

Marktverstoringstoets

Naar de uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage voor
ziekenhuisopleidingen



28 februari 2023

Inhoudsopgave

Inleiding	3
1 Samenhang en kosten van ziekenhuisopleidingen	5
1.1 Achtergrond twaalf toe te voegen ziekenhuisopleidingen	5
1.2 Overlap tussen opleidingen	6
1.3 Kosten van de opleidingen	7
2 Marktverstoringstoets	9
2.1 Eerdere marktverstoringstoetsen door de NZa	9
2.1.1 Zijn opleidingen toe te rekenen aan specifieke prestaties of tarieven?	10
2.1.2 Leidt een toerekening aan verzekeraars tot een marktverstoring?	10
2.1.3 Worden opleidingen op een andere manier bekostigd?	11
3 Bredere economische analyse	12
3.1 Ziekenhuis plukt niet alle baten van investering in opleiding	12
3.2 Pigouvianse subsidie als oplossing voor de marktverstoring	13
3.3 De beschikbaarheidsbijdrage als subsidie	13
4 Conclusies	15
Bijlage A – Overzicht van geïnterviewde partijen	16
Bijlage B – Methode kostenberekening	17

Inleiding

Aanleiding

Het instrument beschikbaarheidsbijdrage is bedoeld voor de bekostiging van vormen van zorg die niet, of niet geheel, in rekening kunnen worden gebracht bij zorgverzekeraars of verzekerden, of waarvoor dit marktverstoring zou werken. Een groot deel van de opleidingen voor gespecialiseerd verpleegkundigen en de medisch ondersteunende beroepen wordt via een beschikbaarheidsbijdrage bekostigd. Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is voornemens om twaalf ziekenhuisopleidingen toe te voegen aan de reikwijdte van de beschikbaarheidsbijdrage voor ziekenhuisopleidingen met ingang van 1 januari 2024.

Flexibilisering van het aanbod en de bekostiging van ziekenhuisopleidingen

Deze uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage is nodig vanwege de flexibilisering van de ziekenhuisopleidingen per 1 januari 2023. Deze flexibilisering houdt in dat verpleegkundigen of medisch ondersteunende professionals een leereenheid of set van leereenheden kunnen volgen die leiden tot een door het College Zorgopleidingen (CZO) afgegeven *certificaat*.¹ Het CZO hanteert als leereenheid de zogeheten *Entrusted Professional Activities (EPA's)* en *EPA Overstijgende Leeractiviteiten (EOL's)*. In het verleden kende het CZO alleen een diploma toe na afronding van een volledige ziekenhuisopleiding. Doel van de flexibilisering is een toekomstbestendig opleidingsstelsel dat snel kan meebewegen met (arbeidsmarkt)ontwikkelingen.

Het ministerie van VWS, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) hebben de ambitie uitgesproken om ook de bekostiging van ziekenhuisopleidingen te flexibiliseren. Meer specifiek gaat het om het loskoppelen van de beschikbaarheidsbijdrage van het behalen van een diploma voor een volledig afgeronde ziekenhuisopleiding. In plaats daarvan zou de mogelijkheid gecreëerd moeten worden om een beschikbaarheidsbijdrage toe te kennen na afronding van een EPA of EOL of sets van EPA's die leiden tot een door het CZO afgegeven certificaat.

Uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage is hiervoor nodig, omdat ziekenhuisopleidingen die hier nu niet onder vallen deels uit dezelfde EPA's bestaan als opleidingen die hier wel onder vallen. Anders zou de vergoeding van een EPA die onder beide typen opleidingen valt, afhankelijk worden van welke opleiding de verpleegkundige volgt. Door de flexibilisering volgen verpleegkundigen echter niet altijd meer een volledige opleiding. Een regeling waarbij sommige ziekenhuisopleidingen wel onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen en andere niet, is daardoor onuitvoerbaar. Er zou bovendien een risico op oneigenlijk gebruik ontstaan, omdat ziekenhuizen ten onrechte aan kunnen geven dat verpleegkundigen de EPA volgen die bij de opleiding onder de beschikbaarheidsbijdrage hoort.

Marktverstoringstoets

Het ministerie van VWS heeft de NZa verzocht om een uitvoeringstoets uit te voeren waarin wordt onderzocht of het mogelijk is om de voorgenomen uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage uit te voeren. Tegelijkertijd heeft het ministerie van VWS de NZa verzocht om een marktverstoringstoets ten aanzien van de verruiming van de reikwijdte van de beschikbaarheidsbijdrage voor ziekenhuisopleidingen.

¹ Waar dit rapport spreekt van gespecialiseerd verpleegkundigen bedoelen we ook medisch ondersteunend personeel.

In de basis wordt de zorg in Nederland uit de opbrengsten van in rekening gebrachte tarieven en prestaties bekostigd. Op grond van artikel 56a van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) is het in uitzonderlijke gevallen mogelijk om hiervan af te wijken en een beschikbaarheidsbijdrage in te zetten. Dit geldt voor vormen van zorg:

1. waarvan de kosten niet of niet geheel zijn toe te rekenen naar, of door middel van tarieven in de zin van deze wet in rekening te brengen zijn aan, individuele ziektekostenverzekeraars of verzekerden, of;
2. waarvan de bekostiging bij een zodanige toerekening dan wel een zodanige tarifiering marktverstoring zou werken, en;
3. die niet op andere wijze worden bekostigd.

