

ACHMEA ZORG

Aan:
NZa

www.achmea.nl

Datum: 6 januari 2010

Behandeld door: Peter Dohmen

Kenmerk:

Blad: 1/7

Aantal bijlagen:

Onderwerp: Reactie consultatiedocument marktimperfecties in de medisch specialistische zorg

Geachte heer/mevrouw,

Bijgaand sturen wij u onze reactie op het consultatiedocument. Per vraag hebben wij onze reactie gegeven. Voor vragen kunt u contact opnemen met ondergetekende.

Met vriendelijke groet,

Peter Dohmen
Beleidsadviseur Zorginkoop MSZ
Achmea Zorg

ACHMEA ZORG

Datum: 6 januari 2010

Blad: 2/7

Consultatievraag 1

Deelt u de analyses van de genoemde rapporten en onderzoeken over schaarste bij medisch specialisten?

Wat opvalt is dat door de NZa zelf geen analyse heeft gemaakt. Uit tal van bronnen zijn signalen over mogelijke tekorten verzameld. De vraag is welke conclusie hieraan mag worden verbonden. Zo is bijvoorbeeld de vraag wat de verhouding is tussen de dichtheid van specialisten, salarissen en de productiviteit. Het aantal specialisten is toegenomen, maar het is niet duidelijk of de productie per specialist ook is toegenomen. De hoge inkomens zouden kunnen worden verklaard door een hogere productiviteit, maar dit is niet duidelijk.

Verder valt op dat het hier vnl. gaat om waarnemingen en niet om voorspellingen en visies in de brede context van toekomstige ontwikkelingen in de omgeving van medisch specialistische zorg en stelselontwikkelingen. De scope van deze analyse en het gehele consultatiedocument richt zich op/ beperkt zich tot de markt van medisch specialistische zorg en flexibele bedrijfsvoering binnen het ziekenhuis (governance). De vraag is of deze reikwijdte voldoende is, gezien ook de gewijzigde vraag en de ambities t.a.v. hierop goed aansluitende zorg en het feit dat ook in de toekomst toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg moet worden gegarandeerd voor iedereen.

Zo wordt in hoofdstuk 5 'Ruimte voor verbetering' het stimuleren van substitutie als verbeteroptie aangemerkt. Echter, een paragraaf over brede ontwikkelingen in de zorg, zoals de toename van chronisch zieken, toenemend gezondheidsbewustzijn van de consument, substitutie van taken naar andere beroepen, substitutie van taken van tweede naar eerstelijns, introductie van arbeidsbesparende technologie, procesinnovatie in het ziekenhuis en ketenzorg met de eerstelijns, toenemende concurrentie op kwaliteit (mits transparantie vlot gestalte krijgt) ontbreekt, ten onrechte. Niet duidelijk wordt welke impact deze reeds in gang of in voorbereiding zijnde ontwikkelingen hebben op de markt van ziekenhuiszorg/ medisch specialistische zorg. Het pleidooi is dan ook zet de voorstellen om 'markt te maken' in de deelmarkt van medisch specialistische zorg en (het synchroniseren van de belangen in) het ziekenhuis(zorg) steeds in het licht van de gezondheids- en gezondheidszorgontwikkelingen als geheel. Hanteer een gezondheidszorgbrede scope. O.i. is het van groot belang conclusies ten aanzien van schaarste en maatregelen t.a.v. aanbod en capaciteit steeds in deze brede context te plaatsen, juist in consumentenbelang.

Dit is een algemene opmerking vooraf en dient als kader voor de antwoorden op de volgende consultatievragen.

Consultatievraag 2

Kent u nog andere onderzoeken of cijfers over het aanbod van medisch specialisten die relevant zijn voor een analyse over schaarste? Zo, ja kunt u deze met uw reactie op de consultatie meezenden?

