

Vergaderjaar 2005–2006

30 487

Wijziging van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek en de Wet studiefinanciering 2000 in verband met de masteropleiding geneeskunde, klinisch onderzoeker

Nr. 7

NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG

Ontvangen 20 april 2006

1. Inleiding

Met genoegen constateer ik dat de leden van de fracties van het CDA en de VVD de mogelijkheid die het wetsvoorstel beoogt te bieden voor een masteropleiding tot arts, klinisch onderzoeker, zien als een interessante aanvulling van het opleidingspalet en dat ook de leden van de PvdA-fractie geen bezwaren hebben geuit tegen het wetsvoorstel. Ook de leden van de D66-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het wetsvoorstel en kunnen het ondersteunen, mits de beoogde opleiding in een behoefte voorziet.

Ik ben de leden van die fracties zeer erkentelijk voor de voortvarende wijze van behandeling, waardoor de kans sterk toeneemt dat het onderhavige wetsvoorstel tijdig voor het studiejaar 2006–2007 tot wet wordt verheven en in werking kan treden.

De leden van genoemde fracties wensen onder meer nadere informatie te ontvangen over de achtergrond, de ervaringen in het buitenland en de financiële implicaties. Verder stellen zij vragen ten aanzien van de capaciteit van de nieuwe opleiding in relatie tot de reguliere opleidingen geneeskunde. Ik voldoe graag aan de wens om informatie en beantwoord de gestelde vragen.

2. Achtergrond

De leden van de VVD-fractie menen dat de nieuwe opleiding kostbaarder wordt dan de reguliere opleiding geneeskunde en zijn er nog niet van overtuigd dat de meerwaarde van de opleiding die meerkosten voor de staat rechtvaardigt. Kan de regering aangeven wat die meerwaarde is, afgezet tegen de mogelijkheden van de reguliere opleiding geneeskunde, zo vragen deze leden. Ook met de huidige opleiding geneeskunde kunnen afgestudeerden zich verder bekwamen in het klinisch onderzoek, bijvoorbeeld door – op eigen kosten of met een beurs – een wetenschappelijke stage te doen.

Anders dan de leden van de VVD-fractie veronderstellen, zijn de uitgaven van het Rijk voor de beoogde opleiding niet hoger dan voor de reguliere

opleiding. Verderop in deze nota ga ik hier nog gedetailleerder op in. Wel valt een aantal interessante dimensies op als we deze nieuwe opleiding afzetten tegen de reguliere opleiding tot arts.

Zoals deze leden zelf al opmerken, draagt de nieuwe opleiding bij aan meer differentiatie en de ontwikkeling van topopleidingen in het hoger onderwijs. Juist de vormgeving van de opleiding als onderzoeksmaster wordt van groot belang geacht. De commissie die ten behoeve van de NVAO-beoordeling over deze onderzoeksmasteropleiding een positief advies uitbracht, ziet in de beoogde onderzoeksmasteropleiding een meer wetenschappelijke geneeskundige opleiding en acht dat van eminent belang; niet alleen om de interactie tussen wetenschap en zorg te versterken, maar ook om artsen vertrouwd te maken met wetenschappelijk onderzoek, waardoor de kans toeneemt dat de op deze wijze opgeleide artsen weer deel gaan uitmaken van de niet-klinische vakgebieden. Juist dit laatste wordt als een gemis ervaren, dat kennelijk door de bestaande structuren (nog) niet of onvoldoende wordt opgeheven. In elk geval bevat de voorgestelde onderzoeksmasteropleiding een volledig geïntegreerde opleiding tot arts én tot klinisch onderzoeker. Mogelijk dat diversiteit in opleidingstrajecten ook leidt tot meer diversiteit in beroepsbeoefenaren, bijvoorbeeld wat betreft de attitude ten aanzien van het wetenschappelijk onderzoek (bij gebrek aan beter vooralsnog aangeduid met «arts-plus»). Een volgend interessant aspect van de beoogde opleiding is, dat hiermee een alternatieve route mogelijk wordt gemaakt tot het beroep van arts, zonder dat dat ten koste gaat van de kwaliteit. Op dit ogenblik bestaat er één route tot het beroep van arts, namelijk de 6-jarige opleiding (al dan niet opgedeeld in een 3-jarige bacheloropleiding geneeskunde en een 3-jarige masteropleiding geneeskunde). De voorgestelde route omvat een verwante, niet-geneeskunde bacheloropleiding, voorgeschakeld op een 4-jarig mastertraject. Hiermee kan optimaal gebruik worden gemaakt van de mogelijkheden die de bachelor-masterstructuur biedt.

