

Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (FZO)

Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2
thema 2C

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

Rotterdam, 17 oktober 2016



Beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen (FZO)

Eindrapportage beleidsdoorlichting Artikel 4.2 thema 2C

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

Ecorys
Seor

Rotterdam, 17 oktober 2016

Over Ecorys

Met ons werk willen we een zinvolle bijdrage leveren aan maatschappelijke thema's. Wij bieden wereldwijd onderzoek, advies en projectmanagement en zijn gespecialiseerd in economische, maatschappelijke en ruimtelijke ontwikkeling. We richten ons met name op complexe markt-, beleids- en managementvraagstukken en bieden opdrachtgevers in de publieke, private en not-for-profitsectoren een uniek perspectief en hoogwaardige oplossingen. We zijn trots op onze 85-jarige bedrijfsgeschiedenis. Onze belangrijkste werkgebieden zijn: economie en concurrentiekracht; regio's, steden en vastgoed; energie en water; transport en mobiliteit; sociaal beleid, bestuur, onderwijs, en gezondheidszorg. Wij hechten grote waarde aan onze onafhankelijkheid, integriteit en samenwerkingspartners. Ecorys-medewerkers zijn betrokken experts met ruime ervaring in de academische wereld en adviespraktijk, die hun kennis en best practices binnen het bedrijf en met internationale samenwerkingspartners delen.

Ecorys voert een actief MVO-beleid en heeft een ISO14001-certificaat, de internationale standaard voor milieumanagementsystemen. Onze doelen op het gebied van duurzame bedrijfsvoering zijn vertaald in ons bedrijfsbeleid en in praktische maatregelen gericht op mensen, milieu en opbrengst. Zo gebruiken we 100% groene stroom, kopen we onze CO₂-uitstoot af, stimuleren we het ov-gebruik onder onze medewerkers, en printen we onze documenten op FSC- of PEFC-gecertificeerd papier. Door deze acties is onze CO₂-voetafdruk sinds 2007 met ca. 80% afgenomen.

ECORYS Nederland B.V.
Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam

Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com
K.v.K. nr. 24316726

W www.ecorys.nl

Inhoudsopgave

Managementsamenvatting	5
1 De beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen	9
1.1 Aanleiding	9
1.2 Doel	9
1.3 Wijzigingen in de regeling	10
1.4 Aanpak van de verklarende evaluatie	10
1.5 Beleids Theorie	10
2 Doeltreffendheid	15
2.1 Instroom en diplomering studenten	15
2.2 Indicaties voor effecten: kwantitatief en kwalitatief	18
3 Doelmatigheid	23
3.1 Inleiding	23
3.2 Uitgaven aan de maatregel	23
3.3 Relatie tussen uitgaven/investeringen en opbrengsten van de maatregel	24
3.4 Uitvoerbaarheid van de regeling	25
Bijlage A Lijst geïnterviewden	27
Bijlage B Ontwikkelingen in diplomering	29
Bijlage C Ontwikkelingen in intern rendement	31

Managementsamenvatting

Doel van de subsidieregeling

Het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is aan het begin van het studiejaar 2010/2011 (per 1 augustus 2010) ingegaan. De aanleiding voor het Fonds Ziekenhuisopleidingen was zichtbaar marktfalen en een (dreigend) tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel (in ziekenhuizen en Universitair Medische Centra). Het marktfalen uitte zich in dreigende tekorten van met name operatiekamerassistenten, anesthesiemedewerkers en Intensive Care (IC)-verpleegkundigen. De arbeidsmarktsituatie was dusdanig dat sommigen van dergelijke verpleegkundigen ontslag namen en vervolgens zich middels detacheringbureaus duur lieten inhuren door ziekenhuizen en UMC's. Het gaat hierbij om beroepsgroepen die niet snel te vervangen zijn door andere functies en zonder welke bepaalde zorgverlening, zoals operaties, geen doorgang kan vinden.

Het doel van het FZO was om opleidingsplekken voor gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel te stimuleren om daarmee tekorten bij deze beroepsgroepen te voorkomen. Hiertoe werden middelen onttrokken uit de algemene ziekenhuisbegrotingen en vervolgens gericht verdeeld aan de hand van de gepleegde opleidingsinspanningen. Op deze manier betalen ziekenhuizen met weinig opleidingsinspanningen, mee aan de opleidingen die andere, meer actieve, ziekenhuizen plegen. Hiermee wordt freeridgedrag tegengegaan. Een aanpalende doelstelling was om het opleidingsaanbod stabiel te maken en de varkenscyclus te doorbreken. Daarnaast hoopte men dat regionaal meer afstemming plaats zou vinden en instellingen voor elkaar gingen opleiden.

Bij de regeling is bewust gekozen om de verdeling van opleidingsplekken niet centraal te regisseren, zoals bij de medische vervolgopleidingen voor specialisten. Dit was een bewuste keuze om deze (minder omvangrijke) subsidie organisatorisch eenvoudig te houden. Bovendien, zo stellen respondenten die betrokken waren bij de opzet van de regeling, is bij deze beroepsgroepen sprake van regionale arbeidsmarkten. Dit houdt in dat werknemers wellicht zullen wisselen van instelling binnen de regio, maar niet zo snel zullen vertrekken uit de regio. Dit betekent dat bij eventuele centrale coördinatie van plekken rekening gehouden moet worden met deze regionale arbeidsmarkten. Dit vergroot de complexiteit van eventuele centrale coördinatie.

De verantwoordelijkheid voor de administratieve uitvoering van de subsidie is per 1 januari 2014 overgeheveld naar de NZa in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage.

Een verklarende evaluatie

Het onderzoek is gebaseerd op een analyse van bestaande gegevens (met name tijdreeksen van instroom en uitstroom in de opleidingen en gegevens van het Capaciteitsorgaan) en gesprekken met betrokken organisaties en regionale contactpersonen van de regeling bij ziekenhuizen.

Conclusies over de doeltreffendheid

De interviews geven indicaties dat de subsidie er toe bijdraagt dat opleidingsbeslissingen minder uitgesteld worden. Vooral in de beginfase trad er een positief effect op. De aanvankelijke tekorten die de aanleiding waren, verdwenen. Toch erkent men dat het effect van de subsidie niet groot is. Uiteindelijk is een ziekenhuis met of zonder subsidie genoodzaakt om deze beroepsgroepen op te leiden. Een beperking in de prikkelwerking van de subsidie, is dat door de interne financiële

organisatie van ziekenhuizen het geld veelal terecht komt in een breder budget en niet specifiek bij de afdelingen die de opleidingen uitvoeren. Tevens wordt de prikkel verminderd door de tijd die verstrijkt voordat men de subsidie ontvangt: het betreft grotendeels een diplomasubsidie aan het eind van de opleiding.

De beperkte effecten komen ook tot uitdrukking in het feit dat er geen sprake is van een duidelijke toename van het aantal instromers sinds de invoering van de subsidie en dat de instroom bij veel opleidingen aanzienlijk lager ligt dan het advies van het Capaciteitsorgaan. Hierbij speelt wel de interveniërende rol van verschillende andere factoren, zoals een afnemende vervangingsvraag door de crisis en verhoging van de pensioenleeftijd, die de behoefte aan instroom verminderden. Recentelijk zijn er echter signalen dat zich wederom tekorten gaan voordoen. Dit wordt door diverse respondenten naar voren gebracht, en ook bevestigd via recente data van het Capaciteitsorgaan die op een (fors) stijgende vacaturegraad in deze beroepen wijzen.

Conclusie is dat de beschikbaarheidsbijdrage in ieder geval aanvankelijk een bijdrage heeft geleverd aan de vermindering van spanningen op de arbeidsmarkt van deze beroepen, maar dat andere factoren hierbij wellicht een grotere rol hebben gespeeld.

Naast een subsidie is cruciaal dat de instellingen ook over informatie beschikken over de benodigde instroom. Hierin is in de loop van de tijd voorzien met voorspellingen van de benodigde instroom, die het Capaciteitsorgaan maakt. De eerste versie van deze adviezen zijn door de regio's wel als informatie gebruikt, maar vaak maar ten dele gevolgd. Hierbij wordt naar voren gebracht dat de omstandigheden snel wisselen, waardoor de prognoses achterhaald raken. Daarom heeft men naast de vaste oriëntatiepunten vanuit de voorspellingen van het Capaciteitsorgaan behoefte aan mogelijkheden om meer flexibel op (mogelijke) veranderingen in te spelen. De webtool die het Capaciteitsorgaan onlangs heeft ontwikkeld biedt naar verwachting enige mogelijkheden voor simulatie, maar op dit moment is de vraag hoe ver dit zal gaan. Of een meer flexibele planning kan worden toegepast hangt ook af van de mate van samenwerking in de regio en de beschikbare informatievoorziening die hiervoor noodzakelijk is. De gesprekken in de regio's illustreren dat op beide punten stappen zijn gemaakt, maar dat er ook nog vooruitgang geboekt moet worden. Monitoring van bijvoorbeeld recente instroomcijfers in de opleidingen ontbreekt soms. Ook zijn er diverse structuren van samenwerking, maar zijn er gradaties in de mate waarin de opleidingsinspanningen daadwerkelijk op elkaar worden afgestemd. Opleidingsbeslissingen worden binnen ziekenhuizen veelal nog genomen op meer decentraal afdelingsniveau, die minder betrokken zijn in het overleg en waarvoor afdelingsbudgetten sterk leidend zijn.

