

Evaluatie beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen

Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2
thema 2A

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

Rotterdam, 17 oktober 2016



Evaluatie beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgoopleidingen

Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 2A

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

Ecorys
Seor

Rotterdam, 17 oktober 2016

Over Ecorys

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

Ecorys voert een actief MVO-beleid en heeft een ISO14001-certificaat, de internationale standaard voor milieumanagementsystemen. Onze doelen op het gebied van duurzame bedrijfsvoering zijn vertaald in ons bedrijfsbeleid en in praktische maatregelen gericht op mensen, milieu en opbrengst. Zo gebruiken we 100% groene stroom, kopen we onze CO₂-uitstoot af, stimuleren we het ov-gebruik onder onze medewerkers, en printen we onze documenten op FSC- of PEFC-gecertificeerd papier. Door deze acties is onze CO₂-voetafdruk sinds 2007 met ca. 80% afgenomen.

ECORYS Nederland B.V.
Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam

Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com
K.v.K. nr. 24316726

W www.ecorys.nl

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	5
1 Beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen	9
1.1 Beleidstheorie	9
1.2 Aanleiding	11
1.3 Doel	11
1.4 Wijzigingen in de regeling	12
1.5 Aanpak van de verklarende evaluatie	12
2 Doeltreffendheid	13
2.1 Inleiding	13
2.2 Bereik van de maatregel	13
2.3 Indicaties voor effecten: kwantitatief en kwalitatief	15
3 Doelmatigheid	17
3.1 Inleiding	17
3.2 Uitgaven aan de maatregel	17
3.3 Kan het doelmatiger?	18
3.4 Uitvoerbaarheid van de regeling	20
3.5 Frauderisico	20
Bijlage A Lijst geïnterviewden	21
Bijlage B Overzicht instroom aios	23
Bijlage C Vacatures per 1.000 geregistreerde specialisten	25
Bijlage D Vergoedingsbedragen medische vervolgopleidingen in 2015	27

Managementsamenvatting

Doel van de subsidieregeling

Er is in het zorgveld behoefte aan medische vervolgopleidingen om medewerkers op te leiden en zo de kwaliteit van de zorg op een hoog peil te brengen. In de oude situatie, voorafgaande aan 2007, werden deze opleidingen uit de algemene bekostiging van ziekenhuizen gefinancierd. Zonder een specifieke oormerking van middelen voor opleiden, bestaat een risico dat ziekenhuizen terughoudend worden met het opleiden van aios omdat de aios mogelijk elders gaan werken (freeriders). En er bestaat een risico van hoge fluctuaties in het aanbod van opleidingen (varkenscyclus). Daarom is de beschikbaarheidsbijdrage voor de medische vervolgopleidingen in het leven geroepen. Door de kosten voor de zorg en het opleiden van zorgverleners uit elkaar te trekken, wordt deze marktverstoring voorkomen. Daarnaast stelt de subsidie de overheid in staat opleidingsplaatsen transparant en toetsbaar te verdelen en de opleidingskosten te beheersen.

De regeling wordt uitgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De begunstigden van de regeling zijn opleidende zorginstellingen. Het doel van de beschikbaarheidsbijdrage is het waarborgen van de toegang tot kwalitatief goede (kwaliteit) medisch(-specialistisch)e zorg door het stimuleren van opleiden van voldoende specialisten (kwantiteit). De totale jaarlijkse beschikbaarheidsbijdrage is gegroeid van een kleine miljard euro in 2011 naar 1,25 mld. euro in 2016. Deze middelen worden niet (meer) bekostigd vanuit Artikel 4.2 van de begroting van VWS, maar zijn afkomstig van ziekenhuisbudgetten, die door de NZa geormerkt als beschikbaarheidsbijdrage worden toegekend.¹

Tabel 1.1 Inzet middelen voor de beschikbaarheidsbijdrage periode 2011-2018

Inzet middelen	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>in € mln.</i>								
Beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen (incl. overige opleidingen) ²	981,9	1121,6	1023,3	1216,2	1228,9	1250,9	1284,6	1263,5

De beschikbaarheidsbijdrage wordt gegeven voor de medische vervolgopleidingen tot:

- Arts verstandelijk gehandicapten
- Huisarts
- Kaakchirurg en orthodontist
- Klinisch chemicus en klinisch fysisch
- Medewerker in de geestelijke gezondheidszorg (psychiaters, psychologen, psychotherapeuten)
- Medisch specialist (28 specialisaties, inclusief psychiater)
- Specialist ouderengeneeskunde
- Spoedeisende hulp arts
- Ziekenhuisapotheker

¹ De ziekenhuisbudgetten zijn destijds geschoond voor opleidingskosten. Deze bedragen zijn aanvankelijk op de begroting geplaatst. Deze middelen zijn per 2013 van de begroting overgeheveld naar de premie en worden sindsdien via het instrument van de beschikbaarheidsbijdrage ingezet.

² Hierbij is samengenomen: Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen Zvw en AWBZ

Rol van de overheid

Personeelsbeleid is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zelf. Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt kunnen echter niet altijd worden opgelost door individuele zorginstellingen en sociale partners. Om te waarborgen dat de zorg in Nederland van voldoende niveau blijft en er genoeg specialisten zijn, investeert het ministerie van VWS in het opleiden van voldoende geschoold personeel.

Een verklarende evaluatie

De onderzoeksmethode van de evaluatie van de beschikbaarheidsbijdrage is kwalitatief. Op de volgende manieren is informatie verzameld:

- Literatuuronderzoek van eerdere, gepubliceerde evaluaties en ander feiten onderzoek.
- Interviews met de koepelorganisaties die betrokken zijn bij de beschikbaarheidsbijdrage.

Op basis van bestaande literatuur en een beperkt aantal interviews is de beleidsdoorlichting opgesteld. Er is geen nieuw onderzoek gedaan naar de relaties tussen de beschikbaarheidsbijdrage, het aantal zorgverleners dat opgeleid wordt en de kwaliteit van de opleidingen. Deze relaties kunnen daarom ook niet onomstotelijk bewezen worden. Met de conclusies en aanbevelingen dient dan ook behoedzaam om te worden gegaan.

Conclusies over doeltreffendheid

Instroom in de opleiding op orde

De instroom in de vervolgoopleidingen is de laatste jaren sterk gegroeid. Ten opzichte van 2005 is de instroom in 2014 zo'n 23 procent hoger. Cruciaal doel van de regeling is om het evenwicht tussen vraag en aanbod te bevorderen. Het Capaciteitsorgaan maakt ramingen om te bepalen hoe hoog de hiervoor benodigde instroom (per opleiding) omvat. In zijn algemeenheid geldt dat de gerealiseerde instroom zich al een reeks van jaren aan de bovenkant van de bandbreedte van de ramingen van het Capaciteitsorgaan bevindt. In deze zin voldoet de regeling dus aan de doelstellingen.

Tekorten sterk afhankelijk van type specialisatie

Tekorten bij medisch specialisten zijn erg regionaal en sterk afhankelijk van het type specialisme. Zo zijn er al lang tekorten bij onder andere ouderengeneeskunde en artsen voor verstandelijk gehandicapten. Deze specialismen zijn niet erg in trek bij artsen in opleiding (aios). Bij de huisartsen is het aantal vacatures relatief laag. In de geestelijke gezondheidszorg zijn wel tekorten. Respondenten geven aan dat vacatures nog wel vervuld worden, maar er gaat een lange termijn overheen.

Kwaliteit van de opleiding gewaarborgd door beroepsgroepen....

De kwaliteit van de medische vervolgoopleidingen is geborgd door de opleidingsregelgeving van de beroepsgroepen zelf onder regie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunde (KNMG) en de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) c.q. de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten en de Commissie Registratie en Toezicht (CRT) voor enkele ggz-beroepen. De RGS c.q. CRT zijn verantwoordelijk voor de erkenning van opleidende zorginstellingen. Zij voeren hiertoe minstens elke vijf jaar een visitatie uit. Bij deze visitaties wordt vooral gekeken naar de processen rondom opleiden en getoetst of een aantal noodzakelijke randvoorwaarden beschikbaar zijn.