In de derde plaats wijs ik op het aspect van ondersteunen van excellentie en de mogelijkheid die deze opleiding biedt om aan talent inderdaad ruim baan te verlenen. Het betreft een opleiding die zeer hoge eisen stelt aan de deelnemers en waarvoor ook zware, op de doelstellingen gerichte, selectiecriteria gehanteerd zullen worden. Daarmee is de opleiding dus ook absoluut niet te kenschetsen als zo maar een alternatieve route voor studenten die zijn uitgeloot voor de reguliere opleiding geneeskunde. Immers, niet de uitslag van de eerdere loting is bepalend voor instroom in een dergelijk traject, maar de aanwezigheid van bijzondere kwalificaties, op grond waarvan verwacht mag worden dat de student de opleiding met succes zal voltooien. Tot die kwalificaties behoort uiteraard niet het feit of het aantal malen, dat een student is uitgeloot.

Tenslotte wijs ik er op dat door de andere structuur en verkorting van de doorlooptijd van de opleiding tot basisarts, beter dan thans en met meer aandacht voor de kansen en mogelijkheden van studenten, kan worden gereageerd op behoefteschommelingen in de maatschappij aan artsen. De op het beroep van arts gerichte opleidingsduur neemt met circa 30% af, waardoor sneller geanticipeerd kan worden op maatschappelijke wensen. Gelet op de belangen van de individuele student is het verder van belang voor ogen te houden dat in het reguliere traject studenten die eenmaal een aanvang hebben gemaakt met de bacheloropleiding geneeskunde, opgeleid worden tot arts (en niet anders dan tot arts). In de voorgestelde structuur is het voor een student bij aanvang van een (verwante, doch niet-geneeskunde) bacheloropleiding absoluut niet zeker dat hij zal worden toegelaten tot de alternatieve route tot het beroep van arts. Daarvoor gelden immers zware selectiecriteria. De student doet er dus goed aan zijn studiekeuze niet te laten beïnvloeden door utopiën, maar door de wetenschap dat de kans groot is dat hij geen arts zal worden, tenzij hij beschikt over uitzonderlijk talent en dat talent ook benut. Met andere woorden, een student die bijvoorbeeld begint aan een bacheloropleiding

farmaceutische wetenschappen met het oogmerk om arts te worden via de onderzoeksmasteropleiding, loopt bewust een onverantwoord risico.

De leden van de D66-fractie verzoeken de regering nader in te gaan op de ervaringen die in het buitenland zijn opgedaan met een «two cycle» graduate-entry systeem naast de reguliere medische opleiding. Leidt het voorgestelde systeem bijvoorbeeld niet tot verdringing of marginalisering van de reguliere medische opleiding, zo vragen deze leden. Ook de leden van de CDA-fractie horen graag wat meer over de ervaringen met dergelijke masteropleidingen in het buitenland.

De voorgestelde alternatieve opleidingsroute tot het beroep van arts is zeer vergelijkbaar met de in Amerika gebruikelijke organisatie van de medische opleiding. Verder zijn met name universiteiten in Engeland en in Australië zeer actief met het vormgeven van het graduate-entry systeem. Thans hebben bijvoorbeeld twaalf Engelse universiteiten en acht Australische een graduate entry medical course. In Australië ging de eerste graduate-entry course in 1999 van start. Er is sprake van twee opvallende, met elkaar samenhangende verschillen tussen de voorgestelde masteropleiding en die in het buitenland. In de eerste plaats betreft dit de expliciete gerichtheid van de voorgestelde onderzoeksmasteropleiding op de combinatie van arts en onderzoeker. Daartoe zullen dan ook studenten worden geselecteerd waarvan op basis van de vooropleiding verwacht mag worden dat zij aan de hoge maatstaven, ook vanuit wetenschappelijk perspectief, kunnen voldoen. In de buitenlandse situatie is de 4-jarige masteropleiding vaak uitsluitend gericht op het artsenberoep. Die tijd is daar ook volledig voor nodig als we in ogenschouw nemen dat, en dat betreft het tweede verschil, bij veel van die opleidingen in principe alle bachelors (dus ook de niet aan geneeskunde of gezondheid verwante bachelors) toegang kunnen verkrijgen tot de opleiding. Daarbinnen komen er ook verfijningen voor. Zo biedt bijvoorbeeld de University of Oxford naast een 6-jarig regulier programma een graduate-entry program aan (met een streng toelatingsregime; de zogenaamde accelerated medical course for science graduates, een 4-jarige opleiding uitsluitend voor studenten met een specifieke, verwante vooropleiding). Er is dus internationaal sprake van grote diversiteit.

