

Het medisch opleidingscontinuüm in beeld

Drs. D.C. Duchateau, MBA
L.J. Schmit Jongbloed, arts, MBA

LSJ Medisch Projectbureau

Inhoudsopgave

1	Inleiding, de opbouw van het medisch opleidingscontinuüm.	3
1.1	Algemene beschrijving van het medisch opleidingscontinuüm	3
2	Fase 0: aanmelding en plaatsing	5
2.1	Aantallen en de numerus fixus basisopleiding	5
2.2	Van scholier naar student	7
3	Fase 1: de basisopleiding.	9
3.1	Duur en inhoud van de basisopleiding	9
3.2	Rendement en capaciteit	11
3.3	De artsenopleiding in andere EU landen	13
3.4	Overige artsenopleidingen in het Koninkrijk der Nederlanden	14
4	Fase 2: de vervolgopleiding	16
4.1	Keuzes na de basisopleiding	16
4.2	Aantallen plaatsen en kandidaten	16
4.3	Wachttijd tussen afstuderen en start vervolgopleiding	17
4.4	Instroom in de vervolgopleidingen	20
4.5	Besluitvorming met betrekking tot instroom in vervolgopleidingen	21
4.6	Opleidingseisen	26
4.7	Duur van de klinisch specialistische vervolgopleidingen	27
4.8	Vergoeding tot huisarts	28
4.9	Aantallen huisartsen in opleiding	29
4.10	Andere mogelijkheden na het artsexamen	30
4.11	Wie-is-wie	30
5	Fase 3: de fase van vestiging	33
6	Enige conclusies	36

1 Inleiding, de opbouw van het medisch opleidingscontinuüm.

1.1 Algemene beschrijving van het medisch opleidingscontinuüm

Binnen het medisch opleidingscontinuüm zijn na de fase van aanmelding en plaatsing drie fasen te onderscheiden:

1. De fase van de basisopleiding (de initiële fase)
2. De fase van de vervolgopleiding
3. De fase van vestiging

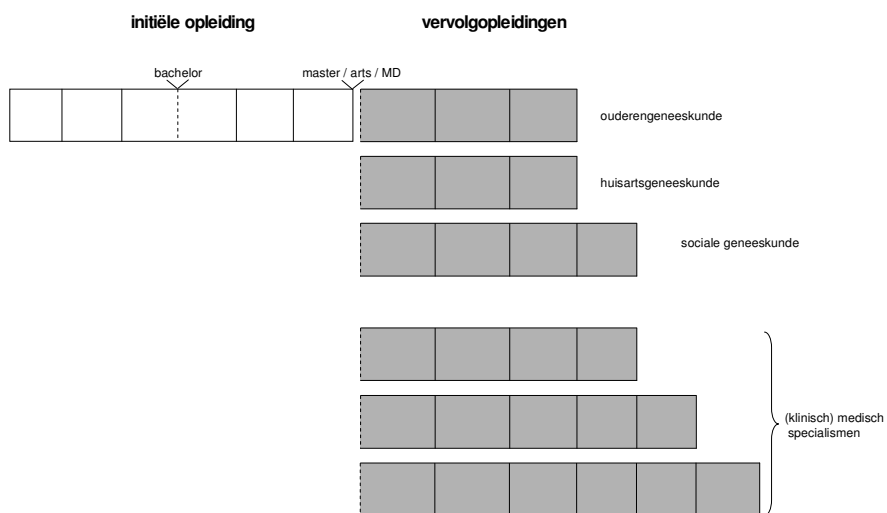


Figuur 1: schematische weergave van de verschillende fasen in de medische opleiding.

Elke van de fasen kent zijn eigen karakteristieken en regelmechanismen in vaststelling van aantallen studenten. In deze notitie worden de verschillende fasen achtereenvolgens in verschillende paragrafen beschreven. In elke paragraaf wordt ingegaan op zowel het kwantitatieve aspect (om hoeveel studenten gaat het) als op het kwalitatieve aspect (wie stelt de aantallen vast). De notitie eindigt met een slotparagraaf waarin enkele conclusies worden getrokken over de relatie tussen de numerus fixus en het aantal werkzame specialisten.

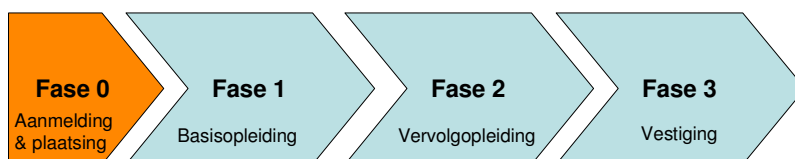
De initiële opleiding duurt zes jaar. De vervolgopleidingen duren, afhankelijk van de gekozen richting, drie tot zes jaar. De gehele opleiding, van eerstejaars student tot medisch specialist, duurt dus – in theorie – negen tot twaalf jaar. In onderstaande figuur wordt de opleiding geschetst, elk blokje staat voor één jaar. De praktijk is echter weerbarstiger. Zo kost het in de praktijk gemiddeld zeven jaar om de basisopleiding af te ronden en is de aansluiting tussen de basisopleiding en de vervolgopleiding niet naadloos. Het doorlopen van het opleidingstraject tot medisch specialist duurt in de praktijk zo'n 11 tot 15 jaar: zeven jaar voor de basisopleiding, vaak enige jaren anios-schap, en tenslotte drie tot zes jaar voor de vervolgo-

leiding. Op het anios-schap wordt later deze notitie terugge-
komen.



**Figuur 2: schematische weergave van het medisch opleidings-
continuüm.**

2 Fase 0: aanmelding en plaatsing



2.1 Aantallen en de numerus fixus basisopleiding

Het aantal aanmeldingen voor de studie geneeskunde neemt tussen 1990 en 1997 gestaag toe van circa 3500 tot meer dan 6000. Vanaf 1997 dalen de aanmeldingen tot circa 4500 om in de periode 2004 tot 2009 weer toe te nemen van 5500 tot ruim 6900. Het aantal aanmeldingen voor de opleiding van de afgelopen jaren staat weergegeven in onderstaande tabel. Tevens laat de tabel het aantal beschikbare plaatsen zien.

Academisch jaar	Aantal aanmeldingen	Aantal plaatsen
2001/2002	4598	2140
2002/2003	4776	2550
2003/2004	5127	2850
2004/2005	5482	2850
2005/2006	5809	2850
2006/2007	6583	2850
2007/2008	6926	2850
2008/2009	6941	2850
2009/2010	7945	2850

Tabel 1: aantallen aanmeldingen en beschikbare plaatsen voor de opleiding geneeskunde (bron: Capaciteitsorgaan en IB-Groep)

De belangstelling voor de opleiding is derhalve de laatste jaren circa 2,5 maal het aantal beschikbare plaatsen. Op zowel het aantal aanmeldingen als het aantal beschikbare plaatsen wordt onderstaand nader ingegaan.

De genoemde aantallen aanmeldingen betreffen het totaal aantal kandidaat studenten dat als zodanig staat geregistreerd bij de IB-Groep. Een deel van deze aanmeldingen bestaat uit een groep die al voor de tweede of de derde keer meeloot. Het aantal schoolverlaters dat kiest voor de opleiding geneeskunde,

Sanders spreekt in dit verband over het “reële aantal nieuwe aanmeldingen”, ligt naar schatting rond de 4.000¹ tot 4.500². Hoewel deze cijfers niet zonder meer voorhanden zijn kan op basis van cijfers van de IB-Groep de schatting worden bevestigd. Zij het dat deze voor het meest recente studiejaar hoger moet worden geschat gezien de forse stijging. Het aantal nieuwe aanmeldingen bedraagt circa 1,5 maal het aantal beschikbare plaatsen.

Sinds 1976 is voor de opleiding een instroombeperking van kracht, ingegeven door de (beperkte) opleidingscapaciteit van de universiteiten. In de daaropvolgende periode is de instroom in de opleiding geneeskunde in toenemende mate gerelateerd aan de behoefte op de arbeidsmarkt. In de jaren '80 (tot 1991) op basis van de “Beroepskrachtenplanning gezondheidszorg”, in de jaren '90 op basis van ramingen voor de Nationale Raad voor de Volksgezondheid, en sinds 2000 op basis van ramingen van het Capaciteitsorgaan. Formeel gesproken is “numerus fixus” niet de juiste term om deze instroombeperking aan te duiden. De Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek (WHW) spreekt van een arbeidsmarktfixus (de regulering van een mogelijk arbeidsmarktoverschot) en een capaciteitsfixus (het waarborgen van de kwaliteit van het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek door geleidelijke afstemming van de capaciteit op de behoefte). Het kabinet maakt voor de opleiding geneeskunde geen gebruik van zijn bevoegdheid om een arbeidsmarktfixus in te stellen. De instroombeperking voor de opleiding geneeskunde is, hoewel gebruikt om via de uitstroom het aantal basisartsen op de arbeidsmarkt voor artsen te reguleren, een capaciteitsfixus. De capaciteitsfixus komt in vier stappen tot stand³:

1. De minister van VWS formuleert uit “volksgezondheidsoverwegingen” een standpunt over de gewenste omvang van de instroom in de opleiding als advies aan de minister van OC&W. De raming van het Capaciteitsorgaan speelt hierin een belangrijke rol.
2. De minister van OC&W formuleert op basis van het advies van zijn ambtgenoot van VWS een standpunt over de gewenste instroom.
3. De minister van OC&W overlegt met de medische faculteiten over de gewenste capaciteit. De faculteiten geven hierbij aan welke capaciteitswijziging zij inschatten aan te kunnen.
4. Het resultaat van het overleg tussen OC&W en de medische faculteiten wordt ten slotte ingebracht in

het kabinet, dat besluit over het aantal te financieren studieplaatsen.

De MDW werkgroep⁴ stelt dat een capaciteitsfixus is te billijken vanuit het oogpunt van kwaliteit van de opleiding, in elk geval op korte termijn. Voor de langere termijn concludeert de werkgroep in 2001:

“Op langere termijn ligt dit vanzelfsprekend anders en lijkt het vooral een kwestie van geld en goede wil te zijn om de kwaliteit van de opleiding op peil te houden, ongeacht de instroom. [...] Tenslotte mogen we verwachten dat indien vraag en aanbod meer op elkaar zijn afgestemd, op termijn de vraag zal afnemen, omdat een goud-gerande toekomst in bepaalde takken van de geneeskunde minder verzekerd zijn.” (MDW werkgroep, 2001: 32).

Op de vraag welke belemmeringen spelen bij het loslaten van de instroombeperkingen wordt aan het einde van de volgende paragraaf, nadat de basisopleiding nader is belicht, teruggekomen.

2.2 Van scholier naar student

Om in aanmerking te komen voor een studieplaats in de opleiding geneeskunde moet de kandidaat student beschikken over een VWO diploma met doorstroomprofiel Natuur & Gezondheid of Natuur & Techniek met biologie 1 en 2 (per 2010: profiel Natuur & Gezondheid met natuurkunde of profiel Natuur en Techniek met biologie). Voor kandidaten zonder VWO diploma, bijvoorbeeld studenten die na de HAVO naar het HBO zijn doorgestroomd en een HBO propedeuse diploma hebben behaald, bestaan procedures om alsnog aan de kwalificatie-eisen te voldoen.

Om een plek in de opleiding te bemachtigen heeft de geslaagde VWO scholier een aantal mogelijkheden:

- instroom in het eerste jaar na gewogen loting op basis van VWO eindexamencijfers,
- instroom in het eerste jaar zonder loting (VWO examen met gemiddeld eindcijfer 8 of hoger),
- instroom in het eerste jaar na zogeheten “decentrale selectie”,
- instroom in een later moment van de opleiding: “zij-instroom” (instroommoment wisselt per faculteit).