Conclusies over doelmatigheid

Het is theoretisch plausibel dat de subsidie bijdraagt aan de kwantiteit en kwaliteit van opleiden...

Zonder subsidie worden opleiders niet gecompenseerd voor de tijd die zij in het opleiden van de studenten steken. Dit kan ertoe leiden dat ze minder tijd besteden aan het opleiden en zich meer richten op het verlenen van zorg. Ook kan er een 'freeriderprobleem' ontstaan, omdat bepaalde zorginstellingen wel bereid zijn op te leiden, maar een risico lopen dat de door hen opgeleide specialisten gaan werken bij een niet opleidende zorginstelling. De beschikbaarheidsbijdrage is bedoeld om een gelijk speelveld te creëren. Zonder beschikbaarheidsbijdrage kan de vervolgopleiding in verschillende beroepsgroepen onder druk komen te staan. Mogelijk wordt dan minder opgeleid (kwantiteit) en kan de kwaliteit van de zorg onder druk komen te staan.

...en dat er indicaties zijn dat het doelmatig geschiedt

De beschikbaarheidsbijdrage is in de plaats gekomen van een vergelijkbare subsidie, die vanuit de begroting van VWS werd gedekt. De instroom van aios laten sinds 2005 een stijging zien, die na de verandering van de subsidie in een beschikbaarheidsbijdrage niet wezenlijk is veranderd. Door de budgetten te oormerken, komt de middelen niet onder druk te staan van andere uitgaven, waaronder de zorg. Door de beschikbaarheidsbijdrage is het mogelijk om landelijk meer sturing te geven aan het aantal opleidingsplaatsen. Er zijn twee onderzoeken (2008 en 2012) beschikbaar waaruit blijkt dat de kostprijs van een opleiding afhankelijk is van de specialisatie en dat de vergoeding redelijk in het midden van deze bandbreedte van kosten bevindt. Mede op basis van de interviews is het huidige beeld dat de beschikbaarheidsbijdrage in lijn ligt met de opleidingskosten. Op basis van het behalen van de doelen, is er geen aanleiding voor verhoging van de subsidie. Bij het huidige subsidieniveau zijn er geen problemen zijn om aan de kant van instellingen voldoende opleidingsplekken beschikbaar te krijgen binnen de aantallen die BOLS op voorhand aan instellingen toewijst. Voor zover sprake is onvoldoende instroom heeft dit eerder te maken met lagere belangstelling voor sommige specialisaties bij studenten.

Vergelijking van enkele internationale vergoedingspercentages³

Op basis van literatuurstudie is onderzocht of de vergoedingspercentages in Nederland in de pas lopen met het buitenland. Hieruit komt uit een Finse studie 8,25% van de vergoeding voor het opleiden. Een studie uitgevoerd in Spanje vermeldt een percentage van 9% voor de opleidingstaak "Op basis van de totale zorgomzet, inclusief de academische component, komen we uit op een gemiddeld vergoedingspercentage van 8,57%. Gelet op de in de literatuur gevonden percentages kunnen we een voorzichtige conclusie trekken dat we in Nederland ten opzichte van internationaal gevonden vergoedingspercentages niet uit de pas lopen."

Groepsgrootte draagt bij aan efficiëntie

Onderzoek toont aan dat het opleiden van meerdere aios in een specialisme leidt tot efficiëntie in opleidingskosten. Er doen zich schaalvoordelen voor op het gebied van bijvoorbeeld overheadkosten naarmate een ziekenhuis meer aios bij een bepaald specialisme in opleiding heeft.

Uitvoering van de bijdrage vooral voor kleine organisaties erg zwaar

De meningen over de werkbaarheid van de beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen verschilt erg per instelling. In het algemeen geldt dat de betrokkenen aangeven dat de regelgeving de afgelopen jaren is verbeterd. Het veld heeft meer regie gekregen en de administratieve lasten zijn verminderd. Voor opleidende instellingen die slechts één of enkele aios opleiden (voornamelijk

³ Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen, notitie NFU, Frank de Bos, 28-10-2015

binnen de geestelijke gezondheidszorg) geldt echter dat de administratieve lasten als erg zwaar worden ervaren.

Aanbevelingen

Op basis van voorliggend onderzoek lijkt de conclusie gerechtvaardigd om de beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen te continueren. De subsidieregeling is een waardevolle regeling om voldoende zorgverleners te houden. Belangrijke aanbevelingen voor de toekomst zijn de volgende:

- Momenteel bestaat er een staffel voor de opleidingskosten voor medische specialisten. Binnen dit staffelsysteem krijgen kleine(re) instellingen een hogere vergoeding per op te leiden aios. Omdat het opleiden van meerdere aios in een specialisme tot schaalvoordelen en een lagere kostprijs kan leiden, lijkt het doelmatiger door schaalvergroting na te streven.
- Een onderzoek naar de kostprijs van opleidingen om zo in beeld te krijgen of de gegeven beschikbaarheidsbijdragen passend zijn bij de kosten van de diverse opleidingen (als opvolger van een dergelijk onderzoek uit 2012).
- Er is geen noodzaak om de subsidiehoogte naar boven aan te passen uit het oogpunt van bereidheid van ziekenhuizen om voldoende plekken ter beschikking te stellen.
- Om tot meer doelmatigheid te komen, is het te overwegen om een eigen bijdrage aan de deelnemers te vragen omdat de opleiding vruchten afwerpt voor hun toekomst

Organisatie huisartsen mogelijk ook interessant voor geestelijke gezondheidszorg

De uitvoering en administratieve lasten van de beschikbaarheidsbijdrage zijn buitenproportioneel voor instellingen die een beperkt aantal aios opleiden. Dit geldt voornamelijk binnen de geestelijke gezondheidszorg. Om doelmatig en doelgericht op te kunnen leiden in deze sector zou een landelijk model gevolgd kunnen worden. Wanneer het opleidingsmodel van huisartsen gevolgd zou worden zou een landelijke werkgever opgericht kunnen worden die alle artsen in opleiding in dienst heeft zodat een scheiding gemaakt kan worden tussen werkgeverslasten en opleidingslasten. De geïnterviewden hadden geen voorkeur voor een dergelijk model in vergelijking met de huidige beschikbaarheidsbijdrage.

1 Beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen

1.1 Beleidstheorie

In deze paragraaf schetsen wij in het kort de beleidstheorie van de beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen. De beleidstheorie is opgesteld aan de hand van beleidsdocumenten en interviews met betrokken beleidsambtenaren.

Beleidsprobleem: Marktverstoring, varkenscyclus en onvoldoende beheersing opleidingskosten

Zonder een financiële bijdrage aan de bekostiging van medische vervolgopleidingen moeten zorginstellingen deze zelf bekostigen, waardoor opleidingskosten uit het zorgbudget betaald zullen worden. De opleidingskosten zullen in dit geval terugverdiend moeten worden via de gevraagde tarieven voor geleverde zorg. Dit systeem leidt tot verhoogde tarieven bij opleidende ziekenhuizen. Bovendien zullen ziekenhuizen terughoudend worden met het opleiden van aios. Zij zullen alleen gaan opleiden als zij hier zelf belang bij hebben, waardoor het risico ontstaat dat er te weinig specialisten worden opgeleid en andere instellingen voordeel hebben bij de opleiding van specialisten in andere ziekenhuizen. Ook is er een risico dat de varkenscyclus in de hand wordt gewerkt.

Varkenscycli worden in de economische literatuur beschreven als de op- en neergaande cyclus van aanbod door veranderingen in prijzen. Wanneer varkens veel geld kosten, fokken de varkensfokkers veel varkens. Echter, er gaat tijd overheen voordat deze gefokt zijn. Tegen de tijd dat de varkens dan de markt op kunnen, wordt deze overspoeld door aanbod, wat de prijs doet dalen. Deze cyclus blijft zich herhalen tot uiteindelijk (eventueel) een evenwichtsprijs ontstaat⁴.

Door de kosten voor de zorg en het opleiden van zorgverleners uit elkaar te trekken, wordt deze marktverstoring voorkomen. Daarnaast stelt de subsidie de overheid in staat opleidingsplaatsen transparant en toetsbaar te verdelen en de opleidingskosten te beheersen.

