

Vergaderjaar 2014–2015

**29 282**

## **Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector**

**Nr. 210**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 november 2014

Op mijn verzoek heeft Onderzoeksbureau Panteia evaluatieonderzoek gedaan naar onnodige barrières in de toelatingsprocedure voor artsen in Nederland. Het gaat om de toelating tot het beroep van arts of geneeskundig specialist in Nederland voor personen die over geneeskunde diploma's van buiten de Europese Economische Ruimte (EER) of Zwitserland beschikken. Ik heb u het onderzoeksrapport op 23 oktober 2014 doen toekomen (Kamerstuk 29 282, nr. 208).

De onderzoekers komen tot een aantal constatering over de toelatingsprocedure en doen een aantal aanbevelingen om die procedure te verbeteren. Hierover is overleg geweest met stakeholders<sup>1</sup> in dit proces van toelating.

#### *Vooraf*

Ik acht het van belang voor zowel Nederland als voor de buitenlandse artsen met een diploma van buiten de EER of Zwitserland dat ze hun capaciteiten hier ten volle kunnen benutten. Absolute voorwaarde daarbij is dat ze bij het uitoefenen van het beroep voldoen aan alle in Nederland geldende eisen, goed de Nederlandse taal spreken en de organisatie, cultuur en ethiek van de Nederlandse gezondheidszorg kennen. Ik wil daar geen concessies aan doen. Het niveau en de inhoud van de toetsen was daarom geen onderdeel van dit onderzoek.

Bij de toelatingsprocedure zijn veel organisaties betrokken. Het doet mij deugd dat uit dit onderzoek blijkt dat zowel de deelnemers als de bij de toelatingsprocedure betrokken organisaties deze uitgangspunten delen. Ook de landen waaraan de Nederlandse procedure is gespiegeld (Zweden,

<sup>1</sup> Commissie Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid (CBGV), CIBG uitvoeringsorganisatie van het Ministerie van VWS, KNMG, Studieadviseurs Universiteiten Maastricht en Utrecht, taleninstituut Babel en Lest best, Stichting voor Vluchtelingstudenten UAF, Ercomer.

Verenigd Koninkrijk en voor Duitsland de Bondsstaat Noordrijn-Westfalen) kiezen voor zorgvuldige toetsing en individuele maatvoering bij toelating van gediplomeerden van buiten de EER.

Het onderzoek richt zich primair op artsen en geneeskundig specialisten, maar de bevindingen hebben evenzeer betekenis voor de andere medische beroepen met wettelijke erkenning op basis van artikel 3 van de Wet BIG<sup>2</sup>, andere wettelijk erkende specialismen op basis van artikel 14 van de wet BIG en het gebruik van de wettelijke erkende opleidingstitels op basis van artikel 34 en 36a van de wet BIG<sup>3</sup>.

In 2013 bracht de Commissie Buitenslands Gediplomeerden (CBGV) in totaal 184 adviezen uit over diplomahouders van buiten de EER waarvan 51 over artsen met een diploma van buiten de EER.

#### *Bevindingen van het onderzoek*

De onderzoekers constateren dat het registratiesysteem van het CIBG zich niet leent voor een analyse van de omvang en oorzaken van de uitval uit de procedure. Op basis van een selectie van 96 afgesloten zaken met complete gegevens hebben de onderzoekers een beeld van de gemiddelde duur van de procedures en uitvalmomenten verkregen. Het betreft aanvragen gestart in de periode 2008–2012.

De uitval uit die procedure zit na inschrijving en het aanleveren van de benodigde documenten en diplomaverificatie. Van de aanvragers neemt 42% niet deel aan de eerste inhoudelijke stap, de Algemene Kennis- en Vaardighedentoets (AKV). Ze betalen niet, verschijnen niet en verdwijnen uit beeld.

Van degenen die vervolgens de AKV-toets doen is 16% daarop uitgevallen (aannemend dat van deze groep uit 2008 -2012 niemand meer succesvol herkanst). Met de AKV-toets wordt de beheersing van de Nederlandse taal, basale kennis van het Engels en kennis van de organisatie, cultuur en ethiek van de Nederlandse gezondheidszorg van de aanvrager getoetst.

Eenmaal geslaagd voor de AKV-toets gaan bijna alle aanvragers door naar de volgende stap, de toetsing van de beroepsinhoudelijke kennis en vaardigheden.

Als daaruit blijkt dat aanvullende scholing nodig is om aan het Nederlandse niveau te voldoen, moet deze opleiding aan een Nederlandse Universitair Medische Centrum worden afgerond om een verklaring van vakbekwaamheid te krijgen. Het onderzoeksbureau kon uit de data van het CIBG niet afleiden hoeveel deelnemers meteen voldeden, hoeveel een bindend studieadvies kregen en hoeveel de hele studie over moesten doen. Ook kon niet worden vastgesteld hoeveel aanvragers uiteindelijk een verklaring van vakbekwaamheid / erkenning hebben gekregen of nog kunnen krijgen.