Scholieren die zijn geslaagd voor hun VWO examen met een 8 gemiddeld of hoger worden direct geplaatst aan de universiteit

van hun keuze. De overige scholieren die in het eerste jaar in willen stromen doen mee aan de gewogen loting. Zij kunnen zich echter aanmelden voor “decentrale selectie”. Medische faculteiten mogen tot 50% van het totaal aantal eerstejaars geneeskunde studenten selecteren op basis van motivatie, ambitie, ervaring of bijzondere prestaties. De minister van onderwijs is echter voornemens dit percentage te verhogen tot 100%. Faculteiten krijgen daarmee de mogelijkheid om alle studenten te selecteren⁵. Dit voornemen wordt overigens ondersteund vanuit het veld, zoals bijvoorbeeld blijkt uit de recente oratie van de prodecaan in het UMCG⁶. Anderen pleiten voor een selectie pas na de bachelorfase⁸. De selectie eisen en procedures voor decentrale selectie (dus voor het eerste jaar) bij de verschillende medische faculteiten wisselen. Studenten die zich niet kandideren via decentrale selectie kunnen alsnog via de loting een plek bemachtigen. Ten slotte bestaat aan een aantal faculteiten de mogelijkheid om later in het programma in te stromen. Sinds enkele jaren worden in Utrecht, Groningen en Maastricht circa 30 tot 40 zogenaamde zijinstromers per faculteit toegelaten tot de opleiding. Het betreft studenten uit gerelateerde studierichtingen, die na hun bachelorfase overstappen naar de masterfase geneeskunde waarbij zij zich gedurende één studiejaar bijscholen in de basiskennis geneeskunde (het zogenaamde schakeljaar). Het aantal van circa 100 zijinstromers wordt door de faculteiten in mindering gebracht op het aantal toe te laten eerstejaarsstudenten. De laatste jaren starten dus 2750 studenten in het eerste jaar van de reguliere opleiding.

3 Fase 1: de basisopleiding.



3.1 Duur en inhoud van de basisopleiding

De duur van de basisopleiding hangt samen met een EU richtlijn die bepaalt dat de student geneeskunde tenminste 5500 uren theoretisch en praktisch onderwijs krijgt aangeboden. tevens heeft de EU vastgesteld dat voor toelating tot een vervolgopleiding tot klinisch specialist of huisarts de duur van de basisopleiding tenminste zes jaar bedraagt (EU richtlijn 93/16 (artikel 23 lid 2) en EU richtlijn 93/16 artikel 24, lid 1)). Nederland conformeert zich aan deze EU regelgeving.

De opleiding bestaat uit een driejarige bacheloropleiding, gevolgd door een driejarige masteropleiding. Na afronding van de bachelorfase krijgt de student de titel B.Sc., na afronding van de masterfase de titel M.Sc. Nu kan de arts zich inschrijven in het bigregister en is hij gerechtigd de titel arts te voeren. De inrichting van de opleiding in twee fasen begint geleidelijk aan vorm te krijgen. Zo kan de bachelor geneeskunde die niet als arts wil gaan werken overstappen naar andere masterprogramma's zonder dit te combineren met de geneeskunde master, zoals een master in public health of zorgmanagement. Overstap van de bacheloropleiding aan de ene faculteit naar de masterfase aan een andere faculteit is (vooralsnog) overigens vrijwel niet mogelijk. Jaarlijks maken hooguit vijf studenten mogelijkheid van deze (formele) mogelijkheid. Het KNMG Studentenplatform spreekt in dit verband van "mobiliteit, maar met de handrem erop"⁹. Een van de doelen van de invoering van de bachelor-master structuur was het bevorderen van internationale mobiliteit. Voor de opleiding geneeskunde is hier vooralsnog geen sprake van, anders dan via kleinschalige uitwisselingsprogramma's.

Inmiddels bieden drie faculteiten een programma waarbij de reguliere master wordt gecombineerd met aanvullende wetenschappelijke scholing en onderzoek. Bijzonder interessant is in dit verband de vierjarige Selective Utrecht Medical Master

(SUMMA) waar ook studenten in kunnen stromen met een andere bachelor dan de geneeskunde bachelor. Ook de masteropleiding tot Arts-Klinisch Onderzoeker in Maastricht staat open voor studenten met een bachelor “met biomedische signatuur”. In Leiden bestaat het zogeheten MD/PhD traject. Dit traject voor excellente studenten begint reeds in jaar 2 en is niet gekoppeld aan de Ba/Ma structuur.

De inhoud van de opleiding geneeskunde is sinds 1994 gebaseerd op het zogeheten Raamplan Artsopleiding, dat wordt vastgesteld door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Dit Raamplan wordt periodiek bijgesteld. De laatste versie van het raamplan (2009) voorziet in aparte eindtermen voor de bachelorfase van de opleiding¹⁰. Het is aannemelijk dat dit de mobiliteit kan vergroten. Het bijgestelde Raamplan behoeft overigens nog wel wettelijke borging, aangezien de te verwerven competenties staan benoemd in het “Besluit Opleidingseisen Arts”. Dit besluit dient te worden vervangen door een nieuw besluit (AMvB) om het hernieuwde Raamplan formeel “in werking” te kunnen laten treden.

Op dit moment maken studenten die instromen in de masterfase van de opleiding (of studenten die langs een andere route zij-instromen) nog een kleine minderheid uit van de totale instroom in de opleiding geneeskunde. Verdere flexibilesering van het stelsel is niet onaannemelijk. In twee van de acht steden geeft een niet medische bachelor, na een pittige selectie, toegang tot een speciale master van de opleiding. Ook in de Arts van Straks¹¹ werd reeds gepleit voor de mogelijkheid van instroom in de masterfase. Deze studenten zou dan wel een langer, aangepast, curriculum moeten worden aangeboden. Voor dergelijke zij-instromers zou de masterfase vier jaren moeten duren. Dit model komt dicht in de buurt van het Amerikaanse model, waarin een student na een bacheloropleiding (vier jaar) in bijvoorbeeld geneeskunde (pre-med), biologie of de natuurwetenschappen instroomt in een vierjarige MD opleiding. Selectie voor de artsopleiding vindt hier dus aan het begin van de masterfase plaats. Voor zover niet in strijd met Europese regelgeving en zolang wordt voldaan aan de eisen van het Raamplan is een dergelijk model ook in Nederland mogelijk. Dekker *et al* (2009) stellen in het Tijdschrift voor Medisch Onderwijs de vraag: “Komt er in de toekomst wellicht een algemene medische master die door middel van selectie toegankelijk is vanuit verschillende bachelorprogramma’s?”.¹²

Nu in Nederland de numerus fixus wordt heroverwogen ligt het voor de hand om deze ontwikkeling in de besluitvorming te betrekken. Een open bacheloropleiding en een selectieve instroom de masterfase? Aan deze selectie zouden dan niet alleen de bachelors geneeskunde mee kunnen doen, maar bijvoorbeeld ook de bachelors biologie of biomedische wetenschappen. Het beschouwen van de opleiding geneeskunde als een ondeelbare zesjarige opleiding en, daaraan gekoppeld, het beschouwen van de instroom in het eerste jaar als de te reguleren instroom, doet aan deze ba-ma ontwikkelingen eigenlijk onvoldoende recht. Zo beschouwd zou een fixus voor de masterfase van de opleiding, op basis van een gedegen selectie mede aan de hand van de bachelor studieresultaten, eerder voor de hand liggen dan de huidige selectie aan het begin van de zesjarige opleiding op basis van middelbare school resultaten. Recent wetenschappelijk onderzoek¹³ heeft aangetoond dat het eindexamencijfer geen goede voorspeller is voor succes in de medische opleiding. “Decentrale geselecteerden” zijn wel aantoonbaar succesvoller zijn in hun opleiding.^{14 15}

3.2 Rendement en capaciteit

De uitval voor studenten die zowel de bachelor als de master geneeskunde doorlopen ligt reeds enige jaren constant op circa 20%. (10% in het eerste jaar van de opleiding, 10% over de andere jaren gezamenlijk). Zij-instromers behalen nagenoeg allen het artsdiploma. Op basis van de instroom van 2850 (eerstejaarsstudenten + zij-instromers) studeren naar schatting per 2010 jaarlijks ruim 2325 ($0,9 \times 0,9 \times 2750 + 100$) artsen af.

Is er (nog) sprake van ongebruikte capaciteit bij de opleidingen geneeskunde? In de afgelopen 10 jaar is de opleidingscapaciteit uitgebreid met een derde uitgebreid. De NFU schat in dat een geringe ophoging mogelijk is. De NFU acht landelijk 200 tot 300 extra opleidingsplaatsen mogelijk. Door diverse organisaties (NFU, Orde, KNMG) is gesteld dat met name rond het aanbieden van co-assistentenschappen een knelpunt zal ontstaan. UMC's ervaren beperkingen bij het vinden van plaatsen voor co-assistenten in algemene ziekenhuizen.

Het aantal onderwijsgevenden en/of het aantal beschikbare patiënten is te beperkt voor een verdere toename van het aantal co-assistenten. Dit beeld is afhankelijk van de locatie van het UMC. Door het grote aantal UMC's in de Randstad (VUMC,

AMC, LUMC, ErasmusMC) is de vraag naar plaatsen voor co-assistenten daar groter dan in de regio's Noord en Oost. Niet bekend is, in hoeverre er daadwerkelijk sprake is van een tekort aan plaatsen op grond van beperkte beschikbaarheid van patiënten of specialisten om co-assistenten te begeleiden, of dat de hoogte van de affiliatievergoeding hierin mede een rol speelt. Daarnaast kunnen de opleidingen in Groningen en Nijmegen mogelijk (meer) co-assistenten detacheren in Duitse opleidingsziekenhuizen nabij de grens. Zo lopen geneeskundestudenten uit Groningen reeds enkele jaren co-assistenten schappen in de Duitse stad Oldenburg¹⁶ en kunnen geneeskundestudenten uit Nijmegen hun co-schap huisartsgeneeskunde lopen in de meer dan 10 Europese landen¹⁷.

Per 1 september 2009 is in Groningen een Engelstalige bacheloropleiding geneeskunde gestart voor zowel Nederlandse als buitenlandse studenten. Er is in deze Engelstalige variant plaats voor 60 studenten¹⁸.

In Groningen en Maastricht volgt een aantal studenten uit Saoedi-Arabië de opleiding geneeskunde. Deze studenten studeren "buiten de numerus fixus" en betalen een marktconform collegegeld.¹⁹ Het betreft jaarlijks circa 80 studenten.²⁰ Hierbij dient overigens te worden opgemerkt dat co-schappen niet in alle gevallen in Nederland worden gevolgd en zo de "zwakste schakel" van de capaciteit van de opleiding niet in alle gevallen wordt belast.

De opleiding geneeskunde in Groningen is door een fundamentele verandering van aanpak in staat gebleken het aantal studenten in opleiding te verhogen (voor zover bekend geen nadere gegevens beschikbaar). Kern van de verandering is dat de student niet een vast co-schappen programma doorloopt. Afhankelijk van zijn/haar voorkeur doorloopt de student 14 co-assistenten schappen van ieder vier weken bij specialismen die hij/zij relevant acht voor zijn/haar beoogde vervolgopleiding²¹. Indien de Groningse aanpak ook in andere UMC's zou worden ingevoerd kan dat leiden tot een substantiële verhoging van het aantal co-assistentplaatsen.