De interventie: Beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen

De minister van VWS heeft systeemverantwoordelijkheid voor een voldoende aanbod van zorg. Daarom is voor bepaalde zorgopleidingen financiering uit publieke middelen geregeld. Per 1 januari 2013 worden diverse (medische) vervolgopleidingen bekostigd via een beschikbaarheidsbijdrage op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Daarvoor, sinds 2007, bestond de prestatiesubsidie ook al in sterk vergelijkbare vorm. Hiertoe waren middelen onttrokken aan de algemene bekostiging van ziekenhuizen en specifiek geormerkt voor deze opleidingen. Het doel van de beschikbaarheidsbijdrage is het opleiden van voldoende zorgverleners, ook met het oog op de lange termijn.

⁴ Zie bijvoorbeeld: E. Mordecai, 1938, *The cobweb theorem*, in: Quarterly Journal of Economics, deel 52, blz. 255-280.

Om te bepalen hoeveel specialisten en medisch personeel er landelijk moeten worden opgeleid stelt het Capaciteitsorgaan periodiek een raming op. Op basis van dit advies stelt de minister van VWS jaarlijks een aantal instroomplaatsen per opleiding beschikbaar. Deze instroomplaatsen worden door Stichting BOLS⁵ en Stichting TOP-opleidingsplaatsen⁶ in concept verdeeld over de opleidingsinstellingen en door de minister van VWS in een verdeelplan vastgesteld. Op basis van dit verdeelplan kent de NZa de beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoledingen toe aan opleidende zorgaanbieders. Hoeveel specialisten en medisch personeel er daadwerkelijk wordt opgeleid is afhankelijk van het aantal aanmeldingen en wat instellingen aanbieden.

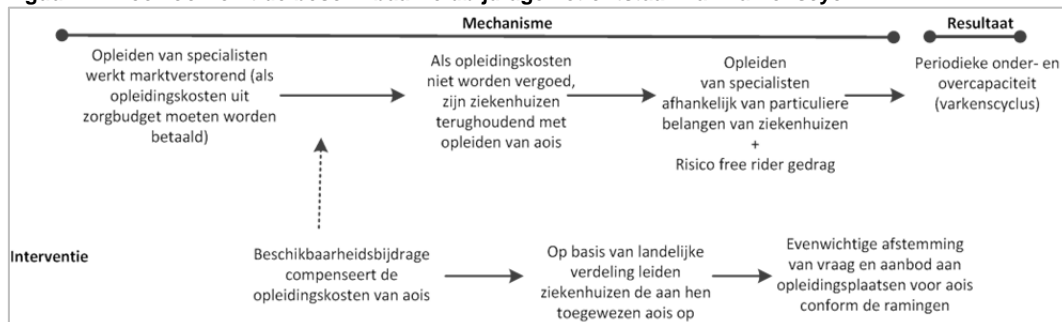
Resumerend

De beleidstheorie van de beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoledingen loopt langs drie lijnen:

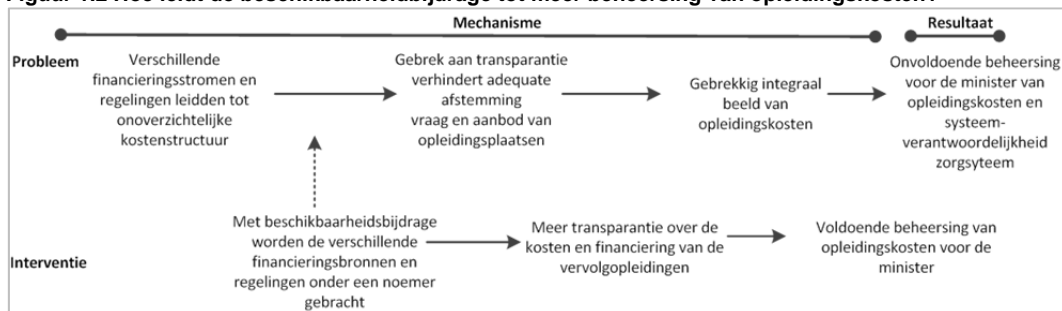
- Het stimuleren van het voldoende opleiden van zorgverleners door het voorkomen van marktverstoring en varkenscycli (onvoldoende medisch specialisten en medisch personeel op de korte- en lange termijn).
- Het transparant en toetsbaar toewijzen van opleidingsplaatsen.
- Beheersing van opleidingskosten en de mogelijkheid om doelmatig en doelgericht op te leiden aan de hand van landelijke ramingen.

Figuur 1.1 en Figuur 1.2 laten de beleidsinterventie schematisch zien.

Figuur 1.1 Hoe voorkomt de beschikbaarheidsbijdrage het ontstaan van varkenscycli?



Figuur 1.2 Hoe leidt de beschikbaarheidsbijdrage tot meer beheersing van opleidingskosten?



⁵ Stichting BOLS is opgericht door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Federatie van Medisch Specialisten en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Het BOLS heeft als doel om verdelingsvoorstellen te maken voor de instroom van (een gedeelte van) de zorgopleidingen die worden bekostigd door middel van een beschikbaarheidsbijdrage.

⁶ De Stichting Toewijzing Opleidingsplaatsen (TOP-opleidingsplaatsen) stelt op grond van het formele kader (Wet- en regelgeving, Spelregeldocument VWS, Bestuurlijk Akkoord) een procedure op om te komen tot een verdeling van de gesubsidieerde plaatsen voor de (medische) vervolgoledingen gezondheidspsycholoog, psychotherapeut, klinisch neuropsycholoog, klinisch psycholoog en verpleegkundig specialist ggz.

1.2 Aanleiding

De totale jaarlijkse beschikbaarheidsbijdrage is gegroeid van een kleine miljard euro in 2011 naar 1,25 mld. euro in 2016. Deze middelen worden niet (meer) bekostigd vanuit Artikel 4.2 van de begroting van VWS, maar zijn afkomstig van ziekenhuisbudgetten, die door de NZa geormerkt als beschikbaarheidsbijdrage worden toegekend. Per 1 januari 2013 worden vervolgoopleidingen tot medisch specialist bekostigd via een beschikbaarheidsbijdrage op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg)⁷. Deze wet wordt uitgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Om in aanmerking te komen voor deze beschikbaarheidsbijdrage moet het gaan om opleidingen tot een breed scala aan (medisch) specialisten die een zorg of dienst verlenen als omschreven of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wet langdurige zorg (Wlz). De beschikbaarheidsbijdrage wordt ter beschikking gesteld aan opleidende instellingen. De opleidingen voor (medisch) specialisten die niet onder deze wetten vallen, maar onder de Wet publieke gezondheidszorg⁸, worden gefinancierd onder de subsidieregeling publieke gezondheidszorg. Deze subsidie is apart onderzocht in de beleidsdoorlichting.

De beschikbaarheidsbijdrage gaat om 28 klinische medisch-specialistische opleidingen, de specialistenopleidingen in de mondzorg (kaakchirurg en orthodontist), vervolgoopleidingen tot klinisch technici, de opleidingen tot spoedeisende hulparts, huisarts, specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten en een aantal vervolgoopleidingen voor psychologen en de driejarige opleiding tot verpleegkundig specialist ggz.

Om te borgen en te stimuleren dat voldoende professionals worden opgeleid, is publieke financiering via prestatiebekostiging als instrument gekozen. Hiertoe zijn middelen onttrokken aan de algemene budgetten van ziekenhuizen en GGZ-instellingen (in onderhandeling met zorgverzekeraars) die via de regeling weer herverdeeld werden naar opleidende ziekenhuizen. Dit liep van 2007 tot 2013 via twee VWS-subsidieregelingen (het Opleidingsfonds). In 2010 is een evaluatie van het fonds inzake vervolgoopleidingen tot (medisch) specialist uitgevoerd. Mede op grond daarvan is besloten tot een scheiding van beleid en uitvoering, waardoor de regeling nu wordt uitgevoerd door de NZa.⁹

Rol van de overheid

Personeelsbeleid is in eerste instantie de verantwoordelijkheid van de zorginstellingen zelf. Ontwikkelingen op de arbeidsmarkt kunnen echter niet altijd worden opgelost door individuele zorginstellingen en sociale partners. Om te waarborgen dat de zorg in Nederland van voldoende niveau blijft en er genoeg specialisten zijn investeert het ministerie van VWS in het opleiden van voldoende geschoold personeel.

