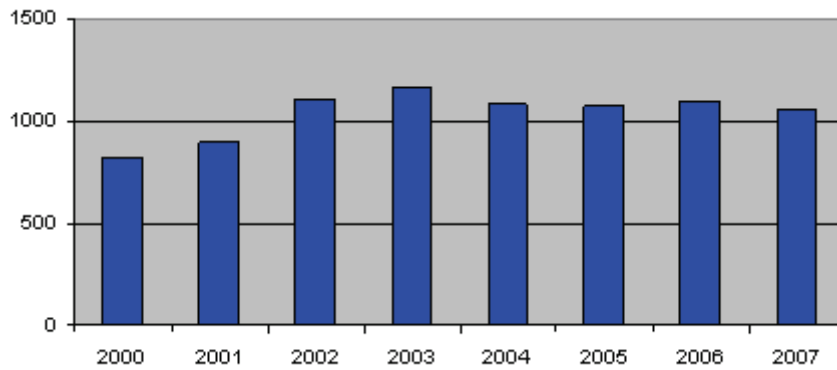
Tot 2007 werden de opleidingskosten via de verzekeraars betaald. Er was weinig controle mogelijk door de verzekeraars op het werkelijke aantal opleidingsplaatsen. Hierdoor was het voor opleidingsinrichtingen mogelijk meer aios op te leiden dan was beraamd door het Capaciteitsorgaan. Met de komst van het Opleidingsfonds wordt alleen subsidie uitgekeerd voor het aantal aios die daadwerkelijk worden opgeleid in de inrichting met een limiet van de vooraf toegewezen hoeveelheid aios per opleidingsinrichting. Hierdoor is de mismatch nadelig voor de opleidingsinrichting in financieel opzicht; door meer aios op te leiden dan is goedgekeurd door het ministerie van VWS is de inrichting genoodzaakt de opleiding uit eigen middelen te betalen. Op welke manier ziekenhuizen deze opleidingsplaatsen bekostigen, is niet duidelijk. Door minder aios op te leiden dan de toegewezen aantal plaatsen loopt de opleidingsinrichting subsidie mis. De hoogte van de subsidie is echter een gemiddelde van de kosten van verschillende opleidingsplaatsen, waardoor het mislopen van subsidie kan leiden tot een niet sluitende begroting.

3.1.4 Resultaat: aantallen aios en specialisten

In het Capaciteitsplan 2008 roept het Capaciteitsorgaan in herinnering dat er aan het einde van de vorige eeuw en aan het begin van deze eeuw sprake was van een tekort aan medisch specialisten. De overheid heeft dit tekort aangepakt door meer opleidingsplaatsen te financieren.

In het jaar 2000 stroomden er 820 aios de specialistenopleiding in; in 2002 waren dat er 1.110. In de jaren daarna heeft de instroom van aios zich min of meer gestabiliseerd op het niveau van 2002 (zie figuur 5).

Figuur 5. Instroom aios in de specialistenopleiding



Bron: Ing. J.G. Meegdes CMC, Vervolgopleiding medische specialismen, jaaroverzicht 2008 met terug- en vooruitblik, Capaciteitsorgaan, april 2009, blz. 4

De totale instroom in de specialistenopleidingen wijkt niet systematisch af van de aantallen die de minister heeft vastgesteld. In de jaren 2002 tot en met 2008 stroomden er in totaal negentien artsen minder de specialistenopleiding in dan de overheid had gewenst. Dat is een kwart procent van de totale instroom¹⁹ van aios over die jaren.

Wel is er sprake van een scheve verdeling tussen specialismen. Oogheelkunde, radiologie, neurologie en keel-, neus- en oorheelkunde leidden de afgelopen jaren minder specialisten op dan de overheid wenste, terwijl onder andere kindergeneeskunde, interne geneeskunde, cardiologie en revalidatiegeneeskunde meer specialisten opleidden.

Het aantal geregistreerde specialisten vertoont sinds begin deze eeuw een gemiddelde jaarlijkse groei van 2,9% (zie tabel 1, pag. 9). Het aantal geregistreerde medisch specialisten komt niet automatisch overeen met het aantal werkzame beroepsbeoefenaren. Er bestaat een 'reservecapaciteit' van geregistreerde, maar niet-actieve specialisten. Bovendien gaat het aanbod van specialistische zorg niet gelijk op met het aantal actieve specialisten doordat specialisten gemiddeld steeds minder uren maken. Dit hangt samen met een geleidelijke feminisering van het beroep en met een verkorting van de arbeidstijd bij zowel mannen als vrouwen.

Het Capaciteitsorgaan (2008) verwacht bij een structureel gelijkblijvende instroom op het niveau van 2007 een verdere toename van het aantal werkzame geregistreerde specialisten van 15.360 in 2007 tot 22.890 in 2025²⁰. De jaarlijkse gemiddelde groei over deze periode bedraagt dan 2,4%. De afname in het jaarlijkse groeipercentage komt doordat de uitstroom van specialisten in de loop van de tijd zal toenemen. De verwachting van het Capaciteitsorgaan (2008) is dat de totale uitstroom van de medisch specialisten van 980 in 2007 groeit tot 1.108 in 2012. Dit komt neer op een gemiddelde jaarlijkse toename van de uitstroom van 2,5%.

¹⁹ Het totale aantal aios dat in de tijdsperiode 2002-2008 is ingestroomd, bedraagt 7.701. Berekend op basis van Ing. J.G. Meegdes CMC, Vervolgopleiding medische specialismen, jaaroverzicht 2008 met terug- en vooruitblik, Capaciteitsorgaan, april 2009, tabel 2 op blz. 4.

3.2 Numerus fixus

Zoals hiervoor is aangegeven, vormt een beperkte hoeveelheid opleidingsplaatsen één van de oorzaken van de schaarste aan specialisten. De overheid speelt hierin een belangrijke rol doordat zij het aantal artsen in Nederland beperkt door middel van de numerus fixus bij de opleiding tot basisarts en de beperking in het aantal aios-plaatsen.

De numerus fixus werd in Nederland in de jaren zeventig van de vorige eeuw geïntroduceerd. De reden was dat de bestaande universiteiten de instroom van nieuwe studenten geneeskunde niet meer aankonden. De numerus fixus zorgt ervoor dat slechts een beperkt aantal studenten tot de opleiding geneeskunde worden toegelaten. Om het tekort aan artsen aan te vullen, is de numerus fixus voor de studie geneeskunde in de afgelopen jaren verschillende keren verhoogd.

Om te bepalen wie de opleiding geneeskunde mag volgen, wordt een lotingsysteem hanteert. Aspirant-studenten mogen maximaal drie keer meeloten. Afhankelijk van het gemiddelde VWO-eindexamencijfer komen de aspirant-studenten in een lotingsklasse. Zij die gemiddeld een acht of een hoger cijfer hebben, worden rechtstreekse tot de studie geneeskunde toegelaten.

Er bestaat voor aspirant-studenten ook de mogelijkheid om via decentrale selectie in aanmerking te komen. Decentrale selectie houdt in dat een universiteit zelf haar studenten selecteert door middel van een selectieprocedure. In de eerste fase spelen de sollicitatiebrief met daarin de motivatie en het curriculum vitae van de student een belangrijke rol. Er zijn vier universiteiten (Erasmus Universiteit Rotterdam, VU Medisch Centrum, Universiteit van Amsterdam en Universiteit van Utrecht) die maximaal 50% van hun studenten geneeskunde via dit systeem selecteren.

Beperking van het aantal studenten dat met de opleiding geneeskunde mag beginnen, heeft gevolgen voor de vervolgoopleidingen. Het is gebleken dat het voor verschillende specialismen (voornamelijk jeugdgezondheidszorg, verpleeghuisartsen en artsen verstandelijk gehandicapt) lastig is om voor de opleiding voldoende geschikte kandidaten te werven (Capaciteitsorgaan, 2008). Om in voldoende geschikte aios te voorzien, is een ruime 'pool' van basisartsen dan ook bijzonder wenselijk. In 2007 bestond deze 'pool' uit 7.300 basisartsen.

In de literatuur (en in de praktijk)²¹ worden een aantal redenen genoemd om de numerus fixus te handhaven:

- Het bestaan van de numerus fixus komt voort uit de motivatie om een rem te zetten op de stijgende zorguitgaven. Alle ontwikkelde landen zetten zich in om de enorme kosten die aan de zorgsector verbonden zijn te bestrijden (OECD, 2008). De medisch specialistische zorg in Nederland neemt in 2007 bijna 18 miljard euro voor zijn rekening (zie www.cvz.nl). Dit komt neer op bijna 45% van de totale zorguitgaven en op 3,8% van het BBP²² (CBS, 2009). Door het aantal opleidingsplaatsen te beperken tot het precieze aantal specialisten waar Nederland behoefte aan heeft, blijft een gedeelte van deze kosten onder controle. De numerus fixus garandeert min of meer dat medisch specialisten aan het einde van de vervolgoopleiding – waarvoor Nederland in 2008 een bedrag van ongeveer 800 miljoen euro uittrok, dat uit publieke middelen werd bekostigd – meteen aan

²¹ Schepers (1997) en Dubois et al. (2006).

²² Het Bruto Binnenlands Product bedroeg in 2007 478.102 miljoen euro.

- het werk kunnen. Op deze manier voorkomt de overheid dat er specialisten 'voor de werkloosheid' worden opgeleid. Het blijft een lastige kwestie het daadwerkelijke aantal benodigde artsen in te schatten (zie hiervoor het capaciteitsplan in hoofdstuk 3.1.1).
- Het hanteren van een numerus fixus zorgt ervoor dat de kwaliteit van de opleiding geneeskunde op een hoog niveau blijft. Een beperkt aantal studenten maakt dat de colleges goed te volgen zijn en dat alle studenten genoeg ervaring opdoen met verschillende patiënten en ziektebeelden.
 - De numerus fixus voorkomt in theorie een varkenscycluseffect. Doordat de opleiding tot basisarts en vervolgens tot medisch specialist tien tot twaalf jaar kan duren, heeft een arts die vandaag afstudeert vele jaren eerder besloten om dit beroep uit te oefenen. Hij of zij baseerde deze beslissing mede op de situatie zoals die zich toen voordeed. Wanneer die situatie gunstig was en velen zich voor de opleiding hebben ingeschreven, is de situatie minder gunstig op het moment dat hij of zij klaar is met de opleiding. Er zijn dan immers veel artsen, waardoor de vergoedingen lager uitvallen. Het gevolg is dat zich minder mensen voor de opleiding opgeven, met als gevolg daarop dat jaren later een tekort aan artsen kan optreden. Met behulp van een numerus fixus voorkomt de overheid dergelijke fluctuaties in het aanbod²³.
 - Een andere reden om een numerus fixus in te stellen, heeft te maken met de aanbodgeïnduceerde vraag. Een overschot aan medisch specialisten wordt vaak gezien als een mogelijkheid om aanbodgeïnduceerde vraag te creëren. De hypothese daarbij is dat een toename aan medisch specialisten, bijvoorbeeld als gevolg van het loslaten van de numerus fixus, een daling in het inkomen van de specialisten veroorzaakt. Als gevolg daarvan zou een specialist zelf zijn of haar aanbod kunnen regelen om te vermijden dat de vraag per arts te sterk afneemt. Door een numerus fixus in te stellen en geen overschot te laten ontstaan, wordt deze situatie voorkomen. Paragraaf 3.2.1 gaat op dit onderwerp nader in.

De numerus fixus kent ook een aantal beperkingen:

- De landen die gebruik maken van de numerus fixus, ervaren vaak een tekort aan artsen in vergelijking met landen waar er geen sprake is van een numerus fixus. Dit vertaalt zich voornamelijk in een laag aantal artsen per 1.000 inwoners (Simeon and Hurst, 2006; Dubois et al., 2006).
In bepaalde landen, zoals Engeland, heeft het tekort aan medisch specialisten in het verleden geleid tot een grote import van artsen uit het buitenland (Arts in Spe, 2006; Ehrhard, 2006; jaarverslag D66, 2004). In deze gevallen waren de prognoses van het gewenste aantal medisch specialisten verkeerd en kan het grote tekort aan de specialisten dan ook worden beschouwd als overheidsfalen²⁴.
- Het is een moeilijke opgave om het aanbod van artsen precies te laten aansluiten op de toekomstige vraag van de zorg. Het vaststellen van de huidige en de toekomstige vraag vereist een intensieve analyse. De overheid kan de toekomstige zorgontwikkeling moeilijk inschatten. Daarbij is input van de stakeholders noodzakelijk en niet te vergeten een 'open mind' voor nog niet bestaande zorg waar in de toekomst

²³ Er zijn wel drie voorwaarden waaraan een markt moet voldoen om de varkenscyclus te kunnen toepassen. In de eerste plaats moet de productie geheel worden bepaald door de reactie van de producent op de prijs. In de tweede plaats dient de tijd die nodig is om de productie te kunnen aanpassen een langere periode te zijn. In de derde plaats moet de prijs worden bepaald door het aanwezige aanbod (Ezekiel, 1938). Aan de eerste en derde voorwaarde voldoet de medisch specialistische zorg niet.

²⁴ Overheidsfalen treedt op als de ingrepen van de overheid tot een mindere efficiënte allocatie van goederen en/of diensten leiden. Dit betekent niet *per se* dat de markt zelf een efficiëntere oplossing kan bieden. Vaak treedt de overheid op omdat het, vanuit maatschappelijk oogpunt, wenselijk is dat zij voor een oplossing zorgt.

wel behoefte aan is (Dubois et al., 2006). Door de vergrijzing van de bevolking, de prevalentie van ziektebeelden in bepaalde beroepsgroepen en de verandering in arbeidstijden neemt de behoefte aan medisch specialisten toe²⁵. Al deze punten creëren mogelijkheden waardoor de inschatting van de toekomstige zorgvraag niet volledig overeenkomt met de werkelijke toekomstige zorgvraag.

3.2.1 Aanbodgeïnduceerde vraag

In de literatuur over gezondheidseconomie is aanbodgeïnduceerde vraag één van de meest besproken onderwerpen. Er is sprake van aanbodgeïnduceerde vraag als, bij gegeven kenmerken van de vraag naar zorg, een toename van het aantal artsen per inwoner een grotere zorgconsumptie per inwoner tot gevolg heeft (Pomp, 2009).

Op de vraag of er aanbodgeïnduceerde vraag bestaat, zijn verschillende antwoorden mogelijk. In de literatuur zijn tegenstrijdige resultaten aangetoond. Econometrisch gezien is het wel of niet bevestigen van aanbodgeïnduceerde vraag een moeilijke taak die onderzoekers al decennialang bezighoudt.

Vanuit de economische theorie is er een aantal omstandigheden dat het gevaar van aanbodgeïnduceerde vraag vergroot. Het bestaan van aanbodgeïnduceerde vraag is sterk gerelateerd aan de manier waarop de bekostigen van artsen plaatsvindt. Verschillende onderzoeken laten zien dat de aanwezigheid van aanbodgeïnduceerde vraag het sterkst is als artsen door middel van *fee-for-service* (betaling per verrichting) betaald worden (Dranove 2003; Birch, 1988; Jacobs en Rapport, 2004). In een systeem waarbij zorgaanbieders voor elke handeling afzonderlijk betaald krijgen, is de kans op overproductie groot. Wanneer medisch specialisten in loondienst zijn, bestaan er minder risico's dat aanbodgeïnduceerde vraag optreedt. Een arts kan dan immers geen voordeel behalen door zijn of haar eigen vraag te regelen (Pomp, 2009).

Als de tarieven in de zorgsector gereguleerd zijn, dan sluit de vraag niet aan bij het aanbod; het gevaar van aanbodgeïnduceerde vraag neemt in dat geval toe. In een situatie van deregulering of vrije markt behoren de tarieven zich meteen aan de nieuwe marktomstandigheden aan te passen. Pomp (2009) heeft in zijn recente rapport een aantal belangrijke beleidsrelevante vragen over de aanbodgeïnduceerde vraag geformuleerd. Het al dan niet bestaan van een aanbodgeïnduceerd vraagriscico heeft mogelijk implicaties voor:

- De bekostiging en honorering van zorgaanbieders.
- Het aanbod van medische voorzieningen.
- De regulering van de opleidingscapaciteit, dus het wel of niet toestaan van een ruim aanbod van het aantal artsen.

In het kader van dit NZa-advies is vooral het laatste punt relevant. Verruiming of loslating van de *numerus fixus* om extra capaciteit te creëren, en dus een groter aanbod aan medisch specialisten, kan resulteren in onnodige en kostbare zorg²⁶, oftewel aanbodgeïnduceerde vraag. Volgens Pomp (2009) is het noodzakelijk om eerst te bekijken in hoeverre een inperking van het aanbod aan medisch specialisten deze onnodige zorg zal terugdringen. Wanneer onnodige zorg winstgevender

²⁵ Een voorbeeld hiervan is kanker. Volgens het SCK-rapport (2004) neemt het aantal mensen dat kanker heeft of hiervoor met succes behandeld is toe van circa 366.000 in 2000 tot circa 692.000 in 2015. Dit komt neer op bijna een verdubbeling in vijftien jaar. Hier bovenop komt dat de nieuwe generatie medisch specialisten minder uren maakt dan de vorige (onder andere omdat zij meer in deeltijd werken) (Dubois et al., 2006).

²⁶ De veronderstelling hierbij is dat het Opleidingsfonds de vervolgoopleidingen blijft bekostigen.

is dan zinnige zorg, is het onzeker of een daling van het aanbod van het aantal artsen juist leidt tot minder onnodige zorg. Verder kan de beperking van het aanbod van medisch specialisten een nadeel met zich meebrengen in de vorm van versterking van de onderhandelingspositie van de beroepsbeoefenaren; daardoor wordt het voor verzekeraars lastiger om gunstige contracten af te sluiten. Een eventuele stijging van de zorguitgaven is onwenselijk gezien de sterk stijgende uitgaven aan de gezondheidszorg in de laatste jaren²⁷. Als in de uitgangssituatie echter sprake is van onderconsumptie van zorg, dan kan aanbodgeïnduceerde vraag leiden tot welvaartsverhoging. Labelle et al. (1994) stellen daarom voor om pas van aanbodgeïnduceerde vraag te spreken als de extra zorg geen of weinig gezondheidswinst oplevert.

3.3 Instroom van medisch specialisten vanuit het buitenland

Een andere factor die het aanbod van medisch specialisten in Nederland bepaalt, is de instroom vanuit het buitenland.

Om te mogen praktiseren in Nederland moet een buitenlandse arts of medisch specialist (net zoals Nederlandse artsen en specialisten) ingeschreven zijn in het BIG-register. Huisartsen en medisch specialisten moeten bovendien ingeschreven zijn in het huisartsenregister, respectievelijk het medisch specialistenregister van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG).

Artsen die inwoner zijn van de EER (Europese Economische Ruimte: de Europese Unie plus IJsland, Liechtenstein en Noorwegen) en binnen de EER hun beroepskwalificatie hebben gehaald, komen op grond van de Europese artsenrichtlijn in aanmerking voor onvoorwaardelijke automatische erkenning van hun kwalificaties en inschrijving in deze registers.

Artsen van buiten de EER komen niet in aanmerking voor automatische erkenning van hun kwalificaties. Zij moeten daartoe een aanvraag doen bij Registratie & informatie beroepsbeoefenaren in de zorg (RIBIZ).

Voor de beoordeling van de aanvraag moet de kandidaat een assessmentprocedure²⁸ doorlopen. Het eerste element van deze procedure is de zogeheten Algemene Kennis- en Vaardighedentoets (AKV). Een AKV toetst de kennis en vaardigheden van de Nederlandse en Engelse taal, het Nederlandse zorgsysteem en ICT-vaardigheden.

Het tweede element van de procedure is een beroepsinhoudelijke toets; deze wordt uitsluitend afgenomen als de AKV met succes is afgerond. Op grond van de resultaten van de beroepsinhoudelijke toets bepaalt het ministerie van VWS of de kandidaat een verklaring van vakbekwaamheid krijgt of dat hij of zij nog een aanvullende opleiding nodig heeft. Het ministerie van VWS baseert zich daarbij op het advies van de Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV)²⁹.

