

Vergaderjaar 2008–2009

29 282

Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector

Nr. 80

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 februari 2009

In de brief «*Kwaliteits- en doelmatigheidsprikkels opleidingsfonds*» die ik u op 9 februari 2007 heb toegestuurd, heb ik aangegeven een onderzoek te laten uitvoeren naar de kostprijs van medische vervolgoopleidingen die deel uitmaken van het opleidingsfonds¹. Berenschot heeft hier op mijn verzoek onderzoek naar verricht. Bijgaand treft u het eindrapport aan², alsook mijn visie hierop.

1. Voorgeschiedenis

Aan het begin van dit decennium zijn stappen gezet naar een meer marktconforme financiering van de zorg: instellingen krijgen een vergoeding per verrichting, de zogenoemde diagnose behandeling combinatie (DBC). Behandelingen en tarieven worden transparant, vergelijkbaar en geleidelijk onderwerp van vrije prijsvorming. Daarbij is het noodzakelijk dat de uitgangssituatie voor ziekenhuizen gelijk is. De kosten die gepaard gaan met opleiden veroorzaken echter verschillen tussen instellingen. In het najaar van 2003 is daarom de eerste aanzet gegeven voor het ontwikkelen van een nieuwe bekostigingssystematiek voor de zorgopleidingen naar aanleiding van het rapport van de commissie-Legrand (standpunt Legrand, TK, 29 282, nr. 1).

Redenen, ook door het veld bepleit, om over te gaan op een nieuwe bekostigingssystematiek waren:

- marktverstoring: instellingen die opleiden moeten hogere tarieven rekenen om alle kosten via DBCs gedekt te krijgen dan ziekenhuizen die niet opleiden. Dat zou het ongewenste effect kunnen hebben dat er te weinig wordt opgeleid (zie voor een uitgebreide toelichting TK 29 282, nr. 23);
- marktfalen: er is periodiek sprake van een over- of ondercapaciteit van zorgverleners, de zogenoemde varkenscyclus (zie voor een uitgebreide toelichting TK, 29 282, nr. 23);
- de bekostiging is niet adequaat en de markt is nauwelijks transparant;

¹ TK 29 282, nr. 40.

² Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

- *free-riders*: hoewel meer ziekenhuizen werden geacht en gebudgetteerd om op te leiden, deed niet ieder ziekenhuis dat en stelden zij vervolgens elders opgeleide zorgverleners aan.

Per 1 januari 2007 is de nieuwe bekostigingssystematiek voor zorgopleidingen van start gegaan en is het opleidingsfonds opgericht. Bij de verdeling van de middelen uit dat opleidingsfonds stel ik het aantal opleidingsplaatsen per specialisme vast, nadat ik mij hierover heb laten adviseren door het Capaciteitsorgaan. Als minister van VWS ben ik immers verantwoordelijk voor de kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg en dientengevolge voor voldoende zorgverleners. Tot 2007 waren er voor de overheid feitelijk geen instrumenten om hierop te sturen en was er feitelijk geen relatie tussen de planning en de daadwerkelijke realisatie van deze planning.

Voor de vulling van het opleidingsfonds zijn de instellingsbudgetten geschoond voor de opleidingsmiddelen. De NZa heeft de prijzen per opleiding vastgesteld. Deze vergoedingsbedragen zijn een onderhandelingsresultaat, omdat het op dat moment ontbrak aan specifieke data om een nauwkeurige prijs vast te stellen. Met uitzondering van enkele specialismen¹ is het een uniform bedrag, dat uitsluitend afhankelijk is van het aantal opleidingsplaatsen dat een instelling verzorgt. Dit bedrag varieert thans van circa 115 000 euro per assistent in opleiding tot specialist (AIOS) per jaar bij instellingen met meer dan 150 AIOS tot circa 155 000 euro per AIOS per jaar bij instellingen met minder dan 50 AIOS. Sinds de introductie in 2007 worden uitsluitend die instellingen gefinancierd die AIOS op daadwerkelijk toegekende plaatsen opleiden en daarmee is het *free-riders gedrag uitgesloten*.

In het kader van marktfalen zijn met name de tekortsectoren van belang. In de zogenoemde tekortsectoren wordt stelselmatig te weinig opgeleid. Met de introductie van het opleidingsfonds zien we dat voor de meeste specialismen voldoende wordt opgeleid om op termijn een ruim voldoende aanbod van medisch specialisten te hebben. Ik beschouw dit als positieve ontwikkeling. De oogheelkunde blijft nog wat achter, waarvan ik overigens begrijp dat het Capaciteitsorgaan hier aanvullend onderzoek verricht naar mogelijke substitutie met andere beroepen.