1.3 Doel

De beschikbaarheidsbijdrage voor de medische vervolgoopleidingen is een herverdeling van middelen van ziekenhuizen en GGZ-instellingen, uitgevoerd door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), aan opleidende zorgaanbieders om zo voldoende zorgverleners, ook met het oog op de lange termijn, op te leiden.

⁷ Daarvoor, sinds 2007, bestond de prestatiesubsidie ook al in sterk vergelijkbare vorm.

⁸ Jeugdarts, arts infectieziektenbestrijding, arts tbc-bestrijding en medisch milieukundige (1^o en 2^o fase).

⁹ *Stcr*.2012, 21391

1.4 Wijzigingen in de regeling¹⁰

Sinds de invoering van de regeling in 2012 hebben verschillende wijzigingen plaatsgevonden. Deze zijn hieronder kort toegelicht;

- Vanaf 2014 is de beschikbaarheidsbijdrage uitgebreid voor de opleidingen tot medisch ondersteunend personeel en gespecialiseerd verpleegkundigen (ziekenhuisopleidingen).¹¹
- Vanaf 2015 wordt, in plaats van één beleidsregel per subsidiejaar, een doorlopende beleidsregel toegepast.
- Vanaf 2015 vervalt de toetsing van de aanvraag van de opleidende zorgaanbieder aan de gegevens van de registratiecommissies.
- Vanaf 2015 sluit de beleidsregel aan op het Uniform Kader beschikbaarheidsbijdrage NZa. Dit heeft ertoe geleid dat bijvoorbeeld de indieningstermijn voor de vaststelling is verschoven van 1 mei naar 1 juni.
- Vanaf 2016 vallen ook de opleidingen tot sportarts en klinisch neuropsycholoog onder de beschikbaarheidsbijdrage.

1.5 Aanpak van de verklarende evaluatie

De onderzoeksmethode van de evaluatie van de beschikbaarheidsbijdrage is kwalitatief. Op de volgende manieren is informatie verzameld:

- Deskresearch van eerdere, gepubliceerde evaluaties en ander feiten onderzoek.
- Interviews met de koepelorganisaties die betrokken zijn bij de beschikbaarheidsbijdrage.

Op basis van bestaande literatuur en een beperkt aantal interviews is de beleidsdoorlichting opgesteld. Er is geen nieuw onderzoek gedaan naar de relatie tussen de beschikbaarheidsbijdrage en de omvang en kwaliteit van medische vervolgoopleidingen. Deze relaties kunnen daarom ook niet onomstotelijk bewezen worden. Met de conclusies en aanbevelingen dient dan ook behoedzaam om te worden gegaan.

De beschikbaarheidsbijdrage wordt gegeven voor de medische vervolgoopleidingen tot:

- Arts verstandelijk gehandicapten.
- Huisarts.
- Kaakchirurg en orthodontist.
- Klinisch chemicus en klinisch fysicus.
- Medewerker in de geestelijke gezondheidszorg (psychiaters, psychologen, psychotherapeuten).
- Medisch specialist (28 specialisaties).
- Specialist ouderengeneeskunde.
- Spoedeisende hulp arts.
- Ziekenhuisapotheker.

Uit de evaluatie blijkt dat de beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgoopleidingen verschillend uitwerkt voor enkele verschillende doelgroepen:

- Specialisten (arts verstandelijk gehandicapten, kaakchirurg en orthodontist, klinisch chemicus en klinisch fysicus, medisch specialist, specialist ouderen geneeskunde, spoedeisende hulp arts, ziekenhuisapotheker).
- Huisartsen.
- Medewerker in de geestelijke gezondheidszorg (psychiaters, psychologen, psychotherapeuten).

Waar relevant zal in de rapportage onderscheid worden gemaakt tussen deze doelgroepen. Dit wordt dan duidelijk aangegeven.

¹⁰ https://www.nza.nl/1048076/1048107/CI_15_41c__Nieuwe_beleidsregel_medische_Vervolgoopleidingen_2015_en_verder.pdf

¹¹ De beschikbaarheidsbijdrage voor ziekenhuisopleidingen wordt apart doorgelicht.

2 Doeltreffendheid

2.1 Inleiding

De doeltreffendheid van de beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgoopleidingen kan worden gemeten aan de hand van de volgende indicatoren:

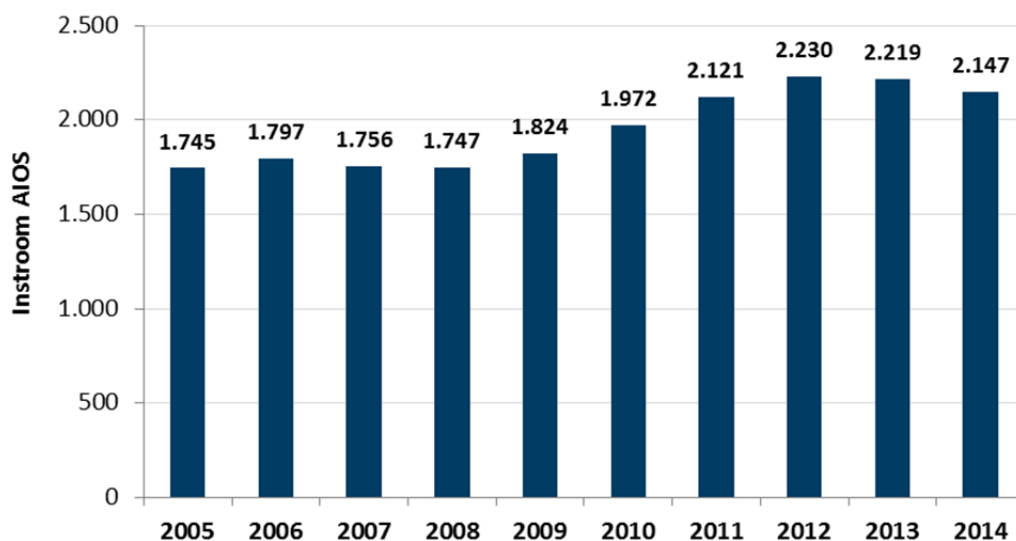
- Aantal specialisten (per specialisatie) en medisch personeel die worden bereikt met de beschikbaarheidsbijdrage;
- Aantal zorgverleners die de medische vervolgoopleiding hebben afgemaakt;
- De plaatsing van de zorgverleners in opleiding.

2.2 Bereik van de maatregel

Instroom en uitstroom van aios

Figuur 2.1 toont het aantal ingestroomde aios per jaar in de periode 2005 – 2014. De figuur laat duidelijk zien dat de totale instroom de afgelopen jaren is toegenomen, met een piek van 2.230 instromers in 2012. Ten opzichte van 2005 is het aantal instromers in 2014 circa 23 procent hoger. In bijlage B wordt een overzicht gegeven van de instroom per specialisme.

Figuur 2.1 Instroomaantallen aios in de periode 2005 - 2014¹²



Het aantal aios dat medische vervolgoopleiding heeft afgemaakt in de periode 2009-2015, is weergegeven in Tabel 2.1 (cijfers voor de ggz opleidingen zijn niet voorhanden). Dit zijn de medici die voor het eerst geregistreerd zijn als geneeskundig specialist. Het totale aantal geregistreerde specialisten schommelt, met in 2010 1.763 nieuw geregistreerde specialisten en in 2015 2.082 specialisten. Er zit een aantal jaar van opleiding tussen instroom en uitstroom en door de hogere instroom van de laatste jaren mag de komende periode ook een hogere uitstroom worden verwacht.