Van diegenen die na de erkenning als arts ook nog een geneeskundig specialisme erkend wilden krijgen via de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) van de KNMG is uiteindelijk 71% als geneeskundig specialist erkend.

---

<sup>2</sup> Wet BIG artikel 3 kent wettelijk erkende titels voor arts, tandarts, apotheker, gz-psycholoog, psychotherapeut verloskundige, fysiotherapeut en verpleegkundige. Op grond van art 14 zijn er 27 specialismen geneeskunde, 5 verpleegkunde, 2 tandheelkunde, 2 gezondheidszorgpsychologie, en 1 in de farmacie.

<sup>3</sup> Wet Big artikel 34 en 36 a kent tezamen 18 wettelijk beschermde opleidingstitels.

De duur van het proces tot het besluit was gemiddeld 27 maanden. De duur van het proces tot besluit voor een specialist was gemiddeld 15 maanden. Die processen worden nu na elkaar doorlopen.

Die doorlooptijd beslaat administratieve stappen inclusief eventueel het behandelen van ingebrachte zienswijzen op een conceptbeschikking, diplomaverificatie, eventueel taalscholing, AKV-toets en drie beroepsinhoudelijke toetsen. In het geval van een specialisme komt daar een administratieve procedure bij plus een beoordelingsstage en of bijscholing.

Twee derde van de respondenten vindt de duur van de procedure lang tot zeer lang.

Eveneens twee derde van de respondenten vindt de kosten hoog tot zeer hoog.

### *Mijn reactie*

Ik sta stil bij de aanbevelingen over:

1. De registratiesystematiek en beleidsinformatie
2. De communicatie en voorlichting
3. De continuïteit in toetsmomenten en streeftermijnen
4. De begeleiding
5. De kosten
6. De overige aanbevelingen
7. De vergelijking met toetsprocedures in drie buurlanden

#### *Ad 1. Betere registratiesystematiek om beleidsinformatie te krijgen*

De aanbeveling een verbeterde registratiesystematiek in te voeren om betrouwbare beleidsinformatie te kunnen genereren onderschrijf ik. Ik zal het CIBG opdracht geven om de in het onderzoek genoemde gegevens te gaan bijhouden zodat op afzienbare termijn een volledig en betrouwbaar inzicht in de resultaten, uitvalmomenten en doorlooptijden wordt verkregen.

#### *Ad 2. De communicatie en voorlichting uitbreiden over doel, tijdsbeslag en kosten*

Het is de aanvrager die de stappen in de procedure moet zetten. Het onderzoek laat zien dat veel aanvragers echter onvoldoende zicht op de procesgang hebben en foutieve verwachtingen. Zo begrepen aanvragers het karakter van verschillende toetsen vaak onvoldoende. Dat leidt tot minder handige keuzes en onnodig tijdverlies. Velen waren vervolgens verrast over de hoge kosten die ze gedurende het traject nog tegenkwamen.

De aanvrager komt in dit proces ook veel partijen tegen, zoals het CIBG, de CBGV, taleninstituten, toetsinstanties, universitair medische centra. Voor erkenning van een specialisme komen daar nog de specialistenregistratiecommissies van de KNMG bij. Voor specialismen van andere beroepen gaat het om de beroepsorganisaties KNMT, KNMP, FGzPt en V&VN. Zij voeren een publieke taak uit met eigen verantwoordelijkheden. Samen met het CIBG moeten zij één eenduidig, strak en helder beeld van de procedure neerzetten. De website van het BIG-register (CIBG) acht ik in dit verband de spil in de voorlichting. Het stappenplan op de website van het BIG-register biedt inzicht in de te volgen procedure. Ik zal het CIBG vragen om dit stappenplan te optimaliseren en op meer vraaggestuurde wijze inzicht en informatie te bieden in de te volgen stappen. Met name moeten mogelijk tijdsbeslag en ook extra kosten buiten de procedure voor taalcursussen of aanvullende opleidingen en stages onder de aandacht worden gebracht.

Voorts zal ik het CIBG laten onderzoeken of net als in het Verenigd Koninkrijk een individuele pagina per aanvrager kan worden gemaakt met een portfolio waarin betrokkene de actuele stand van zaken in zijn of haar procedure kan inzien en zelf zaken kan toevoegen m.b.t. inschrijf- of aanvraagdata.

*Ad 3. Meer continuïteit in toetsmomenten garanderen en streeftermijnen benoemen*

Één op de zes deelnemers klaagde over lange wachttijden voor toetsen en dan met name over deelnamemogelijkheden aan de AKV-toets. Er waren verder klachten over het wachten op de uitslagen, de duur van de behandeling van dossiers of het wachten op het studieadvies nadat alle toetsen waren afgerond.

