

Beleidsdoorlichting Artikel 4.2 VWS

Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt

Overkoepelende eindrapportage

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

Rotterdam, 20 oktober 2016



Beleidsdoorlichting Artikel 4.2 VWS

Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt

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

Ecorys
Seor

Rotterdam, 20 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
Oordeel onafhankelijk deskundige	13
1 Inleiding	23
1.1 Artikel 4 Zorgbreed beleid	23
1.2 Beleidsdoorlichting (RPE 2015) en verklarende evaluatie	23
1.3 Type beleidsinterventies	29
1.4 Clustering van thema's	29
1.5 Leeswijzer	32
2 Financiële omvang artikel 4.2	33
3 Cluster1 Betrouwbare eenduidige informatievoorziening	39
3.1 Inleiding	39
3.2 Problematiek	39
3.3 Waarom een rol voor VWS?	39
3.4 Doeltreffendheid	41
3.5 Doelmatigheid	42
3.6 Aanbevelingen gericht op vergroting doeltreffendheid en doelmatigheid	43
4 Cluster 2 Trendmatig opleiden	45
4.1 Inleiding	45
4.2 Problematiek	45
4.3 Waarom een rol voor VWS?	46
4.4 Twee doelen	48
4.5 Doeltreffendheid in relatie met trendmatig opleiden	48
4.6 Doeltreffendheid in relatie met kwaliteit	50
4.7 Doelmatigheid	51
4.8 Overige effecten: landelijke regie	54
4.9 Aanbevelingen gericht op vergroting doeltreffendheid en doelmatigheid	54
5 Cluster 3 Toekomstbestendige beroepen en opleidingen	57
5.1 Inleiding	57
5.2 Problematiek	57
5.3 Waarom een rol voor VWS?	57
5.4 Doeltreffendheid in relatie met het aantal opgeleiden	58
5.5 Doeltreffendheid in relatie met de aanpassing van taken en functies	58
5.6 Doeltreffendheid overige instrumenten	59
5.7 Doelmatigheid	60
5.8 Aanbevelingen gericht op vergroting doeltreffendheid en doelmatigheid	61
6 Cluster 4 Duurzaam inzetbare medewerkers	63
6.1 Inleiding	63
6.2 Problematiek	63
6.3 Waarom een rol voor VWS?	63

6.4	Doeltreffendheid in relatie tot de (operationele) doelen	64
6.5	Doelmatigheid	65
6.6	Aanbevelingen gericht op vergroting doeltreffendheid en doelmatigheid	66
7	Cluster 5 Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid	69
7.1	Inleiding	69
7.2	Problematiek	69
7.3	Waarom een rol voor VWS?	70
7.4	Doeltreffendheid	72
7.5	Doelmatigheid	74
7.6	Aanbevelingen gericht op vergroting doeltreffendheid en doelmatigheid	75
8	Conclusies, beleidsopties en aanbevelingen	79
8.1	Conclusies doelmatigheid en doeltreffendheid	79
8.2	Beleidsopties	81
8.3	Aanbevelingen	87

Managementsamenvatting

Samenvatting

Artikel 4.2. Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in de begroting (2016) het beleidsartikel vier opgenomen: *Zorgbreed beleid*. De algemene beleidsdoelstelling van dit beleid is:

“Het scheppen van randvoorwaarden om het zorgstelsel te laten werken zodat de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg voor de burger is gewaarborgd.”

Bron: Begroting VWS 2016, Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 34 300 XVI, nr. 2

In deze beleidsdoorlichting wordt (sub)artikel 4.2 *Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt* onderzocht. Onder artikel 4.2 van het ministerie vallen 16 verschillende thema's die voor de beleidsdoorlichting elk afzonderlijk zijn geanalyseerd op doeltreffendheid en doelmatigheid. Per thema is een apart rapport opgesteld. In dit overkoepelende rapport wordt ingegaan op de conclusies en aanbevelingen, die overziende de bevindingen van de 16 rapportages te trekken zijn.

Beleidsdoorlichting gericht op doeltreffendheid en doelmatigheid

De Regeling Periodiek Evaluatie onderzoek 2015 (RPE 2015) van het ministerie van Financiën omvat de regels en eisen voor beleidsdoorlichtingen.¹ Centraal in de beleidsdoorlichting staan de doeltreffendheid en doelmatigheid van beleid. Bij de **doeltreffendheid** van beleid gaat het om de mate waarin het beleid bijdraagt aan het behalen van de beoogde maatschappelijke doelstelling. **Doelmatigheid** betreft de relatie tussen de effecten van het beleid (op het beleidsdoel en eventuele neveneffecten) en de kosten van het beleid (beleidsuitgaven en overige kosten binnen en buiten het departement).

Syntheseonderzoek niet mogelijk, verklarende evaluatie uitgevoerd

Een beleidsdoorlichting betreft normaliter syntheseonderzoek: de beleidsdoorlichting wordt gebaseerd op bestaande evaluaties, kamerstukken en andere relevante documenten. Er is een inventarisatie gemaakt van de beschikbare evaluaties. Voor een aantal thema's waren evaluaties beschikbaar, maar deze lieten onvoldoende de effecten van de ingezette instrumenten zien en hadden meer het karakter van een procesevaluatie. Voor elk van de zestien thema's is een wisselende hoeveelheid aanvullend onderzoek gedaan en is de methode van de verklarende evaluatie gekozen. De kern van de methodiek wordt gevormd door de reconstructie van de beleidstheorie en het kunnen formuleren van het antwoord op de kernvraag “Hoe wordt de beleidsinterventie geacht te werken?” In deze beleidsdoorlichting zijn aanbevelingen opgenomen om ervoor te zorgen dat in de komende jaren er wel relevante kwantitatieve gegevens worden verzameld en evaluaties worden uitgevoerd, zodat de komende beleidsdoorlichting daarop kan voortbouwen.

¹ Staatscourant 2014 nr. 27142 25 september 2014; hier RPE 2015 genoemd omdat deze in werking trad per 1-1-2015

Vijf clusters en de rol van de Rijksoverheid

Soortgelijke thema's zijn gebundeld in vijf clusters:

- **Cluster 1. Betrouwbare eenduidige Informatievoorziening**

Door subsidiëring vanuit de Rijksoverheid wordt ervoor gezorgd worden dat op continue en uniforme wijze relevante data voor de huidige en toekomstige arbeidsmarkt in de zorg en de gewenste ontwikkeling voor de opleidingen in beeld komt. Dit is een basisvoorwaarde voor het goed functioneren van de arbeidsmarkt en vormt bij uitstek een publiek goed. Bovendien bestaat de zorg uit verschillende branches (coördinatieproblemen) en hebben arbeidsmarktontwikkelingen in de ene branche, effecten op de arbeidsmarkt in de andere branche (externe effecten tussen branches). De rol van de overheid is daarom het faciliteren en stimuleren van het verzamelen en ontsluiten van eenduidige en betrouwbare informatie voor de hele arbeidsmarkt in de zorg, welzijn, jeugd en kinderopvang. Door als overheid hierin te voorzien wordt dit naar verwachting aanzienlijk efficiënter en professioneler uitgevoerd dan dat iedere instelling zelf informatie verzamelt en analyseert.

- **Cluster 2. Trendmatig opleiden**

Het ministerie van VWS heeft de systeemverantwoordelijkheid om voor voldoende personeel te zorgen (evenwicht vraag en aanbod, nu en in de toekomst). Daarnaast hebben de zorginstellingen zelf verantwoordelijkheden. De rol van de overheid is het voorkomen van marktverstoring tussen opleidende en niet-opleidende ziekenhuizen en voorkomen van varkenscycli door het realiseren van een trendmatig en toekomstgericht opleidingsbeleid. Dat krijgt vorm door het transparant en toetsbaar verdelen van opleidingsplaatsen en het beheersen van de opleidingskosten. Doordat het grootste deel van het budget afkomstig is uit de sector zelf is de rol van VWS vooral een regisserende en coördinerende rol.

- **Cluster 3. Toekomstbestendige beroepen en opleidingen**

De rol van de overheid is voorkomen dat er onderinvestering plaatsvindt in innovaties in beroepen en opleidingen vanwege externe effecten en/of coördinatieproblemen, alsmede het tegengaan van 'bijziendheid': het niet voldoende rekening houden met toekomstige uitdagingen in beslissingen die in het heden genomen moeten worden. Omdat de functies (ziekenhuisarts, verpleegkundig specialisten en physician assistants) nieuw zijn, is er geen reguliere financiering voor beschikbaar in het opleidingsinstrumentarium genoemd in cluster 2.

- **Cluster 4. Duurzaam inzetbare medewerkers**

De rol van de zorginstellingen is om ervoor te zorgen dat de medewerkers kennis en vaardigheden hebben om hun vak goed uit te oefenen en niet voortijdig uit te stromen. De overheid kan hierin faciliteren en coördineren. De rol van de overheid is om onderinvesteringen in duurzaam inzetbare medewerkers te voorkomen. Een groter dan noodzakelijk verloop door bijvoorbeeld ziekte, langdurig verzuim of onvoldoende adequate competenties hebben namelijk niet enkel gevolgen voor de werkgever zelf, maar ook voor de beschikbaarheid van personeel voor de regio en sector als geheel. Die externe effecten moeten worden meegewogen. Er zijn aanjaagsubsidies ingevoerd gericht op modernisering van opleidingen en veilig werken in de zorg. Gericht op de duurzame inzet van medewerkers zijn ook projecten ondersteund vanuit het regionaal arbeidsmarktbeleid en de branchematige aanpak.

- **Cluster 5. Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid**

De overheid heeft een systeemverantwoordelijkheid en stelt de randvoorwaarden om te zorgen dat alle betrokkenen aan dezelfde spelregels moeten voldoen met het oog op de kwaliteit en veiligheid van de zorg (bijvoorbeeld het BIG-register en toelating buitenlands gediplomeerden). Zonder interventie vanuit de overheid is er bijvoorbeeld een risico dat minder studenten zich laten vaccineren tegen hepatitis B met een risico dat zij zelf door ziekte uitvallen of patiënten en andere medewerkers besmetten.

Redenerend vanuit het belang van de overheidsrol zijn cluster 1. Informatievoorziening en cluster 5. Randvoorwaarden cruciaal. Daarna volgt cluster 2. Trendmatig opleiden om te zorgen voor evenwicht op de zorgmarkt (en daarmee het voorkomen van wachtlijsten). De rol van de Rijksoverheid bij de instrumenten uit Cluster 3. Toekomstbestendige beroepen en opleidingen en Cluster 4. Duurzaam inzetbare medewerkers is relatief lichter.

Budget

Op de begroting van VWS (2016) is voor artikel 4.2 Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt € 430 mln. begroot. Naast de financiering via de begroting lopen sinds 2013 de middelen voor de beschikbaarheidsbijdrage (opgebracht uit premies) niet via de begroting en worden deze geoormerkt ingezet voor opleidingen. In het kader van deze beleidsdoorlichting zijn deze middelen als onderdeel van het arbeidsmarktbeleid voor de zorg meegenomen. De totale financiële omvang van het beleid van artikel 4.2 is ca. € 1,7 mld.

Tabel S1 Verdeling budget 2016 voor arbeidsmarktbeleid in de zorg over 5 clusters

Clusters	In € mln.
1. Betrouwbare eenduidige informatievoorziening	2,9
2. Trendmatig opleiden	1.386,1
3. Toekomstbestendige beroepen en opleidingen	49,6
4. Duurzaam inzetbare medewerkers	195,7
5. Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid	9,0
Overig	37,9
Totaal	1.681,2

Doeltreffendheid en doelmatigheid

Op basis van de bevindingen is per instrument een oordeel geveld, waar een wereld van argumenten en nuances achter ligt. In de rapportages per instrument is meer informatie te vinden over de verschillende aspecten van de regeling en de specifieke beoordelingen ervan.

In de onderstaande tabel is bij doeltreffendheid onderscheid gemaakt tussen:

- **Goed en aangetoond:** Op basis van bestaande evaluaties en kwantitatieve informatie is een oordeel gegeven, dat bevestigd is op basis van interviews.
- **Deels en plausibel:** Bij deze instrumenten was er beperkte informatie met harde gegevens. Er is hier een oordeel uitgesproken op basis van de plausibiliteit van de beleidstheorie en de informatie uit de interviews.
- **Matig en aangetoond:** Op basis van bestaande evaluaties en kwantitatieve informatie is een oordeel gegeven, dat bevestigd is op basis van interviews.

Bij doelmatigheid is een driepuntsschaal gebruikt van goed, kan beter tot matig. Hier is geen expliciet onderscheid gemaakt tussen aangetoond en plausibiliteit. Bij de meeste onderwerpen was

de beoordeling van de doelmatigheid kwalitatief. Daarnaast is er bij doelmatigheid een categorie *nog niet te bepalen* opgenomen omdat er nog onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om een onderbouwd oordeel uit te kunnen spreken.

Tabel S2 Samenvattende tabel doeltreffendheid en doelmatigheid van de instrumenten

Nr.	Instrument	Doeltreffend			Doelmatig			
		Goed: aange-toond	Deels: Plausibel	Matig: aange-toond	Goed	Kan beter	Matig	Nog niet te bepalen
Cluster 1. Betrouwbare eenduidige informatievoorziening								
1A	Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt Zorg en welzijn	✓				✓		
1B	Regionaal arbeidsmarktbeleid			✓				✓
Cluster 2. Trendmatig opleiden								
2A	Beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen		✓			✓		
2B	Publieke gezondheidszorg-opleidingen	✓			✓			
2C	Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (FZO)			✓				✓
2D	Het Stagefonds Zorg		✓			✓		
Cluster 3. Toekomstbestendige beroepen en opleidingen								
3A	Opleiding tot ziekenhuisarts	Nu nog niet te bepalen						✓
3B	Taakherschikking		✓					✓
3C	Modernisering Geneeskundige Vervolgopleidingen		✓			✓		
Cluster 4. Duurzaam inzetbare medewerkers								
4A	Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg		✓					✓
4B	Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches			✓				✓
4C	Veilig werken in de zorg		✓			✓		
Cluster 5. Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid								
5A	Vaccinatie hepatitis B	✓				✓		
5B	Buitenlands gediplomeerden	✓				✓		
5C	UZI-register	✓			✓			
5D	BIG register	✓				✓		

Over de **doeltreffendheid** van het beleid kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- Zes van de zestien instrumenten scoren goed op doeltreffendheid en dat is met voldoende gegevens onderbouwd.
- De hoog scorende clusters zijn
 - 1. Betrouwbare informatievoorziening
 - 5. Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid

- **Zes instrumenten zijn deels doeltreffend en dat is plausibel gemaakt.** Het oordeel is mede gebaseerd op interviews met belanghebbenden in het veld. Daarnaast is een check gemaakt of de beleidstheorie logisch is en de veronderstelde effecten door de inzet van instrument kunnen worden veroorzaakt. Deze instrumenten zijn vooral terug te vinden in de clusters:
 - 2. Trendmatig opleiden
 - 3. Toekomstbestendige beroepen
 - 4. Duurzame inzet medewerkers
- **Van drie instrumenten is onvoldoende aangetoond dat** het beoogde doel wordt bereikt:
 - *1B Regionaal arbeidsmarktbeleid:* Op basis van de beschikbare informatie kan geen (duidelijke) samenhang tussen de inspanningen en de resultaten worden vastgesteld
 - *2C Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen:* De doeltreffendheid is beperkt door de huidige vormgeving van dit instrument die de prikkelwerking beperkt.
 - *4B Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches:* Harde conclusies over de doeltreffendheid kunnen op basis van de beschikbare informatie niet worden getrokken.
- Van één instrument (*3A opleiding tot ziekenhuisarts*) is het nog te vroeg om een oordeel over doeltreffendheid te kunnen geven omdat er nog amper afgestudeerde ziekenhuisartsen zijn.
- Van één instrument (*3B Taakherschikking*) is het aantal opleidingsplekken verdubbeld (doeltreffend), maar is het op basis van de harde cijfers nog onduidelijk in welke mate de beoogde taakherschikking plaatsvindt. Dat is kwalitatief wel plausibel gemaakt.

Over de **doelmatigheid** van het beleid kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- **Twee van de zestien instrumenten scoren goed op doelmatigheid.** De publieke gezondheidsopleidingen en het UZI-register zijn doelmatig.
- **Er zijn geen instrumenten die matig scoren op doelmatigheid.**
- **Bij acht instrumenten (gelijkmatig verdeeld over clusters) zijn er mogelijkheden de doelmatigheid te verbeteren.**
- **Van zevens instrumenten is de doelmatigheid niet goed te bepalen** omdat de benodigde gegevens ontbreken. Dat geldt vooral voor clusters
 - 3. Toekomstbestendige beroepen
 - 4. Duurzame inzet medewerkers

Beleidsopties (extensivering met -20% budget)

In de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE 2015) wordt gevraagd naar de beleidsopties in het geval dat er significant minder middelen beschikbaar zijn (-/- circa 20%). Hiervoor zijn drie opties geformuleerd:

1. **Lichtere rol Rijksoverheid:** De instrumenten van cluster 3 en 4 kunnen volledig aan andere partijen worden overgelaten. Dit levert € 245,3 mln. op (49,6 mln. en 195,7 mln.), dat is 15 procentpunt. Om tot de -20% te komen, is nog een € 91 mln. nodig. Dit kan worden gevonden door een forse korting op het Stagefonds.
2. **Beschikbaarheidsbijdragen korten:** medische vervolgopleidingen en overige opleidingen) korten met de volle -20 procentpunten van de totale begroting. Dan kunnen de andere thema's ongemoeid blijven.
3. **Overige thema's (boven financiële drempel van 1% = € 17 mln.) korten:** Door de overige thema's te korten met 20 procentpunten van de totale begroting kunnen de beschikbaarheidsbijdragen ongemoeid blijven. Deze optie 3 lijkt op optie 1 en gaat bij het Stagefonds over tot beëindiging van de subsidie.

Nr.	Thema	Optie 1 Lichtere rol Rijksoverheid	Optie 2 Beschikbaar- heids- bijdragen	Optie 3 Overige thema's (>1%)
1A	Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt Zorg en welzijn			
1B	Regionaal arbeidsmarktbeleid			
2A	De beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen		-27%	
2B	Publieke gezondheidszorgopleidingen			
2C	Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (FZO)		-27%	
2D	Het Stagefonds Zorg	-81%		-100%
3A	Opleiding tot ziekenhuisarts	-100%		-100%
3B	Taakherschikking	-100%		
3C	Modernisering Geneeskundige Vervolgopleidingen	-100%		
4A	Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg	-100%		-100%
4B	Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches	-100%		
4C	Veilig werken in de zorg	-100%		
5A	Vaccinatie hepatitis B			
5B	Buitenlands gediplomeerden			
5C	Unieke Zorgverlener Identificatie Register (UZI-register)			
5D	BIG register			

De belangrijkste effecten van de drie opties zijn:

1. **Lichtere rol Rijksoverheid:** Het is afhankelijk van het baanperspectief voor Verpleegkundig Specialisten (VS'en), Physician Assistants (PA's) en de ziekenhuisarts of die opleiding zonder subsidie aantrekkelijk blijft. Het uiteindelijke effect is dat er minder trainingen gegeven worden en dat het personeel de benodigde competenties niet eigen maakt, waaronder veilig werken en minder goed in staat is in te spelen op de nieuwe opgaven in de zorg. De impact kan zijn dat vraag naar en aanbod van goed gekwalificeerd personeel per branche en regio minder goed aansluiten. Naar verwachting zal aanzienlijk minder subsidie het aantal stages afnemen, wat tot gevolg heeft dat studenten moeilijker afstuderen of minder praktijkkennis opdoen.
2. **Beschikbaarheidsbijdragen korten:** Bij 20% minder budget kan erop gestuurd worden dat relatief kleine opleidende instellingen ermee ophouden en dat concentratie bij de grotere instellingen plaatsvindt. Met een lager budget voor opleiden kan een eigen bijdrage van de deelnemers worden gevraagd. Bijvoorbeeld een opleiding tot ziekenhuisarts wordt nu vergoed met gemiddeld € 130.000. Stel dat de arts zelf daar een kwart (27%) van moet betalen, dan gaat dat om € 35.000. Dat is op zich een fors bedrag, maar ook niet ongebruikelijk als dat afgezet wordt tegen bijvoorbeeld de kosten voor een medische opleiding in het buitenland (ca. € 20.000 per jaar). Met een eigen bijdrage kan het aantal deelnemers aan de opleidingen dalen, waardoor de instroom in het beroep afneemt. En daardoor ontstaat er druk op de werkzame artsen om met te weinig personeel te voldoen aan de vraag van cliënten. Mogelijk leidt dit tot een toename van wachtlijsten voor cliënten.

3. Overige thema's (boven financiële drempel van 1% = € 17 mln.) korten: De effecten zijn vergelijkbaar met optie 1, waarbij er voor Stagefonds geen middelen meer ingezet worden.

Aanbevelingen

De onafhankelijk deskundige heeft een aantal aanbevelingen gegeven voor toekomstige beleidsdoorlichtingen in het algemeen en voor artikel 4.2 in het bijzonder. Aanvullend aan die bevindingen geven de onderzoekers hieronder nog het volgende mee:

Benut de clusterindeling

Met die indeling in clusters is het eenvoudiger om overzicht over het beleidsveld en de instrumenten te hebben. Aanbevolen wordt om deze clusterindeling te benutten voor:

- Toets op synergie en overlap tussen de instrumenten per cluster.
- Leren van de goed scorende instrumenten (doeltreffendheid en doelmatigheid) binnen een cluster voor soortgelijke instrumenten.
- Bepalen van indicatoren die de voortgang en resultaat van de instrumenten bepalen.
- Monitoring van deze indicatoren.
- (tussen) Evaluaties plannen per cluster met het oog op een volgende beleidsdoorlichting.

Maak gebruik van experimenten als evaluatiemethodiek

Effecten kunnen niet robuust worden vastgesteld door enkel de ontwikkeling van resultaatvariabelen te volgen. Mogelijk zijn allerlei andere factoren van invloed op de ontwikkeling hiervan en is het effect van een maatregel hierop heel moeilijk geïsoleerd te bezien. Om manier om dit probleem te verminderen is gebruik te maken van experimenten. Een maatregel wordt bijvoorbeeld in een bepaalde regio of voor een bepaalde groep wel toegepast en voor andere niet. Vervolgens wordt de ontwikkeling van de resultaatvariabelen voor beide vergeleken. Belangrijk is om voor invoering of aanpassing van maatregelen, na te gaan of dergelijke experimenten mogelijk zijn, zodat effecten meer robuust kunnen worden vastgesteld.

Stel een beoordelingskader op

Het verdient aanbeveling om met het zorgveld goed te overleggen wat de rol van het Rijk is en wat de andere partijen in het zorgveld voor een rol hebben. Wat zijn heldere criteria om sommige activiteiten wel of niet op te pakken en wie staat daarvoor aan de lat? Zo kan werkende weg een helder beoordelingskader worden ontwikkeld en kunnen in de toekomst nieuwe projecten die ingediend worden, door partijen uit het veld worden getoetst of daar een taak voor het ministerie van VWS ligt.

Stroomlijn de informatievoorziening

Overweeg of het mogelijk is om de regionale en branche-specifieke informatie toe te voegen aan onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt en Zorg en niet meer met drie regelingen te ondersteunen. Dat zou de kwaliteit van de informatie vergroten en minder subsidie vanuit het ministerie van VWS vergen. Dat vraagt dan wel om intensivering van de samenwerking tussen partijen om het onderzoeksprogramma zo in te richten dat er voor eenieder de relevante informatie uit te halen is.

Zet in op taakherschikking als de doelmatigheid is aangetoond

Aanbevolen wordt om op basis van de praktijk te analyseren in welke mate de duurdere artsen (opleiding en salaris) hun taken aanpassen en wat dat betekent voor de kwaliteit van de zorg en de totale kosten ervan. Mocht dit tot een positief oordeel komen, dan zouden deze opleidingen met een doelmatigheidskorting in de normale systematiek van de beschikbaarheidsbijdragen ondergebracht kunnen worden. Een aanvullende aanbeveling is om te bezien of er ook voor andere functies in de zorginstellingen mogelijkheden liggen om met een nieuwe functie beter in te spelen op de veranderende zorgvraag en tegen lagere kosten.

Oordeel onafhankelijk deskundige

Onafhankelijk oordeel over de beleidsdoorlichting van artikel 4.2 van de begroting van VWS

1. De opdracht

- a. In juni 2015 heeft Katja Mur, directeur MEVA bij het Ministerie van VWS, mij gevraagd om als onafhankelijk deskundige een oordeel te geven over de beleidsdoorlichting van artikel 4.2 van de begroting van VWS. Op dit begrotingsartikel van VWS staan de uitgaven voor opleidings- en arbeidsmarktmaatregelen en voor de beroepenstructuur. In totaal omvat het artikel 16 grotere en kleinere regelingen, waarmee in totaal in 2016 een bedrag van € 1,7 miljard is gemoeid.
- b. De opdracht bestaat uit het geven van een oordeel over de kwaliteit van de beleidsdoorlichting. Daarnaast heeft Katja Mur gevraagd of ik voorzitter wilde worden van de interdepartementale begeleidingscommissie die voor de beleidsdoorlichting is ingesteld. Ik heb beide opdrachten aanvaard. Naast betrokken beleidsmedewerkers van VWS bestond de commissie uit ambtenaren van de ministeries van Financiën en SZW en uit medewerkers van Ecorys en SEOR die het onderzoek uitvoerden.
- c. Ik wil Katja Mur bedanken voor het vertrouwen dat zij in mij heeft gesteld voor deze opdrachten.
- d. Ik bedank verder Ecorys en SEOR en de medewerkers van VWS voor de prettige samenwerking tijdens de beleidsdoorlichting.
- e. Ik verklaar dat ik in mijn oordeelsvorming voor deze opdracht alleen heb laten leiden door de inzichten die ik heb verworven op basis van het onderzoek dat door Ecorys en SEOR is verricht.
- f. Deze rapportage is als volgt ingedeeld. In paragraaf 2 beschrijf ik de werkwijze die ik heb gevolgd en de werkwijze van de commissie. In paragraaf 3 geef ik mijn oordeel over proces en inhoud van de beleidsdoorlichting. In paragraaf 4 formuleer ik mijn conclusies. In paragraaf 5 is een korte beschouwing opgenomen waarin het oordeel over deze beleidsdoorlichting in een bredere context wordt geplaatst: inzicht in de kwaliteit van het rijksbeleid. Op basis daarvan volgt in paragraaf 6 een aantal aanbevelingen. Ik sluit af met een slotopmerking.

2. De werkwijze

- a. Het voorzitterschap van de begeleidingscommissie heeft invloed gehad op mijn werkwijze en oordeelsvorming. Door het voorzitterschap ben ik van het begin af aan betrokken geweest bij het doorlichtingsproces en heb via het voorzitterschap 'werkende weg' ook inhoudelijk invloed uitgeoefend op het onderzoek. Voordeel van deze werkwijze is dat Ecorys en SEOR kritiekpunten direct hebben kunnen verwerken in het rapport. Nadeel is dat ik het rapport niet meer als onbevange buitenstaander heb kunnen lezen en beoordelen. Per saldo heeft VWS het voordeel van deze aanpak zwaarder gewogen dan het nadeel.
- b. De werkwijze bij de doorlichting is als volgt geweest. Ecorys en SEOR vormden het secretariaat en bereidden op basis van hun onderzoek de stukken voor. De thematische rapporten werden altijd in twee of zo nodig drie ronden besproken in de begeleidingscommissie; eerst een concept en vervolgens een tweede concept en in derde ronde een definitieve rapportage.
- c. In totaal is de begeleidingscommissie sinds juni 2015 8 keer bij elkaar geweest.

- d. Het oorspronkelijke tijdschema liep van juni 2015 tot augustus 2016. Dit tijdschema is niet gehaald doordat zowel bij Ecorys als VWS in het voorjaar van 2016 een volledige wisseling van de wacht heeft plaatsgevonden.
- e. Daarvoor was er al een achterstand ontstaan doordat een zogenaamde witte vlekken analyse van al het op dat moment (september-oktober 2015) beschikbare evaluatiemateriaal had uitgewezen dat de oorspronkelijke opzet van VWS om klassieke effectevaluaties uit te voeren op de meeste regelingen niet haalbaar was en dat aanvullend onderzoek om dat alsnog mogelijk te maken teveel tijd zou kosten.
- f. De terugvaloptie die overbleef was de verklarende evaluatie. In een dergelijke evaluatie kunnen geen kwantitatieve uitspraken worden gedaan over effectiviteit en doelmatigheid. Op basis van de beleidstheorie (of een reconstructie daarvan) en de empirische informatie die wel beschikbaar is, wordt de plausibiliteit getoetst van de verwachte effecten van de beleidsinterventie. Kan je van de beleidsinterventie verwachten dat die het juiste teken heeft, populair gezegd de juiste kant op werkt? Na een try out op drie thema's is in mei 2016 besloten om voor de meeste thema's over te schakelen op de verklarende evaluatie.
- g. Vanaf mei 2016 is door grote inzet van de onderzoekers van beide onderzoeksbureaus en door snelle feedback van de betrokken VWS-medewerkers een deel van de achterstand weer ingelopen, waardoor de beleidsdoorlichting uiteindelijk met een vertraging van twee maanden is opgeleverd.

3. Het oordeel over proces en inhoud

a. Oordeel over het proces

Het proces bij deze beleidsdoorlichting was niet optimaal georganiseerd. De doorlichting had (onder andere) een lange doorlooptijd doordat VWS met veel ambitie aan de beleidsdoorlichting begon, maar na de witte vlekken analyse moest vaststellen dat, ondanks veel evaluatiemateriaal, de kwaliteit ervan onvoldoende was om goede effectevaluaties uit te voeren en dat ook de tijd ontbrak om dat te corrigeren. Dit leidde zoals gezegd tot overschakeling op de verklarende evaluatie, waardoor aanvankelijk verdere vertraging optrad ten opzichte van het oorspronkelijke tijdschema. Voor verklarende evaluaties zijn namelijk kwalitatieve oordelen belangrijker en om tot die oordelen te komen moeten meer interviews worden afgenomen waardoor het onderzoek arbeidsintensiever wordt. Bij de aanbevelingen in paragraaf 6 worden suggesties gedaan hoe het proces van de beleidsdoorlichting verbeterd kan worden.

b. Oordeel over de kwaliteit van de beleidsdoorlichting

i. De beschikbare evaluaties waren –zoals aangegeven- op een enkele uitzondering na van onvoldoende kwaliteit om harde *kwantitatieve* uitspraken over effecten te doen. Een uitzondering zijn de regelingen die behoren tot de randvoorwaarden voor kwaliteit, zoals het BIG-register en de regeling toelating buitenlands gediplomeerden. Dit beperkt het inzicht in de doelmatigheid van het beleid voor artikel 4.2 en voor de beschikbaarheidsbijdragen voor opleidingen en daarmee ook het inzicht in de kwaliteit van het beleid. Wat kunnen we wel concluderen?

ii. Ik ga hierna in op vier punten:

1. De kwaliteit van de beleidstheorie voor interventies van VWS;
2. De toetsbaarheid van de doelstellingen van de interventies;
3. De oordelen over doeltreffendheid;
4. De oordelen over doelmatigheid.

c. Wat betreft de beleidstheorieën deel ik de mening van de onderzoekers dat VWS in de regel goede argumenten heeft voor interventie op deze 16 onderwerpen. Deze doorlichting heeft een interessante clustering van de 16 opgeleverd in vijf beleidsthema's:

1. Adequate informatievoorziening over de ontwikkeling van de arbeidsmarkt in de zorg;
2. Voldoende vakbekwaam personeel in de zorg;
3. Ruimte om nieuwe beroepen te testen;
4. Zorgen voor personeel dat duurzaam inzetbaar is;
5. Creëren van randvoorwaarden voor kwaliteit en veiligheid.

d. Deze clustering is interessant omdat het voor VWS een systematisering biedt van de argumenten voor interventies. In een vrije markt zijn bedrijven zelf verantwoordelijk voor de punten 1 tot en met 3, maar in de Zorg zijn er bij elk van deze clusters redenen voor overheidsinterventie om deze doelen te realiseren.

e. De reden voor interventie bij punt 1: de adequate informatievoorziening betreft schaalvoordelen en betere kwaliteit van die informatie. Bij punt 2 gaat het om het creëren van de juiste prikkels in de Zorgsector om voldoende vakbekwaam personeel voor de Zorg op te leiden. Zonder die interventie hebben zorginstellingen prikkels om andere zorginstellingen personeel te laten opleiden waardoor er uiteindelijk te weinig vakbekwaam personeel wordt opgeleid. Bij punt 3 gaat het om het creëren van de juiste financiële prikkels om te experimenteren met nieuwe medische beroepen die de Zorg beter en doelmatiger zouden kunnen maken.