Er zijn geen gegevens uit het buitenland beschikbaar over de verdringing of marginalisering van de reguliere medische opleiding. Wel worden bijvoorbeeld in de Australische en Engelse situatie vooraf limieten gesteld aan het aantal instromende studenten in de graduate-entry programs.

3. Waarom deze wetswijziging?

De leden van de CDA-fractie willen graag weten met welke verwante niet-medische bachelors studenten kunnen instromen in een dergelijke masteropleiding. Ook de leden van de D66-fractie zouden graag een indicatie zien wat voor soort opleidingen straks waarschijnlijk als «verwant» beschouwd zullen worden.

Het is primair aan de instelling zelf om de aard van de toeleverende bacheloropleidingen te bepalen. Daarbij moet gedacht moet worden aan studenten van natuurwetenschappelijke en life sciences bacheloropleidingen, mits deze studenten blijken te beschikken over voldoende biomedische kennis, vaardigheden en motivatie. De Universiteit Utrecht heeft aangegeven zich te richten op studenten met een bachelordiploma Biomedische Wetenschappen, Biologie, Farmaceutische Wetenschappen, met een Bachelor of Sciencesgraad van het University College of met een vergelijkbare Nederlandse of buitenlandse bachelorgraad.

Het met succes op bachelorniveau afgerond hebben van een van deze opleidingen is weliswaar een voorwaarde voor, maar geen garantie tot toelating. Daartoe dient voldaan te worden aan alle toelatingcriteria.

De leden van de CDA-fractie begrijpen dat studenten niet automatisch toegang tot deze masteropleiding kunnen krijgen en dat er toelatingseisen gesteld mogen worden. Het is deze leden niet duidelijk waarom bij de voorliggende opleiding in Utrecht behalve de inhoudelijke eisen ook eisen aan de motivatie worden gesteld. Is het normaal voor de toegang tot een dergelijke masteropleiding de eis van «zeer gemotiveerd» te stellen, zo vragen deze leden.

Bij meer aanmelders dan plaatsen is selectie geboden. De instelling is binnen de grenzen van wetten en verdragen vrij in het gebruik van de daarbij te hanteren criteria. Bij een niet aansluitende masteropleiding als deze zal de instelling in de eerste plaats onderzoeken of de betrokkene, gelet op zijn vooropleiding, met vrucht de opleiding zal kunnen voltooien. Gelet op de mogelijkheid dat er ook dan nog meer gekwalificeerde aanmelders dan plaatsen zijn, zal een verdere verdieping van criteria moeten plaatsvinden. Het is goed denkbaar dat in een dergelijk geval motivatie en specifiek talent een rol gaan spelen. Dat is niet ongebruikelijk. Bedacht moet worden dat juist in reactie op het onpersoonlijke lotingsysteem bij opleidingen met een instroombeperking, de mogelijkheid van decentrale selectie in het leven is geroepen, waarbij gekwalificeerde kandidaten op hun inzet, motivatie of specifieke talent geselecteerd kunnen worden. De selectie van studenten voor de onderhavige selectieve onderzoeksmasteropleiding door de instelling zelf zal hiermee vergelijkbare elementen kunnen bevatten.

Voorts vragen de leden van de CDA-fractie wie er eisen stelt aan de capaciteit van de opleiding. Is dat de overheid of de instelling zelf? Geldt bij het stellen van capaciteitseisen aan deze opleiding de bestaande numerus fixus regeling of wordt hier gebruik gemaakt van een andere regeling, zo vragen de leden van deze fractie.

De acht medische faculteiten in ons land hebben in elk geval als gezamenlijke taak het opleiden van voldoende basisartsen, opdat daarmee op adequate wijze kan worden voorzien in de behoefte aan artsen in ons land. Daarin werd tot voor kort uitsluitend voorzien door 6-jarige, ongedeelde opleidingen. Meer en meer worden ook deze opleidingen ingepast in de bachelor-masterstructuur, zodat de reguliere opleiding tot het beroep van arts zal bestaan uit een 3-jarige bacheloropleiding geneeskunde en een 3-jarige masteropleiding geneeskunde.