De AKV-toets wordt voor artsen momenteel maandelijks afgenomen en de beroepsinhoudelijke toetsen tenminste drie maal per jaar. Dat acht ik voldoende.

Ik zal met betrokken partijen in overleg treden over streeftermijnen per stap in de procedure. Indien de aanvrager alles correct aanlevert, tijdig aanvraagt en betaalt en de toetsen goed doet zal de procedure voor een arts tot een besluit op zijn aanvraag in zeven maanden afgerond kunnen zijn.

*Ad 4. De begeleiding van aanvragers is geen taak voor het CIBG maar het CIBG kan actief doorverwijzen naar steunstructuren*

De procesgang is veelvormig en mede afhankelijk van het land van herkomst en de verblijfstatus van de aanvrager. Dat heeft onder andere effect op toegankelijkheid tot documenten en controleerbaarheid. Op de achtergrond spelen vaak individuele vraagstukken met betrekking tot verblijfsrecht, het voorzien in levensonderhoud of de plicht om beschikbaar te zijn voor de arbeidsmarkt.

Het CIBG moet zoals gezegd samen met alle andere betrokken actoren primair goede informatie over het hele erkenning en registratieproces verschaffen. Voor persoonlijke ondersteuning in relatie tot verwante zaken is het passend dat het CIBG verwijst naar bestaande steunstructuren zoals die van studieadviseurs van Universitair Medische Centra, de Vereniging van Buitenlands Gediplomeerde Artsen en de Stichting UAF voor vluchtelingstudenten en dergelijke.

*Ad 5. De kosten van het proces.*

De deelnemers schrikken gaandeweg van nieuwe kosten en of inkomstenderving. Inzicht vooraf vind ik belangrijk.

De kosten voor de procedure voor een arts bestaan uit de AKV-toets à € 650, de beroepsinhoudelijke toetsen à € 1.750, registratie in het BIG-register à € 85 en eventueel erkenning als specialisme à € 375 (excl. Btw)

Ik acht deze kosten redelijk. Ik vind het principe dat deze kosten aan de belanghebbenden in rekening worden gebracht billijk en redelijk. De opleidingskosten hangen af van de persoonlijke situatie van de aanvrager en van het studieadvies. Voor aanvullende scholing aan een UMC betalen EER-burgers en erkende vluchtelingen het wettelijk collegegeld van € 1.906. De overige niet-EER burgers indien die niet voldoen aan de in artikel 7.45a van de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek genoemde voorwaarden betalen een instellingscollegegeld. De hoogte van dit tarief wordt jaarlijks vastgesteld door het college van bestuur van iedere universiteit al naar gelang de

studie. Dat kan voor geneeskunde flink oplopen. Ik zal het onderwerp meenemen in mijn overleg met de NFU.

*Ad 6. Overige punten; op termijn invoeren van 1-loket met gelijktijdige procedures voor erkenning als arts en als specialist*

Wat betreft de organisatie van het werk binnen het CIBG en tussen het CIBG en de CBGV geldt dat inefficiënties uit het proces moeten worden gehaald. Ik vraag het CIBG ook dit werkproces zo slank mogelijk in te richten om tijdverlies verder terug te dringen.

Voor erkenning van de EER-geplomeerden is tussen CIBG en de vijf specialistenregistratiecommissies per 1 januari 2014 het principe van 1-loket ingevoerd. Aanvragen voor erkenning als arts en als specialist kunnen dan gelijk in behandeling worden genomen. Dit geldt nog niet voor de geplomeerden van buiten de EER. Ik vraag het CIBG en KNMG en de andere beroepsverenigingen de inrichting van 1-loket uitbreiden naar de niet-EER-geplomeerden. Dat is echter eerst aan de orde, als het 1-loket principe voor de eenvoudiger procedure van geplomeerden van binnen de EER goed functioneert. Dat is voorzien in 2015.

*Ad 7. Lessen van toetsprocedures in buurlanden*

Het onderzoek bevat een vergelijking met de procedures in Noordrijn-Westfalen (NRW), het Verenigd Koninkrijk (VK) en Zweden. In de kern is er veel overeenkomst; individueel toetsen, toetsen op taal, kennis van het gezondheids-zorgsysteem, medische kennis en klinische vaardigheden. Maar in de praktijk zijn er interessante verschillen in vormgeving. Dat prikkelt tot verder nadenken en ik zal ze onder de aandacht brengen van het CIBG, CBGV en KNMG.

Mijn uitgangspunt bij toelating blijft kwaliteit van medische zorg en patiëntveiligheid, daarbij acht ik verbetering van de procedure op genoemde punten aan de orde.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers