

Algemeen

Stel dat wij u zouden vragen: deelt u onze analyse over uw gewelddadig gedrag? Dan zou u vermoedelijk bezwaar maken.

Het consultatiedocument doet niet anders dan spreken over schaarste. Dat is net zo onzorgvuldig als in het voorbeeld hierboven, en zeer onwetenschappelijk. U zou moeten spreken over "mogelijke schaarste". De hele toonzetting van het rapport is zodoende tendentieus (geschreven naar de conclusie: er *zij* schaarste). Waarschijnlijk wil de opdrachtgever dat graag horen.

De vraag is dus welke zin reageren nog heeft. M.n. kritisch reageren.

Hoofdstuk 2:

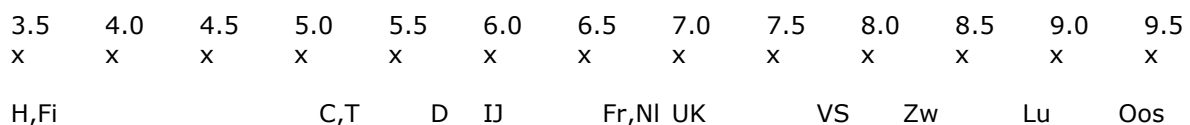
Consultatievraag 1:

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

Nee, de analyse is misleidend. Wanneer het aantal medisch specialisten per 1000 inwoners wordt vermenigvuldigd met het inkomen, ontstaat het volgende beeld (kosten per medisch specialist per 1000 inwoners).

Oostenrijk	9.40
Luxemburg	8.84
Zwitserland	8.25
Ver.Staten	7.70
Ver.Koninkrijk	7.04
Nederland	6.75
Frankrijk	6.63
IJsland	6.00
Denemarken	5.75
Tsjechië	5.32
Canada	5.28
Finland	3.50
Hongarije	3.45

In grafiek:



Nederland is dus een volstrekte middenmoter qua kosten voor medisch specialisten per hoofd van de bevolking.

Kennelijk is er in Nederland gekozen voor een situatie met relatief weinig, hardwerkende medisch specialisten. Bezien vanuit de kosten van de opleiding (ca. 11 jaar) een zinnige keuze. Daarbij staat de Nederlandse gezondheidszorg bovenaan qua geleverde kwaliteit. De prijs/kwaliteit verhouding is in Nederland dus erg goed. Medisch specialisten in Nederland werken kennelijk hard en leveren daarbij hoge kwaliteit.

Méér specialisten zullen het volume van zorg doen toenemen (dat is het meest waarschijnlijk, de latente vraag is immers praktisch oneindig). Wordt het volume van overheidswege begrensd, dan zullen méér specialisten minder hard gaan werken (minder omzet maken), waardoor de kosten hetzelfde blijven of zelfs hoger worden.

Het probleem is dus meer dat er sprake is van een onevenwichtige verdeling van medisch specialisten over Nederland (zie vraag 3).

Het aantal overtredingen van werktijdbesluiten bij aios (98) is erg klein wanneer gekeken wordt naar het aantal aios (ca. 1100 nieuwe per jaar, dus ca. 5000 in totaal), de hoeveelheid roosters,

problemen als ziektegolven en vakanties, part-time werkende artsen en zwangerschap, en het feit dat je niet zomaar even een vervanger kunt huren bij een uitzendbureau.

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?

Nee.

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?

Er is dus overall geen sprake van te weinig aanbod van medisch specialistische zorg, maar er zijn wel knelpunten. Deze ontstaan deels door een sneller stijgende zorgvraag dan de opleidingen kunnen bijhouden, en deels door een ongelijke verdeling van specialisten over het land.

De schommelingen in de verhouding vraag/aanbod worden door het Capaciteitsorgaan adequaat opgevangen, maar de oplossingen ijlen per definitie altijd enige tijd na. Op pag. 35 van het rapport wordt de "varkenscyclus" genoemd, en daarin schuilt inderdaad een groot gevaar (zoals eind vorige eeuw toen vele artsen werkloos waren). De kracht van het Capaciteitsorgaan schuilt in de modelmatige aanpak, waarmee dergelijke effecten worden voorkómen.

