

# Toelatingsprocedure buitenslands gediplomeerde artsen

Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2  
thema 5 B

Oprachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Rotterdam, 20 oktober 2016





# Toelatingsprocedure buitenslands gediplomeerde artsen

Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 5 B

Opdrachtgever: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Ecorys  
Seor

Rotterdam, 20 oktober 2016

## Over Ecorys

Met ons werk willen we een zinvolle bijdrage leveren aan maatschappelijke thema's. Wij bieden wereldwijd onderzoek, advies en projectmanagement en zijn gespecialiseerd in economische, maatschappelijke en ruimtelijke ontwikkeling. We richten ons met name op complexe markt-, beleids- en managementvraagstukken en bieden opdrachtgevers in de publieke, private en not-for-profitsectoren een uniek perspectief en hoogwaardige oplossingen. We zijn trots op onze 85-jarige bedrijfsgeschiedenis. Onze belangrijkste werkgebieden zijn: economie en concurrentiekracht; regio's, steden en vastgoed; energie en water; transport en mobiliteit; sociaal beleid, bestuur, onderwijs, en gezondheidszorg. Wij hechten grote waarde aan onze onafhankelijkheid, integriteit en samenwerkingspartners. Ecorys-medewerkers zijn betrokken experts met ruime ervaring in de academische wereld en adviespraktijk, die hun kennis en best practices binnen het bedrijf en met internationale samenwerkingspartners delen.

Ecorys voert een actief MVO-beleid en heeft een ISO14001-certificaat, de internationale standaard voor milieumanagementsystemen. Onze doelen op het gebied van duurzame bedrijfsvoering zijn vertaald in ons bedrijfsbeleid en in praktische maatregelen gericht op mensen, milieu en opbrengst. Zo gebruiken we 100% groene stroom, kopen we onze CO<sub>2</sub>-uitstoot af, stimuleren we het ov-gebruik onder onze medewerkers, en printen we onze documenten op FSC- of PEFC-gecertificeerd papier. Door deze acties is onze CO<sub>2</sub>-voetafdruk sinds 2007 met ca. 80% afgenomen.

ECORYS Nederland B.V.  
Watermanweg 44  
3067 GG Rotterdam

Postbus 4175  
3006 AD Rotterdam  
Nederland

T 010 453 88 00  
F 010 453 07 68  
E [netherlands@ecorys.com](mailto:netherlands@ecorys.com)  
K.v.K. nr. 24316726

**W [www.ecorys.nl](http://www.ecorys.nl)**

# Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	5
<b>1 De toelatingsprocedure voor buitenlands gediplomeerde artsen</b>	<b>11</b>
1.1 Aanleiding	11
1.2 Doel	11
1.3 Wijzigingen in de toelatingsprocedure	12
1.4 Aanpak van de verklarende evaluatie	12
1.5 Beleidstheorie	13
<b>2 Beschrijving van de procedure</b>	<b>17</b>
2.1 De toelatingsprocedure voor buitenlands gediplomeerde artsen	17
2.2 Registratieprocedure voor buitenlands gediplomeerde specialisten	20
<b>3 Doeltreffendheid</b>	<b>23</b>
3.1 Beschikbaarheid van gegevens	23
3.2 Bereik: instroom, doorstroom en uitstroom	24
3.3 Kwaliteit van zorg	30
<b>4 Doelmatigheid</b>	<b>33</b>
4.1 Inleiding	33
4.2 Uitgaven aan de procedure voor artsen en specialisten	33
4.3 Relatie tussen uitgaven/investeringen en opbrengsten van de toelatingsprocedure	34
4.4 Doorlooptijd van de procedure	36
4.5 Conclusie	39
<b>Bijlage A Lijst geïnterviewden</b>	<b>41</b>
<b>Bijlage B Ontvangen bestanden</b>	<b>43</b>



# Managementsamenvatting

## Inleiding

Dit rapport beschrijft de resultaten van de beleidsdoorlichting van de toelatingsprocedure voor buitenslands gediplomeerden als onderdeel van de beleidsdoorlichting van het arbeidsmarktbeleid van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). De volgende vragen staan hierin centraal:

- Doeltreffendheid: Hoe effectief is de toelatingsprocedure in het garanderen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg en in het realiseren van instroom van buitenslands gediplomeerden in de Nederlandse gezondheidszorg?
- Doelmatigheid: Hoe worden de ingezette financiële middelen gebruikt en hoe staat dit in verhouding tot de gerealiseerde resultaten? Wat is de doorlooptijd van de toelatingsprocedure?

De beleidsdoorlichting heeft formeel betrekking op de periode 2011-2015, maar in de praktijk is waar nuttig een ruimere periode beschouwd omdat de huidige vormgeving van de procedure op een eerder moment is ontwikkeld.

## Achtergrond en doel van de toelatingsprocedure

Het doel van de toelatingsprocedure is het garanderen van de kwaliteit en veiligheid in de zorg. Zonder een instrument om de kwaliteit van buitenslands gediplomeerden te beoordelen, is instroom in de Nederlandse gezondheidszorg (wettelijk) onmogelijk. Door middel van deze procedure wordt inzicht verkregen in de kwaliteit van de buitenslands gediplomeerden. Dit maakt het mogelijk om daartoe gekwalificeerde buitenslands gediplomeerden in te laten stromen. Personen die bij aanmelding over onvoldoende kwaliteit beschikken, kunnen door middel van aanvullende scholing hun kwalificaties op peil brengen, waardoor zij na afronding ook kunnen instromen.

Er is een belangrijk onderscheid tussen erkenning van diploma's van binnen en buiten de EER. In deze beleidsdoorlichting richten we ons op de toelatingsprocedure voor *buitenslands gediplomeerde artsen buiten de EER*. Vóór december 2005 werden de kwalificaties van deze artsen beoordeeld op basis van diploma's en aanvullende dossiergegevens. Sinds december 2005 vormt een assessment een belangrijk deel van de toelatingsprocedure. Het assessment bestaat uit een Algemene Kennis Vaardighedentoets (AKV-toets) en een Beroepsinhoudelijke toets (BI-toets). Afhankelijk van de resultaten van het assessment volgt inschrijving in het BIG-register of een scholingstraject.

Het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG), een agentschap van het ministerie van VWS, neemt de aanvragen van buitenslandse gediplomeerden in behandeling en neemt het uiteindelijke besluit. De Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV) is een onafhankelijke adviescommissie en brengt op basis van de resultaten van het assessment advies uit aan CIBG over de gelijkwaardigheid van de kwalificaties van de buitenslands gediplomeerde arts aan de kwalificaties van Nederlandse artsen.

Daarnaast geldt voor buitenslands gediplomeerde artsen met een specialisten diploma aanvullend op de toelatingsprocedure voor artsen een registratieprocedure tot specialist. Deze procedure wordt uitgevoerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RSG) van KNMG en bestaat uit een diplomabeoordeling, waarna zo nodig een aanpassingsstage volgt. Bij deze procedure heeft het ministerie van VWS dus geen directe bemoeienis.

## Een verklarende evaluatie

Het onderzoek is gebaseerd op een analyse van bestaande gegevens (met name evaluatie onderzoek naar de uitvoering van en knelpunten rondom de toelatingsprocedure en gegevens van CIBG/ CBGV) en gesprekken met betrokken organisaties bij de toelatingsprocedure en organisaties die buitenslands gediplomeerde artsen begeleiding bieden.

## Conclusies over de doeltreffendheid

### Instroom

Sinds de vernieuwde toelatingsprocedure eind 2005 is de instroom van buitenslands gediplomeerde artsen van buiten de EER sterk gedaald. Het algemene beeld is dat de jaarlijkse aantallen in de bronnen die betrekking hebben op de periode voor het assessment aanzienlijk hoger liggen dan de aantallen in de bronnen die betrekking hebben op de periode daarna. Volgens enkele bronnen die betrekking hebben op de periode voor invoering werden jaarlijks ruim 100 buitenslands gediplomeerde artsen van buiten de EER ingeschreven in het BIG-register. In de tien jaar na invoering van het assessment zijn dit er enkele tientallen per jaar.

Nu is de veranderde regelgeving zeker niet de enige oorzaak van deze trendbreuk. De toetreding van tien landen tot de EER per 1 mei 2004 en het meer restrictieve toelatingsbeleid van de overheid na de inwerkingtreding van de wet-Cohen (2001) hebben hier ook aan bijgedragen. De verschillen in jaarlijkse aantallen BIG-registraties voor en na 2006 zijn echter dermate groot dat de invoering van de nieuwe procedure hierbij vermoedelijk ook een rol heeft gespeeld. Deze veronderstelling wordt bevestigd in Schmit Jongbloed en Duchateau (2007). Zij geven aan dat bij de start van het assessment – toen bovenstaande andere beïnvloedende factoren al hun beslag hadden gekregen – werd gerekend op ongeveer 100 kandidaten per jaar voor het assessment. Over de periode 2006-2015 is het feitelijke aantal deelnemers gemiddeld echter rond de 20 per jaar (CBGV, 2016). In de literatuur en interviews worden knelpunten naar voren gebracht rondom de huidige procedure die eveneens de veronderstelling onderschrijven dat de invoering van de nieuwe procedure de instroom heeft verlaagd. Uit de gesprekken met betrokkenen en literatuur (o.a. Van der Kemp et al., 2014) blijkt bijvoorbeeld dat de informatievoorziening, beschikbare begeleiding en kosten van de toelatingsprocedure een barrière vormen. Sinds het evaluatieonderzoek door Van der Kemp et al. in 2014 is een aantal knelpunten (gedeeltelijk) verholpen, maar andere barrières lijken nog onverkort van toepassing.

Om eventuele knelpunten te signaleren, maar ook de effecten van maatregelen om deze weg te nemen beter in beeld te krijgen, is het van groot belang om een aantal cruciale indicatoren (het aantal aanvragen, aantal inschrijvingen in het BIG-register, uitval, etc.) systematisch te monitoren. In het huidige registratiesysteem is dit echter niet mogelijk. Uit de beschikbare informatie valt wel een beeld te construeren, maar dit beeld is onvolledig. Het CIBG is bezig een nieuw informatiesysteem in te voeren dat meer toegerust is om dergelijke managementinformatie te bieden. CIBG zal hier eind 2016 of begin 2017 een besluit over nemen.

### Kwaliteit

De kwaliteit van het assessment staat bij de respondenten niet ter discussie. Het assessment is een zorgvuldige procedure om de kwaliteit van artsen te toetsen. Het vereiste taalniveau ligt met de AKV-toets hoger dan voorheen en respondenten geven aan dat artsen over het algemeen met voldoende taalkennis aan de aanvullende opleiding starten. Voor het beoordelen van de medische kennis van de artsen worden hun scores vergeleken met de gemiddelde scores van zesdejaars geneeskunde studenten. De taal en cultuur zijn in de praktijk in sommige gevallen nog een



belemmering. Een respondent geeft aan dat een (meeloop-)stage tijdens de procedure dit mogelijk op kan lossen.

Enkel gekwalificeerde artsen die de procedure volledig doorlopen hebben, kunnen worden ingeschreven in het BIG-register. Dit BIG-register biedt de nodige randvoorwaarden voor kwaliteit en veiligheid, maar geeft vervolgens geen precies inzicht in de feitelijke kwaliteit van de uitoefening van het beroep. Wel zijn bepaalde uitwassen zichtbaar, doordat sancties en berispingen worden geregistreerd, al komen dit soort maatregelen heel weinig voor. Of de groep buitenslands gediplomeerden hierin afwijkend is, is nooit onderzocht.

## Conclusies over doelmatigheid

### Kosten

Voor het behandelen en beoordelen van de aanvragen van buitenslands gediplomeerden in de zorg heeft het ministerie in 2013 tot en met 2016 jaarlijks ongeveer € 2.500.000 beschikbaar gesteld aan het CIBG en de CBGV. Met deze bijdrage worden jaarlijks ongeveer 500 aanvragen beoordeeld en afgehandeld. Een klein deel van het totaal aantal afgehandelde aanvragen (in 2014 was dit 15%) heeft betrekking op buitenslands gediplomeerde artsen buiten de EER. De gemiddelde kostprijs per aanvraag voor alle beroepsgroepen bedraagt gemiddeld € 5.500. De afgelopen jaren zijn de kosten van het behandelen van een aanvraag met ongeveer € 700 afgenomen.

De opleidingskosten van buitenslands gediplomeerde artsen van gemiddeld € 26.000<sup>1</sup> zijn, vergeleken met de opleidingskosten van Nederlandse geneeskunde studenten, relatief laag. De buitenslands gediplomeerde artsen moeten dit bedrag in veel gevallen volledig zelf betalen, wat een belemmering vormt voor de instroom. Zowel de literatuur als interviews geven aan dat het om een reëel knelpunt gaat. Ook als het ministerie de volledige opleidingskosten zou overnemen, kan vanuit overheidsperspectief op een relatief goedkope manier instroom in het beroep worden gegenereerd. Hierbij is wel de vraag in welke mate de kosten een belemmering zijn voor de betrokkenen, en in hoeverre de instroom zou worden vergroot als deze kosten door het ministerie zouden worden overgenomen.

### Doorlooptijd

De *bruto* doorlooptijd van het assessment, vanaf het moment van aanmelding tot het besluit door CIBG, bedraagt over de jaren 2013 tot 2015 gemiddeld 14 maanden (418 dagen). De doorlooptijd heeft zowel betrekking op de tijd die het CIBG en de CBGV besteden aan het behandelen van de aanvraag als de tijd die artsen zelf nemen, bijvoorbeeld ter voorbereiding op de toetsen. Beschouwen we enkel de tijd die het CIBG en de CBGV besteden aan de aanvraag op verschillende momenten in de procedure (de *netto* doorlooptijd), dan bedraagt de doorlooptijd gemiddeld negen maanden (285 dagen). Er zijn aanwijzingen dat de doorlooptijd van het assessment en de aanvullende scholing de afgelopen jaren zijn afgenomen. In bestaande studies en in interviews met betrokkenen worden een aantal verbeterpunten genoemd om de doorlooptijd van de toelatingsprocedure verder te verkorten, met name op het gebied van voorbereiding en begeleiding.

---

<sup>1</sup> De kosten van de assessmentprocedure bedragen ongeveer €2.500, de overige kosten beslaan een schatting van het gemiddelde instellingscollegegeld dat umc's rekenen.