Ja, zie vooral de rapporten van Prismant: 'Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen', in dit rapport is onderzoek gedaan naar de arbeidsmarktpositie van basisartsen. Er is onderzocht in welke mate basisartsen een vervolgopleiding ambiëren en welke vervolgopleiding dit dan is. Het onderzoek geeft antwoord op vragen zoals: Wat zijn oorzaken en beweegredenen om geen medische vervolgopleiding te gaan volgen en/of te stoppen met een medische vervolgopleiding? En is er een samenhang tussen de studieduur van basisartsen en het al dan niet willen volgen van een medische vervolgopleiding? Het rapport is in opdracht van het Capaciteitsorgaan gemaakt en is gepubliceerd op 23 december 2009. Het rapport kan worden gedownload van www.prismant.nl.

Consultatievraag 3

Wat vindt u van de conclusie van de NZa uit deze onderzoeken dat schaarste aan medisch specialisten een specialismespecifiek en regionaal fenomeen is?

ACHMEA ZORG

Datum: 6 januari 2010

Blad: 3/7

Ook voor de grote 'vakken' is het ons inziens belangrijk om goed te kijken naar subspecialismen. Subspecialismen kennen mogelijk een 'verborgen' schaarste. Hiermee bedoelen wij dat er onvoldoende inzicht is in de markt van sub- of supergespecialiseerde medici. Neem bijvoorbeeld de bariatrische chirurgie. Niet iedere chirurg is instaat bariatrische ingrepen te verrichten. Een ander voorbeeld is anesthesiologen die gespecialiseerd zijn in pijnbestrijding. Het aantal sub- of superspecialisten is onvoldoende inzichtelijk. Wij herkennen de signalen dat voor sommige vakken en in regio's meer schaarste lijkt te bestaan. .

Consultatievraag 4

Deelt u de visie op de gevolgen van de schaarste aan specialisten voor de toegankelijkheid, kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg?

Ja, Wel vinden wij de verhouding tussen specialisten en ziekenhuis(bestuur nog onderbelicht). De signalen bereiken ons dat in sommige regio's ziekenhuisoverstijgende maatschappen worden gevormd. Dit lijkt ons niet alleen lastig aan te sturen vanuit het ziekenhuis, maar ook is het vanuit de inkoop zeer onwenselijk. Het risico bestaat dat kwaliteitsnormen en prijzen onderling op maatschapsniveau en dus regionaal worden afgesproken. Ten tweede is het noodzakelijk te kijken naar de beloningsstructuur en kenmerken van de vrijgevestigde specialisten. Vrijgevestigde specialisten zijn ondernemers die geen omzet en continuïteitsrisico dragen. Dit risico ligt bij het ziekenhuis. Vrijgevestigde specialisten dienen naar onze mening meer verantwoordelijk te zijn voor bedrijfsrisico's (vergelijk de structuur van een advocaten kantoor. Waar een aantal partners de directie voert, maar ook delen in de winsten en verliezen van de organisatie). In het ziekenhuis worden specialisten op basis van de fee for service gedachte gehonoreerd. Dit kan strijdig zijn met het beleid en de financiële positie van het ziekenhuis. De belangen van de vrijgevestigde specialist en het ziekenhuisbestuur zijn niet altijd gelijk. Het is wenselijk om meer onderzoek te doen naar de (management) verschillen tussen vrijgevestigde en in loondienst specialisten en hun invloed op ziekenhuisbestuurders en onderhandelingen met zorgverzekeraars.

Consultatievraag 5

Bent u het eens met de analyse naar de factoren die het aanbod bepalen bij de specifieke specialismen?

In de analyse wordt ervan uitgegaan dat de kosten van de zorg onnodig toenemen bij het loslaten van de numerus fixus door aanbod geïnduceerde vraag. De rol van zorginkoop van zorgverzekeraars wordt hierin o.i. onderbelicht. Uiteraard zijn daar wel de juiste randvoorwaarden, prikkels en instrumenten voor nodig. Het huidige stelsel voldoet hier nog niet aan. Z.s.m. transparantie van kwaliteit van zorg en effectiviteit van zorg is hiervoor van groot belang.

Consultatievraag 6

Bestaan er andere factoren die het aanbod van medisch specialisten bepalen? De NZa is specifiek geïnteresseerd in de andere factoren die spelen voor de specialismen klinische geriatrie, maag- darm- leverziekten, nucleaire geneeskunde, obstetrie en gyneacologie en revalidatiegeneeskunde. Zo ja, welke?