Bij punt 4 is het verhaal ingewikkelder. Het gaat hier om een afspraak die met de zorgsector is gemaakt over de inzet van een deel van de OVA-middelen. In de care-sector zijn die middelen gebruikt voor een ombuigingstaakstelling die in de cure-sector echter niet noodzakelijk was. Deze middelen zijn toen naar de cure-sector gegaan op voorwaarde dat ze niet aan arbeidsvoorwaarden werden besteed, maar wel aan medewerkers ten goede zouden komen en dat is de (gebonden) subsidie 'Kwaliteitsimpuls medewerkers ziekenhuiszorg' geworden. Op z'n best gaat het hier dus om een paternalistisch motief: zorginstellingen blijken uit zichzelf te weinig te investeren in de bijscholing van hun medewerkers. Maar deze subsidie kan ook als pragmatisch onderhandelingsresultaat worden gezien omdat uit het onderzoek niet duidelijk wordt of de sector zelf daadwerkelijk te weinig aan strategisch opleidingsbeleid doet.

Bij punt 5 gaat het om een klassieke overheidstaak: het organiseren van garanties voor de kwaliteit van het medisch handelen van personeel in de Zorg en voor de veiligheid van het personeel en de patiënten.

f. Het beleid van VWS voor artikel 4.2 kan aan overtuigingskracht winnen als VWS de bestaande (en ook nieuwe) regelingen systematischer in dit kader zou plaatsen en ook probeert om het beleidsinstrumentarium daarop te laten aansluiten. Bijvoorbeeld tijdelijke subsidies voor experimenten met duidelijke beoordelingscriteria om na afloop van het experiment heldere conclusies te kunnen trekken. Ander voorbeeld: de clustering kan ook helpen om systematischer dan nu het geval lijkt te zijn na te denken over ratio en omvang van eventuele eigen bijdragen vanuit de sector zelf. Voorbeelden hiervan zijn de beschikbaarheidsbijdragen, vaccinatie hepatitis B, modernisering geneeskundige vervolgoopleidingen. Tot slot kan een heldere uiteenzetting van de beleidstheorie voor een interventie ook behulpzaam zijn bij het formuleren van de vragen die bij een evaluatie een belangrijke rol spelen: wat is het probleem dat op ons af komt zonder interventie, in welke mate wordt het probleem opgelost door de interventie?

g. Zijn de beleidsdoelen zodanig geformuleerd dat er werkelijk op doeltreffendheid kan worden getoetst? Voor vier regelingen zijn de beleidsdoelen heel algemeen geformuleerd zodat ze vrij eenvoudig kunnen worden gehaald. Dit betreft de volgende regelingen: het AZW-onderzoeksprogramma, Veilig werken in de zorg, Regionaal arbeidsmarktbeleid en de

Arbeidsmarktprojecten branches. Met die algemene formuleringen word je nauwelijks wijzer over de zaken waar het werkelijk om gaat.

Een voorbeeld op basis van 'Veilig werken in de zorg'. Uit de interviews blijkt dat 'agressie beter bespreekbaar' is geworden, agressie is 'op de agenda' gekomen en de 'bewustwording' is toegenomen. De conclusie is dan: beoogde effect is bereikt. Maar we weten niets over de mate waarin de bespreekbaarheid, bewustwording, etc zijn toegenomen en evenmin of en zo ja in welke mate de medewerkers nu beter 'agressie op de werkvloer aanpakken en voorkomen' en zodoende 'de veiligheid van medewerkers (te) vergroten waardoor mede de veiligheid van patiënten wordt vergroot', de doelstelling die VWS, V&J en BZK samen met de sociale partners beoogen met deze regeling.

- h. Op basis van het beschikbare onderzoeksmateriaal kan volgens de onderzoekers voor 6 regelingen daadwerkelijk worden vastgesteld dat de doelstellingen van de regelingen zijn gerealiseerd. Het betreft allereerst het Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt zorg & welzijn. Hierbij dient wel opgemerkt te worden dat de doelstelling van dit programma niet erg ambitieus is geformuleerd; zie het punt hiervoor. Voor 4 programma's deel ik de mening van de onderzoekers: vaccinatie hepatitis B, buitenlands gediplomeerden, het UZI-register en het BIG-register. Wat betreft de subsidie publieke gezondheidszorgopleidingen vind ik dat het onderzoek wel enigszins plausibel maakt dat de subsidie heeft bijgedragen aan de huidige lage vacaturepercentages, maar dat op basis van het beschikbare cijfermateriaal niet hard kan aantonen. Wat geholpen zou hebben, is als de vacaturepercentages vòòr de subsidie veel hoger zouden hebben gelegen. Die informatie is echter momenteel niet beschikbaar.
- i. Voor 6 regelingen zijn volgens de onderzoekers de doelstellingen gedeeltelijk gerealiseerd. Ik merk hierbij op dat voor de 'Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg' de doeltreffendheid naar mijn mening niet goed is vast te stellen omdat de additionaliteit van deze subsidie ten opzichte van bestaande HRM-uitgaven onduidelijk is (een punt dat overigens door de onderzoekers zelf wordt genoemd). Wat betreft 'Veilig werken in de zorg' zijn, zoals aangegeven, de doelstellingen zodanig algemeen opgeschreven dat het relatief makkelijk is om (een deel van) de doelstellingen te halen. Voor de overige vier regelingen: taakherschikking, beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoopleidingen, modernisering geneeskundige vervolgoopleidingen en het stagefonds deel ik het oordeel van de onderzoekers.

Bij de beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgoopleidingen wil ik overigens dezelfde opmerking maken als bij de subsidie publieke gezondheidszorgopleidingen. Op grond van de interventie zou je een daling verwachten in de varianties van de vacaturepercentages. Op het eerste gezicht zie je dat niet bij de gepresenteerde vacaturepercentages per specialisme (in de bijlage). Misschien liggen de vacaturepercentages gemiddeld echter wel lager en is er een kleinere variantie in vergelijking met de periode dat er nog niet centraal werd gepland. Die informatie ontbreekt echter op dit moment. Ik geloof wel dat men de *instroom* in de opleidingen redelijk kan sturen, maar ben wel sceptischer dan de onderzoekers of met de regeling het doel van voldoende vakbekwaam personeel kan worden gerealiseerd, dat wil zeggen een laag vacaturepercentage. Planning is geen wondermiddel.

- j. Voor 3 thema's is de doeltreffendheid niet aangetoond. Voor één thema: de opleiding tot ziekenhuisarts is de doeltreffendheid op dit moment nog niet te bepalen omdat de regeling nog te kort loopt.
- k. Voorts is bij 7 regelingen geen uitspraak mogelijk over de doelmatigheid. Bij 7 regelingen is de conclusie dat de doelmatigheid beter kan, maar weten we niet *hoeveel* beter en weten we evenmin welke regeling(en) als het meest doelmatig kunnen worden beschouwd.
- l. Slechts 2 van de 16 regelingen worden door de onderzoekers als doelmatig aangemerkt: de uitgaven voor het UZI-register en de beschikbaarheidsbijdrage voor de publieke gezondheidszorgopleidingen; in totaal gaat het hier om een bedrag van ruim € 20 miljoen per

jaar. Wat betreft de subsidieregeling publieke gezondheidszorg vind ik die conclusie niet overtuigend. In het rapport wordt in paragraaf 3.3 opgemerkt dat er 'momenteel (...) gelijke bedragen gelden voor het opleiden in de eerste en tweede fase, terwijl de kosten vele malen hoger (zouden) zijn. En verderop wordt opgemerkt: 'Er lijkt een relatie te bestaan tussen de beperkte instroom in de tweede fase van de lage opleiding en de lage financiële vergoeding'. Op basis van deze bevindingen vind ik het oordeel: subsidie is doelmatig, onvoldoende gefundeerd. Het oordeel 'kan beter' lijkt hier passender.

Ook wat betreft het UZI-register is de conclusie 'doelmatig' onvoldoende onderbouwd in de themarapportage. De interventies van VWS hebben er zeker aan bijgedragen dat het register *doelmatiger* is gaan werken (zoals het ook in de themarapportage is geformuleerd), maar de polsstok van dit onderzoek reikt niet zo ver dat het oordeel mogelijk is dat het register daadwerkelijk doelmatig opereert.

4. Aanbevelingen op basis van deze beleidsdoorlichting

- a. De algemene conclusie is dat er werk aan de winkel is voor VWS:
 - i. VWS kan op een aantal terreinen de argumenten voor haar beleid krachtiger onderbouwen; betere onderbouwing kan ook bevorderen dat de doelen van het beleid helderder worden geformuleerd en achteraf beter kunnen worden geëvalueerd;
 - ii. VWS zou op minimaal vier terreinen de beleidsdoelstellingen concreter en misschien ook ambitieuzer moeten formuleren en waar dat niet goed mogelijk of gewenst is, dat vooraf beter moeten toelichten;
 - iii. VWS moet op de terreinen waarop het beleid slechts deels doeltreffend is en/of (deels) ondoelmatig, nadenken hoe het beleid te verbeteren;
 - iv. VWS zou aan de slag moeten met verbetering van de evaluaties om de onwetendheid over de doelmatigheid van het beleid op zeven terreinen op te heffen. In paragraaf 6 wordt hiervoor een aantal suggesties gedaan.
- b. Welke acties zou VWS kunnen ondernemen voor de punten i-iii?
 - i. Bij nieuw beleid en bij aanpassing van bestaand beleid de lessen van deze doorlichting toepassen, niet alleen op het terrein van artikel 4.2 en de beschikbaarheidsbijdragen, maar voor het hele terrein van de zorguitgaven.
 - ii. VWS zou in ieder geval voor regelingen als de 'Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg' en 'Veilig werken in de zorg' helderder doelstellingen moeten afspreken.
 - iii. In de beleidsdoorlichting is door de onderzoekers per regeling aangegeven hoe het beleid verbeterd kan worden. Belangrijke opties per cluster die ik graag wil ondersteunen, zijn wat mij betreft:
 - a. Informatie:
 - i. Nadenken over de mogelijkheid om de drie programma's die vooral gericht zijn op betere informatievoorziening te integreren. Dit betreft het onderzoeksprogramma AZW, het Regionaal arbeidsmarktbeleid en de Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches. Dit komt neer op integratie van de regionale en branchegerichte invalshoeken. Hierdoor kan de doelmatigheid van de programma's worden verbeterd.
 - ii. Het is daarnaast belangrijk om steekproefsgewijs inzicht te krijgen in het bereik en de impact van het onderzoek en de experimenten.

b. Opleiden:

Naast de suggesties van de onderzoekers over monitoring van de kostprijzen van de opleidingen en de minimumschaal van de opleidingen, is het nuttig om de feitelijke kosten van een aantal opleidingen niet teveel te laten afwijken van de bijdragen. Verder is het nuttig om de voor- en nadelen van een eigen bijdrage aan de opleidingen op een rij te zetten.

c. Experimenteren:

Bij een experiment worden een of meerdere hypothesen getoetst. Waar het dus om gaat, is om vooraf duidelijk de hypothesen op een toetsbare wijze te formuleren, de testperiode aan te geven en ervoor te zorgen dat na afloop van het experiment de uitkomsten kunnen worden vergeleken met een *counterfactual*, zodat de effectiviteit van de geteste interventie bepaald kan worden. Op basis van de experimenten rond taakherschikkingen, zoals de opleiding tot ziekenhuisarts en de PA's en VS'en kan VWS op al deze punten nog verbeteren. Na afloop van het experiment moet er ook een heldere procedure komen hoe succesvolle experimenten in het staande beleid kunnen worden geïncorporeerd, inclusief de financiële gevolgen.

d. Duurzaam werken:

- i. Belangrijk bij de kwaliteitsimpuls is om zicht te krijgen op de additionaliteit van de regeling en structureel is het belangrijk om op basis van een representatieve steekproef zicht te krijgen op de ontwikkeling van de kwaliteit van de medewerkers: eerst een nulmeting en dan systematisch volgen.
- ii. Daarnaast is het belangrijk om zicht te krijgen op de kwaliteit van de nascholing. Bekend is dat medisch specialisten dit vaak uitstekend organiseren. Geldt dat ook voor de overige beroepen in de zorg?

e. Randvoorwaarden:

- i. Nadenken over betere benutting van schaalvoordelen door centrale inkoop van de vaccinaties tegen hepatitis B;
- ii. Het belang van een betere aansluiting tussen de toelatingsprocedure en de noodzakelijke aanvullende scholing bij buitenlands gediplomeerden;
- iii. In aanvulling op de suggesties van de onderzoekers wat betreft 'Veilig werken in de zorg' zou overwogen kunnen worden om een nulmeting te doen (op basis van een steekproef) van het aantal medewerkers dat zich nu voldoende handelingsbekwaam acht om met agressie om te gaan. Maar ook al zouden individuele medewerkers zich handelingsbekwaam voelen dan nog zijn sommige patiënten zo agressief dat er 'back up' moet zijn voor medewerkers. Er is dus ook een nulmeting nodig van het aantal organisaties in de zorg dat zich handelingsbekwaam acht op dit terrein. Het is ook nuttig om te beschikken over een inschatting van de ontwikkeling van de handelingsbekwaamheid bij ongewijzigd beleid. Daarmee ontstaat een nieuwe basis om na te gaan of er vanuit VWS verdere actie nodig is om de veiligheid te bevorderen.

c. De extensiveringsvariant: -20%

- i. Ik denk dat de onderzoekers in de drie gepresenteerde ombuigingsopties de juiste ingrediënten voor de -20%-variant hebben aangedragen;
- ii. Gegeven de wijze van totstandkoming en de onduidelijkheid over zowel doeltreffendheid als doelmatigheid van de subsidie 'Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg' ligt het naar mijn idee voor de hand om bij een eventuele ombuigingsoperatie allereerst naar deze subsidie te kijken.
- iii. Gegeven de omvang van het dan nog resterende ombuigingsbedrag (van circa € 160 miljoen) om aan de 20%-variant te voldoen en de noodzaak om medisch personeel op te

leiden, is het onontkoombaar dat bij de opleidingen een grotere eigen bijdrage gevraagd gaat worden, bijvoorbeeld op basis van een sociaal leenstelsel in het hoger onderwijs. Het is nuttig de voor- en nadelen daarvan nader in kaart te brengen.

- iv. Ik deel de mening van de onderzoekers dat er geen reden is om een +20%-variant te onderzoeken.

5. Bredere beschouwing

- a. De problemen van deze beleidsdoorlichting zijn niet uniek voor VWS. Dezelfde problemen zijn ook zichtbaar bij doorlichtingen van begrotingsartikelen van andere departementen en ook bij IBO's.
- b. Algemene conclusie die hieruit volgt, is dat het inzicht in de kwaliteit van de uitgaven van de overheid op artikelniveau vaak bescheiden is.
- c. Dit is overigens geen nieuw inzicht. Medewerkers die betrokken zijn geweest bij doorlichtingen zijn zich hiervan achteraf vaak goed bewust. In het laatste rapport van de Studiegroep Begrotingsruimte wordt eveneens aandacht gevraagd voor dit punt als ook in het recente rapport van de Algemene Rekenkamer over 'Kosten en opbrengsten van saldoverbeterende maatregelen 2011-2016'.
- d. Omdat er de afgelopen jaren weinig voortgang is geboekt en de inspanningen voor doorlichtingen aanzienlijk zijn, dreigt het draagvlak voor evaluatieonderzoek dat bij beleidsmakers toch al niet al te groot is, verder te eroderen.
- e. Gegeven het grote belang om inzicht te krijgen in de kwaliteit van het beleid -krijgt de belastingbetaler waar voor zijn geld?- is het zaak om het idee van de lerende overheid nieuw leven in te blazen.
- f. De Studiegroep Begrotingsruimte heeft hier een onderzoek over aangekondigd. Vooruitlopend daarop wordt in de volgende paragraaf een aantal aanbevelingen gedaan voor een beter lerende overheid.

6. Aanbevelingen om tot beter inzicht in de kwaliteit van beleid te komen

- a. Om in elke beleidsdoorlichting een verbeterparagraaf op te nemen voor de volgende doorlichting.
- b. Om na afronding van een beleidsdoorlichting direct te starten met de voorbereiding van de volgende beleidsdoorlichting voor het betreffende begrotingsartikel, inclusief de verbeterparagraaf, zodat bij de start van de volgende ronde van tevoren al duidelijk is wat van de doorlichting aan resultaten verwacht mag worden en het risico op vertraging wordt geminimaliseerd.
- c. Om een onafhankelijk deskundige voor de start van een doorlichting mee te laten kijken bij de opzet van de doorlichting.
- d. Bij nieuwe beleidsinitiatieven steeds de mogelijkheid te onderzoeken of er eerst een experiment kan worden uitgevoerd en daarbij een zodanige vormgeving te zoeken dat effectevaluaties mogelijk zijn. Het is belangrijk om hier vanaf het begin deskundigen te betrekken die kennis hebben van de opzet van experimenten, bijvoorbeeld van de Planbureaus of van universiteiten.

- e. Meer in het algemeen na te gaan of er ruimte kan worden gecreëerd op departementale begrotingen voor een (doorlopend) experimenteerbudget waarmee experimenten kunnen worden uitgevoerd om de effectiviteit en doelmatigheid van beleidsideeën te toetsen alvorens ze op grotere schaal worden ingevoerd, bijvoorbeeld via een regeerakkoord.
- f. Na te gaan of experimenten aantrekkelijker kunnen worden gemaakt door voor beleid dat op basis van een positief experiment wordt ingevoerd, een verlicht evaluatieregime te hanteren.
- g. Bij ambtenaren van departementen de kennislacunes te dichten op het terrein van evaluatieonderzoek en die kennis ook actueel te houden, bijvoorbeeld via cursussen bij de Rijksacademie voor Financiën, Economie en Bedrijfsvoering.
- h. Over twee jaar opnieuw te toetsen of het inzicht in de kwaliteit van het beleid daadwerkelijk aan het verbeteren is.

7. Tot slot

Zoals gezegd zijn de problemen die we in deze beleidsdoorlichting hebben geconstateerd niet uniek. In beleidsdoorlichtingen bij andere departementen kampt men met dezelfde problemen. VWS verdient een compliment omdat het departement zich bij deze doorlichting kwetsbaar heeft opgesteld door zowel een extern onderzoeksbureau in te schakelen als een onafhankelijke voorzitter voor de begeleidingscommissie.

André de Jong

ABD TOPconsult

24 oktober 2016

1 Inleiding

1.1 Artikel 4 Zorgbreed beleid

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft in de begroting (2016) het beleidsartikel vier opgenomen: *Zorgbreed beleid*. De algemene beleidsdoelstelling van dit beleid is:

“Het scheppen van randvoorwaarden om het zorgstelsel te laten werken zodat de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg voor de burger is gewaarborgd.”

Bron: Begroting VWS 2016, Tweede Kamer, vergaderjaar 2015–2016, 34 300 XVI, nr. 2

Onder het beleidsartikel 4 zijn zes (sub)artikelen opgenomen:

4.1 Positie cliënt

4.2 Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt

4.3 Kwaliteit, transparantie en kennisontwikkeling

4.4 Inrichten uitvoeringsactiviteiten

4.5 Zorg, welzijn en jeugdzorg op Caribisch Nederland

4.6 Voorkomen oneigenlijk gebruik en aanpak fraude

Deze beleidsdoorlichting richt zich op het artikel 4.2 met het beleid op het gebied van opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt in relatie met de zorg.

Onder artikel 4.2 van het ministerie vallen 16 verschillende thema's die voor de beleidsdoorlichting elk afzonderlijk zijn geanalyseerd op doeltreffendheid en doelmatigheid. Per thema is een apart rapport opgesteld. In dit overkoepelende rapport wordt ingegaan op de conclusies en aanbevelingen, die overziende de bevindingen van de 16 rapportages te trekken zijn.

1.2 Beleidsdoorlichting (RPE 2015) en verklarende evaluatie

Met het oog op de doelmatigheid en de doeltreffendheid van het beleid worden alle beleidsartikelen van de rijksbegroting periodiek (tussen de vier en zeven jaar) geëvalueerd in een beleidsdoorlichting. De beleidsdoorlichting van artikel 4.2 van het ministerie van VWS is voor 2016 toegezegd aan de Tweede Kamer.

Begeleidingscommissie en onafhankelijk deskundige

Om te voldoen aan de verplichting om een beleidsdoorlichting uit te voeren, is een begeleidingscommissie opgericht met leden vanuit de ministeries van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Financiën en Sociale Zaken en Werkgelegenheid. De heer André de Jong van de Algemene Bestuursdienst is gevraagd als voorzitter van deze begeleidingscommissie en hij is tevens de onafhankelijk deskundige, die een oordeel heeft uitgesproken over de totstandkoming en kwaliteit van de beleidsdoorlichting. De begeleidingscommissie heeft na een Europees aanbestedingstraject Ecorys en SEOR de opdracht gegund om onderzoek te doen voor deze beleidsdoorlichting.

RPE 2015

De Regeling Periodiek Evaluatie onderzoek 2015 (RPE 2015) van het ministerie van Financiën omvat de regels en eisen voor beleidsdoorlichtingen.² De beleidsdoorlichting is primair bedoeld om verantwoording af te leggen aan de Tweede Kamer. Daarnaast heeft een beleidsdoorlichting ten doel concrete en relevante sturingsinformatie op te leveren voor de dagelijkse uitvoeringspraktijk in de toekomst. De beleidsdoorlichting maakt daarmee deel uit van de beleidscyclus. Recent heeft het ministerie van Financiën een nieuwe handreiking beleidsdoorlichtingen gepubliceerd.³

Centraal in de beleidsdoorlichting staan de doeltreffendheid en doelmatigheid van beleid. In de RPE worden deze begrippen als volgt omschreven.

Bij de **doeltreffendheid** van beleid gaat het om de mate waarin het beleid bijdraagt aan het behalen van de beoogde maatschappelijke doelstelling. Het gaat dus om het effect van de ingezette beleidsinstrumenten op de doelstelling(en) van het beleid. Doeltreffendheid en effectiviteit zijn synoniemen voor hetzelfde begrip.

Doelmatigheid betreft de relatie tussen de effecten van het beleid (op het beleidsdoel en eventuele neveneffecten) en de kosten van het beleid (beleidsuitgaven en overige kosten binnen en buiten het departement). Beleid is doelmatig als het gewenste beleidseffect tegen zo min mogelijk kosten en ongewenste neveneffecten wordt bereikt. Waar we in deze beleidsdoorlichting spreken over doelmatigheid kan dus ook efficiëntie worden gelezen.

In de RPE 2015 staan vijftien onderzoeksvragen, die in een beleidsdoorlichting beantwoord moeten worden:

1. Welk(e) artikel(en) (onderdeel of onderdelen) wordt of worden behandeld in de beleidsdoorlichting?
2. Indien van toepassing: wanneer worden / zijn de andere artikelonderdelen doorgelicht?
3. Wat was de aanleiding voor het beleid? Is deze aanleiding nog actueel?
4. Wat is de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid?
5. Wat is de aard en samenhang van de ingezette instrumenten?
6. Met welke uitgaven gaat het beleid gepaard, inclusief kosten op andere terreinen of voor andere partijen?
7. Wat is de onderbouwing van de uitgaven? Hoe zijn deze te relateren aan de componenten volume/gebruik en aan prijzen/tarieven?
8. Welke evaluaties (met bronvermelding) zijn uitgevoerd, op welke manier is het beleid geëvalueerd en om welke redenen?
9. Welke beleidsonderdelen zijn (nog) niet geëvalueerd? Inclusief uitleg over de mogelijkheid en onmogelijkheid om de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het beleid in de toekomst te evalueren.
10. In hoeverre maakt het beschikbare onderzoeksmateriaal uitspraken over de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het beleidsterrein mogelijk?
11. Zijn de doelen van het beleid gerealiseerd?
12. Hoe doeltreffend is het beleid geweest? Zijn er positieve en/of negatieve neveneffecten?
13. Hoe doelmatig is het beleid geweest?
14. Welke maatregelen kunnen worden genomen om de doelmatigheid en doeltreffendheid verder te verhogen?
15. In het geval dat er significant minder middelen beschikbaar zijn (-/- circa 20% van de middelen op het (de) beleidsartikel(en)), welke beleidsopties zijn dan mogelijk?

² Staatscourant 2014 nr. 27142 25 september 2014; hier RPE 2015 genoemd omdat deze in werking trad per 1-1-2015

³ <http://www.rijksbegroting.nl/beleidsevaluaties/evaluaties-en-beleidsdoorlichtingen/handreiking>

In overleg met de begeleidingscommissie is afgesproken dat de onderzoekers de onderbouwing leveren voor de beantwoording van de vragen 3-5 (beleidstheorie), 6-7 (uitgaven), 8 (uitgevoerde evaluaties), 10 (beschikbaar onderzoeksmateriaal), 11-12 (doeltreffendheid) en 13-15 (doelmatigheid). De antwoorden op de overige vragen komen aan de orde in de kabinetsreactie.

Syntheseonderzoek niet mogelijk

Een beleidsdoorlichting betreft normaliter syntheseonderzoek: de beleidsdoorlichting wordt gebaseerd op bestaande evaluaties, kamerstukken en andere relevante documenten. Als er witte vlekken zijn met betrekking tot het vaststellen van de doeltreffendheid en doelmatigheid van beleid, moeten deze weliswaar benoemd worden, maar er hoeft geen aanvullend onderzoek gedaan te worden om de witte vlekken in te vullen.

Bij de beleidsdoorlichting van artikel 4.2 opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt is in de begeleidingscommissie eerst stilgestaan bij vraag 10: *In hoeverre maakt het beschikbare onderzoeksmateriaal uitspraken over de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het beleidsterrein mogelijk?*

Er is een inventarisatie gemaakt van de beschikbare evaluaties. Vervolgens is beoordeeld in welke mate van de 16 thema's kwantitatieve informatie beschikbaar was om gefundeerd uitspraken te kunnen doen over doeltreffendheid (effectiviteit) en doelmatigheid (efficiëntie). En de beschikbare kwalitatieve informatie over het proces en uitvoering van de maatregelen van de 16 thema's is in beeld gebracht. Deze zogenaamde witte vlekkenanalyse leverde op dat voor ruim de helft van de thema's onvoldoende kwantitatieve informatie beschikbaar is. Met de beperkte kwantitatieve informatie die beschikbaar is, zou het niet goed mogelijk zijn om harde uitspraken over doeltreffendheid te kunnen doen. Indien de doeltreffendheid niet kan worden aangetoond, dan is het ook niet mogelijk om de doelmatigheid te bepalen omdat het bereiken van het doel daarvoor een voorwaarde is.

In de begeleidingscommissie zijn vervolgens de volgende conclusies getrokken:

- Een reguliere beleidsdoorlichting is voor artikel 4.2. niet goed mogelijk vanwege het ontbreken van een kwantitatieve basis en evaluaties. Daarmee zijn de effecten van het beleid niet goed in kaart te brengen en kunnen gefundeerde uitspraken over doeltreffendheid en doelmatig moeilijk worden gedaan.
- Er is een alternatieve methode van de verklarende evaluatie gekozen, waarbij er voor elk van de zestien thema's een wisselende hoeveelheid aanvullend onderzoek is gedaan.
- In deze beleidsdoorlichting zijn aanbevelingen opgenomen om ervoor te zorgen dat in de komende jaren er wel relevante kwantitatieve gegevens worden verzameld en evaluaties worden uitgevoerd, zodat de komende beleidsdoorlichting daarop kan voortbouwen.

Welke gegevens zijn nodig voor de volgende beleidsdoorlichting?

De vraag is welke lessen het ministerie van VWS hieruit kan trekken voor het organiseren van zijn toekomstige informatievoorziening. Is het mogelijk om de lacunes in de informatievoorziening over effectiviteit te ondervangen? Zo ja, op welke wijze? En zijn daarin verschillen naar (soort) beleidsmaatregel?

Onderstaand schetsen wij in het kort de voorwaarden die gesteld worden aan een robuuste effectmeting. Tevens geven wij aan welke alternatieve benaderingen mogelijk zijn, wanneer een robuuste effectmeting in de praktijk niet realiseerbaar is en welke consequentie dit heeft voor deze beleidsdoorlichting.

Voor een robuuste effectevaluatie moet een vergelijking worden gemaakt tussen een experimentele groep die de interventie ondergaat en een bij voorkeur gelijkwaardige controlegroep die niet aan de maatregel wordt blootgesteld (SCP, 2012). Het random gecontroleerde experiment wordt daarbij vaak als de 'gouden standaard' gepresenteerd, maar ook quasi-experimentele designs bieden mogelijkheden voor een robuuste effectevaluatie. De mate waarin iets kan worden gezegd over de effectiviteit van een maatregel varieert met de toegepaste methodiek. Een bekende graadmeter om vast te stellen tot op welke hoogte een studie inzicht geeft in de causale relatie tussen prestatie (output) en effect is de *Maryland Scientific methods Scale* (zie kader).

Vijf niveaus van interne onderzoeksvaliditeit: de Maryland Scientific methods scale⁴

Niveau 1: Samenhang tussen een beleidsmaatregel en uitkomstvariabele na invoering van de beleidsmaatregel;

Niveau 2: Score op de uitkomstvariabele voor en na invoering van de beleidsmaatregel, zonder (vergelijkbare) controlegroep;

Niveau 3: Score op de uitkomstvariabele voor en na invoering van de beleidsmaatregel, gemeten in een experimentele en vergelijkbare controlegroep;

Niveau 4: Score op de uitkomstvariabele voor en na invoering van de beleidsmaatregel gemeten in een experimentele setting en een vergelijkbare controlegroep, waarbij zoveel mogelijk gecontroleerd wordt voor de invloed van andere factoren;

Niveau 5: Score op de uitkomstvariabele voor en na invoering van de beleidsmaatregel, waarbij de beleidsmaatregel 'at random' is toebedeeld aan een experimentele en een controlegroep (*experimenteel design*).

De gangbare interpretatie van deze schaal is dat wanneer een studie op deze schaal 3 of hoger scoort, dit voldoende is voor het trekken van conclusies over de doeltreffendheid. De meest robuuste manier om effectiviteit te meten is die van een experiment (niveau 5). Bij niveaus 3 en 4 is sprake van een quasi-experiment. Een quasi-experiment lijkt op een experiment, maar wordt tot stand gebracht door groepen met elkaar te vergelijken die niet 'at random' door de onderzoekers worden samengesteld, maar bijvoorbeeld uit de praktijk resulteren.