Co-schappen zijn echter niet de enige beperkende factor. 15 jaar geleden namen hoorcolleges voor grote groepen (alle studenten tegelijk) een centrale plaats in in met name de eerste jaren van de opleiding. Deze onderwijsvorm is veelal vervangen door kleinschalig onderwijs in werkgroepen. Toename van het aantal bachelorstudenten is dus niet een kwestie van wat

extra stoelen aanschuiven, maar legt daadwerkelijk een groter beslag op de docentencapaciteit. Kleinschalig onderwijs komt, bij gelijkblijvende onderwijscapaciteit, mogelijk zelfs onder druk te staan bij substantiële verhoging van de numerus fixus.

3.3 De artsenopleiding in andere EU landen

Hoe andere EU landen omgaan met toelatingsbeperking tot de opleiding geneeskunde is lastig vast te stellen. Hoe zou een buitenlander de Nederlandse situatie beoordelen? In Nederland is geen van overheidswege vastgestelde fixus, de capaciteit komt immers in samenspraak tussen faculteiten en de overheid tot stand. Toch is hier sprake van een instroombeperking. Er zijn enkele publicaties beschikbaar^{22 23} op grond waarvan een aantal zaken kunnen worden vermeld. Een numerus fixus, doorgaans aangeduid als numerus clausus, is van kracht in België, Frankrijk, Spanje en Duitsland. In elk land wordt deze overigens anders gehanteerd. Zo kan bijvoorbeeld in Frankrijk eenieder die over de juiste vooropleiding beschikt zich aanmelden voor het eerste jaar van de opleiding. Een eerste jaar dat overigens gemeenschappelijk wordt gevolgd met studenten tandheelkunde, farmacie en verloskunde. Het aantal plaatsen in het eerste jaar wordt vastgesteld door de universiteiten op basis van capaciteit. De ministers van gezondheid en onderwijs stellen het aantal plaatsen in het tweede jaar vast, op basis van behoefteraming en opleidingscapaciteit.²⁴ Ook Zwitserland heeft tien jaar geleden een numerus clausus ingevoerd. Soms wordt de instroom beperkt met selectie aan de poort op basis van bijvoorbeeld een toelatingsexamen, soms met het eerste studiejaar als selectiejaar. Zover wij hebben kunnen nagaan is Nederland het enige land dat “selecteert” met behulp van loting. In andere landen, zoals Oostenrijk, is geen sprake van een numerus clausus. Wel hebben sommige universiteiten een gelimiteerde instroom. Er zijn zelfs landen waar de overheid er, vanwege een bestaand artsentekort, naar streeft om de instroom in de opleiding geneeskunde zo veel mogelijk te verhogen. Zo is het aantal plaatsen binnen bestaande opleidingen in het Verenigd Koninkrijk aanzienlijk verhoogd en zijn zelfs nieuwe medical schools aangewezen om het daar bestaande artsentekort het hoofd te bieden. Toch is toelating tot een Britse medical school nog steeds competitief. Binnen de EU bestaat kortom een geen eenduidig beeld met betrekking tot de toelating tot de opleiding geneeskunde. Wel kan worden gesteld dat er altijd wel sprake is van enige vorm van instroombeperking, bijvoorbeeld door selectie. Voor zover be-

kend geeft nergens een middelbare school diploma zonder meer een afdwingbaar recht op toelating tot de opleiding tot arts.

3.4 Overige artsenopleidingen in het Koninkrijk der Nederlanden

Op de meeste eilanden van de Antillen zijn “medical schools” gevestigd. Hoewel deze medical schools binnen het koninkrijk zijn gevestigd, zijn het geen opleidingen tot basisarts zoals we die in het land Nederland kennen. De medical schools zijn in eerste instantie opleidingen voor studenten uit de VS en Canada die ook voor de Amerikaanse en Canadese markt opleiden. De curricula van de scholen zijn gebaseerd op Amerikaanse eindtermen en niet op het Nederlandse Raamplan.

De medical schools zijn niet vergelijkbaar met Nederlandse UMC's of universiteiten. Geen van de medical schools is rechtstreeks gelieerd aan een ziekenhuis. Patiëntgebonden onderwijs wordt op de eilanden dan ook niet aangeboden. Co-schappen, de zogeheten clinical rotations, worden in ziekenhuizen in de VS gelopen. Een enkele student loopt co-schappen in Nederland, maar dat zijn uitzonderingen. Een andere belangrijk verschil is de afwezigheid van wetenschappelijke vorming in het curriculum aan deze “teaching universities”. Studenten worden niet of slechts zeer beperkt wetenschappelijk gevormd.

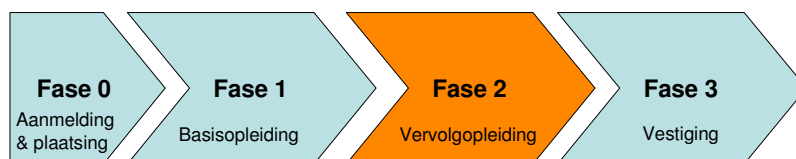
Om in te stromen in een van de opleidingen moet de student een relevante bacheloropleiding hebben voltooid. Afhankelijk van het gevolgde curriculum moet de student nog aanvullend een “pre-med” programma volgen. De eisen verschillen per school. Op de eilanden wordt een tweejarig theoretisch programma aangeboden dat voorbereidt op de eerste stap van het United States Medical Licensing Examination (USMLE). De theoretische opleiding wordt doorgaans afgesloten met een vaardigheidstraining die voorbereid op het klinische onderwijs. Na het met goed gevolg afleggen van het USMLE step 1 examen, kan de student zijn twee jaar clinical rotations volgen in geaffilieerde ziekenhuizen in de VS. Na afronding van de opleiding ontvangt de student een diploma en mag hij zich MD noemen. Om in aanmerking te komen voor een licentie om onder supervisie te praktiseren moeten na de opleiding nog twee examens worden afgelegd: USMLE Step 2 Clinical Knowledge en het USMLE Step 2 Clinical Skills examen. On-

gesuperviseerde uitoefening van het beroep van arts is pas toegestaan na het USMLE Step 3 examen, dat wordt afgelegd nadat (gesuperviseerd) werkervaring is opgedaan.

Hoewel de opleidingen in het Koninkrijk der Nederlanden worden aangeboden, geeft het diploma geen recht tot inschrijving in het Nederlandse BIG-register. Indien een afgestudeerde "MD" zich in het BIG register wil inschrijven zal hij eerst, zoals alle artsen van buiten de Europese Economische Ruimte (EER), het zogeheten "Assessment Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid" moeten doorlopen en eventueel aanvullende scholing moeten volgen.

Op dit moment zijn de Nederlandse Antillen, evenals Aruba, aparte landen binnen het Koninkrijk. Door de staatsrechtelijk herindeling zullen echter naar verwachting vanaf 2010 Bonaire, St. Eustatius en Saba onderdeel uit gaan maken van het land Nederland. Ter voorbereiding van deze overgang heeft de Nederlands Vlaamse Accreditatie Organisatie (NVAO) in 2008 een aantal opleidingen bezocht en beoordeeld. Hoewel het juridisch (nog) niet mogelijk is om een formele Toets Nieuwe Opleiding uit te voeren buiten de landsgrenzen is de kwaliteit van de opleidingen wel beoordeeld langs het in Nederland en Vlaanderen geldige accreditatiekader. Eén van de scholen, Saba University School of Medicine, is op alle facetten positief beoordeeld. De opleiding tot MD aan deze school kost voor vier jaar circa € 95.000,-. Saba is daarmee een van de duurdere Antilliaanse medical schools.

4 Fase 2: de vervolgopleiding



4.1 Keuzes na de basisopleiding

Een aanzienlijk deel van de afgestudeerde basisartsen stroomt na de basisopleiding door naar één van de specialistische vervolgopleidingen te weten:

1. vervolgopleiding tot medisch specialist,
2. vervolgopleiding tot huisarts
3. vervolgopleiding tot arts voor ouderengeneeskunde (voorheen verpleghuisarts),
4. vervolgopleiding tot sociaal geneeskundige (bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, GGD artsen, etc),
5. vervolgopleiding tot arts verstandelijk gehandicapten, kaakchirurg, intensivist¹ of SEH arts

Ter verduidelijking: alle vervolgopleidingen leiden formeel op tot “specialist”. Zo heten artsen die worden opgeleid tot huisarts “arts in opleiding tot specialist huisartsgeneeskunde”. Slecht een derde deel van alle basisartsen stroomt overigen direct door naar een vervolgopleiding. Anderen werken eerst als anios. In paragraaf 4.3 wordt nader op deze tussenstap ingegaan.

4.2 Aantallen plaatsen en kandidaten

De afgelopen jaren was de instroom in vervolgopleidingen tot klinisch specialist circa 1.100, totaal is de instroom in de vervolgopleidingen circa 2.000. 90% van de pas afgestudeerde artsen (per 2010 $0,9 \times 2.325 =$ circa 2.100) ambieert een vervolgopleiding (klinisch specialist, huisarts of anders)²⁵. Dit getal wordt ondersteund door onderzoek van Prismant²⁶ waarin wordt gesteld dat 11% van de basisartsen geen (medische) vervolgopleiding wil volgen. Er lijkt dus sprake te zijn van een

¹ Voor toelating tot de opleiding tot intensivist moet eerst een vervolgopleiding in de anesthesiologie, interne geneeskunde, neurologie, neurochirurgie, longziekten, heilkunde of cardiologie zijn afgerond.

redelijk passend aantal vervolgopleidingsplaatsen. Voor vrijwel iedereen die dat wil lijkt er een vervolgopleidingsplek voorhanden (of dat uit kwaliteitsoogpunt wenselijk is, laat zich niet zonder meer objectief beantwoorden en wordt hier dan ook niet besproken). Schijn bedriegt hier echter enigszins. Twee derde van de studenten geneeskunde ambieert een vervolgopleiding tot klinisch specialist ($2/3$ van $2.325 = 1.550$). 1.550 gegadigden voor 1.100 plekken dus. Bovendien zijn sommige vervolgopleidingen aanzienlijk populairder dan andere. Het lijkt dus wel een supermarkt waar weliswaar totaal voldoende kassa's zijn, maar sommige kassa's niet worden gebruikt terwijl er voor andere kassa's lange rijen staan. Bovendien ondervinden de afstuderende basisartsen bij het verwerven van een vervolgopleidingsplek concurrentie van reeds eerder afgestudeerde basisartsen (ongeveer 3.200 in totaal, zie paragraaf 4.3).

Hierna wordt eerst ingegaan op het verschil tussen het aantal afstuderende studenten geneeskunde (verder te noemen "basisarts") en het aantal basisartsen dat in kan stromen in een van de specialistische vervolgopleidingen. Ook wordt ingegaan op de "pool" van basisartsen die één of meer jaren (moeten) wachten voordat zij worden toegelaten tot een vervolgopleiding. Vervolgens wordt aangegeven hoe de aantallen zich de afgelopen jaren hebben ontwikkeld en wordt beschreven hoe het instroom aantal tot stand komt en welke organisaties/betrokkenen invloed hebben op dit aantal.

