

Standpunt op de rapporten “De Zorg van Morgen, flexibiliteit en samenhang” (Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, 2003), “De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm” (KNMG, 2002) en “Taakherschikking in de gezondheidszorg” (RVZ, 2002).

1. Inleiding

Tijdens het zomerreces ontving ik het rapport “De Zorg van Morgen, flexibiliteit en samenhang” van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuüm en Taakherschikking, onder voorzitterschap van mevrouw M.J.M. LeGrand-van den Bogaard (verder: commissie LeGrand). Dit rapport is inmiddels ook aan de leden van uw Kamer verzonden.

De commissie LeGrand heeft op verzoek van de staatssecretaris van OCenW en mij een plan van aanpak opgesteld voor het vernieuwen van het stelsel van medische opleidingen en de taakverdeling tussen zorgberoepen. Daarbij zijn vragen aan de orde over tijdpad, tempo, prioriteiten en verantwoordelijkheden. De commissie LeGrand maakte daarbij gebruik van het rapport “De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm” (KNMG, 2002), van het advies “Taakherschikking in de gezondheidszorg” (RVZ, 2003) en van “Evaluatie Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg” (ZonMW, 2002).

2. Opleidingen en beroepenstructuur: noodzaak tot vernieuwing

Vergrijzing, diversiteit aan zorgvragen en technologische ontwikkelingen doen de zorgvraag toenemen. De zorgcapaciteit kan daar, zoals ze nu is georganiseerd, nauwelijks aan voldoen, met als gevolg dat wachtlijsten voor sommige zorgvragen bijna een alledaags verschijnsel zijn. De personele component geeft daarbij de doorslag: zorg is mensenwerk en wanneer er onvoldoende personeel is, staan bijvoorbeeld operatiekamers leeg. Deze problemen spelen niet alleen in de curatieve zorg, maar ook in de care (verpleging en verzorging) en bij de collectieve preventieve zorg.

Streven naar méér artsen of verpleegkundigen ligt voor de hand. Met mijn voorgangers ben ik van mening dat “meer van hetzelfde” niet alle problemen oplost. Naast méér opleidingsplaatsen voor zorgberoepen moet vooral ook anders opgeleid worden en moet het beschikbare zorgpersoneel doelmatiger worden ingezet. Al eerder (november 2001; Plan van aanpak Capaciteit Zorgverleners) presenteerde mijn voorganger hiervoor een samenhangende aanpak. Dit is niet alleen nodig om de zorgvraag aan te kunnen, maar blijkt ook een cruciale factor te zijn voor innovatie van het zorgproces.

De KNMG heeft in die lijn het project “medisch opleidingscontinuüm” gestart, dat eind 2002 resulteerde in het rapport “De arts van straks”. Tegelijkertijd is aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg gevraagd te adviseren over de mogelijke belemmeringen (onder andere in wet- en regelgeving) voor het anders verdelen van taken tussen professionals in de zorg (taakherschikking) en hoe dat en opleidingen kunnen bijdragen aan een doelmatiger inzet van zorgverleners. Deze beide rapporten leverden veel materiaal op, waarbij tevens veel verschillende partijen worden genoemd als partij in de beoogde vernieuwing. De commissie-LeGrand heeft de essentie van beide rapporten verwerkt in een integraal voorstel voor implementatie van de aanbevelingen. Bij dit alles speelt de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) een belangrijke rol.

De omschreven vernieuwingen zijn noodzakelijk voor de gehele zorgsector. De gekozen voorbeelden en de aandacht voor de artsenopleiding leggen het accent van de voorstellen vaak

in de curatief-somatische sector. Dit is te begrijpen, omdat vooral in die sector al veel beweging is met vernieuwende initiatieven. De verschillende zorgsectoren verkeren in dit opzicht dus nog in verschillende fases. Mijn streven is dat de vernieuwingen in de structuur van opleidingen en beroepen voor de gehele zorg gaan gelden, zowel bij preventie, behandeling als verzorging. Ik kies voor een pragmatische aanpak, die in eerste instantie aansluit bij bestaande, vruchtbare initiatieven. In elke afzonderlijke zorgsector hangt de ontwikkeling van de beroepenstructuur samen met de zorgvernieuwing in die sector en elke sector kent daarin een eigen fasering en aanpak.

3. Samenhangend standpunt

Het rapport van de commissie-LeGrand biedt mij en de staatssecretaris van OCenW een leidraad voor verder beleid betreffende opleidingen in de zorg en taakherschikking tussen zorgberoepen. Ik werk dit in dit standpunt mede namens de staatssecretaris van OCenW per thema verder uit. Ik geef meteen ook een standpunt op “De arts van straks” en op “Taakherschikking in de gezondheidszorg”.

Er is een duidelijke relatie met de signalen, ontvangen uit het evaluatierapport van de Wet BIG. Die komen ook aan de orde. U ontvangt een afzonderlijk standpunt op de aanbevelingen uit de evaluatie van de wet BIG. Dat is nodig, omdat bij de BIG nog tal van andere thema's spelen.