Voorbeeld onderzoeksvaliditeit niveau 3: Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen

Hier is nagegaan of de deelname aan opleidingen voor en na invoering van een subsidieregeling een trendbreuk vertoont, maar is deze ontwikkeling vergeleken voor een groep beroepen waarop deze subsidie wel van toepassing is en een groep – sterk vergelijkbare – beroepen waarop deze regeling niet van toepassing is. Omdat door allerlei – niet gemeten - contextfactoren de opleidingsbehoefte per beroep kan verschillen, is dit zeker geen analyse op niveau 4.

De *Handreiking Beleidsdoorlichtingen* onderkent de praktijk waarin het vaak niet goed mogelijk is om de causaliteit tussen beleid en uitkomsten keihard vast te stellen. Dat kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer vele actoren ieder met eigen interventies of al dan niet bedoelde effecten op een bepaald beleidsterrein actief zijn. Bovendien wordt bij (rijks)overheidsmaatregelen vaak de hele bevolking tegelijk aan nieuw beleid "blootgesteld"; van een controlegroep is dan geen sprake waardoor je de doeltreffendheid niet op de experimentele wijze kunt toetsen. In dat geval ligt het voor de hand om op zoek te gaan naar alternatieve methodieken. Artikel 2 van de RPE stelt dat het rapport inzicht moet geven in "de mogelijkheden en onmogelijkheden om de doeltreffendheid en/of de doelmatigheid van het betreffende beleid vast te stellen". Daarbij zou ook moeten worden aangegeven op welke manier in de toekomst meer inzicht verkregen kan worden in doeltreffendheid of doelmatigheid. Bovendien kun je wanneer doeltreffendheid niet hard kan worden aangetoond, de relatie tussen beleid en effect soms wel plausibel maken (Handreiking

⁴ *Handreiking Beleidsdoorlichtingen*, 2015.

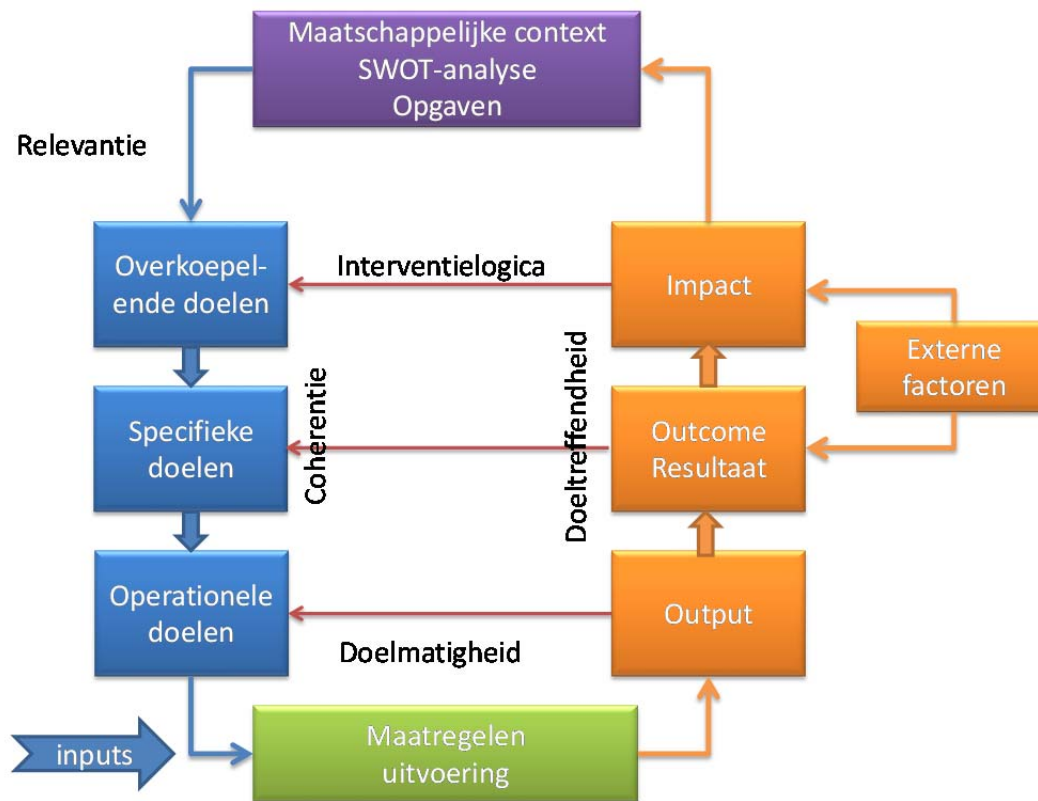
Beleidsdoorlichtingen). Als mogelijkheden van dit laatste worden in de Handreiking Beleidsdoorlichtingen de tijdreeksanalyse en de analyse van de beleidstheorie genoemd.

In de handreiking is een evaluatiemodel gegeven met daarin de volgende elementen:

- Input: mensen en middelen die worden ingezet
- Activiteiten: de interventies, instrumenten die met deze middelen worden uitgevoerd
- Output: de prestaties die met deze activiteiten worden geleverd
- Outcome: de directe effecten van deze prestaties
- Impact: de uiteindelijk bereikte veranderingen in de maatschappij
- Zowel de outcome als de impact kunnen behalve door beleid ook door andere (externe) factoren worden beïnvloed.

Dit model lag ten grondslag aan de onderstaande figuur. Dit is hier (anders dan in de Handreiking) weergegeven in de vorm van een beleidscyclus, conform de methodiek van het Europese evaluatienetwerk.⁵ Het voordeel daarvan is dat het een directe relatie legt tussen de doelen op drie niveaus en de het gevolg van het beleid op drie niveaus.

Figuur 1.1 Evaluatiemodel



Aanbevelingen voor voorbereiding volgende beleidsdoorlichting

Uit het voorgaande kan een aantal adviezen worden afgeleid voor het ministerie om in de toekomst te kunnen beschikken over adequate informatie over doeltreffendheid en doelmatigheid.

- Analyseer het maatschappelijke probleem of kans (bijvoorbeeld met een SWOT-analyse). Wat is de opgave?
- Formuleer doelstellingen op verschillende niveaus (overkoepelend, specifiek en operationeel) die inspelen op het maatschappelijke vraagstuk.
- Bepaal of er een rol is voor de Rijksoverheid (legitimiteit)?

⁵ Bron: Guidelines for the ex post evaluation of 2007 – 2013 RPDS, European Evaluation Network for Rural Development, 2014.

- Bepaal met welke instrumenten het beleid het beste vorm kan krijgen (financieel, niet-financieel en relatie met andere overheden en partijen)
- Bepaal de inputs voor de instrumenten (tijd, geld, menskracht).
- Bepaal (vooraf) indicatoren voor de output (relatie met de operationele doelstelling), het resultaat (specifiek doel) en impact (relatie met overkoepelend doel).
- Zorg voor een tijdige organisatie van de informatievoorziening (bijv. monitorprogramma) waarin deze indicatoren en de uitputting van de middelen worden gemonitord.
- Breng in beeld wat de ontwikkeling zou zijn geweest zonder dit beleid (referentie).
- Werk waar mogelijk met een experiment of controlegroep (zie de vijf niveaus van interne onderzoeksvaliditeit).

Aanpak in deze voorliggende beleidsdoorlichting: Verklarende evaluatie

In de wetenschap dat voor de meeste maatregelen onder artikel 4.2 geen effecten bekend zijn, in termen van de *Maryland Scientific methods Scale* is in de begeleidingscommissie besloten om een meer verklarende evaluatie uit te voeren. Daar waar in een *effectevaluatie* de vraag centraal staat of een maatregel het beoogde effect sorteert, richt een *verklarende evaluatie* zich op het achterhalen van de mechanismen waaruit het optreden van effecten kan worden verklaard. Echter, ook van een verklarende evaluatie is slechts in beperkte zin sprake. Immers, het verklaren *waarom* effecten optreden, veronderstelt dat bekend is of een maatregel effect heeft. Aangezien dat voor de maatregelen van artikel 4.2 niet het geval is, zijn er ook beperkingen aan de verklarende evaluatie.

Dit is de focus die voor deze beleidsdoorlichting is gekozen. Wel kan dan worden nagegaan of de invoering van de maatregel in overeenstemming is met theoretische inzichten en praktijkkennis over de werkzaamheid van de desbetreffende interventie (SCP, 2012).

De kern van de methodiek wordt gevormd door de reconstructie van de beleidstheorie en het kunnen formuleren van het antwoord op de kernvraag "Hoe wordt de beleidsinterventie geacht te werken?" Daarbij ligt de focus op mechanismen, de motoren achter beleidsinterventies die maken dat iets werkt, van wezenlijk belang:

- Wat is/was het beleidsprobleem?
- Welk(e) probleemmechanisme(n) wordt verantwoordelijk gehouden voor dit probleem?
- Welke interventie(s) is gekozen om welk(e) veranderingsmechanisme(n) tot gewenst(er) gedrag op gang te brengen?
- Welke aanwijzingen zijn er voor daadwerkelijke wijziging(en) in gedrag c.q. vermindering van het gesignaleerde beleidsprobleem.
- Wat zijn belemmerende en bevorderende factoren voor de gewenste effecten en (hoe) wordt hierop ingespeeld?

De volgende stappen zijn gezet:

- **Deskresearch en een witte-vlekken-analyse** (welke informatie ontbreekt): om inzichtelijk te maken wat wel of niet is geëvalueerd.
- **Reconstructie van de beleidstheorie**: een redenering die loopt van het maatschappelijk probleem, de beleidsmatige vertaling in doelen, de ingezette instrumenten (input), de resultaten (output) en wat dit voor doelen betekent (impact).
- **Interviews met stakeholders**: ter aanvulling op en validatie van het beschikbare onderzoeksmateriaal zijn betrokken partijen in het veld geïnterviewd of geconsulteerd, veelal in de vorm van persoonlijke interviews of focusgroepen en soms door middel van schriftelijke consultatie. Deze informatie geeft vanuit (inter)subjectief perspectief een indruk van de gepercipieerde effectiviteit en doelmatigheid van de regelingen.

- **Bestandsanalyses:** waar beschikbaar zijn bestandsanalyses uitgevoerd, bijvoorbeeld van aantallen uitgekeerde subsidies en de gerealiseerde opleidingsplaatsen. Deze analyses zijn primair bedoeld om inzicht te geven in het gebruik of het bereik van een regeling.
- **Schriftelijke enquête** (Stagefonds en Onderzoeksprogramma Zorg en Welzijn).
- **Analyses per thema.**
- **Overkoepelende analyse.**

1.3 Type beleidsinterventies

Onder het artikel 4 zijn drie type beleidsinterventies opgenomen om bij te dragen aan de doelstelling: stimuleren, financieren en regisseren. Onder deze drie type interventies zijn vervolgens tweeëntwintig interventies beschreven. Voor het *artikel 4.2 opleidingen, beroepstructuur en arbeidsmarkt* zijn de in de begroting van VWS 2016 de volgende beleidsinterventies opgenomen:

Stimuleren

1. van een logische beroepstructuur die aansluit op de huidige en toekomstige zorg- en ondersteuningsvraag;
2. van beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel door kwalitatief goede en samenhangende opleidingen;
3. van innovaties in de zorg en de ontwikkeling en toepassing van ontwikkelde kennis⁶;

Financieren

4. van instrumenten om personeel in de zorg goed op te leiden en bij te scholen (Stagefonds, kwaliteitsimpuls ziekenhuispersoneel);
5. van agentschappen (CIBG) om hun taken in het zorgstelsel uit te voeren;

Regisseren

6. van de dialoog tussen veldpartijen, gericht op de toekomstige (arbeidsmarkt-)uitdagingen en de (arbeidsmarkt-)gevolgen van de transities.

Deze vijf interventies worden in onderlinge samenhang met de zorgsector, opleidingsinstituten, sociale en regionale partners uitgevoerd.

1.4 Clustering van thema's

De beleidsdoorlichting is 'bottom up' opgebouwd op basis van verklarende evaluaties van zestien thema's. De uitkomsten daarvan zijn opgenomen in een bijlagenrapport. Om in het voorliggende overkoepelende rapport uitspraken te kunnen doen over het hele beleidsveld zijn de soortgelijke thema's gebundeld in vijf clusters:

1. Betrouwbare eenduidige Informatievoorziening;
2. Trendmatig opleiden;
3. Toekomstbestendige beroepen en opleidingen;
4. Duurzaam inzetbare medewerkers;
5. Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid.

⁶ Deze interventie heeft deels betrekking op artikel 4.2 en wordt ook met andere begrotingsartikelen uitgevoerd

Hierbij is de indeling gemaakt op basis van het primaire doel van een thema. Een aantal thema's kent meerdere doelstellingen en zouden in twee clusters ingedeeld kunnen worden. Zo is bijvoorbeeld het thema [buitenlands gediplomeerden](#) ingedeeld bij cluster 5. [Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid](#). Tegelijkertijd droeg de toelating van buitenlandse zorgverleners ertoe bij dat er meer voldoende goed opgeleid personeel beschikbaar kwam en zo een bijdrage leverde aan het eerste cluster. Omdat het primaire doel van dit thema gericht was op de randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid is ervoor gekozen dit thema in dat cluster in te delen. Waar nodig wordt in meerdere clusters gerefereerd aan de effecten van degelijke brede thema's.

thema's		1.	2.	3.	4.	5.
		Info	Trend	Toekomst	Inzetbaar	Randv.
1	Betrouwbare eenduidige informatievoorziening					
1A	Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt Zorg en welzijn					
1B	Regionaal arbeidsmarktbeleid					
2	Trendmatig opleiden					
2A	De beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen					
2B	Publieke gezondheidszorgopleidingen					
2C	Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (FZO)					
2D	Het Stagefonds Zorg					
3	Toekomstbestendige beroepen en opleidingen					
3A	Opleiding tot ziekenhuisarts					
3B	Taakherschikking					
3C	Modernisering Geneeskundige Vervolgopleidingen					
4	Duurzaam inzetbare medewerkers					
4A	Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg					
4B	Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches					
4C	Veilig werken in de zorg					
5	Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid					
5A	Vaccinatie hepatitis B					
5B	Buitenlands gediplomeerden					
5C	Unieke Zorgverlener Identificatie Register (UZI-register)					
5D	BIG register					

1. Betrouwbare eenduidige Informatievoorziening

In het cluster informatievoorziening zijn drie instrumenten opgenomen, die de basisinfrastructuur leveren om de arbeidsmarkt en opleidingen in de zorg beter te laten functioneren. Het gaat om het eenduidige en betrouwbare verzamelen van informatie over de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. De partijen op de arbeidsmarkt kunnen met dezelfde set data van goede kwaliteit prognoses maken voor de arbeidsmarkt.

- 1A: Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en welzijn
- 1B: Regionaal arbeidsmarktbeleid
- 4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches, waaronder het project YouChooz (zie ook cluster 4)

Door subsidiëring vanuit de overheid kan ervoor gezorgd worden dat continue en op uniforme wijze relevante data voor de huidige en toekomstige arbeidsmarkt in de zorg en de gewenste ontwikkeling voor de opleidingen in beeld komt.

2. Trendmatig opleiden

In het cluster Trendmatig opleiden zijn zes instrumenten opgenomen, die zich richten op het vergroten van het aanbod van opgeleide medewerkers om in de zorgsector te gaan werken. De instrumenten bedienen verschillende beroepsgroepen (verpleegkundigen, specialisten, artsen in de publieke gezondheidszorg).

- 2A: Beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgoopleidingen
- 2B: Publieke gezondheidszorgopleidingen
- 2C: Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (voorheen Fonds Ziekenhuizen Opleidingen)
- 2D: Stagefonds Zorg
- 1B: Regionaal Arbeidsmarktbeleid (zie ook cluster 1)
- 4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches (zie ook cluster 4)

De rol van de overheid is het voorkomen van marktverstoring tussen opleidende en niet-opleidende ziekenhuizen, het realiseren van een trendmatig, toekomstgericht opleidingsbeleid, het transparant en toetsbaar verdelen van opleidingsplaatsen en het beheersen van de opleidingskosten.

3. Toekomstige beroepen en opleidingen

Mede door technologische mogelijkheden en de snelle ontwikkeling van medische kennis is de afgelopen tientallen jaren de specialisatie in het zorgveld gegroeid. Die veranderende zorgvraag en mondige cliënt vormt de opgave voor de modernisering van geneeskundige vervolgoopleidingen, die vooral medisch inhoudelijk gericht waren. Het nieuwe functieprofiel van de ziekenhuisarts zou als generalistische arts meerwaarde kunnen bieden. Ook twee andere nieuwe functies in ziekenhuizen ontstaan: de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistants. De verwachting is dat zij minder complexe en meer routinematige taken van artsen kunnen overnemen. Er zijn vijf instrumenten ingezet:

- 3A: Opleiding tot ziekenhuisarts
- 3B: Taakherschikking (d.m.v. nieuwe beroepen, opleiding van Verpleegkundig Specialist en Physician Assistants)
- 3C: Modernisering Geneeskundige Vervolgoopleidingen
- 1B: Regionaal Arbeidsmarktbeleid (zie ook cluster 1)
- 4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches (zie ook cluster 4)

Omdat de functies (ziekenhuisarts, verpleegkundig specialisten en physician assistants) nieuw zijn, is er geen reguliere financiering voor de opleidingskosten door werkgevers en zijn subsidies ingezet. De modernisering geneeskundige vervolgoopleiding is met de KNMG opgezet. Vanwege coördinatieproblemen, bleek het niet mogelijk om voldoende (financiële) middelen van de sector te vragen. Bovendien was subsidie gewenst omdat het hier om het anticiperen op de toekomstige stand van de wetenschap en praktijk gaat, waar vanuit het veld beperkte aandacht voor is, vanwege de lange termijn blik die dit vereist. Vanuit het regionaal arbeidsmarktbeleid en de

ondersteuning van branches is met enkele projecten ook geprobeerd om bij te dragen aan de toekomstbestendige beroepen en opleidingen.

4. Duurzame inzetbare medewerkers

Er zijn vier thema's die zich richten op het verbeteren van de manier van werken in de zorg met het oog de medewerkers niet voortijdig uit te laten stromen en ze zo te behouden voor de arbeidsmarkt in de zorg. De instrumenten bestaan vooral uit cursussen voor het scholen en opleiden van het huidige personeel.

- 4A: Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg
- 4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches
- 4C: Veilig werken in de zorg
- 1B: Regionaal Arbeidsmarktbeleid (zie ook cluster 1)

De rol van de overheid is om de gewenste modernisering van de opleidingen en de manier van werken in de praktijk versneld in te voeren. Daarvoor zijn aanjaagsubsidies ingevoerd. Gericht op de duurzame inzet van medewerkers waren ook projecten ondersteund vanuit het regionaal arbeidsmarktbeleid en de branchematige aanpak.

5. Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid

In dit cluster randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid zijn vijf instrumenten opgenomen, die bijdragen aan versterking van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg.

- 5A: Vaccinatie hepatitis B
- 5B: Buitenlands gediplomeerden
- 5C: Unieke zorgverlener identificatie (UZI)
- 5D: BIG-register (komt voort uit de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg)
- 4C: Veilig werken in de zorg

Zonder interventie van overheidszijde is er een risico dat minder studenten zich laten vaccineren tegen hepatitis B met een risico dat zij zelf door ziekte uitvallen of patiënten en andere medewerkers besmetten. De overheid heeft een taak bij het stellen van de randvoorwaarden om te zorgen dat alle betrokkenen aan dezelfde spelregels moeten voldoen (5B, 5C en 5D).

1.5 Leeswijzer

In het tweede hoofdstuk wordt de financiële omvang van Artikel 4.2 en de verdeling over de instrumenten beschreven. In de hoofdstukken drie tot en met zeven worden de bovenstaande vijf clusters behandeld. Daarbij wordt ingegaan op de problematiek, de ingezette instrumenten en middelen, de doeltreffendheid, de doelmatigheid en aanbevelingen om de instrumenten te verbeteren. In het afsluitende hoofdstuk worden de conclusies getrokken over het geheel van Artikel 4.2.

2 Financiële omvang artikel 4.2

Op de begroting van VWS (2016) is voor artikel 4 *zorgbreed beleid* € 871 mln. aan uitgaven geraamd, dat is 6% van de totale begroting. Voor artikel 4.2 *Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt* is € 430 mln. begroot, dat is 3% van de totale begroting. Dat bedrag is onderverdeeld in € 415 mln. subsidies, € 8 mln. opdrachten en 7 mln. aan Agentschappen (CIBG). Naast de financiering via de begroting lopen sinds 2013 de middelen voor de beschikbaarheidsbijdrage (opgebracht uit premies) niet via de begroting en worden geormerkt ingezet voor opleidingen. In het kader van deze beleidsdoorlichting zijn deze middelen en het bijbehorende beleid als onderdeel van het arbeidsmarktbeleid voor de zorg wel geanalyseerd. Inclusief deze middelen is de totale financiële omvang van het beleid van artikel 4.2 ca. € 1,7 mld.

Artikel 4.2 is in de huidige vorm vanaf 2013 in de begroting opgenomen. In de voorafgaande periode waren er twee voorgangers, namelijk artikel 42.2 (gezondheidszorg) en artikel 43.3 (Langdurige zorg).

Tabel 2.1 Financiële inzet voor beleid vallend onder artikel 4.2 (2011 – 2016)⁷

<i>in mln. €</i>	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Artikel 42.2	1.159,5	1.237,4						
Artikel 43.3	58,0	99,0						
Artikel 4.2			345,6	299,2	369,1	430,1	439,6	434,6
Beschikbaarheidsbijdrage opleidingen Zorgverzekeringswet*			1.023,3	1.216,2	1.228,9	1.250,9	1.321,4	1.282,9
Totaal	1.217,5	1.336,4	1.368,9	1.515,4	1.598,0	1.681,0	1.761,0	1.717,5

* Inclusief beschikbaarheidsbijdrage opleidingen AWBZ 2013-2014.

In de onderstaande tabel is een onderverdeling gemaakt van de middelen uit de begroting voor artikel 4.2. Hieruit blijkt dat subsidies veruit de belangrijkste categorie van uitgaven is (ca. 95%). Er wordt vanuit dit artikel verder uitgaven gedaan voor opdrachten, agentschappen en ZBO's/RWT.

Tabel 2.2 Toedeling middelen artikel 4.2 VWS naar deelposten (2011 – 2016)

Onderverdeling Artikel 4.2 VWS	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>in € mln.</i>								
Subsidies			332,9	288,5	359,9	414,3	424,9	418,2
Opdrachten			2,4	2,1	0,6	8,7	8,3	8,3
Bijdragen aan agentschappen			7,8	7,9	7,9	6,5	6,5	6,4
Bijdrage ZBO's / RWT			0,7	0,7	0,7	0,7	0,7	1,7
Totaal			345,6	299,2	369,1	430,1	439,6	434,6

Deze beleidsdoorlichting is gebaseerd op de evaluaties van 16 afzonderlijke thema's, die het veld van artikel 4.2 *Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt* afdekken. De financiële inzet (inclusief de beschikbaarheidsbijdrage van opleidingen Zorgverzekeringswet, die niet via de begroting loopt) is opgenomen in de onderstaande tabel.

⁷ Er is voor elk jaar het bedrag genomen uit de begroting van het desbetreffende jaar. Daarmee zijn de bedragen in prijspeil 't-1' voor het betreffende begrotingsjaar. Voor 2017 en 2018 geldt prijspeil 2016. Deze aanpak is gekozen om zo ook over 2011-2012 vergelijkbare cijfers op te nemen. Vanuit VWS zijn enkele correcties doorgegeven voor toespitsing op het beleid van directie MEVA.

Tabel 2.3 Financiële inzet voor beleid vallend onder artikel 4.2, verdeeld naar clusters en thema's (2011 – 2016) en raming voor 2017-2018. Sommige posten zijn in de optelling per cluster verdeeld over meerdere clusters, bijvoorbeeld regionaal arbeidsmarktbeleid⁸

<i>in € mln.</i>		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1. Betrouwbare eenduidige informatievoorziening		0,7	2,6	2,6	2,6	2,7	2,9	3,3	3,0
1A	Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt Zorg en welzijn	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4
1B	Regionaal arbeidsmarktbeleid*		7,5	7,5	7,5	7,5	8,5	11,5	10,5
2. Trendmatig opleiden		1055,3	1222,8	1140,6	1346,7	1361,6	1386,1	1457,3	1418,5
2A	De beschikbaarheid-bijdrage voor medische vervolgopleidingen	981,9	1.121,6	1.023,3	1.216,2	1.228,9	1.250,9	1.321,4	1.282,9
2B	Publieke gezondheids-zorgopleidingen			16,0	18,2	20,0	20,6	21,0	21,0
2D	Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (FZO)	0	Budget vanaf 2012 is in Beschikbaarheidsbijdrage (2A) opgenomen						
2D	Het Stagefonds Zorg	73,0	99,0	99,0	110,0	110,4	112,0	112,0	112,0
3. Toekomstbestendige beroepen en opleidingen		22,2	24,1	26,2	43,7	40,7	49,6	46,2	44,2
3A	Opleiding tot ziekenhuisarts**			3,5	5,8	0,6	8,3	4,5	2,8
3B	Taakherschikking	21,0	21,0	19,6	34,8	37,0	38,2	38,8	38,8
3C	Modernisering Geneeskundige Vervolgopleidingen	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,6	0	0
4. Duurzaam inzetbare medewerkers		0,4	2,8	3,1	51,9	138,5	195,7	199,8	193,1
4A	Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg				48,0	134,6	191,4	196,5	190,1
4B	Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches*	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
4C	Veilig werken in de zorg***		1,0	1,7	3,2	3,2	3,5	0	0

⁸ Er is voor elk jaar het bedrag genomen uit de begroting van het desbetreffende jaar. Deze aanpak is gekozen om zo ook over 2011-2012 vergelijkbare cijfers op te nemen. Vanuit VWS zijn enkele correcties doorgegeven voor toespitsing op het beleid van directie MEVA.

in € mln.		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
5. Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid		0,0	14,8	12,7	9,6	9,4	9,0	7,3	7,3
5A	Vaccinatie hepatitis B		3,5	3,9	3,9	3,9	4,7	4,8	4,8
5B	Buitenlands gediplomeerden****			2,5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
	Unieke Zorgverlener Identificatie Register (UZI-register)		10,8	5,5	1,6	1,4	Kostendekkend		
5D	BIG register*****	Kostendekkend							
Totaal clusters/thema's		1.078,6	1.267,1	1.185,2	1.454,4	1.552,8	1.643,3	1715,0	1.667,4
<i>Restpost (budget niet opgenomen in de thema's)</i>		<i>138,9</i>	<i>69,3</i>	<i>183,7</i>	<i>61,0</i>	<i>45,2</i>	<i>37,9</i>	<i>46,0</i>	<i>50,1</i>
Totaal budget beleid 4.2		1.217,5	1.336,4	1.368,9	1.515,4	1.598,0	1.681,2	1.756,2	1.711,5

*Regionaal arbeidsmarkt en ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches dragen bij aan meerdere clusters en dat is bij de betreffende clusters meegeteld.

**Vanaf 2016 onderdeel van de begrotingspost Innovatie beroepen en opleidingen

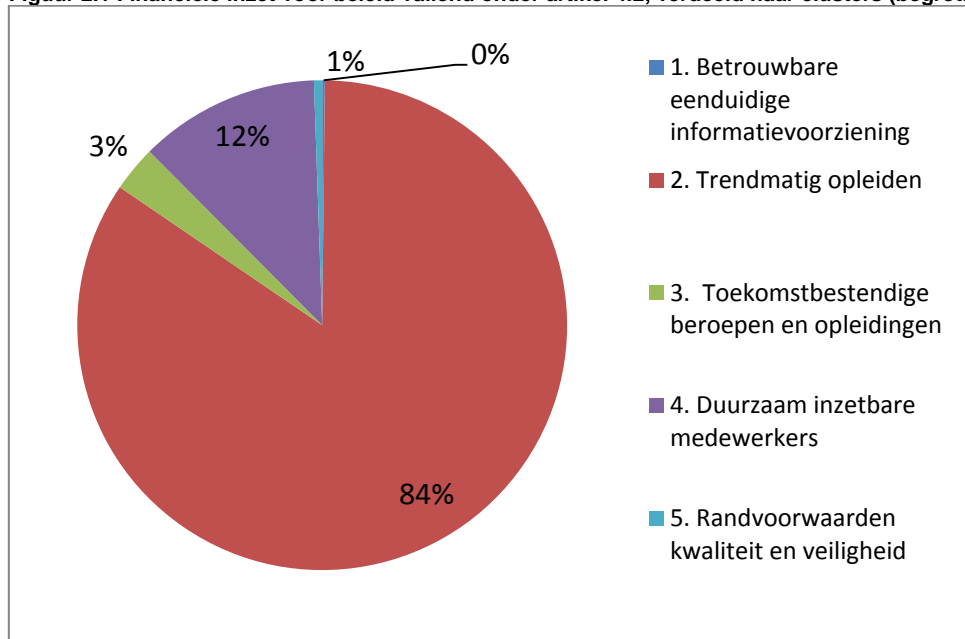
***Veilig werken in de zorg draagt bij aan meerdere clusters en dat is bij de betreffende clusters meegeteld, vanaf 2016: Veilig werken in de zorg maakt deel uit van de begrotingspost arbeidsomstandigheden

****Het budget voor het beoordelen van de buitenlands gediplomeerden maakt onderdeel uit van het totale budget van het CIBG, kosten 2016 e.v. zijn extrapolatie van 2015

*****Uitgangspunt is dat de uitvoeringskosten van het BIG-register worden gedekt door de bijdrage van de ingeschrevenen. Onduidelijk is of het BIG-register kostendekkend opereert.

In de onderstaande figuur is een onderverdeling gemaakt naar de financiële inzet van het beleid van artikel 4.2 naar de vijf clusters van beleid. Hieruit blijkt dat veruit het grootste deel (85%) van de middelen worden ingezet voor cluster 2. *trendmatig opleiden*. De tweede post is het cluster 4. *Duurzaam inzetbare medewerkers* met 12%. Er is 3% van het budget ingezet om voor cluster 3. *Toekomstbestendige beroepen en opleidingen*. Voor cluster 1. *Betrouwbare eenduidige informatievoorziening* en cluster 5. *randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid* is ca. 1% ingezet, deels omdat er regelingen onder vallen die worden gefinancierd via eigen bijdragen en opereren op basis van kostendekkende uitvoering.

Figuur 2.1 Financiële inzet voor beleid vallend onder artikel 4.2, verdeeld naar clusters (begroting 2016)



Belangrijk is op te merken dat voor een aantal instrumenten geldt dat de middelen met instemming van de sector zelf uit de meer algemene bestaande ziekenhuisbegrotingen zijn onttrokken om deze

geormerkt voor opleidingen in te zetten. In de onderstaande tabel is een overzicht gegeven van de herkomst van de middelen. Er is een onderverdeling gemaakt in drie categorieën:

- **Geld van de sector:** Hier gaat het om middelen die oorspronkelijk niet op Artikel 4.2. of in het Financieel Beeld Zorg van de begroting van VWS waren opgenomen, maar die de zorgsector ontvangt en die afgesplitst zijn voor opleidingen en na herverdeling en met oormerking aan de sector worden teruggegeven.
- **Cofinanciering:** Hier gaat het om uitgaven aan instrumenten, waarbij partijen uit het veld deels mee investeren/betalen.
- **Begroting VWS:** Dit zijn uitgaven bijvoorbeeld in de vorm van subsidie of een bijdrage aan een uitvoerende instantie, die op de begroting van VWS staan.