4.3 Wachtijd tussen afstuderen en start vervolgopleiding

Het aantal jaarlijks afstuderende basisartsen ligt hoger dan het aantal beschikbare instroomplaatsen voor een vervolgopleiding. Hoewel het totaal aantal artsen dat wil doorstromen en het totaal aantal opleidingsplaatsen niet eens zo veel van elkaar verschillen, is het animo voor de verschillende opleidingen wisselend. Zo is het animo voor de opleidingen ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten (AVG) lager dan het aantal beschikbare plaatsen^{27 28}, terwijl de belangstelling voor een groot aantal klinisch specialistische vervolgopleidingen groter is dan het aantal plaatsen. Het verschil tussen aantallen kandidaten en beschikbare opleidingsplaatsen heeft geleid tot een wachtijd voor verschillende vervolgopleidingen die kan oplopen tot meerdere jaren. De wachtijd varieert over de jaren en verschilt per vervolgopleiding. Deze assistenten worden aangeduid als anios (Assistent Niet In Opleiding tot

Specialist). De vervolgopleidingen rekruteren de aios (Assistent In Opleiding tot Specialist) vooral uit deze “pool” van de basisartsen onder de 40 jaar. Onderzoek van het Capaciteitsorgaan laat zien dat circa 50 % van de basisartsen direct doorstroomt naar een vervolgopleiding. Een groot hiervan betreft echter studenten die kiezen voor de opleiding huisartsgeneeskunde, waarvoor reeds tijdens de studie geneeskunde kan worden gesolliciteerd. Voor klinische specialismen komt een naadloze aansluiting tussen basis- en vervolgopleiding minder vaak voor. Gemiddeld, dus inclusief diegenen die rechtsreeks kunnen doorstroomen, bedraagt de “wachttijd” drie jaar. Meer gedetailleerde cijfers over “wachttijd”, onderverdeeld naar specialisme, zijn niet voorhanden, maar gezien de gemiddelde wachttijd van drie jaren, kan deze tijd voor populaire specialismen fors oplopen. Een deel van degenen die niet direct doorstroomt wordt gedwongen tot uitstel vanwege gerestricteerde toelating tot het beoogde specialisme. Anderen kiezen er bewust voor niet direct door te stromen om een aantal jaren iets anders te gaan doen. Sommigen doen onderzoek (al of niet in het kader van een promotie), anderen gaan werken als anios om zich nader te oriënteren op de definitieve beroepskeuze. Ook zijn er artsen die ervaring willen opdoen in het buitenland. Meer informatie over (het ontbreken van een directe) aansluiting tussen de basis- en de vervolgopleiding en de strategieën die basisartsen volgen om een vervolgopleidingsplek te verkrijgen wordt gegeven in de achtergrondstudie “De opgeleiden” (Wallenburg, 2009).

De recent afgestudeerde basisartsen vormen een “pool” waaruit de vervolgopleidingen putten. Door ophoging van de instroom van studenten geneeskunde kort voor de eeuwwisseling en enige daling van de instroom in de vervolgopleidingen is het aantal basisartsen in de pool toegenomen. Het Capaciteitsorgaan (Capaciteitsorgaan 2008: 67-77)²⁹ verwachtte aanvankelijk dat de pool, bij de ongewijzigd beleid, zou toenemen tot 10.600 per 2015. Aangezien onvoldoende details bekend waren over de groep van basisartsen die niet als specialist werkzaam zijn, heeft het Capaciteitsorgaan onderzoek laten doen naar de groep van basisartsen. Nieuwe cijfers³⁰ werpen een aanzienlijk genuanceerder beeld op de pool van basisartsen.

Per januari 2009 stonden er een kleine 10.000 artsen ingeschreven in het BIG-register die niet geregistreerd waren als specialist en ook niet in opleiding zijn. Van deze 10.000 heeft tweederde geen wens tot opleiding. Zij zijn gestopt met de uitoefening van het vak van arts, hebben de opleiding niet

afgemaakt, hebben een baan in de wetenschap of farmacie of hebben een profielopleiding (zoals arts verslavingszorg of SEH-arts) gedaan of hebben een niet erkende vervolgopleiding gevolgd. Onbekend is overigens of deze artsen direct na hun afstuderen wel een wens om in opleiding te komen hadden, maar deze in de loop van de tijd hebben laten varen. Het aantal basisartsen dat wel een “volhardende” wens tot vervolgopleiding heeft bedraagt ruim 3.200. De “pool” blijkt dus bij nadere studie ongeveer anderhalf maal het aantal artsen dat jaarlijks aan een vervolgopleiding begint. Hoewel in het onderzoek nog puntjes op de i moeten worden gezet, is al wel duidelijk geworden dat de gevreesde grote groep van basisartsen die “in weerwil van hun ambitie niet verder kunnen” tot 3.200 beperkt is.

Op basis van een rendement van 80% van de 2.750 startende eerstejaarsstudenten en een rendement van bijna 100% van de circa 100 zij-instromers zullen vanaf 2009 ieder jaar ruim 2.300 basisartsen afstuderen. Van deze 2.300 artsen beoogt 90% een vervolgopleiding. Ongeveer 1,5% kiest voor een niet erkende opleiding of een profielopleiding. Jaarlijks komen er derhalve ruim 2.000 basisartsen beschikbaar voor een vervolgopleidingsplek. Dit aantal is ongeveer even groot als het aantal plaatsen in de vervolgopleidingen. Dat zou impliceren dat voor iedereen die dat wil een vervolgopleidingsplek beschikbaar is. Sterker nog, indien de vervolgopleidingscapaciteit zou worden vergroot, zou er zelfs een tekort aan basisartsen ontstaan. De “pool” zou snel worden leeggezogen.

Hierbij passen echter drie nuanceringen. Ten eerste is het niet helemaal correct om naar deze macrocijfers te kijken, zonder stil te staan bij het feit dat voor sommige specialismen sprake is van forse concurrentie (de populaire specialismen) terwijl voor andere specialismen niet alle opleidingsplaatsen worden vergeven. Ten tweede is er in aanvulling op de “eigen kweek” sprake van instroom van basisartsen van andere EU landen, deels Nederlanders die in het buitenland hun opleiding hebben gevolgd, deels buitenlanders. Dit aantal bedraagt zo’n 200 per jaar³¹. Er is dus (op macroniveau) 10% overcapaciteit, die ruimte laat voor selectie, puur vanwege de instroom van artsen die in een ander EU land. Het Capaciteitsorgaan heeft desgevraagd laten weten dat zij, op basis van de nu bekende gegevens, een verhoging van de instroom in de opleiding geneeskunde zullen adviseren. Ten derde moet nog worden opgemerkt, dat momenteel kandidaten voor een vervolgopleidingsplek, afhankelijk van het gekozen specialisme, wel forse con-

currentie ervaren vanuit de pool. Er dingen immers niet 2.000, maar $2.000 + 3.200 = 5.200$ basisartsen naar de beschikbare plaatsen. Het is echter aannemelijk dat de pool de komende jaren, door de te verwachten stijging van de instroom in de vervolgoopleidingen fors zal afnemen.

4.4 Instroom in de vervolgoopleidingen

De instroom in de vervolgoopleidingen (2009) staat weergegeven in onderstaande tabel.

Richting	Aantal
Klinisch specialist	1.122
Huisarts	614
Sociaal geneeskundige	50
Ouderengeneeskunde	112
Arts Verstandelijk Gehandicapten	20
Kaakchirurgie	13
Intensivist ²	40
SEH-arts ³	43-59
Totaal	2014 - 2030

Tabel 2: aantallen beschikbare plaatsen voor de vervolgoopleidingen (bron: VWS en Capaciteitsorgaan) ³²

Bij tabel 2 horen enige opmerkingen. Het totaal aantal beschikbare plaatsen zou in deze context eigenlijk met 40 moeten worden verlaagd omdat instroom in de opleiding tot intensivist niet openstaat voor basisartsen, hiervoor moet eerst een opleiding tot specialist zijn afgerond. Daar staat tegenover dat niet wordt geraamd voor andere vervolgoopleidingen zoals bijvoorbeeld de arts verslavingszorg of andere al dan niet erkende profiel- of vervolgoopleidingen.

De instroom van aios in vervolgoopleiding tot klinisch specialist is in de periode 2000 tot 2002 is gestegen van ruim 800 tot ruim 1.100. In de periode 2002 tot 2009 schommelt de instroom rond de 1.100 aios. Omdat in de periode 2000 tot 2009 de uitstroom van aios die hun opleiding afronden aanzienlijk lager ligt dan het instromende aantal neemt het totaal aantal aios toe van 3.342 naar 5.752. De gemiddelde vervolgoopleiding

² Zie eerdere opmerking over de opleiding tot intensivist

³ De opleiding tot SEH-arts is geen medisch specialisme, maar een door de CCMS erkende profielopleiding

tot klinisch specialist duurt ongeveer vijf jaren. Aangezien het aantal instromers sinds 2002 min of meer constant is zal het totale aantal aios dat in opleiding is zich binnen afzienbare tijd stabiliseren. Hetzelfde geldt voor het totale aantal werkzame klinisch specialisten. In de periode 2000 tot 2007 nam het aantal actief werkzame klinische specialisten toe van 12.800 tot 15.360. Het betreft een toename van 20 % oftewel bijna 3% per jaar³³.

Bij het bepalen van het benodigde aantal specialisten tot 2025 speelt een groot aantal factoren een rol die meer of minder kunnen fluctueren. Deze factoren kunnen fluctueren voor alle specialismen tezamen maar ook voor de circa 30 verschillende medische specialismen afzonderlijk. Door de vergrijzing zal bijvoorbeeld het aantal kanker- en diabetespatiënten toenemen terwijl anderzijds het aantal kinderen afneemt. Alles overziende verwacht het Capaciteitsorgaan dat op basis van de huidige in- en uitstroom van specialisten sprake zal zijn van evenwicht tussen vraag en aanbod, dan wel, als bijvoorbeeld de taakher-schikking doorzet, een beperkt overschot. Hierbij zij opge-merkt dat het Capaciteitsorgaan een aantal varianten berekent, waarin ook bijvoorbeeld factoren als arbeidstijdverkorting worden meegenomen. Het Capaciteitsorgaan geeft bij zijn ramingen wel aan dat de ontwikkelingen met betrekking tot deeltijd zich moeilijk laten voorspellen. Onderzoek van het KNMG Studentenplatform heeft uitgewezen dat de meerderheid van de studenten in deeltijd zijn opleiding wil volgen en dat maar liefst 80% van de studenten geneeskunde in deeltijd wil werken.³⁴

Bij de hoogste behoefte-raming (de hoge variant) zal er op basis van de huidige in- en uitstroom in 2025 een tekort bestaan van 700 specialisten. Bij de lage variant ontstaat een overschot van 3.200 specialisten (op een totaal van 19.855 specialisten). In voorgaande edities van de capaciteitsraming heeft het Capaciteitsorgaan de hoge variant bestempeld als “niet realistisch”. De minister stelt het aantal te financieren opleidingsplaatsen sinds een paar jaar echter wel vast op basis van de “hoog variant”, mede om marktwerking in de zorg een kans te geven.

4.5 Besluitvorming met betrekking tot instroom in vervolgoopleidingen

Tot voor enkele jaren werd de capaciteit van de vervolgopleidingen voor klinisch specialisten vastgesteld door de beroeps-

verenigingen. Voorstellen tot wijziging werden gedaan door de zogenaamde “concilia”.

In deze concilia zitten opleiders uit academische en algemene ziekenhuizen. Soms aangevuld met beroepsbeoefenaren en/of vertegenwoordigers uit het bestuur van de betreffende wetenschappelijke vereniging. Het bestuur van een beroepsvereniging (meestal “wetenschappelijke vereniging” genoemd) besloot tot het wel of niet aanpassen van de opleidingscapaciteit en tevens over de verdeling over de verschillende ziekenhuizen. De MDW werkgroep achtte het voor een goed functionerende arbeidsmarkt geen goede zaak dat de toelating tot de markt wordt beheerst door één partij. Om die reden adviseerde de werkgroep (in 2002) om de vaststelling van de opleidingscapaciteit weg te halen bij de beroepsgroepen/wetenschappelijke verenigingen. Dit advies, in combinatie met de adviezen uit de rapporten “De Arts van Straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm”³⁵ en “De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang”³⁶ leidde tot de oprichting van het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG).

