

Visiedocument

Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg

Vraag naar en aanbod van medisch
specialisten

juni 2010

Inhoud

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Vooraf | 5 |
| Managementsamenvatting | 7 |
| 1. Inleiding | 13 |
| 1.1 Resultaten van consultatie | 14 |
| 1.2 Begrippen | 18 |
| 1.3 Leeswijzer | 19 |
| 2. Marktimperfecties | 21 |
| 2.1 Status quo | 21 |
| 2.2 Effecten op publieke belangen | 23 |
| 2.3 De positie van medisch specialisten | 25 |
| 2.3.1 Rol van de medisch specialisten bij opleidingsplaatsen | 25 |
| 2.3.2 Onafhankelijke positie medisch specialisten tegenover het ziekenhuis (bestuur) | 26 |
| 2.4 Conclusie | 29 |
| 3. Het aanbod van medisch specialistische zorg | 31 |
| 3.1 Eerste factor: numerus fixus | 31 |
| 3.1.1 Effecten regulering opleidingsplaatsen | 32 |
| 3.2 Tweede factor: uitstroom | 34 |
| 3.3 Overige factoren | 35 |
| 3.3.1 Toetredingsdrempels vanuit het veld | 35 |
| 3.3.2 Beperkte toetreding vanuit het buitenland | 36 |
| 3.4 Conclusie | 37 |
| 4. Maatregelen | 39 |
| 4.1 Inleiding | 39 |
| 4.2 Verruiming van de toelating tot de opleiding geneeskunde en medisch specialistische beroepsopleidingen | 40 |
| 4.3 Doelmatigere publieke bekostiging van de beroepsopleidingen tot medisch specialist | 42 |
| 4.3.1 Variant 1: Publieke aanwijzing van opleidingsinstellingen | 42 |
| 4.3.2 Variant 2: Subsidieverdeling door een tenderprocedure | 44 |
| 4.3.3 Toepassing van het profijtbeginsel | 46 |
| 5. Advies | 49 |
| Geraadpleegde literatuur | 51 |
| Bijlage 1. Partijen die gereageerd hebben | 55 |
| Bijlage 2. Systematiek verdeling opleidingsplaatsen | 57 |

Vooraf

Voor u ligt het visiedocument Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg. In dit document staat de analyse naar de aanwezigheid, de oorzaken en de gevolgen van tekorten aan medisch specialisten voorop.

Op basis van deze analyse worden twee maatregelen voorgesteld om de instroom tot de markt van medisch specialisten te vergroten en de bijbehorende uitgaven te beheersen.

Voor een samenvatting van de belangrijkste bevindingen en voor de voorgestelde opties verwijzen wij u naar de managementsamenvatting.

In deze analyse heeft de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) gebruik gemaakt van twee eerdere studies. Het researchpaper 'Regulation of the Postgraduate Medical Education', waarin een theoretisch kader werd geschetst om een antwoord te vinden op de vraag of er redenen zijn om de opleiding tot medisch specialist te reguleren; en het consultatiedocument 'Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg: De positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen' waarin de gepresenteerde marktanalyses werden getoetst en voorgelegd aan overheidsorganisaties, verzekeraars, aanbieders, brancheorganisaties, onafhankelijke deskundigen en wetenschappelijke organisaties.

Dit visiedocument Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg is tot stand gekomen op basis van het consultatiedocument, de reacties van verschillende partijen en aanvullend onderzoek van de NZa.

Wij willen iedereen die aan de consultatie heeft bijgedragen dan ook bedanken. Deze reacties zijn de kwaliteit van dit visiedocument erg ten goede gekomen.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

mr. drs. T.W. Langejan
voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

Inleiding

Het Nederlandse zorgstelsel is van kwalitatief hoog niveau, maar staat onder druk door een veranderende en toenemende zorgvraag door demografische ontwikkelingen als vergrijzing, maar ook door technologische ontwikkelingen die nieuwe vormen van zorgverlening mogelijk maken. Om in de toekomst kwalitatief goede zorg te kunnen blijven garanderen die ook toegankelijk en betaalbaar is, heeft de wetgever enkele jaren geleden besloten om de ordening van de curatieve zorg meer vraaggestuurd in te richten door de introductie van marktwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

De huidige markt voor medisch specialistische zorg wordt gekenmerkt door een aantal marktimperfecties. Marktimperfecties zijn beperkingen in de marktstructuur die een doelmatige afstemming van de vraag naar en het aanbod van specialistische zorg belemmeren en een reguleringskader nodig maken om de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid van deze zorg te borgen. De meest voorkomende marktimperfecties hebben betrekking op de transparantie van (de kwaliteit van) de markt, het risicovereveningssysteem, de zorginkoopmacht, de onmogelijkheid om winst uit te keren, en de aanwezigheid van tekorten in bepaalde medisch specialismen.

Op basis van artikel 32 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)¹ heeft de NZa besloten om de markt van medisch specialistische zorg te onderzoeken. In dit document staat de analyse naar de aanwezigheid, de oorzaken en de gevolgen van tekorten aan medisch specialisten voorop. Op basis van deze analyse worden er maatregelen voorgesteld om de instroom tot de markt van medisch specialisten te vergroten, en de bijbehorende uitgaven te bekostigen.

Marktimperfecties

Uit de consultatieronde en literatuurbronnen heeft de NZa geconstateerd dat er een aantal medisch specialismen is die een artsentekort tonen. Vooral anesthesiologie, maag-, darm- en leverziekten, revalidatie, orthopedie, plastisch chirurgie, reumatologie, kindergeneeskunde, psychiatrie, pathologie en radiotherapie kampen op dit moment met een tekort aan medisch specialisten. Tevens worden tekorten in de toekomst ook in andere specialismen verwacht, zoals ouderengeneeskunde en jeugd- en gehandicaptenzorg. Taakherschikking zou hier een toegevoegde waarde kunnen hebben vooral bij de ondersteunende specialismen.

De tekorten aan medisch specialisten hebben gevolgen voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Om de publieke belangen in de toekomst te waarborgen is het wenselijk om meer artsen op te leiden, zodat er een klein overschot wordt bereikt. De aanwezigheid van een licht overschot aan medisch specialisten (bij alle medisch specialismen) heeft 5 wezenlijke voordelen. Ten eerste worden de huidige tekorten opgelost en toekomstige tekorten voorkomen. Dit is van belang omdat hierdoor in een systeem van vraagsturing noodzakelijke concurrentie tussen medisch specialisten ontstaat. Ten tweede leidt het lichte overschot in combinatie met de voorgenomen budgettering van

¹ Wmg: Artikel 32: De Zorgautoriteit onderzoekt, met inachtneming van artikel 65, de concurrentieverhoudingen en het marktgedrag op het gebied van de zorg.

medisch specialisten tot een gelijk speelveld binnen de ziekenhuisorganisatie.

Ten derde is het reëel te verwachten dat door een groter aanbod aan medisch specialisten de gemiddelde wachttijden lager worden. Een vierde voordeel is dat de keuzevrijheid van de patiënt uitgebreider en laagdrempeliger wordt. Vanuit de wetenschappelijke literatuur is er geen eenduidige conclusie over het effect van het opleiden van meer medisch specialisten op de gezondheidswinsten. Echter, het is aannemelijk te verwachten dat de prikkel om innovaties te ontwikkelen wordt versterkt.

Het aanbod van medisch specialistische zorg

Een aantal factoren bepaalt het aanbod van medisch specialisten, te weten: de numerus fixus, de uitstroom uit het vak, de toetredingsdrempels vanuit het veld, en de beperkte toetreding vanuit het buitenland.

Het instellen van een numerus fixus heeft als doel de opleidingscapaciteit af te stemmen op de behoefte aan artsen. De numerus fixus is ingesteld vanwege vier redenen. Ten eerste is er een risico dat aanbodgeïnduceerde vraag ontstaat bij een overschot aan artsen; ten tweede is controle op de zorguitgaven (BKZ) nodig vanwege de stijgende druk op de kosten; ten derde is het van belang een varkenscycluseffect te voorkomen; en ten vierde zijn er onvoldoende docenten en/of universiteiten om alle potentiële studenten aan te nemen.

De vraag is of deze argumenten in de huidige en toekomstige situatie nog steeds valide zijn. Zo moet rekening worden gehouden met het bestaan van latente vraag. Bij een stijging van het aanbod van zorg wordt er meer zorg genoten, wat kan duiden op aanbodgeïnduceerde vraag. Er moet binnen deze stijging in productie echter onderscheid gemaakt worden tussen onnodige zorg (overbehandeling), en de behandeling van latente, noodzakelijke vraag. Recent onderzoek (Pomp, 2009) heeft getoond dat de huidige beperking van het aanbod van artsen niet noodzakelijk is om aanbodgeïnduceerde vraag te voorkomen. Door de aanwezigheid van een groter aanbod aan medisch specialisten is het reëel te verwachten dat de relatie tussen de Raad van Bestuur van de ziekenhuizen en de medische staf in balans komt. Bij vrije prijsvorming ontstaat dan een neerwaartse druk op de prijzen waardoor het BKZ onder controle blijft.

Tevens is het instellen van de numerus fixus niet de oplossing om het varkenscycluseffect tegen te gaan. De lastige kwestie van de precieze aansluiting van het artsenaanbod op de toekomstige zorgvraag blijft bestaan.

Naast de beperking die een numerus fixus oplegt aan het aantal opleidingsplaatsen zijn er bijkomende onvolkomenheden die een regulering van de opleiding met zich mee brengt, zoals administratieve lasten, starheid van het opleidingssysteem en suboptimale doelmatigheid. Een andere drempel die uit de praktijk naar boven komt is dat de doorstroom van basisartsen naar de vervolgoopleidingen (aios) een aantal jaren in beslag kan nemen. In deze periode werken de basisartsen in de instelling als artsen *niet* in opleiding als specialist (anios).

De uitstroom van artsen zal de komende jaren stijgen omdat veel specialisten bijna pensioengerechtigd zijn. Tevens stijgen de uitvalpercentages van aios de laatste jaren, hoewel dit fenomeen sterk varieert per specialisme. Ook de toename van deeltijdwerken door specialisten beïnvloedt de uitstroom. Daarnaast is de instroom vanuit het buitenland in de laatste jaren fors gedaald.

Het Capaciteitsorgaan houdt hier rekening mee in haar modellen. De uitkomsten van deze modellen staan echter ter discussie omdat er in bepaalde specialismen toch een artsentekort is. De zittende aanbieders van medisch specialistische zorg hebben invloed op het aantal opleidingsplaatsen en de verspreiding daarvan, hetgeen met het oog op toetreding van nieuwe specialisten en de deregulering van het bekostigingskader risico's met zich meebrengt.

Voorgestelde maatregelen

De NZa stelt een aantal maatregelen voor om het tekort bij de verschillende specialismen op te lossen en bij andere specialismen te voorkomen.

Aantal opleidingsplaatsen vergroten

Om uiteindelijk meer capaciteit aan medisch specialisten te creëren moet allereerst een toename in de instroom van studenten geneeskunde worden gerealiseerd.

Voor de *korte termijn* adviseert de NZa om de numerus fixus voor de initiële opleiding geneeskunde te verruimen en het aantal opleidingsplaatsen voor artsen in opleiding tot medisch specialist (aios) te vergroten. Voor de lange termijn stelt de NZa voor om beide beperkingen geheel los te laten.

- Met een verruimde numerus fixus van de initiële opleiding wordt de pool van basisartsen ruimer, zodat een groter aantal studenten naar de specialistische vervolgoopleidingen kan doorstromen. Tevens is het mogelijk om grotere instroom te stimuleren bij specialismen waar een tekort is of verwacht wordt.
- Door de numerus fixus te verruimen in plaats van geheel af te schaffen kunnen universiteiten de daarvoor te verrichten investeringen (in structuur, logistiek en aantal opleiders) binnen de gewenste termijn beter realiseren. De verruiming van de numerus fixus maakt het tevens uitvoerbaar om de sector te blijven monitoren om onvoorziene nadelige effecten te voorkomen. Uiteraard moet de kwaliteit van de opleiding op peil blijven ondanks de grotere aantallen studenten. Daarnaast is het mogelijk om een grotere instroom van aios te stimuleren bij specialismen waar een tekort is of in de nabije toekomst verwacht wordt. De mogelijkheid om bij te sturen is ook van belang voor de budgettaire controle die de minister op de korte termijn wil blijven uitoefenen op de zorgkosten.
- Een onbeperkte toetreding van specialisten in eventuele combinatie met een zorgvuldige invoering van prestatiebekostiging voor de ziekenhuissector/de medisch specialistische zorg maakt een transitiepad noodzakelijk, waarbij de toestroom van medisch specialisten in eerste instantie wordt uitgebreid maar niet afgeschaft.

De NZa adviseert om op de *lange termijn* te bekijken of een numerus fixus voor de opleiding tot basisarts respectievelijk de beperking van de capaciteit van de medisch specialistische opleidingen nog doelmatig is. Voor de beantwoording van deze vraag zal mede bepalend zijn de ordeningsrichting die het volgende Kabinet voor de markt voor specialistische zorg kiest en het uiteindelijke effect van de geadviseerde maatregelen op de ontwikkeling van de markt.

Aanpassing van de bekostiging opleidingsplaatsen specialisten

In Nederland wordt de opleiding tot specialist door de overheid gesubsidieerd. Het opleiden van medisch specialisten is een publieke taak. Het verruimen van de opleidingscapaciteit van de medisch specialistische opleidingen betekent dat de macro-economische kosten van de opleiding in elk geval op de korte termijn omhoog gaan. Dit effect

maakt het noodzakelijk om de bekostiging van de opleidingen zo doelmatig mogelijk in te richten.

De NZa stelt twee modellen voor om tot een doelmatige verdeling van de subsidiegelden voor de beroepsopleidingen te komen. Beide varianten leiden tot een duidelijkere verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en veldpartijen. Deze opties zijn:

- 1. Een publieke aanwijzing van opleidingsinstellingen. In deze variant staat de rol van de overheid centraal. De overheid dient spelregels op te stellen die moeten leiden tot een redelijke verdeling van aios over de ziekenhuizen.
- 2. Een verdeling van de subsidie via een tenderprocedure. In deze variant wordt de informatieachterstand van de overheid ten opzichte van de marktpartijen door een marktmechanisme (veiling) weggewerkt. De uitvoeringslasten voor de overheid zijn kleinschaliger dan in variant 1 (publieke aanwijzing).

Ad 1: Aanwijzing van UMC's tot opleidingsinstellingen

In dit model krijgen de universitair medische centra (UMC's) de taak om meer specialisten op te leiden. De UMC's zijn publieke instellingen zonder winstoogmerk, waar alle specialisten in loondienst zijn. De UMC's sluiten prestatiecontracten en bijhorende vergoeding af met de perifere ziekenhuizen.

De regionale rol van de UMC's bij het opleiden van medisch specialisten wordt door de aanwijzing aanzienlijk versterkt. Om te voorkomen dat deze sterkere rol een negatieve uitwerking heeft op de verhoudingen met andere regionale ziekenhuizen, bijvoorbeeld omdat de betreffende UMC en ziekenhuizen binnen dezelfde relevante zorgmarkt actief zijn, dienen spelregels opgesteld te worden die moeten leiden tot een redelijke verdeling van aios over de perifere ziekenhuizen.

Bij deze reguleringsvariant dient uitdrukkelijk aandacht te bestaan voor het Europees en nationaal mededingingsrechtelijk kader. Indien de overheid het opleiden van de medisch specialisten als een dienst van algemeen economisch belang aanmerkt en de beperking van de mededinging proportioneel is dan kan een dergelijk inbreuk op het mededingingsrecht worden toegestaan.

Ad 2: Subsidie met veiling (tendersysteem)

Een veiling bevordert de doelmatige verdeling van de subsidie omdat de informatieasymmetrie tussen de overheid en marktpartijen wordt verminderd.

Voorts is bij een veiling minder afstemming tussen marktpartijen nodig met betrekking tot de verdeling, hetgeen het risico beperkt dat de toetreding van nieuwe specialisten door collusie van zittende aanbieders wordt belemmerd.