Tabel 2.4 Herkomst van de middelen in drie categorieën

		Geld van de sector	Cofinanciering	Begroting VWS
1. Betrouwbare eenduidige informatievoorziening				
1A	Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt Zorg en welzijn		✓	
1B	Regionaal arbeidsmarktbeleid		✓	
2. Trendmatig opleiden				
2A	De beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgoopleidingen	✓		
2B	Publieke gezondheidszorgopleidingen			✓
2C	Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (FZO)	✓		
2D	Het Stagefonds Zorg		✓	
3. Toekomstbestendige beroepen en opleidingen				
3A	Opleiding tot ziekenhuisarts			✓
3B	Taakherschikking			✓
3C	Modernisering Geneeskundige Vervolgoopleidingen		✓	
4. Duurzaam inzetbare medewerkers				
4A	Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg	✓		
4B	Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches		✓	
4C	Veilig werken in de zorg			✓
5. Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid				
5A	Vaccinatie hepatitis B			✓
5B	Buitenlands gediplomeerden			✓
5C	Unieke Zorgverlener Identificatie Register (UZI-register)		✓	
5D	BIG register		✓	

De volgende conclusies kunnen getrokken worden:

- De instrumenten onder *cluster 1. Betrouwbare eenduidige Informatievoorziening* worden betaald door het ministerie van VWS met cofinanciering door partijen uit het veld.
- Twee instrumenten van *cluster 2. Trendmatig opleiden* worden gevormd door middelen uit de sector. Dat zijn instrumenten die zich richten op vervolgopleidingen. Twee instrumenten voor initiële opleidingen (stages en publieke gezondheidszorg) worden door de overheid betaald.
- Bij *cluster 3. Toekomstbestendige beroepen en opleidingen* wordt het grootste deel betaald vanuit Artikel 4.2. Dat zijn middelen voor vernieuwing en zijn tijdelijk van karakter.
- De instrumenten van *cluster 4. Duurzaam inzetbare medewerkers* wordt op verschillende manieren gefinancierd. Dat past bij de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de rijksoverheid, de sociale partners en de werkgevers in de zorg.
- De instrumenten van *cluster 5. Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid* worden deels betaald uit Artikel 4.2 en deels door de gebruikers (registers opereren in principe kostendekkend).

3 Cluster1 Betrouwbare eenduidige informatievoorziening

3.1 Inleiding

In het cluster *betrouwbare eenduidige informatievoorziening* zijn drie thema's opgenomen:

- 1A: Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en welzijn;
- 1B: Regionaal arbeidsmarktbeleid;
- 4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches (zie ook cluster 4).

3.2 Problematiek

In het verleden was Informatie over de zorg-arbeidsmarkt sterk versnipperd en was er discussie over de betrouwbaarheid van cijfers. Er waren meerdere branches met eigen arbeidsmarktfondsen die eigen informatie vergaarden. De arbeidsmarktfondsen zochten naar informatie voor hun leden (werkgevers én werknemers) over ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Informatie die nodig is om strategische beleidskeuzes te maken over in- en uitstroom van personeel. Een gebrek aan eenduidige informatie over vraag en aanbod op de zorg-arbeidsmarkt belemmerde inzicht in branche-overstijgende huidige en toekomstige arbeidsmarktknelpunten. Op basis van versnipperde informatie is het moeilijk om goed beleid te voeren en om knelpunten op te lossen en te voorkomen.

De arbeidsmarkt in de zorg kent een sectorale dimensie (verschillende branches) en een regionale dimensie. Goed inzicht in de ontwikkelingen per branche op landelijke en regionale schaal is nodig omdat de arbeidsmarkt voor personeel in de zorgsector met name een regionale markt is en regionale tekorten en overschotten kent. De verhuisbereidheid in de zorgsector, zeker voor verzorgend en verplegend personeel, is regionaal en zelden landelijk. Daarom is voor de uitvoering van landelijk arbeidsmarktbeleid de regionale dimensie noodzakelijk.

3.3 Waarom een rol voor VWS?

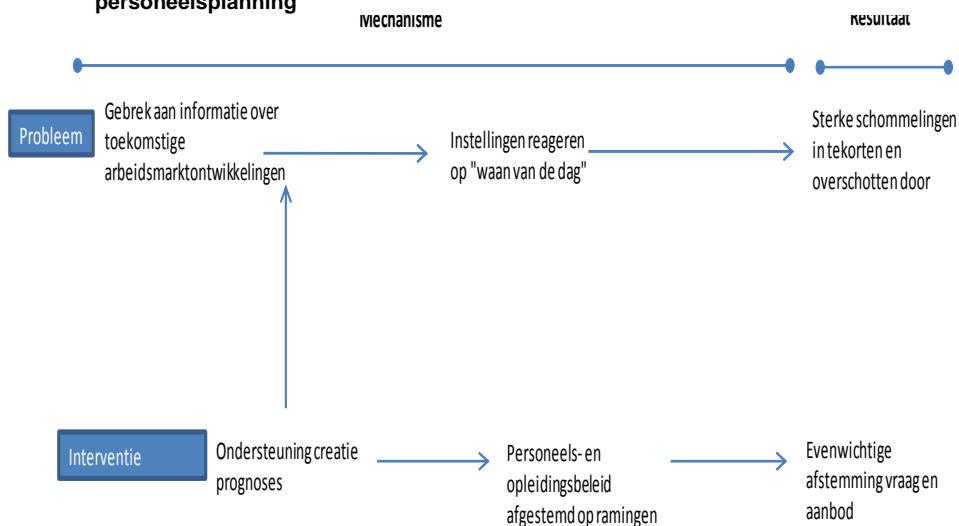
Door subsidiëring vanuit de Rijksoverheid wordt ervoor gezorgd worden dat op continue en uniforme wijze relevante data voor de huidige en toekomstige arbeidsmarkt in de zorg en de gewenste ontwikkeling voor de opleidingen in beeld komt. Dit is een basisvoorwaarde voor het goed functioneren van de arbeidsmarkt en vormt bij uitstek een publiek goed. Bovendien bestaat de zorg uit verschillende branches (coördinatieproblemen) en hebben arbeidsmarktontwikkelingen in de ene branche, effecten op de arbeidsmarkt in de andere branche (externe effecten tussen branches). De rol van de overheid is daarom het faciliteren en stimuleren van het verzamelen en ontsluiten van eenduidige en betrouwbare informatie voor de hele arbeidsmarkt in de zorg, welzijn, jeugd en kinderopvang. Door als overheid hierin te voorzien wordt dit naar verwachting aanzienlijk efficiënter en professioneler uitgevoerd dan dat iedere instelling zelf informatie verzamelt en analyseert.

Met grootschalige enquêtes onder werkgevers en werknemers en het gebruik van administratieve data van CBS en pensioenfondsen (ABP/PFZW), ontstaat een sterke empirische basis voor

robuust cijfermateriaal over ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Door dit periodiek te herhalen ontstaan mogelijkheden om tijdreeksen te creëren en daarmee trends te onderkennen. Tevens wordt door het steeds terugkerende proces de herkenbaarheid van deze data voor partijen in het veld vergroot en weten zij dat zij steeds weer terug kunnen vallen op herhalingsmetingen.

De sociale partners van diverse zorgbranches zijn van begin af aan betrokken geweest, zowel inhoudelijk als financieel, vanuit de gedachte van het eigenaarschap dat de sociale partners hebben. Hiermee wordt de eenduidigheid van de cijfers verder versterkt.

Figuur 3.1 Beleidsprobleem en oplossingsmechanisme: gebrek aan informatie voor strategische personeelsplanning



Er zijn op drie niveaus instrumenten ingezet:

- **Landelijke informatie:** Het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Met dit programma stelt de overheid sociale partners in de zorgsector in staat toekomstgericht arbeidsmarktbeleid te maken. Het programma wordt voor 50% gefinancierd door de arbeidsmarktfondsen. De fondsen zijn daarmee deels eigenaar van het programma en beslissen mee over inhoud. Het arbeidsmarktprogramma stimuleert de branches gezamenlijk (branche-overstijgende) oplossingsstrategieën te formuleren voor arbeidsmarktknelpunten. Daarnaast is met alle branches gezamenlijk geïnvesteerd in YouChooz, gericht op eenduidige en betrouwbare informatie voor potentiële studenten over opleidingen en arbeidsmarktperspectief zorg.
- **Regionale informatie:** Vanuit zowel centraal niveau als decentraal niveau werd verdere versterking van de regionale werkverbanden wenselijk geacht, in ieder geval in regio's waarin de samenwerkingsverbanden minder goed waren geworteld. Daarom is subsidiëring van regionaal beleid voortgezet, op basis van het programma "De Weg naar Balans"(DNWB) en in de huidige beleidsperiode (2016-2020) wordt gewerkt met dezelfde vier programmalijnen gewerkt aan de hand van het programma "Koersen op kansen, regionaal resultaat".
- **Branche-specifieke informatie:** Aanvullend aan het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn en het regionale arbeidsmarktbeleid is er ook geld van branche-projecten gestoken in eigen aanvullend arbeidsmarktonderzoek voor specifieke branches.

Het doel van deze drie instrumenten is bevordering van gezamenlijk arbeidsmarktbeleid van alle betrokken partijen (landelijk, regionaal en branche). Op basis van kwalitatieve goede informatie is het mogelijk om bij te dragen aan:

- Inzicht in vraag en aanbod nu en in de toekomst;

- Vergroten/verkleinen van de instroom en uitstroom in zorgberoepen waar vraag en aanbod niet aansluiten;
- Door het creëren van voldoende opleiding(splaatsen);
- In goede samenwerking met andere partijen: UWV, gemeenten, kenniscentra en onderwijs.

Ingezet budget

Aan dit cluster betrouwbare eenduidige informatievoorziening wordt € 1 mln. (2011) tot 3 mln. (2016) uitgegeven, waarbij het budget van het regionale arbeidsmarktbeleid is toegedeeld aan meerdere clusters.

3.4 Doeltreffendheid

1A: Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en welzijn:

- Op basis van de interviews concluderen we dat de bekendheid en het gebruik onder de primaire doelgroep hoog is. Het programma levert **eenduidige arbeidsmarktinformatie** waar alle branche-partijen achter staan. Ook draagt het programma bij aan informatie over de zorg-arbeidsmarkt als geheel. Het programma stimuleert het integraal kijken naar ontwikkelingen binnen de arbeidsmarkt als geheel. Arbeidsmarktfondsen vertalen de informatie naar branche-specifieke arbeidsmarktprogramma's en ondersteunen daarmee hun achterban in het vormgeven van strategisch personeelsbeleid.
- Uit een enquête onder HR-medewerkers van zorginstellingen is gebleken dat de regionale en branche-specifieke informatie uit het onderzoeksprogramma **relevant en toegankelijk** is voor individuele zorginstellingen. **Instellingen gebruiken de informatie** voor het plannen van opleidingen, ontwikkelen van een strategie voor het werven van personeel en om prestatie-indicatoren van de eigen organisatie te vergelijken met het branche-gemiddeld.
- Ten aanzien van **samenwerking tussen branches** en het zoeken naar branche-overstijgende oplossingen is de **doeltreffendheid onvoldoende**. Betrokkenen denken nog vaak vanuit het perspectief van de eigen branche. Men steekt nog weinig tijd en energie in nadenken over branche-overstijgende oplossingen.
- Het samenvattende oordeel is dat Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en welzijn **doeltreffend is waar het gaat om de eenduidige arbeidsmarktinformatie**. Voor het doel om branche-overstijgend arbeidsmarktbeleid te voeren, is nog winst te boeken.

1B: Regionaal arbeidsmarktbeleid:

- Op basis van de beschikbare informatie kan **geen (duidelijke) samenhang** tussen de inspanningen en de resultaten worden vastgesteld. Effecten worden in globale zin gemeten, gekoppeld aan de programmalijnen. **De additionaliteit (meerwaarde) van de subsidie kan op basis van de beschikbare informatie niet worden vastgesteld.**
- **In de percepties** van de direct betrokken werkgevers is **het regionale arbeidsmarktbeleid effectief** en draagt dit bij aan de doelstellingen van het beleid. Dit betreft in het bijzonder:
 - Een verstevigd regionaal netwerk;
 - Meer en betere bijscholing van personeel;
 - Verbeterde aansluiting van het onderwijs op het werkveld;
 - Een bijdrage aan verbetering van het imago van zorg en welzijn.

Ook is er veel waardering voor de wijze waarop de regionale netwerkstructuur functioneert.

- **De monitor** constateert dat gemiddeld 40 procent van de respondenten uitkomsten van arbeidsmarktonderzoek heeft vertaald naar **concrete beleidsmaatregelen** in de eigen organisatie. Verder is het onderhoud van de (regionale) vacaturesites een belangrijk onderdeel van de regionale samenwerking. Tot slot vormt informatieoverdracht en kennisuitwisseling via netwerken een kenmerkend onderdeel van de activiteiten op regioniveau.

4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches (zie ook cluster 4)

- Binnen de arbeidsmarktprojecten van branches wordt de bijdrage aan de informatievoorziening als een belangrijk doel genoemd. Op enkele uitzonderingen na, zijn er noch in de documentatie, **noch** in de interviews **onderbouwde effecten van de projectsubsidie op de doelvariabelen van beleid (goed functionerende arbeidsmarkt en kwaliteit van de zorg) terug te vinden**. Het project YouChooz is de voorlichtingssite over opleidingen en beroepen in zorg, welzijn en sport. Daarmee wordt een zeer groot deel van de schoolgaande jeugd bereikt, en zeker de groep die op zijn minst interesse heeft in de zorg. In totaal omvat de leeftijdsgroep van 10-19 jaar ongeveer 1,8 miljoen mensen. Het project YouChooz is vanwege dit bereik doeltreffend. De subsidie voor arbeidsmarktprojecten branches is ook benut om het **eigen aanvullende arbeidsmarktonderzoek blijvend een bruikbare vorm te geven** (verzameling nuttige beleidsinformatie over dynamiek), waardoor structureel over accurate arbeidsmarktinformatie wordt beschikt.

Conclusie over doeltreffendheid

Voor eenduidige informatie is samenwerking van partijen op landelijke schaal nodig en dat vindt plaats in het *Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en welzijn*. De aanpak is **doeltreffend is voor het leveren van eenduidige arbeidsmarktinformatie**. Bij het landelijke onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt en Zorg wordt de samenwerking tussen de branches als onvoldoende beoordeeld gericht op het vinden van branche-overstijgende oplossingen. .

De uitsplitsing naar regio's en branches wordt van belang geacht. Het regionale arbeidsmarktbeleid en de subsidie voor branchespecifieke projecten leiden tot informatie over bepaalde zorgmarkten. Echter op basis van de nu beschikbare gegevens kan **geen uitspraak over de doeltreffendheid** van de ingezette instrumenten voor het regionale en branchegerichte arbeidsmarktbeleid worden gedaan. Goede en betrouwbare informatie wordt door de betrokken partijen als een belangrijke meerwaarde van de projecten wordt gezien.

3.5 Doelmatigheid

1A: Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en welzijn

- De arbeidsmarktfondsen en het ministerie van VWS vinden dat uitgaven in verhouding staan tot de opbrengsten. Het programma wordt elke vier jaar aanbesteed. In een aanbestedingsprocedure wordt de aanbieder gekozen met de **beste prijs/kwaliteit verhouding**.
- De organisatie van het programma (afstemming en betrokkenheid stuurgroep) **kan op punten doelmatiger**. In de praktijk is gebleken dat sommige producten onvoldoende draagvlak hadden bij de arbeidsmarktfondsen van enkele branches.
- Het ministerie van VWS subsidieert meerdere landelijke en regionale arbeidsmarktprogramma's. Het onderzoeksprogramma AZW **kan mogelijk doelmatiger door meer samenhang** met ander landelijk en regionaal arbeidsmarktonderzoek te zoeken

bijvoorbeeld rond het verzamelen van data of het organiseren van het veldwerk.

1B: Regionaal arbeidsmarktbeleid:

- Vastgesteld kan worden dat de beschikbare middelen zijn besteed aan activiteiten die door het merendeel van de werkgevers en andere partijen in de **netwerken worden gewaardeerd**. We kunnen echter **niet bepalen** of een andere besteding (andere verdeling) van de middelen tot grotere effecten zou hebben geleid, of dat dezelfde effecten met minder inspanningen (uitgaven) zouden kunnen worden bereikt.
- Het grootste deel van de beschikbare middelen is ingezet op de thema's werven en strategisch arbeidsmarktbeleid (strategische personeelsplanning). Tot dit laatste thema behoren ook activiteiten op het terrein van arbeidsmarktonderzoek en arbeidsmarktinformatie. Uitgaven op het terrein van onderwijs betreffen hoofdzakelijk infrastructurele (faciliterende) activiteiten. De sturing van het programma heeft er mede aan bijgedragen dat aan de verschillende thema's aandacht is besteed; de aandacht voor duurzame inzetbaarheid en anders werken blijft **niettemin wat achter op de verwachtingen**.

4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches (zie ook cluster 4)

- Over de doelmatigheid kunnen op basis van de beschikbare informatie **geen harde conclusies** worden getrokken.
- Ongeveer 25 procent van de subsidie (ca. € 3 mln.) is ingezet voor activiteiten op het terrein van informatievoorziening, voorlichting en bewustwording.
- Min of meer terugkerende begrippen zijn "arbeidsmarktinformatie" en "beleidsinformatie" (en aansluitend informatie-uitwisseling en advisering). Anders gezegd, via de projecten is en/of wordt structureel informatie verzameld en verspreid, waarvan, mede vanwege de gekozen vorm van communicatie (website, netwerk, e.d.) wordt verwacht dat deze bijdraagt aan beter arbeidsmarkt- en personeelsbeleid op het niveau van branches en instellingen, ook met positieve effecten voor duurzame inzetbaarheid van personeel.

Conclusie doelmatigheid

Het onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt en Zorg wordt elke vier jaar aanbesteed met het oog op de beste prijs/kwaliteit verhouding. De direct betrokken partijen (ministerie VWS en de arbeidsmarktfondsen) zijn positief over de doelmatigheid. Bij de projecten van de regionale en branche-specifieke informatievoorziening is de relatie tussen de ingezette middelen en het resultaat niet sterk te leggen op basis van de beschikbare informatie. Er bestaat het beeld dat in combinatie met het onderzoeksprogramma AZW het regionale en branche-specifieke arbeidsmarktonderzoek aan doelmatigheid kan winnen rond het verzamelen van data of het organiseren van het veldwerk.

3.6 Aanbevelingen gericht op vergroting doeltreffendheid en doelmatigheid

1A: Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en welzijn

- Om de gebruikswaarde van de informatie te vergroten dient de **samenwerking** tussen regionale en landelijke partijen versterkt te worden. In die samenwerking zouden **duidelijk rollen en taakafbakening** tussen de regionale en landelijke partijen moeten worden gemaakt.

- **De actualiteit van de data** kan verbeterd worden. Onderzoeken of pensioenfondsdata of andere databronnen kunnen bijdragen aan de actualiteit van de gegevens door beter gebruik te maken van data van pensioenfondsen.
- **Branche-overstijgend nadenken** over oplossingen voor arbeidsmarktproblemen komt nog onvoldoende van de grond. De informatie rond actuele thema's presenteren in plaats van per branche kan bijdragen aan het formuleren van gezamenlijke oplossingen.
- **Monitor het gebruik** van de verschillende producten door primaire en secundaire doelgroepen. Dit kan bijvoorbeeld via enquêtes onder verschillende doelgroepen. Dit levert informatie om beargumenteerde keuzes te maken in producten.
- Een **duidelijker visie** op wat arbeidsmarktfondsen met het onderzoeksprogramma willen bereiken helpt de betrokkenheid van en **afstemming met arbeidsmarktfondsen** te verbeteren. Hierdoor ontstaat meer draagvlak voor de beslissingen die de stuurgroep neemt. Dit verbetert het besluitvormingsproces en de doelmatigheid van de uitvoering van het programma.

1B: Regionaal arbeidsmarktbeleid en 4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches (zie ook cluster 4)

- Er is een duidelijkere link nodig tussen de programmalijnen (en bijbehorende activiteiten) en de doelvariabele(n). Door een scherpere vraagstelling zouden (via de monitor) betere indicaties voor het type effecten kunnen worden vastgesteld (lagere vacaturepercentages, betere voorziening van scholingsbehoefte, etc.). Vooraf zou moeten worden vastgesteld welke indicatoren worden gebruikt voor effectiviteit en doelmatigheid en, daarop aansluitend, zouden monitoring en evaluatie standaard onderdeel van het project moeten zijn.

Aanbevelingen

Overstijgend aan de hierboven genoemde aanbevelingen per instrument, geven we nog de volgende punten mee:

- Wat is de toegevoegde waarde van regionaal en branchegericht arbeidsmarktbeleid? Het is evident dat er verschillen zijn tussen regio's en branches en dat bepaalde gegevens beter lokaal of per branche verzameld kunnen worden. Er is een risico dat meerdere partijen hetzelfde wiel gaan uitvinden en er dubbel werk wordt verricht. Coördinatie tussen regio's en branches kan deze inefficiëntie voorkomen. Vervolgens komt aan bod wie met de informatie het beleid gaat vormgeven en of dat op het juiste schaalniveau gebeurt. Als oplossingen op een te kleine schaal worden gezocht (regionaal en branchegewijs), dan kan dat tot ineffectiviteit en inefficiëntie leiden. De aanbeveling is om een heldere en consequente ordening tussen de niveaus te maken (rijksoverheid, regio's en branches) voor het vergaren van data en het zoeken naar oplossingen voor arbeidsmarktknelpunten op het juiste schaalniveau met aanwijzing van verantwoordelijkheden voor uitvoering en de coördinatie.
- Overweeg of het mogelijk is om de regionale en branche-specifieke informatie toe te voegen aan onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt en Zorg en niet meer met drie regelingen te ondersteunen. Dat vraagt dan wel om intensivering van de samenwerking tussen partijen om het onderzoeksprogramma zo in te richten dat er voor eenieder de relevante informatie uit te halen is. Een parallel kan getrokken worden met andere domeinen waarin de rijksoverheid en regio's data verzamelen, zoals de Nationale Databank Wegverkeergegevens. Daar is uit soortgelijke overwegingen (kwaliteit data, gebruik voor prognoses en capaciteit, efficiëntie) gekozen voor een centraal model, waarin regio's en het rijk samen sturing aan geven en samenwerken om informatie te bundelen en beschikbaar te stellen.

4 Cluster 2 Trendmatig opleiden

4.1 Inleiding

Direct

In het cluster *Trendmatig opleiden personeel* zijn zes instrumenten die zich primair richten op het waarborgen van voldoende aanbod van goed (vaak specialistisch) opgeleide medewerkers om in de zorgsector te gaan of blijven werken:

- 2A. Beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen
- 2B. Publieke gezondheidszorgopleidingen
- 2C. Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (voorheen Fonds Ziekenhuizen Opleidingen)
- 2D. Stagefonds Zorg
- 1B: Regionaal Arbeidsmarktbeleid (zie ook cluster 1)
- 4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches (zie ook cluster 4)

Indirect

Daarnaast zijn er vier thema's die indirect aan dit cluster bijdragen:

- 3A. Opleiding tot ziekenhuisarts (zie ook cluster 3)
- 3B. Taakherschikking. Een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialist en Physician Assistants (zie ook cluster 3)
- 3C: Modernisering Geneeskundige Vervolgopleidingen (zie ook cluster 3)
- 5B: Buitenlands gediplomeerden (zie ook cluster 5)

4.2 Problematiek

De toekomstige vraag naar zorg groeit, onder meer door een ongezonde levensstijl van een deel van de bevolking en nieuwe behandelmethoden. Het aanbod van voldoende specialistisch opgeleid personeel is nodig om aan die vraag te kunnen voldoen. De vraag verschilt per type functie en kent ook regionale differentiatie. Zo zijn tekorten bij medisch specialisten regionaal en sterk afhankelijk van het type specialisme.

Voor 2003 was er sprake van een situatie waarbij de verantwoordelijkheidsverdeling voor het opleiden niet helder was. Zorgopleidingen werden via uiteenlopende bronnen en op basis van meerdere regelingen bekostigd. Opleidingsmiddelen zaten grotendeels ongeoormerkt in de instellingsbudgetten, die uit premiegelden werden gefinancierd. Voor sommige opleidingen werden de opleidingsplaatsen (mee)gefinancierd uit andere bronnen zoals begrotingsgelden. De instellingen bepaalden zelf welke opleidingen ze realiseerden, en een volledig inzicht in de kosten van opleidingen en het aantal opleidingsplaatsen ontbrak. Het effect was dat voor sommige zorgberoepen te veel en voor andere juist structureel te weinig werd opgeleid.

Deze complexe en ondoorzichtige systematiek was niet prestatiegericht en bevatte geen adequate prikkels tot opleiden. De opleidingsmiddelen in de budgetten werden niet door alle instellingen navenant aan opleiden besteed en er was 'freeridgedrag' (de ene instelling profiteert van de opleidingsinspanning van de andere). Sinds 1999 raamt het Capaciteitsorgaan voor diverse zorgberoepen periodiek de opleidingsbehoefte. Echter deze ramingen werden in de praktijk

onvoldoende nagevolgd met als effect dat er geen goed aansluiting tussen de zorgvraag en -aanbod van goed opgeleid personeel was.

Met het oog op het creëren van een 'level-playing-field' als randvoorwaarde voor marktwerking in de zorg was het ook nodig om de kosten voor het opleiden te scheiden van de zorgbudgetten en apart te financieren. Vanaf 2007 zijn de opleidingsmiddelen uit de (toenmalige) instellingsbudgetten opgeschoond en vervolgens geormerkt weer beschikbaar gesteld aan de opleidende instellingen via rijkssubsidieregelingen. Voor de opleidingen die onder deze regelingen vallen, heeft de minister van VWS sinds die tijd jaarlijks de aantallen subsidiabele opleidingsplaatsen vastgesteld aan de hand van de landelijke ramingen. Zodoende heeft het toenmalige kabinet vanuit de systeemverantwoordelijkheid voor de zorgsector en de zorgopleidingen vanaf 2007 voor landelijk geraamde opleidingen een systeem van landelijke financiering en sturing ingericht. Voor de toewijzing van opleidingsplaatsen per opleiding naar individuele opleidende zorginstellingen is ook in een landelijk verdeelmodel naar verschillende opleidingen voorzien.

Het bovenstaande geeft de situatie voor de (belangrijke) groep medisch specialisten. In 2010 volgt een sterk vergelijkbare regeling voor diverse andere ziekenhuisopleidingen. De tien thema's richten zich elk op het vergroten van de opleidingscapaciteit om zo het aanbod op de diverse niveaus te verhogen.

4.3 Waarom een rol voor VWS?

Het ministerie van VWS heeft de systeemverantwoordelijkheid om voor voldoende personeel te zorgen (evenwicht vraag en aanbod, nu en in de toekomst). Daarnaast hebben de zorginstellingen zelf verantwoordelijkheden. De rol van de overheid is het voorkomen van marktverstoring tussen opleidende en niet-opleidende ziekenhuizen en voorkomen van varkenscycli door het realiseren van een trendmatig en toekomstgericht opleidingsbeleid. Dat krijgt vorm door het transparant en toetsbaar verdelen van opleidingsplaatsen en het beheersen van de opleidingskosten. Doordat het grootste deel van het budget afkomstig is uit de sector zelf is de rol van VWS vooral een regisserende en coördinerende rol.

De overheid gebruikt wet- en regelgeving en stelt de financiële kaders om beschikbaarheid van zorg en evenwichtige marktverhoudingen te borgen. Ook de financieringsystematiek is een zaak van de overheid. Dit betekent dat de overheid eveneens verantwoordelijk is voor het beschikbaar stellen van toereikende middelen om die systematiek uit te (doen) voeren, zodat de zorgsector in staat is voldoende personeel doelmatig in te zetten.

De beschikbaarheidsbijdragen (2A medische vervolgopleidingen, 2C overige opleidingen ziekenhuizen) en subsidies (2B publieke gezondheidszorgopleidingen en 2D Stagefonds) worden ingezet omdat de 'markt' van zorginstellingen niet zelf voor een optimaal aantal opleidingsplaatsen zorgt. Om de interventie van de overheid te begrijpen, wordt eerst ingegaan op een situatie zonder bijdragen/subsidies van de overheid. Dan zou bijvoorbeeld een ziekenhuis zelf het opleiden ter hand moeten nemen. In de praktijk bleken zij vooral op te leiden voor benodigde capaciteit voor de eigen bedrijfsvoering en niet voor de landelijke zorgbehoefte (en zeker niet voor de 'concullega's'). De opleidingskosten zijn relatief hoog (door de relatief kleine schaal) en het vraagt om aparte arrangementen om de 'eigen' opgeleide zorgverleners aan het ziekenhuis te binden. Met clausules in contracten kunnen opgeleide zorgverleners in ieder geval voor een bepaalde periode worden gebonden. Echter dit leidt tot bureaucratie en kan neveneffecten hebben, waardoor gewenste flexibiliteit op de arbeidsmarkt afneemt. Mogelijk ontstaat er strategisch gedrag en zijn er ziekenhuizen, die ervoor kiezen om niet zelf op te leiden en de afgestudeerden van andere

ziekenhuizen in dienst te nemen. Dan dragen ze niet de kosten, maar profiteren van de inspanningen van een ander ziekenhuis. Dit wordt het 'freeriderprobleem' genoemd. Uit de economische (spel)theorie is bekend dat door het optreden van het 'freeriderprobleem' het risico ontstaat dat er te weinig studenten worden opgeleid omdat partijen verwachten dat de ander het wel zal doen.

Een tweede probleem dat in de dynamiek van vraag en aanbod met individuele spelers en zonder regulering kan optreden is dat iedereen een eigen inschatting maakt van de toekomstige arbeidsmarkt. Daar kunnen inschattingsfouten worden gemaakt op basis van het ten onrechte extrapoleren van de huidige situatie of vanuit overwegingen over de financiële situatie van de betreffende zorginstellingen. Hierdoor kunnen zogenaamde 'varkenscycli' ontstaan.

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 ontstaat⁹.

De analogie met de varkenscyclus bestaat hierin dat doordat opleiden tijd kost (net als varkens fokken) niet direct nieuw aanbod kan worden gecreëerd. Als opleider ben je dus te laat, als je wacht totdat er tekorten voelbaar worden. Als onvoldoende geanticipeerd wordt op de toekomstige instroombehoeften en slechts gereageerd wordt op de "waan van de dag" en gericht op financiële resultaten op de korte termijn dan perioden van tekorten periodiek terugkeren. Door als centrale overheid ervoor te zorgen dat veldpartijen zorgen voor informatie over de benodigde instroom voor de langere termijn en op basis daarvan voor een herverdeling door die veldpartijen van budgetten voor opleidingen kunnen deze marktverstoringen worden voorkomen. De betreffende informatie over de benodigde instroom is beschikbaar via ramingen die door het Capaciteitsorgaan worden uitgevoerd. Deze centrale aanpak is efficiënter en naar verwachting accurater dan dat instellingen ieder zelf hun eigen instrument hiervoor te ontwikkelen, of enkel afgaan op signalen van de arbeidsmarktsituatie van dat moment. Inherent aan ramingen zijn onzekerheidsmarges, ook al gaat het om zeer professionele voorspelmodellen. En er zijn ook onverwachte gebeurtenissen die effecten kunnen hebben op de toekomstige vraag naar zorg en het aanbod van opgeleide zorgverleners.