In het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg staat welke specifieke vormen van zorg in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. De ziekenhuisopleidingen die reeds in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage staan opgesomd in artikel 2 van het Besluit beschikbaarheidsbijdrage Wmg, juncto onderdeel B, onder 1, sub c, van de bijlage bij dat besluit.

Onderzoek

In het kader van deze marktverstoringstoets hebben we gesproken met relevante veldpartijen en hebben we eerdere marktverstoringstoetsen en andere relevante literatuur bestudeerd. Daarnaast hebben we een aantal data-analyses uitgevoerd. Hiervoor heeft de NZa samengewerkt met SEO Economisch Onderzoek.

Opbouw van dit rapport

Hoofdstuk 2 brengt de overlap in EPA's in kaart tussen de ziekenhuisopleidingen die op dit moment onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen en de opleidingen die hieraan moeten worden toegevoegd. Het hoofdstuk geeft tevens een inschatting van de kosten die een uitbreiding met zich meebrengt. Hoofdstuk 3 toetst de uitbreiding op dezelfde manier als de NZa dat in eerdere marktverstoringstoetsen heeft gedaan. Daarbij ligt de focus op een gelijk speelveld op de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt. Hoofdstuk 4 plaatst deze toets in een breder economisch kader, dat ook rekening houdt met verstoringen op de arbeidsmarkt. Het laatste hoofdstuk concludeert. Bijlage A bevat een overzicht van partijen waarmee in het kader van de marktverstoringstoets gesproken is. Bijlage B bevat een nadere toelichting op de berekening van de kosten van de toe te voegen opleidingen.

1 Samenhang en kosten van ziekenhuisopleidingen

We beginnen dit hoofdstuk met een kort overzicht van de ziekenhuisopleidingen die al onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen en de hieraan toe te voegen inleidingen. Vervolgens gaan we in op de overlap tussen deze opleidingen en de kosten die een uitbreiding met zich meebrengt.

1.1 Achtergrond twaalf toe te voegen ziekenhuisopleidingen

De twaalf ziekenhuisopleidingen die het ministerie van VWS wil toevoegen aan de beschikbaarheidsbijdrage vallen onder vier clusters, namelijk Acute zorg, Moeder & kind, Langdurige en intensieve zorg en Medisch ondersteunende zorg. Tabel 1 bevat een overzicht.

Tabel 1. Overzicht van ziekenhuisopleidingen

Valt al onder de beschikbaarheidsbijdrage	Aan de beschikbaarheidsbijdrage toe te voegen
<p><i>Cluster Acute Zorg</i></p> <p>SEH-verpleegkundige IC-verpleegkundige</p>	<p><i>Cluster Acute zorg</i></p> <p>Cardiac Care verpleegkundige Mediumcare verpleegkundige Recoveryverpleegkundige</p>
<p><i>Cluster Moeder en kind</i></p> <p>Kinderverpleegkundige (intra- en extramuraal) Obstetrie verpleegkundige IC-neonatologie verpleegkundige IC-kinderverpleegkundige Kinderoncologieverpleegkundige</p>	<p><i>Cluster Moeder en kind</i></p> <p>HC-neonatologieverpleegkundige HC-kinderverpleegkundige</p>
<p><i>Cluster Langdurige zorg en intensieve zorg</i></p> <p>Dialyseverpleegkundige Oncologieverpleegkundige</p>	<p><i>Cluster Langdurige zorg en intensieve zorg</i></p> <p>Dialyse assistent Geriatric verpleegkundige Neurologieverpleegkundige Endoscopieverpleegkundige</p>
<p><i>Cluster Medisch ondersteunende zorg</i></p> <p>Operatieassistent (in service en hbo-vt duaal) Anesthesiemedewerker (in service en hbo-vt duaal) Radiodiagnostisch laborant (in service en MBRT duaal) Radiotherapeutisch laborant (in service en MBRT duaal) Gipsverbandmeester Deskundige Infectiepreventie Klinisch perfusionist</p>	<p><i>Cluster Medisch ondersteunende zorg</i></p> <p>Medewerker operatieve zorg Sedatiepraktijkspecialist Medewerker interventiecardiologie</p>

De opleidingen in het cluster **Acute zorg** overlappen elkaar deels, omdat zij allemaal de Basis Acute Zorg (BAZ) EPA's bevatten. Daarnaast is er een groeiende behoefte aan verpleegkundigen die in

verschillende functies kunnen worden ingezet. Hieruit volgt een groeiende behoefte aan het volgen van EPA's die opleiden voor andere functies, mogelijk ook buiten dit cluster. Naast de vijf opleidingen in Tabel 1 vallen er onder dit cluster nog drie andere opleidingen die al op een andere manier worden bekostigd, namelijk:

- ambulanceverpleegkundige (via bekostiging ambulancezorg);
- verpleegkundig centralist meldkamer ambulance zorg (via bekostiging ambulancezorg);
- brandwondenverpleegkundige (via beschikbaarheidsbijdrage gespecialiseerd brandwondenzorg).

Onder het cluster **Moeder & kind** zijn EPA's ontwikkeld voor zeven opleidingen. In de praktijk ontstaan steeds meer combi-functies waarbij delen van opleidingen gecombineerd worden. Moeder & Kind-centra vormen hiervan een voorbeeld.

Tussen de opleidingen in het cluster **Langdurige en intensieve zorg** is, uitgezonderd dialyse, weinig overlap en liggen combi-functies minder voor de hand. Het zijn wel functies waarvoor de initiële verpleegkundeopleiding ontoereikend is.