Als neveneffect wordt het gevaar van vermindering van kwaliteit genoemd vanwege het sterke accent op diplomasubsidie. Hiervoor zijn echter weinig aanwijzingen. Zo is geen structurele trend waar te nemen in tijdreeksen over het interne rendement van de verschillende opleidingen. Een ander neveneffect wat naar voren wordt gebracht is dat de beschikbaarheidsbijdrage noodzakelijk geachte vernieuwingen in de beroepenstructuur vertraagt.

Conclusies over doelmatigheid

De hoogte van de vergoeding verschilt per opleiding en ligt gemiddeld op ongeveer 70 duizend euro per gediplomeerde. Hierbij is uitgegaan van een kostendekkende vergoeding. Sommige respondenten vinden de hoogte van de vergoeding overigens niet kostendekkend. Het verhogen of verlagen van de subsidie zal geen grote impact hebben op de instroom. In de basis hebben ziekenhuizen gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel nodig. Met name de gesprekken geven echter aan dat de weinig anticiperende houding van instellingen wat

betreft hun personeelsplanning (nog) groter zal worden als de hoogte van de vergoeding kleiner wordt. “Wegkopen” als alternatief voor structureel opleiden komt dan weer meer in beeld. Tevens wordt het gevaar van varkenscycli alleen maar groter. Ook in de huidige constellaties dreigt dit gevaar zich overigens al weer voor te doen.

Omdat over de omvang van de effecten slechts in indicaties kan worden gesproken, kunnen geen vastomlijnde uitspraken gedaan worden over de doelmatigheid. Wel dient in dit verband nog eens benadrukt te worden de interventie niet gebaseerd is op extra uitgaven, maar op een herschikking van middelen uit de reeds bestaande meer algemene ziekenhuisbegrotingen. Het is dus niet zo dat tegenover de beperkte effecten hoge extra uitgaven staan. Wel geldt dat de prikkelwerking van deze gerichte herallocatie van middelen vooralsnog niet groot lijkt.

Aanbevelingen

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

Wat betreft de **prikkelwerking** is van groot belang dat de bijdrage zo direct mogelijk terecht komt bij de afdelingen die de opleidingsinspanningen plegen, zodat het positieve verband ook “gevoeld” wordt. Een manier om deze financieringsstromen te beïnvloeden is om hiervoor meer aandacht te vragen in de opleidingsplannen die instellingen opstellen. Zo worden instellingen gedwongen om de positie van deze opleidingen nader te expliciteren, wat de interne positie van de betreffende afdelingen versterkt. Denkbaar is bijvoorbeeld dat meer aandacht voor deze groep wordt gevraagd in het kader van een andere regeling, de kwaliteitsimpuls personeel ziekenhuiszorg. Deze regeling heeft weliswaar betrekking op een ander type scholing, maar stelt wel als eis dat strategische opleidingsplannen worden opgesteld, waar het bredere kader van opleidingen in kan worden meegenomen. Brancheorganisaties bieden hun leden reeds ondersteuning in het opstellen van opleidingsplannen, maar zouden daarbij nog explicieter aandacht kunnen vragen voor de positie van deze beroepsgroepen – en de directe beschikbaarheid van middelen voor opleiding hiervan. De brancheorganisaties dienen het belang van de daadwerkelijke doorstroom van de specifiek toegekende middelen richting de betreffende opleidingsafdelingen onder de aandacht te brengen bij hun achterban, zodat zij dit intern zo goed mogelijk organiseren. Een andere aanbeveling is dat de financieringssysteem zodanig wordt aangepast, dat het gewicht minder dan nu aan het einde van de opleiding ligt. Het kan dan gaan om aanpassing van de verhouding instroom- en diplomasubsidie of het werken met voorschotten. Eén van de criteria hierbij is wel dat de administratieve last van de regeling niet onevenredig stijgt.

Wat betreft **informatievoorziening** is de behoefte aan planningsinstrumenten in het veld groot. Daarom is het van belang om nauwgezet te monitoren of er met de via het Capaciteitsorgaan nieuw ontwikkelde webtool voldaan wordt aan deze behoefte en om de regio's hierin te ondersteunen. Het is vervolgens wel aan de instellingen zelf dat zij het belang van deze personeelsplanning ook intern overbrengen aan de afdelingen waar de opleidingsbeslissingen daadwerkelijk worden genomen, bijvoorbeeld door hen nauwer te betrekken in de regionale overlegstructuren.

1 De beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen

1.1 Aanleiding

Het Fonds Ziekenhuisopleidingen (FZO) van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) is aan het begin van het studiejaar 2010/2011 (per 1 augustus 2010) ingegaan. De aanleiding voor het Fonds Ziekenhuisopleidingen was zichtbaar marktfalen en een (dreigend) tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel (in ziekenhuizen en Universitair Medische Centra).

Het marktfalen uitte zich in dreigende tekorten van met name operatiekamerassistenten, anesthesiemedewerkers en IC-verpleegkundigen. De arbeidsmarktsituatie was dusdanig dat sommigen van dergelijke verpleegkundigen ontslag namen en vervolgens zich middels detacheringbureaus duur lieten inhuren door ziekenhuizen en UMC's. Tevens kwamen operatiekamerassistenten uit India over. Het gaat hierbij om beroepsgroepen die niet snel te vervangen zijn door andere functies en zonder welke bepaalde zorgverlening, zoals operaties, geen doorgang kan vinden.

Het systeem van vóór de subsidie stimuleerde ziekenhuizen onvoldoende om gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel op te leiden. Dit kwam door de hoge opleidingskosten en het feit dat hiervoor geen geormerkte vergoedingen waren. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) drongen bij VWS aan op een subsidiesysteem waarbij ziekenhuizen direct werden terugbetaald voor opleidingsinspanningen. Hiervoor werden middelen aan de ziekenhuisbegroting onttrokken¹.

Ook geeft één van de respondenten aan dat het FZO een prikkel moest geven om te blijven opleiden wanneer voor het eigen ziekenhuis al voldoende was opgeleid. Mankracht kon immers elders in de regio benodigd zijn.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het FZO was bedoeld om het marktfalen tegen te gaan en ziekenhuizen te stimuleren structureel voldoende gespecialiseerde verpleegkundigen op te leiden en daarmee tekorten tegen te gaan. Met een financiële prikkel poogt het FZO het risico van de kosten van opleiden weg te nemen en te voorkomen dat er tekorten aan cruciale functies ontstaan.

Operationele doelstellingen

Tot 2014 zijn geen concrete streefgetallen geformuleerd. Sinds het Capaciteitsorgaan in 2014 voor deze beroepsgroepen ramingen maakt, is het zo dat deze ramingen als een advies kunnen worden gebruikt voor de jaarlijkse instroom. Er is echter geen sprake van harde operationele doelstellingen.

¹ De achtergronden van dit beleid zijn geschetst in een brief van 16 augustus 2010 aan de Tweede Kamer. Kamerstukken II 2009/10, 29 282, nr. 104.

1.3 Wijzigingen in de regeling

Sinds de oprichting in 2010 is er een tweetal wijzigingen doorgevoerd in de regeling:

- De eerste wijziging betreft het tussentijds toevoegen van enkele opleidingen aan het FZO. Ten tijde van de oprichting werden 13 van de 15 bij het College Zorg Opleidingen (CZO) geregistreerde opleidingen in het FZO opgenomen. Enkel Cardio Care en Gipsverbandmeester zijn toen niet opgenomen in het fonds. Het budget was toen 112 miljoen euro per jaar. Vanaf studiejaar 2012/2013 zijn gipsverbandmeester en de nieuwe opleiding ziekenhuishygiënist toegevoegd aan het FZO.
- In het studiejaar 2012/2013 is nog een keer 20 miljoen euro toegevoegd aan het fonds, omdat de instroom was toegenomen en anders de subsidie per opgeleide te laag zou worden. Dit geld kwam wederom uit de begrotingen van de ziekenhuizen.
- Vanaf het schooljaar 2012/2013 is eveneens besloten om de duale opleidingsvarianten te betrekken in het fonds. Bij duale opleidingsvarianten zijn de deelnemers eveneens in dienst van de instelling (via een leer-arbeidsovereenkomst), maar volgen deze deelnemers een volwaardige hbo-opleiding. Deze opleidingsvariant heeft daarmee als voordeel dat deze gedurende de loopbaan meer uitwijkmogelijkheden biedt.
- De verantwoordelijkheid voor de administratieve uitvoering van de subsidie is per 1 januari 2014 overgeheveld naar de NZa in de vorm van een beschikbaarheidsbijdrage, omdat die al de beschikbaarheidsbijdrage van andere opleidingen verzorgde. Hierdoor is de taakverdeling tussen de beleidskant (VWS) en de uitvoeringskant (NZa) meer gescheiden. Dit houdt in dat opleidende instellingen voortaan in plaats van een subsidie bij VWS een beschikbaarheidsbijdrage bij de NZa kunnen aanvragen.