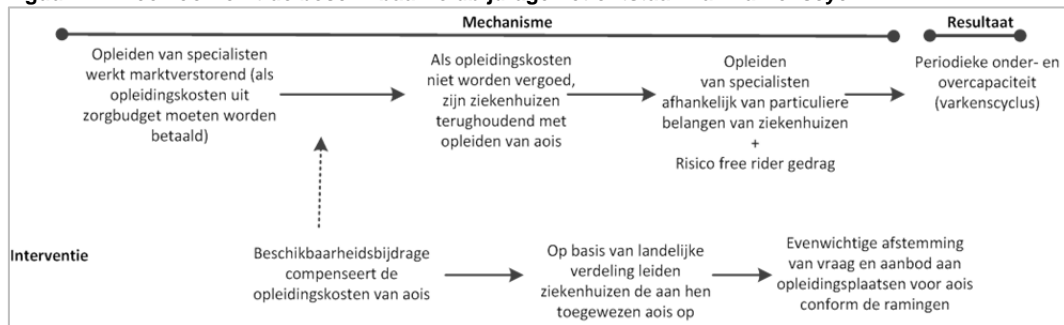
Daarnaast stelt de subsidie de overheid in staat opleidingsplaatsen transparant en toetsbaar te verdelen en de opleidingskosten te beheersen.¹⁰

Hieronder wordt de beleidstheorie schematisch toegelicht (voorbeeld voor opleiding van specialisten).

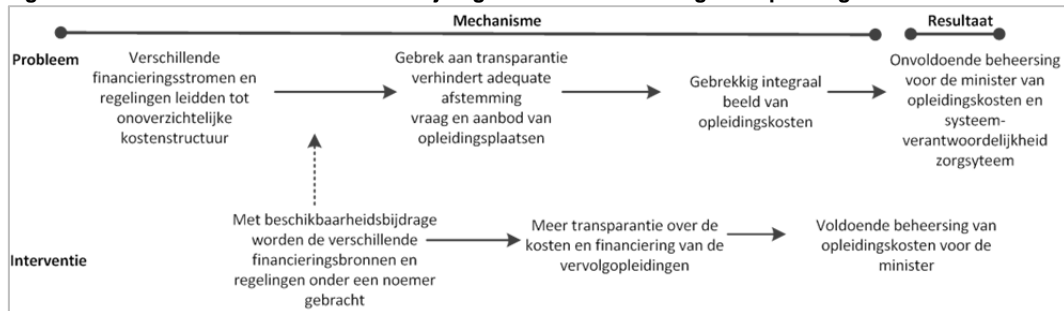
⁹ Zie bijvoorbeeld: E. Mordecai, 1938, *The cobweb theorem*, in: Quarterly Journal of Economics, deel 52, blz. 255-280.

¹⁰ Deze mate van centrale sturing verschilt per regeling. Deze is bijvoorbeeld bij de beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen sterker dan bij de overige opleidingen in ziekenhuizen.

Figuur 4.1 Hoe voorkomt de beschikbaarheidsbijdrage het ontstaan van varkenscycli?



Figuur 4.2 Hoe leidt de beschikbaarheidsbijdrage tot meer beheersing van opleidingskosten?



Ingezet budget

De beschikbaarheidsbijdragen en de subsidies van dit cluster worden elk jaar verstrekt. Het zijn geen tijdelijke stimuleringsmaatregelen, maar voorzien in een permanente financiering om de kosten van de opleiding te dekken. Aan dit cluster trendmatig opleiden wordt € 1,1 mld. (2011) tot € 1,4 mld. (2016) uitgegeven. Daarbij gaat het voornamelijk om herverdeling van middelen, die van de sector worden onttrokken en geormerkt worden teruggegeven voor vervolgopleidingen. Bij initiële opleidingen wordt direct vanuit de begroting van het ministerie van VWS bijgedragen. Bij het thema 'Buitenlands gediplomeerden' gaat het niet om subsidie maar aanpassing van regelgeving en procedures met een regulerende functie op de instroom van zorgverleners uit het buitenland.

4.4 Twee doelen

De doeltreffendheid van dit cluster wordt op basis van drie doelen onderzocht:

- Trendmatig opleiden: evenwicht instroom en toekomstige vraag
- Kwaliteit

4.5 Doeltreffendheid in relatie met trendmatig opleiden

Alle zes (directe) instrumenten hebben als doelstelling om de instroom in de opleidingen in evenwicht te brengen met het oog op de (vaak groeiende) vraag in de nabije toekomst. Dat leidt tot vergroting (soms verkleining) van de uitstroom om zo voldoende goed opgeleid personeel te krijgen.

2A: Medische vervolgopleidingen (beschikbaarheidsbijdrage)

De instroom in de vervolgopleidingen is de laatste jaren **sterk gegroeid**. Ten opzichte van 2005 is de instroom in 2014 zo'n 23 procent hoger. 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

bij medisch specialisten zijn vaak regionaal en sterk afhankelijk van het type specialisme. Er zijn onvoldoende kwantitatieve gegevens voor een definitief oordeel, maar het is **plausibel dat de beschikbaarheidsbijdrage doeltreffend is.**

2B: Publieke gezondheidszorgopleidingen

Het totale aantal gespecialiseerde artsen is **sterk toegenomen** sinds de invoering van de subsidieregeling (bron: RGS en Capaciteitsorgaan). In de periode 2009/2015 was er een stijging van het aantal jeugdartsen van 25 procent. In dezelfde periode nam het aantal artsen infectieziektebestrijding toe met 50 procent, evenals het aantal artsen TBC-bestrijding. Het aantal medisch milieukundigen steeg met 30 procent.

Al enkele jaren loopt de jaarlijkse instroom in de opleiding tot jeugdarts, arts infectieziektebestrijding, arts TBC-bestrijding en arts medische milieukunde (zowel de eerste als tweede fase¹¹ opleiding) achter bij wat het Capaciteitsorgaan aan VWS adviseert als de benodigde instroom om evenwicht tussen vraag en aanbod te bereiken. In de praktijk blijkt over het algemeen nog **geen tekort aan artsen** in de publieke gezondheidszorg. Ook maken de zorginstellingen gebruik van taakherschikking en -delegatie via de inzet van basisartsen en jeugdverpleegkundigen. Het oordeel over de doeltreffendheid is gebaseerd op **meerdere kwantitatieve en kwalitatieve bronnen**. De subsidie is gezien de beoogde forse groei van het aantal artsen **doeltreffend** te noemen.

2C: Overige opleidingen (beschikbaarheidsbijdrage)

Voor de overige opleidingen in ziekenhuizen geldt dat de beschikbaarheidsbijdrage in ieder geval aanvankelijk **een bijdrage heeft geleverd** aan de vermindering van spanningen op de arbeidsmarkt van deze beroepen, maar dat **andere factoren hierbij wellicht een grotere rol hebben gespeeld**. Het effect van de **subsidie lijkt niet zo groot** te zijn. Het patroon van de deelname wijkt niet structureel af van aanpalende opleidingen die niet voor de subsidie in aanmerking komen. De instroom bij veel opleidingen ligt aanzienlijk lager dan het advies van het Capaciteitsorgaan. Recentelijk is de vacaturegraad in de betreffende beroepen weer aanzienlijk toegenomen.

2D: Stagefonds zorg:

Het aantal stageplaatsen is met meer dan **70% gegroeid** bij invoering van het Stagefonds, van ruim 27.000 in 2007/2008 tot ruim 47.000 in 2010/2011. Hiermee is op hoofdlijnen voldaan aan de oorspronkelijk geformuleerde doelstellingen van het Stagefonds. Daarna stabiliseert het aantal stageplaatsen (47.000 - 51.000). Op basis van de toename van het aantal stageplaatsen (in de beginperiode van het Stagefonds) lijkt het plausibel dat er een directe samenhang van de uitgaven aan het Stagefonds bestaat en de groei van het aantal (gesubsidieerde) stageplaatsen, waarmee **het plausibel is dat de regeling doeltreffend is.**

1B: Regionaal arbeidsmarktbeleid

Op basis van de beschikbare informatie kan **geen (duidelijke) samenhang** tussen de inspanningen en de resultaten worden vastgesteld. Effecten worden in globale zin gemeten, gekoppeld aan de programmaliijnen. De additionaliteit (meerwaarde) van de subsidie kan niet worden vastgesteld. Op basis van de beschikbare informatie kan worden vastgesteld dat het in de percepties van de participerende werkgevers gaat om een positieve bijdrage van het regionale arbeidsmarktbeleid aan de zorgarbeidsmarkt. Genoemd kunnen worden de verbetering van de relatie met het onderwijsveld en de verbeterde aansluiting van onderwijs en arbeidsmarkt, verhoogde scholingsinspanningen en effecten op het imago van de sector, werving en mobiliteit. Niet duidelijk of concreet is wat die bijdrage dan is.

¹¹ De zogenoemde 2 jarige "2^e fase" van de opleiding leidt op tot het geneeskundig specialisme arts M&G.

4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches

Op enkele uitzonderingen na, zijn er noch in de documentatie, noch in de interviews onderbouwde effecten van de projectsubsidie op de doelvariabelen van beleid (goed functionerende arbeidsmarkt en kwaliteit van de zorg) terug te vinden.

Indirect dragen ook de volgende thema's bij aan het trendmatig opleiden:

- 3A. Opleiding tot ziekenhuisarts (zie ook cluster 3)
 - Momenteel kunnen **geen conclusies getrokken** worden over de doeltreffendheid van de functie ziekenhuisarts. Eerst zullen er meer ziekenhuisartsen hun opleiding moeten afronden en geplaatst worden in een ziekenhuis.
- 3B. Taakherschikking. Een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants (zie ook cluster 3)
 - Concluderend kan gesteld worden dat voor de vier doelen van de subsidieregeling **aanwijzingen gevonden worden dat deze doelen worden behaald.**
- 3C: Modernisering Geneeskundige Vervolgopleidingen (zie ook cluster 3)
 - De operationele doelstellingen zijn gedeeltelijk behaald en het is plausibel dat het **beleidsdoel ook gedeeltelijk behaald is:**
- 5B: Buitenlands gediplomeerden (zie ook cluster 5)
 - Doel van toelatingsprocedure is het garanderen van de kwaliteit en veiligheid in de zorg. Daarnaast kan de instroom van buitenlands gediplomeerden bijdragen aan de instroom van zorgverleners. Echter sinds eind 2005 is de **instroom van buitenlands gediplomeerde artsen van buiten de EER sterk gedaald**. De verandering van de procedure heeft een rol gespeeld bij de daling van de instroom.

Conclusie doeltreffendheid voor trendmatig opleiden

Voor drie instrumenten (2A, 2B en 2D) geldt dat er aanzienlijke groei in het aantal deelnemers aan de opleidingen is geweest. Er lijkt daarmee goed ingespeeld te zijn op het evenwicht van vraag en aanbod. Het is plausibel dat de beschikbaarheidsbijdragen en subsidies daar een rol in hebben gespeeld. Eén instrument (2C, overige opleidingen in ziekenhuizen) haalt de doelstellingen in beperkte mate. Daar zijn specifieke oorzaken voor die te maken hebben met de vormgeving van het instrument. Die worden besproken bij doelmatigheid en de aanbevelingen. Het is plausibel dat het Stagefonds doeltreffend opereert met een groei van 70% aan stages. De bijdrage van het regionale arbeidsmarktbeleid aan het trendmatig opleiden is niet hard aan te tonen. Uit het veld komen positieve indicaties. Voor de aanpak in branches geldt dat één instrument gericht op voorlichting aan leerlingen om een opleiding in de zorg te komen volgen goed werkt. De effecten van meer indirecte instrumenten zijn niet vast te stellen.

4.6 Doeltreffendheid in relatie met kwaliteit

De instrumenten hebben naast de capaciteit soms ook impliciet of expliciet tot (neven)doel om de kwaliteit te verhogen. Daarbij gaat het om twee dimensies: de kwaliteit van de opleiding zelf en het verhogen van opleidingsniveau van het personeel. Dit tweede doel wordt door alle hier beschouwde instrumenten nagestreefd. Over het verbeteren van de kwaliteit van de opleiding kan het volgende worden gezegd:

2A medische vervolgopleidingen

De kwaliteit van de medische vervolgopleidingen 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.

2C overige opleidingen

Omdat de subsidie voor een belangrijk deel gekoppeld is aan diplomering, zou een neveneffect kunnen zijn dat het niveau van de opleiding daalt om uitvallers te voorkomen. Er is echter geen structurele trend waar te nemen in tijdreeksen over het interne rendement van de verschillende opleidingen. Een ander neveneffect wat naar voren wordt gebracht is dat de beschikbaarheidsbijdrage noodzakelijk geachte vernieuwingen in de beroepenstructuur vertraagt. Al met al lijken de effecten op kwaliteit beperkt, al is het mogelijke effect van vertraging op de vernieuwingen op de beroepenstructuur wel een nadeel in dit verband.

2D Stagefonds zorg

Over de verandering van de kwaliteit van de stages bestaat geen duidelijk beeld. Studenten zelf zijn in meerderheid tevreden over hun stageplek. In de verdeling van stageplaatsen over de onderwijssoorten tekent zich in de beschouwde periode een verschuiving af naar substantieel meer stageplaatsen voor mbo-bol niveau 3 en 4 en hbo, en een forse daling van stageplaatsen voor mbo-bbl. Dit komt door meer vraag naar hoger opgeleid personeel, door de toegenomen complexiteit en kwaliteitseisen in de zorg

Conclusie doeltreffendheid in relatie met kwaliteit

De instrumenten hebben naast de capaciteit soms ook impliciet of expliciet tot (neven)doel om de kwaliteit van de opleiding te verhogen. Er is bij de instrumenten niet hard aangetoond dat deze regelingen tot een hogere kwaliteit van de opleidingen hebben geleid. Met andere instrumenten, waaronder de opleidingsregelgeving van de beroepsgroepen en de visitaties wordt de kwaliteit van opleidingen getoetst

4.7 Doelmatigheid

De instrumenten zijn geanalyseerd op de doelmatigheid van de huidige uitvoeringspraktijk om zo te bezien of de baten in een goede verhouding staan met de ingezette middelen. De vier instrumenten scoren op doelmatigheid:

2A medische vervolgoopleidingen

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. Gelet op de in de literatuur gevonden percentages kunnen we een voorzichtige conclusie trekken dat we in Nederland ten opzichte van internationaal gevonden vergoedingspercentages (Finland en Spanje) niet uit de pas lopen. 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. Voor opleidende instellingen die slechts één of enkele aios opleiden (voornamelijk binnen de geestelijke gezondheidszorg) geldt echter dat de administratieve lasten als erg zwaar worden ervaren. 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 (zie daarvoor ook hoofdstuk 8 over beleidsopties). Er zijn mogelijkheden om de doelmatigheid van dit **instrument te verbeteren**.

2B Publieke gezondheidszorgopleidingen

De subsidie overstijgt volgens de kostprijsanalyse de berekende kostprijs niet. In de interviews wordt deze observatie bevestigd. Volgens de geïnterviewde vertegenwoordigers van de opleidende zorginstellingen liggen de totale kosten van het opleiden een stuk hoger dan de subsidie die ervoor gekregen wordt. De subsidie is volgens hen met uitzondering van de profielopleidingen tot jeugdarts en arts infectieziektebestrijding niet kostendekkend. **Dit instrument is doelmatig.**

2C overige opleidingen

De subsidie overstijgt volgens de kostprijsanalyse niet de berekende kostprijs. In de interviews wordt deze observatie bevestigd. Zoals eerder werd geconstateerd is de doeltreffendheid beperkt. Een probleem is dat de subsidie in de huidige vorm tot onvoldoende prikkelwerking leidt. De subsidie komt in veel ziekenhuizen terecht in een breder budget en niet specifiek bij de afdelingen die de opleidingen uitvoeren. Tevens wordt de prikkel verminderd door de tijd die verstrijkt voordat men de subsidie ontvangt: het betreft grotendeels een diplomasubsidie aan het eind van de opleiding. Omdat over de omvang van de effecten slechts in indicaties kan worden gesproken, kunnen **geen harde uitspraken gedaan worden over de doelmatigheid**. Wel dient in dit verband nog eens benadrukt te worden dat tegenover de naar verwachting beperkte effecten niet zo zeer extra uitgaven staan, maar een herschikking van middelen. Het is dus niet zo dat tegenover de naar verwachting relatief beperkte effecten hogere extra uitgaven staan. Wel geldt dat de prikkelwerking van de herallocatie van middelen vooralsnog beperkt lijkt.

2D Stagefonds zorg

Om over doelmatigheid van het Stagefonds uitspraken te kunnen doen, is informatie nodig over de middelen die worden ingezet, inzicht in de kwantiteit en inzicht in de kwaliteit van de gerealiseerde prestaties en effecten. Voor het Stagefonds is informatie over deze onderdelen niet of onvolledig beschikbaar. In het algemeen geldt dat de zorgorganisaties tevreden zijn over deze vergoeding die veel andere sectoren niet kennen, hoewel het bedrag niet kostendekkend is. Maar dit is ook niet de doelstelling van het Stagefonds. De uitvoeringskosten zijn geschat op minder dan 1 miljoen euro en dat is laag (< 1% van het totaal beschikbare budget aan subsidies van het Stagefonds). Onderbouwde uitspraken over doelmatigheid zijn hierdoor niet goed mogelijk, **wel zijn er indicaties dat het instrument (redelijk) doelmatig is**. De doeltreffendheid is voldoende aangetoond en er wordt door VWS 25% van de kosten gesubsidieerd.

1B: Regionaal arbeidsmarktbeleid

Vastgesteld kan worden dat de beschikbare middelen zijn besteed aan activiteiten die door het merendeel van de werkgevers en andere partijen in de netwerken worden gewaardeerd. We kunnen echter niet bepalen of een andere besteding (andere verdeling) van de middelen tot grotere effecten zou hebben geleid, of dat dezelfde effecten met minder inspanningen (uitgaven) zouden kunnen worden bereikt. **De doelmatigheid van het regionaal arbeidsmarktbeleid voor trendmatig opleiden is niet te bepalen.**

4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches

Over de doelmatigheid van alle projecten van dit thema kunnen op basis van de beschikbare informatie geen harde conclusies worden getrokken. De resultaten van specifieke onderzoeksactiviteiten hebben echter een langdurig positief inhoudelijk effect op deze reguliere activiteiten (beter op de doelgroep en het keuzeprocess afgestemde arbeidsmarktinformatie bij YouChooz, meer specifieke advisering in het geval van de werkvermogenstoets, e.d.). De **doelmatigheid voor het doel van trendmatig opleiden is plausibel.**

Indirect dragen ook de volgende thema's bij aan het trendmatig opleiden:

- 3A. Opleiding tot ziekenhuisarts (zie ook cluster 3)
 - Omdat er slechts 4 ziekenhuisartsen recent klaar zijn met de opleiding tot ziekenhuisarts kan er nog **weinig gezegd worden over de doelmatigheid** in de vorm van kosten/baten.
- 3B. Taakherschikking. Een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants (zie ook cluster 3)
 - Effecten voor doelmatigheid van de zorg konden in onderzoek (nog) **niet goed worden gemeten.**
- 3C: Modernisering Geneeskundige Vervolgopleidingen (zie ook cluster 3)
 - Het is plausibel dat het project **doelmatiger had kunnen** zijn met een efficiëntere vormgeving (snellere opstart) en/of een (naar verhouding) hogere bijdrage vanuit het veld
- 5B: Buitenlands gediplomeerden (zie ook cluster 5)
 - **De opleidingskosten van buitenslands gediplomeerde artsen** van gemiddeld € 26.000 zijn, vergeleken met de opleidingskosten van Nederlandse geneeskunde studenten, **relatief laag**. De buitenslands gediplomeerde artsen moeten dit bedrag in veel gevallen volledig zelf betalen, wat een belemmering vormt voor de instroom. Zowel de literatuur als interviews geven aan dat het om reëel knelpunt gaat. Ook als het ministerie de volledige opleidingskosten zou overnemen, kan vanuit overheidsperspectief op een relatief goedkope manier instroom in het beroep worden gegenereerd.

Conclusie doelmatigheid

De instrumenten zijn gebaseerd op een prestatiebekostiging met reële normvergoedingen, die in kostprijsonderzoeken worden getoetst. Voor de instellingen is er met een normbedrag een prikkel om doelmatig op te leiden en zo de reële kosten vergoed te krijgen (of zelfs over te houden).

De beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen lijkt redelijk doelmatig, de subsidie verhoudt zich goed tot de kostprijs. Opleidingen met grotere groepen werkt efficiënter en kleinere organisaties ervaren de administratieve lasten als zwaar. Voor publieke gezondheidszorgopleidingen is een kostprijsanalyse uitgevoerd dat een positieve conclusie over doelmatigheid ondersteunt. Bij beschikbaarheidsbijdrage overige ziekenhuisopleidingen is op basis van de beschikbare informatie geen oordeel over de doelmatigheid gegeven. Het is mogelijk het instrument aan te scherpen door de prikkelwerking te versterken. Voor het Stagefonds zijn er indicaties dat het instrument doelmatig is en zijn de uitvoeringskosten laag. Voor het regionale arbeidsmarktbeleid is op basis van de beschikbare informatie de doelmatigheid niet te bepalen. Bij de ondersteuning van arbeidsmarktprojecten van branches is de doelmatigheid plausibel voor het doel van trendmatig opleiden.

4.8 Overige effecten: landelijke regie

Bij de instrumenten zijn verschillende keuzes gemaakt over centrale sturing. Bij 2A medische vervolgopleidingen is door de beschikbaarheidsbijdrage het mogelijk om landelijk meer sturing te geven aan het aantal opleidingsplaatsen. Bij 2B publieke gezondheidsopleidingen is er geen sprake van een landelijk afgestemd opleidingsbeleid tussen opleidende GGD'en onderling en tussen opleidende GGD'en en thuiszorginstanties. Veel instellingen leiden alleen op voor de eigen bedrijfsvoering. Daarnaast blijft het aantal artsen M&G in opleiding laag, omdat veel (lokale) instellingen daar simpelweg geen behoefte aan hebben.¹² Bij 2C overige ziekenhuisopleidingen is bewust gekozen om de verdeling van opleidingsplekken niet centraal te regisseren, zoals bij de 1A. medische vervolgopleidingen voor specialisten. Uit de evaluatie kwam niet duidelijk naar voren dat er hier behoefte is aan meer regie. Wel is er de vraag naar een betere informatievoorziening en is de behoefte aan planningsinstrumenten in het veld groot. Bij 2D Stagefonds komt uit de evaluatie niet naar voren dat er behoefte is aan meer centrale regie. Het regionaal arbeidsmarktbeleid (1B) kent landelijke regie en samenwerking op regionaal niveau. De ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches (4B) wordt decentraal ingevuld door branches op landelijk en/of regionaal niveau. Verbetering van samenwerking tussen partijen was doel van beide instrumenten, maar er bestaat van nature een zekere spanning tussen regionaal beleid en beleid op brancheniveau.

Conclusie overige effecten: landelijke regie

Bij de instrumenten voor trendmatig opleiden zijn verschillende keuzes gemaakt over centrale sturing. Bij de omvangrijkste regeling (2A medische vervolgopleidingen) wordt dat als een positief punt gezien. Dat maakt het mogelijk om landelijk meer sturing te geven aan het aantal opleidingsplaatsen. Bij de overige instrumenten is er geen centrale sturing en zijn er wel zorgen over of aanbod en vraag van verschillende opleidingen en in de regio's wel goed zijn afgestemd. Er is in ieder geval behoefte aan goede informatievoorziening. Bij 2B publieke gezondheidsopleidingen wordt gepleit voor meer landelijke regie. Het regionale arbeidsmarktbeleid kent landelijke regie en samenwerking op regionaal niveau. De afstemming tussen regionaal en branchebeleid is vanuit de optiek van effectiviteit en doelmatigheid een aandachtspunt.

4.9 Aanbevelingen gericht op vergroting doeltreffendheid en doelmatigheid

2A: De beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen

- 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.
- 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.

¹² NIVEL.

- 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.

2B: Publieke gezondheidszorgopleidingen

- **Blijf de instroom in de pg-opleidingen stimuleren.** De instroom van basisartsen in de pg-opleiding blijft achter om verschillende redenen. Basisartsen zien enerzijds geen carrièreperspectief, maar anderzijds bestaat er veel onbekendheid met deze tak in de gezondheidszorg. Het **interesseren van studenten geneeskunde** voor de publieke gezondheidszorg kan helpen bij het vullen van de opleidingsplaatsen.
- Om meer doelmatig en doelgericht op te kunnen leiden in de publieke gezondheidszorg is **landelijke en regionale afstemming** en regie in het personeels- en opleidingsbeleid tussen opleidende GGD'en onderling en tussen GGD'en en thuiszorginstellingen aangewezen. GGD GHOR Nederland, ActiZ en KAMG hebben daarover voorstellen gedaan aan de minister van VWS.
- **Stimuleer schaalvergroting** binnen de opleidingsinfrastructuur voor het praktijkdeel. Het verdient aanbeveling om de opleidingsplaatsen meer te concentreren bij een kleiner aantal opleidende instellingen, waardoor geprofiteerd kan worden van efficiëntievoordelen door schaalvergroting. Een minimumvolume voor opleidingsinstellingen en opleiders leidt tot meer kennis en ervaring en op termijn tot meer efficiëntie bij het opleiden.

2C: Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (voormalig FZO)

- Hoewel het – beperkte – onderzoeksmateriaal aangeeft dat de effecten van de subsidie niet groot zijn, is het niet raadzaam om hieruit de conclusie te trekken dat de subsidie dient te worden afgeschat – of in een andere vorm teruggegeven dient te worden aan de instellingen. De onderliggende problemen van freeridgedrag en de varkenscycli blijven immers bestaan, wat in de uitvoering van de zorg tot ernstige knelpunten kan leiden. Ook de samenwerking in de regio's wat betreft opleiden zal dan een terugslag krijgen. Het is daarom raadzaam om te **werken aan een aantal aanpalende randvoorwaarden die het functioneren van de huidige regeling verbeteren**. Dit heeft enerzijds betrekking op het verbeteren van de prikkelwerking en anderzijds op de informatievoorziening en planning.

2D: Stagefonds zorg

- Zorg voor een **periodieke herijking** (elke vier jaar) van de **verdeling van de subsidiemiddelen** naar opleidingsniveau en –richting op basis van informatie over de (toekomstige) vraag naar arbeid in de zorg.
- Organiseer meer **overleg tussen onderwijsinstellingen en zorgorganisaties** over de afstemming van het aantal stageplaatsen op de leerling- en studentaantallen en maak hierover bindende of ten minste richtinggevende afspraken. Wie in dit proces de regie moet nemen, kan in overleg met de zorg- en onderwijspartijen worden bepaald.
- Zorg voor een gedegen informatiebasis waarmee de ontwikkeling in het **aantal stages en de kwaliteit** ervan kan worden **gemonitord**. Dat moet de basis bieden voor evaluaties van de effectiviteit en doelmatigheid van het Stagefonds in de komende jaren. Geef daarbij meer aandacht aan operationalisering en monitoring van de kwaliteit van de stages. Bepaal welke **indicatoren** hiervoor maatgevend zijn.

1B: Regionaal arbeidsmarktbeleid en 4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches

- Benut deze instrumenten vooral voor experimenten.

Aanbevelingen

Bij de instrumenten voor trendmatig opleiden zijn verschillende aanbevelingen per instrument gedaan om de doeltreffendheid en doelmatigheid te verhogen. Er zijn enkele rode draden te onderscheiden:

- continueer de instrumenten omdat deze de problematiek van begin;
- overweeg schaalvergroting van de opleidingen;
- blijf de kostprijs monitoren;
- overweeg een eigen bijdrage van deelnemers aan de (vervolg)opleidingen.

5 Cluster 3 Toekomstbestendige beroepen en opleidingen

5.1 Inleiding

In het cluster toekomstbestendige beroepen en opleidingen zijn twee instrumenten ingezet om te zorgen voor nieuwe opleidingen voor functies in de zorg, die tot dan toe niet bestonden:

- 3A. Opleiding tot ziekenhuisarts
- 3B. Taakherschikking. Een toepassing via de opleiding van Verpleegkundig Specialisten en Physician Assistants
- 3C: Modernisering Geneeskundige Vervolgopleidingen
- 1B: Regionaal Arbeidsmarktbeleid (zie ook cluster 1)
- 4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches (zie ook cluster 4)

5.2 Problematiek

Mede door technologische mogelijkheden en de snelle ontwikkeling van medische kennis is de afgelopen tientallen jaren de specialisatie in het zorgveld gegroeid. In ziekenhuizen werken gespecialiseerde artsen, die steeds meer kennis hebben van specifieke ziektes en behandelmethoden. Als contramale voor vergaande specialisatie is bij ziekenhuizen de behoefte gegroeid aan een generalistische arts, die de zorg en de inzet van de specialisten coördineert en zo bijdraagt aan de patiëntveiligheid. Dit is de achtergrond voor een nieuw generalistisch functieprofiel: de ziekenhuisarts. En die veranderende zorgvraag en mondige cliënt vormt ook de opgave voor de modernisering van geneeskundige vervolgopleidingen, die vooral medisch inhoudelijk gericht waren.

Er zijn mede door buitenlandse ontwikkelingen twee relatief nieuwe functies in ziekenhuizen ontstaan: de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant. De medewerkers die deze opleiding volgen, kunnen minder complexe en meer routinematige taken van artsen overnemen. Deze verschuiving van taken van de arts naar deze nieuw opgeleide zorgverleners heet taakherschikking. De gedachte achter taakherschikking is dat de uitvoering van deze taken efficiënter kan plaatsvinden door assisterende zorgverleners en dat de arts daarmee tijd vrij krijgt voor het verlenen van meer gespecialiseerde zorg.

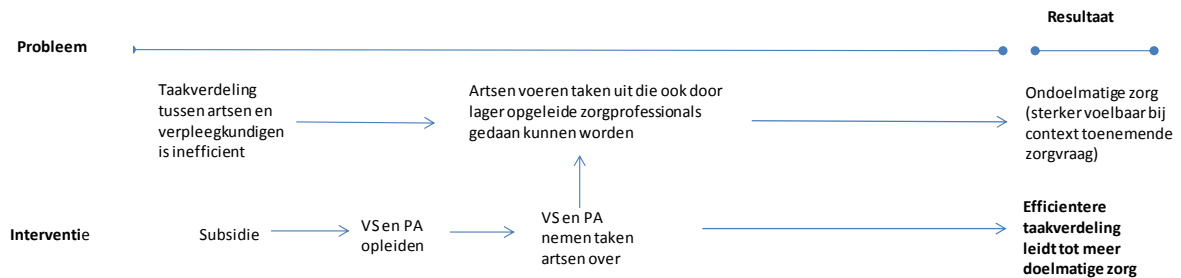
5.3 Waarom een rol voor VWS?

De rol van de overheid is voorkomen dat er onderinvestering plaatsvindt in innovaties in beroepen en opleidingen vanwege externe effecten en/of coördinatieproblemen, alsmede het tegengaan van 'bijziendheid': het niet voldoende rekening houden met toekomstige uitdagingen in beslissingen die in het heden genomen moeten worden. Omdat de functies (ziekenhuisarts, verpleegkundig specialist en physician assistant) nieuw zijn, is er geen reguliere financiering voor beschikbaar in het opleidingsinstrumentarium genoemd in cluster 2. De potentiële doelmatigheid van taakherschikking kan bijdragen aan de betaalbaarheid van de zorg, één van de uitdagingen voor de overheid in de komende jaren.