²⁷ Het CBS (Centraal Bureau voor de Statistiek) heeft berekend dat in 2008 de totale zorguitgaven als percentage van het BBP gelijk zijn aan 13,3% (voorlopige cijfers).

²⁸ Aan deelname aan de assesmentprocedure zijn kosten verbonden.

²⁹ De minister van VWS benoemt de leden van de CBGV. Voor elke beroep zijn er twee leden en twee plaatsvervangende leden die de beroepsgroep vertegenwoordigen. Twee leden en twee plaatsvervangende leden zitten namens het onderwijs in de commissie. www.ribiz.nl/overribiz/cbgv/samenstellingcommissie/.

De assessmentprocedure wordt in beginsel afgesloten met een 'adviesgesprek' met een aantal leden van de CBGV. Dit gesprek heeft een informeren karakter en is bedoeld om een supervisie traject of een gericht opleidingstraject te bespreken.

Kwantitatieve instroom

Uit de rapportage van het Capaciteitsorgaan (Capaciteitsorgaan, 2008) blijkt dat in het tijdsbestek van 2002 t/m 2006 gemiddeld 540 specialisten uit het buitenland zijn ingestroomd. Het aandeel van buitenlandse medisch specialisten in het totale aantal nieuwe inschrijvingen in het specialistenregister is sinds 2004 min of meer stabiel³⁰.

De instroom vanuit het buitenland is het meest opvallend bij het medisch specialisme anesthesiologie: ruim een kwart van de buitenlandse instroom was anesthesioloog. Deze buitenlandse specialisten vormden in de periode 2000 t/m 2006 43,8% van de nieuwe anesthesiologen.

Minder opvallend, maar zeker aanwezig is de instroom bij cardiothoracale chirurgie, dermatologie en venerologie, keel-neus-oorheelkunde, neurochirurgie, oogheelkunde en plastische chirurgie – de buitenlandse instroom is bij deze specialismen hoger dan 20% van de totaal ingeschreven specialisten. Tabel 4 geeft per specialisme de instroom uit het buitenland weer.

Tabel 4. Buitenlandse instroom specialistenregister, 2000 t/m 2006

Specialisme	Totaal ingeschreven	Waarvan buitenlanders	In % van totaal ingeschreven	In % van buitenlanders
Anesthesiologie	566	248	43.8	25.8
Cardiologie	259	37	14.3	3.9
Cardiothoracale chirurgie	42	14	33.3	1.5
Dermatologie & venerologie	128	28	21.9	2.9
Heelkunde	411	59	14.4	6.1
Interne geneeskunde	622	30	4.8	3.1
KNO-Heelkunde	140	32	22.9	3.3
Kindergeneeskunde	500	84	16.8	8.7
Klinische chemie	8	-	-	-
Klinische genetica	36	1	2.8	0.1
Klinische geriatrie	74	1	1.4	0.1
Longziekten & tuberculose	136	6	4.4	0.6
Maag-darm-leverziekten	138	12	8.7	1.2
Medische microbiologie	62	10	16.1	1.0
Neurochirurgie	39	8	20.5	0.8
Neurologie	208	18	8.7	1.9
Nucleaire geneeskunde	56	8	14.3	0.8
Obstetrie & gynaecologie	310	46	14.8	4.8
Oogheelkunde	145	30	20.7	3.1
Orthopedie	189	22	11.6	2.3

³⁰ Het percentage buitenlanders in het jaar 2004 kwam neer op bijna 20% (Capaciteitsorgaan, 2008).

Pathologie	95	9	9.5	0.9
Plastische chirurgie	105	28	27.5	2.9
Psychiatrie	852	135	15.8	14.0
Radiologie	253	47	18.6	4.9
Radiotherapie	84	13	15.5	1.4
Reumatologie	76	8	10.5	0.8
Revalidatiegeneeskunde	152	6	3.9	0.6
Urologie	112	21	18.8	2.2
Totaal medisch specialismen	5.795	961	16.6	100.0

Bron: Capaciteitsorgaan (2008).

Verder is interessant om te zien dat de specialisten die met de grootste schaarste te kampen hebben – klinische geriatrie, maag-darm-leverziekten, nucleaire geneeskunde, obstetrie & gynaecologie en revalidatiegeneeskunde – ook een lage buitenlandse instroom (5^e kolom) hebben. De uitzonderingen zijn nucleaire geneeskunde en obstetrie & gynaecologie.

De instroom van artsen van buiten de EER is zeer beperkt. Sinds 2005 zijn er negentien in het register opgenomen. Het grote struikelblok lijkt de taalbeheersing te zijn (Medisch Contact, 2009). Een taalkennis van niveau C2 vormt namelijk een vereiste. Niveau C2 wil zeggen dat artsen in staat moeten zijn om ook uiterst ingewikkelde communicatieve situaties aan te kunnen. Volgens het Europees Referentiekader gaat het hierbij om het hoogste niveau van taalbeheersing. Dit is een niveau waarvoor niet of nauwelijks cursussen bestaan. In Nederland komt het niveau van C2 bijna niet voor. Onderzoekers en academici praten en schrijven op een niveau van C1. In cijfers komt dit neer op één op de zeven mensen die dit niveau beheersen. 60% van de Nederlanders heeft een niveau dat niet hoger is dan B1 (www.centrumklantervaringzorg.nl).

Om een *braindrain* vanuit ontwikkelingslanden te vermijden, werken de Europese Commissie (EC) en de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) aan een gedragscode voor de werving van medisch specialisten uit deze landen.

3.4 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we de factoren die het aanbod van medisch specialisten bepalen geanalyseerd.

Samenvattend kan er het volgende geconcludeerd worden:

- Het aantal opleidingsplaatsen voor medisch specialisten wordt sinds 2007 gemaximeerd door de minister van VWS. De minister stelt het aantal plaatsen vast op basis van adviezen van het Capaciteitsorgaan.
- Het totale aanbod van opleidingsplaatsen vastgesteld door het BOLS kan afwijken van het aantal opleidingsplaatsen waarvoor de minister financiering heeft toegezegd. Het aantal gerealiseerde opleidingsplaatsen kan (door beslissingen van individuele instellingen en aios) afwijken van de verdeling die het BOLS heeft vastgesteld.
- Bij een deel van de specialismen is het verdeelde aantal opleidingsplaatsen groter dan het maximumadvies terwijl andere specialismen minder opleidingsplaatsen invullen dan het maximumadvies. Vooral oogheelkunde, KNO-heelkunde, radiologie en neurologie wijken naar beneden af.
- De instroom van medisch specialisten vanuit het buitenland (buiten de EER) is zeer beperkt. Hierbij speelt een rol dat aan deze artsen (te) hoge taaleisen worden gesteld.

- De numerus fixus houdt een grotere instroom aan studenten tot het vak geneeskunde tegen. De numerus fixus probeert rekening te houden met het daadwerkelijk benodigd aantal artsen. Daarbij wordt de noodzaak van een concurrerende ziekenhuismarkt onvoldoende meegenomen. Verder geven de gevonden effecten van het onderzoek naar aanbodgeïnduceerde vraag onvoldoende aanleiding om het aanbod van het aantal medisch specialisten te beperken door middel van de numerus fixus.

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?

4. Verdeling van de opleidingsplaatsen

Hoofdstuk 3 ging in op de verhouding tussen vraag en aanbod bij het totale aantal opleidingsplaatsen voor medisch specialisten. Dit hoofdstuk bespreekt de verdeelsystematiek van de beschikbare opleidingsplaatsen over de opleidingsinrichtingen. Eerst volgt een korte beschrijving van de partijen die betrokken zijn bij de verdeling van de opleidingsplaatsen. Daarna komt het verdelingsproces aan de orde en vervolgens de daarbij horende knelpunten.

4.1 Betrokken spelers

Het dragen van de titel 'arts' en de uitvoering van medische handelingen is in Nederland voorbehouden aan artsen die zijn ingeschreven in het BIG-register (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg). Het BIG-register wordt bijgehouden door het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG); dit is een agentschap van het ministerie van VWS. Het onderdeel van het CIBG dat de BIG-registratie verzorgt, heet Registratie en Informatie Beroepsbeoefenaren In de Zorg (RIBIZ).

Het CIBG houdt in het BIG-register ook bij of de ingeschreven artsen zijn geregistreerd als huisarts of specialist. De registers voor medisch specialisten worden echter niet door RIBIZ, maar door de KNMG bijgehouden³¹. Binnen de KNMG zijn hiertoe twee zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) actief:

- het Centraal College Medische Specialisten (CCMS);
- de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC)³².

Verder zijn er aparte registratiecommissies voor de bètaberoepen en de tandheelkundige specialismen. Onder deze beroepen vallen klinische fysica, klinische chemie en ziekenhuisapotheker en kaakchirurgie en orthodontie.

De bovenstaande organen bewaken de kwaliteit van de zorg door aan medisch specialisten bepaalde eisen te stellen. Die eisen hebben onder andere betrekking op de opleidingen. In de praktijk zijn het CCMS en de MSRC die bepalen welke zorginstellingen specialisten mogen opleiden. Bij de verdeling van de opleidingsplaatsen over deze erkende inrichtingen is een rol weggelegd voor de Onderwijs- en Opleidingsregio's (OOR's), het Bestuurlijk Overleg Lichtvoetige Structuur (BOLS) en het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG). De functie en de samenhang van alle partijen die hier genoemd zijn bij de verdeling, wordt hieronder nader toegelicht.

³¹ Het BIG-register wordt dus door de overheid bijgehouden, terwijl de beroepsorganisatie van specialisten zelf het specialistenregister bijhoudt. In het BIG-register wordt een aantekening gemaakt van registratie als specialist. Registratie in een register geeft het recht om de bijbehorende titel te voeren. Het doel van de registratie en de titelbescherming is om de cliënt te beschermen.

³² Het CCMS en de MSRC staan in het ZBO-register van de overheid beide als ZBO genoemd, hoewel het CCMS sinds de wijziging van de Wet BIG in 2006 geen publieke taken meer vervult. Als enige publieke taak van de MSRC is overgebleven de (her)registratie van medisch specialisten. De overige taken, zoals de erkenning van opleidingsinrichtingen en opleiders en ook het houden van toezicht op de opleidingen, worden sindsdien als private taken beschouwd. Zie: KNMG, Regeling specialismen en profielen geneeskunst, Staatscourant 16 september 2008, nr. 179 pag. 15, Toelichting, blz. 16.

CCMS

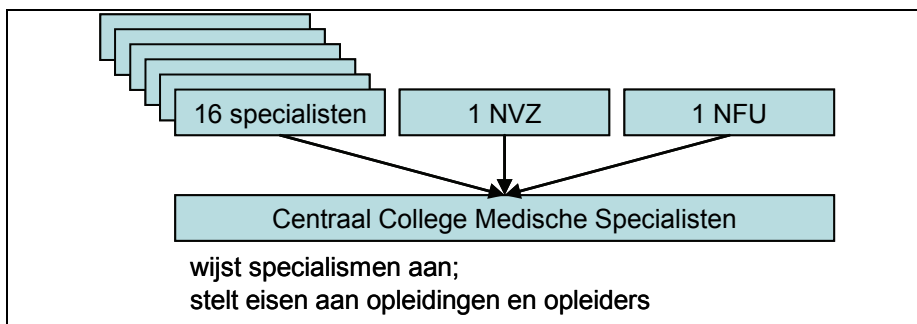
Het CCMS bepaalt de deelgebieden van de geneeskunde en de medisch specialismen en stelt eisen aan de opleidingen, de opleidingsinrichtingen en de opleiders. In het 'Kaderbesluit CCMS' wijst het CCMS 27 specialismen aan³³. Het CCMS houdt bij zijn eisen rekening met het beroepsprofiel zoals de Orde van Medisch Specialisten of de wetenschappelijke verenigingen dat heeft opgesteld en met de maatschappelijke en financiële gevolgen (KNMG, 2008).

De besluiten van het CCMS vormen privaatrechtelijke besluiten. De wettelijke erkenning van specialistentitels is voorbehouden aan de minister van VWS. De instelling van een nieuw specialisme gaat gepaard met een verzoek aan de minister om de betreffende titel op te nemen in de Wet BIG. Ook heeft de minister van VWS het recht om de opleidingseisen die het CCMS vaststelt goed te keuren (onderzoeksraad, 2008).

Het CCMS is als volgt samengesteld:

- Acht hoogleraren. Deze zijn ingeschreven in één van de registers die het CCMS heeft ingesteld en voorgedragen door de medische faculteiten.
- Acht specialisten. Deze zijn ingeschreven in één van de CCMS-registers en voorgedragen door de betreffende wetenschappelijke vereniging.
- Een lid dat is voorgedragen door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).
- Een lid dat is voorgedragen door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

Figuur 6. Samenstelling van het CCMS



MSRC

De MSRC heeft een publieke taak, namelijk de (her)registratie van medisch specialisten. Daarnaast heeft de commissie een aantal private taken.

Zo erkent en registreert de MSRC opleidingsinrichtingen en opleiders voor medisch specialisten. Die registratie is een privaatrechtelijke taak. Erkenning vindt plaats wanneer de MSRC van mening is dat de opleidingsinrichting of de opleider voldoet aan de eisen die zij stelt. De MSRC laat deze toets uitvoeren door een visitatiecommissie, die bestaat uit twee beroepsbeoefenaren in het betreffende specialisme, een aios, eventueel de secretaris van de MSRC, een medisch specialist van een ander specialisme en een lid van de raad van bestuur of een medisch directeur van een opleidingsinrichting.

³³ Staatscourant van 15 november 2007.

Voldoen de inrichtingen en opleiders aan de eisen, dan erkent de MSRC deze als zodanig. Die erkenning (dat wil zeggen inschrijving in het register van de MSRC) is een voorwaarde om de betreffende opleiding te mogen verzorgen.

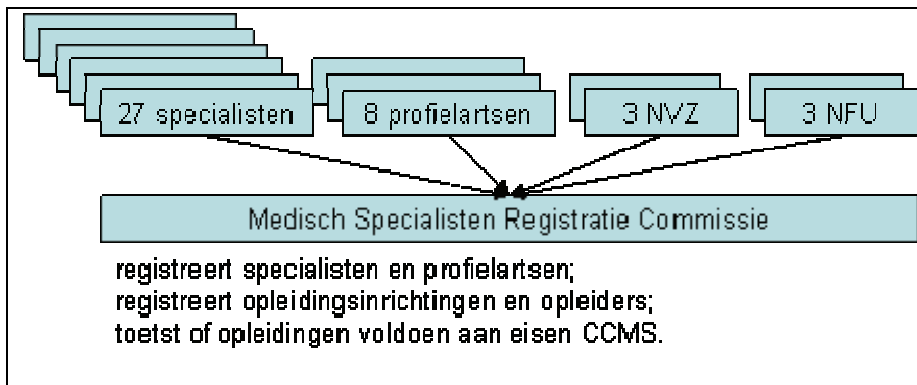
Wanneer de MSRC bepaalde inrichtingen of opleiders niet erkent, dan kunnen deze de kwestie voorleggen aan een geschillencommissie; die commissie doet dan een bindende uitspraak.

Erkende inrichtingen worden eens in de vijf jaar bezocht door een visitatiecommissie onder verantwoordelijkheid van de MSRC. De visitatiecommissie beoordeelt of de inrichting, de opleiders en de opleiding nog steeds aan de gestelde eisen voldoen. Bij twijfelachtige resultaten vindt al eerder een nieuwe visitatie plaats. Meestal wordt in dat geval een termijn van twee jaar aangehouden; dit biedt inrichtingen de ruimte om de opleidingscondities te verbeteren.

De MSRC is als volgt samengesteld:

- Eén specialist uit elk van de 27 specialismen die de CCMS heeft aangewezen. Deze specialist is voorgedragen door de betreffende representatieve wetenschappelijke vereniging.
- Drie leden die zijn voorgedragen door de NVZ.
- Drie leden die zijn voorgedragen door de NFU.
- Per profielregister één profielarts, die door een representatieve organisatie is voorgedragen.

Figuur 7. Samenstelling van de MSRC



OOR's

Sinds enkele jaren werken opleidingsrichtingen samen in OOR's. Een OOR is een regionaal opleidingsnetwerk dat bestaat uit één universitair medisch centrum (UMC) en verschillende opleidingsziekenhuizen. Nederland is opgedeeld in acht OOR's, die elk om één UMC gecentreerd zijn. Binnen een OOR zorgen ziekenhuizen en opleidings- en onderwijsinrichtingen gezamenlijk voor het aantal opgeleide zorgprofessionals (zowel basisartsen als medisch specialisten). De leden van de OOR's zijn de leden van de raden van bestuur van de deelnemende opleidingsinrichtingen. De regierol binnen een OOR is over het algemeen in handen van het UMC.

BOLS

De totale beschikbare hoeveelheid opleidingsplaatsen van de ziekenhuizen wordt op landelijk niveau gecoördineerd door de Stichting BOLS. Deze stichting is in het leven geroepen door de Orde van Medisch Specialisten, de NFU en de NVZ Vereniging van Ziekenhuizen.

Het BOLS verdeelt onder andere de gewenste instroom voor ieder specialisme over de OOR's. De OOR's maken vervolgens een nadere verdeling over de opleidingsziekenhuizen die binnen de regio vallen.

CBOG

Het CBOG is een stichting die is opgezet door partijen uit de zorgsector. Deze partijen zijn:

- Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN), de beroepsvereniging van verpleegkundigen en verzorgenden.
- De KNMG, de federatieve beroepsorganisatie van artsen.
- De vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ Nederland), de brancheorganisatie van instellingen in de geestelijke gezondheidszorg.
- De NFU, de brancheorganisatie van universitair medische centra.
- De NVZ vereniging van ziekenhuizen, de organisatie van de instellingen die een samenhangend pakket van medisch-specialistische zorg bieden.
- De vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ), de organisatie van negentien grote opleidingsziekenhuizen.

De taak van het COBG is 'het adviseren [aan het ministerie van VWS] over de verdeling van opleidingsgelden, gebaseerd op de werkelijke behoefte aan opleidingsplaatsen en op de kwaliteit en doelmatigheid van het aanbod aan plaatsen.' Het college stelt zich ten doel om te komen tot een optimale personele bezetting in de gezondheidszorg, zowel kwalitatief als kwantitatief.

Het CBOG is ook belast met de ontwikkeling van prestatie-indicatoren om de kwaliteit van opleidingen te monitoren. Op termijn zouden deze indicatoren het mogelijk moeten maken om opleidingsplaatsen over opleidingsinrichtingen te verdelen op basis van kwaliteitscriteria.

Wetenschappelijke verenigingen

Medisch specialisten zijn verenigd in zogeheten wetenschappelijke verenigingen. Voor elk specialisme is een wetenschappelijke vereniging opgericht.

Zij hebben een belangrijke stem in de eisen die het CCMS stelt aan opleidingen, opleidingsinrichtingen en opleiders in hun specialisme. Ook is er van elke vereniging een afgevaardigde lid van het MSRC waardoor de bepaling of een instelling een opleidingsinrichting mag worden mede bepaald wordt door de wetenschappelijke verenigingen.

Verder worden deze verenigingen ook betrokken bij de totstandkoming van het advies dat het BOLS geeft aan het CBOG met betrekking tot de verdeling van de opleidingsplaatsen.

Maatschappen en vakgroepen

Een maatschap is een aaneensluiting van medisch specialisten per specialisme binnen één of meerdere ziekenhuizen. Maatschappen komen voor in ziekenhuizen met vrijgevestigde medisch specialisten, terwijl in ziekenhuizen met loondienstverbanden sprake is van vakgroepen.

4.2 Aanbieders van opleidingsplaatsen

De opleiding tot medisch specialist wordt verzorgd door zittende medisch specialisten. Het CCMS maakt onderscheid tussen:

- De opleidingsinrichting: de inrichting die door de MSRC voor het verzorgen van (een gedeelte van) de opleiding tot medisch specialist is erkend. Onder 'inrichting' wordt in dit verband verstaan een bestuurlijk samenhangende instelling die al dan niet over meerdere locaties verspreid is en waar medici één of meer specialismen uitoefenen.

- De opleider en de plaatsvervangend opleider: de specialist en zijn plaatsvervanger, die verantwoordelijk is voor de opleiding (of voor een gedeelte daarvan).