In de analyse is geen onderzoek gedaan naar de verschillen tussen loondienst specialisten en vrijgevestigde specialisten. De wijze van honorering is potentieel mede bepalend voor de keuze van het specialismen. Bijvoorbeeld revalidatie-artsen zijn vaak in loondienst. Dit geldt ook voor nucleaire geneeskunde en klinische geriatrie. Aanbeveling zou zijn om hier nader onderzoek naar te doen.

Verdere suggesties zijn:

- 1. de mogelijkheid tot subspecialisatie*
- 2. aanbod van werkgevers. Bijvoorbeeld in Nederland is een beperkt aantal revalidatiecentra, het aanbod van een hoogwaardige werkomgeving is dus beperkt.*

ACHMEA ZORG

Datum: 6 januari 2010

Blad: 4/7

Consultatievraag 7

Zijn er naast de genoemde specialismen, andere specialismen waar een schaarste aan medisch specialisten aanwezig is? Zo ja, welke?

Wij krijgen signalen dat er ook schaarste bestaat onder allergologen, plastisch chirurgen en intensivisten. Verder verwachten wij dat er op subspecialismen niveau schaarste bestaat zoals al eerder gemeld is in onze ogen aanvullend onderzoek nodig, waarbij rekening wordt gehouden met verwachte ontwikkelingen (o.a. substitutie, vergrijzing, ketenzorg, taakdifferentiatie e.d.) die invloed kunnen hebben de vraag naar specialisten.

Consultatievraag 8

Kunt u zich vinden in de beschrijving van het proces waarin de verdeling van het aantal opleidingsplaatsen tot stand komt? Zo nee, waarom niet?

Nee, in de eerdere hoofdstukken wordt aangegeven, dat zorgverzekeraars een rol hebben in het capaciteitsorgaan. Welke rol verzekeraars precies hebben is onduidelijk? Het besluitvormingsproces is niet transparant en versnipperd.

Consultatievraag 9

Bent u het eens met de analyse van de knelpunten? Is deze analyse volledig? Zo nee, wat is uw opmerking?
Ja.

Consultatievraag 10

Onderschrijft u de conclusies? Zo nee, waarom niet?

Het is een goede analyse van de verschillende partijen in het opleidingsproces. Het is duidelijk geworden dat het toewijzingsproces van opleidingsplaatsen niet transparant is en erg versnipperd is over verschillende actoren. Dit komt de kwaliteit niet ten goede. Daarbij zijn de toewijzingscriteria niet objectief en hebben de UMC's veel macht in de besluitvorming. De toetredingsdrempel voor nieuwe opleidingsinstituten is erg hoog en ondoorzichtig.

Consultatievraag 11

Kunt u zich vinden in de stelling dat substitutie een bijdrage kan leveren aan het verminderen van de schaarste aan medische specialisten?

Ja. Substitutie is een goede ontwikkeling die kan bijdragen aan zowel het verminderen van schaarste als de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg. Het is echter, zoals al eerder opgemerkt, naar onze mening van groot belang dat de impact van deze, maar ook andere ontwikkelingen, op de (toekomstige)vraag naar medisch specialismen vastgesteld wordt.

Consultatievraag 12

Acht u het wenselijk in dit verband de mogelijkheden voor internationale samenwerking te verruimen door outsourcing van bepaalde diensten?

Ja, mits aan bepaalde voorwaarden wordt voldaan, zoals borging van Europese kwaliteitsstandaarden en opleidingsniveau en commitment van medisch specialisten. Bovendien dienen dergelijke trajecten lonend te zijn en niet worden gehinderd door 'perverse' prikkels in bekostigingssystematiek.

ACHMEA ZORG

Datum: 6 januari 2010

Blad: 5/7

Consultatievraag 13

Hoe groot acht u het risico dat ziekenhuizen niet meer zelf gaan opleiden wanneer de vergoeding voor opleiden in DBC's besloten ligt?