Zowel uit de analyse van de huidige situatie als bij vernieuwingen blijkt dat de opleidingen en beroepen in de zorg niet overal op dezelfde wijze (eenduidig) en goed zichtbaar (transparant) aangestuurd worden. Er is geen duidelijke verantwoordelijkheidsverdeling en dat belemmert de beoogde vernieuwing. Ik geef daarom - voorafgaand aan meer inhoudelijke reacties op genoemde thema's - eerst mijn visie op aansturing en verantwoordelijkheidsverdeling bij opleidingen en beroepenstructuur in de zorg. De in voorgaande jaren verschenen rapporten van de MDW-werkgroepen betreffende medische en verpleegkundige opleidingen (“Nooit meer wachten, minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen”, 2001 en “Een carrière aan het bed”, 2002), alsmede het rapport van de Commissie Marktprikkels Medische Opleidingen (commissie Linschoten, 2002) geven daar eveneens aanleiding toe.

Dit standpunt behandelt verder de verschillende aanbevelingen, samengebracht in de thema's *medische opleidingen* en *taakherschikking*, waarbij bij taakherschikking tevens de nieuwe zorgberoepen en de bijbehorende opleidingen aan de orde komen.

Vervolgens presenteer ik mijn voorstellen om te komen tot nieuwe organisatievormen tussen veldpartijen en overheid, landelijk en regionaal. Daarna volgt nog een financiële paragraaf.

4. Aansturen en verantwoordelijkheidsverdeling rond opleidingen en beroepenstructuur

Opleidingen in de zorg en de verhoudingen tussen de beroepen zijn in de loop der decennia ontwikkeld. Zij volgden de behoefte in de zorgpraktijk en de voortschrijdende kennisontwikkeling. Sommige opleidingen zijn onderdeel van de reguliere opleidingstelsels geworden of liggen vast in wet- en regelgeving, waarmee de overheid een zekere kwaliteit garandeert. Andere delen zijn onder beheer en verantwoordelijkheid van de verschillende zorgpartijen gebleven. Die partijen hebben verschillende rollen: werkgever, werknemer, opleider, belangenbehartiger, financier, enzovoorts. Zo is een complex stelsel van verantwoordelijkheden gegroeid, vaak met verschillende belangen van betrokken partijen. Bij deze ‘brancheopleidingen’ is onduidelijkheid ontstaan over wie nu verantwoordelijk is voor het publiek belang: het waarborgen van de beschikbaarheid, toegankelijkheid en bereikbaarheid van een betaalbare gezondheidszorg van goede kwaliteit. In geval van knelpunten ontstaan zo snel misvattingen over wie aan zet is, zoals

recent bleek bij de krapte op de arbeidsmarkt voor verpleegkundigen en verzorgenden of bij het tekort aan bepaalde artsen.

Het zorgen voor goed gekwalificeerd personeel en een passende beroepenstructuur, voldoende voor een doelmatige en toereikende personele bezetting, is primair de verantwoordelijkheid van de betrokken partijen in de zorg. Nieuwe ontwikkelingen dienen door de partijen gezamenlijk gerealiseerd te worden.

De overheid beperkt zich tot wetgeving en financiering, noodzakelijk om de beschikbaarheid van zorg en evenwichtige marktverhoudingen te borgen. Streven naar gereguleerde marktwerking in de zorg vergt een voldoende aanbod van gekwalificeerde zorgverleners. Te weinig zorgverleners leidt tot een eenzijdige marktmacht en daarmee tot ongewenste uitkomsten voor de betaalbaarheid.

Financiering van de brancheopleidingen valt binnen het budgettaire kader zorg, de initiële opleidingen in het mbo, hbo en wo vallen onder de begroting en wetgeving van OCenW.

Het advies van de commissie-LeGrand is een stimulans om de komende jaren de beoogde vernieuwing van de brancheopleidingen en de beroepenstructuur binnen deze randvoorwaarden te leggen bij de partijen in het zorgveld. De commissie LeGrand stelt voor een stuurgroep MOBG (Modernisering van de Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg) in te stellen. Deze stuurgroep krijgt voorlopig de regie in het vernieuwingsproces. Zij moet het implementatietraject voor de aanbevelingen uit dit rapport sturen en actief begeleiden.

Ik stel een dergelijke stuurgroep nog dit jaar in.

Over vijf jaar moet er een samenhangend stelsel voor de opleiding van professionals in de gezondheidszorg zijn, dat aansluit bij de nagestreefde herziening van de beroepenstructuur in de zorg. Er dient dan een heldere aansturing te bestaan van capaciteitsramingen en -realisatie, van de verdeling van het geld, van de samenhang tussen en inhoud van de verschillende zorgberoepen en de daarvoor benodigde opleidingen en van de kwaliteitsbewaking hiervan. Deze taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden vertegenwoordigen een veelheid aan uiteenlopende functies waarvoor, zoals hierboven gezegd, de Stuurgroep MOBG een samenhangende toekomstige structuur moet maken. Ik verwacht dat deze structuur niet in één orgaan te vatten is. Verscheidene functies worden nu al vervuld door bestaande organen en instanties, en de stuurgroep moet hun positie en taakstelling dus in de overwegingen betrekken bij het ontwerpen van een samenhangende opzet.