¹² KNMG-RGS, Instroom aios

Tabel 2.1 Aantal specialisten die de medische vervolgopleiding hebben afgerond¹³

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Medisch specialisten	1.367	1.218	1.215	1.136	1.101	1.122	1.114
Huisartsen	505	498	523	549	659	688	882
Specialisten ouderengeneeskunde	49	37	51	63	58	65	69
Arts voor verstandelijk gehandicapten	10	10	11	21	12	14	17
Totaal	1.931	1.763	1.800	1.769	1.830	1.889	2.082

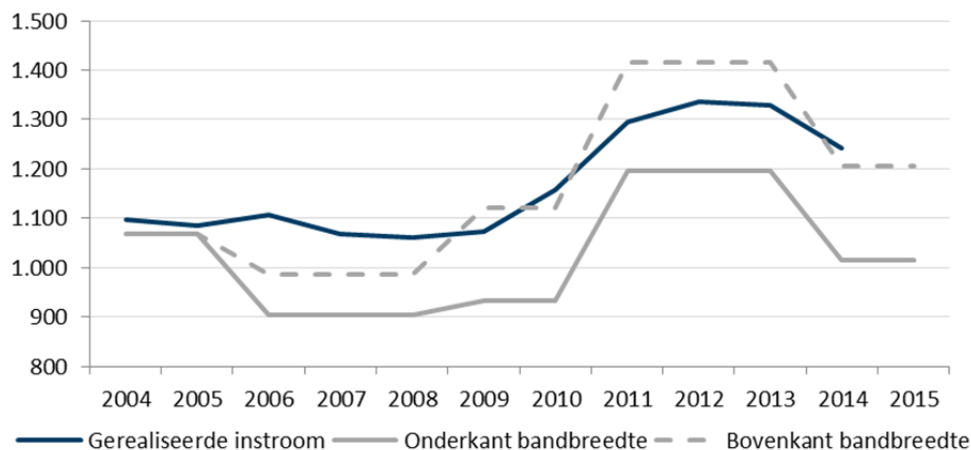
Beschikbaarheidsbijdrage en in- en uitstroom aios

De relatie tussen de beschikbaarheidsbijdrage en het aantal aios dat in- en uitstroomt in de vervolgopleiding is moeilijk te leggen. Hieronder wordt op beide facetten ingegaan.

Instroom aios versus adviezen Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan geeft een advies over de benodigde instroom in de verschillende opleidingen. Dit is dus te beschouwen als een cruciale doelstelling voor de regeling. Figuur 2.2 toont de gerealiseerde instroom per jaar, en de ramingen van het Capaciteitsorgaan. De figuur toont dat de werkelijke instroom in de jaren 2004 t/m 2008 hoger was dan de bovenkant van de bandbreedte van de ramingen. In de jaren na 2008 ligt de gerealiseerde instroom binnen de bandbreedte van de ramingen, maar nog altijd aan de relatief hoge kant van deze bandbreedte. Zowel de voorganger van de beschikbaarheidsbijdrage als de beschikbaarheidsbijdrage voldoen dus in deze zin aan de doelstellingen. Vergeleken met de situatie voorafgaande aan 2007, toen er nog geen geormerkte prestatiesubsidie bestond, is de instroom wel gestegen. Tegelijkertijd zijn de ramingen van het Capaciteitsorgaan omhoog gegaan. Beide instrumenten hebben een rol in de instroom. De verandering in de instroom loopt qua timing sterker parallel met de veranderingen in de ramingen van het capaciteitsorgaan, dan met de invoering van de prestatiesubsidie, waar in 2007 nog geen trendbreuk zichtbaar is.

Figuur 2.2 Gerealiseerde instroom versus ramingen Capaciteitsorgaan



Uitgaven aan de beschikbaarheidsbijdrage en aantal gesubsidieerde plekken

In het huidige systeem bestaan de uitgaven aan de beschikbaarheidsbijdrage simpelweg gezegd uit een combinatie van de prijs (de hoogte van de subsidie per plek) en het aantal gesubsidieerde plekken. Wat betreft de omvang van het aantal gesubsidieerde plekken geldt dat het overgrote deel van het aantal in potentie beschikbare plekken voor subsidie ook daadwerkelijk wordt vervuld. Dit geldt ook in de huidige context waarbij de minister binnen de marges van de raming van het Capaciteitsorgaan kiest voor een relatief hoog aantal te subsidiëren plekken. In die zin is er een directe relatie tussen de uitgaven voor de subsidie en de opbrengsten in hoeveelheid opgeleide zorgverleners.

¹³ Cijfers Capaciteitsorgaan.

2.3 Indicaties voor effecten: kwantitatief en kwalitatief

Kwantitatief

Om iets te kunnen zeggen over de mate waarin de beschikbaarheidsbijdrage het evenwicht op de arbeidsmarkt beïnvloedt, wordt gekeken naar bestaande tekorten en het aantal vacatures voor de verschillende beroepsgroepen. Gedetailleerde cijfers betreffende het aantal vacatures voor de verschillende specialismen zijn te vinden in bijlage C. Deze cijfers zijn afkomstig van het Capaciteitsorgaan en zijn gebaseerd op data van Medisch Contact¹⁴. Uit deze cijfers blijkt dat in de periode 2010 – 2015 het aantal vacatures redelijk constant is gebleven. Sinds 2010 is geen sprake meer is van grote tekorten of overschotten aan medisch specialisten, huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde en artsen verstandelijk gehandicapten. Wel waren er veranderingen per specialisme. Sommige specialismen zijn meer in trek dan anderen en dat verschilt ook tussen mannen en vrouwen. Aanbod en vraag veranderen in de loop van de tijd en mede daarom helpen ramingen van het Capaciteitsorgaan om de markt inzichtelijk te maken. De systematiek van de ramingen van het Capaciteitsorgaan is beschreven in het capaciteitsplan. Dat wordt door externe partijen getoetst (CPB en SEO). Kleine bijstellingen van de ramingen vinden vooral plaats doordat sprake is van voortdurende monitoring van de arbeidsmarkt.

Huisartsen

Het aantal huisartsen dat wordt opgeleid, is de afgelopen jaren sterk gegroeid. Deze groei heeft te maken met een verhoging van het aantal plaatsen voor aios. Deze verhoogde instroom was noodzakelijk, omdat er tekorten waren op de markt. Veel huisartsen werken parttime. Uit de vacature cijfers blijkt dat het aantal vacatures per duizend geregistreerde huisartsen momenteel laag is en daarmee een kans op een overschot aan huisartsen.

Medewerker in de geestelijke gezondheidszorg

Vanuit de geestelijke gezondheidszorg wordt aangegeven dat vacatures nog wel vervuld worden, maar er gaat wel een grote termijn overheen. Ook uit de vacature gegevens blijkt dat er een tekort aan psychiaters is, het aantal vacature per duizend ingeschreven psychiaters is hoog. Mensen die worden opgeleid tot psychiater en/of psycholoog komen inherent aan hun functie ook in Raden van Bestuur terecht. Een klein deel verdwijnt dus. Uit de vacature cijfers blijkt dat er een groot aantal openstaande vacatures is voor psychiaters.

Kwalitatief

Kwaliteit van de opleiding

De kwaliteit van de medische vervolopleidingen is geborgd door de opleidingsregelgeving van de beroepsgroepen zelf onder regie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Geneeskunde (KNMG) en de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) c.q. de Federatie van Gezondheidszorgpsychologen en Psychotherapeuten en de Commissie Registratie en Toezicht (CRT) voor enkele ggz-beroepen. De RGS c.q. CRT zijn verantwoordelijk voor de erkenning van opleidende zorginstellingen. Zij voeren hiertoe minstens elke vijf jaar een visitatie uit. Bij deze visitaties wordt vooral gekeken naar de processen rondom opleiden en getoetst of een aantal noodzakelijke randvoorwaarden beschikbaar zijn.

¹⁴ Vacaturebank voor artsen.

