



# **Naar een meer transparante opleidingsmarkt**

Marktprikkels in het opleidingsfonds

Marco Varkevisser  
Stéphanie van der Geest  
Emiel Maasland  
Erik Schut

Dit onderzoek is uitgevoerd in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)

Rotterdam, december 2006

Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen en dergelijke, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld.

<i>Contactpersoon</i>	Marco Varkevisser
<i>Adres</i>	Erasmus Competition and Regulation institute (ECRI) Erasmus Universiteit Rotterdam Postbus 1738 3000 DR Rotterdam
<i>Telefoon</i>	010 – 408 2220
<i>Fax</i>	010 – 408 9650
<i>E-mail</i>	<a href="mailto:varkevisser@few.eur.nl">varkevisser@few.eur.nl</a>
<i>Internet</i>	<a href="http://www.ecri.nl">www.ecri.nl</a>

# Inhoudsopgave

Voorwoord.....	3
1. Inleiding.....	5
1.1 Aanleiding onderzoek.....	5
1.2 Onderzoeksopdracht.....	6
1.3 Leeswijzer.....	8
2. Huidige systematiek medisch specialistische vervolgopleidingen.....	9
2.1 Inleiding.....	9
2.2 Wie bepaalt de inhoud van een opleiding?.....	9
2.3 Wie bepaalt wie mag opleiden?.....	11
2.4 Wie bepaalt de gewenste instroom?.....	14
2.5 Wie bepaalt de beschikbare opleidingscapaciteit?.....	15
2.6 Hoe worden opleidingsplaatsen verdeeld?.....	15
2.7 Hoe worden opleidingsplaatsen bekostigd?.....	16
3. Probleemanalyse medisch specialistische vervolgopleidingen.....	19
3.1 Knelpunten in het huidige systeem.....	19
3.2 Oorzaken geconstateerde knelpunten.....	21
3.2.1 Uiteenlopende belangen betrokken veldpartijen.....	23
3.2.2 Intransparante verdeelsystematiek.....	23
3.2.3 Sterke positie UMC's.....	23
3.2.4 Belangrijke rol wetenschappelijke verenigingen.....	27
3.2.5 Uniforme vergoedingsbedragen.....	29
3.3 Conclusie.....	30
4. Marktconforme allocatiemodellen.....	33
4.1 Inleiding.....	33
4.2 Concurrentie door vergelijking.....	34
4.3 Aanbesteding nieuwe opleidingsplaatsen.....	36
4.3.1 Inleiding.....	36
4.3.2 Mogelijke invulling aanbesteding.....	39
4.4 Prestatieafhankelijke allocatie nieuwe opleidingsplaatsen.....	46
4.4.1 Inleiding.....	46
4.4.2 Praktische invulling prestatieafhankelijke allocatie.....	47

4.5 Verantwoorde invoering marktconform allocatiemodel .....	50
4.5.1 Inleiding .....	50
4.5.2 Kritische randvoorwaarden .....	51
4.5.3 Kritische randvoorwaarden vs. huidige marktsituatie .....	56
4.6 Opleidingsspecifieke investeringen.....	65
5. Beleidsadvies .....	69
Lijst met referenties.....	77
Bijlage A Klankbordgroep, interviews en expertmeeting .....	79
Bijlage B Eerste tranche opleidingsfonds .....	81
Bijlage C De details van een aanbestedingsprocedure.....	83
Bijlage D Beantwoording deelvragen VWS .....	89

## Voorwoord

Het voorliggende onderzoeksrapport is door het Erasmus Competition and Regulation institute (ECRI) in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) opgesteld. ECRI bundelt de expertise die op het gebied van marktordening binnen de Erasmus Universiteit Rotterdam aanwezig is. Voor dit specifieke onderzoek hebben SEOR BV en het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) intensief samengewerkt.

Met dit rapport hopen we een nuttige bijdrage te leveren aan de discussie over een opleidingsmarkt die opleiders en opleidingsinstellingen stimuleert om voldoende kwalitatief goede zorgverleners zo doelmatig mogelijk op te leiden. We zijn een aantal personen dank verschuldigd voor hun medewerking tijdens het onderzoek (zie Bijlage A). Dit zijn allereerst de leden van de interdepartementale klankbordgroep die verschillende tussenrapportages hebben willen becommentariëren. Daarnaast zijn dat de ervaringsdeskundigen die ons op persoonlijke titel wegwijs hebben gemaakt in de complexe wereld van de medische vervolgopleidingen. Ook danken we de deelnemers aan de door VWS georganiseerde expertmeeting voor hun inbreng.

Eveneens een woord van dank aan Maarten Janssen (Faculteit der Economische Wetenschappen van de EUR) die in de beginfase met ons heeft meegedacht over de mogelijkheden en randvoorwaarden van marktprikkels bij de allocatie van nieuwe opleidingsplaatsen. Tot slot bedanken we Annemieke Leunis (iBMG) voor haar goede ondersteunende werk.

Vanzelfsprekend berust de verantwoordelijkheid voor de conclusies en beleidsaanbevelingen die in dit rapport worden gepresenteerd volledig bij ECRI.

Marco Varkevisser (projectleider)

Rotterdam, december 2006



# 1. Inleiding

## 1.1 Aanleiding onderzoek

Voor het functioneren van het Nederlandse zorgstelsel zijn goede medische opleidingen van cruciaal belang. In de eerste plaats is het voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van gezondheidszorg noodzakelijk dat er voldoende zorgverleners worden opgeleid. Een tekort aan arbeidskrachten leidt niet alleen tot hogere (loon)kosten en DBC-prijzen, maar zorgt tevens voor langere wachtlijsten. Daar staat tegenover dat een overschot aan arbeidskrachten in de gezondheidszorg weliswaar wachtlijsten doet verdwijnen maar het gevaar van zogeheten aanbodgeïnduceerde vraag met zich meebrengt, wat de betaalbaarheid van de zorg niet ten goede komt. Om (grote) overschotten en tekorten aan zorgverleners in ons land te voorkomen raamt het Capaciteitsorgaan sinds 1999 periodiek de benodigde instroom voor zowel de initiële opleiding geneeskunde als een aantal medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen. Naast de kwantiteit is voor een goed functionerend zorgstelsel ook de kwaliteit van zorgverleners van groot belang. Goed opgeleide zorgverleners stellen betere diagnoses en maken minder medische fouten wat aanzienlijke kostenbesparingen kan opleveren. Het is daarom vanuit maatschappelijk perspectief belangrijk dat er wordt geïnvesteerd in de kwaliteit van medische opleidingen.

Het kabinet heeft er voor gekozen om de kosten van zogeheten marktverstorende zorgopleidingen afzonderlijk via het zogenoemde opleidingsfonds te bekostigen en niet integraal in de vrije DBC-prijzen op te nemen.<sup>1</sup> Voor deze opleidingen geldt namelijk dat zij van instellingsoverstijgend algemeen belang zijn en onder druk kunnen komen te staan als de kosten ervan gefinancierd moeten worden via de vrije DBC-prijzen. Opleidende ziekenhuizen zouden dan namelijk hogere tarieven voor vergelijkbare DBC's in rekening moeten brengen dan niet-opleidende ziekenhuizen. Dit zou niet alleen leiden tot een

---

<sup>1</sup> Een andere manier om de kosten van marktverstorende opleidingen buiten de DBC-prijzen te laten, zou zijn om deze bij de artsen in opleiding zelf in rekening te brengen. Zie bijvoorbeeld Newhouse, J.P. en G.R. Wilensky (2001), 'Paying for graduate medical education: the debate goes on', *Health Affairs*, 20(2), blz. 141: "From the point of view of economic theory, both undergraduate and graduate medical education are examples of general training. (...) Because it is not in the interest of a firm to pay for on-the-job training when the trainee can use the training elsewhere, the theory implies that trainees bear the cost of general training. (...) If the value of the goods and services produced exceed the costs of the training, the trainee will be paid; otherwise the trainee will pay tuition." De interessante vraag in hoeverre een dergelijke toepassing van het zogeheten profijtbeginsel bij medische opleidingen op termijn mogelijk en ook wenselijk is, valt buiten de reikwijdte van dit onderzoek.

ongelijke concurrentiepositie tussen opleidende en niet-opleidende zorgaanbieders op de zorginkoopmarkt, maar mogelijk ook tot een ongewenste onderinvestering in dergelijke medische opleidingen. Een gelijk speelveld tussen zorginstellingen is cruciaal om de prijsvorming van ziekenhuiszorg de komende jaren op verantwoorde wijze verder te kunnen liberaliseren. Het is dan ook belangrijk dat het bedrag dat ziekenhuizen voor de marktversturende opleidingen uit het opleidingsfonds ontvangen, een reële vergoeding betreft.<sup>2</sup>

Om te beoordelen of een opleiding voor bekostiging via het opleidingsfonds in aanmerking komt, heeft de minister van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS) in een eerder stadium vier criteria gedefinieerd: (i) de opleiding leidt professionals op die zorg verlenen in de zin van de Kwaliteitswet zorginstellingen, (ii) het risico dat er sprake zal zijn van marktfalen wordt hoog ingeschat, (iii) de opleiding wordt door een instantie landelijk erkend en (iv) het ministerie van VWS is direct betrokken bij de bekostiging van de opleiding.<sup>3</sup> Met ingang van 1 januari 2007 worden de opleidingen van de erkende medische en tandheelkundige specialismen (met uitzondering van de opleiding tot psychiater), de huisartsen (wel blijft daar vooralsnog sprake van een continuering van de bestaande subsidie) en de erkende  $\beta$ -beroepen (ziekenhuisapothekers, klinisch fysici en klinisch chemici) tot het opleidingsfonds toegelaten.<sup>4</sup> Aangezien de beoogde financiering van het opleidingsfonds via de zorgpremies een wijziging van de Zorgverzekeringswet (Zvw) vergt, heeft het kabinet besloten om het fonds in 2007 via de rijksbegroting te financieren.<sup>5</sup> Met de zogeheten eerste tranche van het opleidingsfonds (zie Bijlage B) is dat jaar een bedrag van € 636,7 miljoen gemoeid.<sup>6</sup> Dit is iets meer dan één procent van de totale zorguitgaven die het komende jaar onder het Budgettair Kader Zorg vallen.

## 1.2 Onderzoeksopdracht

In het kader van bovengenoemde nieuwe bekostiging van zorgopleidingen heeft minister Hoogervorst de Tweede Kamer in november 2005 laten weten

---

<sup>2</sup> Tweede Kamer (2006), 29248, nr. 30.

<sup>3</sup> Tweede Kamer (2005), 29282, nr. 23, blz. 12 e.v.

<sup>4</sup> Inmiddels zijn ook de opleidingen geselecteerd die per 1 januari 2008 tot het opleidingsfonds worden toegelaten; zie Tweede Kamer (2006), 29282, nr. 32. Deze zogeheten tweede tranche blijft in dit onderzoek buiten beschouwing.

<sup>5</sup> Tweede Kamer (2006), 29282, nr. 34. In deze brief geeft de minister van VWS aan dat het volgende kabinet een besluit moet nemen over de structurele financieringswijze vanaf 2008.

<sup>6</sup> Tweede Kamer (2006), 30800 XVI, nr. 2, blz. 57.



de opleidingsmarkt via prestatiebekostiging en prestatie-indicatoren meer transparant te willen maken.<sup>7</sup> Meer in het bijzonder heeft hij aangegeven zeer te hechten aan het introduceren van marktconforme prikkels en ernaar te streven om de opleidingen uiteindelijk te laten aanbesteden. Met het oog hierop bestaat bij VWS behoefte aan een visievormend onderzoeksrapport naar de mogelijkheden van marktprikkels in het opleidingsfonds. Het Erasmus Competition and Regulation institute (ECRI) is gevraagd om dit onderzoek uit te voeren.

In het voorliggende eindrapport staan de volgende twee onderzoeksvragen centraal:<sup>8</sup>

1. Op welke wijze zouden de financiële middelen van het opleidingsfonds via een systeem van marktprikkels zodanig over de opleidende instellingen kunnen worden verdeeld dat rekening wordt gehouden met eventuele verschillen in kwaliteit en doelmatigheid?
2. Is het mogelijk om per 1 januari 2008 een verantwoorde start te maken met de introductie van marktprikkels bij de verdeling van het gewenste aantal opleidingsplaatsen in de eerste tranche en zo ja, op welke wijze?

Onder een verantwoorde introductie van marktprikkels wordt in dit onderzoek verstaan dat invoering ervan bijdraagt aan de realisatie van een meer transparante en doelmatige opleidingsmarkt die het gewenste aantal kwalitatief goede zorgverleners voortbrengt. In het rapport gaat de aandacht met name uit naar de zevenentwintig medisch specialistische vervolgoopleidingen. De vraag of bij de overige zes opleidingen die deel uitmaken van de eerste tranche van het opleidingsfonds andere marktprikkels meer voor de hand liggen, komt in het afsluitende hoofdstuk kort aan de orde. Mede gezien het *korte termijn perspectief* van het onderzoek blijft een mogelijke rol voor buitenlandse opleidingsziekenhuizen buiten beschouwing. Ook nemen we de bestaande institutionele opleidingsstructuur grotendeels als uitgangspunt. Dat wil allereerst zeggen dat het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) de algemene en specifieke opleidingseisen vaststelt, alsmede de eisen en voorwaarden voor de erkenning van opleiders en opleidingsinrichtingen. Daar-

---

<sup>7</sup> Tweede Kamer (2005), 29282, nr. 23.

<sup>8</sup> Zie Bijlage D voor een overzicht van de specifieke deelvragen en onze antwoorden daarop.

naast heeft de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) de taak om toe te zien op de naleving van de besluiten van het CCMS. Bovendien staat de rol van het Capaciteitsorgaan (CO) in dit onderzoek niet ter discussie. We gaan ervan uit dat de minister van VWS op basis van het CO-advies voor alle opleidingen die uit het opleidingsfonds worden bekostigd jaarlijks vaststelt wat het gewenste aantal nieuwe opleidingsplaatsen is. Om de gewenste nieuwe instroom van assistenten in opleiding tot specialist (aios) te realiseren dient het opleidingsfonds uiteraard voldoende financiële middelen te bevatten. Als er sprake is van een positief verband tussen de kwaliteit van een opleiding en de kosten ervan, is het een taak van de landelijke politiek om aan te geven tot welke hoogte een eventuele uitruil tussen kwaliteit en kosten acceptabel wordt geacht.

### **1.3 Leeswijzer**

Het rapport kent de volgende opbouw. In hoofdstuk 2 beschrijven we de wijze waarop momenteel de medisch specialistische opleidingsplaatsen worden bekostigd en over de verschillende opleidingsziekenhuizen worden verdeeld. Hoofdstuk 3 bevat onze probleemanalyse van de huidige systematiek. Er wordt aandacht besteed aan drie knelpunten van het huidige verdeel- en bekostigingsmodel die de borging van de publieke belangen in gevaar kunnen brengen. In hoofdstuk 4 gaan we vervolgens nader in op mogelijke alternatieve marktconforme allocatiemodellen. Het rapport wordt afgesloten met een concreet beleidsadvies.

## **2. Huidige systematiek medisch specialistische vervolgopleidingen**

### **2.1 Inleiding**

De medisch specialistische vervolgopleidingen vormen het overgrote deel van de eerste tranche van het opleidingsfonds. Het gaat namelijk om zevenentwintig opleidingen van de in totaal drieëndertig vervolgopleidingen die vanuit het opleidingsfonds bekostigd zullen worden. Dit hoofdstuk beschrijft in paragraaf 2.2 allereerst wie de inhoud van een opleiding vaststelt. Vervolgens is er in paragraaf 2.3 aandacht voor de vraag wie bepaalt wie mag opleiden. Daarna volgt een korte schets van de huidige verdeelsystematiek. Achtereenvolgens komt in de paragrafen 2.4, 2.5 en 2.6 aan de orde wie de gewenste instroom bepaalt, wie de beschikbare opleidingscapaciteit bepaalt en hoe nu de gewenste instroom over opleidingsziekenhuizen en opleiders wordt verdeeld. De afsluitende paragraaf 2.7 geeft een korte uiteenzetting van de bestaande bekostigingsstructuur.

### **2.2 Wie bepaalt de inhoud van een opleiding?<sup>9</sup>**

Op grond van de Wet op de Beroepen Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG) en de Regeling Specialisten Geneeskunst stelt het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) de inhoudelijke eisen vast waaraan de medisch specialistische vervolgopleidingen moeten voldoen. Het gaat hierbij ondermeer om verplichte onderdelen en keuzeonderdelen in de opleiding, de tijdsduur en de eindtermen (competenties). Het CCMS bestaat uit zestien medisch specialisten (acht die werkzaam zijn in een academisch ziekenhuis en acht die werkzaam zijn in een algemeen ziekenhuis), één vertegenwoordiger van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en één vertegenwoordiger van de Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU). De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen (LVAG) en de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) zijn elk vertegenwoordigd door een adviserend lid. De regelgeving die door het CCMS wordt vastgesteld wordt uitgevoerd door de MSRC. Op grond van de Wet BIG en de Regeling Specialisten Geneeskunst voert deze commissie haar wettelijke registratietaak uit als een zelfstandig

---

<sup>9</sup> Zie voor een gedetailleerde beschrijving van de organisatie en structuur van de medisch specialistische opleidingen in Nederland en de wijze van toezicht hierop het hoofdstuk 'Opleiding' van E.J. Buurke en V.J. Schelfhout-Van Deventer (2006) in het boek *Medisch specialistische zorg 2007*.

bestuursorgaan (ZBO). De MSRC bestaat uit zevenentwintig zogeheten specialistleden die door de betreffende wetenschappelijke vereniging (WV) zijn voorgedragen, drie leden vanuit de NVZ, drie leden vanuit de NFU, (momenteel) twee adviserende leden die rechtstreeks worden benoemd door de LVAG, de secretaris(sen) van het CCMS en één voorzitter.

Sinds 1 januari 2005 is een nieuw stelsel van regelgeving voor opleiding, erkenning en (her)registratie van specialisten, opleiders, opleidingsinrichtingen en -instituten van kracht. Dit nieuwe stelsel bestaat uit het zogeheten *Kaderbesluit CCMS* met de algemene bepalingen die voor alle medische specialisten gelden en specifieke besluiten voor ieder specialisme afzonderlijk als aanvulling op het Kaderbesluit.<sup>10</sup> Eén van de verplichtingen die het Kaderbesluit aan een arts in opleiding tot medisch specialist (aios) stelt is, dat hij of zij de MSRC in de vorm van een opleidingsschema op de hoogte brengt in welke opleidingsinrichting(en) en bij welke opleider(s) de verschillende opleidingsonderdelen gevolgd gaan worden. De MSRC toetst of dit opleidingsschema aan alle door het CCMS gestelde eisen voldoet en of de betreffende aios dus mag beginnen met zijn of haar medisch specialistische vervolgopleiding. Wijzingen in het opleidingsschema dient een aios zo snel mogelijk ter goedkeuring aan de MSRC voor te leggen. Aan de hand van het opleidingsschema wordt aan het einde van de opleiding vastgesteld of de aios kan worden ingeschreven in het betreffende specialistenregister.

De veranderingen in de gezondheidszorg maken een modernisering van de vervolgopleiding voor medisch specialisten een belangrijk doel voor het CCMS. Zo behoren naast medisch handelen ook communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit tot de gewenste competenties van een medisch specialist.<sup>11</sup> Deze nieuwe competentiegebieden zijn afgeleid van het zogeheten CANMEDs project dat begonnen is in Canada. De modernisering van de specialistenopleiding dient uiteindelijk te resulteren in nieuwe opleidingseisen voor iedere vervolgopleiding.

De realisatie van een zogeheten 'common trunk' vormt eveneens een onderdeel van de modernisering van de vervolgopleiding voor medisch specialisten.

---

<sup>10</sup> Zie [http://knmg.artsennet.nl/content/resources/AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_L698161609/AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_R1560811149673000/](http://knmg.artsennet.nl/content/resources/AMGATE_6059_100_TICH_L698161609/AMGATE_6059_100_TICH_R1560811149673000/).

<sup>11</sup> Zie bijvoorbeeld Bleker, O. e.a. (2004), 'Beter en leuker: CCMS ontvouwt plannen voor de vervolgopleiding van medisch specialisten', *Medisch Contact*, 22 oktober, blz. 1692-1695.

Hoewel in Nederland al enkele jaren wordt nagedacht over zo'n gezamenlijk eerste deel van een aantal vervolgoopleidingen, wil het (nog) niet van de grond komen.<sup>12</sup> Veel wetenschappelijke verenigingen (WV'en) willen hun aios weliswaar van een brede basis voorzien, maar ten aanzien van de manier waarop is er geen consensus. De grootste meningsverschillen bestaan er over de invoering van een tweede toelatingsmoment (de selectie voor de specialisatie na afloop van het gezamenlijke begin) en een certificaat met een wettelijk beschermde titel (bijvoorbeeld 'basisspecialist'). Met andere woorden, de vraag is wat er moet gebeuren met de artsen die niet worden toegelaten tot een specialisatie, maar wel met goed gevolg de 'common trunk' hebben afgerond. Of, hoe en wanneer de 'common trunk' er komt is voorlopig dus onduidelijk.

In het huidige moderniseringstraject is tenslotte ook aandacht voor een betere aansluiting van de initiële studie geneeskunde op de medisch specialistische vervolgoopleidingen. De landelijke implementatie van een schakeljaar om te komen tot een verkorting en/of efficiënter gebruik van de opleidingstijd kent echter ook de nodige "praktische en procedurele hindernissen."<sup>13</sup>

### **2.3 Wie bepaalt wie mag opleiden?**

Het CCMS stelt niet alleen de inhoudelijke eisen vast waaraan een opleiding moet voldoen, maar ook de eisen voor erkenning van opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten evenals de voorwaarden die aan erkenning kunnen worden verbonden. Deze eisen bestaan uit (i) algemene erkennings-eisen en -verplichtingen die betrekking hebben op alle opleidingen en (ii) specifieke erkenningseisen en -verplichtingen voor de afzonderlijke medisch specialismen. De eisen en verplichtingen die voor alle medisch specialistische vervolgoopleidingen gelden staan vermeld in het al genoemde *Kaderbesluit CCMS* en vallen uiteen in eisen voor erkenning van de medisch specialist tot opleider (C.1, blz. 15), eisen voor de erkenning van de inrichting tot opleidingsinrichting voor de totale opleiding op één locatie (C.10, blz. 17) en aanvullende eisen voor de erkenning van de inrichting tot opleidingsinrichting voor de totale opleiding op meerdere locaties (C.11, blz. 17). Dit algemene kaderbesluit stelt bijvoorbeeld dat iemand tenminste vijf jaar als medisch specialist werkzaam moet zijn om als opleider erkend te worden. In de besluiten die betrekking hebben op een specifiek medisch specialisme staan vervolgens extra

---

<sup>12</sup> Lutke Schipholt, I. (2006), 'Wachten op de common trunk: onenigheid over gezamenlijk begin specialistenopleiding', *Medisch Contact*, 2 juni, blz. 914-915.

<sup>13</sup> Borleffs, J.C.C. e.a. (2006), 'Een hobbelig traject', *Medisch Contact*, 6 oktober, blz. 1575-1577.

eisen/verplichtingen waaraan voldaan moet zijn om als opleider of opleidingsinrichting erkend te kunnen worden. Dit betreft bijvoorbeeld de verplichte aanwezigheid van andere medische specialismen en niet-medische beroepen. Ook is vanuit het oogpunt van samenhang voor sommige specialismen vereist dat voor een erkenning als opleidingsinrichting één of meer erkende opleiders werkzaam zijn van een andere specialisme (zie tabel 1). Overigens moet de minister van VWS alle besluiten die het CCMS neemt goedkeuren voordat het besluit op het genoemde tijdstip in werking kan treden.<sup>14</sup> Elk goedgekeurd besluit wordt gepubliceerd in de Staatscourant en in het tijdschrift Medisch Contact.

Het erkennen van opleiders en opleidingsinrichtingen voor de medisch specialismen is vervolgens een taak van de MSRC. Dit geldt onder andere ook voor het schorsen of intrekken van een erkenning en het houden van toezicht op de naleving van besluiten van het CCMS. Wat betreft een erkenning als opleidingsinrichting bestaan er vier mogelijkheden:

1. **Erkenning als opleidingsinrichting voor een A-opleiding** Dit betreft de opleidingsinstelling waar de opleiding in eerste instantie gevolgd wordt. Deze instelling is hoofdvantwoordelijk voor de opleiding. Dit kan zijn voor de gehele duur van de opleiding of voor een gedeelte van de totale opleidingsduur.
2. **Erkenning als opleidingsinrichting voor een B-opleiding** Dergelijke opleidingsinstellingen dienen een gestructureerd samenwerkingsverband met (een) A-opleiding(en) te hebben. Ze leveren een onderdeel van de totale opleiding.
3. **Erkenning als opleidingsinrichting voor een gedeeltelijke opleiding** Een dergelijke opleidingsinstelling levert eveneens een gedeelte van de totale opleiding, maar een gestructureerd samenwerkingsverband is nu niet noodzakelijk.
4. **Erkenning als opleidingsinrichting voor een stageopleiding**

---

<sup>14</sup> Met uitzondering van besluiten die betrekking hebben op het toetsingskader op grond waarvan deelgebieden van de geneeskunde als specialisme kunnen worden aangewezen of opgeheven. Met de inwerkingtreding van de Wijzigingsregeling specialisten geneeskunde 2005 hoeft een dergelijke besluit niet meer door de minister te worden goedgekeurd.

**Tabel 1: Samenhang opleidingserkenningen**

Opleiding	Verplichte aanwezigheid erkende opleider(s) van de specialismen:
Cardio-thoracale chirurgie	Cardiologie, heekunde, interne geneeskunde en longziekten & tuberculose
Klinische geriatrie	Interne geneeskunde en tenminste twee andere medisch specialisten, waaronder <i>bij voorkeur</i> heekunde en/of orthopedie <sup>a</sup>
Longziekten & tuberculose	Interne geneeskunde
Maag-darm-leverziekten	Heekunde, interne geneeskunde en tenminste vier andere medisch specialismen
Medische microbiologie	Heekunde, interne geneeskunde, kindergeneeskunde en tenminste twee andere medisch specialismen <sup>b</sup>
Neurochirurgie	Heekunde, interne geneeskunde en neurologie
Neurologie	Interne geneeskunde en tenminste twee andere medisch specialismen <sup>c</sup>
Nucleaire geneeskunde	Interne geneeskunde en radiologie
Orthopedie	Tenminste vier andere medisch specialismen, waaronder heekunde of interne geneeskunde <sup>d</sup>
Pathologie	Heekunde en interne geneeskunde <sup>e</sup>
Plastische chirurgie	Heekunde en interne geneeskunde <sup>f</sup>
Radiologie	Heekunde en interne geneeskunde
Reumatologie	Heekunde, interne geneeskunde en nog drie andere medisch specialismen
Revalidatiegeneeskunde	Heekunde, interne geneeskunde of neurologie <sup>g</sup>

Noten:

- Dit betreft de somatische geriatrie. Voor de stage psychogeriatricie is slechts een erkenning voor psychiatrie verplicht.
- In geval van erkenning voor een gedeelte van de opleiding is slechts erkenning voor tenminste twee andere medisch specialismen verplicht.
- In geval van erkenning voor een gedeelte van de opleiding is slechts erkenning voor interne geneeskunde en tenminste één ander medisch specialisme verplicht.
- In geval van erkenning voor ten hoogste twee jaar van de vervolgopleiding is slechts erkenning voor tenminste twee andere medisch specialismen verplicht.
- Voor UMC's is erkenning voor tenminste vijf medisch specialismen verplicht.
- Deze verplichting geldt niet voor opleidingsinrichtingen waar een stage wordt verzorgd.
- Deze verplichting geldt alleen voor ziekenhuizen en dus niet voor revalidatiecentra.