Op één functie vestig ik hier de aandacht, omdat ik meen dat daaraan al vroeg in het implementatietraject behoefte zal bestaan. Ik doel op de deskundigheid op het gebied van wetgeving over de beroepen in de zorg en eventuele aanpassingen van de wet om modernisering van de beroepenstructuur in de praktijk te realiseren. De "Evaluatie van de Wet BIG" geeft de wenselijkheid aan van een goede, permanente structuur, in dat rapport 'College voor de Beroepen' genoemd. Zo'n orgaan zou, gesitueerd op het middenveld tussen ministerie van VWS en het veld, een functie hebben bij de zelfregulering van het (veranderende) beroepenveld. Te denken is aan het uitwerken van de deskundigheidsgebieden van nieuwe beroepen en de flexibilisering van de regeling van voorbehouden handelingen.

Het lijkt me gewenst dat de stuurgroep deze taken op expert-niveau op korte termijn ter hand neemt. Dit kan in een voorlopige organisatievorm voor deze taken, zodat de stuurgroep de inpassing in de totale structuur te zijner tijd kan afstemmen op de andere functies in die structuur.

Ik zal de Stuurgroep vragen de beoogde taken op zich te nemen, direct nadat zij van start is gegaan.

5. De arts van straks voor de zorg van morgen

Ten aanzien van het medisch opleidingscontinuüm concentreert de commissie LeGrand de aandacht op drie punten (voor een gedetailleerde beschrijving verwijs ik naar de betreffende rapporten):

- een naadloze aansluiting tussen de initiële opleiding tot basisarts en de vervolgoopleidingen tot klinisch specialist, huisarts of sociaal geneeskundige;
- de invoering van de bachelor-masterstructuur in de geneeskunde opleiding en de mogelijkheid voor zij-instroom;
- het her-inrichten van de medische vervolgoopleidingen: introduceren van de 'basisspecialist', een snellere doorlooptijd van vervolgoopleiding en het herzien van de opleidingsmethode (eindtermen, beoordeling en toetsing, balans tussen cursorisch en patiëntgebonden onderwijs).

Deze punten dragen bij aan een snellere afronding van de totale opleiding en aan het realiseren van mogelijkheden voor tussentijds toelaten of stoppen (in- en uitstroom), sluiten aan bij andere relevante opleidingen in de zorg, zodat echt een 'continuüm', een vloeiende lijn in de opleidingen, gerealiseerd wordt en zij zorgen bij de medische vervolgoopleidingen voor flinke vernieuwing.

Ik kan mij goed vinden in de aangegeven prioriteiten van de commissie LeGrand binnen het geheel van voorstellen in "De arts van straks". Het doel is de aanstaand huisarts, medisch specialist of sociaal geneeskundige het opleidingstraject sneller te laten doorlopen (het continuüm van initiële opleiding tot basisarts, gevolgd door vervolgoopleiding tot huisarts, medisch specialist of sociaal geneeskundige). Ook krijgt de opleiding tot medisch specialist de mogelijkheid van 'tussentijdse uitstroom' namelijk het goed afronden van een deel van totale opleiding op een eerder moment in de opleiding. Daarmee komt betrokkene als 'basisspecialist' voor de zorg beschikbaar.

De commissie LeGrand geeft aan dat bij de introductie van de 'basisspecialist' een wettelijk erkende kwalificatie (civiel effect) aan dit opleidingsniveau moet worden verleend. Ik neem dit advies ter harte en zal in samenspraak met betrokkenen bevorderen dat er een extra uitstroommoment voor specialisten ontstaat in de vorm van een basisspecialisme.

Naast doelmatigheidswinst is met de voorstellen ook kwaliteitswinst te boeken. De samenhang tussen de punten is zonneklaar en het effect op het gehele opleidingscontinuüm is ingrijpend. Het enthousiasme waarmee betrokken partijen de vernieuwing al begonnen zijn, duidt op de veerkracht en innovatieve vermogen van de beroepsgroepen, alsmede op een goede timing van de voorstellen.

Het herzien van de opleidingsmethoden bij de medische vervolgoopleidingen geeft bovendien meer transparantie, een wens die met name de ambtelijke MDW-werkgroepen hebben geformuleerd. De medische vervolgoopleidingen zijn sinds jaar en dag ingericht volgens een min of meer gesloten meester-gezel-systeem; dat heeft waardevolle, maar ook archaische kenmerken. De introductie van moderne opleidingsmethoden handhaaft en versterkt de waardevolle aspecten van het meester-gezel-systeem, maar de archaische aspecten worden vervangen door een eigentijdse benadering. Zo ontstaan nu inzichtelijke en toetsbare eindtermen, tussentijdse toetsmomenten en een toename van meer uniform cursorisch onderwijs.