Wij achten deze kans klein. Wij zien echter ook nog een andere optie waarbij ziekenhuizen opleidingskosten kunnen doorberekenen aan het ziekenhuis dat uiteindelijk de afgestudeerde specialist in dienst neemt of de specialist verplicht via een opleidingscontract minimaal een aantal jaar in dienst van het ziekenhuis te blijven. Op deze manier wordt het concurrentie nadeel van het opleidingsziekenhuis gecompenseerd/opgeheven.

Consultatievraag 14

Om de opties succesvol te implementeren, is het noodzakelijk dat zittende specialisten en opleiders de benodigde extra opleidingsplaatsen beschikbaar stellen en nieuwe toetreders toegang geven. Hoe groot acht u het risico dat niet aan deze voorwaarden wordt voldaan?

Dit is vanuit onze positie moeilijk te beoordelen. Wij denken wel dat het vrijgeven van numerus fixus en opleidingsplaatsen geen effect heeft als opleiders en medisch specialisten niet meer willen opleiden. Vooral zittende medisch specialisten hebben een belang bij een niet te groot aanbod van medisch specialisten.

Consultatievraag 15

Welke voor- en/of nadelen van de verschillende opties zijn niet genoemd en wel van belang in dit kader?

Zoals aangegeven bij vraag 14 is het belangrijk dat naast het vrijgeven van opleidingsplaatsen, medisch specialisten en opleiders hun ruimte tot opleiden vergroten. Naar onze mening zit hier het echte knelpunt. Naast de instroom tot de opleiding van basisarts is het noodzakelijk dat er genoeg capaciteit is voor doorstroom naar de opleiding tot medisch specialist. Het consultatiedocument geeft geen beschrijving van dit probleem en een mogelijk oplossingsrichting. In overleg met academische ziekenhuizen en medisch specialisten zal hier een oplossing voor moeten worden gevonden.

Consultatievraag 16

Welke opties zijn nog denkbaar naast de opties die in hoofdstuk 5 zijn behandeld?

Een combinatie van opties is mogelijk. Optie vier (eigen bijdrage aios) is in ieder geval een terechte (deel)oplossing voor de betaalbaarheid. Dit kan worden ingevoerd ongeacht het publieke of private karakter van de oplossing. Echter dit kan ook een verkeerde prikkel met zich meebrengen. Specialisten hebben, door de relatief lange duur van de opleiding, te maken met een lange aanloopperiode waarbinnen ten opzichte van andere beroepsgroepen een relatief laag salaris wordt genoten. Dit kan leiden tot een grotere mate van inkomensgerichtheid in een later stadium van hun carrière. Een andere optie is dat ziekenhuizen die geen opleiding hebben, maar nieuwe medisch specialisten in dienst nemen een opleidingsbedrag betalen aan het opleidingsziekenhuis. Zo wordt een gelijk speelveld gecreëerd tussen ziekenhuizen. Er ontstaat echter wel een ongelijk speelveld op de arbeidsmarkt voor medisch specialisten. Dit kan vervolgens worden opgelost door het afkopen van de opleidingsbijdrage door de specialist zelf.

Consultatievraag 17

Welke optie sluit het beste aan bij de situatie in de praktijk?

Dit is in mijn ogen afhankelijk van de politieke besluitvorming over het zorgstelsel. Bij (verdere) invoering van marktwerking door marktprikkels sluit optie 3 het beste aan. Kiest de overheid voor kostenreductie en meer regulering dan lijkt optie 2 het beste aan te sluiten. Optie 4 kan worden ingevoerd onafhankelijk van de politieke besluitvorming.

ACHMEA ZORG

Datum: 6 januari 2010

Blad: 6/7

Consultatievraag 18

Welke optie voorziet het beste in de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?

Een marktgerichte benadering waarbij de overheid de kaders opstelt en toezicht houdt op de uitvoering. Vanuit dit perspectief heeft optie 3 de voorkeur.

Consultatievraag 19

Vindt u het noodzakelijk dat de verhouding in het ziekenhuis moet veranderen ten opzichte van de huidige situatie? Zo ja, waarom en in welke richting? Zo nee, wat is de reden om de huidige situatie te handhaven?