1.4 Aanpak van de verklarende evaluatie

Voor de verklarende evaluatie van het Fonds Ziekenhuisopleidingen is gebruik gemaakt van:

- **Deskresearch:** analyse van instroom en diplomering opleidingsplaatsen 2007-2015 en een literatuurstudie.
- **Interviews met stakeholders:** ministerie (VWS), CZO, Capaciteitsorgaan, 5 contactpersonen bij individuele ziekenhuizen, waarvan 4 regionale contactpersonen FZO, brancheorganisaties (NFU en NVZ), en een deskundige voor de duale hbo-opleidingsvariant. Bijlage 1 bevat een overzicht van de geïnterviewden.

1.5 Beleidstheorie

In deze paragraaf schetsen wij in het kort de beleidstheorie van de beschikbaarheidsbijdrage overige opleidingen in ziekenhuizen. De beleidstheorie is opgesteld aan de hand van beleidsdocumenten en interviews met betrokken beleidsambtenaren en vertegenwoordigers van brancheorganisaties.

Beleidsprobleem: tekort aan medisch ondersteunend personeel en gespecialiseerde verpleegkundigen

Om tekorten aan medisch ondersteunend personeel en gespecialiseerde verpleegkundigen te voorkomen is medio 2010 het FZO opgericht. Onze respondenten geven aan dat er een tekort was in deze vakgebieden en met name in cruciale functies, zoals die van operatiekamerassistent en anesthesiemedewerker. Het idee van de subsidie was om dit marktfalen te bestrijden.

Probleemmechanisme 1: freeridgedrag

Het opleiden van medisch ondersteunend personeel en specialistische verpleegkundigen brengt kosten met zich mee voor de zorgorganisaties, met name door de gedeerde arbeidstijd (productiviteitsverlies) van degenen in opleiding. Hoewel een zorgorganisatie er direct belang bij kan hebben om zelf personeel op te leiden, bestaat er tegelijkertijd de onzekerheid dat de investeringen ten goede kunnen komen aan organisaties die zelf niet of minder gespecialiseerde verpleegkundigen opleiden, doordat opgeleid personeel naar deze andere instellingen vertrekt. Vanwege dit risico van vertrek kan de instelling er voor kiezen om als alternatief voor zelf opleiden de betreffende functionarissen bij andere instellingen "weg te kopen", waardoor de risico's van vertrek bij deze andere instellingen ook weer toenemen.

Probleemmechanisme 2: ontstaan van varkenscycli

Varkenscycli ontstaan doordat opleiden tijd kost. Ziekenhuizen hebben de neiging om pas op te leiden als tekorten voelbaar worden. Degenen die vervolgens opgeleid worden, zijn echter pas na enige tijd inzetbaar, zodat in de tussentijd de tekorten oplopen. Als na enige tijd de tekorten dan wel opgelost worden, hebben de ziekenhuizen de neiging om hun opleidingsinspanningen te verminderen, waardoor de cyclus zich herhaalt.

Varkenscycli worden in de economische literatuur beschreven als de op- en neergaande cyclus van aanbod door veranderingen in prijzen. Wanneer varkens veel geld kosten, fokken de varkensfokkers veel varkens. Echter, er gaat tijd overheen voordat deze gefokt zijn. Tegen de tijd dat de varkens dan de markt op kunnen, wordt deze overspoeld door aanbod, wat de prijs doet dalen. Deze cyclus blijft zich herhalen tot uiteindelijk (eventueel) een evenwichtsprijs ontstaat². Wat betreft opleiden in de zorg gaat de analogie met de varkenscycli niet helemaal op. Opleiders reageren niet zozeer – te laat – op stijgende prijzen, dat wil zeggen de lonen, maar op signalen van tekorten. De analogie bestaat echter wel hierin dat doordat opleiden tijd kost (net als varkens fokken) niet direct nieuw aanbod kan worden gecreëerd. Als opleider ben je dus te laat, als je wacht totdat er tekorten voelbaar worden. Als onvoldoende geanticipeerd wordt op de toekomstige instroombehoeften en slechts gereageerd wordt op de "waan van de dag" blijven perioden van tekorten periodiek terugkeren. Overigens gold voor de beroepsgroep in dit thema dat tekorten ook via hogere prijzen tot uitdrukking kwamen. Hogere prijzen leiden echter niet tot evenwicht omdat intrede in het beroep gereguleerd is via de opleiding. Hoogstens is er een dempend effect via herintreding, uitstel van uittreding, of langere werktijden.

De interventie: subsidie via het FZO

Om ziekenhuizen die opleiden te belonen voor hun inspanningen is een prestatiesubsidie ingesteld. Hiertoe zijn middelen onttrokken aan de ziekenhuisbegrotingen. Het ging hierbij om een gerichte herverdeling van middelen die macro gezien budgettair neutraal was. De hoogte van de subsidie is gebaseerd op een inschatting van de kostprijs. Deze hoogte van de kostprijzen zijn in een eerder stadium al eens berekend door de NZa en periodiek opgehoogd voor prijsstijgingen. De kostprijzen zijn onder meer afhankelijk van de directe kosten, de gedeerde arbeidstijd (productieverlies) en een correctie voor uitval.

Er wordt gewerkt met een instroomvergoeding en een diplomavergoeding. De instroomvergoeding geldt alleen voor opleidingen langer dan twee jaar om te voorkomen dat opleidende instanties te lang moeten wachten op de vergoeding en om te compenseren voor het hogere aantal uitvallers bij deze langere opleidingen. In totaal werd 18% van het FZO budget voor de instroom gereserveerd en 82% voor diplomasubsidie³. Door het zwaartepunt van de subsidie aan het einde van de opleiding te leggen, poogt men te voorkomen dat er te gemakkelijk grote hoeveelheden studenten

² Zie bijvoorbeeld: E. Mordecai, 1938, *The cobweb theorem*, in: Quarterly Journal of Economics, deel 52, blz. 255-280.

³ Zie <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/library/3742/Voortgangsbrief%20FZO%20nr%2004%20-%20Bijlage%201%20Brief%20VWS%20subsidieregeling%20ziekenhuisopleidingen.pdf>

toegelaten worden zonder voldoende aandacht voor het behalen van het daadwerkelijke diploma. Wanneer de claims het budget overschreden, werd het geld naar rato van het aantal opgeleiden verdeeld over de instellingen⁴. Vanaf de overgang naar de beschikbaarheidsbijdrage geldt dit subsidieplafond niet langer.

De aanpak van het FZO lijkt sterk op die van de Opleidings- en Ontwikkelingsfondsen (O&O-fondsen) in andere sectoren in Nederland. De meeste O&O-fondsen werken via een heffing op de loonsom, waaruit vervolgens weer subsidies op scholing (en andere activiteiten) worden gegeven. Deze subsidies zijn veelal niet volledig kostendekkend, zoals bij het FZO. Op zich valt te beredeneren dat de bereidheid van organisaties om middelen af te staan voor scholing nog hoger is als de mobiliteit van personeel vooral binnen de eigen sector zelf plaatsvindt (zoals bij ziekenhuizen). Als er ook mobiliteit naar andere sectoren is, blijft er een freeriderprobleem met organisaties uit andere sectoren. Kamphuis e.a. (2010)⁵ hebben onderzoek gedaan naar de effectiviteit van O&O-fondsen. Hun eerste conclusie is dat ondanks de grote sommen middelen die hiermee gemoeid zijn, zowel internationaal als nationaal hier weinig onderzoek naar verricht is. In de eigen analyse vinden zij geen positieve effecten op de scholingsdeelname, al houden zij een slag om de arm, omdat zij geen zuiver experimentele methode konden gebruiken.

(Flankerende) interventie: informatievoorziening via het Capaciteitsorgaan

Er is geen sprake van een centraal verdelingsmechanisme van opleidingsplekken over de instellingen, bijvoorbeeld bij de beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen wel het geval is. Dit was een bewuste keuze om deze (minder omvangrijke) subsidie organisatorisch eenvoudig te houden. Bovendien, zo stellen enkele respondenten, is bij deze beroepsgroepen sprake van regionale arbeidsmarkten. Dit houdt in dat werknemers wellicht zullen wisselen van instelling binnen de regio, maar niet zo snel zullen vertrekken uit de regio. Dit betekent dat bij eventuele centrale coördinatie van plekken rekening gehouden moet worden met deze regionale arbeidsmarkten. Dit vergroot de complexiteit van eventuele centrale coördinatie.