Geldstromen en aantallen worden nu meer inzichtelijk. Tot voor kort hadden instellingen beperkt zicht op het aantal AIOS dat zij in opleiding hadden en werd de financiering van het aantal AIOS regelmatig met terugwerkende kracht vastgesteld. Dit had eveneens tot gevolg dat niet altijd alle opleidingsplaatsen werden gefinancierd. De ontstane transparantie impliceert dat verschillen in opleidingscapaciteit tussen instellingen zichtbaar worden en hierdoor lijkt competitie te ontstaan om de opleidingsbudgetten zonder dat de kwaliteit daarbij een rol speelt.

Het uiteindelijke doel van het opleidingsfonds is de AIOS daar op te leiden waar een goede kwaliteit geboden wordt tegen een redelijke prijs. De maatschappelijke kosten van de medische vervolgoedingen zijn hoog. Jaarlijks wordt er bijna 1 miljard euro besteed aan de opleidingen uit de 1e en 2e tranche en de huisartsenopleidingen. Per opgeleide medisch specialist wordt na de opleiding tot basisarts nog eens 600 000 tot 800 000 euro geïnvesteerd door de belastingbetaler. Bij dergelijke bedragen is het van belang er voor te zorgen dat een reële prijs wordt betaald en dat er inzicht is in de geleverde kwaliteit.

Naast een reële prijs zijn kwalitatief goede opleidingen een groot goed. Ter ondersteuning van de bestaande praktijk met visitaties van opleiders en instellingen, heeft mijn voorganger in februari 2007 het CBOG gevraagd om een eerste globale set van generieke kwaliteitsindicatoren te

¹ Revalidatiegeneeskunde, klinisch chemici, klinisch fysici en ziekenhuisapothekers.

ontwikkelen. Deze indicatoren kunnen een rol krijgen bij de verdeling van opleidingsplaatsen uit het opleidingsfonds. Het moet die instellingen die extra aandacht en energie steken in het organiseren van een goede opleiding in de gelegenheid stellen om extra opleidingsplaatsen te vervullen, opdat zij de beste zorgverleners voor de toekomst opleiden. Het gebruik van kwaliteitsindicatoren moet instellingen eveneens stimuleren om de kwaliteit van medische vervolgopleidingen verder te verbeteren en het moderniseringsproces van de medische vervolgopleidingen ondersteunen. Het CBOG heeft tot op heden nog geen eerste set van globale indicatoren kunnen opleveren die men zou willen gebruiken voor de toewijzing van 38 gereserveerde plaatsen. De opleidingsmarkt is in dat opzicht dus nog niet transparant.

2. Het kostprijsonderzoek

Bureau ECRI onderzocht in 2006¹ welke stappen er gezet zouden moeten worden voor een meer marktconforme allocatie van opleidingsplaatsen. De onderzoekers constateerden dat het opleidingsfonds een stap in de goede richting was, maar stelden daarbij onder meer de vraag in hoeverre de vastgestelde vergoedingsbedragen overeenkomen met de reële kostprijs van een opleiding. Zoals aangegeven wordt thans gewerkt met een uniform vergoedingsbedrag per bezette opleidingsplaats, terwijl de opleidingskosten per specialisme zouden kunnen verschillen. Of dat ook zo is, is nu onbekend. Zowel een te hoge als een te lage vergoeding is ongewenst. Een te hoge vergoeding kan een ongelijk speelveld creëren tussen opleidingsziekenhuizen en ziekenhuizen die niet opleiden en daardoor de zorgmarkt verstoren. Een te lage vergoeding kan naast een ongelijk speelveld ook de kwaliteit van de opleiding onder druk zetten. ECRI adviseerde nader onderzoek naar de kostprijs.

Berenschot

Op mijn verzoek heeft Bureau Berenschot onderzoek verricht naar de reële kostprijs van opleidingen. Berenschot heeft daartoe een uitgebreid model ontwikkeld. Het model gaat uit van de gemiddelde activiteitenschema's van de AIOS en hun opleiders. Per activiteit worden vervolgens de kosten en opbrengsten van het opleiden inzichtelijk gemaakt. Dit model is afgestemd met materiedeskundigen, om er zorg voor te dragen dat het model volledig is.

Op verzoek van diverse partijen is het model eerst op kleinere schaal getest, om te bezien of het model daadwerkelijk meet wat het moet meten, alvorens over te gaan tot het landelijke onderzoek. Het pilot-onderzoek is uitgevoerd in diverse opleidingssettings bij zeven verschillende, zowel snijdende, beschouwende als ondersteunende specialismen. Belangrijkste uitkomst van dat pilot-onderzoek is dat er een grote diversiteit aan activiteitenschema's bestaat. De organisatie en vormgeving van de opleiding kan per instelling verschillen. Zo kan de ene instelling het onderwijs organiseren rondom het «leerjaar» van de AIOS, terwijl een andere instelling voor hetzelfde specialisme alle AIOS, ongeacht het leerjaar, gezamenlijk doceert over een onderwerp. De medische vervolgopleidingen zijn daarmee dusdanig divers georganiseerd, dat een eenduidig activiteitenschema in een enquête niet herkend zal worden door de AIOS.