“Het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg is een stichting die in overleg met en op verzoek van het ministerie van VWS is opgericht door V&VN, KNMG, NFU, NVZ, en GGZ Nederland. In de zomer van 2006 is deze stichting officieel van start gegaan als CBOG. Het CBOG is als netwerkorganisatie verantwoordelijk voor de samenhang en structuur tussen de beroepen en de opleidingen in de zorg. Het gaat hierbij om de kwaliteit en kwantiteit van professionals in de gezondheidszorg. Voor het uitoefenen van zijn taken wordt het CBOG gefinancierd door het ministerie van VWS. Bij de oprichting is afgesproken dat het CBOG fungeert als aanspreekpunt voor zowel veldpartijen als het ministerie van VWS op de gebieden innoveren, toewijzen en ramen op het terrein van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg.”³⁷

Per 1 januari 2007 is daarnaast het Opleidingsfonds tot stand gebracht. De minister noemt twee redenen voor een nieuwe bekostigingssystematiek³⁸: de markt voor zorgopleidingen faalt (periodiek over- of ondercapaciteit van beroepsbeoefenaars, de bekostiging is niet adequaat en de markt is nauwelijks transparant) en de zorgopleidingen werken markt verstorend bij de introductie van de DBC tarieven. Met het Opleidingsfonds ontstaat een centraal gereguleerde financiering van alle vervolgoopleidingen in de eerste lijn (huisartsen, enkele sociaal geneeskundige opleidingen) en de tweede lijn (academische en algemene ziekenhuizen, GGz-instellingen).

Met de komst van het Opleidingsfonds is de mogelijkheid gecreëerd om te voorkomen dat er teveel wordt opgeleid in een specialisme. Indien een wetenschappelijke vereniging/instellingen daartoe zouden besluiten wordt dat surplus niet gefinancierd vanuit het Opleidingsfonds.

Aan de vaststelling van het aantal in vervolgopleiding in te stromen basisartsen liggen sinds een aantal jaren ramingen van het Capaciteitsorgaan ten grondslag. De methodiek van ramen, plannen en toewijzen is de afgelopen jaren wel gewijzigd.

“Nadat het Capaciteitsorgaan een raming heeft opgesteld en hierover aan de minister heeft geadviseerd beperkt de taak van het Capaciteitsorgaan zich tot monitoren van de ontwikkelingen in de capaciteit aan de vraag- en aanbodzijde. De minister neemt een besluit en vervolgens wordt dit door de veldpartijen uitgewerkt in een plan, waarin de instroom van de aios tot en met de toewijzing per ziekenhuis beschreven staat. [...] In 2006 werd dit nog gedaan door de koepels NFU, NVZ, OMS en ZN, verenigd in het zogeheten Bestuurlijk Overleg Lichte Structuur (BOLS+).”

“Omdat de zorgverzekeraars de opleidingen niet meer financieren hebben zij zich uit BOLS+ teruggetrokken, waardoor de ‘+’ verdween. BOLS krijgt in de nieuwe situatie via de minister een formele rol bij de opstelling van het voorstel voor planning en toewijzing door het CBOG, waarover door de minister vervolgens wordt beslist.”
(Slenter, 2009: 100-101).³⁹

De facto heeft de minister de mogelijkheid om de bovengrens van de instroom te bewaken (dat wil zeggen het maximum aantal door het Opleidingsfonds te bekostigen aantal plaatsen). In geval van overschrijding kan de minister echter geen hogere instroom afdwingen. Om te voorkomen dat er te weinig wordt opgeleid verzocht de minister van VWS, mede naar aanleiding van een rapport van het ECRi⁴⁰, het CBOG in 2006, effectieve maatregelen te ontwikkelen. Het plan moest extra prikkels bevatten en eventuele obstakels wegnemen als ook de toetredingseisen tot de opleidingsmarkt transparant maken. In 2008 is het CBOG begonnen met de ontwikkeling van prestatie-indicatoren voor opleidingen. Een set van kwaliteitsindicatoren voor de medische vervolgopleidingen is eind 2008 gereed gekomen⁴¹. Per 2010 is het de bedoeling dat toewijzing van opleidingsplaatsen gekoppeld wordt aan de kwaliteit die een opleiding biedt. Ook is de Orde van Medisch Specialisten bezig met het ontwikkelen van een zogeheten “Opleidingsetalage” om kwalitatief hoogwaardige differentiatiestages aan te kunnen bieden om zo flexibilisering van de medische vervolgopleidingen te kunnen faciliteren⁴².

Over het geheel genomen is de afgelopen jaren gebleken, dat het totaal aantal basisartsen dat in opleiding gaat tot klinisch specialist redelijk goed aansluit bij de planning op basis van berekeningen van het Capaciteitsorgaan. Onderstaande tabel geeft over de afgelopen jaren de totale toegewezen en feitelijk ingestroomde hoeveelheid aios weer. In de tabel valt te zien, dat de realisatie binnen een bandbreedte van 5% blijft ten opzichte van de toewijzing en dat vaker in totaal meer aios worden opgeleid dan minder.

Jaar	Feitelijk	Toewijzing	Vershil	verschil %
2004	953	930	23	+3,3
2005	929	934	-5	- 0,5
2006	939	895	44	+4,9
2007	925	900	25	+2,8
2008	884	866	18	+2,1

Tabel 3: instroom aios 2004 / 2008, feitelijk en toewijzing (excl. psychiatrie) (bron: Capaciteitsorgaan) ⁴³

Het Capaciteitsorgaan heeft voor ieder specialisme de kerngegevens verzameld en gepubliceerd over de instroom tussen 2002 en 2010. Daarbij wordt een vergelijking gemaakt tussen het advies van het Capaciteitsorgaan, de planning conform de gemaakte afspraken in het BOLS. Nadere bestudering leert dat de meeste specialismen het geadviseerde/geplande aantal overnemen. Bij enkele specialismen zoals KNO, oogheelkunde en radiologie, blijkt dat er structureel minder aios in opleiding worden genomen dan geadviseerd en/of gepland door Capaciteitsorgaan en BOLS.

In 2008 heeft Berenschot in opdracht van het CBOG onderzoek gedaan naar onderschrijdingen in de vervolgopleidingen⁴⁴. Enkele jaren geleden was nog sprake van acht specialismen die structureel minder opleidden dan geraamd. Bij vijf specialismen is het verschil tussen raming en instroom verdwenen (in sommige gevallen door neerwaartse bijstelling van de raming). Bij drie specialismen, te weten KNO, oogheelkunde en radiologie, wordt structureel minder opgeleid dan geraamd. Berenschot benoemt verschil van inzicht tussen wetenschappelijke vereniging en Capaciteitsorgaan als belangrijkste oorzaak voor de structurele onderschrijding. Bovendien “zijn de Wetenschappelijke Verenigingen dé bepalende factor voor de feitelijke instroom in de diverse opleidingen” (Baalen *et al*, 2008: 33). Ook is sprake van praktische bezwaren zoals:

- de verhouding stafleden – aios zoals gedefinieerd in het Kaderbesluit van het CCMS (zie verder in deze notitie),
- onvoldoende stafleden die voldoen aan de kwaliteitseisen voor opleiderschap,
- beperkte beschikbaarheid OK-tijd (norm eveneens vastgelegd in Kaderbesluit CCMS),
- beperkt patiëntenaanbod.

Voor het specialisme interne geneeskunde geldt dat de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) over de jaren 2002 tot 2008 in de pas loopt met advies en planning en regelmatig meer opleidt dan geadviseerd. Als hoogste aantal worden in 2002 166 aios toegelaten tot de opleiding. Het is daarom interessant dat de NIV in 2009 streeft naar opleiding van 120 aios. Dit is 30% minder dan het geadviseerde en binnen BOLS geplande aantal van 173 aios.

Overigens zou dit geadviseerde/geplande aantal nog hoger uitvallen indien betrokkenen zouden ingaan op het aanbod van VWS om opleidingsplaatsen die voldoen aan enkele “kwaliteitskenmerken” in staat te stellen 34 extra aios in opleiding te nemen. De ziekenhuisbesturen (verenigd in de NVZ en NFU) lijken voorstander van het opleiden van het maximaal te financieren aantal (173). Het is om die reden interessant te volgen op welk aantal uiteindelijk wordt uitgekomen.

De totstandkoming van het aantal artsen in vervolgopleiding is een complex samenspel van partijen en krachten. Bij planning en bij realisatie van een planning is de rol van de wetenschappelijke verenigingen groot. Dit kan leiden tot “informele bijstelling” van de vastgestelde plannen. Overschrijding van aantallen kan alleen “voor eigen rekening” (het subsidieplafond is immers vastgesteld), onderschrijding is mogelijk. Frissen spreekt in dit verband van “zelfgekozen schaarste”:

“[...] partijen die elkaar ‘vinden’ in de instandhouding van schaarste in het systeem. In dit domein hebben vrijwel alle partijen een zeker belang bij het handhaven van schaarste en het vervolgens maximaleren van het eigen product en/of profijt. [...] De beroepsgroep heeft baat bij een afbakening van de instroom, zodat bij bestaande tariefstructuren de beloningen in ieder geval niet verslechteren en sprake is van baangarantie.”⁴⁵

Uit voorgaande tekst zou, onterecht, het beeld naar voren kunnen komen van wetenschappelijke verenigingen die allen streven naar vermindering van het aantal aios. Hoewel dit voor

sommige verenigingen waar is, zijn er ook verenigingen die consequent pleiten voor verruiming van de instroom in de vervolgopleiding, zoals het geval is bij heelkunde, plastische chirurgie, maag-, darm en leverziekten en orthopedie.

4.6 Opleidingseisen

Het Centraal College Medisch Specialismen (CCMS) bepaalt de eisen waaraan de opleiding tot klinisch specialist moet voldoen. Dit betreft zowel algemene (voor alle opleidingen) als specifieke (voor één bepaalde opleiding) opleidingseisen. Ook stelt het CCMS de eisen vast voor erkenning van opleiders en opleidingsinstellingen. Voor elke opleiding stelt het CCMS eisen vast omtrent opleidingsduur, opleidingsomgeving, opleidingsschema, klinisch wetenschappelijk onderzoek of eisen aan gedeeltelijke opleiding in het buitenland. (Buurke en Schelfhout-van Deventer, 2009: 89-91)⁴⁶ Formeel heeft de minister van VWS het recht veranderingen in de opleidingseisen tegen te houden (indien deze in strijd zijn met de wet of algemeen belang). In de praktijk wordt van deze bevoegdheid geen gebruik gemaakt. Een van de spelregels behelst de bepaling dat per specialist ten hoogste 1,2 aios kunnen worden opgeleid. De eerder genoemde MDW werkgroep was destijds van mening dat er vanwege de kwaliteit van de opleiding inderdaad reden is tot een capaciteitsfixus voor vervolgopleidingen, maar gaf tevens aan dat onderbouwing voor de verhouding aios / specialist ontbrak. De werkgroep concludeerde dat het belang van de kwaliteit van de vervolgopleiding veel meer dan bij de basisopleiding als argument wordt gebruikt voor beperking van de toestroom.

Het kaderbesluit wordt overigens momenteel herzien⁴⁷. Volgens plan van de CCMS treedt het nieuwe kaderbesluit 1 januari 2011 in werking. Het nieuwe kaderbesluit speelt in op een aantal ontwikkelingen binnen de vervolgopleidingen. Zo worden competenties specifiek benoemd en worden de richtlijnen voor beoordeling van de aios geprofessionaliseerd. Nieuw is onder andere de jaarlijkse geschiktheids-beoordeling. Dit oordeel van de opleider dient logischerwijs voort te vloeien uit de voortgangs- en beoordelingsgesprekken, de toetsen en het portfolio van de aios. De positie van de aios wordt in het nieuwe kaderbesluit dus versterkt door vergroting van de transparantie van het beoordelingsproces.