De opleidingen in het cluster **Medisch ondersteunende zorg** zijn initieel of hebben niet noodzakelijk een verpleegkundige vooropleiding. Ze leiden wel allemaal op voor het leveren van zorg die zonder deze opleidingen niet geleverd kan worden, of waarvan de kwaliteit in dat geval onvoldoende gewaarborgd zou zijn. Naast de tien opleidingen in Tabel 1 valt de opleiding ambulancechauffeur ook onder dit cluster. Deze wordt bekostigd via de bekostiging voor ambulancezorg.

1.2 Overlap tussen opleidingen

Tabel 2 laat zien dat er voor de meeste opleidingen zonder beschikbaarheidsbijdrage een aanzienlijke overlap geldt tussen de EPA's van deze opleidingen en de EPA's van opleidingen die al onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen. De overlap berekenen we door de EPA's van de toe te voegen opleidingen te vergelijken met het curriculum van de opleidingen die al onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen. We sommeren het aantal CZO-credits van de EPA's die ook deel uitmaken van het curriculum van minstens een van de opleidingen die al onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen. Dit aantal vergelijken we met het totaal aantal credits van elke opleiding. Het aantal CZO-credits is een maatstaf voor de omvang van een EPA.

Tabel 2. Aanzienlijke overlap met opleidingen die al onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen

Opleiding	Aantal CZO-credits	Aantal overlap-pende CZO-credits	Percentage overlap
Cardiac Care verpleegkundige	65	40	61,5%
Mediumcareverpleegkundige	57,5	47,5	82,6%
Recoveryverpleegkundige	65	37,5	57,7%
HC-neonatologieverpleegkundige	45	40	88,9%
HC-kinderverpleegkundige	45	45	100,0%
Dialyse-assistent	15	15	100,0%
Geriatricverpleegkundige	50	20	40,0%
Neuroverpleegkundige	55	20	36,4%

Opleiding	Aantal CZO-credits	Aantal overlappende CZO-credits	Percentage overlap
Endoscopieverpleegkundige	45	5	11,1%
Medewerker operatieve zorg	115	65	56,5%
Sedatiepraktijkspecialist	50	0	0,0%
Medewerker interventiecardiologie	65	32.5	50,0%

De mate van overlap verschilt sterk tussen opleidingen. In het cluster Moeder & Kind overlapt de opleiding tot HC-kinderverpleegkundige zelfs volledig met opleidingen die al onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen. Het gaat in dit geval dus om een nieuwe combinatie van EPA's die al onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen. In ditzelfde cluster overlappen voor de opleiding tot HC-neonatologieverpleegkundige maar liefst veertig van de vijfenveertig CZO-credits. In het cluster Langdurige en intensieve zorg overlapt de opleiding tot dialyse-assistent ook volledig met opleidingen waarvoor al een beschikbaarheidsbijdrage geldt. Daarnaast heeft de opleiding tot mediumcareverpleegkundige ook veel raakvlakken met opleidingen die al onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen. Daarentegen hebben de opleidingen tot sedatiepraktijkspecialist en medewerker interventiecardiologie helemaal geen overlap met opleidingen waarvoor al een beschikbaarheidsbijdrage geldt. Ook de opleiding tot endoscopieverpleegkundige overlapt slechts op vijf van de vijfenveertig CZO-credits. Dit komt de hoge mate van specialisatie van deze opleidingen.

1.3 Kosten van de opleidingen

In 2021 bedragen de totale kosten van de twaalf toe te voegen opleidingen naar schatting 29,2 miljoen euro, blijkt uit Tabel 3. De opleiding tot Cardiac Care verpleegkundige heeft hier een groot aandeel in, met geschatte kosten van zo'n 9,7 miljoen euro. Hetzelfde geldt voor de opleiding tot recoveryverpleegkundige, met geschatte kosten van zo'n 6,5 miljoen euro. Bij beide opleidingen komt dit niet zozeer door hoge geschatte kosten per afgestudeerde, maar door het grote aantal afstudeerders. Daarentegen zien we dat andere opleidingen maar enkele afstudeerders kennen. Zo zijn de geschatte kosten van de opleidingen tot HC-kinderverpleegkundige en medewerker operatieve zorg kleiner dan 100 duizend euro. Voor de opleiding tot dialyse-assistent zijn de geschatte kosten net boven de 100 duizend euro. Bijlage B licht de methode achter de cijfers in Tabel 3 nader toe.

Tabel 3. Geschatte kosten van de toe te voegen opleidingen

Opleiding	Geschatte kosten per opleiding in 2021	Aantal afgestudeerden in 2021	Totale geschatte kosten in 2021
Cardiac Care verpleegkundige	€ 54.154	179	€ 9.693.491
Mediumcareverpleegkundige	€ 47.905	52	€ 2.491.065
Recoveryverpleegkundige	€ 54.154	120	€ 6.498.429
HC-neonatologieverpleegkundige	€ 32.289	40	€ 1.291.544
HC-kinderverpleegkundige	€ 31.566	3	€ 94.697
Dialyse-assistent	€ 12.268	9	€ 110.415
Geriatricverpleegkundige	€ 40.894	70	€ 2.862.612

Opleiding	Geschatte kosten per opleiding in 2021	Aantal afgestudeerden in 2021	Totale geschatte kosten in 2021
Neuroverpleegkundige	€ 44.984	55	€ 2.474.114
Endoscopieverpleegkundige	€ 36.805	57	€ 2.097.885
Medewerker operatieve zorg	€ 68.664	1	€ 68.664
Sedatiepraktijkspecialist	€ 28.318	35	€ 991.121
Medewerker interventiecardiologie	€ 36.813	14	€ 515.383
Totaal			€ 29.189.420

De totaal geschatte kosten van de twaalf toe te voegen opleidingen zijn relatief laag vergeleken met de totaal geschatte kosten van ziekenhuisopleidingen die reeds onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen. De NZa schat laatstgenoemde kosten voor 2021 op zo'n 189,1 miljoen euro. Ze zijn daarmee bijna 6,5 keer hoger. Als het aantal verpleegkundigen dat deze opleidingen volgt toeneemt na uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage, dan nemen de hieraan verbonden kosten ook toe.