Bij een veiling krijgen de opleiders die het minste subsidie nodig hebben om de opleiding tot specialist met behoud van de bestaande minimale kwaliteitseisen te verzorgen een bijdrage van de overheid. Er zijn zes randvoorwaarden waaraan moet worden voldaan om de veiling de gewenste effecten te laten hebben:

- borging van de kwaliteit van de opleidingen;
- subsidiebedrag geeft voldoende prikkel om op te leiden;
- de vorm van veiling gaat collusie tegen;
- optimale organisatie van de veiling;
- subsidieverstrekking wordt door de overheid uitgevoerd;
- het opnemen van een afdwingovereenkomst.

De introductie van een eigen bijdrage

In de transitieperiode kan het profijtbeginsel langzaam worden ingevoerd. Het vooruitzicht op hoge inkomens na het afronden van de geneeskundestudie en de huidige discussie omtrent het hervormen van het hoger-onderwijsstelsel geven ruimte voor de toepassing van het profijtbeginsel. Zo kan in de subsidie rekening gehouden worden met de (minimale of gemiddelde) kosten van een opleidingsplaats. De opleidingsinstelling, die zich van andere opleiders onderscheidt door een hogere kwaliteit van opleiding zou de daaraan verbonden meerkosten kunnen vertalen naar een eigen bijdrage van aios. Ook zouden voor populaire specialismen waarvoor geen tekorten bestaan eigen bijdragen, van aios dan wel opleidingsinstelling, gevraagd kunnen worden (in combinatie met een beperking van de subsidie). De NZa stelt voorts voor om ziekenhuizen en aios de mogelijkheid te geven om afspraken te maken over de terugbetaling van de opleidingskosten, in het geval de aios voortijdig het opleidingsziekenhuis verlaat.

De voorgestelde maatregelen om de marktperfectionen met betrekking tot de tekorten op te lossen worden in tabelvorm samengevat.

Overzicht van voorgestelde maatregelen

| Advies | Opleiding | Bekostiging |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bestaande ordening | Toelating tot opleiding (numerus fixus, NF) - NF voor opleiding Geneeskunde NF voor beroepsopleidingen medisch specialist | Bekostiging beroepsopleidingen tot medisch specialist Subsidiestelsel, bekostiging van vooraf bepaalde opleidingsplaatsen |
| Advies NZa Korte termijn | - Verhoging NF voor opleiding Geneeskunde Beperkte verruiming capaciteit beroepsopleidingen medisch specialist | Variant 1: Aanwijzing UMC's tot opleidingsinstellingen; - prestatiecontracten en aanpassing van huidige subsidie - spelregels voor samenwerking met perifere ziekenhuizen - opleiding tot medisch specialist aanmerken als dienst van algemeen economisch belang (daeb) Variant 2: Verdeling opleidingsplaatsen en subsidie via tenderprocedure (veiling); - borging minimale kwaliteit - optimale inrichting van veiling belangrijk - uitvoering door de overheid - afdwingovereenkomst met opleidingsinstelling Geleidelijke invoering van profijtbeginsel door introductie van eigen bijdrage aios/ opleidingsinstellingen met eventueel differentiatie naar specialismen |
| Advies NZa lange termijn | - Evaluatie nut en noodzaak NF voor opleiding Geneeskunde en de beroepsopleidingen voor medisch specialisten | Evaluatie noodzaak van subsidie voor beroepsopleiding uit oogpunt van publiek belang |

1. Inleiding

Om in de toekomst kwalitatief goede zorg te kunnen blijven garanderen die ook toegankelijk en betaalbaar is, heeft de wetgever enkele jaren geleden besloten om de ordening van de zorg meer vraaggestuurd in te richten. Door de introductie van gereguleerde marktwerking krijgen zorgaanbieders en zorgverzekeraars meer vrijheid om onderling afspraken te maken over de te leveren zorg zodat deze beter afgestemd kan worden op de wensen van de patiënt en er tevens een prikkel bestaat om deze zorg zo doelmatig te leveren. De aanwezigheid van zogenaamde marktimperfecties heeft een dempend effect op het succes van deze marktordening.

De huidige markt voor medisch specialistische zorg (ziekenhuismarkt) wordt gekenmerkt door een aantal marktimperfecties. De meest voorkomende marktimperfecties hebben betrekking op de transparantie van de markt, de risicoverevening, de zorginkoopmacht, de onmogelijkheid om winst uit te keren, en de aanwezigheid van capaciteitstekorten in bepaalde medisch specialismen. De NZa heeft over al deze onderwerpen adviezen uitgebracht. Voor de ziekenhuismarkt zijn daarvoor al verschillende aanpassingen in het reguleringskader doorgevoerd en worden nieuwe aanpassingen voorbereid. Zo wordt voor de specialistische zorg functionele bekostiging ingevoerd, wordt de transparantie van (de kwaliteit van) het aanbod verbeterd. Over de tarieven van een deel van de specialistische zorg (B-segment) kan inmiddels vrij onderhandeld worden. Overwogen wordt dit B-segment uit te breiden. Voorts wordt bekeken of de ex-post risicoverevening tussen zorgverzekeraars kan worden afgebouwd en of ziekenhuizen de mogelijkheid moeten hebben om winst uit te keren.

De NZa heeft signalen ontvangen over tekorten aan medisch specialisten. Een tekort aan medisch specialisten kan negatieve gevolgen hebben voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en kan de betaalbaarheid onder druk zetten. Dit is niet in het belang van de consument. Voorts is de tekort aan medisch specialisten ook niet goed omdat ziekenhuizen en zorgverzekeraars hierdoor de zorg mogelijk minder doelmatig kunnen organiseren. In verschillende adviezen over de invoering van prestatiebekostiging in de ziekenhuiszorg is de NZa ingegaan op het belang van het voorkomen van tekorten voor de introductie van gereguleerde marktwerking.²

Op basis van artikel 32 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)³ heeft de NZa daarom de aanwezigheid, de oorzaken en de gevolgen van tekorten aan medisch specialisten voor de ziekenhuismarkt onderzocht en stelt zij in dit visiedocument maatregelen voor die de tekorten moeten tegen gaan.

Overigens staat het probleem van tekorten aan medisch specialisten politiek in de belangstelling, ook met het oog op de controle van het macrobudgettaire kader van de zorg. Zo hebben de ministers van VWS

² 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.

³ Wmg: Artikel 32: De zorgautoriteit onderzoekt, met inachtneming van artikel 65, de concurrentieverhoudingen en het marktgedrag op het gebied van de zorg.

en OCW naar aanleiding van een discussie in de Tweede Kamer⁴ de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) laten onderzoeken of het loslaten van de numerus fixus bij de toelating tot de initiële opleiding geneeskunde een beperkend effect op de zorguitgaven kan hebben. De RVZ heeft in januari van dit jaar daarover een advies uitgebracht (RVZ, 2010). Het onderzoek van de NZa is opgezet vanuit het bredere perspectief van een doelmatige ordening van de markt. De effecten die de numerus fixus bij de toelating tot universitaire basisopleiding en de medische vervolgopleiding heeft voor de tekorten aan medisch specialisten is daarvan een wezenlijk onderdeel.

1.1 Resultaten van consultatie

De NZa vindt het belangrijk om inhoudelijke vraagstukken, oplossingsrichtingen en voorkeuren vroegtijdig te bespreken met en te toetsen bij zorgaanbieders, zorgverzekeraars en andere belanghebbenden. Daarom zijn verschillende partijen betrokken geweest bij de totstandkoming van dit visiedocument. Hun input en reacties waren bijzonder waardevol en zeer welkom. Deze betrokkenheid is allereerst vormgegeven door individuele gesprekken waarop het consultatiedocument marktimperfecties⁵ is gebaseerd. Dit consultatiedocument is vervolgens schriftelijk geconsulteerd bij betrokken partijen. Los van de raadplegingen en overleggen blijft de inhoud van dit visiedocument vanzelfsprekend de verantwoordelijkheid van de NZa.

In de consultatieperiode zijn partijen in de gelegenheid gesteld om hun opvattingen over de in het consultatiedocument gepresenteerde onderwerpen kenbaar te maken. De reacties van de verschillende partijen zijn meegewogen en waar mogelijk meegenomen in het visiedocument. In bijlage 1 vindt u een lijst met alle partijen die gereageerd hebben. De schriftelijke reacties staan ter inzage op de website van de NZa www.nza.nl.

De NZa heeft op basis van de consultatie de in haar ogen belangrijkste conclusies per onderwerp uiteengezet.

Tekorten en gevolgen (paragraaf 2.1 en 2.2)⁶

- Geen van de partijen vindt dat er conclusies over de markt van medisch specialistische zorg moeten worden getrokken op basis van vergelijking met het buitenland. Dit komt voornamelijk omdat Nederland een dermate uitzonderlijke positie inneemt in de zorg dat deze niet te vergelijken is met het buitenland. De NZa erkent dit verschil. In hoofdstuk 2 wordt deze vergelijking dan ook niet gemaakt.
- De meeste partijen bevestigen het beeld dat de aanwezigheid van tekorten specialismespecifiek is. Tekorten komen voor bij maag-, darm- en leverziekten, nucleaire geneeskunde, obstetrie en gynaecologie, revalidatiegeneeskunde, orthopedie, anesthesiologie, plastisch chirurgie, reumatologie, kindergeneeskunde, psychiatrie, pathologie en radiotherapie. De STZ, NVZ, NFU, UMCG, NVA, NVPC, NVR, NVK, VRA, NVvP geven aan dat regionale factoren ook een rol kunnen spelen voor de aanwezigheid van een tekort. Revalidatie

⁴ Deze discussie kwam naar boven in het Algemeen Overleg van 4 februari 2009 'arbeidsmarktbeleid en opleidingen in de zorgsector' en er is een motie aangedragen om de numerus fixus af te schaffen (24 september 2008).

⁵ Het consultatiedocument 'marktimperfecties in de medisch specialistische zorg' is terug te vinden op de website van de NZa www.nza.nl

⁶ De gebruikte afkortingen worden, alfabetisch gerangschikt, in bijlage 1.

- Nederland (RN) geeft aan dat, anders dan bij andere specialismen, tekorten voornamelijk voorkomen in het westen van het land.
- Wetenschappelijke verenigingen die met tekorten te kampen hebben (NOV, NVR, VRA en NVK) geven aan het eens te zijn met de conclusie dat de toegankelijkheid van de betreffende zorg onvoldoende is. Dit komt naar voren in paragraaf 2.2. Het ministerie van VWS geeft aan dat in het belang van de publieke belangen de tekorten moeten worden voorkomen.
 - De STZ, NVZ, NOV, NVR, NVU en NVT geven aan dat de kwaliteit goed gewaarborgd wordt door de kwaliteitsvisitaties en dat de aanwezigheid van schaarste geen invloed heeft op de uiteindelijke kwaliteit van de geleverde zorg. NVPC, NVR, VRA en LVAG merken op dat kwaliteit wel beïnvloed kan worden door tekorten aan medisch specialisten maar dat dit niet de enige factor is die van invloed is op de kwaliteit van de geleverde zorg. In paragraaf 2.2 wordt de relatie tussen tekorten en kwaliteit beschreven.
 - In de consultatie wordt herhaaldelijk op het risico gewezen dat het vergroten van het aantal medisch specialisten gevolgen kan hebben op de aanwezigheid van aanbodgeïnduceerde vraag (Orde, NVN, NVU). In paragraaf 2.2 en 3.1 komt dit risico aan bod.

Factoren die van invloed zijn op het aanbod van medisch specialisten (hoofdstuk 3)

- De brancheorganisaties STZ, NFU en NVZ geven aan dat er sprake is van onderuitputting van de beschikbare middelen voor opleidingen. Volgens de NFU wordt de subsidie voor meerdere opleidingsplaatsen niet benut om drie redenen; het 'eigen markt denken' (in stand houden schaarste om een betere positie op de markt te bereiken/houden), kwaliteit van opleiding hoog houden, en werkdruk van maatschappen en wetenschappelijke verenigingen. VWS geeft echter aan dat deze onderuitputting gerechtvaardigde oorzaken kan hebben zoals uitval, intrekken van de opleidingserkenning en vrijstellingen. In paragraaf 2.1 en 3.3.1. wordt deze situatie behandeld.
- De NVA, NVvP en de LVAG geven aan dat in de analyse ook aandacht moet zijn voor het effect van uitstroom op het aanbod van de medisch specialisten. Paragraaf 3.2 beschrijft de verschillende vormen die uitstroom kan aannemen en de grootte hiervan.
- De NVPC geeft aan dat het aanbod van opleidingsplaatsen volledig wordt bepaald door de beperkte hoeveelheid toegewezen aantal opleidingsplaatsen. De NFU, VRA, een individuele medisch specialist, LVAG, CBOG, NOV, NVA, NVK, NVvP en Achmea geven aan dat er meer factoren zijn die een rol spelen bij het aanbod aan specialistische zorg. Deze aspecten zijn terug te vinden in de 'omgeving' van de medisch specialist (ziekenhuis, collega's, etc.), de werkomstandigheden, het voortraject bij de initiële opleiding en de assistenten in opleiding tot medisch specialist (aios), en in de ontwikkelingen van het vakgebied. In paragraaf 3.3.1 worden deze factoren behandeld.
- De NVR is van mening dat de instroom vanuit het buitenland niet moet worden versoepeld (taaleisen) omdat communicatie tussen patiënt en arts van groot belang is. Het CBOG en het Capaciteitsorgaan geven aan minder afhankelijk van het buitenland te willen zijn bij het verkrijgen van het juiste aanbod medisch specialisten. Dit punt komt terug in paragraaf 3.3.2.

Proces van verdeling opleidingsplaatsen (bijlage 2)

- Over de beschrijving van de verdeling van opleidingsplaatsen in het consultatiedocument zijn de volgende op- of aanmerkingen gemaakt⁷:
 - Komend jaar gaat het CCMS op in het College Geneeskundige Specialismen.
 - UMC's hebben binnen de OOR's geen regisserende maar een coördinerende rol.
 - De leden van een OOR bestaan uit bestuursleden én opleiders als vertegenwoordigers.
 - De rol van verzekeraars is onduidelijk.
 - De rol van het CBOG wijkt af van wat door de ministers op basis van het MBOG rapport was bedoeld. De intentie was dat het CBOG eenheid in de verscheidenheid van opleidingen in de gezondheidszorg zou gaan realiseren en voor borging van de kwaliteit zou kunnen gaan zorgen. De pogingen om opleidingscapaciteit voor medisch specialistische opleidingen te sturen op basis van vermeende kwaliteit worden vooral belemmerd door de afwezigheid van valide en toepasbare instrumenten.

Naast deze kanttekeningen geeft het NVU aan dat 'wetenschappelijke verenigingen, gezien hun kennis en inzicht in de materie, een meer bepalende rol zouden moeten spelen bij het vaststellen van het aantal op te leiden medisch specialisten'.

In bijlage 2 wordt een weergave gegeven van het proces van verdeling (na vaststelling van de hoeveelheid opleidingsplaatsen door VWS).

- Niet alle knelpunten die met het opleidingssysteem samengaan zijn benoemd of compleet:
 - Administratieve lastendruk en juridisering.
 - Inflexibiliteit van het systeem.
 - Suboptimale kwaliteit: kwaliteitsindicatoren zijn nog niet ver genoeg ontwikkeld om verdeling hier op toe te passen. De wetenschappelijke verenigingen NOV, NVT en een individuele medisch specialist vinden dat de kwaliteit wordt gewaarborgd door de kwaliteitsvisitaties. De VRA vindt dat 'de huidige, instellingsgerichte verdelingssystematiek tot kwaliteitsverlies leidt doordat de interne samenhang van opleidingscircuits wordt verstoord. Zo wordt instroom opgelegd aan instellingen waar echter vanuit het oogpunt van kwaliteit beter doorstroom zou moeten plaatsvinden, bijvoorbeeld omdat bepaalde aspecten van de opleiding beter tot zijn recht komen aan het einde van de opleiding, niet aan het begin of juist andersom'.
 - Suboptimale doelmatigheid: er is consensus dat de afname van productieneutraliteit van aios onjuist is. Daarnaast geeft de NOV aan dat de opleidingssubsidie niet direct toekomt aan de opleiders binnen het ziekenhuis. Daarom zou de opleiding tot medisch specialist niet gekoppeld kunnen worden aan doelmatigheid.
 - Onevenwichtige verhoudingen tussen UMC's en algemene ziekenhuizen: De NVZ, STZ en NFU vinden dat UMC's samenwerking met een perifeer ziekenhuis niet zouden mogen weigeren indien sprake is van een accreditatie voor opleiden.

