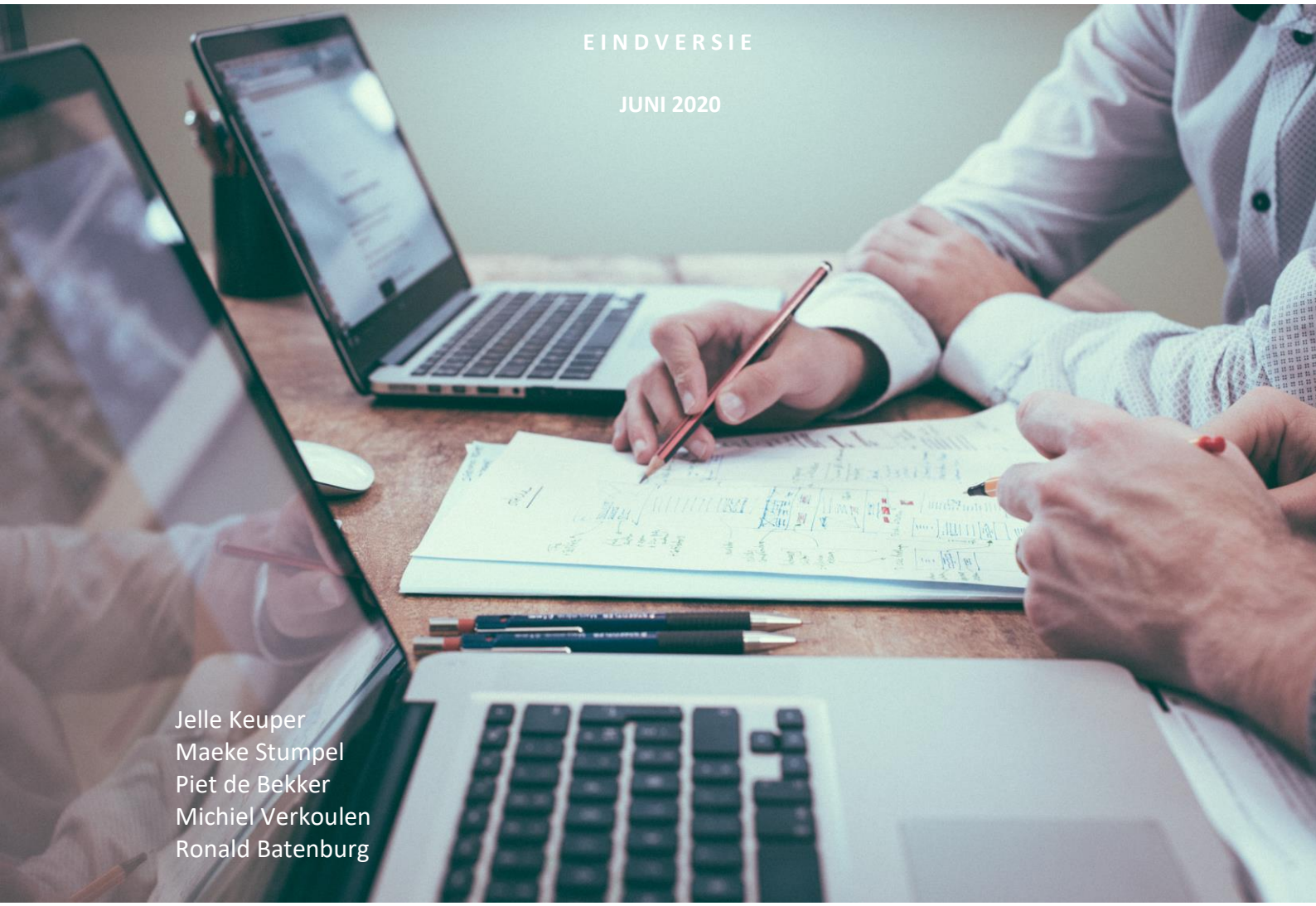
Het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland

Inzichten om tot een structureel financieringsmodel te komen



EINDVERSIE

JUNI 2020

Jelle Keuper
Maeke Stumpel
Piet de Bekker
Michiel Verkoulen
Ronald Batenburg

NIVEL
Kennis voor betere zorg

zorgvuldig advies

Het **Nivel** levert kennis om de gezondheidszorg in Nederland beter te maken. Dat doen we met hoogwaardig, betrouwbaar en onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek naar thema's met een groot maatschappelijk belang. 'Kennis voor betere zorg' is onze missie. Met onze kennis dragen we bij aan het continu verbeteren en vernieuwen van de gezondheidszorg. We vinden het belangrijk dat mensen in staat zijn om deel te nemen aan de samenleving. Ons onderzoek draait uiteindelijk om de vraag hoe we de zorg voor de patiënt kunnen verbeteren. Alle onderzoeken publiceert het Nivel openbaar, dat is statutair vastgelegd.

Zorgvuldig Advies is een gedreven adviesbureau voor de zorgsector. Onze adviseurs hebben een stevige inhoudelijke betrokkenheid bij de opdrachtgever en haar omgeving, maar altijd met voldoende professionele afstand om kritisch te blijven en vanuit visie een creatieve oplossing te vinden. Bij Zorgvuldig Advies kennen we de tegenstellingen in de zorg. Maar we leggen ons niet neer bij impasses. Wij geloven dat er altijd een gezamenlijk belang is. We richten onze blik naar buiten om tot echte oplossingen te komen. We zijn optimistisch, gedreven en kritisch. We durven de pijn te benoemen en zijn zuiver in ons advies. Met oog voor de mensen waarmee we werken.

Juni 2020

ISBN

030 272 97 00
nivel@nivel.nl
www.nivel.nl

© 2020 Nivel, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Zorgvuldig Advies
zorgvuldig@zorgvuldigadvies.nl
www.zorgvuldigadvies.nl
© 2020 Zorgvuldig Advies, Grebbeberglaan 15, 3527 VX UTRECHT

Gegevens uit deze uitgave mogen worden overgenomen onder vermelding van Nivel & Zorgvuldig Advies en de naam van de publicatie. Ook het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Voorwoord

Voor u ligt het rapport “Het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland. Inzichten om tot een structureel financieringsmodel te komen”. Het rapport is opgesteld door ons, het Nivel en Zorgvuldig Advies, in opdracht van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW). Het bereiken van een structureel financieringsmodel voor het gehele kennis en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde is een zeer noodzakelijk maar ook zeer complex doel en proces.
De inzichten die we in dit rapport presenteren hadden we niet kunnen opstellen zonder de bijdragen van veel verschillende organisaties en personen uit de begeleidingscommissie. We willen hen, en in het bijzonder voorzitter Jenneke van Veen, daarvoor hartelijk bedanken. Ook gaat dank uit naar alle deelnemers aan de interviews, focusgroepen en bijeenkomsten voor hun openheid, bijdragen en inzet.

Utrecht, juni 2020
De auteurs

Jelle Keuper
Maeke Stumpel
Piet de Bekker
Michiel Verkoulen
Ronald Batenburg

Inhoud

Voorwoord **3**

Samenvatting **6**

1 Inleiding **11**
1.1 Aanleiding 11
1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen 14
1.3 Leeswijzer 15

2 Onderzoeksmethode **16**
2.1 Onderzoeksfase 1: beschrijving van de huidige situatie op basis van bureauonderzoek en een eerste interviewronde 16
2.2 Onderzoeksfase 2: financiering bij aanverwante beroepsgroepen en focusgroepen 17
2.3 Onderzoeksfase 3: de werksessie met de Kwaliteitstafel 17
2.4 Onderzoeksfase 4: juridische toetsing en randvoorwaarden financieringsmodellen 18

3 De huidige situatie van het kennis- en kwaliteitsbeleid **20**
3.1 De opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts 21
3.2 Bij- en nascholing van bedrijfs- en verzekeringsartsen 25
3.3 Richtlijnen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 28
3.4 Wetenschappelijk onderzoek bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde 31
3.5 Samenvatting van de geschatte huidige kosten van het kennis- en kwaliteitsbeleid 36

4 Financiering kennis- en kwaliteitsbeleid bij aanverwante beroepsgroepen **38**
4.1 Huisartsen 38
4.2 Medisch specialisten 41
4.3 Accountants 43
4.4 Advocaten 45
4.5 Notarissen 48
4.6 Verkeersvliegers 50
4.7 Samenvatting 52

5 Focusgroepen en de werksessie met de Kwaliteitstafel **54**
5.1 Resultaten van de focusgroepen 54
5.2 Resultaten van de werksessie met de Kwaliteitstafel 57

6 Voorkeursmodellen voor structurele financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid **60**
6.1 Inleiding 60
6.2 Een voorkeursmodel voor structurele financiering van de opleiding tot bedrijfs-en verzekeringsarts 61

6.3 Structurele financiering van de bij- en nascholing van bedrijfs-en verzekeringsarts: consolidatie 65
6.4 Een voorkeursmodel voor structurele financiering van de richtlijnen voor bedrijfs-en verzekeringsgeneeskunde 67
6.5 Een voorkeursmodel voor structurele financiering van het wetenschappelijk onderzoek in de bedrijfs-en verzekeringsgeneeskunde 69
6.6 De voorkeursmodellen voor structurele financiering samengevat 72
6.7 Juridische uitvoerbaarheid van de voorkeursmodellen 74

7 Conclusie en discussie 80
7.1 Knelpunten binnen het kennis- en kwaliteitsbeleid - en structurele financiering als oplossing 81
7.2 Discussie, risico's en aanbevelingen 83

Literatuur 85

Bijlage A Interviewleidraad 87

Bijlage B Opzet focusgroepen 88

Bijlage C Opdracht werksessie Kwaliteitstafel 90

Samenvatting

Het is een algemeen gevoelde zorg dat een structurele financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland ontbreekt. Deze structurele financiering is nodig om een solide basis te creëren voor wetenschappelijk onderzoek, richtlijnontwikkeling, bij- en nascholing en de opleiding. En om deze in samenhang met elkaar op een hoger niveau te brengen.

Dit is niet alleen noodzakelijk om de al lang bestaande krapte op de arbeidsmarkt van bedrijfs- en verzekeringsartsen op te lossen. Een structureel gefinancierd kennis- en kwaliteitsbeleid maakt het ook mogelijk om de kansen te realiseren die er nu zijn om de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde als vakgebied beter te profileren. Beide zorgen ervoor dat in Nederland de zorg en ondersteuning van de beroepsbevolking verbetert, en daarmee hun productiviteit, belastbaarheid en duurzame inzetbaarheid.

De hoofdvraag van dit onderzoek was dan ook: *Welke financieringsmodellen kunnen worden ontwikkeld voor een structureel kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde?*

Voordat mogelijke financieringsmodellen werden verkend, zijn eerst de **huidige en toekomstige kosten** van het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde bepaald. Dit is gedaan aan de hand van bureau-onderzoek en interviews. Deze kosten blijken van veel parameters afhankelijk te zijn die niet allemaal even goed te kwantificeren zijn. Daarom zijn beargumenteerde schattingen gemaakt voor de vier hoofdelementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid.

- De kosten van de opleiding van bedrijfs- en verzekeringsartsen kunnen (in totaal en per jaar) relatief goed worden ingeschat. Het huidige aantal arts(en) in opleiding tot specialist (aios) en is bekend en ook zijn scenario's te maken hoe dit aantal zich in de toekomst zal ontwikkelen. Hiervoor wordt afgegaan op het advies van het Capaciteitsorgaan om de instroom te verhogen van 100 aios bedrijfsgeneeskunde op dit moment naar 250 aios, en van de huidige 60 aios verzekeringsgeneeskunde naar 70 per jaar in de komende 15 a 18 jaar. Een onzeker element zijn de gemiddelde dervings- en verletkosten voor de werkgevers en zelfstandig werkzame bedrijfs- en verzekeringsartsen wanneer zij aios opleiden.

- De kosten van bij- en nascholing zijn (in totaal en per jaar) berekend op basis van het aantal geregistreerde bedrijfs- en verzekeringsartsen en de kosten voor accreditatie en visitatie per arts en daarnaast de bijbehorende dervingskosten. Hoe het aantal geregistreerde bedrijfs- en verzekeringsartsen zich zal ontwikkelen is geschat op basis van hetzelfde Capaciteitsorgaan-advies dat bij de opleiding is gehanteerd, wat neerkomt op een netto stabilisatie van het aantal op basis van in- en uitstroom in de komende 10 jaar.

- Voor de schatting van de jaarlijkse kosten van richtlijnen zijn de onzekerheden relatief groot. Het huidige aantal richtlijnen en protocollen in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde is weliswaar bekend, maar onzeker is (1) het tempo waarmee deze worden onderhouden, (2) welke nieuwe richtlijnen worden ontwikkeld en (3) wat de gemiddelde kosten voor richtlijnontwikkeling, -implementatie en –herziening zijn. Deze zijn beargumenteerd ingeschat voor de huidige situatie, waarnaast een scenario voor de toekomst is opgesteld op basis van de resultaten die zullen voortkomen uit de Werkgroep 'richtlijnen en implementatie' van de Kwaliteitstafel. Daarin wordt ingezet op een inhaalslag van richtlijnherzieningen, en verdere ontwikkeling van multidisciplinaire richtlijnen gezamenlijk voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde.

- Bij het bepalen van de jaarlijkse kosten van het wetenschappelijk onderzoek spelen ook flinke onzekerheden en zijn deze beargumenteerd ingeschat. We zijn uitgegaan van de drie huidige academische werkplaatsen arbeid en gezondheid (AWAG's) in Tilburg, Groningen en Amsterdam (waar een groot aantal leerstoelen en lectoraten aan verbonden zijn), het Kenniscentrum voor Verzekeringsgeneeskunde (KCVG), het Academisch Centrum voor Private Verzekeringsgeneeskunde kenniscentrum (ACPV), en de kennisinstituten/commissies van de beroepsverenigingen NVAB, NVVG en GAV. Voor de drie AWAG's zijn de kosten ingeschat van een veronderstelde basisbezetting en daarnaast zijn de jaarlijkse kosten van het KCVG nagegaan. De mogelijk toekomstige kosten van het wetenschappelijk onderzoek zijn ingeschat op basis van de resultaten die de Werkgroep 'academisering' van de Kwaliteitstafel zal opleveren. Dit is ten eerste een landelijke kennisagenda, een programma van onderzoeksprojecten rond de belangrijkste kennisvragen die uitgevoerd kunnen worden door kennisnetwerken. Ten tweede wordt ingezet op het uitbreiden van AWAG's 'nieuwe stijl' om deze kennisnetwerken gezamenlijk voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde te realiseren.

Tabel 1 geeft aan wat – gegeven alle aannames en onzekerheden – de huidige jaarlijkse kosten van het kennis- en kwaliteitsbeleid zijn, voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde samen. In het rapport wordt ook de uitsplitsing hiervan gemaakt. Per element is een kostenschatting weergegeven voor de nabije toekomst, als veronderstelde scenario's zich zouden voltrekken. Gegeven de beperkingen van de schattingen vormt de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts nu, en vooral in de toekomst, duidelijk de grootste kostenpost binnen het kennis- en kwaliteitsbeleid.

Tabel 1 Overzicht totale kosten kennis- en kwaliteitsbeleid van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde per jaar en per element, op dit moment en in een mogelijk toekomstscenario

	Huidige kosten	Toekomstige kosten
Opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsartsen	≈ € 22,4 – 31,3 miljoen	≈ € 82,5 – 116,5 miljoen
Bij- en nascholing van bedrijfs- en verzekeringsartsen	≈ € 17,6 – 18,1 miljoen	≈ € 17,6 – 18,1 miljoen
Richtlijnontwikkeling, -implementatie en -herziening	≈ € 0,6 – 0,8 miljoen	≈ € 1,2 – 1,6 miljoen
Wetenschappelijk onderzoek en academisering	≈ € 3,2 miljoen	≈ € 4,4 miljoen
Totale kosten kennis- en kwaliteitsbeleid	≈ € 43,8 – 53,4 miljoen	≈ € 105,7 – 140,6 miljoen

De verkenning van **mogelijke structurele financieringsmodellen** van het kennis- en kwaliteitsbeleid is langs twee lijnen uitgevoerd.

Ten eerste is bij **zes 'aanverwante' beroepsgroepen** onderzocht hoe deze het kennis- en kwaliteitsbeleid financieren. Twee daarvan waren de huisartsen en medisch specialisten, bij wie de overheid een grote rol speelt in de financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid. Hun opleiding wordt publiek en via opleidingsfondsen gefinancierd, bij- en nascholing gaat voor eigen rekening van de artsen. Artsen dragen ook bij aan richtlijnen via contributie aan de beroepsverenigingen en een afroming van de inkomsten van huisartspraktijken en maatschappen of medisch specialistische bedrijven. Een groot deel van de kosten van richtlijnen en zeker het wetenschappelijk onderzoek wordt echter publiek gefinancierd, veelal via intermediërende organisaties zoals ZonMw. Ook kennen huisartsen en medisch specialisten een sterke traditie van wetenschappelijk onderzoek, leerstoelen en onderzoekscentra binnen alle universitair medisch centra in Nederland, welke voornamelijk door de overheid wordt gefinancierd. Maar ook wordt in topklinische en andere ziekenhuizen geïnvesteerd in opleiding, bij- en nascholing, richtlijnen en wetenschappelijk onderzoek.

Vier andere onderzochte beroepsgroepen waren de notarissen, verkeersvliegers, accountants en advocaten. Hier wordt de opleiding en de bij- en nascholing privaat gefinancierd. Er wordt relatief weinig wetenschappelijk onderzoek verricht en richtlijnen vallen onder het kwaliteitsbeleid van de beroepsgroep. Financiering hiervan komt voort uit een verplichte lidmaatschap met een relatief hoge bijbehorende contributie aan de beroepsverenigingen. In het geval van de notarissen is men na het wegvallen van overheidsfinanciering overgegaan op financiering van een kwaliteitsfonds door een tariefopslag op elke akte te leggen, waardoor de 'eindklant' de facto aan de richtlijnen meebetaald.

Ten tweede is in het onderzoek een aantal **focusgroepen** gehouden en een **werksessie** met alle relevante stakeholderorganisaties in het kader van een bijeenkomst van de Kwaliteitstafel. Hiermee is nader verkend wat wenselijke en haalbare richtingen zouden zijn om het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde structureel te financieren; nu en in de toekomst. Uitgangspunt van deze discussies waren de huidige financieringsmodellen en belangrijke verschillen daarin naar vakgebied en sector. Zo acteren de bedrijfsartsen in een private markt waar hun werkgevers de opleiding en bij- en nascholing betalen. De meeste verzekeringsartsen werken daarentegen binnen de publieke sector en zijn werkzaam bij het UWV die de opleiding en bij- en nascholing vanuit de overheid financiert. Een tweede verschil in financiering bestaat tussen de bedrijfs- en verzekeringsartsen die in loondienst zijn en zij die als zelfstandige werkzaam zijn. De laatste groep heeft weliswaar ook in de meeste gevallen de opleiding op kosten van de werkgever gevolgd, maar kent als eigen ondernemer relatief veel hogere kosten in het bijdragen aan het kennis- en kwaliteitsbeleid zoals het zelf opleiden, richtlijnontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek.

Gegeven deze bestaande verschillen is er een alom gevoelde urgentie dat de knelpunten in de professionele ontwikkeling en de huidige arbeidsmarktkrapte de basis van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde nu onverantwoord onder druk zet. Uit de focusgroepen en werksessie kwam als rode draad naar voren dat structurele financiering alleen mogelijk is in de vorm van hybride financieringsmodellen waarin de overheid meer gaat bijdragen dan nu het geval is. Hiermee wordt volgens veel stakeholders recht gedaan aan het publieke belang van een kwalitatief hoogstaande bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, waarvan de baten neerslaan in de productiviteit van de beroepsbevolking en duurzame inzetbaarheid van werknemers voor de economie en samenleving.

De gewenste combinatie van publieke en private financiering kan daarbij verschillend uitpakken voor de verschillende elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid. Een hybride financieringssysteem betekent structurele cofinanciering van de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts, richtlijnen en wetenschappelijk onderzoek in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Bij- en nascholing kan volgens de meeste stakeholders op eenzelfde private basis georganiseerd en gefinancierd worden, zoals nu al gebeurt. Erkend wordt ook dat de huidige private financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid niet vervangen zou moeten worden, maar zou moeten worden *aangevuld en versterkt* door financiering vanuit de overheid. Dit betreft financiering vanuit bedrijfs- en verzekeringsartsen zelf (in loondienst en als zelfstandige, individueel en via lidmaatschap van de beroepsvereniging), vanuit de particuliere werkgevers van de bedrijfs- en verzekeringsartsen en via hun eindklanten. Alle private partijen hebben immers ook belang bij zeggenschap over de invulling en opbrengsten van het kennis- en kwaliteitsbeleid wanneer zij daaraan óók structureel bijdragen.

Alles afwegend komen uit dit onderzoek vier **conclusies** naar voren die onderverdeeld zijn naar de vier hoofdelementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid; die uiteraard ook een belangrijke samenhang kennen.

a) De eerste conclusie is dat het wenselijk is dat de overheid met name gaat bijdragen aan de bekostiging van de opleiding bedrijfsgeneeskunde in Nederland. Dit betekent een belangrijke beleidswijziging die noodzakelijk is om te voorkomen dat het tekort aan bedrijfsartsen verder oploopt en de beroepsgroep

haar basis in termen van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit dreigt te verliezen. Het collectieve doel om de benodigde opleidingsinstroom over 5 tot 10 jaar te realiseren zal met de huidige opleidingscapaciteit en financiering door arbodiensten en zelfstandigen niet privaat gerealiseerd kunnen worden. Het is nader te bepalen welk deel de overheid aan de opleiding bedrijfsgeneeskunde zou moeten bijdragen, maar de keuze voor een hybride financieringsmodel is hierbij een fundamentele stap. De opleiding vormt de grootste kostenpost van het kennis- en kwaliteitsbeleid en dient daarom financieel door zowel publieke als private schouders gedragen te worden, ook gezien de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de toekomst van de beroepsgroep en de bedrijfsgeneeskunde. Werkgevers in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde zouden samen met de overheid tot een fonds kunnen komen waaruit de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts structureel gefinancierd zal worden. Het onderscheid tussen de kosten die op de relatief korte en lange termijn spelen, en die met dit onderzoek in kaart zijn gebracht, kan ook behulpzaam zijn in het maken van haalbare en wenselijke verdeelsleutels.

b) De tweede conclusie is dat het huidige financieringssysteem van bij- en nascholing niet gewijzigd hoeft te worden. Vanuit de individuele verantwoordelijkheid van de bedrijfs- en verzekeringsarts zelf, en de verantwoordelijkheid van de eventuele werkgever voor zijn dienstverlening, kan dit binnen het huidige systeem van registratie en private financiering verder worden georganiseerd en gefinancierd.

c) De derde conclusie is dat overheid en vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde ook samen verantwoordelijk zijn voor de richtlijnen in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. In de richtlijnontwikkeling dreigt stilstand door beperkte private capaciteit en financiering vanuit de beroepsverenigingen. De (multidisciplinaire) richtlijnprioritering en kennisagenda die uit de Kwaliteitstafel naar voren komen kennen vooralsnog geen structurele financieringsbasis om deze ook uit te voeren. Vergelijkbaar met het voorstel voor een opleidingsfonds is een hybride richtlijnen-fonds een wenselijke oplossingsrichting voor dit al langer bestaande probleem. De concrete verdeelsleutel tussen publiek en privaat is een nadere uitwerking van het uitgangspunt dat hybride en gezamenlijke financiering ook nodig is om richtlijnen in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde (en daarmee hun vakinhoudelijke ontwikkeling) op peil te houden. En ook hier kan het onderscheid tussen de kosten op relatief korte en lange termijn behulpzaam zijn in het maken van haalbare en wenselijke verdeelsleutels.

d) De vierde conclusie is dat het wetenschappelijk onderzoek in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde vooral door infrastructurele aanpassingen verder ontwikkeld kan worden zodat dit belangrijke onderdeel van het kennis- en kwaliteitsbeleid niet stil komt te vallen en/of te afhankelijk wordt van private partijen. De bestaande AWAG's en kenniscentra hebben mogelijkheden tot het verder werven van privaat gefinancierd onderzoek, maar ketenpartners kunnen juist ook via publieke financiering en inbreng '*in kind*' de AWAG's nieuwe stijl verder uitbouwen en versterken. De kennisagenda die uit de Kwaliteitstafel naar voren komt heeft al de meest belangrijke kennisvragen in kaart gebracht zodat bestaande én nieuwe AWAG's en kenniscentra hier gezamenlijk en gecoördineerd aan kunnen werken. Een apart ZonMw-programma, waaraan zowel publieke als private partijen bijdragen en beroepsverenigingen een inhoudelijke rol spelen, vormt een geschikte infrastructuur om in kennisnetwerken multidisciplinair onderzoek in de bedrijfs- én verzekeringsgeneeskunde te realiseren.

Deze vier conclusies, en dan met name de voorstellen voor een opleidings- en richtlijnenfonds, zijn op onderdelen getoetst op **juridische aspecten**. Daarbij is gelet op twee zaken: (1) de grondslagen voor private financiering in de vorm van bijdragen van individuele artsen, hun verenigingen, hun werkgevers en andere partijen aan een dergelijk fonds, en (2) de wettelijke randvoorwaarden op het gebied van publieke dienstverlening en concurrentie. Hieruit komt naar voren dat de oprichting van een dergelijk fonds naar

verwachting niet in strijd zijn met geldende wet- en regelgeving en dat daarvoor geen aanvullende wetgeving benodigd is.

De voornaamste uitdaging ligt dan ook in realiseren van een aantal **randvoorwaarden** die uit dit onderzoek naar voren komen, en de aanbevelingen vormen **voor verdere stappen en actie**.

1. Een eerste belangrijke randvoorwaarde is dat het fonds een structurele financieringsbasis vormt, zodat op lange termijn en zonder afhankelijkheid van marktveranderingen geïnvesteerd kan worden in de ontwikkeling van voldoende opleidingsplaatsen en richtlijnen. Dit betekent dus ook commitment van publieke en private partijen op de lange termijn in de voorgestelde hybride fondsen voor structurele financiering.

2. Een tweede randvoorwaarde is dat de kosten van de opzet en uitvoering van de fondsen zo laag mogelijk zijn. Kosten voor een opleidingsfonds kunnen bespaard worden door aan te sluiten bij de systematiek van de opleidingsfondsen die het ministerie van VWS voor andere medisch beroepen al lange tijd uitvoert en beheert. Kosten voor een richtlijnenfonds kunnen bespaard worden door gebruik te maken van ZonMw als kennisorganisatie. Daar lopen immers al richtlijnprogramma's en bestaat een infrastructuur voor financiering en beheer van onderzoek voor richtlijnontwikkeling.

3. Ten derde dient een zo groot mogelijke omvang en spreiding van opleidingscapaciteit en private bijdragen aan de richtlijnen gerealiseerd te worden. Dit betekent dat opnieuw, maar dan vanuit het gehele voorstel en dit onderzoek, draagvlak onder alle beroepsverenigingen, werkgevers en zelfstandigen in de arbeids- en bedrijfsverzekeringsgeneeskunde gecreëerd moet worden. De Kwaliteitstafel is en was in feite een gremium voor een dergelijke draagvlak-creatie, waarin het collectieve belang en urgentiebesef voor structurele financiering centraal staat. Het is dus belangrijk dat een dergelijk gremium gecontinueerd wordt om partijen bij elkaar te brengen en te houden, en de route naar de voorgestelde fondsen te ondersteunen.

4. De vierde randvoorwaarde is dat er structurele samenwerking binnen de fondsen plaatsvindt vanuit de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, zowel inhoudelijk, organisatorisch en qua capaciteit. Beide disciplines kennen meer inhoudelijke aanknopingspunten dan nu worden benut in alle elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid: gezamenlijke opleiding, bij- en nascholing, richtlijnontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek. De verschillen in financiering tussen beide vakgebieden zijn mogelijk een oorzaak hiervoor geweest, maar deze verschillen worden juist verkleind of opgeheven met de aanbevelingen van dit onderzoek.

Vervolgactie, door alle stakeholders en beleidsmakers, is noodzakelijk om de gewenste structurele financiering te realiseren. Dit onderzoek heeft willen bijdragen aan inzicht in de randvoorwaarden daarvoor: een consistent standpunt, liefst met groot draagvlak, wát daarvoor nodig is, en met welke ontwikkelingen en verschillen daarbij rekening moet worden gehouden. De drijfveer is dat het kennis- en kwaliteitsbeleid de basis vormt voor verdere ontwikkeling van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland. Het is duidelijk dat deze basis zodanig onder druk staat dat **het momentum nu groot is om deze structurele financiering gezamenlijk te realiseren, waarin ieder zijn deel neemt**.

1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de aanleiding, doelstellingen en hoofdvragen van dit onderzoek beschreven. Het hoofdstuk sluit af met een leeswijzer van deze rapportage.

1.1 Aanleiding

De bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland kent al geruime tijd een gespannen arbeidsmarkt. Al trekt de instroom van bedrijfs- en verzekeringsartsen momenteel aan, deze is vooralsnog onvoldoende om de te verwachten uitstroom te compenseren, de huidige onvervulde vraag te vervullen en de te verwachten groei in vraag aan te kunnen (Capaciteitsorgaan, 2019). Daarnaast leidt de te verwachten uitstroom tot een tekort aan capaciteit voor de begeleiding van opleidelingen.

De professionele positie en ontwikkeling van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde is een belangrijke en onderliggende oorzaak van de arbeidsmarktknelpunten. In vergelijking met andere medische vervolgopleidingen zijn beide vakgebieden minder bekend en weinig populair onder geneeskundestudenten en basisartsen (Van der Velde en Wierenga, 2016). Wel zijn er enige positieve effecten van recente imago-campagnes als www.bedrijfartsworden.nl en www.werkenbijuwvalsarts.nl zichtbaar, die profiteren van het feit dat er momenteel veel basisartsen zijn die zoeken naar plek voor de medisch vervolgopleiding van hun keuze. Een knelpunt blijft echter dat het kennis- en kwaliteitsbeleid binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde zich minder sterk ontwikkeld dan die van andere medische beroepsgroepen. Een structureel gefinancierd en doorontwikkeld kennis- en kwaliteitsbeleid borgt en vergroot de inhoudelijke basis van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde en vergroot daarmee de aantrekkelijkheid van het vak voor de huidige en toekomstige beroepsgroep. Het gaat daarbij om verbreding en verdieping van het wetenschappelijk onderzoek, richtlijnontwikkeling, bij- en nascholing en het curriculum van de medisch vervolgopleidingen tot bedrijfs- en verzekeringsarts.

Om het kennis- en kwaliteitsbeleid voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde een strategische richting en impuls te geven zijn al veel en verschillende initiatieven ondernomen. Dit onderzoek bouwt dan ook voort op een lang lopende discussie en traject. Een aantal projecten en publicaties willen we in deze inleiding noemen, met de aantekening dat we daarin waarschijnlijk niet compleet zullen zijn.

Ten eerste is een verkenning uitgevoerd naar een structureel financieringsmodel voor de (medische vervolg)opleiding tot bedrijfsarts, uitgevoerd door de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB) in 2015 (Van Vliet, 2015a). Hieruit kwam naar voren dat er, gelet op de draagvlak/haalbaarheid toen, twee financieringsmodellen kansrijk waren namelijk een ‘overheidsmodel’ (eventueel in combinatie met premie- en belastingmodel) en een ‘fondsmodel’ (eventueel in combinatie met leenstelsel). We komen op deze verkenning in hoofdstuk 3 nog nader terug.

Ten tweede is, ook in 2015, door de NVAB, de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG) en de Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV) een verkenning uitgevoerd (van Vliet et al., 2015)[1] naar een mogelijke structurele financiering van richtlijnen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde als onderdeel van het kwaliteitsbeleid. Uit de verkenning kwam toen ook naar voren dat er nieuwe modellen nodig zijn om richtlijnontwikkeling, -implementatie- en –onderhoud structureel te financieren en daarmee ook voor de lange termijn te borgen. Als hier geen aanvullende middelen voor beschikbaar komen, zullen de huidige richtlijnen en protocollen volgens de beroepsverenigingen niet meer de huidige stand van de wetenschap weergeven, raken deze verouderd en ontstaat 'achterstallig onderhoud' dat steeds moelijker te repareren is. Hiermee gaat volgens hen een essentieel kwaliteitsinstrument voor de begeleiding en beoordeling van werknemers met een gezondheids- of functioneringsprobleem verloren; de kerntaak van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Het is te verwachten dat dit vervolgens een negatief effect zal hebben op de duurzame inzetbaarheid van de Nederlandse beroepsbevolking en daarmee de economie en samenleving.
In dit rapport van de NVAB, NVVG en GAV uit 2015 zijn twee modellen voor structurele richtlijn-financiering uitgebreid verkend. Enerzijds een 'overheidsmodel' waarin de overheid structurele financiering beschikbaar stelt vanuit de eigen begroting, eventueel in combinatie met een aanvullend premie- en belastingmodel. En anderzijds een 'fondsmodel', waarbij structurele en gezamenlijke financiering afkomstig is van werkgevers en werknemers in de sector zelf, die dit vrijmaken via een verzekeraarsmodel of uurtariefmodel. Het tweede model werd in de verkenning het meest wenselijk gevonden vanwege het spreiden van de kosten en toebedelen van de verantwoordelijkheid voor de financiering. Maar het houdt ook in dat in het uurtarief van alle bedrijfs- en verzekeringsartsen[2] (mogelijk ook de artsen in opleiding), een klein bedrag wordt gevraagd af te dragen aan een op te richten fonds waaruit dan richtlijnontwikkeling en –onderhoud kan worden gefinancierd.

Ook dient benoemd te worden dat een belangrijke context voor de verkenning van de NVAB, NVVG en GAV de beleidslijn van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) was die er toen, en nu nog steeds, vanuit gaat dat kennis- en kwaliteitsontwikkeling primair de verantwoordelijkheid is van het veld en de vakgebieden zelf.
Voor de *bedrijfsgeneeskunde* betekent dit dat het kennis- en kwaliteitsbeleid privaat gefinancierd moet worden aangezien het vakgebied in een 'vrije markt' van vraag en aanbod wordt uitgevoerd. Werkgevers van bedrijfsartsen en zelfstandige bedrijfsartsen worden daarmee geacht uit eigen opbrengsten en middelen hun kennis- en kwaliteitsbeleid te financieren. Er is overigens wel op projectbasis financiële steun geweest vanuit het ministerie van SZW, maar op 1 januari 2019 is deze formeel stopgezet[3].
Voor de financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid van de *verzekeringsgeneeskunde* ligt dit anders, omdat het Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen (UWV) als grootste werkgever van de verzekeringsartsen direct door het ministerie van SZW en daarmee de facto publiek gefinancierd wordt. Het UWV heeft zijn eigen kwaliteitssystemen en een Kenniscentrum waarmee protocollen, onderzoek en bij- en nascholing gefinancierd worden. De kleinere groep verzekeringsartsen die voor particuliere verzekeraars of als zelfstandige werken (verenigd in de GAV) kunnen hier echter niet rechtstreeks van meeprofiteren. Maar ook de algemene beroepsvereniging van verzekeringsartsen,

[1] NVAB, GAV en NVVG (2015). Structurele financiering richtlijnontwikkeling voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen. Beschikbaar via https://www.nvab-online.nl/sites/default/files/Structurele%20financiering%20richtlijnontwikkeling.pdf

[2] Verzekeringsartsen die werkzaam zijn bij het UWV werken in overheidsdienst en kennen geen uurtarief, maar binnen een dergelijk model zou een uurtariefmodel kunnen uitgaan van een fictief uurtariefmodel, waarbij inzet wordt toegerekend naar 'declarabele uren'.