Eisen aan opleidingsinrichtingen

In de eisen die het CCMS aan opleidingsinrichtingen en opleiders stelt, ligt besloten dat het bij de meeste specialistenopleidingen onmogelijk is om deze aan te bieden zonder inbreng van een UMC. UMC's hebben de mogelijkheid om een aanvraag tot samenwerking te weigeren zonder enige motivering.

Universitair medische centra hebben meestal een erkenning voor de volledige opleidingen. Bij algemene ziekenhuizen is daarentegen meestal sprake van gedeeltelijke erkenningen, waardoor zij opleidingen niet zelfstandig kunnen aanbieden. De UMC's hebben echter in veel gevallen de algemene ziekenhuizen nodig om te zorgen dat de aios voldoende praktijkervaring kunnen opdoen. Bij sommige specialismen hebben UMC's zelfs de plicht om een gedeelte van de opleiding bij de periferie uit te zetten^{34,35}.

Naast UMC's bieden een aantal STZ-ziekenhuizen volledige opleidingen aan. Ook hier geldt dat in de meeste gevallen gedeelten van de opleiding in UMC's of in perifere ziekenhuizen moet plaatsvinden.

Aantal opleidingsinrichtingen

Het register van de MSRC telt circa 800 erkende opleidingsinrichtingen voor 27 specialismen. Per specialisme zijn er dus gemiddeld ongeveer dertig erkende opleidingsinrichtingen. De aantallen lopen echter sterk uiteen: van acht opleidingsinrichtingen voor een 'klein' specialisme zoals klinische genetica tot 78 opleidingsinrichtingen voor een groot specialisme zoals psychiatrie.

Toetreding

Aan zowel de opleidingsinrichting als de opleiders worden hoge eisen gesteld. Om (deel)opleidingen te kunnen verzorgen, moeten ziekenhuizen vaak samenwerken met andere ziekenhuizen. Voor algemene ziekenhuizen is een samenwerking met een UMC nodig. Dergelijke verplichtingen komen de kwaliteit van de opleidingen ten goede, maar kunnen tegelijkertijd tot belemmeringen leiden als ziekenhuizen opleidingsmarkt willen toetreden.

4.3 Onderlinge afstemming van het aanbod

De verdeling van opleidingsplaatsen over de opleidingsinrichtingen begint met het zogeheten Toewijzingskader van het ministerie van VWS. Het Toewijzingskader bevat het totale budget dat de minister beschikbaar stelt voor opleidingen en de aantallen opleidingsplaatsen per specialisme die hij voor dat bedrag gerealiseerd wenst te zien. Het Toewijzingskader bevat ook de randvoorwaarden waaraan de verdeling van opleidingsplaatsen moet voldoen³⁶.

Op basis van het Toewijzingskader van de minister van VWS stelt het CBOG een Afwegingskader op. Dit Afwegingskader bevat criteria op basis

³⁴ Een perifere ziekenhuis is een algemeen ziekenhuis waar patiënten terechtkomen voor basiszorg. Perifere ziekenhuizen kunnen een opleidingsbevoegdheid krijgen.

³⁵ Kaderbesluiten en specifieke besluiten CCMS.

<http://knmg.artsennet.nl/opleidingenregistratie/regelgeving-1/Huidige-besluiten-CCMS/Overzicht-alle-Besluiten-CCMS.htm>

³⁶ Het gaat om eisen ten aanzien van de te volgen procedure (vooral transparantie) en de te hanteren criteria (bijvoorbeeld kwaliteitscriteria en criteria die nieuw erkende opleidingsinrichtingen de kans bieden op voldoende opleidingsplaatsen).

waarvan de minister in staat is de opleidingsplaatsen (en de bijbehorende middelen) die in het Toewijzingskader zijn opgenomen over de opleidingsinrichtingen te verdelen. Bij gebrek aan operationaliseerbare kwaliteitscriteria is het Afwegingskader voor 2009 vooralsnog vormgegeven als een rekenmodel³⁷.

Het CBOG biedt de opleidingsinrichtingen de ruimte om met voorstellen te komen voor een verdeling die afwijkt van de uitkomst van het rekenmodel. Voor de procedure die daarbij moet worden gevolgd, heeft het CBOG regels opgesteld. Deze regels schrijven drie stappen voor die achtereenvolgens moeten plaatsvinden.

Als eerste doet een zogenoemd cluster een voorstel voor (her)verdeling aan het OOR. Een cluster is het regionale overleg van opleiders in een bepaald specialisme. Vervolgens voegen de OOR's de voorstellen van de clusters samen tot een totaalvoorstel voor herverdeling in de regio. De OOR's bieden dit voorstel aan, aan het BOLS. Tot slot voegt het BOLS de voorstellen van de acht OOR's samen tot één gezamenlijk verdelingsvoorstel van alle opleidingsinrichtingen. De wetenschappelijke verenigingen en de acht OOR's verifiëren dit definitieve BOLS-advies (Ecri, 2006). Het uiteindelijke voorstel wordt aangeboden aan het CBOG. Het CBOG sluist het voorstel van het BOLS in de vorm van een zogeheten Toewijzingsvoorstel door naar het ministerie van VWS. De verdeling is door deze manier van toewijzen niet toetsbaar of transparant omdat de criteria die de OOR's gebruiken niet publiekelijk zijn.

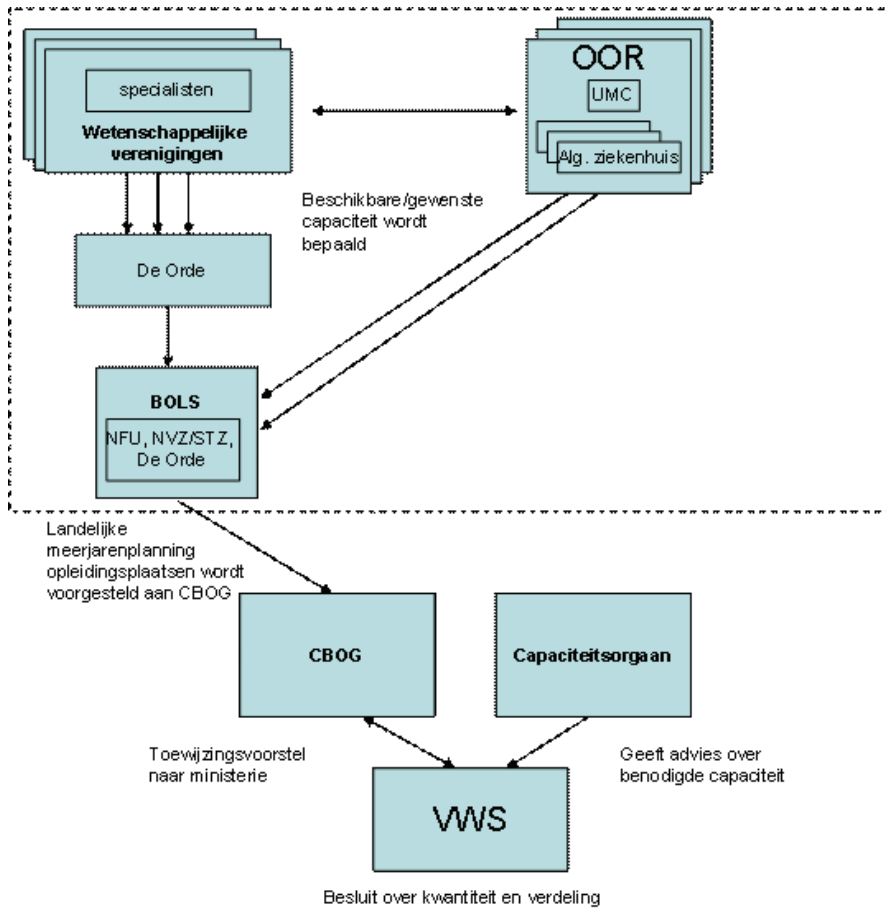
De minister van VWS stelt aan de hand van het Toewijzingsvoorstel een Verdeelplan vast. In dit plan is vastgelegd welke opleidingsinrichtingen voor het komende jaar voor subsidie in aanmerking komen, hoeveel opleidingsplaatsen zij zullen realiseren en welk bedrag aan subsidie zij daarvoor ontvangen.

In figuur 8 is dit proces uitgetekend.

³⁷ Het rekenmodel van het CBOG ziet er als volgt uit (CBOG, Afwegingskader eerste tranche):

- a) Allereerst wordt voor alle opleidingsinrichtingen per specialisme de in 2009 te verwachten mutatie in capaciteit bepaald door het zittende bestand 2009 af te trekken van de capaciteit in 2008 (aan de hand van gegevens van de registratiecommissies, peildatum 31 mei 2008).
- b) Als er sprake is van capaciteitsverlies per specialisme per opleidingsinrichting, wordt dit beschouwd als de potentiële instroomruimte. Dit geldt alleen voor opleidingsinrichtingen waar in overeenstemming met de opleidingseisen in het specifieke kaderbesluit voor de betreffende opleiding instroom mogelijk is.
- c) Vervolgens kunnen per specialisme voor de verschillende opleidingsinrichtingen drie situaties worden onderscheiden:
 - i.) Wanneer het aantal toe te wijzen instroomplaatsen gelijk is aan de totale instroomruimte (macroniveau), wordt de instroomruimte per specialisme en opleidingsinrichting volledig opgevuld.
 - ii.) Wanneer het aantal toe te wijzen instroomplaatsen kleiner is dan de totale instroomruimte (macroniveau), vindt per specialisme en opleidingsinrichting gedeeltelijke opvulling van de instroomruimte plaats. Dit gebeurt door voor het specialisme per opleidingsrichting het capaciteitsverlies met een gelijk percentage minder op te vullen en wel zodanig dat het aantal toe te wijzen instroomplaatsen op die manier over de opleidingsinrichtingen verdeeld wordt.
 - iii.) Wanneer het aantal toe te wijzen instroomplaatsen groter is dan de totale instroomruimte (macroniveau), vindt per specialisme en opleidingsinrichting volledige opvulling van de instroomruimte plaats en wordt de overige ruimte naar rato van de opleidingscapaciteit 2008 verdeeld over de opleidingsinrichtingen waar instroom kan plaatsvinden.
- d) Na het doorlopen van de stappen a tot en met c vindt afronding in hele getallen plaats (0.50 fte en hoger wordt afgerond naar 1, terwijl bij lager dan 0.50 fte afronding naar 0 instroomplaatsen plaatsvindt) en wordt rekening gehouden met het totale aantal te verdelen instroomplaatsen per specialisme.

Figuur 8. Het opleidingssysteem met betrekking tot de capaciteit van opleidingsplaatsen



Bron: NZa

Voor 2010 heeft het Afwegingskader een andere vorm gekregen. Op basis van kwantitatieve verdeelfactoren – de grootte van de regio (adherentie), de instroom studenten geneeskunde per OOR en het aandeel zelfstandige opleidingen van een OOR – is voor de 1e tranche³⁸ zorgopleidingen per OOR het aandeel (percentage van het landelijk aantal toe te wijzen instroomplaatsen) bepaald. Dit geldt als regionaal kader per OOR voor de advisering door de OOR's onder coördinatie van BOLS over de toewijzing van de instroomplaatsen aan de instellingen. Het regionale kader instroomplaatsen omvat 26 1e tranche zorgopleidingen, uitgezonderd de bètaberoepen en de tandheelkundig specialismen (CBOG, 2009).

Door gebruik te maken van een bandbreedte op het gemiddelde aandeel van 12,5% krijgt elke OOR minstens 11% van de opleidingen toegewezen en maximaal 15 %.

³⁸ 'Het opleidingsfonds is in fases ingevoerd. In 2007 was de introductie van de zogenoemde ziekenhuisopleidingen (de 1e tranche) en in 2008 werden de opleidingen die zich richten op preventie en care geïntroduceerd (de 2e tranche)' (www.minvws.nl).

De volgende criteria worden achtereenvolgens gehanteerd bij de advisering door de OOR's over de toewijzing van de instroomplaatsen over de opleidingsinstellingen:

- voorrang nieuwe erkenningen (zie hierboven paragraaf 2-2);
- continuïteit opleidingscapaciteit per zorgopleiding;
- bijzondere omstandigheden³⁹ binnen een opleiding die tot (tijdelijke of blijvende) beperking of uitbreiding van de instroom aanleiding kunnen geven.

Door deze insteek te nemen geeft het CBOG de OOR's een officiële functie in het toewijzingsproces die ze eerder nog niet hadden.

4.4 Knelpunten

De verdeling van opleidingsplaatsen over opleidingsinrichtingen moet zo efficiënt mogelijk plaatsvinden. In een ideale situatie betekent dit dat de verdelingssystematiek bijdraagt aan een zo hoog mogelijke kwaliteit van opleidingen tegen zo laag mogelijke kosten.

In deze paragraaf onderzoeken wij de meest relevante knelpunten van het opleidingssysteem. In hoofdstuk 5 presenteert de NZa oplossingsmogelijkheden voor deze knelpunten.

4.4.1 Suboptimale kwaliteit

Bij de verdeling van opleidingsplaatsen op basis van kwaliteit is het uitgangspunt om de beste opleiders de meeste opleidingsplaatsen toe te wijzen.

De huidige verdelingssystematiek krijgt hiervoor niet de kans vanwege een ongelijk speelveld tussen UMC's en de periferie en het gebrek aan de juiste kwaliteitsindicatoren (Ecri, 2009). In principe krijgt elke opleidingsinrichting om en nabij evenveel plaatsen toegewezen als het voorgaande jaar.

De taak van het CBOG is de opleidingsplaatsen te verdelen, mede op basis van kwaliteitsindicatoren. De ontwikkeling hiervan bevindt zich echter nog in de beginfase⁴⁰. Er is wel een rapport verschenen (Scherpbier, 2009) dat ingaat op kwaliteitindicatoren voor intern gebruik. Intern gebruik betekent in deze context dat ze niet geschikt zijn om te gebruiken voor het toewijzen van opleidingsplaatsen (zie paragraaf 5.2.2).

De verdeling die het CBOG uiteindelijk voorlegt aan het ministerie is op basis van de adviezen van de OOR's en het BOLS.

Een eerste gevolg van deze huidige verdeelsystematiek is dat de meeste opleidingsplaatsen niet worden toegewezen aan de kwalitatief beste opleidingsinrichtingen; bij de verdeling van de opleidingsplekken is immers geen sprake van objectieve criteria.

Een tweede gevolg is dat opleidingsinrichtingen geen stimulans ondervinden om te investeren in de kwaliteit van hun opleiding. Er is

³⁹ Zie voor deze bijzondere omstandigheden CBOG (2009). Definitief afwegingskader Toewijzingsvoorstel 2010 1e tranche zorgopleidingen opleidingsfonds, 4 juni 2009, paragraaf 3.3.

⁴⁰ Sinds 2007 geeft het ministerie van VWS opdracht aan het CBOG om toe te wijzen op basis van kwaliteitsindicatoren (te beginnen met de restplaatsen heelkunde en interne geneeskunde). Aan dit verzoek is tot op heden nog niet voldaan.

geen reden om aan te nemen dat zulke investeringen zich in extra opleidingsplaatsen vertalen aangezien de verdeling gebaseerd is op handhaving van de status quo (per regio)(Ecri, 2009).

4.4.2 Suboptimale doelmatigheid

Een systeem voor de verdeling van opleidingsplaatsen draagt bij aan de doelmatigheid van de opleiding wanneer die verdeling erop gericht is om de meest doelmatige opleiders de meeste opleidingsplaatsen toe te wijzen.

De huidige systematiek lijkt daarop nog niet te zijn gericht. Op dit moment ontvangt een opleidingsinrichting subsidie per bezette opleidingsplaats. De hoogte van deze subsidie hangt slechts af van het aantal opleidingsplaatsen dat de opleidingsinrichting toegewezen heeft gekregen. De bedragen verschillen niet per specialisme of naar de mate van gevorderdheid (en dus inzetbaarheid) van de aios.

Het subsidiebedrag per opleidingsplaats is een gemiddelde van de opleidingen van verschillende specialismen over de verschillende jaren en dus niet voor elke opleiding gelijk aan de kosten. Om in deze situatie verbetering te brengen, heeft het ministerie van VWS in 2008 Berenschot opdracht gegeven om een onderzoek uit te voeren naar de kostprijs van de zorgopleidingen in de eerste tranche van het Opleidingsfonds (Berenschot, 2008). Conclusie van dit onderzoek is dat er onvoldoende informatie is om die kostprijs te bepalen. Het is dus onzeker in hoeverre de subsidie-uitkeringen uit het Opleidingsfonds corresponderen met de werkelijke opleidingskosten. Uit gesprekken met belanghebbende partijen is vernomen dat in de kostprijs van opleidingsplaatsen enige mate van variatie mogelijk is. Dit geldt zowel tussen specialismen onderling als binnen één specialisme. Gevolg hiervan is dat bepaalde opleidingsinstellingen en specialismen (meer) geld overhouden aan het opleiden van een aios terwijl anderen opleidingsinrichtingen slechts op een break even punt uitkomen of zelfs verlies kunnen maken.

De uniforme vergoedingsbedragen vormen een belangrijke stimulans voor opleiders en opleidingsinrichtingen om de opleiding zo doelmatig mogelijk vorm te geven. Besparingen komen immers aan henzelf ten goede.

De uniforme vergoedingsbedragen ontnemen opleidingsinrichtingen echter de mogelijkheid om zich bij de verdeling van opleidingsplaatsen te onderscheiden door de plaatsen goedkoper aan te bieden. Hierdoor ontbreken de gegevens die nodig zijn om de meest doelmatige aanbieders de meeste opleidingsplaatsen toe te wijzen. Verder blijven doelmatigheidsvoordelen bij de opleidingsinrichtingen hangen.

Uitgangspunt productieneutraliteit

In de huidige situatie is een van de aannames waarop de hoogte van de subsidie per opleidingsplaats is gebaseerd de productieneutraliteit van een aios. Productieneutraliteit betekent dat de productieve bijdrage van de aios even groot is als het productieverlies van hun opleiders. Dit kan per specialisme en per ziekenhuis sterk verschillen. Ook de gebleken inzet van aios voor meer dan 48 uur per week (zie paragraaf 2.1) leidt ertoe dat deze aanname nader moet worden bekeken.

Uit gesprekken die de NZa met veldpartijen heeft gevoerd, is duidelijk naar voren gekomen dat de huidige vergoedingsbedragen geen realistische weergave van de opleidingskosten zijn. Zij zijn hetzij te hoog, hetzij te laag. Bij een ziekenhuis dat veel verschillende opleidingen

aanbiedt, zou dit uiteindelijk tot een balans kunnen leiden. Ziekenhuizen die slechts één of enkele opleiding(en) aanbieden, kunnen echter winst maken of schade lijden.

4.4.3 (On)evenwichtige verhoudingen

Om opleidingen te kunnen verzorgen zijn algemene ziekenhuizen afhankelijk van universitair medische centra. Deze afhankelijkheid vloeit voort uit de eisen die het CCMS aan opleidingen en opleidingsinrichtingen stelt. Deze eisen zijn zodanig dat algemene ziekenhuizen de meeste opleidingen niet zelfstandig kunnen verzorgen.

De afhankelijkheid van UMC's vloeit daarnaast voort uit de manier waarop de verdeling van opleidingsplaatsen plaatsvindt. Dit gebeurt in belangrijke mate binnen de OOR's, waarin telkens één UMC samenwerkt met een aantal algemene ziekenhuizen. Bij de besluitvorming heeft iedere partij een gelijkwaardige stem. Doordat UMC's echter in het hele proces de regierol vervullen, kan worden aangenomen dat zij het proces en daarmee ook de uitkomsten van het proces sturen.

UMC's kunnen zich deels onafhankelijk opstellen ten opzichte van de algemene ziekenhuizen. Bij het aangaan van samenwerkingsverbanden kunnen zij kiezen uit verschillende algemene ziekenhuizen die elk niet om een bepaald UMC heen kunnen. De UMC's kunnen echter ook niet volledig om de algemene ziekenhuizen heen, omdat de aios daar de nodige routine-ingrepen kunnen verrichten. Bij bepaalde specialismen is het daarnaast verplicht om een combinatie van academie en periferie aan te bieden. De UMC's zijn dan ook afhankelijk van de periferie. Uit gesprekken van de NZa met veldpartijen blijkt dat ongeveer 60% van de opleiding in algemene ziekenhuizen wordt gevolgd en dat 90% van de opleiding uit patiënt gebonden werk bestaat.