2 Marktverstoringstoets

De centrale vraag in dit onderzoek is of de drie voorwaarden uit de Wmg voor bekostiging middels een beschikbaarheidsbijdrage van toepassing zijn op de twaalf toe te voegen ziekenhuisopleidingen. Dit hoofdstuk toetst deze voorwaarden op dezelfde manier als de NZa dat in eerdere marktverstoringstoetsen heeft gedaan. We beginnen met een korte samenvatting van deze benadering.

2.1 Eerdere marktverstoringstoetsen door de NZa

Tabel 4 geeft een overzicht van de marktverstoringstoetsen die de NZa eerder heeft uitgevoerd. Bij de marktverstoringstoetsen voor spoedeisende hulp (en acute verloskunde) en voor de ambulancehelikopter is daarbij telkens dezelfde benadering gehanteerd.

Tabel 4. Overzicht eerdere marktverstoringstoetsen voor uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage

Zorgfunctie	Jaar	
Spoedeisende hulp en acute verloskunde	2015	Onderzoek naar het al dan niet toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage voor spoedeisende hulp en acute verloskunde.
Opleiding verslavingsarts	2019	Onderzoek naar het al dan niet toekennen van een beschikbaarheidsbijdrage voor medische vervolgopleidingen tot verslavingsarts.
Ambulancehelikopter	2020	Onderzoek naar een uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage voor het acuut ambulancevervoer per helikopter voor Texel.
Spoedeisende hulp	2021	Actualisatie van de marktverstoringstoets uit 2015. Er is rekening gehouden met een uitbreiding van de reikwijdte van de SEH-functie met de achterwacht voor de spoedeisende hulp tijdens avond-, nacht- en weekenddiensten.

Een marktverstoring treedt in deze benadering op als financiering via prestaties en tarieven tot meer marktverstoring leidt dan bekostiging via een beschikbaarheidsbijdrage. Er is sprake van een marktverstoring wanneer er een andere uitkomst (in termen van prijs, volume en kwaliteit) tot stand komt dan op een markt die als concurrerend kan worden beschouwd. De NZa operationaliseert dit aan de hand van de prijsverschillen die voortkomen uit de onderzochte zorgfuncties. Hoe groter deze prijsverschillen, hoe meer een markt verstoord kan zijn. Het kwantitatieve criterium dat de NZa hierbij hanteert is dat een prijsafwijking van meer dan vijf procent maar minder dan tien procent zorgelijk is en een prijsafwijking van meer dan tien procent problematisch.

- De toets wordt toegepast op de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt: Bij de zorgverleningsmarkt zijn in eerste instantie twee partijen bij betrokken, namelijk de zorgaanbieders en de patiënten. De zorgaanbieders zouden onderling marktverstoringen kunnen ervaren als gevolg van prestaties en tarieven óf een beschikbaarheidsbijdrage. Dit zou zich uiten in uiteenlopende kosten. De patiënt zal dit vooral als negatief ervaren als dat haar eigen risico aanroept én de tarieven verhoogd worden;
- De zorgverzekeringsmarkt is de markt waarop de polissen voor de zorgverzekeringen tot stand komen. Hier zijn twee direct betrokken partijen: de zorgverzekeraars en de verzekerden (premiebetalers van 18+ jaar). Een marktverstoring tussen zorgverzekeraars uit zich als

verzekeraars onevenredige kosten kennen. Als de zorgverzekeraars deze kosten doorrekenen in de premies voor de polissen, dan kunnen de premies hierdoor veranderen. Dit voelt de verzekerde in de portemonnee;

- De zorginkoopmarkt is de markt tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Er is sprake van marktverstoring op de zorginkoopmarkt als er irreële tarieven ontstaan die niet in verhouding staan tot de geleverde prestatie, waardoor de vergelijkbaarheid tussen de tarieven en de daarvoor geldende prestaties tussen aanbieders verdwijnt.

De NZa heeft nog niet eerder een marktverstoringstoets voor opleidingen uitgevoerd. De uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage met de opleiding tot verslavingsarts is niet getoetst op de drie voorwaarden uit de Wmg. De NZa heeft enkel aangegeven geen aanleiding te zien om deze opleiding anders te beoordelen dan de opleidingen die al voor een beschikbaarheidsbijdrage in aanmerking komen.

2.1.1 Zijn opleidingen toe te rekenen aan specifieke prestaties of tarieven?

In beginsel is het mogelijk om opleidingskosten toe te rekenen aan tarieven. Kostprijsssoftware maakt inzichtelijk hoeveel geld is besteed per afdeling en per kostensoort, welke activiteiten er zijn uitgevoerd en wat de relatie is tussen de gerealiseerde kosten en uitgevoerde activiteiten. Aan de hand hiervan moeten opleidingskosten in een eerste stap worden toegewezen aan de afdeling waar de verpleegkundigen in opleiding werkzaam zijn of worden ingezet. Vervolgens moet het ziekenhuis deze kosten via de afdeling koppelen aan de soort zorg die daar wordt geleverd. De opleidingskosten kunnen vervolgens worden doorgerekend in de tarieven voor deze zorg. Impliciet bevatten de dbc-tarieven een onderdeel voor opleiding. In theorie kunnen ziekenhuizen met verzekeraars onderhandelen over de hoogte van dit onderdeel.

Geïnterviewde partijen geven aan dat de twaalf toe te voegen ziekenhuisopleidingen op dit moment niet uit specifieke prestaties of tarieven worden bekostigd. Ze vormen dan ook geen onderwerp van gesprek in de onderhandelingen met verzekeraars. In plaats daarvan betalen ziekenhuizen deze opleidingen uit algemene middelen, soms aangevuld met subsidies in het kader van de Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg.

Partijen denken verschillend over de mogelijkheden om opleidingskosten toe te rekenen aan specifieke zorgactiviteiten. Een aantal partijen denkt dat dit goed mogelijk is. Sommige partijen zien echter wel beperkingen, bijvoorbeeld omdat verpleging vaak betrekking heeft op meerdere specialismen en onderdeel is van een keten. Geen enkele partij stelt dat het toerekenen van opleidingskosten onmogelijk is.

Het opknippen van de opleidingen in EPA's zou het toerekenen van kosten aan prestaties of tarieven eenvoudiger kunnen maken. EPA's hebben namelijk betrekking op het ontwikkelen van vaardigheden voor bepaalde beroepsactiviteiten. Deze beroepsactiviteiten kunnen mogelijk directer gekoppeld worden aan bepaalde zorgactiviteiten en/of dbc's.

2.1.2 Leidt een toerekening aan verzekeraars tot een marktverstoring?

Op basis van het kwantitatieve criterium dat in eerdere marktverstoringstoetsen is gehanteerd, kunnen we vaststellen dat de toe te voegen ziekenhuisopleidingen niet tot een verstoring op de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt of de zorginkoopmarkt leiden. Uit het vorige hoofdstuk

blijkt dat deze opleidingen ongeveer dertig miljoen euro per jaar kosten. Dit bedrag valt in het niet bij de ruim 25 miljard euro die jaarlijks wordt uitgegeven aan medisch-specialistische zorg.² Het effect van de opleidingskosten zal groter zijn voor tarieven voor zorg waar de opleiding betrekking op heeft en voor ziekenhuizen die meer opleidingen verzorgen. Het verschil met de totale msz-uitgaven is echter zo groot, dat een prijsverhoging in de buurt van de vijf of tien procent onaannemelijk is.

2.1.3 Worden opleidingen op een andere manier bekostigd?

Zoals hierboven aangegeven betalen ziekenhuizen deze opleidingen uit algemene middelen, soms aangevuld met subsidies in het kader van de Kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg. Er is op dit moment geen koppeling met specifieke prestaties of tarieven.

² Zie de [kerncijfers medisch-specialistische zorg](#) van de NZa.

3 Bredere economische analyse

Dit hoofdstuk benadert de vraag of sprake is van een marktverstoring vanuit een breder economisch perspectief. Als we uitgaan van een ruimere opvatting van het begrip marktverstoring en naar andere markten kijken dan de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt, dan kan het antwoord op deze vraag veranderen. Verschillende geïnterviewde partijen geven namelijk aan dat er een verstoring speelt op de arbeidsmarkt, omdat ziekenhuizen ervoor kunnen kiezen om gespecialiseerd verpleegkundigen weg te kopen bij andere ziekenhuizen in plaats van ze zelf op te leiden. Deze marktverstoring betreft een zogenaamd extern effect: ziekenhuizen kunnen de vruchten van hun investering in opleidingen niet volledig plukken. Dit kan ertoe leiden dat er onvoldoende gespecialiseerd verpleegkundigen worden opgeleid. De uitwerking van deze analyse in dit hoofdstuk bouwt deels voort op een door Aalbers e.a. ontwikkeld economisch analysekader voor de opleidingsmarkt voor gespecialiseerd verpleegkundigen.³

3.1 Ziekenhuis plukt niet alle baten van investering in opleiding

De kosten van een ziekenhuisopleiding die niet onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen, worden op dit moment *aan de marge* gedragen door het ziekenhuis dat de opleiding aanbiedt. De extra euro die dit ziekenhuis hierin investeert, wordt niet gecompenseerd door een hogere vergoeding vanuit verzekeraars. Er is momenteel namelijk geen directe relatie tussen extra kosten van ziekenhuisopleidingen en de declaraties die ziekenhuizen doen bij zorgverzekeraars, al stelt de vorige paragraaf vast dat dit wel zou kunnen.⁴

De baten van de opleiding kunnen echter ook bij andere ziekenhuizen terechtkomen. Deze baten doen zich voor in de jaren na afronding van de opleiding, in de vorm van een beter inzetbare verpleegkundige. Een beter inzetbare verpleegkundige stelt het ziekenhuis in staat om meer of betere zorg te leveren en hier meer inkomsten uit te genereren. Het kan zijn dat de verpleegkundige na afronding van de opleiding een baan in een ander ziekenhuis aanneemt. In dat geval profiteert het andere ziekenhuis van de genoten opleiding. Verder komt een deel van de baten terecht bij de verpleegkundige, bijvoorbeeld in de vorm van een hoger salaris.