De MSRC controleert elke ingediende erkenningsaanvraag eerst op volledigheid waarna beoordeeld wordt of de aanvrager op papier aan de gestelde eisen voldoet. Indien dat beide het geval is, dan zal visitatie plaatsvinden. De systematiek die hierbij gehanteerd wordt, kan per WV verschillen. De visitatiecommissie bestaat uit minimaal twee leden van het betreffende medisch specialisme die medisch specialist zijn. Ook maakt een aios bij voorkeur van deze commissie deel uit. Verder kunnen aan de visitatiecommissie worden toegevoegd: de secretaris van de MSRC, een medisch specialist van een ander

specialisme en een lid van de raad van bestuur of een medisch directeur van een opleidingsinrichting. In de visitatiecommissie mogen geen visitatoren zitten die werkzaam zijn in de opleidingsregio van, of op andere wijze betrokken zijn bij, de te visiteren opleidingsinrichting. In het visitatierapport doet de commissie verslag van haar bevinden en adviseert zij de MSRC over het al dan niet honoreren van de ingediende erkenningsaanvraag. De uiteindelijke beslissing wordt vervolgens binnen acht weken door de MSRC genomen. Indien de aanvrager(s) het niet met deze beslissing eens is (zijn), kan bij een onafhankelijke adviescommissie bezwaar worden gemaakt. Deze commissie heeft vijf leden (drie juristen en twee medisch specialisten) en brengt een gemotiveerd advies uit aan de MSRC die de uiteindelijke beslissing op het bezwaarschrift neemt. Tegen deze beslissing kan eventueel beroep worden aangetekend bij de bestuursrechter.

## **2.4 Wie bepaalt de gewenste instroom?**

Sinds 1999 kent ons land een Capaciteitsorgaan (CO). Deze organisatie raamt periodiek de benodigde instroom in de medische en tandheelkundige (vervolg)opleidingen met als doel te komen tot een evenwicht in vraag en aanbod naar zorgpersoneel. De ramingen van het CO betreffen een advies aan de ministers van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap (initiële opleidingen geneeskunde) en VWS (vervolgopleidingen). De gewenste instroom van nieuwe aiOS per specialisme wordt uiteindelijk dus bepaald door de minister van VWS.<sup>15</sup> Het Capaciteitsorgaan is samengesteld uit vertegenwoordigers van dertien organisaties uit de gezondheidszorg die gezamenlijk de betrokken beroepsgroepen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars vertegenwoordigen. Bij de raming van de benodigde capaciteit gaat het CO in principe uit van een evenwicht tussen zorgvraag en zorgaanbod. Het advies van het CO is echter niet bindend. Zo heeft minister Hoogervorst de Tweede Kamer laten weten een ‘zeker overschot’ aan zorgpersoneel wenselijk te achten:<sup>16</sup> *“Voor de lange termijn wil ik (...) in afwijking van het advies van het Capaciteitsorgaan (...) vasthouden aan stabilisering van de opgebouwde instroom.”* In juli 2006 is het College Beroepen en Opleidingen in de Gezondheidszorg (CBOG) opgericht en dit college heeft onder andere het “ramen van en adviseren over benodigde opleidingscapaciteit van zorgopleidingen die zijn opgenomen in het

---

<sup>15</sup> Deze instroom betreft een nieuw cohort basisartsen dat aan een bepaalde vervolgopleiding begint. Merk op dat tegenover deze instroom ook een uitstroom van (afgestudeerde) aiOS staat. De som van deze twee bepaalt vervolgens de toe- of afname van het totaal aantal aiOS dat de betreffende vervolgopleiding volgt.

<sup>16</sup> Tweede Kamer (2006), 30300 XVI, nr. 116, p.2/3.



opleidingsfonds” als taak gekregen.<sup>17</sup> Op dit moment is nog niet precies duidelijk op welke wijze het CO en het CBOG zich tot elkaar gaan verhouden.

## **2.5 Wie bepaalt de beschikbare opleidingscapaciteit?**

De vraag wie de beschikbare opleidingscapaciteit bepaalt, is niet eenduidig te beantwoorden. Allereerst vindt er lokaal/regionaal overleg plaats tussen de verschillende opleidingsziekenhuizen en hun opleiders. Dit overleg leidt tot een overzicht van de beschikbare opleidingscapaciteit in de vorm van een lokale/regionale meerjarenplanning. Deze planning wordt zowel naar de betreffende WV'en als naar een zogeheten 'landelijke coördinatiecommissie' gestuurd. Deze verenigingen aggregeren de aldus verkregen lokale/regionale informatie en doen vervolgens elk een voorstel voor een landelijke meerjarenplanning die dient te worden getoetst aan de landelijke ramingen van het CO. Zij sturen hun uiteindelijke voorstel vervolgens naar de Orde van Medisch Specialisten (OMS) die de verzamelde plannen weer aan de eerder genoemde landelijke coördinatiecommissie voorlegt. Deze commissie aggregeert voor alle specialismen de verschillende plannen, zodat een landelijk beeld ontstaat en toetst dit aan (i) de ramingen van het CO, (ii) de beschikbare financiële kaders en (iii) de landelijke afspraken. De uiteindelijke plannen worden ter goedkeuring voorgelegd aan het Bestuurlijk Overleg Lichtvoetige Structuur (BOLS). In het BOLS, dat in 2002 tot stand is gekomen, zijn de NFU, NVZ/STZ<sup>18</sup> en de OMS vertegenwoordigd. De in het BOLS overeengekomen totale opleidingscapaciteit moet tenslotte worden geaccordeerd door Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in het zogeheten BOLS-plus.

## **2.6 Hoe worden opleidingsplaatsen verdeeld?**

Naast overeenstemming over de totale opleidingscapaciteit worden in het BOLS de beschikbare nieuwe opleidingsplaatsen verdeeld over de verschillende opleidingsinstellingen. Over het algemeen komt dit erop neer dat voor ieder specialisme de gewenste instroom over de verschillende universitair medische centra (UMC's)<sup>19</sup> wordt verdeeld, waarna de universitaire hoofdopleiders vervolgens een nadere verdeling maken over de algemene opleidingsziekenhuizen waarmee men samenwerkt. Met de oprichting van het CBOG is

---

<sup>17</sup> Tweede Kamer (2006), 29282, nr. 27, blz. 2.

<sup>18</sup> De afkorting STZ staat voor de vereniging Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen.

<sup>19</sup> In dit rapport worden de termen UMC en academisch ziekenhuis door elkaar gebruikt.

de situatie in die zin verandert dat het BOLS in feite onder de 'paraplu' van dit nieuwe college is gebracht. Het verdeelplan zoals dat voor het jaar 2007 is overeengekomen, heeft voor het eerst de status van een toewijzingsvoorstel aan de minister van VWS. De minister dient vervolgens het formele toewijzingsbesluit te nemen. Voor 2007 is overigens sprake van een "beleidsarme toewijzing", omdat het hoofdzakelijk gaat om een herallocatie van financiële middelen "onder de voorwaarde van macrobudgettaire en microbudgettaire neutraliteit."<sup>20</sup> Er is dus geen verdeelsleutel gehanteerd, zodat het toewijzingsvoorstel voor 2007 gebaseerd is op "de historisch gegroeide verdeling van opleidingsmiddelen."

## **2.7 Hoe worden opleidingsplaatsen bekostigd?**

Tot voor kort waren in de ziekenhuisbudgetten specifieke parameters opgenomen voor de bekostiging van *erkende* opleidingsplaatsen, waarbij een opleidingsplaats voor maximaal 0,44 ongewogen specialisteneenheid meetelde. De precieze meetelling verschilde per specialisme. Bij de academische ziekenhuizen was ook een bedrag van € 20.000 per werkelijk aanwezige aios als opleidingsvergoeding in de academische component opgenomen. Het aantal opleidingsplaatsen was het resultaat van lokale/regionale onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars.

Voor de opleidingen die deel uitmaken van de eerste tranche van het opleidingsfonds is sinds 1 januari 2006 sprake van prestatiebekostiging. Dit betekent dat ziekenhuizen een vooraf vastgesteld vergoedingsbedrag per *bezette* opleidingsplaats ontvangen (zie tabel 2). Deze uniforme vergoeding dient als dekking voor alle kosten van de opleiding. Zowel de loonkosten van aios als de overige kosten die het ziekenhuis maakt in verband met de aanwezigheid van aios (overhead, kapitaallasten, productiegerelateerde kosten) dienen hieruit te worden bekostigd. Als gevolg van de introductie van deze nieuwe bekostigingssystematiek worden zowel de academische als de algemene ziekenhuisbudgetten geschoond voor het onderdeel 'opleiding'.

Bij de berekeningen van bovenstaande vergoedingsbedragen zijn verschillende aannames gehanteerd. Allereerst is rekening gehouden met een "niet nader onderbouwd" schaalvoordeel.<sup>21</sup> Daarnaast zijn de opleidingskosten voor aios gelijkgesteld voor alle specialismen en over alle opleidingsjaren. Even-

---

<sup>20</sup> Tweede Kamer (2006), 29282, nr. 36, blz. 1.

<sup>21</sup> CTG/ZAio (2005), *Nieuwe bekostiging zorgopleidingen*, voorlegger A 05-61-a6.

eens is aangenomen dat het netto productie-effect van aios over de gehele opleiding gelijk is aan nul. Dit laatste is het geval wanneer de bijdrage van een aios aan de productie (van een maatschap) 'wegvalt' tegen het verlies aan productiviteit van de opleidende specialist(en). Tot slot zijn de vergoedingsbedragen zodanig vastgesteld dat bij gelijkblijvende aantallen aios de financieringsstroom in 2006 zowel op macro- als microniveau budgetneutraal wordt verlegd. De financiering blijft in 2006 nog ongewijzigd. Vanaf 2007 zal de financiering via het opleidingsfonds lopen.

**Tabel 2:** Vergoedingsbedragen zorgopleidingen eerste tranche per bezette opleidingsplaats

	<b>Ziekenhuis met in totaal:</b>		
	<b>0-49 aios</b>	<b>50-149 aios</b>	<b>≥ 150 aios</b>
Vergoeding medisch specialistische opleidingen m.u.v. revalidatie-arts	€ 145.000	€ 135.000	€ 108.000
Revalidatie-arts	€ 108.000 ongeacht het aantal aios		
Klinisch chemicus			
Klinisch fysicus			
Ziekenhuisapotheker			

Bron: CTG/ZAio – Beleidsregel CI-866



### 3. Probleemanalyse medisch specialistische vervolgoopleidingen

#### 3.1 Knelpunten in het huidige systeem

Het huidige verdeel- en bekostigingssysteem van de medisch specialistische vervolgoopleidingen kent ons inziens drie knelpunten die gegeven het Nederlandse zorgstelsel met gereguleerde concurrentie tussen zorgaanbieders, uiteindelijk de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van gezondheidszorg onder druk kunnen zetten.

##### *Realisatie*

Ten eerste is het in de huidige situatie elk jaar onzeker of de door VWS gewenste instroom van nieuwe aios ook werkelijk gerealiseerd wordt. Waar voor sommige specialismen geldt dat (structureel) te weinig wordt opgeleid, geldt voor andere specialismen juist het tegenovergestelde.

Uit tabel 3 blijkt dat in 2005 bij neurochirurgie en oogheelkunde respectievelijk 80% en 64% minder aios zijn ingestroomd dan op grond van de gemiddelde raming van het CO gewenst zou zijn.<sup>22</sup> Bij cardiologie en nucleaire geneeskunde zijn daarentegen respectievelijk 41,7% en 33,3% meer aios ingestroomd dan het CO nodig achtte. Een structureel tekort of overschot aan medisch specialisten heeft negatieve gevolgen voor de publieke belangen toegankelijkheid en betaalbaarheid. Door een tekort aan artsen kan eveneens de werkdruk toenemen wat de kwaliteit van gezondheidszorg in het geding brengt.

Tabel 3 laat bovendien zien dat momenteel op twee manieren een discrepantie kan optreden tussen de door het CO geraamde benodigde instroom en de uiteindelijk gerealiseerde instroom. Allereerst kunnen in het BOLS meer of minder nieuwe opleidingsplaatsen worden *verdeeld* dan de minister van VWS mede op basis van het advies van het CO nodig acht. Daarnaast kunnen meer of minder opleidingsplaatsen worden *gerealiseerd* dan in het BOLS is overeengekomen. Uiteindelijk zijn het in de praktijk namelijk de lokale partijen die bepalen of wat landelijk is overeengekomen ook wordt gerealiseerd.

---

<sup>22</sup> Dit betreft het ongewogen gemiddelde van het minimum- en maximumadvies van het CO.

**Tabel 3:** Instroom medisch specialistische vervolgoopleidingen in 2005

	<b>Totaal in 2005</b>	<b>CO raming</b>	<b>BOLS</b>	<b>Realisatie instroom</b>	
	# aios	# aios	# aios	# 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	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%
<b>Totaal</b>	<b>4.740</b>	<b>1.020,5</b>	<b>934</b>	<b>899</b>	<b>-11,9%</b>

Bron: <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/dsc?c=getobject&s=obj&!sessionid=1wuyBTegM35YuUCWRV1zyOvsfxaqys3h54uVxzY@p1K78HdWziQW2wD1FEo9vhsU&objectid=19810&!dsname=nvz>

### *Kwaliteit*

Het tweede knelpunt is dat de informatie over opleidingsinspanningen en -prestaties momenteel veel lacunes vertoont, waardoor onduidelijk is of sprake is van een optimale verdeling van (nieuwe) opleidingsplaatsen over de verschillende ziekenhuizen. Met een optimale verdeling bedoelen we dat de opleidingsziekenhuizen met de kwalitatief beste opleidingen ook het grootste deel van de instroom voor hun rekening nemen. Zo is het bijvoorbeeld onduidelijk of de recente capaciteitsuitbreiding bij sommige vervolgoopleidingen heeft plaatsgevonden in de ziekenhuizen die de beste opleiding leveren voor

de ontvangen vergoeding. Door het gebrek aan informatie over de inspanningen van opleiders is eveneens onbekend hoe groot de kwaliteitsverschillen tussen opleidingen zijn en in hoeverre de kwaliteit van medische vervolgoedingen verbeterd kan worden.

Het huidige verdeel- en bekostigingssysteem bevat geen extrinsieke (financiële) prikkels om de kwaliteit te verbeteren. Opleidingsziekenhuizen die een bovengemiddelde kwaliteit bieden worden namelijk niet 'beloond' met bijvoorbeeld extra opleidingsplaatsen. Kwaliteitsverbeteringen zullen thans gedreven worden door de intrinsieke motivatie van individuele opleiders. Uit enkele gesprekken met veldpartijen is naar voren gekomen dat veel opleiders het vak van opleiden zeer serieus nemen. Hoeveel en hoe sterk opleiders intrinsiek gemotiveerd zijn om aios op te leiden tot goede medisch specialisten, blijft in het huidige systeem evenwel onduidelijk.

#### *Kosten*

Ten derde is onbekend in hoeverre het vastgestelde vergoedingsbedrag overeenkomt met de reële kostprijs van een opleidingsplaats. In de huidige bekostigingssystematiek ontvangen opleidingsziekenhuizen een uniform vergoedingsbedrag per bezette opleidingsplaats. Het is niet ondenkbaar dat de opleidingskosten per specialisme verschillen. Wanneer het vergoedingsbedrag te hoog is in relatie tot de geleverde kwaliteit houden opleidingsziekenhuizen geld over waardoor het aanbieden van opleidingsplaatsen financieel zeer aantrekkelijk is. Behalve dat dit een overschot aan opleidingsplaatsen kan creëren, ontstaat ook het gevaar van een ongelijk speelveld tussen opleidingsziekenhuizen en ziekenhuizen die niet opleiden. Dit frustrereert een goede werking van de markt. Bij de medisch specialistische vervolgoedingen waarvoor het vergoedingsbedrag te laag blijkt te zijn, kan de kwaliteit van opleidingen onder druk komen te staan of bestaat het gevaar dat te weinig van dergelijke in financieel opzicht verliesgevende opleidingsplaatsen gerealiseerd worden.

### **3.2 Oorzaken geconstateerde knelpunten**

De hierboven genoemde knelpunten worden veroorzaakt door een samenspel van factoren. In deze paragraaf komen achtereenvolgens aan de orde: (i) de uiteenlopende belangen van betrokken veldpartijen, (ii) de intransparante verdeelsystematiek, (iii) de sterke positie van UMC's, (iv) de belangrijke rol van de wetenschappelijke verenigingen en (v) de uniforme vergoedingsbe-

**Tabel 4: Verdeelplan 2006 (BOLS)**

	Academisch ziekenhuis (OOR)								Totaal	Realisatie (1-9-2006)
	Leiden	Rotterdam	Maastricht	Nijmegen	Groningen	Utrecht	A'dam (AMC)	A'dam (VU)		
Anesthesiologie	8,0	9,0	8,0	10,0	11,0	12,0	8,0	8,0	74	69
Cardiologie	4,0	6,0	9,0	3,0	14,0	8,0	9,0	6,0	59	43
Cardio-thoracale chirurgie	0,5	0,5	1,0	0,5	0,5	1,0	1,0		5	3
Dermatologie/venerologie	1,0	5,0	5,0	4,0	4,0	2,0	1,0	1,0	23	11
Heelkunde	7,0	7,0	7,0	7,0	9,0	7,0	7,0	7,0	58	59
Interne geneeskunde	14,0	15,0	13,0	14,0	13,0	13,0	13,0	13,0	108	107
Keel-neus-oorheelkunde	3,0	5,0	4,0	3,0	3,0	4,6	4,0	3,0	30	16
Kindergeneeskunde	4,0	6,0	5,0	5,0	6,0	6,0	6,0	4,0	42	37
Klinische genetica	1,0	1,0	2,0	1,0	2,0	2,0		2,0	11	5
Klinische geriatrie	3,0	2,0		7,0	3,0	4,0		4,0	23	13
Longziekten/tuberculose	3,0	2,0	4,0	2,0	10,0	3,0	5,0	5,0	34	24
Maag-darm-leverziekten	2,0	4,0	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	3,0	22	15
Medische microbiologie	2,0	2,0	2,0	1,0	1,0	3,0	3,0	2,0	16	5
Neurochirurgie	1,0	1,0	2,0		1,0	1,0	1,0	1,0	8	5
Neurologie	9,0	7,0	7,0	6,0	6,0	6,0	8,0	6,0	55	36
Nucleaire geneeskunde	1,0		1,0	1,0	2,0	2,0	3,0	1,0	11	4
Oogheelkunde	4,0	9,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	37	10
Orthopedie	6,0	7,0	6,0	7,0	5,0	10,0	6,0	3,0	50	40
Pathologie	1,7	1,3	3,0	2,0	2,0	3,0	3,0	5,0	21	11
Plastische chirurgie		3,0	2,0	2,0	4,0	4,0	2,0	2,0	19	13
Radiologie	7,0	7,0	7,0	9,0	7,0	12,0	7,0	7,0	63	47
Radiotherapie	2,0	3,0	1,0		3,0	2,0	4,0	1,0	16	12
Reumatologie	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	16	9
Revalidatiegeneeskunde	3,0	2,0	1,0	3,0	5,0	2,0	4,0	4,0	24	19
Urologie	2,0	4,0	3,0	3,0	3,0	3,0	3,0	2,0	23	22
Verloskunde/gynaecologie	7,0	6,0	6,0	5,0	5,0	6,0	5,0	7,0	47	40
<b>Totaal</b>	<b>98,2</b>	<b>116,8</b>	<b>108,0</b>	<b>103,5</b>	<b>127,5</b>	<b>125,6</b>	<b>112,0</b>	<b>103,0</b>	<b>895</b>	<b>675</b>

Bron: www.nvz-ziekenhuizen.nl



dragen. Tijdens een expertbijeenkomst met verschillende veldpartijen (d.d. 28 september 2006) is de nu volgende probleemanalyse op hoofdlijnen onderschreven.

### **3.2.1 Uiteenlopende belangen betrokken veldpartijen**

Het consensusmodel waarbinnen momenteel met informele spelregels de benodigde nieuwe instroom van aios wordt vastgesteld en vervolgens over de verschillende opleidingsziekenhuizen verdeeld, wordt steeds brozer. Met name doordat bij de meeste specialismen de inhaalslag als gevolg van te weinig aios uit het verleden is ingelopen,<sup>23</sup> beginnen de belangen van de betrokken veldpartijen sterker uiteen te lopen. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer het voor ziekenhuizen interessant is om meer te gaan opleiden, terwijl de medisch specialisten dit vanwege een in hun ogen ongunstig arbeidsmarktperspectief ongewenst achten. Het feit dat pas medio september 2006 in het BOLS overeenstemming is bereikt over het verdeelplan voor 2006 en de moeite die dit heeft gekost, vormt hiervan een treffende illustratie.<sup>24</sup>

### **3.2.2 Intransparante verdeelsystematiek**

De huidige verdeelsystematiek is ondoorzichtig. Het is onduidelijk welke criteria het BOLS hanteert bij het opstellen van het jaarlijkse verdeelplan. Ook voor de betrokken (algemene) opleidingsziekenhuizen is het momenteel soms volstrekt onduidelijk op grond waarvan men in een bepaald jaar minder of juist meer nieuwe opleidingsplaatsen krijgt toebedeeld. In het BOLS lijken vooral andere factoren dan *objectieve* kwaliteitscriteria een rol te spelen. Dit zorgt ervoor dat opleidingsziekenhuizen en opleiders niet extrinsiek worden gestimuleerd om te investeren in verbetering van hun opleiding(en). Het is voor hen immers onduidelijk of een kwaliteitsverbetering wel tot extra opleidingsplaatsen leidt en uiteindelijk dus in 'klinkende munt' kan worden omgezet.

### **3.2.3 Sterke positie UMC's**

De UMC's hebben een grote invloed op de verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen. Over het algemeen betreft het verdeelplan van het BOLS een verdeling over de acht academische ziekenhuizen in ons land (zie tabel 4). Vervol-

---

<sup>23</sup> Zie bijvoorbeeld het artikel 'Dringen op de arbeidsmarkt' en het nieuwsbericht 'Aankomend chirurgen vrezen werkloosheid' in *Medisch Contact* van respectievelijk 7 april en 8 december 2006.

<sup>24</sup> Zie bijvoorbeeld de nieuwsberichten 'Orde schort overleg over aios op' en 'NVZ wil specialisten in buitenland opleiden' uit *Medisch Contact* van respectievelijk 18 augustus en 1 september 2006.

gens zijn het de universitaire hoofdopleiders die de toegewezen opleidingsplaatsen verder over de algemene opleidingsziekenhuizen in hun opleidingsregio verdelen. Aangezien bij de meeste vervolgopleidingen de (duur van) academische en zogeheten perifere onderdelen door het CCMS slechts op hoofdlijnen is beschreven, biedt deze coördinerende rol hen tot op zekere hoogte mogelijkheden om bij deze verdere verdelingen vooral de belangen van het 'eigen' UMC te behartigen.

Daar komt nog bij dat het voor veel algemene ziekenhuizen aantrekkelijk is om aios in dienst te hebben,<sup>25</sup> zodat de UMC's veelal kunnen kiezen uit verschillende perifere opleidingspartners. De perifere opleidingsziekenhuizen kunnen daarentegen niet of nauwelijks van academische partner wisselen. Ook het feit dat een algemeen ziekenhuis voor een erkenning als opleidingsinrichting in veel gevallen dient te beschikken over een samenwerkingsovereenkomst met een academisch ziekenhuis draagt hieraan bij. Hoewel deze eis op grond van kwalitatieve overwegingen (samenhang, coördinatie) legitiem kan zijn, verschaft een dergelijke verplichting UMC's tevens een mogelijkheid om toetreding van nieuwe opleidingsziekenhuizen te frustreren.<sup>26</sup>

De relatief sterke positie van de academische ziekenhuizen lijkt vooral een gevolg van de centrale rol die zij van oudsher op het gebied van opleiden innemen. De UMC's zijn er ook voorstander van om hun 'regierol' te versterken en te formaliseren door de institutionalisering van de zogeheten Onderwijs- en Opleidingsregio's (OOR's). De NFU definieert een OOR als volgt:<sup>27</sup> *"In een OOR werkt een UMC samen met een aantal partnerziekenhuizen en andere academische werkplaatsen ten behoeve van de capaciteitsplanning, de inhoudelijke afstemming, de wetenschappelijke vorming en het disciplineoverstijgende onderwijs aan studenten geneeskunde en aios. Deze vorm van regionale samenwerking en afstemming garandeert optimalisatie van onderwijs en opleiding door gestructureerd om te gaan met twee tegengestelde maar complementaire fenomenen: spreiding en concentratie."* Hoewel de UMC's

---

<sup>25</sup> Hiervoor zijn twee redenen te noemen. Ten eerste leveren aios tijdens hun opleiding een bijdrage aan de 'productie' van het ziekenhuis. Ten tweede bestaat de kans dat aios na afronding van hun opleiding als medisch specialist in het betreffende ziekenhuis werkzaam blijven.

<sup>26</sup> Dit potentiële knelpunt is tot op zekere hoogte vergelijkbaar met de voormalige (inspannings)verplichting voor zelfstandige behandelcentra om een samenwerkingsovereenkomst met één of meer naburige ziekenhuizen te realiseren (achtervangfunctie). In 2003 is deze verplichting door VWS losgelaten, onder andere omdat het bestaande aanbieders van ziekenhuiszorg een (economische) machtspositie verschaftte.

<sup>27</sup> NFU (2005), *OOR-zaak en gevolg*, Utrecht, blz. 17.

niet geheel gelijkmatig over Nederland zijn verdeeld, adviseert de NFU vanuit het oogpunt van wat ze een “optimale synergie” noemt “ernstig tegen de vorming van meer dan acht OOR’s.” Initiatieven om te komen tot een aparte ‘Brabant’ of ‘Twente Medical School’ (twee regio’s zonder een ‘eigen’ UMC)<sup>28</sup> zijn volgens de NFU dan ook niet gewenst, omdat de synergievorming langs deze weg dan niet bereikt kan worden. De NFU acht het gezien de specifieke (wettelijke) opdracht van UMC’s vanzelfsprekend dat zij het primaat hebben bij de opleiding tot medisch specialist.<sup>29</sup>

In tegenstelling tot wat de naam ‘opleidingsregio’ suggereert, lijkt niet zozeer een regionale spreiding van opleidingscapaciteit als wel de clustering rond UMC’s het belangrijkste motief voor de door de NFU bepleite OOR-vorming. Zo ontstaan door de clustering rondom academische ziekenhuizen in Amsterdam en omstreken twee geografisch samenvallende opleidingsregio’s, terwijl OOR’s juist ontbreken in regio’s waar geen UMC gevestigd is. Daarnaast is het de vraag of de vorming van OOR’s inderdaad nodig is om eventuele schaal- en synergievoordelen op het gebied van opleiden optimaal te benutten. Het uitgangspunt dat UMC’s het primaat zouden moeten hebben bij de medisch specialistische vervolgopleidingen is volgens sommigen achterhaald.<sup>30</sup> *“In de academische centra wordt terecht veel aandacht besteed aan wetenschappelijk onderzoek en geavanceerde patiëntenzorg, maar dit gaat ten koste van onderwijs.”* Ook aios zelf blijken vaak de voorkeur te geven aan een niet-academische opleidingsomgeving. Dit vanwege het daar heersende onderwijsklimaat en het feit dat in de algemene opleidingsziekenhuizen meer gelegenheid bestaat om vaardigheden en kennis te verwerven die zij voor hun latere rol als ‘praktische professional’ nodig hebben. Recent onderzoek onder co-assistenten, aios en recent opgeleide gynaecologen wijst uit dat zij het onderwijsklimaat in niet-academische ziekenhuizen significant hoger waarderen

---

<sup>28</sup> Zie bijvoorbeeld het nieuwsbericht ‘Brabant Medical School succesvol’ d.d. 14 juli 2005 (<http://www.brabant.nl/Nieuws/2005/Brabant%20Medical%20School%20succes.aspx>) en het besluit van de RvB van Medisch Spectrum Twente d.d. 12 juni 2006 om de reeds gerealiseerde organisatorische concentratie van activiteiten in de Medical School Twente een daadwerkelijk vervolg te geven ([http://www.mstwente.nl/inverandering/besluit\\_raad\\_van\\_bestuur.pdf](http://www.mstwente.nl/inverandering/besluit_raad_van_bestuur.pdf)).

<sup>29</sup> Zie bijvoorbeeld ook Jaspers, Fr.C.A. (2006), ‘De universitaire medische centra hebben het primaat bij de opleiding van specialisten’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150(26): 1470.

<sup>30</sup> Briët, J.W. (2006), ‘Niet langer behoren de universitaire medische centra het primaat te hebben bij de opleiding van specialisten’, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150(26): 1471.

en daar ook de meest relevante kennis en vaardigheden hebben opgedaan.<sup>31</sup> De betreffende onderzoekers stellen dat dit mogelijk wordt veroorzaakt doordat onderwijs in academische ziekenhuizen een lage prioriteit heeft vanwege de relatief geringe status ten opzichte van wetenschappelijk onderzoek. Een tweede mogelijke oorzaak die zij noemen is dat assistent-geneeskundigen in academische ziekenhuizen steeds meer met zeldzame zorgtypes worden geconfronteerd die voor hun opleiding minder relevant zijn. Zij dienen in eerste instantie immers vooral kennis over de meest voorkomende ziektebeelden te verkrijgen.

De synergievoordelen die door middel van OOR-vorming benut zouden kunnen worden, hangen volgens de NFU niet alleen samen met de 'natuurlijke' coördinerende rol van UMC's maar ook met een optimaal gebruik van dure infrastructurele skillslabvoorzieningen. De voorzieningen waarover de academische ziekenhuizen beschikken of waarvoor bouwplannen bestaan, zijn volgens de NFU namelijk al volledig afgestemd op de vernieuwde opleidingseisen. Hoewel ook niet-academische opleidingsziekenhuizen zelf over dergelijke opleidingsfaciliteiten kunnen beschikken,<sup>32</sup> acht de NFU dit niet wenselijk om "verdunding en kapitaalvernietiging vanuit het 'me too' principe" te voorkomen. Hoewel een zekere mate van concentratie voor dergelijke dure en specifieke voorzieningen inderdaad doelmatig lijkt te zijn, betekent dit nog niet dat de UMC's *per definitie* een regierol toebedeeld moeten krijgen. Opleidingsziekenhuizen zonder eigen skillslab zouden voor hun aios immers 'trainingsuren' bij de UMC's kunnen inhuren. De NFU acht dit niet goed mogelijk, omdat het volgens hen "van belang is dat het oefenen in een skillslab 'just in time' plaatsvindt: vrijwel direct voorafgaand aan de fase van 'bed-side' teaching met patiëntencontact."<sup>33</sup> Dit wordt echter niet nader onderbouwd. Verschillende veldpartijen hebben ons laten weten op grond van hun praktijkervaring de genoemde argumentatie van de NFU niet te delen.

---

<sup>31</sup> Boor, K., F. Scheele, H.A.M. Brölmann, J.Th.M. van der Schoot, L.F.J. van der Velden, P.J. Dorr, (2005) 'Academie of periferie? Waardering door de leerling', *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 24(2): 87-94.

<sup>32</sup> Zie bijvoorbeeld het persbericht 'Catharina-ziekenhuis bundelt opleidingsfaciliteiten in Centrum voor Kennis en Vaardigheden' d.d. 22 juni 2006 (<http://www.catharina-ziekenhuis.nl/site/loader/loader.aspx?documentid=52929e86-5cc1-480b-baa4-7eedbeae0805>).

<sup>33</sup> NFU (2005), *OOR-zaak en gevolg*, Utrecht, blz. 21.

### 3.2.4 Belangrijke rol wetenschappelijke verenigingen

Net als de UMC's beschikken ook de WV'en over een relatief sterke positie in het opleidingsveld. Niet alleen zijn zij in het BOLS via de overkoepelende OMS betrokken bij de verdeling van de nieuwe opleidingsplaatsen, ook beschikken ze over mogelijkheden om – bijvoorbeeld met het oog op de arbeidsmarktpositie van hun leden – de instroom die uiteindelijk gerealiseerd wordt te beperken.

Ten eerste zijn de WV'en nauw betrokken bij de erkenning van opleidingsziekenhuizen en opleiders. Niet alleen stellen zij in het CCMS de erkenningseisen vast, ook beoordelen zij in de MSRC de ingediende erkenningsaanvragen. De toetreding tot de opleidingsmarkt is dus grotendeels in handen van de beroepsgroep zelf. Daarbij moet worden aangetekend dat in het *Profiel leden MSRC* expliciet staat vermeld dat de leden “handelen zonder last en ruggespraak”.<sup>34</sup> Daarnaast kunnen de (plaatsvervangende) leden “niet gelijktijdig lid zijn van het federatiebestuur van de KNMG, van het bestuur van een beroepsvereniging, van een college of van de adviescommissie.” Het handelen zonder last en ruggespraak komt ook terug in de bepaling dat de leden van de MSRC bereid dienen te zijn om “de regelgeving op zorgvuldige wijze toe te passen en op objectieve wijze beslissingen te nemen, met inachtneming van, maar zonder verstrengeling met, de belangen van beroeps- en wetenschappelijke verenigingen, ziekenhuizen en universiteiten.” Desondanks verdient de positie van de MSRC en de rol die WV'en hierin spelen aandacht.<sup>35</sup> Tot op zekere hoogte kan een WV de erkenningseisen en verplichtingen naar eigen inzicht toepassen. Er is namelijk een belangrijke rol weggelegd voor wat een ‘gunstig opleidingsklimaat’ genoemd wordt. Hiermee wordt bedoeld dat “de voorwaarden aanwezig zijn waaronder een opleiding tot stand kan komen en in stand kan blijven met een zo groot mogelijk rendement voor de individuele aios”. De eisen die aan het opleidingsklimaat worden gesteld kunnen echter slechts “tot op zekere hoogte” worden uitgewerkt, omdat “het niet doenlijk is het opleidingsklimaat (...) in maat en getal uit te drukken.” Dit betreft namelijk niet alleen concrete activiteiten, maar ook het aanwezig zijn van “een bepaal-

---

<sup>34</sup> Zie [http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_R172050923157028](http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_100_TICH_R172050923157028).

<sup>35</sup> De Amerikaanse mededingingsautoriteiten merken ten aanzien van dergelijke commissies het volgende op: “*Because most board members are industry participants with economic interest at stake, the potential exists for the board to make decisions that are contrary to consumers’ interests.*” Zie hoofdstuk 2 (blz. 29) van Department of Justice & Federal Trade Commission (2004), *Improving health care: a dose of competition*, Washington DC.

de sfeer” waarin bijvoorbeeld het melden van fouten mogelijk is en actief gelegenheid wordt geboden voor het uiten van (zelf)kritiek.

Ten tweede is het aantal aios per opleidingsziekenhuis door het CCMS gemaximeerd: over het algemeen mogen per fte medisch specialist ten hoogste 1,5 fte aios in opleiding zijn. Dit om te garanderen dat aios voldoende begeleiding krijgen. Deze maximumnorm kan op verzoek van de betreffende WV per specialisme naar beneden worden bijgesteld. Een dergelijke aanscherping is van toepassing bij keel-neus-oorheelkunde, longziekten/tuberculose, gynaecologie/verloskunde, oogheelkunde en plastische chirurgie (voor deze specialismen geldt een maximumnorm van 1:1,2) en bij anesthesiologie en radiologie (voor deze specialismen geldt een maximumnorm van 1:1). Een dergelijke maximumnorm kan vanuit het oogpunt van kwaliteit een nuttige rol vervullen.<sup>36</sup> Tegelijkertijd beschikt een WV hierdoor echter ook over de *mogelijkheid* om de beschikbare opleidingscapaciteit te reduceren als zij dit om andere redenen wenselijk acht (zoals de arbeidsmarktpositie van hun eigen leden).

Ten derde is voor de uiteindelijke realisatie van opleidingsplaatsen de medewerking van de opleidende specialisten op ‘de werkvloer’ een vereiste. Zonder hun bereidwilligheid om ook daadwerkelijk nieuwe aios te laten instromen kunnen de in het BOLS gemaakte verdeelafspraken niet worden nagekomen. Aangezien het voor opleiders vereist is dat zij lid van hun WV zijn, beschikt een ‘goed georganiseerde’ vereniging die een collectief belang heeft om minder specialisten op te leiden dan het ministerie van VWS nodig c.q. wenselijk acht over mogelijkheden om de instroom te beperken. Een sleutelrol hierbij lijken de hoogleraren die binnen een UMC als hoofdopleider fungeren te vervullen. Zij bevinden zich op het snijvlak van hun WV en de opleidende (academische) ziekenhuizen. De opleiders in de algemene opleidingsziekenhuizen lijken vooral afhankelijk te zijn van de verdeling die deze hoofdopleiders voorstaan. Daarnaast is het waarschijnlijk dat de directies van (vooral algemene) opleidingsziekenhuizen ten opzichte van ‘hun’ medische staf over onvoldoende interne onderhandelingsmacht beschikken om een eventueel door hen

---

<sup>36</sup> Merk op dat een eerdere maximaal toegestane verhouding van 1:1,2 door een MDW-werkgroep als “nauwelijks onderbouwd” en “zelfs komisch” is getypeerd. Volgens deze werkgroep zijn in bijna alle opleidingsziekenhuizen naast aios ook veel basisartsen werkzaam die “niet alleen nagenoeg hetzelfde werk verrichten, maar ook dezelfde supervisie krijgen, even productief zijn en dezelfde opleiding volgen.” Zie het eindrapport van de MDW-werkgroep ‘Toetredingsbelemmeringen Medische Beroepen’ met als titel *Nooit meer wachten: minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen* uit 2001 (blz. 57).

gewenste uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen ook daadwerkelijk te kunnen realiseren.<sup>37</sup>

### 3.2.5 Uniforme vergoedingsbedragen

Binnen het opleidingsfonds is sprake van een uniform vergoedingsbedrag voor elke bezette opleidingsplaats ( $VB_{OF}$ ). Bij het vaststellen van het huidige vergoedingsbedrag is aangenomen dat voor elke vervolgopleiding de vergoeding gelijk is aan de kosten die het ziekenhuis gedurende een jaar hiervoor maakt ( $K_{Zi}$ ). Een andere aanname die gemaakt is dat het netto-productie-effect van een aios voor elke vervolgopleiding gedurende de gehele opleidingsduur gelijk is aan nul. Dit betekent dat gedurende een jaar het aandeel van een aios in de totale productieopbrengst van een groep opleidende specialisten ( $PO_{aios}$ ) gelijk is aan de extra kosten voor de betrokken medisch specialisten ( $K_{Si}$ ). Deze kosten bestaan grotendeels uit een verlies aan eigen productiviteit als gevolg van het begeleiden van de aios.

De juistheid van deze twee veronderstellingen kan worden betwijfeld. De LVAG stelt bijvoorbeeld dat bij de veronderstelde afwezigheid van een netto-productie-effect voor aios – “zoals ieders gevoel direct zegt” – kanttekeningen kunnen worden geplaatst.<sup>38</sup> Tegelijkertijd constateert men dat “werkelijk gedegen onderzoek naar de productiviteit van aios op dit moment ontbreekt, waardoor het weerleggen van de aanname ten aanzien van de productiviteit lastig blijft.” Daarnaast zijn de kosten die medisch specialisten op het gebied van opleiden maken ook afhankelijk van de heersende honoreringsstructuur. Zo maakt het uit of er sprake is van een tarief per verrichting, een lumpsum-systematiek of een vast uurloon in combinatie met een genormeerd tijdsbeslag per DBC.

Als gevolg van het bovenstaande kan het huidige uniforme vergoedingsbedrag in relatie tot de geleverde opleidingskwaliteit te hoog of te laag zijn. Hierdoor kan het opleiden van aios voor het ziekenhuis of de groep opleidende

---

<sup>37</sup> Merk op dat dit vraagstuk nauw samenhangt met de bredere discussie die momenteel in Nederland wordt gevoerd over een passend sturingsmodel voor ziekenhuizen nu als gevolg van de stelselherziening het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf (GMSB) niet langer voldoet. Zie bijvoorbeeld Scholten, G.R.M. e.a. (2006), ‘Op zoek naar een passend model’, *Medisch Contact*, 14 juli, blz. 1170-1172 en Hendrikse, G.W.J. en F.T. Schut (2004), ‘Naar nieuwe beheersstructuren in de Nederlandse gezondheidszorg?’, *Acta Hospitalia*, 44(1), blz. 5-20.

<sup>38</sup> Zie [http://lvag.artsennet.nl/content/resources/AMGATE\\_6059\\_137\\_TICH\\_L448061655/AMGATE\\_6059\\_137\\_TICH\\_R143804957183902/](http://lvag.artsennet.nl/content/resources/AMGATE_6059_137_TICH_L448061655/AMGATE_6059_137_TICH_R143804957183902/).

medische specialisten in bepaalde gevallen financieel aantrekkelijk zijn en in andere gevallen juist niet. In principe kunnen zich vier verschillende situaties voordoen:

1. Opleiden is zowel voor het ziekenhuis ( $VB_{OF} > K_{Zi}$ ) als de opleidende medisch specialisten financieel aantrekkelijk. ( $PO_{aios} > K_{Si}$ ).
2. Opleiden is zowel voor het ziekenhuis ( $VB_{OF} < K_{Zi}$ ) als de opleidende medisch specialisten ( $PO_{aios} < K_{Si}$ ) financieel niet aantrekkelijk.
3. Opleiden is voor het ziekenhuis weliswaar financieel aantrekkelijk ( $VB_{OF} > K_{Zi}$ ), maar niet voor de opleidende medisch specialisten ( $PO_{aios} < K_{Si}$ ).
4. Opleiden is voor de opleidende medisch specialisten weliswaar financieel aantrekkelijk ( $PO_{aios} > K_{Si}$ ), maar niet voor het ziekenhuis ( $VB_{OF} < K_{Zi}$ ).

In de eerste situatie is er een prikkel om zoveel mogelijk opleidingsplaatsen te creëren, hetgeen kan leiden tot een overschot. In de tweede situatie kan er juist een tekort ontstaan. In de twee laatstgenoemde situaties zijn de belangen van medisch specialisten en de ziekenhuisdirectie tegenstrijdig. Hoeveel opleidingsplaatsen uiteindelijk gerealiseerd worden, is in dat geval sterk afhankelijk van het antwoord op de vraag wie de sterkste onderhandelingspositie bezit.<sup>39</sup>

### 3.3 Conclusie

Zoals in paragraaf 3.1 reeds is aangegeven, kent het huidige verdeel- en bekostigingsmodel drie belangrijke knelpunten die de borging van publieke belangen in gevaar kunnen brengen. Ten eerste biedt het huidige systeem onvoldoende garanties dat jaarlijks per specialisme het gewenste aantal aios kan instromen in de opleiding. Ten tweede biedt het huidige informele consensusmodel geen garantie dat de te bekostigen opleidingsplaatsen worden toebedeeld aan de 'beste' opleidingsziekenhuizen. Ten derde is onduidelijk in hoeverre het uniforme vergoedingsbedrag in overeenstemming is met de reële kosten van een opleidingsplaats. Ziekenhuizen en/of opleiders maken mogelijk 'winst' of 'verlies' op hun opleidingsactiviteiten. Uit de voorgaande para-

---

<sup>39</sup> Zie voetnoot 37.



graaf blijkt dat een samenspel van factoren voor deze problemen verantwoordelijk is. Deze kunnen worden samengevat in de volgende economische kenmerken:<sup>40</sup>

- Er is sprake **onevenwichtige machtsposities**. De UMC's spelen van oudsher een belangrijke rol in het opleidingsveld. Hoewel academische ziekenhuizen voor kwalitatief goede medisch specialistische vervolgoopleidingen dienen samen te werken met algemene opleidingsziekenhuizen, beschikt de eerste partij ten opzichte van de tweede over onevenredig veel onderhandelingsmacht.
- Er is sprake van **onvoldoende en asymmetrisch verdeelde informatie**. Hoewel door het CCMS en de MSRC nauw wordt toegezien op de naleving van de geldende erkenningseisen, zijn eventuele kwaliteitsverschillen tussen opleidingsziekenhuizen en opleiders niet inzichtelijk. Voor zover daarover nu reeds informatie voorhanden is, is deze asymmetrisch verdeeld: alleen de opleidingsziekenhuizen zelf hebben hier zicht op. Objectieve kwaliteitscriteria lijken momenteel geen rol van betekenis te spelen bij de verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen. Ook de precieze kostprijs van een opleidingsplaats is momenteel weinig transparant.
- Er is mogelijk sprake van **(substantiële) toetredingsdrempels**. Vanuit het publieke belang is het zonder meer wenselijk dat de bij de opleiding betrokken ziekenhuizen en medisch specialisten aan bepaalde minimumkwaliteitseisen voldoen. Door de bestaande intransparantie is het thans echter onduidelijk in hoeverre de gestelde eisen in alle gevallen objectief en niet-discriminatoir worden toegepast. Zowel de academische ziekenhuizen als de wetenschappelijke verenigingen beschikken in potentie over mogelijkheden om de toetreding van nieuwe opleidingsziekenhuizen en opleiders te frustreren.

---

<sup>40</sup> Onderstaande kenmerken zijn gebaseerd op 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*, OCFEB/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.



## 4. Marktconforme allocatiemodellen

### 4.1 Inleiding

Uit de probleemanalyse van hoofdstuk 3 blijkt dat de huidige intransparante en informele verdeelsystematiek van opleidingsplaatsen via het BOLS geen adequate prikkels bevat om ervoor te zorgen dat het door VWS gewenste aantal medisch specialisten tegen een zo gunstig mogelijke prijs-kwaliteitverhouding wordt opgeleid. De vraag die in dit hoofdstuk centraal staat, luidt welke marktconforme allocatiemodellen deze prikkels wel zouden kunnen verschaffen.

Alvorens nader in te gaan op mogelijke allocatiemodellen, is het goed om kort stil te staan bij de term marktconform. Wanneer kan een allocatie marktconform worden genoemd? Een allocatie is marktconform wanneer deze (in sterke mate) gebaseerd is op de *relatieve* prestaties van de betrokken marktpartijen. Er is dan sprake van een vorm van concurrentie: om geen 'marktaandeel' te verliezen moeten (!) marktpartijen rekening houden met elkaars prestaties. In de situatie waarin de minister van VWS het totale aantal nieuwe opleidingsplaatsen vaststelt – wat het uitgangspunt is van het voorliggende onderzoek – betekent een marktconforme allocatie dat goed presterende opleidingsziekenhuizen meer opleidingsplaatsen bekostigd krijgen dan slecht presterende opleidingsziekenhuizen. Voorafgaand aan de feitelijke verdeling concurreren de opleidingsziekenhuizen dan op een indirecte manier met elkaar om de nieuwe opleidingsplaatsen. Dit wordt concurrentie om de markt genoemd.

Om de eerder geconstateerde knelpunten op te lossen is het nodig om tot een alternatief te komen voor de huidige intransparante verdeelsystematiek. In dit hoofdstuk gaat de aandacht daarom hoofdzakelijk uit naar twee vormen van concurrentie om de markt, te weten aanbesteding (paragraaf 4.3) en prestatieafhankelijke allocatie (paragraaf 4.4). Voor het zover is staan we in paragraaf 4.2 eerst stil bij een vorm van marktprikkels die weliswaar positieve effecten kan hebben, maar op zichzelf geen oplossing biedt voor de huidige intransparante verdeelsystematiek van nieuwe opleidingsplaatsen. Dit betreft concurrentie door vergelijking. In paragraaf 4.5 worden vervolgens de kritische randvoorwaarden voor een succesvolle aanbesteding of prestatieafhankelijk allocatiemodel toegelicht. Ook komt in deze paragraaf aan de orde in hoeverre op dit moment aan deze randvoorwaarden wordt voldaan. Tenslotte

heeft paragraaf 4.6 aandacht voor opleidingsspecifieke investeringen en de vraag of deze bij een marktconforme allocatie onder druk kunnen komen te staan.

#### **4.2 Concurrentie door vergelijking**

Naast de invoering van concurrentie om de markt vormt de introductie van concurrentie door vergelijking ook een mogelijkheid om marktprikkels te introduceren. Concurrentie door vergelijking kent twee varianten: benchmarking en maatstafconcurrentie.

Benchmarking is het periodiek vergelijken van prestaties van marktpartijen. Het in beeld brengen van de prestaties en het functioneren van alle marktpartijen biedt het management van de individuele organisaties aanknopingspunten om het eigen functioneren te verbeteren door zich te spiegelen aan de best presterende marktpartij(en). Bij benchmarking worden echter geen directe consequenties verbonden aan de vergelijking. Een organisatie wordt dus niet expliciet afgerekend op een slechte prestatie of beloond voor een goede prestatie. Ervaringen in de Nederlandse drinkwatersector wijzen uit dat benchmarking via het reputatiemechanisme marktpartijen desondanks kan prikkelen tot betere prestaties.<sup>41</sup>

Waar benchmarking alleen de relatieve prestaties van marktpartijen in kaart brengt, gaat maatstafconcurrentie een stapje verder door expliciet *financiële* consequenties te verbinden aan de vergelijking. Dat wil zeggen dat marktpartijen ook echt afgerekend worden op basis van hun prestaties ten opzichte van andere soortgelijke aanbieders. Marktpartijen die beter dan de 'maatstaf' scoren mogen hun besparingen/winst behouden, terwijl de minder presterende marktpartijen financieel gestraft worden. Als maatstaf kan bijvoorbeeld gekozen worden voor het gemiddelde van alle marktpartijen of voor de best presterende aanbieder(s). De maatstaf kan gedefinieerd worden in termen van kosten of een combinatie van kosten en kwaliteit. Vergeleken met benchmarking geeft maatstafconcurrentie marktpartijen een sterkere prikkel om zich te verbeteren op het gebied van kosten en/of kwaliteit.

---

<sup>41</sup> Zie Dijkgraaf, E., S.A. van der Geest en M. Varkevisser (2005), 'Efficiëntie boven water', *Economisch Statistische Berichten*, nr. 4451, blz. 34-35 en Dijkgraaf, E., S.A. van der Geest en M. Varkevisser (2006), 'Centrale toezichthouder water voorlopig overbodig', *Economisch Statistische Berichten*, nr. 4483, blz. 164.

Ten aanzien van de medisch specialistische vervolgoopleidingen geldt dat het enkel en alleen realiseren van meer transparantie door middel van benchmarking niet zonder meer hoeft te leiden tot een marktconforme allocatie van nieuwe opleidingsplaatsen. Het periodiek onderling vergelijken en in kaart brengen van de door opleidingsziekenhuizen geleverde prestaties verandert namelijk niets aan de bestaande onevenwichtige machtsposities in het opleidingsveld. Zo wijzigt de huidige informele verdeelsystematiek niet door meer transparantie. Het blijft ook na de eventuele introductie van benchmarking immers aan de marktpartijen zelf of, en zo ja op welke wijze, de relatieve (kwaliteits)verschillen tussen opleidingsziekenhuizen bij de verdeling een rol gaan spelen. De precieze allocatie van opleidingsplaatsen blijft in dat geval dus een schimmig krachtenspel waarvan de uitkomst telkens in hoge mate onzeker is. In tegenstelling tot bij het hierboven genoemde voorbeeld van de Nederlandse drinkwatersector lijkt het door de onevenwichtige machtsposities op de opleidingsmarkt onwaarschijnlijk dat het realiseren van meer transparantie voldoende is om eventuele veranderingen af te dwingen. Meer transparantie door benchmarking biedt ons inziens dan ook onvoldoende garantie dat daadwerkelijk een marktconforme allocatie van de gewenste instroom tot stand komt. Marktpartijen kunnen in dat geval wel rekening houden met de prestaties van andere marktpartijen, maar als ze het niet doen hoeft dat geen nadelige gevolgen te hebben voor hun 'marktaandeel'.

Maatstafconcurrentie kan voor de medisch specialistische vervolgoopleidingen een interessante optie zijn wanneer concurrentie om de markt niet mogelijk blijkt te zijn, bijvoorbeeld als de verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen over ziekenhuizen als gevolg van schaarse opleidingscapaciteit, substantiële schaalvoordelen of een gewenste regionale verdeling al min of meer vastligt. Marktpartijen hoeven dan ten aanzien van het aantal opleidingsplaatsen dat ze krijgen toegewezen geen rekening te houden met elkaars prestaties, omdat hun marktaandeel toch wel gegarandeerd is. Door het vergoedingsbedrag per ingevulde opleidingsplaats wel afhankelijk te maken van de prestaties van de opleidingsziekenhuizen, is het onder dergelijke omstandigheden toch mogelijk om een marktconforme en meer reële kostprijs voor een opleidingsplaats tot stand te brengen.

Voor een effectieve maatstafconcurrentie is het noodzakelijk dat voldaan wordt aan een aantal randvoorwaarden. Ten eerste moeten marktpartijen ten aanzien van hun noodzakelijke kosten onderling vergelijkbaar (te maken) zijn, omdat er anders geen zinnige maatstaf te bepalen is of er simpelweg geen

vergelijkingsmateriaal voorhanden is. Dit vereist inzicht in eventuele niet-beïnvloedbare factoren die kostenverschillen veroorzaken. Ten tweede is het belangrijk dat een onafhankelijke publiekrechtelijke toezichthouder over voldoende betrouwbare kosteninformatie beschikt op basis waarvan deze het marktconforme vergoedingsbedrag per opleidingsplaats kan vaststellen. Anders gezegd, de informatieachterstand die een toezichthouder heeft ten opzichte van de opleidingsziekenhuizen moet niet te groot zijn. Ten derde is het noodzakelijk dat kwaliteit gemeten wordt en erop toegezien wordt dat bepaalde kwaliteitsnormen gehaald worden. Dit om te voorkomen dat aanbieders om kosten te besparen teveel bezuinigen op kwaliteit. Zoals in paragraaf 4.5.3 staat beschreven, geldt voor elk van deze randvoorwaarden dat hier (vooral nog) niet zonder meer aan voldaan is. Maatstafconcurrentie kan ook ongewenste neveneffecten hebben die meegenomen moeten worden in de beoordeling of maatstafconcurrentie een verantwoorde optie is. Zo bestaat het risico dat door de sterke focus op doelmatigheid op korte termijn er bij opleidingsziekenhuizen te weinig aandacht is voor innovaties die de doelmatigheid op lange termijn vergroot. Een ander ongewenst neveneffect kan zijn dat de sterke prikkel tot kostenbesparingen de intrinsieke motivatie van opleiders vermindert.<sup>42</sup>

Hoewel concurrentie door vergelijking op zichzelf marktpartijen dus kan prikkelen tot betere prestaties, vormt het geen echt alternatief voor de huidige verdeelsystematiek. Zo lang de beschikbare opleidingscapaciteit van individuele opleidingsziekenhuizen niet volledig benut wordt en/of nieuwe opleidingsziekenhuizen tot de markt (willen) toetreden, is er feitelijk sprake van een allocatievraagstuk. Om tot een meer marktconforme allocatie van nieuwe opleidingsplaatsen te komen is een vorm van concurrentie om de markt derhalve onontbeerlijk.

### **4.3 Aanbesteding nieuwe opleidingsplaatsen**

#### **4.3.1 Inleiding**

Aanbesteding is een marktconform allocatiemodel waarbij de marktpartijen met de beste biedingen de onderlinge concurrentie winnen. Bij de medisch specialistische vervolgopleidingen zou aanbesteden erop neerkomen dat het

---

<sup>42</sup> De uitholling van intrinsieke motivatie als gevolg van financiële prikkels wordt ook wel het 'crowding out-effect' genoemd. Zie ook Janssen, M.C.W. en E. Mendys-Kamphorst (2004), *The price of a price: on the crowding out and in of social norms*, *Journal of Economic Behavior and Organization*, 55(3), blz. 377-395.

door de minister van VWS gewenste aantal nieuwe opleidingsplaatsen wordt toegewezen aan de marktpartijen die het beste aanbod doen. Merk op dat het totaal aantal opleidingsplaatsen vooraf vaststaat, maar dat de precieze verdeling ervan over opleiders en opleidingsziekenhuizen uitkomst van de aanbesteding is. Er is niet zonder meer sprake van een evenredige verdeling. Het 'marktaandeel' dat marktpartijen na afloop van de aanbesteding hebben is afhankelijk van hun beloofde prestaties. Afhankelijk van de doelstelling die met de aanbesteding wordt nagestreefd, worden de marktpartijen met bijvoorbeeld de laagste kosten, de hoogste kwaliteit of de gunstigste verhouding tussen kwaliteit en kosten als 'winnaars' aangewezen. Voordat tot een aanbesteding van opleidingsplaatsen kan worden overgegaan dient volstrekte duidelijkheid te bestaan over de doelstelling ervan. Eveneens moet nauwgezet zijn gespecificeerd op grond van welke criteria de verdeling uiteindelijk tot stand zal komen. Deze beoordelingscriteria moeten vooraf bij de potentiële bidders bekend zijn, zodat ze hiermee bij het opstellen van hun aanbod rekening kunnen houden.

Afhankelijk van de gekozen aanbestedingsvariant kunnen de te verdelen opleidingsplaatsen betrekking hebben op de gehele opleidingsduur of op de afzonderlijke academische dan wel perifere onderdelen van een vervolgopleiding (zie paragraaf 4.3.2). Bij een aanbesteding van opleidingsplaatsen brengen geïnteresseerde marktpartijen die willen meedingen naar de te verdelen nieuwe instroom een bod uit. Dit bod kan betrekking hebben op de vergoeding die ze voor het realiseren van een opleidingsplaats wensen te ontvangen maar ook (mede) op de kwaliteit van de opleiding. Indien vooraf op eenduidige wijze beschreven is hoe de winnaars geselecteerd zullen worden en welke vergoeding zij voor hun diensten zullen ontvangen, dan is sprake van een aanbestedingsveiling. Indien dit niet eenduidig beschreven staat, dan is sprake van een vergelijkende toets (een zogeheten 'schoonheidswedstrijd').<sup>43</sup> Ieder bod dient in elk geval informatie te bevatten over het maximale aantal nieuwe aiOS dat de biedende partij toegewezen zou willen krijgen (maximale instroomcapaciteit voor de komende periode).

Bij het ontwerpen van een aanbesteding kunnen – bij wijze van voorselectie – eisen aan de bieder gesteld worden. Bij de medisch specialistische vervolgopleidingen lijkt het wenselijk om een geldende erkenning voor opleiden ver-

---

<sup>43</sup> Een vergelijkende toets bevat altijd tenminste één scoringselement dat niet eenvoudig gekwantificeerd kan worden. Zie bijlage C voor een beschrijving van verschillende vormen van een aanbestedingsveiling en een vergelijkende toets.

plicht te stellen zodat een zekere minimumkwaliteit gegarandeerd is. Daarnaast zou het, mede vanuit het oogpunt van praktische uitvoerbaarheid, ons inziens verstandig zijn om de opleidingsziekenhuizen aan te wijzen als biedende marktpartijen. De directies van de erkende opleidingsziekenhuizen zullen dan voorafgaand aan hun bieding intern met de medische staf moeten overleggen en afspraken maken. Er zijn drie belangrijke redenen waarom het logisch is om opleidingsziekenhuizen en niet (groepen van) opleidende medisch specialisten als biedende marktpartij te laten optreden. Ten eerste zijn het de ziekenhuisdirecties en niet de medisch specialisten die met de zorgverzekeraars (productie)afspraken over de te leveren zorg moeten maken. Gezien het belang dat de 'productiefactor' arbeid voor hen heeft, zijn het dan ook met name de ziekenhuizen die belang hebben bij een voldoende aanbod van kwalitatief goed opgeleide medisch specialisten. Ten tweede beheert het opleidingsziekenhuis de veelal ondeelbare en specialismenoverstijgende opleidingsfaciliteiten. Mede gezien dergelijke schaal- en synergievoordelen ligt het voor de hand dat ziekenhuizen op organisatorisch gebied de regierol op zich zullen willen nemen. Eveneens is van belang dat het precieze dienstverband van de opleidende medisch specialisten tussen ziekenhuizen (sterk) kan verschillen, zodat geen sprake is van een homogene groep. Als gevolg hiervan zullen opleiders die deelnemen aan een aanbesteding van nieuwe opleidingsplaatsen te maken hebben met ongelijke uitgangsposities, zodat geen sprake is van een gelijk speelveld. Tot slot zou het een aanzienlijke verzwaaring van hun administratieve lasten betekenen wanneer de opleiders zelf aan een eventuele aanbesteding deelnemen. Hoewel het onvermijdelijk is dat een eventuele aanbesteding ook voor ziekenhuizen tot extra administratieve lasten zal leiden, kan worden aangenomen dat zij gezien hun omvang en organisatorische structuur veel beter in staat zullen zijn om deze te dragen dan de opleidende medisch specialisten.

Bij een aanbesteding zou een deskundige en onafhankelijke publiekrechtelijke organisatie de uitgebrachte biedingen (offertes) moeten beoordelen. Een transparante en objectieve selectieprocedure kan voorkomen dat private belangen in plaats van het maatschappelijk belang de uiteindelijke verdeling bepalen. Merk op dat dit een fundamentele breuk met de huidige verdeelsystematiek betekent. Nu zijn het immers de betrokken veldpartijen die in onderling overleg binnen het privaatrechtelijke CBOG een verdeelplan opstellen. Met name bij een schoonheidswedstrijd is onafhankelijkheid en transparantie van groot belang, omdat een dergelijke vergelijkende toets van zichzelf altijd enige mate van subjectiviteit kent.



### 4.3.2 Mogelijke invulling aanbesteding

Wanneer gekozen zou worden voor het aanbesteden van nieuwe opleidingsplaatsen is het goed om in ogenschouw te nemen dat op basis van de door het CCMS gestelde kwaliteitseisen in principe drie hoofdtypen medisch specialistische vervolgopleidingen te onderscheiden zijn. Ten eerste zijn er medische specialistische vervolgopleidingen die geheel in één perifeer opleidingsziekenhuis gevolgd mogen worden. Voor deze opleidingen geldt dat algemene opleidingsziekenhuizen niet per definitie hoeven te beschikken over een samenwerkingsovereenkomst met een UMC of andere perifere opleidingsziekenhuizen. Ten tweede zijn er vervolgopleidingen die weliswaar geheel in de periferie gevolgd mogen worden, maar alleen wanneer daar meerdere algemene opleidingsziekenhuizen bij betrokken zijn. Ook voor deze opleidingen geldt dat de betrokkenheid van een UMC niet per definitie noodzakelijk is. Wel dienen de perifere opleidingsziekenhuizen onderling een samenwerkingsovereenkomst te hebben gesloten. Ten derde zijn er medisch specialistische vervolgopleidingen die in alle gevallen geheel of gedeeltelijk in een academisch ziekenhuis gevolgd moeten worden.<sup>44</sup> De betrokkenheid van een UMC is voor deze opleidingen dus verplicht. Merk op dat ook bij de twee eerstgenoemde typen vervolgopleidingen weliswaar academische ziekenhuizen betrokken kunnen zijn, maar dat deze samenwerking strikt genomen niet noodzakelijk is. Als algemene ziekenhuizen niet willen en/of kunnen samenwerken met een UMC betekent dit dus niet dat zij bij deze opleidingen per definitie buitenspel staan.

In het vervolg van deze deelparagraaf gaan we nader in op de kansen en bedreigingen van aanbesteding als academische en algemene opleidingsziekenhuizen voor de betreffende vervolgopleiding onderling moeten samenwerken. De reden hiervoor is tweeledig. Ten eerste is momenteel slechts bij een zeer beperkt aantal medisch specialistische vervolgopleidingen sprake van geheel zelfstandige opleidingsziekenhuizen. Voor het overgrote deel van de opleidingen geldt dat opleidingsziekenhuizen momenteel (nauw) met elkaar samenwerken in zogeheten opleidingsclusters die zijn opgebouwd rondom een UMC. Wanneer het niet wenselijk dan wel op korte termijn niet mogelijk is om deze situatie te veranderen, betekent dit dat bij een eventuele aanbesteding van opleidingsplaatsen bij het merendeel van de vervolgopleidingen zowel UMC's als perifere opleidingsziekenhuizen een deel van de opleiding ver-

---

<sup>44</sup> Deze verplichting kan zowel expliciet in het specifieke besluit van het CCMS staan vermeld als hieruit impliciet voortvloeien. Bijvoorbeeld omdat voor de opleiding faciliteiten vereist zijn die alleen in de academische ziekenhuizen voorhanden zijn.

zorgen en dus op enige manier afstemming tussen beide typen ziekenhuizen moet plaatsvinden. Ten tweede werken de WV'en momenteel aan een herziening van hun specifieke opleidingscurriculum. Deze modernisering van de opleidingseisen lijkt ertoe te gaan leiden dat ook de opleidingen waarvoor dit nu nog niet het geval is een verplicht academische onderdeel gaan bevatten. Om ervoor te zorgen dat aiOS tijdens hun opleiding met alle verschillende aspecten van geneeskunde in aanraking komen, acht men het wenselijk dat alle opleidingen gedeeltelijk in een academische setting en gedeeltelijk in de periferie gevolgd worden.

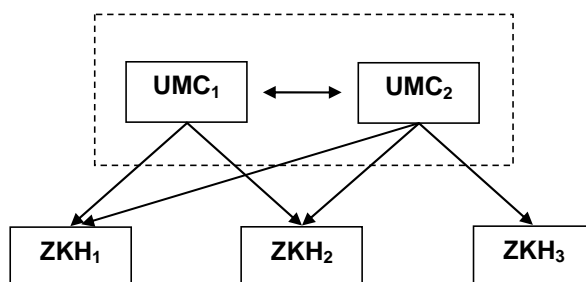
Uit de probleemanalyse is gebleken dat de UMC's in de huidige verdeelsystematiek over een sterke machtspositie ten opzichte van perifere opleidingsziekenhuizen beschikken. In het geval van (verplichte) samenwerking kan dit met name de algemene opleidingsziekenhuizen in een 'ongemakkelijke' positie brengen. Voor een succesvolle aanbesteding dient hiermee bij de vormgeving nadrukkelijk rekening te worden gehouden. Er zijn, onafhankelijk van de gekozen doelstelling, in principe vier aanbestedingsvarianten denkbaar. Deze varianten verschillen van elkaar in wie mogen bieden en waar de deelnemers op kunnen bieden. Elke aanbestedingsvariant zullen we hieronder nader uitwerken waarbij we tevens aangeven in hoeverre de variant bijdraagt aan meer evenwichtige machtsposities in het opleidingsveld. Voor de duidelijkheid merken we nogmaals op dat bij elk van de varianten de minister van VWS voorafgaand aan de allocatie per specialisme vaststelt hoeveel nieuwe opleidingsplaatsen gewenst zijn.

***Aanbestedingsvariant 1: UMC's bieden op volledige vervolgopleiding***

In deze eerste variant wordt een aanbesteding georganiseerd onder de huidige acht academische ziekenhuizen in ons land. Het gewenste aantal nieuwe opleidingsplaatsen wordt in dat geval niet evenredig over de UMC's verdeeld, maar – afhankelijk van de door de minister van VWS vastgelegde doelstelling – toegekend aan de academische ziekenhuizen die de laagste kostprijs, de beste kwaliteit of de gunstigste prijs-kwaliteitverhouding beloven. Na afloop van de aanbesteding dienen de UMC's die opleidingsplaatsen toegewezen hebben gekregen met algemene opleidingsziekenhuizen afspraken te maken over inhoud, tijdsduur, kwaliteit en vergoeding van de perifere onderdelen ervan. Deze aanbestedingsvariant zou de academische ziekenhuizen in principe moeten prikkelen een zo aantrekkelijk mogelijk aanbod te doen. Anders loopt het UMC immers het risico minder of zelfs helemaal geen opleidingsplaatsen toegewezen te krijgen. Figuur 1 is een vereenvoudigde weergave

van deze aanbestedingsvariant met twee UMC's en drie algemene opleidingsziekenhuizen.

**Figuur 1:** Aanbestedingsvariant 1



Een potentieel nadeel van deze eerste aanbestedingsvariant is dat het de machtspositie die UMC's ten opzichte van de algemene opleidingsziekenhuizen bezitten verder versterkt. Na afloop van de aanbesteding moeten ze immers afspraken maken met perifere opleidingspartners die voor de instroom van aios geheel afhankelijk zijn van de medewerking van de UMC's. De academische ziekenhuizen zouden hun sterke onderhandelingspositie die hieruit voortvloeit bijvoorbeeld kunnen misbruiken om bij de algemene opleidingsziekenhuizen een oneigenlijk lage affiliatievergoeding af te dwingen.<sup>45</sup> Ook zouden de UMC's bij de taakverdeling tussen academische en perifere opleidingsziekenhuizen vooral hun eigen belang kunnen behartigen. Bijvoorbeeld door aios tijdens hun opleiding slechts de op grond van het CCMS-besluit verplichte minimumtijdsduur in de periferie te laten doorbrengen. Met name de UMC's die minder nieuwe opleidingsplaatsen hebben toegewezen gekregen dan dat ze zouden willen, ondervinden een prikkel om aios de maximale toegestane tijdsduur in het academisch ziekenhuis werkzaam te laten zijn. Merk op dat in deze aanbestedingsvariant de huidige OOR's in feite geïnstitutionaliseerd worden. Zoals we al eerder hebben aangegeven is het nog maar de vraag in hoeverre dit wenselijk is (zie paragraaf 3.2.3). Zo zal dit onder andere tot gevolg hebben dat de verdeling van de perifere onderdelen van opleidingsplaatsen intransparant blijft en volledig aan de onevenwichtige onderhandelingen tussen academische en algemene opleidingsziekenhuizen wordt overgelaten. Met name gezien het feit dat tussen de acht Nederlandse UMC's

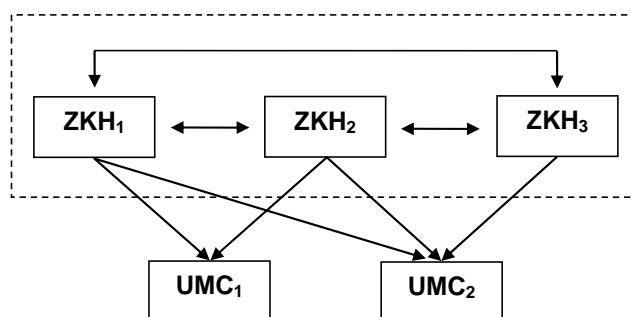
<sup>45</sup> Dit is de vergoeding die geaffilieerde opleidingsziekenhuizen ontvangen van het UMC (of een ander hoofdverantwoordelijk opleidingsziekenhuis) waarmee ze een samenwerkingsovereenkomst hebben gesloten.

op verschillende gebieden sprake is van nauwe onderlinge relaties en ze derhalve – al dan niet in NFU-verband – regelmatig contact met elkaar hebben, is het gevaar van (stilzwijgend) afgestemd gedrag hierbij niet denkbeeldig. Hoewel een dergelijke collusie op grond van de Mededingingswet in beginsel niet is toegestaan, zal het in de praktijk uiterst lastig zijn om dit aan te tonen en te bestraffen.

***Aanbestedingsvariant 2: perifere opleidingsziekenhuizen bieden op volledige vervolgopleiding***

In deze tweede variant wordt een aanbesteding georganiseerd onder de algemene opleidingsziekenhuizen (zie figuur 2). De ziekenhuizen die op grond van hun aanbod (laagste kostprijs, beste kwaliteit of gunstigste prijs-kwaliteitverhouding) opleidingsplaatsen krijgen toegewezen, dienen vervolgens na afloop van de aanbesteding een samenwerkingsafpraak met minimaal één UMC te maken om de academische onderdelen van deze nieuwe plaatsen in te kunnen vullen. Er dienen nadere afspraken te worden gemaakt over de inhoud, tijdsduur, kwaliteit en vergoeding hiervan. Deze aanbestedingsvariant – die het spiegelbeeld is van de vorige variant – prikkelt de perifere opleidingsziekenhuizen om een aantrekkelijk bod te doen.

**Figuur 2:** Aanbestedingsvariant 2



Het belangrijkste nadeel van deze aanbestedingsvariant is dat de UMC's ten opzichte van de algemene opleidingsziekenhuizen nog steeds een sterke onderhandelingspositie hebben. Om de toegewezen opleidingsplaatsen ook daadwerkelijk te kunnen realiseren zijn laatstgenoemde ziekenhuizen immers afhankelijk van de medewerking van een beperkt aantal UMC's die – net als bij de eerste aanbestedingsvariant – hun gedrag op elkaar zouden kunnen afstemmen. Hierdoor beschikken de academische ziekenhuizen over moge-

lijkheden om een oneigenlijk hoge affiliatievergoeding te eisen of de verhouding tussen de academische en perifere opleidingsduur – binnen de door het CCMS aangegeven grenzen – in hun voordeel aan te passen. In tegenstelling tot de eerste variant worden de huidige OOR's weliswaar niet geïnstitutionaliseerd, maar dit heeft niet tot gevolg dat de machtspositie van academische ziekenhuizen ook daadwerkelijk vermindert.

***Aanbestedingsvariant 3: UMC's en perifere opleidingsziekenhuizen bieden onafhankelijk op deel van vervolgopleiding***

Bij deze derde variant worden twee afzonderlijke aanbestedingen georganiseerd: (i) de UMC's concurreren onderling om de academische onderdelen van nieuwe opleidingsplaatsen en (ii) de algemene opleidingsziekenhuizen concurreren onderling om de perifere onderdelen ervan (zie figuur 3). Hierdoor ondervinden zowel de academische – voor zover geen sprake is van onderling afgestemd gedrag – als de algemene opleidingsziekenhuizen prikkels om een zo goed mogelijk aanbod te doen. Na afloop van de aanbesteding moeten de verdeelde academische en perifere opleidingsplaatsen op elkaar worden afgestemd.<sup>46</sup> Om een toegewezen opleidingsplaats daadwerkelijk te kunnen realiseren hebben de academische ziekenhuizen namelijk een perifere partner nodig, en hebben perifere ziekenhuizen academische ziekenhuizen nodig. Voor zover geen sprake is van vooraf vastgelegde voorwaarden zorgt deze wederzijdse afhankelijkheid ervoor dat niet langer sprake is van onevenwichtig verdeelde onderhandelingsmacht. Merk op dat in tegenstelling tot de aanbestedingsvarianten 1 en 2 er geen onderhandelingen over een affiliatievergoeding hoeven plaats te vinden. Zodoende is niet langer sprake van een onevenwichtige financiële relatie tussen de UMC's en algemene opleidingsziekenhuizen.

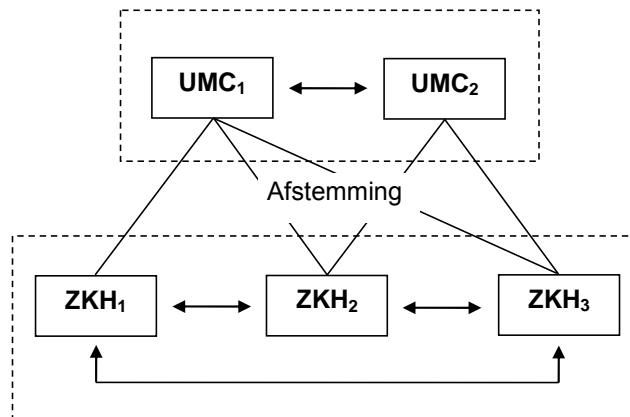
Voorwaarde bij deze variant is dat vooraf een helder onderscheid gemaakt kan worden tussen de academische en perifere onderdelen van een opleiding. Dit betreft zowel verschillen in inhoud als in tijdsduur. Ons is gedurende het onderzoek niet duidelijk geworden in hoeverre het maken van een dergelijk onderscheid mogelijk is. Het lijkt er echter op dat een heldere afbakening tussen beide opleidingsonderdelen niet gemakkelijk vooraf vast te leggen is.

---

<sup>46</sup> Voor deze afstemming zou gebruik gemaakt kunnen worden van een zogeheten 'matching algorithm' om de wensen van zowel aios als de bij de opleiding betrokken ziekenhuizen zo goed mogelijk met elkaar in overeenstemming te brengen. In de Verenigde Staten heeft het 'National Resident Matching Program' hiermee inmiddels veel ervaring opgedaan. Zie [www.nrmp.org](http://www.nrmp.org) voor meer informatie over deze private non-profit organisatie en haar werkwijze.

In combinatie met een 'van bovenaf' opgelegde samenwerking brengt dit als risico met zich mee dat coördinatieproblemen kunnen ontstaan tussen de academische en algemene opleidingsziekenhuizen die de kwaliteit van de betreffende medisch specialistische vervolgopleiding niet ten goede komen.

**Figuur 3: Aanbestedingsvariant 3**

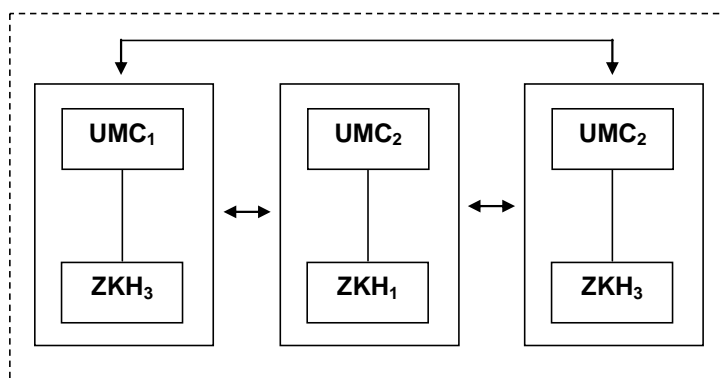


**Aanbestedingsvariant 4: samenwerkingsverbanden van UMC's en perifere opleidingsziekenhuizen bieden op volledige vervolgopleiding**

Bij deze vierde variant worden de nieuwe opleidingsplaatsen per specialisme aanbesteed aan zogeheten samenwerkingsverbanden die in staat zijn om de gehele opleiding te verzorgen (zie figuur 4). Op deze wijze wordt de gewenste instroom op marktconforme wijze over de 'beste' samenwerkingsverbanden verdeeld. Om voor deelname aan de aanbesteding in aanmerking te komen moeten academische ziekenhuizen dus vooraf met één of meer algemene opleidingsziekenhuizen samenwerkingsafspraken maken over zaken als de onderlinge taakverdeling en de bijbehorende affiliatievergoeding. Afhankelijk van de precieze vormgeving van de aanbesteding kan de kwaliteit van het samenwerkingsverband bij de beoordeling van de opleidingsclusters een (belangrijke) concurrentieparameter vormen. Groot voordeel van deze aanbestedingsvariant is dat zowel UMC's als de algemene opleidingsziekenhuizen een prikkel hebben om zorgvuldig na te denken over mogelijke samenwerkingsverbanden en aantrekkelijke – dat wil zeggen kwalitatief goede – opleidingspartners niet uit te sluiten. Dit kan met name de onderhandelingspositie van de perifere opleidingsziekenhuizen versterken. Om de kans op toewijzing van opleidingsplaatsen te vergroten zou het voor opleidingsziekenhuizen wel eens

aantrekkelijk kunnen zijn om – voorzover dat binnen de grenzen van de Mededingingswet is toegestaan<sup>47</sup> – in meerdere samenwerkingsverbanden tegelijk te participeren. Merk op dat in tegenstelling tot wat bij de aanbestedingsvarianten 1, 2 en 3 het geval is, de academische ziekenhuizen een eventuele afstemming van gedrag (collusie) door deze sterke toename van het aantal voor individuele UMC's interessante samenwerkingsverbanden nu moeilijker kunnen volhouden.

**Figuur 4:** Aanbestedingsvariant 4



#### **Voorkeursvariant**

Wanneer besloten zou worden om tot een aanbesteding van nieuwe opleidingsplaatsen over te gaan, dan zou aanbestedingsvariant 4 ons inziens de voorkeur verdienen. Deze variant lijkt het meest geschikt om de relatief sterke machtspositie van de academische ziekenhuizen in te perken en de gewenste instroom marktconform over de verschillende opleidingsziekenhuizen te verdelen. De vraag of aanbesteden voor de medisch specialistische vervolgopleidingen überhaupt een bruikbaar allocatiemodel vormt, is hiermee echter nog niet beantwoord. Dit hangt af van het feit of aan alle *kritische randvoorwaarden* voor een succesvolle aanbesteding is voldaan. Deze komen in paragraaf 4.5 uitgebreid aan de orde.

<sup>47</sup> Onderlinge samenwerking tussen ziekenhuizen die tot doel heeft om de algemene kwaliteit van een opleiding te bevorderen vormt vanuit mededingingsperspectief in principe geen probleem. Dat wil zeggen, zolang sprake is van transparante en objectieve criteria. Afspraken die op grond van de Mededingingswet in beginsel nooit zijn toegestaan zijn de volgende: afspraken over prijzen en tarieven, marktverdelingsafspraken en gemeenschappelijke leveringswijziging. Zie NMa (2002), *Richtsnoeren voor de zorg*, Den Haag.

## 4.4 Prestatieafhankelijke allocatie nieuwe opleidingsplaatsen

### 4.4.1 Inleiding

Naast aanbesteding vormt prestatieafhankelijke allocatie een ander marktconform allocatiemodel. Binnen dit model wordt bij de verdeling gebruik gemaakt van vergelijkende informatie over de prestaties van marktpartijen. Prestatieafhankelijke allocatie bij de medisch specialistische vervolgopleidingen zou betekenen dat het door de minister van VWS gewenste aantal nieuwe opleidingsplaatsen wordt toegewezen aan de marktpartijen die in het verleden het beste gepresteerd hebben.<sup>48</sup> Hoe ver men daarbij terug gaat in de tijd is een keuze. Belangrijk daarbij is welk belang men hecht aan een langdurige goede prestatie. Hoe korter de tijdsperiode waarover prestaties gemeten worden, hoe groter het gewicht van recente relatieve goede of juist relatief slechte prestaties.

Het belangrijkste verschil met aanbesteding is dat de omvang van de individuele marktaandelen bij een prestatieafhankelijke allocatie niet bepaald wordt door de *beloofde* prestaties, maar (deels) afhangt van de eerder *geleverde* prestaties.<sup>49</sup> Afhankelijk van de doelstelling die met de marktconforme allocatie wordt nagestreefd, krijgen de marktpartijen met bijvoorbeeld de laagste kosten, de hoogste kwaliteit of de gunstigste verhouding tussen kwaliteit en kosten de meeste opleidingsplaatsen toebedeeld. Net als bij een aanbesteding is dus ook bij prestatieafhankelijke allocatie sprake van onderlinge concurrentie om de markt. Opnieuw is het zeer belangrijk dat vooraf duidelijkheid bestaat over de doelstelling. Eveneens moet transparant zijn met behulp van welke indicatoren de prestaties van marktpartijen in kaart worden gebracht, zodat marktpartijen weten waarop ze worden afgerekend en daarmee ook rekening kunnen houden.

Een ander essentieel verschil met aanbesteding is dat nieuwkomers bij een strikte prestatieafhankelijke allocatie feitelijk geen echte kans hebben. Van hen is immers geen informatie bekend over eerder geleverde prestaties. De

---

<sup>48</sup> Merk op dat het cruciale verschil met maatstafconcurrentie (paragraaf 4.2) erin is gelegen dat bij prestatieafhankelijke allocatie daadwerkelijk nieuwe opleidingsplaatsen worden verdeeld. Maatstafconcurrentie kan daarentegen gezien worden als een marktconform beloningsmodel.

<sup>49</sup> Praktische voorbeelden van 'performance-based allocation' zijn onder andere te vinden bij de Asian Development Bank (zie <http://www.adb.org/ADF/PBA/default.asp>) en de International Development Association van de Wereldbank (zie <http://siteresources.worldbank.org/IDA/Resources/PBAFINAL.pdf>).



overheid kan met het oog op het versterken van de concurrentie of de wens om een bepaalde regionale verdeling tot stand te brengen overigens wel vooraf besluiten om een beperkt aantal nieuwe opleidingsplaatsen te reserveren voor toetreders waarvan verwacht mag worden dat ze in ieder geval aan de gewenste minimumkwaliteitseisen voldoen. Merk op dat een dergelijke handelswijze feitelijk neerkomt op het *vergeven* van opleidingsplaatsen in plaats van het marktconform verdelen ervan.

Tenslotte gaan aanbesteding en prestatieafhankelijke allocatie gepaard met verschillende uitvoeringskosten voor zowel de toewijzende instantie als de aanbieders van opleidingsplaatsen. Aanbesteding impliceert dat per specialisme aanbieders (of, afhankelijk van de gekozen variant, samenwerkingsverbanden van aanbieders) periodiek (bijvoorbeeld jaarlijks) een gedetailleerd bod moeten uitbrengen op nieuwe opleidingsplaatsen. De toewijzende instantie moet al deze biedingen beoordelen en vervolgens ook achteraf toetsen of de beloftes worden nagekomen. Gelet op het grote aantal specialismen en opleidingsziekenhuizen en het relatief beperkte aantal nieuw te verdelen opleidingsplaatsen brengt een dergelijk allocatiesysteem zowel voor de bidders als voor de toewijzende instantie waarschijnlijk relatief hoge kosten met zich mee. Merk op dat deze kosten hoger worden naarmate de aanbesteding frequenter plaatsvindt. Bij prestatieafhankelijke allocatie kunnen de aanbieders daarentegen volstaan met het kwantificeren van een set van kwaliteitsindicatoren. De toewijzende instantie dient vervolgens te toetsen of de benodigde informatie correct is aangeleverd en kan daarna de opleidingsplaatsen toewijzen via een vooraf gedefinieerde verdeelsleutel. Een dergelijk aanpak brengt waarschijnlijk aanzienlijk lagere uitvoeringskosten met zich mee dan een aanbesteding.

#### **4.4.2 Praktische invulling prestatieafhankelijke allocatie**

Eerder is aan de orde gekomen dat op grond van de door het CCMS gestelde kwaliteitseisen in principe drie hoofdtypen van medisch specialistische vervolgopleidingen te onderscheiden zijn (zie paragraaf 4.3.2). Dit zijn de medische specialistische vervolgopleidingen die (i) geheel in één perifeer opleidingsziekenhuis gevolgd mogen worden, (ii) weliswaar geheel in de periferie gevolgd mogen worden, maar alleen wanneer daar meerdere algemene opleidingsziekenhuizen bij betrokken zijn en (iii) verplicht geheel of gedeeltelijk in een academisch ziekenhuis gevolgd moeten worden. Merk op dat de verplichte betrokkenheid van een UMC zowel expliciet in het specifieke besluit van het CCMS kan staan vermeld als hieruit impliciet kan voortvloeien. Bij-

voorbeeld omdat voor de opleiding faciliteiten vereist zijn die alleen in de academische ziekenhuizen voorhanden zijn.

Een prestatieafhankelijke allocatie van opleidingsplaatsen is in principe voor elk van deze hoofdtypen vervolgoopleidingen mogelijk. Belangrijk daarbij is dan wel dat sprake is van evenwichtige machtsposities tussen de bij een specifieke opleiding betrokken marktpartijen. Net als bij aanbesteding is het voor een succesvolle allocatie belangrijk dat bij een eventuele (verplichte) samenwerking tussen een UMC en een perifeer opleidingsziekenhuis de belangen van beide partijen op één lijn liggen. Bij de vormgeving van een prestatieafhankelijke allocatie kan hiermee rekening worden gehouden.

Bij een prestatieafhankelijke allocatie van opleidingsplaatsen lijken de opleidingsziekenhuizen om dezelfde redenen als bij aanbesteding de meest logische marktpartijen: het ligt voor de hand om de gewenste instroom aan hen toe te wijzen (zie paragraaf 4.3.1). Een goede prestatieafhankelijke allocatie van nieuwe opleidingsplaatsen zou op de volgende wijze kunnen worden vormgegeven. Ziekenhuizen die in het bezit zijn van een opleidingserkenning en willen meedingen naar de te verdelen nieuwe opleidingsplaatsen dienen zich aan te melden bij de toewijzende instantie. Daarbij moeten ze aangeven of ze een gehele vervolgopleiding aanbieden of slechts een deel ervan. In dit laatste geval zullen ze ook moeten aangeven met welke andere erkende opleidingsziekenhuizen ze een samenwerkingsverband zijn overeengekomen.<sup>50</sup> Bovendien moet elk opleidingsziekenhuis voor zichzelf opgeven hoeveel nieuwe aiOS het in een specifieke vervolgopleiding toegewezen zou willen krijgen. Deze informatie over de maximale instroomcapaciteit in de komende periode is niet alleen nodig om te komen tot een uitvoerbaar verdeelplan, maar draagt ook bij aan de gewenste toename van de transparantie.

Verder is het cruciaal dat betrouwbare gegevens worden verzameld over de prestaties waarop aanbieders van medische vervolgoopleidingen beoordeeld gaan worden. Hiervoor is het noodzakelijk dat geschikte indicatoren worden ontwikkeld die de door opleidingsziekenhuizen geleverde prestaties inzichtelijk maken. Afhankelijk van de gekozen doelstelling gaat het om indicatoren die betrekking hebben op de kwaliteit en/of kostprijs van een vervolgopleiding. Aangezien het niet aanleveren van informatie voor opleidingsziekenhuizen bij

---

<sup>50</sup> Bij de MSRC kan gecontroleerd worden of de opleidingsziekenhuizen die zich aangemeld hebben ook daadwerkelijk erkend zijn en indien relevant dus over de noodzakelijke samenwerkingsovereenkomst(en) beschikken.

dit allocatiemodel tot gevolg heeft dat minder instroom aan hen wordt toegevoerd, is het in het eigen belang van marktpartijen om vrijwillig mee te werken. Om echter te kunnen garanderen dat alle benodigde relevante gegevens inderdaad beschikbaar komen, dient wel de wettelijke mogelijkheid te worden gecreëerd om opleidingsziekenhuizen indien nodig hiertoe te verplichten.

De informatie over de geleverde prestaties dient vervolgens leidend te zijn bij de verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen. Afhankelijk van de gekozen doelstelling en gebruikte set van prestatie-indicatoren prikkelt het gebruik van vergelijkende informatie bij de allocatie opleidingsziekenhuizen om (i) de kostprijs van een opleidingsplaats te verlagen, (ii) de kwaliteit ervan te verbeteren of (iii) de gewenste prijs-kwaliteitverhouding te realiseren. Door goed te presteren vergroot een opleidingsziekenhuis namelijk zijn kans om meer opleidingsplaatsen toebedeeld te krijgen, terwijl bij een relatief slechte prestatie het risico bestaat dat juist minder of zelfs helemaal geen nieuwe opleidingsplaatsen worden toegewezen. Om zoveel mogelijk te garanderen dat de gewenste instroom ook werkelijk bij de best presterende opleidingsziekenhuizen terecht komt, verdient het ons inziens aanbeveling om een deskundige en onafhankelijke (publiekrechtelijke) organisatie hiervoor verantwoordelijk te maken. Op deze wijze kan namelijk voorkomen worden dat de specifieke belangen van bepaalde individuele veldpartijen een onevenredig grote rol spelen bij de totstandkoming van de uiteindelijke allocatie.

In die gevallen waarin verschillende opleidingsziekenhuizen met elkaar (moeten) samenwerken bij een bepaalde vervolgopleiding, zal een 'totaalscore' voor het betreffende samenwerkingsverband bepaald moeten worden. In het meest eenvoudige geval betreft dit een simpele optelsom of ongewogen gemiddelde van de individuele prestatiescores. Er kan ook rekening gehouden worden met de tijdsduur die aios tijdens een opleiding in elk van de betrokken ziekenhuizen doorbrengen. In dat geval ontstaat een soort gewogen gemiddelde dat representatief is voor de kwaliteit van de betreffende vervolgopleiding als geheel. Ook zou de kwaliteit van het samenwerkingsverband bij de beoordeling betrokken kunnen worden. Bijvoorbeeld door rekening te houden met de eerdere ervaringen van aios ten aanzien van de aansluiting tussen en coördinatie van de verschillende opleidingsonderdelen.

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 hierdoor 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 minder opleidingsplaatsen krijgt toebedeeld. Het gezamenlijke belang dat zodoende ontstaat zorgt voor meer evenwichtige machtsposities in het opleidingsveld. Met name de algemene opleidingsziekenhuizen zullen hiervan profiteren. Het is voor UMC's in dat geval namelijk aantrekkelijk om met zoveel mogelijk kwalitatief goede opleidingsziekenhuizen een samenwerkingsverband aan te gaan, omdat het aantal nieuwe opleidingsplaatsen dat een academisch ziekenhuis krijgt toebedeeld mede afhankelijk is van de prestaties van de perifere opleidingspartners. Merk op dat bij een goed functionerende prestatieafhankelijke allocatie hetzelfde mechanisme voorkomt dat een ziekenhuis met alle mogelijke opleidingspartners een samenwerkingsverband aangaat om zodoende zijn kans op nieuwe instroom te vergroten. Behalve dat een dergelijke strategie voor het ziekenhuis aanzienlijke transactiekosten met zich meebrengt, kan het namelijk ook minder intensieve contacten tot gevolg hebben. Als dit leidt tot een minder goede afstemming en coördinatie tussen de betrokken ziekenhuizen komt de kwaliteit van een vervolgopleiding onder druk te staan. Dit kan de concurrentiepositie van de betreffende ziekenhuizen bij een volgende verdeelronde doen verslechteren.

De vraag of met een prestatieafhankelijk allocatiemodel de door de overheid gewenste doelstelling gerealiseerd wordt, is afhankelijk van het feit of aan alle randvoorwaarden is voldaan. Deze randvoorwaarden komen in paragraaf 4.5 uitgebreid aan de orde.

## **4.5 Verantwoorde invoering marktconform allocatiemodel**

### **4.5.1 Inleiding**

Met een marktconform allocatiemodel kunnen verschillende doelstellingen gerealiseerd worden. Er zijn in principe drie typen doelstellingen te onderscheiden:

1. Een zo laag mogelijke kostprijs per opleidingsplaats onder de restrictie van een bepaalde minimumkwaliteit.
2. Een zo hoog mogelijke kwaliteit van een opleidingsplaats onder de restrictie van een bepaalde maximumkostprijs.

3. Een zo gunstig mogelijke verhouding tussen de kwaliteit en de kostprijs van een opleidingsplaats onder de restrictie van een bepaalde minimumkwaliteit.

Daarnaast is het ook mogelijk om een bepaalde regionale verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen tot stand te brengen. Een te beperkte mobiliteit van aios gedurende hun opleiding en/of van medisch specialisten na hun opleiding kan bijvoorbeeld een reden zijn om ongeacht de kosten of kwaliteit van de vervolgopleiding in bepaalde regio's meer opleidingsplaatsen te willen realiseren dan in andere regio's.<sup>51</sup> Welke doelstelling wordt gekozen is bij uitstek een politieke keuze. Wel is het belangrijk dat de uiteindelijke doelstelling vooraf helder omschreven is. Zo dient volstrekte duidelijkheid te bestaan over (i) de criteria die bij de beoordeling een rol spelen, (ii) de wijze waarop een rangorde van marktpartijen tot stand komt en (iii) de manier waarop de gewenste instroom uiteindelijk over de marktpartijen wordt verdeeld. Kortom, vooraf dient een heldere beslisregel geformuleerd te zijn.

Of de introductie van marktprikkels in het opleidingsfonds een adequaat middel is om de gekozen doelstelling te realiseren en te komen tot een marktconforme allocatie van nieuwe opleidingsplaatsen, hangt af van de vraag of de betreffende markt aan een aantal kritische randvoorwaarden voldoet. Voordat het besluit genomen kan worden om opleidingsplaatsen aan te besteden of prestatieafhankelijk te verdelen is het dan ook belangrijk dat getoetst wordt in hoeverre voldaan wordt aan deze voorwaarden. In paragraaf 4.5.2 lichten we aan de hand van een overzichtstabel toe om welke kritische randvoorwaarden het gaat. In paragraaf 4.5.3 beschrijven we vervolgens in hoeverre hieraan op dit moment wordt voldaan. Wat het een en ander betekent voor de introductie van een marktconform allocatiemodel en welke beleidsmaatregelen eventueel nodig zijn, komen in hoofdstuk 5 uitgebreid aan de orde.

#### 4.5.2 Kritische randvoorwaarden

Tabel 5 geeft zowel per doelstelling als per marktconform allocatiemodel aan welke randvoorwaarden voldaan moet zijn om een verantwoorde introductie van een marktconforme allocatie van nieuwe opleidingsplaatsen mogelijk te maken. Er zijn vier **algemene randvoorwaarden** te onderscheiden waaraan

---

<sup>51</sup> Wanneer dit het geval is, dan betekent dit dat ziekenhuizen vooral opleidingsactiviteiten ontplooiën om aan de regionale (zorg)vraag te kunnen voldoen. Met andere woorden, er is dan binnen Nederland blijkbaar sprake van meerdere regionale opleidingsmarkten.

de markt ongeacht de doelstelling of het type allocatiemodel moet voldoen. Dit betreft de aanwezigheid van (1) voldoende concurrentie, (2) een gelijk speelveld, (3) minimumkwaliteitseisen en (4) adequate mogelijkheden voor sancties.

#### *Ad 1) Voldoende concurrentie*

Voor een goede marktconforme allocatie van de financiële middelen uit het opleidingsfonds is het cruciaal dat er iets te kiezen valt. Als er geen keuzemogelijkheden zijn – omdat de maximaal beschikbare capaciteit van iedere marktpartij nodig is om de gewenste instroom te realiseren – dan ondervinden marktpartijen geen sterke extrinsieke prikkel om een goede prestatie te leveren. Marktpartijen hoeven immers niet bang te zijn dat ze minder opleidingsplaatsen krijgen toebedeeld dan ze zouden willen. Er is in dat geval geen sprake van effectieve concurrentie om de markt.

De mate van concurrentie wordt door een drietal factoren beïnvloed: (i) de totale beschikbare instroomcapaciteit<sup>52</sup> in relatie tot de gewenste instroom, (ii) het aantal bestaande aanbieders en (iii) de druk van potentiële toetreders. Als de totale beschikbare instroomcapaciteit groter is dan de gewenste instroom, dan valt er voor de toewijzende instantie echt iets te kiezen en is er sprake van concurrentie tussen marktpartijen. Wel moet voorkomen worden dat marktpartijen hun gedrag onderling coördineren. Dit gevaar van collusie tussen marktpartijen is groter als het aantal actieve marktpartijen beperkt is. De concurrentie neemt toe wanneer bestaande aanbieders hun capaciteit uitbreiden en/of nieuwkomers tot de markt toetreden. Potentiële concurrentie van toetreders kan een belangrijke disciplinerende werking hebben op het gedrag van de bestaande aanbieders.

#### *Ad 2) Gelijk speelveld*

Om een marktconforme allocatie te doen slagen is het ook belangrijk dat marktpartijen onder gelijke voorwaarden en omstandigheden met elkaar concurreren. Met andere woorden, er moet niet alleen sprake zijn van voldoende concurrentie maar ook van eerlijke concurrentie. Dit betreft zowel de concur-

---

<sup>52</sup> Dit is het totale aantal beschikbare opleidingsplaatsen voor de jaarlijkse nieuwe instroom van aios.

**Tabel 5:** Overzichtstabel kritische randvoorwaarden

	AANBESTEDING			PRESTATIEAFHANKELIJKE ALLOCATIE		
	<b>Doelstelling 1:</b> Zo laag mogelijke kostprijs onder restrictie van minimumkwaliteit	<b>Doelstelling 2:</b> Zo hoog mogelijke kwaliteit onder restrictie van maximum kostprijs	<b>Doelstelling 3:</b> Gunstigste verhouding tussen kwaliteit en kostprijs onder restrictie van minimumkwaliteit	<b>Doelstelling 1:</b> Zo laag mogelijke kostprijs onder restrictie van minimumkwaliteit	<b>Doelstelling 2:</b> Zo hoog mogelijke kwaliteit onder restrictie van maximum kostprijs	<b>Doelstelling 3:</b> Gunstigste verhouding kwaliteit en kostprijs onder restrictie van minimumkwaliteit
1.	Voldoende concurrentie	Voldoende concurrentie	Voldoende concurrentie	Voldoende concurrentie	Voldoende concurrentie	Voldoende concurrentie
2.	Gelijk speelveld	Gelijk speelveld	Gelijk speelveld	Gelijk speelveld	Gelijk speelveld	Gelijk speelveld
3.	Minimumkwaliteits-eisen	Minimumkwaliteits-eisen	Minimumkwaliteits-eisen	Minimumkwaliteits-eisen	Minimumkwaliteits-eisen	Minimumkwaliteits-eisen
4.	Adequate mogelijkheden voor sancties	Adequate mogelijkheden voor sancties	Adequate mogelijkheden voor sancties	Adequate mogelijkheden voor sancties	Adequate mogelijkheden voor sancties	Adequate mogelijkheden voor sancties
5.				Transparantie kostprijs		Transparantie kostprijs
6.					Transparantie eerder geleverde kwaliteit: specificeren en meten	Transparantie eerder geleverde kwaliteit: specificeren en meten
7.		Contracteerbaarheid te leveren kwaliteit: specificeren, meten en verifiëren	Contracteerbaarheid te leveren kwaliteit: specificeren, meten en verifiëren			

rentie tussen bestaande marktpartijen onderling als de concurrentie tussen bestaande marktpartijen en nieuwe toetreders. Wanneer bepaalde spelers om oneigenlijke redenen een substantiële voorsprong hebben op hun concurrenten – bijvoorbeeld omdat zij over additionele inkomstenbronnen beschikken die hen in staat stellen om kruissubsidiëring toe te passen – bestaat het risico dat de opleidingsplaatsen niet bij de beste aanbieders terechtkomen. De extra financiële middelen waarover men in dat geval beschikt zouden gebruikt kunnen worden om tijdens een aanbesteding de benodigde vergoeding per opleidingsplaats vanuit strategisch oogpunt zeer laag te stellen met als doel om andere aanbieders van de markt te drukken. Hoewel deze vorm van concurrentievervalsing op grond van de Mededingingswet in beginsel niet is toegestaan, is het in de praktijk lastig aan te tonen. Kruissubsidiëring kan er toe leiden dat (op langere termijn) onvoldoende keuzemogelijkheden resteren. Met name potentiële toetreders kunnen last ondervinden van een ongelijk speelveld.

Het kan wenselijk zijn om met behulp van overheidsmaatregelen een speelveld in bepaalde mate te effenen. Op dit gebied zijn symmetrische en asymmetrische maatregelen te onderscheiden.<sup>53</sup> Een voorbeeld van een symmetrische maatregel is het verlagen van generieke toetredingsbarrières. Asymmetrische maatregelen zijn bijvoorbeeld het bieden van een (subsidie)voordeel aan benadeelde marktpartijen, het opleggen van een biedhandicap aan zittende aanbieders of het organiseren van een aparte aanbesteding voor nieuwkomers. Asymmetrische maatregelen kennen als nadeel dat ze veelal moeilijk uit te werken zijn en dus nogal eens aanleiding geven tot zogeheten overheidsfalen. Bovendien kunnen asymmetrische maatregelen op juridische bezwaren stuiten, omdat ze op gespannen voet staan met algemene rechtsbeginselen zoals rechtsgelijkheid en proportionaliteit.

#### *Ad 3) Minimumkwaliteitseisen*

Teneinde het publiek belang kwaliteit op voorhand zoveel mogelijk te borgen, is het belangrijk te voorkomen dat door de introductie van marktprikkels de kwaliteit onder een vooraf bepaald minimumniveau komt. Een voor de hand liggende oplossing is alleen marktpartijen die aan bepaalde minimumkwaliteitseisen voldoen te laten deelnemen aan de uiteindelijke allocatie.

---

<sup>53</sup> CPB (2003), *Equal rules or equal opportunities? Demystifying level playing field*, CPB Document 34, Den Haag.



#### *Ad 4) Adequate mogelijkheden voor sancties*

Sanctiemogelijkheden zijn nodig om te voorkomen dat marktpartijen na afloop van de allocatie bijvoorbeeld de toebedeelde nieuwe opleidingsplaatsen niet realiseren, waardoor (op termijn) de toegankelijkheid van gezondheidszorg in het geding komt. Wanneer de best presterende opleidingsziekenhuizen en opleiders een deel van de gewenste instroom krijgen toegewezen, maar deze niet blijken te (kunnen) realiseren heeft de gekozen verdeling immers niet het beoogde resultaat. Het is bij een marktconforme allocatie van groot belang dat marktpartijen worden geprikkeld om alleen realistische toezeggingen te doen. Mogelijke sancties zijn bijvoorbeeld boetes en tijdelijke uitsluiting van deelname aan een volgende allocatieronde.

Afhankelijk van de gekozen doelstelling dient bij **prestatieafhankelijke allocatie** daarbovenop ook voldaan te zijn aan de volgende **aanvullende randvoorwaarden**: (5) transparantie ten aanzien van de reële kostprijs van een opleidingsplaats en/of (6) transparantie ten aanzien van de opleidingskwaliteit.

#### *Ad 5) Transparantie kosten*

Wanneer er voor gekozen wordt om de kostprijs van een opleidingsplaats mee te nemen bij de allocatie van nieuwe opleidingsplaatsen – dit betreft de eerste en laatste van de eerder genoemde mogelijke doelstellingen – is het bij prestatieafhankelijke allocatie cruciaal dat er transparantie is ten aanzien van kosten. Betrouwbare informatie over de reële kostprijs van een opleidingsplaats is namelijk essentieel om zichtbaar te maken welke opleidingsziekenhuizen relatief goedkoop en welke relatief duur zijn. Bij een aanbesteding is deze transparantie ten aanzien van de reële kostprijs niet nodig. Als sprake is van voldoende concurrentie, een gelijk speelveld en voldoende transparantie ten aanzien van kwaliteit zorgt de onderlinge strijd tussen opleidingsziekenhuizen om de beschikbare nieuwe opleidingsplaatsen ervoor dat de uiteindelijke ‘winnaars’ een marktconforme vergoeding per opleidingsplaats ontvangen. De werkelijke kostprijs van de betreffende vervolgopleiding wordt in dat geval als het ware ‘uit de markt getrokken’.

#### *Ad 6) Transparantie kwaliteit*

Wanneer er voor gekozen wordt om bij de allocatie (ook) relatieve kwaliteitsverschillen in ogenschouw te nemen (doelstelling 2 en 3), is transparantie van kwaliteit noodzakelijk. Hiervoor is het nodig dat de belangrijkste aspecten van kwaliteit eenduidig en objectief in meetbare indicatoren te vatten is. Om te

voorkomen dat marktpartijen hun inspanningen eenzijdig gaan richten op die kwaliteitsaspecten waarop ze primair worden beoordeeld, is het van belang dat een set van indicatoren wordt ontwikkeld waarmee alle relevante complementaire onderdelen van kwaliteit in kaart worden gebracht. Wanneer bepaalde kwaliteitsaspecten onvoldoende specificeerbaar en/of meetbaar zijn en derhalve niet bij de beoordeling van marktpartijen kunnen worden betrokken, dan bestaat namelijk het gevaar dat een uitruil ontstaat tussen kosten en deze kwaliteitsaspecten. Zeker wanneer naast de geleverde kwaliteit ook de kostprijs een onderdeel is waarop marktpartijen worden beoordeeld.

In aanvulling op de vier algemene randvoorwaarden geldt bij **aanbesteding** de **extra voorwaarde** dat de opleidingskwaliteit contracteerbaar moet zijn. Dit is een noodzakelijk randvoorwaarde wanneer doelstelling 2 of 3 wordt nagestreefd.

#### *Ad 7) Contracteerbaarheid kwaliteit*

Waar bij prestatieafhankelijke allocatie transparantie ten aanzien van kwaliteit in de regel voldoende is, is het bij aanbesteding belangrijk dat kwaliteit ook verifieerbaar is. Verifieerbaar wil zeggen dat een onafhankelijk derde partij (bijvoorbeeld een rechtbank) na afloop – indien nodig – kan vaststellen of de beloofde kwaliteit ook werkelijk is gerealiseerd. Wanneer dit niet het geval blijkt te zijn dan moet de marktpartij een sanctie (bijvoorbeeld in de vorm van een boete) opgelegd krijgen. De eis van verifieerbaarheid is belangrijk, omdat marktpartijen bij een aanbesteding niet zozeer worden beoordeeld op de in het verleden geleverde kwaliteit, maar op de beloftes ten aanzien van kwaliteit die ze (tegen een bepaalde vergoeding) de komende periode gaan leveren. Indien een dergelijke verificatie niet kan plaatsvinden, dan is kwaliteit onvoldoende contracteerbaar zodat op dat punt sprake is van contractfalen.<sup>54</sup>

#### **4.5.3 Kritische randvoorwaarden vs. huidige marktsituatie**

In deze paragraaf toetsen we in hoeverre de huidige opleidingsmarkt in Nederland voldoet aan de kritische randvoorwaarden voor een verantwoorde introductie van een marktconform allocatiemodel. Allereerst bespreken we de vier randvoorwaarden die gelden voor elk marktconform allocatiemodel. Dit

---

<sup>54</sup> In de economische theorie is sprake van een contract wanneer transactiepartners vandaag vastleggen wat zij morgen beloven te zullen doen, al dan niet afhankelijk van de toekomstige omstandigheden. De transactiepartners trachten zich op die manier te binden aan hun toekomstig gedrag zodat hun beloftes geloofwaardig worden. Zie Teulings, C.N., A.L. Bovenberg en H.P. van Dalen (2005), *De cirkel van goede intenties: de economie van het publieke belang*, Amsterdam University Press.

zijn achtereenvolgens (1) een voldoende concurrentie-intensiteit, (2) een gelijk speelveld, (3) de aanwezigheid van minimumkwaliteitseisen en (4) de mogelijkheden voor sancties. Vervolgens gaan we in op twee aanvullende randvoorwaarden voor een prestatieafhankelijke allocatie, te weten (5) inzicht in de reële kostprijs en (6) inzicht in de kwaliteit van een bepaalde opleidingsplaats. Tenslotte komt aan de orde of voldaan wordt aan de extra randvoorwaarde voor aanbesteding, namelijk dat (7) de kwaliteit van een opleidingsplaats contracteerbaar is.

*Ad 1) Voldoende concurrentie-intensiteit*

De concurrentie-intensiteit is in de eerste plaats afhankelijk van de totale beschikbare **instroomcapaciteit** in relatie tot de **gewenste instroom**. Alleen wanneer de beschikbare instroomcapaciteit groter is dan het gewenste aantal nieuwe opleidingsplaatsen valt er iets te kiezen en zullen bij een marktconforme allocatie ziekenhuizen *ceteris paribus* een extrinsieke prikkel ondervinden om goede prestaties te leveren. Uit het meest recente Capaciteitsplan van het CO blijkt dat voor bepaalde medisch specialistische vervolgopleidingen de komende jaren een (fors) lagere instroom wenselijk is, terwijl voor andere vervolgopleidingen juist geldt dat een stijging van de instroom nodig is.<sup>55</sup> In tabel 6 zijn per vervolgopleiding cijfers opgenomen over de geraamde en gerealiseerde instroom in 2005 en de door het CO geraamde benodigde instroom in 2006 en latere jaren.

De introductie van een marktconform allocatiemodel lijkt vooralsnog *problematisch* voor de specialismen waarvoor een (forse) uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen nodig is, terwijl tegelijkertijd is gebleken dat de gewenste instroom in 2005 om wat voor reden dan ook niet gerealiseerd werd. Voor deze vervolgopleidingen staat het sein feitelijk tweemaal op rood. Uit tabel 6 blijkt dat deze situatie zich bij een achttal medisch specialistische vervolgopleidingen voordoet, te weten: keel-neus-oorheelkunde, klinisch genetica, medische microbiologie, neurochirurgie, neurologie, oogheelkunde, radiologie en verloskunde/gynaecologie. Bij vier van deze specialismen bedraagt het verschil tussen de in 2006 door het CO geadviseerde instroom en het aantal in 2005 gerealiseerde nieuwe opleidingsplaatsen overigens slechts één tot vier

---

<sup>55</sup> Capaciteitsorgaan (2006), *Capaciteitsplan 2005*, Utrecht. Zoals reeds eerder opgemerkt heeft minister Hoogervorst de Tweede Kamer laten weten dat hij "over de hele linie een zeker overschot [aan zorgpersoneel] wenselijk acht." Aangezien op dit moment nog onduidelijk is welke precieze gevolgen dit heeft voor de in 2008 gewenste instroom gaan we er vooralsnog vanuit dat de door het CO opgestelde raming richtinggevend is.

**Tabel 6:** Geraamde toekomstige instroom t.o.v. gerealiseerde instroom 2005

Vervolgopleiding	Totaal	Instroom			Toekomstige instroom	
	in 2005	in 2005			Advies	Δ% Rea-
	# aios	Advies CO	Realisatie	Δ% CO	CO 2006 e.v.	lisatie 2005
	# aios	# aios	# aios		# aios	
Anesthesiologie	330	85,5	86	0.6%	60,5	-29,7%
Cardiologie	319	48	68	41.7%	54,0	-20,6%
Cardio-thoracale chirurgie	27	11	12	9.1%	3,5	-70,8%
Heelkunde	448	83	86	3.6%	48,0	-44,2%
Kindergeneeskunde	384	39	44	12.8%	37,0	-15,9%
Klinische geriatrie	71	19	25	31.6%	19,0	-24,0%
Longziekten/tuberculose	168	38	40	5.3%	29,5	-26,3%
Nucleaire geneeskunde	43	9	12	33.3%	5,0	-58,3%
Reumatologie	60	18,5	19	2.7%	11,0	-42,1%
Revalidatiegeneeskunde	123	20	24	20.0%	15,5	-35,4%
Plastische chirurgie	70	12	12	0.0%	15,5	29,2%
Dermatologie/venerologie	101	34,5	33	-4.3%	26,5	-19,7%
Interne geneeskunde	799	123	113	-8.1%	98,5	-12,8%
Maag-darm-leverziekten	89	27	18	-33.3%	17,5	-2,8%
Orthopedie	230	55	52	-5.5%	41,0	-21,2%
Pathologie	99	26	25	-3.8%	18,5	-26,0%
Radiotherapie	81	15	13	-13.3%	12,0	-7,7%
Urologie	115	29	20	-31.0%	18,5	-7,5%
Keel-neus-oorheelkunde	102	41	20	-51.2%	27,5	37,5%
Klinische genetica	44	12	11	-8.3%	12,0	9,1%
Medische microbiologie	61	13	10	-23.1%	11,0	10,0%
Neurochirurgie	43	5	1	-80.0%	5,0	400,0%
Neurologie	272	68,5	44	-35.8%	54,0	22,7%
Oogheelkunde	113	69,5	25	-64.0%	43,0	72,0%
Radiologie	259	79	49	-38.0%	77,0	57,1%
Verloskunde/gynaecologie	289	40	37	-7.5%	41,0	10,8%
<b>Totaal</b>	<b>4.740</b>	<b>1.020,5</b>	<b>899</b>	<b>-11.9%</b>	<b>801,5</b>	<b>-10,8%</b>

Bron: eigen berekeningen o.b.v. gegevens uit het *Capaciteitsplan 2005* en tabel 3 blz. 20.

plaatsen (al is dit verschil bij neurochirurgie *relatief* erg groot). Voor de vier overige specialismen – keel-neus-oorheelkunde, neurologie, oogheelkunde en radiologie – zijn de verschillen dermate groot dat van een marktconforme allocatie van opleidingsplaatsen voorlopig geen positieve effecten te verwachten zijn.

Concurrentie om de markt is het meest kansrijk, andere belemmerende factoren even buiten beschouwing gelaten, bij de vervolgopleidingen waarvoor geldt dat de huidige instroomcapaciteit straks niet volledig nodig zal zijn om de gewenste instroom te realiseren. Er is dan sprake van een (tijdelijke) 'overcapaciteit' die het mogelijk maakt om de bestaande opleidingsziekenhuizen met elkaar te laten concurreren om nieuwe opleidingsplaatsen. Ten opzichte van de gerealiseerde instroom in 2005 is de procentuele afname van de geadviseerde toekomstige instroom het grootst voor cardio-thoracale chirurgie (-70,8%) en nucleaire geneeskunde (-58,3%). Ook voor de medisch specialismen anesthesiologie (-29,7%), cardiologie (-20,6%), heelkunde (-44,2%), klinische geriatrie (-24,0%), longziekten en tuberculose (-26,3%), orthopedie (-21,2%), pathologie (-26,0%), reumatologie (-42,1%) en revalidatiegeneeskunde (-35,4%) geldt dat meer dan een vijfde van de huidige instroomcapaciteit op termijn niet langer nodig is. Dit betekent dat de opleidende medisch specialisten in totaal minder aios onder hun hoede krijgen.

Behalve een afname van de gewenste instroom kan ook een uitbreiding van de beschikbare opleidingscapaciteit de onderlinge concurrentie tussen opleidingsziekenhuizen doen toenemen. Om te garanderen dat een aios voldoende begeleiding krijgt, geldt er een maximumnorm voor het aantal aios dat per fte medisch specialist in opleiding mag zijn. Deze norm bedraagt in het algemeen 1,5:1 maar is bij bepaalde specialismen naar beneden bijgesteld (zie paragraaf 3.2.4). Deze door het CCMS vastgestelde maximumnorm is echter minder restrictief dan het op het eerste gezicht lijkt. Het betreft namelijk niet de verhouding tussen aios en de erkende opleiders, maar de verhouding tussen aios en het totaal aantal medisch specialisten dat "in de [opleidings]inrichting werkzaam [is] en bij de opleiding betrokken [is]."<sup>56</sup> Om meer aios te mogen opleiden is het voor een ziekenhuis dus niet noodzakelijk om een extra erkende opleider in huis te halen, maar kan in principe volstaan worden met het aantrekken van een extra medisch specialist.

---

<sup>56</sup> Zie [http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_R1687471386603255](http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_100_TICH_R1687471386603255) (blz. 46).

**Tabel 7: Aantal erkende opleidingsinstellingen en opleidingsclusters**

Vervolgopleiding	Erkende opleidingsinstellingen (augustus 2006)		Opleidingsclusters (januari 2006)
	Gehele opleiding	Deel van opleiding	
Anesthesiologie	9 <sup>a</sup>	3	9
Cardiologie	13	20	13
Cardio-thoracale chirurgie	9	-	10
Dermatologie/venerologie	9	6	8
Heelkunde	- <sup>a</sup>	52	8
Interne geneeskunde	62	1	8
Keel-neus-oorheelkunde	- <sup>a</sup>	29	8
Kindergeneeskunde	- <sup>a</sup>	35	7
Klinische genetica	8	-	8
Klinische geriatrie	15	-	3
Longziekten/tuberculose	23	-	22
Maag-darm-leverziekten	- <sup>a</sup>	22	9
Medische microbiologie	9	8	9
Neurochirurgie	8	3	8
Neurologie	15	9	15
Nucleaire geneeskunde	9	-	9
Oogheelkunde	9	2	9
Orthopedie	- <sup>a</sup>	29	7
Pathologie	- <sup>a</sup>	26	8
Plastische chirurgie	10	2	9
Radiologie	26	-	18
Radiotherapie	13	-	9
Reumatologie	- <sup>a</sup>	17	9
Revalidatiegeneeskunde	- <sup>a</sup>	44	15
Urologie	- <sup>a</sup>	23	7
Verloskunde/gynaecologie	- <sup>a</sup>	35	8

Noot:

a. Aios moeten deze vervolgopleiding verplicht in meerdere opleidingsinstellingen volgen.

Bron: eigen onderzoek ECRi o.b.v. gegevens website KNMG/MSRC.

De concurrentie is in de regel minder intensief wanneer het aantal marktpartijen beperkt is. Met name wanneer tussen de aanwezige marktpartijen allerlei verbanden bestaan, neemt de kans op onderling afgestemd gedrag toe. Zoals uit tabel 7 blijkt, geldt voor het merendeel van de medisch specialismen dat de erkende opleidingsziekenhuizen nauw met elkaar samenwerken in een beperkt aantal opleidingsclusters. De meeste van deze samenwerkingsverbanden zijn georganiseerd rondom een UMC in een zogeheten OOR (zie paragraaf 3.2.3). Slechts bij een beperkt aantal specialismen zijn grootschalige

samenwerkingsverbanden afwezig, zodat sprake is van relatief veel zelfstandige opleidingsinstellingen. Dit betreft cardio-thoracale chirurgie, klinische genetica, longziekten en tuberculose, medische microbiologie, neurologie en pathologie. Hoewel het tot op zekere hoogte vanuit het oogpunt van kwaliteit gewenst is (zie paragraaf 4.3.2), zorgt de samenwerking in clusterverband ervoor dat opleidingsziekenhuizen regelmatig contact met elkaar hebben en ook van elkaar afhankelijk zijn. Zeker in combinatie met het feit dat tussen ziekenhuizen op meerdere fronten dan alleen opleiden van oudsher (sterke) onderlinge relaties bestaan, maakt dit het relatief gemakkelijk om (stilzwijgende) afstemming van marktgedrag af te dwingen of te handhaven.

Voor een goede beoordeling van de concurrentie-intensiteit op de opleidingsmarkt moet tenslotte ook gekeken worden naar de mogelijkheden van toetreding. De dreiging van toetreders kan de concurrentie om opleidingsplaatsen versterken. Aangezien de MSRC bij het verlenen van erkenningen mede rekening lijkt te houden met de gewenste opleidingscapaciteit, zou er momenteel sprake kunnen zijn van een latente opleidingscapaciteit. Op basis van de eerder gesignaleerde knelpunten van de huidige verdeelsystematiek, is toetreding van nieuwe opleiders en opleidingsziekenhuizen ons inziens echter niet vanzelfsprekend. De verplichting dat nieuwe opleidingsziekenhuizen een samenwerkingsovereenkomst met een bestaand (academisch) opleidingsziekenhuis moeten kunnen overleggen, zorgt ervoor dat met name de UMC's mogelijkheden bezitten om toetreding te frustreren (zie paragraaf 3.2.3). Ten tweede zijn bepaalde erkenningseisen niet eenduidig te interpreteren wat de betreffende WV'en in staat stelt om deze tot op zekere hoogte naar eigen inzicht toe te passen (zie paragraaf 3.2.4). Toetreding zou ook kunnen plaatsvinden door buitenlandse (academische) opleidingsziekenhuizen. Op korte termijn lijkt dit – gelet op de toetsing aan de erkenningseisen van het CCMS – nog geen reële mogelijkheid om de opleidingscapaciteit effectief te vergroten.

Op grond van het bovenstaande concluderen wij dat er bij een aantal medisch specialistische vervolgopleidingen op dit moment sprake is van onvoldoende concurrentie-intensiteit, terwijl er bij andere specialismen juist sprake is van een aanzienlijke en toenemende opleidingscapaciteit. Dit biedt mogelijkheden voor een gefaseerde invoering van een marktconform allocatiemodel, waarbij wordt gestart met de opleidingen waar de concurrentie-intensiteit het hoogst is.

### *Ad 2) Gelijk speelveld*

Voor een goede marktconforme allocatie van nieuwe opleidingsplaatsen is het eveneens belangrijk dat de verschillende marktpartijen onder gelijke voorwaarden en omstandigheden met elkaar concurreren. Momenteel is een gelijk speelveld niet gegarandeerd, omdat de precieze kosten van ziekenhuizen onvoldoende transparant zijn. Dit betekent dat bij een toenemende 'prijsconcurrentie' op de opleidingsmarkt sommige opleidingsziekenhuizen met kruissubsidies op een oneigenlijke manier meer nieuwe opleidingsplaatsen kunnen verwerven. In dit kader vergt bijvoorbeeld de mogelijk ongelijke uitgangspositie van de UMC's en de grote topklinische opleidingsziekenhuizen enerzijds en de kleinere algemene opleidingsziekenhuizen de aandacht. Ook zouden ziekenhuizen met relatief veel opleidingsplaatsen waarvoor de vergoeding de kosten ruim overtreft, de winst kunnen gebruiken voor investeringen in minder winstgevende opleidingsplaatsen, teneinde ziekenhuizen met relatief veel van deze opleidingsplaatsen van de markt te drukken. Tenslotte zou kruissubsidiëring ook kunnen worden toegepast tussen een winstgevende vervolgopleiding en een vervolgopleiding die – al dan niet in de vorm van een experiment – via een aanbestedingsveiling wordt gealloceerd.

### *Ad 3) Minimumkwaliteitseisen*

Op grond van de Regeling specialisten geneeskunst heeft het CCMS onder andere als taak om "de eisen [vast te stellen] voor de erkenning van opleiders, opleidingsinrichtingen en opleidingsinstituten, en de voorwaarden die aan erkenning kunnen worden verbonden."<sup>57</sup> Het CCMS houdt bij het uitoefenen van deze taak voor elk specialisme nadrukkelijk rekening met het beroepsprofiel dat de betreffende beroepsverenigingen of wetenschappelijke verenigingen heeft opgesteld. De verschillende WV'en zijn dan ook nauw betrokken bij de vaststelling van de eisen en verplichtingen in het algemene kaderbesluit en de besluiten die specifiek betrekking hebben op het 'eigen' specialisme. Gezien deze betrokkenheid is er alle reden om aan te nemen dat de huidige minimumkwaliteitseisen (meer dan) adequaat zijn. Ook de door de MSRC periodiek uitgevoerde visitaties dragen er in belangrijke mate aan bij dat de minimumkwaliteit van de medische specialistische vervolgopleidingen in Nederland zoveel mogelijk gewaarborgd is.

---

<sup>57</sup> Zie [http://knmg.artsennet.nl/content/resources/AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_L1208612644/AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_R154683406776945/](http://knmg.artsennet.nl/content/resources/AMGATE_6059_100_TICH_L1208612644/AMGATE_6059_100_TICH_R154683406776945/).



#### *Ad 4) Adequate mogelijkheden voor sancties*

Zoals in paragraaf 3.1 naar voren is gebracht, is het binnen de huidige verdeelsystematiek elk jaar onzeker of de binnen het BOLS afgesproken verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen ook werkelijk gerealiseerd wordt. Wanneer een dergelijke onzekerheid zich ook bij een marktconforme verdeling zou voordoen, ondergraaft dit feitelijk de werking van het gehanteerde allocatiemechanisme. Om te voorkomen dat marktpartijen ongestraft onrealistische voorstellen ten aanzien van de door hen gewenste instroom kunnen doen, is het noodzakelijk dat adequate sanctiemogelijkheden voorhanden zijn. De dreiging van sancties zal zowel opleidingsziekenhuizen als opleiders prikkelen om voorafgaand aan de uiteindelijk verdeling een realistische inschatting van de beschikbare instroomcapaciteit te maken. Meest voor de handliggende sanctiemogelijkheden is om met de ziekenhuizen – bijvoorbeeld via een ‘prestatiecontract’ – bindende afspraken te maken over de realisatie van het aantal nieuwe opleidingsplaatsen dat ze krijgen toebedeeld. Indien dit vanuit het oogpunt van administratieve lasten ongewenst en/of juridische problemen met zich meebrengt, dan zou ook gekozen kunnen worden voor meer indirecte sanctiemogelijkheden. Zo zouden eerdere ‘realisatieproblemen’ bij iedere nieuwe verdeelronde als (zwaarwegend) negatief beoordelingscriterium meegenomen kunnen worden. Merk op dat een opleidingsziekenhuis dat als gevolg van eerder gedrag geen of minder nieuwe opleidingsplaatsen krijgt toebedeeld ook geen of minder geld ontvangt uit het opleidingsfonds.

Naast de vier algemene randvoorwaarden gelden voor **prestatieafhankelijke allocatie** twee **aanvullende randvoorwaarden**.<sup>58</sup>

#### *Ad 5) Transparantie kosten*

Hoewel de verschillende kostprijsonderzoeken die de afgelopen jaren zijn uitgevoerd veel bruikbare informatie hebben opgeleverd,<sup>59</sup> bestaat op dit moment nog veel onduidelijkheid over de precieze kosten die het opleiden van aios met zich meebrengt. Bij het vaststellen van de huidige uniforme vergoedingsbedragen was men dan ook genoodzaakt een pragmatische aanpak te kiezen:<sup>60</sup> *“De overeengekomen bedragen zijn gebaseerd op een kostenonderzoek van Prismant uit 2001, aangevuld met eigen cijfers van de oplei-*

---

<sup>58</sup> Merk op dat deze aanvullende randvoorwaarden ook van toepassing zijn bij een model van maatstafconcurrentie (paragraaf 4.2).

<sup>59</sup> Zie bijvoorbeeld Prismant (2004), *Opleidingskosten gefinancierd*, publicatienummer 204.11, Utrecht.

<sup>60</sup> CTG/ZAio (2005), *Nieuwe bekostiging zorgopleidingen*, voorlegger A 05-61-a6.

*dingsziekenhuizen. De definitieve bedragen zijn een onderhandelingsresultaat en kennen geen exacte onderbouwing. Er wordt rekening gehouden met een niet nader onderbouwd schaalvoordeel.*” Zoals eerder opgemerkt vereist zowel de invoering van maatstafconcurrentie (zie paragraaf 4.2) als een vorm van prestatieafhankelijke allocatie op basis van kostprijsverschillen dat betrouwbare informatie beschikbaar is over de reële kostprijs van een opleidingsplaats. Momenteel is niet aan deze randvoorwaarde voldaan. In het bijzonder omdat onvoldoende zicht bestaat op eventuele verschillen in kostprijs tussen medisch specialismen en de mogelijke invloed van niet-beïnvloedbare factoren op de opleidingskosten van ziekenhuizen.

#### *Ad 6) Transparantie kwaliteit*

Momenteel is slechts zeer beperkt vergelijkbare en betrouwbare informatie voorhanden over mogelijke kwaliteitsverschillen tussen Nederlandse opleidingsziekenhuizen. Hoewel ieder erkend opleidingsziekenhuis – en de daar werkzame erkende opleiders – aan de door het CCMS vastgestelde minimumkwaliteitseisen voldoen, is het erg onwaarschijnlijk dat de kwaliteit van de opleiding overal gelijk is. De geldende eisen en verplichtingen bieden opleidingsziekenhuizen en opleiders namelijk voldoende ruimte om een medisch specialistische vervolgopleiding naar eigen goeddunken nader vorm te geven.<sup>61</sup> Om kwaliteitsconcurrentie te kunnen bevorderen en om te voorkomen dat invoering van een marktconforme allocatie van nieuwe opleidingsplaatsen tot een ongewenste achteruitgang in kwaliteit leidt, is het cruciaal dat een set van adequate kwaliteitsindicatoren beschikbaar is. Deze vorm van transparantie is op dit moment afwezig. Hoewel op dit moment nog onduidelijk is in hoeverre alle relevante kwaliteitsaspecten voldoende specificeerbaar en meetbaar zijn, biedt de constatering van het CCMS dat de uiteindelijke kwaliteit van een opleiding in belangrijke mate bepaald wordt door de omstandigheden waaronder deze plaatsvindt een belangrijk aanknopingspunt. Het “heersende

---

<sup>61</sup> Ook in het buitenland bestaat aandacht voor het feit dat een dergelijke vrijheid kan leiden tot kwaliteitsverschillen tussen opleidingsziekenhuizen. Zie bijvoorbeeld Koczwara, B. e.a. (2005), ‘Achieving equal standards in medical education: is a national exit examination the answer?’, *Medical Journal of Australia*, 182(5): 228-230. Hier stellen de auteurs het volgende: “Although it is commonly assumed that the quality of medical school education in Australia is uniformly high, there is no national process for assessing its outcomes. (...) While Australian medical schools take considerable care in selecting applicants and introducing innovative teaching methods, their programs vary substantially in both process and content. (...) While diversity of teaching methods and content may be desirable, it is important to ensure that the outcomes of the teaching process are an appropriate standard, irrespective of methods. At present, there is no process to evaluate these outcomes.”

opleidingsklimaat” moet namelijk zodanig zijn dat “de randvoorwaarden aanwezig zijn waaronder een opleiding tot stand kan komen en in stand kan blijven met een zo groot mogelijk rendement voor de individuele aios.”<sup>62</sup> Hoewel uit onderzoek is gebleken dat de werk- en opleidingsomstandigheden van Nederlandse aios lang niet altijd optimaal zijn,<sup>63</sup> is kwantitatief onderzoek naar relatieve kwaliteitsverschillen tussen (typen) opleidingsziekenhuizen onderling zeer schaars.<sup>64</sup>

Tenslotte geldt voor **aanbesteding** nog een **extra randvoorwaarde**:

#### *Ad 7) Contracteerbaarheid kwaliteit*

Wanneer gekozen zou worden voor een vorm van aanbesteding waarbij marktpartijen (mede) worden geselecteerd op basis van de opleidingskwaliteit die zij beloven te gaan leveren, dan moeten de betreffende kwaliteitsaspecten niet alleen specificeerbaar en meetbaar zijn, maar ook verifieerbaar. Dit betekent dat achteraf met een zekerheid grenzende waarschijnlijkheid moet kunnen worden vastgesteld of marktpartijen de beloofde prestaties ook daadwerkelijk hebben geleverd. Alleen wanneer aan deze drie eisen is voldaan, is kwaliteit contracteerbaar en zou met marktpartijen op dit gebied bindende afspraken kunnen worden gemaakt. Aangezien op dit moment geen sprake is van adequate kwaliteitsindicatoren, wordt aan deze randvoorwaarde überhaupt niet voldaan.

#### **4.6 Opleidingsspecifieke investeringen**

De invoering van een marktconform allocatiemodel brengt voor marktpartijen onzekerheden met zich mee. In tegenstelling tot wat bij de huidige verdeelsystematiek het geval is, geldt bij zowel aanbesteding als prestatieafhankelijke allocatie dat het aantal nieuwe opleidingsplaatsen dat een opleidingsziekenhuis krijgt toebedeeld (mede) bepaald wordt door de relatieve prestaties zodat een bepaalde instroom niet (langer) zonder meer gegarandeerd is.

---

<sup>62</sup> Zie [http://knmg.artsennet.nl/content/resources/AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_L698161609/AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_R1560811149673000//](http://knmg.artsennet.nl/content/resources/AMGATE_6059_100_TICH_L698161609/AMGATE_6059_100_TICH_R1560811149673000//).

<sup>63</sup> Heijden, F.M.M.A. e.a. (2006), 'Toegewijd, maar oververmoeid', *Medisch Contact*, 10 november, blz. 1792-1795. Inmiddels heeft de Arbeidsinspectie aangekondigd in 2007 steekproefsgewijs de werkdruk van aios in ziekenhuizen te gaan controleren. Zie het bericht 'Inspectie onderzoekt werkdruk artsen in opleiding' in *NRC Handelsblad* van 9 december 2006.

<sup>64</sup> Een uitzondering vormt de interessante studie van Boor, K. e.a. 2005. 'Academie of periferie? Waardering door de leerling', *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 24(2), blz. 87-94.

Als opleidingsziekenhuizen het risico lopen om van het een op het andere jaar (veel) minder nieuwe opleidingsplaatsen toegewezen te krijgen, dan kan dit voor hen een dusdanige financiële onzekerheid met zich meebrengen dat ze vanuit het perspectief van de publieke belangen bezien te weinig gaan investeren in de capaciteit en/of kwaliteit van de medisch specialistische vervolgoopleidingen. Het antwoord op de vraag in hoeverre een dergelijke situatie van onderinvesteringen realistisch is, hangt in sterke mate af van (i) de financiële gevolgen die een kleinere instroom op korte termijn voor opleidingsziekenhuizen heeft en – in het verlengde daarvan – (ii) in hoeverre voor opleidingsactiviteiten substantiële (specifieke) investeringen met een relatief lange terugverdientijd vereist zijn.

#### *Financiële gevolgen kleinere instroom*

Indien een opleidingsziekenhuis in enig jaar een substantieel geringer aantal opleidingsplaatsen toegewezen zou krijgen dan in het jaar daarvoor dan kan dat op korte termijn aanzienlijke financiële consequenties hebben. Een simpel rekenvoorbeeld ter illustratie. Stel dat ziekenhuis A op enig moment in totaal honderd aios in dienst heeft en zodoende uit het opleidingsfonds een vergoedingsbedrag van € 13.500.000 ontvangt. Voor het jaar daarop geldt dat twintig aios hun vervolgoopleiding inmiddels hebben afgerond, terwijl als gevolg van de marktconforme allocatie het aantal nieuwe opleidingsplaatsen dat het betreffende opleidingsziekenhuis ‘slechts’ vijf bedraagt. Als gevolg hiervan neemt het vergoedingsbedrag dat ziekenhuis A ontvangt af tot € 11.475.000 (=  $85 * € 135.000$ ), zodat in deze hypothetische situatie een bezuiniging van € 2.025.000 ten opzichte van het voorgaande jaar nodig is. Er kan niet zonder meer vanuit gegaan worden dat een dergelijke kostenbesparing op korte termijn ook geheel haalbaar en/of vanuit kwaliteitsperspectief verantwoord is. Het vergoedingsbedrag dat opleidingsziekenhuizen per opleidingsplaats ontvangen bevat immers niet alleen de loonkosten van aios, maar ook bepaalde vaste kosten (overhead, kapitaallasten). Een belangrijk kenmerk van vaste kosten is dat deze op korte termijn slechts in (zeer) beperkte mate beïnvloedbaar zijn. Naarmate het risico van een (sterk) fluctuerende instroom toeneemt, wordt het waarschijnlijker dat een opleidingsziekenhuis ten aanzien van investeringen in de opleidingscapaciteit en -kwaliteit enige terughoudendheid zal betrachten.

#### *Investeringen t.b.v. opleidingsactiviteiten*

Om als opleidingsziekenhuis erkend te kunnen worden zijn zowel materiële als immateriële investeringen vereist. Ten aanzien van het laatste kan bij-

voorbeeld gedacht worden aan investeringen in de interne organisatie die nodig zijn om een gunstig 'opleidingsklimaat' te realiseren en te onderhouden, zodat de opleiders en hun aios optimaal kunnen functioneren. Voor zover ons bekend is geen informatie voorhanden over de kosten die hiermee gemoeid kunnen zijn. Wat betreft de vereiste materiële investeringen geldt dat ieder opleidingsziekenhuis in elk geval dient te beschikken over ruimtelijke voorzieningen die onderwijsactiviteiten mogelijk maken en ondersteunen. Volgens het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) vereisen de verschillende onderwijsactiviteiten echter geen zodanig specifieke investeringen dat deze uitsluitend voor onderwijsdoeleinden bruikbaar zijn:<sup>65</sup> *“Zo kunnen beoordelings- en begeleidingsgesprekken ook plaatsvinden in de werkkamer van de betrokken onderwijsfunctionaris en zijn algemene spreekkamers en vergader ruimten ook bruikbaar voor onderwijs in kleine groepen.”*

De zogeheten skillslabs vormen hierop een uitzondering. Deze bestaan uit een aantal multifunctionele praktijkruimtes waarin met behulp van moderne apparatuur, lotuspatiënten en computergestuurde poppen levensechte situaties kunnen worden nagebootst. Dergelijke ruimtes bieden mogelijkheden voor het aanleren en onderhouden van praktische vaardigheden zonder daarmee patiënten te belasten. Ook kunnen in een skillslab complexe vaardigheden in een veilige omgeving worden geoefend. Volgens de NFU kennen de skillslabs een afschrijvingstermijn van vijf jaar en bedragen de totale investeringskosten afhankelijk van de aanwezige voorzieningen ongeveer drie tot vier miljoen euro.<sup>66</sup> Op dit moment beschikken de UMC's en enkele grote algemene opleidingsziekenhuizen voor hun onderwijsactiviteiten over dergelijke moderne praktijkruimtes. Naarmate het risico van een (sterk) fluctuerende instroom toeneemt, zijn opleidingsziekenhuizen wellicht minder geneigd om fors te investeren in skillslabs. De kosten van deze zogeheten verzonken investeringen kunnen immers alleen worden terugverdiend als binnen de afschrijvingstermijn een bepaalde minimale bezettingsgraad gegarandeerd is. De vraag is echter in hoeverre de instroom van voldoende 'eigen' aios hiervoor noodzakelijk is. Het lijkt namelijk waarschijnlijk dat ook de aios van opleidingsziekenhuizen die niet zelf over een skillslab beschikken als mogelijke 'klanten' kunnen worden gezien. Deze opleidingsziekenhuizen zouden voor hun aios immers 'trainingsuren' elders kunnen inhuren (zie paragraaf 3.2.3).

---

<sup>65</sup> CBZ (2003), *Onderwijsvoorzieningen algemeen ziekenhuis*, signaleringsrapport uitgebracht aan de minister van VWS, Utrecht.

<sup>66</sup> NFU (2005), *Nieuwe bekostiging zorgopleidingen*, brief aan CTG/ZAio d.d. 17 november, Utrecht.

### *Mogelijke oplossing risico onderinvesteringen*

Gezien het voorgaande kan niet geheel worden uitgesloten dat de introductie van een marktconform allocatiemodel het gevaar van onderinvesteringen met zich meebrengt. Met name ten aanzien van de skillslabs kan zich de situatie voordoen dat als gevolg van een grotere onzekerheid omtrent de toekomstige instroom investeringen als te risicovol worden beoordeeld en zodoende onvoldoende van de grond komen. De oplossing om onderinvesteringen te voorkomen is opleidingsziekenhuizen meer financiële zekerheid te bieden. Dit kan allereerst door jaarlijks een deel van het gewenste aantal nieuwe opleidingsplaatsen op een marktconforme wijze te verdelen en het restant op basis van de (gemiddelde) instroom in het verleden toe te wijzen. Een dergelijke aanpak heeft wel als nadeel dat de marktprikkels in intensiteit afnemen: voor een deel van de nieuwe opleidingsplaatsen hoeft immers niet geconcentreerd te worden met andere marktpartijen. Een andere optie is om de marktconforme verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen niet jaarlijks maar periodiek – bijvoorbeeld om de drie jaar – te organiseren.<sup>67</sup> In dat geval weten opleidingsziekenhuizen na afloop van een verdeelronde hoeveel aiOS ze de komende jaren minimaal kunnen laten instromen. Opnieuw geldt dat de opleidingsziekenhuizen in dat geval weliswaar te maken krijgen met marktprikkels, terwijl tegelijkertijd voldoende zekerheden worden geboden. Bijkomend voordeel is dat op deze manier de transactiekosten van een marktconforme allocatie (zoals de administratieve lasten) verminderen. Een periodieke verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen heeft als nadeel dat het voor de minister van VWS lastiger is om de instroom – indien gewenst – tussentijds naar beneden aan te passen.<sup>68</sup>

---

<sup>67</sup> Merk op dat in dat geval voorkomen moet worden dat gedurende deze periode bestaande erkenningen automatisch komen te vervallen omdat (tijdelijk) onvoldoende nieuwe aiOS instromen.

<sup>68</sup> Merk op dat een tussentijdse uitbreiding van de instroom – indien gewenst – gemakkelijker uitvoerbaar is. De wens om meer opleidingsplaatsen te realiseren conflicteert namelijk niet met de doelstelling van meer financiële zekerheid voor opleidingsziekenhuizen.

## 5. Beleidsadvies

Uit onze analyse van de verdeling en bekostiging van opleidingsplaatsen bij de medisch specialistische vervolgopleidingen is gebleken dat het huidige systeem belangrijke knelpunten kent. Vanuit het oogpunt van de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van gezondheidszorg is aanpassing van het huidige verdeel- en bekostigingssysteem dan ook wenselijk. Conform de onderzoeksopdracht hebben we onderzocht via welk systeem van marktprikkels een marktconform aanbod en marktconforme verdeling gerealiseerd kan worden. We hebben twee hoofdtypen van marktprikkels onderscheiden: concurrentie door vergelijking en concurrentie om de markt. Binnen elk van beide hoofdtypen zijn vervolgens twee varianten besproken en geanalyseerd. Bij concurrentie door vergelijking kan een onderscheid gemaakt worden tussen een 'zachte' variant (benchmarking) en een 'harde' variant (maatstafconcurrentie). Benchmarking achten wij vanwege de zwakke prikkels bij de huidige ongelijke machtsverdeling in de opleidingsmarkt weinig effectief. Maatstafconcurrentie is in potentie een effectiever instrument om de doelmatigheid van de opleidingen te bevorderen, al zijn hiervoor een aantal noodzakelijke randvoorwaarden nog niet vervuld. Een nadeel van maatstafconcurrentie is echter dat het (noodzakelijkerwijs) uitgaat van de bestaande, historisch gegroeide verdeling van opleidingsplaatsen. Voor een marktconforme verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen is concurrentie om de markt dan ook meer geschikt.

Bij concurrentie om de markt kan een onderscheid worden gemaakt tussen 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, omdat adequate kwaliteitsindicatoren ontbreken. Wanneer kwaliteit niet toetsbaar is, kan niet uitgesloten worden dat aanbesteding zodanig sterke prikkels voor kostenminimalisatie geeft dat daardoor de kwaliteit van de opleidingen in het geding komt. Een achteruitgang in opleidingskwaliteit heeft (op termijn) negatieve gevolgen voor de kwaliteit en betaalbaarheid van gezondheidszorg. Een bijkomend nadeel van aanbesteding zijn de relatief hoge uitvoeringskosten voor zowel de toewijzende instantie als de aanbieders van opleidingsplaatsen zelf.

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 mogelijkheden voor een geleidelijke introductie van marktprikkels. Door de prikkels die opleidingsziekenhuizen ondervinden af te stemmen op de beschikbaarheid van informatie, kan voorkomen worden dat een streven naar kostenminimalisatie ten koste gaat van de kwaliteit. Voorts zijn de uitvoeringskosten van prestatieafhankelijke allocatie waarschijnlijk aanzienlijk lager dan van aanbesteding. Op basis van onze bevindingen adviseren wij derhalve om te kiezen voor het introduceren van concurrentie om de markt via een prestatieafhankelijke allocatie van nieuwe opleidingsplaatsen.

Deze aanbeveling geldt in principe ook voor de overige opleidingen die onderdeel uitmaken van de eerste tranche van het opleidingsfonds (orthodontie, kaakchirurgie, huisartsenzorg, ziekenhuisfarmacie, klinisch fysica en klinisch chemie). Hoewel in dit onderzoek de aandacht specifiek is uitgegaan naar de medisch specialistische vervolgoopleidingen die het overgrote deel van de eerste tranche vormen, geldt namelijk ook voor genoemde opleidingen dat – ondanks enkele initiatieven – een set van gevalideerde en in de praktijk getoetste kwaliteitsindicatoren vooralsnog ontbreekt. Het lijkt daarom verstandig ten aanzien van deze opleidingen op korte termijn dezelfde route te kiezen als bij de medisch specialistische vervolgoopleidingen.<sup>69</sup>

Voor een verantwoorde introductie van prestatieafhankelijke allocatie dienen in ieder geval de volgende stappen te worden ondernomen (zie ook Bijlage D):

1. Om eind 2007 te kunnen beschikken over een eerste werkbare set van kwaliteitsindicatoren met behulp waarvan de belangrijkste aspecten van

---

<sup>69</sup> Wat betreft de vervolgopleiding tot huisarts kan artikel C.31 van het *Kaderbesluit* van het College voor Huisartsengeneeskunde, Verpleeghuisgeneeskunde en medische zorg voor verstandelijke gehandicapten (CHVG) op dit punt overigens een belemmering vormen. Daar staat namelijk dat de Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC) "bij de erkenning van een opleidingsinstituut de jaarlijkse instroom en de totale opleidingscapaciteit toe[wijst]." Zie [http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE\\_6059\\_100\\_TICH\\_R182339209279932](http://knmg.artsennet.nl/uri/?uri=AMGATE_6059_100_TICH_R182339209279932).



een vervolgopleiding adequaat in kaart worden gebracht, dient spoedig gestart te worden met het ontwikkelen en kwantificeren hiervan. Het verdient aanbeveling om deze kwaliteitsindicatoren onder regie van het CBOG in nauw overleg met betrokken veldpartijen te ontwikkelen, omdat juist bij hen de benodigde kennis aanwezig is. Er zijn diverse aanknopingspunten voor relevante kwaliteitsindicatoren. Zo is door buitenlandse experts reeds een gevalideerde vragenlijst ontwikkeld om het oordeel van aios over de kwaliteit van hun opleiding op een wetenschappelijk verantwoorde wijze te meten. Voorts zouden ook structuurparameters zoals de aanwezigheid van bepaalde opleidingsfaciliteiten of de verhouding tussen het aantal patiënten en aanwezige aios als kwaliteitsindicator kunnen worden gebruikt. Tenslotte kunnen ook de visitatierapporten van de MSRC bruikbare aanknopingspunten bevatten voor de ontwikkeling van relevante kwaliteitsindicatoren zonder dat de precieze inhoud ervan openbaar hoeft te worden gemaakt.

2. Als kwaliteitsindicatoren zijn ontwikkeld, dienen de opleidingsinstellingen toetsbare informatie hierover aan de toewijzende instantie aan te leveren om voor nieuwe plaatsen in aanmerking te komen. Instellingen zullen doorgaans bereid zijn om de gevraagde informatie aan te leveren indien dat een voorwaarde is om nieuwe opleidingsplaatsen toegewezen te krijgen. Om te voorkomen dat bij een bepaalde vervolgopleiding opleidingsziekenhuizen (eensgezind) zouden weigeren om de benodigde informatie aan te leveren, dient de wettelijke mogelijkheid te worden gecreëerd om opleidingsziekenhuizen te verplichten de benodigde informatie aan te leveren. Wellicht dat de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) hierbij behulpzaam kan zijn. Een van de doelstellingen van de WMG is namelijk het ontwikkelen en ordenen van markten met het oog op een doelmatig en doeltreffend stelsel van zorg. Een goed functionerende opleidingsmarkt zou hiertoe kunnen behoren. In dat geval beschikt de NZa op basis van de WMG over de mogelijkheid opleidingsziekenhuizen te verplichten om (periodiek) op een voorgeschreven wijze informatie te verstrekken over de geleverde prestaties. Wanneer de aldus verkregen vergelijkende informatie op een begrijpelijke wijze openbaar wordt gemaakt – bijvoorbeeld in de vorm van een periodieke monitortrapportage – heeft dit als voordeel dat eventuele kwaliteitsverschillen tussen opleidingsziekenhuizen niet alleen bij de toewijzing van nieuwe opleidingsplaatsen een rol

spelen. Aios zouden deze informatie dan ook kunnen gebruiken bij hun sollicitaties naar een opleidingsplaats. Op deze wijze ondervinden de opleidingsziekenhuizen en de opleidende medisch specialisten een extra prikkel om een zo goed mogelijk opleidingsklimaat te bieden.

3. Het CBOG dient vanaf 2008 de informatie over kwaliteitsverschillen tussen opleidingsziekenhuizen te gebruiken bij het opstellen van een transparant en onderbouwd toewijzingsvoorstel aan de minister van VWS. Marktpartijen die zichtbaar beter presteren, dienen – voor zover een eventuele gewenste regionale verdeling en mogelijke capaciteitsbeperkingen dat natuurlijk toelaten – ‘beloond’ te worden met een groter deel van de gewenste instroom.
4. Aangezien het niet waarschijnlijk is dat op korte termijn alle relevante kwaliteitsaspecten van de medisch specialistische vervolgopleidingen adequaat met behulp van indicatoren kunnen worden gekwantificeerd, is het raadzaam om te kiezen voor een – al dan niet per vervolgopleiding gedifferentieerd – ingroeimodel. Dat wil zeggen dat in eerste instantie slechts een deel (bijvoorbeeld 10% of 20%) van het gewenste aantal nieuwe opleidingsplaatsen op basis van geleverde kwaliteitsprestaties wordt toegewezen. De resterende instroom kan dan op basis van de historische gegroeide verdeling aan de opleidingsziekenhuizen worden toebedeeld. Naarmate meer betrouwbare informatie beschikbaar komt over mogelijke kwaliteitsverschillen kunnen de financiële risico's voor opleidingsziekenhuizen geleidelijk worden vergroot door een groter percentage nieuwe opleidingsplaatsen marktconform te alloceren. Met een dergelijke stapsgewijze aanpak zijn bij de totstandkoming van het huidige risicovereveningssysteem tussen zorgverzekeraars positieve ervaringen opgedaan. Door de hoogte van het financiële risico voor zorgverzekeraars te koppelen aan een verbetering van de kwaliteit van het vereveningssysteem, zijn zorgverzekeraars op een verantwoorde wijze geleidelijk steeds meer risicodragend gemaakt. Bovendien ondervonden zorgverzekeraars een permanente prikkel om zelf de informatie aan te leveren die nodig was om het systeem te verbeteren. Het verdient dus aanbeveling om de kracht van de marktconforme prikkels te koppelen aan de kwaliteit ervan: hoe beter de beschikbare informatie, hoe sterker de marktprikkels. De keuze voor een ingroeimodel heeft als bijkomend voordeel dat ook het ri-

sico van onderinvesteringen aanzienlijk wordt verkleind en eventueel bijtijds kan worden ondervangen.

5. Het is belangrijk om met behulp van ministeriële richtlijnen zoveel mogelijk te garanderen dat het CBOG bij het opstellen van een toewijzingsvoorstel objectieve criteria (kwaliteitsprestaties) hanteert. Indien dit onvoldoende effect sorteert, lijkt het verstandig om de marktpartijen meer op afstand te plaatsen. Zeker naarmate een groter deel van de gewenste instroom op basis van relatieve kwaliteit over de verschillende opleidingsziekenhuizen wordt verdeeld. Het opstellen van een toewijzingsvoorstel zou dan ondergebracht kunnen worden bij een onafhankelijke publiekrechtelijke instantie.
6. Om een marktconforme verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen tot een succes te maken is het nodig dat marktpartijen ter verantwoording geroepen kunnen worden als deze de toegewezen – en dus vooraf beloofde – instroom niet realiseren. Mogelijke sancties zijn bijvoorbeeld het opleggen van straffkortingen en (gedeeltelijke) uitsluiting van deelname aan een volgende allocatieronde.
7. Het is verstandig om de recent vastgestelde uniforme vergoedingsbedragen vooralsnog te handhaven. In de eerste plaats omdat een meer nauwkeurige bepaling van deze bedragen door de bestaande intransparantie ten aanzien van de reële kostprijs simpelweg niet mogelijk is. In de tweede plaats omdat onderlinge ‘prijsconcurrentie’ tussen opleidingsziekenhuizen om tot een (meer) reële kostprijs te komen als gevolg van de huidige marktomstandigheden momenteel niet verantwoord is. 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.
8. Niettemin verdient het aanbeveling om opleidingsinstellingen ook te verplichten tot het opstellen en verstrekken van kostprijsinformatie per type opleiding. Zodra deze informatie voldoende betrouwbaar is, zouden vervolgens de uniforme vergoedingsbedragen moeten worden aangepast en eventueel moeten worden gedifferentieerd naar vervolgopleiding om zo-

veel mogelijk een gelijk speelveld te creëren. Op termijn zou naast kwaliteitsindicatoren dan ook de kostprijs een rol kunnen gaan spelen bij de verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen. Dit vereist van de kant van de overheid dan wel een expliciete weging van kwaliteit en (meer)kosten.

9. Voor de vervolgopleidingen waarvoor geldt dat de concurrentie-intensiteit naar verwachting laag zal zijn, zullen de huidige opleidingsziekenhuizen geen extrinsieke prikkels hebben om hun kwaliteit te verbeteren. In dat geval moet nader onderzoek gedaan worden naar het waarom van dit gebrek aan concurrentie. Er kunnen in principe twee problemen spelen. Ten eerste kan het huidige vergoedingsbedrag ontoereikend zijn voor de betreffende vervolgopleiding, waardoor een uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor opleidingsziekenhuizen en/of opleiders financieel onaantrekkelijk is. In dat geval is een gedetailleerd kostprijsonderzoek nodig om vast te kunnen stellen of, en zo ja welke, gedifferentieerde vergoedingsbedragen wenselijk zijn om een uitbreiding van de bestaande opleidingscapaciteit uit te lokken. In dat kader kan ook het inzetten van volumeprikkels een nuttige rol vervullen, bijvoorbeeld door bij de betreffende specialismen het realiseren van extra opleidingsplaatsen te belonen met een financiële bonus. Merk op dat het in een dergelijke situatie in het belang van de opleidingsziekenhuizen is om mee te werken aan een dergelijk kostprijsonderzoek. Ten tweede kan het zo zijn dat strategisch gedrag van de huidige marktpartijen onderlinge concurrentie in de weg staat. Voorzover dit een gevolg is van collusie of aanmerkelijke marktmacht zouden de NMa en/of NZa hiertegen kunnen optreden. Door meer transparantie te realiseren ten aanzien van de door de MSRC beoordeelde erkenningsaanvragen kan eventueel ongewenst strategisch gedrag van bestaande opleidingsziekenhuizen eerder worden gesignaleerd. Daarnaast zou de toetreding van nieuwe – eventueel ook buitenlandse – opleidingsziekenhuizen en/of opleiders kunnen worden bevorderd. Zo is het in principe mogelijk om een aantal nieuwe opleidingsplaatsen exclusief te ‘reserveren’ voor nieuwe toetreders.
10. Indien na verloop van tijd adequate kwaliteitsindicatoren zijn ontwikkeld, zou in het licht van de ervaringen met prestatieafhankelijke allocatie overwogen kunnen worden om bij de verdeling van opleidingsplaatsen geheel of gedeeltelijk over te stappen op een systeem van aanbesteding. Om ongewenste bijwerkingen te voorkomen is het dan wel noodzakelijk dat eveneens voldoende zekerheid bestaat over de concurrentie-

intensiteit en de aanwezigheid van een gelijk speelveld. In dat geval moet een zorgvuldige afweging worden gemaakt tussen de verwachte voordelen van een aanbestedingsprocedure en de ten opzichte van een prestatieafhankelijk allocatiemodel over het algemeen hogere uitvoeringskosten.



## Lijst met referenties

- 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*, OCFEB/iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Bleker, O. e.a. (2004), Beter en leuker: CCMS ontvouwt plannen voor de vervolgopleiding van medisch specialisten, *Medisch Contact*, 22 oktober, blz. 1692-1695.
- Boor, K. e.a. (2005), Academie of periferie? Waardering door de leerling, *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs*, 24(2), blz. 87-94
- Borleffs, J.C.C. e.a. (2006), Een hobbelig traject, *Medisch Contact*, 6 oktober, blz. 1575-1577
- Briët, J.W. (2006), Niet langer behoren de universitaire medische centra het primaat te hebben bij de opleiding van specialisten, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150(26), blz. 1471
- Capaciteitsorgaan (2006), *Capaciteitsplan 2005*, Utrecht
- CBZ (2003), *Onderwijsvoorzieningen algemeen ziekenhuis*, signaleringsrapport uitgebracht aan de minister van VWS, Utrecht
- CPB (2003), *Equal rules or equal opportunities? Demystifying level playing field*, CPB Document 34, Den Haag.
- CTG/ZAio (2005), *Nieuwe bekostiging zorgopleidingen*, voorlegger A 05-61-a6, Utrecht
- Department of Justice & Federal Trade Commission (2004), *Improving health care: a dose of competition*, Washington DC.
- Dijkgraaf, E., S.A. van der Geest en M. Varkevisser (2005), Efficiëntie boven water, *Economisch Statistische Berichten*, nr. 4451, blz. 34-35
- Dijkgraaf, E., S.A. van der Geest en M. Varkevisser (2006), Centrale toezichthouder water voorlopig overbodig, *Economisch Statistische Berichten*, nr. 4483, blz. 164.
- Heijden, F.M.M.A. e.a. (2006), Toegewijd, maar oververmoeid, *Medisch Contact*, 11 november, blz. 1792-1795
- Hendrikse, G.W.J. en F.T. Schut (2004), Naar nieuwe beheersstructuren in de Nederlandse gezondheidszorg?, *Acta Hospitalia*, 44(1), blz. 5-20.
- Jaspers, Fr.C.A. (2006), De universitaire medische centra hebben het primaat bij de opleiding van specialisten, *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150(26), blz. 1470
- Janssen, M.C.W. (2004, red.), *Auctioning public assets: analysis and alternatives*, Cambridge University Press

- Janssen, M.C.W. en E. Mendys-Kamphorst (2004), The price of a price: on the crowding out and in of social norms, *Journal of Economic Behavior and Organization*, 55(3), blz. 377-395
- Koczwara, B. e.a. (2005), Achieving equal standards in medical education: is a national exit examination the answer?, *Medical Journal of Australia*, 182(5), blz. 228-230
- Lutke Schipholt, I. (2006), Wachten op de common trunk: onenigheid over gezamenlijk begin specialistenopleiding, *Medisch Contact*, 2 juni, blz. 914-915.
- Maasland, E. en S. Onderstal (2006), Going, going, gone! A swift tour of auction theory and its applications, *De Economist*, 154(2), blz. 197-249
- MDW-werkgroep (2001), *Nooit meer wachten: minder toetredingsbelemmeringen voor medische beroepen*, Den Haag
- Newhouse, J.P. en G.R. Wilensky (2001), Paying for graduate medical education: the debate goes on, *Health Affairs*, 20(2), blz. 136-147
- NFU (2005), *OOR-zaak en gevolg*, Utrecht
- NFU (2005), *Nieuwe bekostiging zorgopleidingen*, brief aan CTG/ZAIo d.d. 17 november, Utrecht
- NMa (2002), *Richtsnoeren voor de zorg*, Den Haag
- Prismant (2004), *Opleidingskosten gefinancierd*, pub.nr 204.11, Utrecht
- Scholten, G.R.M. e.a. (2006), Op zoek naar een passend model, *Medisch Contact*, 14 juli, blz. 1170-1172
- Teulings, C.N., A.L. Bovenberg en H.P. van Dalen (2005), *De cirkel van goede intenties: de economie van het publieke belang*, Amsterdam University Press
- Tweede Kamer (2005), 29282, nr. 23, Den Haag
- Tweede Kamer (2006), 29248, nr. 30, Den Haag
- Tweede Kamer (2006), 29282, nr. 27, Den Haag
- Tweede Kamer (2006), 29282, nr. 32, Den Haag
- Tweede Kamer (2006), 29282, nr. 34, Den Haag
- Tweede Kamer (2006), 29282, nr. 36, Den Haag
- Tweede Kamer (2006), 30300 XVI, nr. 116, Den Haag
- Tweede Kamer (2006), 30800 XVI, nr. 2, Den Haag



## **Bijlage A Klankbordgroep, interviews en expertmeeting**

### Interdepartementale klankbordgroep

Ingeborg Been (VWS)  
André van den Berg (VWS)  
Marianne van den Berg (VWS)  
Cees van Dorp (OCW)  
Antonet Dortmans (VWS)  
Tom de Gans (VWS)  
Nicole Huppertz (VWS)  
Aloys Kersten (VWS)  
Iris Lackner (EZ)  
Martijn Looijer (Financiën)  
Frank Pellikaan (NZa)  
Vera Pieterman (EZ)  
Job Rietrae (VWS)  
Olga van der Sloot (VWS)

### Interviews

Paul Breslau (MSRC)  
Edze Buurke (MSRC)  
Henk Hendrix (Brabant Medical School)  
Henk Leliefeld (Capaciteitsorgaan)  
Joris Meegdes (Capaciteitsorgaan)  
Wim van der Meeren (Elisabeth Ziekenhuis Tilburg)  
Marian Mens (NFU)  
Niels Oerlemans (NVZ)  
Hedwig Slot (OMS)

### Deelnemers expertmeeting d.d. 28 september 2006

Ingeborg Been (VWS)  
André van den Berg (VWS)  
Berry Daemen (KNMP)  
Cees Esser (SBOH)  
Georgie Friederichs (EZ)  
Hans de Goeij (VWS)  
Stan Heukelom (NVKF)

Nicole Huppertz (VWS)  
Aloys Kersten (VWS)  
Jan Kimpen (NVK)  
Henk Leliefeld (Capaciteitsorgaan)  
Arjan Miltenburg (Ziekenhuisgroep Twente)  
Niels Oerlemans (NVZ)  
Frank Pellikaan (NZa)  
Martin Potjens (Financiën)  
Albert Siblesz (Scheper Ziekenhuis)  
Olga van der Sloot (VWS)  
Hedwig Slot (OMS)  
Theo van Uum (VWS)  
Betty van de Walle – van Veen (Elkerliek ziekenhuis)

## **Bijlage B Eerste tranche opleidingsfonds**

1. Allergologie
2. Anesthesiologie
3. Cardiologie
4. Cardiothoraxale chirurgie
5. Dermatologie en venerologie
6. Heelkunde
7. Interne geneeskunde
8. Keel-neus-oorheelkunde
9. Kindergeneeskunde
10. Maag-darm-leverziekten
11. Klinische genetica
12. Klinische geriatrie
13. Longziekten en tuberculose
14. Medische microbiologie
15. Neurochirurgie
16. Neurologie
17. Nucleaire geneeskunde
18. Oogheelkunde
19. Orthopedie
20. Pathologie
21. Plastische chirurgie
22. Radiologie
23. Radiotherapie
24. Reumatologie
25. Revalidatiegeneeskunde
26. Urologie
27. Verloskunde en gynaecologie
28. Orthodontie
29. Kaakchirurgie
30. Huisartsen (vooralsnog continuering bestaande subsidie)
31. Ziekenhuisapotheker
32. Klinisch fysicus
33. Klinisch chemicus

Bron: Tweede Kamer (2005), 29282, nr. 23



## Bijlage C De details van een aanbestedingsprocedure

In paragraaf 4.3.1 is aangegeven dat een aanbesteding van opleidingsplaatsen georganiseerd kan worden als een aanbestedingsveiling<sup>70</sup> of een vergelijkende toets (schoonheidswedstrijd). Dit suggereert alsof er slechts twee manieren zijn om aan te besteden. Dit is echter niet juist. De overheid kan kiezen uit vele verschillende vormen van aanbestedingsveilingen en vergelijkende toetsen. In deze bijlage gaan we in op de belangrijkste dimensies van een aanbestedingsveiling en een vergelijkende toets waarmee we tegelijk illustreren dat er heel veel mogelijkheden zijn.<sup>71</sup> Er is ook geen ideale aanbestedingsvorm aan te wijzen: de beste vorm is de aanbesteding die het beste op de specifieke situatie is toegerust.

Het essentiële verschil tussen een aanbestedingsveiling en een vergelijkende toets is dat bij een aanbestedingsveiling op (vooraf gespecificeerde) *objectieve* gronden duidelijk is wat het beste bod is. In een aanbestedingsveiling is sprake van één of meerdere objectieve criteria waarop de biedingen worden beoordeeld. Vaak is de kostprijs het enige criterium, maar de beslisregel kan ook als prijs/kwaliteitverhouding (trade-off) geformuleerd zijn wanneer vooraf op objectieve wijze verschillende kwaliteitsniveaus te identificeren zijn. Indien op één objectief criterium beoordeeld wordt spreken we van een zogenaamde 'single-attribute' veiling, indien op meerdere dan spreken we van een 'multi-attribute' veiling. Bij een schoonheidswedstrijd is daarentegen bij het oordelen over de 'schoonheid' van de biedingen een bepaalde mate van *subjectiviteit* aanwezig, omdat één of meerdere criteria niet eenvoudig gekwantificeerd kunnen worden. Het voordeel van een vergelijkende toets is dat de overheid meer kan sturen en bij de allocatie rekening kan houden met bepaalde (kwaliteits)aspecten die niet volledig kwantificeerbaar zijn. Ten opzichte van een aanbestedingsveiling is het nadeel van een schoonheidswedstrijd dat het proces minder transparant is en veel tijd kan kosten. Een aanbestedingsveiling waarin partijen alleen een financieel bod uitbrengen zorgt – mits goed vorm-

---

<sup>70</sup> In tegenstelling tot een standaard (prijs)veiling waarin marktpartijen met het hoogste bod betalen voor een schaars goed of dienst, wordt bij een aanbestedingsveiling aan marktpartijen met het laagste bod de opdracht gegund om het goed of dienst te leveren (dit onder de aanname dat alleen een financieel bod wordt uitgebracht).

<sup>71</sup> Deze bijlage is gebaseerd op Janssen, M.C.W. (2004, red.), *Auctioning public assets: analysis and alternatives*, Cambridge University Press en Maasland, E. en S. Onderstal (2006), *Going, going, gone! A swift tour of auction theory and its applications*, *De Economist*, 154(2), blz. 197-249.

gegeven – voor lage betalingen, maar heeft ook tot gevolg dat winnende partijen geen hogere kwaliteit bieden dan het minimaal vereiste kwaliteitsniveau.

### *Aanbestedingsveilingen*

Het succes van een aanbestedingsveiling of vergelijkende toets hangt af van hoe het allocatiemechanisme precies wordt vormgegeven. Bij elk ontwerp moeten namelijk nog verschillende details nader ingevuld worden. Belangrijke dimensies van een aanbestedingsveiling zijn het aantal bied-rondes, de hoeveelheid informatie die gedurende het biedproces aan deelnemers bekend wordt gemaakt en de wijze waarop de uiteindelijke prijs wordt bepaald (laagste bod, één-na-laagste bod of een andere variant). Er zijn vier standaard aanbestedingsveilingtypen te onderscheiden:

1. **Eerste-prijs, gesloten bod aanbestedingsveiling** Bij deze aanbestedingsveiling brengen de marktpartijen eenmalig een bod uit in een gesloten enveloppe en de winnaar is de bidder die het laagste bod heeft uitgebracht dat wil zeggen genoeg neemt met de laagste subsidie. De winnaar ontvangt een geldbedrag dat gelijk is aan zijn eigen bod ('first price sealed bid').
2. **Tweede-prijs, gesloten bod aanbestedingsveiling** In een andere variant van de gesloten-bod aanbestedingsveiling wint degene met het laagste bod de aanbestedingsveiling, maar ontvangt een subsidie die gelijk is aan het één-na-laagste bod ('second price sealed bid'). Onder bepaalde (vrij stringente) condities is het in deze aanbestedingsveiling voor de deelnemende marktpartijen optimaal om een bod uit te brengen dat precies gelijk is aan de kosten. Hoewel theoretisch interessant, komt deze aanbestedingsvariant in de praktijk nog weinig voor.<sup>72</sup>
3. **Nederlandse aanbestedingsveiling** De Nederlandse aanbestedingsveiling kent een open biedproces, maar verschilt qua eigenschappen eigenlijk niet veel van een eerste-prijs gesloten bodveiling. De prijs begint op een laag niveau en wordt steeds naar boven bijgesteld totdat

---

<sup>72</sup> Hier zijn verschillende redenen voor: (1) in de praktijk blijken bidders het lastig te vinden om de optimale strategie te achterhalen, (2) het kan politieke problemen veroorzaken als het laagste bod en het één-na-laagste bod ver uit elkaar liggen, (3) bidders zijn vaak niet bereid door middel van hun bod hun ware kosten te onthullen.

een marktpartij zegt dat hij het product/dienst wil leveren voor de dan geldende prijs.<sup>73</sup>

4. **Engelse veiling** Een Engelse aanbestedingsveiling heeft ook een open biedproces. De prijs begint echter op een hoog niveau. De bidders kunnen elkaar dan vervolgens onderbieden. De aanbestedingsveiling stopt op het moment dat er nog slechts één bidder over is (dus op het moment dat de één-na-laatste bidder uitstapt). Degene die als laatste is overgebleven wint en krijgt het geldbedrag dat gelijk is aan het bedrag waarvoor de één-na-laatste bidder het product/dienst zou willen leveren. Het verschil met een Nederlandse aanbestedingsveiling is dat gedurende een Engelse veiling veel informatie vrijkomt. Een bidder leert namelijk iets over hoeveel andere bidders bereid zijn te betalen en dus leert hij indirect iets over hun waarde-inschattingen.

Wanneer er meer dan één product of dienst moet worden aanbesteed (een 'multi-object' veiling), dan moet gekozen worden of de zogeheten objecten tegelijk (simultaan) of één voor één (sequentieel) worden aanbesteed. In het laatste geval moet er ook een volgorde bepaald worden. Sequentiële aanbestedingsveilingen zijn vaak minder efficiënt dan simultane veilingen in de zin dat de winnende partij(en) ook werkelijk het meest kostenefficiënt (= de gunstigste prijs-kwaliteitverhouding bieden) is (zijn). Voor deelnemers is het namelijk lastig bieden, omdat bij de start van de eerste veiling bijvoorbeeld niet bekend is wat de concurrentie op de latere aanbestedingsveilingen zal zijn. Een andere belangrijke vraag die bij 'multi-object' veilingen aan de orde komt is of je pakketbiedingen toestaat of niet. Pakketbiedingen (biedingen op een pakket van objecten in plaats van een apart bod per object) kunnen nuttig zijn wanneer de waarde van het ene aan te besteden object afhankelijk is van de waarde van het andere. Aanbestedingsveilingen met pakketbiedingen zijn vaak efficiënter, maar doorgaans ook ingewikkelder. Tenslotte moet bij het ontwerp van een 'multi-object' veiling rekening worden gehouden met de vraag of de aan te besteden producten of diensten identiek of ongelijksoortig zijn en of het marktpartijen toegestaan moet worden om meer dan één product of dienst te leveren. In een aanbestedingsveiling voor opleidingsplaatsen zou het bijvoorbeeld kunnen gaan om twee typen vervolgopleidingen die simultaan worden aanbesteed en waarbij het opleidingsziekenhuizen is toege-

---

<sup>73</sup> Let op: in een Nederlandse aanbestedingsveiling gaat de prijs omhoog, terwijl in een standaard Nederlandse veiling (zoals de Nederlandse bloemenveiling) de prijs omlaag gaat.

staan om beide vervolgopleidingen aan te bieden. Aanbestedingsveilingen waarbij het aan te besteden product/dienst niet identiek is en marktpartijen meer dan één product mogen leveren staan te boek als het meest ingewikkeld.

Een belangrijk aandachtspunt bij aanbestedingsveilingen is collusie (samenwerking) tussen marktpartijen. Omdat bij een aanbestedingsveiling deieder(s) met het laagste bod wint (winnen), hebben partijen er belang bij om hun biedingen onderling af te stemmen. Gedurende de aanbestedingsveiling kunnen marktpartijen signalen afgeven over hun biedgedrag en signalen opvangen van het biedgedrag van andere partijen. Met een goed veilingontwerp kunnen de mogelijkheden om samen te spannen tijdens de aanbestedingsveiling worden beperkt, bijvoorbeeld door niet of nauwelijks informatie te verschaffen over de identiteit van de bidders of door te kiezen voor een gesloten bod-ronde.

Om een gelijkwaardiger speelveld te creëren kunnen – mits er geen juridische bezwaren zijn – bepaalde asymmetrische elementen in een veilingontwerp worden aangebracht. Bijvoorbeeld door zittende partijen voor een deel van de te veilen objecten uit te sluiten of een biedhandicap op te leggen zodat nieuwe toetreders een eerlijkere kans krijgen. In het laatste voorbeeld moet het bod van een zittende aanbieder om te winnen een minimaal percentage lager zijn dan het bod van een nieuwkomer. Dergelijke asymmetrische maatregelen kunnen in principe zowel bij een ‘single-object’ als een ‘multi-object’ veiling worden genomen. In de theoretische veilingliteratuur is echter nog weinig bekend over een ‘multi-object’ veiling met asymmetrische elementen.

#### *Vergelijkende toetsen*

Een vergelijkende toets kent ten opzichte van een aanbestedingsveiling nog meer vrijheidsgraden en is vanwege de subjectiviteit per definitie niet volledig transparant. Een vergelijkende toets moet dan ook zorgvuldig worden voorbereid. Zowel ten aanzien van de selectiecriteria als de vormgeving van het proces moeten de consequenties voor de concurrentie een belangrijke rol spelen.

Bij een vergelijkende toets kan gebruik gemaakt worden van verschillende typen selectiecriteria: outputcriteria, procescriteria en criteria die gerelateerd zijn aan de kenmerken van de bidders. De eerste twee criteria vormen voor de bidder een keuzevariabele. Vergeleken met outputcriteria hebben procescrite-



ria een minder sterke relatie met kwaliteit. Een voorbeeld van het derde criterium (een kenmerk van een bieder) is het aantal jaren ervaring.

Elk criterium kan vervolgens op een verschillende wijze in de vergelijkende toets toegepast worden. Zo kan het voldoende geacht worden als partijen aan een bepaald minimum voldoen, zoals bijvoorbeeld een minimaal aantal jaren ervaring. Ervaring is dan een vereiste, maar meer ervaring dan het minimum wordt niet belangrijk gevonden. Er is in dat geval sprake van een drempelwaarde waaraan partijen moeten voldoen. Criteria waarvoor een drempelwaarde volstaat vormen in feite toelatingseisen. Bij bepaalde selectiecriteria kan daarentegen juist veel waarde worden gehecht aan de verschillen tussen partijen. Deze criteria zullen dan uitgedrukt moeten worden in een score om de verschillen zichtbaar te maken. Aan elk criterium kan bovendien een verschillend gewicht worden toegekend. We spreken in dat geval van een *gewogen* vergelijkende toets. In een *ongewogen* vergelijkende toets heeft elk criterium een gelijk gewicht.

Net als bij een aanbestedingsveiling is de hoeveelheid informatie die aan bidders bekend wordt gemaakt een belangrijke dimensie van een vergelijkende toets. Weten de partijen bijvoorbeeld vooraf wie hun concurrenten zijn en krijgen de deelnemers gedurende het proces informatie over de biedingen van anderen? In een gesloten biedproces krijgen de deelnemers geen enkele informatie. Bij een open biedproces zijn er verschillende varianten denkbaar. Zo kunnen bijvoorbeeld alle biedingen openbaar worden gemaakt, alleen het laagste bod of slechts de identiteit van de laagste bieder. Daarnaast moet gekozen worden of de bidders simultaan of sequentieel hun financiële bod en kwaliteitsbod moeten doen. In het laatste geval moet ook de volgorde worden bepaald.

Door de subjectiviteit bij de besluitvorming kan een vergelijkende toets gevoelig zijn voor rechtzaken. Om de betwistbaarheid van de uitkomst te beperken is het belangrijk dat het selectieproces zoveel mogelijk geobjectiveerd wordt, bijvoorbeeld door een onafhankelijke commissie de biedingen te laten beoordelen. Ook is transparantie ten aanzien van de selectiecriteria en hun wegen (prioritering van doelstellingen) belangrijk. Deze transparantie bevordert de concurrentie gedurende het proces en dwingt de beoordelingscommissie tot een heldere besluitvorming. Om de eventuele schijn van willekeur te vermijden is het verder belangrijk dat het uiteindelijke besluit goed gemotiveerd wordt.



## Bijlage D Beantwoording deelvragen VWS

1. *Welke vorm(en) van marktprikkels kunnen bijdragen aan het bereiken van de door VWS geformuleerde doelstellingen van transparantie, beheersbaar micro- en macrobudget en een meer adequaat aanbod van zorgverleners?*

In theorie kunnen zowel (i) een marktconforme toewijzing van nieuwe opleidingsplaatsen met behulp van aanbesteding of prestatieafhankelijke allocatie als (ii) concurrentie door vergelijking hieraan bijdragen (paragrafen 4.2, 4.3 en 4.4). Op grond van onze probleemanalyse (paragraaf 3.3) in combinatie met de huidige marktomstandigheden (paragraaf 4.5.3) concluderen wij dat de geleidelijke introductie in 2008 van een prestatieafhankelijk allocatiemodel waarbij de gewenste instroom op basis van kwaliteitsverschillen aan de opleidingsziekenhuizen wordt toegewezen op een verantwoorde wijze kan zorgen voor meer transparantie en doelmatigheid bij de medisch specialistische vervolgopleidingen (hoofdstuk 5).

2. *Welke maatregelen dient de overheid te nemen alvorens marktprikkels te introduceren, rekening houdend met: (i) de publieke belangen, (ii) interventiemogelijkheden door de overheid, (iii) de markt zoals deze in 2007 functioneert, (iv) en de te verwachten (gedrags)effecten van de te introduceren marktprikkels?*

Om de invoering van een marktconforme verdeelsystematiek van nieuwe opleidingsplaatsen mogelijk te maken, dient allereerst een adequate set van kwaliteitsindicatoren te worden gespecificeerd en gekwantificeerd. Daarnaast verdient het aanbeveling om de toetreding van nieuwe opleidingsziekenhuizen en opleiders binnen de door het CCMS vastgestelde eisen te faciliteren. Het realiseren van meer transparantie ten aanzien van de door de MSRC genomen erkenningsbesluiten speelt hierbij een belangrijke rol (paragraaf 3.2.4 en hoofdstuk 5).

3. *Zoals in het analysekader is aangegeven, kan het zijn dat na verandering in de markt opnieuw het risico op markt- of overheidsfalen ontstaat. Kunnen de onderzoekers aangeven of er, gezien het gegeven*

*antwoord bij vraag 1, ijkmomenten te benoemen zijn waarop de markt (her)beoordeeld moet worden op risico's van markt- of overheidsfalen?*

Het is aan te bevelen om de ontwikkelingen op de opleidingsmarkt vanaf 2007 periodiek in kaart te brengen en middels een monitorrapportage transparant te maken (hoofdstuk 5). Een dergelijk rapport zou per vervolgopleiding en opleidingsziekenhuis in ieder geval inzichtelijk moeten maken: (i) hoeveel van de in het jaar daarvoor toegewezen opleidingsplaatsen werkelijk gerealiseerd is, (ii) welke kwaliteitsscore is behaald en (iii) met welke andere opleidingsziekenhuizen wordt samengewerkt. Indien de gesignaleerde ontwikkelingen daartoe aanleiding geven, kunnen in dat geval tijdig beleidsmaatregelen worden genomen.

4. *Bij de verschillende vormen van marktordening moet een producteentheid worden benoemd. Of het nu vergelijking, aanbesteding of de volledig gedereguleerde markt betreft. Welke producteentheid kan het best worden benoemd? Rekening houdend met: (i) de productdefinitie (omschrijving, afbakening, etc.), (ii) een minimale omvang om de transactiekosten zo laag mogelijk te houden, (iii) de aan te besteden rechtspersoon (per specialisme, per instelling, per regio, anders?), en (iv) overige criteria.*

Als gevolg van mogelijke afstemmings- en coördinatieproblemen vormt de gehele opleidingsduur van nieuwe aios volgens ons de meest voor de hand liggende producteentheid (paragraaf 4.3.2). De door de MSRC erkende opleidingsziekenhuizen vormen naar onze inschatting de meest voor de hand liggende marktpartijen om het gewenste aantal nieuwe opleidingsplaatsen aan toe te wijzen (paragraaf 4.3.1). Indien de geringe mobiliteit van aios na hun vervolgopleiding hiertoe aanleiding geeft, is het verstandig om bij een marktconforme verdeling van nieuwe opleidingsplaatsen rekening te houden met een bepaalde regionale spreiding (paragraaf 4.5.1). Nader onderzoek naar de wenselijkheid van een dergelijke doelstelling is gewenst.

5. *Behalve bij de marktform waarbij sprake is van concurrentie op de markt, wordt er bij de ander marktformen gewerkt met termijnen. De gekozen termijn (bijv. vergelijking per 2 jaar, veilen per 5 jaar) kan van invloed zijn op het behoud van kwaliteit en voldoende aanbieders. Welke termijn sluit het best aan bij de kenmerken van deze markt?*

Een te grote onzekerheid omtrent de toekomstige instroom van aios kan tot gevolg hebben dat opleidingsziekenhuizen vanuit maatschappelijk perspectief te weinig investeren in de kwaliteit en/of capaciteit van de medisch specialistische vervolgopleidingen. Om een dergelijke situatie van onderinvesteringen te voorkomen, kan het wenselijk zijn om opleidingsziekenhuizen enige financiële zekerheid te bieden. Hoewel substantiële opleidingsspecifieke investeringen op het eerste gezicht geen erg grote rol lijken te spelen (paragraaf 4.6), is nader onderzoek op dit gebied gewenst. De vraag welke allocatietermijn het beste aansluit bij de kenmerken van de markt voor medisch specialistische vervolgopleidingen valt op basis van de nu beschikbare informatie niet te beantwoorden.

6. *Het is onduidelijk of er momenteel (voldoende) toezicht bestaat om marktprikkels te kunnen introduceren? Volstaat de huidige situatie met een Zorgautoriteit, NMa, CCMS, MSRC en visitatiecommissie, of is aanpassing vereist?*

De huidige toezichtstructuur biedt ons inziens voldoende mogelijkheden voor de introductie van marktprikkels. Wel zijn een drietal verbeterpunten aan te wijzen. Ten eerste bestaat er ten aanzien van de uitvoering van de wettelijke taken van het CCMS en de MSRC behoefte aan meer transparantie (paragraaf 3.2.4). Ten tweede is het zinvol om de NMa te laten onderzoeken in hoeverre de geldende erkenningseisen in overeenstemming zijn met de Mededingingswet en de toetreding van nieuwe opleidingsziekenhuizen en opleiders niet onnodig frustreren (paragrafen 3.2.3 en 3.2.4). Ten derde dienen opleidingsziekenhuizen – wellicht met behulp van de WMG – te worden verplicht om de informatie aan te leveren die nodig is om de gewenste transparantie op het gebied van kwaliteit en kosten te kunnen realiseren (paragrafen 4.5.3 en hoofdstuk 5).