De voorgestelde vernieuwing vergt voornamelijk acties van en samenwerking tussen de medische faculteiten, de opleidingscolleges en de wetenschappelijke verenigingen. Zij zijn al begonnen met de aanpak van de verschillende onderdelen, onder andere gestimuleerd door de proefprojecten die ik tijdens het project medisch opleidingscontinuüm heb ondersteund. Zo werken verschillende medische faculteiten aan een schakeljaar om de aansluiting tussen de initiële en de vervolgopleiding te verbeteren, formuleren de opleidingscolleges van de KNMG eindtermen voor de specialistenopleidingen en hebben verschillende medische faculteiten interesse in de zij-instroom bij de initiële geneeskunde opleiding. Waar ik als minister een directe rol heb, zoals bij de Europese afstemming over de duur van de medische vervolgopleidingen, heb ik ook reeds de eerste stappen gezet.

De commissie LeGrand vindt tevens dat er een uitgewerkt verpleegkundig opleidingscontinuüm moet komen en beveelt aan daarvoor een werkgroep in te stellen. De AVVV houdt zich al enige tijd bezig met deze problematiek en lijkt goede vordering te maken bij de analyse en het structuur brengen in de vele verpleegkundige vervolgopleidingen. De al eerder bereikte tussenresultaten (werkgroepen V4 en V4-vervolg, onder leiding van prof. J. van Londen) krijgen nu een breed draagvlak in deze federatie van verplegende en verzorgende beroepen. Het is van belang dat dit complexe proces met succes wordt afgerond. Ik ben van plan de aanbeveling van de commissie LeGrand te volgen, en zal daarvoor gaan overleggen met de AVVV. Er moet een goede afstemming zijn met de activiteiten van de stuurgroep MOBG .

Een centrale aansturing en begeleiding is nodig om de voorgestane vernieuwing van het medisch en verpleegkundig opleidingscontinuüm integraal voort te zetten. De commissie LeGrand stelt hier de stuurgroep MOBG en een ontwikkeltraject voor en suggereert tevens - in navolging van "De arts van straks" - om regionale samenwerking te versterken. Ik ga hier later in deze notitie nader op in.

6. Taakherschikking: brug naar de zorg van morgen

De huidige verhoudingen en taakverdeling tussen de beroepen zijn in decennia gegroeid en deels verankerd in wetgeving. Deze (al dan niet wettelijk verankerde) verhoudingen kunnen innovatieve ontwikkelingen in de beroepenstructuur belemmeren. De minister van VWS heeft daarom in april 2002 de RVZ gevraagd aan te geven welke aanpassingen in wet- en regelgeving noodzakelijk zijn om een andere taakverdeling te realiseren, welke belemmeringen verder een rol spelen en hoe de zorgopleidingen aan taakherschikking en samenwerking kunnen bijdragen. Dit leidde tot het advies "Taakherschikking in de gezondheidszorg".

Modernisering van de beroepenstructuur kan niet zonder modernisering van opleidingen. De vanzelfsprekendheid waarmee de rapporten "De arts van straks" en "Taakherschikking in de gezondheidszorg" door de commissie LeGrand vervlochten zijn onderstrepen het belang om de verhoudingen tussen de zorgberoepen te herzien.

Overall in de zorg, of het nu gaat om de care of de preventie, de intra- of extramurale zorg, zijn goede voorbeelden te vinden van innovatie. Deze leren dat het vrijwel altijd gaat om de combinatie van (medisch) betere of minstens gelijkwaardige kwaliteit, veiliger zorg, klantvriendelijker en kosteneffectievere zorg. Het betreft anders organiseren van de zorg, het gaat om goed op elkaar afstemmen van logistieke processen. De combinatie van een vraaggerichte benadering, herinrichten van de zorgprocessen, ICT en juiste inzet van kennis en vaardigheden van professionals blijkt in de praktijk de sleutel tot een betere zorg.

Taakherschikking is een logische innovatieve ontwikkeling in het zorgaanbod. Het is tevens een extra middel om tekort aan zorgverleners tegen te gaan, naast méér en anders opleiden.

Artsen zijn, bij een andere taakverdeling meer in staat zich op die (complexe) medische taken te richten waarvoor zij zijn opgeleid. Bijvoorbeeld verpleegkundigen kunnen minder complexe medische en organisatorische taken overnemen. Patiënten kunnen zo sneller maar toch deskundig en goed worden geholpen. Taakherschikking draagt hiermee bij aan een betere kwaliteit van de zorg, die tegelijkertijd patiëntvriendelijker en doelmatiger is georganiseerd. Het herzien van het totale opleidingscontinuüm en taakherschikking biedt kansen voor loopbaanontwikkeling voor beroepsbeoefenaren in de zorgsector. Er ontstaan tussen- of brugfuncties en betere mogelijkheden voor werkers in de zorg op een goede loopbaan. Een beter carrièreperspectief houdt professionals meer in de zorg.

