

Opleiden medisch specialisten moet transparanter

Voor ons zorgstelsel is het van cruciaal belang dat voldoende kwalitatief goede zorgverleners worden opgeleid. Zowel bij de verdeling als bekostiging van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten zijn verbeteringen gewenst.

Voor de toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van gezondheidszorg is de aanwezigheid van voldoende goed opgeleide zorgverleners noodzakelijk. Traditioneel werden de opleidingen van medisch specialisten betaald via de ziekenhuisbudgetten. In het nieuwe zorgstelsel wordt de ziekenhuisbudgettering geleidelijk vervangen door een systeem met marktconforme prijzen. Het gevaar bestaat dat prijsconcurrentie tussen ziekenhuizen ertoe zal leiden dat zij te weinig investeren in nieuwe opleidingsplaatsen. Omdat de eigendomsrechten op de opleidingsinvesteringen onvoldoende contractueel kunnen worden afgebakend, kunnen ziekenhuizen de opleidingskosten namelijk niet volledig terugverdienen (Aalbers et al., 2003). Teneinde onderinvesteringen te voorkomen, is daarom besloten om zorgopleidingen van instellingsoverstijgend algemeen belang voortaan via een afzonderlijk opleidingsfonds te bekostigen (Tweede Kamer, 2006). In 2007 is hiermee een bedrag van 637 miljoen euro gemoeid, waarvan het overgrote deel bestemd is voor de medisch specialistische vervolgoedingen.

De vraag is echter hoe het opleidingsfonds ingezet moet worden om te garanderen dat het gewenste aantal nieuwe medisch specialisten tegen een zo gunstig mogelijke prijs-kwaliteitverhouding wordt opgeleid (zie ook Varkevisser et al., 2006).

Knelpunten

De huidige verdeel- en bekostigingssystematiek van medisch specialistische opleidingsplaatsen kent drie belangrijke knelpunten.

Onzekerheid realisatie gewenste instroom

Op basis van een periodieke raming van de benodigde opleidingscapaciteit door het in 1999 opgerichte Capaciteitsorgaan (CO), bepaalt het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) elk jaar de gewenste instroom van nieuwe artsen in opleiding tot medisch specialist (aios). De middelen die ter beschikking worden gesteld aan het opleidingsfonds worden hierop afgestemd. In de praktijk blijkt er echter geen enkele garantie te zijn dat de gewenste instroom ook wordt gerealiseerd. Waar bij sommige specialismen (structureel) te weinig wordt opgeleid, geldt voor andere specialismen juist het

tegenovergestelde (zie tabel 1). In 2005 blijkt bij specialismen als KNO, neurologie, neurochirurgie, oogheelkunde en radiologie 35 procent tot tachtig procent minder aios te zijn ingestroomd dan volgens het CO nodig zou zijn geweest. Daarentegen zijn bij cardiologie ruim veertig procent meer opleidingsplaatsen gerealiseerd dan nodig op basis van de behoefte-raming. Deze discrepantie tussen de benodigde instroom en de uiteindelijke realisatie ontstaat door de wijze van besluitvorming over de verdeling en realisatie van het aantal opleidingsplaatsen. Ten eerste overleggen de belangenorganisaties van universitair medische centra (NFU), algemene ziekenhuizen (NVZ), medisch specialisten (OMS) en – in laatste instantie – de zorgverzekeraars (ZN) over de verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen. Vanwege de diverse, soms tegenstrijdige belangen, leidt dit zogeheten BOLS-overleg (Bestuurlijk Overleg Lichtvoetige Structuur) tot andere uitkomsten dan de raming van het CO. Nu bij sommige specialismen de inhaalslag als gevolg van te weinig aios uit het verleden is ingelopen (zie Pronk, 2007), beginnen de belangen van de betrokken veldpartijen steeds verder uiteen te lopen: de medisch specialisten willen een overschot op de arbeidsmarkt voorkomen, terwijl ziekenhuizen en verzekeraars een (klein) overschot wel goed uitkomt. Dit bemoeilijkt het bereiken van consensus. Zo werd over de verdeling van opleidingsplaatsen voor 2006 pas in het najaar van 2006 overeenstemming bereikt. Bovendien wordt de verdeling in belangrijke mate bepaald door de onderlinge machtsverhoudingen, waarbij vooral de universitair medische centra (UMC's) aan het langste eind trekken. Dit blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat het jaarlijkse verdeelplan primair een verdeling over de acht UMC's in ons land behelst. Ten tweede is het aan de opleidende ziekenhuizen zelf om te beslissen hoeveel aios zij daadwerkelijk opleiden. De uiteindelijk gerealiseerde instroom kan hierdoor afwijken van hetgeen in het BOLS is overeengekomen. Bij de verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen spelen de UMC's opnieuw een dominante rol, omdat de universitaire hoofdopleiders de in het BOLS toegewezen opleidingsplaatsen over de algemene opleidingsziekenhuizen in hun regionale Onderwijs- en Opleidingsregio (OOR) moeten verdelen. Voor vrijwel alle medisch specialistische vervolgoedingen geldt namelijk dat aio's tijdens de opleiding zowel in een academische als niet-academische omgeving ervaring moeten opdoen. Aangezien de precieze duur en invulling van deze beide onderdelen slechts op hoofdlijnen staat omschreven, biedt deze coördinerende rol de