[3] M. van Gastel, ABDTOPconsult (2017). Aanpak dreigend tekort bedrijfsartsen.

de NVVG, wordt niet voor haar richtlijnontwikkeling en onderzoek direct gefinancierd door het UWV, noch het ministerie van SZW.

Een ander document om in deze context te benoemen, is het KNMG (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst)-visiedocument, waarin een visie op de toekomst van de arbeidsgerichte medische zorg is ontwikkeld en waarin voorstellen worden gedaan voor een nieuwe inrichting van de arbeidsgerichte medische zorg[4]. Daarbij ligt de nadruk op het feit dat de arbeidsgerichte medische zorg een integraal onderdeel vormt van de zorg en een maatschappelijke bijdrage levert aan de gezondheid van de (potentiële) beroepsbevolking. Het document stelt daarbij dat de overheid mede een verantwoordelijkheid draagt voor het adequaat functioneren van het stelsel voor gezond en veilig werken en dat dit geen private aangelegenheid is.

De zorg omtrent de verschillende vormen en suboptimale financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde heeft ertoe geleid dat in 2018 de Kwaliteitstafel voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde is opgericht met als doelstelling[5]: "*Aan de Kwaliteitstafel werken alle stakeholders samen aan een gezamenlijke agenda voor de noodzakelijke kennis- en kwaliteitsontwikkeling voor het domein arbeid en gezondheid. Doel is om het vak bedrijfsarts en verzekeringsarts aantrekkelijker te maken en de instroom van artsen te verhogen. Tevens is de opdracht om te komen tot een uitvoerbaar en gedragen model voor structurele private financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid in de brede sector*"[6].

Het ministerie van SZW heeft naast de financiering van de Kwaliteitstafel een overbruggingsfinanciering voor één jaar beschikbaar gesteld om tot een structureel financieringsmodel te komen, zodat het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland toch op langere termijn ontwikkeld en geborgd kan worden. Op het moment dat dit rapport verschijnt, is de Kwaliteitstafel onder voorzitterschap van Jenneke van Veen in haar laatste fase. De Kwaliteitstafel bestaat uit vertegenwoordigers van de beroepsverenigingen en brancheverenigingen in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, de sociale partners (VNO-NCW, FNV), opleiding- en kennisinstellingen, de federatie van medische beroepsverenigingen KNMG, de landelijke studievereniging van studenten geneeskunde, het UWV en het ministerie van SZW en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Er zijn van hieruit drie werkgroepen opgericht die elk een onderdeel van het kennis- en kwaliteitsbeleid verder strategisch verkennen en uitwerken: de Werkgroep 'opleidingen', de Werkgroep 'richtlijnen en implementatie' en de Werkgroep 'academisering'. De Kwaliteitstafel formuleert een advies aan de staatssecretaris van het ministerie van SZW hoe de kennis- en kwaliteitsontwikkeling van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde te verbeteren. Een visie en plan om tot structurele financiering te komen maakt hier deel van uit, dat mede gebaseerd is op de opbrengsten van dit onderzoek.

[4] KNMG-visiedocument 'Zorg die werkt. Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden', KNMG, 2017.

[5] Zie o.a. https://www.arboportaal.nl/actueel/nieuws/2018/07/09/kwaliteitstafel-bedrijfs-en-verzekeringsgeneeskunde-van-start en het Kamerdossier 25883-345 (Brief van de Staatssecretaris, 3/5/2019; Voortgang arbeidsgerelateerde zorg, 5/7/2019)

[6] Tweede Kamer der Staten-Generaal (2016-2017). Kamerstuk 29 544 nr. 778, p. 3-4

1.2 Doelstelling en onderzoeksvragen

De hoofdvraag van dit onderzoek is als volgt geformuleerd:
Welk(e) financieringsmodel(len) kan/kunnen worden ontwikkeld voor een structureel kennis- en kwaliteitsbeleid binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland?

Deze onderzoeksvraag wordt in brede zin gesteld en kent als uitgangspunten:

- financieringsmodellen te schetsen waarbij alle mogelijke financieringsbronnen in beschouwing worden genomen
- alle onderdelen van het kennis- en kwaliteitsbeleid in acht te nemen
- de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde daar waar relevant als één, daar waar het nodig is als verschillende domeinen in acht te nemen
- zowel de vormgeving als de uitvoerbaarheid van financieringsmodellen te onderzoeken, dus rekening houdend met zowel hun (relatieve) wenselijkheid en haalbaarheid.

Dit onderzoek en rapport is onderverdeeld in vier samenhangende deelvragen die tevens de fasering van het onderzoek hebben bepaald.

De eerste twee vragen betreffen het in kaart brengen van de huidige situatie:

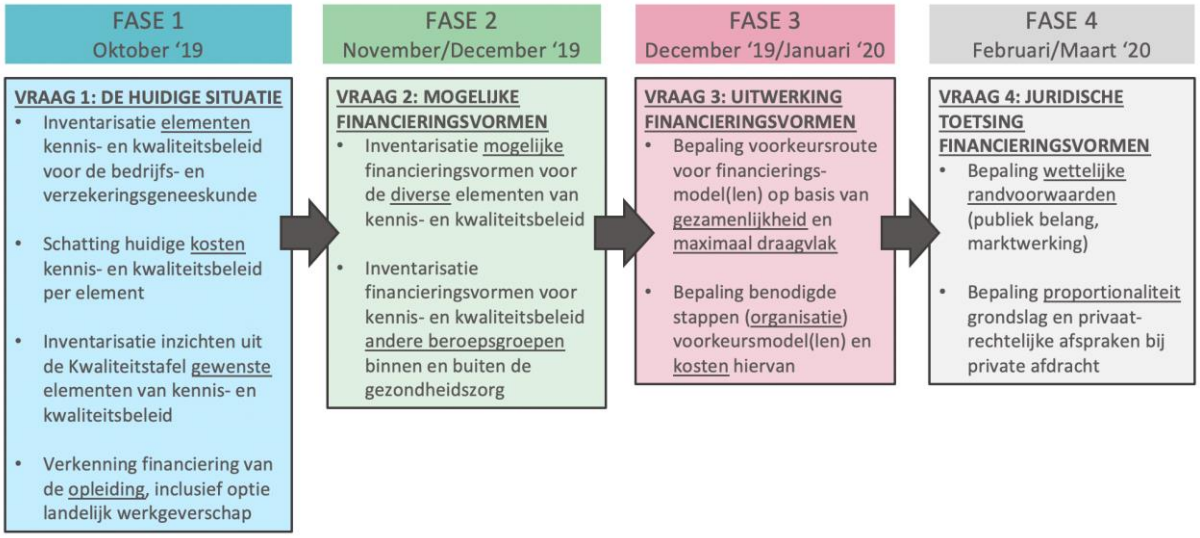
1. Wat is de omvang van de kosten die samenhangen met het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland?
2. Welke financieringsmodellen bestaan er om de diverse elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid te financieren, binnen en buiten de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland?

De volgende twee deelvragen richten zich op de toekomst en gaan in op de afweging van mogelijke financieringsmodellen op verschillende aspecten en langs verschillende dimensies:

3. Wat is de wenselijkheid van de financieringsmodellen voor het kennis- en kwaliteitsbeleid, gelet op de kosten en baten van de verschillende onderdelen van dit beleid, structurele borging van financiering, en de verdeling van de publieke en private verantwoordelijkheid binnen het stelsel van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland?
4. Wat is de uitvoerbaarheid van de (voorkeurs-)financieringsmodellen voor het kennis- en kwaliteitsbeleid, gelet op de bestaande publieke financiering en grondslagen voor private financiering in de vorm van bijdragen van individuele artsen, hun verenigingen, hun werkgevers en andere partijen, en gelet op de wettelijke randvoorwaarden op het gebied van dienstverlening en marktwerking?

Hoe de vier deelvragen op elkaar voortbouwen en de vier fasen van het onderzoek vormen, is weergegeven in de onderstaande figuur:

Figuur 1 Fasering onderzoek naar aanleiding van de vier samenhangende deelvragen



1.3 Leeswijzer

In het volgende hoofdstuk 2 wordt eerst beschreven hoe het onderzoek is uitgevoerd. In hoofdstuk 3 worden de resultaten van het bureauonderzoek en de interviews weergegeven en de daaruit volgende kostenberekening en -raming voor de toekomst. Hoofdstuk 4 beschrijft vervolgens hoe de financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid bij andere 'aanverwante' beroepsgroepen is georganiseerd. Hoofdstuk 5 gaat in op de werksessie met de Kwaliteitstafel waarin de resultaten uit de eerdere fasen zijn besproken en waarin stakeholders gediscussieerd hebben over mogelijke verdeelsleutels voor een structurele financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid. In hoofdstuk 6 wordt een aantal voorkeurs-financieringsmodellen per element van het kennis- en kwaliteitsbeleid voorgesteld en juridisch getoetst. De belangrijkste bevindingen en conclusies worden vervolgens samengevat in hoofdstuk 7 met daarbij een aantal aanbevelingen voor verdere actie en beleid.

2 Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk worden de methoden beschreven die gebruikt zijn in de verschillende onderzoeksfasen om de hoofdvragen te beantwoorden. Achtereenvolgens beschrijven we de aanpak van het bureauonderzoek, de interviews, de focusgroepen, de gehouden werksessies en tenslotte de methode voor de juridische haalbaarheidstoets.

2.1 Onderzoeksfase 1: beschrijving van de huidige situatie op basis van bureauonderzoek en een eerste interviewronde

Het doel van de eerste onderzoeksfase was het in kaart brengen van de elementen die behoren tot het kennis- en kwaliteitsbeleid voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, en daarbij tevens een schatting te maken van de huidige kosten per element. Daarnaast zijn de verschillende inzichten over de gewenste elementen van dit kennis- en kwaliteitsbeleid geïnventariseerd.

In deze fase zijn verschillende bronnen verzameld, geraadpleegd en verwerkt die ook als input dienden voor de volgende onderzoeksfasen. Deze bronnen zijn te vinden in de literatuurlijst van dit rapport. Openbare en niet-openbare documentatie is ook beschikbaar gesteld door het ministerie van SZW, de Kwaliteitstafel en de daarbij aangesloten organisaties.

Naast het bureauonderzoek is een interviewronde onder verschillende stakeholderorganisaties gehouden die betrokken waren bij het onderzoeksvraagstuk, dan wel vanuit de begeleidingscommissie, dan wel daarbuiten. Geconsulteerd zijn vertegenwoordigers van:

- Kwaliteit op Maat (KoM),
- De vereniging van Zelfstandige en Freelance Bedrijfsartsen (ZFB),
- Organisatie voor Vitaliteit, Activering en Loopbaan (OVAL),
- De Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB),
- De Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde (NVVG),
- De Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs in particuliere Verzekeringszaken (GAV),
- Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS),
- De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en
- ZonMw.

De interviewleidraad die gehanteerd is voor deze interviews is terug te vinden in Bijlage A. Na afronding van de eerste onderzoeksfase, zijn mogelijke financieringsvormen voor de diverse elementen van kennis- en kwaliteitsbeleid geïnventariseerd.

2.2 Onderzoeksfase 2: financiering bij aanverwante beroepsgroepen en focusgroepen

In de tweede fase is in kaart gebracht welke financieringsvormen gebruikt worden voor het kennis- en kwaliteitsbeleid van andere beroepsgroepen binnen en buiten de gezondheidszorg. Daartoe is een interviewronde uitgevoerd onder een zestal beroepsgroepen binnen en buiten de gezondheidszorg, die verwantschap hebben met de bedrijfs- en verzekeringsartsen omdat zij:

- ook een medische vervolgopleiding kennen (huisartsen en medisch specialisten)
- ook als een 'vrij beroep' kunnen worden beschouwd met een eigen professionaliteit en publieke of maatschappelijke verantwoordelijkheid (notarissen, advocaten, accountants en verkeersvliegers).

Per beroepsgroep is er één vertegenwoordiger gekozen voor een verdiepend gesprek, veelal uit het eigen netwerk van de onderzoekers. Voor deze interviewronde is de leidraad gebruikt die voor interviewronde 1 is opgesteld (zie Bijlage A).

Een tweede onderdeel van deze fase is het organiseren van focusgroepen geweest. De eerste focusgroep vond plaats met zes bedrijfsartsen en vier verzekeringsartsen die op persoonlijke titel deelnamen. Uit het oogpunt van diversiteit is ervoor gekozen om een verscheidenheid aan bedrijfs- en verzekeringsartsen deel te laten nemen, gelet op hun geslacht, werkzame positie (zelfstandigen en niet-zelfstandigen) en leeftijd. De deelnemers aan deze focusgroep zijn aangedragen door de NVAB, NVVG, GAV, KoM, ZFB en OVAL. Een tweede focusgroep heeft plaatsgevonden met afgevaardigden van de stakeholderorganisaties van bedrijfsartsen. Met afgevaardigden van stakeholderorganisaties van verzekeringsartsen is telefonisch de benodigde informatie opgehaald. De opzet van deze focusgroepen is terug te vinden in Bijlage B.

2.3 Onderzoeksfase 3: de werksessie met de Kwaliteitstafel

In onderzoeksfase 3 is de vierde bijeenkomst van de Kwaliteitstafel in januari 2020 aangegrepen om een werksessie te organiseren, om met alle relevante stakeholderorganisaties samen te verkennen welke vormen van structurele financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde op korte en lange termijn mogelijk en wenselijk zouden zijn. De volgende stakeholderorganisaties waren hierbij aanwezig:

- Arbeidsdeskundig Kennis Centrum (AKC)
- Amsterdam Universitair Medische Centra (AUMC)
- Beroepsvereniging Arbeids- en organisatiedeskundigen (BA&O)
- De Geneeskundestudent
- Federatie Nederlandse Vakbeweging (FNV)
- Nederlandse Vereniging van Geneeskundig Adviseurs (GAV)
- Interfacultair Overleg Sociale Geneeskunde (IOSG)
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
- Kwaliteit op Maat (KoM)
- Landelijk Overleg Sociaal-Geneeskundigen in Opleiding (LOSGIO)
- Ministerie van SZW
- Ministerie van VWS
- Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH)

- Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB)
- Nederlandse Vereniging voor Arbeidshygiëne (NVvA)
- Nederlandse Vereniging van Arbeidsdeskundigen (NVvA)
- Nederlandse Vereniging van Verzekeringsgeneeskunde (NVVG)
- Nederlandse Vereniging voor Volkskrediet (NVVK)
- Radboud universitair medisch centrum (Radboudumc)
- Sociaalgeneeskundige beroepsopleidingen (SGBO)
- Tranzo
- Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
- Verbond van Verzekeraars
- Verbond van Nederlandse Ondernemingen (VNO) en het Nederlands Christelijk Werkgeversverbond (VNO-NCW)
- ZonMw

Voor deze werksessie is op basis van de resultaten van onderzoeksfase 1 en 2 eerst een presentatie verzorgd. Feedback op de tussentijdse resultaten is ontvangen van aanwezigen, waarna de werksessie is gehouden door de deelnemers in vier willekeurig samengestelde subgroepen te verdelen. Het doel van de werksessie was te beargumenteren welke financieringsvorm en welke organisatie(s) verantwoordelijk zou(den) moeten zijn voor de structurele kosten van de vier elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid. Ook was als opdracht meegegeven om de kosten en baten van de elementen tegen elkaar af te wegen, en te bediscussiëren welk(e) model(len) vervolgens een structurele financiering het beste mogelijk zou(den) kunnen maken.

De opdracht voor deze werksessie is bijgevoegd in Bijlage C. De vier subgroepen bestonden elk uit acht tot tien deelnemers, waaronder uit alle vertegenwoordigers van de stakeholderorganisaties die bij de Kwaliteitstafel aangesloten zijn. De subgroepsdiscussies werden gecoördineerd door de onderzoekers. Na de opdracht heeft elke subgroep de belangrijkste resultaten van hun werksessie plenair gepresenteerd en zijn de resultaten verwerkt voor de volgende onderzoeksfase 4.

2.4 Onderzoeksfase 4: juridische toetsing en randvoorwaarden financieringsmodellen

De laatste fase van het onderzoek betrof een nadere uitwerking en juridische toetsing van enkele hybride financieringsmodellen voor onderdelen van het kennis- en kwaliteitsbeleid. Hierbij is onderscheid gemaakt tussen financiering korte en lange termijn, en cofinanciering vanuit publieke en private organisaties. Voor zover het gaat om structurele financiering door private organisaties (werkgevers en zelfstandigen) van publieke diensten zijn wettelijke randvoorwaarden onderzocht die van toepassing zijn op het gebied van dienstverlening en marktwerking (mededingingsrecht, privaatrecht en mengvormen). Omgekeerd is ook getoetst op compatibiliteitswetgeving wanneer het gaat om publieke financiering in de context van private markten, zoals die van de arbodiensten en particuliere verzekeraars. Deze analyse is uitgevoerd met ondersteuning van twee juridische experts.

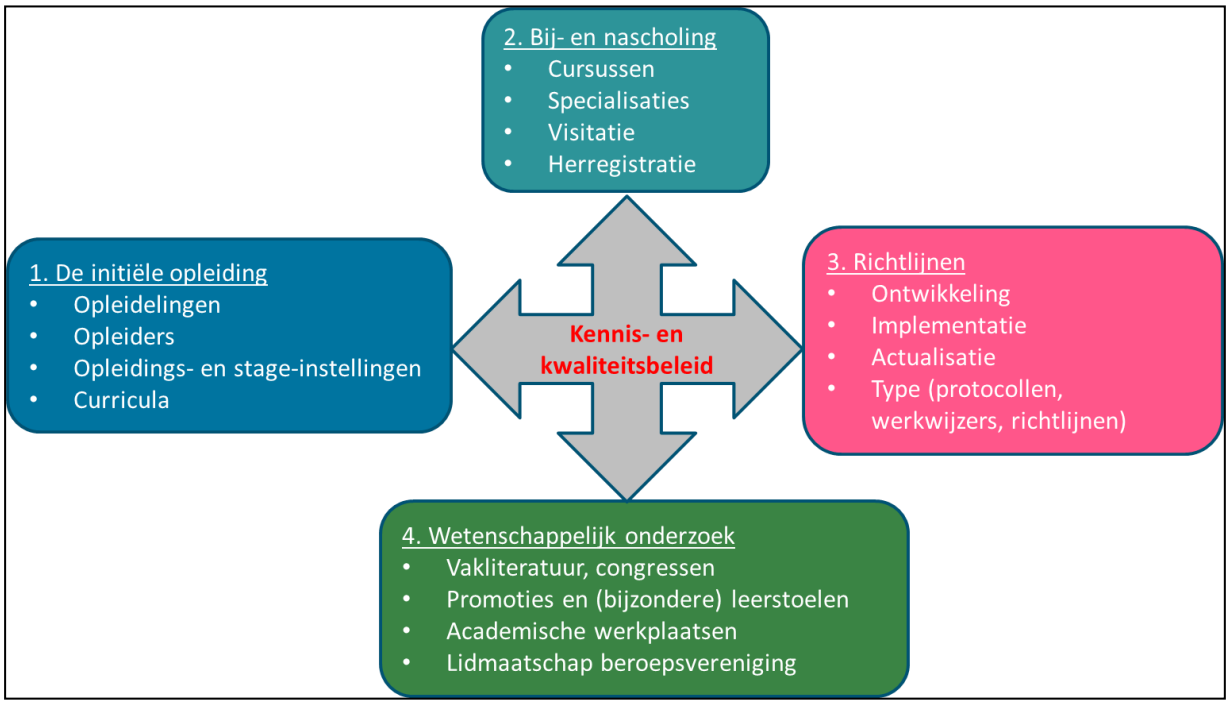
Tenslotte zijn voor de ‘voorkeurs’-financieringsmodellen een aantal randvoorwaarden uitgewerkt waarmee rekening moet worden gehouden om de hybride financieringsmodellen te kunnen realiseren. Deze randvoorwaarden vormen de aanbevelingen en vervolgacties voor het ministerie van SZW en alle betrokken stakeholders. Het realiseren van structurele financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde is een complex beleidsproces, waar

dit onderzoek weliswaar een basis maar geen uitvoering aan kan geven. De uiteindelijke keuzes en implementaties zijn en blijven een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid en veldpartijen waarvoor draagvlak en afspraken vanuit gezamenlijk belang essentieel zijn.

3 De huidige situatie van het kennis- en kwaliteitsbeleid

In dit hoofdstuk beschrijven we de huidige situatie van het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland. Op basis van het bureauonderzoek en de interviews die zijn uitgevoerd, bleek er consensus over de vier hoofdelementen waaruit het kennis- en kwaliteitsbeleid voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde bestaat, namelijk 'opleiding', 'bij- en nascholing', 'richtlijnen' en 'wetenschappelijk onderzoek' (zie figuur 2). Deze vier elementen worden hieronder één voor één besproken.
Dit hoofdstuk geeft hiermee antwoorden op onderzoeksvraag 1: "wat is de omvang van de kosten die samenhangen met kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland?" en op het deel van onderzoeksvraag 2: "welke financieringsmodellen bestaan er om de diverse elementen van kennis- en kwaliteitsbeleid te financieren, binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland?".

Figuur 2 Overzicht (sub)elementen kennis- en kwaliteitsbeleid



3.1 De opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts

Algemeen

De opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts zijn wat betreft lengte, opbouw en deels qua inhoud vergelijkbaar omdat beide beroepen aan elkaar verwant zijn. De initiële opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts duurt vier jaar. De feitelijke opleidingsduur, gebaseerd op gegevens van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS), is wat langer, namelijk respectievelijk 4,5 en 4,3 jaar, wat voornamelijk verklaard kan worden door aios die de opleiding in deeltijd volgen. Beide opleidingen bestaan daarnaast uit twee delen: één dag per week een cursorisch deel bij een opleidingsinstituut[7] en vier dagen per week een praktijkdeel bij een opleidingsinstelling. Het praktijkdeel voor de bedrijfsarts in opleiding wordt voor het grootste deel ingevuld door de arbodiensten die hiertoe als opleidingsinstelling zijn erkend. Het praktijkdeel voor de verzekeringsarts in opleiding wordt voor de publieke verzekeringsgeneeskunde verzorgd door het UWV en voor de private verzekeringsgeneeskunde door de particuliere verzekeraars. Naast het cursorisch deel en het praktijkdeel zijn in het opleidingsprogramma ook nog enkele andere onderdelen opgenomen, zoals stages, onderzoek en zelfstudie (Capgemini, 2020).

Voor zowel bedrijfs- als verzekeringsartsen geldt dat de opleiding in de meeste gevallen gefinancierd wordt door de werkgever. In het geval van bedrijfsartsen zijn dit met name de arbodiensten. Een enkeling financiert zijn/haar opleiding particulier. Met de werkgever als financier, neemt de opleiding bedrijfsgeneeskunde een aparte positie in binnen de medische vervolgopleidingen die onder de RGS vallen. In het rapport van Vliet wordt dit als volgt verwoord: "*De vervolgopleiding bedrijfsgeneeskunde wordt als één van de weinige artsenopleidingen in Nederland volledig privaat gefinancierd, zonder aansturing en/of financiering vanuit de overheid. De opleidingskosten worden gefinancierd door arbodiensten die deze kosten verwerken in tarieven die in rekening worden gebracht bij werkgevers*" (van Vliet, 2015[8]).

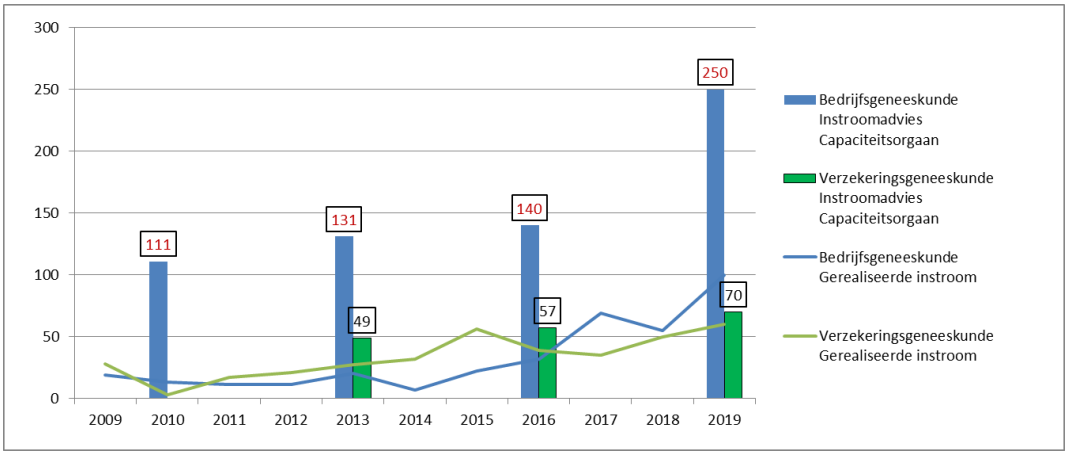
Voor de verzekeringsartsen geldt dat het grootste deel werkzaam is bij het UWV, dat de opleiding volledig vergoedt. Het UWV wordt op haar beurt weer gefinancierd door de overheid (ministerie van SZW), wat dus een indirecte vorm van publieke financiering is. De opleiding wordt daarnaast ook aangeboden bij particuliere verzekeraars, die deze eveneens vergoeden. Ook hier geldt dat een enkeling zijn/haar opleiding particulier bekostigt.

Zoals al in het eerste hoofdstuk beschreven, vormen de instroom en beperkte capaciteit bij opleidingen majeure knelpunten - al zit de instroom in zowel de bedrijfs- als verzekeringsgeneeskunde recentelijk wel in de lift. Dit wordt geïllustreerd door figuur 3, waarin te zien is dat de driejaarlijkse instroomadviezen van het Capaciteitsorgaan om evenwicht op de arbeidsmarkt te bereiken, vooral voor de bedrijfsgeneeskunde al lange tijd niet worden gehaald. Bij de verzekeringsgeneeskunde is het verschil tussen de gerealiseerde en geadviseerde instroom de laatste jaren wel kleiner geworden.

[7] Er zijn twee opleidingsinstituten die het cursorisch deel van de opleidingen tot bedrijfsarts en verzekeringsarts verzorgen, namelijk NSPOH en SGBO.

[8] Van Vliet C, Bastiaanssen MHH (2015). Financieringsmodellen voor de medische vervolgopleiding tot bedrijfsarts.

Figuur 3 Jaarlijkse instroom in de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts (lijnen) en het driejaarlijkse instroomadvies van het Capaciteitsorgaan (staven), 2009-2019



(Bron: Capaciteitsorgaan, 2019, p. 3, 25 en 33; instroomcijfers in 2019 zijn gebaseerd op schattingen van de opleidingen en beroepsverenigingen)

Vanuit de Kwaliteitstafel heeft de Werkgroep 'opleidingen' zich beziggehouden met adviezen om de instroom in de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts te vergroten. Eén van de aandachtspunten is de sociale geneeskunde, waar bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde deel van uitmaken, meer aandacht te geven in het huidige basisartscurriculum van de geneeskundeopleiding. In het nieuwe Raamplan voor het basisartscurriculum wordt in de toekomst meer aandacht voorzien voor de sociale geneeskunde, maar het effect hiervan is nog ongewis. Verschillende andere initiatieven zijn ingezet om de bekendheid met het vak van bedrijfs- en verzekeringsarts te vergroten, zoals de campagne bedrijfsartsworden.nl, het verbeteren van de positie in de geneeskundeopleiding, en interviews in landelijke kranten en tijdschriften. Daarnaast zijn door de werkgroep adviezen opgesteld om de opleiding aantrekkelijker te maken, bijvoorbeeld door het vergroten van de stage- en onderzoeksmogelijkheden en door meer aandacht voor preventie. Een aandachtspunt is dat er te weinig (brede) stage- en coschapmogelijkheden zijn binnen het vakgebied. Daarnaast is de aansluiting met andere opleidingssituaties beperkt en zouden er te weinig mogelijkheden voor onderzoek zijn.

In 2019 is in opdracht van de Kwaliteitstafel een onderzoek door Capgemini uitgevoerd naar de mogelijkheden van een landelijk werkgeverschap (Capgemini, 2020). Dit onderzoek richtte zich primair op de organisatie en financiering van de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts en het idee om beide opleidingen onder te brengen in één nader te bepalen organisatie. Dit onderwerp is eerder verkend in 2015 (van Vliet et al., 2015). Toen zijn een 'overheidsmodel' en 'fondsmodel' onderzocht, op een vergelijkbare manier als de eerder geciteerde verkenning naar structurele financiering van de richtlijnen door de NVAB, NVVG en GAV (zie hoofdstuk 1). In het overheidsmodel stelt de overheid via de begroting van het ministerie van VWS en/of SZW structureel financiële middelen beschikbaar voor de opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts. Dit kan bijvoorbeeld in de vorm van een subsidieregeling, zoals ook is geregeld voor een aantal specialismen binnen de opleiding tot Arts Maatschappij en Gezondheid (arts M&G). Bij het fondsmodel dragen verschillende partijen gezamenlijk bij aan de bekostiging van de opleidingen tot bedrijfs- en verzekeringsarts. In het geval van de bedrijfsartsen zouden dit de arbodiensten en de overheid zijn, in het geval van de verzekeringsartsen de particuliere verzekeraars en het UWV.

In het onderzoek van Capgemini is onder andere gekeken naar het model van de SBOH. Deze organisatie vormt een landelijk werkgeverschap voor de opleiding huisartsgeneeskunde sinds 1989, voor de opleiding specialist ouderengeneeskunde sinds 2007, voor de opleiding arts verstandelijk gehandicapten sinds 2016 en voor de opleiding arts M&G sinds 2019. Na de voor- en nadelen van een dergelijk landelijk werkgeverschap voor bedrijfs- en verzekeringsartsen in kaart te hebben gebracht, luidde de conclusie dat er onvoldoende sprake is van een 'positieve business case' voor dit model. Een landelijk werkgeverschap voor de privaat gefinancierde opleiding tot bedrijfsarts en verzekeringsarts is niet wenselijk en haalbaar omdat een aantal belangrijke voorwaarden hiervoor ontbreken. Het zal niet haalbaar zijn om alle arbodiensten, particuliere verzekeraars, en ook de zelfstandig bedrijfs- en verzekeringsartsen bereid te vinden om bij te dragen aan het opleiden in een gezamenlijk verband. Hierbij spelen verlies aan regie op de eigen investering, en het feit dat een landelijk werkgeverschap niet aantoonbaar leidt tot meer instroom in de opleiding een rol. Volgens het rapport is er wel een meerwaarde van meer centrale regie op de instroom van de opleidingen, maar kan dit op een 'minder ingrijpende wijze' worden gerealiseerd. Het advies luidt dat het oprichten van een fonds overwogen zou moeten worden en de opleiding uitgebreid zou moeten worden met een stagecomponent ter verrijking van de opleiding. Hier zit ook potentieel voor zelfstandigen die een bijdrage kunnen leveren aan de opleiding, wat in het huidige systeem nog niet of nauwelijks gebeurt.

Schatting van de huidige kosten van de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts

De kosten van de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts kent twee hoofdcomponenten. Ten eerste de kosten van de theoretische opleiding, die in 2020 €45.000 respectievelijk €47.000 voor de gehele opleidingsperiode bedraagt[9]. Ten tweede de 'dervings- of verletkosten', die het grootste deel van totale opleidingskosten vormen. De totale kosten worden op basis van verschillende interviews geschat op tussen de €250.000 en €300.000 per aios voor de gehele opleidingsperiode. Het gaat hierbij om de uren van het niet inzetbaar (en dus declarabel) zijn van zowel de aios als de opleider, terwijl die wel door de werkgever worden doorbetaald. De salariskosten van de aios zelf zijn in deze berekening niet meegenomen omdat tegenover deze salariskosten ook declarabele productie staat (al is deze aan het begin van de opleiding lager dan aan het einde).

De dervings- en verletkosten van het opleiden zijn voor de verzekeringsartsen geverifieerd bij het UVW, die van de bedrijfsartsen bij één arbodienst. De totale verletkosten van het opleiden van een aios bestaan uit de uren die per jaar worden besteed aan:

- cursorische onderwijs, stage, zelfstudie, (praktijk)opleidingsgesprekken, netwerkdagen en ICT door de anios (in het eerste jaar) en de aios (die gedurende de vier jarige opleiding verschillen)
- beoordelingen, overleggen, intervisie, beschikbaarheid, leergesprekken en eigen bij- en nascholing door de praktijkopleider (die gedurende de vier jarige opleiding verschillen)
- eigen scholing, buddy-overleg, ICT en opdrachten door de praktijkopleider-in-opleiding.

Deze uren kunnen vervolgens vermenigvuldigd worden met het uurloon/uurtarief van de anios/aios, praktijkopleider en de praktijkopleider-in-opleiding, inclusief werkgeverslasten en bedrijfsvoering, die uiteraard per functie, persoon en organisatie verschillen. Hierbij dient tevens rekening te worden gehouden met:

- het aantal beschikbare/inzetbare weken en dagen per jaar (doorgaans 42 weken)
- de gemiddelde parttimebasis (gemiddeld 90%, maar varieert sterk)

[9] Geraadpleegd op de website van de NSPOH, https://www.nspoh.nl/opleidingen/opleiding-bedrijfsarts/ en https://www.nspoh.nl/opleidingen/opleiding-verzekeringsarts/.

- dat de anios/eerste jaar aios minder declarabel is dan in het vierde jaar
- dat ook het declarabele percentage van praktijkopleiders en praktijkopleiders-in-opleiding) kunnen verschillen.

In het voorbeeld van de geconsulteerde arbodienst vormen de totale opleidingskosten bestaande uit begeleidingskosten, verletkosten en de kosten van de theoretisch opleiding €248.000 per aios, oftewel €62.000 per aios per jaar. Dezelfde berekeningen zijn ook door twee andere (grote) arbodiensten gedaan, die op wat hogere kosten uitkomen. Middelen we deze, dan komen de totale opleidingskosten uit op tussen de €306.000 tot €384.000 per aios, oftewel tussen de €76.000 en €96.000 per aios per jaar.

In het onderstaande overzicht zijn de totale kosten van de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts weergegeven op basis van de huidige aantallen ingeschreven aios. In de huidige situatie komt dit neer op € 11 tot 17 miljoen per jaar voor de bedrijfsartsen, en voor de verzekeringsartsen op € 11 tot 14 miljoen per jaar.

Tabel 3.1 Schatting huidige kosten van de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts in totaal en per jaar

	Bedrijfsartsen	Verzekeringsartsen
Nominale / reële opleidingsduur (in jaren)	4 / 4,5	4 / 4,3
Aantal ingeschreven aios per 1/1/2019	183	183
Aantal ingestroomde aios in 2019	100	60
Kosten volledige opleiding per aios voor de opleidende organisatie	€ 248.000 - 380.000	€ 250.000 - 300.000
Kosten per aios per jaar (bij nominale opleidingsduur)	€ 62.500 - 96.000	€ 60.000 - 75.000
TOTALE KOSTEN OPLEIDING PER JAAR	≈ € 11,4 - 17,5 miljoen	≈ € 11 - 13,7 miljoen
Voor bedrijfs- en verzekeringsartsen samen	≈ € 22,4 – 31,3 miljoen	

Scenario's en een schatting van de toekomstige kosten van de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts

De huidige opleidingskosten zullen toenemen wanneer de opleidingsinstroom zal toenemen, iets waarop momenteel flink wordt ingezet, zoals hiervoor beschreven. Het instroomadvies dat het Capaciteitsorgaan eind 2019 heeft afgegeven (Capaciteitsorgaan, 2019) houdt in dat jaarlijks 250 bedrijfsartsen en 70 verzekeringsartsen opgeleid zouden moeten worden om over 12 à 18 jaar evenwicht op de arbeidsmarkt te bereiken (zie ook figuur 3). Als deze instroom gerealiseerd zou worden, dan zou dit op termijn een vervijfvoudiging van het huidige aantal bedrijfsartsen in opleiding betekenen en een toename van 50% van het huidige aantal verzekeringsartsen in opleiding. Als de kosten per aios per jaar gelijk blijven, zal dit ook een vervijfvoudiging van het opleidingsbudget voor

bedrijfsartsen vergen tot € 56 à 86 miljoen; en een toename van het opleidingsbudget voor verzekeringsartsen tot € 16 à 20 miljoen per jaar.