## Aanbevelingen

De kwaliteit van de toelatingsprocedure staat niet ter discussie. De meeste aanbevelingen hebben betrekking op de randvoorwaarden rondom de toelatingsprocedure om belemmeringen weg te nemen, zonder het uiteindelijke resultaat in termen van kwaliteit aan te tasten. Veel van deze aanbevelingen sluiten aan bij de evaluatie van 2014 (Van der Kemp et al., 2014). Sinds deze evaluatie in 2014 hebben zich op verschillende van deze punten al verbeteringen rondom deze randvoorwaarden voorgedaan, waarmee een aantal barrières voor artsen om de toelatingsprocedure te doorlopen, (gedeeltelijk) zijn verholpen. Echter, op sommige punten zijn een aantal barrières nog onverkort van toepassing.

### Het systematisch monitoren van kengetallen rondom de toelatingsprocedure

Het CIBG is bezig een nieuw informatiesysteem in te voeren dat beter is toegerust op het geven van managementinformatie. Wanneer een dergelijk systeem in gebruik wordt genomen, is het van belang dat van begin af aan een vast format voor de informatievoorziening wordt bepaald, waarbij jaarlijkse kengetallen worden bepaald (zoals instroomcijfers in verschillende fases in het proces), aangevuld met verhoudingsgetallen die worden bepaald op basis van cohorten. Dit laatste is een noodzakelijke aanvulling om bijvoorbeeld uitvalpercentages vast te stellen. De procedure kan immers meerdere jaren omvatten waardoor uitvalcijfers pas over een wat langere periode definitief kunnen worden vastgesteld. Dit laatste geldt ook voor doorlooptijden. Tezamen dienen deze cijfers een compleet beeld te geven van het traject, inclusief de uitval op de verschillende transitiepunten. Het in te voeren systeem moet dusdanig worden ingericht dat deze informatie beschikbaar komt. Het is van belang dat het besluitvormingsproces omtrent invoering van het nieuwe informatiesysteem wordt gevolgd en de feitelijke implementatie zo snel mogelijk zijn beslag krijgt.

### Informatievoorziening vanuit één centraal punt

Hoewel CIBG de informatievoorziening richting artsen heeft verbeterd, is met name informatie over voorbereidingsmogelijkheden en de kosten van aanvullende scholing nog niet altijd bekend bij artsen. Deze informatie is er wel, maar is versnipperd over verschillende bronnen en daardoor minder toegankelijk. Het is van belang dat deze informatie op één centraal punt wordt gepresenteerd, zodat artsen beter geïnformeerd zijn, wat vertraging en eventueel uitval in de procedure voorkomt.

Daarnaast is ook informatievoorziening vanuit CIBG richting instellingen wenselijk, aangezien werkgevers niet altijd bekend zijn met de bevoegdheden van artsen die de toelatingsprocedure hebben doorlopen, waardoor artsen moeilijk een plek kunnen vinden bij een instelling.

### (Financieel) ondersteunen van initiatieven rondom begeleiding en voorbereiding

Buitenlands gediplomeerde artsen zijn voor begeleiding afhankelijk van organisaties zoals de Vereniging Buitenlandse Gediplomeerde Artsen (VBGA) en Stichting Vluchteling- Studenten UAF. VBGA heeft een aantal initiatieven ontwikkeld op het gebied van begeleiding, maar door een gebrek aan financiële middelen blijft dit kleinschalig. Financiële steun aan dit soort ondersteunende organisaties lijkt dan ook noodzakelijk om artsen voldoende ondersteuning te kunnen bieden.

### (Informatie rondom) de kosten van aanvullende scholing

De hoogte van het instellingscollegegeld is een grote barrière voor de buitenlands gediplomeerde artsen. Aangezien universiteiten zelf mogen beslissen of zij het wettelijk of instellingscollegegeld rekenen, zal dit knelpunt waarschijnlijk ook in de toekomst blijven spelen<sup>2</sup>. Als dit knelpunt niet kan

<sup>2</sup> Voor artsen met een vluchtelingen-achtergrond speelt dit probleem minder, voor hen geldt altijd het wettelijk collegegeld.

worden verholpen, dan is het cruciaal dat hierover op zijn minst voldoende en duidelijke informatie wordt verstrekt, zodat artsen niet op het laatste moment worden verrast met hoge kosten.

#### **Aansluiting assessment op aanvullende scholing**

Artsen hebben na het afronden van het assessment soms met lange wachttijden te maken voordat ze kunnen starten met aanvullende scholing. Zoals ook in Van der Kemp et al. (2014) wordt aangegeven, is er geen instantie verantwoordelijk voor een goede aansluiting tussen de toelatingsprocedure en aanvullende opleiding. Om (onnodige) vertraging te voorkomen, is het van belang dat er een goede verdeling is van verantwoordelijkheden tussen instanties.

#### **Buitenslands gediplomeerde artsen: aanbod op de arbeidsmarkt**

Het waarborgen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg is het centrale doel van deze regeling. Tegelijkertijd betekent deze procedure dat hiermee extra arbeidsaanbod beschikbaar komt voor zorgberoepen. Dit voordeel is ook als zodanig expliciet benoemd in een Tweede Kamer motie uit 2001 en het rapport van de Commissie Splinter (2003) die een belangrijke rol hebben gespeeld in de vormgeving van de huidige procedure. Het blijft van belang om dit perspectief niet volledig te vergeten, al was het maar omdat deze vorm van instroom voor de overheid relatief weinig kostbaar is. Het wegnemen van belemmeringen – uiteraard met behoud van de zorgvuldig bewaakte kwaliteit – blijft ook vanuit dit gezichtspunt van belang.



# 1 De toelatingsprocedure voor buitenslands gediplomeerde artsen

## 1.1 Aanleiding

In Nederland zijn personen die hun zorgopleiding buiten Nederland hebben genoten en hun beroep graag in Nederland zouden willen uitoefenen. Om de kwaliteit van de zorg te waarborgen is het belangrijk dat alleen de buitenslands gediplomeerden die voldoen aan de gestelde (wettelijke) kwaliteitseisen worden toegelaten. Als er geen zicht is op de kwaliteit van deze personen, is instroom in het beroep niet mogelijk.

De toelatingsprocedure is bedoeld als instrument om de instroom van buitenslands gediplomeerden in de Nederlandse gezondheidszorg mogelijk te maken, waarbij de kwaliteit en veiligheid van de zorg wordt gewaarborgd. Met behulp van de toelatingsprocedure kan de kwaliteit van de buitenslands gediplomeerden worden beoordeeld. Enkel personen die voldoende gekwalificeerd zijn, kunnen worden ingeschreven in het BIG-register. De procedure voorziet er verder in dat personen van wie de kwalificaties bij aanmelding onvoldoende zijn, hun kwaliteit op peil brengen en alsnog kunnen instromen.

Voor wat betreft de beoordeling van de kwalificaties bestaat een belangrijk onderscheid tussen diploma's van binnen en buiten de EER. In het eerste geval bestaan veel één op één directe automatische erkenningen. In het tweede geval wordt meer inhoudelijk gekeken naar de opleidingen en vormen bij bepaalde beroepen ook assessments een vast onderdeel van de erkenningsprocedure. *In deze beleidsdoorlichting richten we ons op de toelatingsprocedure voor buitenslands gediplomeerde artsen van buiten de EER.*

Voor 1 december 2005 werden de kwalificaties van deze artsen beoordeeld op basis van diploma's en aanvullende dossiergegevens. Per 1 december 2005 is een assessment ingevoerd, bestaande uit een Algemene Kennis en Vaardighedentoets (AKV-toets) en een Beroepsinhoudelijke toets (BI-toets). Als de kwalificaties als gelijkwaardig worden beoordeeld aan de kwalificaties van Nederlandse artsen, kan de arts worden ingeschreven in het BIG-register. Als er tekortkomingen worden geconstateerd in de vakbekwaamheid van de arts kan aanvullende scholing worden geadviseerd, waarna de arts alsnog kan worden ingeschreven in het BIG-register.

Daarnaast geldt voor buitenslands gediplomeerde artsen met een specialisten diploma aanvullend op de toelatingsprocedure voor artsen een registratieprocedure tot specialist. Deze procedure wordt uitgevoerd door de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RSG) van KNMG en bestaat uit een diplomabeoordeling, waarna zo nodig een aanpassingsstage volgt. Het ministerie is minder bij deze procedure betrokken, maar om het complete beeld te schetsen, brengen we ook deze procedure in kaart.

## 1.2 Doel

De toelatingsprocedure is bedoeld als instrument om de instroom van buitenslands gediplomeerde artsen in de Nederlandse gezondheidszorg mogelijk te maken, waarbij de kwaliteit en veiligheid van de zorg worden gewaarborgd.

### 1.3 Wijzigingen in de toelatingsprocedure

- In 2005 is de toelatingsprocedure gewijzigd. Tot december 2005 bestond de toelatingsprocedure uit een beoordeling op basis van een diploma en aanvullende dossiergegevens. In vrijwel alle gevallen volgde daarna een scholingsadvies van gemiddeld drie jaar bij een van de acht umc's. Betrokken partijen constateerden dat deze procedure niet goed functioneerde. De procedure was lang, er werd enkel beoordeeld op basis van een dossier en de umc's waar artsen aanvullende scholing volgden constateerden vaak grote lacunes op het gebied van taal en professioneel gedrag (Ten Cate & Kooij, 2008). In 2005 is er daarom een vernieuwde toelatingsprocedure ingevoerd. Een belangrijk onderdeel van de huidige procedure is een assessment, bestaande uit een Algemene Kennis en Vaardighedentoets (AKV-toets) en een Beroepsinhoudelijke toets (BI-toets). Op basis van de uitkomsten van het assessment wordt er door het ministerie een besluit genomen over de beroepskwalificaties van de artsen en een advies over een eventueel scholingstraject.
- Tot 2012 gold voor artsen van buiten de EER waarvan de diploma's waren erkend door bepaalde EER-landen (zoals Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en Zweden) een verkorte procedure. Deze groep hoefde geen assessment af te leggen maar kwam direct in aanmerking voor een geclausuleerde inschrijving in het BIG-register. In januari 2012 is deze verkorte procedure afgeschaft en sindsdien moet ook deze groep de volledige toelatingsprocedure volgen.

### 1.4 Aanpak van de verklarende evaluatie

Dit onderzoek is een onderdeel van een beleidsdoorlichting van het gevoerde beleid onder artikel 4.2. Onder dit artikel valt het beleid van directie MEVA rondom opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt. Het doel van deze beleidsdoorlichting is op basis van beschikbare informatie (in de vorm van evaluatieonderzoek) een geaggregeerd oordeel te geven over de doeltreffendheid en doelmatigheid van het betreffende beleidsartikel, in dit geval de toelatingsprocedure voor buitenslands gediplomeerde artsen.

Voor de verklarende evaluatie van de toelatingsprocedure voor buitenslands gediplomeerde artsen is gebruik gemaakt van:

- *Deskresearch*: Analyse van studies die de situatie rondom aanpassing van de toelatingsprocedure schetsen. Daarnaast zijn er meer recente bronnen die (een deel van) de huidige toelatingsprocedure evalueren en knelpunten in kaart brengen (Herfs, 2013a, Herfs, 2013b en Van der Kemp et al., 2014).
- *Interviews met stakeholders*: het gaat hier om interviews met vertegenwoordigers van VWS, CIBG en CBGV, KNMG, instellingen die de toetsen van het assessment afnemen (Babel en Universiteit Maastricht), organisaties die buitenslands gediplomeerde artsen begeleiden (UAF en VBGA), een UMC (VUmc) en een deskundige die betrokken is geweest bij de ontwikkeling van de assessmentprocedure en verschillende studies heeft verricht op dit gebied. Bijlage A bevat een overzicht van de geïnterviewde personen.

In de volgende paragraaf schetsen we de beleidstheorie van de toelatingsprocedure. In hoofdstuk twee beschrijven we de stappen in de toelatingsprocedure voor buitenslands gediplomeerde artsen en de registratieprocedure voor buitenslands gediplomeerde specialisten. In hoofdstuk drie bespreken we aspecten die samenhangen met de doeltreffendheid van het beleid. Doelvariabelen zijn de instroom van buitenslands gediplomeerde artsen en de kwaliteit van zorg. In hoofdstuk vier gaan we in op de doelmatigheid van het beleid. In dit hoofdstuk zetten we de resultaten van het beleid af tegen de kosten en kijken we naar de uitgaven van VWS rondom de toelatingsprocedure en de doorlooptijd van de toelatingsprocedure.

## 1.5 Beleidsstheorie

In deze paragraaf schetsen wij in het kort de beleidstheorie van de toelatingsprocedure. De beleidstheorie is opgesteld aan de hand van literatuur<sup>3</sup> en interviews met betrokken beleidsambtenaren en actoren in het veld.

### **Beleidsprobleem: Kwaliteit en veiligheid van zorg door buitenslands gediplomeerde artsen**

Om de kwaliteit en veiligheid in de zorg te waarborgen, kunnen alleen voldoende gekwalificeerde buitenslands gediplomeerde artsen instromen. Een toelatingsprocedure is noodzakelijk om de kwaliteit van deze artsen inzichtelijk te maken en om buitenslands gediplomeerde artsen die onvoldoende gekwalificeerd zijn de mogelijkheid te bieden het vereiste kwaliteitsniveau te behalen.

### **Probleem mechanisme 1: Kwaliteit van buitenslands gediplomeerde artsen onduidelijk**

Om de instroom van buitenslands gediplomeerde artsen mogelijk te maken, is inzicht in de kwalificaties van deze artsen noodzakelijk. Bij het ontbreken van een beoordelingsprocedure kan de kwaliteit van de zorg door buitenslands gediplomeerde artsen niet worden vastgesteld, waardoor instroom (wettelijk) onmogelijk is.

### **Probleem mechanisme 2: Groep buitenslands gediplomeerde artsen onvoldoende gekwalificeerd**

Door verschillen in opleidingen en organisatie van de zorg tussen landen zal een deel van de buitenslands gediplomeerde artsen onvoldoende gekwalificeerd zijn. Deze artsen hebben aanvullende scholing nodig om in Nederland te kunnen werken. Een procedure kan worden benut om de benodigde scholing in kaart te brengen. Hierdoor kan de al aanwezige kennis zoveel mogelijk worden benut en het scholingstraject worden bekort. Zonder de aanvullende scholing is de kwaliteit van deze groep buitenslands gediplomeerden onvoldoende, waardoor instroom van deze groep in het beroep niet mogelijk is.