MARCO VARKEVISSER,
STÉPHANIE VAN
DER GEEST,
EMIEL MAASLAND
EN ERIK SCHUT
Onderzoekers aan het
Erasmus Competition and
Regulation institute (ECRi)
van de Erasmus Universi-
teit Rotterdam

academische hoofdopleiders mogelijkheden om bij deze verdere verdeling vooral de belangen van het eigen UMC te behartigen. Daar komt nog bij dat het ook voor algemene ziekenhuizen aantrekkelijk is om aios in dienst te hebben, zodat de UMC's veelal kunnen kiezen uit verschillende niet-academische opleidingsziekenhuizen die op hun beurt niet of nauwelijks van academische opleidingspartner kunnen wisselen. Ook het feit dat een algemeen ziekenhuis om medisch specialisten te mogen opleiden dient te beschikken over een samenwerkingsovereenkomst met een academisch ziekenhuis draagt hieraan bij. UMC's kunnen derhalve grote invloed uitoefenen op de toetreding van nieuwe opleidingenziekenhuizen.

Intransparante kwaliteit

Het tweede knelpunt is dat de criteria voor de verdeling van opleidingsplaatsen volstrekt onduidelijk zijn. Hoewel objectieve kwaliteitsindicatoren ontbreken, wijst de beschikbare informatie op aanzienlijke kwaliteitsverschillen tussen opleidingen (Boor et al., 2005; Van der Heijden et al., 2006; Mat en Rosenberg, 2007). Het is allerm minst zeker dat de ziekenhuizen met de kwalitatief beste opleidingen ook een groter deel van de instroom voor hun rekening nemen. Het huidige systeem kent geen extrinsieke (financiële) prikkels om te komen tot kwaliteitsverbeteringen. Opleidingsziekenhuizen die een bovengemiddelde kwaliteit bieden, worden niet beloond met bijvoorbeeld extra opleidingsplaatsen. Kwaliteitsverbeteringen zullen dus vooral gedreven worden door de intrinsieke motivatie van opleiders.