Een aantal STZ-ziekenhuizen zijn ook al in staat om een volledige opleiding aan te bieden. Dit betekent dat er in de gelijktrekking van UMC's en de periferie beweging zit.

4.5 Conclusie

In dit hoofdstuk hebben we de verdeling van de opleidingsplaatsen geanalyseerd.

Samenvattend kan er het volgende geconcludeerd worden:

- Bij de verdeling van opleidingsplaatsen over ziekenhuizen en andere opleidingsinrichtingen zijn verschillende partijen betrokken. Het CBOG blijkt (vooralsnog) niet in staat om bij de verdeling van opleidingsplaatsen kwaliteitscriteria te hanteren.
- De huidige systematiek heeft belangrijke nadelen voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de specialistenopleidingen:
 - Ten eerste leidt het systeem tot een suboptimale kwaliteit van de opleidingen. De beste opleiders krijgen op dit moment niet de meeste opleidingsplaatsen toegewezen.
 - Ten tweede leidt het systeem tot een suboptimale doelmatigheid van de opleidingen. Op dit moment ontvangt een opleidingsinrichting subsidie per bezette opleidingsplaats. De hoogte van de totale subsidie hangt slechts af van het aantal opleidingsplaatsen dat de opleidingsinrichting toegewezen heeft gekregen. De bedragen verschillen niet per specialisme of naar de mate van gevorderdheid (en dus inzetbaarheid) van de aios.
 - Ten derde leidt het systeem tot onevenwichtige verhoudingen tussen UMC's en algemene ziekenhuizen.

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?

5. Ruimte voor verbetering

De gesignaleerde knelpunten in het aanbod van medisch specialistische zorg impliceren dat er ruimte is voor verbetering. In dit hoofdstuk schetsen we twee verbeteropties die naast elkaar toegepast kunnen worden:

- Het stimuleren van substitutie.
- Vergroting van het aantal opleidingsplaatsen om tot een licht overschot aan medisch specialisten te komen.

Wij toetsen deze opties aan de volgende criteria:

- De mate waarin de optie bijdraagt aan een vermindering van de schaarste aan medisch specialisten.
- De mate waarin de optie bijdraagt aan de doelmatigheid van de medisch specialistische zorg.
- De mate waarin de optie bijdraagt aan de kwaliteit en/of de doelmatigheid van de medisch specialistische opleidingen.

5.1 Stimuleren van substitutie

Een klein overschot aan medisch specialisten kan niet alleen worden gerealiseerd door het aanbod te vergroten, maar ook door taken anders te verdelen over de verschillende zorgprofessionals. Voor sommige zorg is het niet altijd noodzakelijk dat een specialist die verleent; ook een andere zorgverlener kan die zorg uitvoeren. Medisch specialisten kunnen bijvoorbeeld werkzaamheden overdragen aan basisartsen, artsen niet in opleiding als specialist (anios), nurse practitioners⁴¹ (NP's) of physician assistants⁴² (PA's). Deze voeren werkzaamheden uit onder verantwoordelijkheid van de specialist.

Totstandkoming van substitutie door aanverwante disciplines

Het aanbod van zorg hoeft niet langs de lijn van aanbieders te worden bepaald, maar functioneel worden vormgegeven. Het Besluit zorgverzekering geeft aan dat medisch specialistische zorg, zorg is 'zoals medisch specialisten deze plegen te bieden'. CVZ (2009b) geeft het volgende aan: "Zorg die 'pleegt te worden geboden' betreft – kort gesteld – zorg die de beroepsgroep van de in de regelgeving genoemde zorgverlener rekent tot het aanvaarde arsenaal van zorg en die geleverd wordt op een wijze die de betreffende beroepsgroep als professioneel juist beschouwt." Wanneer andere zorgverleners deze zorg kunnen leveren is substitutie mogelijk.

Het verplaatsen van bevoegdheden mag geen negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit van de zorg. De Kwaliteitswet zorginstelling (2009) biedt handvatten om van de kwaliteit van de zorg die geleverd wordt, de ondergrens te bepalen.

Het is van belang dat verzekeraars voor de vergoeding eisen stellen aan de specialist en dat de KNMG hierover een standpunt inneemt. Deze partijen kunnen de deur openen voor het werken met zorgverleners onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist.

⁴¹ De NP of verpleegkundig specialist is een verpleegkundige die bevoegd is om bepaalde medische handelingen uit te voeren.

⁴² De PA is een zorgverlener op hbo- of masterniveau. PA's ondersteunen medisch specialisten door zelfstandig gedelegeerde cure-taken uit te voeren.

Taken die andere hulpverleners van medisch specialisten kunnen overnemen zijn bijvoorbeeld postoperatieve controles, voorlichting en uitleg. De medisch specialist houdt dan meer tijd over voor het behandelen van patiënten. Hierdoor zijn voor dezelfde hoeveelheid zorgvraag minder specialisten nodig dan nu het geval is.

Substitutie is ook mogelijk door *outsourcing* van activiteiten. Voor een voorbeeld hiervan zie box 1.

Naast substitutie binnen de medisch specialistische zorg is substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn mogelijk. In Nederland zijn al projecten gestart die zich hiermee bezighouden, bijvoorbeeld de ketenprestaties (NZa, 2009a). Het is echter nog niet duidelijk in hoeverre substitutie op een verantwoorde manier mogelijk is. Uit onderzoek blijkt dat substitutie bevorderlijk is voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg (CBOG, 2007). Ook volgens het LVAG (2009) zijn de ervaringen met PA's en NP's positief.

Box 1: Voorbeeld van substitutie door *outsourcing* van diagnostische radiologie

Er is een wereldwijd tekort aan radiologen (Health policy monitor, 2006; Levy & Yu, 2006). Nederland vormt daarop geen uitzondering. De schaarste aan radiologen zou kunnen worden verminderd door toepassing van teleradiologie zoals dit al gebeurt tussen de Verenigde Staten en India.

Teleradiologie houdt in dat ziekenhuis A scans elektronisch verstuurt worden naar een radioloog op locatie B. Deze leest vervolgens de scan stuurt een diagnose terug. Afstand speelt daarbij geen rol. Het is mogelijk om vanuit de VS scans zonder tijdverlies naar India te versturen, waar deze dankzij het tijdsverschil tijdens kantooruren kunnen worden geanalyseerd.

Zorg zoals teleradiologie moet aan de kwaliteitseisen voldoen, zoals deze in Nederland gelden, dit omdat de zorg officieel in Nederland wordt aangeboden. Er vindt slechts uitbesteding plaats van een deel van het proces aan een inrichting in het buitenland. Voor de kwaliteit van teleradiologie vanuit India geldt bijvoorbeeld dat de kwaliteit van de gestelde diagnoses niet onder die van Europees gecertificeerde radiologen ligt (Levy en Yu, 2006; Health Policy Monitor, 2006).

Teleradiologie biedt een ziekenhuis structurele besparingen en lost het schaarsteprobleem bij de beroepsgroep van radiologen op. Ziekenhuizen krijgen op korte termijn een veel betere onderhandelingspositie zonder dat in Nederland meer radiologen worden opgeleidt.

Teleradiologie hoeft niet per se met het buitenland plaats te vinden. Het is ook mogelijk om als ziekenhuis bijvoorbeeld in de avond-, nacht- en weekenduren met een ander ziekenhuis samen te werken, zodat er niet op alle locaties 24 uur per dag een radioloog aanwezig hoeft te zijn.

5.2 Uitbreiding aantal opleidingsplaatsen

Een tekort aan medisch specialisten dan wel een klein overschot kan worden gerealiseerd door het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden of volledig aan de markt over te laten. Om de concurrentie op de markt van

medisch specialistische zorg te stimuleren, zijn de volgende beleidsopties gericht op een licht overschot van medisch specialisten in algemene zin.

In deze paragraaf zet de NZa twee varianten tegen elkaar af. In paragraaf 5.3 gaat zij in op de financiële effecten van beide varianten.

5.2.1 Vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen

Het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen moet op twee niveaus plaatsvinden. Eerst is het nodig om de numerus fixus voor de opleiding geneeskunde los te laten. Dit is een voorwaarde om de beperking van het aantal opleidingsplaatsen tot medisch specialist op te kunnen heffen.

Het afschaffen van de numerus fixus zal naar verwachting tot gevolg hebben dat het aantal geneeskundestudenten sterk toeneemt. Op dit moment zijn er ongeveer drie keer zoveel studenten die de opleiding willen volgen dan er worden toegelaten⁴³. Afschaffing van de numerus fixus vergt een forse investering in de opleidingscapaciteit van de geneeskundefaculteiten; dat kan een aantal jaren in beslag nemen.

Op het moment dat meer basisartsen uit de studie geneeskunde uitstromen, zal het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen voor medisch specialisten tot meer opleidingen leiden. Het aantal opleidingsplaatsen wordt dan niet langer vastgesteld door de minister van VWS. In plaats daarvan bepalen de opleiders en opleidingsinrichtingen zelf hoeveel specialisten zij willen opleiden. In de huidige situatie bestaan echter weinig prikkels om op te leiden voor opleiders. Om die reden is het noodzakelijk om stimulansen in te bouwen die het opleiden voor zowel de opleiders als de ziekenhuizen aantrekkelijk maken.

Een voorwaarde voor succes is dat zittende specialisten de mogelijkheid voor een groter aantal opleidingsplaatsen benutten. Zittende specialisten moeten worden gestimuleerd om de benodigde extra opleidingsplaatsen beschikbaar te stellen. Financiële prikkels tot opleiden zouden hierbij kunnen helpen. Het is echter niet duidelijk of specialisten überhaupt meer kunnen opleiden, dit vanwege de kwaliteitseisen die het CCMS aan de opleiding stelt en de kwaliteitstoetsing van opleiders waartoe het MSRC verplicht.

Een tweede voorwaarde voor succes is dat toelating van toetreders (medisch specialisten) op de markt plaatsvindt.

Als aan beide voorwaarden is voldaan leidt het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen tot een groei van het aantal actieve specialisten. Toenemende concurrentie tussen specialisten kan tot gevolg hebben dat de kosten per specialist (inkomen plus overige kosten van specialistische zorg) afnemen. Het is echter onzeker of die afname leidt tot een afname in de totale kosten van medisch specialistische zorg en of dit voldoende is om de kosten van een groei van het aantal specialisten te compenseren. Dit is mede afhankelijk van de mate waarin aanbodgeïnduceerde vraag optreedt. Paragraaf 3.2.1 laat zien dat onderzoek uitwijst dat de waarschijnlijkheid van aanbodgeïnduceerde vraag klein is.

5.2.2 Verruimen van het aantal opleidingsplaatsen

Een minder vergaande variant is verruiming van de hoeveelheid opleidingsplaatsen door de numerus fixus te verhogen in plaats van

⁴³ www.mednet.nl/actueel/klink-vraagt-advies-over-afschaffing-numerus-fixus-geneeskunde-28651.html.

geheel loslaten. Ook bij deze variant is dit een eerste stap. De tweede stap is verruiming van het aantal opleidingsplaatsen voor de vervolgoopleidingen.

Bij deze variant vormt verruiming van de numerus fixus een randvoorwaarde om uiteindelijk tot meer medisch specialisten te komen. Gezien de capaciteit van de huidige medische faculteiten is een verruiming van 5-10% aanvaardbaar.

Deze variant houdt in dat de minister van VWS nog steeds het aantal opleidingsplaatsen bepaalt; er worden echter meer opleidingsplaatsen gefinancierd dan het Capaciteitsorgaan tot op heden adviseert en wat door de minister wordt vastgesteld. Dit gebeurt dan bij de eerder genoemde specialismen waar sprake is van tekorten; maag-darm-leverartsen, revalidatieartsen, gynaecologen, klinisch geriaters en nucleair geneeskundigen. Hierbij valt te denken aan een aantal opleidingsplaatsen dat 5 tot 10% hoger ligt dan het maximumadvies van het Capaciteitsorgaan. Het uiteindelijke percentage kan per specialisme verschillen.

Deze variant vergt eveneens een opwaartse bijstelling van de numerus fixus voor de geneeskundestudie, dit om te zorgen dat voldoende basisartsen worden opgeleid om de specialistenopleidingen te volgen.

Het voordeel van deze variant ten opzichte van de huidige situatie is dat de beoogde toename van het aantal specialisten leidt tot evenwichtiger verhoudingen op de markt voor medisch specialistische zorg. Wel is het risico aanwezig dat de zittende medisch specialisten niet voldoende prikkels krijgen om meer op te leiden dan nu het geval is. Daarom zijn voor deze variant de bij paragraaf 5.2.2 genoemde voorwaarden voor succes ook van toepassing.

Bovendien blijft de overheid in deze variant een aantal sturingsinstrumenten in eigen hand houden. Zo houdt zij de controle op het aantal opleidingsplaatsen en daarmee op de totale kosten van de opleiding van medisch specialisten. Verder houdt de overheid grip op de ontwikkeling van het aantal medisch specialisten.

De overheid deelt de opleidingsplaatsen toe aan de opleidingsinrichtingen. Dit biedt mogelijkheden om op kwaliteit en/of doelmatigheid te sturen door de opleidingsplaatsen aan te besteden (zie paragraaf 5.3.2).

Ook voor dit model geldt dat de gevolgen voor de kosten van de medisch specialistische zorg ongewis zijn. Wel is de onzekerheid minder groot dan in de variant van totale vrijgave van het aantal opleidingsplaatsen.

5.3 Hoe om te gaan met de kosten?

Het verruimen of vrijlaten van de numerus fixus en het aantal opleidingsplaatsen tot medisch specialist heeft op de korte termijn een kostenstijging tot gevolg. In deze paragraaf worden vier opties besproken om de extra uitgaven voor de kosten van de vervolgoopleiding te bekostigen.

5.3.1 Overheid betaalt de opleidingskosten

Een toename van het aantal medisch specialisten betekent op de lange termijn (over ongeveer zes tot twaalf jaar nadat de maatregelen zijn genomen) dat er meer concurrentie komt en daarmee dat de uitgaven

voor medisch specialisten omlaag gaan. Ook kan vanwege een lagere werkdruk bij medisch specialisten het risico op medische fouten afnemen en de wachtlijsten verminderen; dit heeft eveneens positieve effecten op de kosten van zorg.

Tot het zover is zullen de kosten echter hoger liggen, dit omdat meer mensen geneeskunde gaan studeren en meer aios betaald moeten worden. De toename in kosten hangt af van het model waar de keuze op valt. Een verruiming van de numerus fixus en een minder grote beperking op het aantal opleidingsplaatsen voor aios zou op de korte termijn minder extra kosten veroorzaken dan het loslaten van beide beperkingen.

Op de lange termijn kan de prijsdaling door meer concurrentie de extra kosten overtreffen, waardoor de investeringen kunnen worden terugverdiend. Het verruimen of loslaten van de numerus fixus en de vervolgopleiding komt uiteindelijk de publieke belangen ten goede.

Meer investeringen door de overheid op de korte termijn hebben als effect dat de medewerking van opleidingsinrichtingen en aios verzekerd wordt. Opleidingsinstellingen krijgen immers niet te maken met kortingen op hun vergoedingen (zie 5.3.3) en de aios hoeven geen inkomen in te leveren (zie 5.3.4).

Investeringen moeten zo efficiënt mogelijk worden ingezet. Daarom is het belangrijk, dat de financiering van de opleidingskosten zo veel mogelijk aansluit bij de daadwerkelijke kosten inclusief een winstmarge, die het opleiden moet stimuleren. Daarbij zijn een aantal mogelijkheden, namelijk:

- verdeling van de opleidingsplaatsen op basis van prijs en kwaliteit;
- ziekenhuizen betalen zelf de opleidingskosten;
- eigen bijdrage van de aios.

5.3.2 Verdeling op basis van prijs en kwaliteit

In paragraaf 4.4.2 is aan de orde geweest dat er onvoldoende informatie op landelijk niveau beschikbaar is om de kosten van het opleiden van een medisch specialist vast te stellen. Hetzelfde geldt voor de kwaliteit van de opleiding.

Voor een efficiënte verdeling van de middelen voor de opleidingsplaatsen moeten zowel de prijs als de kwaliteit van de opleiding een rol spelen. Hiervoor zijn twee verdeelmodellen denkbaar die beide parameters kunnen incorporeren. Het eerste model is er een van aanbesteding en heeft de vorm van een beauty contest en het tweede model is een subsidieregeling.

Aanbesteding: beauty contest

Een oplossing om de vergoeding voor een opleidingsplaats beter te laten aansluiten op de werkelijke kosten en kwaliteit is mogelijk door de opleidingsplaatsen over de opleidingsinrichtingen te verdelen door middel van een aanbesteding (zie hiervoor ook Ecri, 2006). Dit leidt ertoe dat opleidingsplaatsen worden toegewezen aan de marktpartijen die de beste combinatie van prijs en kwaliteit bieden. De aanbesteding kan de vorm krijgen van een beauty contest waarbij beoordeling van de aanvragen niet alleen op de prijs, maar ook op kwaliteitsaspecten gebeurt (NZa, 2007).

Bij deze variant doen ziekenhuizen rechtstreeks een aanbod aan de overheid. Hierin worden zowel prijs- als kwaliteitsparameters opgenomen. De overheid zal vooraf duidelijke toetsingscriteria (zie

verderop) formuleren, die zij bij de verdeling van de opleidingsplaatsen hanteert. Bij een keuze voor verruiming van het aantal te financieren opleidingsplaatsen ontstaat een afkappunt. Alleen de beste biedingen krijgen een toewijzing. Bij het loslaten van het totale aantal krijgen alle instellingen die aan de criteria voldoen de opleidingsplaatsen toegewezen. Een dergelijke verdeelsystematiek leidt tot meer efficiëntie bij een verruiming van het aantal opleidingsplaatsen.

Het is belangrijk om op te merken dat bij de toekenning rekening moet worden gehouden met een evenredige verdeling over de specialismen. Daarbij kunnen de aantallen die het Capaciteitsorgaan per specialisme aanwijst als referentiekader dienen. De opleidingsplaatsen die deze aantallen overstijgen kunnen uitsluitend op basis van prijs en kwaliteit worden toegedeeld.

Als de overheid voor een model van aanbesteding kiest, heeft dit een aantal juridische implicaties. Allereerst is de aanneming bij aanbesteding dat sprake is van een civielrechtelijke overeenkomst, waarbij tegenover de prestatie van de opdrachtnemer een tegenprestatie staat van de partij die aanbesteedt, gewoonlijk door de betaling van de aanneemsom. Dit komt overeen met de definitie van het begrip 'overheidsopdracht' die de verschillende Richtlijnen en besluiten hanteren (zie met name artikel 1, tweede lid onder a van de Richtlijn). Verder houdt de keuze voor een aanbestedingsprocedure in dat de overheid zich moet houden aan de daarvoor geldende regelgeving en dat deze regelgeving geheel is opgesteld volgens het stramien van de civielrechtelijke rechtsbetrekking. Voor de uitvoering van een aanbestedingsprocedure zijn er drie verschillende opties met verschillende juridische implicaties:

- Het ministerie van VWS voert de aanbesteding zelf uit. Daarmee blijft het controle houden op de systematiek van de aanbesteding. VWS wordt opdrachtgever. Het is dus de overheid die de opleiding voor de medisch specialist inkoop.
- Het ministerie van VWS verleent een subsidie aan het CBOG, die vervolgens een aanbestedingsprocedure uitvoert. Bij deze tussenoplossing blijft VWS een subsidieverlener en het (privaatrechtelijke) CBOG wordt opdrachtgever. Het CBOG zou dan in het vervolg besluiten over de manier van aanbesteding. Daarmee geeft VWS niet langer een subsidie aan de instellingen, maar aan het CBOG. Het ministerie zou bij deze optie de invloed op de verdeling van de opleidingsplaatsen verliezen.
- Het CBOG wordt een zelfstandig bestuursorgaan, dat de opdracht tot een aanbesteding krijgt. De minister van VWS kan dan het (bestuurs)orgaan aanwijzen om een aanbesteding vorm te geven. Hij kan in de aanwijzing de voorwaarden aangeven waaronder de aanbestedingsprocedure moet plaatsvinden. Als het CBOG een bestuurlijke organisatie wordt ontstaat een verschuiving van de contractuele relatie van de sector naar de centrale overheid. Het nadeel hiervan is dat het toezicht op de nakoming en kostenbeheersing verschuift.