Een ander scenario dat doorgerekend kan worden is hoeveel de opleidingskosten zullen toenemen als het stagecomponent in beide opleidingen uitgebreid zou worden. Dit was één van de concrete aanbevelingen van het Capgemini-rapport, die ook de inschatting maakte dat dit, per aios per jaar, €20.000 aan extra kosten met zich mee zou brengen. De totale opleidingskosten zullen hierdoor (uitgaande van het huidige aantal aios) voor de bedrijfsartsen met 31%-48% toenemen tot € 17 à 23 miljoen per jaar, en voor de verzekeringsartsen met 40%-50% toenemen tot € 16,5 à 19 miljoen per jaar.

3.2 Bij- en nascholing van bedrijfs- en verzekeringsartsen

Algemeen

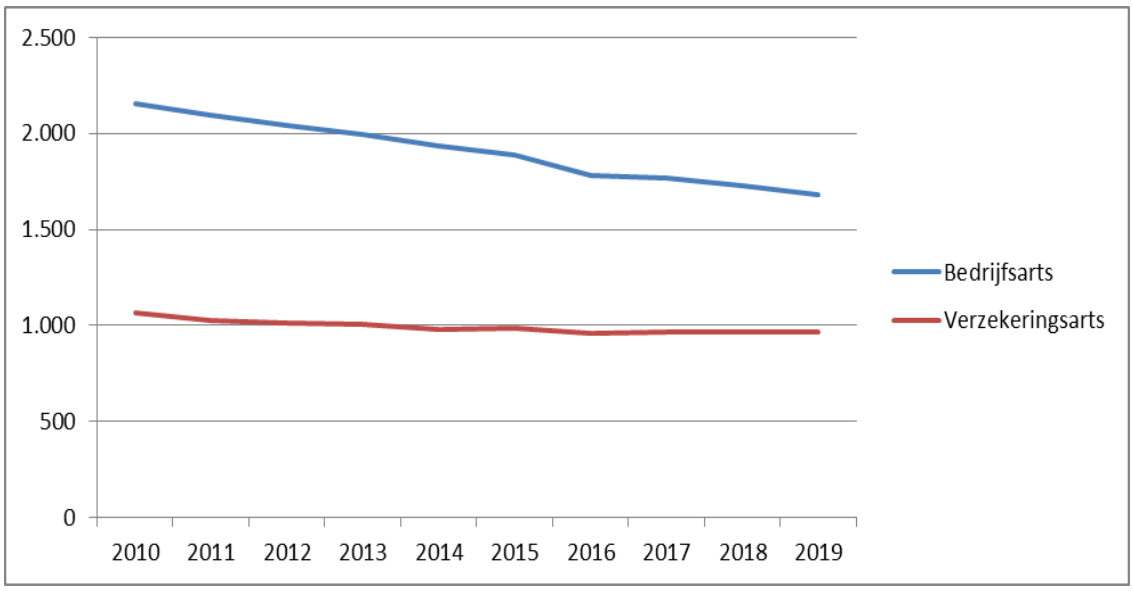
Bij- en nascholing van bedrijfs- en verzekeringsartsen is wettelijk gereguleerd doordat beide beroepen onder de wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (BIG) en het systeem van (her)registratie vallen dat is ondergebracht bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS). Vanuit de RGS wordt, in samenwerking met de beroepsverenigingen, periodiek getoetst of artsen en opleidingen aan de regels van het College Geneeskundige Specialismen voldoen. Voldoet een arts aan deze regels dan kan deze zich inschrijven in een specialistenregister. De arts heeft dan het recht om de betreffende wettelijke titel te voeren. Voldoen opleiders en opleidingsinstituten/-inrichtingen aan de aan hen gestelde eisen dan worden zij ook als zodanig erkend door de RGS.

Elke bedrijfs- en verzekeringsarts dient minimaal 200 accreditatiepunten te halen per vijf jaar. Deze punten zijn nodig om de registratie te behouden. Daarnaast gelden ook eisen met betrekking tot een minimaal werkzaamheid als bedrijfs- en verzekeringsarts. Het is vrij aan de artsen welke opleidingsmodules of activiteiten gevolgd worden en hoe accreditatiepunten worden behaald. Naast de accreditatie vindt elke vijf jaar een visitatie plaats, waarin de bedrijfs- en verzekeringsarts op individuele basis door collegae wordt beoordeeld volgens protocollen die door de beroepsverenigingen zijn opgesteld.

Schatting van de huidige kosten van de bij- en nascholing van bedrijfs- en verzekeringsartsen

Voor het bepalen van de totale kosten aan bij- en nascholing is allereerst het aantal geregistreerde bedrijfs- en verzekeringsartsen van belang. Dit aantal daalt al geruime tijd, onder bedrijfsartsen wat sneller dan onder verzekeringsartsen, aangezien de uitstroom door de vergijzing niet door voldoende instroom wordt gecompenseerd. Per 1 januari 2019 waren er 1.683 bedrijfsartsen en 963 verzekeringsartsen geregistreerd.

Figuur 4 Aantal geregistreerde bedrijfs- en verzekeringsartsen per 1 januari van het peiljaar, 2010-2019



(Bron: Capaciteitsorgaan, 2019, p. 62)

De tweede component die van belang is, betreft de kosten van de bij- en nascholing zelf. Een rondgang langs de bij- en nascholingsmodules die worden aangeboden leert dat de kosten per accreditatiepunt gemiddeld zo'n €67 bedragen. Deze kosten worden doorgaans door de arts zelf en/of de werkgever gefinancierd. De kosten voor visitatie zijn voor bedrijfsartsen afhankelijk van het feit of zij een lidmaatschap hebben bij de NVAB, en bedragen tussen de €1.500-€3.000. Voor verzekeringsartsen zijn de visitatiekosten €1.000 per persoon.

Als de bij- en nascholing in de 'bedrijfstijd' wordt gevolgd, dan is er (net als bij de opleiding) sprake van dervings- of verletkosten voor de werkgever, en dit geldt uiteraard ook voor de zelfstandig werkzame bedrijfs- en verzekeringsarts. Om deze kosten in kaart te brengen, is ook inzage verkregen in de kostprijsberekening van werkgevers van bedrijfs- en verzekeringsartsen. Bij- en nascholing van verzekeringsartsen mag standaard in de bedrijfstijd van de werkgever gevolgd worden, wat in het geval van het UWV neerkomt op zo'n 7 productiedagen per jaar aan dervingskosten. Uitgaande van 200 productiedagen en een gemiddeld brutosalaris van €80.000 per jaar komt dit neer op €2.800 per verzekeringsarts per jaar. Ervan uitgaande dat bedrijfsartsen ook ongeveer 7 productiedagen per jaar aan dervingskosten hebben, 200 productiedagen en een gemiddeld brutosalaris van €120.000, bedragen deze dervingskosten €4.200 per bedrijfsarts per jaar.

Om tot een schatting te komen van de kosten van dit element van het kennis- en kwaliteitsbeleid, is in tabel 3.2 gerekend met de bovenstaande bedragen en de huidige aantallen bedrijfs- en verzekeringsartsen die nu geregistreerd zijn. Niet alle geregistreerde bedrijfs- en verzekeringsartsen zullen zich laten herregisteren, maar deze 'uitstroom' zal in ieder geval voor een deel gecompenseerd worden door nieuwe registraties vanuit de opleiding. Voor de kostenschatting van de huidige situatie gaan we van het aantal geregistreerden per 1 januari 2019 uit. Daarmee komen

de totale kosten per jaar uit op €12 miljoen voor de bedrijfsartsen en €5,5 miljoen voor de verzekeringsartsen.

Tabel 3.2 Overzicht huidige kosten bij- en nascholing van bedrijfs- en verzekeringsartsen in totaal en per jaar

	Bedrijfsartsen	Verzekeringsartsen
Aantallen geregistreerde artsen die voor bij- en nascholing in aanmerking komen (op 1/1/2019)	1.683	963
Kosten visitatie t.b.v. herregistratie (1 x per 5 jaar; afhankelijk van lidmaatschap) per persoon	€ 1.500 - 3.000	€ 1.000
Dervingskosten voor het volgen van bij- en nascholing onder werktijd per persoon per jaar	€ 4.200	€ 2.800
Benodigd aantal accreditatiepunten t.b.v. herregistratie (verdeeld over 5 jaar)	200	200
Kosten per accreditatiepunt	€ 67	€ 67
Kosten accreditatiepunten + visitatie t.b.v. herregistratie + dervingskosten per jaar per persoon	€ 7.180 – 7.480	€ 5.680
TOTALE KOSTEN BIJ- EN NASCHOLING, PER JAAR	≈ € 12,1 – 12,6 miljoen	≈ € 5,5 miljoen
Voor bedrijfs- en verzekeringsartsen samen	≈ € 17,6 – 18,1 miljoen	

Scenario's en een schatting van de toekomstige kosten van bij- en nascholing van bedrijfs- en verzekeringsarts

Het zal van de komende in- en uitstroom uit beide beroepsgroepen afhangen of de 'volumes' bedrijfs- en verzekeringsartsen zullen toe- of afnemen en daarmee de totale kosten van de bij- en nascholing. Als de huidige instroom niet verandert, dan zal het aantal bedrijfs- en verzekeringsartsen in de komende 5 tot 10 jaar zeer snel afnemen, voornamelijk door vergrijzing van de beroepsgroep (Capaciteitsorgaan, 2019).

Wanneer we het scenario doorrekenen dat binnen enkele jaren een instroom van 250 aios bedrijfsgeneeskunde zou worden bereikt, dan zou na een korte daling het aantal bedrijfsartsen weer gaan stijgen en binnen 10 jaar op hetzelfde niveau van ongeveer 1.700 komen. De totale jaarlijkse kosten van bij- en nascholing van bedrijfsartsen zullen dan over 10 jaar ook weer zo'n €12 miljoen zijn, gegeven dat de kosten per persoon en per jaar hetzelfde zullen blijven. Voor verzekeringsartsen geldt hetzelfde scenario; ook daarvoor zullen de totale kosten van bij- en nascholing bij een instroom van 70 aios per jaar over 10 jaar ongeveer hetzelfde zijn. Wel zal de schommeling (eerst daling en dan stijging) in aantallen geregistreerde verzekeringsartsen de komende 10 jaar minder heftig zijn dan bij de bedrijfsartsen.

3.3 Richtlijnen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde

Algemeen

Richtlijnen worden binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde ontwikkeld, geïmplementeerd en herzien om de kwaliteit van het praktijk-handelen en de dienstverlening te verhogen, het vakgebied verder te professionaliseren en ongewenste praktijkvariatie te verkleinen. De basis voor deze richtlijnen wordt gevormd door wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit en efficiency van diagnoses, behandelingen, interventies, adviezen en begeleiding die in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde worden toegepast. Richtlijnen dienen regelmatig te worden geactualiseerd omdat er steeds weer nieuwe resultaten van wetenschappelijk onderzoek bekend worden. Ook wordt er geleerd van toepassing van richtlijnen in de praktijk zodat deze daaraan kunnen worden aangepast. Deze uitwisseling tussen richtlijnen en het veld vormt een belangrijke voorwaarde voor het streven naar 'evidence-based handelen' en daarmee het bevorderen van de kwaliteit.

In het eerder genoemde rapport over de richtlijnen (van Vliet et al., 2015) is verkend hoe de financiering hiervan beter en structureler georganiseerd zou kunnen worden (zie ook hoofdstuk 1). Dit is volgens het rapport nodig, omdat de richtlijnen binnen de bedrijfsgeneeskunde (ongeveer 30 zijn er momenteel gepubliceerd op de website van de NVAB[10]) voornamelijk bekostigd zijn op de smalle basis van de contributiegelden die de beroepsvereniging NVAB tot zijn beschikking heeft. Overigens is de bekostiging van de NVAB-richtlijnen in het verleden wel incidenteel aangevuld met tijdelijke overheidssubsidies.
Dat geldt ook voor de verzekeringsgeneeskunde, waarbinnen 20 richtlijnen in een wat 'lichtere' vorm als protocollen zijn ontwikkeld op basis van contributiegelden van de NVVG en ook met incidentele overheidssubsidie. De GAV ontwikkelt ook op eigen kosten richtlijnen en/of co-financiert deze[11]. Binnen de verzekeringsgeneeskunde neemt het UVW een eigen positie in als grootste werkgever en opleider, wat zich ook uit in eigen interne protocollen of leidraden die fungeren als kwaliteitsinstrument. Deze worden mede binnen het eerder genoemde Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG) ontwikkeld en onderhouden.

De conclusie van het rapport van van Vliet in 2015 was dat aanvullende financiering vanuit de overheid – specifiek voor richtlijnen in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde – nodig zijn, om de (door)ontwikkeling en het onderhoud daarvan te borgen. Ook wordt aangegeven dat er zoveel mogelijk sprake moet zijn van een gezamenlijke ontwikkeling van richtlijnen, dus voor zowel de bedrijfs- als verzekeringsgeneeskunde. In 2016 is een gezamenlijke richtlijn van de NVAB, NVVG en GAV verschenen ten aanzien van depressie. Dat de contributiegelden voor richtlijnontwikkeling beperkt zijn, kan afgeleid worden uit de contributies en ledenaantallen zoals die op de websites van de beroepsverenigingen vermeld staan:

- De lidmaatschapskosten van de NVAB bedragen in 2019 €645 per jaar. Voor aios bedraagt dit €398 per jaar. De NVAB heeft 1.660 leden.
- De lidmaatschapskosten van de ZFB bedragen €100 per jaar. Er zijn 345 artsen aangesloten bij de ZFB. Leden van de ZFB zijn ook lid van de NVAB.
- De NVVG heeft 877 leden en de lidmaatschapskosten bedragen €297 per jaar.
- De GAV heeft 200 leden en de lidmaatschapskosten voor de GAV bedragen €200 per jaar.

[10] De NVAB heeft een Kwaliteitsbureau dat richtlijnen ontwikkeld voor bedrijfsartsen, en gezamenlijke richtlijnen met verzekeringsartsen en professionals uit de curatieve zorg en deskundigen op het terrein van arbeidsomstandigheden.

[11] De GAV beschrijft op haar website onder andere de richtlijnen 'Personenschade', 'Claimbeoordeling AOV' en 'Depressie voor Bedrijfsartsen & Verzekeringsartsen'.

Een doorrekening van deze cijfers leidt tot de conclusie dat jaarlijks, in totaal door alle vier de verenigingen, €1,4 miljoen aan contributiegelden geïnd worden. Welk deel daarvan aan richtlijnontwikkeling wordt besteed, verschilt per vereniging en is niet goed bekend, maar dit zal aanzienlijk minder zijn dan de jaarlijkse inkomsten van €1,4 miljoen.

Schatting van de huidige kosten van richtlijnen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde

Het is complex om de kosten van richtlijnen of één richtlijn in te schatten, aangezien dit zeer per onderwerp verschilt en er verschillende kostencomponenten zijn. Wel is algemeen bekend dat richtlijnen een lang traject vergen, van zo'n anderhalf tot twee jaar. Zoals eerder beschreven dienen richtlijnen: (1) wetenschappelijk onderbouwd ontwikkeld te worden (bij voorkeur volgens vaste richtlijnprocedures, methodieken en geaccrediteerd door erkende instanties), (2) afgestemd en/of geaccordeerd te worden met/door het veld, (3) geïmplementeerd en toegankelijk beschikbaar gesteld te worden, en (4) onderhouden, geactualiseerd en daarmee herzien te worden. Steeds meer richtlijnen zijn ook multidisciplinair wat de ontwikkel- en doorlooptijd vergroot en ook kostenberekening ervan bemoeilijkt.

Uit onze interviews, een rondgang langs andere beroepsgroepen buiten de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde (zoals de huisartsen en medisch specialisten; zie ook hoofdstuk 4) en een rapport van Hulshof et al. (2015)[12], kan evenwel het bedrag worden ingeschat dat (met een ruime marge) het ontwikkelen én implementeren van een richtlijn tussen de €300.000 en €400.000 kost. Het ZonMw-programma 'Verbetering kwaliteit Poortwachtersproces' gaat uit van een bedrag van €233.000 per te ontwikkelen richtlijn, uitgaande van de €1,4 miljoen die zij hebben uitgetrokken voor 6 nieuw te ontwikkelen richtlijnen. De kosten voor het herzien van richtlijnen zullen lager zijn, maar lastig is in te schatten hoeveel lager. Over het algemeen wordt een actualisatietermijn van vijf jaar aangehouden. Dit 'tempo' is onder andere gebaseerd op de uitkomsten uit de interviews, het hiervoor genoemde rapport van Hulshof et al. (2015) en een recente notitie van Hulshof en Oosterhuis (2019)[13]. Een aanname kan dan zijn dat, als een nieuw ontwikkelde richtlijn een gemiddelde houdbaarheidstermijn van vijf jaar heeft, de kosten van herziening hiervan één vijfde zullen zijn van de oorspronkelijke ontwikkel- en implementatiekosten. Daarmee zou het onderhouden van één richtlijn neerkomen op tussen de (20% van €300.000 à €400.000) €60.000 en €80.000 per keer. Als er al een set van richtlijnen is opgebouwd (zoals bij de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde het geval is), moet vervolgens ook een aanname worden gemaakt over hoeveel daarvan elk jaar aan herziening na vijf jaar aan toe zijn. Uitgaande van de jaartallen van publicatie van de richtlijnen en protocollen die bekend zijn op de NVAB- en NVVG-website, lijkt het een realistische schatting dat het nu per jaar om twee tot drie richtlijnen zal gaan.

In de volgende tabel 3.3 staan de uitgangspunten die gebruikt zijn voor een schatting van de huidige kosten van nieuwe richtlijnontwikkeling en -implementatie, en herziening van de huidige richtlijnen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde per jaar. Hierbij is dus uitgegaan van:

- het jaarlijks herzien van drie van de 30 bedrijfsgeneeskundige-richtlijnen en twee van de minimaal 20 verzekeringsgeneeskundige-protocollen,

[12] Hulshof CTJ, van Vliet C, Wind H, et al. Professionele ontwikkeling arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde. Een preprogrammeringsstudie in opdracht van ZonMw. NVAB, NVVG en GAV, juli 2015.

[13] Hulshof C, Oosterhuis T. Herziening van NVAB-richtlijnen, een beleidsnotitie. Januari 2019, verkregen via https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/Herziening_van_NVAB-richtlijnen_een_beleidsnotitie_januari_2019.pdf.

- het jaarlijks ontwikkelen van één nieuwe gezamenlijke richtlijn, uitgaande van de huidige capaciteit/financiering en conform de aanbeveling uit het rapport van van Vliet et al. (2015) en het beleid dat de NVAB, NVVG en de GAV nu ook voorstaan
- dat de protocollen van het UWV 'intern' en niet voor de verzekeringsgeneeskunde in zijn geheel gefinancierd worden.

De totale richtlijn-kosten in tabel 3.3. zijn 50-50 over de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde verdeeld omdat nu en in de toekomst is ingezet op vergaande samenwerking in deze. Op basis van al deze aannames zouden de jaarlijks richtlijnenkosten voor de bedrijfsgeneeskunde uitkomen op €330.000 tot €440.000 en voor de verzekeringsgeneeskunde op €270.000 tot €360.000.

Tabel 3.3 Overzicht huidige kosten van richtlijnen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in totaal en per jaar

	Bedrijfsartsen	Verzekeringsartsen
Aantal bestaande richtlijnen/protocollen	30 richtlijnen	20 protocollen
Doorlooptijd richtlijnontwikkeling	1,5 – 2 jaar	1,5 – 2 jaar
Aantal jaar tot onderhoud bestaande richtlijn	5 jaar	5 jaar
Kosten van ontwikkeling en implementatie, per nieuwe richtlijn/protocol	€ 300.000 - 400.000	
Kosten van 'onderhoud' (evaluatie en herziening), per bestaande richtlijn	€ 60.000 - 80.000	€ 60.000 - 80.000
Schatting aantal te onderhouden bestaande richtlijnen per jaar	3	2
Schatting aantal nieuw te ontwikkelen (gezamenlijke) richtlijnen per jaar	1	
TOTALE KOSTEN RICHTLIJNEN PER JAAR	≈ € 0,33 – 0,44 miljoen	≈ € 0,27 – 0,36 miljoen
Voor bedrijfs- en verzekeringsartsen samen	≈ € 0,6 – 0,8 miljoen	

Scenario's en een schatting van de toekomstige kosten van richtlijnen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde

Recentelijk is de Werkgroep 'richtlijnen en implementatie' specifiek opgericht binnen de Kwaliteitstafel om de bestaande bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen en protocollen binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde te inventariseren. De werkgroep beoordeelt alle richtlijnen en protocollen op noodzaak tot doorontwikkeling, evaluatie en actualisatie/herziening. De resultaten hiervan zijn bij het schrijven van dit rapport nog niet bekend, maar hier zal in ieder geval een nieuwe 'agenda' uit voortkomen van richtlijnen die opnieuw doorontwikkeld en/of herzien zouden moeten worden. Dit sluit aan bij de taak van de Werkgroep 'academisering' van de Kwaliteitstafel, die als doel heeft de kennisagenda voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde te ontwikkelen. Deze kennisagenda is gebaseerd op een groot aantal kennisvragen die samen met de beroepsgroepen en -verenigingen zijn verzameld en geprioriteerd. De centrale kennisvragen houden verband met de richtlijnen omdat deze gefundeerd zijn op wetenschappelijk bewijs, maar de

kennisagenda is primair bedoeld om strategisch richting te geven aan het wetenschappelijk onderzoek in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Ook de resultaten van de Werkgroep 'academisering' zijn bij het schrijven van dit rapport nog niet bekend.

Daarnaast is recent voor multidisciplinaire richtlijnontwikkeling een nieuwe tijdelijke publieke financieringsbron in het leven geroepen, in de vorm van een ZonMw-programma. Per 2020 start een onderzoeksprogramma 'Verbetering kwaliteit Poortwachtersproces', met als missie om "*bij te dragen aan de kwaliteitsverbetering van het poortwachtersproces en de re-integratie van werknemers door het ontwikkelen van kennis en het stimuleren van implementatie en borging van kennis*". Hieronder valt de ontwikkeling van een gezamenlijke kennisagenda van bedrijfsartsen, verzekeringsartsen en arbeidsdeskundigen, richtlijnen of scholing ten behoeve van een duurzame kwaliteits- en innovatiecyclus. Binnen het programma is €1,4 miljoen uitgetrokken voor de ontwikkeling van zes nieuwe multidisciplinaire richtlijnen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Het programma heeft een totaalbudget van €10 miljoen en een looptijd van vijf jaar (2020-2025).

Beide ontwikkelingen leiden tot de verwachting dat er de komende jaren grote behoefte zal zijn aan capaciteit en daarmee extra financiering om de geprioriteerde richtlijnen, nieuw en bestaand, (door) te ontwikkelen en te herzien. Gezamenlijke (door)ontwikkeling van richtlijnen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde is daarbij het voorkeurmodel. Het is lastig in te schatten wat de 'onvervulde vraag' zal zijn aan richtontwikkeling, -implementatie en herziening, maar een vrij zeker scenario is dat er de komende jaren sterke behoefte zal zijn om meer dan één nieuwe richtlijn te ontwikkelen en meer dan 5 bestaande bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen/protocollen te onderhouden/herzien. Voor beide is immers binnenkort een agenda en prioritering beschikbaar die een inhoudelijke impuls en richting kan geven aan dit aspect van het kennis- en kwaliteitsbeleid.
Houden we dan, bijvoorbeeld:

- een dubbel tempo aan van twee nieuwe en gezamenlijke richtlijnen per jaar, en
- herziening van tien bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige richtlijnen/protocollen per jaar,

dan zouden totale kosten hiervan in totaal op 1,2 tot 1,6 miljoen per jaar komen. Voorstelbaar is dat op langere termijn het tempo weer lager komt te liggen, omdat dan de investering in 'achterstallig onderhoud' van de richtlijnen grotendeels is gepleegd.

3.4 Wetenschappelijk onderzoek bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde

Algemeen

Hoewel alle vier de elementen in het kennis- en kwaliteitsbeleid van belang zijn om de professionele 'leer- en ontwikkelcyclus' van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde draaiende te houden, kan het wetenschappelijk onderzoek als het inhoudelijk meest fundamentele element worden beschouwd. Wetenschappelijk onderzoek en academisering kennen diverse verschijningvormen en dienen meerdere doelen. Het levert op macroniveau nieuwe kennis en inzichten op die meerwaarde hebben voor de uitvoering en kwaliteit van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, de gezondheid en productiviteit van de beroepsbevolking, en de productiviteit van de arbeidsorganisaties waarin zij werkzaam zijn. Op meso- of microniveau levert wetenschappelijk onderzoek en academisering directe meerwaarde voor de uitoefening van het beroep en de opleiding in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, en de ontwikkeling van bedrijfs- en verzekeringsartsen zelf; bijvoorbeeld via afstudeer- en promotieonderzoek, het bekleden van (bijzondere) leerstoelen en lectoraten, en

het doen van fundamenteel en toegepast wetenschappelijk onderzoek voor nationale en internationale tijdschriften en congressen.

Een inventarisatie leert dat er verschillende *leerstoelen* bij universiteiten zijn ingesteld die binnen het domein van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde vallen. Geordend naar universiteit zijn dat momenteel:

- De leerstoel Psychische gezondheid en duurzame inzetbaarheid in arbeid (Tranzo, Tilburg University) mogelijk gemaakt door onder andere de Netherlands School of Public & Occupational Health (NSPOH)
- De leerstoel Arbeidsdeskundigheid (Tranzo, Tilburg University)
- De leerstoel Academisering van de verzekeringsgeneeskunde (Amsterdam UMC, locatie VUmc) welke gecombineerd wordt met de leerstoel Sociale geneeskunde in het bijzonder de academisering van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde
- De leerstoel Sociale verzekeringsgeneeskunde (Amsterdam UMC) mogelijk gemaakt door het Instituut GAK
- De leerstoel Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (Amsterdam UMC, locatie AMC), mogelijk gemaakt door de NVAB
- De leerstoel Arbeid, gezondheidsbevordering en beleid (Amsterdam UMC, locatie VUmc) welke mogelijk gemaakt wordt door het RIVM
- De leerstoel Maatschappelijke gezondheidszorg (Erasmus MC)
- De leerstoel Arbeid en gezondheid (Universiteit Maastricht)
- De leerstoel Arbeid en gezondheid in het bijzonder vanuit epidemiologisch levensloopperspectief (UMCG)
- De leerstoel Sociale geneeskunde, in het bijzonder arbeidsparticipatie en re-integratie van kwetsbare groepen (UMCG), mogelijk gemaakt door het Instituut GAK

Ook zijn er *lectoraten* aan hogescholen:

- Lectoraat Arbeidsdeskundigheid (Hogeschool Arnhem Nijmegen)
- Lectoraat Arbeid en Gezondheid (Hogeschool Arnhem Nijmegen)
- Lectoraat Arbeid en Gezondheid (Hogeschool Rotterdam)

Momenteel zijn er in het domein ‘Arbeid en Gezondheid’ drie *academische werkplaatsen* (AWAG’s), waar de meeste van de hiervoor genoemde leerstoelen en lectoraten aan verbonden zijn. De drie AWAG’s zijn opgericht aan (1) Tilburg University (Tranzo), (2) Amsterdam MC (locaties AMC en VU) en (3) Groningen Universiteit (UMCG). De organisatie en financieringsstructuur verschillen nogal per AWAG, maar alle drie zijn afhankelijk van externe financiering door kernpartners. Enkele van deze partners zijn of waren organisaties zoals Tata Steel, Dow Chemical en Shell, en arbodiensten zoals Arbo Unie en HumanTotalCare. In de academische werkplaatsen wordt verbinding tot stand gebracht tussen academische kennis en ervaringen en toepassingen in de praktijk. De samenstelling van de werkplaatsen is pluriform van aard en beslaat meestal de driehoek onderzoek, praktijk en zorg en/of kennisorganisaties. Er zijn verschillende vormen van cofinanciering, waarbij partners van een academische werkplaats samenwerken met publieke of private partijen. Deze bijdrage wordt veelal geleverd in natura of *in kind* door middel van de inzet van werknemers van de partners die op parttimebasis wetenschappelijk (promotie)onderzoek verrichten binnen de werkplaats (‘duobanen’). Het initiatief van de AWAG’s is genomen door verschillende universiteiten en kennisinstituten. In tegenstelling tot een deel van de academische werkplaatsen in het zorgdomein, zijn de drie AWAG’s niet ge-cofinancierd met een startsubsidie die beschikbaar is gesteld vanuit de overheid, bijvoorbeeld het ministerie van SZW en/of VWS.

Daarnaast bestaat het *Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG)* dat als 'virtueel kenniscentrum' publiek via het UWV wordt gefinancierd. Het KCVG is een samenwerking tussen:

- Coronel Instituut voor Arbeid en Gezondheid (Amsterdam UMC – locatie AMC)
- Afdeling Sociale Geneeskunde van Amsterdam UMC (locatie VUmc)
- Afdeling Sociale Geneeskunde van UMCG
- Divisie Sociaal Medische Zaken van UWV Amsterdam.

Het doel van het KCVG is het bevorderen van de kwaliteit en de wetenschappelijke onderbouwing van de verzekeringsgeneeskunde door de ontwikkeling en evaluatie van methoden, richtlijnen, hulpmiddelen en interventies voor de verzekeringsgeneeskunde.

Ook is er het *Academisch Centrum voor Private Verzekeringsgeneeskunde (ACPV)*, een gezamenlijk initiatief van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en de GAV. Het ACPV heeft als doel om in de vorm van een academisch samenwerkingsverband private verzekeringsgeneeskundige kennis te ontwikkelen en daardoor bij te dragen aan wetenschappelijke onderbouwing van het vakgebied, en de kwaliteit van handelen van professionals werkzaam in dit veld te bevorderen.

Tenslotte hebben *beroepsverenigingen NVVG, NVAB en GAV* ieder ook hun eigen wetenschappelijke commissies waarmee zij wetenschappelijk onderzoek en academisering ondersteunen of coördineren. De financieringsbron hiervan is, net als bij de richtlijnen, afkomstig uit contributiegelden.

Schatting van de huidige kosten van wetenschappelijk onderzoek voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde

Voor het schatten van de totale en jaarlijkse kosten van het wetenschappelijk onderzoek geldt, net als bij de richtlijnen, dat dit een complexe exercitie is. Wat nu bekend is aan elementen om deze schatting te maken staat in tabel 3.4 vermeld. Er wordt uitgegaan van een 'basisbezetting' per AWAG van vier fte aan eigen promovendi en een hoogleraar, met daarnaast een aparte coördinator van de werkplaats. De totale personele kosten van deze basisbezetting per jaar (rond de €410.000 per jaar) zijn ontleend aan salarisrichtlijnen van onder andere de Vereniging van Universiteiten (VSNU). In de kostenschatting zijn niet de promovendi meegenomen aan de AWAG's die doorgaans *in kind* door de ketenpartners worden gefinancierd in de vorm van duobanen.

Het bedrag van rond de €400.000 per jaar kan vergeleken worden met de gemiddelde kosten van een doelmatigheidsstudie. Deze maken deel uit van een zogenaamde 'zorgevaluatie', een wetenschapsontwikkelings-traject dat door de Stuurgroep Zorgevaluatie van de Federatie Medisch Specialisten (FMS)[14] is ontwikkeld. In een zorgevaluatie wordt uitvoering gegeven aan een kennisagenda, waarin de 10 belangrijkste kennishiaten in het vakgebied worden geïnventariseerd en geprioriteerd. Deze top-10 wordt bekrachtigd door het bestuur van de wetenschappelijke vereniging, waarna een onderzoeksprogramma wordt opgesteld. In zogenaamde 'zorgevaluatienetwerken' worden dan de top-10 doelmatigheidsstudies uitgevoerd. De FMS-Stuurgroep heeft in kaart gebracht hoe financiering van zo'n programma kan plaatsvinden door Zorgverzekeraars Nederland (ZN), die in 2015 voor de FMS een achttal randvoorwaarden voor vergoeding van doelmatigheidsonderzoek formuleerden. Ook is in kaart gebracht hoe een programma ondergebracht kan worden als kennisagenda in de ZonMw-programmering, die hiervoor een checklist met vier hoofdcriteria heeft opgesteld.

[14] FMS. Achtergrond-document bij Adviesrapport Zorgevaluatie. Stuurgroep Zorgevaluatie, 24/4/2016.

De kosten voor het uitvoeren van een doelmatigheidsstudie vanuit een zorgevaluatie-traject verdeelt de FMS-projectgroep als volgt in:

- De tijdsinspanning van de projectleider
- Het aanstellen van een arts-onderzoeker als studiecoördinator
- De kosten van methodologie, monitoring, studiesoftware, (landelijk) netwerk, decentraal (bij klein aantal studies (<5) zonder centrale aansturing, of centraal ondergebracht in een trialbureau (>=5)
- Inclusievergoeding aan deelnemende centra voor de werkzaamheden gerelateerd aan het includeren van patiënten
- Kosten (gerelateerd aan) geneesmiddelen bij geneesmiddelenstudies
- Overige kosten (METC/lokale goedkeuring).

De kosten van een zorgevaluatie zonder geneesmiddelen komt volgens de FMS-stuurgroep neer op €423.000, met een geneesmiddelenstudie op €540.500. Dat eerste bedrag komt redelijk overeen met de door ons veronderstelde basisbezetting van een AWAG, waar typisch de uitvoering van zorgevaluatie- en doelmatigheidsonderzoek plaatsvindt.

Maken we dan een 'conservatieve'[15] schatting van de jaarlijkse totale kosten van het wetenschappelijk onderzoek voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, dan komen we uit op €3,2 miljoen per jaar. Hierbij is dus uitgegaan van drie AWAG's met elk een jaarbudget van €410.000. Daarnaast is de jaarlijkse subsidie meegerekend die het KCVG van het UWV ontvangt, namelijk €2 miljoen per jaar. De jaarlijkse kosten van de ACPV zijn niet bekend en daarom hierin ook niet meegenomen. In de tabel zijn de kosten strikt verdeeld voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. In werkelijkheid bestaat er echter wel overlap en samenwerking in het wetenschappelijk onderzoek, bijvoorbeeld in promotietrajecten, binnen leerstoelen, lectoraten en academische werkplaatsen. Net als bij de richtlijnen is de wens van de beroepsverenigingen en kennisinstituten om méér te gaan samenwerken in kennisontwikkeling, wetenschappelijk onderzoek en kennisagenda's.

[15] We spreken hier van een conservatieve schatting omdat de aanname over het jaarlijkse budget van de academische werkplaatsen met flinke onzekerheid is omgeven, en het wetenschappelijk onderzoek dat daarbuiten plaats vindt niet is meegenomen.