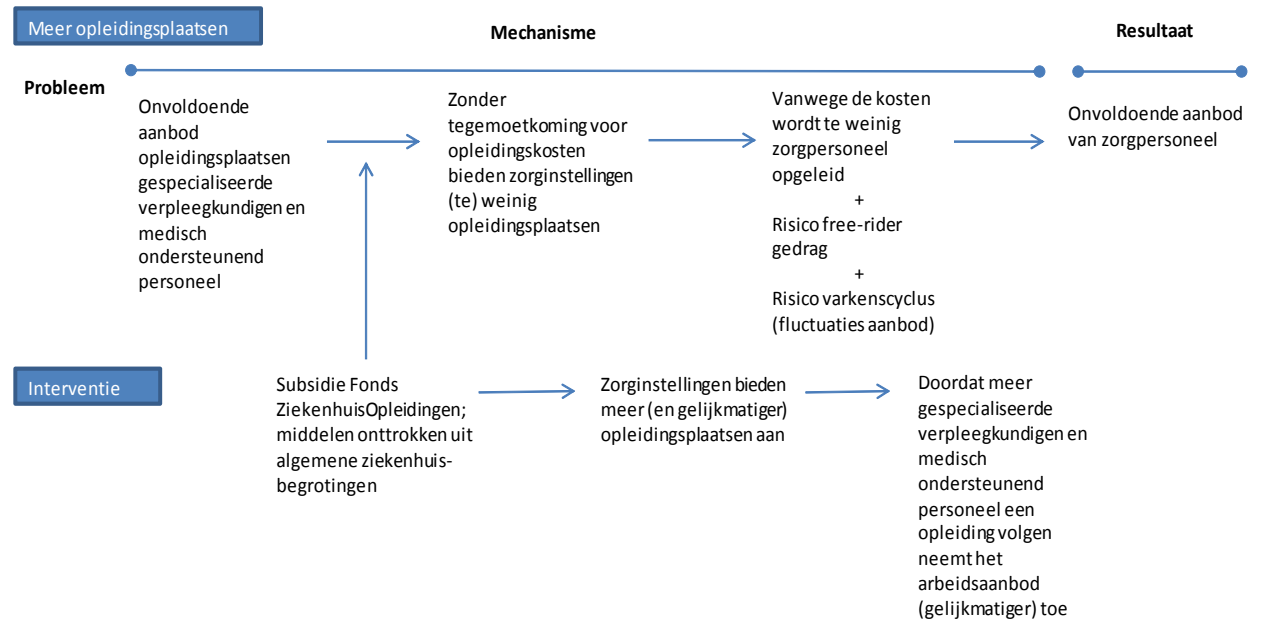
Om toch enige sturing te geven aan de instellingen zelf was er wel behoefte aan meer informatie over de benodigde instroom. Sinds 2014 is het Capaciteitsorgaan voor de FZO-opleidingen (landelijke en regionale) ramingen gaan maken. Voor de nieuwe update van de in 2014 gedane ramingen is het Capaciteitsorgaan bezig met een webapplicatie. Deze is in staat om aan de hand van een korte vragenlijst, ingevuld door de beroepscoördinator van elke relevante opleiding van elk ziekenhuis, de vervangings- en uitbreidingsvraag te bepalen. Hiermee kan de varkenscyclus worden tegengegaan. Voorwaarde is wel dat instellingen in regio's samenwerken om gezamenlijk de adviezen van het Capaciteitsorgaan over de jaarlijkse instroom te volgen. Kanttekening is wel dat ramingen per definitie onzekerheidsmarges hebben. Zelfs als ramingen precies worden nagevolgd hoeft dus geen evenwichtsituatie te resulteren. Door centraal structureel ramingen te organiseren met een zo valide mogelijke voorspelmodel hoeft niet elke instelling zelf zijn eigen instrument hiervoor te ontwikkelen, of enkel af te gaan op signalen van de arbeidsmarktsituatie van dat moment.

⁴ Dit was het geval in het eerste studiejaar 2010/11 waar bijna 90% werd uitgekeerd, zie: <https://www.nvz-ziekenhuizen.nl/library/3746/Voortgangsbrief%20FZO%20nr%2006.pdf>.

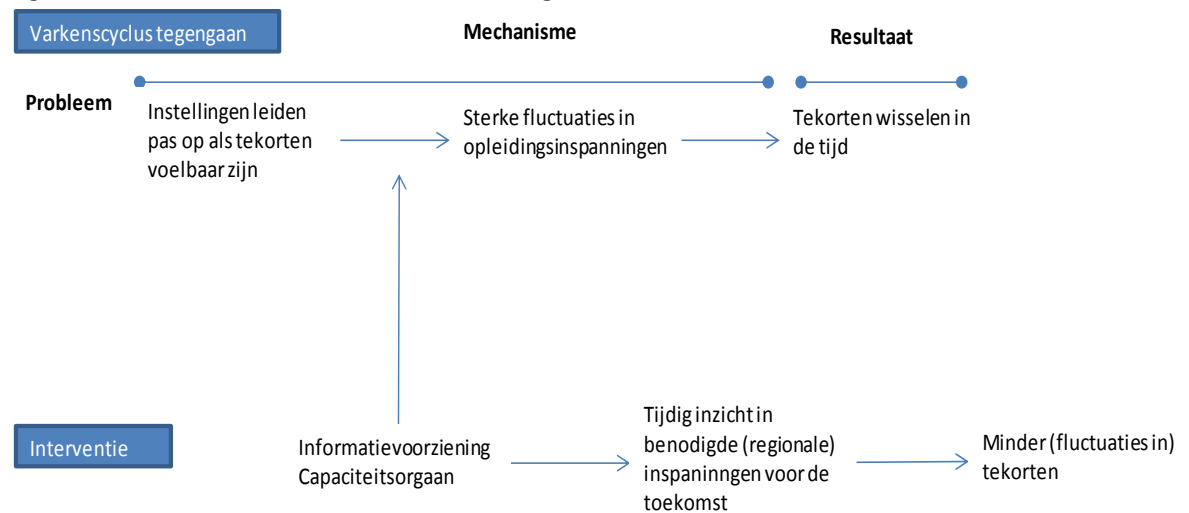
⁵ Kamphuis, P., Glebbeek, A., Lieshout, H. van, *Do sectoral training funds stimulate training*, Groningen: Hanzehogeschool.

Resumerend

Figuur 1.1 Beleidstheorie FZO: Subsidie



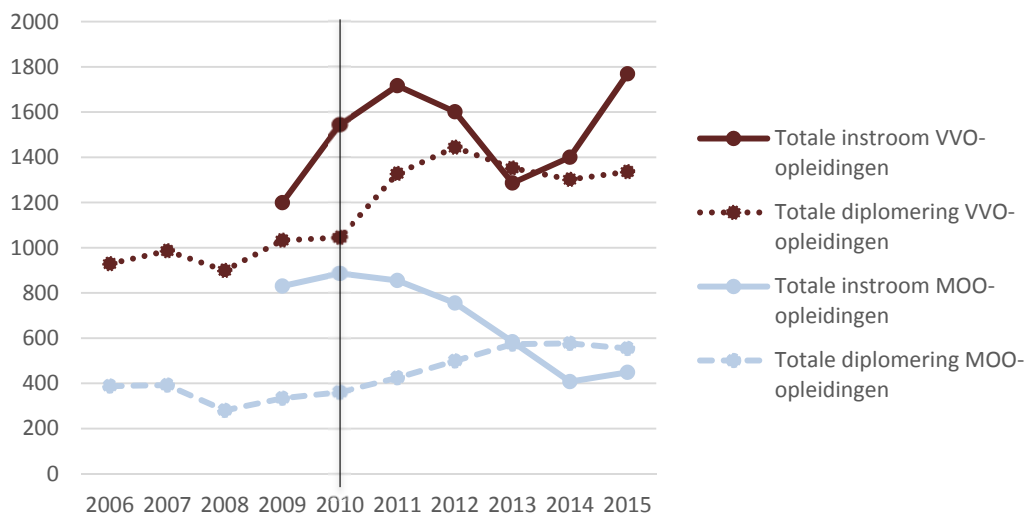
Figuur 1.2 Beleidstheorie FZO: Informatievoorziening



2 Doeltreffendheid

2.1 Instroom en diplomering studenten

Figuur 2.1 Ontwikkeling in aantal instromers en gediplomeerden



Bron: Data van het CZO

Figuur 2.1 geeft een overzicht van de instroom en diplomering van MOO- en VVO-opleidingen. Moo staat voor Medisch Ondersteunende Opleiding, deze opleidingen duren ongeveer 3 jaar. Vvo staat voor Verpleegkundige Vervolgopleiding, deze opleidingen duren 1 à 1,5 jaar. Deelnemers aan VVO-opleidingen zijn reeds verpleegkundige. Moo-opleidingen omvatten ook personen die rechtstreeks van de middelbare school komen.

De subsidie is halverwege 2010 ingegaan (begin schooljaar 2010/11). Ervan uitgaande dat de instroom niet beïnvloed wordt door andere factoren die in de tijd veranderen, zou dit tot uitdrukking kunnen komen in een hogere instroom vanaf schooljaar 2010/2011. Als we naar de MOO-opleidingen kijken, dan lijkt het tegendeel waar. De instroom stijgt in 2010 weliswaar nog enigszins, maar is sindsdien alleen maar gedaald. De stijging in diplomering is vooral de resultante van instroom die eerder heeft plaatsgevonden en is daarom geen direct effect van de subsidie. Bij MOO-opleidingen gaat het om opleidingen die veelal drie jaren duren. Bij VVO-opleidingen is er tot en met 2011 een sterke stijging te zien in de instroom, daarna daalt deze weer enkele jaren, maar recentelijk is sprake van herstel. Vvo-diplomering laat een vergelijkbaar beeld zien, hoewel deze minder sterk fluctueert. Concluderend kunnen we zeggen dat er van een duidelijke trendbreuk geen sprake lijkt. Omdat echter niet alle opleidingen voor subsidie in aanmerking komen of op een verschillend moment, kijken we hieronder meer gedetailleerd naar de deelname per opleiding.

Tabel 2.1 Omvang instroom studenten (2009-2015)

Opleiding	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009
MOO-opleidingen							
Anesthesiemedewerker	109	116	167	208	261	273	245
Anesthesiemedewerker hbo-VT (dual)	26	15	16	17	13	19	9
Deskundige Infectiepreventie (ziekenhuishygiënist)	34	34	27	33	26	16	36
Gipsverbandmeester	6	6	11	21	21	35	26
Klinisch Chemisch Analist	0	3	4	0	0	0	0
Klinisch Perfusionist	11	0	8	12	11	9	9
Operatieassistent	167	149	242	310	354	366	339
Operatieassistent hbo-VT (dual)	30	23	15	26	13	7	4
Radiodiagnostisch laborant	28	28	40	59	68	63	87
Radiodiagnostisch laborant Duale MBRT	23	18	34	32	43	56	45
Radiotherapeutisch laborant	15	16	20	31	42	31	22
Radiotherapeutisch laborant Duale MBRT	0	0	0	6	3	11	8
Subtotaal MOO-opleidingen	449	408	584	755	855	886	830
Vvo-opleidingen							
Ambulanceverpleegkundige	116	116	0	0	0	0	
CC-verpleegkundige	113	87	94	137	170	75	12
Dialysevenpleegkundige	100	80	94	125	153	192	134
Geriatricverpleegkundige	58	50	21	0	0	0	0
IC-verpleegkundige	225	190	246	375	414	369	358
IC-kinderverpleegkundige	20	37	36	36	32	24	17
IC-neonatologieverpleegkundige	49	44	54	46	40	40	27
Kinderverpleegkundige	161	101	174	199	171	216	173
Mediumcareverpleegkundige	47	26	1	0	0	0	0
Neuroverpleegkundige	46	27	0	0	0	0	
Obstetricverpleegkundige	131	105	153	179	197	143	116
Oncologieverpleegkundige	408	339	252	266	257	225	157
Recoveryverpleegkundige	55	27	17	0	0	0	0
SEH-verpleegkundige	200	153	144	238	283	259	205
Verpleegkundige Centralist Meldkamer Ambulancezorg	40	18	0	0	0	0	
Subtotaal VVO-opleidingen	1.769	1.400	1.286	1.601	1.717	1.543	1.199
Subtotaal gesubsidieerde VVO-opleidingen	1.294	1.076	1.153	1.464	1.547	1.468	1.187*
Subtotaal niet-gesubsidieerde VVO-opleidingen	475	324	133	137	170	75	12*

Bron: CZO

*Het betreft hier de optelling van deelnemers bij opleidingen die op een later moment voor de subsidie in aanmerking komen.

Groen: opleidingen waarvoor een subsidieregeling beschikbaar was.

Lichtgroen: overgangsjaar, de subsidieregeling was beschikbaar halverwege het kalenderjaar.

Meer specifieke trend gesubsidieerde opleidingen

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de instroom per opleiding in de afgelopen jaren. Bij de VVO-opleidingen zijn diverse opleidingen meegenomen die niet onder het FZO vallen. Daarom is het belangrijk om hier een aparte analyse voor beide groepen te maken. Na deze uitsplitsing blijkt de instroom van gesubsidieerde VVO-opleidingen zich minder gunstig ontwikkeld te hebben dan figuur 2.1 in eerste instantie suggereerde. De instroom is hoog in 2010-2012, maar daarna duidelijk lager. Een uitzondering is de opleiding tot oncologieverpleegkundige, hier is de instroom de afgelopen jaren sterk gestegen. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt door het quotum van de Stichting ONCOlogische Samenwerking (SONCOS) waaraan voldaan moet worden. Minimaal de helft van het verpleegkundig personeel (in een zorginstelling die oncologische zorg levert) moet oncologieverpleegkundige zijn of de opleiding hiertoe volgen. Zorginstellingen hebben tot 1 januari 2022 de tijd om aan deze norm te voldoen.

Referentie?

Omdat er ook niet-gesubsidieerde opleidingen zijn, is het interessant om na te gaan of deze opleidingen een andere trend vertonen dan de gesubsidieerde opleidingen (referentie). De instroom bij niet-gesubsidieerde opleidingen is sterk gestegen. Dit heeft echter aparte oorzaken. De stijging is vooral toe te schrijven aan een aantal nieuw opgenomen opleidingen die niet gesubsidieerd zijn. Twee van deze opleidingen (Ambulanceverpleegkundige en Centralist Meldkamer) bestaan al vele jaren, maar staan pas sinds 2014 onder toezicht van het CZO. Vier andere opleidingen zijn wel helemaal nieuw, waardoor er nog geen duidelijke trend valt af te leiden. De enige niet-gesubsidieerde opleiding die wel enigszins als referentie kan dienen, is de opleiding tot Cardiac Care (CC)-verpleegkundige. De hypothese dat deze opleiding zich minder gunstig ontwikkelt, omdat deze niet gesubsidieerd wordt, gaat niet op. De instroom in CC-verpleegkunde volgt ruwweg dezelfde trend als de gesubsidieerde opleidingen. Dit is een aanwijzing dat de effecten van de regeling beperkt zijn. Deze aanwijzing is bevestigd in een interview met een contactpersoon van een UMC: volgens deze respondent is er geen relatie tussen (het ontbreken van) de FZO-gelden en de vraag naar CC-opleidingsplekken⁶.

Duale varianten

Op een later moment is een aantal duale opleidingen aan de subsidieregeling toegevoegd. Omdat hbo-instellingen in 2009 gestart zijn met aanbieden van duale opleidingen en de CZO-erkenning pas gaandeweg gekomen is, zijn de aantallen vooralsnog beperkt in vergelijking met de aantallen in-service studenten. Ook sinds 2012/2013 (start van subsidie voor deze opleidingen) is echter geen sprake van een sterke groei in de instroom. De instroom bij de duale Medisch Beeldvormende & Radiotherapeutische Technieken (MBRT)opleidingen is (net als overigens bij de in-service varianten⁷) de afgelopen jaren zelfs sterk gedaald. Dit is volgens een respondent voor een deel het gevolg van de nieuwe profielen die CZO voor deze beroepen heeft opgesteld, waardoor er 'nieuwe' uitstroombrofielen zijn gemaakt die niet vergelijkbaar zijn met de jaren ervoor.

Conclusie: geen structurele trendbreuk instroom

Conclusie is dat vanuit de data geen structurele trendbreuk kan worden afgeleid. Alleen in de beginjaren is bij de VVO-opleidingen sprake van een stijging in de instroom, die daarna weer daalt. Beperking is wel dat we niet beschikken over data van vóór 2009, zodat deze toets niet over een langere periode kan worden gedaan.

⁶ Vrijwel alle ziekenhuizen in het land hebben een CC-afdeling met CZO-erkenning voor de CC-opleiding. In het algemeen leiden deze afdelingen op naar behoefte voor hun eigen afdeling en in de regel gaat het dan om hele kleine aantallen (1, 2 maximaal 3). De mobiliteit van deze beroepsgroep is laag.

⁷ Bij de in-service opleiding combineer je ook werken en leren. Je leert op school, vaak een opleidingscentrum van een UMC, en leert daarbij ook al werkend in de beroepspraktijk. De in-service opleiding leidt in vergelijking met de duale hbo-opleiding op tot een beperkter werkveld en duurt korter. Het CZO oefent toezicht uit op de opleiding. De opleiding valt niet onder de wet op het hoger beroeps onderwijs en heeft daarom niet de formele status van hbo-opleiding.

2.2 Indicaties voor effecten: kwantitatief en kwalitatief

Invloed subsidie op het aanbod van opleidingsplekken en evenwicht op arbeidsmarkt

Omvang van vacatures

Doel van de regeling is om meer evenwicht op de arbeidsmarkt van betreffende beroepsgroepen te brengen en met name tekorten te voorkomen. Systematische informatie over vacatures van deze beroepsgroepen bestaat echter pas sinds het Capaciteitsorgaan (en daarvoor KIWA Carity) betrokken zijn geworden bij ramingen. Het gaat dus om informatie van na invoering van de regeling, waardoor deze cijfers niet gebruikt kunnen worden om een eventuele trendbreuk vast stellen rondom het ingaan van de regeling, iets wat wel mogelijk was bij de instroomcijfers van de opleidingen in paragraaf 2.1. Wel geven de vacaturecijfers informatie in hoeverre in een aantal jaar na de regeling sprake is van een zeker evenwicht op de arbeidsmarkt en hoe dit zich ontwikkelt. De betreffende cijfers geven de vacaturegraad weer, dat is het percentage vacatures (in FTE) ten opzichte van het totaal aantal werkzamen (in FTE).