### **Beleidsinterventie: Toelatingsprocedure voor buitenslands gediplomeerde artsen**

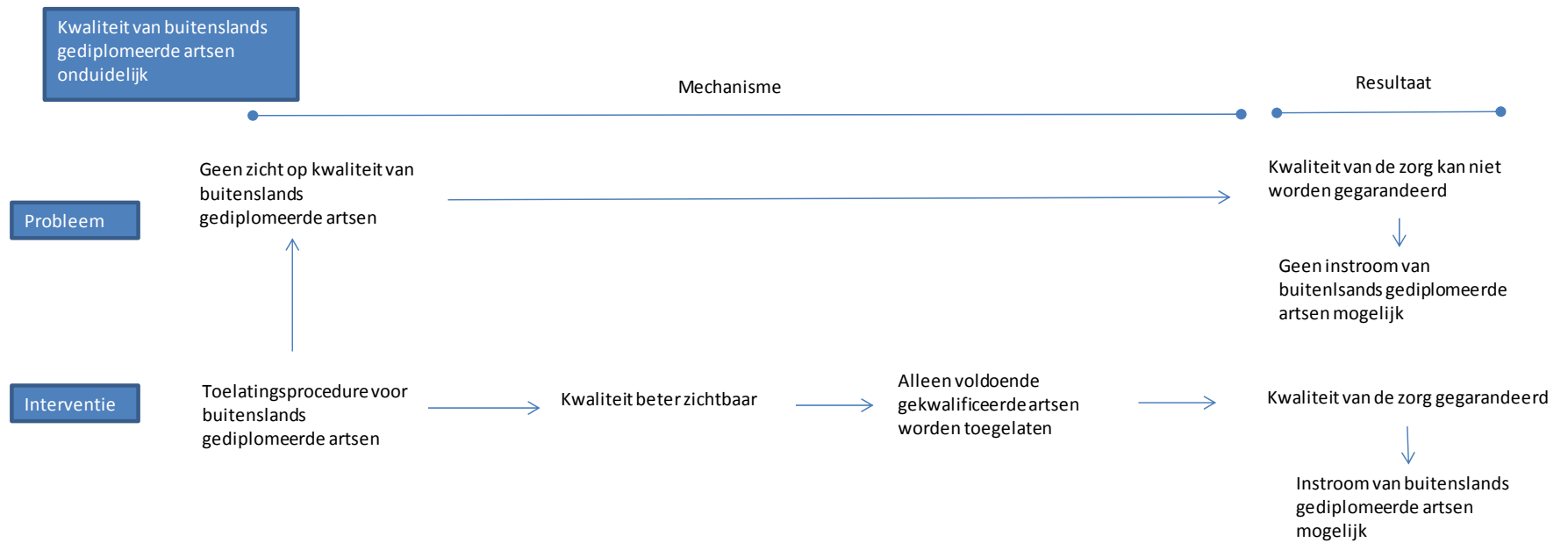
Met het invoeren van een toelatingsprocedure wordt de kwaliteit en veiligheid van de zorg door buitenslands gediplomeerden gewaarborgd, waardoor instroom in het beroep mogelijk wordt gemaakt. De kwaliteit van de buitenslands gediplomeerden wordt met behulp van de procedure zichtbaar, waardoor een oordeel kan worden gegeven over de kwalificaties van de arts. De toelatingsprocedure biedt gekwalificeerde gediplomeerden de kans om (direct) in te stromen in het beroep en biedt onvoldoende gekwalificeerde personen de mogelijkheid om op het vereiste kwaliteitsniveau te komen, waarna ook zij kunnen instromen.

Kwaliteit en veiligheid van de zorg staan in deze procedure voorop. Tegelijkertijd betekent de procedure dat hiermee extra arbeidsaanbod beschikbaar komt voor zorgberoepen. Dit voordeel is des te meer van belang in tijden van tekorten op de arbeidsmarkt. Dit voordeel is als zodanig expliciet benoemd in de Tweede Kamer motie van Hermann (2001) en in het rapport van de Commissie Splinter (2003), die beide een belangrijke rol hebben gespeeld in de vormgeving van de huidige procedure.

<sup>3</sup> Zie ook: Van der Kemp, S., Langerak, N. en Hollander, M. Evaluatieonderzoek: Toelatingsprocedure buitenlandse artsen. Panteia, Zoetermeer, 2014; Herfs, P.G.P. Buitenlandse artsen: Kostenpost of pure winst? VAMP, februari 2013a; Herfs, P.G.P. De assessment procedure voor buitenlandse artsen: een balans na zeven jaar, ERCOMER, Utrecht, 2013b en Splinter, T.A.W., Herfs, P.G.P., Ruijs, A.J.E.M., van Luijk, S.J., Wijkhuijs, N.P. Naar een nieuwe stroomlijn voor buitenlandse artsen. Een rapport van de Opleidingscommissie Geneeskunde van het Discipline overleg Medische Wetenschappen (OCW-DMW), maart 2003.

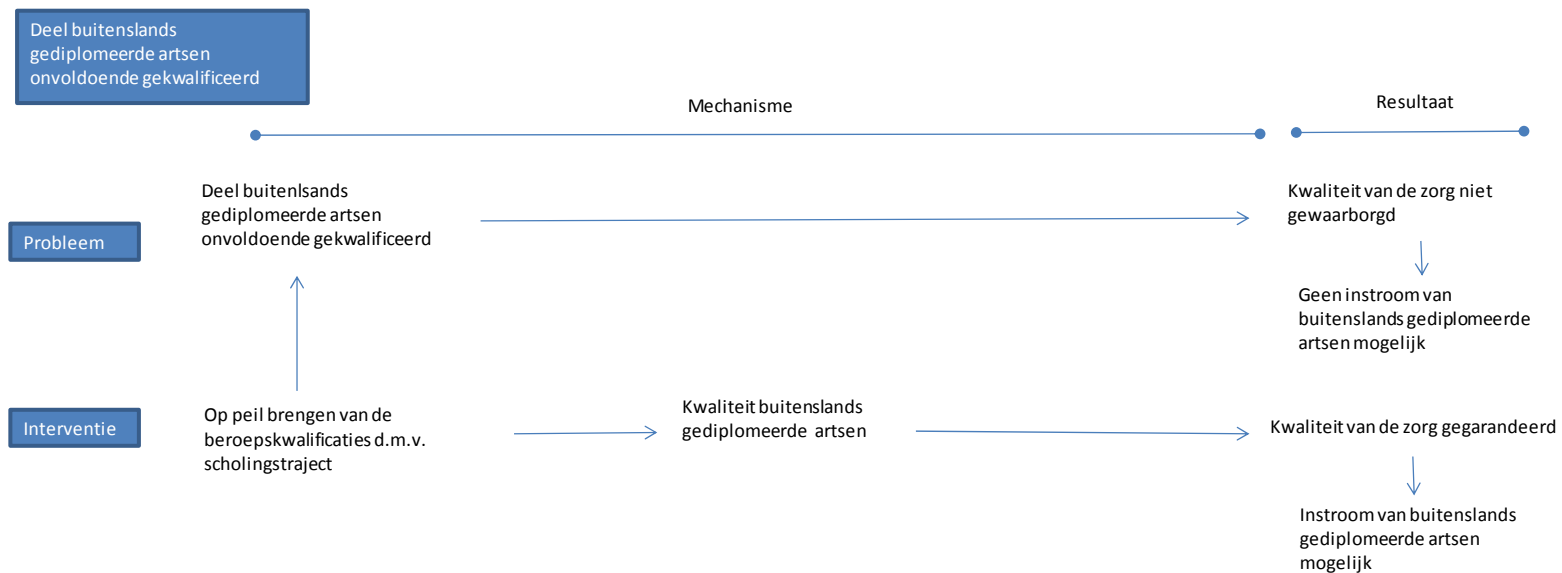
## Resumerend

Figuur 1.1 Beleidsprobleem en oplossingsmechanisme (1): Geen zicht op kwaliteit buitenslands gediplomeerde artsen





**Figuur 1.2**    **Beleidsprobleem en oplossingsmechanisme (2): Groep buitenslands gediplomeerde artsen onvoldoende gekwalificeerd**





## 2 Beschrijving van de procedure

### 2.1 De toelatingsprocedure voor buitenslands gediplomeerde artsen

Hieronder bespreken we de toelatingsprocedure voor buitenslands gediplomeerde artsen van buiten de EER. Deze stappen zijn ook weergegeven in figuur 2.1. Voor een kleine deelgroep geldt een alternatieve procedure. Dit betreft artsen afkomstig uit Suriname die een deel van hun specialisatie in Nederland volgen, omdat dit in Suriname niet kan. Zij worden geclausuleerd in het BIG-register ingeschreven voor de duur van de gedeeltelijke specialisatie in Nederland. Volgens het CIBG betreft dit slechts een klein aantal artsen per jaar. We besteden in dit rapport verder geen aandacht aan de procedure die voor deze deelgroep artsen geldt.

Buitenslands gediplomeerde artsen dienen een aanvraag in bij het CIBG. CIBG is een agentschap van het ministerie van VWS en neemt namens de minister de aanvraag in behandeling. Nadat alle vereiste documenten zijn ontvangen wordt het diploma geverifieerd door Nuffic. Vervolgens wordt de aanvraag overgedragen aan de CBGV (Commissie Buitenslands Gediplomeerden Gezondheidszorg). De CBGV is een onafhankelijk adviesorgaan van het ministerie. Bij CBGV is een commissie ingesteld, bestaande uit acht artsen afkomstig van de acht umc's, die de aanvragen van buitenslands gediplomeerde artsen beoordelen. De CBGV nodigt de buitenslands gediplomeerde artsen vervolgens uit voor deelname aan de Algemene Kennis en Vaardigheden (AKV) toets. Buitenslands gediplomeerde artsen leggen de AKV-toets af bij Taleninstituut Babel. De AKV-toets bestaat uit vier toetsonderdelen, die alle vier met een voldoende moeten worden afgesloten. De onderdelen waar onvoldoende op wordt gescoord, kunnen worden herkanst. Nadat de arts is geslaagd, kan hij of zij zich aanmelden voor de Beroepsinhoudelijke (BI) toets. De BI-toets bestaat uit drie onderdelen: de deelttoets medische basiskennis (DMB), de deelttoets klinische vaardigheden (DKV) en de deelttoets klinische kennis (DKK). De DKV wordt afgenomen bij de Universiteit Nijmegen, de andere twee deelttoetsen bij Universiteit Maastricht. Aan de hand van de uitkomsten van de BI-toets stelt CBGV een advies op, dat in een gesprek met de buitenslands gediplomeerde arts wordt toegelicht<sup>4</sup>. Dit advies wordt vervolgens doorgegeven aan CIBG, die met inachtneming van dit advies het besluit neemt. Er zijn drie mogelijke uitkomsten (Jaarverslag CBGV, 2016, p. 16):

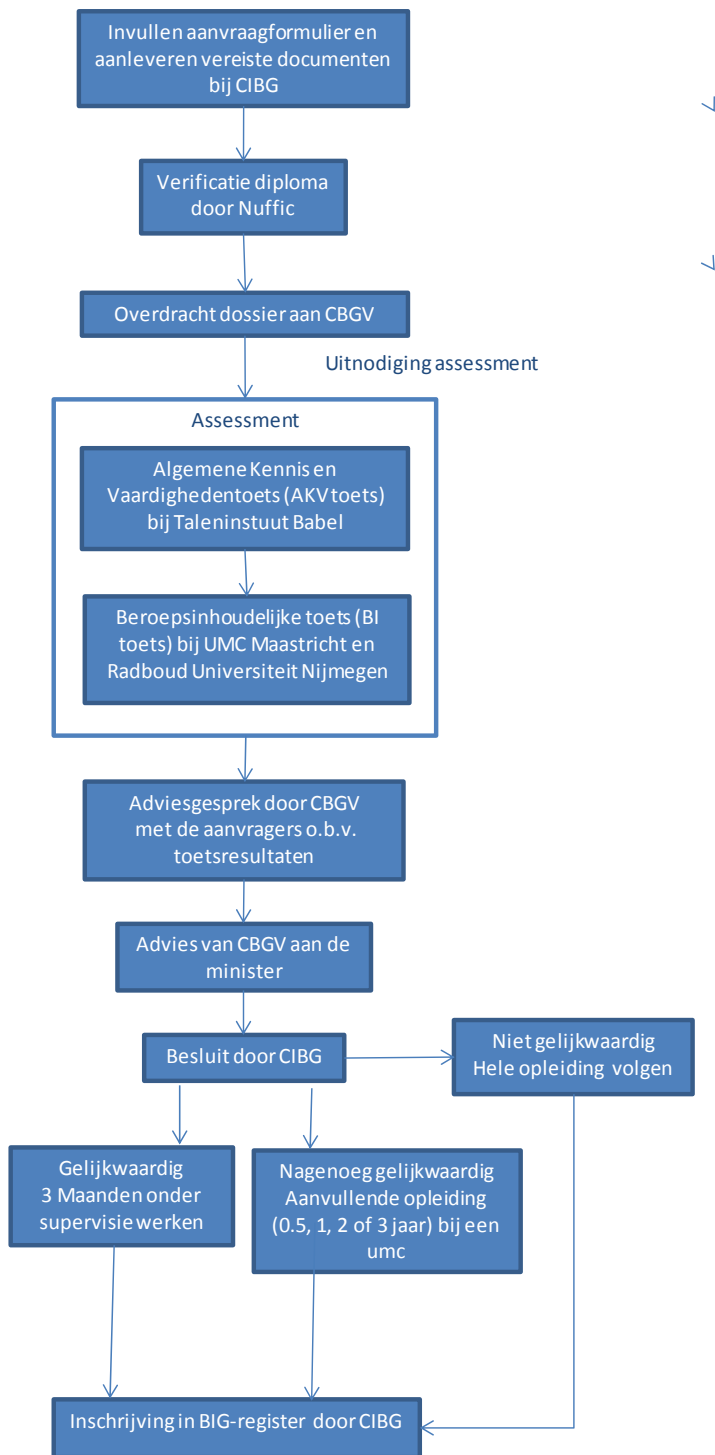
- De beroepskwalificaties worden als gelijkwaardig beoordeeld. De arts wordt geclausuleerd ingeschreven in het BIG-register en moet drie maanden onder supervisie werken bij een instelling of academisch ziekenhuis.
- De beroepskwalificaties worden als nagenoeg gelijkwaardig beoordeeld. De arts dient aanvullende scholing te volgen, van een half, een of twee jaar. Aanvullende scholing kan worden gevolgd bij één van de acht umc's en bestaat doorgaans uit het lopen van coschappen.
- De beroepskwalificaties worden als niet-gelijkwaardig beoordeeld. De arts moet de gehele geneeskunde opleiding doorlopen.

Na het doorlopen van deze stappen volgt bij succesvolle afronding inschrijving in het BIG-register.