Op basis van een uit Canada overgenomen methode is modernisering met de CanMeds-competenties ingezet. Dit project modernisering geneeskundige vervolgoopleidingen 2010 – 2015 (project MMV) is opgezet door de KNMG. Vanwege coördinatieproblemen, bleek het niet mogelijk om voldoende (financiële) middelen van de sector te vragen. Bovendien was subsidie gewenst omdat het hier om het anticiperen op de toekomstige stand van de wetenschap en praktijk gaat, waar vanuit het veld beperkte aandacht voor is, vanwege de lange termijn blik die dit vereist.

Vanuit het regionaal arbeidsmarktbeleid en de ondersteuning van branches is met diverse projecten op kleine schaal geprobeerd om bij te dragen aan de toekomstbestendigheid van beroepen en opleidingen.

Figuur 5.1 Hoe leidt taakverdeling tot meer doelmatigheid?



De subsidie voor de ziekenhuisarts is een tijdelijke regeling. Na evaluatie kan worden gezien of deze opleiding onderdeel kan gaan uitmaken van de reguliere manier van financieren via de beschikbaarheidsbijdrage. De subsidie voor de Verpleegkundig Specialist (VS'en) en Physician Assistants (PA's) heeft een structureel karakter. Aan dit cluster vernieuwing functies wordt € 22 mln. (2011) tot € 50 mln. (2016) uitgegeven.

5.4 Doeltreffendheid in relatie met het aantal opgeleiden

Een van de voorwaarden om bij te dragen aan toekomstbestendige beroepen is dat de instroom in deze nieuwe opleidingen stijgt. Twee van de vijf instrumenten scoren op doeltreffendheid in relatie met dit doel:

- **3A Opleiding tot ziekenhuisarts:** Er zijn 4 opleidingscohorten voor de ziekenhuisarts gestart. Van de **27 ziekenhuisartsen** in opleiding zijn inmiddels 4 ziekenhuisartsen klaar met de opleiding en actief in de opleidingsziekenhuizen.
- **3B taakherschikking VS en PA:** Van de 17 hogescholen in Nederland, die HBO gezondheidszorg aanbieden, kennen 9 intussen een opleiding voor VS en/of PA. Instroom van studenten in deze nieuwe studierichting. **De jaarlijkse instroom is verdubbeld** van een kleine 200 in 2003 naar 400 in 2009. Na 2009 stabiliseert de jaarlijkse instroom zich rond deze 400.

5.5 Doeltreffendheid in relatie met de aanpassing van taken en functies

Twee van de vijf instrumenten stimuleren de opleiding tot een nieuw type zorgverlener. Die moet vervolgens in de bestaande structuur van functies in een ziekenhuis een positie verkrijgen. Dat leidt dan mogelijk tot het verschuiven van taken en het leveren van betere zorg aan de cliënten.

De twee instrumenten scoren op doeltreffendheid in relatie met dit doel:

- **3A Opleiding tot ziekenhuisarts:** Omdat er **pas 4 ziekenhuisartsen recent klaar** zijn met de opleiding tot ziekenhuisarts is de positionering van de ziekenhuisarts binnen ziekenhuizen nog niet helemaal duidelijk. Voordat er meer duidelijkheid is hierover zullen er eerst meer ziekenhuisartsen hun opleiding moeten afronden en geplaatst worden in een ziekenhuis. Een **eerste beeld** is dat sommige afdelingen (orthopedie, urologie en neurochirurgie) duidelijk de **meerwaarde van de ziekenhuisarts inzien**. De ziekenhuisarts is echter duurder dan een arts in opleiding (aios)¹³, waardoor andere afdelingen terughoudender zijn. Andere ziekenhuizen geven aan dat de vraag naar een generalistische arts is toegenomen en dat de rol en positie van de ziekenhuisarts intern geëvalueerd wordt.
- **3B taakherschikking VS en PA:** Een fors deel (80-90%) werkt na afronding van de opleiding in de betreffende functie. De arbeidsparticipatie van alumni is zeer hoog; slechts enkele procenten zijn niet werkzaam. Er zijn verschillende aanwijzingen dat de loopbaanperspectieven bij de gediplomeerden zijn verbeterd. Respondenten uit de interviews wijzen erop dat men in hogere inkomensschalen terecht komt. Diverse arbeidsmarktindicatoren zijn gunstig.

Er is **kwantitatief bewijs dat taakherschikking plaatsvindt**, maar een precieze meting van de mate van taakherschikking is vooralsnog niet mogelijk gebleken. Ten minste 19 tot 30% van de werkzaamheden van VS en PA kunnen als taakherschikking kan worden gekenmerkt. Dit is een onderschatting omdat ruim de helft van hun taken niet geregistreerd wordt. In het evaluatierapport voorBIGhouden (De Bruijn e.a., 2015) komt via enquêtering voor en na de wetwijziging in de Wet BIG naar voren dat het percentage VS'en en PA's dat de voorbehouden handelingen uitvoert is toegenomen. **Er is kwalitatief onderzoek dat bevestigt dat taakherschikking plaatsvindt.**

5.6 Doeltreffendheid overige instrumenten

3C Modernisering geneeskundige vervolgoopleidingen

De Modernisering Geneeskundige Vervolgoopleidingen had drie operationele doelen:

- Eind 2015 zijn de opleidingsplannen geïmplementeerd: voor 80% - 90% behaald;
- Betrokkenen weten van de methode CanMeds en kunnen dit uitvoeren: Er zijn hulpmiddelen ontwikkeld en de bekendheid is groot ($\geq 75\%$);
- De opleidingen worden op de aan de modernisering aangepaste werkwijze gevisiteerd: De visitatiesystematiek is aangepast op de modernisering. erkenningssystematiek is in lijn met de modernisering gebracht. Uitwerking in regelgeving en implementatie volgt in 2016.

Het overkoepelende beleidsdoel is: *Het verbeteren van de kwaliteit van de opleiding, de kwaliteit van de beroepsuitoefening en daarmee de kwaliteit (en veiligheid) van de medische zorgverlening.* Het is **plausibel dat het beleidsdoel gedeeltelijk behaald is**, omdat de drie operationele doelstellingen (gedeeltelijk) behaald zijn en de eerste resultaten laten zien dat het veld beter toegerust is om competenties toe te passen in de praktijk. De volledige implementatie heeft echter meer tijd nodig. De opleiding duurt vier jaar en het project is geëindigd in 2015. Toekomstige evaluatie is nodig om een gegronde uitspraak over doeltreffendheid te kunnen doen.

De doeltreffendheid van de projecten vanuit het regionaal arbeidsmarktbeleid en de ondersteuning van branches kan niet hard worden aangetoond.

¹³ Een aios (arts in opleiding tot specialist) is een basisarts die in opleiding is voor een medisch specialisme op een bepaalde afdeling binnen een ziekenhuis.

Conclusie doeltreffendheid

De ziekenhuisarts is relatief nieuw. Vier artsen zijn afgestudeerd en zevenentwintig zijn nog in opleiding. Of zij beter aansluiten op de 'moderne' vraag in de zorg en taken van andere artsen overnemen, moet zich nog bewijzen. Voor de Verpleegkundig Specialist (VS'en) en Physician Assistants (PA's) geldt dat er sinds 2009 vierhonderd opgeleid worden. Uit een eerste kwantitatief onderzoek komt naar voren dat er taakherschikking plaatsvindt, maar de mate waarin is nog onvoldoende duidelijk. Kwalitatief onderzoek bevestigt deze taakherschikking. Bij de modernisering van de geneeskundige vervolgoopleidingen is het plausibel dat het beleidsdoel behaald is en dat de opleiding aansluit op de 'moderne' vraag in de zorg. Daarmee kan deze tijdelijke regeling worden gestopt.

5.7 Doelmatigheid

3A Opleiding tot ziekenhuisarts:

Omdat er slechts 4 ziekenhuisartsen recent klaar zijn met de opleiding tot ziekenhuisarts kan er nog **weinig gezegd worden** over de doelmatigheid in de vorm van kosten/baten. Zo is het bijvoorbeeld nog te vroeg om een mogelijke taakherschikking te zien. De kosten voor de opleiding tot ziekenhuisarts zijn te vergelijken met de kosten van andere 'beschouwende opleidingen' zoals de interne geneeskunde en de neurologie. Er is één ziekenhuis (MC Haaglanden) dat sinds de start van de pilot de opleiding tot ziekenhuisarts zonder subsidie aanbiedt. Voor een deel van de ANIOS ontvangt het MC Haaglanden subsidie, de andere helft wordt zelf bekostigd. Wanneer alle kosten bij elkaar opgeteld worden en ervan uitgegaan wordt dat een ziekenhuisarts langer blijft, dan is dat doelmatiger.

2B taakherschikking VS en PA:

Effecten voor doelmatigheid van de zorg konden in onderzoek **(nog) niet goed worden gemeten**. Dat door de inzet van VS'en en PA's taakherschikking optreedt, is een noodzakelijke, maar nog geen voldoende voorwaarde dat de zorg hierdoor doelmatiger wordt. Bekend is in ieder geval wel dat hun salariskosten lager liggen. Een studie geeft aan dat deze beroepsgroepen minder dan de helft verdienen dan medisch specialisten, maar hierbij wordt niet vermeld of hierbij rekening is gehouden dat specialisten gemiddeld lange werkweken maken. Tevens is denkbaar dat zij meer tijd nodig hebben voor dezelfde handelingen in vergelijking met artsen, of meer tijd nodig hebben voor bijvoorbeeld overleg. Ook de additionele zorg die zij leveren kan tot extra kosten leiden (maar naar de toekomst toe wel weer preventief werken in het beroep van de betreffende patiënten op de gezondheidszorg). Er vindt momenteel onderzoek plaats om de doelmatigheid van taakherschikking in beeld te krijgen. Hiertoe dienen de effecten van de inzet van PA/VS in relatie tot de effecten voor de inzet van andere zorgverleners te worden beschouwd en daarvan een vertaling in kostentermen te worden gegeven.

3C: Modernisering Geneeskundige Vervolgoopleidingen

Het is plausibel dat het project **doelmatiger had kunnen zijn** met een efficiëntere vormgeving (snellere opstart) en/of een (naar verhouding) hogere bijdrage vanuit het veld.

1B: Regionaal arbeidsmarktbeleid en 4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches

De doelmatigheid van de projecten vanuit het regionaal arbeidsmarktbeleid en de ondersteuning van branches op dit werkterrein **kan niet hard worden aangetoond**.

Conclusie doelmatigheid

Voor de opleiding tot ziekenhuisarts is het te vroeg om uitspraken over doelmatigheid te doen. Bij de taakherschikking door inzet van Verpleegkundig Specialisten (VS'en) en Physician Assistants (PA's) geldt er indicatie zijn dat de doelmatigheid toeneemt. Verder onderzoek is nodig. De modernisering geneeskundige vervolgoedingen had nog aan efficiëntie kunnen winnen met een snellere opstart en/of een hogere bijdrage uit het veld.

5.8 Aanbevelingen gericht op vergroting doeltreffendheid en doelmatigheid

2A Opleiding tot ziekenhuisarts

- De pilot van de opleiding tot ziekenhuisarts is nog niet afgerond en er kunnen nu nog geen definitieve conclusies worden getrokken. **Afronding van de pilot** is gewenst om de meerwaarde van een meer generalistische arts te toetsen. Vervolgens kan een **besluit** worden genomen of dit nieuwe type arts meerwaarde biedt en of deze opleiding onderdeel kan gaan uitmaken van de **reguliere manier van financieren** via de beschikbaarheidsbijdrage.

2B taakherschikking VS en PA:

- **Tijdelijke verlenging subsidie, gevolgd door afwegingsmoment** voor wel of niet structurele bekostiging. Na ruim tien jaar subsidie blijkt een aantal knelpunten die bij het begin speelden nog steeds van toepassing. Er wordt bijvoorbeeld in de interviews nog steeds geklaagd over de beperkte kennis in het veld over de PA/VS en diens capaciteiten en bevoegdheden. Essentieel in de beoordeling blijft echter dat PA's en VS'en voldoen aan de belangrijkste doelstelling dat hun inzet leidt tot meer doelmatige zorg. Bekend is dat daadwerkelijk taakherschikking plaatsvindt, maar (nog?) niet of daarmee sprake is van een aantrekkelijke business case voor bijvoorbeeld ziekenhuizen en andere zorginstellingen. Vanwege deze onbekendheid en onzekerheid is de aanbeveling om de subsidie op korte termijn te handhaven, maar wel een duidelijke termijn te stellen waarop een structurele heroverweging plaatsvindt. In de tussentijd kan verder gewerkt worden aan bekendheid en meting van de effecten op doelmatigheid van de zorg.
- **Vergroot de bekendheid** van de VS en PA bij betrokken partijen Betrokkenen rondom de VS en PA, zoals werkgevers en verzekeraars, zijn niet altijd goed op de hoogte van de mogelijkheden die de inzet van deze beroepsgroepen biedt.
- **Meer uitsluitel over financiële voordelen** (doelmatigheid in de zorg). Voor de beoordeling van de doelmatigheid van taakherschikking kunnen business-cases op kleine schaal de voordelen inzichtelijk maken (of aantonen dat deze zich niet voordoen). In deze business cases dienen systematisch alle relevante kosten en baten van een situatie met en zonder de inzet PA's/VS'en op een rij te worden gezet.
- **Benutten van arbeidsmarktonderzoek alumni** voor aanvullende informatie. Onder de VS en PA wordt reeds regelmatig alumni-onderzoek uitgevoerd. Wij stellen voor om hierin bij toekomstige uitvoeringen enkele elementen mee te nemen die informatielacunes vullen. Om een inschatting van maken in hoeverre bij deze groep het 'freeriderprobleem' een rol speelt, is bijvoorbeeld van belang om te weten in hoeverre afgestudeerden wisselen van werkgever. Tevens kan aan betrokkenen een aantal inschattingen worden gevraagd om iets meer te kunnen zeggen over wat de 'nulsituatie' op een aantal terreinen is.

3C: Modernisering Geneeskundige Vervolgoedingen

- Een **toekomstige evaluatie** zou moeten uitwijzen of het volledige veld de gemoderniseerde opleidingsplannen heeft geïmplementeerd en in hoeverre dit bijdraagt aan het competentiegericht opleiden in de praktijk. De evaluatie van het bereik van de activiteiten kan nauwkeuriger. Hiervoor zou **kwantitatieve data** beschikbaar moeten zijn over het aantal

deelnemers per activiteit per cluster en per regio in verhouding tot het totaal aantal werkzame personen in het cluster en de regio.

- Inzicht in **de visitatie-uitkomsten** is gewenst om te analyseren of in de praktijk de gewenste modernisering met competentiegericht opleiden is ingevoerd. Aanbeveling is om bij soortgelijke subsidies in de toekomst de toezichthoudende organisatie te laten rapporteren over de hoofdlijnen en uitkomsten van de visitaties;
- Bij een vergelijkbaar project in de toekomst zou de focus volgens enkele geïnterviewde betrokkenen in de startfase sterker moeten liggen op **het creëren van draagvlak**, zodat eerder een hefboomeffect bereikt kan worden en de implementatie vervolgens efficiënter (en volledig binnen de projectperiode) uitgevoerd kan worden;
- **De financiering** van nieuwe stimuleringsmaatregelen zou bij voorkeur **50 – 50** met het veld moeten zijn om zo het draagvlak te versterken en de uitvoering efficiënt te organiseren. Belangrijk daarbij is dat bij de aanvang het **tijdelijke karakter** van de financiële stimulans goed wordt afgesproken en de beoogde verandering daarna structureel in het opleidingsprogramma wordt opgenomen.

1B Regionaal arbeidsmarktbeleid en 4B Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches

- Benut deze instrumenten vooral voor experimenten.

Aanbevelingen

Bij de instrumenten voor toekomstbestendige beroepen en opleidingen zijn verschillende aanbevelingen per instrument gedaan om de doeltreffendheid en doelmatigheid te verhogen.

Er zijn enkele rode draden te onderscheiden:

- Monitor en evalueer of de beoogde taakherschikkingen plaatsvinden. Leidt dat tot een doelmatigere aanpak en/of tot meer kwaliteit van de zorg?
- Bezie of en zo ja welke financiering nodig is om de nieuwe gecreëerde opleidingen en beroepen in de reguliere (financierings)systematiek onder te brengen.

6 Cluster 4 Duurzaam inzetbare medewerkers

6.1 Inleiding

In het cluster duurzaam inzetbare medewerkers zijn vier instrumenten ingezet om in te spelen op de veranderende zorgvraag en de manier van werken te veranderen:

- 4A: Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg
- 4B: Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches
- 4C: Veilig werken in de zorg
- 1B: Regionaal arbeidsmarktbeleid (zie ook cluster 1)

6.2 Problematiek

Diverse maatschappelijke ontwikkelingen hebben invloed op de zorg in ziekenhuizen. Denk hierbij door onder andere aan de vergrijzing onder de Nederlandse bevolking, de toenemende technologische mogelijkheden en de aandacht voor het bevorderen van zelfredzaamheid in de samenleving. Die ontwikkelingen leiden ertoe dat de patiëntenzorg in de ziekenhuizen steeds complexer wordt. Cliënten worden mondiger waardoor andere communicatieve vaardigheden van medewerkers wordt verwacht. Sommige cliënten zijn agressief en zorgverleners worden door hen belaagd. Het huidige personeel binnen ziekenhuizen bezit niet alle kennis en vaardigheden om met die veranderingen om te gaan. Er is een risico dat zorgverleners zich niet meer comfortabel voelen in hun baan en de zorg verlaten. Dat leidt mogelijk tot een ongewenste uitstroom.

6.3 Waarom een rol voor VWS?

De rol van de zorginstellingen is om ervoor te zorgen dat de medewerkers kennis en vaardigheden hebben om hun vak goed uit te oefenen en niet voortijdig uit te stromen. De overheid kan hierin faciliteren en coördineren. De rol van de overheid is om onderinvesteringen in duurzaam inzetbare medewerkers te voorkomen. Een groter dan noodzakelijk verloop door bijvoorbeeld ziekte, langdurig verzuim of onvoldoende adequate competenties hebben namelijk niet enkel gevolgen voor de werkgever zelf, maar ook voor de beschikbaarheid van personeel voor de regio en sector als geheel. Die externe effecten moeten worden meegewogen. Er zijn aanjaagsubsidies ingevoerd gericht op modernisering van opleidingen en veilig werken in de zorg. Gericht op de duurzame inzet van medewerkers zijn ook projecten ondersteund vanuit het regionaal arbeidsmarktbeleid en de branchematige aanpak.

De nieuwe kennis en competenties moeten snel worden aangeleerd, zodat de zorgverleners duurzaam inzetbaar blijven en de benodigde kwaliteit leveren. Als ieder ziekenhuis alleen vanuit de eigen organisatie een visie op leren ontwikkelt en toekomstige kwaliteitsbehoefte van zorgpersoneel wordt onvoldoende van elkaar geleerd en wordt belangrijke informatie gemist. Door dit coördinatieprobleem ontbreekt een basis om gemeenschappelijk kaders te stellen voor het inrichten van strategisch opleidingsbeleid.

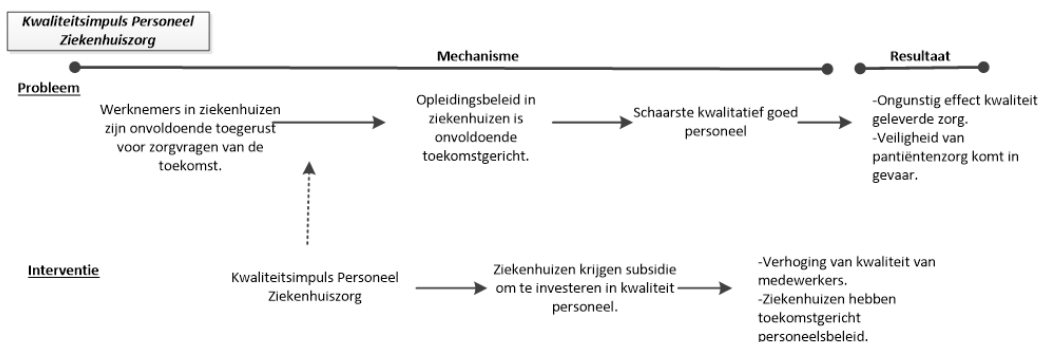
De *Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg* is een maatregel waarmee de overheid beoogt werkgevers een impuls te geven door gelden van de sector te oormerken en gericht ter beschikking te stellen onder voorwaarde dat zij hun verantwoordelijkheid voor strategisch opleidingsbeleid van

medewerkers oppakken, zodat hun medewerkers goed zijn toegerust voor de zorgvraag van de toekomst. Bij *Veilig werken in de zorg* zijn bedoeld om een nieuwe manier van werken (door zowel werkgevers als werknemers) aan te jagen en dan binnen de reguliere manier van werken en opleiden te verankeren.

Bij *Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches* ging het om een brede waaier aan projecten. Overkoepelende en gemeenschappelijke deler is dat de gesubsidieerde projecten de arbeidsmarkt in zorg en welzijn op specifieke aspecten (gekoppeld aan het doel van de individuele subsidie) beter moeten laten functioneren. De subsidieaanvragen zijn inhoudelijk globaal getoetst op de relevantie voor en potentiële bijdrage aan (een of meer van) de algemene doelen van het arbeidsmarktbeleid van het ministerie. Dit zal ook positieve effecten hebben op de duurzame inzet van de medewerkers in de zorg, maar dat is bij de meeste projecten een afgeleid effect (geen direct doel).

Bij *Veilig werken in zorg* werd een tijdelijke stimulering ingezet om medewerkers om te leren gaan met moeilijke patiënten en cliënten. Ook in het regionale arbeidsmarktbeleid zitten projecten die bijdragen aan de duurzame inzetbaarheid.

Figuur 6.1 Hoe leidt de kwaliteitsimpuls tot verhoging kwaliteit medewerkers?



Ingezet budget

Aan dit cluster duurzame inzetbaarheid wordt € 0,5 mln. (2011) tot 196 mln. (2016) uitgegeven.

6.4 Doeltreffendheid in relatie tot de (operationele) doelen

4A Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg

Op basis van kwalitatieve informatie kunnen we vaststellen dat de subsidieregeling op de volgende punten doeltreffend is:

- De regeling stimuleert vooruitkijken en het vormgeven van **strategisch personeelsbeleid**. De regeling voorkomt in zeker mate dat instellingen pas investeren in de kwaliteit van personeel als externe omstandigheden zich voordoen, bijvoorbeeld een fusie of overname of inzet van nieuwe technologieën.
- De regeling stimuleert het verkennen van nieuwe vormen van werknemersbetrokkenheid waarin **werknemers actief betrokken** worden bij de vormgeving van nieuwe opleidingsplannen;
- De regeling leidt ertoe dat er voor een **grotere groep medewerkers** opleidingen en trainingen beschikbaar zijn gekomen.

Of de betrokken werknemers door de bijscholing vanuit de Kwaliteitsimpuls beter zijn toegerust voor zorgvragen van de toekomst is **niet met cijfers vast te stellen** omdat ziekenhuizen nog geen effectmetingen hebben verricht. De branche-partijen verwachten dat de kwaliteit van de

verpleegkundige zorg en overige patiënt gebonden functies door deze regeling omhoog zal gaan.

4b Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches

Harde conclusies over de doeltreffendheid kunnen op basis van de beschikbare informatie **niet worden getrokken**. Het materiaal biedt enige indicaties rond de doeltreffendheid. Uitgaande van de toekenningen in de periode 2009-2014 is er sprake van een evenredige verdeling van het totale subsidiebedrag over de verschillende branches. Sommige projecten hebben een zeer groot bereik van de beoogde doelgroepen (YouChooz bijvoorbeeld), andere projecten kennen, mede vanwege de kleinschaligheid en/of experimentele opzet, een beperkt bereik in termen van zorginstellingen en wisselend in termen van werknemers. Ter indicatie kan worden vastgesteld dat via de gesubsidieerde projecten het bereik onder zorginstellingen in de orde van grootte van 30 procent van de grote zorginstellingen gaat en – daaraan gekoppeld - ongeveer 20 procent van de werknemers. Het grootste deel van de projecten heeft de operationele doelstellingen gerealiseerd.

4C Veilig werken in de zorg

Kwalitatieve informatie wijst op doeltreffendheid van de regeling. Er is echter onvoldoende kwantitatieve informatie beschikbaar om een gegronde uitspraak te kunnen doen over doeltreffendheid. De maatregel heeft gezorgd voor meer bekendheid over anti-agressiebeleid in de zorg. Men is in de zorginstellingen aan de slag gegaan met het voorkomen en aanpakken van agressie. Het is onderdeel van het integraal beleid van zorginstellingen geworden.

1B: Regionaal arbeidsmarktbeleid (zie ook cluster 1)

Op basis van de beschikbare informatie kan **geen (duidelijke) samenhang** tussen de inspanningen en de resultaten worden vastgesteld. Op het terrein van duurzame inzetbaarheid is er sprake van onderbesteding van de toegewezen middelen.

Conclusies doeltreffendheid

Het is plausibel dat zorginstellingen door de Kwaliteitsimpuls strategische opleidingsbeleid zijn gaan voeren, waarbij werknemers actief betrokken zijn. Dat heeft geleid tot een grote groep van werknemers die aan cursussen en trainingen hebben meegedaan. Of de betrokken werknemers door de bijscholing vanuit de Kwaliteitsimpuls beter zijn toegerust voor zorgvragen van de toekomst is niet met cijfers vast te stellen. De operationele doelen van de projecten van branches zijn voor het grootste deel gerealiseerd. Echter harde conclusies over doeltreffendheid zijn niet te trekken. Bij veilig werken in de zorg is meer bekendheid over anti-agressiebeleid gekomen en hebben zorginstellingen gewerkt aan het voorkomen en aanpakken van agressie. Kwantitatieve informatie is onvoldoende beschikbaar om te oordelen over de doeltreffendheid.

6.5 Doelmatigheid

4A Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg

De doelmatigheid is moeilijk vast te stellen omdat er geen vergelijking is met uitgaven aan bijscholing voordat instellingen dit geld geormerkt ontvingen. De regeling lijkt redelijk doelmatig, maar er kan een efficiencyslag gemaakt worden door meer zicht te krijgen op de resultaten en daarop te sturen. **De subsidiehoogte is kostendekkend**. Het is voor veel instellingen een bedrag waarmee zij verandering teweeg kunnen brengen en een grote groep medewerkers kunnen bereiken. Ziekenhuizen zien als belangrijk voordeel van het geormerkt ontvangen van de financiële middelen dat het eenvoudig is om geld te reserveren voor opleiding en scholing. Er hoeft geen discussie plaats te vinden op directieniveau of investeren in scholing nodig is.

4B Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches

Over de doelmatigheid kunnen op basis van de beschikbare informatie **geen harde conclusies** worden getrokken. Wel kan worden beschreven aan welke activiteiten de middelen zijn besteed en wat dit betekent in termen van direct en indirecte opbrengsten. In totaal is in de periode 2009-2014 een bedrag van 12 miljoen euro aan subsidies toegekend, dat wil zeggen gemiddeld 2 miljoen euro per jaar. De rode draad in de projecten is “arbeidsmarktinformatie” en “beleidsinformatie” (en aansluitend informatie-uitwisseling en advisering). Anders gezegd, via de projecten is en/of wordt structureel informatie verzameld en verspreid, waarvan, mede vanwege de gekozen vorm van communicatie (website, netwerk, e.d.) wordt verwacht dat deze bijdraagt aan beter arbeidsmarkt- en personeelsbeleid op het niveau van branches en instellingen, ook met positieve effecten voor duurzame inzetbaarheid van personeel.

4C Veilig werken in de zorg

De subsidie is volledig gebruikt en heeft in een behoefte bij zorginstellingen voorzien. Omdat de ondersteuningsregeling elke keer snel overtekend was – voor veel van de branches was de regeling binnen een week, soms een dag, weg – is het subsidiebedrag verhoogd zodat meer instellingen gebruik konden maken. Dit betekent ook dat veel instellingen geen gebruik hebben kunnen maken omdat ze te laat waren met indienen. In 2016 hebben 238 instellingen subsidie ontvangen, dit is een **bereik van 24,3%** van de instellingen die zijn aangesloten bij branche-partijen. De regeling is in veel instellingen een impuls geweest om eigen activiteiten te organiseren rond het thema agressie. De ondersteuningsregeling had **als hefboomwerking** (via publiciteit) dat ook bij de niet-financieel ondersteunde zorginstellingen het thema veilig werken wel **op de agenda** is gekomen.

1B Regionaal arbeidsmarktbeleid (zie ook cluster 1)

Op basis van de beschikbare informatie kan geen uitspraak over de doelmatigheid worden gedaan.

Conclusies doelmatigheid

De kwaliteitsimpuls had voldoende geoormerkt budget om substantiële projecten uit te voeren. De uitvoering van die projecten was kostendekkend. Bij de arbeidsmarktprojecten in branches kan geen goede uitspraak over de doelmatigheid worden gegeven. Veilig werken in de zorg had een redelijk bereik (bijna een kwart in één jaar) en droeg door de hefboomwerking ook bij aan medewerkers bij instellingen, die geen subsidie kregen.

6.6 Aanbevelingen gericht op vergroting doeltreffendheid en doelmatigheid

4A Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg

- **Evalueer de resultaten** van de regeling na afloop. Betrek hierbij de resultaten die behaald zijn binnen individuele instellingen en onderzoek of zij hun eigen verantwoordelijkheid oppakken. Op basis van deze evaluatie kan besloten worden over **wel/niet continueren van de regeling**.
- Stimuleer **kennisuitwisseling** tussen instellingen. Hierin hebben de Sociale Partners een belangrijke rol.

4B Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches

- Uit de beleidsdoorlichting blijkt dat vooral de link tussen de activiteiten en de beoogde effecten (op de arbeidsmarkt en de kwaliteit van de zorg) moeilijk is te reconstrueren. Effectmeting is ook niet eenvoudig, maar er kan binnen de kaders meer bereikt worden dan nu is gerealiseerd. Dit komt mede omdat de beleidslogica in het plan van aanpak vaak niet of alleen impliciet wordt uitgewerkt. De beleidstheorie zou vooraf goed moeten worden vastgelegd en in meer detail worden uitgewerkt (**probleemanalyse en rol project in oplossing van dit probleem**).

- Het plan van aanpak zou voorzien moeten zijn van een **gedegen contextanalyse**, in het bijzonder de relatie met het al bestaande beleid. Wat voegt het project toe aan het bestaande beleid, niet alleen in termen van activiteiten, maar ook in termen van doelbereik?
- Vooraf zou moeten worden vastgesteld **welke indicatoren** worden gebruikt voor effectiviteit en doelmatigheid en, daarop aansluitend, zouden monitoring en evaluatie standaard onderdeel van het project moeten zijn.
- Indicatoren voor de effectiviteit hangen ook samen met de rol van de subsidie. Gaat het om het stimuleren van toepassing van beleid en **maatregelen die bewezen effectief zijn** (vergroting volume en/of bereik), of gaat het om **experimenten**, waarbij op voorhand geen zekerheid over effectiviteit bestaat? Bij een meer experimentele inzet moet vooraf wel worden vastgesteld waarop het experiment effect wordt geacht te hebben.
- Een deel van de gesubsidieerde activiteiten betreft onderzoek. Dit is veelal aanvullend op wat regulier aan (arbeidsmarkt)onderzoek wordt gedaan. Vanuit doelmatigheid kan worden nagegaan of dergelijke activiteiten niet beter **opgenomen kunnen worden in het onderzoeksprogramma**.
- In de uitgevoerde projecten betreft **cofinanciering** veelal de inzet van regulier personeel en/of reguliere middelen op het specifieke project. Dit is een signaal dat de instellingen aan het project willen bijdragen en hier serieus naar zullen kijken. Op deze wijze is er tegelijkertijd bij cofinanciering dan sprake van “oormerking” van de beschikbare middelen van brancheorganisaties en zorginstellingen. Het is dan de vraag wat de betreffende organisaties met deze middelen hadden gedaan als het project er niet was geweest. Als het om dezelfde (type) activiteiten en onderwerpen gaat, dan is alleen het subsidiebedrag van VWS “additioneel”. Als de zorginstellingen en branches deze middelen op andere (effectieve en doelmatige) activiteiten of projecten hadden ingezet, moet bij de beoordeling van de effectiviteit en doelmatigheid rekening worden gehouden met eventuele neveneffecten op de omvang van die andere activiteiten en projecten. Cofinanciering zou dan contraproductief kunnen zijn. Via een heldere contextanalyse vooraf kan de wenselijkheid van cofinanciering worden getoetst, waarbij een afweging moet worden gemaakt tussen de gewenste schaal van het project en de betrokkenheid van de zorginstellingen en de alternatieve besteding van de reguliere middelen van de zorginstellingen en branches.