Bij de keuze voor een aanbesteding is de minister van VWS of het CBOG gebonden aan de doelstelling en aan de offertes die worden uitgebracht. Verder is het noodzakelijk om de procedure voor aanbesteding in overeenstemming te brengen met de regelgeving.

Het is echter niet vanzelfsprekend dat een overheidsorgaan bij de uitoefening van zijn bestuursbevoegdheden de vrije keuze heeft tussen een civielrechtelijke of bestuursrechtelijke uitvoering. In zijn algemeenheid geldt dat wanneer de overheid haar taak als behartiger van het algemeen belang uitvoert, de regels van het publiekrecht van

toepassing zijn. Dit is uitsluitend niet het geval als deze regels ontbreken of wanneer de overheid met het civiele recht hetzelfde recht met dezelfde mate van rechtsbescherming kan bereiken. Verder is van belang dat de betaling van de opleiding gemakkelijk beschouwd kan worden als een vorm van subsidieverstrekking, terwijl dit op grond van artikel 4:29 van de Algemene wet bestuursrecht (Awb) niet kan plaatsvinden op basis van een (subsidie)verleningsovereenkomst, oftewel een overeenkomst die geheel in de plaats treedt van de subsidieverlening⁴⁴.

Subsidieverlening

De tweede optie is om het huidige model van subsidieverlening te handhaven. Daarbij is het echter noodzakelijk om de verdeling van de middelen op prijs- en kwaliteitscriteria te baseren. Het incorporeren van prijs- en kwaliteitsindicatoren zou op de korte termijn mogelijk zijn. Met name het kwaliteitsaspect kan op korte termijn in een ingroeimodel voor de overgang gebruikt kunnen worden, waarbij het dit aspect in de loop van de tijd een steeds zwaardere rol krijgt toebedeelt.

Subsidieverlening is gebaseerd op het bestuursrecht. Volgens de Algemene wet bestuursrecht (Awb) is het mogelijk om bij een subsidieverlening verschillende verdeelsleutels en subsidieplafonds te hanteren⁴⁵. Zo kan de minister van VWS besluiten om niet de gehele opleiding, maar slechts 80% of minder te subsidiëren en kan hij kwaliteitscriteria als vereisten vastleggen.

Bij subsidieverlening is sprake van een bestuursrechtelijke rechtshandeling waarbij de subsidieverlener geld verstrekt aan de verkrijger voor zover hij daartoe op grond van de subsidieregeling verplicht is. Aandachtspunt is in dit verband dat bij subsidieverlening de subsidieverlener geen opdrachtgever (contractspartij) is. De subsidieverlener kan om die reden dan ook geen nakoming vorderen zoals een opdrachtgever in het civiele recht dat wel kan. Als een subsidieontvanger niet voldoet aan de vooraf gestelde voorwaarden, kan de subsidieverlener hooguit de subsidie terugvorderen. Het is de subsidieverlener overigens wel toegestaan de subsidieverlening te combineren met een uitvoeringsovereenkomst⁴⁶. In een dergelijke overeenkomst worden in het algemeen de voorwaarden waaronder de subsidie is verleend nader uitgewerkt.

Kwaliteitsindicatoren

Bij kwaliteitsindicatoren zou het mogelijk zijn om het huidige PHEEM-systeem (Postgraduate Hospital Educational Environment Measure) of D-RECT (Dutch-Residents' Educational Climate Test) te gebruiken en verder te ontwikkelen. Kwaliteitscriteria kunnen in de loop der tijd op basis van de toenemende betrouwbaarheid een steeds zwaardere rol kunnen krijgen. Een ingroeimodel, waarbij de invloed van kwaliteit op de verdeling steeds meer toeneemt kent twee belangrijke voordelen. Niet alleen hebben instellingen de tijd om zich vertrouwd te maken met de indicatoren, er ontstaan ook stimulansen in het veld om de indicatoren verder te ontwikkelen.

Volgens Ecri (2009) en Scherpbier (2009) staat kwaliteitsconcurrentie bij de verdeling van opleidingsplaatsen op dit moment nog in de kinderschoenen. Het PHEEM- en D-RECT-systeem zijn gericht op interne kwaliteitscontrole en niet op extern gebruik; daardoor is het niet mogelijk om er de verdeling van opleidingsplaatsen aan te koppelen (Scherpbier, 2009). De PHEEM en D-RECT zijn gericht op de ervaringen

⁴⁴ Zie ook ABRS 19 april 2006 (AB 2006, 296).

⁴⁵ Artikel 4:37 en 4:38 Awb.

⁴⁶ Artikel 4:36 Awb.

van de aios. Dit is echter maar één groep, die bij de meting van de kwaliteit een rol speelt. Kwaliteitsindicatoren moeten ook door andere partijen worden ingevuld. Zo vindt om de vijf jaar een visitatie plaats, waarbij een beoordeling van de kwaliteit van de opleiding plaatsvindt. Om hier (de hoogte van) een vergoeding van opleidingen aan te koppelen, is het noodzakelijk een dergelijke methodiek verder uit te breiden en vaker toe te passen, (Scherpbier, 2009).

Onderzoek van het iBMG (2007) geeft aan dat het volgens de PHEEM-methode wel degelijk mogelijk is om verschillen tussen opleidingsinstituten aan te tonen waarop kan worden voortgebouwd. Ook andere onderzoeken (Roff, 2005; Mulrooney 2005, Hoff, 2004) geven aan dat de uitkomsten van PHEEM een goede indicatie zijn voor de kwaliteit van de desbetreffende opleiding. Een probleem is wel dat op kleine instellingen deze methode nog niet kan worden toegepast omdat D-RECT en PHEEM pas vanaf zeven aios per specialisme betrouwbare resultaten geven (Scherpbier, 2009). Ook is het niet mogelijk om toetreders op basis van deze testen te toetsen. Dit leidt ertoe dat de toetreders en de bestaande opleidingsinstellingen met verschillende maten worden gemeten.

Het veld toont initiatief om de kwaliteit van opleidingen zichtbaar te maken. De Etalagepilot van het BOLS en de Orde van Medisch Specialisten is een model waarin aios voor het laatste halfjaar tot twee jaar van hun studie een opleidingsplek kunnen kiezen op basis van de getoonde kwaliteit en de inhoud van de stage. De term 'etalage' verwijst naar de (virtuele) presentatie van de verschillende differentiatiestages door opleiders en opleidingsinstellingen.

Financiële criteria

De financiële criteria hangen af van de variant waar de keuze op valt. Bij een aanbesteding met een verruimde numerus fixus en een verruimd aantal opleidingsplaatsen voor aios, krijgen de goedkoopste aanbieders de toeslag. Het aantal opleidingsplaatsen hangt af van de biedingen van de verschillende partijen en van de hoogte van het vastgestelde Opleidingsfonds. Voor zover mogelijk kan bij de (af)weging ook de kwaliteit van de opleiding een rol spelen. Daarnaast moet rekening worden gehouden met minimum benodigde aantallen per specialisme en dat de tekorten in de specialismen met schaarste daadwerkelijk opgevuld worden.

5.3.3 Ziekenhuizen betalen de opleidingskosten

Een andere mogelijkheid om bij het loslaten of verruimen van de beperking in opleidingsplaatsen de opleidingskosten te verminderen is om deze onder de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis zelf te brengen.

Een manier om dat te doen is door een component opleidingskosten toe te voegen aan de DBC-tarieven. Het is aan ziekenhuizen om te beslissen of zij deze opbrengsten ook daadwerkelijk aan het opleiden van aios besteden. In de praktijk leiden verschillende ziekenhuizen al meer medisch specialisten op dan waarvoor zij een subsidie ontvangen (zie figuur 4). Zij hebben dus prikkels om op te leiden die losstaan van het feit of zij hiervoor subsidie ontvangen. Een nadeel is echter dat ziekenhuizen die niet opleiden lagere DBC-tarieven kunnen hanteren. Het opleiden brengt voor ziekenhuizen wel voordelen met zich mee. Te denken valt aan de productie die aios leveren, de continuïteit van het ziekenhuisbedrijf, en reputatie-effecten

Deze optie biedt de mogelijkheid om kostenbesparingen tot stand te brengen omdat ziekenhuizen een prikkel hebben om opleidingen goedkoper aan te bieden. Zij moeten echter uiteraard rekening houden met de kwaliteitseisen. De efficiëntieslag mag niet ten koste gaan van het salaris van de aios.

Als een opgeleide medisch specialist na zijn opleiding het ziekenhuis wil verlaten, zou óf hijzelf óf zijn nieuwe werkgever een deel van de opleidingskosten aan het opleidingsziekenhuis moeten terugbetalen. Dit verzacht de hogere kosten van de DBC's en het concurrentienadeel dat het opleidingsziekenhuis ondervindt. In de arbeidsovereenkomst⁴⁷ kan hiertoe een terugbetalingsverplichting worden opgenomen als een specialist niet minimaal een bepaald aantal jaren in het opleidingsziekenhuis heeft gewerkt.

Met deze variant kunnen de adviezen van het Capaciteitsorgaan gebruikt worden om erop te toezien dat er per specialisme sprake is van voldoende opleiding

5.3.4 Eigen bijdrage aios

Een andere of aanvullende optie zou kunnen zijn om aios voor hun opleiding een eigen bijdrage te laten betalen. De opleiding tot specialist is een zogenoemde generalistische opleiding⁴⁸. Bij generalistische opleidingen betalen studenten vaak zelf (een gedeelte van) de opleiding (Berende et al., 2009).

Vooralsnog wordt gedacht aan een combinatie van een subsidie uit het Opleidingsfonds en een eigen bijdrage van aios. De bepaling van de hoogte van de eigen bijdrage zou afhankelijk kunnen zijn van de hoogte van de te verlenen subsidie en wordt daarmee bepaald door de subsidieverlener, in dit geval dus het ministerie van VWS. Uitgangspunt zou moeten zijn dat de hoogte van de eigen bijdrage van diverse opleidingsinstellingen niet verschilt. Aios moeten hun opleiding zoveel mogelijk kiezen op basis van geleverde kwaliteit van de opleiding.

Er kleven wel een aantal nadelen aan het opleggen van een eigen bijdrage voor aios. De NZa heeft tijdens de interviews die zij heeft gehouden signalen gekregen dat aios in sommige specialismen aios veel aan de productie bijdragen. Zij ondervinden al financiële nadelen door de lange duur van de basisopleiding, waarin zij geen geld verdienen. Een ander nadeel is dat een te hoge eigen bijdrage ertoe kan leiden dat uitsluitend kapitaalkrachtige personen een specialistenopleiding volgen of – in het meest vergaande geval – dat sowieso alleen kapitaalkrachtige personen aan een studie geneeskunde beginnen.

5.4 Conclusie

In dit hoofdstuk heeft de NZa verschillende beleidsopties onderzocht die bijdragen aan een meer evenwichtigere verhouding op de markt voor medisch specialistische zorg. Om die reden zijn deze opties gericht op een licht overschot aan medisch specialisten waardoor de gereguleerde marktwerking in de vorm van prestatiebekostiging meer op gang wordt gebracht en gehouden. Zowel substitutie als verhoging van

⁴⁷ Een aios heeft in veel gevallen een arbeidsovereenkomst met het ziekenhuis. Het kan echter ook voorkomen dat de aios met de maatschap een arbeidsovereenkomst heeft gesloten.

⁴⁸ Met een generalistische opleiding wordt een opleiding bedoeld die ook in andere soortgelijke bedrijven kan worden toegepast. Wat een aios in ziekenhuis A leert kan hij ook gebruiken als hij in ziekenhuis B komt te werken. Bij een specifieke opleiding kan het geleerde alleen in het specifieke ziekenhuis worden toegepast.

de opleidingscapaciteit kunnen hierbij helpen. Deze opties hebben vooral betrekking op de specialismen waar sprake is van een tekort.

Substitutie

- Substitutie kan mogelijk bijdragen aan een vermindering van de schaarste aan medisch specialisten. Substitutie is echter geen panacee voor alle problemen die met de schaarste samenhangen; zij moet worden gezien als een toevoeging op één van de andere voorstellen die in dit hoofdstuk aan de orde zijn gekomen.

Verruiming van de numerus fixus en het aantal opleidingsplaatsen:

- Een verruiming van de numerus fixus en het aantal opleidingsplaatsen voor aios is mogelijk door beide ofwel vrij te geven ofwel te verhogen.
- Het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen is makkelijker implementeerbaar dan het volledig vrijgeven ervan. Dit heeft twee redenen:
 - Ten eerste houdt de overheid bij het vergroten van het aantal opleidingsplaatsen grip op de totale opleidingskosten en op het aanbod van specialisten.
 - Ten tweede biedt het blijven vaststellen van het aantal opleidingsplaatsen de mogelijkheid om deze plaatsen door middel van een aanbesteding in de vorm van een beauty contest efficiënt over de opleidingsinrichtingen te verdelen.
- Om de verruiming van het aantal opleidingen te bekostigen zijn vier opties bekeken. Deze kunnen deels naast elkaar worden geïmplementeerd:
 - Optie 1: De overheid betaalt de opleidingskosten
Deze optie geeft aan dat korte termijnverhogingen van de uitgaven voor de opleiding tot medisch specialist vanwege toenemende concurrentie op de lange termijn tot kostenbesparingen leiden. Deze vallen hoger uit dan de korte termijn investeringen. Voor deze optie kunnen de huidige reguleringskaders (numerus fixus en Opleidingsfonds) verhoogd worden of volledig worden losgelaten.
 - Optie 2: Aanbesteding/beauty contest
Bij deze optie is gekeken naar de mogelijkheid om de opleidingsplaatsen te verdelen door middel van een aanbesteding/beauty contest of via een subsidiemechanisme dat afwijkt van het huidige mechanisme.
Bij aanbesteding zou de overheid een deel van haar soevereiniteit verliezen als zij de aanbesteding niet zelf in handen neemt, maar uitbesteedt aan een privaatrechtelijke organisatie zoals het CBOG. Het is niet langer noodzakelijk om als overheid voor een opleidingsplaats een adequate vergoeding te bepalen van een opleidingsplaats.
Bij een subsidieregeling blijft de overheid sturen op het aantal opleidingsplaatsen en de verdeling. Het verlenen van een subsidie kan worden gekoppeld aan bepaalde kwaliteitsvoorwaarden.
 - Optie 3: Ziekenhuizen betalen de opleidingskosten
Bij deze optie financieren de ziekenhuizen de opleidingskosten. Daardoor krijgen zij de verantwoordelijkheid die bij ondernemingen hoort, wat een meer volledige markt tot gevolg heeft.
 - Optie 4: Eigen bijdrage aios
Bij deze optie wordt een eigen bijdrage van de aios ingesteld. Omdat het om een generalistische opleiding gaat is de aios de meest geschikte persoon om (een gedeelte van) de kosten van deze opleiding te dragen.

Consultatievraag 11:

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

Consultatievraag 12:

Acht u het wenselijk in dit verband de mogelijkheden voor internationale samenwerking te verruimen door outsourcing van bepaalde diensten?

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?

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?

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?

6. Positie van medisch specialisten in het ziekenhuis

In hoofdstuk 5 is ingegaan op manieren waarop binnen het kader van gereguleerde marktwerking op de lange termijn een klein overschot van medisch specialisten kan worden gerealiseerd. Dit hoofdstuk verkent een aantal maatregelen om op korte termijn de negatieve gevolgen van het beperktere aanbod van medisch specialisten weg te nemen voor de aansturing van het ziekenhuis.

De toenemende gereguleerde marktwerking bij de medisch specialistische zorg maakt het noodzakelijk dat besturen namens ziekenhuizen al op korte termijn instrumenten in handen krijgen om hun ondernemersvrijheid in te vullen. Te denken valt aan het onderhandelen met zorgverzekeraars over kwaliteit en prijs van DBC's.

De huidige situatie biedt bestuurders van ziekenhuizen wettelijk al de ruimte om deze rol vorm te geven, maar door de historisch gegroeide disbalans in beslissingsbevoegdheden tussen medisch specialisten en bestuurders is die ruimte in de praktijk vaak gering (RVZ, 2009; Ecri 2006; Scholten et al., 2002; Folmer et al., 2002).

Het laatste deel van het hoofdstuk beschrijft een aantal voorbeelden, waarbij ziekenhuizen en medisch specialisten zelf al een andere invulling geven aan de onderlinge relatie.

6.1 Oorsprong van de huidige relatie

Met de introductie van gereguleerde marktwerking neemt in ziekenhuizen het belang van centrale sturing vanuit de Raad van Bestuur toe. De gaandeweg toenemende risico's en concurrentiedruk dwingen ziekenhuizen om efficiëntere zorg te leveren en te opereren als een geïntegreerd medisch bedrijf. Het ziekenhuisbestuur heeft op dit gebied verregaande verantwoordelijkheden en de wettelijke eisen ten aanzien van 'good governance' nemen toe. Raden van bestuur van ziekenhuizen kunnen deze verantwoordelijkheden echter uitsluitend waarmaken als zij de organisatie vanuit hun visie kunnen sturen (RVZ, 2009; VWS, 2009; NZa, 2008a).

Sinds de introductie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen in april 1996 zijn de besturen van ziekenhuizen eindverantwoordelijk voor zowel de kwaliteit van de zorg als de financiële uitkomsten⁴⁹. Dit feit is recentelijk bevestigd door de minister van VWS in zijn brief 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning' aan de Tweede Kamer⁵⁰. Bestuurders kunnen deze verplichting echter uitsluitend nakomen op het moment dat zij ook voldoende zeggenschap hebben over de processen die in het ziekenhuis plaatsvinden. Vanuit een perspectief van gereguleerde marktwerking is het dan ook wenselijk en noodzakelijk dat ziekenhuisbestuurders een positie hebben om de aansturing en de contractuele verhouding met de medisch specialisten te beïnvloeden. In de huidige situatie hebben raden van bestuur al verregaande wettelijke bevoegdheden om eigen strategieën te ontwikkelen, maar door hun

⁴⁹ Kwaliteitswet Zorginstellingen (1996).

⁵⁰ VWS (2009). Tweede Kamerbrief: Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning. Kenmerk AC-U-2941595.

positie ten opzichte van de medisch specialisten is het lastig om deze strategieën in de praktijk te brengen.

Medisch specialisten beïnvloeden vaak de koers van een afdeling zonder dat het ziekenhuisbestuur sturend kan optreden. Deze situatie is historisch gegroeid. Vóór de 20^{ste} eeuw was in ziekenhuizen naast de artsen geen sprake van bedrijfseconomisch management. Instellingen werden volledig door artsen of door de kerk aangestuurd. De urbanisatie tijdens en na de industrialisatie en de toenemende grootte en complexiteit van ziekenhuizen maakte de komst van managers noodzakelijk om de bedrijfseconomische processen te sturen. Deze managers hebben sindsdien officieel de leiding van de ziekenhuizen overgenomen, maar een groot deel van de beslissingsbevoegdheid bleef bij de medische professionals berusten. Dit is positief als het gaat om de keuzes bij de behandeling van de individuele patiënt, maar kan nadelig werken waar de bevoegdheid ziet op de bedrijfseconomische sturing van het ziekenhuis en de belangen van de medisch specialist en het ziekenhuis niet gelijk zijn.

