

Aan de directie Ontwikkeling
Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Postbus 20051
3502 LB Utrecht

telefoon
+31 (0)30 282 38 40

fax
+31 (0)30 282 32 90

e-mail
info@capaciteitsorgaan.nl

site
www.capaciteitsorgaan.nl

Utrecht, 31 december 2009
Kenmerk: **VS/MB/09-170**

Geachte heer/ mevrouw,

Allereerst dank voor de geboden mogelijkheid om een reactie op het consultatiedocument "Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg" te geven. Wij maken hiervan gaarne gebruik. Omdat het Capaciteitsorgaan vanuit haar doelstelling als zodanig geen direct betrokken marktpartij is, beperkt onze reactie zich tot het plaatsen van enkele inhoudelijke en feitelijke kanttekeningen. In die zin wordt dus niet ingegaan op de 23 consultatievragen noch op niet tot de primaire taakstelling van het Capaciteitsorgaan behorende onderwerpen.

Schaarste aan medische specialisten: hoofdstuk 2

In dit document wordt de veronderstelde schaarste aan medische specialisten in Nederland als een marktimperfectie beschouwd. De veronderstelde schaarste wordt mede als belangrijke oorzaak gezien van lagere kwaliteit, doelmatigheid, en toegankelijkheid van de zorg en van een sterke positionering van de medische specialist binnen een ziekenhuisorganisatie. In dit kader wordt gesproken over verschillende onderzoeken en signalen, die dit voor een aantal specialismen landelijk en voor een aantal specialismen regionaal uitwijzen. In hoofdstuk 2 worden deze onderzoeken en signalen verder uitgewerkt. Wij willen hier graag de volgende kanttekeningen bij een aantal elementen uit hoofdstuk 2 plaatsen.

OECD rapport

Internationaal wordt op basis van OESO -cijfers een vergelijking gemaakt met andere landen, waaruit een voor Nederland lage dichtheid van medische specialisten tevoorschijn komt. Tevens wordt een 'link' gelegd tussen de specialistendichtheid en het specialisteninkomen. Er worden in uw document terecht een aantal onzekerheden en onduidelijkheden met betrekking tot deze internationale vergelijking aangehaald. Wij willen eerst ingaan op de genoemde aantallen medisch specialisten per 1.000 inwoners.

Aanvullend aan de genoemde onzekerheden kan worden gesteld dat de overschatting van het aantal werkzame specialisten in de 12 andere geselecteerde landen groter is dan in Nederland; herregistratie van medische specialisten vindt niet overal (en zeker niet op nationaal niveau) plaats. Sommige landen hebben het aantal geregistreerde medisch specialisten eenvoudigweg

bezoekadres
Somus Medica
Mercatorlaan 1200
3528 BL Utrecht

Bereken zorgverleners voor de toekomst



berekend door personen ouder dan 65 jaar uit te sluiten. Daarnaast zegt het aantal (ooit) geregistreerde medisch specialisten weinig over de daadwerkelijk beschikbare formatie in fte aan medische specialisten. Deze informatie is in Nederland wél beschikbaar.

Capaciteitsplan 2008: landelijk

Boven tabel 1, pagina 22, wordt tussen 2002 en 2008 een toename van de zorgproductie genoemd van 22% tegenover een groei van 7% van medische specialisten (in fte). Inderdaad een groot verschil, maar de vraag is of dit wel klopt. Zo komen wij over dezelfde periode tot een groei van het aantal geregistreerde medisch specialisten van bijna 19% of in aantallen fte's van 16 á 17%. Verder varieert de productiegroei van iets minder dan 18% in de polikliniek, 22,5% in de kliniek tot aan bijna 64% in de dagkliniek. Terzijde wordt daarbij nog aangetekend, dat er zich in deze jaren geen al te grote verschuivingen m.b.t. de productiviteit van specialisten per fte voordoet. Vanaf 2000 al is dit eerder een toonbeeld van stabiliteit.

In ons Capaciteitsplan 2008, pagina 48, wordt gesproken over een relatief grotere (10% of meer) onvervulde vraag bij MDL –artsen (15%), revalidatieartsen (10%), en nucleair geneeskundigen (10%). In uw citaat op pagina 22 voegt u ten onrechte de klinische geriater toe. Naast deze 3 specialismen kenden medische microbiologie en psychiatrie een onvervulde vraag van 5%. Dit betekent dat bij de overige 22 van de 27 erkende medisch specialismen op dat moment (2007) geen noemenswaardige onvervulde vraag bestonden. De suggestie, dat overal dus sprake is van 'grote' tekorten, lijkt ons dus te algemeen.