4C Veilig werken in de zorg

- **Evalueer** de resultaten van de ondersteuningsregeling na afloop.
- Zorg ervoor dat **de tools** die in het kader van Veilig Werken in de Zorg ontwikkeld **zijn blijven bestaan**. Op deze manier kunnen zorginstellingen ook voorbeelden blijven delen en van elkaar blijven leren.
- Stimuleer dat het aanpakken van agressie en geweld tegen medewerkers in de zorg **op de agenda** blijft staan **van de overheid, de sociale partners en de individuele zorginstellingen**.

Aanbevelingen

Bij de instrumenten voor duurzaam inzetbare medewerkers zijn verschillende aanbevelingen per instrument gedaan om de doeltreffendheid en doelmatigheid te verhogen. Er zijn enkele rode draden te onderscheiden:

- evaluatie over de instrumenten;
- kennisuitwisseling van de resultaten.

7 Cluster 5 Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid

7.1 Inleiding

Direct

In dit cluster *randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid* zijn vier thema's opgenomen, die bijdragen aan versterking van de kwaliteit en de veiligheid van de zorg.

- 5A: Vaccinatie hepatitis B
- 5B: Buitenlands gediplomeerden
- 5C: Unieke zorgverlener identificatie (UZI)
- 5D: BIG-register (komt voort uit de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg)
- 4C: Veilig werken in de zorg

Indirect

- 1B: Regionaal arbeidsmarktbeleid (zie ook cluster 1)

7.2 Problematiek

Een randvoorwaarde voor de kwaliteit en veiligheid in de zorg is dat de stagiaires niet ziek zijn of worden. Er zijn risico's voor patiënten en studenten in de zorg dat zij de besmettelijke ziekte Hepatitis B krijgen. Dat kan bij de studenten leiden tot studievertraging en heeft daarmee een effect op de instroom van zorgverleners op de arbeidsmarkt. Studenten van medische opleidingen, die stages lopen, krijgen tijdig (vanwege de vaccinatieperiode van 7 maanden) en gratis een vaccinatie tegen Hepatitis B aangeboden.

Een andere randvoorwaarde voor de veiligheid en de kwaliteit van de zorg is dat de zorgverleners goed zijn opgeleid en kennis en vaardigheden hebben om goede zorg te verlenen. Daar worden twee instrumenten voor ingezet, namelijk het BIG-register en de toelatingsprocedure voor buitenlandse gediplomeerden. Zorgverleners kunnen zich in het BIG-register laten opnemen, als zij voor hun functie aan bepaalde (diploma) eisen voldoen. Dan mogen ze een wettelijk beschermde beroepstitel voeren en voor bepaalde beroepen voorbehouden handelingen verrichten (bijvoorbeeld intraveneuze injectie). Het BIG-register is een openbaar toegankelijk register dat door zorgconsumenten ingezien kan worden om te controleren welke bevoegdheden een zorgverlener heeft. Het hoofddoel van het BIG-register kan het beste worden getypeerd als het bieden van transparantie/publieksvoorlichting, namelijk het zichtbaar maken van beroepsbeoefenaren die bevoegd zijn wettelijk beschermde beroepen uit te oefenen. Buitenlandse gediplomeerden moeten een toelatingsprocedure doorlopen. Met deze procedure wordt inzicht verkregen in de kwaliteit van de buitenlandse gediplomeerden. Zonder een instrument om de kwaliteit van buitenlandse gediplomeerden te beoordelen, is instroom in de Nederlandse gezondheidszorg (wettelijk) onmogelijk. Personen die bij aanmelding over onvoldoende kwaliteit beschikken, kunnen door middel van de aanvullende scholing hun kwalificaties op peil brengen, waardoor zij na afronding ook kunnen instromen.

Een derde randvoorwaarde is dat zorgverleners weten wie hun patiënten zijn en dat gegevens van patiënten veilig uitgewisseld kunnen worden. In 2008 is de Wet gebruik Burgerservicenummer (BSN) in de zorg (Wbsn-z) ingevoerd. Het BSN in de zorg wordt gebruikt om:

- fouten te voorkomen bij de uitwisseling van financiële en medische gegevens;
- eenvoudiger te declareren bij de zorgverzekering;
- persoonsverwisseling te voorkomen; en
- betere bescherming te bieden tegen identiteitsfraude.

Dit BSN kan worden geverifieerd bij het CIBG via het Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg (SBV-Z).¹⁴ Om toegang te krijgen tot de gegevens is het vanwege bescherming van de privacy van de burger van belang dat alleen geautoriseerde zorgverleners bij deze gegevens kunnen komen. Hiervoor is de Unieke Zorgverlener Identificatie-pas (UZI-pas) ingevoerd.

Voor dit cluster randvoorwaarden voor de kwaliteit en veiligheid in de zorg is ook het eerder besproken instrument van *4 C Veilig werken in de zorg* van belang, een tijdelijke stimulering om medewerkers om te leren gaan met moeilijke patiënten en cliënten.

7.3 Waarom een rol voor VWS?

De overheid heeft een systeemverantwoordelijkheid en stelt de randvoorwaarden om te zorgen dat alle betrokkenen aan dezelfde spelregels moeten voldoen met het oog op de kwaliteit en veiligheid van de zorg (bijvoorbeeld het BIG-register en toelating buitenlands gediplomeerden). Zonder interventie vanuit de overheid is er bijvoorbeeld een risico dat minder studenten zich laten vaccineren tegen hepatitis B met een risico dat zij zelf door ziekte uitvallen of patiënten en andere medewerkers besmetten.

Voor dit cluster zijn verschillende instrumenten ingezet, waarvoor vaak tijdelijk een financiële bijdrage is gegeven. Voor twee van de instrumenten geldt dat de kosten vanuit het principe van kostendekkendheid worden gedragen door het veld van zorgverleners (BIG-register en UZI-register). Voor de toelatingsprocedure van de buitenlands gediplomeerden en de vaccinatieregeling geldt dat er jaarlijks een bepaald bedrag wordt uitgegeven. Bij buitenlands gediplomeerden geldt dat de betrokkenen op diverse punten ook zelf een financiële bijdrage leveren, wat zeker bij de aanvullende scholing fors kan oplopen.

De problematiek van veiligheid van patiënten wordt zichtbaar via incidenten, dat wil zeggen situaties waarin een patiënt ondeskundig en/of onzorgvuldig is behandeld door een niet bevoegde zorgverlener. Een incident kan ontstaan door of verband houden met de volgende situaties:

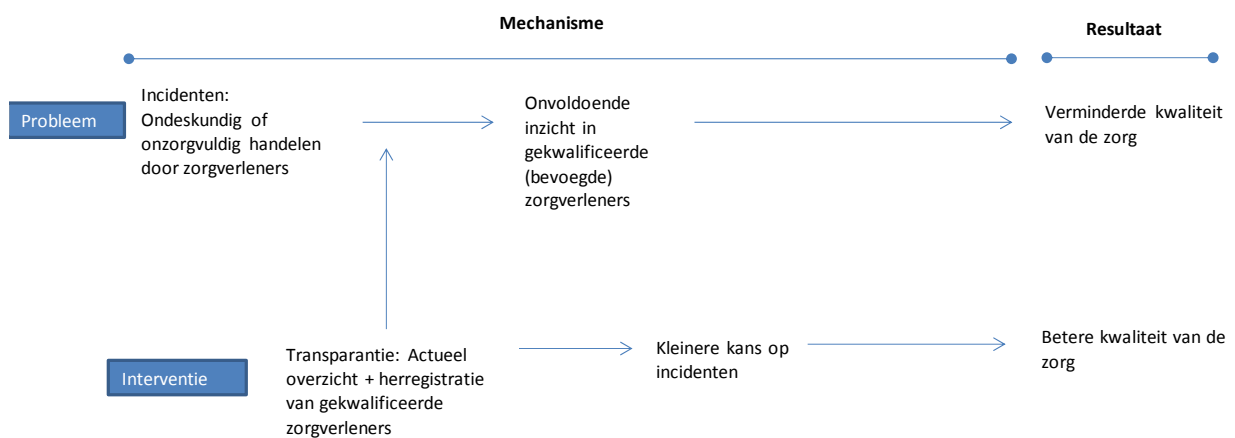
- een patiënt was niet in staat om de bevoegdheid van de zorgverlener te beoordelen of te toetsen;
- de registratie van de bevoegdheid van de zorgverlener was niet juist/actueel;
- de zorgverlener was niet bevoegd (omdat deze niet was ingeschreven in het BIG-register);
- de betreffende zorgverlener was wel bevoegd, maar voor het eerst handelde deze in strijd met de regels (onzorgvuldige handeling, e.d.).

¹⁴ Specifiek bij Sectorale Berichten Voorziening in de Zorg (SBV-Z).

De rol van de overheid is om centrale registers bij te houden en het niet aan het veld over te laten om met eigen registratiemodellen te komen. Door deze centrale aanpak wordt gegarandeerd dat het landsdekkend en uniform wordt uitgevoerd met een directe relatie met diverse wettelijke taken van de overheid. Het BIG-register is er om handelingen die in strijd zijn met de Wet BIG te voorkomen en om aan patiënten actueel inzicht te bieden in de bevoegdheid van de zorgverlener. De UZI-pas en de ICT-infrastructuur voldoen aan hoge veiligheidsnormen en de aanvrager wordt zorgvuldig getoetst. Daarmee wordt bewerkstelligd dat alleen de geautoriseerde zorgverleners een BSN kunnen verifiëren en gegevens van patiënten zorgvuldig uitwisselen.

Het aanbieden van een hepatitis B vaccinatie aan de werknemer is verplicht volgens het Arbeidsomstandigheden besluit, wanneer de werknemer blootgesteld kan worden aan het hepatitis B-virus.¹⁵ Werkgevers in de zorg hebben de verplichting om de vaccinatie tegen hepatitis B aan hun personeel, waaronder stagiairs, aan te bieden. Door de relatief korte stageperioden in combinatie met een relatief lange vaccinatieperiode (zeven maanden, plus een extra vaccinatie na twaalf maanden), konden werkgevers in de zorg voor de stagiairs niet aan deze wettelijke verplichting voldoen. Dit heeft in het verleden geleid tot problemen bij studenten met het volgen van stages, met als gevolg uitval of vertraging van de studie. In de Arbeidsmarktbrief 2007 'Werken aan zorg' wordt aangegeven dat de overheid de algemene verantwoordelijkheid draagt voor de continuïteit en kwaliteit van de geleverde zorg. Hieronder valt het ondersteunen van zorginstellingen in het behouden en opleiden van zorgpersoneel, met het oog op dreigende personeelstekorten. Personeelstekorten zouden kunnen optreden door het niet aanbieden van de hepatitis B vaccinatie, waardoor er vertraging of uitval optreedt onder studenten en risicosituaties kunnen ontstaan voor de patiëntveiligheid. Hierdoor werd in 2007 besloten om de vaccinatie hepatitis B te vergoeden voor studenten die medische opleidingen volgen.

Figuur 7.1 Beleidstheorie BIG-register



Ingezet budget

Aan dit cluster randvoorwaarden voor de kwaliteit en veiligheid wordt € 0,0 mln. (2011) tot € 9,0 mln. (2016) uitgegeven.

¹⁵ Arbeidsomstandighedenbesluit, Artikel 3 & Artikel 4.85.

7.4 Doeltreffendheid

5A Vaccinatie hepatitis B

- **De regeling is effectief.** Er wordt uitval van studenten voorkomen, doordat zij de benodigde vaccinatie tegen hepatitis B tijdig voor hun stage kunnen krijgen en de kosten worden vergoed.
- Uit ons onderzoek blijkt **dat vrijwel alle eerstejaars gevaccineerd** worden. Hierdoor leidt de regeling tot een vaccinatiegraad van vrijwel 100%, waardoor uitval van studenten wordt voorkomen en er minder risico's voor de patiëntveiligheid worden gelopen. Een 100% vaccinatiegraad met 100% subsidiëring is onmogelijk doordat enkele onderwijsinstellingen op grond van geloofsovertuiging niet vaccineren.
- Bij respondenten is de tevredenheid over de regeling neutraal tot hoog.
- Bij de ziekenhuizen en andere stageplaatsen is het niet altijd duidelijk of een student wel of geen vaccinatie heeft gekregen. Er is geen centraal register.

5B Buitenlands gediplomeerden

- Het assessment is een **zorgvuldige procedure** om de kwaliteit van artsen te toetsen. Het vereiste taalniveau ligt met de AKV-toets hoger dan voorheen en respondenten geven aan dat artsen over het algemeen met voldoende taalkennis aan de aanvullende opleiding starten. Voor het beoordelen van de medische kennis van de artsen worden hun scores vergeleken met de gemiddelde scores van zesdejaars geneeskunde studenten.
- Sinds de vernieuwde toelatingsprocedure in 2005 is de instroom van **buitenlands gediplomeerde artsen sterk gedaald**. In enkele bronnen die betrekking hebben op de periode voor invoering worden jaarlijks ruim 100 buitenlands gediplomeerde artsen van buiten de EER ingeschreven in het BIG-register. In de tien jaar na invoering van het assessment zijn dit er enkele tientallen per jaar. Nu is de veranderde regelgeving zeker niet de enige oorzaak van deze trendbreuk.
- Rondom de aangepaste toelatingsprocedure komt bovendien **een aantal knelpunten naar voren** die bevestigen dat de verandering van de procedure een rol heeft gespeeld bij de daling van de instroom. Uit de gesprekken met betrokkenen en literatuur blijkt bijvoorbeeld dat de informatievoorziening, beschikbare begeleiding en kosten een barrière vormen.
- Op grond van de bovenstaande argumentatie **is de toelatingsprocedure buitenlands gediplomeerden doeltreffend voor wat betreft het hoofddoel om kwaliteit en veiligheid te garanderen**.

5C Unieke zorgverlener identificatie (UZI)

- De bijdrage van het ministerie van VWS voor het verbeteren van het uitgifteproces van de UZI-pas is doeltreffend te noemen omdat het proces van aanvragen en uitgifte beter aansluit op de vraag van de afnemers en tevens de doorlooptijd is verlaagd. Een gevolg hiervan is dat een tariefverlaging is doorgevoerd, wat leidt tot verlaging van de drempel om een UZI-pas aan te schaffen.
- Het doel om een veilig identificatiesysteem te maken, is gelukt. De UZI-pas en bijbehorende infrastructuur voldoen aan hoge veiligheidseisen (Public key infrastructure (PKIO) certificaat). Er zijn geen meldingen van veiligheidsproblemen met de UZI-pas.
- In de afgelopen jaren heeft de omschakeling naar een kostendekkend systeem plaatsgevonden. Bij de overgang van gratis UZI-passen naar een betaalde UZI-pas was er een hausse aan aanvragen. Mede omdat de ICT-infrastructuur (operationeel gebied) nog niet goed functioneerde, gaf dit knelpunten in de uitgifte. Tevens waren er klachten uit het veld over de aanvraag- en uitgifteprocedure. VWS heeft een bijdrage gegeven om die knelpunten op te lossen en dat heeft geleid tot een beter proces, verlaging van kosten en kortere doorlooptijden.

- Een neveneffect van de UZI-pas, die bedoeld is om BSN-nummers te verifiëren, is dat de pas ook gebruikt wordt in een landelijk systeem vanuit het zorgveld om medische gegevens van patiënten veilig elektronisch uit te wisselen.
- Op grond van de bovenstaande argumentatie **is het UZI-register doeltreffend.**

5D BIG-register

- Op grond van de beschikbare informatie kan worden geconcludeerd dat in het BIG-register alleen zorgverleners uit de beroepen conform artikel 3 van de Wet BIG zijn geregistreerd. De verplichte herregistratie heeft een positief effect op de kwaliteit van de zorg en bescherming van de patiënt, doordat alleen degenen die in de afgelopen vijf jaar voorafgaande aan het moment van de herregistratie daadwerkelijk en aantoonbaar het beroep (gedurende een aantal uren) hebben uitgeoefend hun registratie behouden.
- Er zijn geen aanwijzingen dat beroepen of handelingen onnodig zijn gereguleerd. Wel zijn er concrete voornemens (physician assistant en huidtherapeut) voor uitbreiding van het aantal voorbehouden handelingen en beschermde beroepen (uitbreiding bereik BIG-register).
- Uit de beschikbare informatie blijkt dat het BIG-register – voor zover praktisch mogelijk – voldoet aan de eisen van actualiteit en toegankelijkheid. Tegelijkertijd blijft zorgvuldigheid noodzakelijk en moet er voortdurend voor worden gewaakt dat deze kwaliteit behouden blijft.
- Het BIG-register wordt (nog) niet in alle gevallen waarvoor het in stand wordt gehouden benut. Vooral het gebruik door consumenten is nog altijd beperkt, hoewel dit in recente jaren aanzienlijk is toegenomen.
- Het BIG-register vormt een belangrijke basisvoorziening voor het bereiken van de doelstellingen van de Wet BIG, maar is op zichzelf niet voldoende voor het garanderen van de kwaliteit van de zorg. De wijze waarop de zorgverleners de patiënt behandelen en beschermen is daarvoor vooral bepalend.
- Op grond van de bovenstaande argumentatie **is het BIG-register doeltreffend.**

4C Veilig werken in de zorg

Kwalitatieve informatie wijst op doeltreffendheid van de regeling. Het stimuleringsprogramma veilig werken in de zorg heeft het bewustzijn over veiligheid en het handelingsperspectief om met moeilijke patiënten om te gaan, verbeterd. Er is echter onvoldoende kwantitatieve informatie beschikbaar om een gegronde uitspraak te kunnen doen over doeltreffendheid. De maatregel heeft gezorgd voor meer bekendheid over anti-agressiebeleid in de zorg. Men is in de zorginstellingen aan de slag gegaan met het voorkomen en aanpakken van agressie. Het is onderdeel van het integraal beleid van zorginstellingen geworden.

Conclusie doeltreffendheid

De instrumenten van dit cluster randvoorwaarden voor kwaliteit en veiligheid zijn vrijwel allemaal doeltreffend. De twee registers (BIG en UZI) vervullen de taken waarvoor ze zijn opgericht. De toelatingsprocedure voor buitenlands gediplomeerden is zorgvuldig. De vaccinatieregeling leidt tot een hoge vaccinatiegraad waardoor stagiaires geen Hepatitis B opdoen en door ziekte uitvallen of patiënten kunnen besmetten. Het stimuleringsprogramma veilig werken in de zorg heeft het bewustzijn over veiligheid en het handelingsperspectief om met moeilijke patiënten om te gaan, verbeterd.

7.5 Doelmatigheid

5A Vaccinatie hepatitis B

- Als er geen subsidieregeling zou zijn geweest en studenten niet gevaccineerd zouden worden, dan leidt dit tot maatschappelijke kosten. Het is redelijk te veronderstellen dat de maatschappelijke kosten van het niet vaccineren hoger zijn dan de uitgaven aan de subsidie €4.7 miljoen (2016). **Dat betekent dat de subsidie in dit opzicht doelmatig is.**
- De uitvoering zou aan **doelmatigheid kunnen winnen** doordat het subsidiebedrag nu niet goed is afgestemd op de actuele vraag door het gebruik van de t-2 systematiek, waarbij de studentenaantallen van 2 jaar terug als instroom worden gebruikt. In sommige gevallen wordt teveel of te weinig subsidie per jaar verstrekt.
- Volledige centralisatie van de inkoop van vaccines zou mogelijk tot een **verdere prijsverlaging** leiden. Dit zou bij kunnen dragen aan de doelmatigheid.

5B Buitenlands gediplomeerden

- De kostprijs per aanvraag bedraagt gemiddeld €5.500. De afgelopen jaren zijn deze kosten van het behandelen van een aanvraag met ongeveer €700 afgenomen.
- De opleidingskosten van buitenlands gediplomeerde artsen van gemiddeld €26.000 zijn, vergeleken met de opleidingskosten van Nederlandse geneeskunde studenten, relatief laag. De buitenlands gediplomeerde artsen moeten dit bedrag in de meeste gevallen volledig zelf betalen, wat een belemmering vormt voor de instroom.
- De tijd die het CIBG en de CBGV aan de aanvraag besteden op verschillende momenten in de procedure (de *netto* doorlooptijd) bedraagt gemiddeld negen maanden (285 dagen). Er zijn aanwijzingen dat de doorlooptijd van het assessment en de aanvullende scholing de afgelopen jaren zijn afgenomen.
- De **doelmatigheid** wordt, gegeven de relatief lage kosten voor de overheid en de doorlooptijd van negen maanden als **redelijk beoordeeld**.

5C Unieke zorgverlener identificatie (UZI)

Het doel is dat de UZI-pas en het UZI-register kostendekkend zijn en dat de gebruikers de kosten betalen. Met de bijdragen aan het verbeteren van het systeem van de UZI-pas heeft ministerie van VWS ervoor gezorgd dat het uitgifteproces efficiënter is geworden. Het UZI-register en de UZI-pas zijn door afspraken met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) over een gegarandeerde afname en het tarief vanaf 2016 kostendekkend. **De doelmatigheid wordt als goed beoordeeld.**

5D BIG-register

- In de afgelopen jaren zijn er grote veranderingen geweest in het BIG-register en tevens in het beheer en de administratieve organisatie ervan. Hierdoor is het **niet mogelijk** om een consistente tijdreeks samen te stellen op basis waarvan **een beeld van de doelmatigheid en de ontwikkeling kan worden gegeven**.
- **Voor de overheid is het BIG-register doelmatig** omdat de kosten volledig/grotendeels vergoed worden door de (her)registratie van de zorgverleners. Vanuit maatschappelijk oogpunt zou een eventuele daling van de kosten de doelmatigheid voor de betalende gebruikers verhogen.
- **Verbetering van de doelmatigheid** (voor de betalende zorgverleners) moet worden gezocht in **de efficiency van de organisatie**. Op de operationele doelstellingen (volledigheid, actualiteit en toegankelijkheid) zijn alleen nog beperkte winsten te boeken. De problematiek vereist nagenoeg perfectie op deze punten, wat verbetering van de doelmatigheid niet eenvoudig maakt.

4C Veilig werken in de zorg

De subsidie is volledig gebruikt en heeft in een behoefte bij zorginstellingen voorzien. Omdat de ondersteuningsregeling elke keer snel overtekend was – voor veel van de branches was de regeling binnen een week, soms een dag, weg – is het subsidiebedrag verhoogd zodat meer instellingen gebruik konden maken. Dit betekent ook dat veel instellingen geen gebruik hebben kunnen maken omdat ze te laat waren met indienen. In 2016 hebben 238 instellingen subsidie ontvangen, dit is en **bereik van 24,3%** van de instellingen die zijn aangesloten bij branche-partijen. De regeling is in veel instellingen een impuls geweest om eigen activiteiten te organiseren rond het thema agressie. De ondersteuningsregeling had **als hefboomwerking** (via publiciteit) dat ook bij de niet-financieel ondersteunde zorginstellingen het thema veilig werken wel **op de agenda** is gekomen.

Conclusie over doelmatigheid

De instrumenten van dit cluster randvoorwaarden voor kwaliteit en veiligheid zijn vrijwel allemaal doelmatig. Het UZI register opereert kostendekkend en de financiële bijdragen zijn nodig voor een goede werking van het register. Over de doelmatigheid van het BIG register kan op basis van de beschikbare informatie geen uitspraak worden gedaan. Ook is onduidelijk of het BIG register kostendekkend opereert.

De kosten van de toelatingsprocedure voor buitenlands gediplomeerden zijn redelijk, maar de doorlooptijd is lang. Vanuit het perspectief van de arbeidsmarkt in de zorg is het aantrekken van buitenlands gediplomeerden doelmatig omdat zij al een hoog kennisniveau hebben en meeste kosten reeds betaald zijn. De kosten voor de vaccinaties zijn lager dan het de maatschappelijke baten, maar kunnen wellicht nog dalen door centrale inkoop. Het stimuleringsprogramma veilig werken in de zorg heeft met een beperkt bedrag een goed bereik gehad in het zorgveld.

7.6 Aanbevelingen gericht op vergroting doeltreffendheid en doelmatigheid

5A Vaccinatie hepatitis B

- De regeling kan over tien tot twintig jaar **worden afgebouwd** en mogelijk beëindigd omdat kinderen vanaf 2011 verplicht tegen hepatitis B ingeënt worden via het Rijksvaccinatieprogramma.¹⁶
- Er zou overgegaan kunnen worden tot **volledige centralisatie** van de inkoop waardoor het wellicht mogelijk is om een verdere prijsverlaging te verkrijgen. Door het centraal inkopen verandert de omvang van de vraag niet, maar is dit beter gecoördineerd (in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma worden ook afspraken gemaakt over de kosten van de vaccins). Dit zou de doelmatigheid vergroten.
- Een voordeel van een landelijk verzamelpunt kan zijn dat er een centraal register kan worden bijgehouden van studenten met een inenting. De inenting staat nu in het persoonlijke vaccinatieboekje geregistreerd.
- Via wet- en regelgeving voor de opleiding zou bepaald kunnen worden dat studenten zich laten vaccineren voorafgaande aan een opleiding. De vaccinatie zou wettelijk verplicht kunnen worden met ontheffing voor geloofsvoorwaarden.
- Een eventuele overheveling van de subsidieregeling naar OCW zou kunnen leiden tot een reductie van de administratieve lasten voor onderwijsinstellingen.
- Continueer de regeling omdat deze vrij doeltreffend lijkt en verken of de doelmatigheid verbetert door centralisatie van de inkoop en aandacht voor de t-2 systematiek.

¹⁶ De vaccinatiegraad zal geen 100% worden. Er zijn kinderen die o.a. vanwege geloofsredenen zich niet laten inenten. Het is de vraag of zij tot deze specifieke studentenpopulatie behoren.

5B Buitenlands gediplomeerden

- De meeste aanbevelingen hebben betrekking op de randvoorwaarden rondom de toelatingsprocedure om belemmeringen weg te nemen, zonder het uiteindelijke resultaat in termen van kwaliteit aan te tasten.
- In het huidige registratiesysteem is het niet mogelijk de resultaten van de toelatingsprocedure (het aantal aanvragen, aantal inschrijvingen in het BIG-register, uitval, etc.) systematisch te monitoren. Het CIBG is bezig een nieuw informatiesysteem in te voeren dat meer toegerust is om dergelijke managementinformatie te bieden.
- De informatievoorziening richting artsen kan nog beter voor de voorbereidingsmogelijkheden en de kosten van aanvullende scholing. Het is van belang dat deze informatie op één centraal punt wordt gepresenteerd, zodat artsen beter geïnformeerd zijn over het assessment en vereiste documentatie en kennis, wat vertraging en eventueel uitval in de procedure voorkomt.
- **Financiële steun** aan organisaties die buitenlandse gediplomeerde artsen **begeleiden**. En meer transparantie over **het collegegeld** en financiële steun hiervoor.
- Om de toelatingsprocedure en aanvullende scholing beter op elkaar aan te laten sluiten, is het wenselijk dat er **een instantie verantwoordelijk** wordt gemaakt die artsen begeleidt naar aanvullende scholing.
- Het waarborgen van de kwaliteit en veiligheid van de zorg is het centrale doel van deze regeling. Tegelijkertijd betekent deze procedure dat hiermee extra arbeidsaanbod beschikbaar komt voor zorgberoepen. Het blijft van belang om dit perspectief niet volledig te vergeten, al was het maar omdat **deze vorm van instroom voor de overheid relatief weinig kostbaar is**.

5C Unieke zorgverlener identificatie (UZI)

- **Zet het beleid voort** om te zorgen voor een veilige identificatie in de zorg om zo gegevens veilig uit te wisselen. Nu het UZI-register kostendekkend is, vraagt dit geen (intensieve) financiële sturing, maar blijft facilitering ervan via de uitvoeringsorganisatie CIBG van belang.
- Met het oog op de ontwikkelingen in de technologie en het algemene beleid van de overheid over identificatie, zal nagedacht moeten worden over een **opvolger van de UZI-pas**. Hierbij zou gedacht kunnen worden aan toepassing van elektronische identificatie (bijvoorbeeld met e-ID of Idensys).

5D BIG-register

- Het BIG-register wordt in het zorgveld actief gebruikt, maar het inzien door consumenten is nog altijd relatief beperkt. Intussen is er een wetstraject in gang gezet om de bekendheid te vergroten. Wellicht kunnen **aanvullende communicatie activiteiten** worden ingezet.
- Door elementen zoals de aanscherping van het tuchtrecht en de (uitbreiding van de) herregistratie is het BIG-register versterkt. Een verdere impuls kan uitgaan van **uitbreiding van de eisen van herregistratie**.
- Mogelijk interessant kan zijn om **de ontwikkeling in het aantal incidenten** en (tucht)rechtszaken te presenteren en mogelijk ook gegevens van Landelijk Meldpunt Zorg, als indicatoren voor de patiëntbescherming, maar dit is te eenvoudig, gelet op de discussie over de mogelijkheden om de kwaliteit van de zorg adequaat te meten.

4C Veilig werken in de zorg

- **Evalueer** de resultaten van de ondersteuningsregeling na afloop.
- Zorg ervoor dat **de tools** die in het kader van Veilig Werken in de Zorg ontwikkeld **zijn blijven bestaan**. Op deze manier kunnen zorginstellingen ook voorbeelden blijven delen en van elkaar blijven leren.
- Stimuleer dat het aanpakken van agressie en geweld tegen medewerkers in de zorg **op de agenda** blijft staan **van de overheid, de sociale partners en de individuele zorginstellingen**.

Aanbevelingen

Bij het cluster randvoorwaarden voor kwaliteit en veiligheid zijn verschillende aanbevelingen per instrument gedaan om de doeltreffendheid en doelmatigheid te verhogen. Er zijn enkele rode draden te onderscheiden:

- Handhaaf de registers en de kwaliteit ervan. Stimuleer het gebruik van de registers in het zorgveld (UZI) en de zorgconsumenten (BIG).
- Bezie buitenlands gediplomeerden niet alleen als risico (toelating kwaliteit), maar ook als kans (instroom op de arbeidsmarkt in beroepen waar vraag naar is).

8 Conclusies, beleidsopties en aanbevelingen

8.1 Conclusies doelmatigheid en doeltreffendheid

In deze paragraaf wordt op hoofdlijnen een overzicht gegeven van de doeltreffendheid en doelmatigheid van de instrumenten van de vijf clusters. Hierbij is gepoogd per instrument een oordeel te vellen, waar een wereld van argumenten en nuances achter ligt. In de rapportages per instrument is meer informatie te vinden over de verschillende aspecten van de regeling en de specifieke beoordelingen ervan. In het eerste hoofdstuk van dit rapport werd ingegaan op de beschikbaarheid van de gegevens om een evaluatie van de effecten te kunnen geven. De beperkingen van deze gegevens moeten bij deze beleidsdoorlichting gebruikt worden als context voor de onderstaande analyse, die op een hoger abstractieniveau tot conclusies leidt. Als dus in het onderstaande gesproken wordt van 'aangetoond', betekent dit dus niet dat bestaande evaluaties en/of gegevens een robuuste effectmeting bieden, maar wel indicaties van het wel of niet optreden hiervan.