Het regionale probleem zit hem er vooral in dat de grotere (opleidings-)ziekenhuizen in meerderheid rond de universiteiten gesitueerd zijn, waardoor jonge klaren eerder daar gaan werken, en oudere specialisten eerder perifeer met als gevolg een groter verloop perifeer wegens pensionering en dus meer vacatures. Meer vacatures zegt op zichzelf echter *niets*, bij groter verloop meer vacatures. Het gaat erom of de vacatures ook vervuld worden. In ons middelgroot perifere ziekenhuis is dat bijvoorbeeld nauwelijks een probleem.

Consultatievraag 4:

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

Nee.

Aandoeningen die verergeren krijgen in de regel een hoge prioriteit. Diagnostiek en behandeling van mamma-tumoren is een voorbeeld. Een versleten knie kan medisch gezien nog even wachten.

Het getal van 1700 vermijdbare doden is een schatting en wordt bijv. door de IGZ genuanceerd.

De kwaliteit van de gezondheidszorg is volgens VWS (bericht nov 2007) hoog: Gemiddeld overlijdt in de OESO-landen 10% na een hartaanval in het ziekenhuis, in Nederland 8%. Gemiddeld belanden 6 op 100.000 patiënten wegens asthma in het ziekenhuis, in Nederland 3 op 100.000; in de VS 12 op 100.000. Van de totale rijksbegroting (Bruto Binnenlands Product, BBP) werd in de OESO-landen gemiddeld 9% aan zorg uitgegeven, in Nederland 9.2%, in de VS 15.3%. Tot zover dat bericht. Ook heeft Nederland dit jaar zijn eerste plaats behouden op de European Health Consumer Index, een internationale maat voor patiënt ("consumer")-tevredenheid. Verder stelt Roland Berger (Zorgstudie 2009 "Zeven Zorgen"): "De algemene kwaliteitstoename over het jaar 2008 staat niet alleen; de trend is al jaren zichtbaar. Naast de efficiëntie (terug te zien in toenemende arbeidsproductiviteit en winstgevendheid) stijgt ook de kwaliteit van de zorg".

Er is dus geen reden om de niet-bestaande schaarste te relateren aan deze onderwerpen.

Hoofdstuk 3:

Consultatievraag 5:

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

Grotendeels.

Opgemerkt moet worden dat achteraf-analyses laten zien dat economen maar heel weinig begrijpen van wat er echt gebeurt, en slecht zijn in voorspellingen.

Ook valt op dat in de tekst hier en daar op basis van slechts enkele gevallen of observaties conclusies worden getrokken die statistisch niet houdbaar lijken.

Als je het van de andere kant af bekijkt: 16 miljoen potentiële patiënten, 20.000 medisch specialisten, en dan relatief zo weinig problemen, dan zit het huidige systeem misschien wel gewoon heel goed in elkaar (is dan ook het resultaat van vele jaren ervaring).

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 & gynaecologie en revalidatiegeneeskunde. Zo ja, welke?

Emotionele aspecten van deze vakken komen in de analyse niet voor. Bijvoorbeeld: kleine aantallen geeft veel diensten (en bij G&O veel disutility). Dat willen jonge tweeverdieners niet.

Consultatievraag 7:

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

Er is een schromelijk tekort aan psychiaters, maar dat is in de tabellen niet zichtbaar doordat de GGZ instellingen vrijwel alle psychiatertaken door andere werkers laten invullen. Met als gevolg maandenlange wachttijden voordat je ooit een psychiater ziet (als je er al een ziet), poliklinische praktijken van 400 patiënten per psychiater, enzovoort. Zie de tuchtzaken.

Hoofdstuk 4:

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?

Grotendeels. Psychiatrische instellingen hebben i.h.a. wél volledige opleidingsbevoegdheid.

Consultatievraag 9:

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

Opleidingen worden op kwaliteit gevisiteerd. Uit het aantal voorwaarden en zwaarwegende adviezen, en uit de looptijd van de verlenging van de erkenning, valt op redelijke wijze de kwaliteit op te maken.

Consultatievraag 10:

Onderschrijft u de conclusies? Zo nee, waarom niet?

Ik betwijfel of goede opleidingen erbij gebaat zijn (steeds) meer aiOS te krijgen. Goede opleidingen zijn misschien juist wel goed omdat ze zo groot zijn als ze zijn. Je moet als goede opleider ook goede mede-opleiders hebben. Vermoedelijk is hier de wet van de verminderende meeropbrengst van toepassing.