Vanwege het feit dat enerzijds de opnamecapaciteit van de acht faculteiten gezamenlijk een bovengrens stelt (de capaciteitsfixus) maar anderzijds ook de maatschappelijke resorptiecapaciteit grenzen stelt (we willen immers ook niet veel te veel dure professionals opleiden voor werkloosheid), wordt jaarlijks door de betrokken instellingen een instroomcapaciteit vastgesteld (de numerus fixus) met inachtneming van behoefte-ramingen, doelmatigheidsaspecten en financiële mogelijkheden. Uiteraard is hierover intensief contact tussen enerzijds de betrokken instellingen en anderzijds het departement van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en mijn departement.

In deze situatie zal de ruimte voor vernieuwing, zoals de onderhavige onderzoeksmasteropleiding, gecreëerd moeten worden binnen de bestaande kaders. Dat zou slechts anders kunnen zijn in een uitbreidende markt, maar daarvan lijkt nu en in de naaste toekomst geen sprake. Het is dus onvermijdelijk dat de instroom in de onderzoeksmasteropleiding samengaat met een beperking van de instroom in de bacheloropleiding geneeskunde. Hiertoe zullen met de instellingen die het betreft nadere afspraken gemaakt moeten worden, waarbij het uitgangspunt is dat de

instroom in de onderzoeksmasteropleiding bij de desbetreffende universiteit in mindering zal worden gebracht op het aantal instroomplaatsen in de bacheloropleiding geneeskunde. De Vereniging Nederlandse Universiteiten (VSNU) en de Nederlandse federatie van universitair medische centra (Nfu) delen deze visie volledig. Met de Universiteit Utrecht, die als eerste dit model zal hanteren, zijn hierover al sluitende afspraken gemaakt (zie daartoe onder meer het antwoord op de vraag van de leden van de D66-fractie over de verwachte instroomdaling). Verder zal in de nog te maken afspraken, geheel in lijn met de opvattingen van de VSNU en Nfu, een maximum worden aangegeven dat landelijk voor deze categorie studenten kan worden bestemd. Mogelijk dat ook andere instellingen een dergelijke onderzoeksmaster willen starten. Daarbij geven de koepels aan te denken aan maximaal ca. 200 plaatsen landelijk. Ook hiermee wordt, in aansluiting op een eerdere opmerking in verband met de desbetreffende vraag van de leden van de D66-fractie, voorkomen dat het voorgestelde stelsel leidt tot verdringing of marginalisering van de reguliere opleiding.

4. Financiële consequenties

De leden van de PvdA-fractie vragen wie de kosten gaat betalen, als het verwachte effect van een verminderde instroom in de bacheloropleiding geneeskunde niet optreedt.

Deze situatie zal zich, zoals hiervoor al uiteengezet, niet voordoen. Het betreft immers een situatie van communicerende vaten. Instroom in de onderzoeksmasteropleiding kan slechts plaatsvinden indien en voorzover de instroom in de initiële opleiding daalt, zij het dat aan die daling om andere redenen grenzen worden gesteld.

De leden van de VVD-fractie hebben een vraag over de extra kosten voor studiefinanciering. Volgens de regering worden die kosten gecompenseerd door vermindering van de meerkosten bacheloropleiding geneeskunde (reductie instroom in de bacheloropleiding geneeskunde). Het aantal studenten, in welke bacheloropleiding dan ook, blijft echter gelijk en de kosten daarmee ook. Kan de regering aangeven hoe de meerkosten van de opleiding gecompenseerd kunnen worden door reductie in de instroom geneeskunde, bij een gelijkblijvend studentenaantal in de bachelorfase, zo vragen deze leden.

De extra kosten voor studiefinanciering komen ten laste van het bestaande middelenkader HO (onderzoeksmasteropleidingen in het wetenschappelijk onderwijs). Daarom kan dit voor het Rijk budgettair neutraal gebeuren. Voorts is het van belang voor ogen te houden dat de beoogde 4-jarige opleiding tot arts, tevens klinisch onderzoeker, niet duurder is dan de reguliere 6-jarige opleiding tot arts. De middelen die met een studietraject in de reguliere opleiding gemoeid zijn vallen gedeeltelijk vrij, omdat de eerste drie jaar van dat traject niet gevolgd worden. De instromende studenten hebben immers een (in kostentermen uitgedrukt) «goedkopere» bacheloropleiding gevolgd. De besparing die samenhangt met deze relatief goedkopere aanlooproute kan worden ingezet voor de intensivering en verlenging van de beoogde masteropleiding.