Onbekende kostprijs

Ten derde is onbekend in hoeverre het uniforme vergoedingsbedrag dat opleidingsziekenhuizen met ingang van dit jaar per bezette opleidingsplaats ontvangen (zie tabel 2) overeenkomt met de reële kostprijs. De opleiding van aios brengt naast kosten namelijk ook opbrengsten met zich mee. Arts-assistenten leveren tijdens hun opleiding een aandeel in de productie. Omdat aios bij het ene specialisme productiever kunnen worden ingezet dan bij het andere, lopen de netto-opleidingskosten waarschijnlijk aanzienlijk uiteen. Aangezien de opbrengsten door extra zorgproductie ten goede komen aan de medisch specialisten (de opleiders) terwijl de vergoedingsbedragen uit het opleidingsfonds ten goede komen aan het opleidingsziekenhuis, kunnen opleiders en opleidingsziekenhuizen ook tegenstrijdige belangen hebben bij het creëren van opleidingsplaatsen. Wanneer het vergoedingsbedrag of de extra productieopbrengst in relatie tot de opleidingskosten te hoog is, houden opleidingsziekenhuizen respectievelijk opleiders geld over waardoor het aanbieden van opleidingsplaatsen financieel aantrekkelijk is. Behalve dat dit bij de betreffende specialismen tot een overschot aan opleidingsplaatsen kan leiden, ontstaat ook het gevaar van een ongelijk speelveld tussen opleidingsziekenhuizen met veel financieel aantrekkelijke opleidingsplaatsen en ziekenhuizen die niet of financieel

tabel 1

Instroom medisch specialistische vervolgoedingen in 2005					
	Totaal in 2005 # aios	CO raming # aios	BOLS # aios	Realisatie instroom # aios	Δ% CO
Anesthesiologie	330	85,5	90	86	0,6%
Cardiologie	319	48	56	68	41,7%
Cardio-thoracale chirurgie	27	11	13	12	9,1%
Dermatologie/venerologie	101	34,5	30	33	-4,3%
Heelkunde	448	83	82	86	3,6%
Interne geneeskunde	799	123	120	113	-8,1%
Keel-neus-oorheelkunde (KNO)	102	41	22	20	-51,2%
Kindergeneeskunde	384	39	43	44	12,8%
Klinische genetica	44	12	13	11	-8,3%
Klinische geriatrie	71	19	19	25	31,6%
Longziekten/tuberculose	168	38	50	40	5,3%
Maag-darm-leverziekten	89	27	24	18	-33,3%
Medische microbiologie	61	13	14	10	-23,1%
Neurochirurgie	43	5	4	1	-80,0%
Neurologie	272	68,5	45	44	-35,8%
Nucleaire geneeskunde	43	9	14	12	33,3%
Oogheelkunde	113	69,5	25	25	-64,0%
Orthopedie	230	55	54	52	-5,5%
Pathologie	99	26	27	25	-3,8%
Plastische chirurgie	70	12	16	12	0,0%
Radiologie	259	79	52	49	-38,0%
Radiotherapie	81	15	14	13	-13,3%
Reumatologie	60	18,5	21	19	2,7%
Revalidatiegeneeskunde	123	20	24	24	20,0%
Urologie	115	29	23	20	-31,0%
Verloskunde/gynaecologie	289	40	39	37	-7,5%
Totaal	4.740	1.020,5	934	899	-11,9%

minder aantrekkelijke aios opleiden. Bij de medisch specialistische vervolgoedingen waarvoor het vergoedingsbedrag in combinatie met de extra productieopbrengst lager is dan de opleidingskosten, kan de kwaliteit van opleidingen onder druk komen te staan als gevolg van de ontoereikende financiële tegemoetkoming. Tevens bestaat het gevaar dat te weinig van dergelijke in financieel opzicht verliesgevende opleidingsplaatsen gerealiseerd worden.

Naar een transparante verdeelsystematiek

De huidige verdeel- en bekostigingssystematiek van medisch specialistische opleidingen is dus onevenwichtig, intransparant en biedt geen prikkels voor een verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de opleiding. Wij hebben verschillende manieren onderzocht om deze knelpunten op te lossen. Daarbij hebben wij de volgende twee hoofdvormen onderscheiden waarop de verdeling van opleidingsplaatsen en -gelden kan worden gebaseerd: aanbesteding en prestatieafhankelijke allocatie. Uit onze analyse volgt dat het aanbesteden van opleidingsplaatsen vanuit het oogpunt van de publieke belangen vooralsnog niet verantwoord is. De belangrijkste reden hiervoor is dat de kwaliteit van de opleidingen nog niet verifieerbaar en derhalve niet contracteerbaar is. Adequate kwaliteitsindicatoren ontbreken namelijk. De kans is daarom groot dat bij aanbesteding de kwaliteit van de opleidingen ondergeschikt wordt aan het streven naar lagere kosten. Bovendien leidt aanbesteding tot relatief hoge uitvoeringskosten voor zowel de toewijzende instantie als de aanbieders van opleidingsplaatsen. Op korte termijn lijkt prestatieafhankelijke allocatie de meest verantwoorde variant van een marktconforme allocatie. Hoewel ook bij deze variant de ontwikkeling van kwaliteitsindicatoren noodzakelijk is, zijn deze vanwege hun retrospectieve karakter (geleverde prestaties) gemakkelijker te ontwikkelen dan de voor aanbesteding benodigde prospectieve indicatoren (beloofde prestaties). Ook biedt prestatieafhankelijke allocatie betere