Tabel 3.4. Overzicht totale kosten van wetenschappelijk onderzoek voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde per jaar

	Bedrijfsartsen	Verzekeringsartsen
Bestaande organisaties waar academisch onderzoek wordt uitgevoerd	Drie academische werkplaatsen arbeid en gezondheid (Tilburg University, Amsterdam UMC en Groningen/UMCG)	Kenniscentrum Verzekeringsgeneeskunde (KCVG), Academisch Centrum voor Private Verzekeringsgeneeskunde (ACPV)
Personele kosten per AWAG voor 4 fte eigen promovendi (salariskosten promovendi plus indirecte kosten begeleiding door hoogleraar, gebruik universitaire infrastructuur, verrekening promotiepremie) per jaar	€ 300.000	€ 2 miljoen
Schatting organisatorische kosten per AWAG (0,75 fte coördinator, secretariaat, communicatiemedewerker) per jaar	€ 110.000	
TOTALE KOSTEN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK, PER JAAR	≈ € 1,2 miljoen	€ 2 miljoen
Voor bedrijfs- en verzekeringsartsen samen	≈ € 3,2 miljoen	

Scenario's en een schatting van de toekomstige kosten van wetenschappelijk onderzoek voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde

Binnen de Kwaliteitstafel heeft de Werkgroep 'academisering' recent een verkenning gedaan van de AWAG's in Nederland en hoe deze in 'nieuwe stijl' uitgebouwd kunnen worden. In een (nog niet gepubliceerde) notitie stelt de werkgroep: "*Van primair belang bij de AWAG Nieuwe Stijl is dat de verbinding tussen wetenschap en praktijk gerealiseerd wordt. Het gaat hierbij enerzijds om het onderzoeken van praktijkgerichte vraagstellingen, anderzijds om het toepassen van de wetenschappelijke kennis in de praktijk.*" Een pilot in het kader van de AWAG 'nieuwe stijl' is inmiddels aan één van de bestaande AWAG's, die van het Amsterdam MC, gestart. AWAG's 'nieuwe stijl' geven vorm aan de wens van alle stakeholders in zowel de bedrijfs- als verzekeringsgeneeskunde om het wetenschappelijk onderzoek gezamenlijk, gecoördineerd en ambitieus te gaan organiseren. Daarvoor is verbreding van de onderzoekscentra nodig, de organisatie van centra in een netwerkstructuur en een centrale kennisagenda als motor van een kennisinfrastructuur op hetzelfde niveau als de huisartsen en medisch specialismen.

Ook is bij de werkgroep een gezamenlijke kennisagenda in voorbereiding (zie ook paragraaf 3.3 hiervoor), die aansluit bij onder andere de aanpak van de (eerder beschreven) FMS-Stuurgroep zorgevaluatie. Dit zal de behoefte aan de uitvoering van wetenschappelijke onderzoeksprojecten, gezamenlijk voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, sterk vergroten. Een parallel met de richtlijnen uit de vorige paragraaf is hier groot. Ook voor het wetenschappelijk onderzoek zal op korte termijn een grote behoefte zijn aan uitbreiding van (structurele) financiële bijdragen om de kennisagenda te kunnen uitvoeren. Het hiervoor genoemde ZonMw-programma 'Verbetering

kwaliteit Poortwachtersproces' kan daarin een rol spelen; maar zoals eerder aangegeven betreft het hier een tijdelijke subsidie van vijf jaar die niet alleen op de bedrijfs- en verzekeringsartsen maar ook andere beroepsgroepen is gericht.

Om nu een toekomstscenario voor de kosten van het wetenschappelijk onderzoek te maken moet (net als bij de richtlijnen) ook hier een globale aanname worden gemaakt. Gezien de 'lange adem' die wetenschappelijk onderzoek en kennisontwikkeling vereist, vallen korte en lange termijn hier samen. Op basis van de ambitie van het veld en de ontwikkelde kennisagenda, lijkt een verdubbeling van de capaciteit die nu verondersteld wordt beschikbaar te zijn voor de drie AWAG's (dus van 1,2 miljoen naar 2,4 miljoen per jaar), een reële aanname voor de toekomstige kosten. Bedacht moet worden dat de jaarlijkse financiering van het KCVG van twee miljoen op de korte en langer termijn blijft bestaan en de kosten voor het ACPV hierin niet zijn meegenomen.

3.5 Samenvatting van de geschatte huidige kosten van het kennis- en kwaliteitsbeleid

In tabel 3.5 zijn de kosten-schattingen van de voorgaande paragrafen en vier onderdelen van het kennis- en kwaliteitsbeleid samengevat en opgeteld. De totale kosten van het huidige kennis- en kwaliteitsbeleid zouden daarmee €44 à €53 miljoen per jaar zijn, waarbij nogmaals benadrukt dient te worden dat deze schattingen op veel veronderstellingen zijn gebaseerd. Deze zijn slechts ten dele 'hard' te maken, zeker wat betreft de richtlijnen en het wetenschappelijk onderzoek.

Tabel 3.5. Overzicht schatting van de huidige totale kosten van het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde per jaar

	Kosten	Relatief
TOTALE KOSTEN OPLEIDING	≈ € 22,4 – 31,3 miljoen	51 – 59 %
TOTALE KOSTEN BIJ- EN NASCHOLING	≈ € 17,6 – 18,1 miljoen	34 - 40 %
TOTALE KOSTEN RICHTLIJNEN	≈ € 0,6 – 0,8 miljoen	1 - 2 %
TOTALE KOSTEN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK	≈ € 3,2 miljoen	6 - 7 %
TOTALE KOSTEN KENNIS- EN KWALITEITSBELEID	≈ € 43,8 - 53,4 miljoen	100 %

Ook is in dit hoofdstuk een aantal scenario's geschetst voor de toekomst, op korte en/of lange termijn, waarmee ingeschat is hoe de kosten van het kennis- en kwaliteitsbeleid zouden kunnen toenemen als bepaalde ontwikkelingen gaan doorzetten. Deze scenario's komen verder terug in hoofdstuk 6, waar met rekenvoorbeelden wordt aangegeven hoe de kosten dan verdeeld zouden worden over de verschillende partijen die nu en in de toekomst het kennis- en kwaliteitsbeleid financieren.

Tabel 3.6. Overzicht schatting van de te verwachten toekomstige kosten van het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde per jaar

	Toekomstige kosten	Relatief
TOTALE KOSTEN OPLEIDING	≈ € 82,5 – 116,5 miljoen	78 – 83 %
TOTALE KOSTEN BIJ- EN NASCHOLING	≈ € 17,6 – 18,1 miljoen	13 - 17 %
TOTALE KOSTEN RICHTLIJNEN	≈ € 1,2 – 1,6 miljoen	1 – 2 %
TOTALE KOSTEN WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK	≈ €4,4 miljoen	3 - 4 %
TOTALE KOSTEN KENNIS- EN KWALITEITSBELEID	≈ € 105,7 – 140,6 miljoen	100 %

4 Financiering kennis- en kwaliteitsbeleid bij aanverwante beroepsgroepen

Dit hoofdstuk is gebaseerd op interviews uitgevoerd onder vertegenwoordigers van zes aanverwante beroepsgroepen over welke financierings- en organisatievormen zij gebruiken voor het kennis- en kwaliteitsbeleid binnen hun sector. Er is gekozen voor de beroepsgroepen huisartsen en medisch specialisten omdat zij – net als bedrijfs- en verzekeringsartsen – een medische vervolgopleiding hebben. Vertegenwoordigers van notarissen, advocaten, accountants en verkeersvliegers zijn geïnterviewd omdat zij vergelijkbare 'vrije' beroepsgroepen zijn die opereren in een private markt, maar waarbij in alle gevallen ook sprake is van een bepaalde publieke en/of maatschappelijke verantwoordelijkheid. Dit hoofdstuk geeft daarmee antwoord onderzoeksvraag 2: "welke financieringsmodellen bestaan er om de diverse elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid te financieren, buiten de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland?"

4.1 Huisartsen

4.1.1 Waarom hebben we de beroepsgroep huisartsen bestudeerd?

Huisartsen hebben net als bedrijfs- en verzekeringsartsen een medische vervolgopleiding gevolgd na de initiële opleiding geneeskunde. Huisartsen zijn verwant aan bedrijfs- en verzekeringsartsen gezien de generalistische aard van het vakgebied, een nauwe relatie met het maatschappelijke en sociale domein, en beide gericht zijn op een goede samenhang tussen arbeid en gezondheid van werknemers (de zogenaamde arbo-curatieve zorg).

Huisartsen hebben net als alle zorgprofessionals belang bij een goed ontwikkeld kennis- en kwaliteitsbeleid om verantwoorde zorg van goede kwaliteit leveren, ofwel patiëntgericht, veilig, effectief, efficiënt, tijdig en gelijkwaardig. Artikel 2 van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg betreft het leveren van goede zorg. Onder goede zorg wordt verstaan zorg van goede kwaliteit en van goed niveau:

1. die in ieder geval veilig, doeltreffend, doelmatig en cliëntgericht is, tijdig wordt verleend, en is afgestemd op de reële behoefte van de cliënt,
2. waarbij zorgverleners handelen in overeenstemming met de op hen rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de professionele standaard, waaronder het overeenkomstig artikel 66b van de Zorgverzekeringswet in het openbaar register opgenomen voor hen geldende professionele standaard, en
3. waarbij de rechten van de cliënt zorgvuldig in acht worden genomen en de cliënt ook overigens met respect wordt behandeld.

4.1.2 Hoe ziet de beroepsgroep eruit en hoe is het lidmaatschap bij de beroepsvereniging georganiseerd en gefinancierd?

In december 2019 waren er 14.068 huisartsen in Nederland (RGS, 2020)[16]. Over de periode 2000-2019 is het aantal werkzame huisartsen in Nederland met 48% toegenomen. De samenstelling van de

[16] RGS (5 juni 2020). *Aantal geregistreerde specialisten/profielartsen op peildatum 31 december van het jaar.* Geraadpleegd van https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/rgs/registers/aantal-registraties-specialistenaois.htm

huisartsen naar werkzame positie is in de loop der jaren wel veranderd: tegenover een dalend aandeel zelfstandig gevestigde huisartsen staat een toename van het aantal en aandeel “wisselende waarnemers”.

Het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) is de wetenschappelijke vereniging van huisartsen en heeft als doel een wetenschappelijk verantwoorde beroepsuitoefening door de huisarts te bevorderen. De NHG ontwikkelt en implementeert standaarden en patiëntenvoorlichting op Thuisarts.nl. Deze standaarden, ofwel richtlijnen, zijn bedoeld om het medische beleid in de dagelijkse praktijk van de huisarts te ondersteunen. Lidmaatschap voor het NHG betalen de huisartsen zelf en wordt berekend op basis van het jaarlijks bruto-inkomen. Het bruto-inkomen is alle inkomsten die betrekking hebben op de uitoefening van het huisartsenvak. Het NHG heeft 11.000 leden en lidmaatschap is niet verplicht. De lidmaatschapskosten zijn hieronder weergegeven (Bron: www.NHG.nl):

Praktiserend huisarts tot €20.000	€315
Praktiserend huisarts € 20.000 tot € 35.000	€ 515
Praktiserend huisarts € 35.000 tot € 50.000	€ 671
Praktiserend huisarts € 50.000 tot € 100.000	€ 827
Praktiserend huisarts € 100.000 en hoger	€ 893
Huisarts-partner – bestaande leden	€ 166
Huisarts-partner – nieuwe leden	25% korting op het reguliere lidmaatschapstarief
Aios-lid (niet SBOH)	€ 95

Naast het NHG is er nog de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) die 12.000 leden heeft en volledig wordt gefinancierd vanuit contributie-inkomsten. De LHV staat voor belangenbehartiging en de ontwikkeling van producten, diensten en nascholing voor leden. Ook hier wordt onderscheid gemaakt tussen typen huisartsen en inkomen. Gemiddeld bedraagt het LHV-lidmaatschap €2.000 per jaar (bron: https://www.lhv.nl/vereniging/lidmaatschap/contributie).

Belangenbehartiger in de huisartsenzorg InEen werkt ook mee aan het versterken van kennis en kunde van huisartsen. De leden van InEen zijn divers maar hebben gemeen dat ze organisaties zijn in de eerstelijnszorg en gezamenlijk willen werken aan een sterkere eerste lijn. Huisartsenposten, gezondheidscentra, zorggroepen, eerstelijns diagnostische centra en regionale ondersteuningsstructuren (ROS’en) zijn lid bij InEen[17].

4.1.3 Opleiding

De opleiding tot huisarts duurt drie jaar en kan worden gevolgd via één van de acht Universitair Medische Centra (UMC) in Nederland. De opleiding bestaat gemiddeld uit 25 maanden leren en werken in een huisartsenpraktijk van een erkend huisartsenopleider en gemiddeld tien maanden stages buiten de huisartsenpraktijk, waaronder in elk geval zes maanden in een ziekenhuis. Gemiddeld één dag per week wordt besteed aan cursorisch onderwijs georganiseerd door het opleidingsinstituut.

Elke huisarts in opleiding komt in dienst van de Stichting Beroeps Opleiding Huisartsen (SBOH). De SBOH financiert alle activiteiten voor de opleiding van haar aios op basis van publieke middelen. Dit

[17] InEen (14 mei 2020). *Lid worden*. Geraadpleegd van https://ineen.nl/de-vereniging/lid-worden/

houdt in dat de SBOH de beschikbare financiële middelen verdeelt over de aios (werkgeverskosten), opleidingsinstituten (kosten voor het theoretisch onderwijs), opleiders (vergoeding van onkosten die samenhangen met het opleiden) en innovatie-, kwaliteits- en samenwerkingsprojecten. Voor haar taak ontvangt de SBOH een beschikbaarheidbijdrage (€97.900 per fte aios per jaar in 2019) op grond van de Wet langdurige zorg (Wlz) en de Zorgverzekeringswet (Zvw), die wordt uitgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)[18]. Daarnaast verkrijgt de SBOH inkomen uit het valuteren van arbeid geleverd door de aios.

Het belangrijkste hulpmiddel om de kwaliteit van een huisartsenpraktijk en het kwaliteitssysteem te toetsen is de NHG-praktijkaccreditering, een kwaliteitskeurmerk voor huisartsenpraktijken.

4.1.4 Bij- en nascholing

Bij- en nascholing wordt door huisartsen zelf gefinancierd. Voorheen droegen sponsoren als farmaceuten hier een groot deel aan bij, maar dit probeert de NHG terug te dringen. Bij- en nascholing kan gedaan worden via verschillende organisaties. De LHV en het NHG bieden ook trainingen en cursussen aan.

Huisartsen moeten per jaar 40 accreditatiepunten per jaar halen om hun registratie te behouden. Dit staat gelijk aan circa 40 uur studie. De totale kosten voor registratiebehoud worden ingeschat op gemiddeld ongeveer €1.500.

4.1.5 Richtlijnontwikkeling

Voor richtlijnontwikkeling ontvingen de huisartsen van een deel overheidsfinanciering vanuit het ministerie van VWS. In de laatste jaren is dit afgebouwd tot een bijdrage gebaseerd op gemiddeld €0,10 per inwoner. De uitvoering hiervan liep via ZN, onder het label van kwaliteitsgelden. Nu is de regel dat voor een periode van vier jaar het NHG financiering voor kwaliteitsontwikkeling ontvang op basis van de ontwikkelingen in de kennisagenda. Daarmee is de bijdrage gebaseerd op ‘het dubbeltje’ geschrapt. De huisartsen ontvangen vanuit het ministerie van VWS, door middel van een subsidie via ZonMw, nu €3 miljoen per jaar. Eerder was dit €1,7 miljoen per jaar.

De gelden worden besteed aan het ontwikkelen en up-to-date houden van richtlijnen, niet om de implementatie ervan. Huisartsen ontwikkelen veel multidisciplinaire richtlijnen. Op zogenaamde ‘A-richtlijnen’ gebeurt veel nieuw onderzoek (bijvoorbeeld voor diabetes) die continue worden bijgewerkt. De zgn. ‘BCD-richtlijnen’ zijn minder onderhoudsgevoelig.

4.1.6 Wetenschappelijk onderzoek

Het wetenschappelijk onderzoek in de huisartsgeneeskunde kent een lange traditie en heeft zich de laatste twintig jaar sterk doorontwikkeld. Onderzoeksbevindingen worden vertaald naar aanbevelingen voor de praktijk via NHG-Standaarden en NHG-Behandelrichtlijnen. Deze bestrijken 70-80% van de problemen die de huisarts dagelijks ziet. Het NHG heeft in 2018 met steun van de werkgroep Research van het Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde (IOH-R) het initiatief genomen om een Nationale Onderzoeksagenda Huisartsgeneeskunde op te stellen (NHG, 2018). Deze kennisagenda is leidend voor subsidieaanvragen van ZonMw en leidt tot programma’s binnen voor de beantwoording van kennisvragen en voor richtlijnontwikkeling. Momenteel zijn (vrijwel) alle wetenschappelijke verenigingen bezig met het opstellen en uit uitvoeren van kennisagenda’s.

[18] NZa (2019). Vergoedingsbedragen verlening Beschikbaarheidbijdrage (Medische) vervolgopleidingen 2019

Al in 1982 werd voor het eerst het profiel van een academische werkplaats beschreven voor de eerstelijnsgezondheidszorg met daarin het drievoudige takenpakket: onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg. In de loop der jaren zijn rondom iedere universitaire afdeling netwerken van huisartsenpraktijken gegroeid. In de afgelopen decennia zijn duizenden huisartsen als huisartsopleider verbonden (geweest) aan een UMC/universiteit en/of doen incidenteel mee aan door de universiteit geïnitieerde onderzoeks- en/of zorginnovatieprojecten[19]. Vanuit het ministerie van OCW is jaarlijks circa €700 miljoen beschikbaar als Rijksbijdrage voor de academische werkplaatsfunctie van UMC's in Nederland. Deze gelden worden ingezet voor het (post-)academisch onderzoek vanuit de huisartsopleidingen maar ook die van de opleidingen tot medisch specialist.

4.2 Medisch specialisten

4.2.1 Waarom hebben we medisch specialisten bestudeerd?

Medisch specialisten hebben net als bedrijfs- en verzekeringsartsen een medische vervolgopleiding gevolgd na de initiële opleiding geneeskunde, maar zijn qua vakgebied minder generalistisch opgeleid. Net als bij de huisartsen is de overeenkomst dat medisch specialisten volgens de wet verantwoorde zorg van goede kwaliteit leveren, ofwel veilig, effectief, efficiënt, cliëntgericht zijn, tijdig worden verleend, en afgestemd zijn op de reële behoefte van de cliënt. Ook bij medisch specialisten is een structureel en duurzaam kennis- en kwaliteitsbeleid van groot belang voor de ontwikkeling en borging van het vak en vakgebied.

Veel projecten die tot doel hebben de kwaliteit van de medisch-specialistische zorg te verbeteren, worden gefinancierd vanuit de zogeheten 'kwaliteitsgelden medisch specialisten'. Vanaf 2007 zijn deze gelden vanuit het uur honorarium van de medisch specialist ter beschikking gekomen, en zijn ze inmiddels onderdeel van het geïntegreerde kader medisch-specialistische zorg. Het ministerie van VWS en de Federatie Medisch Specialisten (FMS) zijn overeengekomen dat hiervoor jaarlijks een vast geïndexeerd bedrag wordt gereserveerd, zodat kwaliteitsbevordering structureel gefinancierd wordt.

De Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS) – opgericht door de FMS en ZN – beheert de kwaliteitsgelden. Jaarlijks stelt de SKMS de kwaliteitsgelden beschikbaar aan de Wetenschappelijke Verenigingen (WV'en) van de erkende medisch specialismen en de FMS voor het ontwikkelen, onderhouden en implementeren van het Kwaliteitsbeleid Medisch Specialisten, voor zover niet op een andere manier gefinancierd.

SKMS financiert projecten die bijdragen aan de verbetering van de transparantie en kwaliteit van zorg door medisch specialisten. Het gaat dan bijvoorbeeld om richtlijnontwikkeling, (door)ontwikkeling van kwaliteitsvisitaties, kwaliteitsregistraties, maar ook het opstellen van consultkaarten, patiëntinformatie of kennisagenda's en kwaliteitsbeleid voor de langere termijn. Ruim tien jaar kwaliteitsgelden heeft onder andere geleid tot de Richtlijnendatabase, de consultkaarten en de medisch-specialistische informatie op Thuisarts.nl.

[19] De academische werkplaats huisartsgeneeskunde. Harry Crebolder, Wim Stalman. Huisarts & Wetenschap 46 (12) november 2003

4.2.2 Hoe ziet de beroepsgroep eruit en is lidmaatschap bij de beroepsvereniging georganiseerd en gefinancierd?

In Nederland zijn er in totaal 27.821 medisch specialisten geregistreerd (Capaciteitsorgaan, 2019)[20]. Er zijn 33 verenigingen lid van de FMS. De wetenschappelijke verenigingen zijn de leden van de Federatie. Per medisch specialist betaalt een wetenschappelijke vereniging in 2020 een federatieve bijdrage van € 555,25 voor onder meer de belangenbehartiging van de medisch specialisten in Nederland. Dit bedrag is opgenomen in de contributie van een wetenschappelijke vereniging[21]. De kosten voor het lidmaatschap variëren per wetenschappelijke vereniging (ca. €1.000 per jaar). Een gedeelte hiervan wordt besteed aan het onderdeel richtlijnontwikkeling.

4.2.3 Opleiding

Om medisch specialist te worden moet een vier- tot zesjarige opleiding gevolgd worden na de basisopleiding Geneeskunde, afhankelijk van het gekozen specialisme. De opleiding kost gemiddeld €142.200 - €167.200 per aios (2019), per fte per jaar en wordt gefinancierd door middel van een publieke beschikbaarheidbijdrage van de NZa[22]. Een beschikbaarheidbijdrage is een bijdrage, ofwel een subsidie, die is bedoeld als compensatie voor instellingen met een opleidingstaak. Deze beschikbaarheidbijdrage bestaat uit een geldbedrag dat het mogelijk maakt om vormen van zorg te leveren die niet, of niet geheel, in rekening kunnen worden gebracht bij zorgverzekeraars of verzekerden. Toerekenen van opleidingskosten naar DBC-tarieven zou marktverstorend werken, met het risico dat er te weinig capaciteit zou worden opgeleid. Door de beschikbaarheidbijdrage wordt die marktverstoring voorkomen.

De bekostiging van de medische vervolgopleidingen verloopt via de beschikbaarheidbijdrage gebeurt op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voert de financiering uit. Het toewijzen van opleidingsplaatsen die in aanmerking komen voor een beschikbaarheidbijdrage gebeurt door:

- Stichting BOLS, voor medisch specialistische vervolgopleidingen;
- Stichting TOP Opleidingsplaatsen, voor psychologische vervolgopleidingen en de 3-jarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz.

De minister van VWS stelt jaarlijks opleidingsplaatsen beschikbaar die in aanmerking komen voor financiering via de beschikbaarheidbijdrage. De minister doet dit aan de hand van adviezen van het Capaciteitsorgaan, die ook driejaarlijks de instroomadviezen afgeeft voor de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts zoals hiervoor beschreven in hoofdstuk 3.

4.2.4 Bij- en nascholing

Een medisch specialist volgt gemiddeld 40 uur per jaar bij- en nascholing, in totaal 200 uur aan deskundigheidsbevordering, plus verplichte visitatie. De visitatie moet door de specialist zelf worden bekostigd en kost gemiddeld €2.000.

[20] Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023; Deelrapport 1 Medisch specialisten, klinische technologische specialismen en spoedeisende geneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

[21] De wetenschappelijke verenigingen van de klinisch chemici, klinisch fysici en ziekenhuisartsapothekers betalen € 305,38 per lid per jaar aan de Federatie.

[22] NZa (2019). Vergoedingsbedragen verlening Beschikbaarheidsbijdrage (Medische) vervolgopleidingen 2019.

4.2.5 Richtlijnontwikkeling

Richtlijnen vormen ook bij de medisch specialisten de basis van de kwaliteitscyclus. Een medisch specialistische richtlijn wordt vastgelegd in een 'levend' document met aanbevelingen ter ondersteuning van zorgprofessionals en zorggebruikers welke is gericht op het verbeteren van kwaliteit van goede zorg, berustend op wetenschappelijk onderzoek aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en zorggebruikers.

Richtlijnontwikkeling en richtlijnbeheer zijn ondergbracht bij het Kennisinstituut van de Medisch Specialisten (KIMS). Het KIMS kreeg publiek gefinancierde kwaliteitsgelden vanuit Zorgverzekereraars Nederland (ZN), maar net als bij de huisartsen verschuift dit naar ZonMw en worden de kwaliteitsagenda leidend. Het KIMS heeft circa 60 medewerkers in dienst en beheert meer dan 300 richtlijnen, ook in samenwerking met de Wetenschappelijke Verenigingen van elk medisch specialisme. Daarnaast financiert het SKMS projecten die onder andere bedoeld zijn voor richtlijnontwikkeling, zoals hierboven in paragraaf 4.2.1 beschreven staat. Op basis van verschillende bronnen wordt de jaarlijkse bijdrage voor richtlijnontwikkeling geschat op minimaal € 12-13 miljoen[23,24].

4.2.6 Wetenschappelijk onderzoek

De FMS ontwikkelt verschillende Wetenschappelijke kennisagenda's en ondersteunt haar leden daarbij. In deze kennisagenda's wordt al het lopende en voorgenomen onderzoek geïnventariseerd en geprioriteerd. Financiering van het wetenschappelijk onderzoek door en voor medisch specialisten komt voornamelijk vanuit ZonMw, de geneeskundefaculteiten van alle UMC's in Nederland (zgn. academische component, Rijksbijdrage), EU-subsidies en gesponsord onderzoek.

Vanuit het ministerie van OCW jaarlijks circa €700 miljoen beschikbaar als Rijksbijdrage voor de academische werkplaatsfunctie van UMC's (zoals ook hiervoor genoemd bij de huisartsen). Dit wordt dus zowel ingezet voor de het post-academisch onderzoek binnen de huisartsopleidingen als de opleidingen tot medisch specialist.

4.3 Accountants

4.3.1 Waarom hebben we accountants bestudeerd?

De eigen professionaliteit van de beroepsgroep en de publieke/maatschappelijke verantwoordelijkheid zijn twee aspecten waarop accountants goed vergelijkbaar zijn met bedrijfs- en verzekeringsartsen. Daarbij moet bedacht worden dat er verschillende beroepsrollen zijn binnen de accountancy. Veel accountants zijn in dienst bij grote bedrijven, net als bedrijfs- en verzekeringsartsen, en acteren op een (vrijwel complete) private markt. Het gebruik van de titels Accountant-Administratieconsulent (AA) en registeraccountant (RA) is wettelijk beschermd en slechts voorbehouden aan hen die ingeschreven staan in het register van de Nederlandse beroepsorganisatie van accountants (NBA), en dus hiervoor een erkende opleiding hebben gevolgd. Ook benamingen zoals accountant (inclusief afkortingen of samenstellingen) mogen niet in het openbaar worden gebruikt zonder inschrijving. Tot slot mag men zich niet zodanig gedragen dat

[23] SMKS en FMS (2017). Kwaliteitsgelden voor medisch specialistische zorg in de praktijk.

[24] ZonMw (2020). Subsidieoproep - Kwaliteitsgelden Medisch Specialistische Zorg. Geraadpleegd op: https://www.zonmw.nl/nl/subsidies/subsidieoproepen-op-uitnodiging/detail/item/kwaliteitsgelden-medisch-specialistische-zorg-1/

daardoor bij het publiek redelijkerwijs de indruk wordt gewekt dat men tot het voeren van die benaming gerechtigd is.

4.3.2 Hoe ziet de beroepsgroep eruit en hoe is lidmaatschap bij de beroepsvereniging georganiseerd en gefinancierd?

De Koninklijke Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) is de bij wet ingestelde organisatie die onder andere belast is met het bevorderen van de goede beroepsuitoefening van haar leden (registeraccountants (RA) en AA). Er is een verplichting tot inschrijving, dus alle 21.000 accountants zijn ingeschreven in het register van de NBA. Lidmaatschap hangt af van drie soorten ledengroepen:

- *Openbare accountants*
  Zij werken vaak bij de grote kantoren (ook wel 'big 4' genoemd; Deloitte, EY, KPMG en PWC). Er zijn ongeveer 8.000-9.000 openbare accountants. Zij betalen het hoogste bedrag aan lidmaatschap (circa €1.340), maar maken er ook het meest gebruik van.
- *Interne accountants en overheidsaccountants.* Zij zijn werkzaam bij de overheid en/of bij een accountantsafdeling van een bedrijf. Er zijn ongeveer 2.000 interne- en overheidsaccountants. Voor hen zijn de kosten voor een lidmaatschap circa €895.
- *Accountants in business*
  Tot slot is er een groep 'financials' die bijvoorbeeld CFO zijn, of controller bij een onderneming. Dit betreft een groep van ongeveer 9.000-10.000 personen. Hun lidmaatschapskosten bedragen circa €450 per jaar.

In het accountantsregister van de NBA staan alle accountants in Nederland ingeschreven. De NBA beschermt de beide titels die accountants mogen hanteren (RA en AA) en beoogt de beroepsuitoefening te bevorderen door het opstellen en handhaven van heldere gedrags- en beroepsregels voor alle accountants. Hierbij gaat het ook om toetsing en door permanente educatie. De beroepsorganisatie bewaakt de kwaliteit van het accountantsberoep en stimuleert de ontwikkeling van het vakgebied[25].

4.3.3 Opleiding

Met een bachelor Accountancy kan men zich specialiseren tot AA of RA. Een AA richt zich voornamelijk op ondernemers in het midden- en kleinbedrijf (MKB). Een registeraccountant houdt zich bezig met de controle en advisering van middelgrote en grote organisaties en heeft een academisch niveau. Met de invoering van de Bachelor/Master-structuur is het onderscheid tussen deze twee specialisaties binnen de bacheloropleiding komen te vervallen. Voor afgestudeerde voltijdstudenten is de meest gebruikelijke starterfunctie assistent-accountant. AA word je met een bachelor-diploma. Om de titel RA te mogen voeren, is het nodig om na de master een post-master RA te volgen, die gemiddeld drie jaar duurt. De deeltijdstudie (post-master) wordt veelal gedaan in combinatie met een (parttime)baan op een accountantskantoor.

Er zijn afzonderlijke modules met telkens daarbij behorende cursusgelden per (college)jaar. Aan de Erasmus Universiteit heeft de post-masteropleiding tot Registeraccountant de volgende modules: Internal Control & Accounting Information Systems (ICAIS) à € 4.500; Externe Verslaggeving voor Accountants (EVA) à € 1.750; Capita Selecta Recht (CSR) à € 500; Financial Auditing (FA) à € 4.500.

[25] Koninklijke Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (15 mei 2020). *Missie, beleid en taken.* Geraadpleegd van https://www.nba.nl/over-de-nba/missie-beleid-en-taken/

Vaak – maar niet altijd – worden de kosten voor de post-masteropleiding voldaan door de werkgever van de assistent-accountant. Het theoretisch deel van de post-master vergt meestal zo'n 60 ECTS – wat gelijk staat aan 1.680 uur, verdeeld over 2,5 jaar. Maar dat is afhankelijk van het ingangsniveau en eventuele deficiënties die mensen moeten wegwerken.

4.3.4 Bij- en nascholing

Accountants hebben een Permanente Educatieverplichting (PE-verplichting) waarbij ze tot 2020 een aantal activiteiten deden in een 3-jaarscyclus, om het kennisniveau up-to-date te houden. Er dienden 120 PE-punten per cyclus behaald te worden en een PE-punt kostte €100 en één uur aan werk. De NBA biedt cursussen aan, maar er zijn ook andere aanbieders in de markt die gecrediteerd zijn voor dergelijke opleidingen. Deze kosten werden betaald door de accountant zelf of door de werkgever. De "Big 4"-kantoren hebben vaak een eigen opleidingsprogramma.

Controlerend accountants moesten om de 2 jaar een verplichte kennistoets doen over standaarden en wet- en regelgeving. Die moesten zij behalen om titel te mogen blijven voeren. In 2017 is gekeken naar het PE-beleid en besloten dat het PE-beleid meer outputgericht moet worden ingevuld. Elke accountant bepaalt per 2020 zijn/haar eigen ontwikkelplan. Hier houdt de NBA toezicht op.

4.3.5 Richtlijnontwikkeling

In de accountancy wordt gewerkt met standaarden die door de NBA worden ontwikkeld. Hierin worden ook internationale ontwikkelingen en controlestandaarden meegenomen en vertaald naar de Nederlandse praktijk. Updates hiervan gebeuren jaarlijks. Er is een adviescollege beroepsreglementering (ACB) voor de verduidelijking van wet- en regelgeving waar gemiddeld 15-20 projecten lopen. Hierbij wordt gekeken naar nieuwe standaarden en het verduidelijken en vernieuwen van reeds bestaande standaarden. Het ACB is samengesteld uit accountants die een achtergrond hebben in alle vormen van de beroepsuitoefening. De standaardontwikkeling, -onderhoud en -implementatie wordt door de beroepsgroep (NBA) zelf gefinancierd. Soms is er 'co-creatie' met een groot kantoor. De overheid financiert niet in de accountancy-richtlijnen/standaarden, maar kan wel meekijken en ingrijpen als toezichthouder en via wetgeving.

4.3.6 Wetenschappelijk onderzoek

Er worden door de NBA verschillende projecten en onderzoeken uitgevoerd, in enkele gevallen samen met een belangrijke stakeholder. Wetenschappelijk onderzoek is nog 'beperkt' binnen de sector.

4.4 Advocaten

4.4.1 Waarom hebben we advocaten bestudeerd?

Advocaten hebben net als accountants met bedrijfs- en verzekeringsartsen gemeen dat zij een eigen professionaliteit hebben, en een publieke/maatschappelijke verantwoordelijkheid vervullen binnen een marktsysteem. Specifiek hebben de particulier werkzame verzekeringsartsen een directe relatie met vooral letsel- en schade-advocaten.

Vanuit professionaliteit staat kwaliteitsbevordering hoog op de agenda van de Nederlandse Orde van Advocaten (NOvA). In 2017 is de wijzigingsverordening kwaliteitstoetsen aangenomen. Advocaten werken daardoor aan kwaliteitstoetsing in de vorm van peer review, intervisie en gestructureerd

intercollegiaal overleg. Deze vormen van gestructureerde feedback zijn een manier om met collega's of vakgenoten te leren van ervaringen, problemen, successen en uitdagingen in de dagelijkse werkpraktijk. Die verdieping van kennis, inzicht en vaardigheden moet leiden tot effectiever professioneel gedrag.

Een ander kwaliteitsvraagstuk is de specialisatie van advocaten, waarvoor in 2018 een wijzigingsverordening kwaliteit bevorderende maatregelen is aangekomen. Door de invoering van het rechtsgebiedenregister moet iedere advocaat zich – na de stage – verplicht laten registreren op minimaal één en maximaal vier rechtsgebieden, en deze registratie bekendmaken. Voor generalisten is er de mogelijkheid om zich te registeren in de categorie 'algemene praktijk'. Het register is een overzichtelijk en transparant register en bevat 33 'hoofdrechtsgebieden' waarop advocaten zich dienen te registreren. Daarbij geldt de verplichting om per geregistreerd rechtsgebied jaarlijks tien opleidingspunten te halen.

4.4.2 Hoe ziet de beroepsgroep eruit en hoe is lidmaatschap bij de beroepsvereniging georganiseerd en gefinancierd?

Alle advocaten die op 1 januari staan ingeschreven op het tableau (op 1 januari 2020 waren dit er 17.830)[26] zijn wettelijk verplicht lid van de NOvA conform artikel 32, tweede lid van de Advocatenwet. En daarmee gehouden tot een financiële bijdrage. Hiermee voert de NOvA als publiekrechtelijke beroepsorganisatie de wettelijk opgedragen taken uit, zoals toezicht, regelgeving en opleiding en komen zij op voor de belangen van de advocatuur.