De zorgsector moet de komende jaren taakherschikking en een andere inzet van bestaande (gespecialiseerde verpleegkundigen) en nieuwe beroepsgroepen (zoals de nurse practitioner, de physician assistant en de mondzorgkundige) voortvarend ter hand nemen. Waar nodig zal ik daarbij een stimulerende rol vervullen en zonnodig wet- en regelgeving aanpassen.

6.1. Taken afstaan (Taakdelegatie) en anders verdelen (taakherschikking)

Voorheen mochten onder de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst alleen artsen alle geneeskundige handelingen verrichten. Sinds 1997, bij de invoering van de wet BIG, mogen in principe alle beroepsbeoefenaren - mits bekwaam – dit doen. De voorbehouden handelingen in de wet BIG, mogen uitsluitend door of in opdracht van de arts, tandarts of verloskundige verricht worden. Dit geeft al meer en betere mogelijkheden voor andere taakverdeling, maar taakherschikking, zoals omschreven door de RVZ in haar advies, gaat verder.

De RVZ vindt dat ook andere zorgprofessionals (zoals verpleegkundigen, physician assistants) binnen de grenzen van hun eigen deskundigheidsgebied zelfstandig bevoegd moeten zijn om voorbehouden handelingen te verrichten. Dat betreft zowel indicatiestelling, diagnose als behandeling. Nu is er soms sprake van een schijnverantwoordelijkheid (bijvoorbeeld briefjes aftekenen) van artsen. Die moet worden vervangen door een eigen verantwoordelijkheid van de betreffende zorgverlener, bij zaken waar deze zorgverlener op dat moment ook het beste inzicht in heeft.

Deze vorm van taakherschikking voorkomt in dit geval onnodige bureaucratie, onduidelijkheid over de eindverantwoordelijkheid en biedt mogelijkheden om de zorg anders te organiseren.

De RVZ constateert dat taakherschikking weliswaar ook aantrekkelijk is om de personeelsproblemen in de zorg aan te pakken, maar dat gegevens ontbreken over de kwalitatieve aspecten van taakherschikking. De KNMG en de IGZ plaatsen met name over dat kwaliteitsaspect kanttekeningen bij taakherschikking en het spreiden van eindverantwoordelijkheid. Daarom is zorgvuldigheid geboden. Bestaande en nieuwe initiatieven van taakherschikking moeten stap voor stap geregeld worden, zowel wat betreft het beroep als de bevoegdheden. Voorbeelden daarvan zijn de gespecialiseerde verpleegkundige, de mondzorgkundige, de nurse practitioner en de physician assistant. De stuurgroep MOBG zet dit proces verder in gang, doet mij voorstellen over het wijzigen van opleidingseisen, deskundigheidsgebieden, daarbij passende bevoegdheden en de benodigde wijziging in wet- en regelgeving.

6.2. Nieuwe beroepen en nieuwe opleidingen.

De opleiding voor nurse practitioner (advanced nursing practise) bestaat al enige tijd in Nederland, als een HBO-master opleiding onder regie van enkele ziekenhuizen. Het ontwikkelen van de opleiding voor physician assistant heeft recent plaats gevonden bij samenwerkingsverbanden van enkele instellingen voor wetenschappelijk onderwijs (WO), HBO en zorginstellingen en is mede betaald door mijn ministerie. Mijn voorgangers hebben al aangegeven te willen investeren in deze opleidingen. Het belang dat de commissie LeGrand aan deze nieuwe beroepen toekent, bevestigt het belang van de ingezette koers.

Ik wil op deze weg voortgaan en bevorderen dat deze opleidingen structureel gefinancierd gaan worden. Het zijn zogenaamde 'maatschappelijk relevante' HBO-master-opleidingen en ze zouden als zodanig vallen onder de financiële regeling van HBO-master van de staatssecretaris van OCenW. De betrokken veldpartijen dringen daar ook op aan.

Deze nieuwe beroepen moeten zich naar mijn mening ontwikkelen in de veranderende zorgpraktijk en beroepenstructuur. Omdat de sector behoefte heeft aan deze opleidingen en de opleidingen verankerd zijn in de zorg, vind ik dat hieraan meebetaald moet worden vanuit voor de zorgsector beschikbare middelen. De werkgever kan de betreffende beroepsbeoefenaar in staat stellen de opleiding te volgen. Deze opleidingen zijn dus zowel brancheopleiding als maatschappelijk relevante HBO-master opleiding. De gezamenlijke financiering komt in de financiële paragraaf aan het slot van deze notitie aan de orde.