Tot aan het begin van de jaren tachtig vormde de sterke positie van medisch specialisten geen probleem, omdat er geen sprake was van overheidsmaatregelen om de kosten van ziekenhuizen te beheersen. Open-einde-financiering beperkte de risico's voor bestuurders aanzienlijk. Pas in 1983 begon de overheid – na een explosieve kostenstijging – de financiering van ziekenhuizen strikter te reguleren en voerde zij de budgettering voor intramurale zorginstellingen in (Maarse, 1988). Met de invoering van kostenbeheersende maatregelen door de overheid nam de druk op ziekenhuizen toe en ontstond een onderhandelingsstrijd tussen medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders over de verdeling van de financiële middelen. Vrijgevestigde medisch specialisten ontvingen een vergoeding per verrichting (fee-for service). Daarmee kregen zij een prikkel om veel verrichtingen uit te voeren. Het oogmerk van het ziekenhuis was echter om het toegewezen budget niet te overschrijden.

Vanaf 1995 veranderde de situatie, er is toen een budgetvorm per ziekenhuis ingevoerd voor de honorariumomzet. Hierdoor werd de financiële prikkel tot meerproductie beperkt. Tegelijkertijd ontstond mede hierdoor de toename van wachtlijsten.

Met de invoering van de DBC-bekostiging in 2008 voor de honoraria van medisch specialisten is het budgettaire plafond weer verlaten en brengen specialisten DBC's in rekening. Dit vermindert de potentiële strijd tussen bestuurders van ziekenhuizen en medisch specialisten nauwelijks. De hoogte van het bandbreedtetarief en de focus van de productie leidt tot veel discussie. Dit komt omdat binnen het huidige reguleringskader sommige DBC's voor het ziekenhuis rendabel zijn, maar niet voor de medisch specialist, vice versa. De belangen van het ziekenhuis als geïntegreerd medisch bedrijf en de medisch specialist zijn niet altijd gelijk. Het blijft voor bestuurders moeilijk om op een belangrijk deel van de bedrijfsvoering van het ziekenhuis aan te sturen, simpelweg omdat zij hiervoor nauwelijks beslissingsbevoegd zijn.

6.2 Huidige contractuele verhouding tussen RvB en medisch specialist

De disbalans tussen medisch specialisten en ziekenhuisbestuur uit zich voor een groot deel in de contractuele verhoudingen tussen medisch specialisten en ziekenhuizen. In de huidige situatie heeft een relatief

beperkt aantal medisch specialisten – verenigd in een sterk maatschapcollectief (wanneer sprake is van vrije vestiging) of vakgroepcollectief (wanneer sprake is van loondienstverband) – invloed bij de contractuele onderhandelingen met de raad van bestuur. Daarnaast hebben de maatschappen en vakgroepen verregaande autonomie binnen het ziekenhuis.

Deze invloed is ook terug te vinden in de positie van de branchevertegenwoordigers van medisch specialisten, die de raamcontracten uitonderhandelen met de branchevertegenwoordigers van ziekenhuizen.

De formele relatie tussen de Raad van Bestuur en de medisch specialist hebben de brancheorganisaties van ziekenhuizen en medisch specialisten landelijk geregeld in twee soorten overeenkomsten:

- Voor medisch specialisten in dienstverband geldt de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS), die tot stand is gekomen in onderhandelingen tussen de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Bij publiekrechtelijke organisaties, zoals de academische ziekenhuizen, heeft deze relatie veelal de vorm van een ambtelijke aanstelling.
- Voor vrijgevestigde medisch specialisten geldt de landelijke uniforme Model Toelatingsovereenkomst (MTO). Deze overeenkomst hebben de NVZ en de OMS gezamenlijk opgesteld. De contractuele relatie waar het om gaat is geen vorm van hiërarchische arbeidsverhouding, maar laat de medisch specialist de zelfstandigheid van de vrije beroepsbeoefenaar behouden en daarmee de hoedanigheid van ondernemer. In de relatie zijn de verplichtingen van het ziekenhuis vooral faciliterend van aard; de verplichtingen van de medicus zijn erop gericht om een deel van het zorgassortiment dat het ziekenhuis aan het publiek aanbiedt in te vullen (RVZ, 2009).

Maatschappen en vakgroepen spelen in het ziekenhuis een belangrijke rol. De meeste ziekenhuizen kennen een duale vorm, waar bij diverse specialismen beide vormen naast elkaar bestaan.

In de relatie tussen de individuele medisch specialist en het ziekenhuis is daarmee een derde laag geschoven, die van de collectiviteiten: de medische staf als geheel en daarnaast de belangengroepen van de verschillende geledingen (dienstverbanders, vrij gevestigden, arts-assistenten). De staf is op alle wezenlijke punten van het ziekenhuisbeleid tot onderhandelingspartner van het ziekenhuisbestuur geworden (Scholten et al. 2002).

De collectivisering van medisch specialisten heeft tot gevolg, dat zij meestal over de strategische koers binnen het eigen specialisme beslissen. Het ziekenhuis, ongeacht of het een algemeen of academisch ziekenhuis is, vervult vooral een faciliterende rol. In de meeste gevallen betaalt het ziekenhuis de faciliteiten en de overhead. De medisch specialisten besluiten mee over het aantal specialisten dat binnen een bepaald specialisme aanwezig is en ook over het aantal opleidingsplaatsen tot medisch specialist.

Voor de directe aansturing van ziekenhuizen is het van belang dat op collectief niveau (detail)regelingen kunnen worden getroffen, die betrekking hebben op de uitoefening van de functie en die doorwerken in de individuele (contractuele) relatie tussen het ziekenhuis en de medisch specialisten. Daartoe dient het Document Medische Staf (DMS). Dit document bestaat uit een algemeen deel en uit een specifiek deel, en is van toepassing bij zowel de AMS als de MTO.

In het algemene deel van het DMS staan uitsluitend de onderwerpen beschreven waarover regelingen moeten worden overeengekomen of vastgesteld, en de manier waarop dit gebeurt. Het algemeen deel van het DMS wordt vastgesteld voor onbepaalde tijd en wijziging daarvan kan slechts plaats vinden in het landelijk overleg en met overeenstemming tussen de OMS, de LAD en de NVZ. In het specifieke deel van het DMS worden de werkelijke regels opgenomen. Het specifieke deel vullen de raad van bestuur en de medische staf van elk ziekenhuis in overleg in, en is dus 'ziekenhuisspecifiek'.

6.3 Uitgangspunten voor de ziekenhuisbesturing

Bij de introductie van alle reguleringsvormen van de honoraria van medisch specialisten in de laatste 30 jaar, zijn de bestuurders van ziekenhuizen niet betrokken geweest. Dit was het gevolg van de keuze om medisch specialisten afzonderlijk te betalen. De Raden van bestuur van ziekenhuizen moesten de kaders van de overheid (die grotendeels met de medisch specialisten zijn uitonderhandeld) opvolgen.

Medisch specialisten vervullen binnen ziekenhuizen echter een bepalende rol. Dit komt enerzijds door hun professionele autonomie en anderzijds door het aanbod van artsen. De invloed van medisch specialisten komt duidelijk naar voren uit onderzoek van de Universiteit van Tilburg (Moen, 2008). Moen concludeert dat het grote aantal recente ontslagen onder bestuurders van ziekenhuizen aantoont dat specialisten in het ziekenhuis een sterke positie hebben. Zij worden namelijk nauwelijks ontslagen. Bij 70 tot 80% van alle conflicten kiest de Raad van Toezicht de kant van de artsen⁵¹.

Aangezien een groot deel van de risico's ten aanzien van de kwaliteit en continuïteit van een ziekenhuis nu bij het bestuur ligt zou de verhouding tussen het bestuur en de medisch specialisten meer in balans moeten worden gebracht. Medisch specialisten zijn in de praktijk afhankelijk van het bestuur van het ziekenhuis. Op het moment dat het bestuur niet efficiënt is heeft dit ook negatieve consequenties voor de medisch specialisten. In de meest verregaande situatie is het mogelijk dat een bestuur dat niet goed functioneert ertoe leidt dat het ziekenhuis failliet gaat en de specialist werkloos wordt.

Een noodzakelijke verschuiving in de verhouding betekent niet dat het bestuur van een ziekenhuis alle besluiten centraal en zonder ruggespraak moet nemen. Medisch specialisten zitten dicht bij de praktijk en weten het beste wat de ontwikkelingen op medisch gebied zijn. Zij zijn bovendien verantwoordelijk voor de productie en doen hun werk op basis van hun bijzonder specifieke kennis en vaardigheden. Idealiter zou het ziekenhuisbestuur zijn visie dan ook gezamenlijk met de medische professionals moeten formuleren.

Centrale sturing vanuit het bestuur van het ziekenhuis is ook mogelijk binnen een gedecentraliseerde organisatiestructuur. Sterker nog, door beslissingsbevoegdheden te decentraliseren neemt de betrokkenheid van het personeel bij het ziekenhuis toe. Door middel van decentrale besluitvorming kan het ziekenhuisbestuur ook sneller inspelen op veranderingen en die bijsturen. Het bestuur zal wel de algemene kaders moeten schetsen om de verantwoordelijkheden duidelijk te maken

⁵¹ Moen, J., Kemenade, Y. Bestuur in zorg moet op de schop. Het Financieele Dagblad. 31 augustus 2008.

(Mintzberg, 2001). Hier valt te denken aan strategisch management, vastgoedmanagement, personeelsmanagement en de inkoop. Bestuurders moeten aan deze knoppen kunnen draaien om in staat te zijn richting te geven aan de onderhandelingen met de zorgverzekeraars. Selectieve zorginkoop is pas mogelijk op het moment dat ziekenhuizen zich van elkaar kunnen onderscheiden door hun strategieën. Dit heeft eveneens effect op andere externe stakeholders zoals de banken. Centrale aansturing zal ook leiden tot meer transparantie over de prestaties die een ziekenhuis levert, iets waar de omgeving (waaronder zorgverzekeraars, banken en toezichthouders) steeds meer om vraagt.

6.4 Voorwaarden voor een andere verhouding

Om in de relatie tussen bestuur en medisch specialisten op korte termijn meer flexibiliteit te creëren, zijn een aantal maatregelen mogelijk. In de volgende paragrafen komen per partij een aantal maatregelen aan de orde.

6.4.1 VWS

Transparantie over de kwaliteit van zorg

Het ministerie van VWS schrijft in zijn brief 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning' aan de Tweede kamer aan dat met de invoering van de Wet Cliëntenrechten zorg (WCZ) de volledige verantwoordelijkheid voor de performance van een ziekenhuis wordt neergelegd bij het bestuur. Daarmee bouwt VWS voort op de Kwaliteitswet Zorginstellingen uit het jaar 1996. Terwijl medisch specialisten een inspanningsverplichting leveren, heeft het ziekenhuis een resultaatverplichting. Het is vanzelfsprekend, dat degene die op de resultaten wordt afgerekend op juist dit resultaat voldoende moet kunnen sturen. In de Kwaliteitswet Zorginstellingen en in de Wet Toelating Zorginstellingen (WTZi) hebben bestuurders van ziekenhuizen onvoldoende middelen in handen gekregen om op de kwaliteit van zorg te sturen. Vooral op het gebied van transparantie zijn nauwelijks regelingen getroffen (RvZ, 2009). De WCZ zal hierin verandering brengen doordat deze wet medisch specialisten verplicht om aan het bestuur verantwoording af te leggen over de kwaliteit die zij leveren. In zijn brief 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning' geeft de minister van VWS aan dat "...het bestuur de (medische) professional moet kunnen aanspreken op de kwaliteit en veiligheid van de geleverde zorg.(...) In het verlengde hiervan is de medisch professional aan het bestuur verantwoording schuldig over door hem geleverde zorg. (...) Zo moet het bestuur een opdracht kunnen geven aan iedere zorgprofessional die binnen zijn muren werkzaam is inzake de wijze waarop en de condities waaronder de zorg wordt verleend of hoe hierover verantwoording wordt afgelegd." De bestuurder heeft hierdoor meer mogelijkheden om daadwerkelijk op de resultaten te sturen, waar hij uiteindelijk op wordt afgerekend.

Verminderen van collectivisering

Specialisten hebben in hun praktijk/maatschap geïnvesteerd. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn door middel van goodwill-betalingen waarmee zij zich in de maatschap hebben ingekocht of door gemeenschappelijke investeringen in apparatuur. Als het ziekenhuis het toelatingscontract met medisch specialisten eenzijdig opzegt, lijdt een maatschap wegens verlies van goodwill aanmerkelijke schade; dit naast het feit dat bij opzegging van het toelatingscontract de inkomsten van de medisch specialist zouden wegvallen. De specialist zou bij het ziekenhuis dan ook een schadevergoeding kunnen claimen. Wanneer deze schadevergoeding zou inhouden dat het verlies aan goodwill volledig moet worden vergoed,

dan kan de omvang daarvan op grond van de normen van de Orde van Medisch Specialisten) oplopen tot één jaarsalaris per specialist.

Overname van een praktijk door het ziekenhuis kan voordelig zijn, omdat het ziekenhuis op de middellange en lange termijn in staat is om te profiteren van hogere opbrengsten uit de DBC's die in loondienst worden verricht. Randvoorwaarden hiervoor zijn dat: (1) de bekostiging van de zorg verder moet worden geliberaliseerd; (2) het huidige onderscheid tussen bekostiging op basis van het medisch uurloon en de lumpsumbedragen in de budgetten voor loonkosten komt te vervallen; en (3) er sprake is van voldoende aanbod van medisch personeel. Wat in het voordeel van het ziekenhuis werkt is de stijging van het aantal vrouwen in de hoeveelheid nieuwe medisch specialisten. Deze zijn over het algemeen meer bereid om in loondienst te werken. Nadelig is echter dat ook parttime werken tot de behoeftes hoort wat weer tot hogere kosten leidt.

Een ander mogelijk nadeel is dat door het hebben van artsen in loondienst de productiviteit kan verminderen.

De financiering van de goodwill is deels moeilijk binnen de huidige budgettering mogelijk. Ziekenhuizen die een praktijk overnemen, kunnen de overnamekosten via de budgettering tot een maximum bedrag van € 68.067 vergoed krijgen. Zij moeten de overnamesom activeren en kunnen het bedrag met 10% per jaar in de aanvaardbare kosten afschrijven⁵². Dit vormt echter een onvoldoende prikkel voor ziekenhuizen om van deze mogelijkheid gebruik te maken, omdat de betalingen vaak veel hoger liggen.

Box 2: Goodwill regeling voor huisartsen in 1987

Als de overheid het uitkopen van maatschappen in één keer mogelijk zou willen maken, dan is daarvoor de oprichting van een goodwill fonds een mogelijkheid. In de jaren tachtig heeft de overheid besloten om huisartsen niet langer goodwill te laten betalen. Tot 1987 gold goodwill als pensioen voor de vertrekkende huisarts. Met de komst van het pensioenfonds voor huisartsen is de noodzaak voor het vragen van goodwill echter komen te vervallen. Door middel van een convenant tussen minister en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) is toen bepaald dat de huisarts geen recht meer had om bij de overdracht van zijn praktijk goodwill te vragen, en dit is vastgelegd in de toenmalige Ziekenfondswet. Huisartsen die vóór die tijd goodwill hadden betaald, konden voor financiële compensatie aanspraak maken op het Goodwillfonds dat in 1987 werd opgericht. Financiering van dit fonds vond plaats door de tarieven te verlagen, iets waar de huisartsen destijds mee akkoord gingen. De zorgverzekeraars besparen door de tariefsverlaging circa 70 miljoen euro per jaar en hebben dit bedrag overgemaakt naar het Goodwillfonds. Sinds 1987 liet een deel van de huisartsen overigens toch nog goodwill betalen.

De inrichting van een Goodwillfonds zoals dat heeft plaatsgevonden voor de huisartsen lijkt voor de vrijgevestigde medisch specialisten in ziekenhuizen geen adequaat model. Ten eerste is niet te verwachten dat medisch specialisten ermee akkoord gaan om het onderbouwde uurtarief te verlagen om het fonds te vullen. Ten tweede houdt een dergelijke constructie in dat de afzonderlijke honorarieregeling op de lange termijn blijft bestaan, zodat verzekeraars geld overhouden om het fonds te financieren. Deze honoraria zouden onderdeel moeten uitmaken van de

⁵² NZa: Beleidsregel medisch specialisten in dienstverband (Nr. I-492).

DBC-prijs. In dit kader ligt het voor de hand dat ziekenhuizen de goodwill betalen en de kosten hiervoor in de onderhandelingen met de specialisten (intern) en de verzekeraars (extern) proberen terug te verdienen. Maar ook hier geldt dat de schaarste aan medisch specialisten de onderhandelingspositie van het ziekenhuis bemoeilijkt. Een ruim aanbod aan medisch specialisten vormt een mogelijke voorwaarde voor bestuurders van ziekenhuizen om maatschappen uit te kopen. Dit betekent niet dat ziekenhuizen voor een dergelijke constructie *moeten* kiezen. Zij dienen echter wel in staat te zijn om een dergelijke strategische keuze voor het wel of niet uitkopen van maatschappen te maken. Het moet ziekenhuizen dan ook mogelijk worden gemaakt om maatschappen uit te kopen. Een vergoeding via de budgettering lijkt geen geschikt toekomstmodel om de risico's van de bestuurders weg te nemen. Afschaffing van de budgettering leidt er eveneens toe om een dergelijke constructie te vermijden. Bestuurders moeten wel in staat worden gesteld om voor het uitkopen van een maatschap een (langlopende) lening van een bank te krijgen. Dit is nu nog lastig. De overheid zou de ziekenhuizen in dit verband met garanties steun kunnen bieden.

Integrale tarieven inclusief kosten medisch specialist

Tussen ziekenhuis en vrijgevestigde medisch specialisten bestaat *geen hiërarchische relatie*. Specialistinkomsten worden sinds 2008 betaald op basis van de DBC-productie. De totale honorariumomzet van een specialist (honorariumbedragen * het aantal gerealiseerde DBC's) brengt het ziekenhuis bij de verzekeraars via één nota in rekening, waarop ook de overige DBC-kosten staan vermeld.

De parameters om de honorariumvergoeding in de DBC-prijs van de medisch specialisten te berekenen zijn landelijk vastgesteld door de NZa en bestaan onder andere uit de normtijden per DBC vermenigvuldigd met het onderbouwde uurtarief, de rondrekening van de normtijden en mogelijke ondersteunerscompensatie.

Het ziekenhuis kan bij de daadwerkelijke honorering van een medisch specialist op het honorariumbedrag een bandbreedte toepassen. Dit geldt voor zowel het A- als het B-segment. Binnen die bandbreedte (€ 139 +/- € 6 anno 2009) kunnen specialisten en bestuurders van een ziekenhuis onderhandelen. In de praktijk vervult het ziekenhuis bij de betaling van medisch specialisten voor een groot deel alleen een transferfunctie. Behalve bij de range van het spiltarief is het honorarium van medisch specialisten geen kostenpost die het ziekenhuis als strategisch instrumentarium kan gebruiken. Gezien de sterke positie van de specialisten hebben ziekenhuisbestuurders uiteindelijk alleen maar last van de huidige regeling, omdat zij in het slechtste geval de medisch specialisten meer moeten betalen om boven het gemiddelde bandbreedtetarief uit te komen wat zij van de zorgverzekeraars ontvangen⁵³.

De afzonderlijke financiering van de honoraria van medisch specialisten binnen de DBC past niet bij integrale DBC-bekostiging. Ziekenhuizen zouden in staat moeten zijn om één prijs voor een totaalproduct te bepalen en hierover te onderhandelen met de zorgverzekeraar. Personeelskosten moeten hier een regulier onderdeel van uitmaken. Op dit moment is het prijsdeel voor medisch specialisten verregaand vastgelegd en gelijk in heel Nederland, waardoor het voor ziekenhuizen onmogelijk is, om deze variabele te veranderen en daarmee eventueel een voordeel te behalen ten opzichte van concurrenten.

⁵³ Er zijn nog geen cijfers bekend in hoeverre de bandbreedte gebruikt wordt door medisch specialisten en ziekenhuizen.

Voor de bestuurders van ziekenhuizen bestaat nu *geen prijsprikkel* en ook geen echte mogelijkheid om de prijzen voor de vrijgevestigde medisch specialisten te drukken. Vanwege het tekort aan aanbod aan specialisten geldt hetzelfde voor specialisten in loondienst. Daar zou in beperkte mate sprake kunnen zijn van een prijsprikkel binnen de schalen van de CAO, maar de afhankelijkheid van ziekenhuizen ten opzichte van de specialist neemt voor het bestuur alle onderhandelingsmacht weg. Dit is in het kader van gereguleerde marktwerking niet wenselijk, omdat starre regulering efficiëntieprikkels tegen houdt.