3 Doelmatigheid

3.1 Inleiding

Doelmatigheid betreft de verhouding tussen uitgaven aan de medische vervolgoedingen en de resultaten hiervan. De beschikbaarheidsbijdrage is in de plaats gekomen van een vergelijkbare subsidie, die vanuit de begroting van VWS werd gedekt. De instroom van aiOS laten sinds 2005 een stijging zien, die na de verandering van de subsidie in een beschikbaarheidsbijdrage niet wezenlijk is veranderd. Door de budgetten te oormerken, komt de middelen niet onder druk te staan van andere uitgaven, waaronder de zorg. De beschikbaarheidsbijdrage zorgt ervoor dat de middelen daadwerkelijk besteed worden aan het opleiden van de artsen. Er zijn twee onderzoeken (2008 en 2012) beschikbaar waaruit blijkt dat de kostprijs van een opleiding afhankelijk is van de specialisatie en dat de vergoeding redelijk in het midden van deze bandbreedte van kosten bevindt. Mede op basis van de interviews is het huidige beeld dat de beschikbaarheidsbijdrage in lijn ligt met de opleidingskosten.

3.2 Uitgaven aan de maatregel

Totale uitgaven

De totale kosten voor het financieren van opleiden via de beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoedingen bedroegen in 2013 circa 1 miljard euro. In 2014 en 2015 was de totale bijdrage gelijk aan circa 1,1 miljard euro per jaar.¹⁵

De totale jaarlijkse beschikbaarheidsbijdrage is gegroeid van een kleine miljard euro in 2011 naar 1,25 mld. euro in 2016. Deze middelen worden niet bekostigd vanuit Artikel 4.2 van de begroting van VWS, maar zijn afkomstig van uit de premies Zvw en WLZ, die door de NZa geoormerkt als beschikbaarheidsbijdrage worden toegekend.

Tabel 3.1 Inzet middelen voor de beschikbaarheidsbijdrage periode 2011-2018

Inzet middelen	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>in € mln.</i>								
Beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgoedingen (incl. overige opleidingen) ¹⁶	981,9	1121,6	1023,3	1216,2	1228,9	1250,9	1284,6	1263,5

Van dit bedrag gaat het grootste gedeelte (circa 80 procent) naar het opleiden van medisch specialisten, zo'n 16 procent gaat op aan het opleiden van huisartsen en het resterende deel gaat naar de geestelijke gezondheidszorg.

Vergoeding per type opleidende instelling

De vergoedingsbedragen verschillen per type instelling en per opleiding. De onderstaande tabel geeft inzicht in de gemiddelde bedragen (per fte) per instelling c.q. opleiding. In bijlage D is een gedetailleerd overzicht te vinden van de vergoedingsbedragen in 2015.

¹⁵ http://www.rijksbegroting.nl/2014/voorbereiding/begroting,kst186652_9.html

¹⁶ Hierbij is samengenomen: Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen Zvw en AWBZ

Tabel 3.2 Overzicht vergoedingsbedragen per type instelling in 2015 (euro's, prijspeil 2014)

Type instelling	Vergoedingsbedragen
Academisch ziekenhuis	129.300
Algemeen ziekenhuis (1 t/m 49 fte)	127.500 tot 158.400
Algemeen ziekenhuis (50 t/m 149 fte)	127.500 tot 147.200
Algemeen ziekenhuis (vanaf 150 fte)	127.500 tot 128.200
Revalidatie centrum (revalidatiegeneeskunde)	128.200
Categorale instelling	59.600 tot 158.400
Geestelijke gezondheidszorg	29.200 tot 48.700
Huisarts	88.000
Ouderengeneeskunde	78.900

3.3 Kan het doelmatiger?

Doelmatiger opleiden door schaalvergroting?

In een ouder onderzoek van Berenschot¹⁷ uit 2008 is specifiek gekeken naar de relatie tussen de kosten van de medische vervolgoedingen en de groepsgrootte van op te leiden specialisten. Denkbaar is immers dat zich allerlei schaalvoordelen kunnen voordoen naarmate een ziekenhuis meer aios bij een bepaald specialisme in opleiding heeft. Uit het onderzoek blijkt dat deze relatie tussen schaal en kosten per plek inderdaad bestaat, maar wordt deze relatie niet precies in een algemeen kwantitatief verband veralgemeniseerd. Dit is ook begrijpelijk, omdat de verschillen zijn gebaseerd op de vergelijking van enkele specialismen in een beperkt aantal ziekenhuizen. Deze conclusie geeft een onderbouwing voor het hanteren van een 'staffel' in de kostprijs, dat wil zeggen dat de subsidie afhangt van de grootte van het aantal aios per instelling. Hoe groot de verschillen in kostprijzen van de verschillende type ziekenhuizen zijn blijft echter onbeantwoord.

Het ministerie van VWS heeft in 2013 besloten om de verschillen in de vergoeding per grootteklasse te verkleinen, waarbij met name de hogere vergoedingen voor de kleinere groepsgroottes stapsgewijs naar beneden worden gebracht¹⁸. De staffel als systeem (met verschillen) blijft wel gehandhaafd.

Overcompensatie opleidingskosten?

Bij de start van de bekostiging van medische vervolgoedingen heeft VWS aan het tarieforgaan CTG (de voorloper van de NZa) gevraagd om de vergoedingsbedragen voor opleiden vast te stellen. Later zijn onderzoeken uitgevoerd, waarvan een belangrijk doel was om diepgaand te toetsen of de vergoedingsbedragen de kostprijzen van de opleidingen reflecteren.¹⁹ In deze onderzoeken wordt diepte-onderzoek verricht in een (beperkt) aantal ziekenhuizen naar de kosten van opleidingen van verschillende specialisaties. Uit het onderzoek (2012) blijkt dat de kostprijs van een opleiding afhankelijk is van de specialisatie. De kostprijs van het cluster zogenaamde "snijdende" opleidingen (bijvoorbeeld heelkunde en gynaecologie) komt uit op gemiddeld 172 duizend euro. De kostprijs voor "ondersteunende" opleidingen (zoals anesthesiologie en radiologie) is gemiddeld circa 148 duizend euro en de kostprijs voor "beschouwende" opleidingen (zoals neurologie en interne geneeskunde) is gelijk aan circa 105 duizend euro. Deze kostprijzen moeten worden gerelateerd aan de vergoeding uit het opleidingsfonds in 2009, de vergoeding per opleiding was toen gelijk aan 143.700 euro. De vergoeding bevindt zich daarmee dus redelijk in het midden

¹⁷ Berenschot (2008), *Kostprijsonderzoek*.

¹⁸ Aanwijzing van de Minister van VWS, op grond van artikel 7 van de WMG inzake beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoedingen. Kenmerk: 132010-106827-MC.

¹⁹ Berenschot (2008), *Kostprijsonderzoek*. En Berenschot (2012), *Kostprijsonderzoek opleiding tot medisch specialist* Berenschot, STZ Ziekenhuizen (2012), *Bundeling uitkomsten Kostprijsonderzoek Berenschot*.

van deze bandbreedte van kosten. Het onderzoek gaf daarmee geen aanleiding tot grote veranderingen in de subsidiehoogte.

De onderzoeken geven wel aan dat de kosten verschillen per specialisatie. Dit is echter geen reden geweest voor het ministerie om een meer gedifferentieerd systeem te ontwerpen waarbij de subsidie afhankelijk is van de aard van de specialisatie. Een dergelijke differentiatie wordt als complex gezien en zou in het veld voortdurend discussies tussen specialismes oproepen of de (hoogte van de) verschillen terecht zouden zijn. Er is dus geen sprake van overcompensatie van opleidingskosten.

De geïnterviewden geven aan dat er in hun opinie geen sprake is van overcompensatie. Zij geven aan dat de kostprijs van sommige opleidingen hoger ligt dan de beschikbaarheidsbijdrage.

Vergelijking van enkele internationale vergoedingspercentages²⁰

Op basis van literatuurstudie is onderzocht of de vergoedingspercentages in Nederland in de pas lopen met het buitenland. Hieruit komt uit een Finse studie 8,25% van de vergoeding voor het opleiden. Een studie uitgevoerd in Spanje vermeldt een percentage van 9% voor de opleidingstaak "Op basis van de totale zorgomzet, inclusief de academische component, komen we uit op een gemiddeld vergoedingspercentage van 8,57%. Gelet op de in de literatuur gevonden percentages kunnen we een voorzichtige conclusie trekken dat we in Nederland ten opzichte van internationaal gevonden vergoedingspercentages niet uit de pas lopen."