Ik ondersteun naast het ontwikkelen van beide opleidingen een onderzoek naar de effecten van de inzet van de physician assistant en de nurse practitioner in de huisartsenzorg.

Het zogenoemde 'Landelijk Platform anp/pa' volgt alle ontwikkelingen van de physician assistant en de nurse practitioner en brengt die in samenhang. Het platform is een samenwerkingsverband van HBO-instellingen, universiteiten, zorginstellingen en het ministerie van VWS. Het platform draagt bij aan de ontwikkeling van de beroepsprofielen van de beide nieuwe beroepen, die een basis kunnen vormen voor het wettelijk regelen van deze beroepen. Daarbij ligt er voor de nurse practitioner een verband met het verpleegkundige opleidingscontinuüm dat de AVVV ontwikkelt.

Nieuwe opleidingen in wetenschappelijk onderwijs en HBO bieden in de toekomst eveneens perspectief voor een andere taakverdeling tussen professionals. Beroepen als medisch ingenieur en klinisch technoloog kunnen aan de technische kant van de zorg taken overnemen van artsen.

6.3. Samenhangende beroepenstructuur en samenhangende raming

De commissie-LeGrand benadrukt het belang van goede samenhang tussen de ontwikkeling van deze en mogelijk andere nieuwe beroepen en de bestaande medische en gezondheidszorgopleidingen. De commissie stelt voor dat het Capaciteitsorgaan de nieuwe professionals betreft bij de ramingen. Gelet op de grotere samenhang en onderlinge verbondenheid van de verschillende beroepen liggen dergelijke suggesties voor de hand. Het Capaciteitsorgaan is daar al mee bezig. Zo betreft het bij ramingen over de gewenste capaciteit van vervolgoopleidingen voor artsen en tandartsen ook de mogelijke inzet van andere beroepen en nieuwe professionals. De stuurgroep MOBG moet wat mij betreft een vernieuwde raming van capaciteit in gang zetten (waarin niet alleen de cure maar ook de care en de preventie worden betrokken) en daarbij een passende structuur realiseren, al dan niet door uitbreiding van de taken van het huidige Capaciteitsorgaan.

6.4. Informatievoorziening en voorlichting

De RVZ pleit voor een goede en betrouwbare informatievoorziening aan patiënten over beroepsgroepen en instellingen. Daarbij gaat het met name om specialisaties, deskundigheden en competenties van zorgverleners. De RVZ ziet dat primair als taak voor de rijksoverheid. Patiënten moeten wat te kiezen hebben. Zij moeten te weten kunnen komen waar zij voor bepaalde specifieke zorg terecht kunnen. Zij moeten kunnen achterhalen welke zorgverlener voor welke specifieke zorg is opgeleid en ervaren is.

Een goed inzicht en informatievoorziening zijn nodig om een beeld te krijgen van de prestaties van de zorg. Meer duidelijkheid over verantwoordelijkheidsverdeling en taakverdeling tussen beroepsbeoefenaren is ook een belangrijke aanbeveling uit de evaluatie van de Wet BIG.

Ik zal in de opdrachtverlening aan de stuurgroep MOBG het opzetten van een dergelijk voorlichtingstraject richting patiënten en overige veldpartijen opnemen.

7. Samenwerken en sturen

De commissie LeGrand maakt duidelijk dat vele partijen aan zet zijn bij de modernisering van de opleidingen en de beroepenstructuur. De samenwerking tussen deze partijen en het afstemmen van nieuwe ontwikkelingen is niet altijd optimaal geweest. De historisch gegroeide autonomie van beroepsgroepen, ziekenhuizen en opleidingsinstellingen is voor een samenhangend stelsel van beroepen en opleidingen soms een struikelblok. Partijen ervaren dit zelf ook en daarom zijn de samenwerkingsinitiatieven legio. De voorstellen van de commissie LeGrand sluiten dus aan bij wat in het veld op verschillende plaatsen al zichtbaar is.

Ik wil die tendens verder ondersteunen en stimuleren, waarbij ik een accent leg bij het weghalen van van oudsher bestaande grenzen. Voor het vernieuwen van opleidingen en beroepenstructuur moeten meer dan voorheen bijvoorbeeld wetenschappelijk en beroepsonderwijs samenwerken; hetzelfde geldt voor organisaties van verschillende beroepsbeoefenaren, voor opleidingsinstellingen en zorginstellingen, enzovoorts.

Centraal punt bij de vraag over sturing is tevens de keuze tussen sturing op landelijk, regionaal of lokaal (instelling) niveau. Ook daarin zijn er historisch gegroeide verschillen, bijvoorbeeld tussen het ramen van opleidingscapaciteit voor medisch specialisten (landelijk) en de per ziekenhuis bepaalde behoefte aan gespecialiseerde verpleegkundigen. De Kamer wees er al eerder op (motie Buijs, 28 000 XVI nr. 43) dat dit een samenhangend capaciteitsbeleid belemmert.