De hoogte van de financiële bijdrage is afhankelijk van het bruto-inkomen. Advocaten die in lage categorie II (tot € 37.000) vallen, betalen minder dan advocaten in categorie I. De lage categorie is automatisch van toepassing op advocaten die minder dan drie jaar op het tableau staan ingeschreven. In december 2019 is het Besluit financiële bijdrage 2020 vastgesteld. Dit betekent dat de financiële bijdrage voor advocaten in categorie 1 voor 2020 € 973 bedraagt. Voor categorie 2 is deze € 319. De stijging met bijna 12% (€ 104 resp. € 34) is hoofdzakelijk het gevolg van de structurele doorberekening van de kosten van tuchtrechtspraak door de staat aan de NOvA sinds 2018 (artikel 46a Advocatenwet).

4.4.3 Opleiding

Om advocaat te worden dient men na afronding van de rechtenstudie een driejarige beroepsopleiding voor de advocatuur te volgen. Gedurende die periode is de jurist in dienst als advocaat-stagiair en moet hij of zij tentamens afleggen in verschillende vakken. De werkgever bekostigt doorgaans de beroepsopleiding, maar er zijn uitzonderingen waar dit door de advocaat-stagiair zelf gefinancierd moet worden.

De opleiding heeft tot doel juristen op te leiden tot zelfstandige en deskundige advocaten, die optimaal bijdragen aan de kwaliteit van de advocatuur. De opleiding is vastgelegd in wet- en regelgeving. De beroepsopleiding advocaten (BA) is uitbesteed aan de uitvoeringsorganisatie (UO).

De NOvA ontwerpt een nieuwe samenhangende, toekomstbestendige beroepsopleiding voor advocaten die in maart 2021 van start gaat. Een opleiding waarin praktische vaardigheden en het toepassen van juridische inhoudelijke kennis centraal staat. De opleiding is gericht op de praktijk

[26] Advocatenblad (8 juni 2020). *Aantal advocaten blijft ligt stijgen.* Geraadpleegd van https://www.advocatenblad.nl/2020/01/09/aantal-advocaten-blijft-licht-stijgen/

(toepassingsgericht) en er is voor iedere student ruimte voor verbreding en verdieping. De kernwaarden van de advocaat worden expliciet in de opleiding verankerd. De advocaat-stagiair van de nabije toekomst zal een praktijk- en toepassingsgerichte beroepsopleiding ervaren waarin praktische vaardigheden, ethiek en het toepassen van juridisch-inhoudelijke kennis centraal staat. Ook is een aantal nieuwe elementen toegevoegd, zoals ondernemerschap en digitale vaardigheden. De beroepsopleiding voorziet daarnaast in een stevige basis aan ethiek, basisvaardigheden en het in de praktijk kunnen brengen daarvan in 'moot courts' (oefenrechtbanken). Deze onderdelen worden centraal aangeboden door de uitvoeringsorganisatie aan divers samengestelde groepen stagiairs. Een ander deel van de vaardigheden en de cognitieve vakken worden door de UO en de geaccrediteerde onderwijsaanbieders (momenteel De Brauw en de Law Firm School) verzorgd.

De vernieuwde opleiding, die in maart 2021 van start gaat, gaat tussen de € 11.000 en € 11.600 (excl. btw) kosten. Ten opzichte van de huidige prijs (€ 14.780 excl. btw) betekent dat een reductie van ruim 20%. De exacte prijs van de vernieuwde beroepsopleiding hangt mede af van de verdere invulling van de integratieve dagen (moot court). In het bedrag is nog niet de prijs van de basistest inbegrepen. Deze staat los van de opleidingsprijs en zal waarschijnlijk onder de € 200 (excl. btw) uitkomen. De nieuwe studie zal 105 dagdelen aan tijdbelasting vergen.

4.4.4 Bij- en nascholing

Met ingang van 1 januari 2019 is een verplicht rechtsgebiedenregister ingevoerd. Advocaten moeten zich na hun stage verplicht laten registreren in het rechtsgebiedenregister op minimaal één en maximaal vier rechtsgebieden. Na afronding van de beroepsopleiding dienen advocaten hun professionele kennis en kunde voor praktijk relevante rechtsgebieden te onderhouden. In artikel 4.4 van de Verordening op de advocatuur is bepaald dat de advocaat jaarlijks minimaal 20 opleidingspunten moet halen. Het behalen van de opleidingspunten is een middel voor het onderhouden van de vakbekwaamheid. Het staat de advocaat vrij om vanuit het oogpunt van vakbekwaamheid en kwaliteit meer opleidingspunten te behalen.

Advocaten kunnen overal in de markt opleidingspunten behalen. Dit kan bij niet-erkende opleidingsinstellingen en bij erkende opleidingsinstellingen. Het voordeel van de erkende opleidingsinstelling is dat het bewijs van deelname met vermelding van het puntenlogo van de NOvA voldoende is voor het aantonen van het behalen van de opleidingspunten. Erkende opleidingsinstellingen hebben daarvoor een kwaliteitstraject doorlopen. In plaats van individuele controle achteraf vindt vooraf een systeemcontrole plaats op de vereisten uit de regelgeving. Hierdoor hebben advocaten minder bewijslast en daardoor zekerheid hebben over het voldoen aan de regelgeving. In de databank 'Erkend Cursusaanbod Advocatuur' kunnen door de NOvA erkende opleidingsinstellingen hun cursusaanbod voor de advocatuur publiceren.

4.4.5 Richtlijnontwikkeling

De NOvA stelt verordeningen en regels op voor de advocatuur. Via de website http://regelgeving.advocatenorde.nl/ worden de actuele versies van de wet- en regelgeving voor de advocatuur online beschikbaar gesteld. Naast wetgeving als de Advocatenwet zijn op de website ook regels, besluiten, reglementen, richtlijnen en beleids- en gedragsregels van de NOvA te vinden. Zodra nieuwe wet- en regelgeving in werking treedt, wordt deze geactualiseerd. Oude versies blijven beschikbaar.

4.4.6 Wetenschappelijk onderzoek

Er is steeds meer aandacht voor de academische aspecten van rechtspleging en rechtspraak, inmiddels is het aantal (soms vergelijkbare) leerstoelen in Nederland opgelopen tot negen. De Faculteit der Rechtsgeleerdheid van de UvA kent drie leerstoelen die zijn gericht op de togaberoepen: de leerstoel Advocatuur, Openbaar Ministerie en de leerstoel Rechtspleging. De leerstoelen zijn gericht op de juridische beroepspraktijk in het onderwijs en onderzoek. In november 2019 verdween de leerstoel Sociale Rechtshulp.

Aan de Universiteit van Amsterdam zijn eveneens twee leerstoelen Rechtspleging. In Nijmegen is een hoogleraar rechtspleging, en een bijzonder hoogleraar rechtspraak. Verder is er in Utrecht een hoogleraar rechtspleging en rechterlijke organisatie en in Leiden een bijzonder hoogleraar rechtspleging. In Tilburg werd onlangs de leerstoel 'data science in de rechtspraak' ingericht en begin 2019 is er een professor benoemd tot hoogleraar Advocatuur & Ethiek in Maastricht.

4.5 Notarissen

4.5.1 Waarom hebben we notarissen bestudeerd?

Ook voor het beroep van notaris zijn de eigen professionaliteit en de publieke/maatschappelijke verantwoordelijkheid binnen een marktsysteem de aspecten waarop deze vergelijkbaar zijn met die van bedrijfs- en verzekeringsartsen. De titel 'notaris' is beschermd, wat wil zeggen dat men de opleiding Rechtsgeleerdheid (WO) in de richting van Notarieel Recht succesvol moet hebben afgerond. Men wordt daarna benoemd wordt door de Koning. Verordeningen (reglementen) van notarissen worden door de minister van Justitie goedgekeurd en in de Staatscourant gepubliceerd.[27]

4.5.2 Hoe ziet de beroepsgroep eruit en hoe is lidmaatschap bij de beroepsvereniging georganiseerd en gefinancierd?

De Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie (KNB) en haar organisatie zijn geregeld in de Wet op het notarisambt (Wna). Alle in Nederland gevestigde notarissen en werkzame toegevoegd notarissen en kandidaat-notarissen zijn leden van de KNB. De KNB heeft tot taak de bevordering van een goede beroepsuitoefening door de leden en van hun vakbekwaamheid. Er zijn verschillende typen leden van de KNB:

- Toegevoegde notarissen (geen ondernemers), zijnde niet-partners
- Kandidaat-notarissen in maatschap (ondernemer)
- Kandidaat-notarissen (geen ondernemers)
- Notarisondernemer

Zij betalen allen een verplichte ('gestaffelde') lidmaatschapsbijdrage aan de Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie (KNB) van tussen de €230 en €3.500 per jaar. De KNB heeft ongeveer 4.400 leden, waarvan ongeveer 1.500 notarissen. De andere leden zijn toegevoegd notaris of kandidaat-notaris.

Tuchtrecht en toezicht op notariaat werd voorheen gefinancierd door het ministerie van Justitie. Tot 2018 betaalde het notariaat zelf de kosten voor tuchtrecht en toezicht, een bedrag dat begroot werd op circa €5 miljoen per jaar. Vanuit het inzicht dat het notariaat een publiek belang heeft en na enige

[27] Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie (KNB) (2020). Jaarverslag 2018.

discussie is in 2018 het Kwaliteitsfonds opgericht. Dit Kwaliteitsfonds Notariaat regelt een inning van bijdragen voor de kosten van toezicht en tuchtrecht. Vanaf 1 augustus 2018 brengt de KNB de met het Kwaliteitsfonds gepaard gaande kosten in rekening bij notarissen, gebaseerd op het aantal akten dat zij passeren. Daarbij is gezocht naar een evenwichtige en transparante verdeling over het notariaat en is een heffing per akte opgezet ter hoogte van €9,95 incl. BTW per akte. Vermenigvuldigd met het totaal aantal van zo'n 1,4 miljoen akten dat per jaar passeert levert dit dus een substantieel budget van meer dan 13 miljoen op dat per jaar in het Kwaliteitsfonds wordt gestort[28]. Het doel is om zo kostendekkend te zijn zonder winstdoelstelling, maar ook is de opzet van het fonds dat op een gegeven moment de heffing weer verlaagd kunnen worden of zelfs afgeschaft als de kosten dat toelaten.

4.5.3 Opleiding

Om notaris te worden moet de opleiding Rechtsgeleerdheid (WO) met goed gevolg worden afgerond in de richting van Notarieel Recht. Na deze studie mag men de titel 'notarieel jurist dragen' en ligt de hoofdroute van de loopbaan bij een notariskantoor, waar een zesjarige stage gevolgd wordt in de functie van kandidaat-notaris. De beroepsopleiding tot notaris wordt dus binnen het notariskantoor gevolgd, de kosten hiervan bedragen circa €2.000 á €3.000 per jaar per kandidaat. Deze kosten worden over algemeen door het kantoor betaald..

4.5.4 Bij- en nascholing

Per twee jaar dient een notaris 40 zgn. 'PE'-punten halen. Voor het volgen van een cursus met drie PE-punten betaalt een notaris zelf ongeveer €300, dus circa €100 per PE-punt. Bij- en nascholingscursussen worden 'in de markt' aangeboden, maar de KNB geeft zelf ook bijscholing bijvoorbeeld over de AVG. Opbrengsten uit deze cursussen hebben ertoe geleid dat de ledenbijdrage die de KNB bij haar leden verlaagd kan worden. De KNB heeft één administratief medewerkster die presentielijsten en punten verwerkt. De kosten hiervan worden door de KNB via de leden bekostigd. Overigens is momenteel het plan vanuit de KNB dat vanaf 2020 bij- en nascholing meer als een persoonlijk ontwikkelplan wordt vormgegeven. Dit is meer gericht op persoonlijke leerwensen dan alleen op het behalen van punten.

4.5.5 Richtlijnontwikkeling

Notarissen kennen verordeningen, reglementen en beleidsregels die door de KNB worden opgesteld. De KNB heeft op grond van de wet hiervoor de regelgevende bevoegdheid. De hele beroepsgroep is aan deze regels gebonden en de tuchtrechter toetst het handelen van de leden van de KNB onder meer aan deze regels.Verordeningen worden door de ledenraad en vervolgens ook door de minister van Justitie goedgekeurd. Daarna worden deze in de Staatscourant gepubliceerd. Voor andere regels geldt dat het bestuur van de KNB deze vaststelt nadat zij de ledenraad hierover heeft gehoord. In uitzonderingsgevallen kan de minister deze regels achteraf vernietigen. De kosten van het ontwikkelen en onderhouden van verordeningen, reglementen en beleidsregels worden gefinancierd vanuit de ledencontributie; er zijn geen subsidies.

4.5.6 Wetenschappelijk onderzoek

Wetenschappelijk onderzoek vindt plaats bij de juridische faculteiten van de Nederlandse universiteiten. Er zijn enkele hoogleraren op notarieel gebied, maar wetenschappelijk onderzoek is

[28] Alle akten worden centraal geregistreerd.

relatief beperkt aangezien de usance is dat een notaris ‘geen wetenschapper is maar past het recht toepast’. Er is wel een stichting ter bevordering van de notariële wetenschap.

4.6 Verkeersvliegers

4.6.1 Waarom hebben we verkeersvliegers bestudeerd?

Verkeersvlieger is een ‘vrij beroep’ in een private markt, met tegelijkertijd een grote maatschappelijke verantwoordelijkheid gezien de veiligheid in het vervoeren van passagiers maar ook voor de verkeersveiligheid in de lucht en de gebieden waar zij vliegen. Verkeersvliegers zijn over het algemeen vaak in loondienst bij een luchtvaartmaatschappij. Daarmee is deze beroepsgroep aanverwant aan de bedrijfs-en verzekeringsartsen al de inhoud en uitoefening van het vak in veel opzichten ook anders.

4.6.2 Hoe ziet de beroepsgroep er uit en hoe is lidmaatschap bij de beroepsvereniging georganiseerd en gefinancierd?

Het grootste deel van de professionele verkeersvliegers in Nederland is in loondienst bij een maatschappij. Een klein deel is als zelfstandige werkzaam in de privésector. Per 31 december 2018 waren er 5.163 leden aangesloten bij de Vereniging Nederlandse Verkeersvliegers (VNV), dit zijn vrijwel alle verkeersvliegers in Nederland. Bijna 60% van hen =was in dienst bij de KLM, ruim 10% bij Transavia en de rest bij onder meer TUI fly, Martinair, EasyJet of Ryanair. Eind 2018 hadden 1.247 piloten een ander soort lidmaatschap omdat zij op dat moment werkloze verkeersvliegers waren.

Alle verkeersvliegers leveren een bijdrage van 0,7% van het basissalaris aan contributie en 1 vrije dag in om één fte voor de vakbond te bekostigen. Bij de vakbond VNV is een bestuur afdeling Vlieg technische Zaken (VTZ) belast met een groot aantal zaken die te maken hebben met het opereren van vliegtuigen. De Security Commissie (SEC) heeft tot doel mee te praten en mee te denken over de ontwikkeling en handhaving van security maatregelen in de luchtvaart.

4.6.3 Opleiding

De opleiding tot piloot is privaat georganiseerd en wordt door de piloot zelf betaald. De kosten bedragen tussen de €100.000 en €150.000. Veel verkeersvliegers in opleiding sluiten hiervoor een lening af. De opleiding duurt gemiddeld 2 jaar. Het eerste jaar van de opleiding vindt plaats in Nederland, de rest van de opleiding doorgaans in Amerika. In het begin van de opleiding krijgt men veel theorie aangeleerd, maar in die eerste periode brengen studenten ook al tijd door in de simulator. Nadat theorievakken zijn afgesloten, gaat men echt leren vliegen in de praktijk – in Amerika en in Nederland. De bekendste vliegscholen in Nederland zijn Stella Aviaton Academy, KLM, Flight Academy, CAE-NLS en Dutch Flight academy.

Enkele luchtvaartmaatschappijen verlangen dat medewerkers naast een opleiding tot verkeersvlieger ook verdere ervaringen hebben in de vorm van vlieguren of type brevetten, de kosten hiervan zijn al gauw €30.000 of meer. De kosten voor het leren vliegen in bepaalde toestellen worden soms door de vliegmaatschappij waar een piloot in dienst is bekostigd en georganiseerd.

4.6.4 Bij- en nascholing

Elke vliegmaatschappij heeft speciale bij- en nascholingsprogramma’s voor hun vliegers. Vliegers moeten vier keer per jaar de simulator in en er worden speciale trainingen gegeven op basis van

aandacht vanuit wereldwijde en nationale aandachtspunten. De bij- en nascholingskosten vallen onder de bedrijfskosten van de maatschappijen. Verkeersvliegers zijn in loondienst en de maatschappij heeft verplichting dat vliegers van voldoende niveau zijn.
De bij- en nascholingskosten bestaan uit:

- Simulator: €1.000 à €1.500 per uur, plus kosten van een instructeur en 2 verkeersvliegers.
- Initiële kosten om in een bepaald vliegtuig te mogen vliegen: tussen €50.000 en €100.000.
- Cursussen wisselen in kosten.
- Eens per 5 jaar: cursus veiligheid aan boord.

Het kleine deel zelfstandigen dient zelf hun brevet te behouden door middel van bij- en nascholing. Bij het besturen van zwaardere vliegtuigen hoort een Rijk specifieke cursus.

4.6.5 Richtlijnontwikkeling

Binnen de luchtvaart zijn verschillende zogenaamde 'Operating Manuals' of procedures van de vliegtuigen zelf, bijvoorbeeld voor een specifiek toestel als een Boeing 737. Daarnaast zijn er vliegmaatschappij-specifieke 'manuals', bijvoorbeeld die van KLM.

Uiteindelijk zijn de vliegtuigmaatschappijen zelf grotendeels eindverantwoordelijk voor het eigen kwaliteitsbeleid. Zij schrijven ook de zogeheten 'Operating Manual'. Het Operating Manual bestaat uit:

- Part 0 'Manual Administration' gaat over definities en versiebeheer;
- Part A 'General' gaat over regelgeving binnen het bedrijf, zoals verantwoordelijkheden, kwalificaties, logboeken, vluchtplanningen, en andere zaken die te maken hebben met "vliegen als beroep";
- Part B 'Technical' beschrijft specifieke procedures van een vliegtuig, zoals emergency procedures, radio en navigatie ondersteuning en bedienen van het vliegtuig;
- Part C 'Route' betreft regels die specifiek samenhangen met vliegroutes, denk aan gedetailleerde vluchtplanningen maken, berekenen van brandstof, maximale lading, omgaan met weersomstandigheden, etc. en
- Part D 'Personnel Training' tot slot wordt wel bestempeld als het belangrijkste onderdeel dat zicht biedt op de gewenste/benodigde initiële training, opfristrainingen, bijscholing en bekwaamheidsproeven.

Veel vliegtuig-specifieke zaken worden daarbij aangeleverd door een fabrikant (zoals Boeing). Vooral 'Part' A doet het bedrijf zelf, ieder voor zich. Feitelijk ontwikkelen kantoorfunctionarissen van de bedrijven in samenspraak met vliegers dus een belangrijk deel van het (kennis- en) kwaliteitsbeleid.

Vanuit de overheid is er toezicht op de luchtvaart via de Inspectie Leefomgeving en Transport (ILT). De ILT houdt toezicht op het naleven van wet- en regelgeving binnen en rondom de luchtvaart.

4.6.6 Wetenschappelijk onderzoek

Er wordt op dit moment in de luchtvaart nieuw wetenschappelijk onderzoek verricht op basis van alle 'Big Data' die door de systemen in vliegtuigen gegenereerd wordt. Daarnaast wordt al lange tijd onderzoek gedaan naar veiligheidsregels, fouten, risico's en meldingscultuur. Dit onderzoek wordt ook weer gebruikt in richtlijnen en cursussen. De beroepsverenigingen, maar ook werkgevers doen veel met deze informatie voor hun achterban.

4.7 Samenvatting

Samengevat komen uit de analyse over hoe de zes beroepsgroepen hun kennis- en kwaliteitsbeleid hebben georganiseerd en gefinancierd, de volgende verschillen naar voren met de bedrijfs- en verzekeringsartsen:

Huisartsen en Medisch Specialisten

Via (verplichte) lidmaatschapsgelden wordt een deel van richtlijnontwikkeling voor huisartsen en medisch specialisten 'privaat' gefinancierd. Ook de bij- en nascholing wordt bij deze beroepsgroepen in sommige gevallen zelf en dus privaat gefinancierd. De andere elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid – opleiding en wetenschappelijk onderzoek – worden gefinancierd door de overheid. De beschikbaarheidbijdrage levert een structurele financiering op voor de opleidingsinstituten, die daarmee niet afhankelijk is van marktverstoringen. Dit is belangrijk voor goede instroom, wat bij de bedrijfs- en verzekeringsartsen een belangrijk punt van aandacht is. Wetenschappelijk onderzoek, richtlijnen, bij- en nascholing en de opleiding versterken elkaar ook hier en de kennisagenda speelt een belangrijke rol in (nieuwe) financiering door ZonMw. Het belangrijkste leerpunt vanuit deze beroepsgroepen voor de bedrijfs- en verzekeringsartsen is dat vroege en brede (financiële) investering in wetenschappelijk onderzoek, evidence-based richtlijnen en de implementatie daarvan de (instroom in de) (post-)initiële opleiding stimuleert.

Notarissen, Verkeersvliegers, Accountants, Advocaten

Alle elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid voor deze beroepsgroepen worden nu privaat gefinancierd, waar dat voorheen deels publiek werd gefinancierd (bijvoorbeeld bij de notarissen). Wetenschappelijk onderzoek speelt bij deze beroepsgroepen een minder grote rol dan bij de medische beroepen, dus daar is de vergelijking wat minder relevant. Een belangrijk bekostigingsinstrument dat deze beroepsgroepen gebruiken is het verplichte lidmaatschap met bijbehorende contributie van de beroepsverenigingen. Een ander instrument dat soms wordt ingezet is de tariefsopslag (bijvoorbeeld per akte). Een leerpunt vanuit deze aanverwante beroepsgroepen is daarmee dat de financiering van richtlijnen gefinancierd kan worden via verplichte afdracht door de beroepsgroep. Dit dient ter inspiratie voor de inrichting van het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsartsen.

Samenvattend overzicht

Om een vergelijking te kunnen maken tussen hoe de bovenstaande zes beroepsgroepen hun kennis- en kwaliteitsbeleid hebben georganiseerd en gefinancierd, en hoe de bedrijfs- en verzekeringsartsen dit hebben geregeld, is er een samenvattend overzicht gemaakt (tabel 4.1) van de kosten en bijbehorende financiers door wie het kennis- en kwaliteitsbeleid van de andere beroepsgroepen wordt bekostigd.

Tabel 4.1. Overzicht schatting van de huidige totale kosten en hoofd-financierder van het kennis- en kwaliteitsbeleid van een zestal aanverwante beroepsgroepen, per jaar

	Opleiding	Bij- en nascholing	Richtlijnen	Wetenschappelijk onderzoek
Huisarts (n=14.068)	Overheid ≈ € 220,3 miljoen	Zelfstandig ≈ € 21,1 miljoen	Overheid en verenigingen ≈ € 3 miljoen	Overheid = deel van € 700 miljoen
Medisch specialist (n=27.821)	Overheid ≈ € 1,1 miljard	Zelfstandig ≈ € 55,6 miljoen	Overheid en verenigingen ≈ € 13 miljoen	Overheid = deel van € 700 miljoen
Accountant (n=21.000)	Werkgever: *	Vereniging of werkgever ≈ € 84 miljoen	Vereniging: *	Privaat: #
Advocaat (n=17.830)	Werkgever: *	Privaat: *	Privaat: *	Privaat: #
Notaris (n=1.500)	Werkgever: *	Vereniging ≈ € 3 miljoen	Privaat: *	Privaat: #
Verkeersvlieger (n=5.200)	Zelfstandig: *	Werkgever ≈ € 20,8 miljoen	Privaat: *	Privaat: *

*de totale kosten voor dit element zijn onbekend door het ontbreken van openbare gegevens over het aantal opleidingsplaatsen en/of kosten voor dit element. De kosten voor de opleiding per opleideling zijn wel bekend en staan beschreven in de tekst.

dit element is niet/nauwelijks van toepassing bij deze beroepsgroep

5 Focusgroepen en de werksessie met de Kwaliteitstafel

Dit hoofdstuk 5 beschrijft de uitkomsten van de focusgroepen die zijn georganiseerd en de werksessie die met de deelnemers aan de Kwaliteitstafel heeft plaatsgevonden. Deze verdiepende stappen dragen bij aan de beantwoording van onderzoeksvraag 3: "Wat is de wenselijkheid van de financieringsmodellen voor het kennis- en kwaliteitsbeleid, gelet op de kosten en baten van de verschillende onderdelen van dit beleid, structurele borging van financiering, en de verdeling van de publieke en private verantwoordelijkheid binnen het stelsel van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland?".

5.1 Resultaten van de focusgroepen

In de eerste focusgroep waren zowel bedrijfs- als verzekeringsartsen aanwezig op 'individuele' titel. Het doel van deze focusgroep was te komen tot zogenaamde ideale financieringsmodellen voor de verschillende elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid. De vier subgroepen in deze focusgroep – twee groepen bedrijfs- en twee groepen verzekeringsartsen – kwamen alle vier tot de conclusie dat een hybride financieringsmodel, dat wil zeggen een model dat zowel publiek als privaat gefinancierd wordt, de hoogst haalbare oplossing zou zijn voor beide beroepsgroepen.

Voor de deelnemers aan deze focusgroep bleken de baten van een goed werkend kennis- en kwaliteitsbeleid een belangrijk aspect te zijn bij het bepalen van de financieringsmodellen. De baten van het werk van de bedrijfs- en verzekeringsartsen bepaalden deels ook de rol van de financier van bepaalde elementen in het kennis- en kwaliteitsbeleid.

De eerste subgroep van de deelnemende bedrijfsartsen formuleerde tijdens de bijeenkomst als 'ideaalmodel' een hybride model, publiek geïnitieerd, met de volgende uitgangspunten:

- Overheid heeft toezichthoudende en kwaliteit bevorderende taak en moet hiervoor een eerste (financiële) impuls geven.
- De opleiding en richtlijnen zouden via een opleidings- en kwaliteitsfonds deels publiek en deels privaat gefinancierd moeten worden.
- Bij- en nascholing kan geheel door de arts zelf of door hun werkgever gefinancierd worden, aangezien het de verantwoordelijkheid is van de arts om de kennis up-to-date te houden en tevens de registratie te behouden.
- Wetenschappelijk onderzoek zou ook op een hybride wijze bekostigd kunnen worden; werkgevers waar artsen werkzaam zijn hebben hier namelijk ook belang bij.

De tweede subgroep van de deelnemende bedrijfsartsen formuleerde ook een hybride model maar dan met het voorstel:

- De opleiding kan gefinancierd worden door middel van een opleidingsfonds met publieke verantwoordelijkheid.
- Bij- en nascholing kan geheel door artsen zelf of door hun werkgever gefinancierd worden, aangezien het de verantwoordelijkheid is van de arts om de kennis up-to-date te houden.

- Richtlijnen zouden deels publiek gefinancierd moeten worden, maar ook privaat via bijvoorbeeld een opslag op de herregistratiekosten, verplicht (hoger) lidmaatschap beroepsvereniging of een extra bedrag per nascholingspunt.
- Wetenschappelijk onderzoek moet geheel publiek gefinancierd worden.

De eerste subgroep van de deelnemende verzekeringsartsen formuleerde tijdens de bijeenkomst als 'ideaalmodel' een hybride model met als uitgangspunten:

- De opleiding kan gefinancierd worden door middel van een privaat fonds; werkgevers[29] en zelfstandigen (naar rato) dragen bij aan dit fonds.
- Bij- en nascholing kan geheel door artsen zelf of hun werkgever gefinancierd worden, aangezien het de verantwoordelijkheid is van de arts om de kennis up-to-date te houden.
- De richtlijnen zouden analoog aan de medisch specialisten, via een opslag op de premiegelden bekostigd moeten worden (publiek).
- Wetenschappelijk onderzoek zou via een fonds en verantwoordelijk instituut dat gelden verdeelt en de kennisagenda bijhoudt, gefinancierd moeten worden vanuit publieke gelden.
- Als overheid (deels) financiert maakt dat het beroep aantrekkelijker.

En ook de tweede subgroep van de deelnemende verzekeringsartsen kwam als 'ideaalmodel' uit op een hybride model:

- De opleiding zou georganiseerd moeten worden via een landelijk werkgeverschap; publiek en privaat gefinancierd.
- Bij- en nascholing kan geheel door artsen zelf of door hun werkgever gefinancierd worden, aangezien het de verantwoordelijkheid is van de arts om de kennis up-to-date te houden.
- De richtlijnen zouden georganiseerd moeten worden vanuit een centraal kwaliteitsbureau, dat privaat gevuld wordt middels een verhoging van, en verplicht, lidmaatschap van de beroepsvereniging.
- Wetenschappelijk onderzoek zou gefinancierd moeten worden via sponsoren die er baat bij hebben of via een publieke afdracht.

Naast deze focusgroep, zijn de vertegenwoordigers van de 'directe' stakeholderpartijen – één vertegenwoordiger van elke stakeholderpartij per beroepsgroep – voor de tweede en derde focusgroepen uitgenodigd. Helaas kon enkel de focusgroep met de stakeholderpartijen van de bedrijfsartsen doorgang vinden. Uit deze focusgroep kwam ook naar voren dat er de voorkeur is voor een hybride model, waarbij de overheid een grote rol heeft, maar de private partijen zeker ook:

- De opleiding zou structureel middels een opleidingsfonds gefinancierd moeten worden. De voorkeur heeft om dit met name publiek en gedeeltelijk privaat te financieren. Bij de organisatie van dit fonds is centrale regie gewenst, maar geen landelijk werkgeverschap. De nadruk moet hierbij liggen op een hogere instroom in de opleiding, opvang van conjunctuur en meer mogelijkheden voor (onderzoeks)stages.
- De huidige financiering en organisatie van de bij- en nascholing kan ongewijzigd blijven. De structurele financiering blijft daarmee privaat, omdat dit onderdeel de individuele verantwoordelijkheid betreft van de arts.
- De richtlijnen zouden zowel publiek als privaat structureel gefinancierd moeten worden. De regie hiervan zou voornamelijk bij de beroepsverenigingen en de artsen moeten liggen. Het is gewenst om gezamenlijke multidisciplinaire richtlijnen te ontwikkelen.

[29] Wellicht ten overvloede. Als het UWV de werkgever is, is er de facto sprake van een financiering vanuit publieke middelen. Maar het UWV kan de opleidingsbijdrage dan nog altijd in een privaat fonds storten.

- Wetenschappelijk onderzoek wordt bij voorkeur zowel publiek als privaat gefinancierd, waarbij elke UMC een hoogleraar en academische werkplaats zou moeten hebben. Daarnaast wordt geopperd om een gezamenlijke kennisagenda te ontwikkeling en een sterke verbinding te creëren tussen wetenschappelijk onderzoek en de opleiding.

Samengevat

Uit de focusgroepen blijkt dat men over het algemeen opteert voor een hybride model waarbij het kennis- en kwaliteitsbeleid zowel privaat als publiek gefinancierd moet worden. Het publieke belang van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde wordt als argument gegeven om het niet alleen de verantwoordelijkheid te laten zijn van de private sector. Per onderdeel verschilt de private en publieke verdeling:

- De opleiding zou via een fonds gefinancierd moeten worden, met zowel publieke als private middelen.
- Bij- en nascholing is de eigen verantwoordelijkheid van de arts en kan eventueel door de werkgever (mede)gefinancierd worden.
- De richtlijnen zouden ook hybride gefinancierd kunnen worden, zowel via een tariefopslag als via een verhoging van de contributie van de beroepsvereniging.
- Wetenschappelijk onderzoek zou ook via een hybride financieringsmodel kunnen, idealiter via een fonds waaraan private organisaties bijdragen, maar de overheid ook een grote rol heeft.

Overige belangrijke bevindingen vanuit de focusgroepen zijn dat men sterk benadrukt dat de financiering bij elkaar gebracht moet worden in één kennis- en kwaliteitsfonds en dat de opleiding, richtlijnen en wetenschappelijk onderzoek integraal georganiseerd moeten worden. De onderdelen van het kennis- en kwaliteitsbeleid dienen altijd in samenhang gezien te worden. Dit kan weergegeven worden als figuur 5:

Figuur 5 Samenhang van de onderdelen van het kennis- en kwaliteitsbeleid

5.2 Resultaten van de werksessie met de Kwaliteitstafel

Uit de focusgroepen kwam duidelijk naar voren dat de belangrijkste voorwaarde voor structurele financiering een verdeling op basis van private en publieke bekostiging van de verschillende onderdelen van het kennis- en kwaliteitsbeleid is. Om vervolgens de vraag te beantwoorden wat dan een 'juiste' verdeling zou zijn tussen verschillende publieke en private partijen, is "het ideale financieringsmodel" als onderwerp gekozen voor een werksessie tijdens de vierde bijeenkomst van de Kwaliteitstafel op 10 januari 2020. Zoals eerder beschreven in hoofdstuk 2, was het doel van de werksessie om de deelnemers te laten beargumenteren welke organisatie(s) verantwoordelijk zou(den) moeten zijn voor de structurele kosten van de vier elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid en waarom.

Na de presentatie van de resultaten van de eerste fasen van het onderzoek zijn alle aanwezigen ingedeeld in vier subgroepen. Daarbij kregen de deelnemers eerst individueel en daarna als subgroep de opdracht om de structurele financiering voor de vier elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid te verdelen over de verschillende mogelijke financiers. Hierbij is gevraagd om de gewenste (haalbare) situatie op korte termijn (tussen nu en 5 jaar) in acht te nemen, inclusief de gepresenteerde bedragen per element. De bijbehorende argumentatie voor de voorgestelde verdeelsleutel was daarbij erg belangrijk. Deze subgroepen werden begeleid door de onderzoekers van het Nivel en ZVA. In Bijlage C zijn de uitgereikte en gebruikte documenten weergegeven.

Uitkomsten

Binnen alle vier de subgroepen werd er een zekere mate van consensus bereikt over de 'eerlijke en gewenste' verdeling van de bekostiging van de vier elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid. Daarnaast is informatie opgehaald over de onderliggende argumentatie van de voorgestelde verdeelsleutel. Voor de vier elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid worden deze hieronder samengevat.

<u>Opleiding</u>

Over dit element was er relatief veel consensus binnen en tussen de vier subgroepen. Ze waren het er allen over eens dat de overheid en werkgevers (inclusief ZZP-ers) de financiers voor dit element zouden moeten zijn. Beide partijen zouden dan ongeveer eenzelfde bijdrage moeten leveren. Hiervoor zijn de volgende argumenten gepresenteerd:

- In de huidige situatie is met name de werkgever verantwoordelijk voor deze kosten. Bij andere medische beroepsgroepen is het echter zo dat de overheid (voor een groot deel) verantwoordelijk is voor de financiering van de opleiding. Het is daarom eerlijk als dat voor bedrijfs- en verzekeringsartsen ook het geval zou zijn, aangezien zij ook maatschappelijke belangen dienen. Voor de publieke verzekeringsartsen bij het UWV is dat momenteel al het geval.
- De private partijen hebben als financier hun maximum bereikt, dus als er meer moet worden geïnvesteerd in de opleidingen (zoals het toevoegen van een stagecomponent), dan moet dit uit publieke gelden komen.
- Een kwaliteitsimpuls vanuit de overheid zal door de maatschappelijke opbrengsten ervan waarschijnlijk ruim gecompenseerd worden. Er werd als voorbeeld geopperd dat een publieke investering van €10 miljoen op de langere termijn het veelvoudige zal opleveren door besparing op uitkeringen, en kosten van uitval en ziekteverzuim.