Een ander probleem is het feit dat de CAO van medisch specialisten in loondienst gekoppeld is aan de honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten. De intreeschalen voor medisch specialisten liggen vast en de aanloopschalen kennen slechts weinig stappen, wat tot hoge salarissen leidt. Het is mogelijk om de loonschalen aan te passen. Ook kan de CAO worden losgekoppeld van de honoraria bij vrije vestiging. Verder is het denkbaar om loonsverhogingen binnen de schalen te koppelen aan functioneringsgesprekken, om op die manier specialisten die goed presteren een hoger inkomen te geven. Een dergelijk systeem is in andere sectoren standaard.

De regulering in zijn huidige vorm is daarenboven foutgevoelig en de honorariumtarieven blijken in de praktijk moeilijk te onderhouden. Het is vanuit economisch oogpunt van belang dat de honoraria van medisch specialisten integraal in de DBC-prijs ondergebracht worden. Dit verhelpt het normaliseren van de verhoudingen tussen de raden van bestuur en de medisch specialisten. De aparte regulering van de honoraria zou moeten vervallen. Dit is echter alleen op de lange termijn mogelijk omdat de arbeidsmarkt voor medisch specialisten allereerst voldoende competitief moet zijn. Op de lange termijn zou concurrentie tussen medisch specialisten moeten leiden tot dalende prijzen in tegenstelling tot een prijsexplosie op het moment dat het uurtarief wordt losgelaten. Op de korte termijn moet de huidige deelregulering middels honorariumbedragen gecontinueerd worden omdat de arbeidsmarkt voor medisch specialisten nog niet voldoende competitief is. Dit onderwerp komt in een ander NZa-advies terug⁵⁴.

Duidelijke keuzes bij contracten voor medisch specialisten

De huidige contractvorm bij vrijgevestigde medisch specialisten is in de praktijk een mengvorm van een ondernemerscontract en een loondienstcontract. Het is een ondernemerscontract omdat medisch specialisten als vrijgevestigde ondernemers voor het ziekenhuis werken en niet in een hiërarchische verhouding tot het ziekenhuis staan. Tegelijkertijd lijkt de huidige contractvorm op een loondienstcontract, omdat:

- vrijgevestigde medisch specialisten niet zomaar tegelijkertijd voor een ander ziekenhuis kunnen werken;
- vrijgevestigde medisch specialisten in sommige gevallen niet betalen voor de infrastructuur waar zij werken of eigenaar zijn van de activa. Meestal draagt het ziekenhuis de kosten van ondersteunend personeel, apparatuur en gebouw volledig;
- vrijgevestigde medisch specialisten niet de volledige risico's lopen van een vrije ondernemer. Zoals bij het tweede punt is opgemerkt, draagt het ziekenhuis de kosten;
- vrijgevestigde medisch specialisten geen 'acquisitie' hoeven te doen. Deze taak ligt bij het ziekenhuis.

⁵⁴ NZa, 2009b. Uitvoeringstoets; Prestatiebesteding binnen de medisch specialistische zorg. Utrecht.

Eén van de doelen van de introductie van het DBC-systeem is dat integrale producten en tarieven alle kosten dekken. Toch is de honorering van de vrijgevestigde medisch specialisten als een afzonderlijke honorariumcomponent in de DBC opgenomen.

Een dergelijke gemengde contractvorm leidt tot inefficiëntie. Holstrom et al. (1994) geven in hun onderzoek over prikkelstructuren bij bedrijven aan dat loondienst en vrije vestiging verschillende doelen dienen. Een mengvorm van loondienst en vrije ondernemerschap beschouwen zij als onwenselijk. Loondienst houdt in dat het bedrijf waarvoor iemand werkt directe invloed op hem kan uitoefenen. Er is met andere woorden sprake van een hiërarchische relatie. Tegelijkertijd neemt het bedrijf de risico's van een persoon in loondienst over. Over het algemeen is de betrokkenheid van mensen in loondienst bij de werkgever groter. Echter, de overhead kosten zijn vanwege de administratie hoger dan bij het aannemen van vrije ondernemers vestiging en de arbeidsproductiviteit en innovatiekracht is vaak lager.

Vrije ondernemerschap kenmerkt zich door het ontbreken van een hiërarchische relatie met een andere partij, maar ook door meer risico's voor de ondernemer zelf. De betrokkenheid van de persoon in kwestie is minder sterk, maar de arbeidsproductiviteit ligt hoger, omdat een hogere productie tot meer inkomsten leidt. Vrije ondernemers hebben als voordeel dat zij flexibel inzetbaar zijn, vaak arbeidsproductiever zijn maar wel duurder dan werknemers in loondienst (Holstrom et al. 1994). Een combinatie van beide situaties, waarbij de ondernemersrisico's bij de vrijgevestigde medisch specialisten worden weggehaald, ondermijnt de prikkels die van loondienst respectievelijk vrije vestiging uitgaan. Het is daarom noodzakelijk dat er een duidelijke keuze gemaakt wordt voor één van de twee contractmodellen (Holstrom et al. 1994).

Het reguleren van de honorariumcomponent voor vrijgevestigde medisch specialisten heeft zoals eerder aangegeven de volgende redenen. Ten eerste bestaat de angst dat aanbodgeïnduceerde vraag optreedt. Hoofdstuk 3.2.1 geeft echter aan dat de kans hiervoor klein is. Ten tweede wordt verondersteld, dat het aantal medisch specialisten schaars is waardoor zij hoge vergoedingen zouden kunnen uitonderhandelen.

Vanuit economisch oogpunt is het de vraag in hoeverre het loslaten van de afzonderlijke honorariumregulering voor medisch specialisten bij beperkte competitiviteit aan de markt van medisch specialisten toch positieve effecten kan hebben. De huidige honorariumregulering kent efficiëntieprikkels voor zowel de medisch specialisten als de ziekenhuizen, maar deze worden niet doorgevoerd naar de premiebetaler. De juiste prikkels en een balans in de onderhandelingspositie tussen medisch specialisten en het bestuur van een ziekenhuis noodzakelijk om de kosten van medisch specialisten te verlagen. Het gevolg van de huidige situatie is dat de contracten inefficiëntie oproepen, waarvoor uiteindelijk de consument moet betalen.

Eenduidige loondienstcontracten óf vrije ondernemerscontracten kunnen efficiëntiewinst opleveren, waardoor het mogelijk is kosten voor de consument te besparen.

Meer duidelijke verschillen in de contractmodellen maken het voor ziekenhuizen aantrekkelijker om voor een bepaald honoreringsmodel te kiezen. Als de werking van de honorariumregeling niet noodzakelijk is, zijn er twee opties voor de manier waarop ziekenhuizen, verzekeraars en medisch specialisten in de toekomst tot andere contracten kunnen komen:

- De eerste optie is dat ziekenhuizen bij verzekeraars daadwerkelijk één DBC-prijs in rekening brengen, inclusief alle kosten. Het ziekenhuis en de vrijgevestigde medisch specialisten onderhandelen vervolgens over de honorering van de specialist. Daardoor kunnen ziekenhuizen de kosten voor het gebruik van de faciliteiten in de honorering betrekken. Hier geldt dat specialisten ten opzichte van het ziekenhuis geen machtspositie mogen hebben.
- Een tweede optie is dat medisch specialisten zelf volledig verantwoordelijk zijn voor de onderneming. Dit is bijvoorbeeld het geval in een zelfstandig behandelcentrum. Alle diensten die met de medische handeling samenhangen, zouden de vrijgevestigde medisch specialist kunnen faciliteren.

Aan vrije vestiging zijn een aantal fiscale voordelen gekoppeld. Zo hebben de vrijgevestigde medisch specialisten vrijstelling van de BTW en zijn de praktijkkosten aftrekbaar. Er is in het verleden enige discussie geweest over de vraag wanneer de medisch specialist onder het fiscaal ondernemerschap valt en van deze voordelen gebruik kan maken. Voor het fiscaal ondernemerschap is het standpunt van het Ministerie van Financiën en van de belastingdienst dat medisch specialisten, die een overeenkomst met het ziekenhuis sluiten die overeenkomt met de MTO en het DMS, en die ook daadwerkelijk hiernaar handelen, in fiscale zin als ondernemer kunnen worden aangemerkt.

6.4.2 NZa

Hybride bekostigingsvormen binnen een specialisme

Op dit moment is het op grond van de NZa-beleidsregel 'Medisch specialisten in dienstverband' in de budgettering niet mogelijk om als ziekenhuis een vergoeding te ontvangen als er binnen een specialisme sprake is van gedeeltelijk loondienstverband en gedeeltelijk vrijgevestigde medisch specialisten⁵⁵. Een dergelijke situatie is niet wenselijk als bestuurders ervoor kiezen om op middellange termijn de contractuele relatie met de medisch specialisten te veranderen. Een hybride situatie, waarbij dus vrijgevestigde en loondienstspecialisten naast elkaar bestaan, zou het voor bestuurders aantrekkelijker maken om de kosten van goodwill-betalingen in de tijd te verdelen; niet alle specialisten uit een maatschap zouden immers tegelijkertijd uit het ziekenhuis stappen. Hierbij moet ook rekening worden gehouden met een eventueel overgangsregime naar prestatiebekostiging⁵⁶.

6.4.3 Branchepartijen

MTO aan herziening toe

In zowel het DMS als de AMS en de MTO-, zijn bepalingen opgenomen op grond waarvan de raad van bestuur van een ziekenhuis de individuele medisch specialisten kan aanspreken op hun functioneren en daaraan ook consequenties kan verbinden. De drie documenten bevatten echter nagenoeg geen bepalingen die voorzien in het afleggen van verantwoording door medisch specialisten aan de raad van bestuur over de kwaliteit van geleverde zorg (RVZ, 2009). De MTO zou hier voor meer duidelijkheid kunnen zorgen. De bestaande verantwoordingssystemen binnen ziekenhuizen, zoals de visitatiesystemen van de wetenschappelijke verenigingen, zijn gebaseerd op vrijwilligheid. Deze visitatiesystemen zijn bovendien gericht op kwaliteitscontrole binnen de

⁵⁵ NZa: Beleidsregel medisch specialisten in dienstverband (Nr. I-492).

⁵⁶ NZa (2009). Consultatiedocument: Prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg.

beroepsgroep. Dit betekent dat een ziekenhuisbestuur over de uitkomsten van de visitaties geïnformeerd wordt.

In de huidige situatie zijn aanpassingen voor ziekenhuizen lastig, omdat zij en de vrijgevestigde medisch specialisten een MTO voor onbepaalde tijd hebben afgesproken. Door een verandering in de wetgeving bestaat nu echter de kans om ook de MTO te wijzigen. De MTO voldoet namelijk niet langer aan de criteria die de aankomende WCZ gaat stellen. Verandering is vooral noodzakelijk op het punt van het afleggen van verantwoording. De aankomende WCZ schrijft voor dat medisch specialisten verantwoording moeten afleggen aan de raad van bestuur. De MTO, en daarmee de brancheorganisaties van de veldpartijen, zou hier nadere invulling aan moeten geven.

6.5 Initiatieven voor een andere relatie tussen bestuurders en medisch specialisten

Uit de door de NZa gevoerde interviews komt naar voren dat een paar ziekenhuizen erin het verleden in geslaagd zijn om de aansturing van het ziekenhuisbedrijf te verbeteren door aanpassing van de relatie tussen het bestuur en de medisch specialisten.

Onze Lieve Vrouwe Gasthuis

Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) bijvoorbeeld heeft de maatschappen uitgekocht en alle medisch specialisten in loondienst genomen. Tegelijkertijd is ervoor gekozen om de afzonderlijke specialismen resultaatverantwoordelijk te maken. Goede resultaten kunnen aan het einde van het jaar leiden tot een bonus op het salaris. In het OLVG hebben de medisch specialisten zowel de verantwoordelijkheid voor de betaling van het ondersteunende personeel als voor de aanschaf van nieuwe technologie. Op deze manier worden de specialisten geprikkeld om het werk efficiënt in te richten. De kosten voor het OLVG waren hoog, maar die kunnen deels via de budgettering en deels via de inkomsten van het ziekenhuis worden terugverdiend. Dat laatst is echter een lastig punt, omdat krapte aan personeel nog steeds tot hoge salarissen dwingt.

Sint Maartenskliniek

Ook de Sint Maartenskliniek is van vrije vestiging van specialisten overgestapt op loondienst. De medisch specialisten ervaren de loondienstsituatie hier, net als in het OLVG, als prettig omdat zij onder andere het opleiden van artsen tot medisch specialist binnen hun reguliere salaris vergoed krijgen. Daarnaast zien de medisch specialisten als voordeel van de loondienstconstructie dat zij minder administratieve lasten hebben.

IC-netwerk in Den Haag

Naast de optie om medisch specialisten in loondienst te nemen, zijn er ook ziekenhuizen die gezamenlijk met de maatschappen van specialismen coöperaties hebben gevormd om de zorg efficiënter in te richten. Bestuurders en medisch specialisten hebben hier een gezamenlijke rol en streven gemeenschappelijke doelen na. Een voorbeeld hiervan is het initiatief van het Bronovo Ziekenhuis, het Groene Hart Ziekenhuis, het Lange Land Ziekenhuis en het Medisch Centrum Haaglanden om een IC-netwerk op te zetten. De bestuurders en de medisch specialisten kunnen door middel van zulke coöperaties hun marktpositie versterken door de kosten op de lange termijn te verlagen en de kwaliteit van de zorg te verhogen. Bij het opzetten van zulke netwerken is nauwe samenwerking tussen de medisch specialisten en de

bestuurders van de ziekenhuizen cruciaal. Dergelijke vormen van samenwerking bevorderen het klimaat tussen de twee partijen.

Buitenland

Ook in het buitenland kunnen initiatieven worden benoemd, die in de Nederlandse situatie mogelijk tot een nieuwe verhouding in het ziekenhuis kunnen leiden. Box 3 geeft hiervan een voorbeeld.

Box 3. Prestatieafhankelijke beloning in ziekenhuizen: ervaringen uit het buitenland

In Europa gebruikt een aantal klinieketens, zoals Rhön, Helios en Capiro, een model van prestatiecontracten. Deze klinieketens kennen bovendien een winstuitkering. De private, profijt georiënteerde ziekenhuisketens hanteren voor de salarisbepaling CAO-regels, maar stemmen deze af op de situatie van het individuele ziekenhuis. Daardoor ontstaan contracten op maat.

Verantwoording afleggen

Kwaliteitsmeting

Helios Klinieken heeft een intern kwaliteitsmanagementsysteem dat zowel de afdelingen zelf als de bestuurders informatie geeft om de kwaliteit van zorg te borgen. Ieder ziekenhuis van de keten doet mee aan de prestatiegeoriënteerde kwaliteitsmeting. Doel van het ziekenhuis is om de uitkomsten van de meest voorkomende behandelingen te meten. Helios klinieken publiceert deze data zelfs, wat ertoe leidt dat de ziekenhuizen die tot de keten behoren proberen om nog betere resultaten te behalen. Intern gebruikt het kwaliteitsmanagementsysteem ongeveer 900 kerncijfers; daarmee worden regelmatig de prestaties gemeten. De kengetallen zijn geanonimiseerd en afkomstig van data die worden gebruikt bij de afrekening met de verzekeraar. Van de 900 kerncijfers maken de ziekenhuizen binnen de keten 30 cijfers openbaar. Het gaat daarbij voornamelijk om behandelingen en aandoeningen die voor patiënten goed te begrijpen zijn.

De resultaten van de metingen zijn voor het management in real time op te roepen en zij krijgen maandelijks berichten over de kwaliteit.

Financiering

Medisch specialisten ontvangen een vast salaris. Dit is in een CAO vastgesteld en tussen de ziekenhuisketen en de branchevertegenwoordiging van het medisch personeel afgesproken. De CAO kan per ziekenhuis binnen de keten verschillen, afhankelijk van de omstandigheden waarin zich het ziekenhuis bevindt. De CAO's zijn echter voor 90% voor alle instellingen hetzelfde⁵⁷. Daarnaast kan het personeel (ook uit de verpleging) een toeslag ontvangen. Die toeslag wordt afdelingsgewijs vastgesteld door een benchmark te doen met dezelfde afdeling in andere ziekenhuizen van de keten. De toeslagen zijn afhankelijk van het totale bedrijfsresultaat en van het resultaat van de afdeling. Dit voorkomt dat een specialisme wordt afgestraft op het moment dat een ander specialisme niet aan de verwachtingen voldoet. Meting van de prestaties vindt plaats op basis van output (DRG's) en de kwaliteit die een afdeling levert. Voor de kwaliteitstoets zijn de parameters die eerder genoemd zijn leidend.

Werkomstandigheden

Helios Klinieken maakt met zijn medisch specialisten duidelijke afspraken over de werkomstandigheden. Goede secundaire arbeidsvoorwaarden maken Helios aantrekkelijk voor medisch specialisten. De flexibiliteit die

⁵⁷ www.helios-klinieken.de.

Helios Klinieken biedt, heeft een positief effect op de motivatie en de betrokkenheid van het personeel. De keuzemogelijkheden van secundaire arbeidsvoorwaarden zijn organisatiebreed vastgesteld en daardoor voor iedere medisch specialist toegankelijk. Specialisten kunnen een aanvraag doen voor deeltijdwerken. Helios Klinieken stimuleert parttime werken als medisch specialisten jonge kinderen hebben.

De secundaire arbeidsvoorwaarden houden verder rekening met opleidingen en cursussen. Voor iedere medisch specialist is een deel van zijn werktijd vrijgemaakt om bij te scholen. Helios Klinieken maakt hiervoor zelfs gebruik van een eigen academie. Dat heeft weer positieve effecten op de kwaliteit van de zorg die de ziekenhuisketen levert.

Externe effecten

Onderzoek heeft aangetoond dat de strategie van private ziekenhuisketens in Duitsland sterke externe effecten heeft. Omliggende publieke ziekenhuizen voelen de concurrentiedruk van de ziekenhuisketens die bij de bevolking bekend staan om hun goede kwaliteit, bejegening en korte wachttijden. Het gevolg is dat ook publieke ziekenhuizen in de omgeving van een privé ziekenhuisketen op de genoemde factoren beter scoren⁵⁸.

6.6 Conclusie

De bestaande verhouding tussen medisch specialisten en raden van bestuur van ziekenhuizen kan de sturingsmogelijkheden van het bestuur beperken. Dit komt doordat:

- In de huidige situatie hebben medisch specialisten – veelal verenigd in een sterk maatschapcollectief of vakgroepcollectief – in de contractuele onderhandelingen met de raad van bestuur een sterke positie, die hen in staat stelt om beslissingen die in het belang van het ziekenhuis zijn maar niet in het belang van de medisch specialist te belemmeren;
- Medisch specialisten beïnvloeden vaak de koers van een afdeling van een ziekenhuis zonder dat het ziekenhuisbestuur sturend kan optreden. De bestuurders hebben hier wel wettelijke gronden voor (DMS) maar door verschillende ontwikkelingen in de geschiedenis ligt de beslissingsbevoegdheid bij de medisch specialisten.

De gebrekkige sturingsmogelijkheden van het ziekenhuisbestuur kunnen negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg die het ziekenhuis als geïntegreerd medisch bedrijf aanbiedt.

In de relatie tussen bestuur en medisch specialist zijn verschillende maatregelen mogelijk om de sturingsmogelijkheden van ziekenhuisbesturen te verbeteren:

- De medisch specialist verplichten verantwoording af te leggen.
- De invoering van de WCZ zorgt ervoor dat de medisch specialist wordt verplicht verantwoording af te leggen aan het bestuur over de kwaliteit die zij leveren. De branchepartijen moeten als gevolg hiervan de MTO-regelingen aanpassen zodat aan de nieuwe verplichtingen wordt voldaan. Hierdoor is het voor het bestuur van een ziekenhuis mogelijk om te sturen op de resultaten.
- De collectivisering van medisch specialisten verminderen door maatschappen uit te kopen. De medisch specialisten werken

⁵⁸ Krankenhausreport 2006 – Schwerpunkt: Krankenhausmarkt im Umbruch.
http://wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_krankenhaus/wido_kra_khr06abstracts_1106.pdf.