Tabel 2.2 Vacaturegraad in 2014relevante beroepen, 2012, 2013 en 2015

Opleiding	Vacaturegraad		
	Dec 2012	Dec 2013	Dec 2015
MOO-opleidingen			
Anesthesiemedewerker**	2,7	0,8	2,0
Deskundige Infectiepreventie (ziekenhuishygiënist)	6,8	3,6	5,9
Gipsverbandmeester		0,3	2,2
Klinisch perfusionisten	4,3	3,5	8,8
Operatieassistent**	1,7	0,8	1,5
Radiodiagnostisch laborant**	0,7	0,3	0,8
Radiotherapeutisch laborant**	1,6	0,2	0,2
Subtotaal MOO-opleidingen	1,7	0,7	
VVO-opleidingen			
Dialyseverpleegkundige	1,4	0,9	2,6
IC-verpleegkundige	1,4	0,3	3,9
IC-kinderverpleegkundige	2,0	2,3	3,6
IC-neonatologieverpleegkundige	3,0	1,4	3,9
Kinderverpleegkundige	0,4	0,5	3,3
Obstetrie verpleegkundige	0,8	0,7	2,3
Oncologieverpleegkundige	2,5	1,8	4,1
SEH-verpleegkundige	1,2	0,8	4,3
Subtotaal VVO-opleidingen	2,3	0,8	

Bron: data voor 2012 en 2013: Capaciteitsorgaan, Landelijke rapportage ziekenhuisopleidingen 2014. Data voor 2015: versterkt door Capaciteitsorgaan.

De betreffende data in tabel 2.2 laten een grillig patroon zien. Tussen december 2012 en december 2013 is sprake van een sterke daling in de vacaturegraad. De meest recente peiling laat echter weer een sterke stijging zien sinds december 2013. De vacaturegraad ligt zeker bij beroepen met VVO-opleidingen in december 2015 ook aanzienlijk hoger dan in december 2012. De vraag is hoe

deze hoogte van de vacaturegraad geïnterpreteerd moet worden in termen van evenwicht op de arbeidsmarkt. Het Capaciteitsorgaan beschouwt zelf een vacaturegraad van 3% als min of meer acceptabel, bijvoorbeeld ten gevolge van frictie op de arbeidsmarkt. Dit zou betekenen dat de arbeidsmarkt in 2012 en 2013 veelal redelijk in evenwicht was. Bij de recente meting van eind 2015 geldt echter voor diverse functiegroepen dat de vacaturegraad (iets) boven de 3% is komen te liggen, wat erop wijst dat enige onevenwichtigheden zijn ontstaan. Een ander richtpunt is het gemiddelde voor de gehele Nederlandse arbeidsmarkt. Volgens CBS-cijfers (CBS-Statline) was de vacaturegraad eind 2012 en 2013 1,2% en eind 2015 1,7%. Hiermee vergeleken is de vacaturegraad van FZO-beroepen in 2012 en 2015 bovengemiddeld en in 2013 beneden het gemiddelde. Hierbij dient wel aangetekend te worden dat de vacaturegraad op de arbeidsmarkt sterk verschilt naar beroepsniveau en specialisme. Zo is de vacaturegraad in de ICT-sector eind 2015 bijna 5%. Conclusie is dat de eerste jaren waarvoor wij data hebben de vacaturedata wijzen op een redelijk evenwichtige situatie, maar dat recentelijk zich weer tekorten lijken te gaan voordoen.

Andere factoren die trend beïnvloeden

Op basis van de instroomcijfers uit paragraaf 2.1 kan niet worden geconstateerd dat er sinds de invoering van de beschikbaarheidsbijdrage sprake is van een structurele trendbreuk. Respondenten uit de gesprekken wijzen er echter op dat er diverse andere beïnvloedende factoren zijn geweest die een dempend effect hebben gehad op de instroom in de opleidingen:

- Ziekenhuizen hebben te maken met bezuinigingen die ten koste gaan van opleiden.
- Ziekenhuizen zitten in recente jaren vaak in een proces van (regionale) specialisering (concentratie van zorgtaken in gespecialiseerde behandelcentra/ziekenhuizen). Zolang niet duidelijk is of bepaalde specialismen aangeboden zullen blijven worden in het ziekenhuis, zullen hiervoor minder personen opgeleid worden.
- De vervangingsvraag is tijdelijk afgenomen. Deze beroepen worden vaak uitgeoefend door vrouwen met partners die in de crisisjaren in hun beroep in de problemen geraakt zijn. Als reactie hierop hebben deze verpleegkundigen waar mogelijk hun dienstverband in uren uitgebreid en zijn minder snel gestopt. Bovendien verloopt de uitstroom minder snel door de pensioenleeftijdverhoging. Dit alles dempte de behoefte aan nieuwe instroom.

Effect subsidie volgens respondenten

De meeste respondenten zijn genuanceerd over het effect van de subsidie. Deze helpt om net iets eerder een opleiding te starten. De respondenten in de regio geven aan dat met name in het begin een duidelijk merkbaar effect was, omdat de bijdrage nieuw was en als extra werd ervaren. Erkend wordt echter dat ziekenhuizen er uiteindelijk niet aan ontkomen om ook zonder subsidie deze opleidingen te faciliteren en dat daarom de effecten niet heel groot zijn. De beperkingen in de effectiviteit komen naar voren in het feit dat regio's aangeven dat er ondanks de subsidie recentelijk tekorten aan het ontstaan zijn in bepaalde beroepsgroepen, zoals IC-verpleegkundigen, anesthesiemedewerkers, operatiekamerassistenten en dialyseverpleegkundigen⁸. De instroom bij deze opleidingen is recentelijk wel vergroot, maar zal pas op termijn effect hebben. Ten slotte wordt aangegeven dat zonder de subsidie regionale afstemming moeilijker zal worden.

Er worden enkele specifieke factoren genoemd die de effecten beperken. Ten eerste betekent de nadruk op diplomasubsidie dat de prikkel minder voelbaar is. Ten tweede komt de subsidie veelal terecht in een breder budget binnen de ziekenhuizen en niet specifiek bij de afdelingen die de opleidingen uitvoeren. Ook dit vermindert de prikkel. Ten derde is – zeker in een periode van onzekerheid – de lange termijn personeelsplanning nog minder goed ontwikkeld. Wat betreft dit

⁸ De data van tabel 2.2 bevestigen deze waarneming voor een vrij breed front van de beroepen met VVO- en MOO-opleidingen.

laatste dient de informatie van het Capaciteitsorgaan faciliterend te werken. In de volgende subparagraaf gaan we hier verder op in.

Conclusie

Conclusie is dat de beschikbaarheidsbijdrage in ieder geval aanvankelijk een bijdrage heeft geleverd in de vermindering van spanningen op de arbeidsmarkt van deze beroepsgroepen, maar dat andere – meer contextuele - factoren hierbij een grotere rol hebben gespeeld. De specifieke rol van de beschikbaarheidsbijdrage is met het huidige materiaal niet precies vast te stellen.

Invloed informatievoorziening Capaciteitsorgaan op aanbod opleidingsplekken

In een rapport van 2014⁹ heeft het Capaciteitsorgaan adviezen gegeven over de benodigde instroom per opleiding voor 2014-2018. Deze zijn ook regionaal uitgesplitst. Recentelijk is de informatieverzameling begonnen voor een update van deze adviezen¹⁰.

Advies versus feitelijke instroom 2015

In de onderstaande tabel 2.3 zijn de adviezen van het Capaciteitsorgaan vergeleken met de feitelijke instroom in 2014 en 2015. Bij vrijwel alle MOO-opleidingen is de feitelijke instroom lager uitgevallen dan het advies. Bij de VVO-opleidingen is het beeld wisselend per opleiding. De instroom voor oncologieverpleegkundigen is hoger, maar hiervoor is een aparte reden die al eerder is genoemd (verplichte quotering op de betreffende afdelingen). Opvallend is verder dat bij Spoedeisende Hulp (SEH)-verpleegkundigen meer is opgeleid. Bij dialyseverpleegkundigen en IC-(kinder)verpleegkundigen is het tegendeel het geval. Juist omdat de MOO-opleidingen langer duren, brengt een lage opleidingsgraad grotere risico's met zich mee dan bij de VVO-opleidingen.

Dit zijn de geaggregeerde landelijke cijfers, maar als hier discrepanties plaatsvinden, is hiervan ook sprake geweest op regionaal niveau. Gegevens over de instroom per regio ontbreken echter om deze discrepanties op dit niveau vast te stellen.

⁹ Capaciteitsorgaan (2014), Landelijke rapportage Ziekenhuisopleidingen 2014. Een eerste raming voor de benodigde instroom Ziekenhuisopleidingen tot medisch ondersteunende en gespecialiseerd verpleegkundige beroepen binnen het FZO.

¹⁰ Volgens een respondent van een UMC is een positief neveneffect van het Capaciteitsorgaan dat de uitvraag van het Capaciteitsorgaan naar in-, door en uitstroom van opleidingen binnen de instelling zelf beter inzicht heeft gekregen op het aantal verpleegkundigen dat in welke opleidingen in-, door- en uitstromen.