Bij- en nascholing

Wie de hoofdfinancier van dit element zou moeten zijn verschilde nogal per subgroep. Gemiddeld genomen is de grootste rol (bijna de helft) hierbij weggelegd voor de individuele bedrijfs- en verzekeringsartsen. Ook de overheid en werkgevers zouden hieraan een bijdrage moeten leveren volgens de deelnemers. Structurele financiering voor dit element door beroepsverenigingen en externe sponsoren is maar beperkt genoemd. De volgende argumenten zijn genoemd voor deze verdeling:

- In de huidige situatie vergoedt met name de werkgever van de (of zelfstandige)bedrijfs- en verzekeringsarts deze kosten. Hieraan hoeft weinig veranderd te worden. Omdat de artsen hier zelf ook baat bij hebben, zouden zij een kleine eigen bijdrage kunnen leveren.
- Het is de eigen verantwoordelijkheid van de arts om het kennisniveau op peil te houden.

Richtlijnen

De partijen die gemiddeld gezien het meest zouden moeten bijdragen aan de structurele financiering voor de ontwikkeling, implementatie en evaluatie van richtlijnen zijn met name de externe organisaties/sponsors en de overheid. De subgroepen presenteerden hierbij wel onderlinge verschillen in de verdeling. Werkgevers en beroepsverenigingen werden soms ook genoemd als partijen die hier een structurele bijdrage aan zouden moeten leveren. De bijbehorende argumenten hiervoor waren:

- De overheid zou hier structureel een bijdrage moeten leveren, omdat centrale sturing gewenst is bij dit kwaliteitsonderdeel. Deze centrale sturing zou de overheid op zich moeten nemen, omdat het van maatschappelijk belang is dat richtlijnen goed vormgegeven en uitgevoerd worden.
- Een mogelijke organisatievorm voor dit element zou kunnen zijn via een klantbijdrage, kwaliteitsontwikkeling richtlijnen inregelen. Dit kan bijvoorbeeld via een verplichte bijdrage op het uurtarief van de bedrijfsarts. Voor de verzekeringsgeneeskunde draagt het UWV zelf al gedeeltelijk bij aan ontwikkeling van protocollen.
- Als de contributie van de beroepsvereniging stijgt en verplicht wordt, kan flink in de richtlijnen worden geïnvesteerd. Ook is synergie te vinden in het samen ontwikkelen en onderhouden van richtlijnen voor zowel de bedrijfs- als verzekeringsgeneeskunde.

Wetenschappelijk onderzoek

Er was binnen en tussen de subgroepen met name overeenstemming over een belangrijke rol voor de overheid bij dit element, waarbij werd voorgesteld dat zij voor ongeveer de helft van de financiering verantwoordelijk zou moeten zijn. Daarnaast is er volgens de meeste werkgroepen ook een rol weggelegd voor structurele financiering door externe partijen en/of sponsors. De volgende argumenten zijn hierbij genoemd:

- Het is een publieke aangelegenheid, waar de overheid dus een bijdrage aan zou moeten leveren.
- Externe organisaties of sponsors kunnen er direct baat bij hebben als wetenschappelijk onderzoek gekoppeld wordt aan de praktijk (aan hun organisatie).
- Een mogelijke organisatievorm voor dit element zou zijn om via een klantbijdrage de kwaliteitsontwikkeling richtlijnen in te regelen (bijvoorbeeld via een verplichte bijdrage op het uurtarief van de bedrijfsarts).
- De overheid zou in het begin een belangrijke rol moeten spelen (vliegwiel) en daarvoor moet er een basis blijven vanuit de overheid van ongeveer de helft van de kosten. De rest kan gefinancierd worden via de overige partijen.

Samenvattend overzicht

Uit de werksessie kwam naar voren dat het element ‘opleiding’ structureel gefinancierd zou moeten worden door de overheid én de werkgevers. Voor het element ‘bij- en nascholing’ zou dit met name gedragen moeten worden door de bedrijfs- en verzekeringsartsen zelf. Bij de elementen ‘richtlijnen’ en ‘wetenschappelijk onderzoek’ is er met name een structurele financieringsrol gewenst van externe partijen/sponsors, maar ook van de overheid.

De uitkomsten van de collectieve invuloefening van het verdeelsleutel-schema (zie Bijlage C) zijn samengevat in het onderstaande overzicht (tabel 5.1). Hier geven we nadrukkelijk en alleen de *ranges* van de verdeelsleutels (percentages) weer, aangezien deze tussen en binnen de werkgroepen flink verschilden. Gezien de opzet en setting waarin de invuloefening is gedaan, kan deze uitkomst niet als een definitief en gedragen uitkomst worden beschouwd.

Tabel 5.1. Overzicht uitkomst werksessie Kwaliteitstafel (ranges o.b.v. 4 werkgroepen)

	Opleiding	Bij- en nascholing	Richtlijnen	Wetenschappelijk onderzoek
Overheid(sinstellingen)	50 – 80 %	0 – 80 %	5 – 50 %	50 – 80 %
Werkgevers (UWV, arbodiensten, verzekeraars)	20 – 50 %	0 – 60 %	0 – 35 %	0 – 15 %
Beroepsverenigingen	0 %	0 – 30 %	0 – 34 %	0 – 15 %
Individuele bedrijfs- en verzekeringsartsen	0 %	0 – 80 %	0 – 25 %	0 – 10 %
Externe partijen/sponsors	0 %	0 – 10 %	0 – 95 %	5 – 50 %

6 Voorkeursmodellen voor structurele financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid

In dit hoofdstuk worden de voorkeursmodellen voor financiering per onderdeel van het kennis- en kwaliteitsbeleid beschreven. Deze modellen worden beschreven in twee scenario's; een korte- en lange termijnscenario. Dit is een verdere uitwerking van de eerste 3 fasen van het onderzoek. Ook wordt antwoord gegeven op onderzoeksvraag 4: "Wat is de uitvoerbaarheid van de (voorkeurs-)financieringsmodellen voor het kennis- en kwaliteitsbeleid, gelet op de grondslagen voor private financiering in de vorm van bijdragen van individuele artsen, hun verenigingen, hun werkgevers en andere partijen, en gelet op de wettelijke randvoorwaarden op het gebied van dienstverlening en marktwerking?", de vraag die in fase 4 van het onderzoek centraal stond.

6.1 Inleiding

Op basis van de alle voorgaande resultaten die zijn verkregen uit het bureauonderzoek, de interviews, de analyse van aanverwante beroepsgroepen, de focusgroepen en de werksessie met de Kwaliteitstafel, kunnen drie met elkaar samenhangende voorlopige conclusies worden getrokken:

1. Structurele financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde is van collectief belang voor alle betrokken partijen, om zo de continuïteit en verdere ontwikkeling van beide vakgebieden te waarborgen en te verbeteren, en optimale arbeidsgerichte medische zorg te kunnen verlenen.
2. De continuïteit en ontwikkeling van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde als vakgebied staat onder druk door de (oplopende) tekorten. Deze zijn weer het gevolg van een achterblijvende instroom in het vak, een groeiende uitstroom en een gelijkblijvende of toenemende vraag naar bedrijfs- en verzekeringsartsen.
3. De achterblijvende instroom in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde hangt samen met het relatief achterblijvende kennis- en kwaliteitsbeleid, waardoor (in navolging van conclusie 1) een structurele financiering hiervan de hoofdoplossing moet zijn voor het doorbreken van de negatieve spiraal, die velen in het veld voorzien als hier geen actief beleid op gevoerd gaat worden.

Het kennis- en kwaliteitsbeleid voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde is van collectief belang, omdat het voor verschillende actoren en op verschillende niveaus en terreinen baten oplevert. En daarom is ook de structurele financiering hiervan een collectieve opgave. Om de financiering echter duurzaam te kunnen organiseren dient ten eerste tot een verdeling te worden gekomen die een balans of afspiegeling vormt van de rollen, belangen en verantwoordelijkheden van de verschillende actoren/stakeholders in het veld. Deze verdeling kan per onderdeel van het kennis- en kwaliteitsbeleid verschillen en dient dus ook per onderdeel te worden bekeken. Daarnaast dienen de onderdelen in samenhang met elkaar te worden gezien, omdat ze elkaar onderling versterken. Ook dat is een invulling van het doel om tot een duurzaam financieringsmodel te komen, waarbij het gaat om de balans in de verdeling van de vier elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid.

Het zijn deze twee vormen van balans – per onderdeel en over het gehele kennis- en kwaliteitsbeleid – die de leidraad vormen van het structurele financieringsmodel, dat hieronder als conclusie van dit

onderzoek wordt uitgewerkt. We integreren en synthetiseren daarvoor alle eerder opgehaalde inzichten, strevend naar een 'model' dat op draagvlak kan rekenen. Het kennis- en kwaliteitsbeleid kent namelijk een evident collectief belang, waarvoor het motto geldt: 'ieder zijn deel'.

De financieringsmodellen die we voorstellen kennen in een aantal gevallen expliciet twee scenario's namelijk een korte en een lange termijn scenario. Daarmee houden we rekening met het feit dat verandering in de financiering van kennis- en kwaliteitsbeleid niet direct kan worden gerealiseerd. Maar ook dat verandering van financiering kan bestaan uit een korte termijn aanpassing (in de vorm van een impuls) of een lange termijn aanpassing (een daadwerkelijk duurzame financieringsvorm). De vraag is dan uiteraard wat in dit geval onder korte en lange termijn zou moeten worden verstaan. Voor dit onderdeel van het onderzoek gaan we voor de 'korte termijn' uit van een periode tot ongeveer 8 jaar. Hierbij wordt ten eerste rekening gehouden met het feit dat aanpassing van wet- en regelgeving rond de financiering soms binnen één maar soms ook pas binnen twee regeringsperioden kan worden gerealiseerd. Ten tweede is acht jaar ook de duur waarop verhoging van de opleidingsinstroom, een belangrijk doel van het kennis- en kwaliteitsbeleid, effecten zal hebben op zowel het aantal aios als de beschikbare capaciteit van bedrijfs- en verzekeringsartsen (gegeven de verwachte uitstroom en enkele andere ontwikkelingen). Hieruit volgt dat we de 'lange termijn' als een periode vanaf (ongeveer) 8 jaar beschouwen.

De leeswijzer van dit hoofdstuk is als volgt. Hieronder wordt eerst per element van het kennis- en kwaliteitsbeleid beschreven wat, alles afwegend, een gebalanceerd bekostigingsmodel zou zijn voor de actoren en stakeholders die het meest belang hebben bij de opbrengst en uitvoering ervan. Daarbij wordt ook de zojuist beschreven korte en lange termijn onderscheiden. Bij het beschrijven van de modellen hebben we ervoor gekozen om eerst de wenselijke organisatie en verdeling 'inhoudelijk' te beargumenteren; om pas daarna de financiële consequenties daarvan voor de verschillende partijen te bepalen.
De paragraaf daarna presenteert de balans over alle onderdelen van het kennis- en kwaliteitsbeleid heen. Deze balans is een optelsom van de deelbalansen per onderdeel en wordt ook beschreven in termen van de totale financiële implicaties voor elk van de actoren en stakeholders. Dit gebeurt met het oog op de haalbaarheid van het voorgestelde financieringsmodel als geheel, als collectieve opgave voor alle betrokkenen in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, waarbij ook de zojuist beschreven korte en lange termijn wordt onderscheiden.
De laatste paragraaf van dit hoofdstuk gaat in op de juridische uitvoerbaarheid van de voorkeurs-financieringsmodellen, per element en over het geheel van de vier elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid.

6.2 Een voorkeursmodel voor structurele financiering van de opleiding tot bedrijfs-en verzekeringsarts

Op dit moment verschilt de organisatie en financiering van de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts in belangrijke mate van elkaar. Het grootste deel van de verzekeringsartsen volgt de praktijkopleiding bij het UWV dat publiek gefinancierd wordt. Het grootste deel van de bedrijfsartsen volgt de praktijkopleiding bij arbodiensten, die de opleiding privaat financieren uit hun omzet.

Uit dit onderzoek en ook dat van Capgemini (2020) komt naar voren dat er wat betreft de publieke financiering van de verzekeringsartsen weinig reden is om deze te wijzigen. Wel is een discussiepunt

dat verzekeringsartsen na hun opleiding bij het UWV in de particuliere sector of voor zichzelf kunnen gaan werken, wat vanuit het UWV als een verlies aan rendement op de opleidingsinvestering kan worden gezien. Daar staat tegenover dat de kosten voor particuliere verzekeraars en zelfstandigen om verzekeringsartsen op te leiden veel hoger liggen en dit voor hen ook bestuurlijk/organisatorisch complexer is.

Ten aanzien van de financiering van de opleiding tot bedrijfsarts zijn veel stakeholders van mening dat de overheid juist nu de opleiding bedrijfsgeneeskunde zou moeten co-financieren. Daarvoor wordt ten eerste verwezen naar de inconsistentie dat de meeste medisch specialistische vervolgopleiding wél geheel door de overheid gefinancierd worden. Zo is voor de opleiding van medisch specialisten gekozen voor een model op basis van een beschikbaarheidbijdrage, juist om 'marktverstoring' te voorkomen (zie paragraf 4.2.3). Ten tweede geldt dat de nu opleidende arbodiensten niet in staat (zullen) zijn een grotere instroom en/of zij-instroom in de opleiding tot bedrijfsarts te financieren. Daarnaast is de beschikbaarheid van opleiders en opleidingsplaatsen een probleem. Praktijkopleiders zijn een sterk vergrijzende groep die beperkt beschikbaar is en zal zijn voor begeleiding. Ook zal bij een toename van het aantal op te leiden bedrijfsartsen de frictie toenemen tussen arbodiensten die wel en die niet of nauwelijks opleiden. Er is concurrentie tussen de arbodiensten om pas afgestudeerde bedrijfsartsen te werven door de huidige tekorten en arbeidsmarktkrapte. Deze concurrentie zal toenemen zolang niet alle arbodiensten voor hun eigen capaciteit opleiden en het aandeel bedrijfsartsen dat op zelfstandige basis werkt verder toeneemt.

Het blijkt voor de sector lastig om de structurele financiering en het collectieve belang van het opleiden van méér bedrijfsartsen zo invulling te geven dat alle werkgevers (arbodiensten en zelfstandigen) daar evenredig aan bijdragen. Het onderzoek van Capgemini naar de haalbaarheid van een landelijk werkgeverschap maakt ook deze analyse. Dit rapport geeft daarnaast aan dat de opleiding op korte termijn een verdiepingsslag nodig heeft om met name het stage- en onderzoeksgedeelte uit te breiden. Ook dit verhoogt aanzienlijk de totale opleidingskosten zoals we in paragraaf 3.1. lieten zien.

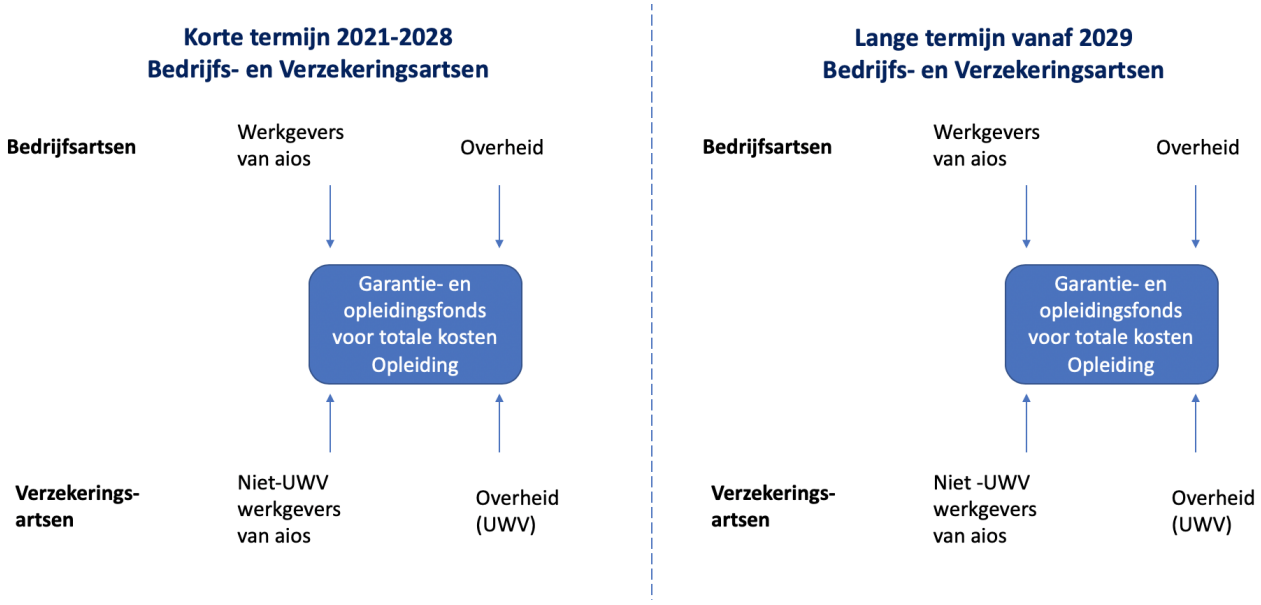
Om dit probleem te doorbreken is de aanbeveling een fonds op te richten voor gemeenschappelijke financiering van de opleiding, bij voorkeur voor de bedrijfs- als verzekeringsarts samen. Hiermee kan (1) een kwalitatief hoger niveau van beide opleidingen worden bereikt en (2) vooral de wenselijke en verwachte groei van aios bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde worden opgevangen. Het heeft daarbij de voorkeur dat een dergelijk fonds gefinancierd wordt met gelden uit de 'private markt' zoals nu (de private werkgevers in de bedrijfs- en verzekeringsartsen) én de overheid. Als ook de overheid co-financiert neemt de concurrentie en opleidingsbereidheid tussen arbodiensten onderling af omdat het opleiden per aios en per jaar minder kosten met zich meebrengt. Daarmee zouden zelfstandigen ook meer prikkels kunnen krijgen om op te leiden. Het beoogde opleidingsfonds zou de structurele financieringsbasis moeten zijn voor de opleiding tot bedrijfsarts maar ook die tot verzekeringsarts. Het argument om daarmee de kosten van de werkgever voor een deel over te nemen en zo extra capaciteit voor instroom-verhoging mogelijk te maken, geldt weliswaar minder voor de verzekeringsgeneeskunde aangezien de grootste werkgever (UVW) al rechtstreeks door de overheid wordt gefinancierd. Een fonds brengt echter wel stroomlijning in de financiering van verzekeringsartsen door particuliere verzekeraars en door het UWV. Een ander argument is dat het fonds, door het combineren van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde-opleiding, meer financiële armslag zal krijgen. Dit is vooral gewenst voor het bereiken van het gemeenschappelijke doel dat beide beroepsgroepen hebben: het op korte termijn verhogen van de opleidingsinstroom en de daarvoor benodigde extra opleidingscapaciteit. Daarnaast hebben beide beroepsgroepen en

opleidingen inhoudelijke overeenkomsten die ook naar voren komen in de andere elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid.

In een opleidingsfonds worden de investeringsgelden vanuit de overheid dus 'gepoold' met gelden van de werkgevers van bedrijfsartsen. Met de niet-opleidende werkgevers en zelfstandige bedrijfs- en verzekeringsartsen zou de afspraak gemaakt kunnen worden dat zij een vast bedrag aan het opleidingsfonds bijdragen, naar rato van omzet bijvoorbeeld. Dit brengt de belangrijke voorwaarde naar voren dat het opzetten en beheren van een opleidingsfonds niet meer kosten met zich meebrengt dan de baten die ervan verwacht kunnen worden. De opleidingsfondsen die VWS al heeft opgezet en beheert voor verschillen zorgopleidingen kunnen hierin een voorbeeld- en zelfs ook uitvoeringsrol spelen. In ieder geval zal met de verschillende partijen (UWV, OVAL, KOM, beroepsverenigingen en opleidingsinstellingen) nader afgesproken moeten worden welke kostencomponenten van het opleiden publiek, en welke privaat door welke partij gedragen zouden moeten worden. De elementen van de kostprijsberekening die we in paragraaf 3.1 lieten zien kan hiervoor input geven. Een opleidingsfonds vergt dus een akkoord tussen partijen, waarin een verdeelsleutel wordt overeen gekomen en die structurele financiering vanuit het fonds borgt. Dat is belangrijk om fluctuering van de jaarlijkse kosten in de toekomst (waarschijnlijk vooral dus een stijging) te ondervangen, en hiervoor gemeenschappelijk garant te staan. De overheid kan juist ook in die garantiestelling een belangrijke rol spelen, wat ze de facto ook doet in de hiervoor genoemde opleidingsfondsen die VWS beheert.

In figuur 6 worden de voorgestelde bekostigingsstromen voor een gemeenschappelijk opleidingsfonds schematisch weergegeven, voor de korte en lange termijn.

Figuur 6 Voorkeursmodel voor structurele financiering van de opleiding op korte en lange termijn



In het vorige hoofdstuk 5 is verslag gedaan van de stakeholder-discussie tijdens de Kwaliteitstafel op 10 januari 2020, die ook een invuloefening inhield van mogelijke verdeelsleutels voor structurele financiering van de opleiding en andere elementen van het kennis en kwaliteitsbeleid. Gezien de grote ranges die hier uit voort kwamen, en het feit dat deze uitkomsten niet als een definitief en gedragen uitkomst kunnen worden beschouwd, zijn we terughoudend in het aanbevelen van een concrete verdeelsleutel voor het hier voorgestelde opleidingsfonds. Dat zal onderwerp van

gezamenlijke overwegingen moeten zijn tussen de betrokken partijen, om mogelijk na verschillende rondes draagvlak en daarna implementatie van het fonds mogelijk te maken.

We bevelen wel aan met rekenvoorbeelden en scenario's te werken, zodat duidelijk wordt om welke bedragen en dus lasten het voor de verschillende partijen zal gaan. Hieronder volgt een dergelijk rekenvoorbeeld. Uitgegaan is van de opleidingskosten die in paragraaf 3.1 zijn geschetst, in de huidige situatie en in een korte en lange termijn scenario waarin (1) de instroom in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde-opleiding zal toenemen naar het niveau van het Capaciteitsorgaan-advies (2) er een extra investering gedaan zal worden in de stagecomponent van de opleiding. De rekenkundige verdeelsleutels tussen de 'financieringsbronnen' is in de scenario's steeds een voorbeeld. Wel is bewust voor het voorbeeld gekozen dat de overheid in het geval van de bedrijfsartsen op korte termijn relatief meer investeert in het opleidingsfonds dan op lange termijn, omdat vooral in het begin er een grote stijging van kosten verwacht wordt. En ook zijn hier de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts voor het rekenvoorbeeld nog apart gehouden, terwijl in het opleidingsfonds beide verondersteld worden samen te gaan.

Alle aannames die in deze rekenvoorbeelden worden gemaakt kunnen uiteraard aangepast worden naar gelang de discussie en overleggen tussen de fondsdeelnemers. De hier gemaakte aannames kunnen een startpunt vormen voor deze discussie. Het primaire doel is evenwel dat draagvlak wordt bereikt waarbij transparant is welke financiële consequenties hieruit voortvloeien.

<u>Rekenvoorbeeld fonds element 'opleiding bedrijfsartsen' – korte termijn:</u>
Stel dat er in de periode van 2021-2028 gemiddeld 500 aios bedrijfsartsen in opleiding zijn en dat de totale opleidingskosten, inclusief stagecomponent, gemiddeld €400.000 per aios bedragen. Dan komt dit neer op een totaalbedrag van €200 miljoen gedurende de periode van 4 jaar (= duur opleiding). De gemiddelde jaarlijkse kosten bedragen dan €50 miljoen. Stel dat de overheid hier 50% aan zou bijdragen en de werkgevers van de aios bedrijfsartsen ook 50%, dan zouden beide partijen €25 miljoen per jaar beschikbaar moeten stellen. Uitgaande van 9 miljoen werkenden in Nederland, zou de benodigde overheidsbijdrage neerkomen op een gemiddelde van €2,78 afdracht per werkende per jaar. Uitgaande van de gemiddeld 500 aios bedrijfsartsen, betekent dat werkgevers €50.000 per aios per jaar moeten bijdragen aan het opleidingsfonds.

<u>Rekenvoorbeeld fonds element 'opleiding bedrijfsartsen' – lange termijn:</u>
Stel dat er in de periode vanaf 2029 gemiddeld 900 aios bedrijfsartsen in opleiding zijn en dat de totale opleidingskosten, inclusief stagecomponent, gemiddeld nog steeds €400.000 per aios bedragen. Dan komt dit neer op een totaalbedrag van €360 miljoen gedurende de periode van 4 jaar (= duur opleiding). De gemiddelde jaarlijkse kosten bedragen dan €90 miljoen. Stel dat de overheid hier vanaf 2029 nog 20% aan zou bijdragen en de werkgevers van de aios 80%, dan zou de overheid ongeveer €22,5 miljoen per jaar beschikbaar moeten stellen en de werkgevers €67,5 miljoen per jaar. Uitgaande van 9 miljoen werkenden in Nederland, zou de benodigde overheidsbijdrage neerkomen op een gemiddelde van €2,50 afdracht per werkende per jaar. Uitgaande van gemiddeld 900 aios bedrijfsartsen, betekent dat werkgevers €75.000 per aios per jaar moeten bijdragen aan het opleidingsfonds.

<u>Rekenvoorbeeld fonds element 'opleiding verzekeringsartsen' – korte en lange termijn:</u>
Stel dat er in de periode van 2021-2028 (= korte termijn) gemiddeld 250 aios verzekeringsartsen in opleiding zijn en dat de totale opleidingskosten, inclusief stagecomponent, gemiddeld €350.000 per aios bedragen. Dan komt dit neer op een totaalbedrag van €87,5 miljoen gedurende de periode van 4

jaar (= duur opleiding). De gemiddelde jaarlijkse kosten bedragen dan bijna €22 miljoen. Stel dat het UWV hier 90% aan zou bijdragen en de overige werkgevers, zoals particuliere verzekeraars, 10%, dan zou het UWV bijna €20 miljoen per jaar beschikbaar moeten blijven stellen en de overige werkgevers iets meer dan €2 miljoen per jaar. Uitgaande van 9 miljoen werkenden in Nederland, zou de benodigde overheidsbijdrage aan het UWV neerkomen op een gemiddelde afdracht van €2,19 per werkende per jaar. Uitgaande van gemiddeld 250 aios verzekeringsartsen, betekent dat de overige werkgevers €8.750 per aios per jaar moeten bijdragen aan het opleidingsfonds.

Stel dat er in de periode vanaf 2029 (= lange termijn) gemiddeld 300 aios verzekeringsartsen in opleiding zijn en de totale opleidingskosten en de verdeelsleutel hetzelfde blijven als bij de korte termijn. Dan zouden de gemiddelde jaarlijkse kosten €26,25 miljoen bedragen, en zou het UWV hiervan ongeveer €23,6 miljoen beschikbaar moeten stellen, terwijl de overige werkgevers zo'n €2,6 miljoen hieraan zullen moeten bijdragen. Uitgaande van 9 miljoen werkenden in Nederland, zou de benodigde overheidsbijdrage aan het UWV neerkomen op een gemiddelde afdracht van €2,63 per werkende per jaar. Uitgaande van gemiddeld 300 aios bedrijfsartsen, betekent dat de overige werkgevers nog steeds €8.750 per aios per jaar moeten bijdragen aan het opleidingsfonds.

6.3 Structurele financiering van de bij- en nascholing van bedrijfs-en verzekeringsarts: consolidatie

Over bij- en nascholing als onderdeel van het kennis- en kwaliteitsbeleid bestaat aanzienlijk minder veranderingsgezindheid vergeleken met de opleiding. De gemeenschappelijke mening en praktijk bij zowel de bedrijfs- als verzekeringsartsen is dat zij in eerste instantie zelf bepalen welke bij- en nascholing zij volgen, en dat het ook een individuele (loopbaan)keuze is om voor de verplichte herregistratie visitatie af te leggen en de benodigde accreditatiepunten te behalen. De baten van bij- en nascholing slaan dus in eerste instantie neer bij de individuele bedrijfs- en verzekeringsarts – al is ook hier sprake van een collectief belang van werkgevers, de sector, overheid en uiteindelijk de samenleving. Allen hebben baat bij een beroepsgroep wiens kennis en vaardigheden op peil zijn en blijven en waarmee bedrijfs- en verzekeringsgeneeskundige zorg wordt geleverd van een hoog niveau. Er zijn echter veel minder argumenten dan bij de opleiding om voor bij- en nascholing op een andere financieringsvorm of –model over te gaan. De kosten van bij- en nascholing kunnen bedrijfs- en verzekeringsartsen namelijk ook gedeeltelijk aftrekken van de belastingen. En gezien de huidige krapte op de arbeidsmarkt worden bij- en nascholing bovendien veelal vergoed door de werkgever om hen voor hun organisatie te behouden. Overigens wordt een deel van de contributie die de bedrijfs- en verzekeringsartsen betalen aan de beroepsverenigingen gebruikt voor de uitvoering van de visitatie. Daarmee dragen de bedrijfs- en verzekeringsartsen dus ook privaat bij aan bij- en nascholing. Ook bij de aanverwante beroepsgroepen wordt de bij- en nascholing in alle gevallen privaat gefinancierd, veelal via de beroepsvereniging en/of de werkgever.

De vraag blijft evenwel of bij- en nascholing principieel, dus ongeacht de arbeidsmarktsituatie, gefinancierd zou moeten worden door de individuele bedrijfs- en verzekeringsarts, en/of de werkgever. Als de werkgever hier baten aan ontleent, is er een argument dat deze hieraan meebetaalt, en hetzelfde geldt voor de overheid. Als we echter de relatieve kosten van bij- en nascholing in de beschouwing meenemen, en het argument dat bij- en nascholing veelal uit individuele keuzes bestaat, dan zou de financiering toch primair bij de individuele bedrijfs- en

verzekeringsarts liggen. De bijdrage van de werkgever is dan de facto conjunctuurafhankelijk en óók een individuele invulling van het eigen HRM-beleid. Een keuze van werkgevers kan zijn om een deel van het salaris te reserveren voor bij- en nascholing. Hiermee verdwijnt in zekere zin het onderscheid tussen bedrijfs- en verzekeringsartsen in loondienst ten opzichte van zelfstandigen wat betreft de bekostiging van 'eigen' bij- en nascholing.

Wat betreft de inhoudelijke en organisatorische vormgeving van bij- en nascholing staat er momenteel een systeem vanuit de RGS en de beroepsverenigingen waarvoor geen aanleiding is om dit op korte of lange termijn te veranderen. Wel kan nog een rekenvoorbeeld worden gemaakt van de bij- en nascholingskosten die eerder in paragraaf 3.2 zijn geschetst - in de huidige situatie en in een korte en lang termijn scenario. Daarin werd ervanuit gegaan dat het aantal geregistreerde bedrijfs- en verzekeringsartsen in de toekomst licht zal stijgen, als de instroom zal toenemen naar het niveau dat het Capaciteitsorgaan heeft geadviseerd. De onderstaande rekenvoorbeelden geven aan wat dit zal betekenen voor de totale kosten, maar ook per bedrijfs- of verzekeringsarts die immers de 'eigenaar' is van zijn/haar bij- en nascholing. Of deze kosten uit eigen middelen of door de werkgever worden betaald, zal onder andere afhangen van de arbeidsmarktsituatie zoals we eerder hebben aangegeven.

<u>Rekenvoorbeeld element 'bij- en nascholing bedrijfsartsen' – korte en lange termijn:</u>
Stel dat er in de periode van 2021-2028 (= korte termijn) gemiddeld 1.500 bedrijfsartsen zijn en dat de totale bij- en nascholingskosten gemiddeld €7.500 per arts per jaar bedragen. De gemiddelde jaarlijkse totaalkosten zouden dan €11,25 miljoen bedragen. Stel dat de werkgevers hier 50% aan zouden bijdragen en de individuele bedrijfsartsen ook 50%, dan zouden beide partijen ongeveer €5,6 miljoen per jaar hiervoor beschikbaar moeten stellen. Per bedrijfsarts zou dat neerkomen op €3.750 per jaar.

Stel dat er in de periode vanaf 2029 (= lange termijn) gemiddeld 1.700 bedrijfsartsen zijn en dat de totale bij- en nascholingskosten gemiddeld €7.500 per arts per jaar bedragen. De gemiddelde jaarlijkse totaalkosten bedragen dan €12,75 miljoen. Stel dat de werkgevers hier nog steeds 50% aan zouden bijdragen en de individuele bedrijfsartsen ook 50%, dan zouden beide partijen ongeveer €6,4 miljoen per jaar hiervoor beschikbaar moeten stellen. Per bedrijfsarts komt dat opnieuw neer op €3.750 per jaar.

<u>Rekenvoorbeeld element 'bij- en nascholing verzekeringsartsen' – korte en lange termijn:</u>
Stel dat er in de periode van 2021-2028 (= korte termijn) gemiddeld 900 verzekeringsartsen zijn en dat de totale bij- en nascholingskosten gemiddeld €6.000 per arts per jaar bedragen. Dan zouden de gemiddelde jaarlijkse kosten €5,4 miljoen bedragen. Als het UWV hier 50% aan zou bijdragen en de individuele verzekeringsartsen ook 50%, dan zouden beide partijen €2,7 miljoen per jaar hiervoor beschikbaar moeten stellen. Per verzekeringsarts komt dat neer op €3.000 per jaar.

Stel dat er in de periode vanaf 2029 (= lange termijn) gemiddeld 1.000 verzekeringsartsen zijn en de totale bij- en nascholingskosten gemiddeld €6.000 per arts per jaar bedragen. Dan zouden de gemiddelde jaarlijkse kosten €6 miljoen bedragen. Als het UWV hier 50% aan zou bijdragen en de individuele verzekeringsartsen ook 50%, dan zouden beide partijen €3 miljoen per jaar hiervoor beschikbaar moeten stellen. Per verzekeringsarts komt dat neer op €3.000 per jaar.

6.4 Een voorkeursmodel voor structurele financiering van de richtlijnen voor bedrijfs-en verzekeringsgeneeskunde

Rond het derde element van het kennis- en kwaliteitsbeleid, 'de richtlijnen' zagen we dat de afgelopen jaren wordt toegewerkt naar het gezamenlijk ontwikkelen, implementeren en evalueren van richtlijnen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Richtlijnontwikkeling, -implementatie en -onderhoud werden echter tot nu toe gescheiden en voornamelijk uit de inkomsten van de beroepsverenigingen gefinancierd, aangevuld met incidentele overheidssubsidies (zie figuur 9).

Binnen de Kwaliteitstafel heeft de Werkgroep 'richtlijnen en implementatie' specifiek de opdracht tot het inventariseren, (her)beoordelen en prioriteren van alle bestaande NVAB-richtlijnen en NVVG-protocollen. Daarbij is de mening van de Werkgroep en veel deelnemers aan de Kwaliteitstafel dat de richtlijnen voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde snel op een hoger niveau gebracht moeten worden. Daarvoor is nu te weinig capaciteit en geen structurele financiering waardoor de (door)ontwikkeling beperkt is of zelfs dreigt stil te vallen. De komende jaren kan echter een nieuwe impuls aan de richtlijnen worden gegeven, omdat binnenkort een richtlijn-prioriteringsagenda vanuit de Kwaliteitstafel tot stand komt. Ook de Werkgroep academisering van de Kwaliteitstafel zal aanbevelingen doen voor multidisciplinaire richtlijnen op basis van kennisagenda voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde.