4.7 Duur van de klinisch specialistische vervolgopleidingen

De duur van de vervolgopleidingen loopt uiteen. De opleiding tot huisarts en specialist ouderengeneeskunde duren drie jaar, de opleiding tot klinisch specialist duurt vier tot zes jaar.

Evenals bij de basisopleiding schrijven EU richtlijnen een minimale opleidingsduur voor de verschillende vervolgopleidingen (richtlijn 93/16, artikel 26 en 27). De opleidingsduur is het afgelopen decennium voor diverse specialisaties verlengd. Dit geldt voor klinisch specialistische opleidingen, voor de huisartsopleidingen (van 1 naar 3 jaar), voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde (van 2 naar 3 jaar) en voor de opleiding tot sociaal geneeskundige (van 2,5 naar 4 jaar). In Nederland de duur van met name de klinisch specialistische opleidingen langer is dan de minimale duur zoals voorgeschreven door de EU (zie tabel 4).

Omschrijving	Opleidingsduur	Minimale opleidingsduur	Verskil
Anesthesiologie	5 jaar	3 jaar	+2
Cardiologie	6 jaar	4 jaar	+2
Cardiothoracale chirurgie	6 jaar	5 jaar	+1
Dermatologie en venereologie	5 jaar	3 jaar	+2
Heelkunde	6 jaar	5 jaar	+1
Interne geneeskunde	6 jaar	5 jaar	+1
Keel-, neus-, oorheelkunde	5 jaar	3 jaar	+2
Kindergeneeskunde	5 jaar	4 jaar	+1
Klinische genetica	4 jaar	--	
Klinische geriatrie	5 jaar	4 jaar	+1
Longziekte en tuberculose	6 jaar	4 jaar	+2
Maag-darm-leverziekten	6 jaar	4 jaar	+2
Medische microbiologie	5 jaar	4 jaar	+1
Neurochirurgie	6 jaar	5 jaar	+1
Neurologie	6 jaar	4 jaar	+2
Nucleaire geneeskunde	4 jaar	4 jaar	0
Obstetrie en gynaecologie	6 jaar	3 jaar	+3
Oogheelkunde	5 jaar	3 jaar	+2
Orthopedie	6 jaar	5 jaar	+1
Pathologie	5 jaar	4 jaar	+1
Plastische chirurgie	6 jaar	5 jaar	+1
Psychiatrie	4,5 jaar	4 jaar	+0,5
Radiologie	5 jaar	4 jaar	+1
Radiotherapie	5 jaar	4 jaar	+1
Reumatologie	6 jaar	4 jaar	+2
Revalidatiegeneeskunde	4 jaar	3 jaar	+1
Urologie	6 jaar	5 jaar	+1

Tabel 4: opleidingsduur erkende klinisch specialismen (bron: Buurke en Schelfhout-van Deventer, 2009:90)⁴⁸ in vergelijking tot de minimale opleidingsduur ex. richtlijn 2001/19 EU

Uit de tabel kan overigens niet geconcludeerd worden dat opleidingen in Nederland te lang zijn. Alleen dat ze voldoen aan de Europese minimumeisen. Bij vaststelling van de opleidingsduur wordt deze niet alleen gespiegeld aan de EU-richtlijnen (minimum), maar ook aan een aanbeveling over de gewenste duur door de Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS). Hoewel de UEMS uitspraken doet over de gewenste opleidingsduur heeft de UEMS geen toezichthoudende of registrerende taak. De UEMS beschikt dan ook niet over informatie over de opleidingsduur in ons omringende landen. Naar de opleidingsduur in andere Europese landen, dus naar de vraag in hoeverre Nederland hiermee in de pas loopt, is geen nader onderzoek gedaan. Bij deze tabel tenslotte de opmerking dat de opleidingsduur geen invloed heeft op het aantal uitstromende specialisten. Verkorting van vervolgopleiding zou een eenmalige, en niet een structurele verhoging van het aantal beschikbare specialisten opleveren.

Een afgeronde vervolgopleiding betekent nog niet per definitie dat de specialist al klaar is om als specialist aan de slag te gaan. Voor bepaalde subspecialisaties is nog verdere specialisatie vereist, in de vorm van bijvoorbeeld een fellowship. De honorering van specialisten tijdens een fellowship varieert. Doorgaans treedt de specialist in deze fase nog niet toe tot een maatschap. Ook stellen UMC's en sommige vakgroepen en maatschappen in algemene ziekenhuizen een afgeronde promotie als eis voor indiensttreding of vestiging als specialist.

4.8 Vervolgopleiding tot huisarts

Naast de verschillende planningssystematiek bestaat nog een aantal verschillen tussen de opleiding tot huisarts en de opleiding tot klinisch specialist. Waar een aios in geval van de opleiding tot klinisch specialist in dienst is van het opleidende ziekenhuis, is de aankomend huisarts in dienst bij Stichting Beroepsopleiding Huisartsen (SBOH). De SBOH heeft twee taken. Enerzijds treedt de SBOH op als werkgever (uitbetaling salaris, uitvoering van sociale wetten, arbeidsomstandigheden, voorkomen van ziekteverzuim en reïntegreren van langdurig zieke aios). Anderzijds verzorgt de SBOH als financier de afdracht van werkgeverskosten, kosten voor het theoretisch onderwijs (betaling aan opleidingsinstituten), onkostenvergoeding voor huisarts-opleiders en innovatie-, kwaliteits- en samenwerkingprojecten⁴⁹. Ook de opleidingen tot specialist

Ouderengeneeskunde en Arts Verstandelijk Gehandicapten worden verzorgd door de SBOH.

De organisatorische inbedding van de tot huisarts heeft een aantal voordelen ten opzichte van de opleiding tot klinisch specialist. Ten eerste is het werkgeverschap losgekoppeld van de begeleiding van de aios. In geval van problemen bij de opleiding blijft de aios huisartsgeneeskunde in dienst bij de SBOH en kan eenvoudiger een andere leermeester worden gezocht. Ten tweede is de financiering transparanter, daar geldstromen beter te onderscheiden zijn. De opleider levert een inspanning en ontvangt hiervoor rechtstreeks een vergoeding van de SBOH.

Evenals het geval is bij de meeste medische (klinische) specialismen vindt sollicitatie door de arts naar een opleidingsplek wel decentraal plaats: een basisarts solliciteert bij een lokaal opleidingsinstituut. Wel vindt selectie plaats aan de hand van openbare, landelijk vastgestelde criteria. Door een regionale selectiecommissie, waar naast een huisartsopleider en een staf-lid ook een aios zitting in heeft, worden de meest geschikte kandidaten geselecteerd. Deze procedure laat zich lastig afzetten tegen de procedures voor de klinische specialismen, daar deze per specialisme verschillen. Alle denkbare varianten bestaan: landelijke sollicitatie en sollicitatie bij een lokale opleider, selectie door hoogleraar en selectie door commissie, sollicitatie aan de hand van openbare criteria en geen (bekende) bestaande criteria (zie ook Wallenburg, 2009).

4.9 Aantallen huisartsen in opleiding

Het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen wordt bepaald door de minister van VWS die zich daarbij laat leiden door het advies van het Capaciteitsorgaan. Met de betreffende registratiecommissie overlegt de minister over de uitvoerbaarheid van de gewenste capaciteit. Vervolgens neemt de minister een besluit over het aantal op te leiden huisartsen.

Evenals bij de klinisch specialisten is het aantal huisartsen en het aantal huisartsen in opleiding de afgelopen jaren toegenomen. Het aantal geregistreerde huisartsen is gestegen van 9.182 in het jaar 2000 tot 10.536 in 2007. Het aantal opleidingsplaatsen in uitgebreid van 969 in het jaar 2000 (instroom 360) tot 1.448 in het jaar 2006 (instroom 524). De jaarlijkse instroom in

de opleiding tot huisarts is in de afgelopen jaren met ruim 45% gestegen.

4.10 Andere mogelijkheden na het artsexamen

Tot op heden is in deze achtergrondstudie nog uitsluitend gesproken over erkende vervolgoopleidingen in de vorm van een erkend specialisme (de door de CCMS erkende specialismen en de door de CHVG en de CSG erkende opleidingen). Eerder in deze notitie is al wel de opleiding tot SEH-arts genoemd. Dit is geen medisch specialisme, maar een bij CCMS besluit gereguleerde profielopleiding. Een ander voorbeeld van een profielopleiding is de tweejarige aantekening Arbeid en Gezondheid. De opleiding als geheel duurt vier jaren, maar reeds na twee jaar kan de arts een “profiel-aantekening” laten registreren bij de SGRC. Andere voorbeelden zijn de profielopleiding forensische geneeskunde of de opleiding arts verslavingszorg (master addiction medicine). In 2002 is in het project de Arts van Straks reeds gepleit voor dergelijke profielopleidingen. De opleiding tot SEH arts was toen net twee jaar daarvoor van start gegaan. Ook is in dat kader toen gesproken over de wenselijkheid van het inrichten van een opleiding tot ziekenhuisarts. Dit initiatief is tot op heden nog niet van de grond gekomen. Wel is recent voor het eerst melding gemaakt van het voornemen om deze opleiding en functie nu echt van de grond de tillen in het Sectorplan Gezondheidszorg Brabant⁵⁰. Gedacht wordt aan een 2-jarige opleiding tot generalist in de ziekenhuiszorg. Evenals bij de opleiding tot SEH-arts het geval was, lijkt de opleiding tot ziekenhuisarts te ontstaan uit een geconstateerde behoefte bij ziekenhuizen. Uitdagend aan deze opleiding is dat zelfs wordt overwogen de opleiding niet alleen voor basisartsen maar ook voor PA's (met aanvullende vereisten) open te stellen.

Het laat zich moeilijk inschatten hoe deze ontwikkelingen in de komende jaren verder zullen gaan. Het is echter aannemelijk dat naast de huidige specialismen een variëteit aan verdiepings- en verbredingsopleidingen zal gaan ontstaan.

4.11 Wie-is-wie

In deze paragraaf is een groot aantal colleges en gremia de revue gepasseerd. Vandaar dat deze paragraaf wordt afgesloten met een wie-is-wie-tabel die taken (gerelateerd aan de oplei-

ding) en waar relevant de samenstelling van de verschillende gremia samenvat.