---

<sup>4</sup> Hierin wordt het voorgenomen advies met de buitenslands gediplomeerde arts besproken.

**Figuur 2.1 Toelatingsprocedure voor buitenslands gediplomeerde artsen**



## Aanpassingen en discussies rondom de toelatingsprocedure

In de afgelopen jaren zijn er op verschillende momenten kleine aanpassingen aangebracht of discussies geweest rondom de toelatingsprocedure<sup>5</sup>, die vooral betrekking hadden op de randvoorwaarden en in mindere mate op de toelatingsprocedure zelf. In het evaluatieonderzoek uit 2014 (Van der Kemp et al., 2014) is een aantal knelpunten geconstateerd rondom de procedure, waarop het CIBG actie heeft ondernomen. Daarnaast worden er ook vanuit ondersteunende organisaties initiatieven ontwikkeld. Hieronder zetten we de belangrijkste aanpassingen en discussiepunten op een rij.

## Informatievoorziening rondom de toelatingsprocedure

In het evaluatieonderzoek wordt de informatievoorziening rondom de procedure als een groot knelpunt benoemd (Van der Kemp et al., 2014). Buitenslands gediplomeerde artsen bleken vaak niet goed op de hoogte te zijn van onder andere de voorbereidingsmogelijkheden en de doorlooptijd van de procedure. Informatie over deze aspecten is wel beschikbaar, maar is versnipperd over een aantal organisaties en websites en daardoor weinig toegankelijk.

Naar aanleiding van de evaluatie heeft het CIBG de informatievoorziening rondom de toelatingsprocedure verbeterd. Op de website van CIBG is een advieswijzer geplaatst, die buitenslands gediplomeerde artsen aan de hand van een aantal vragen adviseert over de te doorlopen procedure. Daarnaast krijgen buitenslands gediplomeerde artsen bij aanmelding een procedurebrief, met een verdere toelichting over onder andere de doorlooptijd en de kosten van de assessment. Er worden door CBGV regelmatig informatiebijeenkomsten georganiseerd voor artsen en andere beoefenaren van gezondheidszorgberoepen die mogelijk een aanvraag willen indienen. Bovendien kunnen buitenslands gediplomeerde artsen op internet hun persoonlijke dossier inzien om de stand van zaken te bekijken. In 2014 is de Vereniging Buitenslands Gediplomeerden Artsen (VBGA) opgericht die de artsen van praktische informatie voorziet. Er is tevens een forum waar artsen kennis en ervaringen met elkaar kunnen delen.

## Begeleidingsmogelijkheden

De evaluatie constateert voorts dat artsen een gebrek aan begeleiding ervaren<sup>6</sup>. Diverse respondenten geven aan dat op dit punt nog steeds knelpunten bestaan. Zo ontbreekt bijvoorbeeld nog steeds een officiële voorbereidingsmogelijkheid voor de BI-toets.<sup>7</sup> Voorheen konden artsen tijdens de procedure ter voorbereiding een tweeweekse meeloopstage lopen bij een huisartsenpraktijk. Dit werd georganiseerd door KNMG, maar deze stage wordt niet meer aangeboden.

VBGA heeft een aantal initiatieven ontwikkeld om de artsen te begeleiden en ondersteunen. De artsen kunnen bij VBGA terecht voor een workshop ter voorbereiding op de BI-toets. Ook wil VBGA de meeloopstage bij de huisartsenpraktijken weer gaan aanbieden. Door een gebrek aan capaciteit en financiële middelen bij VBGA blijven deze initiatieven echter kleinschalig.

## Continuïteit in toetsmomenten AKV-toets

Enkele jaren geleden werden er door de verzelfstandiging van de uitvoerende organisatie van de AKV-toets een tijd lang geen toetsen afgenomen. In 2014 kwam dit door de aanbestedingsprocedure die erg lang duurde (Van der Kemp et al., 2014). Artsen konden hierdoor een aantal maanden geen toetsen maken. Nadat de aanbestedingsprocedure is voltooid worden er maandelijks en zelfs wekelijks toetsen afgenomen door Taleninstituut Babel. Dit knelpunt is

<sup>5</sup> Zie ook Evaluatieonderzoek: Toelatingsprocedure buitenlandse artsen (Van der Kemp et al., 2014) en De assessment procedure voor buitenlandse artsen: een balans na zeven jaar (Herfs, 2013b).

<sup>6</sup> Dit knelpunt geldt minder voor vluchteling-artsen, zij kunnen ondersteuning krijgen van de Stichting voor Vluchteling-Studenten UAF.

<sup>7</sup> Voor de AKV toets is een voorbereidingstoets mogelijk bij Babel en bij Lest Best.

hiermee opgelost. Wel is van belang dat een herhaling van deze situatie bij een volgende aanbestedingsprocedure wordt voorkomen.

### Certificaat bij afronden aanvullende scholing

Sinds 2012 krijgen buitenslands gediplomeerde artsen na voltooiing van de aanvullende opleiding niet langer een Nederlands artsdiploma maar een certificaat<sup>8</sup>. Deze wijziging heeft gevolgen voor de mogelijkheden van artsen om zich te vestigen in een ander EER-land. Dit certificaat wordt in tegenstelling tot een Nederlands artsdiploma niet automatisch door andere EER-landen erkend (NFU, 2013). Onduidelijkheid over de status van het certificaat bij werkgevers vormt tevens een belemmering bij het vinden van een baan.

## 2.2 Registratieprocedure voor buitenslands gediplomeerde specialisten

Artsen met een buitenslands specialisten diploma dienen naast de toelatingsprocedure tot arts ook een registratieprocedure voor erkenning van het specialisme te doorlopen (zie ook figuur 2.2). De Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RSG) van KNMG is verantwoordelijk voor deze procedure. Specialisten dienen de benodigde gegevens op te sturen naar de RGS, waarna deze het diploma verifieert. In tegenstelling tot de procedure tot arts hoeven artsen hier geen assessment af te leggen. KNMG neemt het besluit, waarna een gesprek volgt met de aanvrager. Ook hier zijn drie uitkomsten mogelijk:

- Het diploma wordt als gelijkwaardig beoordeeld.
- Het diploma wordt als nagenoeg gelijkwaardig beoordeeld. De arts dient een aanpassingsstage te lopen van maximaal drie jaar bij een umc (Schreuder, 2016).
- Het diploma wordt als niet gelijkwaardig beoordeeld. De arts moet de gehele specialistenopleiding doorlopen.

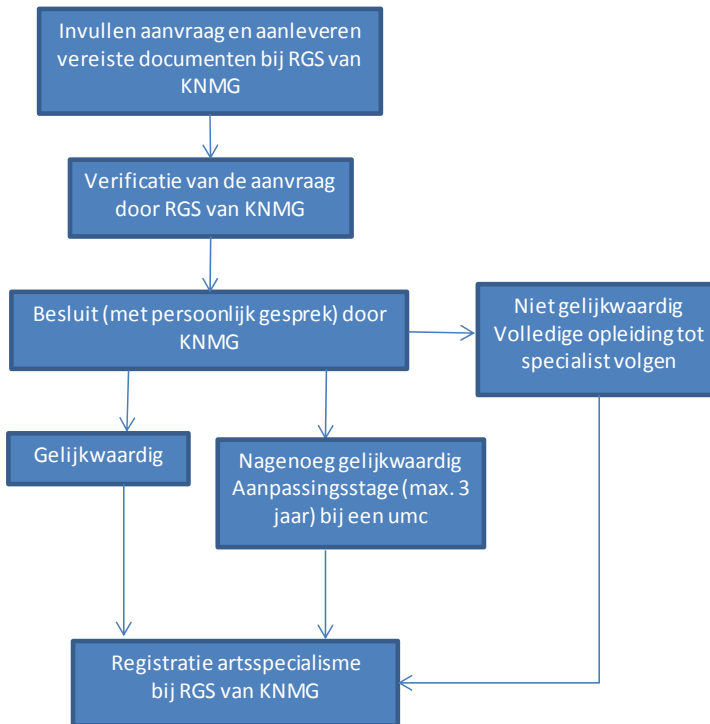
Na succesvolle afronding kan de specialist worden geregistreerd bij de RGS, waarna hij of zij wordt ingeschreven in het BIG-register<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Volgens de Europese Commissie mag een diploma enkel worden uitgegeven als tenminste de helft van de initiële geneeskunde opleiding in een EER land is gevolgd.

<sup>9</sup> Gezien het lage aantal specialisten dat de afgelopen tien jaar is ingestroomd (zie ook paragraaf 3.3) zullen we in hoofdstuk drie en vier vooral stilstaan bij de toelatingsprocedure voor artsen. Hierbij speelt ook een rol dat de betrokkenheid van VWS zich met name concentreert op de procedure van artsen en veel minder op die van specialisten.

**Figuur 2.2 Registratieprocedure voor buitenslands gediplomeerde specialisten**



## Aanpassingen rondom de registratieprocedure

### 1 Loket regeling

Tot 2014 konden artsen aan de toelatingsprocedure tot specialist beginnen als de toelatingsprocedure tot arts volledig was afgerond. Door invoering van de 1 Loket regeling kunnen specialisten nu beide procedures (nagenoeg) tegelijkertijd opstarten. In theorie geldt deze regeling nog enkel voor artsen van binnen de EER, maar in de praktijk maken artsen van buiten de EER hier ook gebruik van. De totale doorlooptijd van beide procedures zal hierdoor naar verwachting afnemen.

### Aanpassingsstage

Voor 2016 werd er in het advies over aanvullende scholing onderscheid gemaakt tussen een beoordelingsstage van minimaal zes maanden en eventueel een daaropvolgend individueel scholingsprogramma (isp) van een tot twee jaar. Sinds 2016 is de aanpassingsstage ingevoerd, een hybride constructie waar de beoordeling en de bijscholing parallel lopen (Schreuder, 2016).





## 3 Doeltreffendheid

### 3.1 Beschikbaarheid van gegevens

Om een goed oordeel te kunnen geven over de ontwikkelingen in de procedure, knelpunten daarbinnen en de invloed van eventuele veranderingen daarin, is informatievoorziening essentieel. In de periode vlak na invoering van het assessment was geen sprake van continue datavoorziening. Pas sinds 2010 zijn er jaarverslagen van de CBGV beschikbaar<sup>10</sup>. Deze bieden echter geen informatie over alle transities die binnen de gehele procedure plaatsvinden. In het huidige registratiesysteem van CIBG en CBGV is het niet mogelijk de resultaten van de toelatingsprocedure systematisch te monitoren. Bovendien omvat de procedure vaak meerjarige trajecten, waardoor pas door een cohort te volgen over meerdere jaren een compleet beeld ontstaat. Wel zijn er enkele meer ad-hoc studies die over langere periode de overgangen binnen de procedure pogen te meten<sup>11</sup>. Uit de informatie die er nu is valt wel een beeld te construeren, maar dit beeld is versnipperd. Bovendien is soms lastig te interpreteren hoe de beschikbare informatie zich tot elkaar verhoudt. Om een volledig beeld te kunnen schetsen van de resultaten en eventuele knelpunten vroegtijdig te signaleren, is systematische monitoring van een aantal kernindicatoren essentieel. In Box 3.1 wordt een eerste aanzet gegeven welke gegevens een dergelijke systematische informatievoorziening zou kunnen omvatten. Het CIBG is bezig een nieuw informatiesysteem in te voeren dat meer toegerust is om dergelijke managementinformatie te bieden. Het CIBG neemt hier eind 2016 of begin 2017 een beslissing over.

#### Eerste aanzet relevante indicatoren in een monitorsysteem

De meest ideale situatie zou zijn om een aantal kengetallen jaarlijks in jaarverslagen op te nemen, zodat vroegtijdig trends kunnen worden gesignaleerd. Het gaat hierbij om de instroom en uitstroom bij de verschillende fasen in het proces: aanmelding, instroom in toetsen en uitkomsten hiervan, instroom in BIG-register.

De toelatingsprocedure omvat vaak meerjarige trajecten, waardoor uitval en doorlooptijd pas over langere tijd kunnen worden bepaald door naar instroomcohorten te kijken. Maar ook een dergelijke exercitie kan jaarlijks worden uitgevoerd, waarbij de periode opschuift. Bovendien hoeft de beschouwde periode niet heel lang te zijn als uitval en doorlooptijden specifiek voor onderdelen van de procedure in kaart worden gebracht. De gegevens van de verschillende onderdelen hoeven in dat geval niet op hetzelfde cohort betrekking te hebben. Eventueel kan een beperkte bijschatting gemaakt worden, als van een beperkt aantal cases in een bepaalde groep nog niet duidelijk is of en wanneer deze alsnog een vervolgstap nemen. Dit is ook gedaan in het CBGV jaarverslag van 2015, waarbij een schatting is gemaakt van het aantal artsen dat nu nog bezig is met aanvullende scholing en naar verwachting nog zal worden ingeschreven in het BIG-register.

Cruciaal voor een monitoringsysteem is dat steeds helder is op welke groepen de informatie betrekking heeft, zodat de juiste getallen met elkaar in verband gebracht worden. Hierbij is het onderscheid tussen binnen en buiten de EER belangrijk, evenals bij de laatste groep het onderscheid of het enkel de groep betreft die langs het CBGV gaat of niet.

<sup>10</sup> Van 2005 tot 2010 zijn er door CBGV geen jaarverslagen beschikbaar gesteld omdat het CIBG het verzamelen van de daarvoor benodigde gegevens niet kon en wilde ondersteunen. Nadat er Kamervragen zijn gesteld over de resultaten van de assessmentprocedure heeft de minister van VWS CBGV verzocht om vanaf 2010 jaarverslagen te publiceren.

<sup>11</sup> Zie ook Evaluatieonderzoek: Toelatingsprocedure buitenlandse artsen (Van der Kemp et al., 2014) en De assessment procedure voor buitenlandse artsen: een balans na zeven jaar (Herfs, 2013b).

In deze beleidsdoorlichting kunnen we echter alleen gebruik maken van de nu beschikbare incomplete gegevens.

### 3.2 Bereik: instroom, doorstroom en uitstroom

In deze paragraaf richten we ons op het bereik van de procedures. In 3.2.1 richten we ons op het bereik van de regeling voor buitenslands gediplomeerde artsen en in 3.2.2 op de verdere doorstroom richting specialisten. Omdat de procedures verschillende stappen kennen, waarbij ook tussentijdse uitval plaatsvindt, proberen we het proces zo goed mogelijk in beeld brengen, voor zover de beschikbare gegevens dit toelaten.

#### Instroom van buitenslands gediplomeerde artsen

##### Inschrijvingen in het BIG-register

Eindresultaat van de procedure voor erkenning als arts is inschrijving in het BIG-register. Tabel 3.1 geeft een overzicht van verschillende bronnen van het aantal artsen van buiten de EER dat sinds 1997 is ingeschreven in het BIG-register. Teneinde een mogelijk effect van invoering van de nieuwe procedure eind 2005 te toetsen zijn zowel data voor 2006 als vanaf 2006 opgenomen. Hiertoe zijn bestaande bronnen en verstrekte gegevens zo goed mogelijk op een rij gezet. Het algemene beeld is dat de jaarlijkse aantallen in de bronnen die betrekking op de periode voor het assessment aanzienlijk hoger liggen dan de aantallen in de bronnen die betrekking hebben op de periode daarna.

Uit verstrekte gegevens door CBGV blijkt dat in de periode voor invoering van het assessment, van 2000 tot 2004, jaarlijks ruim 100 buitenslands gediplomeerde artsen van buiten de EER werden ingeschreven in het BIG-register. Ook Ten Cate en Kooij (2008) komen voor de periode 1997-2007 op een aantal van gemiddeld meer dan honderd per jaar. In de tien jaar na invoering van het assessment zijn dit er gemiddeld enkele tientallen per jaar. Het precieze aantal inschrijvingen hangt af van de definitie. Bij de meer beperkte groep die langs het CBGV gaat, gaat het om ongeveer 150 in een periode van 10 jaar na het assessment. Bij een ruimere definitie – die waarschijnlijk meer vergelijkbaar is met de andere data – zijn dit er maximaal zo'n 340. Dit is echter een overschatting door bestandsvervuiling. Bij de laatste 3 jaar (2013 tot en met 2015) speelt deze vervuiling niet en variëren de jaarlijkse cijfers tussen 16 en 30. Dit alles laat zien dat ongeacht definities de jaarlijkse aantallen na 2006 aanzienlijk lager zijn daarvoor.

Tabel 3.1 Aantal inschrijvingen in het BIG-register, 1997- 2016

Bron	Periode	Aantal inschrijvingen	Opmerkingen bij cijfers
Ten Cate & Kooij, 2008 (p. 899)	1997- 2007	Ruim 1.000	
Gegevens verstrekt door CBGV	Totaal 2000-2004	712	
	2000	143	
	2001	133	
	2002	144	
	2003	184	
	2004	108	

Bron	Periode	Aantal inschrijvingen	Opmerkingen bij cijfers
Schmit Jongbloed en Duchatteau (2007)	2006 en deel 2007	Zeer beperkt aantal artsen neemt deel aan assessment-procedure	
CBGV jaarverslag, 2016 (p. 35)	2006-2016	148*	Deze cijfers hebben alleen betrekking op de groep die langs CBGV gaat en betreft daarom een beperktere groep dan de andere cijfers
Gegevens verstrekt door CIBG	2006- 2015	344	Deze cijfers hebben betrekking op een ruime groep waarin zich ook een aantal artsen van binnen EER bevinden. Dit betreft dan ook een ruimere groep dan de andere cijfers
Gegevens verstrekt door CIBG	Totaal 2013-2015	70	Deze cijfers kennen niet langer vervuiling van cijfers van artsen van binnen EER zoals hierboven genoemd
	2013	16	
	2014	24	
	2015	30	

\* Dit is een schatting van de CBGV. Tussen eind 2005 en begin 2016 hebben 176 artsen het assessment afgelegd. In maart 2016 waren er hiervan 128 artsen ingeschreven, en CBGV verwacht dat hier nog een aantal artsen bijkomen die op het meetmoment nog bezig waren met aanvullende scholing.

### Uitval

Niet alle artsen die zich aanmelden voor de procedure worden ingeschreven in het BIG-register. Tussentijds kan op verschillende momenten uitval plaatsvinden. Tabel 3.2 geeft de tussentijdse uitval weer die wordt geconstateerd in de studies van Herfs (2013b), Van der Kemp et al. (2014) en het jaarverslag van CBGV (2016). De cijfers in de eerste twee studies zijn ook afkomstig van CIBG/CBGV. De in de tabel opgenomen percentages hebben betrekking op de groep die start in de betreffende fase van de procedure en dus niet steeds op de groep die zich aanmeldt.

**Tabel 3.2 Momenten van uitval in de procedure**

Uitval in de procedure	Herfs, 2013b (p. 19-21)	Van der Kemp et al., 2014 (p. 23)*	Jaarverslag CBGV, 2016 (p. 25-26)
Periode	2006- 2010	2008- 2012	2006-2015
Uitval voor deelname AKV-toets	36% (uitval tussen ingediende aanvragen en deelname AKV-toets)	41% (uitval tussen uitnodiging betaling AKV-toets en deelname AKV-toets)	Relatief hoog vergeleken met andere uitvalmomenten
Uitval vanaf deelname AKV-toets tot en met eventuele deelname BI-toets	34%	25%	Gezakt voor AKV-toets: 11% Geslaagd voor AKV-toets maar afgezien van BI-toets: 4%
Uitval na advies door CIBG	25% van degenen die aanvullende scholing moeten volgen	Onbekend	15% van degenen die een advies hebben gekregen

\* Deze resultaten hebben betrekking op zowel afgeronde als lopende aanvragen. We tonen hier het gemiddelde van beide groepen. De uiteindelijke uitval is mogelijk lager, omdat een deel van de artsen die nog bezig zijn met de procedure, deze later alsnog afrondt.

De grootste uitval vindt plaats in de periode tussen het indienen van een aanvraag en deelname aan de AKV-toets. De uitvalpercentages in de studies door Herfs (2013b) en Van der Kemp et al. (2014) bedragen respectievelijk 36 procent en 41 procent. De uitval in het rapport van Van der Kemp et al. (2014) heeft betrekking op de periode tussen de uitnodiging voor de betaling van de AKV-toets die CBGV verstrekt en deelname aan de AKV-toets. Dit betekent dat de aanvraag daadwerkelijk door CIBG en CBGV in behandeling is genomen. De uitval in het rapport van Herfs (2013b) heeft betrekking op de periode tussen het indienen van een aanvraag en deelname aan AKV-toets. Het indienen van een aanvraag betekent niet per definitie dat de aanvraag in behandeling is genomen door CIBG. Het kan ook zijn dat de arts een aanvraag indient maar verder geen stukken oplevert, waardoor de aanvraag niet in behandeling wordt genomen. De werkelijke uitval in deze studie wordt daardoor mogelijk overschat als het moment van in behandeling nemen als uitgangspunt wordt genomen. Informatie over de precieze omvang van de uitval is niet opgenomen in het jaarverslag van CBGV over 2015, maar ook uit de jaarverslagen van CBGV van 2012 tot 2014 blijkt dat de meeste uitval plaatsvindt vóór het afleggen van de AKV-toets. Van de groep artsen die tussentijds is gestopt, is 70 procent tot 90 procent vóór de AKV-toets uitgevallen<sup>12</sup>. Redenen voor de uitval zijn volgens het jaarverslag van CBGV 2015 te hoge kosten, vertrek naar het buitenland of omdat artsen zelf vinden dat ze nog niet aan de kwaliteitseisen voldoen (CBGV, 2016).

Daarnaast is er een groep artsen die vanaf deelname aan de AKV-toets tot en met eventuele deelname aan BI-toets uitvalt (tussen de 15% en 34%). Dit zijn vaak artsen die stoppen nadat ze een aantal keer zijn gezakt voor de AKV-toets, maar ook artsen die bij slagen toch afzien van de BI-toets. De uitvalpercentages in de studies door Van der Kemp et al. (2014) en Herfs (2013b), respectievelijk 25 en 34 procent, zijn hoger dan de uitval volgens het jaarverslag van CBGV van 2015 (in totaal 15%). Een mogelijke verklaring voor het hogere uitvalpercentage in het rapport van Herfs (2013b) is dat deze studie betrekking heeft op de eerste jaren na aanpassing van de procedure. Mogelijk was de uitval in deze jaren hoger omdat er minder voorbereidingsmogelijkheden en informatie beschikbaar waren. Wat betreft het evaluatieonderzoek uit 2014 (Van der Kemp et al., 2014) geldt dat in de uitval ook personen zijn meegenomen die nog bezig zijn met de procedure. Een deel van de artsen die gezakt zijn voor de AKV-toets, zal de toets uiteindelijk ook halen en de procedure alsnog afronden. Hierdoor is het uiteindelijke uitvalpercentage mogelijk lager dan nu wordt weergegeven.

Een derde fase waar uitval plaatsvindt, is na het verstrekken van het advies. Bij het interpreteren van de gegevens in de onderste rij in tabel 3.2 moet er rekening mee worden gehouden dat de cijfers betrekking hebben op verschillende groepen, namelijk enerzijds artsen die aanvullende scholing moeten volgen en anderzijds artsen die een advies hebben gekregen. Tevens is de periode slechts deels overlappend. Herfs (2013b) geeft aan dat een kwart van de artsen die aanvullende scholing moet volgen zich niet aanmeldt bij een umc. CBGV kijkt naar het totaal aantal artsen dat een advies heeft gekregen en zich uiteindelijk inschrijft in het BIG-register en komt tot de conclusie dat 15 procent van de artsen die een advies hebben gekregen, niet wordt ingeschreven. Het evaluatieonderzoek van Van der Kemp et al. (2014) bevat geen informatie over de uitval na het advies.

Conclusie is dat uitval in alle stadia in de procedure plaatsvindt. Het hoogste ligt de uitval in de periode voor deelname aan de AKV-toets.

---

<sup>12</sup> Het is niet bekend hoe groot de uitval is in relatie tot het aantal deelnemers.

### Uitkomsten van het assessment

In tabel 3.3 zijn de uitkomsten van het assessment weergegeven. Van de 176 artsen die tussen 2006 en 2015 de toelatingsprocedure hebben doorlopen, gevolgd door een advies van CBGV, is een kwart als gelijkwaardig beoordeeld. Bijna driekwart heeft aanvullende scholing moeten volgen en een klein aantal artsen moest de gehele opleiding geneeskunde doorlopen.

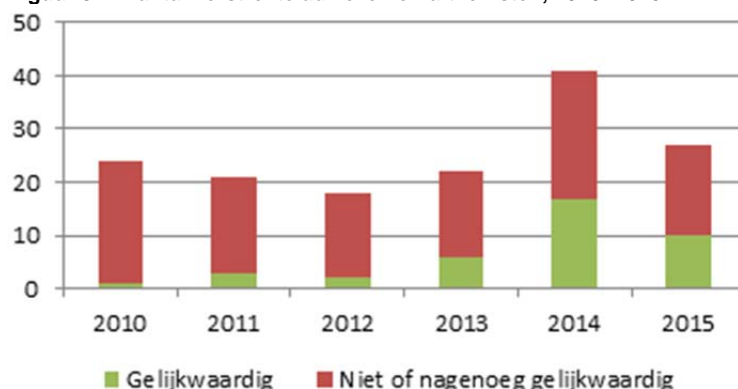
Tabel 3.3 Uitkomsten van het assessment, 2006- 2015

Uitkomsten	Aantal	Percentage
Gelijkwaardig	43	24%
Nagenoeg gelijkwaardig (aanvullende scholing)	129	73%
Niet gelijkwaardig	4	3%
<b>Totaal aantal adviezen</b>	<b>176</b>	<b>100%</b>

Bron: Jaarverslag CBGV, 2016 (p. 26)

In de jaarverslagen van CBGV van 2010 tot 2015 worden het jaarlijks aantal verstrekte adviezen weergegeven. De resultaten zijn grafisch weergegeven in figuur 3.1. In de jaarverslagen wordt onderscheid gemaakt tussen adviezen met de uitkomst 'gelijkwaardig' en 'niet of nagenoeg gelijkwaardig'. De meeste adviezen in deze laatste categorie zijn nagenoeg gelijkwaardig, waarbij aanvullende scholing moet worden gevolgd. Er zijn maar weinig artsen die het advies niet-gelijkwaardig krijgen en de gehele opleiding moeten volgen (zie ook tabel 3.3). Het percentage artsen waarvan de diploma's als gelijkwaardig zijn beoordeeld, is vanaf 2010 toegenomen. Werd in 2010 nog 95 procent van de artsen als niet of nagenoeg gelijkwaardig beoordeeld, in 2015 is dit percentage 63 procent. Dit geeft aan dat de artsen die beoordeeld zijn, gemiddeld beter gekwalificeerd zijn dan in het verleden.

Figuur 3.1 Aantal verstrekte adviezen en uitkomsten, 2010- 2015



Bron: Jaarverslagen CBGV 2010- 2015

### Mogelijke verklaringen voor de daling in instroom

In tabel 3.1 kwam naar voren dat het aantal inschrijvingen in het BIG-register na 2005 sterk is gedaald. Het ligt voor de hand om hier een verband met de invoering van het assessment, welke immers eind 2005 plaatsvond. Tegelijkertijd zijn er echter ook andere factoren van belang. In de periode voordat de vernieuwde procedure werd ingevoerd, hebben zich twee ontwikkelingen voorgedaan die ook hebben bijgedragen aan de daling van de instroom van buitenslands gediplomeerde artsen van buiten de EER.<sup>13</sup>

- Per 1 mei 2004 zijn tien nieuwe (voornamelijk Oost-Europese) landen toegetreden tot de EER. Later volgden ook Roemenië en Bulgarije. Artsen uit deze landen behoren nu tot de EER en hoeven het assessment niet meer af te leggen. Deze diploma's worden in principe direct erkend.

<sup>13</sup> Zie ook: Van der Kemp et al. (2014) en Herfs (2013b)

- De immigratiewetgeving is in 2001 aangescherpt, waardoor het aantal asielzoekers en vluchtelingen dat naar Nederland kwam, sterk afnam. Bijna de helft van de artsen die van 1997 tot 2007 naar Nederland zijn gekomen, had een vluchtelingen-achtergrond. De meeste vluchteling-artsen waren afkomstig uit Afghanistan en Irak (Veltman en Both, 2010).

We kunnen niet precies nagaan hoe groot de invloed is geweest van bovenstaande factoren. Tevens is de omvang van de potentiële doelgroep en de jaarlijkse instroom hiervan in Nederland onbekend. Daarom is het precieze effect van de invoering van het assessment niet te isoleren. De verschillen in jaarlijkse aantallen BIG-registraties voor en na 2006 zijn echter dermate groot dat de invoering van de nieuwe procedure hierbij vermoedelijk ook een rol heeft gespeeld. Deze veronderstelling wordt bevestigd in Schmit Jongbloed en Duchateau (2007). Zij geven aan dat bij de start van het assessment – toen bovenstaande andere beïnvloedende factoren al hun beslag hadden gekregen – werd gerekend op ongeveer 100 kandidaten per jaar voor het assessment. Over de periode 2006-2015 is het feitelijke aantal deelnemers echter gemiddeld ongeveer 20 per jaar (CBGV, 2016). In de literatuur en interviews worden knelpunten naar voren gebracht rondom de huidige procedure die eveneens de veronderstelling onderschrijven dat de invoering van de nieuwe procedure de instroom heeft verlaagd.