tabel 2

Vergoedingsbedragen per bezette opleidingsplaats

	Ziekenhuis met in totaal:		
	0-49 aios	50-149 aios	> 150 aios
Vergoeding medisch specialistische opleidingen m.u.v. revalidatie-arts	€ 145.000	€ 135.000	€ 108.000
Revalidatie-arts	€ 108.000 ongeacht het aantal aios		

mogelijkheden voor een geleidelijke introductie van marktprikkels. Door de sterkte van de prikkels voor opleidingsziekenhuizen af te stemmen op de beschikbare (kwaliteits)informatie, kan worden voorkomen dat een streven naar lagere kosten ten koste gaat van de kwaliteit. Zo zou in eerste instantie slechts een deel (bijvoorbeeld tien procent of twintig procent) van het door de minister van VWS per specialisme vastgestelde aantal nieuwe opleidingsplaatsen op basis van geleverde kwaliteitsprestaties kunnen worden verdeeld. De resterende instroom kan dan op basis van de historisch gegroeide verdeling aan de opleidingsziekenhuizen worden toebedeeld. Naarmate de toewijzende instantie meer betrouwbare informatie heeft over mogelijke kwaliteitsverschillen kunnen de financiële risico's voor opleidingsziekenhuizen geleidelijk worden vergroot door een groter percentage nieuwe opleidingsplaatsen marktconform te verdelen. Het ministerie van VWS heeft het in 2006 opgerichte College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) inmiddels opdracht gegeven om in 2007 te starten met de ontwikkeling en realisatie van een eerste werkbaar set (retrospectieve) kwaliteitsindicatoren en deze vervolgens te gaan gebruiken voor de onderbouwing van een verdelingsvoorstel (Tweede Kamer, 2007).

Vergoedingsbedragen, onevenwichtige posities en toetreding

Hoewel de uniforme vergoedingsbedragen voor problemen kunnen zorgen, lijkt het om verschillende redenen verstandig deze vooralsnog te handhaven. Allereerst is een meer nauwkeurige bepaling van deze bedragen door de bestaande intransparantie ten aanzien van de reële kostprijs simpelweg niet mogelijk. Daarnaast is onderlinge prijsconcurrentie tussen opleidingsziekenhuizen om tot een (meer) reële kostprijs te komen vanwege het ontbreken van kwaliteitsindicatoren en de onevenwichtige machtsposities momenteel niet verantwoord. Bij een vaste vergoeding geeft de invoering van een prestatieafhankelijk allocatiemodel op basis van kwaliteitsverschillen een prikkel tot kwaliteitsconcurrentie. Opleidingsziekenhuizen zullen in dat geval eventuele overwinsten die ze met hun opleidingsactiviteiten behalen moeten aanwenden voor kwaliteitsverbeteringen om zichzelf niet uit de markt te prijzen. Niettemin verdient het aanbeveling om opleidingsinstellingen ook te verplichten tot het opstellen en verstrekken van kostprijninformatie per type opleiding. Zodra deze informatie voldoende betrouwbaar is, zouden vervolgens de uniforme vergoedingsbedragen moeten worden aangepast en eventueel gedifferentieerd naar vervolgopleiding om zoveel mogelijk een gelijk speelveld te creëren. Op termijn zou ook de kostprijs een rol kunnen gaan spelen bij de verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen.