Voor structurele financiering van richtlijnen voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde schiet het huidige financieringsmodel dus tekort. Dat geldt zeker ook met het oog op de grote investeringen die nodig zullen zijn om (1) de bestaande richtlijnen en protocollen versneld te evalueren en eventueel te herzien, en (2) nieuwe multidisciplinaire richtlijnen op korte termijn te ontwikkelen en implementeren. In paragraaf 3.3 zijn de kosten/investeringen hiervan ingeschat. Kijken we naar de baten van richtlijnen dan slaan die niet alleen neer bij de beroepsgroep, maar met een betere kwaliteit van zorg/werken ook bij de klanten van de werkgevers van de bedrijfs- en verzekeringsartsen en de zelfstandig werkzame bedrijfs- en verzekeringsartsen. Het ligt daarom voor de hand dat extra investeringen voor richtlijnen ook opgebracht gaan worden door deze private partijen zijnde de werkgevers en zelfstandige bedrijfs- en verzekeringsartsen. Daarnaast slaan baten neer bij de samenleving, de werkende en uitkeringsrechtigde beroepsbevolking, die richtlijnen voor bedrijfs- en verzekeringsartsen effectiever en efficiënter worden behandeld en beoordeeld. Dit pleit dus ook voor een aandeel van de overheid als publiek partij in de extra investeringen die nodig zijn voor de richtlijnen. Gelet op hoe de aanverwante beroepsgroepen huisartsen en medisch specialisten dit element georganiseerd hebben, namelijk via zowel overheidsgelden als lidmaatschapsgelden, is een hybride financiering ook aan te bevelen.

Omdat, net als bij de opleiding, een model ontstaat waarin meer dan één partij bijdraagt aan de financiering, is het aan te bevelen ook hiervoor een fonds in het leven te roepen. Dit fonds wordt gevoed door drie partijen:

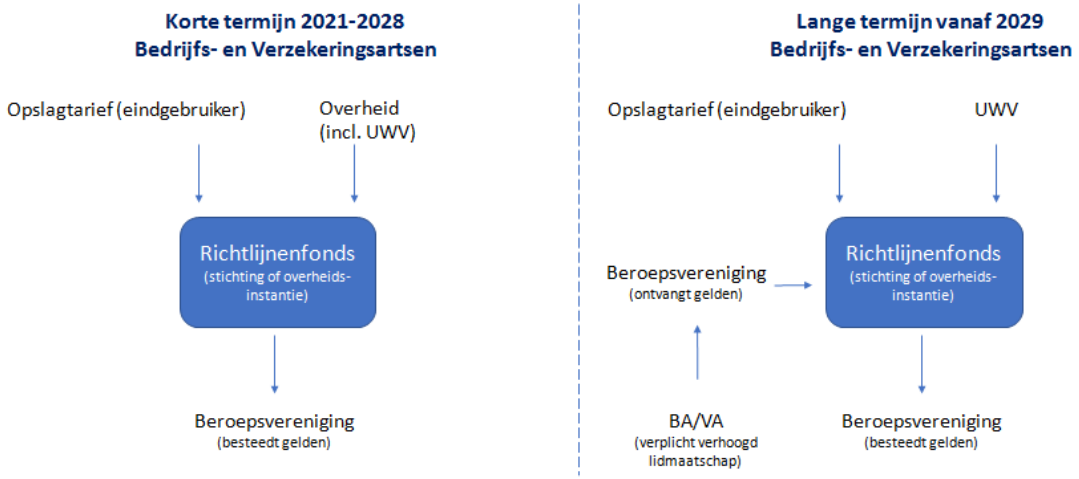
1. de (reeds bestaande) bijdrage van de individuele bedrijfs- en verzekeringsartsen via een geoormerkt aandeel in hun contributie aan de beroepsverenigingen;
2. de bijdrage van werkgevers (inclusief het UWV als grootste werkgever van de verzekeringsartsen) en zelfstandig bedrijfs- en verzekeringsartsen;
3. de overheid.

Een gezamenlijk fonds voor richtlijnen zowel vanuit de bedrijfs- als de verzekeringsgeneeskunde heeft als voordeel dat de financiering 'gepoold' wordt, waarmee meer financiële armslag ontstaat.

Ook de samenwerking en synergie tussen beide beroepsgroepen op dit punt wordt geïntensiveerd, iets wat nu al gang gezet is in de multidisciplinaire richtlijnontwikkeling.

Net als bij het opleidingsfonds, moet ook hier ervoor gewaakt worden dat de kosten van het opzetten en beheren van een dergelijk fonds niet meer kosten met zich meebrengt dan er baten van verwacht worden. De besteding en organisatie van het richtlijnenfonds kan dan ook het beste ondergebracht worden bij ZonMw. Deze organisatie is zelf geen financieringsbron, maar wel een bruikbaar kennisplatform en een subsidie-organisatie voor onderzoek in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. Zo kan overheid als publieke co-financier, via ZonMw een toezichthoudende functie kunnen vervullen en ook een financiële impuls voor de korte termijn kunnen geven. De bijdrage van werkgevers aan het fonds kan bijvoorbeeld gewogen worden naar het aantal klanten en de daaraan gekoppelde omzet. Ook een tariefopslag is daarbij een optie die in de opzet van het fonds apart verkend zou kunnen worden. Voor de bijdrage van de individuele bedrijfs- en verzekeringsartsen via de contributie aan de beroepsvereniging, is het voorstel dit pas weer op lange termijn te vragen, op het moment dat de richtlijnen 'op orde' zijn. Figuur 7 visualiseert het voorkeurmodel voor de korte en lange termijn.

Figuur 7 Voorkeursmodel voor structurele financiering van de richtlijnen op korte en lange termijn



Ook hier zijn we terughoudend in het aanbevelen van een concrete verdeelsleutel voor het hier voorgestelde richtlijnenfonds. Dat zal immers ook weer onderwerp van discussie moeten zijn om tot draagvlak en daarna implementatie van dit fonds mogelijk te maken. We bevelen ook hier aan met rekenvoorbeelden en scenario's te werken, zodat duidelijk wordt om welke bedragen (en dus lasten) het voor de verschillende partijen zal gaan. Daarbij is ook aangegeven om welke bedragen het zou gaan per eindklant van de werkgevers, en de individuele bedrijfs- en verzekeringsartsen met betrekking tot de contributiebijdrage. Hieronder volgt een dergelijk rekenvoorbeeld. Uitgegaan is van de richtlijn-kosten die in paragraaf 3.3 zijn geschetst, in de huidige situatie en in een korte en lange termijn scenario waarin met name nieuwe multidisciplinaire richtlijnen worden ontwikkeld en bestaande worden herzien. De rekenkundige verdeelsleutels tussen de 'financieringsbronnen' is in de scenario's steeds een voorbeeld. Hier zijn de richtlijnen voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde voor het rekenvoorbeeld bewust samengenomen.

Alle aannames die in deze rekenvoorbeelden worden gemaakt, kunnen ook hier weer aangepast worden naar gelang de discussie en overleggen tussen de fondsdeelnemers. De hier gemaakte aannames kunnen ook een startpunt vormen voor deze discussie. Het primaire doel is dat een overeenkomst wordt bereikt waarbij transparant is welke financiële consequenties hieruit voortvloeien.

Rekenvoorbeeld fonds element 'richtlijnontwikkeling bedrijfs- en verzekeringsartsen' – korte termijn:
Stel dat er in de periode van 2021-2028 (= korte termijn) per jaar gemiddeld 10 bestaande richtlijnen worden onderhouden en er 2 nieuwe (multidisciplinaire) richtlijnen worden ontwikkeld en geïmplementeerd voor de bedrijfs- en verzekeringsartsen. Dan zouden de gemiddelde jaarlijkse kosten voor dit element €1,4 miljoen bedragen. Als de eindklanten van de bedrijfs- en verzekeringsartsen hier 50% aan zouden bijdragen en de overheid (inclusief UWV) 50%, dan zouden zowel de overheid als de eindklanten €700.000 per jaar moeten bijdragen. Uitgaande van 9 miljoen werkenden in Nederland, zou de benodigde overheidsbijdrage neerkomen op een gemiddelde afdracht van €0,08 per werkende per jaar. Uitgaande van de 2 miljoen ondernemingen die er zijn in Nederland, zouden deze 'eindklanten' €0,35 per jaar moeten bijdragen aan dit element.

Rekenvoorbeeld fonds element 'richtlijnontwikkeling bedrijfs- en verzekeringsartsen' – lange termijn:
Stel dat er in de periode vanaf 2029 (= lange termijn) per jaar gemiddeld weer 5 bestaande richtlijnen worden onderhouden en er 1 nieuwe (multidisciplinaire) richtlijn wordt ontwikkeld en geïmplementeerd voor de bedrijfs- en verzekeringsartsen. Dan zouden de gemiddelde jaarlijkse kosten voor dit element €700.000 bedragen. Als de eindklanten van bedrijfs- en verzekeringsartsen 50% zouden bijdragen, het UWV 25% en de individuele artsen 25%, dan zouden de eindklanten €350.000 per jaar moeten bijdragen, het UWV en de individuele artsen zouden dan beide elk €175.000 moeten bijdragen. Uitgaande van 2.700 bedrijfs- en verzekeringsartsen, komt dat neer op ongeveer €65 per jaar voor de individuele artsen, wat bijvoorbeeld jaarlijks als lidmaatschapsgeld geïnd kan worden door de beroepsvereniging. Uitgaande van 9 miljoen werkenden in Nederland, zou de benodigde overheidsbijdrage dan neerkomen op een gemiddelde afdracht van €0,02 per werkende per jaar. Uitgaande van de 2 miljoen ondernemingen die er zijn in Nederland, zouden deze 'eindklanten' dan €0,18 per jaar moeten bijdragen aan dit element.

6.5 Een voorkeursmodel voor structurele financiering van het wetenschappelijk onderzoek in de bedrijfs-en verzekeringsgeneeskunde

Voor het vierde en laatste element, wetenschappelijk onderzoek, worden (net als bij de richtlijnen) de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde gezamenlijk beschouwd. Zoals hiervoor aangegeven werken beide samen in de Kwaliteitstafel aan academisering en richtlijnen, zijn in academische werkplaatsen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde samen vertegenwoordigd en is er een gemeenschappelijk vaktijdschrift. Eén van de uitkomsten van de werkgroepen binnen de Kwaliteitstafel is een kennisagenda, waarin een groot aantal kennisvragen zijn opgesteld en geprioriteerd. Daarnaast is een verkenning uitgevoerd hoe een academische werkplaats arbeid en gezondheid (AWAG) nieuwe stijl ingericht kan worden en kan worden uitgebreid over de verschillende universiteiten en hogescholen in Nederland waar onderzoek en onderwijs in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde uitgevoerd wordt. Veel stakeholders zijn van mening dat de wetenschappelijk basis van de bedrijfs-

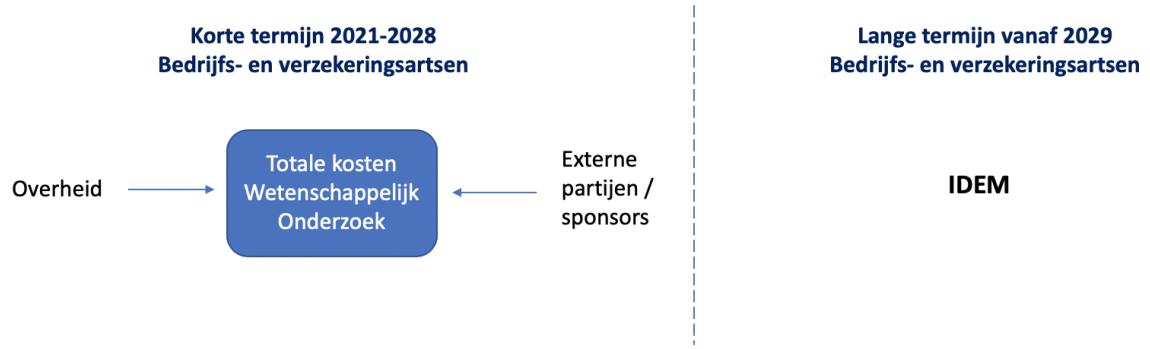
en verzekeringsgeneeskunde echter nog in de spreekwoordelijke kinderschoenen staat. Ook hier geldt dus, dat er nu een momentum is om de wetenschappelijke plannen in de vorm van kennisagenda's en academische werkplaatsen daadwerkelijk te gaan uitvoeren. Maar dat hiervoor geen structurele financiering beschikbaar is om hier op korte en lange termijn in te investeren.

Het academisch onderzoek heeft met de richtlijnen gemeen dat de baten daarvan neerslaan bij de beroepsgroep, en door effectievere preventie, diagnosen, behandelingen en interventies ook bij het collectief – dat wil zeggen de productiviteit en duurzame inzetbaarheid van 'werkend Nederland'. Onderzoek bevordert de wetenschappelijk basis van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, is noodzakelijk voor richtlijnontwikkeling, -implementatie en -onderhoud, geeft diepgang aan de medische vervolgopleiding en het postacademisch onderwijs en vergroot de status van het vak, ook in relatie tot andere vakgebieden. In tegenstelling tot de richtlijnen ligt het echter minder voor de hand om werkgevers en individuele bedrijfs- en verzekeringsartsen de kosten te laten dragen voor wetenschappelijk onderzoek. Voor de financiering van het wetenschappelijk onderzoek is het doelmatiger en rechtvaardiger om aan te sluiten bij de bestaande AWAG's, het KCVG en de ACPV waarin nu al onderzoek wordt gecoördineerd en uitgevoerd. En deze dan te uit te breiden naar kennisnetwerken, waarin de kennisagenda in wording een centrale sturende rol heeft in het opzetten van een zorgevaluatie-traject zoals de FMS dat ontwikkelt, de bijbehorende financiering coördineert en onderbrengt in een ZonMw-programma (zoals in paragraaf 3.4 beschreven). Twee belangrijke 'bronnen' voor de financiering van wetenschappelijk onderzoek zijn dan:

- De ketenpartners van de bestaande en nieuwe AWAG's en AWAG's nieuwe stijl (grote 'klantorganisaties' van arbodiensten, multinationals maar ook (branche)organisaties uit het MKB) en
- Publiek gefinancierde onderzoeksprogramma's gestuurde vanuit een landelijke kennisagenda, ondergebracht wordt door subsidie-organisatie ZonMw, specifiek gericht op kennisontwikkeling en lange termijn onderzoek in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde waarop bestaande en nieuwe AWAG's nieuwe stijl kunnen indienen, maar ook de bestaande leerstoelen en lectoraten.

De eerste bron is een vorm van private, de tweede een vorm van publieke financiering. Vooral op de korte termijn is er financiering vanuit de overheid (via ZonMw) benodigd om zaken als de kennisagenda-ontwikkeling en het uitbreiden van academische werkplaatsen als kennisinfrastructuur op te zetten, zoals dat ook is georganiseerd bij andere medische beroepsgroepen. Bij de huisartsen en medisch specialisten vormt de kennisagenda momenteel de belangrijkste aanleiding voor (extra) financiering vanuit ZonMw. Zoals in hoofdstuk 4 beschreven stimuleert vroege en brede (financiële) investering in wetenschappelijk onderzoek, maar ook in evidence-based richtlijnen en de implementatie daarvan de (instroom in de) (post-)initiële opleiding. Figuur 8 geeft een schematische weergave van het voorkeurs-financieringsmodel voor wetenschappelijk onderzoek.

Figuur 8 Voorkeursmodel voor structurele financiering van het wetenschappelijk onderzoek op korte en lange termijn



Al is hier voor de korte en lange termijn sprake van een soort fonds met 'slechts' twee partijen, beheerd door ZonMw, is het ook hier zinvol om door te rekenen om welke bedragen het zou gaan voor zowel de publieke als de private partijen. Die rekenvoorbeelden staan hieronder. Daarbij wordt, als aanname, verondersteld dat op lange termijn de overheidsfinanciering teruggebracht zou kunnen worden en wordt de private financiering dan een grotere bron van duurzame financiering vormt. Op die manier is er ook tijd om deze 'externe partijen' aan de academische werkplaatsen te binden en financieel te committeren. Het zal echter van de ZonMw-commissies, AWAG's, het KCVG en ACPV moeten blijken of deze aanname terecht en haalbaar is.

<u>Rekenvoorbeeld fonds element 'wetenschappelijk onderzoek bedrijfs- en verzekeringsartsen' – korte termijn en lange termijn:</u>
Stel dat in de periode van 2021-2028 (= korte termijn) de gemiddelde jaarlijkse kosten voor het element wetenschappelijk onderzoek €4,4 miljoen bedragen, uitgaande van een verdubbeling in het aantal AWAG's bedrijfsgeneeskunde ten opzichte van de huidige situatie. En stel dat de overheid hier 80% aan zou bijdragen en externe partijen en/of sponsoren 20%. Dan zou de overheid €3,52 miljoen per jaar hiervoor beschikbaar moeten stellen. De externe partijen en/of sponsoren zouden dan €880.000 per jaar moeten bijdragen. Uitgaande van 9 miljoen werkenden in Nederland, zou de benodigde overheidsbijdrage dan neerkomen op een gemiddelde afdracht van €0,39 per werkende per jaar. Uitgaande van bijvoorbeeld 30 externe partijen en/of sponsoren, zouden deze dan elk bijna €30.000 per jaar moeten bijdragen aan dit element.

<u>Rekenvoorbeeld fonds element 'wetenschappelijk onderzoek bedrijfs- en verzekeringsartsen' – lange termijn:</u>
Stel dat in de periode vanaf 2029 (= lange termijn) de gemiddelde jaarlijkse kosten voor het element wetenschappelijk onderzoek nog steeds €4,4 miljoen bedragen. Als de externe partijen en/of sponsoren hier nu 60% aan zouden bijdragen en de overheid 40%, dan zouden de externe partijen en/of sponsoren €2,64 miljoen per jaar hiervoor beschikbaar moeten stellenen de overheid €1,76 miljoen per jaar. Uitgaande van 9 miljoen werkenden in Nederland, zou de benodigde overheidsbijdrage dan neerkomen op een gemiddelde afdracht van €0,20 per werkende per jaar. Uitgaande van bijvoorbeeld 60 externe partijen en/of sponsoren, zouden deze dan elk €44.000 per jaar moeten bijdragen aan dit element.

6.6 De voorkeursmodellen voor structurele financiering samengevat

De hierboven voorgestelde financieringsmodellen voor drie van de vier elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs-en verzekeringsgeneeskunde (voor bij- en nascholing is geen voorkeursmodel geformuleerd) worden hieronder in een samenvattend schema gepresenteerd. Daarin staat ook samengevat welk knelpunt bij elk element speelt en waar de baten voornamelijk neerslaan.

Op basis van dit overzicht kunnen in principe de totale kosten doorgerekend kunnen worden; en dus ook met welke bedragen de verschillende private en publieke partijen/financieringsbronnen in totaal te maken zouden hebben wanneer de voorkeursmodellen doorgevoerd zouden worden. Daarbij moet bedacht worden dat niet in alle gevallen even nauwkeurig bepaald kan worden (1) om welke totaalbedragen het per element gaat en (2) met welke ontwikkelingen er op korte en lange termijn zullen plaatsvinden. Maar vooral is van belang tot welke gebalanceerde verdeelsleutel kan worden gekomen, ook over alle elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid heen.

Uit de totaalkosten van het kennis- en kwaliteitsbeleid in hoofdstuk 3 werd duidelijk de opleidingskosten de grootste kostenpost vormen. De rol van de overheid in deze kosten zal dan ook financieel gezien de belangrijkste implicatie zijn voor de hier gepresenteerde voorkeurs-financieringsmodellen. Dit is beargumenteerd vanuit het feit dat verhoging van de opleidingsinstroom uiterst urgent is, en van groot collectief/publiek belang is voor de beroepsgroepen en hun het kennis- en kwaliteitsbeleid. Daarnaast wordt een grotere rol voorgesteld van de overheid voor de elementen richtlijnen en wetenschappelijk onderzoek dan nu het geval is. Daarnaast is een mogelijke implicatie van de voorkeursmodellen dat werkgevers meer gaan bijdragen aan richtlijnen en externe partijen op termijn meer bijdragen aan wetenschappelijk onderzoek.

In hoeverre de hier geopperde voorkeurs-financieringsmodellen ook uitvoerbaar zouden zijn, gezien de wet- en regelgeving, wordt in de volgende en laatste paragraaf van dit hoofdstuk geanalyseerd.

Elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid				
	Opleiding	**Bij- en nascholing**	**Richtlijnen**	**Wetenschappelijk onderzoek**
Knelpunt	Verhoging van de opleidingsinstroom; Verdeling van de (extra) opleidingscapaciteit om dit te realiseren.	Vergoeding door de werkgever vs. individuele verantwoordelijkheid en invulling van de bedrijfs- en verzekeringsarts.	Actualisering van bestaande, en ontwikkeling van nieuwe richtlijnen/protocollen; ontbreken structurele financiering.	Kennisagenda-ontwikkeling en opbouw academische werkplaatsen; ontbreken structurele financiering.
Partijen waar de baten neerslaan	Werkgevers Overheid	Individuele bedrijfs- en verzekeringsartsen	Beroepsgroep Werkgevers Beroepsbevolking	Beroepsgroep Werkgevers Beroepsbevolking
Voorkeursmodel	Opleidingsfonds voor bedrijfs- en verzekeringsartsen o.b.v. gezamenlijke financiering werkgevers en overheid	Geen	Richtlijnenfonds voor bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde o.b.v. gezamenlijke financiering werkgevers (cq. hun eindklanten), beroepsvereniging, overheid en individuele artsen	Structurele van onderzoeksprogramma's, gecoördineerd door ZonMW en met financiering uit bedrijfsleven (eindklanten) en overheid

6.7 Juridische uitvoerbaarheid van de voorkeursmodellen

6.7.1 Grondslag/grondslagen om tot verplichtingen te komen

Bij het onderzoek naar de andere beroepsgroepen bleek dat er in diverse gevallen specifieke regulering is om verplichtingen op te leggen aan die beroepsgroep. Zo zijn alle advocaten wettelijk verplicht lid van de NOvA en conform artikel 32, tweede lid, van de Advocatenwet gehouden tot een financiële bijdrage. En ook voor accountants is er een verplichting tot inschrijving in het register van de NBA, de bij wet ingestelde organisatie die onder andere belast is met het bevorderen van de goede beroepsuitoefening.

Voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen geldt dat zij ingeschreven zijn in het BIG-register. In de Arbeidsomstandighedenwet (hierna: Arbowet) en het Arbeidsomstandighedenbesluit zijn enkele bevoegdheden exclusief aan de bedrijfsarts is toegekend. De Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen (WIA) gaat in op taken en bevoegdheden van verzekeringsartsen. De NVAB en de NVVG zijn wetenschappelijke beroepsverenigingen, vergelijkbaar met andere (medisch specialistische) wetenschappelijke verenigingen.

Gelet op de diversiteit van stakeholders en hun verschillende positie en verantwoordelijken in de ‘domeinen’ is er geen eenduidige grondslag aan te wijzen om maatregelen verplicht te stellen. In de regelgeving die onder verantwoordelijkheid valt van het ministerie van SZW zou wellicht een grondslag kunnen worden gevonden om verplichtingen op te leggen aan het UWV en de Arbodiensten. Deze inventarisatie zou het meest effectief gedaan kunnen worden door juristen van het ministerie zelf. Maar voor zover die regelgeving de activiteiten van particuliere verzekeraars niet reguleert, kan deze niet (zonder meer) voor hen als grondslag dienen. Hetzelfde geldt eigenlijk voor individuele bedrijfsartsen en de verzekeringsartsen; zij vallen niet integraal onder één specifieke SZW-regelgeving en hun activiteiten worden ook niet gereguleerd door bijvoorbeeld de Wmg, zoals bij medisch specialisten.

Het ligt derhalve voor de hand om de grondslag voor het opleggen van verplichtingen contractueel te regelen. Met andere woorden: door als partijen onderling afspraken te maken, zonder dat daar regelgeving door de overheid bij nodig is. Dit is niet eenvoudig, maar wel de meest proportionele en minst belastende wijze om bepaalde doelen te bereiken (zie 6.7.2).

Overigens ligt het voor de hand dat de overheid – vanuit zijn systeemverantwoordelijkheid voor het stelsel van werkgelegenheid en sociale zekerheid – medeondertekenaar is. Dit type bestuurlijk akkoorden is de afgelopen jaren door het ministerie van VWS veelvuldig afgesloten om samen met private veldpartijen afspraken te maken over kwaliteit, betaalbaarheid en innovatie van de medische specialistische zorg, huisartsenzorg en multidisciplinaire zorg, geestelijke gezondheidszorg, wijkverpleging en paramedische zorg. Deze akkoorden zijn steeds door vertegenwoordigers van alle betrokken partijen ondertekend, de handhaving van de afspraken is in het belang van alle partijen. De NZa doet analyses over de voortgang van de afspraken en deze worden in het bestuurlijk overleg tussen de partijen besproken. Bij het bereiken van deze akkoorden was het behulpzaam dat de overheid een stok achter de deur had (bijvoorbeeld het macro beheersingsinstrument waarmee de overheid direct kan ingrijpen in de prijsvorming). Voor geen van de betrokken veldpartijen is het aantrekkelijk als de overheid hun handelen verregaand reguleert, waarmee ze een prikkel hebben om zich aan het bestuurlijk akkoord te houden.

6.7.2 'Ladder' van juridische afspraken

Er zijn vanuit juridisch perspectief diverse mogelijkheden om bepaalde wensen of verplichtingen te organiseren. Je kunt zaken overlaten aan partijen onderling (zelfregulering) of het is mogelijk om vanuit de overheid via wet- en regelgeving zaken dwingend op te leggen.

Bij zelfregulering maken private partijen onderling afspraken met elkaar. Degenen die meedoen binden elkaar. In het geval van het domein van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde zou je het onderscheid kunnen maken tussen de artsen, de werkgevers en de koepelorganisaties (van artsen). Afspraken over bepaalde elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid zouden logischerwijze kunnen lopen via de koepels of beroepsverenigingen, eventueel samen met werkgevers zoals de individuele arbodiensten, verzekeraars en het UWV. Zij zouden bijvoorbeeld via convenanten kunnen vastleggen welke verdeelsleutels ze willen treffen bij het financieren en organiseren van het kennis- en kwaliteitsbeleid. De overheid kan zelf ook als partij mee ondertekenen om zo bepaalde afspraken vast te leggen over de (financiële) bijdrage aan het kennis- en kwaliteitsbeleid.

Met zelfregulering is er een onderlinge verplichting, in ieder geval van de partijen die (bijvoorbeeld) een convenant of overeenkomst ondertekend hebben. Het risico bestaat echter dat mensen "weglopen" van hun verplichtingen. Zo is in focusgroepen de angst uitgesproken dat leden van de beroepsverenigingen hun lidmaatschap opzeggen als de contributie te ver oploopt – hoe zeer de rol van de beroepsverenigingen ook van belang is bij (erkenning van) opleidingen of de regie over het opstellen van richtlijnen.

Daarom is van groot belang om naast het opstellen van verdeelsleutels en overeenkomsten uitdrukkelijk aandacht te besteden aan het belang dat kennis- en kwaliteitsbeleid geborgd is, en dat ieder daar een (ook financiële) verantwoordelijkheid in draagt. Als mensen op grote schaal proberen onder de afspraken uit te komen, dan is een vervolgstap te kijken of anders organiseren wenselijk is. Daarbij komt ook de overheid in beeld. Het ministerie van SZW zou dan bepaalde afspraken algemeen verbindend (AVV) kunnen verklaren, zodat ook niet aangesloten bedrijfs- en verzekeringsartsen gebonden zijn aan de regels die zijn afgesproken binnen, tussen of met de beroepsverenigingen. Het ministerie zal in die gevallen wel toetsen of de representativiteit voldoende is en of er een helder publiek belang mee gediend is. Bekende algemeenverbindendverklaringen zijn de AVV's van bedrijfstak CAO's – zodat alle werknemers in een bepaalde branche gebonden zijn aan dezelfde arbeidsvoorwaarden – en AVV's die zijn toegekend door het ministerie van Infrastructuur en Waterstaat (I&W), bijvoorbeeld om te zorgen dat alle producenten verplicht worden bij te dragen aan de kosten van de inzameling en recycling van batterijen en accu's in Nederland of de overeenkomst inzake de afvalbeheersbijdrage voor autobanden.

Als laatste optie, bijvoorbeeld als te veel mensen kiezen voor een opt-out en er daardoor sprake is van onvoldoende representativiteit, kan er een traject starten om vanuit de overheid "top-down" wet- en regelgeving voor te bereiden. Deze variant is misschien het meest logisch en eenduidig, en daarmee aansprekend. Maar tegelijkertijd is het niet eenvoudig en vaak een langjarig traject, waarbij de ambtelijke voorbereiding en afstemming, onderzoek door de Raad van State en de parlementaire behandeling met het bijbehorende politieke proces omslachtig kan zijn.

Qua proportionaliteit is zelfregulering het meest eenvoudig en meest praktisch. Wanneer daarbij een steunverklaring van de minister verkregen is of het ministerie als medeondertekenaar van een overeenkomst optreedt, dan zou dat kunnen helpen bij het aanspreken op verantwoordelijkheden.

Dit zou in een vervolgtraject en/of -onderzoek uitgezocht kunnen worden. Belangrijk is in ieder geval het maken van een keuze, liefst met breed draagvlak waaraan de partijen zich committeren. Dat commitment kan bevorderd worden door een scenario waarin alle partijen slechter af zijn zónder commitment. Bijvoorbeeld het uitblijven van financiering van één van de partijen, zoals de overheid.

6.7.3 Risico's voor de mededinging

Met uitzondering van het UWV die een zuivere overheidsbevoegdheid vervult, verrichten alle stakeholders in principe economische activiteiten en kwalificeren zij zich als ondernemingen in mededingingsrechtelijke zin. Dit betekent dat de (horizontale) afspraken die deze ondernemingen of hun beroepsverenigingen maken met betrekking tot hun activiteiten en hun dienstverlening, in principe aan de reikwijdte van het kartelverbod vallen. Datzelfde risico bestaat als alle ondernemingen in een bepaalde sector gezamenlijk overeenkomsten sluiten over financiering en organisatie van het kennis- en kwaliteitsbeleid.

Er gelden echter ook allerlei uitzonderingen op de toepassing van het kartelverbod. Bijvoorbeeld voor beperkingen die inherent zijn aan het goed laten functioneren van een sector, zoals deontologische regels in de advocatuur of noodzakelijke samenwerking binnen landbouwcoöperaties. En in de zorgsector vallen afspraken tussen zorgaanbieders om de kwaliteit van de zorg te verbeteren en te borgen buiten de toepassing van het kartelverbod. In dat geval worden die afspraken in het geheel niet getoetst aan het kartelverbod; toetsing aan de uitzonderingsvoorwaarden op kartelverbod is dan zelfs niet aan de orde.

Nu vallen de werkzaamheden van bedrijfsartsen en verzekeringsartsen weliswaar niet binnen de organisatie/inrichting van het wettelijke zorgstelsel, maar vervullen zij wel duidelijk een functie binnen het wettelijke socialezekerheidsstelsel of op domeinen zoals letselschade en arbeidsongeschiktheidsregelingen. Afspraken die de kennis en kwaliteit van hun dienstverlening verbeteren en borgen, kunnen om diezelfde reden worden geacht buiten de toepassing van het kartelverbod te vallen. En zelfs als het kartelverbod principieel van toepassing wordt geacht, dan nog zouden deze afspraken waarschijnlijk aan de uitzonderingsvoorwaarden op het kartelverbod voldoen (artikel 6 lid 3 Mededingingswet).

Uit artikel 6 lid 3 Mededingingswet volgt dat afspraken over samenwerking niet in strijd zijn met het kartelverbod indien limitatief aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

(i) de samenwerking draagt bij tot een verbetering van productie of distributie dan wel een technische of economische vooruitgang oplevert;
(ii) de voordelen die uit die samenwerking voortvloeien komen voor een redelijk deel ten goede komen aan de gebruikers;
(iii) de concurrentie wordt niet verder beperkt dan strikt noodzakelijk is;
(iv) er blijft voldoende concurrentie in de markt over.

Kort gesteld: de voordelen voor afnemers wegen op tegen de nadelen voor (eventuele) concurrenten:

- Aan voorwaarde (i) kunnen diverse argumenten ten onderbouwing worden gegeven, te denken valt aan de verbetering van letterlijk de kwaliteit van de dienstverlening (betere diagnostiek, best practices/verhoogde standaarden, verbetering opleidingsniveau etc.).
- Aan voorwaarde (ii) wordt voldaan omdat de verbeteringen ten behoeve van de afnemers worden gedaan. De betrokken partijen worden er zelf niet beter/'rijker' van.

- Aan voorwaarde (iii) wordt voldaan omdat niets doen tot verdere achteruitgang zal leiden en in ieder geval niet tot de beoogde verbeteringen. De samenwerkging is dus noodzakelijk om het doel te bereiken en gaat niet verder strikt noodzakelijk is.
- Aan voorwaarde (iv) wordt niet voldaan vanuit het perspectief dat de verplichtingen voor iedereen gaan gelden, maar er blijft wel voldoende concurrentiemogelijkheden tussen partijen over. En er ontstaat waarschijnlijk zelfs een eerlijker en gelijker speelveld tussen partijen doordat liftgedrag op kwaliteit en kennis wordt voorkomen.

6.7.4 Overige juridische implicaties

Naast de Mededingingswet kunnen ook andere wetten beperkingen opleggen aan de reikwijdte en uitwerking van een bestuurlijke afspraak tussen overheid en sector partijen. We hebben in algemene zin de toepassing van een paar wetten beknopt geïnventariseerd. De Aanbestedingswet kan van toepassing zijn als kennis- of opleidingsgeld besteed wordt bij private partijen en wordt uitgegeven door een publieke instantie. De wet stelt als eisen dat de aanbestedende instantie zich houdt aan het non-discriminatiebeginsel, het gelijkheidsbeginsel, het transparantiebeginsel en het proportionaliteitsbeginsel. De belangrijkste aanbestedingsvraag die zich bij een publiek-private samenwerking (PPS) voordoet, is of de samenwerking een overheidsopdracht voor een werk, levering of dienst betreft, die onder de werkingssfeer van de aanbestedingsrichtlijnen of de concessierichtlijn valt. Zo kan het bijvoorbeeld gaan om een PPS, waar onderling afspraken worden gemaakt die als overheidsopdracht gekwalificeerd kunnen worden. Het kan ook gaan om de PPS zelf die als zelfstandige partij een markt opgaat en opdrachten vergeeft, en zich daarbij afvraagt of dit als overheidsopdracht gezien kan worden.

Ook kunnen er concessieovereenkomsten worden gesloten in een samenwerkingsverband. Overheden geven de concessiehouder(s) daarbij een exclusief exploitatierecht op het te realiseren werk of dienst. Het onderscheid tussen een klassieke overheidsopdracht en concessie is al enige jaren groot punt van discussie. Met de nieuwe concessierichtlijn – in Nederland geïmplementeerd door aanpassing van de Aanbestedingswet 2012 per 1 juli 2016 – is hierop ook geanticipeerd.