Een landelijk en grootschalig onderzoek is daardoor vrijwel onmogelijk. Niet alleen dient de vragenlijst dan feitelijk gebaseerd te zijn op maatwerk per opleiding en per instelling vereist, het leidt er ook toe dat de resultaten nauwelijks vergelijkbaar zijn tussen opleidingen en instellingen en de uitkomst niet generaliseerd kunnen worden.

¹ TK 29 282, nr. 40.

Om baten en lasten van opleiden inzichtelijk te maken, moeten de activiteiten van AIOS worden afgezet tegen de activiteiten van de opleiders. Bij aanvang zal de AIOS een operatie bijvoorbeeld trager uitvoeren dan de opleider. Na verloop van tijd zal de AIOS dezelfde operatie zelfstandig uitvoeren en in hetzelfde tempo als de opleider. De standaardtijden voor de activiteiten uitgevoerd door (opleidende) medisch specialisten waren echter niet bekend.

De financiële consequenties van een opleidingssituatie voor de opleider zijn hierdoor niet te bepalen, want: hoeveel *extra* tijd kost het de opleider als hij een AIOS begeleidt bij een operatie? Hoe productief is de AIOS die zelfstandig de polikliniek draait? Ziet de AIOS op zo'n dag even veel patiënten als een medisch specialist?

Naast input van de AIOS en opleiders had Berenschot informatie van instellingen nodig om een reële kostprijs te kunnen vaststellen. Instellingen maken immers extra kosten doordat een AIOS een verrichting langzamer uitvoert en hij een operatiekamer of een polikliniek langer bezet houdt dan een ervaren medisch specialist. De kosten die hieruit voortvloeien komen voor rekening van de instelling. Ondanks enthousiasme bij enkele instellingen in het voortraject, bleken instellingen eigenlijk niet in staat om deze informatie te leveren.

Berenschot heeft zich bijzonder ingespannen om de benodigde informatie boven tafel te krijgen en de doorlooptijd van het onderzoek is verlengd om alsnog tot resultaten te komen. De conclusie van de onderzoekers is dat veel van de voor het model benodigde informatie ontbreekt of niet geverifieerd is en dat het niet reëel is om het onderzoek landelijk uit te rollen. Het model van Berenschot is zeer verfijnd en de praktijksituaties laten zich niet vatten in dit model. Wel kan het nuttige informatie opleveren voor één of enkele opleidingen op instellingsniveau, maar dergelijke informatie is niet representatief om landelijke kostprijzen op te baseren. Vanwege het ontbreken van uniformering in de activiteiten-schema's van AIOS en opleiders kunnen opleidingen niet eenvoudig landelijk worden vergeleken. Hierdoor is het op basis van het model van Berenschot niet mogelijk om meer transparantie in de kosten van opleiden aan te brengen, een «hardere» kostprijs vast te stellen dan tot op heden beschikbaar is of de kostprijs te differentiëren naar specialismen of clusters van specialismen.

3. Hoe verder?

Het resultaat van dit onderzoek betekent niet dat we het hier eenvoudig bij kunnen laten: vertroebeling van de DBC-prijzen als gevolg van een te hoge of te lage subsidie moet immers voorkomen worden om ongelijke concurrentieposities op de zorgmarkt te voorkomen. Een hoge subsidie in combinatie met een hoge productie door AIOS zou opleidingsinstellingen een concurrentievoordeel bieden. Er moet dus voor worden gewaakt dat het accent bij opleidingen al te zeer op de productie komt te liggen. Bij de (gesubsidieerde) AIOS is het draaien van productie immers een bijproduct van het feit dat men al doende leert. Productie draaien en uren maken zijn geen doelen op zich.

Het ontbreken van transparantie bij de kosten en de kwaliteit van opleidingen blijft ongewenst, zeker gelet op het forse budgettaire beslag van het opleidingsfonds op de VWS-begroting. Ik vind een reële kostprijs voor opleidingen dusdanig relevant, dat ik verder zal laten onderzoeken of een andere onderzoeksmethodiek wellicht meer inzicht kan geven in de reële kostprijzen van opleidingen. Ik denk daarbij aan een meer grofmazige benadering dan het model van Berenschot, bijvoorbeeld via de DBC-data.

Ook andere methoden sluit ik niet uit. Bij het uitblijven van meer transparantie in de kostprijs of de kwaliteit van opleidingen ga ik na of een experiment met het aanbesteden van opleidingen op kleine schaal mogelijk is.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. Klink