In paragraaf 3.1 worden deze knelpunten behandeld.

De opties

- De meeste partijen (NFU, St-Maartenskliniek, NOV, NVA, NVR, NVK, VRA, individuele medisch specialisten en LVAG) vinden dat een verruiming van de numerus fixus te prefereren is boven het loslaten van de numerus fixus. De bijbehorende bekostiging zou voor rekening

⁷ De beschrijving van het proces van verdeling van de opleidingsplaatsen is niet opgenomen in dit document. De op- en aanmerkingen zijn wel meegenomen bij de totstandkoming van het advies.

- van de overheid moeten komen. De NVPC is de enige partij die voorstander is van het geheel loslaten van de numerus fixus. De NIV, NVT, LVAG, Achmea, de Orde en een individuele medisch specialist voorzien problemen in de capaciteit (collegezalen, patiënten, opleiders) bij loslaten van de numerus fixus en zo ook in de kwaliteit van de opleiding. Paragraaf 4.2 gaat op deze punten in.
- De NZa geeft aan dat om het vrijgeven van de numerus fixus (zie paragraaf 4.1) succesvol te laten zijn, het noodzakelijk is dat zittende specialisten en opleiders de benodigde extra opleidingsplaatsen beschikbaar stellen en nieuwe toetreders toegang geven. Wetenschappelijke verenigingen met tekorten (NOV, NVA, NVPC, NVR) geven aan dat zij de nieuwkomers niet zullen verhinderen tot toetreden. Ook de NVU is deze mening aangedaan, mits de minimale hoeveelheid ingrepen per aios wordt behaald. De brancheorganisaties NVZ, STZ en NFU geven zelfs aan dat er bij de huidige capaciteit ruimte voor uitbreiding van opleidingsplaatsen is van 10 tot 20%. De rest van de partijen (NVT, LVAG, CBOG, Achmea, dr. Wilmink, een individuele medisch specialist) geeft aan dat er een heel grote kans is dat niet aan de voorwaarden wordt voldaan.
 - Het veld (NVR, NVA, LVAG, de Orde) heeft geen vertrouwen in het gebruik van de huidige kwaliteitsindicatoren voor verdeling van opleidingsplaatsen. De NVvP vindt het om die reden niet verantwoord om op basis hiervan aan te besteden. De NVU geeft aan dat de koppeling van kwaliteit en hoeveelheid opleidingsplaatsen kan leiden tot een daling in opleidingskwaliteit doordat er per aios minder leer- en opleidingsmomenten zijn. De Orde en de NVvP geven aan dat er opnieuw (zie rapport Berenschot, 2008) moet worden geprobeerd om de werkelijke kosten van de opleiding te achterhalen alvorens een dergelijke beleidsaanpassing in te voeren. De kwaliteit van de opleiding is gebaat bij de continuïteit en voorspelbaarheid van de hoeveelheid opleidingsplaatsen. De rol van de overheid in de verdeling wordt door de STZ als belangrijk ervaren en moet ook aanwezig blijven. Een minderheid van de partijen (een individuele medisch specialist en Achmea) ziet wel mogelijkheden in aanbesteding zoals beschreven in het consultatiedocument. Paragraaf 4.3.1 en 4.3.2 gaat in op de manieren van verdeling waarbij deze punten in gedachten zijn gehouden.
 - De eigen bijdrage van de aios wordt door NOV, LVAG, NVR, NVPC en de Orde als oneerlijk en onnodig gezien. Achmea en NFU zijn juist voorstander van het invoeren van een eigen bijdrage. In paragraaf 4.3.3 komt deze optie aan bod.

Relatie medisch specialist en raden van bestuur van ziekenhuizen (paragraaf 2.3)

- De Orde van medisch specialisten geeft aan dat te veel wordt gekeken naar de medisch specialist. Ook de Raden van Bestuur dragen verantwoordelijkheid voor het benutten van de wettelijk gecreëerde sturingsmogelijkheden. Hier is een kwaliteitsslag nodig. Brancheorganisaties STZ en NVZ geven aan dat verandering wel nodig is. Zij vinden het vooral van belang dat de belangen van beide partijen dezelfde kant uitwijzen.
- In het algemeen zijn de partijen tegen het loslaten van de honorariumcomponent binnen DBC's. Het argument is dat de verhoudingen tussen Raden van Bestuur en medisch specialisten dan onder druk worden gezet terwijl het juist van belang is om gelijkgezind te zijn.
- De genoemde initiatieven om de bedrijfsvoering te verbeteren worden als goed ervaren. Maar de gedachtegang is dat dit niet landelijk ingevoerd kan worden vanwege de specifieke kenmerken van ziekenhuizen.

1.2 Begrippen

Marktimperfecties

Marktimperfecties zijn beperkingen in de marktstructuur die een doelmatige afstemming van de vraag naar en het aanbod van specialistische zorg belemmeren.

Tekort

Tekort wordt in de Van Dale omschreven als “een hoeveelheid die ontbreekt aan een bepaalde voorraad, zodat deze onvoldoende is”. In dit document betekent tekort dat de vraag naar medisch specialistische zorg groter is dan het huidige aanbod van medisch specialisten kan voldoen. Gevolgen van tekorten zijn wachttijden, toenemende werkdruk voor artsen en afwezigheid van concurrentiedruk tussen medisch specialisten.

Medisch specialisten

Medisch specialisten, oftewel klinisch specialisten, die in dit document worden bedoeld zijn de volgende:

- anesthesiologie;
- cardio-thoracale chirurgie;
- plastische chirurgie;
- keel-neus-oorheelkunde;
- dermatologie en venerologie;
- oogheelkunde;
- neurochirurgie;
- urologie;
- radiologie;
- kindergeneeskunde;
- medische microbiologie;
- radiotherapie;
- obstetrie en gynaecologie;
- heelkunde;
- cardiologie;
- nucleaire geneeskunde;
- orthopedie;
- reumatologie;
- pathologie;
- neurologie;
- maag-darm-leverziekten;
- interne geneeskunde;
- longziekten en tuberculose;
- revalidatiegeneeskunde;
- klinische genetica;
- klinische geriatrie.

Psychiatrie is een specialisme dat niet onder de 1^e tranche van het Opleidingsfonds hoort.⁸ Wanneer er cijfers worden genoemd met betrekking tot de medisch specialisten staat er uitdrukkelijk bij als psychiaters worden meegerekend. Wanneer er in algemene zin wordt gesproken over medisch specialisten, dan worden de psychiaters ook bedoeld.

⁸ De medisch specialistische opleidingen (behalve de psychiatrie, die voor het Opleidingsfonds als een 2^e tranche zorgopleiding geldt) vormen tezamen met de zogenaamde bètaberoepen (klinische fysica, klinische chemie en ziekenhuisapotheker) en de tandheelkundig specialismen (kaakchirurgie en orthodontie) de 1^e tranche zorgopleidingen.

Numerus fixus

De numerus fixus is een studentenstop die wordt toegepast op de initiële opleiding geneeskunde. Op deze manier bepaalt men hoeveel studenten aan de studie geneeskunde toegelaten worden.

1.3 Leeswijzer

In dit document adviseert de NZa over aanpassingen in de marktordening om de tekortenproblematiek bij medisch specialistische zorg op te lossen.

Hoofdstuk 2 beschrijft de waargenomen marktimperfecties. De gevolgen van deze imperfecties worden verder uitgewerkt en besproken.

Het tot stand komen van het aanbod van medisch specialistische zorg is in hoofdstuk 3 gepresenteerd.

In hoofdstuk 4 adviseert de NZa maatregelen om de marktimperfecties op te lossen of verminderen. Er worden aanpassingen geadviseerd voor zowel de korte als de lange termijn.

Hoofdstuk 5 geeft een schematisch overzicht van deze adviezen weer.

2. Marktimperfecties

Marktimperfecties zijn beperkingen in de marktstructuur die een doelmatige afstemming van de vraag naar en het aanbod van specialistische zorg belemmeren.

In het consultatiedocument 'Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg' (NZa, 2009a) geeft de NZa aan signalen vanuit de literatuur en rapportages te hebben ontvangen die op een tekort van medisch specialisten wijzen. De tekorten zijn vooral specialismenspecifiek: uit de consultatieronde is naar voren gekomen dat anesthesiologie, maag-, darm- en leverziekten, revalidatieartsen, orthopedie, plastisch chirurgie, reumatologie, kindergeneeskunde, psychiatrie, pathologie en radiotherapie momenteel een tekort kennen. Tevens is de verwachting dat bij het specialisme ouderengeneeskunde en jeugd- en gehandicaptenzorg in de komende jaren een nijpend tekort zal voorkomen (RVZ, 2010). Ook is het uit de consultatieronde gebleken dat taakherschikking zeer specialismenspecifiek is en vooral bij de ondersteunende specialismen een toegevoegde waarde heeft.

Op den duur zullen de vergrijzing van de bevolking, het toenemende aantal chronisch zieken met verwante comorbiditeiten, en de groeiende zorgvraag het schaarsteprobleem verder versterken. Het is dus van belang dat de huidige (maar ook de toekomstige) tekorten aan medisch specialisten worden aangepakt om de negatieve effecten op de publieke belangen te kunnen voorkomen en een gelijk speelveld binnen de ziekenhuisorganisatie te kunnen creëren.

Verschillende studies en rapportages van onder andere de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB, 2008), de ziekenhuisstudie van Roland Berger (2009), de arbeidsmarktmonitor van Medisch Contact (2009d), het rapport van Toegepast Gezondheids Onderzoek (2009) en de internationale Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (Fujisawa en Lafortune, 2008) ondersteunen dit beeld van tekorten in bepaalde specialismen.

Recent heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 2010) een advies gepubliceerd waarin wordt aangegeven dat in de organisatie van de medisch specialistische zorg veranderingen noodzakelijk zijn om het tekort aan artsen op te lossen en de groeiende zorgvragen te voldoen. Tevens verwijst het rapport brede heroverwegingen van de werkgroep Curatieve zorg (Ministerie van Financiën, 2010) naar de dreiging van forse personeelstekorten op de lange termijn. Hun voorstel is een overweging van de opheffing van de numerus fixus en van de beperking van het aanbod van specialistenopleidingsplaatsen.

In dit hoofdstuk beschrijft de NZa de *status quo* van de tekorten aan bepaalde medisch specialismen. Vervolgens wordt er naar de effecten van de tekorten op de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid nagekeken. Ten slotte komt het effect van de tekorten op de *governance* van ziekenhuizen – de relatie tussen medisch specialist en Raad van Bestuur – aan de orde.

2.1 Status quo

Er is tegenwoordig een aantal medisch specialismen dat een tekort toont. Door het Capaciteitsorgaan (reactie op consultatiedocument) wordt aangegeven dat bij vooral MDL-artsen, revalidatieartsen, nucleair geneeskundigen, medische microbiologen en psychiaters sprake is van

onvervulde vraag.⁹ Met deze tekorten wordt rekening gehouden in het kader van het komende Capaciteitsplan 2010. Een verdere groei van het aantal specialisten is in de toekomst noodzakelijk vanwege een aantal factoren zoals: de vergrijzing van de bevolking en multimorbiditeit, de toenemende populariteit van deeltijdwerk onder specialisten (zowel vrouwen als mannen), veranderende opvattingen over de te aanvaarden werkdruk en de aantrekkelijkheid/populariteit van specialismen. Volgens de RVZ (2010) zijn er inderdaad bepaalde specialismen die minder 'populair' onder de aios zijn. Juist in deze specialismen is een tekort te verwachten (bijvoorbeeld ouderengeneeskunde en jeugd- en gehandicaptenzorg) en zouden de studenten in de basisopleiding gestimuleerd moeten worden – ook al tijdens hun co-schappen – deze specialisatie van de geneeskunde te kiezen. Dit impliceert dat de mate waarin in het basiscurriculum voor de opleiding tot basisarts aandacht wordt besteed aan de diverse medisch specialismen uitermate belangrijk is (reactie CBOG op consultatiedocument). Tevens onderstreept het CBOG en V&VN (zie reactie op consultatiedocument) dat er een tekort is te verwachten bij de verpleegkundig specialisten in 2020, met name in de ouderenzorg (geriatrie).

Lange wachttijden en lange openstaande vacatures zijn ook belangrijke signalen voor tekorten. De vacatures kunnen gezien worden als de factor die de capaciteitsbehoefte aan aios en medisch specialisten weergeeft. De Onderwijs & OpleidingsRegio (OOR) Noord en Oost Nederland verwacht bijvoorbeeld dat in deze regio de komende tien jaar een artsentekort voor alle specialismen zal verschijnen. Op dit moment is al sprake van 50% meer openstaande vacatures dan in andere regio's in Nederland (Toegepast Gezondheids Onderzoek, 2009). De eerder benoemde factoren van feminisering, bevolkingsvergrijzing, deeltijdwerken en toenemende zorgvraag zijn de redenen voor een extra capaciteitsbehoefte in de toekomst in deze regio. Volgens Medisch Contact (2010a) bereikte het aantal vacatures in Nederland voor artsen afgelopen kwartaal een ongekende hoogte. Als mogelijke oplossing wordt voorgesteld om artsen langer te laten doorwerken.¹⁰

De rapportage van Van Baalen et al. (2008) geeft een overzicht weer van de specialismen waarvan het beschikbare aantal gesubsidieerde opleidingsplaatsen onderbenut wordt. Deze laatste groep specialismen wordt ook aangeduid als *tekortsectoren*. Volgens de onderzoekers verschillen de redenen voor onderbenutting van opleidingsplaatsen in de tekortsectoren per specialisme. Het onderzoek geeft aan dat de wetenschappelijke verenigingen hier een rol in spelen, hetzij omdat de ramingen van het Capaciteitsorgaan niet overeenkwamen met die van de wetenschappelijke vereniging, hetzij door de praktische problemen die ontstaan bij het vergroten van de opleidingscapaciteit (bijvoorbeeld de verhouding stafleden en aios, de investeringstekorten, en de beschikbaarheid van de OK) (Van Baalen, 2008). Dit vormt een belangrijke belemmering voor de uitbreiding van de vervolgopleidingscapaciteit en dus de toetreding tot de arbeidsmarkt.

⁹ De factor onvervulde vraag is de graadmeter die nagaat hoe het evenwicht is bij de aanvang van de raming, in dit geval begin 2007, tussen de vraag naar en het aanbod van zorg. Het gaat daarbij om tekorten aan werkzame specialisten en om suboptimaal werken. Wachttijsten en vacatures kunnen daarvan een afspiegeling vormen (Capaciteitsorgaan, 2008).

¹⁰ Medisch Contact (2010a) geeft aan dat het overheidsbeleid hierop is gericht. De regelingen voor vervroegd pensioen zijn bijvoorbeeld afgeschaft. Barrières voor ambtenaren (zoals academisch medisch specialisten) om door te werken na het 65^{ste} levensjaar, zijn opgeheven en de pensioengerechtigde leeftijd is opgeschoven naar 67.

Tabel 1 vat de specialismen met tekorten en die met onderbenutte opleidingsplaatsen samen.

Tabel 1. Specialismen met tekorten

| Specialismen met tekort | Specialismen met onderbenutte opleidingsplaatsen |
|-------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Maag-darm-leverziekten | Cardio-thoracale chirurgie |
| Nucleaire geneeskunde | Dermatologie en venerologie |
| Obstetrie en gynaecologie | Keel- neus- en oorheelkunde |
| Revalidatiegeneeskunde | Neurologie |
| Orthopedie | Oogheelkunde |
| Anesthesiologie | Urologie |
| Plastisch Chirurgie | Pathologie |
| Reumatologen | Radiologie |
| Kinderartsen | |
| Psychiatrie | |
| Pathologie | |
| Radiologie | |
| Sub/superspecialismen (allergologen en intensivisten) | |

Bron: reacties op consultatiedocument; Van Baalen (2008)

Behalve een tekort aan medisch specialisten is er bij het aanbieden van medisch specialistische zorg ook sprake van een tekort aan ondersteunende beroepen (RVZ, 2010). Hierdoor kan een medisch specialist minder zorg leveren dan in beginsel mogelijk zou zijn. Een voorbeeld zijn de eerder genoemde verpleegkundig specialisten.