Wat de door Medisch Contact genoemde specialismen betreft onderkennen wij overigens op dit moment geen tot nauwelijks tekorten aan gynaecologen, terwijl er op dit vlak wel enige signalen zijn voor tekorten aan plastisch chirurgen. In dit licht hebben wij begin 2009 een tussentijds advies voor de specialismen maag-darm-leverziekten en plastische chirurgie aan de Minister van VWS aangeboden. Dit vooruitlopend op het nieuwe Capaciteitsplan 2010. Bedacht moet worden dat het bijsturen van onvervulde vraag via het opleiden van medisch specialisten pas na 6 jaar de eerste (bescheiden) effecten op de totale capaciteit van werkzame specialisten kan hebben.

Wat de huidige tekorten betreft kan worden opgemerkt, dat hiermede al terdege rekening wordt gehouden. Dit betreft zeker de eerder genoemde specialismen, zoals maag-darm-leverziekten, plastische chirurgie e.a. Echter mede in het kader van het komende Capaciteitsplan 2010 zal ieder specialisme opnieuw de revue passeren. Tevens geldt dit voor de toenemende feminisering en de daarmee samenhangende tendens tot het meer parttime werken. Deze tendens verschuift echter ook steeds meer naar de mannen.

Te lange wachttijden en te lang openstaande vacatures zijn inderdaad belangrijke signalen voor schaarste resp. tekorten. In die zin worden deze ook door het Capaciteitsorgaan zo goed mogelijk in de gaten gehouden. Enige relativering is echter ook op zijn plaats, gelet op bijvoorbeeld de inderdaad te hoge wachttijd voor MDL, maar aan de andere kant de binnen de huidige 'Treeknormen' vallende wachttijd voor interne geneeskunde en een gastroscopie.

In dit verband is wel belangrijk dat er een verschil wordt gemaakt tussen het fenomeen “onvervulde vraag” en uw begrip “schaarste”. Het Capaciteitsorgaan stelt ramingen op om een toekomstig evenwicht tussen vraag en aanbod te bewerkstelligen. In een dergelijke evenwichtssituatie, waarin geen tekorten bestaan, kunnen zowel aanbod als vraag toch schaars zijn. Met andere woorden: schaarste hoeft niet gelegitimeerd te worden door tekorten.

Factoren die het aanbod van medisch specialisten bepalen: hoofdstuk 3

Op pagina 28 wordt in de tweede alinea vermeld dat de organisaties van de zittende aanbieders van medisch specialistische zorg via het Capaciteitsorgaan invloed hebben op het aantal concurrenten dat zij opleiden. U plaatst daarbij de kanttekening dat ook de vragers van medisch specialistische zorg – de zorgverzekeraars- in dit overleg betrokken zijn. Voor de goede orde hecht ik eraan vast te stellen dat het Capaciteitsorgaan in al haar geledingen, van werkgroep tot en met bestuur, uit drie partijen bestaat: de zorgaanbieders, de zorgverzekeraars, en de opleidingsinstellingen. In het Plenair Orgaan hebben zij elk 8 stemmen. De medisch specialisten kunnen onder de zorgaanbieders worden gerangschikt, waar zij 4 van de 8 stemmen vertegenwoordigen.

Wat de afgelopen jaren betreft, heeft de Minister van VWS vrijwel altijd het (maximale) advies van het Capaciteitsorgaan overgenomen. Enige uitzondering is 2008 toen op één onderdeel, de hoogte van de numerus fixus, voor handhaving van het eerdere besluit uit 2005 is gekozen.

Het verschil tussen de geadviseerde en feitelijke aantallen wordt in par.3.1.3 in relatie gebracht met een tweetal oorzaken, t.w. de populariteit van het specialisme en de financiering buiten de subsidie. Een derde oorzaak betreft wellicht de ratio aios en staf.

Op pagina 34 e.v. wordt ingegaan op de numerus fixus. In feite is er in Nederland sprake van een capaciteitsfixus (ex artikel 7.53 en 7.54 Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek). Op diezelfde pagina staat ook vermeld dat in het Capaciteitsplan 2008 de “pool” aan basisartsen uit 7.300 bestond. Dit getal was gebaseerd op de aanname dat elke basisarts jonger dan 40 jaar in principe een erkende medische vervolgopleiding wilde volgen. Uit onderzoek, dat wij in 2009 hebben laten uitvoeren, blijkt dat er op 1 januari 2009 4.910 basisartsen beschikbaar waren om in te stromen in een medisch erkende vervolgopleiding. Daarvan waren er overigens 1.187 bezig met promotieonderzoek.