Tabel 2.3 Advies instroom per opleiding Capaciteitsorgaan versus feitelijke instroom in 2014 en 2015

Opleiding	Benodigde instroom*	Instroom 2014	Overschot/ tekort 2014	Instroom 2015	Overschot/ tekort 2015
MOO-opleidingen					
Anesthesiemedewerker**	159	131	-27%	135	-15%
Deskundige Infectiepreventie (ziekenhuishygiënist)	18	34	89%	34	89%
Gipsverbandmeester	30	6	-80%	6	-80%
Operatieassistent**	272	172	-45%	197	-28%
Radiodiagnostisch laborant**	301	46	-91%	51	-83%
Radiotherapeutisch laborant**	78	16	-79%	15	-81%
Subtotaal MOO-opleidingen	865	405	-53%	449	-48%
VVO-opleidingen					
Dialyseverpleegkundige	161	80	-50%	100	-38%
IC-verpleegkundige	346	190	-45%	225	-35%
IC-kinderverpleegkundige	25	37	48%	20	-20%
IC-neonatologieverpleegkundige	46	44	-4%	49	7%
Kinderverpleegkundige	141	101	-28%	161	14%
Obstetrie-verpleegkundige	129	105	-19%	131	2%
Oncologieverpleegkundige	113	339	200%	408	261%
SEH-verpleegkundige	109	153	40%	200	83%
Subtotaal VVO-opleidingen	1.070	1.049	-2%	1.294	21%

*Advies capaciteitsorgaan, jaarlijks benodigde instroom voor 2014 t/m 2018; **Heeft betrekking op alle opleidingsvarianten.

Achtergronden discrepanties

Vanuit de regio's komt naar voren dat de behoefte aan dergelijke planningsinformatie groot is. Tegelijkertijd wordt aangegeven dat de werkelijkheid snel verandert (bijvoorbeeld onverwachte tussentijdse uitstroom, of veranderingen in de vraag) en dat daardoor de geadviseerde instroom achterhaald kan zijn. De behoefte aan een meer flexibel planningsinstrument is daarom groot. De door het Capaciteitsorgaan nieuw ontwikkelde webapplicatie zal naar verwachting enige mogelijkheden tot simulatie bieden, maar op dit moment is onduidelijk hoe ver deze mogelijkheden zullen gaan. Extra aandachtspunt daarbij is dat regio's lang niet altijd actuele informatie bezitten over bijvoorbeeld de instroom in het lopende jaar, waardoor men een informatieachterstand houdt.

Een andere reden voor de discrepanties is dat de adviezen veronderstellen dat op regioniveau coördinatie hierover plaatsvindt. De structuren voor deze coördinatie zijn in de bezochte regio's zeker aanwezig, maar de feitelijke afstemming over de instroom kent wel beperkingen. Degenen die het meest betrokken zijn bij de overlegstructuren (vaak hoofden Personeel en Organisatie P&O) zijn uiteindelijk niet degenen die over de opleidingen beslissen. Deze beslissingen worden meer decentraal op afdelingsniveau genomen en binnen deze afdelingen zijn budgetten uiteindelijk sterk leidend.

Anderzijds kan wel gesteld worden dat de informatievoorziening regionale samenwerking faciliteert. Veel regio's hadden al convenanten, maar door middel van de regionale ramingen is er in ieder geval sprake van aangrijpingspunten voor overleg en meer transparantie. De behoefte aan een verdere ontwikkeling van de opleidingsplanning is duidelijk aanwezig.

Neveneffecten

Diplomasubsidie: druk op kwaliteit?

Een eventueel risico van een sterk accent op diplomasubsidie ligt in kwaliteitsverslechtering van de opleidingen. In deze redenering hebben instelling er belang bij om de lat minder hoog te leggen om verlies van subsidie door uitval te voorkomen. Een tegenkracht is dat het CZO toeziet op de kwaliteit. Bovendien geven respondenten aan dat instellingen er zelf direct belang bij hebben om goed gekwalificeerde personen af te leveren en de deelnemers zelf veelal sterk gemotiveerd zijn. Via een combinatie van cijfers over de instroom en gediplomeerde uitstroom is een analyse van de trend in het interne rendement gemaakt (bijlage C). Deze cijfers geven geen indicatie voor een stijgende trend in het interne rendement (al geldt ook hier dat de tijdsperiode die in beschouwing genomen kan worden, beperkt is).

De beschikbaarheidsbijdrage vertraagt innovaties in beroepsstructuur

Diverse respondenten benadrukken de noodzaak om de beroepsstructuur in deze functies meer flexibel op te bouwen, met bijvoorbeeld gemeenschappelijke modules van opleidingen (minder gespecialiseerd) en meerdere niveaus. De huidige beschikbaarheidsbijdrage is echter gekoppeld aan de huidige structuur, wat een vertraging geeft in het doorvoeren van de gewenste veranderingen. De bijdrage kent geen mogelijkheid voor bijvoorbeeld een innovatiedeel waaruit experimenten kunnen worden bekostigd.

3 Doelmatigheid

3.1 Inleiding

Doelmatigheid betreft de verhouding tussen uitgaven aan de beschikbaarheidsbijdrage en de resultaten hiervan. De resultaten van de beschikbaarheidsbijdrage betreffen het aantal **opleidingsplekken**, maar vooral ook het aantal *extra* opleidingsplekken door de bijdrage, zoals die in het voorgaande hoofdstuk zijn besproken. Deze impuls dient met name om tekorten op de arbeidsmarkt van deze beroepsgroepen te voorkomen, daarbij ook geholpen door een betere informatievoorziening van de instroombehoefte met het oog op de langere termijn. Omdat we over de effecten op de opleidingsinspanningen en de afname van tekorten slechts indicaties hebben, is de informatie over doelmatigheid noodzakelijkerwijs ook beperkt. De uitgaven hebben betrekking op de uitgekeerde subsidiegelden en de uitvoeringskosten van VWS, het CZO, de NZa en de zorginstellingen. Als onderdeel van de doelmatigheidsvraag hebben wij ook gekeken naar de procesmatige kant van de beschikbaarheidsbijdrage, zoals knelpunten in de uitvoering of administratieve lasten.

3.2 Uitgaven aan de maatregel

De beschikbare middelen voor de regeling zijn de afgelopen jaren bijgesteld. Sinds sprake is van de overgang van subsidie naar beschikbaarheidsbijdrage worden de feitelijke uitgaven niet meer gemaximeerd, maar bepaald door de feitelijke instroom en uitstroom. Dit was begrotingstechnisch een zeker risico, maar heeft niet geleid tot een grote stijging. De onderstaande gegevens zijn benaderingen die door een contactpersoon van VWS zijn verstrekt.

- 2011-2012: € 118 miljoen;
- 2012-2013: € 131 miljoen;
- 2013-2014: € 142 miljoen;
- 2014: NZa, kalenderjaar € 145 miljoen.

Het normbedrag per opleidingscategorie was in 2015 als volgt:

Tabel 3.1 Normbedragen 2015

Opleiding	Normbedrag instroomsubsidie	Normbedrag diplomasubsidie
IC-verpleegkundige	-	70.700
IC-neonatologieverpleegkundige	-	43.500
IC-kinderverpleegkundige	-	43.500
Kinderverpleegkundige	-	38.100
Dialyseverpleegkundige	-	54.400
Oncologieverpleegkundige	-	43.500
SEH-verpleegkundige	-	43.500
Obstetrieverpleegkundige	-	43.500
Ziekenhuishygiënist	-	43.500
Gipsverbandmeester	-	54.400
Operatieassistent in service	47.800	95.700
Anesthesiemedewerker in service	47.800	95.700
Radiodiagnostisch laborant in service	35.900	71.800

Opleiding	Normbedrag instroomsubsidie	Normbedrag diplomasubsidie
Radiotherapeutisch laborant in service	35.900	71.800
Klinisch perfusionist	47.800	95.700
Anesthesiemedewerker HBO-V-T	-	95.700
Operatieassistent HBO-V-T	-	95.700
Radiodiagnostisch laborant MBRT	-	71.800
Radiotherapeutisch laborant MBRT	-	71.800

Bron: NZA, Vergoedingsbedragen vaststelling Beschikbaarheidsbijdrage (Medische) vervolgoopleidingen 2015.

Sommige respondenten geven aan dat de bovengenoemde bedragen de daadwerkelijke kosten niet volledig dekken, maar bijvoorbeeld te weinig rekening houden met allerlei overheadkosten die worden gemaakt in de opleiding en dat de feitelijke productie laag is, zeker in het begin van de opleiding. In een van de regio's is men bezig om een gedetailleerde kostenberekening uit te voeren om dit ook zichtbaar te maken.

Een van de geïnterviewden vraagt aandacht voor de efficiencywinsten via de duale V-T variant. Bij MOO-opleidingen volgt men eerst een (voltijds-)hbo-opleiding, waarna op een later moment een verdere specialisatie volgt via de MOO-opleiding. Dit traject is als geheel veel langer dan de duale V-T opleiding waarin deze trajecten in feite worden gecombineerd. De kosten van OCW en VWS samen voor dit duale traject zijn daarmee aanzienlijk lager dan die voor de getrapte opbouw richting MOO-opleidingen.