2.2 Effecten op publieke belangen

De tekorten aan medisch specialisten in bepaalde specialismen hebben gevolgen op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. Om de publieke belangen in de toekomst te waarborgen is het wenselijk om meer artsen op te leiden, zodat er een klein overschot is bereikt. Door aanwezigheid van een licht overschot aan medisch specialisten (bij alle medisch specialismen) worden tekorten voorkomen. Hierdoor ontstaat concurrentie tussen medisch specialisten. Tevens leidt het lichte overschot in combinatie met de voorgenomen budgettering van medisch specialisten tot een gelijk speelveld binnen de ziekenhuisorganisatie. De NZa is daarom van mening dat er gekoerst moet worden op een licht overschot aan medisch specialisten in alle specialismen. De effecten van het vergroten van het aantal medisch specialisten worden in deze paragraaf beschreven.

Toegankelijkheid

Verschillende specialismen kampen met wachttijden die de treeknormen, oftewel de *aanvaardbare* wachttijden, overschrijden (NZa, 2010).¹¹ Een groter aanbod aan medisch specialisten betekent dat de gemiddelde wachttijden tot het verkrijgen van een zorgdienst zal afnemen. De keuzevrijheid van de patiënt wordt uitgebreider en laagdrempeliger.

¹¹ 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.

Tevens is het aannemelijk dat de aanwezigheid van meer specialisten de latente vraag zal opvangen.

Als gevolg hiervan is de verwachting dat de patiëntentevredenheid toeneemt omdat afspraken met specialisten snel kunnen worden gemaakt en de toegang tot de zorg laagdrempelig is.

Mogelijkerwijs bestaat er een neveneffect aan de vergrote toegankelijkheid tot medisch specialistische zorg. De literatuur wijst op een toenemend zorggebruik indien er meer artsen beschikbaar zijn (Carlsen and Grytten, 1998; Stano, 1985). Het is in de wetenschap nog steeds een moeilijke kwestie om te bewijzen of het stijgend zorggebruik een gevolg is van de beschikbaarheid van meer artsen (*availability effect*) waardoor de latente vraag van zorg werd behandeld of een gevolg van het induceren van extra vraag door de aanbieder (*supply induced demand*) waardoor onnodige zorg wordt geleverd.

Liao (2009) heeft recent een job market paper gepubliceerd waarin hij deze twee effecten probeert te onderscheiden. Volgens Liao hebben de vorige onderzoeken op een incorrecte manier het aanbodgeïnduceerde vraag fenomeen geschat/geïnterpreteerd omdat er geen rekening werd gehouden met het *availability* effect.

Kwaliteit

Kwaliteit is een primair begrip in de literatuur dat niet expliciet te definiëren is. Het model van Donabedian (1980) wordt vaak als uitgangspunt gebruikt voor de verklaring van de kwaliteit in de gezondheidszorg. Dit model kijkt naar de structuur, het proces en de uitkomsten/resultaten van de geleverde zorg.

Een ander significante factor voor het meten van de kwaliteit is de gezondheidswinst. Het gaat hierbij om de gezondheid van de populatie. Tevens speelt ook de patiëntentevredenheid een belangrijk aspect in de zorgverlening (subjectieve kwaliteit).

Afhankelijk van de kwaliteitsdefinitie die wordt gehanteerd zijn er verschillende uitkomsten realiseerbaar.

Vanuit de wetenschappelijke literatuur is er geen eenduidige conclusie over het effect van meer medisch specialisten opleiden op de gezondheidswinsten (Wennberg et al., 2008; Cooper, 2008). Wel is er een positieve correlatie tussen het aantal medisch specialisten en het gebruik van de zorg. Hoe groter het aantal artsen hoe meer zorg wordt geleverd. Dit is op zich geen issue als het opvullen van de latente vraag zich vertaalt in extra zorg. Het is echter problematisch op het moment dat de extra zorg tot aanbodgeïnduceerde vraag leidt.

Het is aannemelijk dat de subjectieve kwaliteit, met andere woorden de patiëntentevredenheid, verbetert omdat een groter aanbod van medisch specialisten die met elkaar gaan concurreren de klantvriendelijkheid en dienstverleningskwaliteit doet toenemen.

De medisch specialisten hebben een intrinsieke motivatie om kwaliteit te leveren. In een concurrerende markt is het aannemelijk dat de prikkels om te gaan innoveren nog sneller tot stand komen om zich te differentiëren in de dienstverlening.

Sociologen verklaren dit fenomeen door middel van de zogenoemde 'sociale besmetting' (*social contagion*) literatuur die erop wijst dat het gedrag van artsen omtrent innovatie een functie is van hun blootstelling aan de kennis, het gedrag en opvattingen van collega's (Van den Bulte en Lilien, 2001).

Betaalbaarheid

Een stijging in het aantal medisch specialisten veroorzaakt op de korte termijn een toename aan volume en dus aan de zorguitgaven. Deze positieve correlatie is door verschillende onderzoeken bewezen (RVZ, 2010; Pomp, 2009). Let op, een toenemend volume betekent niet *per se* aanbodgeïnduceerde vraag. Er kan immers sprake zijn van latente zorgvraag.

Op de lange termijn zijn de effecten van een ruimer aanbod aan medisch specialisten op de betaalbaarheid minder voorspelbaar. Dit is mede afhankelijk van het bekostigingsstelsel.

Het is aannemelijk dat hoe groter de pool aan medisch specialisten des te meer de relatie tussen de Raad van Bestuur van de ziekenhuizen en de medische staf in balans wordt. Zoals de RVZ (2010) redeneert is het reëel te verwachten dat, met een licht overschot aan specialisten, (individuele) aanbieders meer bereid zullen zijn om op lokaal niveau extra afspraken/verplichtingen vast te leggen.

Als het ziekenhuis risico's gaat lopen over de uitgaven en als het aantal medisch specialisten toeneemt wordt hun positie enigszins verzwakt bij de onderhandelingen over de vergoeding voor specialistische zorg, waardoor bij vrije prijsvorming een neerwaartse druk op de prijzen ontstaat.

2.3 De positie van medisch specialisten

Medisch specialisten leveren de zorg feitelijk en zijn daardoor onmisbaar in de zorgverlening. Zij hebben een voorsprong in medische kennis en kunde en zijn in relatie tot andere marktpartijen (de patiënt, het ziekenhuis en de verzekeraar) de expert. Over het algemeen bestaat er bij patiënten en andere stakeholders ook een groot vertrouwen in de kwaliteit van de medisch specialist in Nederland. Deze aspecten stellen de medisch specialist in staat om zijn/haar beroep met een grote mate van zelfstandigheid uit te oefenen (professionele autonomie) maar leidt tot een informatieasymmetrie in relatie tot andere partijen als patiënten, ziekenhuizen en de overheid (Besanko et al., 2007).

Tevens is de positie van de medisch specialisten sterk in de governancestructuur van ziekenhuizen omdat de aanwezigheid van tekorten de keuze van het ziekenhuis beperkt om nieuwe artsen aan te nemen.

Deze onafhankelijkheid kan een negatief effect hebben op de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, waar afspraken worden gemaakt om de juiste zorg aan patiënten op doelmatige wijze te leveren.

In de volgende paragrafen benoemt de NZa een aantal aspecten waarin de onafhankelijkheid van de medisch specialist duidelijk wordt.

2.3.1 Rol van de medisch specialisten bij opleidingsplaatsen

Vanwege de expertfunctie is de inbreng van medisch specialisten van groot belang bij het tot stand komen van de opleiding tot medisch specialisten. Tevens is deze kennis nodig bij het bepalen van de instroom van artsen om tot de benodigde hoeveelheid medisch specialisten te komen die aan de toekomstige zorgvraag kunnen voldoen. Zij weten immers welke vraag een medisch specialist aankan zonder dat op de kwaliteit wordt ingeleverd. Er is sprake van een informatieasymmetrie tussen de medisch specialisten en de minister van VWS die moet aangeven hoeveel opleidingsplaatsen gesubsidieerd moeten worden.

Verschuillende rapporten (Varkevisser et al., 2006; Varkevisser et al., 2009; van Baalen, 2008) geven aan dat de benodigde nieuwe instroom van aios is gekenmerkt door informele spelregels en verschuillende belangen van de betrokken veldpartijen.

2.3.2 Onafhankelijke positie medisch specialisten tegenover het ziekenhuis (bestuur)

Het ziekenhuisbestuur heeft verregaande wettelijke verantwoordelijkheden toebedeeld gekregen. Zo zijn besturen van ziekenhuizen sinds de introductie van de Kwaliteitswet Zorginstellingen in april 1996 eindverantwoordelijk voor zowel de kwaliteit van de zorg als de financiële uitkomsten.¹² Ook de wettelijke eisen van 'good governance' nemen toe.

Door de toegenomen eigen verantwoordelijkheid van ziekenhuizen voor het aanbieden van zorg wordt een centrale aansturing van ziekenhuizen vanuit de Raad van Bestuur nog belangrijker. Door de gaandeweg toenemende concurrentiedruk worden ziekenhuizen gedwongen om doelmatige zorg te leveren.

Raden van Bestuur van ziekenhuizen kunnen deze verantwoordelijkheden echter uitsluitend waarmaken als zij voldoende zeggenschap hebben over de processen in het ziekenhuis en de organisatie vanuit hun visie kunnen sturen. Hoewel Raden van Bestuur al wettelijke bevoegdheden hebben om eigen strategieën te ontwikkelen, is de ruimte om die in de praktijk te brengen vaak gering¹³, omdat de beslissingsbevoegdheid in interne processen veelal bij de medische specialisten berust.¹⁴

De NZa ziet verschuillende oorzaken voor de beperkte ruimte van de Raden van Bestuur van het ziekenhuis, te weten; de collectivisering van medisch specialisten en de onderhandelingsruimte. Ook de manier van contracteren leidt tot een niet optimale situatie.

Collectivisering

Binnen de ziekenhuisorganisatie zijn er twee soorten collectiviteiten¹⁵: de medische staf als geheel en daarnaast de belangengroepen van de verschuillende geledingen (dienstverbanders, vrijgevestigden, arts-assistenten). De medische staf is op alle wezenlijke punten van het ziekenhuisbeleid de onderhandelingspartner van het ziekenhuisbestuur geworden (Scholten and Van der Grinten, 2002).

In de meeste ziekenhuizen hebben de medisch specialisten zich georganiseerd in maatschappen (vrijgevestigde specialisten) en/of vakgroepen (specialisten in dienstverband), die beschikken over verregaande autonomie binnen het ziekenhuis. Meestal beslissen zij voor

¹² Dit is recentelijk nog bevestigd door de minister van VWS in zijn brief 'Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning' aan de Tweede Kamer VWS (2009). Tweede Kamerbrief: Ruimte en rekenschap voor zorg en ondersteuning. Kenmerk AC-U-2941595.

¹³ Moens en Kemenade (2008) concluderen 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 artsen.

¹⁴ RVZ, 2009; Varkevisser et al., 2006; Scholten and Van der Grinten, 2002; Folmer and Westerhout, 2002.

¹⁵ Deze collectiviteit is ontstaan op verzoek van besturen ten tijde van de totstandkoming van het MTO 2001/2002 en is neergelegd in het Document Medische Staf (DMS). Het onderhandelen met medisch specialisten zou efficiënter zijn met één vertegenwoordiger dan met elke specialist apart.

het eigen specialisme over de strategische koers van het ziekenhuis. De medisch specialisten besluiten (mee) over het aantal specialisten dat voor een bepaald specialisme nodig is en over het aantal opleidingsplaatsen in het ziekenhuis. Het ziekenhuis vervult een ondersteunende rol bij het realiseren van de faciliteiten en de overhead die nodig is voor de medisch specialistische zorg.

Weinig onderhandelingsruimte bij afspraken over honorarium specialist
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.

De aparte landelijke regulering van het honorarium van specialisten vormt een aanzienlijk deel van de uitgaven van de specialistische zorg voor een ziekenhuis. Voor ziekenhuizen is het onmogelijk, om deze variabele te veranderen en daarmee eventueel een voordeel te behalen ten opzichte van concurrenten. Ook in de onderhandelingen met de vrijgevestigde medisch specialisten hebben ziekenhuizen nu niet *een prijsprikkel*/mogelijkheid om lagere tarieven af te spreken, afgezien van de bestaande bandbreedte. In box 1 komt dit aan de orde.

Box 1: huidige regulering medisch specialisten

Specialisteninkomsten 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 een bandbreedte toepassen op het honorariumbedrag. 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 onafhankelijke positie van de specialisten hebben ziekenhuisbestuurders uiteindelijk alleen maar last van de huidige regeling, omdat zij de medisch specialisten meer moeten betalen om boven het gemiddelde bandbreedtetarief uit te komen wat zij van de zorgverzekeraars ontvangen.¹⁶

Budgettering medisch specialisten

Het kabinet heeft een wetvoorstel in voorbereiding om de uitgaven voor medisch specialisten te kunnen budgetteren. Uitgangspunt daarbij is dat ziekenhuis het budget voor de honoraria beheert en daaruit de medisch specialisten betaalt. VWS heeft de NZa gevraagd dit budgetmodel verder

¹⁶ Er zijn nog geen cijfers bekend in hoeverre de bandbreedte gebruikt wordt door medisch specialisten en ziekenhuizen.

uit te werken en voor 1 juli 2010 met een advies te komen over de invoering ervan.

De contractuele relatie tussen ziekenhuis en medisch specialist

De formele relatie tussen de Raad van Bestuur en de medisch specialist is gebaseerd op diverse raamovereenkomsten die in onderhandelingen tussen de branchevertegenwoordigers van medisch specialisten en ziekenhuizen zijn vastgesteld. Dit zijn:

- De Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS) voor medisch specialisten in dienstverband.
- De Model Toelatingsovereenkomst (MTO) voor vrijgevestigde medisch specialisten. Uit de MTO blijkt dat de contractuele relatie tussen medisch specialist en het ziekenhuis geen hiërarchische arbeidsverhouding betreft. De hierin opgenomen verplichtingen van het ziekenhuis zijn vooral ter ondersteuning van de dienstverlening door de medisch specialist. De verplichtingen van de specialist zijn erop gericht om het (eigen) deel van het zorgassortiment dat het ziekenhuis het publiek aanbiedt in te vullen (RVZ, 2009).
- Bij de algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en revalidatie-instellingen is tevens het Document Medische Staf (DMS) van toepassing, zowel voor medisch specialisten in loondienst als vrijgevestigde medisch specialisten. Het DMS bestaat uit een algemeen en een bijzonder deel dat ziekenhuisspecifiek is. Het DMS legt afspraken vast over collectieve verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden. Academische ziekenhuizen hebben geen DMS.
- Een individuele arbeidsovereenkomst tussen de medisch specialist en het ziekenhuis.

Aan vrije vestiging is een aantal fiscale voordelen gekoppeld. Zo hebben de vrijgevestigde medisch specialisten vrijstelling van de BTW en zijn de praktijkkosten aftrekbaar. Anderzijds heeft de huidige contractvorm ook de voordelen van een loondienstcontract, omdat 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 het gebouw volledig.
- Niet de volledige risico's lopen van een vrije ondernemer, zoals een faillissement. Zoals bij het tweede punt is opgemerkt, draagt het ziekenhuis de kosten.
- Geen 'acquisitie' hoeven te doen. Deze taak ligt bij het ziekenhuis.

Uit onderzoek blijkt dat dit soort gemengde contractvormen tot inefficiëntie in het zorgaanbod kunnen leiden, waarvoor uiteindelijk de consument moet betalen.¹⁷ Een combinatie van beide situaties, waarbij de ondernemersrisico's bij de vrijgevestigde medisch specialisten worden weggehaald, ondermijnen de prikkels die van loondienst respectievelijk vrije vestiging uitgaan.

Geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf

Er zijn verschillende ontwikkelingen gaande die maken dat ziekenhuizen steeds meer als geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf gaan fungeren. De toegenomen concurrentie dwingt ziekenhuizen ertoe duidelijke keuzes te maken over hoe ze zich willen positioneren voor het aanbieden van verschillende soorten medisch specialistische zorg. Ziekenhuizen komen voor vragen te staan als : "Waar zijn we goed in, waar willen we topkwaliteit bieden en waar kunnen we zorg beter aan

¹⁷ Zie Holstrom and Milgrom (1994) en voor verdere uitwerking het consultatiedocument.

anderen overlaten omdat ze ze daar beter in zijn dan wij". Door de eerder geschetste veranderingen in de governance en bekostiging nemen de sturingsmogelijkheden van raden van bestuur toe waardoor ziekenhuizen sneller en beter kunnen inspelen om de veranderende omgeving. De integratie van de bekostiging van vrijgevestigde specialisten via de voorgenomen budgettering is daar een element van.

2.4 Conclusie

Uit de consultatieronde en literatuurbronnen heeft de NZa geconstateerd dat er een aantal medisch specialismen zijn die een artsentekort tonen. Vooral anesthesiologie, maag-, darm- en leverziekten, revalidatie, orthopedie, plastisch chirurgie, reumatologie, kindergeneeskunde, psychiatrie, pathologie en radiotherapie kampen op dit moment met een tekort aan medisch specialisten.

Een ruimer aanbod aan medisch specialistische zorg heeft gevolgen voor de publieke belangen kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Het is reëel te verwachten dat door een groter aanbod aan medisch specialisten de gemiddelde wachttijden lager worden. Tevens wordt de keuzevrijheid van de patiënt uitgebreider en laagdrempelig. Als gevolg hiervan is de verwachting dat de patiëntentevredenheid toeneemt.

Vanuit de wetenschappelijke literatuur is er geen eenduidige conclusie over het effect van het opleiden van meer medisch specialisten op de gezondheidswinsten. Het is echter te verwachten dat een groter aanbod van medisch specialisten die met elkaar gaan concurreren de klantvriendelijkheid en dienstverleningskwaliteit doet toenemen. Tevens wordt de prikkel om innovaties te ontwikkelen versterkt.

Een stijging in het aantal medisch specialisten veroorzaakt op de korte termijn een toename aan volume en dus aan de zorguitgaven. Een toenemend volume betekent echter niet dat het om aanbodgeïnduceerde vraag gaat. Er kan immers sprake zijn van latente zorgvraag. Op de lange termijn zijn de effecten van een ruimer aanbod aan medisch specialisten minder voorspelbaar.

Een groter aanbod aan medisch specialisten verandert de relatie met de Raden van Bestuur. Bij vrije prijsvorming zouden de onderhandelingen over de vergoeding voor specialistische zorg een neerwaartse druk op de prijzen veroorzaken.

Medisch specialisten leveren de zorg en zijn daardoor onmisbaar in de zorgverlening. Zij hebben een zelfstandige positie binnen het ziekenhuis. Deze onafhankelijkheid wordt door verschillende factoren veroorzaakt, zoals hun belangrijke rol in het opleidingssysteem, de collectivisering binnen het ziekenhuis en de geringe onderhandelingsruimte bij afspraken over het honorarium van de specialist.

3. Het aanbod van medisch specialistische zorg

In dit hoofdstuk bespreekt de NZa de factoren die van invloed zijn op het aanbod van medisch specialisten.

De eerste factor die aan de orde komt is de numerus fixus. De redenen voor de invoering van de numerus fixus worden nader besproken en uitgewerkt.

De tweede relevante factor voor het bepalen van het medisch specialistische aanbod is de uitstroom uit het vak.

Tenslotte beschrijft de NZa overige factoren zoals de instroom vanuit het buitenland en de invloed van het veld op de toetreding.

3.1 Eerste factor: numerus fixus

In Nederland bestaat er sinds de jaren '60 van de twintigste eeuw de numerus fixus voor de studie geneeskunde. De bestaande universiteiten konden toen de toestroom van nieuwe studenten niet meer aan. Het instellen van een numerus fixus heeft als doel de afstemming van de opleidingscapaciteit op de behoefte aan artsen.

De redenen voor deze afstemming zijn de volgende:

- Er is een risico dat aanbodgeïnduceerde vraag ontstaat bij een overschot aan artsen.
- Er moet een controle zijn op de zorguitgaven vanwege de stijging van de kosten. De kosten die met de opleiding gepaard gaan zijn te hoog om te investeren in artsen die niet 'nodig' zijn. Men vreest dat er onvoldoende werk is voor de afgestudeerden als alle studenten zouden worden aangenomen.
- Het varkenscycluseffect moet worden voorkomen.
- Er zijn onvoldoende docenten en/of universiteiten om alle studenten aan te nemen.

Aanbodgeïnduceerde vraag

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). In een systeem waarbij zorgaanbieders voor elke handeling afzonderlijk betaald krijgen (*fee for service*), is de kans op aanbodgeïnduceerde vraag groot. De huidige DBC-bekostigingssystematiek voor medisch specialisten in maatschappen is dan ook gevoelig voor aanbodgeïnduceerde vraag.

Waar rekening mee moet worden gehouden is het bestaan van latente vraag. Bij een stijging van het aanbod van zorg wordt er meer zorg geconsumeerd (Carlsen en Grytten, 1998; Stano, 1985). Er moet binnen deze stijging in productie echter onderscheid gemaakt worden tussen onnodige zorg (overbehandeling), en de behandeling van latente, noodzakelijke vraag. Recent heeft Pomp (2009) een onderzoek gedaan naar de aanwezigheid van aanbodgeïnduceerde vraag en het risico hierop bij stijging van het aantal medisch specialisten in de ziekenhuiszorg in Nederland.¹⁸ De richtlijnen alleen van de onderzochte specialismen en aandoeningen geven geen concrete handvaten om te

¹⁸ Onderzochte specialismen waren orthopedie, oogheelkunde, gynaecologie, neurologie, chirurgie, KNO, dermatologie, neurochirurgie, plastisch chirurgie en urologie.

bepalen of binnen een patiëntenpopulatie sprake is van over of onderbehandeling.

Volgens Pomp (2009) is de huidige beperking van het aanbod van artsen niet noodzakelijk om aanbodgeïnduceerde vraag te voorkomen. Bij de zorgverzekeraars bestaat er bijvoorbeeld nog ruimte om bij de inkoop van zorg aanbodgeïnduceerde vraag tegen te gaan. Zo kunnen zij inkoopafspraken maken over het terugdringen van het aantal onnodige verrichtingen of contracten afsluiten waarin prikkels zijn ingebouwd die de volumegroei afremmen.

Controle op de zorguitgaven

Een tweede reden voor het instellen van de numerus fixus is om de zorguitgaven onder controle te houden. Het Kabinet voorziet een stijging van het zorgbudget in de komende jaren. Door middel van het budgettair kader zorg (BKZ) wil de overheid de zorguitgaven niet explosief laten stijgen. De opleidingen tot medisch specialisten worden door collectieve financiële middelen bekostigd. Deze opleidingen hebben een lange duur (gemiddeld 12 jaar) en zijn prijzig. Voor de initiële opleiding komen de marginale kosten per student boven de huidige numerus fixus neer op 123.000 euro (mits verruiming numerus fixus opgevangen kan worden in de huidige capaciteit. Dit betreft 300 plaatsen). Voor de vervolgoopleidingen zijn de huidige kosten ongeveer 1 miljard euro. Gemiddeld zijn de kosten per opleidingsplaats 648.000 euro (Houkes-Hommes, 2010). Meer artsen betekent op korte termijn een hoger volume zorgactiviteiten en dus een stijging in de zorguitgaven. Echter op den duur is het reëel te verwachten dat de relatie tussen de Raad van Bestuur van de ziekenhuizen en de medische staf evenwichtig wordt en daardoor treedt een sterkere controle op de zorguitgaven op.

Varkenscycluseffect

De numerus fixus voorkomt in theorie een varkenscycluseffect, met andere woorden fluctuaties in het aanbod van medisch specialisten. Echter, het is een lastige kwestie om het aanbod aan artsen precies te laten aansluiten op de toekomstige zorgvraag. Het blijven hanteren van de numerus fixus heeft dus geen voldoende onderbouwing.

3.1.1 Effecten regulering opleidingsplaatsen

Naast de beperking die een numerus fixus oplegt aan het aantal opleidingsplaatsen zijn er bijkomende onvolkomenheden die een regulering van de opleiding met zich mee brengt (zie reactie van CBOG op consultatiedocument). De door de overheid bekostigde opleidingsplaatsen moeten namelijk verdeeld worden over de geschikte opleidingsinstellingen.¹⁹

Administratieve lasten

Het huidige systeem van verdeling en financiering van de opleidingsplaatsen kent een hoge administratieve lastendruk voor de opleidingsinstelling, de opleiders, het CBOG en het ministerie van VWS.²⁰ Met name waar het gaat om de toewijzingssystematiek bij de instroom van nieuwe aios kan een vermindering van de administratieve lasten bijdragen aan een hogere productiviteit van medisch specialisten voor de directe patiëntenzorg.

¹⁹ In bijlage 2 wordt het systeem van deze toewijzing uiteengezet.

²⁰ 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.

Inflexibiliteit van het systeem

Financiering van de opleiding wordt gekoppeld aan het daadwerkelijk opleiden van een aios. De financiering wordt echter van tevoren geregeld en aan de instelling toegewezen. Daarnaast is het volgens de wet niet mogelijk om verkregen subsidies door te geven. Dit heeft als gevolg dat het niet mogelijk is om een ander ziekenhuis de subsidie voor de rest van het jaar te geven als een aios besluit om de opleiding elders voort te zetten. Er is met andere woorden weinig tot geen flexibiliteit als het gaat om mutaties gedurende het jaar.

Samenwerking tussen ziekenhuizen

Om opleidingen te kunnen verzorgen zijn algemene ziekenhuizen afhankelijk van universitair medische centra en in mindere mate ook andersom. Deze afhankelijkheid vloeit voort uit de eisen die het Centraal College van Medisch Specialisten (CCMS) aan opleidingen en opleidingsinrichtingen stelt.²¹ Deze eisen zijn zodanig dat opleidingsinstellingen de meeste opleidingen niet zelfstandig kunnen verzorgen. De opleiding wordt gegeven in clusters of zogenoemde opleidingscircuits waarin met twee of meerdere opleidingsinstellingen wordt samengewerkt.

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 bepaalde UMC heen kunnen. Het geconstateerde knelpunt binnen de noodzakelijke samenwerking is dat een UMC de mogelijkheid heeft een verzoek tot samenwerking te weigeren zonder enige motivering. Echter, als reactie op het consultatiedocument, hebben de brancheorganisaties STZ, NVZ en NFU aangegeven dat een UMC een poging tot samenwerken niet zou mogen weigeren als de MSRC een positief oordeel heeft gegeven over de betreffende instelling.

De UMC's zijn echter niet volledig onafhankelijk van de algemene ziekenhuizen, 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 dus ook afhankelijk van de periferie. De beschikkingen voor het jaar 2008 laten zien dat ongeveer 50% van de opleidingen in UMC's wordt gevolgd, en circa 32% in STZ-ziekenhuizen (Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen). 90% van de opleiding bestaat uit patiënt-gebonden werk.

Een aantal STZ-ziekenhuizen is in staat om een volledige opleiding aan te bieden.

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 optimale hoeveelheid opleidingsplaatsen toe te wijzen.

De huidige systematiek lijkt daarop nog niet te zijn gericht omdat de gemaakte kosten en geleverde kwaliteit niet worden meegenomen in de verdeling. Momenteel zijn er wel indicatoren die de kwaliteit van opleiding kunnen meten (D-RECT, PHEEM). Deze zijn echter niet één op één vergelijkbaar voor alle opleidingsinstellingen.

²¹ 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 aan. 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).

Het subsidiebedrag per opleidingsplaats is een gemiddelde van de opleidingen van verschillende specialismen over de verschillende opleidingsjaren. Het is dus niet voor elke opleiding gelijk aan de kosten. 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 komen doelmatigheidsvoordelen ten goede aan de opleidingsinrichtingen, en niet de daadwerkelijke opleiders zoals de medisch specialist. 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. Dit is een uitgemiddeld bedrag.

Een differentiatie van de vergoedingsbedragen zou bijvoorbeeld toegepast kunnen worden op de snijdende en ondersteunende specialismen. Ook ziekenhuizen die een beperkt aantal vervolgoedingen aanbieden zouden van de differentiatie in de vergoedingsbedragen kunnen profiteren.

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 leidt ertoe dat deze aanname nader moet worden bekeken.

Doorstroming

Een andere drempel die uit de praktijk naar boven komt is dat de doorstroom van basisartsen naar de vervolgoedingen (aios) een aantal jaren in beslag kan nemen. In deze periode werken de basisartsen in de instelling als artsen *niet* in opleiding als specialist (anios). De doorstroming zou vergemakkelijkt moeten worden.

3.2 Tweede factor: uitstroom

De uitstroom uit het vak bepaalt tevens het aanbod van medisch specialisten. De uitstroom is op verschillende onderdelen aanwezig:

- De uitschrijving van medisch specialisten uit het register.
- De niet-werkzame medisch specialisten die nog wel staan ingeschreven in het register.
- De uitstroom van aios.
- Het toenemende aantal medisch specialisten dat in deeltijd werkt.

Uitstroom wordt met name gerealiseerd doordat medisch specialisten zich uitschrijven als zodanig in het register.²²

Echter, wanneer een medisch specialist is ingeschreven in het register is niet zonder meer te concluderen dat hij daadwerkelijk werkzaam is als

²² 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 aan. 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).

medisch specialist. Het Capaciteitsorgaan geeft aan dat 84,7% van het aantal geregistreerde specialisten ook werkelijk werkzaam is als zodanig. De verwachting van het Capaciteitsorgaan is dat 17% van de in 2007 werkzame specialisten in 2012 zal stoppen met werken. Daarnaast zal de uittreding van specialisten de komende jaren stijgen omdat veel artsen bijna pensioengerechtigd zijn (Capaciteitsorgaan, 2008). Bij het bepalen van de grootte van de instroom in de opleidingen houdt het Capaciteitsorgaan wel rekening met de uitstroom uit het vak, de leeftijd waarop medisch specialisten stoppen met werken, de reservecapaciteit en de arbeidstijd. Bovendien zijn de uitvalpercentages door het Capaciteitsorgaan vanaf het jaar 2008 per specialisme berekend.

Verder is er de uitstroom van aios. In de periode 1995 tot 2007 is 8,5% van alle aios vroegtijdig gestopt met de vervolgopleiding (Capaciteitsorgaan, 2008). In 2008 besloot 9,3% van de aios om de specialisatie vroegtijdig voor gezien te houden (Medisch Contact, 2009b). De uitvalpercentages zijn aan het stijgen in de laatste jaren. Dit fenomeen varieert sterk per specialisme. De hoogste uitvalpercentages zijn terug te vinden bij klinische geriatrie (19,4%), medische microbiologie en reumatologie (beide 16,7%).

Er is echter ook uitstroom waar te nemen doordat medisch specialisten minder uren per week werkzaam zijn. Het Capaciteitsorgaan (2008) geeft aan dat in januari 2007 de gemiddelde deeltijdfactor voor alle specialismen (inclusief psychiatrie) gedaald is naar 0,89 fte. Dit komt neer op een daling van 2,2% in vijf jaar tijd. De toenemende populariteit van deeltijdwerken is onder meer het gevolg van het steeds groter wordende aandeel van vrouwen in de beroepsgroep van specialisten.²³ Een andere verandering betreft de opvattingen over de werkdruk voor medisch specialisten. Werkweken langer dan 48 uur worden in toenemende mate niet meer aanvaardbaar geacht.²⁴ De verkorting van de werkweek leidt ertoe dat meer medisch specialisten, aios en anios (arts *niet* in opleiding tot medisch specialist) nodig zijn om dezelfde hoeveelheid zorg te kunnen bieden.