Als de baten van investeringen bij andere partijen terechtkomen dan de partij die de kosten draagt, is er sprake van een type marktverstoring dat bekend staat als een 'extern effect'. Dit externe effect vermindert voor ziekenhuizen de financiële prikkel om in opleidingen te investeren. Geïnterviewde partijen geven aan dat dit vooral speelde toen de ziekenhuisopleidingen nog niet werden gesubsidieerd. Een rapport uit 2002 zegt hier bijvoorbeeld over: *'Er zijn te weinig gespecialiseerd verpleegkundigen omdat de ziekenhuizen te weinig gespecialiseerd verpleegkundigen opleiden. Sommige ziekenhuizen leiden helemaal geen gespecialiseerd verpleegkundigen meer op, en 'kopen' mensen weg bij andere*

³ Aalbers, R. F. T., Dijkgraaf, E., van der Geest, S., Schut, E., & Varkevisser, M. (2003). Zorgvuldig dereguleren. Een analysekader voor de curatieve zorg. Rotterdam: OCFEB en iBMG.

⁴ Het in deze paragraaf besproken externe effect verdwijnt niet als ziekenhuizen de kosten aan de marge zouden doorberekenen aan zorgverzekeraars. Het is wel denkbaar dat verzekeraars de baten van verpleegkundigen die in andere ziekenhuizen gaan werken gedeeltelijk internaliseren, bijvoorbeeld omdat zij in deze ziekenhuizen dan minder opleidingskosten zouden hoeven te betalen.

ziekenhuizen. Dit laatste is een treffend voorbeeld van *free-rider gedrag*.⁵ Ook nu zou deze dynamiek volgens sommige partijen nog steeds zichtbaar zijn, vooral in regio's met grote tekorten.

Deze marktverstoring treedt op omdat de eigendomsrechten van het profijt van de opleidingsinvesteringen onvoldoende contractueel kunnen worden vastgelegd. In theorie kan een studiekostenbeding worden afgesloten. Zo'n beding verplicht de opgeleide verpleegkundige bij vertrek binnen een bepaalde periode na afronding van de opleiding een deel van de opleidingskosten terug te betalen aan het ziekenhuis.⁶ Dit maakt het echter minder aantrekkelijk voor verpleegkundigen om aan een opleiding te beginnen of om na de opleiding te wisselen van werkgever, met een kleiner en minder mobiel aanbod van opgeleide verpleegkundigen als gevolg. Ook kan in theorie wettelijk worden vastgelegd dat een ziekenhuis dat een opgeleide verpleegkundige overneemt, het opleidende ziekenhuis compenseren voor de opleidingskosten.

3.2 Pigouviaanse subsidie als oplossing voor de marktverstoring

Het risico op onderaanbod van opleidingen kan worden tegengegaan met een subsidie.⁷ De klassieke economische oplossing voor externe effecten is de zogenoemde Pigouviaanse subsidie. De hoogte hiervan is gelijk aan het verwachte profijt per opleiding dat ten gunste komt aan andere ziekenhuizen. Het profijt bestaat uit de toegenomen productiviteit van een verpleegkundige als gevolg van het volgen van de opleiding, na aftrek van de toegenomen beloning. Een praktisch bezwaar tegen het gebruik van een Pigouviaanse subsidie in deze setting is echter dat het voor een regulerende instantie moeilijk te achterhalen is hoe hoog dit profijt is en welk aandeel hiervan bij andere ziekenhuizen terecht komt.

3.3 De beschikbaarheidsbijdrage als subsidie

De beschikbaarheidsbijdrage kan ook worden gezien als een subsidie op opleidingen, maar is vanuit dit Pigouviaanse perspectief te hoog. De beschikbaarheidsbijdrage moet gemiddeld genomen namelijk kostendekkend zijn. Dit betekent dat ziekenhuizen gemiddeld genomen geen kosten meer dragen, terwijl ze waarschijnlijk wel profiteren van de opgeleide verpleegkundigen die voor hen blijven werken. In dat geval ontstaat er juist een prikkel tot overinvestering: ziekenhuizen leiden meer verpleegkundigen op dan er maatschappelijk gezien nodig zijn.

Deze prikkel wordt nog sterker als de kosten ook nog eens te hoog worden ingeschat. Ziekenhuizen zijn beter geïnformeerd over de kosten van opleidingen dan de overheid, maar hebben ook een belang om de vergoeding zo hoog mogelijk te krijgen. Dit kan tot een overschatting van de kosten leiden.

⁵ MDW (2002), Een carrière aan het bed: rapport van de MDW-werkgroep Verpleegkundigen en Verzorgenden in het Ziekenhuis, Den Haag. Dit citaat is overgenomen uit het eerder aangehaalde economische analysekader van Aalbers e.a.

⁶ Per 1 augustus 2022 is de Europese richtlijn 'transparantie en voorspelbare arbeidsvoorwaarden' geïmplementeerd in alle EU-landen. Deze richtlijn verplicht werkgevers om werknemers kosteloos opleidingen te laten volgen die verplicht zijn om het werk te kunnen uitvoeren. Als de werknemer na de verplichte scholing bij een andere werkgever gaat werken, mag de opleidende werkgever de opleidingskosten niet verhalen op de werknemer. Deze nieuwe richtlijn geldt niet te gelden zogenoemde 'gereguleerde beroepen' – waartoe de functie van verpleegkundige behoort –, wat betekent dat voor opleidingen voor verpleegkundigen nog altijd een studiekostenbeding afgesloten kan worden. Zie bijv. <https://www.kvk.nl/advies-en-informatie/wetten-en-regels/werkgever-moet-verplichte-opleidingen-betalen/>.

⁷ Dit hoofdstuk bevat geen uitputtend overzicht van mogelijkheden om onderaanbod van opleidingen tegen te gaan: er zijn mogelijk andere opties denkbaar die ziekenhuizen kunnen stimuleren om meer verpleegkundigen op te leiden in het geval het risico van onderaanbod zich voordoet.

Deze informatie-asymmetrie speelt overigens ook als ziekenhuizen de opleidingskosten doorberekenen aan zorgverzekeraars.

De prikkel tot overaanbod die uitgaat van de beschikbaarheidsbijdrage geldt al voor de ziekenhuisopleidingen die hier nu onder vallen. Het Capaciteitsorgaan stelt in een recent rapport echter vast dat er te weinig gespecialiseerd verpleegkundigen worden opgeleid en dat de tekorten blijven stijgen.⁸ Dit komt doordat de vraag naar zorg blijft toenemen, de uitstroom uit het vak tegelijk ook toeneemt en het lastiger wordt om voldoende instroom in de opleidingen te realiseren. Voor de gespecialiseerd verpleegkundige opleidingen wordt namelijk geworven uit al in de praktijk werkzame verpleegkundigen en hier komen ook tekorten voor. De beschikbaarheidsbijdrage prikkelt in theorie dus weliswaar tot overaanbod, maar in de praktijk schiet het aanbod door andere factoren tekort.

Bij de vervolgoopleidingen voor medisch specialisten speelt de prikkel tot overaanbod in grotere mate dan bij ziekenhuisopleidingen. Ook voor het opleiden van medisch specialisten ontvangen ziekenhuizen een beschikbaarheidsbijdrage. Maar daarnaast dragen medisch specialisten in opleiding in grotere mate dan verpleegkundigen in opleiding bij aan de productie van het ziekenhuis. Deze prikkel verklaart mogelijk deels waarom het aantal gerealiseerde opleidingsplekken voor de medische specialismen in 2021 juist groter was dan het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan.⁹ Het ministerie van VWS bepaalt jaarlijks per medisch specialisme het aantal opleidingsplaatsen, op basis van deze raming van het Capaciteitsorgaan van de benodigde opleidingscapaciteit.¹⁰ Deze vorm van rantsoenering kan overinvestering in opleidingen tegengaan.¹¹

Voor ziekenhuisopleidingen onder de beschikbaarheidsbijdrage vindt er vooralsnog geen rantsoenering plaats: het betreft een zogenoemde 'open einderegeling'. Geïnterviewde partijen geven aan dat de ramingen van het Capaciteitsorgaan voor de opleidingen die onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen wel een belangrijke rol spelen in de totstandkoming van het aanbod. Op basis van deze raming maken ziekenhuizen in de regio afspraken over hoeveel opleidingsplekken ze aanbieden en soms ook over het samen opleiden dan wel opleiden voor een ander ziekenhuis – hoewel de samenwerking wel tussen regio's verschilt. De beschikbaarheidsbijdrage faciliteert deze samenwerking binnen de regio, omdat ziekenhuizen die meer opleidingsplekken voor hun rekening nemen hiervoor ook gecompenseerd worden. Vooralsnog lukt het echter niet altijd om afspraken over het aantal opleidingsplekken binnen de regio te realiseren en lijkt rantsoenering dan ook niet aan de orde.

Per saldo kan niet geconcludeerd worden dat financiering van ziekenhuisopleidingen via de beschikbaarheidsbijdrage minder marktverstoring is dan via prestaties en tarieven. Er is geen empirie om de grootte van het externe effect nauwkeurig vast te stellen. Wel is het duidelijk dat een subsidie die de kosten volledig vergoedt, vanuit maatschappelijk oogpunt te hoog is. Bovendien bestaat het risico dat de vergoeding hoger dan de daadwerkelijke kosten van ziekenhuizen wordt vastgesteld.

⁸ Capaciteitsorgaan (2022). Capaciteitsplan 2022-2025. Deelrapport 8. FZO beroepen & Ambulanceverpleegkundigen. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

⁹ Capaciteitsorgaan (2022). Capaciteitsplan 2024-2027. Integraal overzicht. Utrecht: Capaciteitsorgaan.

¹⁰ Zie Varkevisser, M., van der Geest, S., Maasland, E., & Schut, E. (2007). Opleiden medisch specialisten moet transparanter. Economisch-Statistische Berichten, 4511, 340-342.

¹¹ Het aangehaalde artikel van Varkevisser e.a. plaatst de kanttekening dat in de praktijk geregeld wordt afgeweken van de door het ministerie van VWS gewenste opleidingscapaciteit per specialisme, onder andere omdat ziekenhuizen vrij zijn om te bepalen hoeveel artsen zij willen opleiden tot specialist.

4 Conclusies

De NZa ziet uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage als een noodzakelijke voorwaarde voor de flexibilisering van de bekostiging van ziekenhuisopleidingen. Er is een aanzienlijke overlap in EPA's tussen de opleidingen die al onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen en de opleidingen die hieraan worden toegevoegd. Een bekostiging waarbij de vergoeding van EPA's afhangt van de opleiding waartoe ze behoren, is onuitvoerbaar.