- vervolgens in loondienst. Hiervoor moeten echter wel maatregelen worden genomen om ziekenhuizen in staat te laten zijn om bijvoorbeeld langlopende leningen te kunnen krijgen voor dit doel.
- De honoraria van medisch specialisten integraal in de DBC-prijs onderbrengen. Ziekenhuizen zijn dan in staat om één prijs voor een totaalproduct te bepalen en hierover te onderhandelen met de zorgverzekeraar. De personeelskosten zijn hier een regulier onderdeel van.
 - De contractvormen laten aansluiten bij de rol van de medisch specialist: vrijgevestigd of in loondienst. Er is meer ruimte voor efficiëntie wanneer een vrijgevestigde specialist een contract met het ziekenhuis heeft dat niet de kenmerken heeft van een loondienstcontract zoals het gebrek aan ondernemersrisico, geen kosten voor gebruik van de infrastructuur en/of vaste activa.
 - Het creëren van een hybride situatie, waarbij vrijgevestigde en loondienstspecialisten naast elkaar bestaan, waardoor het voor bestuurders mogelijk is om de kosten van eventuele goodwillbetalingen in de tijd te verdelen; niet alle specialisten uit een maatschap zouden immers tegelijkertijd uit de maatschap stappen.
 - Er zijn al verschillende initiatieven opgezet om veranderingen aan te brengen in de verhouding raad van bestuur-medisch specialist. Deze initiatieven betreffen het:
 - uitkopen van maatschappen om zo alle medisch specialisten in loondienst te nemen;
 - vormen van coöperaties door maatschappen en ziekenhuizen om de zorg efficiënter in te richten.

Consultatievraag 19:

Vindt u het noodzakelijk dat de verhouding in het ziekenhuis moet veranderen ten opzichte van de huidige situatie? Zo ja, waarom en in welke richting? Zo nee, wat is de reden om de huidige situatie te handhaven?

Consultatievraag 20:

Is de analyse van de voorwaarden om bestuurders meer flexibiliteit te geven bij de keuze van de rechtspositie van de medisch specialist binnen het ziekenhuis compleet?

Consultatievraag 21:

Kunt u in de maatregelen die genomen moeten worden een prioritering aanbrenge?

Consultatievraag 22:

Vindt u dat het loslaten van de honorariumcomponent op de lange termijn de verhoudingen tussen de RvB en de medisch specialisten normaliseert? Zo ja, waarom en in welke richting? Zo nee, wat is de reden om de huidige situatie van deelregulering te handhaven?

Consultatievraag 23:

Kan toepassing van de in paragraaf 6.5 genoemde initiatieven naar uw inzicht bijdragen aan de verbetering van de aansturing van (andere) ziekenhuizen in Nederland? Licht uw antwoord toe.

7. Consultatievragen

Onderstaand is een overzicht van de consultatievragen opgenomen. De vragen zijn ook opgenomen bij de relevante onderdelen van de tekst. De hier aangehouden volgorde heeft geen betrekking op het relatieve belang van de vragen.

Wij willen u vragen onderstaande vragen zo uitgebreid mogelijk te beantwoorden en waar mogelijk te onderbouwen met cijfermateriaal.

Hoofdstuk 2:

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?

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?

Consultatievraag 4:

Deelt u de visie op de gevolgen van de schaarste aan specialisten voor de toegankelijkheid, kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg?

Hoofdstuk 3:

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?

Hoofdstuk 4:

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?

Hoofdstuk 5:

Consultatievraag 11:

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

Consultatievraag 12:

Acht u het wenselijk in dit verband de mogelijkheden voor internationale samenwerking te verruimen door outsourcing van bepaalde diensten?

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?

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?

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?

Hoofdstuk 6:

Consultatievraag 19:

Vindt u het noodzakelijk dat de verhouding in het ziekenhuis moet veranderen ten opzichte van de huidige situatie? Zo ja, waarom en in welke richting? Zo nee, wat is de reden om de huidige situatie te handhaven?

Consultatievraag 20:

Is de analyse van de voorwaarden om bestuurders meer flexibiliteit te geven bij de keuze van de rechtspositie van de medisch specialist binnen het ziekenhuis compleet?

Consultatievraag 21:

Kunt u in de maatregelen die genomen moeten worden een prioritering aanbrengen?

Consultatievraag 22:

Vindt u dat het loslaten van de honorariumcomponent op de lange termijn de verhoudingen tussen de RvB en de medisch specialisten normaliseert? Zo ja, waarom en in welke richting? Zo nee, wat is de reden om de huidige situatie van deelregulering te handhaven?

Consultatievraag 23:

Kan toepassing van de in paragraaf 6.5 genoemde initiatieven naar uw inzicht bijdragen aan de verbetering van de aansturing van (andere) ziekenhuizen in Nederland? Licht uw antwoord toe.

Geraadpleegde literatuur

Arbeidsinspectie (2009). Projectverslag; inspectieproject arts-assistenten 2007/2008; A 845. Arbeidsinspectie, Den Haag.

Berende, E., Dehn, M., Katona, K. Mosca, I. (2009). *Regulation of the postgraduate medical education*. Nederlandse Zorgautoriteit, Utrecht; Tilec, Tilburg.

Berenschot (2008). Kostprijsonderzoek Opleidingsfonds; Eindrapportage. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Birch, S. (1988). The identification of supplier-induced demand in a fixed price system of health care provision. *Journal of Health Economics*. (1988), 129-150.

Briët, J.W. (2006). Niet langer behoren de universitaire medische centra het primaat te hebben bij de opleiding van specialisten. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde*. 150(26); 1471-1471.

Capaciteitsorgaan (2005). *Capaciteitsplan 2005 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgopleidingen; Advies 2005 over de initiële opleiding geneeskunde. Beide vanaf 2006*. Utrecht.

Capaciteitsorgaan (2008). *Capaciteitsplan en advies 2008 vervolgopleidingen*. Utrecht.

CBOG (2007). Scenario-ontwikkeling voor de inzet van nieuwe professionals in een intramuraal zorgtraject met het oog op substituties en kosteneffecten.

CBOG (2008a). Afwegingskader Toewijzing 2009 1e tranche zorgopleidingen Opleidingsfonds, 15 mei 2008.

CBOG (2008b). Concept toewijzingsvoorstel instroom 2009 1^e tranche op basis advies OOR's/BOLS. Brief van 21 juli 2008. Kenmerk: I080142EvdV/OT.

CBOG (2009). Definitief afwegingskader Toewijzingsvoorstel 2010 1e tranche zorgopleidingen Opleidingsfonds, 4 juni 2009

Centrum Klantenervaring Zorg. (2008). Onderzoekersforum CQ-index 15 januari 2008. www.centrumklantenervaringzorg.nl/fileadmin/site/ckz/procedures/Onderzoekersforum_CQ-index_2008-01-15.pdf.

CTG/Zaio (2004). *Consultatiedocument ziekenhuiszorg; analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment*. Utrecht.

CVZ (2009a). Zorgcijfers; medisch specialistische zorg 2006-2007. Op 19 juli 2009 gehaald van www.cvz.nl/zorgcijfersdata/tabelPagina.asp?label=00-totaal&tabel=jjaar&geg=kost&item=206.

CVZ (2009b). Zorgstandaarden, ketenzorg voor chronische aandoeningen en de te verzekeren prestaties Zvw. drs. C.G. Mastenbroek en mw. F.M. van der Meer, 21 september 2009, Diemen.

D66. (2006). Jaarverslag 2004 / 2005. http://archieff.d66.nl/page/downloads/C82_jrvrslg0405TK.pdf.

Dehn, M., Day, G.E. (2007) Managing in an Increasingly Complex Health Care Environment: Perceptions of Queensland hospital managers. *Asia-Pacific Journal of Health Management*, 2(3), 30-36.

Dranove, D. (2003) *The economic evolution of American healthcare*. Princeton: Princeton University Press.

Dubois, C.A., M. McKee, and E. Nolte (2006). *Human resources for health In Europe*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, World Health Organisation. New York.

Ecri (2006). *Naar een meer transparante opleidingsmarkt; Marktprikkels in het opleidingsfonds*. Varkevisser, M., Geest, van der, S., Maasland, E., Schut, E. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Rotterdam.

Ecri (2009). Mededingings-vraagstukken bij de medisch specialistische vervolgoopleidingen in Nederland: huidige knelpunten en mogelijke oplossingsrichtingen. Varkevisser, M., Geest, van der, S., Schut, E. In opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Rotterdam

Ehrhard, J. (2006). Buitenlandse artsen verlaten Nederland. http://www.monitor.nl/ziek.html?http://www.monitor.nl/s_3215_al.htm.

EMGO Instituut/VUmc en NIVEL, Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (2007). Onbedoelde schade in Nederlandse ziekenhuizen. Dossieronderzoek van ziekenhuisopnames in 2004. Utrecht.

Ezekiel, M. (1938). The cobweb theorem. *Quarterly Journal of Economics*, 52(2), 255-280.

Folmer, K., Westerhout, E. (2002). Financing medical specialist services in the Netherlands: Welfare implications of imperfect agency. *CPB Discussion Paper No.6*.

Fujisawa, R., Lafortune, G. (2008). The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries? *OECD Health Working Papers No.41*. OECD.

Holstrom, G., Milgrom, P. (1994). The Firm as an Incentive System. *The American Economic Review*. 84 (4), pp.972-991.

Jacobs, P., Rapoport, J. (2003). *The economics of health and medical care; fifth edition*. University of Alberta, Alberta, Canada, Mount Holyoke University, Massachusetts.

Jaspers, F. C.A. (2006). De universitaire medische centra hebben het primaat bij de opleiding van specialisten. *Nederlands Tijdschrift Geneeskunde* 2006. 150(26); 1470.

KNMG (2008). Regeling specialismen en profielen geneeskunst. <http://knmg.artsennet.nl/opleidingenregistratie.htm>.

Kwaliteitswet zorginstelling (2009). <http://wetten.overheid.nl/BWBR>

0007850/geldigheidsdatum_28-09-2009.

TNS NIPO. (2008). *De regulering van medisch specialisten; Discussies met specialisten, bestuurders en zorgverzekeraars*. In opdracht van de Nederlandse Zorgautoriteit. www.nza.nl/71113/101118/44855/Rapport_TNS_NIPO_medisch_sp1.pdf

Levy, F., Yu, K-H. (2006). *Offshoring Radiology Services to India*. (Massachusetts Institute of Technology Industrial Performance Center, Working Paper No. IPC-06-005, Sept. 2006). <http://web.mit.edu/ipc/publications/pdf/06-005.pdf>.

LVAG (2008). Het Opleidingsfonds. [lvag/LV/notitie/08424.art.MC Opleidingsfonds. www.nvvc.nl/UserFiles/LVAG%20opleidingsfonds.pdf](http://www.nvvc.nl/UserFiles/LVAG%20opleidingsfonds.pdf).

LVAG (2009). Het standpunt van de LVAG ten opzichte van substitutie. Dhr. Bram Jacobs, 16 januari 2009. Powerpointpresentatie. www.hu.nl/NR/rdonlyres/9C6D70FB.../0/DhrBJacobs.ppt.

Maarse, J.A.M. (1988). Budgettering van ziekenhuizen: aspecten, trends en effecten. <http://arno.unimaas.nl/show.cgi?fid=12864>.

Mazars accountants. (2009). Onderzoek Omzetontwikkeling Medisch specialisten 2008/2009. In opdracht van de Orde van Medisch Specialisten.

Meegdes, Ing. I.J. (2009). *Vervolgopleiding medische specialismen; jaaroverzicht 2008 met terug- en vooruitblik*. Capaciteitsorgaan, Utrecht.

Medisch Contact (2008). Artsenbanen zijn overal. *Medisch Contact*, 16 mei 2008, 63(20), 6–8.

Medisch Contact (2008a). Papierwinkel funest voor opleiding; Nieuwe werkwijze MSRC onrealistisch en demotiverend. *Medisch Contact*, 11 januari 2008, 63(2), 58-59.

Medisch Contact (2008b). Tikje bijsturen; Kritiek op Opleidingsfonds is niet terecht. *Medisch Contact*, 5 december 2008; 63(49). 2048–2050.

Medisch Contact (2009a), Artsentekort soms nijpend; Arbeidsmarktmonitor meet stijgend aantal vacatures. *Medisch Contact*, 16 juli 2009, 64(29-30), 1285–1287.

Medisch Contact (2009b), Buitenlandse artsen struikelen over toelatingsprocedure. Verloren voor de medische stand, 64(14), 590–591.

Medisch Contact (2009c). Internisten willen minder aios. *Medisch Contact*, 12 augustus, 2009. 64 nr. 33/34: p. 1370.

Medisch Contact. (2009d). Arbeidsmarktmonitor. <http://medischcontact.artsennet.nl/mconline/Dossiers-3/arbeidsmarktmonitor.htm>

Mednet. (2009). Klink vraagt advies over afschaffing numerus fixus geneeskunde. www.mednet.nl/actueel/klink-vraagt-advies-over-afschaffing-numerus-fixus-geneeskunde-28651.html.

Melchior, M. (2006). Het gevecht om een opleidingsplek, *arts in spe*, mei 2006, p6-7.

Mintzberg, H. (2001). *Organisatiestructuren*. Academic Service: Schoonhoven.

National University of Singapore (2006). Singapore outsources X-rays to Bangalore. *Health Policy Monitor*, April 2006. Department of Epidemiology and Public Health, National University of Singapore, Singapore. <http://hpm.org/survey/sg/a7/1>.

NOVA (2009). Nederlandse artsen aan de slag in Duitsland. www.novativ.nl/page/detail/uitzendingen/6972/Nederlandse+artsen+aan+de+slag+in+Duitsland. 21 mei 2009.

NSOB (2008). *Schaarste tussen politiek en ramingen. Verdeling van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten*. P.H.A. Frissen, M. van der Steen, L. van der Meeren. Nederlandse School voor Openbaar Bestuur, in opdracht van College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg, Den Haag.

Nyberg, E.M., Lanzieri, C.F. (2006). American diagnostic radiology moves offshore: surfing the 'internet wave' to worldwide access and quality.

NZa (2005). Visiedocument ziekenhuiszorg; analyse en aanbevelingen voor concurrentie in het B-segment, CTG/ZAio. Utrecht. www.nza.nl/7113/10057/10063.

NZa (2007). Online auctions in health care; Research paper. www.nza.nl/nza/Publicaties/Papers.

NZa (2008a). Advies 'Experiment met winstoogmerk in de ziekenhuiszorg: Private winst voor het publieke belang. Utrecht.

NZa (2008b). Advies 'Bekostiging Medisch Specialisten'. Utrecht.

NZa (2009a). Visiedocument 'Functionele bekostiging vier niet-complexe chronische zorgvormen: diabetes, COPD, cardiovasculair risicomangement en hartfalen'. Utrecht.

NZa (2009b). Uitvoeringstoets; Prestatiebekostiging binnen de medisch specialistische zorg. Utrecht

Offenbeek, M.A.G., Kampen, T.J., ten Hoeve, Y., Roodbol, P.F., Wijngaard, J. (2007). *Eindrapportage; Scenario-ontwikkeling voor de inzet van nieuwe professionals in een intramuraal zorgtraject met het oog op substitutie- en kosten-effecten*. In opdracht van het CBOG en het Capaciteitsorgaan, Utrecht.

Pomp, M. (2009). *Aanbodgeïnduceerde vraag: feit of fictie?* Onderzoeksrapport voor de ministeries van Economische Zaken en Financiën. Marc Pomp Economische Beleidsanalyses.

Pomp, M. (2009). Aanbodgeïnduceerde vraag in de ziekenhuiszorg, ESB 94(4562): 372 - 374.

Prismant (2004). Opleidingsfonds gefinancierd, pub. nr. 204.11, Utrecht.

Roland Berger; strategy consultants (2009). *De Zeven Zorgen; Ontwikkelingen Nederlandse ziekenhuizen 2003-2008 en belangrijkste aandachtspunten voor de toekomst*. Amsterdam.

RVZ (2009). *Governance en kwaliteit van zorg*. In opdracht van het ministerie van VWS. Den Haag.

Schepers, R., Casparie, A.F. (1997). Continuity or Discontinuity in the Self-regulation of the Belgian and Dutch Medical Professions, *Sociology of Health & Illness*, 19(5), pp.580-600

Scherpbier (2009). Eindrapportage; Projectgroep Kwaliteitsindicatoren. In opdracht van het CBOG, Utrecht.

Scholten, G.R.M., van der Grinten, T.E.D. (2002). Integrating medical specialists and hospitals. The growing relevance of collective organisation of medical specialists for Dutch hospital governance. *Health Policy* 62, 131-139.

Signaleringscommissie Kanker van KWF Kankerbestrijding Kanker in Nederland (2004). *Trends, prognoses en implicaties voor zorgvraag*. Den Haag.

Simoens, S., Hurst, J. (2006). The Supply of Physician Services in OECD Countries, *OECD Health Working Paper*, No. 21, Paris: OECD.

Tweede kamer der Staten Generaal. Vergaderjaar 2008-2009. 483. Vragen van het lid Zijlstra (VVD) aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de regelgeving rond het opleidingsfonds. (Ingezonden 7 oktober 2008).

OECD Health Data, 2008.

Onderzoeksraad (2008). *Een onvolledig bestuurlijk proces: hartchirurgie in UMC St Radboud; Onderzoek naar aanleiding van berichtgeving op 28 september 2005 over te hoge mortaliteit*. Den Haag, april 2008 (projectnummer S2005GZ0929-1).

Vektis (2009). *Schadelast medisch specialistische zorg*, Eindrapportage. Zeist, juni 2009, in opdracht van Zorverzekeraars Nederland en Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

VWS (2003). Artsen met Belgische opleiding. briefkenmerk: IBE/BO-2350965, 21 januari 2003.

VWS (2008). Toewijzingskader 2009 voor de zorgopleidingen 1^e en 2^e tranche opleidingsfonds. MEVA; meva/nbo-2841447.

VWS (2009). Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning. Brief aan de Tweede Kamer van 9 juli 2009. Kenmerk MC-U-2941595.

VWS (2009). Regeling van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 14 juli 2009, nr. MEVA/NBO-2937264, houdende wijziging van de Subsidieregeling zorgopleidingen 1^e tranche, bijlage 3, Staatscourant nr. 11230, 23 juli 2009.

Zorgmarkt (2009). Thema Medisch specialisten: Toelatingsovereenkomst aan herziening toe. 16-19.

Bijlage: Geïnterviewde partijen

Geïnterviewde partijen

Organisatie	Naam
Achmea	Dhr. Gerrits
College CBOG	Dhr. Takx
Capaciteitsorgaan	Dhr. Meegdes
Diaconessenhuis	Dhr. Husinx (RvB en medisch specialist)
Erasmus Universiteit Rotterdam	Dhr. Varkevisser; Mw. Wallenburg
Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ)	Dhr. Schellekens
De Jonge Orde	Mw. Verstraete
Leiden Universitair Medisch Centrum (LUMC)	Dhr. Breedveld (RvB), Dhr. Rabe(opleider)
LVAG	Mw. Desar, Dhr. Bram Jacobs
MSRC	Dhr. Blok, Dhr. Breslau
Nederlandse Federatie van Universitair Medisch Centra (NFU)	Mw. Meulenbroek
Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF)	Mw. de Booy
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	Mw. Van der Velde
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG)	Mw. Arts, Dhr. Hemrika (RvB), Dhr. Montebau van Swijndrecht (Opleider)
Orde van Medisch Specialisten (OMS)	Dhr. Vermeulen
OOR (ON)	Nol Maessen (Secretaries OOR, UMC St. Radboud)
Raad voor de Volksgezondheid (RvZ)	mw. Gerda Raas
STZ	Dhr. Norbert Groenewegen
St. Maartenskliniek	Mw. de Jong (RvB)
Universiteit van Tilburg	Dhr. M. Canoy
UVIT	Dhr. Leenders
VWS	Dhr. Rietrae
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)	Mw. Redel, Dhr. Schouten