De leden van de D66-fractie vinden de financiële onderbouwing van het wetsvoorstel onvoldoende. Er wordt gesteld dat de invoering van de selectieve masteropleiding arts/klinisch onderzoeker voor het Rijk budgettair neutraal zal zijn, omdat de meerkosten van een vierde jaar masteropleiding worden gecompenseerd door vermindering van de meerkosten bacheloropleiding geneeskunde. Met andere woorden, financiering vindt plaats door een reductie van de instroom in de bacheloropleiding geneeskunde. Deze leden hebben grote bedenkingen tegen de wenselijkheid van

dit laatste. Om dit te kunnen beoordelen is inzicht nodig in de ongesaldeerde meerkosten van de selectieve masteropleiding arts/klinisch onderzoeker, die noodzakelijkerwijs corresponderen met de voorgestelde bezuiniging op de instroom in de bacheloropleiding geneeskunde.

Het is, zoals reeds eerder betoogd, onvermijdelijk dat de instroom in de onderzoeksmasteropleiding gepaard gaat met een lagere instroom in de bacheloropleiding geneeskunde. Dat is niet zozeer een financiële kwestie, zoals de leden van de D66-fractie voor ogen hebben, maar een kwestie van capacitaire mogelijkheden. Bij de bekostiging van de universiteiten spelen bovendien andere variabelen dan kostprijzen een rol en de kostprijs van een nieuwe opleiding is niet op voorhand te bepalen. Voor de beantwoording van de vraag van deze leden is het ook niet noodzakelijk om inzicht te hebben in de feitelijke meerkosten van de nieuwe opleiding en de werkelijke meevallers, vanwege de bovengenoemde daling van de instroom in de initiële opleiding. Immers, de budgettaire neutraliteit voor het Rijk wordt gerealiseerd door afspraken met de Universiteit Utrecht over een voor het Rijk budgettair neutrale invoering. Met andere woorden, voor het Rijk is de randvoorwaarde bij de uitwerking van de gevolgen van het wetsvoorstel voor de bekostiging, dat de rijksbijdrage van universiteiten niet zal toenemen vanwege het wetsvoorstel.

Voorts vragen de leden van de D66-fractie hoe groot, in aantallen studenten, de verwachte instroomdaling bij de bacheloropleiding geneeskunde eigenlijk is en hoe het aantal vooraanmeldingen voor de bacheloropleiding geneeskunde zich thans verhoudt tot het aantal beschikbare plaatsen.

De Universiteit Utrecht heeft aangegeven dat zij zich per september 2006 wil richten op een instroom in de onderzoeksmasteropleiding van maximaal 48 studenten. Omdat de universiteit als totale opname capaciteit 344 plaatsen heeft opgegeven aan de IB-Groep, resteert voor de bacheloropleiding geneeskunde in Utrecht een instroomcapaciteit van ten minste 296 studenten. Het is goed mogelijk dat in de toekomst meerdere instellingen een dergelijke opleiding willen starten. Daar is dan te zijner tijd afzonderlijke besluitvorming voor nodig. Volgens de laatste gegevens bedraagt het totale aantal vooraanmelders voor de opleiding geneeskunde ruim 4500 gegadigden. Het aantal beschikbare plaatsen bedraagt thans 2850.

De leden van de D66-fractie vragen tot slot naar de doorstroom in het vervolg van de geneeskundestudie en hoe dit zich, meerjarig, verhoudt tot de (verwachte) vraag naar artsen.

Het gemiddelde rendement van de opleiding geneeskunde bedraagt door de jaren heen ruim 80%, hetgeen als zeer hoog is aan te merken in het wetenschappelijk onderwijs. Meer dan 80% van de studenten die aan de studie begint wordt dus uiteindelijk basisarts. Volgens opgave van het Capaciteitsorgaan stroomt historisch 85% van de basisartsen door naar een medische vervolgopleiding (huisartsgeneeskunde, verpleeghuisartsgeneeskunde, of een van de medisch-specialistische of sociaal-geneeskundige vervolgopleidingen). De vraag naar artsen wordt geraamd door het Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen. De huidige instroom is op die ramingen gebaseerd. Men raamde in 2002 dat voor het voldoen aan de toekomstige vraag naar basisartsen een instroom van 2850 geneeskunde studenten nodig is. Bij die ramingen is uiteraard rekening gehouden met de gemiddelde doorstroompercentages. In zijn brief van 17 januari 2006 (IBE/BO-2645810) aan de Tweede Kamer heeft minister Hoogervorst mede

namens mij uiteengezet dat er goede redenen zijn om het huidige capaciteitsbeleid voort te zetten en de instroom te stabiliseren.

De Staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap,
M. Rutte