De commissie LeGrand beveelt het instellen van opleidingsregio's aan die elk ten minste bestaan uit een universitair medisch centrum, de omliggende zorginstellingen en HBO-instellingen met zorgopleidingen. Deze regionale samenwerking maakt het gezamenlijk en integraal ramen mogelijk van de benodigde hoeveelheid en soort opleidingsplaatsen en een taakverdeling bij de opleidingen. De regio kan op deze wijze doelgericht voorzien in haar personeelsbehoefte.

Op initiatief van NVZ en VAZ wordt al gewerkt aan regionale samenwerking voor de opleidingsplaatsen voor medisch specialisten. Al eerder zijn, onder andere op initiatief van de sectorfondsen, samenwerkingsverbanden ontstaan tussen zorg- en onderwijsinstellingen om de beroepspraktijkvorming - met name bij verpleegkundigen en verzorgenden - af te stemmen. Het MBO is daarin eveneens een partner.

Ik ben een voorstander van het regionaal koppelen van al deze activiteiten voor opleidingen en arbeidsmarkt, om zo een gezamenlijke en flexibele regionale personeelsvoorziening te creëren. De commissie LeGrand suggereert voorts dat voor het afstemmen tussen de regio's op landelijk niveau een voorziening nodig is en verwijst daarbij naar een bestaand platform voor de verdeling van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten. Ik zie in dat sommige taken en verantwoordelijkheden van de regionale samenwerking een landelijke component hebben en dat

ook op landelijk niveau informatie noodzakelijk is vanuit de regio's. De afstemming landelijk-regionaal moet verder uitgewerkt worden; de stuurgroep MOBG heeft hierin een belangrijke rol. Daarvan maakt ook de nieuwe financieringsstructuur voor de zorgopleidingen onderdeel uit. Ik informeer u later dit jaar over die nieuwe financieringsstructuur; mijn ministerie werkt nu voorstellen uit.

De kosten kunnen alleen in de hand gehouden worden als er goed zicht is op de opleidingsinspanningen en –kosten. Diverse partijen maken echter gebruik van uiteenlopende gegevensbronnen. Daar moeten betere afspraken over worden gemaakt. Ik wil in 2004 een nieuwe bekostigingssystematiek invoeren, waarbij de financiering van een deel van de opleidingen buiten de DBC's blijft. Hieraan is gekoppeld een duidelijk systeem van aansturing en financiering op basis van prestatieafspraken en boter-bij-de-vis (alleen extra geld bij extra opleiden). De stuurgroep MOBG moet een goede informatievoorziening opzetten om de ontwikkeling van het aantal (vervolg-)opleidingsplaatsen beter dan nu te kunnen volgen en zonodig bijsturen.

8. Geld

De financiële aspecten van het vernieuwen van opleidingen en innovaties in de beroepsstructuur vallen in drie categorieën:

1) Toepassen van de vernieuwing.

Dit zijn de kosten van innovatie en toepassen, zoals het ontwikkelen van nieuwe opleidingen, het ontwerp van een nieuw opleidingscontinuüm, projectmatig ontwikkelen van nieuwe fasen in de opleidingen, enzovoort. Hierbij horen ook de kosten voor de stuurgroep MOBG, onderzoek en advies. Veel van de besparingen en kosten worden volgens de Commissie pas duidelijk bij het nader uitwerken van de voorstellen.

Ik stel voor het werk van de stuurgroep MOBG jaarlijks € 1 miljoen gedurende de periode 2004 – 2008 beschikbaar. Daarnaast reserveer ik voor het toepassen en ontwikkelen van het verpleegkundig opleidingscontinuüm een bedrag van € 0,5 mln. Voor het uitbreiden van het ramen is € 0,25 mln. gereserveerd.

VWS en OCenW betalen de meerkosten van de nieuwe opleidingen (physician assistant en nurse practitioner) gezamenlijk. Op den duur zal de VWS-component deel gaan uitmaken van de nieuwe financieringsstructuur voor zorgopleidingen.

2) Herzien van de financieringssystematiek van opleidingen.

De verantwoordelijkheidsverdeling en aansturing rondom zorgopleidingen zijn voor meerdere uitleg vatbaar en de opleidingen worden op dit moment op verschillende wijzen bekostigd. De minister van OCenW gaat over de initiële opleidingen (behalve de opleiding van verloskundige) zoals die tot basisarts en die in het middelbaar en hoger beroepsonderwijs, variërend van verzorgenden en verpleegkundigen tot paramedici. Die financiering blijft ongewijzigd. Ik ben verantwoordelijk voor het systeem van vervolgoopleidingen zoals die tot huisarts of medisch specialist. De sector zelf is verantwoordelijk voor de overige brancheopleidingen. Deze vervolg- en brancheopleidingen vallen onder het budgettair kader zorg en vergen herziening.