Op basis van de bevindingen is per instrument een oordeel geveld, waar een wereld van argumenten en nuances achter ligt. In de rapportages per instrument is meer informatie te vinden over de verschillende aspecten van de regeling en de specifieke beoordelingen ervan.

In de onderstaande tabel is bij doeltreffendheid onderscheid gemaakt tussen:

- **Goed en aangetoond:** Op basis van bestaande evaluaties en kwantitatieve informatie is een oordeel gegeven, dat bevestigd is op basis van interviews.
- **Deels en plausibel:** Bij deze instrumenten was er beperkte informatie met harde gegevens. Er is hier een oordeel uitgesproken op basis van de plausibiliteit van de beleidstheorie en de informatie uit de interviews.
- **Matig en aangetoond:** Op basis van bestaande evaluaties en kwantitatieve informatie is een oordeel gegeven, dat bevestigd is op basis van interviews.

Bij doelmatigheid is een driepuntsschaal gebruikt van goed, kan beter tot matig. Hier is geen expliciet onderscheid gemaakt tussen aangetoond en plausibiliteit. Bij de meeste onderwerpen was de beoordeling van de doelmatigheid kwalitatief. Daarnaast is er bij doelmatigheid een categorie *nog niet te bepalen* opgenomen omdat er nog onvoldoende gegevens beschikbaar zijn om een onderbouwd oordeel uit te kunnen spreken.

Tabel 8.1 Samenvattende tabel doeltreffendheid en doelmatigheid van de instrumenten

Nr.	Instrument	Doeltreffend			Doelmatig			
		Goed: aange-toond	Deels: Plausibel	Matig: aange-toond	Goed	Kan beter	Matig	Nog niet te bepalen
Cluster 1. Betrouwbare eenduidige informatievoorziening								
1A	Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt Zorg en welzijn	✓				✓		
1B	Regionaal arbeidsmarktbeleid			✓				✓
Cluster 2. Trendmatig opleiden								
2A	Beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen		✓			✓		
2B	Publieke gezondheidszorg-opleidingen	✓			✓			
2C	Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (FZO)			✓				✓
2D	Het Stagefonds Zorg		✓			✓		
Cluster 3. Toekomstbestendige beroepen en opleidingen								
3A	Opleiding tot ziekenhuisarts	Nu nog niet te bepalen						✓
3B	Taakherschikking		✓					✓
3C	Modernisering Geneeskundige Vervolgopleidingen		✓			✓		
Cluster 4. Duurzaam inzetbare medewerkers								
4A	Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg		✓					✓
4B	Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches			✓				✓
4C	Veilig werken in de zorg		✓			✓		
Cluster 5. Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid								
5A	Vaccinatie hepatitis B	✓				✓		
5B	Buitenlands gediplomeerden	✓				✓		
5C	UZI-register	✓			✓			
5D	BIG register	✓				✓		

Over de doeltreffendheid van het beleid kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- Zes van de zestien instrumenten scoren goed op doeltreffendheid en dat is met voldoende gegevens onderbouwd.
- De hoog scorende clusters zijn
 - 1. Betrouwbare informatievoorziening
 - 5. Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid
- Zes instrumenten zijn deels doeltreffend en dat is plausibel gemaakt. Het oordeel is mede gebaseerd op interviews met belanghebbenden in het veld. Daarnaast is een check gemaakt of de beleidstheorie logisch is en de veronderstelde effecten door de inzet van instrument kunnen worden veroorzaakt. Deze instrumenten zijn vooral terug te vinden in de clusters:
 - 2. Trendmatig opleiden
 - 3. Toekomstbestendige beroepen
 - 4. Duurzame inzet medewerkers

- Van drie instrumenten is onvoldoende aangetoond dat het beoogde doel wordt bereikt:
 - 1B Regionaal arbeidsmarktbeleid: Op basis van de beschikbare informatie kan geen (duidelijke) samenhang tussen de inspanningen en de resultaten worden vastgesteld
 - 2C Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen: De doeltreffendheid is beperkt door de huidige vormgeving van dit instrument die de prikkelwerking beperkt.
 - 4B Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches: Harde conclusies over de doeltreffendheid kunnen op basis van de beschikbare informatie niet worden getrokken.
- Van één instrument (3A opleiding tot ziekenhuisarts) is het nog te vroeg om een oordeel over doeltreffendheid te kunnen geven omdat er nog amper afgestudeerde ziekenhuisartsen zijn.
- Van één instrument (3B Taakherschikking) is het aantal opleidingsplekken verdubbeld (doeltreffend), maar is het op basis van de harde cijfers nog onduidelijk in welke mate de beoogde taakherschikking plaatsvindt. Dat is kwalitatief wel plausibel gemaakt.

Over de doelmatigheid van het beleid kunnen de volgende conclusies worden getrokken:

- Twee van de zestien instrumenten scoren goed op doelmatigheid. De publieke gezondheidsopleidingen en het UZI-register zijn doelmatig.
- Er zijn geen instrumenten die matig scoren op doelmatigheid.
- Bij acht instrumenten (gelijkmatig verdeeld over clusters) zijn er mogelijkheden de doelmatigheid te verbeteren.
- Van zevens instrumenten is de doelmatigheid niet goed te bepalen omdat de benodigde gegevens ontbreken. Dat geldt vooral voor clusters
 - 3. Toekomstbestendige beroepen
 - 4. Duurzame inzet medewerkers

8.2 Beleidsopties

Uitgangspunten extensivering

In de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE 2015) staat een vraag over beleidsopties:

15) In het geval dat er significant minder middelen beschikbaar zijn (-/ circa 20% van de middelen op het (de) beleidsartikel(en)), welke beleidsopties zijn dan mogelijk?

Om tot beantwoording van deze vraag te komen, zijn de volgende uitgangspunten geformuleerd:

- **Budget**
Het totale budget dat in 2016 begroot is voor het beleidsveld van Opleidingen, beroepenstructuur en arbeidsmarkt is als uitgangspunt genomen ter grootte van € 1.681,0. Daarmee richt deze extensivering met 20% minder middelen zich niet uitsluitend op de middelen van het begrotingsartikel 4.2, maar ook op de inzet van premiemiddelen voor dit beleidsveld. Een extensivering met 20% heeft een omvang van € 336,2 mln.
- **Verantwoordelijkheid**
De onderzoekers hebben op basis van het onderzoeksmateriaal verschillende beleidsopties geformuleerd. Deze beleidsopties zijn met de begeleidingscommissie besproken en blijven de verantwoordelijkheid van de onderzoekers.
- **Technische exercitie**
De invulling van de extensivering is een technische exercitie. Het doel is een eerste verkenning uit te voeren van welke opties er zouden kunnen zijn om met minder inzet van financiële

middelen een zo goed mogelijk doelbereik te realiseren.

- **Duidelijke keuzes; niet kaasschaven:** omdat het doel is materiaal aan te leveren om het beleid doelmatiger te maken, hebben de onderzoekers ervoor gekozen scherpe keuzes in de beleidsopties op te nemen. Een alternatief voorstel om 20% minder middelen in te vullen met een kaasschaaf door voor elk thema/instrument 20% minder middelen te begroten, levert geen relevante beleidsinformatie op.
- **Schrappen van niet doeltreffende of doelmatige instrumenten**

Er is onderzocht of er instrumenten zijn die matig scoren op doeltreffendheid en doelmatigheid. Er is één instrument dat matig scoort en dat is 2C. Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (FZO). De onderliggende beleidstheorie is vergelijkbaar met wel goed scorende instrumenten en de rol van de herverdelende overheid, die de middelen geoormerkt inzet voor de arbeidsmarkt, is solide. Er is geen reden dit instrument op voorhand te schrappen, wel wordt aanbevolen het instrument anders vorm te geven.
- **Regelgeving of communicatie in plaats van financiële instrumenten**

Er is onderzocht of er mogelijkheden zijn om bepaalde subsidies te vervangen door andere instrumenten waar geen of minder financiële middelen van de Rijksoverheid mee gemoeid zijn. Uit die analyse kwamen de volgende instrumenten naar voren:

 - 5A. Vaccinatie Hepatitis B: dit zou met regelgeving kunnen worden ondervangen. De vraag is echter of de studenten zich tijdig realiseren dat ze bij een stage gevaccineerd moeten zijn en het vraagt om handhaving door de zorginstellingen.
 - 4C: Veilig werken in de zorg: dit kreeg nu vorm door een subsidie. Het was ook eventueel mogelijk geweest om via communicatie met zorginstellingen aandacht te vragen voor dit onderwerp, zodat zij binnen hun opleidingsbudget de nascholing konden doen.
- **Bundelen van instrumenten**

Er zijn drie instrumenten in cluster 1. Informatievoorziening die deels overlap vertonen. Aanbevolen is om een heldere en consequente ordening tussen de niveaus te maken (rijksoverheid, regio's en branches) voor het vergaren van data en het zoeken naar oplossingen voor arbeidsmarktknelpunten op het juiste schaalniveau met aanwijzing van verantwoordelijkheden voor uitvoering en de coördinatie. Overweeg of het mogelijk is om de regionale en branche-specifieke informatie toe te voegen aan onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt en Zorg en niet meer met drie regelingen te ondersteunen. Dat vraagt dan wel om intensivering van de samenwerking tussen partijen om het onderzoeksprogramma zo in te richten dat er voor eenieder de relevante informatie uit te halen is.
- **Redeneren vanuit de noodzakelijke rol van de Rijksoverheid**

In de hoofdstukken over de clusters en instrumenten is steeds de beleidstheorie beschreven met daarbij de rol van de overheid. De noodzakelijke rol van de Rijksoverheid verschilt per cluster. De volgende gradatie kan worden aangebracht:

 - *Cluster 1. Betrouwbare eenduidige informatievoorziening:* Door subsidiëring vanuit de Rijksoverheid wordt ervoor gezorgd worden dat op continue en uniforme wijze relevante data voor de huidige en toekomstige arbeidsmarkt in de zorg en de gewenste ontwikkeling voor de opleidingen in beeld komt. Dit is een basisvoorwaarde voor het goed functioneren van de arbeidsmarkt en vormt bij uitstek een publiek goed.
 - *Cluster 2. Trendmatig opleiden:* Het ministerie van VWS heeft de systeemverantwoordelijkheid om voor voldoende personeel te zorgen (evenwicht vraag en aanbod, nu en in de toekomst). Daarnaast hebben de zorginstellingen zelf verantwoordelijkheden. De rol van de overheid is het voorkomen van marktverstoring tussen

opleidende en niet-opleidende ziekenhuizen en voorkomen van varkenscycli door het realiseren van een trendmatig en toekomstgericht opleidingsbeleid.

- *Cluster 3. Toekomstbestendige beroepen en opleidingen:* De rol van de overheid is voorkomen dat er onderinvestering plaatsvindt in innovaties in beroepen en opleidingen vanwege externe effecten en/of coördinatieproblemen, alsmede het tegengaan van 'bijziendheid': het niet voldoende rekening houden met toekomstige uitdagingen in beslissingen die in het heden genomen moeten worden.
- *Cluster 4. Duurzaam inzetbare medewerkers:* De rol van de overheid is om onderinvesteringen in duurzaam inzetbare medewerkers te voorkomen. Een groter dan noodzakelijk verloop door bijvoorbeeld ziekte, langdurig verzuim of onvoldoende adequate competenties hebben namelijk niet enkel gevolgen voor de werkgever zelf, maar ook voor de beschikbaarheid van personeel voor de regio en sector als geheel.
- *Cluster 5. Randvoorwaarden kwaliteit en veiligheid:* De overheid heeft een systeemverantwoordelijkheid en stelt de randvoorwaarden om te zorgen dat alle betrokkenen aan dezelfde spelregels moeten voldoen met het oog op de kwaliteit en veiligheid van de zorg (bijvoorbeeld het BIG-register en toelating buitenlands gediplomeerden).
- *Conclusie:* Redenerend vanuit het belang van de overheidsrol zijn cluster 1. Informatievoorziening en cluster 5. Randvoorwaarden cruciaal. Daarna volgt cluster 2. Trendmatig opleiden om te zorgen voor evenwicht op de zorgmarkt (en daarmee het voorkomen van wachtlijsten). De rol van de Rijksoverheid bij de instrumenten uit Cluster 3. Toekomstbestendige beroepen en opleidingen en Cluster 4. Duurzaam inzetbare medewerkers is relatief lichter.

- **Redeneren op basis van omvang regelingen:** Bij de 16 thema's zitten instrumenten die netto geen geld kosten omdat ze kostendekkend zijn en andere instrumenten die een betrekkelijk klein beslag op de begroting leggen. Als ondergrens voor de extensiveringsexercitie is 1% gehanteerd, dat is € 16,8 mln. Dat leidt ertoe dat de volgende thema's op de groslijst voor de extensivering zijn overgebleven:

Nr.	Thema	Begroet 2016 in € mln.	Aandeel totaal
2A	Beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen	1.250,9	76%
2C	Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen		
2B	Publieke gezondheidszorgopleidingen	20,6	1%
4A	Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg	191,4	12%
3B	Taakherschikking (opleiding VS en PA)	38,2	2%
2D	Stagefonds	112,0	7%
	Subtotaal	1.613,2	98%

- **Drie opties:** Op basis van bovenstaande punten zijn drie opties geformuleerd om tot de invulling van -20% te komen:
 1. **Lichtere rol Rijksoverheid:** De instrumenten van cluster 3 en 4 kunnen volledig aan andere partijen worden overgelaten. Dit levert € 245,3 mln. op (49,6 mln. en 195,7 mln.), dat is 15 procentpunt. Om tot de -20% te komen, is nog een € 91 mln. nodig. Als de beschikbaarheidsbijdragen worden ontzien (zie optie 2), dan leidt dat tot een korting (-81%) op het Stagefonds.

2. **Beschikbaarheidsbijdragen korten:** medische vervolgopleidingen en overige opleidingen) korten met de volle -20 procentpunten van de totale begroting. Dan kunnen de andere thema's ongemoeid blijven.
3. **Overige thema's (boven financiële drempel van 1%) korten:** Door de overige thema's te korten met 20 procentpunten van de totale begroting kunnen de beschikbaarheidsbijdragen ongemoeid blijven. Optie 3 lijkt op optie 1 en leidt bij het stagefonds tot beëindiging van de subsidie.

Nr.	Thema	Optie 1 Lichtere rol Rijksoverheid	Optie 2 Bechikbaar- heidsbijdragen	Optie 3 Overige thema's (>1%)
1A	Onderzoeksprogramma arbeidsmarkt Zorg en welzijn			
1B	Regionaal arbeidsmarktbeleid			
2A	De beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen		-27%	
2B	Publieke gezondheidszorgopleidingen			
2C	Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (FZO)		-27%	
2D	Het Stagefonds Zorg	-81%		-100%
3A	Opleiding tot ziekenhuisarts	-100%		-100%
3B	Taakherschikking	-100%		
3C	Modernisering Geneeskundige Vulgoopleidingen	-100%		
4A	Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg	-100%		-100%
4B	Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches	-100%		
4C	Veilig werken in de zorg	-100%		
5A	Vaccinatie hepatitis B			
5B	Buitenlands gediplomeerden			
5C	Unieke Zorgverlener Identificatie Register (UZI-register)			
5D	BIG register			

Optie 1: lichtere rol Rijksoverheid

Als de Rijksoverheid de instrumenten van cluster drie en vier overlaat aan andere partijen in het veld van de arbeidsmarkt in de zorg dan kan dat de volgende effecten hebben:

- **Opleiding tot ziekenhuisarts**

Als de subsidie nu wordt stopgezet, of het instrument zou niet zijn gestart, dan is aan de opleidende ziekenhuizen om op eigen kracht met een nieuwe opleiding voor de ziekenhuisarts te komen. Het medisch centrum Haaglanden is heeft zonder de subsidie voor de ziekenhuisarts de opleiding gestart. Dat zou dan de enige 'pilot' zijn om van te leren. De conclusies die daaruit getrokken kunnen worden, laten zich minder eenvoudig veralgemeniseren, dan in het geval er met subsidie bij meer ziekenhuizen wordt geëxperimenteerd met de nieuwe opleiding.

- Taakherschikking:**

De stimulering van de Verpleegkundig Specialisten (VS'en) en Physician Assistants (PA's) is vanaf 2003. Inmiddels zijn we ruim tien jaar verder en kennen 9 van de 17 Hogescholen deze opleiding. Als de Rijksoverheid stopt met de financiering hiervan, dan kan dat betekenen dat voor nieuwe instromers de opleiding duurder wordt. Het is dan afhankelijk van het baanperspectief of dat aantrekkelijk blijft. Mocht aangetoond worden bij de ziekenhuizen de doelmatigheid door taakherschikking stijgt, dan is er een belang voor de ziekenhuizen om voldoende aanbod te genereren. Dan zouden zij vanuit de efficiëntiewinst kunnen mee betalen aan de opleidingen.
- Modernisering Geneeskundige Vervolgopleidingen:**

Dit instrument loopt dit jaar af. Er is daarmee geen effect. Als de bezuiniging wel had plaatsgevonden tijdens de looptijd van het project, dan had dit ertoe kunnen leiden dat het competentiegericht opleiden met de CanMedsmethode minder snel ingang had gevonden. Gegeven de aandacht voor competentiegericht opleiden, breder in de arbeidsmarkt en in de opleidingen, mag verwacht worden dat deze manier van werken ook via andere kanalen tot het zorgveld zou zijn gekomen. Het was alleen dan later en minder systematisch geweest.
- Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg:**

De middelen voor deze regeling zijn afkomstig uit de voor ziekenhuizen beschikbaar gekomen middelen als gevolg van het in het zorgakkoord zorgbreed afgesproken op nul stellen van de component incidentele loonontwikkeling bij toekenning van de overheidsbijdrage in de arbeidsontwikkeling (OVA). Met de sector is afgesproken om deze door de sector uitgespaarde middelen terug te geven aan de sector via de subsidieregeling kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg. Om tot een bezuiniging van 20% te komen, worden de middelen voor de kwaliteitsimpuls uit de sector gehaald. Het effect hiervan is dat het budget om het huidige personeel bij te scholen afneemt (€190 mln. in 2016). Een belangrijk element in de aanpak is het opstellen van een strategisch opleidingsplan. Dat kan ook zonder de middelen van de kwaliteitsimpuls worden opgesteld. Vervolgens kunnen (in afgeslankte vorm) de trainingen en cursussen worden gegeven met minder inhuur van externe trainers. Ook kan er een eigen bijdrage gevraagd aan de medewerkers gevraagd worden. Het uiteindelijke effect is dat er minder trainingen gegeven worden en dat het personeel de benodigde competenties niet eigen maakt en de minder goed in staat is in te spelen op de nieuwe opgaven in de zorg.
- Ondersteuning arbeidsmarktprojecten branches en regionaal beleid:**

Als deze twee instrumenten (branches en regionaal beleid) niet meer worden gesubsidieerd, dan betekent dit dat er diverse projecten niet of soberder uitgevoerd zouden worden. Dit kan het effect hebben dat er minder in de regio wordt samengewerkt. De afhankelijkheid van het landelijke arbeidsmarktbeleid neemt toe. Het is denkbaar dat specifieke problematiek in branches en regio's niet tijdig wordt gesignaleerd en dat er te weinig maatwerk wordt geleverd. De impact hiervan kan zijn dat vraag naar en aanbod van goed gekwalificeerd personeel per branche en regio minder goed aansluiten.
- Veilig werken in de zorg:**

Zonder de aanjaagsubsidie had via andere middelen ingezet moeten worden op veilig werken in de zorg. Zo zou door het ministerie van VWS het belang van veilig werken in overleg met het zorgveld over kunnen brengen. Het is dat het zorgveld zelf om middelen voor te ontwikkelen en personeel te trainen. De verwachting is dat de aandacht voor veilig werken in de zorg wel op de agenda te krijgen is, onder meer door de publiciteit over incidenten met agressie tegen zorgverleners. Of dat zonder subsidie ook zou hebben geleid tot een concreet handelingsperspectief voor de zorgverleners en adequate training, is niet aannemelijk.

- **Stagefonds:**

Uit de analyse van het thema kwam naar voren dat er een gemengd oordeel over het Stagefonds bestaat. Een kleine helft van het onderwijsveld geeft een redelijk tot goed oordeel over het Stagefonds. Vooral mbo-instellingen zijn positief over de rol die het Stagefonds speelt, de hbo-instellingen zijn kritischer. Een ruime helft van het onderwijsveld oordeelt neutraal en minder dan 10% spreekt een matig oordeel uit. De zorgorganisaties zien de subsidie als een belangrijke meerwaarde voor hun opleidingsbeleid. Mocht een forse bezuiniging op het Stagefonds worden doorgevoerd (bij optie 1: -81%, bij optie 2: -100%) of het instrument wordt beëindigd, dan zal het veld meer energie moeten steken in het maken van afspraken met werkgevers in de zorg om tot voldoende in aantal en kwalitatief goede stages te komen. Naar verwachting zal zonder subsidie het aantal stages afnemen, wat tot gevolg heeft dat studenten moeilijker afstuderen of minder praktijkkennis opdoen.

Optie 2: beschikbaarheidsbijdragen -20%

De beschikbaarheidsbijdragen (medische vervolgopleidingen en overige opleidingen) kennen een begroot budget van € 1.250,9 mln. Als daar € 336,2 mln. vanaf wordt gehaald, dan resteert € 914,7 mln. (73%) van het budget.

De middelen voor de beschikbaarheidsbijdragen zijn niet afkomstig van de begroting van het ministerie van VWS, maar zijn middelen die mede op initiatief van de sector zelf onttrokken zijn van ziekenhuisbudgetten en structureel jaarlijks specifiek gereserveerd voor de betreffende opleidingen. Inmiddels wordt de regeling uitgevoerd door de NZa uitgevoerd in de vorm van beschikbaarheidsbijdragen. De hoogte van de beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen is wettelijk verankerd in de wmo (deze dient de kostprijs te benaderen) en er geldt Europese regelgeving hieromtrent. Bij invoering van de bezuiniging is een toets nodig of de regeling met minder budget past binnen de regelgeving. Mogelijke effecten zijn:

- Een prikkel om de opleiding tot de diverse beroepen met minder middelen uit te voeren. Uit de analyse van de doelmatigheid kwam naar voren dat schaalvergroting tot efficiëntie leidt. Bij 20% minder budget kan erop gestuurd worden dat relatief kleine opleidende instellingen ermee ophouden en dat concentratie bij de grotere instellingen plaatsvindt.
- Een soberder invulling van de opleiding met minder begeleiding door artsen en meer zelfstudie met mogelijk effecten voor de kwaliteit.
- De doorlichting voor de vervolgopleiding medisch specialisten – waar veruit het grootste deel van de beschikbaarheidsbijdragen heengaat) geeft aan dat op dit moment met de huidige hoogte van de bijdrage de opleidingsplekken goed kunnen worden gevuld. Dit zou een indicatie kunnen zijn dat er enige ruimte is voor een reductie van de bijdrage zonder grote effecten. Recent is het aantal vacatures van medisch specialisten weer toegenomen en zou de timing van de reductie wat dit betreft niet gunstig zijn.
- Met behoud van ongeveer driekwart van het budget voor de beschikbaarheidsbijdrage wordt niet verwacht dat er een aanzienlijk 'freeriderprobleem' ontstaat. Er is weinig ruimte voor strategisch gedrag door de ziekenhuizen.
- Met een lager budget voor opleiden kan een eigen bijdrage van de deelnemers worden gevraagd. Bijvoorbeeld een opleiding tot ziekenhuisarts wordt nu vergoed met gemiddeld € 130.000. Stel dat de arts zelf daar een kwart (27%) van moet betalen, dan gaat dat om € 35.000. Dat is op zich een fors bedrag, maar ook niet ongebruikelijk als dat wordt vergeleken met de kosten van een tweede bachelor geneeskunde (€ 21.200 bij de Erasmus Universiteit), of

de kosten voor een medische opleiding in het buitenland (ca. € 20.000 per jaar)¹⁷. Met een eigen bijdrage kan het aantal deelnemers aan de opleidingen dalen, waardoor de instroom in het beroep afneemt. En daardoor ontstaat er druk op de werkzame artsen om met te weinig personeel te voldoen aan de vraag van cliënten. Mogelijk leidt dit tot een toename van wachtlijsten voor cliënten.

- Bij de beschikbaarheidsbijdrage voor overige opleidingen zijn er aanwijzingen dat de effectiviteit niet groot is. Wel liggen er mogelijkheden in de vormgeving van het instrument om de prikkelwerking te vergroten, zoals meer eisen aan instellingen dat deze middelen de interne positie van opleidingsafdelingen daadwerkelijk versterken. Een (forse) reductie bemoeilijkt om dit af te dwingen of randvoorwaarden te stellen, omdat dit het draagvlak hiervoor verkleint.¹⁸ Tevens geldt ook bij deze maatregel dat de timing van een reductie niet gelukkig is omdat tekorten recent weer toenemen. Ook de regionale samenwerking tussen instellingen op het vlak van deze opleidingen kan een terugslag krijgen.

Optie 3: overige thema's -20%

In deze derde optie wordt verkend, wat er gebeurt als de beschikbaarheidsbijdragen worden ontzien en er -20 procentpunt wordt bezuinigd op de overige thema's (die boven de 1% grens van het budget uitkomen). De vier overige clusters kennen een begroot budget van € 362,3 mln. Als daar € 336,2 mln. vanaf wordt gehaald, dan resteert € 26,1 mln. Bij een scherpe keuze zou alleen publieke gezondheidsopleidingen gehandhaafd kunnen blijven. Dat leidt ertoe dat er vanuit de Rijksoverheid geen middelen meer worden ingezet voor de Kwaliteitsimpuls, Taakherschikking en het Stagefonds. Dit heeft dezelfde effecten als bij optie 1. Voor het Stagefonds geldt dat de effecten groter zijn omdat bij optie 3 de subsidie volledig vervalt.

8.3 Aanbevelingen

Een beleidsdoorlichting kijkt vooral terug naar de uitvoering van het beleid. In de voorgaande tekst is ingegaan op de bevindingen daarvan. De onafhankelijk deskundige heeft een aantal aanbevelingen gegeven voor toekomstige beleidsdoorlichtingen in het algemeen en voor artikel 4.2 in het bijzonder. Aanvullend aan die bevindingen geven de onderzoekers hieronder nog het volgende mee:

- **Benut de clusterindeling**

Deze beleidsdoorlichting omvat een breed veld aan thema's en instrumenten. Door per thema de beleidstheorie expliciet te maken, ontstaat inzicht in de beoogde werking van de instrumenten. Dat maakte het mogelijk om soortgelijke instrumenten te bundelen, zoals in dit rapport in vijf clusters is gedaan. Met die indeling in clusters is het eenvoudiger om overzicht over het beleidsveld en de instrumenten te hebben. Aanbevolen wordt om deze clusterindeling te benutten voor:

- Toets op synergie en overlap tussen de instrumenten per cluster.
- Leren van de goed scorende instrumenten (doeltreffendheid en doelmatigheid) binnen een cluster voor soortgelijke instrumenten.
- Bepalen van indicatoren die de voortgang en resultaat van de instrumenten bepalen.
- Monitoring van deze indicatoren.
- (tussen) Evaluaties plannen per cluster met het oog op een volgende beleidsdoorlichting.

¹⁷ Bron: <https://education.kilroyworld.nl/universiteiten/australie/university-of-new-south-wales>: 14.000 AUD per semester

¹⁸ Andersom lijkt logischer: het stellen van striktere randvoorwaarden en als de situatie niet verandert, een reductie van de middelen.

- Maak gebruik van experimenten als evaluatiemethodiek**

Effecten kunnen niet robuust worden vastgesteld door enkel de ontwikkeling van resultaatvariabelen te volgen. Mogelijk zijn allerlei andere factoren van invloed op de ontwikkeling hiervan en is het effect van een maatregel hierop heel moeilijk geïsoleerd te bezien. Om manier om dit probleem te verminderen is gebruik te maken van experimenten. Een maatregel wordt bijvoorbeeld in een bepaalde regio of voor een bepaalde groep wel toegepast en voor andere niet. Vervolgens wordt de ontwikkeling van de resultaatvariabelen voor beide vergeleken. Belangrijk is om voor invoering of aanpassing van maatregelen, na te gaan of dergelijke experimenten mogelijk zijn, zodat effecten meer robuust kunnen worden vastgesteld.
- Stel een beoordelingskader op**

Voor een aantal van de instrumenten was de beleidstheorie goed uit de beleidsstukken te halen. Daarnaast waren ook instrumenten waar de werking meer impliciet werd verondersteld en de onderzoekers in overleg met de beleidsmedewerkers de beleidstheorie hebben gereconstrueerd. In de beleidsdoorlichting is de rol van de Rijksoverheid beschreven. Het verdient aanbeveling om met het zorgveld goed te overleggen wat de rol van het Rijk is en wat de andere partijen in het zorgveld voor een rol hebben. Wat zijn heldere criteria om sommige activiteiten wel of niet op te pakken en wie staat daarvoor aan de lat? Zo kan werkende weg een helder beoordelingskader worden ontwikkeld en kunnen in de toekomst nieuwe projecten die ingediend worden, door partijen uit het veld worden getoetst of daar een taak voor het ministerie van VWS ligt.
- Stroomlijn de informatievoorziening**

De noodzaak voor informatievoorziening (AZW-programma, Capaciteitsorgaan, Regioplus-informatie; strategisch opleidingsbeleid) wordt algemeen onderkend. Aanbevolen wordt om meer fundamenteel en diepgaand te onderzoeken hoe (goed) instellingen al deze bronnen benutten en wat de ervaren lacunes zijn in het hele informatiespectrum voor hun personeels- en opleidingsbeleid. Overweeg of het mogelijk is om de regionale en branche-specifieke informatie toe te voegen aan onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt en Zorg en niet meer met drie regelingen te ondersteunen. Dat zou de kwaliteit van de informatie vergroten en minder subsidie vanuit het ministerie van VWS vergen. Dat vraagt dan wel om intensivering van de samenwerking tussen partijen om het onderzoeksprogramma zo in te richten dat er voor eenieder de relevante informatie uit te halen is.
- Zet in op taakherschikking als de doelmatigheid is aangetoond**

Met het beleid worden gestimuleerd om nieuwe functies in de arbeidsmarkt van de zorg te brengen (zoals de ziekenhuisarts, de Verpleegkundig Specialist en Physician Assistants). De verwachting is dat deze functies deels bestaande taken in de ziekenhuizen overnemen. De VS'en en PA's kunnen minder complexe en meer routinematige taken van artsen overnemen. Dat leidt potentieel tot lagere kosten. Aanbevolen wordt om op basis van de praktijk te analyseren in welke mate de duurdere artsen (opleiding en salaris) hun taken aanpassen en wat dat betekent voor de kwaliteit van de zorg en de totale kosten ervan. Mocht dit tot een positief oordeel komen, dan zouden deze opleidingen met een doelmatigheidskorting in de normale systematiek van de beschikbaarheidsbijdragen ondergebracht kunnen worden. Een aanvullende aanbeveling is om te bezien of er ook voor andere functies in de zorginstellingen mogelijkheden liggen om met een nieuwe functie beter in te spelen op de veranderende zorgvraag en tegen lagere kosten.



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