Bij de meeste opleidingen is samenwerking noodzakelijk tussen een UMC en een of meer algemene opleidingsziekenhuizen. Door bij de allocatie van nieuwe opleidingsplaatsen marktpartijen niet alleen te beoordelen op hun eigen prestaties maar ook op die van hun samenwerkingspartners, ontstaat een wederzijdse afhankelijkheid. Zowel academische als algemene opleidingsziekenhuizen krijgen dan een prikkel om met elkaar goede afspraken te maken en deze vervolgens ook na te komen. Doet men dit namelijk niet, dan bestaat het risico dat men bij een volgende allocatieronde een minder groot deel van het door de overheid gewenste aantal nieuwe opleidingsplaatsen krijgt toegewezen. Het gezamenlijke belang dat zodoende ontstaat, zorgt voor meer evenwichtige onderhandelingsposities in het opleidingsveld. Met name de algemene ziekenhuizen profiteren hiervan. Voor UMC's wordt het immers aantrekkelijk om met kwalitatief goede opleidingsziekenhuizen een samenwerkingsverband aan te gaan, ook al nemen die nu niet deel aan hun OOR. Het aantal nieuwe opleidingsplaatsen dat een

academisch ziekenhuis krijgt toebedeeld is namelijk mede afhankelijk van de prestaties van de niet-academische opleidingspartners.

Voor bepaalde vervolgoopleidingen geldt dat de concurrentie-intensiteit naar verwachting laag zal zijn, omdat deze momenteel slechts door een beperkt aantal opleidingsziekenhuizen worden aangeboden. Voorzover het beperkte aantal aanbieders een gevolg is van toetredingsbelemmeringen, is een taak weggelegd voor de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) en/of de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Zo zouden de NZa en NMa moeten onderzoeken of de erkenningseisen van het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) en de besluiten van de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) toetreding niet onnodig frustreren. Tenslotte kan de toetreding van nieuwe – eventueel ook buitenlandse – opleidingsziekenhuizen en/of opleiders actief worden bevorderd, bijvoorbeeld door een aantal nieuwe opleidingsplaatsen exclusief voor hen te reserveren.

Conclusie

Vanuit het oogpunt van de publieke belangen is aanpassing van de huidige verdeel- en bekostigings-systematiek van medisch-specialistische opleidingsplaatsen dringend gewenst. Zoals hierboven uiteengezet zou deze aanpassing moeten bestaan uit de ontwikkeling van objectieve kwaliteitsindicatoren in combinatie met de geleidelijke invoering van een prestatieafhankelijk allocatiemodel.

LITERATUUR

- Aalbers, R.F.T., E. Dijkgraaf, S.A. van der Geest, F.T. Schut en M. Varkevisser (2003) Zorgvuldig dereguleren: een analysekader voor de curatieve zorg. *Studies in Economic Policy*, nr. 8.
- Boor, K., F. Scheele, H.A.M. Brölmann, J.Th.M. van der Schoot, L.F.J. van der Velden en P.J. Dorr (2005) Academie of periferie? Waardering door de leerling. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 24(2), 87-94.
- Heijden, F.M.M.A. van der, G.S. Dillingh, F. Sprangers, A.B. Bakker en J.T. Prins (2006) Toegewijd, maar oververmoeid. *Medisch Contact*, 2006 (45), 1792-1795.
- Mat, J. en E. Rosenberg (2007) Bang voor de dokter: opleidingen tot medisch specialist gesloten wegens ruzie, intimidatie en werkdruk. *NRC Handelsblad*, 27 januari.
- Pronk, E. (2007) Herfstdepressie voor werkzoekenden: arbeidsmarktmonitor laat daling in vacatures zien. *Medisch Contact*, 2007 (2) 52-54.
- Tweede Kamer (2006) *Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector: brief van de minister en staatssecretaris van VWS*, 29 282, nr. 23.
- Tweede Kamer (2007) *Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector: brief van de minister van VWS*, 29 282, nr. 40.
- Varkevisser, M., S.A. van der Geest, E. Maasland en F.T. Schut (2006) *Naar een meer transparante opleidingsmarkt: marktprikkels in het opleidingsfonds*. Rotterdam: ECR.