3.3 Overige factoren

3.3.1 Toetredingsdrempels vanuit het veld

Medisch specialistische zorg is kennisintensief en vergt zowel in tijd als in kapitaal een grote investering. Een basisarts die nu een medisch specialistische opleiding gaat volgen zal pas over om en nabij zes jaar een volwaardig aanbod kunnen leveren. Dit betekent dat een tekort door een (niet te voorzien) grotere of gewijzigde vraag naar specialistische zorg pas op termijn opgelost kan worden door toestroom van nieuwe specialisten. Het is daarom van belang dat preventief acties worden ondernomen om tekorten te voorkomen. De bestaande toetredingsdrempels spelen hier een rol in.

²³ De deeltijdfactor bij vrouwen is 0,79 en bij mannen 0,94.

²⁴ Uit de Europese richtlijn Dir. 2000/34 E.C vloeit voort dat medisch specialisten en aios maximaal 48 uur per week mogen werken en aan bepaalde rusttijden moeten houden. De arbeidsinspectie heeft in 2009 bij 26 van de 31 gecontroleerde ziekenhuizen 98 overtredingen van deze richtlijn voor de werkdruk van aios geconstateerd. 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. Vanaf 1 augustus 2009 wordt deze richtlijn in heel Europa strakker gehandhaafd.

Het aantal opgeleide artsen wordt niet alleen beperkt door het vastgestelde gesubsidieerde opleidingsplaatsen voor aios.²⁵ Sommige opleidingsplaatsen worden feitelijk niet ingevuld, terwijl hier wel ruimte voor is in de subsidies (Capaciteitsorgaan, 2008; Van Baalen, 2008). Dit leidt tot de in paragraaf 2.1 genoemde tekortsectoren (Van Baalen, 2008). In de laatste jaren is het verschil tussen de ramingen van het Capaciteitsorgaan en het werkelijke aantal aios gedaald bij deze specialismen. Voor het grootste gedeelte komt dit doordat het Capaciteitsorgaan haar ramingen naar beneden heeft bijgesteld.²⁶ In 2008 zijn het voornamelijk de specialismen oogheelkunde en urologie die minder opleiden dan bedoeld. De redenen voor het niet invullen van de opleidingsplaatsen, en het zo creëren van een toetredingsdrempel, komt neer op de gedachte dat er minder specialisten nodig zijn dan het Capaciteitsorgaan heeft geraamd.

Een tweede theoretische aanname is dat dit veroorzaakt wordt doordat opleidingsinstellingen de vergoeding voor het opleiden onvoldoende lonend vinden of een andere prikkel hebben om minder medisch specialisten op te leiden dan nodig is om een licht overschot aan specialisten te creëren.

Andere factoren, behalve de hoogte van de vergoedingen, kunnen ook een rol spelen voor de niet ingevulde opleidingsplaatsen. Te denken valt bijvoorbeeld aan de aanwezigheid van voldoende opleiders om de verhouding opleiders/aios in balans te houden, of de mogelijkheid voor elke aios om voldoende expertise omtrent patiëntgebonden werk te ontwikkelen.

Een andere reden waarom gesubsidieerde opleidingsplaatsen niet worden gevuld is terug te leiden naar de aios zelf. Zij zijn immers degene die bepalen in welk specialisme zij zich willen specialiseren, en of een specialisme het waard is om op te wachten in plaats van een ander specialisme te kiezen. De intrinsieke motivatie voor een specialisme is leidend voor het maken van een keuze. Deze keuze wordt echter wel enigszins beïnvloed door de omgeving. Zo heeft de mate waarin in het basiscurriculum voor de opleiding tot basisarts aandacht wordt besteed aan de verschillende medisch specialismen gevolgen voor de instroom naar deze specialismen.

Verder zijn de arbeidsvoorwaarden van invloed op de keuze. Te denken valt aan de wijze van honorering, de mogelijkheid van subspecialisatie, aanbod van werkgevers, de mogelijkheid tot deeltijdwerken, het aantal werkuren en het carrière perspectief.

3.3.2 Beperkte toetreding vanuit het buitenland

Uit de rapportage van het Capaciteitsorgaan (2008) blijkt dat in het tijdsbestek van 2002 tot en met 2006 circa 540 specialisten uit het buitenland zijn ingestroomd. Het aandeel van buitenlandse medisch specialisten in het totale aantal nieuwe inschrijvingen in het specialistenregister is van 2004 tot 2008 min of meer stabiel.²⁷ Sinds 2008 is de instroom vanuit het buitenland fors gedaald. Het Capaciteitsorgaan verwacht dat deze instroom in de komende jaren zal gaan afnemen. Zij adviseert daarom om de benodigde hoeveelheid opleidingsplaatsen niet meer afhankelijk te laten zijn van de instroom

²⁵ Zie het rapport 'Schaarste tussen politiek en ramingen' van de NSOB (2008).

²⁶ Het Capaciteitsorgaan heeft in het advies voor 2006 voor alle specialismen behalve dermatologie, oogheelkunde en radiologie, een daling aanbevolen. De specialismen cardio-thoracale chirurgie, KNO, en neurologie hebben met behulp van cijfermatig onderzoek een bijstelling afgedwongen.

²⁷ Het percentage buitenlanders in het jaar 2004 kwam neer op bijna 20% (Capaciteitsorgaan, 2008).

buitenlandse artsen en de ramingen naar boven bij te stellen. Daarbij komt dat de beperkte toetreding te linken is aan de strenge taaleisen die worden gesteld. Vanwege het belang van goede communicatie binnen de zorg is het niet wenselijk om deze eisen aan te passen.

3.4 Conclusie

Het aanbod van medisch specialisten wordt bepaald door regulering, de uitstroom, en de medisch specialisten zelf. In de bestaande ordening stuurt de overheid op het aantal opleidingsplaatsen voor medisch specialisten, de verdeling daarvan over de opleidingsinstellingen en op de bekostiging van de opleiding door het verlenen van subsidie. Deze sturing beoogt een voldoende toestroom aan medisch specialisten voor de verschillende medisch specialismen te borgen.

De invoering van de numerus fixus bepaalt in eerste instantie de toestroom van studenten naar de initiële opleiding geneeskunde. Men heeft als doel de juiste afstemming van de opleidingscapaciteit op de behoefte aan artsen. Echter, het bepalen van het benodigde aantal opleidingsplaatsen voor de toekomst is een moeilijke kwestie. Tevens worden de problemen van aanbodgeïnduceerde vraag, BKZ en varkencycli niet opgelost met deze maatregel.

De uitstroom uit het vak is een tweede belangrijke factor op het aanbod van medisch specialisten. De uittreding van artsen de komende jaren zal stijgen omdat veel specialisten bijna pensioengerechtigd zijn. Tevens zijn de uitvalpercentages van aios aan het stijgen in de laatste jaren, hoewel dit fenomeen sterk varieert per specialisme. Ook het toenemende deeltijd werken van specialisten beïnvloedt de uitstroom.

De zittende aanbieders van medisch specialistische zorg hebben invloed op het aantal opleidingsplaatsen en de verspreiding daarvan, hetgeen met het oog op toetreding van nieuwe specialisten en de deregulering van het bekostigingskader risico's met zich meebrengt. Het proces veroorzaakt door de veelvuldige afstemming bovendien een aanzienlijke administratieve lastendruk. Aan de andere kant is vanwege de informatieasymmetrie tussen overheid en opleiders de betrokkenheid van veldpartijen wenselijk.

Het verschil tussen de ramingen van het Capaciteitsorgaan en de daadwerkelijke ingevulde opleidingsplaatsen wordt mogelijk veroorzaakt door het feit dat de vergoeding voor het opleiden onvoldoende lonend is. Andere redenen kunnen zijn dat er gewoon minder medisch specialisten nodig zijn dan geraamd. Tevens bepalen aios zelf in welk specialisme zij zich willen specialiseren. Verder zijn de arbeidsvoorwaarden van invloed op de specialismenkeuze van aios.

Tenslotte is de instroom vanuit het buitenland in de laatste jaren fors gedaald. De verwachtingen zijn dat deze instroom verder zal gaan afnemen in de toekomst. Deze beperkte toetreding is te linken aan de strenge taaleisen die worden gesteld.

4. Maatregelen

4.1 Inleiding

De borging van het publieke belang brengt met zich mee dat de overheid de tekorten aan medisch specialisten zoveel mogelijk wil voorkomen of oplossen. In dit hoofdstuk stelt de NZa daartoe aanpassingen in het bestaande reguleringskader voor. De focus ligt daarbij op het wegnemen van onnodige, in hoofdstuk 3 besproken belemmeringen in de regulering die een doelmatige toetreding van nieuwe medisch specialisten in de weg staan. Meer in het bijzonder zien de voorgestelde maatregelen toe op:

- de toelating tot de initiële opleiding tot basisarts en de vervolgopleiding tot medisch specialist;
- de bekostiging van de beroepsopleiding tot medisch specialist.

In paragraaf 4.2 en 4.3 werkt de NZa deze maatregelen verder uit.

De NZa heeft andere maatregelen overwogen om de instroom tot de markt van medisch specialisten te vergroten of de uitstroom uit deze markt te beperken. Zo zou de instroom vergroot kunnen worden door medisch specialisten uit het buitenland aan te trekken of door de opleiding van Nederlandse specialisten aan beroepsopleidingen in het buitenland te subsidiëren. De uitstroom zou beperkt kunnen worden door specialisten te stimuleren langer en meer door te werken. Om de volgende redenen adviseert de NZa deze maatregelen nu niet.

- De NZa vindt, evenals het Capaciteitsorgaan overigens, dat in eerste instantie de opleidingscapaciteit in Nederland voldoende borging moet bieden om de uit oogpunt van het publieke belang noodzakelijke instroom van specialisten te borgen.
- Het aantrekken van specialisten vanuit het buitenland heeft als nadeel dat tussen patiënt en arts communicatieproblemen kunnen ontstaan door taalbarrières.
- Maatregelen die werken in deeltijd ontmoedigen beogen specialisten meer te laten werken, maar leiden niet *per se* tot een grotere capaciteit aan actieve medisch specialisten. Als de mogelijkheid om in deeltijd te werken wordt beperkt dan, bestaat de kans dat een deel van de medisch specialisten juist stopt. Het aantal actieve specialisten zou dan door deze maatregel juist dalen.

Onzekerheid over de ordening op lange termijn

De verdere introductie van vrije tarieven bij medisch specialistische zorg staat politiek ter discussie. Op dit moment is het Kabinet demissionair en is niet bekend welke visie een volgend Kabinet zal hebben op de marktordening van medisch specialistische zorg.

Globaal ziet de NZa drie lange termijn scenario's waarlangs de marktordening van medisch specialistische zorg zich na de politieke besluitvorming kan ontwikkelen:

- Handhaving van de status quo: in dit scenario wordt de tariefregulering voor medisch specialisten gehandhaafd waarbij de tarieven deels gereguleerd zijn en deels vrij (B-segment). De specialisteninkomsten zijn daarbij gereguleerd op basis van de DBC-productie.
- Introductie van budgettering van de omzet van de specialistenhonoraria: ook in dit scenario worden tarieven gereguleerd. Bijzonder kenmerk van dit scenario is dat de honorariumomzet van medisch specialisten is gebudgetteerd door afspraken te maken over het volume van de te leveren zorg. Nacalculatie van declaraties die het budget overschrijden is mogelijk.

- Verdere deregulering van tarieven medisch specialistische zorg: in dit scenario worden de tarieven van de medisch specialisten onderdeel van het DBC-tarief. Er komt een integraal tarief waarin geen separate honorariumcomponent is opgenomen.

De NZa stelt in dit visiedocument maatregelen voor die voor elk van deze scenario's relevant zijn om de toetreding van medisch specialisten tot de markt te verbeteren.

4.2 Verruiming van de toelating tot de opleiding geneeskunde en medisch specialistische beroepsopleidingen

Zoals in hoofdstuk 3 aangegeven kent het huidige Nederlandse onderwijs een beperkte toelating (numerus fixus) tot de universitaire opleiding geneeskunde die opleidt tot basisarts en de beroepsopleidingen tot medisch specialist. De NZa wil de tekorten aan medisch specialisten terugdringen door meer aios op te leiden. Daarvoor moet allereerst een verbetering van de instroom van studenten bij de opleiding geneeskunde worden gerealiseerd.

De NZa adviseert om *op korte termijn* de numerus fixus voor de opleiding geneeskunde te verhogen en het aantal opleidingsplaatsen voor de beroepsopleiding tot medisch specialist te vergroten. Een beperkte vergroting van de capaciteit van de basisopleiding en de beroepsopleidingen geeft een aantal voordelen boven het volledig vrijgeven van de toelating:

- De overheid kan de toetreding tot de markt monitoren en de genomen maatregelen bij onvoorziene nadelige effecten bijsturen.
- Zo is het mogelijk om een grotere instroom van aios te stimuleren bij specialismen waar een tekort is of in de nabije toekomst verwacht wordt. Een bijbehorende randvoorwaarde is dat een grotere toestroom van studenten en aios geen afbreuk doet aan de kwaliteit van de opleiding.
- De mogelijkheid om bij te sturen is ook van belang voor de budgettaire controle die de minister op de korte termijn wil blijven uitoefenen op de zorgkosten.
- Een risico dat moet voorkomen worden is dat de zorgkosten gaan stijgen door aanbodgeïnduceerde vraag. Dit risico wordt mogelijk groter als er meer specialisten actief zijn en de verzekeraars onvoldoende in staat zijn om deze ondoelmatige zorgproductie te beperken.
- Een laatste reden om sturing te willen geven is dat de overheid een varkenscycluseffect op de markt voor medisch specialisten wil voorkomen. Bij een onbeperkte toelating tot een (onder studenten populaire) beroepsopleiding bestaat de kans dat veel meer specialisten worden opgeleid dan noodzakelijk is voor een licht overschot. Een te groot overschot aan medisch specialisten kan leiden tot een hoge werkloosheid en sterke daling van specialisteninkomens, waardoor dit specifieke specialisme minder populair wordt. Dit kan dan weer leiden tot een aanzienlijk tekort aan specialisten voor dat specifieke specialisme.
- Het volledig vrijgeven van de toelating is een dure maatregel die naar het inzicht van de NZa niet nodig is om het beoogde lichte overschot aan medisch specialisten te realiseren.
- Belangrijk is dat universiteiten bij een grotere toestroom van studenten dienen te investeren in structuur, logistiek en aantal opleiders van de basisopleiding. Een dergelijke investering is zeker op

- de korte termijn beter door de universiteiten te realiseren bij een gecontroleerde verruiming van de toelating.²⁸
- Ook voor de beroepsopleiding geldt dat een gecontroleerde uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor aios binnen de bestaande capaciteit van ziekenhuizen mogelijk is. De jaarlijkse inventarisatie van het BOLS naar opleidingscapaciteit binnen de opleidingsregio's laat namelijk zien dat bij de meeste specialismen een verruiming van 10-20% van de opleidingsplaatsen mogelijk is met de bestaande capaciteit (NVZ en NFU). Een uitbreiding kan beperkt worden tot 10% boven de maximumbreedte van het Capaciteitsorgaan. Een andere manier om dit te realiseren is het Capaciteitsorgaan opdracht geven om niet op een evenwicht te ramen, maar op een bepaald overschot.
 - Een onbeperkte toetreding van specialisten in eventuele combinatie met een zorgvuldige invoering van prestatiebekostiging voor de ziekenhuissector/de medisch specialistische zorg maakt een transitiepad noodzakelijk, waarbij de toestroom van medisch specialisten in eerste instantie gecontroleerd wordt vergroot.

Effecten van de maatregel

Bij een hogere instroom van studenten tot de universitaire opleiding tot basisarts zal het aantal afgestudeerde basisartsen toenemen. Een grotere capaciteit van de beroepsopleidingen betekent dat meer basisartsen een opleiding tot medisch specialist kunnen volgen en afronden. De NZa verwacht dat door een verhoogde numerus fixus voor de basisopleiding geneeskunde en een beperkte vergroting van het aantal opleidingsplaatsen meer medisch specialisten tot de markt zullen toetreden.