Hoofdstuk 5:

Consultatievraag 11:

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

Zoals gezegd, er is geen schaarste aan medisch specialistische zorg. Substitutie is dan ook niet strikt noodzakelijk. De kenniskloof tussen medisch specialist en substituut moet niet worden

onderschat. Een substituut kan misschien wel 80% van de wonden zonder problemen controleren, maar de vraag is of h/zij herkent bij welke 20% dat niet goed gaat. Je ziet niet wat je niet weet.

Consultatievraag 12:

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

Voor de door u gesignaleerde knelpunten (O&G, revalidatie, etc.) lijkt me dat geen optie. En voor de andere is het niet nodig.

Consultatievraag 13:

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

Geen idee.

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 voorwaardes wordt voldaan?

De kwaliteitseisen die aan opleidingen worden gesteld zijn hoog. Nieuwe toetreders zullen behoorlijk wat moeite hebben om aan deze eisen te voldoen. Daarnaast kost opleiden veel tijd (gemiddeld 5 uur per week per aios).

Consultatievraag 15:

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

Dit hoofdstuk gaat opnieuw geheel en al – en ten onrechte - uit van de conclusie dat er te weinig medisch specialistische zorg is. De nadelen zijn dan ook dat het huidige systeem dat in vele jaren is uitgekristalliseerd en het best goed doet, ontregeld wordt. Het zou verstandig zijn om de gevolgen van uw voorstellen te laten doorrekenen door het Capaciteitsorgaan.

Consultatievraag 16:

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

Geen idee.

Consultatievraag 17:

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

Optie 3.

Consultatievraag 18:

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

Optie 3.

Hoofdstuk 6:

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?

De huidige situatie geeft bestuurders voldoende mogelijkheden om hun verantwoordelijkheid waar te maken. Alleen, zij doen dat niet (zie "Twente", zie "IJsselmeer", zie "Emmen", enzovoort.) De onderzoeksverslagen over deze zaken schetsen een onthutsend beeld van niet-ingrijpen, de andere

kant opkijken, etcetera. De meeste dokters zullen niet zo gauw een dysfunctionerende collega de wacht aanzeggen, maar juichen het in de regel wel toe als de directie dat doet. Probleem is dat het voor bestuurders nog best lastig is om dat effectief te doen, vanwege de bestaande wetgeving – en dus niet vanwege de dokters.

Consultatievraag 20:

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

Ook hier spreekt de tekst al van disbalans, de conclusie is al weer getrokken.

Zie vraag 19: het is eerder bestaande wetgeving op arbeidsrechtelijk gebied die het lastig maakt.

Wat u zegt onderaan pag 68 bovenaan 69 is m.i. de spijker op zijn kop. Daarvoor zijn andere rechtsvormen niet noodzakelijk.

Consultatievraag 21:

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

Zie vraag 19 en 20: n.v.t.

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?

In de GGZ-instellingen werkt iedereen in dienstverband. De bureaucratie is daar van een hoogniveau, de zeggenschap van psychiaters op het beleid van de instelling gering (bijv. Eevan, Espria), en de efficiëntie laag (overhead hoog door alle bestuurslagen). Ook uit eerder onderzoek komt naar voren dat werken in dienstverband minder productief is. De dokter die voor eigen risico en rekening werkt is nu eenmaal meer betrokken bij zijn werk dan de gecontracteerde.

Dienstverband brengt automatisch ook hiërarchie met zich mee. Vaak heerst de gedachte dat het beter gaat als je de baas bent. Dat is i.h.a. al meestal niet zo, en bij hoogopgeleide professionals al helemaal niet. Ook daarover bestaat wetenschappelijk onderzoek. De productie gaat omlaag, caissiere-mentaliteit neemt toe.

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.

Wat u zegt onderaan pag 68 bovenaan 69 is de spijker op zijn kop. Daarvoor is uitkopen (zoals OLVG) niet noodzakelijk.

Dr.F.W.Wilmink,

oud-hoofdopleider psychiatrie (15 aios),
voorzitter medische staf Wilhelmina Ziekenhuis Assen (AD 3^e, Roland Berger top tien etc.),

à titre personnel