Op de toepassing van uitzonderingsgronden op de Europese aanbestedingsverplichtingen, zoals inbesteden en alleenrechten, spelen bij decentrale overheden regelmatig vragen. Bij publiek-publieke samenwerking is het belangrijk om te kijken naar de interpretatie en toepassing van inbesteding en alleenrechten:

- Inbesteden. Decentrale overheden kunnen binnen publiek-publieke samenwerkingsstructuren aan (gelieerde) publieke organisaties of binnen hun eigen organisatie opdrachten vergeven. Daarbij moet gekeken worden of de aanbestedingsrichtlijnen in acht genomen moeten worden. Er kan namelijk sprake zijn van inbesteden (in-house opdrachtverlening). Er bestaan mogelijkheden om de aanbestedingsrichtlijnen niet van toepassing te verklaren op dergelijke opdrachten.
- Alleenrechten. Decentrale overheden kunnen bij overheidsopdrachten voor leveringen, werken of diensten een alleenrecht verlenen (ook wel exclusief, uitsluitend of bijzonder recht genoemd). De partij aan wie dat alleenrecht wordt verleend is dan exclusief bevoegd om het werk, de levering of de dienst uit te voeren. Er kan in dergelijke gevallen een afwijkend of zelfs geen Europees aanbestedingsregime gelden, er gelden echter wel bepaalde voorwaarden.

Als publiek geld wordt besteed in de vorm van een subsidie, dan kunnen de staatssteun regels uit het Europese Verdrag van toepassing zijn. Overheden mogen de concurrentie op de markt niet onnodig verstoren. Daarom moeten subsidieregelingen die individuele ondernemingen kunnen bevoordelen transparant, niet-selectief en marktconform zijn.

Tenslotte belichten we de Compitabiliteitswet 2016, die het wettelijke kader vormt voor het beheer en controle en de verantwoording van de financiën van het Rijk. Tevens is de wet van toepassing op het beheer van publieke liquide middelen en het toezicht op het beheer van publieke liquide middelen en publieke financiële middelen. Het doel van de wet is een regeling van de financiële verantwoordelijkheden van de ministers voor het beheer, de bedrijfsvoering en het beleid te geven. De wet beoogt onder meer een praktisch aanknopingspunt aan te reiken voor het afleggen van verantwoording aan de hand van een jaarverslag in situaties waarin meer dan één minister bij een beleidsterrein is betrokken. Hiermee sluit de wet aan bij ontwikkelingen die zich afgelopen decennia binnen het Rijk in de uitvoering van het beleid en de bedrijfsvoering hebben voorgedaan.

Een ander oogmerk van de wet is om de taken en de bevoegdheden van de Algemene Rekenkamer bij de tijd te brengen en bij de praktijk te laten aansluiten.

In het kort bevat de wet regels over:

- De relevante financiële processen: het begrotings- en verantwoordingsproces en het financieel beheer bij het Rijk;
- De actoren die daarin een rol spelen, zoals ministers en bestuurders van de Hoge Colleges van Staat en andere colleges, de Minister van Financiën als coördinator van het begrotingsbeheer en het financieel beleid en de Algemene Rekenkamer als externe controleur;
- De informatie die voor de financiële processen nodig is: zowel de informatie voor de interne sturing binnen ministeries en colleges als de informatievoorziening aan de Staten-Generaal;
- De normering van deze processen en de benodigde informatie: aan welke eisen de processen en de informatie moeten voldoen.

We gaan er van uit dat de genoemde wetten en regels dusdanig zijn ‘ingebakken’ in de uitvoering van procedures van het ministerie, dat bij het besluit om te komen tot een publieke component van de financiering van het kwaliteits- en opleidingsbeleid van bedrijfs- en verzekeringsartsen, deze wetten geen grote sta-in-de-weg zullen zijn van de vormgeving en uitvoering ervan. De gestelde eisen dienen uiteraard wel in acht te worden genomen bij de keuze en uitvoering van een financieringsmodel, maar er zijn op voorhand geen fundamentele belemmeringen voor het vormen van een publiek-privaat financieringsmodel.

6.7.5 Implicaties voor de afzonderlijke elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid

In het kader van dit onderzoek kan geen complete juridische analyse gemaakt worden van alle kanttekeningen en randvoorwaarden die samenhangen met de voorkeurs-financieringsmodellen die voor het kennis- en kwaliteitsbeleid hiervoor zijn geformuleerd. Bij de nadere uitwerking verdienen de juridische vormgeving en consequenties dus verder aandacht. Toch kan wel een samenvattend juridisch inzicht per element van het kennis- en kwaliteitsbeleid worden gegeven.

Opleiding

Om te komen tot een opleidingsfonds, kan een onafhankelijke derde organisatie factureren aan partijen die hieraan moeten bijdragen, zoals arbodiensten, het UWV, de (private) verzekeraars en

ZZP-ers – indien wordt afgesproken dat men collectief moet bijdragen. De overheidsbijdrage zou kunnen plaatsvinden in de vorm van een subsidie, of naar analogie met de medisch-specialistische opleidingen via een beleidsregel van het ministerie van SZW[30].

Bij- en nascholing

De organisatie en financiering van de bij- en nascholing kent weinig veranderingen ten opzichte van de huidige situatie. Er zijn dan ook weinig juridische aandachtspunten.

Richtlijnen

Naast een gedeeltelijke financiering door de overheid (subsidie of bijdrage vanuit UWV) ten behoeve van een eerste impuls, is het voorgestelde model dat bekostiging van richtlijnen ook gebeurd via de beroepsverenigingen en werkgevers. Mogelijk leidt dit tot een verhoging van de contributie van de leden en/of mogelijk een tariefopslag die werkgevers richting hun klanten opleggen. Het is niet echter niet evident dat wetgeving nodig is om een tariefopslag te organiseren. Door dit via de factuur expliciet inzichtelijk te maken, krijgen klanten een verklaring voor een degelijke tariefopslag.

Wetenschappelijk en aanpalend onderzoek

Hoewel de bedragen die we in ons onderzoek voorstellen voor de structurele bekostiging van het kennis- en kwaliteitsbeleid hoger zijn dan in de huidige situatie, verandert er qua organisatie en juridische vormgeving weinig ten opzichte van de huidige situatie. Het is wenselijk om dit element via overheidssubsidies, via direct belanghebbenden van het onderzoek en mogelijk ook beroepsverenigingen te (blijven) bekostigen.

[30] Er is ook over gesproken om de financiële middelen vanuit het ministerie van SZW over te hevelen naar het ministerie van VWS, en de opleidingsbijdrage mee te laten lopen met die voor de andere (medische) beroepsgroepen. Dit is vooral een technische variant die beleidsmatig verder kan worden uitgewerkt.

7 Conclusie en discussie

In dit hoofdstuk komen we terug op de hoofdvraag en de bijbehorende deelvragen.

De hoofdvraag van het onderzoek is als volgt geformuleerd: Welk(e) financieringsmodel(len) kan/kunnen worden ontwikkeld voor een structureel kennis- en kwaliteitsbeleid binnen de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde?

De bijbehorende deelvragen zijn als volgt geformuleerd:
- Wat is de omvang van de kosten die samenhangen met het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland?
- Welke financieringsmodellen bestaan er om de diverse elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid te financieren, binnen en buiten de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland?
- Wat is de wenselijkheid van de financieringsmodellen voor het kennis- en kwaliteitsbeleid, gelet op de kosten en baten van de verschillende onderdelen van dit beleid, structurele borging van financiering, en de verdeling van de publieke en private verantwoordelijkheid binnen het stelsel van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland?
- Wat is de uitvoerbaarheid van de (voorkeurs-)financieringsmodellen voor het kennis- en kwaliteitsbeleid, gelet op de grondslagen voor private financiering in de vorm van bijdragen van individuele artsen, hun verenigingen, hun werkgevers en andere partijen, en gelet op de wettelijke randvoorwaarden op het gebied van dienstverlening en marktwerking?

Om de bovenstaande hoofdvraag en deelvragen te beantwoorden is allereerst het huidige kennis- en kwaliteitsbeleid geanalyseerd en nagegaan uit welke hoofdelementen deze bestaat, namelijk de opleiding, bij- en nascholing, richtlijnontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek. Vervolgens is er een kosten- en bateninschatting gemaakt van deze vier hoofdelementen. Hiertoe heeft er bureau-onderzoek plaatsgevonden en zijn er interviews onder de stakeholders uitgevoerd. Daarnaast zijn er interviews gehouden met aanverwante beroepsgroepen om na te gaan hoe het kennis- en kwaliteitsbeleid bij hen gefinancierd en georganiseerd is. Dit heeft gefunctioneerd als inspiratiebron om structurele financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde verder te verkennen. De resultaten die hieruit naar voren zijn gekomen, zijn ook voorgelegd in de focusgroepen en in de werksessie tijdens één van de Kwaliteitstafel-bijeenkomsten. Het doel van deze focusgroepen en werksessie was om na te gaan wat de wenselijkheid is van verschillende mogelijke financieringsmodellen voor de verschillende elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid, en welke partijen daaraan in welke mate een financiële bijdrage zouden moeten leveren. Hierbij rekening houdend met de kosten en baten van de verschillende onderdelen van dit beleid, de structurele borging van financiering, en de verdeling van de publieke en private verantwoordelijkheid binnen het stelsel van bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland. Op basis van de resultaten uit deze focusgroepen en de werksessie is een voorstel gedaan voor een voorkeursfinancieringsmodel per element van het kennis- en kwaliteitsbeleid, welke vervolgens juridisch getoetst is.

7.1 Knelpunten binnen het kennis- en kwaliteitsbeleid - en structurele financiering als oplossing

Om een antwoord te geven op de hoofdvraag en de vier deelvragen is per element van het kennis- en kwaliteitsbeleid in kaart gebracht wat het voornaamste knelpunt is en op welke manier een structureel financieringsmodel een bijdrage kan leveren in het oplossen van dit knelpunt.

7.1.1 Opleiding

Het element opleiding is het grootste kostenelement van het kennis- en kwaliteitsbeleid. Het voornaamste knelpunt hierbij, wat met name geldt voor de bedrijfsartsen en daarnaast de verzekeringsartsen die niet in opleiding zijn bij het UWV, is dat er onvoldoende instroom is in de opleiding en dat er te weinig opleidingscapaciteit is om de gewenste instroom te kunnen opvangen. Een oplossing hiervoor is om de opleiding en het opleiden aantrekkelijker te maken. Het voorstel is dat de partijen die hier het meeste baat bij hebben, hieraan structureel financieel bijdragen. De betreffende partijen zijn de overheid, de arbodiensten, zelfstandige bedrijfs- en verzekeringsartsen, particuliere verzekeraars en het UWV. Het voorstel is ook dat de overheid (naast de financiering van de verzekeringsgeneeskunde-opleiding via het UWV) de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde-opleiding gaat co-financieren, samen met de werkgevers (de arbodiensten), zelfstandige bedrijfsartsen en particuliere verzekeraars. Het voorkeursfinancieringsmodel dat hierbij ingezet kan worden is een opleidingsfonds, waarbij de bevindingen uit het rapport van Capgemini (Capgemini, 2020) als randvoorwaarden meegenomen moeten worden. Het voordeel van een opleidingsfonds is dat deze financiering van opleidelingen en opleiders garandeert, ook in perioden van recessie.

De eerste conclusie van dit onderzoek is dat het wenselijk is dat de overheid met name gaat bijdragen aan de bekostiging van de opleiding bedrijfsgeneeskunde in Nederland. Dit betekent een belangrijke beleidswijziging die noodzakelijk is om te voorkomen dat het tekort aan bedrijfsartsen verder oploopt en de beroepsgroep haar basis in termen van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit dreigt te verliezen. Het collectieve doel om de benodigde opleidingsinstroom over 5 tot 10 jaar te realiseren zal met de huidige opleidingscapaciteit en financiering door arbodiensten en zelfstandigen niet privaat gerealiseerd kunnen worden.

Het is nader te bepalen welk deel de overheid aan de opleiding bedrijfsgeneeskunde zou moeten bijdragen, maar de keuze voor een hybride financieringsmodel is hierbij een fundamentele stap. De opleiding vormt de grootste kostenpost van het kennis- en kwaliteitsbeleid en dient daarom financieel door zowel publieke als private schouders gedragen te worden, ook gezien de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de toekomst van de beroepsgroep en de bedrijfsgeneeskunde. Werkgevers in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde zouden samen met de overheid tot een fonds kunnen komen waaruit de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts dan structureel gefinancierd zal worden. Het onderscheid tussen de kosten die op de relatief korte en lange termijn spelen, en die met dit onderzoek in kaart zijn gebracht, kan behulpzaam zijn bij het overleggen over haalbare en wenselijke verdeelsleutels.

7.1.2 Bij- en nascholing

Het element bij- en nascholing is de op één-na-grootste kostenpost van het kennis- en kwaliteitsbeleid. Voor dit element zijn er geen grote knelpunten gevonden in het huidige beleid. Het wordt momenteel meestal vergoed door de werkgever van de bedrijfs- en verzekeringsartsen, in sommige gevallen betaalt de arts dit zelf. Er is voldoende draagvalk om deze structuur te behouden,

omdat de baten ook voornamelijk neerslaan bij de individuele artsen en de werkgever waar de artsen werkzaam zijn.

De tweede conclusie van dit onderzoek is daarmee dat het huidige financieringssysteem van bij- en nascholing niet gewijzigd hoeft te worden. Vanuit de individuele verantwoordelijkheid van de bedrijfs- en verzekeringsarts zelf, en de verantwoordelijkheid van de eventuele werkgever voor zijn dienstverlening, kan dit binnen het huidige systeem van registratie en private financiering verder worden georganiseerd en gefinancierd.

7.1.3 Richtlijnontwikkeling

Wat betreft het element richtlijnontwikkeling is het voornaamste knelpunt dat er de laatste jaren onvoldoende capaciteit en financiering aanwezig is geweest om de richtlijnen te onderhouden. Daarnaast is er de wens voor gezamenlijke nieuwe multidisciplinaire richtlijnen die door beide beroepsgroepen gebruikt kunnen worden. Om de achterstand in onderhoud in te halen en de gewenste nieuwe richtlijnen te ontwikkelen is er structurele financiering nodig. Omdat de baten hiervan voornamelijk neerslaan bij de individuele artsen, bij de eindklanten van de artsen (werknemers) en bij de maatschappij (overheid), is het gewenst dat zij allen hieraan bijdragen. Op de korte termijn is gezamenlijke financiering vooral nodig voor het ‘achterstallig onderhoud’. Omdat meerdere partijen hieraan bijdragen, is het voorstel om een ‘richtlijnen-fonds’ op te richten. Er zal dan in samenspraak tussen de belanghebbende partijen bepaald moeten worden hoe hoog deze bijdragen zijn en welke vorm deze geïnd worden. Voor de individuele artsen zou dat bijvoorbeeld kunnen via oormerking van de lidmaatschapsgelden die zij al betalen aan de beroepsverenigingen. Indien dit via de lidmaatschapsgelden betaald wordt, zullen er ook afspraken moeten worden gemaakt over het eventueel verplicht stellen van het lidmaatschap bij de beroepsvereniging.

De derde conclusie van dit onderzoek is dus dat overheid en vertegenwoordigers van werkgevers en werknemers in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde ook samen verantwoordelijk zijn voor de richtlijnen in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde. In de richtlijnontwikkeling dreigt stilstand door beperkte private capaciteit en financiering vanuit de beroepsverenigingen. De (multidisciplinaire) richtlijnprioritering en kennisagenda die uit de Kwaliteitstafel naar voren komen, kennen vooralsnog geen structurele financieringsbasis om deze ook uit te voeren. Vergelijkbaar met het voorstel voor een opleidingsfonds is een hybride richtlijnen-fonds een wenselijke oplossingsrichting voor dit al langer bestaande probleem. De verdeelsleutel tussen publiek en privaat is een nadere uitwerking van het uitgangspunt dat hybride en gezamenlijke financiering ook nodig is om richtlijnen in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde (en daarmee hun vakinhoudelijke ontwikkeling) structureel op peil te houden. En ook hier kan het onderscheid tussen de kosten op relatief korte en lange termijn behulpzaam zijn in het maken van haalbare en wenselijke verdeelsleutels.

7.1.4 Wetenschappelijk onderzoek

Wat betreft het vierde element, wetenschappelijk onderzoek, is het voornaamste knelpunt dat er wel een gezamenlijke kennisagenda voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde wordt ontwikkeld, maar de structurele financiering en organisatie voor de uitvoering daarvan ontbreekt. Er is een wens voor het vergroten van het aantal academische werkplaatsen Arbeid en Gezondheid maar ook voor een overkoepelende coördinatie van deze AWAG’s. De baten hiervan slaan neer bij de klantorganisaties waar de bedrijfs- en verzekeringsartsen werkzaam zijn en/of onderzoek verrichten, maar ook bij de overheid, de beroepsverenigingen en de individuele artsen. Voorgesteld wordt dat zij

dan ook gezamenlijk bijdragen aan een structureel ZonMw-programma waarin de kennisagenda wordt gecoördineerd en uitvoering van onderzoek wordt aanbesteed.

De vierde en laatste conclusie van dit onderzoek is daarmee dat het wetenschappelijk onderzoek in de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde onder andere door infrastructurele aanpassingen verder ontwikkeld kan worden zodat dit belangrijke onderdeel van het kennis- en kwaliteitsbeleid niet stil komt te vallen en/of te afhankelijk wordt van private partijen. De bestaande AWAG's en kenniscentra hebben mogelijkheden tot het verder werven van privaat gefinancierd onderzoek, maar ketenpartners kunnen juist ook via publieke financiering en inbreng 'in kind' de AWAG's nieuwe stijl verder uitbouwen en versterken. De kennisagenda die uit de Kwaliteitstafel naar voren komt heeft al de meest belangrijke kennisvragen in kaart gebracht zodat bestaande én nieuwe AWAG's en kenniscentra hier gezamenlijk en gecoördineerd aan kunnen werken. Een apart ZonMw-programma, waaraan zowel publieke als private partijen bijdragen en beroepsverenigingen een inhoudelijke rol spelen, vormt een geschikte infrastructuur om in kennisnetwerken multidisciplinair onderzoek in de bedrijfs- én verzekeringsgeneeskunde te realiseren.

7.2 Discussie, risico's en aanbevelingen

De voorgaande vier conclusies, en dan met name de voorkeurs-financieringsmodellen als het gaat om het opleidings- en richtlijnenfonds, zijn op onderdelen getoetst op juridische uitvoerbaarheid. Daarbij is gelet op twee zaken: (1) de grondslagen voor private financiering in de vorm van bijdragen van individuele artsen, hun verenigingen, hun werkgevers en andere partijen aan een dergelijk fonds, en (2) de wettelijke randvoorwaarden op het gebied van publieke dienstverlening en marktwerking. Hieruit komt naar voren dat de oprichting van een dergelijke fonds niet in strijd zijn met geldende wet- en regelgeving en dat daarvoor geen aanvullende wetgeving benodigd is. De voornaamste uitdaging ligt dan ook in realiseren van een aantal randvoorwaarden die uit dit onderzoek naar voren komen, en de aanbevelingen vormen voor verdere stappen en actie.

1. Een eerste belangrijke randvoorwaarde is dat het fonds een structurele financieringsbasis vormt, zodat op lange termijn en zonder afhankelijkheid van marktveranderingen geïnvesteerd kan worden in de ontwikkeling van voldoende opleidingsplaatsen en richtlijnen. Dit betekent dus ook commitment van publieke en private partijen op de lange termijn in de voorgestelde hybride fondsen voor structurele financiering. Waar het gaat om publieke financiering, dan is het belangrijk dat partijen zich houden aan de juridische randvoorwaarden genoemd in het hoofdstuk hiervoor. Over het algemeen kan gesteld worden dat dit geen (grote) juridische belemmeringen zou moeten opleveren.
2. Een tweede randvoorwaarde is dat de kosten van de opzet en uitvoering van de fondsen zo laag mogelijk zijn. Kosten voor een opleidingsfonds kunnen bespaard worden door aan te sluiten bij de systematiek van de opleidingsfondsen die het ministerie van VWS voor andere medisch beroepen al lange tijd uitvoert en beheert. Kosten voor een richtlijnenfonds kunnen bespaard worden door gebruik te maken van ZonMw als kennisorganisatie. Daar lopen immers al richtlijnprogramma's en bestaat een infrastructuur voor financiering en beheer van onderzoek voor richtlijnontwikkeling.
3. Ten derde dient een zo groot mogelijke omvang en spreiding van opleidingscapaciteit en private bijdragen aan de richtlijnen gerealiseerd te worden. Dit betekent dat opnieuw draagvlak onder alle beroepsverenigingen, werkgevers en zelfstandigen in de arbeids- en bedrijfsverzekeringsgeneeskunde gecreëerd moet worden. De Kwaliteitstafel is en was in feite

een gremium voor een dergelijke draagvlak-creatie, waarin het collectieve belang en urgentiebesef voor structurele financiering centraal staat. Het is dus belangrijk dat een dergelijk gremium gecontinueerd wordt om partijen bij elkaar te brengen en te houden, en de route naar de voorgestelde fondsen te ondersteunen.

4. De vierde randvoorwaarde is dat er structurele samenwerking binnen de fondsen plaatsvindt vanuit de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, zowel inhoudelijk, organisatorisch en qua capaciteit. Beide disciplines kennen meer inhoudelijke aanknopingspunten dan nu worden benut in alle elementen van het kennis- en kwaliteitsbeleid: gezamenlijke opleiding, bij- en nascholing, richtlijnontwikkeling en wetenschappelijk onderzoek. De verschillen in financiering tussen beide vakgebieden zijn mogelijk een oorzaak hiervoor geweest, maar deze verschillen worden juist verkleind of opgeheven met de aanbevelingen van dit onderzoek.

Vervolgactie, door alle stakeholders en beleidsmakers, is dus noodzakelijk om de gewenste structurele financiering te realiseren. Wat daarvoor nodig is, waarom dit nodig is, en met welke ontwikkelingen en verschillen daarbij rekening moet worden gehouden – daar heeft dit onderzoek aan willen bijdragen. De belangrijkste drijfveer is dat het kennis- en kwaliteitsbeleid de basis vormt voor verdere ontwikkeling van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland. Maar het is duidelijk dat deze basis wankelt, waardoor het momentum nu groot is om deze structurele financiering gezamenlijk te realiseren waarin ieder zijn deel neemt.

Literatuur

Batenburg R, van der Velden L, Vis E, Kenens R (2019). Cijfers uit de registratie van huisartsen – een update van de werkzaamheidscijfers voor 2018 en 2019. Utrecht: Nivel, 2019.

Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2021-2024; Deelrapport 4 Sociaal Geneeskundigen. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

Capaciteitsorgaan (2019). Capaciteitsplan 2020-2023; Deelrapport 1 Medisch specialisten, klinische technologische specialismen en spoedeisende geneeskunde. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

Capgemini (2020). Verkenning landelijk werkgeverschap. [nog te verschijnen]

Crebolder H, Stalman W (2003). De academische werkplaats huisartsgeneeskunde. Huisarts & Wetenschap 46 (12) november 2003.

Hulshof CTJ, van Vliet C, Wind H, et al. (2015). Professionele ontwikkeling arbeids- en bedrijfsgeneeskunde en verzekeringsgeneeskunde. Een preprogrammeringsstudie in opdracht van ZonMw.

Hulshof C, Oosterhuis T (2019). Herziening van NVAB-richtlijnen, een beleidsnotitie. Januari 2019, verkregen via https://nvab-online.nl/sites/default/files/bestanden-webpaginas/Herziening_van_NVAB-richtlijnen_een_beleidsnotitie_januari_2019.pdf.

InEen (14 mei 2020). *Lid worden*. Geraadpleegd van https://ineen.nl/de-vereniging/lid-worden/

KNMG-visiedocument 'Zorg die werkt. Naar een betere arbeidsgerichte medische zorg voor (potentieel) werkenden', KNMG, 2017.

Koninklijke Nederlandse Beroepsorganisatie van Accountants (NBA) (15 mei 2020). *Missie, beleid en taken.* Geraadpleegd van https://www.nba.nl/over-de-nba/missie-beleid-en-taken/

Koninklijke Notariële Beroepsorganisatie (KNB) (2020). Jaarverslag 2018.

Kwaliteitstafel (2018). Nieuwsbrieven 10/10/2018 en 29/11/2018.

Kwaliteitstafel (2019). Nieuwsbrief 6/6/2019.

NZa (2019). Vergoedingsbedragen verlening Beschikbaarheidbijdrage (Medische) vervolgopleidingen 2019.

RGS (5 juni 2020). *Aantal geregistreerde specialisten/profielartsen op peildatum 31 december van het jaar.* Geraadpleegd van https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/rgs/registers/aantal-registraties-specialistenaois.htm

SMKS en FMS (2017). Kwaliteitsgelden voor medisch specialistische zorg in de praktijk.

Tweede Kamer der Staten-Generaal (2016-2017). Kamerstuk 29 544 nr. 778, p. 3-4.

Van der Velde F, Wierenga M (2016). Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Herhaling van het onderzoek onder basisartsen 2009 en 2012. Utrecht: KIWA.

Van Gastel M, (2017). Aanpak dreigend tekort bedrijfsartsen. ABDTOPconsult.

Van Vliet C, Bastiaanssen MHH (2015). Financieringsmodellen voor de medische vervolgopleiding tot bedrijfsarts.

Van Vliet C, Faas WA, Hulshof CTJ, Blaauw-Hoeksma AM (2015). Structurele financiering richtlijnontwikkeling voor bedrijfsartsen en verzekeringsartsen.

ZonMw (2020). Subsidieoproep - Kwaliteitsgelden Medisch Specialistische Zorg.

ZonMw (2019). Programmavoorstel Verbetering kwaliteit poortwachtersproces.

Bijlage A Interviewleidraad

INTERVIEW LEIDRAAD STAKEHOLDERS EN BC-LEDEN	**Nivel en Zorgvuldig Advies, oktober 2019**
INTRO Dank voor uw tijd allereerst! We hebben 4 vragen, die we vooral stellen om van zoveel mogelijk kanten informatie voor ons onderzoek in te winnen en de visies op dit complexe en ook wel gevoelige thema (hebben we gemerkt) in kaart te brengen. We hebben u ook gevraagd naar de aanpak van ons onderzoek te kijken. Nu horen dus graag uw inhoudelijke opvatting over waar het hier om gaat: het kennis- en kwaliteitsbeleid voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde in Nederland.	
VRAAG 1 Gewenste elementen kennis- en kwaliteitsbeleid voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde	1. Wat moeten we volgens u verstaan onder 'het' K&K-beleid voor de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde, oftewel waar hebben het over? We nemen hierin vooralsnog mee: (a) richtlijnontwikkeling en -implementatie, (b) bij- en nascholing, (c) wetenschappelijk onderzoek en (d) de opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts. Maar missen we dan iets of behoort 1 van die elementen volgens u eigenlijk niet tot het K&K-beleid?
VRAAG 2 Huidige kosten kennis- en kwaliteitsbeleid per element	2. Voordat we het over de huidige en gewenste financiering hiervan gaan hebben, is onze eerste opgave er achter te komen om welke kosten en bedragen het nu eigenlijk gaat. Is naar uw weten dat al eens doorgerekend en/of welke bronnen kunnen we daarvoor het beste raadplegen?
VRAAG 3 Gewenste financiering kennis- en kwaliteitsbeleid per element	3. Dan de financiering van het K&K-beleid. Ook dat willen we apart bekijken voor die elementen (a) richtlijnontwikkeling en -implementatie, (b) bij- en nascholing, (c) wetenschappelijk onderzoek en (d) de opleiding. Als we die 4 elementen aflopen wat zou dan volgens u de voornaamste financieringsbron of bronnen moeten zijn van het element:
	(a) Richtlijnontwikkeling en -implementatie
	(b) Bij- en nascholing
	(c) Wetenschappelijk onderzoek
	(d) Opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts (incl. het idee van een landelijk werkgeverschap)
VRAAG 4 De toekomst, naar een duurzaam kennis- en kwaliteitsbeleid	4. Tenslotte: het gaat om duurzame financiering van het K&K-beleid, dus financiering die integraal gedragen wordt en voor de langere termijn bestemd is. We hebben uw mening gehoord over de gewenste financiering en de haalbaarheid. Als we dit nu overall bekijken, wat is dan volgens u de beste weg voorwaarts om tot een integrale en duurzame financieringssystematiek te komen, wat is daar qua draagvlak en samenwerking tussen welke partijen voor nodig?

Bijlage B Opzet focusgroepen

Opzet focusgroepen 'Structurele financiering van het kennis- en kwaliteitsbeleid van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde'

Focusgroep 1: 11 december 18.00u-20.30u – 1x 15 personen - Locatie: ZA Utrecht, Klaslokaal ISU. Michiel leidt. U-vorm. Inloop voor degene die wil eten kom om half 6. Eten in kantine, daar verzamelen. Aanmeldingen: Ronald.

Focusgroep 2: 13 december 15.00u-17.30u – 2x 6 man – Locatie: 2 ruimtes bij Nivel Utrecht – Koffie & snack regelen. Ronald leidt sessie bedrijfsartsen (plus Maeke), Michiel leidt sessie verzekeringsartsen (plus Jelle). Aanmeldingen: Ronald.

Programma voor focusgroep 1 en 2

Deel 1: Introductie (15 min)

- Voorstelronde: uw opleiding, werk, ervaring
- Presentatie doel van de focusgroep
    - Aanspreken op eigen perspectief; testen ideeën, niet bepalen standpunten
    - Open houding; deelnemers leveren bijdrage aan eindresultaat
- Presenteren eerste resultaten van ons vooronderzoek
    - We onderscheiden 4 elementen van het k&k-beleid:
        1. De initiële opleiding tot BA/VA
        2. Bij-/nascholing, visitatie/herregistratie
        3. Richtlijnontwikkeling en –implementatie
        4. Wetenschappelijk onderzoek en kennisagenda
    - Voor elk element: kerncijfers, kosten en huidige bekostiging
    - Van het gehele k&k-beleid: directe en indirecte baten

Deel 2: Het k&k- beleid: zou het k&k- beleid beter/anders moeten? (45 min)

- Inventariseren standpunten, in 4 kolommen op bord met post-its:
    - Deelnemers schrijven voor zichzelf op 4 post-its hun ideeën voor de 4 elementen (BA-en krijgen gele, VA-en krijgen roze post-its)
    - Instructie: gebruik steekwoorden: hoe zou dit beter/anders georganiseerd en gefinancierd moeten worden? Let op wenselijkheid vs. haalbaarheid
    - Deelnemers plakken hun post-it
- Discussie en doorvragen per kolom: welke ideeën horen bij elkaar, wie heeft wat opgeschreven en waarom?
- Is er een clustering mogelijk naar:
    - Private organisatie/financiering (door de BA/VA-en zelf; 'uit eigen zak' of via particuliere lidmaatschap beroepsvereniging)
    - Semi-private organisatie/ financiering (door de werkgevers van BA/VA-en; via opslag-tarieven of een door hen gecreëerd fonds)
    - Publieke organisatie/ financiering (door de overheid, ministerie van SZW/VWS of een 'verlengde' publieke organisatie zoals UWV, ZonMw, ZI)
- Hoofdcategorieën argumentatie
- Aantekeningen maken

Korte pauze (5-10 min)

Deel 3: Hoe is het k&k- beleid bij andere beroepen georganiseerd en wat leren we daarvan? (45 min)

- Presentatie resultaten beroepsgroepen
    - Per beroepsgroep: hoe de 4 elementen van het k&k- beleid bij hun georganiseerd/gefinancierd
    - Overzichtsslide daarna
- Uiteengaan in 4 subgroepen (bij Focusgroep 1): 2 subgroepen van BA-en, 2 subgroepen VA-en, of eigen reflectie-tijd, per deelnemer (bij Focusgroep 1)
- Instructie (20 minuten)
    - Geïnspireerd op de presentatie: wat zou het 'ideale model' voor de organisatie en financiering van het k&k-beleid van de BG/VG voor de toekomst zijn?
    - Probeer de 4 elementen van het k&k- beleid nu integraal te 'modelleren'
- Elke subgroep/deelnemer presenteert, vergelijking, groepsdiscussie (20 min)

Deel 4: Afsluiting (15 minuten)

- Uitkomsten samenvatten
- Hoe nu verder, suggesties voor ons onderzoek
- Wat gaan wij met deze resultaten doen
- Reiskosten-formulier Nivel

Bijlage C Opdracht werksessie Kwaliteitstafel

Interactieve opdracht verdeelsleutel financiering elementen Kennis- en Kwaliteitsbeleid Bedrijfs- en Verzekeringsartsen
Bijeenkomst Kwaliteitstafel vrijdag 10 januari 2020

Inleiding
De onderzoekers hebben zojuist een toelichting gegeven op de zogenaamde verdeelsleutel voor de financiering van de verschillende elementen binnen het kennis- en kwaliteitsbeleid.

Enkele aandachtspunten die van belang zijn bij het invullen van de verdeelsleutel:

- Het totaal percentage onderaan de streep, per kolom, moet op 100% uitkomen.
- De kosten en elementen zijn voor bedrijfs- als verzekeringsartsen samengenomen; geef aan of bespreek wanneer u vindt dat deze voor een bepaald onderdeel onderscheiden zouden moeten worden.
- U mag kolommen (elementen kennis- en kwaliteitsbeleid) en rijen (co-financiers), indien gewenst, samen nemen.
- Vindt u dat een element of (co-)financieringspartij mist, kunt u dit ook aangeven/noteren.

De opdracht voor nu, per subgroep:

1. Vul eerst voor uzelf het verdeelschema in op de achterkant van dit blad; denk na wat uzelf een wenselijke én haalbare verdeling vindt en waarom (15 min.)

2. Probeer daarna gezamenlijk het schema in te vullen op het A3-vel (30 min.) en inventariseer:
    A. Over welke onderdelen (rijen/kolommen/cellen) is consensus, waarover is er verschil van mening?
    B. Wat is de argumentatie achter de verdelingen, waarover is geen, waarover wel verschil van mening?
    C. Waar ligt de prioriteit v.w.b. het belangrijkste element van het kennis- en kwaliteitsbeleid?
    D. Waar ligt de prioriteit v.w.b. de belangrijkste financier van het kennis- en kwaliteitsbeleid?

3. Na afloop, plenair: één van u presenteert het groeps-schema (indien mogelijk) en de groepsantwoorden op de vragen A-D (5 min. per groep)

➢ NB: Er is geen goed of fout; voor de onderzoekers is de argumentatie belangrijker dan de uitkomst zelf!

	Element kennis en kwaliteitsbeleid					
(co-)Financier	1. Opleiding tot bedrijfs- en verzekeringsarts	2. Bij- en nascholing bedrijfs- en verzekeringsartsen	3. Onderhoud en (door)ontwikkeling richtlijnen bedrijfs- en verzekerings-geneeskunde	4. Academische werkplaatsen bedrijfs- en verzekerings-geneeskunde		Aandeel (co)-financier in geheel
Publiek_1: Rijksoverheid (ministeries, provincie, gemeenten) en overheidsinstellingen (ZonMw, RIVM, GGD/GHOR, GAK, publieke onderzoeks-/onderwijsinstellingen)	___ %	___ %	___ %	___ %		___ %
Privaat_1: Werkgevers van de bedrijfs- en verzekeringsartsen (UWV, arbodiensten, verzekeraars)	___ %	___ %	___ %	___ %		___ %
Privaat_2: Beroepsverenigingen (NVAB, NVVG, GAV, ZFB)	___ %	___ %	___ %	___ %		___ %
Privaat_3: De individuele bedrijfs- en verzekeringsartsen	___ %	___ %	___ %	___ %		___ %
Privaat_4: Externe partijen of sponsors (private ondernemingen, private onderzoeks-/ onderwijsorganisaties)	___ %	___ %	___ %	___ %		___ %
NB: Steeds per kolom optellen tot 100%!	100%	100%	100%	100%		100%
Schatting totale kosten per jaar	≈ € 22,4 – 27,4 miljoen	≈ € 7,9 miljoen	≈ € 0,8 - 1 miljoen	≈ € 1,2 miljoen		≈ € 32,3 - 37,5 miljoen