Een groter aantal medisch specialisten op de markt geeft twee voordelen:

- Ziekenhuizen krijgen meer mogelijkheden om de binnen haar organisatie passende medisch specialist te selecteren. Hierdoor is de verhouding tussen de Raad van Bestuur en de medische staf van een ziekenhuis evenwichtig en zullen ziekenhuizen hun toegenomen verantwoordelijkheid voor de zorg in het ziekenhuis beter oppakken.
- De toegankelijkheid van de zorg wordt beter geborgd doordat ziekenhuizen meer specialisten in dienst kunnen nemen. Wachtlijsten zullen daardoor minder voorkomen. De NZa merkt op dat voor de borging van de toegankelijkheid voldoende aanbod van ondersteunend personeel (zoals verpleegkundigen en OK-assistenten) ook een vereiste is.

Is een onbeperkte toelating op lange termijn mogelijk?

De NZa adviseert om op de *lange termijn* te bekijken of een numerus fixus voor de opleiding tot basisarts respectievelijk de beperking van de capaciteit van beroepsopleidingen tot medisch specialist nog doelmatig is. Voor de beantwoording van deze vraag zal mede bepalend zijn de orderingsrichting die het volgende Kabinet voor de markt voor specialistische zorg kiest en het uiteindelijke effect van de geadviseerde maatregelen op de ontwikkeling van de markt.

Zo zou bij een verdere invoering van gereguleerde marktwerking de overheid voor de borging van de publieke belangen in principe geen beperkingen aan de toelating tot de basisopleiding en de specialistische vervolgoopleidingen meer hoeven te stellen, indien de maatregelen hebben geleid tot een flexibele toetreding van medisch specialisten op de arbeidsmarkt en in ziekenhuizen. De markt borgt dan zelf dat voldoende basisartsen in de verschillende specialismen en regio's kunnen instromen. Zorgverzekeraars hebben dan voldoende inkoopmacht om

²⁸ Zo geeft het NFU aan dat er bij de huidige capaciteit nog ruimte is voor 200 tot 300 extra studenten geneeskunde (Duchateau en Schmit Jongbloed, 2010).

doelmatig zorg in te kopen. Hun inkoopmacht zou dan voldoende moeten zijn om het in paragraaf 3.1 gesignaleerde risico op aanbodgeïnduceerde zorg te adresseren.

4.3 Doelmatigere publieke bekostiging van de beroepsopleidingen tot medisch specialist

De overheid borgt de bekostiging van deze beroepsopleidingen op dit moment door een subsidiestelsel. In deze paragraaf stelt de NZa aanpassingen voor in de bestaande bekostiging van de beroepsopleidingen tot medisch specialist. Met deze aanpassing beoogt de NZa het voor opleidingsinstellingen aantrekkelijker te maken om voldoende specialisten op te leiden. De NZa gaat er bij haar voorstellen vanuit dat in alle scenario's, waarlangs de marktordening zich kan ontwikkelen (zie paragraaf 4.1), de overheid op grond van het publieke belang van goede zorg de bekostiging van de opleiding tot medisch specialist door subsidie wil borgen.

De NZa ziet twee marktordeningvarianten om tot een doelmatige verdeling van de subsidiegelden voor de beroepsopleidingen te komen. Beide varianten leiden tot een duidelijkere verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en veldpartijen. Deze opties zijn:

- 1. Een publieke aanwijzing van opleidingsinstellingen (par. 4.3.1). In deze variant staat de rol van de overheid centraal. De overheid dient spelregels op te stellen die moeten leiden tot een redelijk verdeling van aios over de ziekenhuizen;
- 2. Een verdeling van de subsidie via een tenderprocedure (par. 4.3.2). In deze variant wordt de informatieachterstand van de overheid ten opzichte van de marktpartijen door een marktmechanisme (veiling) weggewerkt. De uitvoeringslasten voor de overheid zijn kleinschaliger dan in variant 1 (publieke aanwijzing).

In beide varianten kan een geleidelijke introductie van het profijtbeginsel de doelmatigheid van de bekostiging versterken (zie par. 4.3.3).

De NZa gaat in dit visiedocument uitdrukkelijk niet in op de bekostiging van de opleiding geneeskunde tot basisarts. De universitaire opleiding tot basisarts behoort tot het algemene onderwijs, dat niet specifiek is gericht op de beroepsgroep van medisch specialist. Het past niet binnen dit visiedocument en de bevoegdheid van de NZa om de bekostiging van het algemene onderwijs te beoordelen.

4.3.1 Variant 1: Publieke aanwijzing van opleidingsinstellingen

Binnen het bestaande subsidiestelsel kan de overheid de instellingen die opleiden tot medisch specialisten aanwijzen en de aanspraak op subsidie aan deze aanwijzing verbinden. De NZa stelt voor om de UMC's aan te wijzen omdat zij nu al wettelijke taken hebben bij de opleiding van medisch specialisten.

In deze variant kan de doelmatigheid van de subsidieverstrekking – en daarmee de invulling van niet opgevulde opleidingsplaatsen – worden bevorderd door met de UMC's een prestatiecontract en bijhorende vergoeding af te spreken. Voor het juiste effect van deze maatregel is het zaak dat de subsidievergoeding gerelateerd is aan de kosten van opleiden, zodat de vergoeding de UMC een prikkel geeft om de noodzakelijke extra opleidingsplaatsen daadwerkelijk te creëren. Daartoe

zullen de kosten van de opleidingsplaatsen nader bepaald moeten worden.

Bij het bepalen van deze kosten zal rekening gehouden moeten worden met de 'opportunity costs' van specialisten en met de aanvullende kosten van opleiden. 'Opportunity costs' ontstaan omdat de specialist in de uren dat hij opleidt meer kan verdienen door zelf specialistische zorg te verlenen. In dat geval zal de specialist een beperkte (financiële) prikkel hebben om op te leiden.

De hoogte van de benodigde subsidie kan mede afhankelijk gesteld worden van de bijdrage die de aios tijdens zijn opleiding levert aan de zorgproductie van het ziekenhuis. In het begin van de opleiding ligt de nadruk vooral bij de opleiding, maar naarmate een aios verder in de opleiding komt zal hij meer ervaring op doen en in beginsel productiever kunnen zijn (bijvoorbeeld bij het draaien van polikliniekdiensten). Voor de opleider is een aios aan het eind van de opleiding financieel dan ook interessanter omdat uit de aios zijn werkzaamheden inkomsten voortkomen. Daarmee zou bij het vaststellen van het subsidiebedrag rekening kunnen worden gehouden door dit bedrag in de loop van de opleiding in verhouding te verminderen.

Box 2: De opleidingskosten in een marktordening op basis van budgettering

De budgettering van het inkomen kan ertoe leiden dat medisch specialisten minder bereid zijn om aios op te leiden. Het is voor de medisch specialist vanuit financieel opzicht immers weinig zinvol om aios te begeleiden wanneer het extra zorgvolume dat aios genereren tot een overschrijding van het budget leidt en daardoor voor de specialist tot een terugbetalingsverplichting van teveel ontvangen vergoedingen leidt. De NZa acht de kans groot dat niet-financiële drijfveren als de prestige van het opleiden voor de specialist onvoldoende reden zullen zijn om het verlies aan inkomen te accepteren.

Bovendien kan de budgetsystematiek de zittende medisch specialisten ook een sterkere prikkel geven om toetreding van nieuwe specialisten te belemmeren. Als een vast budget door nieuwe toetreders over meer medisch specialisten verdeeld moet worden, betekent immers dat per specialist een lager budget beschikbaar is.

Bij de introductie van het budgetmodel zal dan ook een duidelijke financiële prikkel om op te leiden moeten bestaan. Deze prikkel kan worden gecreëerd door in het budget voor medisch specialisten expliciet rekening te houden met de kosten van het opleiden of door naast het budget medisch specialisten voor opleiden extra te belonen. In het laatste geval kunnen medisch specialisten gefinancierd worden via het subsidiebedrag dat opleidingsinstellingen ontvangen. Deze subsidie zal dan naast de kosten die het ziekenhuis zelf maakt ook de kosten van de opleider (medisch specialist) en de loonkosten van de aios moeten bevatten.

De regionale rol van de UMC's bij het opleiden van medisch specialisten wordt door de aanwijzing aanzienlijk versterkt. Om te voorkomen dat deze sterkere positie van een UMC een mogelijke negatieve uitwerking heeft op de verhoudingen met andere regionale ziekenhuizen, dienen spelregels opgesteld te worden die moeten leiden tot een redelijke verdeling van aios over de ziekenhuizen. Voorkomen moet worden dat UMC's en algemene ziekenhuizen door ongelijke verhoudingen op de opleidingsmarkt bij het aanbieden van dezelfde medisch specialistische

zorg verschillende uitgangsposities krijgen. UMC's zullen voor het opleiden actief samenwerkingsverbanden met de periferie moeten afspreken en daarbij rekening moeten houden met de belangen van deze instellingen. Op (de naleving van) deze spelregels moet toezicht worden gehouden.

In deze variant zal de Algemene wet bestuursrecht (Awb) moeten worden aangepast. Zo kent deze wet op dit moment belemmeringen voor het doorgeven van subsidie (zie hoofdstuk 3.1.1). Een dergelijke financiering van samenwerkingspartners in de periferie door de UMC's is in dit scenario echter wel nodig aangezien de UMC de subsidie ontvangt.

Aanwijzing tot dienst van algemeen economisch belang

Bij deze reguleringsvariant dient uitdrukkelijk aandacht te bestaan voor het Europees en nationaal mededingingsrechtelijk kader. Indien de overheid in het publieke belang het recht om opleidingen te verzorgen aan een exclusieve aanwijzing verbindt en daarvoor subsidie verstrekt leidt dat tot een beperking van de mededinging. Indien de overheid het opleiden van de medisch specialisten als een dienst van algemeen economisch belang aanmerkt en de beperking van de mededinging proportioneel is dan kan een dergelijk inbreuk op het mededingingsrecht worden toegestaan.

4.3.2 Variant 2: Subsidieverdeling door een tenderprocedure

Een tweede variant om subsidiegelden doelmatig te verdelen is een verstrekking van gelden in een tenderprocedure oftewel een veiling. Bij een veiling wordt de subsidie gegeven aan de opleider(s) die de minste subsidie nodig heeft/hebben om specialisten op te leiden.

Een veiling geeft opleiders een prikkel om een opleidingsplaats binnen de gestelde eisen zo efficiënt mogelijk in te richten. Als de opleidingsclusters/circuits zich goed organiseren dan kunnen ze de opleiding tegen lagere kosten verzorgen dan het subsidiebedrag dat geveild wordt.

De overheid heeft een informatieachterstand ten opzichte van marktpartijen bij het bepalen van de hoogte van de opleidingskosten. Opleiders kunnen door deze informatieasymmetrie van de overheid ook beter voor elk specialisme het aantal benodigde opleidingsplaatsen en de daaraan verbonden kosten bepalen. Een veiling is dan een doelmatige manier om bij de subsidieverstrekking te compenseren voor de informatieasymmetrie en opleidingsinstellingen de mogelijkheid te bieden de opleidingsplaatsen te verdelen zonder dat zij daarvoor onderling afspraken hoeven te maken. Het indienen van een bieding in de tenderprocedure op basis van de eigen kennis is voldoende. De veilingmethode kent daarmee een laag risico op collusie tussen aanbieders van medisch specialistische zorg.

Bij een veiling bieden meer aanbieders tegelijkertijd of sequentieel op hetzelfde product, in dit geval opleidingen. Er zijn verschillende soorten veilingen te onderscheiden. Dit is afhankelijk van de hoeveelheid vragers en aanbieders op de markt: bij de opleidingen is er sprake van meer aanbieders en een vrager, de overheid. Dit is bekend als inkoopveiling. Het bod van de opleidingsinstellingen geldt voor het hele opleidingstraject, met andere woorden hoeft dit proces niet jaarlijks herhaald te worden.

Voor een efficiënte verdeling van de opleidingsplaatsen zijn er twee veilingmodellen denkbaar: een beauty contest, waarin de opleidingsinstellingen een combinatiebod van prijs en kwaliteit

aanbieden; en de klassieke veiling, waarin het bod van instellingen op de prijs focust en de overheid zet randvoorwaarden vast ten aanzien van de kwaliteitsborging.

De veilingmethodiek kan bij de verdeling van subsidies voor het opleiden van medisch specialisten worden toegepast als aan de volgende randvoorwaarden is voldaan:

a). De borging van de kwaliteit van de opleidingen

Het is van belang dat de kwaliteit van de opleidingen niet wordt benadeeld doordat de nadruk bij de veiling op de kosten ligt. Uiteraard moet de subsidie daarom alleen worden verstrekt aan opleiders die aan bepaalde kwaliteitseisen voldoen. Bij een veiling kan de randvoorwaarde van kwaliteit op twee manieren worden ingevuld:

- Een minimaal acceptabel kwaliteitsniveau. Een aanbieder voldoet aan de minimale kwaliteitseisen als zij toegelaten is als opleidingsinrichting. Door de verschillende opleidings- en kwaliteitsvisitaties wordt dit niveau behouden.
- Alternatief is het formuleren van specifieke voorwaarden die een hoger kwaliteitsniveau nastreven (bijvoorbeeld veiling in de vorm van een zogenaamde 'beauty contest').

De NZa adviseert om uit te gaan van een minimaal acceptabel kwaliteitsniveau. Er bestaan nog geen indicatoren die de kwaliteit voldoende objectief kunnen meten. Hierdoor is een kwaliteitsvergelijking op dit moment niet goed mogelijk en zal een 'beauty contest' een arbitrair karakter krijgen. Bovendien kent een 'beauty contest' een hogere administratieve lastendruk vanwege de grote hoeveelheid extra informatie die moet worden verzameld en beoordeeld.

Om een veiling optimaal te laten verlopen is het belangrijk dat er voldoende potentiële aanbieders zijn, zodat een deelnemer aan de tenderprocedure de concurrentiedruk ook daadwerkelijk ervaart. In dit verband is het belangrijk te constateren dat bij bepaalde specialismen de opleidingsplaatsen niet allemaal zijn ingevuld, terwijl de overheid daarvoor wel subsidie ter beschikking heeft gesteld. De volgende randvoorwaarden voorzien in deze aspecten.

b). Het subsidiebedrag geeft een voldoende prikkel om op te leiden

Net als bij de eerste variant is het ook bij een veiling van belang dat het subsidiebedrag zo hoog is dat het voor opleiders (zittende specialisten) financieel aantrekkelijk is om op te leiden. Dat zal waarschijnlijk niet het geval zijn als de specialist in de uren dat hij opleidt meer kan verdienen door zelf specialistische zorg te verlenen. Een voordeel van de veilingssystematiek is dat het in beginsel niet noodzakelijk is om de kosten van de opleiding exact in kaart te brengen. Bij voldoende onderlinge concurrentie tijdens de veiling zal het spel van biedingen ertoe leiden dat het te verstrekken subsidiebedrag met de opleidingskosten zal overeenkomen.

c). De vorm van veiling gaat collusie tegen

Op dit moment zijn er voor de opleiding regionale samenwerkingsverbanden (UMC plus opleidingsziekenhuizen) in de vorm van clusters en opleidingscircuits. Onderzocht zou moeten worden of er bij een landelijke veiling voldoende partijen (clusters) zijn die een concurrerende inschrijving willen en kunnen doen. Is dit niet het geval dan zou bekeken moeten worden of UMC en opleidingsziekenhuizen onderling minder afhankelijk van elkaar gemaakt kunnen worden. Zo zou bekeken kunnen worden of voor bepaalde specialismen topreferente ziekenhuizen de rol van UMC's in de opleiding kunnen overnemen. Een tweede mogelijkheid hier is dat onderzocht wordt of met buitenlandse

opleidingsinstellingen samenwerkingsverbanden kunnen worden aangegaan.

d). Optimale organisatie van de veiling

Een veiling moet goed georganiseerd worden om tot optimaal resultaat te leiden en onnodige administratieve lasten te voorkomen. Zaken als de opzet van de veiling, de voorwaarden voor deelname en de wijze waarop de beschikbare subsidie verdeeld wordt zijn hier van belang.

e). Adequate uitvoering subsidieverstrekking overheid

- De overheid zich richt op:
 - een evenwichtige verspreiding van opleidingsplaatsen en subsidiegelden over de verschillende specialismen, alsmede;
 - het creëren van een licht overschot aan specialisten.
- De subsidieverstrekking onafhankelijk plaatsvindt van de verschillende belangen van de (individuele of collectieve) marktpartijen.
- De specialistische kennis voor het bepalen en verdelen van opleidingsplaatsen door de subsidieverstreckende instantie wordt opgebouwd.