Uitgaven aan opleidingen voor GGZ specialisaties

Het CTG heeft in 2007 in overleg met de GGZ veldpartijen de hoogte van de vergoedingsbedragen bepaald. Wel geeft een van de respondenten aan dat hier vermoedelijk sprake is van een onderschatting van de kosten. Deze subsidie is namelijk – net als in een eerder stadium voor de andere specialisaties – gebaseerd op overheveling van kosten voor opleidingen uit de budgetten van de instellingen. De respondent geeft echter aan dat bij deze overheveling een zekere terughoudendheid meespeelde om de budgetten volledig uit handen te geven, wat de hoogte van subsidies in het fonds heeft beperkt. Het toetsen van de hoogte van de vergoeding staat op de agenda voor onderzoek door de NZa.

Extensivering (-20%) of intensivering (+20%) budget

Aan de geïnterviewden is de vraag voorgelegd wat voor gevolgen zij verwachten van een verlaging of verhoging van de beschikbaarheidsbijdrage met 20 procent. In het geval van een verlaging met 20 procent, zal wellicht het opleidingsprogramma worden bijgesteld door bijvoorbeeld minder contacturen met opleiders. Mogelijk dat een deel van de zorginstellingen (zeker kleine instellingen) het opleiden van specialisten heroverweegt. Het is ook denkbaar dat een eigen bijdrage aan de deelnemers wordt gevraagd omdat de opleiding vruchten afwerpt voor hun toekomst.

Met een eventuele verhoging van de beschikbaarheidsbijdrage van bijvoorbeeld 20% komt naar verwachting bij een aantal opleidingen meer geld beschikbaar dan de opleiding kost. Dat zou ertoe kunnen leiden dat er aanpassingen in het programma plaatsvinden, bijvoorbeeld door een langere opleidingsduur of extra (buitenlandse) stages. Of er komt druk om het geormerkte opleidingsbudget aan andere doelen te besteden. De verwachting is niet dat door een hogere bijdrage het aantal opleidingsplaatsen naar rato toeneemt omdat daarmee voor een aantal opleidingen er dan voor overcapaciteit zou worden opgeleid. Dat een hogere bijdrage niet naar rato leidt tot meer plekken spoort ook met feit dat bij het huidige subsidieniveau er geen problemen zijn om aan de kant van instellingen voldoende opleidingsplekken beschikbaar te krijgen binnen de aantallen die BOLS op voorhand aan instellingen toewijst. Voor zover sprake is onvoldoende instroom heeft dit

²⁰ Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen, notitie NFU, Frank de Bos, 28-10-2015.

eerder te maken met lagere belangstelling voor sommige specialisaties bij studenten. De doelmatigheid neemt door inzet van extra middelen naar verwachting af.

3.4 Uitvoerbaarheid van de regeling

Beoordeling uitvoerbaarheid regeling

De meningen over de werkbaarheid van de beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen verschillen erg per instelling. In het algemeen geldt dat de betrokkenen aangeven dat de regelgeving de afgelopen jaren is verbeterd. Het veld heeft meer regie gekregen en de administratieve lasten zijn verminderd. Voor opleidende instellingen die slechts één of enkele zorgverleners opleiden (voornamelijk binnen de geestelijke gezondheidszorg) geldt echter dat de administratieve lasten als erg zwaar worden ervaren. Bij de opleiding van huisartsen en specialist ouderengeneeskunde geldt dat de aios in dienst zijn bij SBOH. De SBOH vervult de rol van landelijke werkgever, die naar opleidende zorgaanbieders detacheert. Deze artsen in opleiding volgen onder meer stages bij instellingen of huisartsenpraktijken, waarvoor SBOH weer een vergoeding ontvangt van de stage aanbieder. De SBOH is dus de instantie die de subsidie ontvangt. De efficiëntie die hiermee bereikt wordt blijkt uit de omvang van de administratieve lasten, deze bedragen slechts 2 procent van de totale subsidieomvang. Wellicht is een organisatorische vorm als deze ook geschikt voor het GGZ veld.

Toekomst van de beschikbaarheidsbijdrage

De geïnterviewden zijn het erover eens dat de beschikbaarheidsbijdrage moet blijven bestaan. Zonder bijdrage komt de kwaliteit van de opleidingen in het geding en gaan instellingen alleen opleiden wat ze zelf nodig hebben, waardoor de kans op het optreden van de varkenscyclus weer groter wordt. Er wordt door de geïnterviewden gevreesd dat kleine instellingen (voornamelijk in de GGZ) dan stoppen met opleiden.

3.5 Frauderisico

De beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen wordt gefinancierd via het ministerie van VWS uit de premie opbrengsten en uitgevoerd door de NZa. Het risico op fraude lijkt met deze subsidie erg klein, er zijn mechanismen ingebouwd waardoor dubbelfinanciering voorkomen wordt en de hoogte, hoeveelheid en de vaststelling van de subsidie worden gecontroleerd.

Bijlage A Lijst geïnterviewden

Naam	Organisatie
Joyce Deggens	NFU
Niels Oerlemans	NVZ
Vivienne Schelfhout	FMS
Kees Esser	SBOH
Michiel Wesseling	KNMG
Wilco Doeser	KNMG
Harm Lieverdink	NZa
Samanta Tomson	NZa
David Janssen	NZa
Hamp Harmsen	GGZ Nederland

Bijlage B Overzicht instroom aios

De onderstaande tabel toont de instroom van aios in verschillende medische vervolgoedingen.

Vergoeding	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten	13	11	13	16	19	15	14	20	17	18
Huisartsgeneeskunde	531	528	518	542	596	599	606	648	674	692
Ouderengeneeskunde	106	93	88	82	88	77	88	87	109	115
Anesthesiologie	87	84	79	70	63	64	81	117	115	102
Cardiologie	69	57	60	67	52	57	75	60	63	59
Cardiothoracale chirurgie	12	4	7	4	10	6	5	5	6	5
Dermatologie en venerologie	35	24	24	23	31	35	34	37	36	30
Heelkunde	82	67	67	60	53	58	65	78	75	66
Interne geneeskunde	113	132	121	97	138	173	173	156	156	151
Keel- neus en oorheelkunde	20	26	22	27	22	24	27	28	27	24
Kindergeneeskunde	42	52	46	37	39	40	50	73	74	64
Klinische genetica	12	10	9	14	9	10	11	13	8	8
Klinische geriatrie	23	23	26	23	16	20	24	33	30	30
Longziekten en tuberculose	41	36	34	47	41	44	54	48	41	41
Maag-darm-leverziekten	30	28	28	27	31	36	40	37	38	37
Medische microbiologie	10	15	17	19	15	18	19	19	21	19
Neurochirurgie	1	9	2	6	7	5	10	10	8	7
Neurologie	47	52	52	55	48	51	55	63	55	51
Nucleaire geneeskunde	13	10	13	10	15	12	19	12	13	10
Obstetrie en gynaecologie	38	54	50	44	51	52	57	69	67	61
Oogheelkunde	25	20	27	29	33	33	32	30	35	35
Orthopedie	56	51	57	47	35	37	48	49	45	44
Pathologie	26	21	24	19	27	26	29	27	30	24
Plastische chirurgie	16	14	16	25	8	7	17	22	22	20
Spoedeisende geneeskunde	3	43	57	45	52	55	62	62	51	47
Psychiatrie	156	174	142	163	155	157	158	171	172	173
Radiologie	53	66	70	73	78	86	90	78	78	68
Radiotherapie	12	18	17	16	19	17	20	22	18	19
Reumatologie	29	21	15	22	17	21	21	24	23	21
Revalidatiegeneeskunde	24	32	31	25	33	37	40	37	35	33
Urologie	20	22	24	13	23	27	26	25	19	20

Bijlage C Vacatures per 1.000 geregistreerde specialisten

De onderstaande tabel toont het aantal vacatures per 1.000 geregistreerde specialisten in de jaren vanaf 2010 in het 1^e en 3^e kwartaal.