### **Informatievoorziening**

In het evaluatieonderzoek van Van der Kemp et al. (2014) wordt de informatievoorziening rondom de procedure als een belangrijk knelpunt genoemd. Artsen bleken vaak niet goed op de hoogte te zijn van onder andere de stukken die zij moesten aanleveren en bestaande voorbereidingsmogelijkheden. Naar aanleiding van dit evaluatieonderzoek is de informatievoorziening door CIBG verbeterd, maar uit gesprekken blijkt dat de informatievoorziening rondom de procedure in sommige gevallen nog een knelpunt vormt.

### **Voorbereiding en het taalniveau**

Vooraf in de eerste jaren na wijziging van de toelatingsprocedure stroomden slechts een beperkt aantal artsen per jaar in. Herfs (2013b) noemt als mogelijke oorzaken het ontbreken van voorbereidingscursussen en het vereiste taalniveau. De artsen zagen met name de AKV-toets als belemmering om deel te nemen aan de procedure. Tegenwoordig kunnen artsen bij Babel en Lest Best een voorbereidingscursus voor de AKV-toets volgen, waardoor dit knelpunt (gedeeltelijk) lijkt te zijn verholpen.

### **Kosten van het assessment en aanvullende scholing**

Een andere belangrijke belemmering voor artsen lijken de kosten van de toelatingsprocedure en aanvullende scholing. De kosten van de AKV-toets en BI-toets bedragen respectievelijk € 530 (exclusief de kosten van eventuele herkansingen) en € 1.700. Voor de kosten van aanvullende scholing bepalen de umc's zelf welk tarief ze hanteren. Het wettelijk collegegeld bedraagt ongeveer €1.900, het instellingscollegegeld is aanzienlijk hoger en varieert tussen € 15.000 en € 32.000<sup>14</sup>. De kosten van de procedure zijn dus relatief hoog als artsen het instellingscollegegeld moeten betalen. Dit knelpunt geldt in mindere mate voor vluchteling-artsen. Voor hen geldt altijd het wettelijke collegegeld. Bovendien ontvangen zij vaak financiële steun van het UAF. Overigens geldt pas vanaf 2012 dat men soms het instellingscollegegeld moet betalen.

### **Instroom van buitenslands gediplomeerde specialisten**

De artsen die tevens over een buitenlands specialisten diploma beschikken kunnen naast de procedure tot arts ook de registratieprocedure tot specialist doorlopen. Van de procedure tot specialist zijn resultaten beschikbaar van 2001 tot 2013 (Van der Kemp et al., 2014). In tegenstelling tot de toelatingsprocedure voor buitenslands gediplomeerde artsen is de

<sup>14</sup> Het instellingscollegegeld verschilt per umc. Gegevens over het instellingscollegegeld zijn afkomstig van Paul Herfs.

registratieprocedure tot specialist tussentijds niet gewijzigd. Er zijn geen jaarlijkse cijfers beschikbaar, waardoor het niet mogelijk is een eventuele trendbreuk te signaleren.

Bij de registratieprocedure tot specialist gaat het overigens om relatief kleine aantallen. Van 2001 tot 2013 hebben in totaal 105 buitenslands gediplomeerde specialisten een aanvraag ingediend. Hiervan zijn 33 aanvragen als gelijkwaardig beoordeeld (31 procent). 31 specialisten (30 procent) moesten een aanpassingsstage volgen. Van elf specialisten ontbraken gegevens. Van 30 specialisten (29 procent) is de aanvraag niet toegekend. Een aanvraag wordt niet toegekend als een aanvraag als niet-gelijkwaardig is beoordeeld (de arts moet dan de gehele specialistenopleiding volgen), of als de arts tussentijds stopt.

Van 2001 tot 2013 zijn in totaal 75 buitenslands gediplomeerde specialisten ingeschreven in het BIG-register als specialist.

### Resumerend

De instroom van buitenslands gediplomeerde artsen in de Nederlandse gezondheidszorg is rond de invoering van de assessmentprocedure fors gedaald. Werden er in de periode voor het assessment jaarlijks ruim 100 artsen van buiten de EER ingeschreven in het BIG-register, sinds 2006 zijn dit er enkele tientallen per jaar.

De toetreding van tien landen tot de EER per 1 mei 2004 en het meer restrictieve toelatingsbeleid van de overheid na de inwerkingtreding van de wet-Cohen (2001) hebben gedeeltelijk bijgedragen aan deze daling. De beschikbare informatie laat zien dat waarschijnlijk ook knelpunten rondom de toelatingsprocedure hebben bijgedragen aan deze trendbreuk, maar de exacte impact ervan kan niet worden vastgesteld. De informatievoorziening, de beperkte mogelijkheden voor voorbereiding – die beide inmiddels wel zijn verbeterd – en de kosten van de toelatingsprocedure lijken belangrijke belemmeringen voor artsen om de procedure te starten en af te ronden. De kosten van aanvullende scholing zijn ook als belangrijke belemmering benoemd in de evaluatie die juist recent weer meer een rol is gaan spelen. De minister heeft in reactie hierop aangegeven dat de universiteiten autonoom zijn in het bepalen van het collegegeld voor deze groep. De kosten van de procedure (in het bijzonder de kosten van aanvullende scholing) zullen naar verwachting ook in de toekomst nog een belangrijk knelpunt vormen, maar de exacte betekenis ervan is zonder nader onderzoek niet te bepalen.

Een deel van de artsen dat zich aanmeldt voor de procedure valt tussentijds uit. De hoogte van de uitval verschilt per studie waardoor er geen eenduidig beeld kan worden gevormd over de uitval. De meeste uitval lijkt plaats te vinden voor deelname aan het assessment. Daarnaast is er ook een groep die tussen de AKV-toets en de BI-toets uitvalt, meestal nadat artsen een paar keer zijn gezakt voor de AKV-toets.

Van 2001 tot en met 2013 hebben 105 buitenslands gediplomeerde specialisten zich aangemeld voor de registratieprocedure voor specialisten, waarvan 70 procent uiteindelijk is ingeschreven als specialist.

### 3.3 Kwaliteit van zorg

De toelatingsprocedure is bedoeld om de kwaliteit en veiligheid van de zorg te waarborgen. In deze paragraaf gaan we in op de kwaliteit van de toelatingsprocedure en de kwaliteit van de zorg door buitenslands gediplomeerde artsen.

#### Kwaliteit van de toelatingsprocedure

Respondenten geven aan dat de toelatingsprocedure een zorgvuldige procedure is, die op een uniforme manier de beroepskwalificaties van de artsen beoordeelt. Volgens respondenten wordt op deze manier recht gedaan aan de Nederlandse gezondheidszorg en de buitenslands gediplomeerde arts. Voor zover er kritiek op de procedure is, betreft dit niet zozeer de kwaliteit van de uitkomst, maar de randvoorwaarden daaromheen, zoals de begeleiding en de kosten voor de deelnemers.

#### AKV-toets

Door het invoeren van de AKV-toets ligt het vereiste taalniveau om in de praktijk te kunnen werken hoger dan voorheen. Voor aanpassing van de toelatingsprocedure was de enige taalvereiste het Staatsexamen NT2. In het rapport Splinter (Splinter et al., 2003) werd al geconstateerd dat dit niveau onvoldoende is om in de praktijk met patiënten te kunnen communiceren. Respondenten geven aan dat het terecht is dat de buitenslands gediplomeerde artsen over een hoger niveau van de Nederlandse taal moeten beschikken.

De AKV-toets is in de laatste jaren in alle onderdelen strenger geworden. Voorheen konden artsen onderdelen compenseren, waardoor de mogelijkheid bestond dat de arts een of meer aspecten van de taal (bijvoorbeeld communicatie of schrijven) onvoldoende beheerste. Dit is niet meer mogelijk; op alle vier de onderdelen moet voldoende worden gescoord.

#### BI-toets

Om de resultaten van de deoltoetsen te beoordelen, worden de scores van buitenslands gediplomeerde artsen afgezet tegen de gemiddelde score van zesdejaars Nederlandse geneeskundestudenten. Hiermee wordt getoetst of de buitenslands gediplomeerde artsen voldoen aan de vereisten van de Nederlandse gezondheidszorg. Wat betreft de deoltoets medische basiskennis maken buitenslands gediplomeerde artsen dezelfde toets als zesdejaars geneeskunde studenten (de landelijke voortgangstoets geneeskunde).

#### Kwaliteit van zorg in de praktijk

Het effect van de procedure op de kwaliteit van de toegelaten buitenslands gediplomeerde artsen is niet nauwkeurig te meten. Hierna bespreken we de indicaties hiervoor die we ontleen aan de literatuur en de interviews.

In de evaluatie (Van der Kemp et al., 2014) geven de betrokken organisaties aan dat artsen nu met voldoende kennis van de Nederlandse taal starten met de aanvullende opleiding. Hoewel het taalniveau van de buitenslands gediplomeerde artsen is verhoogd sinds de aangepaste toelatingsprocedure lijken sommige artsen nog problemen te hebben met de taal. Dit speelt met name voor oudere artsen. Bovendien hebben buitenslands gediplomeerde artsen soms vanuit hun cultuur andere opvattingen over bijvoorbeeld de verhouding tussen man en vrouw of over de hiërarchie tussen een arts en verpleegkundige. Dit zou de kwaliteit van de zorg negatief kunnen beïnvloeden.

Een respondent geeft aan dat dergelijke belemmeringen op het gebied van cultuur en eventueel taal worden veroorzaakt doordat artsen pas na afronden van het assessment kennis maken met de



Nederlandse gezondheidszorg (door middel van een supervisie plek of aanvullende scholing). Deze respondent raadt aan de artsen al tijdens het assessment kennis te laten maken met de Nederlandse gezondheidszorg, bijvoorbeeld door een meeloopstage bij een huisartsenpraktijk of ziekenhuis. Dit zorgt mogelijk wel voor een langere doorlooptijd van het assessment.

Alleen buitenslandse artsen die voldoende gekwalificeerd zijn, kunnen worden ingeschreven in het BIG-register. Daarmee worden een aantal randvoorwaarden voor de kwaliteit van de zorg gegarandeerd, maar wordt niet de uiteindelijke kwaliteit van de uitoefening van het beroep gemeten. Wel worden uitwassen in het BIG-register geregistreerd. Informatie over het aantal buitenslands gediplomeerde artsen dat wordt berispt of anderszins met sancties te maken heeft, zou meer inzicht kunnen geven in de kwaliteit. Het is niet bekend hoeveel buitenslands gediplomeerde artsen een sanctie hebben gekregen, maar het aantal in het BIG-register opgenomen beroepsbeoefenaren dat is berispt of (tijdelijk) de bevoegdheid is ontzegd is zodanig klein<sup>15</sup>, dat hieruit niet snel verschillen tussen Nederlands en buitenslands gediplomeerden zijn af te leiden. Bij dergelijke kleine aantallen moeten de verschillen vrij groot zijn voordat statistische significante effecten optreden. Een dergelijke analyse is overigens volgens betrokkenen nog nooit uitgevoerd. Evenmin bestaan patiënt-enquêtes waarin de tevredenheid over deze groep is vergeleken met andere. Voor een verdere toelichting op de wet BIG verwijzen we naar de rapportage over dat thema.

### Resumerend

De kwaliteit van de toelatingsprocedure staat bij respondenten niet ter discussie. De toelatingsprocedure is volgens respondenten een zorgvuldige procedure om de kwaliteit van buitenslands gediplomeerde artsen te beoordelen. Door het invoeren van de AKV-toets ligt het vereiste taalniveau van de aangepaste toelatingsprocedure hoger dan voorheen. De resultaten van de beroepsinhoudelijke toetsen worden beoordeeld aan de hand van toetsresultaten van zesdejaars geneeskunde studenten.

Betrokkenen geven aan dat artsen met voldoende kennis van de Nederlandse taal starten met de aanvullende opleiding. Bij oudere artsen zijn er nog wel belemmeringen met betrekking tot de taal. Ook het gedrag in de praktijk wordt vanwege culturele verschillen soms nog als knelpunt gesignaleerd. Een respondent geeft aan dat een (meeloop-)stage tijdens het assessment dit mogelijk op kan lossen.

Het BIG-register biedt bepaalde randvoorwaarden voor de kwaliteit van de zorg, maar daarbinnen kunnen zich nog verschillen in kwaliteit van de beroepsuitoefening voordoen. Informatie over het aantal berispingen of sancties zou meer inzicht kunnen geven in de kwaliteit van zorg door buitenslands gediplomeerde artsen. Dit soort gegevens is niet bekend. Het totaal aantal zorgverleners met een maatregel is echter dusdanig laag dat duidelijke verschillen naar voren zouden moeten komen, voordat deze ook statistisch robuust zijn.

---

<sup>15</sup> Bij ongeveer één op de duizend geregistreerde beroepsbeoefenaren is er sprake van een aantekening van een maatregel zoals een berisping of schorsing (zie ook [www.bigregister.nl](http://www.bigregister.nl) en [https://www.bigregister.nl/doc/pdf/20160913\\_Lijst%20maatregelen%20wet%20BIG\\_43242.pdf](https://www.bigregister.nl/doc/pdf/20160913_Lijst%20maatregelen%20wet%20BIG_43242.pdf))



## 4 Doelmatigheid

### 4.1 Inleiding

Doelmatigheid betreft de verhouding tussen uitgaven aan de toelatingsprocedure voor buitenslands gediplomeerde artsen en de resultaten hiervan. De resultaten van de toelatingsprocedure betreffen de instroom van buitenslands gediplomeerde artsen in de toelatingsprocedure en de instroom in het BIG-register. In hoofdstuk drie zijn deze besproken. Daarnaast is de doorlooptijd een belangrijk onderdeel van het doelmatigheidsvraagstuk. In de toelatingsprocedure staan zorgvuldigheid en de kwaliteit van zorg voorop, maar binnen deze randvoorwaarden is de doorlooptijd een indicator voor de efficiency in de procedure.

### 4.2 Uitgaven aan de procedure voor artsen en specialisten

Een deel van de kosten van de toelatingsprocedure worden gedragen door het ministerie en een deel door de buitenslands gediplomeerde arts zelf. Het ministerie draagt niet bij aan de registratieprocedure voor specialisten. Deze procedure wordt volledig door de buitenslands gediplomeerde specialisten zelf bekostigd.

#### **Uitgaven door het ministerie**

CIBG en CBGV hebben van 2013 tot en met 2016 jaarlijks ongeveer €2.500.000<sup>16</sup> van het ministerie van VWS ontvangen voor het behandelen van aanvragen van buitenslands gediplomeerden in de zorg<sup>17</sup><sup>18</sup>. De jaarlijkse bijdrage wordt vastgesteld aan de hand van het begrote aantal aanvragen dat naar verwachting zal worden behandeld in een jaar.

#### **Eigen bijdrage van buitenslands gediplomeerde artsen**

De kosten van de toelatingsprocedure worden voor een deel door de buitenslands gediplomeerde artsen zelf betaald. Deelname aan de AKV-toets kost de arts € 530 en deelname aan de BI-toets € 1.700. Een herkansing van een of meer onderdelen van de AKV-toets kost € 65 tot € 200 per te herkansen onderdeel. Als een arts na het besluit aanvullende scholing moet volgen, zijn ook deze kosten voor zijn rekening. Deze kosten kunnen variëren van € 1.900 (het wettelijk collegegeld) tot € 32.000 (het instellingscollegegeld)<sup>19</sup>. Ook aan inschrijving in het BIG-register zijn kosten verbonden (€ 85).

Op dit moment zijn er nog geen kosten verbonden aan het indienen van een aanvraag.

#### **Eigen bijdrage van buitenslands gediplomeerde specialisten**

Ook voor de registratieprocedure voor specialisten is voor de rekening van de buitenslands gediplomeerde arts. De kosten voor het indienen van een aanvraag bedragen € 521. Voor artsen van binnen en buiten de EER geldt hetzelfde tarief maar het behandelen van aanvragen van artsen van buiten de EER is vaak complexer en daardoor ook duurder. KNMG wil het tarief voor beide

<sup>16</sup> Uit een offerte van CIBG blijkt dat de bijdrage in 2016 hoger ligt (€2.740.000), als gevolg van een hoger verwachte aantal aanvragen.

<sup>17</sup> Informatie over de bijdragen voor 2013 en 2014 is afkomstig uit het CIBG jaarverslag 2014, informatie over de bijdragen voor 2015 en 2016 is afkomstig van een respondent bij CIBG.

<sup>18</sup> Het gaat hier niet alleen om aanvragen van buitenslands gediplomeerde artsen van buiten de EER. Het betreft buitenslands gediplomeerden in de zorg van zowel binnen als buiten de EER.

<sup>19</sup> Universiteiten zijn autonoom in het beslissen of ze het wettelijk collegegeld of het instellingscollegegeld rekenen. Het instellingscollegegeld wordt per universiteit bepaald, waardoor de hoogte van dit bedrag per universiteit kan verschillen.

groepen gelijk houden, anders wordt de drempel voor zogenaamde derdelanders om zich aan te melden hoger.

Ook voor deze groep geldt dat de kosten van de aanpassingsstage voor de buitenslands gediplomeerde specialist zelf zijn. Het is in principe wel mogelijk om de aanpassingsstage te combineren met de aanvullende scholing die een arts moet volgen in de toelatingsprocedure tot arts.

### 4.3 Relatie tussen uitgaven/investeringen en opbrengsten van de toelatingsprocedure

#### Uitgaven door het ministerie

Met de bijdrage van MEVA van € 2.500.000 hebben het CIBG en de CBGV in 2014 tot en met 2016 jaarlijks tussen de 480 en 500 aanvragen van buitenslands gediplomeerden behandeld en beoordeeld<sup>20</sup>. Het aantal beoordelingen heeft betrekking op buitenslands gediplomeerden in de zorg van zowel binnen als buiten de EER. Maar een klein deel van de aanvragen heeft betrekking op buitenslands gediplomeerde artsen van buiten de EER (in 2014 was dit ongeveer 15%)<sup>21</sup>.

Tabel 4.2 geeft voor deze brede groep de gemiddelde kostprijs per afgehandelde aanvraag weer voor de jaren 2011 tot 2016. Kostprijzen worden berekend aan de hand van nacalculatie (volume/lasten) (Jaarverslag 2015, CIBG, 2016). De gegevens zijn afkomstig uit de jaarverslagen van CIBG over 2014 en 2015. De kostprijs voor 2016 is geschat op basis van een offerte van CIBG.

De bedragen hebben betrekking op aanvragen van buitenslands gediplomeerden in de zorg, van zowel binnen als buiten de EER. De specifieke kostprijs van het afhandelen van een aanvraag van een buitenslands gediplomeerde arts van buiten de EER is niet bekend. Vermoedelijk zal deze hoger liggen dan voor buitenslands gediplomeerde artsen met een diploma uit het EER-gebied. De kosten per afgehandelde aanvraag worden voor 2016 geschat op € 5.667<sup>22</sup>. De kostprijs per aanvraag is tussen 2011 en 2016 gedaald met bijna € 700 (ruim 10%).

Tabel 4.1 Gemiddelde kosten per afgehandelde aanvraag, 2011-2016

Jaar	Gemiddelde kostprijs per aanvraag
2011	€ 6.347
2012	€ 6.295
2013	€ 5.795
2014	€ 5.465
2015	€ 5.922
2016	€ 5.667*

\* Schatting op basis van een offerte van CIBG voor 2016.

Bron: Jaarverslag CIBG, 2014; jaarverslag CIBG, 2015 en het document Dienstverlening CIBG. Service Level Agreement 2016, Addendum MEVA 3. Vakbekwaamheidsverklaringen, 2016.

Van CIBG hebben we informatie ontvangen over de onderbouwing van de kostprijs. De gegevens zijn ontleend aan een offerte die betrekking heeft op 2016. Het gaat om de begrote kosten voor dat jaar.

<sup>20</sup> Bron: Jaarverslag CBGV, 2014 en informatie verstrekt door CIBG. .

<sup>21</sup> Bron: Jaarverslag CBGV, 2014. In 2014 heeft CBGV 494 adviezen, waarvan 67 betrekking hadden op buitenslands gediplomeerde artsen van buiten de EER. 41 adviezen hebben betrekking op artsen die het assessment hebben afgerond. De overige 26 artsen zijn tussentijds gestopt, maar hebben wel een advies gekregen.

<sup>22</sup> Schatting van de kostprijs is gebaseerd op de begrote kosten en begrote aantal aanvragen in 2016 (zie ook: Dienstverlening CIBG. Service Level Agreement 2016. Addendum MEVA 3. Vakbekwaamheidsverklaringen (CIBG, 2016)).

Tabel 4.2 Begrote kosten CIBG/ CBGV, 2016

Kosten in €	2016
<b>Personele kosten</b>	<b>€1.703.633</b>
Uurtarief	€ 51,53
Aantal uren	33.061
<b>Materiële kosten</b>	<b>€478.216</b>
<b>Indirecte kosten</b>	<b>€651.484</b>
Tarief indirecte kosten per fte	€ 27.100
Aantal fte	24,04
<b>Overig</b>	<b>€56.667</b>
<b>Totale kosten</b>	<b>€2.890.000</b>

Bron: Dienstverlening CIBG. Service Level Agreement 2016, Addendum MEVA 3. Vakbekwaamheidsverklaringen, 2016

De grootste kostenpost zijn de personele kosten (€1.7 miljoen). Deze kosten hebben betrekking op zowel het direct als het ondersteunend personeel. De materiële kosten bestaan grotendeels uit externe uitbesteding, hosting en onderhoud en beheer ten behoeve van de gehanteerde ICT-systemen. Onder indirecte kosten vallen de kosten van de centrale organisatie, waaronder huisvesting, algemene personeels- en organisatiekosten en projectkosten (Tariefnotitie 2016, CIBG, 2015). De indirecte kosten zijn berekend aan de hand van het aantal fte dat jaarlijks wordt ingezet voor het behandelen van aanvragen, vermenigvuldigd met een vastgesteld bedrag aan indirecte kosten per fte. Overige kosten zijn de kosten met betrekking tot de I-Strategie van CIBG (de strategie op het gebied van ICT). De totale kosten van CIBG en CBGV bedragen in 2016 naar verwachting €2.890.000. Het verwachte aantal afgehandelde aanvragen in 2016 is 510, wat neerkomt op een kostprijs per aanvraag van €5.667.

Op basis van de gegevens in tabel 4.3 stellen we vast dat de medewerkers van CIBG in 2016 naar verwachting gemiddeld 65 uur besteden aan het behandelen van een aanvraag (33.061 uur / 510 aanvragen). Het aantal uren zal per aanvraag verschillen, en zal naar verwachting hoger zijn voor aanvragen van buitenslands gediplomeerde artsen van buiten de EER dan voor artsen en andere beroepsgroepen van binnen de EER.

#### Verandering in de bijdrage aan CBGV van -20% en + 20%

De CBGV geeft aan dat met 20 procent meer budget er meer commissieleden aangesteld kunnen worden, zodat aanvragen sneller beoordeeld kunnen worden. Ook zou het werkproces efficiënter kunnen worden georganiseerd, bijvoorbeeld door het digitaliseren van de aanvraagprocedure. Daarnaast zouden er ook meer informatiebijeenkomsten georganiseerd kunnen worden, om meer artsen te voorzien van informatie. 20 procent minder budget zal naar verwachting een negatief effect hebben op het aantal aanvragen dat behandeld kan worden, aangezien er minder commissieleden kunnen worden ingezet. In hoeverre deze veronderstelde effecten daadwerkelijk zouden optreden is moeilijk te toetsen, zeker zolang de jaarlijkse monitoring lacunes vertoont. Bij meer complete data, is het makkelijker een verband tussen input en output te toetsen.

#### Eigen bijdrage van buitenslands gediplomeerde artsen

Zoals in hoofdstuk drie al naar voren is gekomen, vormt de hoogte van de eigen bijdrage van buitenslands gediplomeerde artsen een barrière voor instroom in het beroep. Het vormt voor artsen een belemmering om te starten met de procedure en om de procedure af te ronden.

De opleidingskosten van buitenslands gediplomeerde artsen zijn vanuit overheidsperspectief fors lager dan de kosten van reguliere instroom vanuit het onderwijssysteem. De kosten van een zesjarige geneeskunde opleiding worden door Houkes (2009) geschat op € 163.000 per student.

Het instellingscollegelid bij een umc bedraagt gemiddeld € 21.460 per jaar<sup>23</sup>. Een aanvullend scholingstraject voor buitenslands gediplomeerde artsen duurt gemiddeld 13 maanden, wat neerkomt op € 23.250 per buitenslands gediplomeerde arts. Samen met de kosten van de AKV-toets en de BI-toets bedragen de opleidingskosten voor buitenslands gediplomeerde artsen ongeveer € 26.000 per arts<sup>24</sup>. Het opleiden van een buitenslands gediplomeerde arts is hiermee relatief goedkoop. Ook Herfs (2013a) heeft de opleidingskosten van beide groepen vergeleken vanuit overheidsperspectief en komt tot de conclusie dat de kosten van het opleiden van een buitenslands gediplomeerde arts fors lager liggen dan de kosten van het opleiden van een Nederlandse geneeskunde student.

Stel dat met een (veel) lagere eigen bijdrage de instroom van buitenslands gediplomeerde artsen kan worden bevorderd, dan is het opleiden van buitenslands gediplomeerde artsen vanuit het perspectief van overheidsuitgaven naar verwachting een goedkoop alternatief om instroom in het beroep te genereren. Ook als het ministerie de gehele eigen bijdrage van de buitenslands gediplomeerde artsen overneemt, dan zijn de kosten nog altijd lager dan de kosten van het opleiden in Nederland.

Vraag bij een dergelijke doelmatigheidsexercitie is echter wel hoe groot de belemmering van deze eigen bijdrage in de praktijk is. Stel bijvoorbeeld dat de deelname slechts tien procent zou stijgen als alle eigen bijdrages zouden vervallen. Dan zouden de kosten voor de overheid per extra plek 260 duizend euro zijn en hoger uitkomen dan die voor een Nederlandse student. Het is daarom van belang dat precies wordt vastgesteld hoe hoog de uitval is (inclusief personen die door de hoogte van het instellingscollege geheel afzien van de start van de procedure) en welk deel daarvan toe te schrijven is aan de eigen bijdrage. De indicaties uit de literatuur en gesprekken<sup>25</sup> is dat dit knelpunt zodanig groot is dat verlaging van de eigen bijdrage gerechtvaardigd is.

#### **Eigen bijdrage van buitenslands gediplomeerde specialisten**

Op basis van de beschikbare informatie kunnen weinig uitspraken worden gedaan over de doelmatigheid van de registratieprocedure voor buitenslands gediplomeerde specialisten. Naast deze procedure, dienen zij ook de toelatingsprocedure voor artsen te doorlopen, waardoor bovenstaande aspecten ook op deze groep van toepassing zijn.

## **4.4 Doorlooptijd van de procedure**

### **Doorlooptijd van de toelatingsprocedure voor buitenslands gediplomeerde artsen**

#### **Doorlooptijd van het assessment**

De doorlooptijd van het assessment heeft betrekking op de periode vanaf dat het CIBG de aanvraag in behandeling heeft genomen tot het besluit door CIBG. Er kan hierbij onderscheid worden gemaakt tussen de bruto en netto doorlooptijd. De bruto doorlooptijd is de totale duur van de aanvraag tot het besluit, en heeft betrekking op de tijd die CBGV en CIBG besteden aan de aanvraag, en de tijd die artsen zelf nemen om zich bijvoorbeeld voor te bereiden voor toetsen. De netto doorlooptijd heeft betrekking op de tijd die het CIBG en de CBGV op verschillende momenten binnen deze periode besteden aan het behandelen van de aanvraag. De beoogde netto doorlooptijd van het assessment is een jaar, geteld vanaf het moment dat een aanvraag van een arts door het CIBG in behandeling is genomen.

<sup>23</sup> Dit is een ongewogen gemiddelde van een range van het instellingscollegelid van verschillende umc's die eerder is geschetst in paragraaf 3.2.1.

<sup>24</sup> Hierbij is geen rekening gehouden met de kosten voor CBGV en CIBG.

<sup>25</sup> Ook in de jaarverslagen van de CBGV wordt de hoge eigen bijdrage als een van de voornaamste redenen genoemd voor (tussentijdse) uitval.

Tabel 4.3 geeft de gemiddelde bruto en netto doorlooptijd van het assessment in dagen weer voor buitenslands gediplomeerde artsen van buiten de EER, voor de perioden 2013 tot en met 2015. De gegevens zijn verstrekt door CIBG.