CBOG College Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg Stelt toewijzingsvoorstel op en treedt op als regisseur van de verdeling van opleidingsplaatsen <i>Het CBOG is een stichting, opgericht door NFU, NVZ, KNMG, GGZ-Nederland en V&VN.</i>
Opleidingsfonds Betaalt subsidies uit ten behoeve van de vervolgopleidingen <i>Beheerd door VWS</i>
Capaciteitsorgaan Raamt opleidingsbehoefte <i>Bestuurd door "plenair orgaan" waarin vertegenwoordigers van beroepsbeoefenaars (8 personen), opleidingsinstellingen (7 personen) en verzekeraars (4 personen)</i>
BOLS Bestuurlijk Overleg Lichtvoetige Structuur Maakt concept toewijzingsadvies voor het CBOG <i>overlegstructuur tussen NFU, NVZ, ZN en Orde</i>
MSRC Medisch Specialisten Registratie Commissie Voert besluiten CCMS uit en bewaakt naleving CCMS regels <i>Onderdeel van de KNMG</i>
CCMS Centraal College Medische Specialismen Stelt algemene en specifieke opleidingseisen vast, stelt opleidingsduur vast, stelt eisen vast waaraan opleiders en opleidingsinstellingen moeten voldoen. Besluiten behoeven ministeriële bekrachtiging. <i>Onderdeel van de KNMG</i>
HVRC Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie Voert besluiten CHVG uit en bewaakt naleving CHVG regels
CHVG College voor Huisartsgeneeskunde en Verpleeghuisartsgeneeskunde <i>Als CCMS</i>
SGRC Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie Voert besluiten CSG uit en bewaakt naleving CSG regels
CSG College voor Sociale Geneeskunde <i>Als CCMS</i>
OGS Orgaan voor de Geneeskundige Specialismen <i>KNMG orgaan dat op termijn colleges en registratiecommissies gaat vervangen.</i>
ACO Adviescommissie Behandelt bezwaren tegen besluiten MSRC en andere SRC's
CvG Commissie voor Geschillen Treedt op in geval van geschillen rondom opleidingen
OOR Onderwijs- en Opleidingsregio Samenwerkingsverband tussen UMC en aantal regionale ziekenhuizen

*Doorgaans bestuurd door vertegenwoordigers Raad van Bestuur van
aangesloten ziekenhuizen, organisatievorm wisselt*

Minister

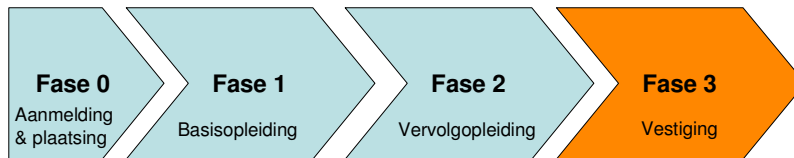
- Stelt aan de hand van CBOG toewijzingsvoorstel het verdeelplan vast, waarmee vaststaat welke opleidingsinrichtingen voor het komende jaar voor subsidie uit het Opleidingsfonds in aanmerking komen.
- Bekrachtigt besluiten van CCMS en andere SRC's

WV Wetenschappelijke Verenigingen

- Verantwoordelijk voor de inhoud van de vervolgopleiding
- Becommentarieert concept verdeelplannen voor vervolgopleiding

Tabel 5: Wie doet wat in opleidingsland?

5 Fase 3: de fase van vestiging



De meeste klinisch specialisten verwerven na afronding van hun vervolgopleiding een plaats binnen een medisch specialistische maatschap in een algemeen ziekenhuis. Een kleinere, maar toenemende, groep specialisten treedt bij een algemeen ziekenhuis in loondienst. Circa 30 % van de specialisten kiest (vanwege onderzoeksambities) voor een baan in een academische ziekenhuis (Groeneboom en Veld, 2009: 30)⁵¹. In geval van vestiging door toetreding in een maatschap betreft het “zelfstandig ondernemerschap binnen een ziekenhuis”, in het tweede geval werkt de specialist in loondienst binnen een vakgroep. Een beperkt aantal van met name psychiaters, oogartsen, plastisch chirurgen, orthopeden en dermatologen vestigt zich in een “zelfstandig behandelcentrum” (ZBC) oftewel een privékliniek. Met name sinds het streven naar meer marktwerking neemt het aantal ZBC’s geleidelijk toe. Het starten en daarvan is ook eenvoudiger geworden sinds het zogenaamde “vestigingsbeleid” is versoepeld. In die oude situatie kon een maatschap of ziekenhuis alleen een nieuwe collega aantrekken als zij naar de verzekeraar duidelijk konden maken dat een stijgende zorgvraag uitbreiding noodzakelijk maakte. Onder het nieuwe DBC-systeem is het mogelijk dat een specialist zich zelfstandig vestigt en zich vervolgens concentreert op verrichtingen binnen het B-segment. Voor dit segment gelden geen productieafspraken of andere beperkingen. Wel hebben verzekeraars contracteervrijheid en hebben zij de keuze wel of niet met de zelfstandig gevestigde specialist een contract aan te gaan. Zonder zo’n contract krijgen patiënten de behandeling niet vergoed door hun verzekeraar. Verzekeraars eisen doorgaans van een ZBC dat deze een samenwerkingsverband aangaat met een ziekenhuis met het oog op snelle doorverwijzing van patiënten waarbij een complicatie optreedt.

Enerzijds is het in een aantal opzichten eenvoudiger geworden om als zelfstandig gevestigde toe te treden tot de markt, anderzijds blijft dat niet eenvoudig zonder de steun van de reeds gevestigde specialisten in de betreffende regio. Zelfstandig

vestigen zonder overleg en afstemming met de reeds gevestigde specialisten zal tot veel weerstand leiden. Anderzijds beslist in de huidige situatie in de eerste plaats de maatschap over het wel of niet uitbreiden met een nieuwe collega. De invloed van de Raad van Bestuur op mogelijke uitbreiding lijkt niet groot. Met andere woorden: een groep specialisten kan er een zelfstandig voor kiezen lange werkweken te maken met het oog op de daarbij horende goede inkomenspositie.

De laatste jaren is er een trend waarneembaar waarbij medisch specialisten op eigen initiatief kiezen voor de vorming van een groter samenwerkingsverband zonder dat sprake hoeft te zijn van een fusie van ziekenhuisorganisaties. Op deze wijze ontstaan er “ziekenhuis overstijgende” maatschappen of vennootschappen, ook wel “stads - of regiomaatschappen” genoemd. Het initiatief voor een dergelijke samenwerking ontstaat vanuit de specialisten zelf meestal met het oog op het verbeteren en vergrootten van de inhoud en de kwaliteit van de zorg. Doordat de betreffende specialisten zich in het grotere samenwerkingsverband op bepaalde deelgebieden kunnen toelagen, ontstaan behandelingsmogelijkheden die vanuit een kleine groep niet of slechts via doorverwijzing kunnen worden gerealiseerd. Dit is niet alleen een voordeel voor de betreffende medisch specialisten maar ook voor de patiënt. Bij een dergelijke constructie kunnen wel vragen worden gesteld op het punt van de mededinging. Leidt de samenwerking niet tot een te grote machtspositie en dus tot concurrentiebeperking en gebrek aan keuzevrijheid van de consument?⁵²

De verhouding tussen de vrijgevestigde specialist en het ziekenhuis wordt geregeld in de zogenaamde “toelatingsovereenkomst” waarin de wederzijdse rechten en plichten worden vastgelegd.

Op dit moment wordt deze overeenkomst aangegaan voor onbepaalde tijd. Naar verwachting zal de toelatingsovereenkomst evenals de arbeidsovereenkomst de van medisch specialisten in dienstverband in de nabije toekomst worden omgezet in overeenkomsten voor bepaalde duur met duidelijke evaluatiemomenten en criteria voor eventuele verlenging.⁵³

Het afgelopen decennium is bij de huisartsen de constructie opgekomen waarbij één of meer huisartsen een deel van hun taken uitbesteden aan huisartsen die zij in dienst nemen. Een dergelijke “huisarts in dienst van een huisarts” oftewel “hidha” werkt meestal parttime. Soms betreft het jonge huisartsen die recent hun opleiding hebben afgerond en nog zoeken naar een eigen praktijk. In andere gevallen betreft het huisartsen die

geen ambitie hebben we zich zelf te vestigen en het prettig vinden om zich volledig te kunnen concentreren op de patiëntenzorg zelf en de administratieve rompslomp graag overlaten aan hun werkgever. Na de hidha komt wellicht ook de zogenaamde “sidas” in beeld: de specialist in dienst van een andere specialist⁵⁴.

6 Enige conclusies

Het doorlopen van het opleidingstraject tot medisch specialist duurt zo'n 11 tot 15 jaar. 7 jaar voor de basisopleiding, vaak enige jaren ANIOS-schap, en tenslotte 3 tot 6 jaar voor de vervolgopleiding. Het is derhalve van groot belang om tijdig te anticiperen op voorziene ontwikkelingen in de zorg.

Indien het omwille van argumenten van marktwerking of kwaliteit van zorg gewenst is het aanbod van specialisten te vergroten, kan niet worden volstaan met het verhogen van de numerus fixus voor de initiële opleiding geneeskunde. Immers, na de basisopleiding tot arts dient nog een vervolgopleiding te worden gevolgd die zijn eigen instroombeperking kent.

Op dit moment raamt het capaciteitsorgaan de behoefte aan artsen primair op basis van vervanging van de momenteel werkzame specialisten. Hier zijn wel factoren in meegenomen als demografie en epidemiologie, maar (vooralsnog) niet bijvoorbeeld frictiewerkeloosheid die noodzakelijk is om marktwerking te kunnen bewerkstelligen. Ook in de praktijk wel bestaande functies als fertiliteitsarts, arts-echografist of arts verslavingszorg worden (vooralsnog) niet meegenomen in de systematiek van raming.

Op dit moment is de jaarlijks instroom in de vervolgoopleidingen ruim 2.000 artsen. Om in deze instroombehoefte te voorzien zijn op basis van

- de huidige instroom in de opleiding geneeskunde (2.750 in het eerste jaar en 100 zij-instromers),
- het rendement van de opleiding (80% van de starters in het eerste jaar en 100% van de zij-instromers),
- de wensen van de afstuderende artsen (90% ambieert een vervolgopleiding),

jaarlijks 2.100 in Nederland afgestudeerde artsen (en zo'n 200 elders in de EU afgestudeerde artsen) beschikbaar.

In het totaal is er momenteel zo'n 90% van de artsen die een vervolgopleiding ambiëren een vervolgopleidingsplaats beschikbaar. Indien we alleen kijken naar de "eigen kweek", bedraagt dit percentage zelf 95%. Op basis van deze getallen lijkt selectie op basis van kwaliteit moeilijk te realiseren. Voor vrijwel iedereen die wil, is een plek beschikbaar. Hierbij moet wel worden opgemerkt dat dit alleen geldt op macro-niveau. Er zijn meer en minder populaire vervolgopleidingen. Voor

sommige opleidingen is de concurrentie hevig, terwijl voor andere opleidingen minder aanmeldingen zijn dan plaatsen. Ook zijn er momenteel nog zo'n 3.300 afgestudeerde basisartsen met een wens tot vervolgopleiding. Deze dingen momenteel nog mee naar de beschikbare opleidingsplaatsen.

Het is aannemelijk dat de geraamde behoefte aan specialisten voor de komende tijd zal gaan stijgen. Hiervoor zijn meerdere argumenten beschikbaar, zoals

- de wenselijkheid van frictiewerkeloosheid ten behoeve van marktwerking,
- het feit dat het Capaciteitsorgaan weliswaar rekening houdt met de wens tot deeltijd, maar dat de wens onder studenten hoger is dan het in de ramingen gehanteerde cijfer,
- het "uit de pas lopen" met andere Europese landen, wat betreft de "artsendichtheid",
- de maatschappelijke discussie over de wenselijkheid 's nachts specialisten in het ziekenhuis te hebben.

Verhoging van de instroom in de vervolgopleidingen lijkt op basis van de huidige numerus fixus moeilijk te realiseren. Indien de numerus fixus zou worden verhoogd, resulteert dit pas over zeven jaar tot meer artsen die beschikbaar komen voor de vervolgopleidingen. Voor de tussenliggende tijd zijn de elders in de EU gediplomeerden (circa 200 per jaar) en de basisartsen in de "pool" (3.300 artsen met de wens tot vervolgopleiding) beschikbaar, maar ruim is dit aanbod, gegeven het feit dat op zijn vroegst over 7 jaar meer basisartsen uit de basisopleiding uitstromen niet.

Uit bovenstaand betoog kan worden geconcludeerd dat verhoging van de numerus fixus niet zonder meer leidt tot vergrote beschikbaarheid van klinisch specialisten en huisartsen. Anderzijds is verhoging van de numerus fixus wel noodzakelijk indien ervoor gekozen wordt om meer specialisten op te leiden. Zeker als ontwikkelingen op het vlak van de "ziekenhuisarts" doorzetten zal een groten aanbod aan basisartsen noodzakelijk zijn.