Vervolgopleiding	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3	1	3
Geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten	88,6	127,1	121,6	117,5	145,6	129,1	141,3	190,0	172,3	87,4	75,9	74,8
Huisartsgeneeskunde	16,2	17,8	13,1	14,6	8,9	8,2	7,9	8,5	5,6	6,5	12,9	6,7
Ouderengeneeskunde	63,9	66,6	90,0	80,8	107,9	110,8	118,5	181,8	138,6	66,1	61,3	68,4
Anesthesiologie	10,6	9,2	20,0	11,4	8,9	9,0	9,0	10,9	8,2	10,3	15,9	21,1
Cardiologie	11,5	11,5	16,7	14,1	6,4	7,3	7,7	10,3	6,8	6,4	14,0	9,6
Cardiothoracale chirurgie	7,4	1,8	16,4	3,6	5,3	5,3	0,0	6,9	10,2	6,8	12,2	12,2
Dermatologie en venerologie	16,4	15,4	9,4	23,8	32,5	36,3	32,9	40,4	23,1	8,6	9,9	10,4
Heelkunde	18,7	18,5	25,4	16,2	12,5	10,4	7,9	14,8	15,3	19,8	17,6	13,2
Interne geneeskunde	15,0	14,2	25,3	17,0	11,8	11,2	12,1	13,5	12,5	14,0	21,1	21,6
Keel- neus en oorheelkunde	8,2	6,1	9,9	6,4	1,0	0,5	5,2	6,6	3,6	4,1	7,7	6,2
Kindergeneeskunde	17,7	23,6	29,6	18,1	11,8	10,9	12,2	20,8	17,5	18,6	26,4	23,4
Klinische genetica	0,0	6,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,9	0,0	0,0	1,7	5,1
Klinische geriatrie	58,9	63,2	65,5	53,5	45,9	31,9	34,4	28,4	32,1	35,4	41,8	37,7
Longziekten en tuberculose	11,9	19,6	8,5	13,9	13,3	8,6	6,4	8,0	3,1	2,3	7,6	14,8
Maag-darm-leverziekten	46,7	41,9	58,8	34,2	22,8	24,6	26,0	37,9	21,2	23,4	38,6	35,5
Medische microbiologie	8,0	10,0	18,7	10,8	7,7	11,6	8,2	6,4	7,0	7,9	13,3	14,1
Neurochirurgie	5,5	9,2	15,7	7,0	6,8	20,4	19,7	16,4	4,8	9,7	17,5	11,1
Neurologie	15,7	15,7	25,6	15,2	15,0	13,3	9,4	16,1	11,4	14,8	17,5	14,8
Nucleaire geneeskunde	11,5	9,9	17,5	15,9	10,4	8,9	5,6	11,1	10,6	12,0	10,6	10,6
Obstetrie en gynaecologie	24,5	27,9	23,8	14,8	10,1	8,9	11,1	20,1	16,7	14,7	20,6	25,5
Oogheelkunde	10,1	8,6	16,7	12,0	6,0	7,1	10,6	14,3	13,3	10,5	12,9	16,8
Orthopedie	13,0	19,4	23,2	17,6	15,1	14,8	10,4	9,1	10,5	11,8	16,2	18,1
Pathologie	19,8	22,4	9,0	13,8	11,8	7,1	2,9	5,1	9,0	9,0	6,3	8,0
Plastische chirurgie	30,6	26,9	29,5	15,2	8,7	19,0	17,9	4,1	2,4	14,9	17,7	20,0
Spoedeisende geneeskunde	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Psychiatrie	34,6	39,2	74,0	51,1	61,6	52,4	53,5	60,9	45,2	43,1	51,8	52,3
Radiologie	11,3	13,9	18,8	14,4	10,8	9,5	10,5	12,6	6,5	10,7	16,9	14,2
Radiotherapie	22,5	20,5	10,5	12,4	18,0	25,2	14,8	10,5	5,0	6,6	6,7	11,7
Reumatologie	23,2	28,2	20,7	10,3	23,7	13,2	12,8	20,4	12,3	9,9	10,3	21,4
Revalidatiegeneeskunde	29,1	27,5	45,0	29,0	26,2	31,3	36,9	34,9	34,1	32,6	37,5	39,8
Urologie	10,8	12,1	28,9	14,1	7,3	3,7	8,8	15,8	11,3	14,6	24,3	22,0

Bijlage D Vergoedingsbedragen medische vervolgopleidingen in 2015

Alle bedragen in euro's per fte in 2015 (prijspeil 2014)

Vergoedingsbedrag	Academisch ziekenhuis	Algemeen ziekenhuis		
		1 t/m 49 fte	50 t/m 149 fte	Vanaf 150 fte
Anesthesiologie	129.300	158.400	147.200	127.500
Cardiologie	129.300	158.400	147.200	127.500
Cardiothoracale chirurgie	129.300	158.400	147.200	127.500
Dermatologie en venerologie	129.300	158.400	147.200	127.500
Heelkunde	129.300	158.400	147.200	127.500
Interne geneeskunde	129.300	158.400	147.200	127.500
Kaakchirurgie	129.300	158.400	147.200	127.500
Keel-neus-oorkunde	129.300	158.400	147.200	127.500
Kindergeneeskunde	129.300	158.400	147.200	127.500
Klinische chemie	129.300	127.500	127.500	127.500
Klinische fysica	129.300	127.500	127.500	127.500
Klinische genetica	129.300	158.400	147.200	127.500
Klinische geriatrie in ziekenhuiszorg	129.300	158.400	147.200	127.500
Longziekten en tuberculose	129.300	158.400	147.200	127.500
Maag-darm-leverziekten	129.300	158.400	147.200	127.500
Medische microbiologie	129.300	158.400	147.200	127.500
Neurochirurgie	129.300	158.400	147.200	127.500
Neurologie	129.300	158.400	147.200	127.500
Nucleaire geneeskunde	129.300	158.400	147.200	127.500
Obstetrie en gynaecologie	129.300	158.400	147.200	127.500
Oogheelkunde	129.300	158.400	147.200	127.500
Orthodontie	129.300	158.400	147.200	127.500
Pathologie	129.300	158.400	147.200	127.500
Plastische chirurgie	129.300	158.400	147.200	127.500
Psychiatrie in ziekenhuiszorg	129.300	128.200	128.200	128.200
Radiologie	129.300	158.400	147.200	127.500
Radiotherapie	129.300	158.400	147.200	127.500
Reumatologie	129.300	158.400	147.200	127.500
Revalidatiegeneeskunde	129.300	127.500	127.500	127.500
Spoedeisende geneeskunde	129.300	128.200	128.200	128.200
Urologie	129.300	158.400	158.400	127.500
Ziekenhuisfarmacie	129.300	127.500	127.500	127.500

Vervolgopleiding	Revalidatie-centrum	Categorale instelling	GGZ instelling
Klinische fysica	-	129.300	-
Klinische geriatrie in GGZ	-	-	61.700
Medische microbiologie	-	158.400	-
Neurologie	-	129.300	-
Pathologie	-	158.400	-
Psychiatrie in GGZ	-	-	48.200
Radiotherapie	-	129.300	-
Revalidatiegeneeskunde	128.200	-	-
Arts verstandelijk gehandicapten	-	59.600	-

Vervolgopleiding	Instelling	Bedrag	Bedrag in academisch ziekenhuis
Gezondheidspsycholoog	In epilepsie inrichting	29.200	-
	In gehandicaptenzorg	29.200	-
	In ggz	29.200	-
	In revalidatiecentrum	29.200	-
	In verpleeghuiszorg	29.200	-
	In ziekenhuiszorg	29.200	29.200
Klinisch psycholoog	In gehandicaptenzorg	35.600	-
	In ggz	35.600	-
	In ziekenhuiszorg	35.600	35.900
Psychotherapeut	In gehandicaptenzorg	48.200	-
	In ggz	48.200	48.700
Verpleegkundig specialist ggz	-	34.300	-

Vervolgopleiding	Bedrag
Huisarts	88.000
Specialist ouderengeneeskunde	78.900



Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com

W www.ecorys.nl

Sound analysis, inspiring ideas