De huidige bekostigingssystematiek voor opleidingen in de zorgsector kent onvoldoende prikkels voor zorginstellingen om actief op te leiden. Het opleidingsgeld in de huidige instellingsbudgetten is niet-geoormerkt en dus vrij te besteden, zodat niet alle instellingen daar navenant werk van maken. Daarom is een nieuw systeem nodig die dit 'free rider' gedrag (dat wil zeggen: opleidingsgelden ontvangen zonder op te leiden) voorkomt. De invoering van Diagnose

Behandeling Combinaties (DBC's) in de ziekenhuizen en van de functiegerichte bekostiging in de AWBZ zijn daarnaast ook aanleiding voor een nieuw systeem.

Uitgangspunten van een nieuw systeem zijn: een heldere verantwoordelijkheidsverdeling en aansturing met een daarbij passende bekostiging; een bekostiging op basis van prestatieafspraken en 'boter bij de vis', voorkómen van 'free rider' gedrag, transparante bekostiging, en prikkels tot opleiden in het bekostigingsysteem. Het systeem moet eenvoudig zijn (beperkte bureaucratie en administratieve lasten) en ruimte bieden voor innovatie (vernieuwing van oude en introductie van nieuwe opleidingen). Het moet juridisch haalbaar zijn en in beginsel in alle deelsectoren toegepast kunnen worden (preventie, cure en care). Het systeem mag de marktonderhandelingen niet verstoren. Om te kunnen sturen op opleidingsinspanningen en daarbij behorende kosten moeten beide goed zichtbaar zijn. Op dit moment ontbreekt een informatiesysteem dat dergelijke informatie levert. Voor zover opleidingskosten niet marktverstrend werken, kunnen zij deel uitmaken van de integrale product- en/of dienstenprijzen, waarover lokale marktpartijen onderhandelen. Met de stuurgroep DBC's vind ik dat alle overige opleidingen buiten de DBC's moeten blijven. De nieuwe systematiek dient zo snel mogelijk te worden ingevoerd.

Ik werk nu aan de opzet van een nieuwe financieringssysteem voor de opleidingen in de zorg. Dit nieuwe systeem geldt voor de opleidingen die momenteel uit het budgettaire kader zorg worden betaald (dus via de premies of de begroting van VWS). De nieuwe systematiek werk ik uit voor de opleidingen in de sectoren preventie, cure, en care. Het daadwerkelijk toepassen van de nieuwe systematiek kan in fasering per sector verschillen vanwege het eigen karakter van de sectoren.

Ik betrek de nieuwe stuurgroep MOBG bij het invoeren van de nieuwe systematiek.

3) Productiekosten en opleiden

De voorstellen in "De arts van straks" en in het rapport van de Commissie LeGrand hebben ook gevolgen voor de zorg, buiten de directe opleidingssituatie. In de vervolgoopleidingen tot medisch specialist moet steeds meer tijd worden ingeruimd voor cursorisch onderwijs buiten de directe zorgproductie. Dit heeft consequenties voor de kosten van de opleiding en voor het inzetten van (ander) personeel om de zorgproductie op te vangen. Dit leidt zowel tot extra kosten voor de zorg als tot besparingen, bijvoorbeeld door gebruik te maken van anders opgeleid personeel voor taken die nu door assistenten in opleiding worden verricht. De kosten zowel als de besparingen van de modernisering moeten in beeld worden gebracht.

De baten bestaan overigens ook uit kwalitatieve verbeteringen: meer transparantie en doelmatigheid, en door doelmatiger inzet van goedkopere zorgprofessionals.

9. Afsluiting

Om voor de komende decennia een voldoende en adequaat aanbod van zorgprofessionals te kunnen bieden zijn vernieuwingen in de opleidingen- en beroepenstructuur noodzakelijk.

Zowel partijen uit het veld als (onafhankelijke) experts hebben recent analyses uitgevoerd en aanbevelingen gedaan.

Ontwikkelingen in de zorginhoud spelen een belangrijke rol. De wens om meer marktwerking en meer keuzevrijheid voor patiënten te creëren stelt andere – kwalitatieve en kwantitatieve - eisen aan het aanbod aan zorgverleners. Ook innovatie in de organisatie van de zorg gaat gepaard met veranderingen in de beroepsuitoefening.

Verschuivende ontwikkelingen zijn al in gang gezet, maar het totaal aan voorgestelde vernieuwingen is groot en gevarieerd.

Ik heb daarom gekozen voor één centrale stuurgroep om de voortgang van deze ontwikkelingen te stimuleren en de vernieuwingen in te voeren in de zorg. Daarbij zorgt de stuurgroep tevens voor een passende besturing voor de in de zorg gepositioneerde opleidingen- en beroepenstructuur. Eén centrale stuurgroep kan zorgen voor samenhang tussen de ontwikkelingen en voor de noodzakelijke gemeenschappelijke koers. In een periode van vijf jaar moeten we zowel vernieuwing als gezamenlijke verantwoordelijkheid en regie kunnen realiseren voor de belangrijkste factor in de gezondheidszorg, de personele factor.