Kan de numerus fixus zomaar worden verhoogd? Er zijn enige restcapaciteit beschikbaar te zijn bij de bestaande opleidingen geneeskunde. Deze zou kunnen worden aangesproken. Ook zijn er voldoende scholieren die aan de opleiding willen beginnen. Wanneer het aantal aanmeldingen wordt gecorrigeerd

voor herloters, bedroeg het aanbod aan scholieren de afgelopen jaren 4.000 tot 4.500 per jaar.

De uitdagende vraag komt dan naar voren of vraag en aanbod met elkaar in evenwicht komen. Stel nu dat de numerus fixus met zo'n 25% zou worden verhoogd. Dan bedraagt de jaarlijkse instroom ruim 3.500. Het verschil met het aantal "verse" kandidaten is dan nog 500 tot 1.000. Deze redenering gaat overigens alleen op als de numerus fixus wordt bezien in de huidige vorm, namelijk als toetredingafbakening tot de zesjarige, ondeelbare, opleiding tot arts, hetgeen geen recht doet aan de ontwikkelingen in de bachelor-master structuur. Een systeem met vrije toetreding tot de bachelor en, indien toch gekozen wordt voor regulering van het aantal artsen, selectie voor de masterfase, komt dan logischerwijs in beeld. Ook zouden wellicht andere bachelors dan de bachelors geneeskunde kunnen instromen in de masterfase (zoals nu op na pittige selectie mogelijk is in Maastricht en Utrecht, zij het dat dit speciale mastervarianten zijn). In de Arts van Straks is deze optie reeds geopperd. Voor niet medische zij-instromers lijkt overigens verlenging van de masterfase tot vier jaar wel noodzakelijk.

In een dergelijk systeem worden de beste studenten geselecteerd om opgeleid te worden tot arts, terwijl iedereen een kans krijgt zichzelf te bewijzen in een (numerus fixus vrije?) bachelorfase.

Ten slotte moet nog worden opgemerkt dat het ongewis is wat er gebeurt als er straks meer medisch specialisten "op de markt" verschijnen. Momenteel is er wel een pool "vrij loslopende" huisartsen die primair waarnemen voor collega's al of niet in combinatie parttime dienstverband, maar ondanks de stijging van de instroom in de vervolgopleidingen in de afgelopen jaren is er (nog?) geen sprake van een pool van klinisch specialisten. Op effecten van aanbodverruiming wordt in een andere achtergrondstudie (Houkes, 2009) nader ingegaan.

¹ Sanders, F.B.M. Organisatie en structuur. Medisch Specialistische Zorg. Alkmaar: Mediforum, 2009.

-
- ² Dit getal is hoger dan de eerder genoemde 4.000 i.v.m. de toename van het aantal aanmeldingen voor het jaar 2009/2010.
- ³ Rijn, P.W.E. van, R.F. Schreuder en M.E. Vulto. Beroep op Flexibiliteit. Een toekomstverkenning voor de beroepskrachtenvoorziening in de zorgsector. Zoetermeer: STG, 2002.
- ⁴ Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen. Nooit meer wachten. Minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen. Den Haag: MDW werkgroep, 2001.
- ⁵ Tweede Kamer der Staten-Generaal. Numerus fixus bij geneeskunde: Vragen en antwoord kamerleden Van Gerven en Van Dijk aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Onderwijs, Cultuur en Wetenschap. No. 2009Z.214321. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2008-2009. No. 3592 en 3429.
- ⁶ Borleffs, J.C.C. Onderwijs en opleiden, over kunde en kunst. Oratie, 23 november 2009.
- ⁷ Niet meer loten voor geneeskunde. Trouw, 28 november 2009.
- ⁸ Bos, N.A. Internationalisering van onderwijs en onderzoek: de juiste keuze. Oratie, 10 november 2009.
- ⁹ KNMG Studentenplatform. Bachelor Geneeskunde: en dan? Arts in Spe, november 2008, p. 24-26.
- ¹⁰ Kerngroep Herziening Raamplan Artsopleiding. Raamplan Artsopleiding 2009. Nijmegen: 2009.
- ¹¹ Meyboon-de Jong, B., L.J. Schmit Jongbloed en M.C. Willemsen. De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm. Utrecht: KNMG/VSNV/VAZ/NVZ/LCVV, 2002.
- ¹² Dekker, J.A., et al. Toelating tot de medische opleiding in beweging. Capaciteit en legitimiteit. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 28, 2009, no. 4, p. 159-166.
- ¹³ Baars, G.J.A. Factors related to student achievement in medical school. Proefschrift. Rotterdam, 2009.
- ¹⁴ Urlings-Strop, L.C., et al. Selection of medical students: a controlled experiment. Medical Education, 2009, no. 43, p. 175-183.
- ¹⁵ Borleffs, J.C.C., Kuks, J.B.M., Cohen-Schotanus, J. (2009) *Betere dokters door selectie van studenten aan de poort*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. 153: A574.
- ¹⁶ Coschappen lopen in Oldenburg. Universiteitskrant Rijksuniversiteit Groningen, 35, 2006, no. 36. Geraadpleegd via <http://www.uk.rug.nl/archief/jaargang35/36/12e.php>.
- ¹⁷ http://www.umcn.nl/student/studenten_geneeskunde/onderwijsprogramma/studeren_in_het_buitenland/mogelijkheden/aanbod_nphc
- ¹⁸ http://www.rug.nl/umcg/nieuws/archief/archief2009/persberichten/058_09
- ¹⁹ <http://www.transfermagazine.nl/nieuws/onderwijs/maastricht-verkoopt-medisch-onderwijs-aan-saoedi>
- ²⁰ <http://www.geneeskundestudent.nl/nieuws/Voor-32000-euro-per-jaar-in-Nederland-geneeskunde-studeren-eigen111.html>
- ²¹ <http://www.isalaacadmie.nl/Doelgroep/Coassistenten/masterfase2/Pages/default.aspx>.

²² Ruberfroid, D., et al. Het aanbod van artsen in België. Huidige toestand en toekomstige uitdagingen. KCE reports 72A. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg, 2008.

²³ Rechel, B., C. Dubois en M. McKee. The Health Care Workforce in Europe. Learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies, 2006.

²⁴ Loi no 2009-833 du 7 juillet portent création d'une première année commune aux études de santé et facilitant la réorganisation des étudiantes, *alsmede* Arrête du 28 octobre 2009 relatif à la première année commune aux études de santé.

²⁵ KNMG Studentenplatform. Dringen geblazen. Arts in Spe, mei 2007, p. 24-26.

²⁶ Velde, F., F. Verijdt en R.H.K.C. Smeets. Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Utrecht: Prismant, conceptversie november 2009.

²⁷ Nieuwsreflex. Opleiding ouderengeneeskunde onderbezet. Medisch contact. 20, 2009, p. 878.

²⁸ KNMG Studentenplatform. Dringen geblazen. Arts in Spe, mei 2007, p. 24-26.

²⁹ Capaciteitsorgaan. Capaciteitsplan 2008 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante opleidingen. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2009.

³⁰ Velde, F., F. Verijdt en R.H.K.C. Smeets. Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Utrecht: Prismant, conceptversie november 2009.

³¹ Mondelinge mededeling n.a.v. Bureaustudie Capaciteitsorgaan: Slinger, V.A.J. (2009). De ontwikkeling van het aantal artsen in Nederland van 2000 tot 2009. Een vergelijking van gegevens van RIBIZ en de registratiecommissies. Conceptversie 2, september 2009. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2009.

³² Klink, A. Brief aan Tweede Kamer inzake Capaciteitsplan 2008 d.d. 28 april 2008, kenmerk MEVA/NBO-2838364.

³³ Capaciteitsorgaan: Capaciteitsplan 2008 voor de medische, tandheelkundige, klinisch technologische en aanverwante opleidingen. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2009.

³⁴ Dekker, J.A., et al. Toelating tot de medische opleiding in beweging. Capaciteit en legitimiteit. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 28, 2009, no. 4, p. 159-166.

³⁵ Meyboon-de Jong, B.,L.J. Schmit Jongbloed en M.C. Willemsen. De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm. Utrecht: KNMG/VSNV/VAZ/NVZ/LCVV, 2002.

³⁶ leGrand-van den Boogaard, M.J.M. De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang. Advies van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking. 2003.

³⁷ www.cbog.nl

³⁸ Hoogervorst, H. Brief aan Tweede Kamer inzake Kwaliteits- en doelmatigheidsprikkels Opleidingsfonds, kenmerk MEVA/NBO-2745530.

³⁹ Slenter, V.A.J. De capaciteit. In: Medisch Specialistische Zorg. Alkmaar: Mediforum, 2009.

⁴⁰ Varkenvisser, M., et al. Naar een meer transparante opleidingsmarkt. Marktprikkels in het opleidingsfonds. Rotterdam: Erasmus Competition & Regulation Institute, 2006.

⁴¹ Scherpbier, A.J.J.A. Eindrapportage Projectgroep Kwaliteitsindicatoren. Utrecht: CBOG, 2008.

⁴² Dörr, P.J. Brief over "opstellen toewijzingsadvies van OOR" d.d. 3 juni 2009. Kenmerk: 09000244/no.rdv. Bols, 2009.

⁴³ Meegdes, J.G. Vervolgopleiding medisch specialisten. Jaaroverzicht 2008 met terug-/en vooruitblik. Utrecht: Capaciteitsorgaan, 2009.

⁴⁴ Baalen, M.R. van, P.J. Bosman en W.L. Vreeman. Analyse van medisch specialistische 'tekortsectoren'. Analyse van de sectoren waarin de instroom in de opleiding tot medisch specialist structureel (naar beneden) afwijkt van de door het capaciteitsorgaan geraamde instroom, 2008.

⁴⁵ Frissen, P.H.A., M. van der Steen en L. van der Meeren. Schaarste tussen politiek en ramingen. Verdeling van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten. Een onderzoek voor het College voor de Beroepen en opleidingen in de Gezondheidszorg. Nederlandse School voor Openbaar Bestuur, 2008.

⁴⁶ Buurke, E.J. en V.J. Schelfhout-Van Deventer. De opleiding. Medisch Specialistische Zorg. Alkmaar: Mediforum, 2009.

⁴⁷ <http://knmg.artsennet.nl/opleidingenregistratie/Actueel/O-R-Nieuwsartikel/Modernisering-medische-vervolgopleidingen-nieuw-kaderbesluit-CCMS.htm>

⁴⁸ Buurke, E.J. en V.J. Schelfhout-van Deventer. De opleiding. In: Medisch Specialistische Zorg. Alkmaar: Mediforum, 2009.

⁴⁹ <http://www.sboh.nl/content.asp?kid=10034574>

⁵⁰ Dungen, A.W.L. van den, et al. (red.). Innoveren en investeren, Naar een toekomstbestendige zorg in Brabant. Sectorplan Gezondheidszorg Brabant, september 2009, concept. 's-Hertogenbosch: Provincie Noord-Brabant / Brabant Medical School, 2009.

⁵¹ Groenenboom, G.K.C. en C.W. Veld. De bekostiging. Medisch Specialistische Zorg. Alkmaar: Mediforum, 2009.

⁵² Doets, J. Financiering en organisatie van ziekenhuizen. Medisch Specialistische Zorg. Alkmaar: Mediforum, 2009.

⁵³ Sanders, F.B.M. Organisatie en structuur. Medisch Specialistische Zorg. Alkmaar: Mediforum, 2009.

⁵⁴ Sanders, F.B.M. Organisatie en structuur. Medisch Specialistische Zorg. Alkmaar: Mediforum, 2009.