**Tabel 4.3 Bruto en netto doorlooptijden in dagen, 2013- 2015.**

Jaar	Bruto doorlooptijd in dagen	Netto doorlooptijd in dagen
2013	607	397
2014	400	248
2015	246	211
<b>Gemiddeld</b>	<b>418</b>	<b>285</b>

Bron: CIBG.

De *bruto* doorlooptijd van de procedure bedraagt gemiddeld ongeveer 14 maanden (418 dagen). Vanaf 2013 is de bruto doorlooptijd afgenomen, van gemiddeld 607 dagen (20 maanden) in 2013 naar 246 dagen (8 maanden) in 2015. De gemiddelde *netto* doorlooptijd bedraagt ruim negen maanden (285 dagen). Dit zijn de verschillende momenten binnen de procedure waarop de aanvraag bij CBGV en CIBG ligt voor behandeling. Ook de netto doorlooptijd is de afgelopen jaren afgenomen, van 397 dagen (13 maanden) in 2013 naar 211 dagen (7 maanden) in 2015. De beoogde netto doorlooptijd van een jaar wordt hiermee behaald.

Informatie over de doorlooptijden is bij CIBG vanaf 2013 beschikbaar, maar om een eventuele trend te kunnen identificeren, zouden we idealiter een langere periode willen bekijken. Het evaluatieonderzoek uit 2014 (Van der Kemp et al., 2014) bevat informatie over de doorlooptijden in de jaren 2008 tot 2012. Beide bronnen geven een indicatie van een dalende trend in de doorlooptijd over de jaren heen<sup>26</sup>.

#### Ontwikkelingen en kanttekeningen

De doorlooptijd tussen het advies en het besluit is sinds januari 2016 verkort. Voorheen waren er binnen CIBG twee afdelingen die bij het advies en het besluit betrokken waren. Op een afdeling zat het secretariaat dat ondersteuning bood aan CBGV en het advies opstelde. Het advies werd overhandigd aan de andere afdeling van CIBG waar het besluit werd opgesteld. Deze afdelingen zijn nu samengevoegd, waardoor de doorlooptijd van dit proces volgens CBGV is verkort van drie maanden naar een maand.

De voorbereidingstijd voorafgaand aan het assessment en de doorlooptijd van de periode na het advies tot aan inschrijving in het BIG-register worden volgens een respondent onderbelicht. Voor het indienen van een aanvraag besteden artsen vaak geruime tijd aan het leren van de taal. Het niveau van de AKV-toets ligt hoger dan dat van het Staatsexamen NT2, dat voorheen een vereiste was. Nadat het advies is verstrekt duurt het daarnaast nog enige tijd voordat artsen kunnen worden ingezet in de Nederlandse gezondheidszorg. Uit het jaarverslag van CBGV blijkt dat het na het advies nog gemiddeld 15 maanden duurt voordat artsen zijn ingeschreven het BIG-register. Dit aantal heeft betrekking op het totaal aantal artsen; zowel artsen met als artsen zonder aanvullende scholing. Als artsen geen aanvullende scholing hoeven te volgen, is deze periode aanzienlijk korter. Als artsen wel aanvullende scholing moeten volgen, bedraagt deze periode gemiddeld 22 maanden.

<sup>26</sup> De cijfers in het evaluatieonderzoek hebben betrekking op een andere groep artsen (ook artsen die tussentijds zijn uitgevallen zijn hier meegenomen) waardoor de resultaten niet volledig vergelijkbaar zijn met de cijfers in tabel 4.3. Doordat er geen overlapjaar is tussen beide bronnen, is het niet mogelijk ontwikkelingen tussen 2012 en 2013 vast te stellen. In ieder geval geldt wel een dalende trend in beide losse perioden (2008-2012 en 2013-2015).

### Doorlooptijd van aanvullende scholing

Voor aanpassing van de procedure in 2005 bedroeg de gemiddelde scholingsduur drie jaar. Sinds de aangepaste procedure is de gemiddelde scholingsduur fors afgenomen, en bedraagt, over de periode van 2006 tot 2015, gemiddeld 13 maanden (CBGV, 2016).

Uit het onderzoek van Herfs (2013a) blijkt dat de gemiddelde scholingsduur tussen 2006 en 2010 nog 17 maanden bedroeg. Het lijkt er dus op dat de gemiddelde scholingsduur de laatste jaren geleidelijk is afgenomen. Dit kan er op duiden dat de artsen na het afleggen van het assessment minder aanvullende scholing nodig hebben. Een mogelijke verklaring is dat de voorbereidingsmogelijkheden en informatievoorziening de afgelopen jaren zijn verbeterd zodat artsen beter voorbereid de toetsen maken.

### Geconstateerde knelpunten in de doorlooptijd

In de literatuur en in de interviews zijn enkele knelpunten genoemd die de doorlooptijd vertragen en waar op dit vlak winst te behalen valt. Dit heeft ook invloed op de instroom op korte termijn, aangezien het langer duurt voordat de buitenslands gediplomeerde artsen kunnen worden ingezet in de Nederlandse gezondheidszorg.

Hoewel de informatievoorziening is verbeterd, lijkt er aan het begin van de procedure bij de artsen nog onduidelijkheid te bestaan over de benodigde informatie die zij dienen te overhandigen. Artsen dienen nog regelmatig incomplete aanvragen in omdat ze niet goed op de hoogte zijn van de vereiste documenten die ze moeten opsturen. Incomplete aanvragen worden niet in behandeling genomen, waardoor het langer duurt voordat de procedure kan worden gestart.

Artsen wachten na de AKV-toets vaak lang met het afleggen van de BI-toets. Door het ontbreken van een officiële voorbereidingsmogelijkheid voor de toets nemen artsen vaak veel tijd om te studeren voor de BI-toets. VBGA organiseert workshops waarmee artsen zich kunnen voorbereiden voor de BI-toets, maar door gebrek aan financiële middelen kan hier maar een beperkt aantal artsen aan deelnemen. Bovendien is ook niet iedere arts bekend met deze mogelijkheid.

Het assessment en het aanvullende scholingstraject sluiten vaak niet goed op elkaar aan, waardoor artsen vaak relatief lang (een aantal maanden tot een jaar) moeten wachten totdat ze kunnen beginnen met aanvullende scholing. Het is voor de umc's lastig om het scholingstraject voor de buitenslands gediplomeerde artsen te organiseren. De reguliere geneeskunde studenten volgen een vast studiepad van twee jaar met een aantal coschappen. Buitenslands gediplomeerde artsen hoeven vaak maar een beperkt aantal coschappen te lopen, die vaak niet direct op elkaar aansluiten. Het kost de umc's veel moeite om de artsen hier in te passen, waardoor het vaak lang duurt voordat ze kunnen beginnen<sup>27</sup>. Er is geen instantie die verantwoordelijk is voor begeleiding richting het aanvullend scholingstraject. Na het advies en het besluit zijn CBGV en CIBG niet langer betrokken.

Als de beroepskwalificaties als gelijkwaardig worden beoordeeld, en de arts drie maanden onder supervisie moet gaan werken, is het vaak lastig een plek te vinden. Een respondent geeft aan dat het voor werkgevers niet duidelijk is welke bevoegdheden een arts heeft als hij onder clausele in het BIG-register is ingeschreven. UAF is in gesprek met het West Fries Gasthuis (WFG) om een aantal supervisieplekken te 'reserveren' voor de buitenslands gediplomeerde artsen. UAF richt zich enkel op artsen met een vluchteling-achtergrond, waardoor maar een deel van de doelgroep bereikt wordt.

---

<sup>27</sup> Daarnaast leidt de invoering van een nieuw curriculum voor de arts opleiding aan alle umc's ook tot wachttijden. Deze wachttijden gelden ook voor reguliere geneeskunde studenten.



Er zijn aanwijzingen dat de duur van het assessment en de aanvullende scholing de afgelopen jaren zijn afgenomen. Op een aantal momenten ligt nog ruimte voor verdere verkorting van de doorlooptijd, onder andere tussen het advies en instroom in de aanvullende scholing.

#### **Doorlooptijd van de registratieprocedure voor buitenslands gediplomeerde specialisten**

De evaluatie (Van der Kemp et al., 2014) bevat informatie over de doorlooptijd van de registratieprocedure tot specialist. Twee derde van de specialisten die een aanvraag hebben ingediend is ingeschreven als specialist in het BIG-register (eventueel na aanvullende scholing). De gemiddelde duur van de registratieprocedure zonder aanpassingsstage bedraagt ongeveer een jaar. De gemiddelde duur van de aanvullende scholing (destijds nog een beoordelingsstage en/of een individueel scholingsprogramma) bedroeg in de periode van 2001 tot 2013 gemiddeld 8,4 maanden.

Ruim de helft van de specialisten (57%) heeft de aanvraag binnen een jaar afgerond. Ruim 80 procent heeft de procedure binnen twee jaar afgerond (Van der Kemp et al., 2014).

#### **Knelpunten rondom de procedure voor specialisten**

Volgens een respondent is ook bij de registratieprocedure voor specialisten verbetering mogelijk op het gebied van informatievoorziening en begeleiding. Ook voor specialisten is het een lastige opgave om een opleidingsplek te vinden (Van der Kemp et al., 2014). Uit gesprekken en de literatuur lijken deze belemmeringen minder groot dan in de toelatingsprocedure voor artsen.

## **4.5 Conclusie**

De uitgaven van het ministerie aan de toelatingsprocedure bedragen jaarlijks ongeveer € 2.500.000. Hiermee zijn in 2014 tot en met 2016 jaarlijks ongeveer 500 aanvragen behandeld (ongeveer 15% had betrekking op buitenslandse gediplomeerde artsen buiten de EER). De kosten per aanvraag bedragen in 2014 tot 2016 ongeveer € 5.500. Ten opzichte van 2011 zijn de kosten van het behandelen van een aanvraag met ongeveer € 700 afgenomen.

Vergeleken met de opleidingskosten van Nederlandse geneeskunde studenten, zijn de opleidingskosten van buitenslands gediplomeerde artsen van gemiddeld € 26.000 relatief laag. Doordat de artsen dit bedrag nu volledig zelf moeten betalen, blijft de instroom van buitenslands gediplomeerde artsen achter. Ook als het ministerie de volledige opleidingskosten zou overnemen, kan vanuit overheidsperspectief op een relatief goedkope manier instroom in het beroep worden gegenereerd. Hierbij is wel de vraag in welke mate de kosten daadwerkelijk een belemmering zijn voor de betrokkenen, en in hoeverre de instroom daadwerkelijk zou worden vergroot als deze kosten door het ministerie zouden worden overgenomen.

Er zijn aanwijzingen dat de doorlooptijd rond het assessment en de aanvullende scholing de afgelopen jaren zijn afgenomen. Op een aantal momenten ligt nog ruimte voor verdere verkorting van de doorlooptijd, bijvoorbeeld tussen het advies en instroom in de aanvullende scholing.



## Bijlage A      Lijst geïnterviewden

Naam	Organisatie
Gerben Korthouwer	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Désirée Hoefnagel	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Paul Herfs	European Research Centre on Migration and Ethnic Relations
Rudi van Reenen	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde
Anke Jannink	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunde
Lourens Kooij	Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid
Wim Davidse	Commissie Buitenlands Gediplomeerden Volksgezondheid
Laurens Mineur	Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg
Nushi Taki	Vereniging Buitenlands Gediplomeerde Artsen
Iris van den Boorn	Universiteit Maastricht
Menno Visser	VU medisch centrum
Petra Veltman	Stichting voor Vluchteling- Studenten UAF
Marc Gebuis	Taleninstituut Babel



## Bijlage B    Ontvangen bestanden

CBGV (2012) Jaarverslag 2011. Den Haag, CBGV.

CBGV (2013) Jaarverslag 2012. Den Haag, CBGV.

CBGV (2014) Jaarverslag 2013. Den Haag, CBGV.

CBGV (2015) Jaarverslag 2014. Den Haag, CBGV.

CBGV (2016) Jaarverslag 2015. Den Haag, CBGV.

CIBG (2015) Jaarverslag 2014. Den Haag, CIBG.

CIBG (2015) Tariefnotitie 2016. Den Haag, CIBG.

CIBG (2016) Dienstverlening CIBG. Service Level Agreement 2016, Addendum MEVA 3. Vakbekwaamheidsverklaringen. Den Haag, CIBG.

CIBG (2016) Jaarverslag 2015. Den Haag, CIBG.

Herfs, P.G.P. (2013) Buitenlandse artsen: Kostenpost of pure winst? VAMP.

Herfs, P.G.P. (2013) De assessment procedure voor buitenlandse artsen: een balans na zeven jaar. Utrecht, ERCOMER.

Houkes- Hommes, A. R. B. J. (2009) De kosten van verruimen of loslaten van de numerus fixus. SEO Economisch Onderzoek.

Kalis, A.W. (7 september 2015). Stand van zaken uitvoering aanbevelingen van Panteia. Den Haag, CIBG.

Motie van mw. C. Hermann (Groen Links), 6 december 2001.

Schreuder, J.N. (2016). Beleidsregels buitenslands gediplomeerden RGS. Utrecht, Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten.

Schmit Jongbloed, L. J. en Duchatteau, D.C. (november 2007) Resultaten quickscan assessment Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid. Leiden, LSJ Medisch Projectbureau.

Splinter, T.A.W., Herfs, P.G.P., Ruijs, A.J.E.M., van Luijk, S.J., Wijkhuijs, N.P. (2003) Naar een nieuwe stroomlijn voor buitenlandse artsen. Een rapport van de Opleidingscommissie Geneeskunde van het Discipline overleg Medische Wetenschappen (OCW-DMW).

Ten Cate, T. J. en Kooij, L.R. (2008) Artsen met een buitenlands diploma in de Nederlandse patiëntenzorg: de nieuwe assessmentprocedure. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde, 152 (15).

Van der Kemp, S., Langerak, N. en Hollander, M. (2014) Evaluatieonderzoek: Toelatingsprocedure buitenlandse artsen. Zoetermeer, Panteia.

Veltman, P. en Both, J. (2010) Gevluchte arts botst op procedure. Medisch contact, 65 (10).



Postbus 4175  
3006 AD Rotterdam  
Nederland

Watermanweg 44  
3067 GG Rotterdam  
Nederland

T 010 453 88 00  
F 010 453 07 68  
E [netherlands@ecorys.com](mailto:netherlands@ecorys.com)

**W** [www.ecorys.nl](http://www.ecorys.nl)

***Sound analysis, inspiring ideas***