Uitvoeringskosten

Zowel bij het CZO als in de regio wordt aangegeven dat de regeling de nodige administratieve lasten met zich meebrengt door allerlei controles die moeten worden uitgevoerd. Een regio-coördinator geeft bijvoorbeeld aan dat in het eigen ziekenhuis 1 fte wordt ingezet voor controles rondom het FZO.

3.3 Relatie tussen uitgaven/investeringen en opbrengsten van de maatregel

Het beeld uit hoofdstuk 2 is dat de regeling weliswaar helpt, bijvoorbeeld in de zin dat iets meer continuïteit is gebracht in opleidingen, maar dat de effecten niet heel groot zijn. De beantwoording van de vraag wat de consequenties zijn van een 20% hogere of lagere subsidie door respondenten ligt in dezelfde lijn. Een van de respondenten in de regio geeft aan dat een verhoging van 20% meer mogelijkheden zou geven om de structuur in de regio te veranderen en het werkgeverschap van opgeleiden binnen de regio te collectiviseren.

Belangrijk om vast te stellen is dat de doelmatigheid van deze maatregel niet kan worden vastgesteld, omdat precieze informatie over de effectiviteit van de maatregel ontbreekt. Wel dient in dit verband nog eens benadrukt te worden dat tegenover deze effecten niet zozeer extra uitgaven staan, maar een herschikking van middelen. Het is dus niet zo dat tegenover de naar verwachting relatief beperkte effecten hogere extra uitgaven staan. Wel geldt dat de prikkelwerking van deze herallocatie van middelen vooralsnog beperkt lijkt.

3.4 Uitvoerbaarheid van de regeling

Beoordeling uitvoerbaarheid regeling

Enkele respondenten stellen dat de administratieve lasten van de subsidie hoog zijn. Dit komt door fouten in de aanmeldingen van studenten, waardoor er mee moet worden gekeken. Ook moeten verlengingen, uitschrijvingen en leerarbeidsovereenkomsten opgestuurd worden. Ook zorgt de rol van diploma uitgifte van het CZO voor een extra handeling. Voorheen gaven instellingen de diploma's zelf uit. Het CZO voert in verband met de regeling ook extra controles uit, inclusief een extra accountantscontrole.

Frauderisico

Een van de dingen waarop het CZO controleert is dat het dienstverband het verplichte minimum aantal uren omvat. In het verleden waren er instellingen die in sommige gevallen het aantal uren wilden terugschroeven met als bijkomend voordeel dat de student dan in aanmerking kwam voor gratis openbaar vervoer.

Bijlage A Lijst geïnterviewden

Naam	Organisatie
Maarten Looijesteijn	VWS
Nikki Rijnen	VWS
Klaus Boonstra	CZO
Niels Oerlemans	NVZ
Dirk Kramer	NFU
Victor Slenter	Capaciteitsorgaan
Alies Zandbergen	Capaciteitsorgaan
Rita Arts	St. Elisabeth Ziekenhuis Tilburg
Madelon Panman	Erasmus MC Rotterdam
Arjan Miltenburg	Ziekenhuis Twente
Robert van Barneveld	UMC Utrecht
Jan Hendriks	Zzp-er, deskundige voor duale opleidingen

Bijlage B Ontwikkelingen in diplomering

Opleiding	2015	2014	2013	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006
Moo-opleidingen										
Anesthesiemedewerker	144	150	186	157	135	109	98	102	130	132
Anesthesiemedewerker HBO-VT	13	20	10	8	0	0				
Deskundige Infectiepreventie*	25	20	16	24	14	25	25	25	16	23
Gipsverbandmeester	12	15	18	21	17	5	-			
Klinisch Chemisch Analist	3	5	7	0	0	0				
Klinisch Perfusionist	12	7	3	9	6	5	3	8	8	4
Operatieassistent	202	216	229	213	193	163	140	145	238	229
Operatieassistent HBO-VT	15	22	10	4	0	0				
Radiodiagnostisch laborant	43	51	31	48	51	32	56			
Radiodiagnostisch laborant Duale MBRT	56	40	40	0	0	0				
Radiotherapeutisch laborant	24	21	17	15	9	22	12			
Radiotherapeutisch laborant Duale MBRT	5	10	6	0	0	0				
Subtotaal MOO-opleidingen	554	577	573	499	425	361	334	280	392	388
Vvo-opleidingen										
Ambulanceverpleegkundige	113	49	0	0	0	0				
CC-verpleegkundige	78	87	108	128	47	0	0			
Dialysevenpleegkundige	62	88	101	127	169	117	157	91	129	92
Geriatricverpleegkundige	64	29	0	0	0	0				
IC-verpleegkundige	177	247	307	308	318	322	288	238	218	196
IC-kinderverpleegkundige	30	26	24	27	26	19	28	19	26	33
IC-neonatologieverpleegkundige	27	41	41	26	46	23	22	38	36	36
Kinderverpleegkundige	124	167	159	167	202	131	146	156	154	184
Mediumcareverpleegkundige	32	6	0	0	0	0				
Neuroverpleegkundige	40	7	0	0	0	0				
Obstetricverpleegkundige	102	152	157	159	118	88	23			
Oncologieverpleegkundige**	294	222	225	240	172	148	178	144	168	139
Recoveryverpleegkundige	28	21	0	0	0	0				
SEH-verpleegkundige	137	155	230	262	229	187	170	145	153	134
Verpleegkundige Centralist Meldkamer Ambulancezorg	28	5	0	0	0	0				
Obstetrie en gynaecologie- verpleegkundige***					1	10	21	68	102	115
Subtotaal VVO-opleidingen	1.336	1.302	1.352	1.444	1.328	1.045	1.033	899	986	929

Bron: Data van het CZO

*Voorheen bekend onder de naam 'ziekenhuishygiënist.'

**Voor oncologieverpleegkundige was er een quotum van het SONCOS waaraan voldaan moest worden.

***Per 1 januari 2008 wordt deze opleiding vervangen door de opleiding tot obstetrie.

Bijlage C Ontwikkelingen in intern rendement

Benadering interne rendement per opleiding (2010-2015)

Opleiding	2015	2014	2013	2012	2011	2010
Moo-opleidingen						
Anesthesiemedewerker	69%	57%	68%	64%		
Anesthesiemedewerker HBO-VT	82%	160%	82%	89%		
Deskundige Infectiepreventie	93%	61%	62%	150%		
Klinisch Perfusionist	100%	64%	33%	100%		
Operatieassistent	65%	61%	63%	63%		
Operatieassistent HBO-VT	58%	169%	143%	100%		
Radiodiagnostisch laborant	73%	75%	49%	55%		
Radiodiagnostisch laborant Duale MBRT	130%	71%	89%			
Radiotherapeutisch laborant	77%	50%	55%	68%		
Vvo-opleidingen						
CC-verpleegkundige	90%	93%	79%	75%	63%	
Dialyseverpleegkundige	78%	94%	81%	83%	88%	87%
IC-verpleegkundige	83%	83%	78%	79%	88%	90%
IC-kinderverpleegkundige	82%	72%	71%	98%	131%	112%
IC-neonatologieverpleegkundige	56%	83%	96%	65%	143%	85%
Kinderverpleegkundige	123%	96%	80%	98%	94%	76%
Obstetrie-verpleegkundige	97%	99%	88%	81%	83%	76%
Oncologieverpleegkundige	87%	88%	85%	93%	76%	94%
SEH-verpleegkundige	92%	86%	89%	97%	100%	91%

Bron: Data van CZO.

In tabel C.1 staat een benadering van de interne rendementen van de afgelopen jaren per opleiding¹¹.

De rendementen zijn als volgt berekend:

$$\text{Rendement} = \frac{\text{Behaalde diploma's}}{\text{Instroom studentent}} - D$$

Waarbij D de opleidingsduur is. Bij opleidingen die 1,5 jaar duren, is er gekeken naar het gemiddelde van de instroom van 1 en 2 jaar eerder. Omdat de feitelijke opleidingsduur niet in alle ziekenhuizen dezelfde is en men ook vertraging kan oplopen, gaat het bij deze cijfers om een benadering. De aldus berekende cijfers fluctueren in de tijd, maar geven geen indicatie voor een trendmatig verloop. Wel zijn de rendementscijfers bij de VVO-opleidingen hoger, maar dit is ook logisch, omdat deze opleidingen korter zijn en de deelnemers reeds verpleegkundigen zijn die gericht aan een opleiding deelnemen. De MOO-opleidingen kennen ook deelnemers die van de middelbare school komen.

¹¹ Er zijn een aantal opleidingen buiten beschouwing gelaten, omdat ze een klein aantal deelnemers hebben of slechts enkele jaren zijn opgenomen.



Postbus 4175
3006 AD Rotterdam
Nederland

Watermanweg 44
3067 GG Rotterdam
Nederland

T 010 453 88 00
F 010 453 07 68
E netherlands@ecorys.com

W www.ecorys.nl

Sound analysis, inspiring ideas