Belangrijk is vooral dat er een keuze wordt gemaakt. Het hanteren van een hybride systeem is onwenselijk vanuit perspectief van betaalbaarheid en besturing van zorg. Beide modellen (loondienst of vrije vestiging) zijn haalbaar.

Ondernemerschap via een vrijgevestigde praktijk is mogelijk mits medisch specialisten de bedrijfsrisico's en de verantwoordelijkheden dragen van een ondernemer. Het huidige model van vrijgevestigde praktijken voldoet hier niet aan. De keuze is: in loondienst of ondernemer met de daarbij behorende bedrijfsrisico's en verantwoordelijkheden.

Consultatievraag 20

Is de analyse van de voorwaarden om bestuurders meer flexibiliteit te geven bij de keuze van rechtspositie van de medisch specialist binnen het ziekenhuis compleet?

Ja, de enige kanttekening is dat de bekostigingssystematiek en het zorgstelsel toelaten dat bestuurders meer (financiële) mogelijkheden hebben, om bijvoorbeeld te kiezen voor het afkopen van goodwill. Hiervoor is vaak externe financiering nodig dit kan door bancaire lening, maar ook via (risico)kapitaalverschaffers. Op dit moment is het klimaat voor externe financiering ongunstig. Het onder voorwaarden toestaan van uitkeerbare winsten kan hier een bijdrage aan leveren.

Consultatievraag 21

Kunt u in de maatregelen die genomen moeten worden een prioritering aanbrenge?

1. *De honoraria van medisch specialisten integraal in de DBC prijs onderbrengen.*
2. *Verminderen van collectivisering*
3. *Invoering van WCZ*
4. *De contractvormen laten aansluiten bij de rol van medisch specialist: Vrijgevestigd of in loondienst*
5. *De medisch specialist verplichten verantwoording af te leggen*

Consultatievraag 22

Vindt u dat het loslaten van de honorariumcomponent op de lange termijn de verhoudingen tussen de RvB en de medisch specialisten normaliseert? Zo ja, waarom en in welke richting? Zo nee, wat is de reden om de huidige situatie van deelregulering te handhaven?

Ja, mits ook andere maatregelen worden doorgevoerd (zie hierboven). Het normaliseren van de verhoudingen tussen RvB en medisch specialisten is niet alleen afhankelijk van het loslaten van de honorariumcomponent.

Belangrijk is vooral de keuze voor medisch specialisten tussen loondienst of ondernemerschap.

De richting zal zijn in een toename van de bestuurbaarheid van medisch specialisten en betere strategische beleidsvoering door bestuurders, waardoor ziekenhuizen zich kunnen onderscheiden. Door het loslaten van het

ACHMEA ZORG

Datum: 6 januari 2010

Blad: 7/7

honorariumcomponenten kunnen bestuurders onderhandelen met medisch specialisten en substitutie mogelijk maken, dan wel inkopen van alternatieve medische diensten zoals telemedicine. Het geeft bestuurders meer vrijheid.

Consultatievraag 23

Kan toepassing van de in paragraaf 6.5 genoemde initiatieven naar uw inzicht bijdragen aan de verbetering van de aansturing van (andere) ziekenhuizen in Nederland? Licht uw antwoord toe.

Ja, dat is zeker mogelijk. Voorwaarden is wel dat wet – en regelgeving en het zorgstelsel in het algemeen dergelijk initiatieven toestaat en steunt. Op dit moment is de noodzaak tot een verandering zoals bij het OLVG (alle specialisten in loondienst) nog onvoldoende aanwezig. Voor ziekenhuizen zijn er nog te weinig marktprikkels om dergelijke veranderingen door te voeren. De voorbeelden van buitenlandse initiatieven zijn nog niet mogelijk, omdat een belangrijke voorwaarde is het, onder voorwaarden, toestaan van de uitkeerbare winsten aan investeerders voor investeringen met een lange termijnperspectief van continuïteit en toekomstbestendige zorg. . Voor een dergelijk netwerk zijn hoge investeringen noodzakelijk.