Voor de toe te voegen opleidingen is er in de conventionele benadering van de NZa evenwel geen sprake van een marktverstoring. De kosten van de opleidingen zijn namelijk te klein. Er is in deze benadering pas sprake van een marktverstoring als de kosten op de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt of de zorginkoopmarkt prijsverschillen veroorzaken van meer dan vijf tot tien procent.

In een bredere economische analyse is er wel sprake van een marktverstoring op de arbeidsmarkt, die ontstaat omdat ziekenhuizen de vruchten van hun investering in opleidingen niet volledig kunnen plukken. De beschikbaarheidsbijdrage is als correctie voor deze marktverstoring echter te groot. Per saldo kan daarom niet geconcludeerd worden dat de situatie waarin ziekenhuisopleidingen onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen, minder marktverstoring is dan de situatie waarin deze opleidingen via prestaties en tarieven worden bekostigd. Dit onderzoek laat hiermee wel zien dat een breder toetsingskader voor de beschikbaarheidsbijdrage dan nu in de Wmg is opgenomen van belang kan zijn.

Bijlage A – Overzicht van geïnterviewde partijen

Tabel A1. Overzicht van geïnterviewde partijen

Organisatie
Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU)
Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)
College Zorgopleidingen (CZO)
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ)
Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)
Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN)
Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
Zilveren Kruis
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
Capaciteitsorgaan
Marco Varkevisser (Erasmus Universiteit Rotterdam)

Bijlage B – Methode kostenberekening

De berekening van de kosten van opleidingen die nog niet onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen is gebaseerd op een inschatting van de kosten van zogenaamde functie-overstijgende EPA's. Dit zijn EPA's die in meerdere opleidingen binnen hetzelfde cluster voorkomen. We veronderstellen dat de kosten van deze functie-overstijgende EPA's representatief zijn voor de kosten van de opleiding als geheel.

We berekenen de bedragen per functie-overstijgende EPA uit opleidingen die al onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen door:

- 1 per opleiding die al onder de beschikbaarheidsbijdrage valt een vergoedingsbedrag per credit te berekenen door het totale vergoedingsbedrag te delen door het aantal credits;
- 2 het bedrag per credit met het aantal credits per EPA te vermenigvuldigen. Dit geeft een vergoedingsbedrag per EPA en per opleiding die reeds in aanmerking komt voor een beschikbaarheidsbijdrage;
- 3 het op basis van het aantal afstudeerders per opleiding in 2021 gewogen gemiddelde van deze vergoedingsbedragen per EPA over alle opleidingen die al onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen. Dit geeft het vergoedingsbedrag voor die EPA.

Op basis van de bedragen per functie-overstijgende EPA berekenen we vervolgens een bedrag per credit voor de opleidingen die nog niet in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. Vervolgens passen we dit bedrag per credit toe op alle unieke EPA's van deze opleiding door het te vermenigvuldigen met het aantal credits. Zo komen we tot een inschatting van de kosten van deze opleidingen.

In het geval dat een opleiding zonder beschikbaarheidsbijdrage geen functie-overstijgende EPA's kent, vermenigvuldigen we het gemiddelde bedrag per credit voor opleidingen die wel al onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen binnen hetzelfde cluster met het aantal credits van de opleiding die nog niet in aanmerking komt voor een beschikbaarheidsbijdrage. Dit geldt voor de opleidingen tot sedatiepraktijkspecialist en tot medewerker interventiecardiologie.

Ten grondslag aan deze berekeningen liggen een aantal aannamen:

- de huidige vergoedingsbedragen (per opleiding) zijn gemiddeld genomen kostendekkend;
- elke EPA kent één vergoedingsbedrag ongeacht de opleiding waarvoor deze gevolgd wordt;
- als de scope van de beschikbaarheidsbijdrage wordt uitgebreid, dan komen er opleidingen en losse EPA's bij die op dit moment niet in aanmerking komen voor een beschikbaarheidsbijdrage. Wij maken de veronderstelling dat de kosten van nieuwe EPA's (per credit) vergelijkbaar zijn met de kosten van de functie-overstijgende EPA's in dezelfde opleiding;
- een aantal ziekenhuisopleidingen die reeds onder de beschikbaarheidsbijdrage vallen kent naast een vergoedingsbedrag voor afgestudeerden, ook een vergoedingsbedrag voor instromers. Voor het berekenen van de gemiddelde kosten van een functie-overstijgende EPA kijken we alleen naar de vergoedingsbedragen voor afgestudeerden en niet naar de vergoedingsbedragen voor instromers. We kiezen voor deze pragmatische oplossing om de berekeningen overzichtelijk te houden. Voor de

- schattingen maakt het weinig uit. Alleen in het cluster Medisch ondersteunende zorg zijn er voor opleidingen met een beschikbaarheidsbijdrage vergoedingsbedragen voor instromers. Dit cluster draagt echter minimaal bij in de totaal geschatte kosten voor opleidingen zonder beschikbaarheidsbijdrage, vanwege het kleine aantal afstudeerders bij deze opleidingen;
- we houden geen rekening met een eventuele toename van het aantal gevolgde opleidingen na uitbreiding van de beschikbaarheidsbijdrage.



Newtonlaan 1-41 ▪ 3584 BX Utrecht ▪ Postbus 3017 ▪ 3502 GA Utrecht
T 030 - 296 81 11 ▪ E info@nza.nl ▪ www.nza.nl