De taak van subsidieverstrekker van opleidingen zou naar de mening van de NZa gekoppeld moeten worden aan de bewaking van de kwaliteit van de opleidingen. Tussen deze twee taken zit een samenhang die een doelmatig toezicht op de opleidingen mogelijk maakt.

Bij de uitvoering van deze taak dienen marktpartijen te worden geconsulteerd, overigens zonder dat sprake zou moeten zijn van een adviesrecht. De informatieasymmetrie tussen het veld en de overheid maakt consultatie noodzakelijk. Een adviesrecht zou zittende aanbieders mogelijk een te grote invloed geven op de toetreding van nieuwe specialisten.

f). Een afdwingovereenkomst tussen subsidieverstrekker en subsidienemer

De overheid is in het subsidiestelsel geen civiele contractpartij bij de opleiding van medisch specialisten. Zij verstrekt weliswaar geld, maar kan het daadwerkelijk verzorgen van de opleiding niet afdwingen op basis van het verstrekken van subsidie.

De Awb geeft de mogelijkheid om bij het verstrekken van subsidie een zogenaamde 'afdwingovereenkomst' af te sluiten, die de subsidieverstrekker de mogelijkheid geeft om te bewaken dat de opleidingsinstelling de opleiding daadwerkelijk conform de subsidie vereisten uitvoert. Sluit je zo'n overeenkomst niet dan kun je hooguit de subsidie terugvorderen.

4.3.3 Toepassing van het profijtbeginsel

De overheid subsidieert nu de beroepsopleidingen tot medisch specialist volledig. De gedachte daarachter is dat zonder deze bekostiging er onvoldoende medisch specialisten zouden zijn om de medische specialistische zorg te borgen. De vraag kan gesteld worden of voor een borging op grond van het publieke belang een volledige subsidiering nodig is.

Zowel de basisarts die ervoor kiest om aios te worden als het ziekenhuis dat ervoor kiest om specialisten op te leiden hebben het vooruitzicht op toekomstige inkomsten respectievelijk voordelen bij het aanbieden van zorg. Uitgaand van het profijtbeginsel mag verondersteld worden dat een basisarts bij een eigen bijdrage voor de opleiding nog steeds een prikkel zal hebben om een opleiding tot medisch specialist te volgen indien zijn

toekomstige inkomsten hoger zal zijn dan de eigen bijdrage die voor de beroepsopleiding moet worden betaald. *Mutadis mutandis* geldt voor een opleidend ziekenhuis dat hij een financiële prikkel heeft om de opleidingskosten te betalen indien daar tegenover hogere toekomstige inkomsten uit het aanbieden van medisch specialistische zorg zullen staan.

De NZa adviseert te onderzoeken of bij het vaststellen van de hoogte van de subsidie voor een beroepsopleiding tot medisch specialist rekening gehouden kan worden met de inkomensvooruitzichten van de aios of met de voordelen die ziekenhuizen kunnen genereren met het opleiden van medisch specialistisch personeel.

Waar de borging van het publieke belang dit toestaat kan voor een doelmatige ordening van de bekostiging dan overwogen worden om een eigen bijdrage voor de aios of het opleidende ziekenhuis in te voeren. Ook een combinatie van deze eigen bijdragen is mogelijk. Aios en opleidingsinstellingen kunnen dan in onderling overleg bepalen hoe zij de kosten van de opleiding verdelen. Toepassing van het profijtbeginsel binnen het subsidiestelsel van de beroepsopleiding tot medisch specialist betekent dan dat de overheid alleen bij specialismen waar anders sprake zou zijn van onvoldoende aanbod aan specialisten (een deel van) de opleidingskosten subsidieert.

Het profijtbeginsel zou langzaam ingevoerd kunnen worden. Zo kan in de subsidie rekening gehouden worden met de (minimale of gemiddelde) kosten van een opleidingsplaats. De opleidingsinstelling, die zich van andere opleiders onderscheidt door een hogere kwaliteit van opleiding zou de daaraan verbonden meerkosten kunnen vertalen naar een eigen bijdrage van aios. Tevens zouden voor populaire specialismen waarvoor geen tekorten bestaan eigen bijdragen, van aios dan wel opleidingsinstelling, gevraagd kunnen worden (in combinatie met een beperking van de subsidie).

Een dergelijke afspraak zou een oplossing kunnen betekenen voor het probleem dat ziekenhuizen die zelf niet opleiden zonder noemenswaardige kosten kunnen profiteren van de inspanningen van opleidingsziekenhuizen bij het opleiden van medisch specialisten ('free rider'-gedrag). De bereidheid van ziekenhuizen om op te leiden zal toenemen als door een dergelijke afspraak het risico van de investering in opleidingen beperkt wordt.

5. Advies

In hoofdstuk 4 beschrijft de NZa de maatregelen die zij voorstelt om het tekort aan medisch specialisten tegen te gaan. De NZa wil daartoe de toetreding tot de markt van medisch specialisten bevorderen. Daarbij stelt de NZa een transitiepad voor met maatregelen om tot een doelmatigere inrichting van de toegankelijkheid en de bekostiging van de opleidingen tot medisch specialist te komen.

Onderstaand schema geeft een overzicht van de geadviseerde maatregelen in de tijd, afgezet tegen de ontwikkelingen in de bekostiging van medisch specialisten en de bijbehorende opleiding. Daarmee wordt een overzicht gegeven van de transitie naar de beoogde lange termijn inrichting.

Overzicht van de geadviseerde maatregelen

| Advies | Opleiding | Bekostiging |
|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Bestaande ordening | Toelating tot opleiding (numerus fixus, NF) - NF voor opleiding Geneeskunde NF voor beroepsopleidingen medisch specialist | Bekostiging beroepsopleidingen tot medisch specialist Subsidiestelsel, bekostiging van vooraf bepaalde opleidingsplaatsen |
| Advies NZa Korte termijn | - Verhoging NF voor opleiding Geneeskunde Beperkte verruiming capaciteit beroepsopleidingen medisch specialist | Variant 1: Aanwijzing UMC's tot opleidingsinstellingen; - prestatiecontracten en aanpassing van huidige subsidie - spelregels voor samenwerking met perifere ziekenhuizen - opleiding tot medisch specialist aanmerken als dienst van algemeen economisch belang (daeb) Variant 2: Verdeling opleidingsplaatsen en subsidie via tenderprocedure (veiling); - borging minimale kwaliteit - optimale inrichting van veiling belangrijk - uitvoering door de overheid - afdwingovereenkomst met opleidingsinstelling Geleidelijke invoering van profijtbeginsel door introductie van eigen bijdrage aios/ opleidingsinstellingen met eventueel differentiatie naar specialismen |
| Advies NZa lange termijn | - Evaluatie nut en noodzaak NF voor opleiding Geneeskunde en de beroepsopleidingen voor medisch specialisten | Evaluatie noodzaak van subsidie voor beroepsopleiding uit oogpunt van publiek belang |

Geraadpleegde literatuur

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

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

Bakker, R.H., G.J. Dijkstra, S.A. Reijneveld en J.W. Groothoff (2007). *R-factor; eindrapportage van een onderzoek naar het belang van regionale factoren bij de planning van de opleidingscapaciteit en de innovatie van de medische vervolgoedingen in de Oor Noord & Oost Nederland*. Sectie Toegepast Onderzoek, Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, Groningen.

Berende, E., M. Dehn, K. Katona en I. Mosca (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.

Besanko, D., D. Dranove, M. Shanley en S. Schaefer (2007). *The Economics of Strategy*. Wiley, 4th edition. Chapter 17, New York.

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): p.1471-1471.

Bulte van den, C. en Lilien, G.L. (2001). Medical Innovation Revisited: Social Contagion versus Marketing Effort, *American Journal of Sociology* 106 (5): 1409-35.

Capaciteitsorgaan (2008). *Capaciteitsplan 2008 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante vervolgoedingen. Advies 2008 over de initiële opleiding geneeskunde*, Utrecht.

Carlsen, F. and Grytten, J. (1998). More physicians: Improved Availability or Induced Demand?, *Health Economics* 7:495-508.

Cooper, R.A. (2008). States with more physicians have better quality health care, *Health Affairs* 28(1): w91-w102.

Donabedian A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring, Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor: Health Administration press.

Duchatteau D.C., en L.J. Schmit Jongbloed (2010). Het medisch opleidingscontinuüm in beeld. LSJ Medisch Projectbureau.

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

Fujisawa, R. en G. Lafortune (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. en P. Milgrom. (1994). The Firm as an Incentive System. *The American Economic Review*, 84 (4): p.972-991.

Houkes-Hommes, A.R.B.J. (2010). Rapport '[De kosten van verruimen of loslaten van de numerus fixus](#)'. SEO Economisch Onderzoek, Den Haag.

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

Liao, C. (2009). Evidence of physician(supplier) induced demand and physician altruism, Job Market Paper, Wayne State University, Detroit, Michigan.

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

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

Medisch Contact (2009b). Die cultuur paste niet bij mij. *Medisch Contact*, 2 april 2009, 64(14): p. 580-583.

Medisch Contact (2010a). Baneraanbod bereikt recordhoogte. *Medisch Contact*, 28 januari 2010. 65(4): p. 155-157.

Medisch Contact (2010b). Opleiding niet eindeloos oprekken; Faculteiten geven hun mening over advies loslaten numerus fixus. *Medisch Contact*, 18 februari 2010. 65 (7): p. 288-291.

Ministerie van Financiën (2010). Curatieve Zorg 2.0; rapport brede heroverwegingen. Bureau Beleidsonderzoek, Den Haag.

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

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.

NZa (2009). Consultatiedocument; Marktimperfecties van de medisch specialistische zorg, Utrecht.

NZa (2010). Monitor '*Medisch specialistische zorg 2010; tussenrapportage deel 1*', Utrecht.

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

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.

RVZ (2010). *Numerus fixus Geneeskunde: loslaten of vasthouden*. Advies in opdracht van de minister van VWS en OCW, Den Haag.

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

Stano, M. (1985). An analysis of the evidence on competition in the physician service markets, *Journal of Health Economics* 4:1979-211.

Toegepast Gezondheids Onderzoek (2009). In samenwerking met de Postgraduate School of Medicine van het UMC Groningen, R-factor Revised. Capaciteitsbehoefte aios in de Onderwijs- en OpleidingsRegio Noord & Oost Nederland, Groningen.

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).

Tweede kamer der Staten Generaal (Vergaderjaar 2008-2009). Verslag Algemeen Overleg Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector. Vastgesteld 26 februari 2009, 29282, nr 81. Den Haag.

Tweede kamer der Staten Generaal (Vergaderjaar 2008-2009). Motie van het lid Agema; Invoering Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's), Voorgesteld 24 september 2008, 29248, nr 60. Den Haag.

OECD Health Data, 2008.

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

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

Vulto, M. en Vianen, G. (2009). Toekomstige behoefte verpleegkundig specialisten bij somatische aandoeningen. Een zoektocht in onontgonnen gebied, STG/Health Management Forum in opdracht van Stuurgroep VBOC-project 'Implementatie verpleegkundig specialist'.

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

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.

VWS (2010). Verzoek om start voorbereiding uitwerking "waardering voor betere zorg IV", brief aan de NZa van feb 2010. Kenmerk CZ/TSZ 2985674

Wennberg, J.E. E.S. Fisher, D. C. Goodman, J S. Skinner. (2008). The Dartmouth Atlas of Health Care, Dartmouth Medical School, Lebanon: New Hampshire.

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

Bijlage 1. Partijen die gereageerd hebben

De volgende partijen hebben een reactie gestuurd op het consultatiedocument. Zij worden weergegeven op alfabetische volgorde.

- Achmea;
- Capaciteitsorgaan;
- CBOG;
- KNMG;
- LVAG Landelijke Vereniging voor Medisch Specialisten in Opleiding;
- Ministerie van VWS, afdeling Macro-Economische Vraagstukken en Analyses;
- Dr. Montauban van Swijndregt (OLVG);
- NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra;
- NIV Nederlandsche Internisten Vereeniging;
- NOV Nederlandse Orthopaedische Vereniging;
- NVA Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie;
- NVDV Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie;
- NVK Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde;
- NVN Nederlandse Vereniging voor Neurologie;
- NVOG Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie;
- NVPC Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie;
- NVR Nederlandse Vereniging van Reumatologie;
- NVRO Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie;
- NVT Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie;
- NVvP Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie;
- NVZ Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen;
- Orde van Medisch specialisten;
- Revalidatie Nederland;
- St Maartenskliniek;
- STZ Vereniging Samenwerkende Topklinische Ziekenhuizen;
- UMC Groningen;
- V&VN Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland ;
- VRA Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen;
- Dr. Wilmink (Wilhelmina Ziekenhuis Assen).

De reacties zijn terug te vinden op de website van de NZa: www.nza.nl

Bijlage 2. Systematiek verdeling opleidingsplaatsen

Tabel 2. Schematisch overzicht systematiek van verdeling opleidingsplaatsen voor de 1e tranche zorgopleidingen voor het jaar 2010 (planning)

| Moment in tijd | Actie |
|----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Maart 2009 | Het ministerie van VWS (de beheerder van het opleidingsfonds) stelt het toewijzingskader vast. In dit kader vermeldt de minister de beschikbare aantallen instroomplaatsen voor de 1 ^e tranchezorgopleidingen en de randvoorwaarden voor de subsidiëring van de opleidingsplaatsen uit het Opleidingsfonds. |
| April/mei 2009 | Het CBOG (de regisseur van de verdeling van de instroomplaatsen) maakt in samenspraak met de betrokken belangenorganisaties en registratiecommissies (BOLS, MSRC etc.) een afwegingskader . Dat is de uitwerking van het toewijzingskader van het ministerie van VWS voor de verdeling van de instroomplaatsen. Het beschrijft de procedure, planning en afwegingscriteria die worden gehanteerd om tot een evenwichtige verdeling van de beschikbare instroomplaatsen voor het volgende jaar te komen (voor 2010 in totaal 1063 instroomplaatsen voor de 1 ^e tranche opleidingen). |
| Juni/juli 2009 | Het CBOG vraagt het BOLS om aan de OOR's advies te vragen over de toewijzing van de instroomplaatsen 2010. Opleidingsinrichtingen doen opgave (1 ^e tranche in OOR-verband en onder coördinatie van BOLS) van het aantal opleidingsplaatsen dat zij per zorgopleiding van plan zijn te realiseren. Halverwege juli 2009 heeft het BOLS de adviezen van de OOR's (geaccordeerd door de raden van bestuur van betrokken opleidingsinstellingen) aan het CBOG toegezonden. |
| Juli 2009 | Het CBOG stelt na toetsing van de adviezen van de OOR's een concept toewijzingsvoorstel op en legt dit voor een reactie voor aan de individuele opleidingsinrichtingen. |
| Juli/Augustus | Na de reacties te hebben verwerkt wordt door het CBOG een definitief toewijzingsvoorstel opgesteld en aangeboden aan de minister van VWS. |
| September 2009 | De minister stelt aan de hand van het toewijzingsvoorstel het verdeelpplan vast, waarmee vaststaat welke opleidingsinrichtingen voor welk aantal instroomplaatsen per 1 ^e tranche zorgopleiding voor het komende jaar voor subsidie uit het Opleidingsfonds in aanmerking komen. |
| Oktober 2009 | Opleidingsinrichtingen worden door het ministerie van VWS uitgenodigd om de subsidieaanvraag in te dienen overeenkomstig de toewijzing (instroom) en registratiecommissies (voor de doorstroom 2010, peildatum 31 oktober 2009). |
| Januari 2010 | Vanaf 1 januari vindt de subsidieverstrekking plaats volgens het binnen VWS gebruikelijke subsidieproces van aanvraag, verlening, bevoorschotting, vaststelling en betaling. |

Bron: CBOG