De instroom van medisch specialisten vanuit het buitenland sinds 2004 is niet langer stabiel. In onderstaande tabel wordt de instroom weergegeven voor medisch specialisten. Vanaf 2008 is de buitenlandse instroom weer fors gedaald.

Jaar	Medisch Specialist
2000	84

Berekent zorgverleners voor de toekomst

2001	98
2002	105
2003	122
2004	159
2005	185
2006	191
2007	176
2008	126
< 1/8/2009	84

Bron: MSRC

Interessant is verder dat uw paragraaf 3.2.1. over aanbodgeïnduceerde vraag wél aansluit bij uw eerdere research paper “Regulation of the postgraduate medical education”, maar niet bij uw conclusie hierover op pagina 10.

Verdeling van de opleidingsplaatsen: hoofdstuk 4

Het MSRC register telt op dit moment bijna 800 opleidingen in 27 erkende medische specialismen. Deze zijn gehuisvest in 134 opleidingsinstellingen. Het betreft dus geen ‘circa 800 erkende opleidingsinrichtingen’, zoals in par.4.2 onder het desbetreffende kopje staat. Aanvullend is het wellicht ter verdere onderbouwing interessant te melden, dat een UMC over gemiddeld 25 opleidingen beschikt, een STZ-ziekenhuis over 13, een algemeen ziekenhuis over 4 á 5 en een categorale instelling over bijna 2.

Wat de opleidingen betreft wordt in uw samenvatting op pagina 9 aangegeven, dat 60 procent plaatsvindt in de algemene ziekenhuizen. Dit klopt, maar kan suggereren, dat de overige 40 procent voor rekening komt van de UMC's. Dit is echter 25 procent. De overige 15 procent vindt plaats in de categorale ziekenhuizen (revalidatiecentra, GGZ e.d.). Volledigheidshalve lijkt het wellicht goed deze toevoeging op te nemen.

Ruimte voor verbetering: hoofdstuk 5

Op pagina 55 constateert u terecht dat er op dit moment drie keer meer studenten de opleiding willen volgen dan er worden toegelaten. In 2009/2010 waren er 7.945 kandidaten voor 2.754 plaatsen. Daarbij moet echter wel worden bedacht dat een gedeelte hiervan kandidaten betreft die voor de tweede of derde keer meeloten. Deze “pool” zal bij vrijgeven van de opleiding in een keer instromen; daarna zal de instroom weer lager worden.

Op pagina 56 worden weer de klinisch geriateren als tekortgroep genoemd. Overigens hecht ik eraan u erover te informeren dat het Capaciteitsorgaan in haar adviezen over de instroom de momentane onvervulde vraag betreft. Deze wordt dus “weggewerkt” in de instroom in deze specialismen in de komende jaren, maar de resultaten hiervan worden pas na 6 jaar zichtbaar.




In het Consultatiedocument wordt gedacht aan een ophoging van 5 tot 10% van het aantal opleidingsplaatsen dan het advies van het Capaciteitsorgaan, dat probeert het benodigd aantal specialisten te voorspellen voor een evenwicht. Deze verruiming zou dan voor het gewenste 'overschot' moeten zorgdragen. Daarbij dient dan wel rekenschap te worden genomen van het feit, dat het Capaciteitsorgaan al een zgn. minimum - en maximumadvies afgeeft. Vooral de impact van de al dan niet verwachte inzet van aanverwante disciplines, zoals PA's en verpleegkundig specialisten, is reden voor dit verschil.

Tot zover onze 'beperkte' reactie op uw consultatiedocument over de 'marktimperfecties in de medisch specialistische zorg: de positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen'. Bij onduidelijkheden en/of aanvullende vragen zijn wij natuurlijk bereid voor het geven van een toelichting resp. beantwoording. U kunt zich daarvoor zonedig wenden tot Joris Meegdes via telefoon 030-2823208 (doorkiesnummer) of email j.meegdes@capaciteitsorgaan.nl.

Gaarne wensen wij u alle succes met de verwerking van alle reacties en de afronding van dit document. Wij zijn zeer benieuwd naar het uiteindelijke resultaat.

In afwachting daarvan,
Hoogachtend,



J. Meegdes, CMC
Senior adviseur