

Fout! Objecten kunnen niet worden gemaakt door veldcodes te bewerken.

Secretariaat directie Ontwikkeling
Nederlandse Zorgautoriteit
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Referentie: LVAG/79a/09/id/400.

Doorkiesnummer: (030) 670 27 04

Onderwerp: Reactie LVAG: Marktimperfecties

Datum: 31 december 2009

Geachte mevrouw Van Beek,

Graag maakt de Landelijke vereniging voor medisch specialisten in opleiding, de LVAG, gebruik van de mogelijkheid te reageren op het consultatiedocument "Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg" van de Nederlandse Zorgautoriteit. Dit mede aangezien de LVAG wordt genoemd als geïnterviewde in dit rapport (datum interview: 16 juni 2009), terwijl wij niets terug lezen van hetgeen in dit interview besproken is. Als belangenbehartiger van aios is de LVAG van oudsher altijd met name gericht geweest op onderwerpen als kwaliteit en flexibiliteit van de medisch specialistische opleidingen, arbeidstijden en arbeidsomstandigheden. Onderwerpen als financiering en medische hiërarchie worden door de LVAG alleen opgepakt wanneer deze duidelijke consequenties voor aios hebben. In het NZa rapport komen deze velden bijeen.

De LVAG heeft een gedetailleerde reactie op uw consultatievragen uitgewerkt. Graag attenderen wij er dan ook op dat een **samenvatting van de LVAG reactie achteraan de reactie is toegevoegd**.

Secretariaat:
Janssoniuslaan 34-36
3528 AJ Utrecht
Postbus 20058
3502 LB Utrecht

Telefoon: (030) 670 27 04
Fax: (030) 670 27 00
E-mail: secretariaat@lvag.nl
Zakelijke rekening: 291900

Alvorens te reageren op enkele consultatievragen, willen wij ook een algemene reactie geven. De NZa heeft op eigen gelegenheid besloten dit rapport op te stellen. Hiertoe worden een aantal aannames gedaan. Gestart wordt met de aanname dat een schaarste in aantal medisch specialisten leidt tot een sterke onderhandelingspositie ten opzichte van het ziekenhuisbestuur, waardoor deze onvoldoende invloed zou hebben op kwaliteit en doelmatigheid van zorg (pag. 15). Vervolgens wordt gesteld dat, naast de betaalbaarheid van zorg, de schaarste ook andere nadelige consequenties heeft voor de consument; namelijk de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. (pag. 15) De publieke belangen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg zijn voor de NZa de eerste reden om de markt voor medisch specialistische zorg nader te onderzoeken. Vervolgens wordt de aanname gedaan dat concurrentie een cruciaal element is om de efficiëntie van zorgverlening te verhogen (pag. 16). ‘Schaarste aan medisch specialisten kan de introductie van prestatiebekostiging op termijn negatief beïnvloeden en zelfs leiden tot inefficiëntie’ hetgeen de tweede reden is voor de NZa onderzoek. Centraal in beide redenen tot onderzoek staat de aanname dat een schaarste aan medisch specialisten nadelig is voor de onderlinge concurrentie, en daarmee een hindernis is om tot betere, betaalbare, toegankelijke, efficiëntere en bestuurlijk beïnvloedbare zorg te komen. Helaas ontbreekt bewijsvoering die deze aanname ondersteunt volledig. Bovendien bestaan aanwijzingen voor het tegendeel. Wanneer we de meest recente Europese data uit het World Health Organization Statistical Information System WHOSIS (2006) nemen, blijkt er een positieve correlatie te bestaan tussen het aantal artsen per hoofd van de bevolking en de uitgaven aan gezondheidszorg per hoofd van de bevolking (Spearman $\rho = 0.33$, $p = 0,041$). Met andere woorden: de aanwezigheid van meer artsen leidt tot hogere kosten voor de gezondheidszorg, overigens zonder dat dit leidt tot een hogere levensverwachting ($p = 0.332$). Soortgelijke eerdere aannames op het terrein van energieleveranciers en zorgverzekeringen, beiden duidelijk een stuk minder complex en minder precair, hebben nog niet hun gelijk bewezen. Het hele onderzoek berust dus slechts op een hypothese, die wel moet leiden tot wezenlijke veranderingen in het gehele medisch specialistische zorgstelsel. De LVAG maakt zich grote zorgen over de gevolgen van eventuele beleidswijzigingen op basis van deze hypothesen, zowel voor de patiënt als voor de medisch specialist al dan niet nog in opleiding. Het heeft ons verbaasd dat de eerdere consultatie ronde van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg betreffende de numerus fixus niet is afgewacht. De afronding van de modernisering van de opleidingsplannen en de implementatie is ook niet afgewacht. Ook is het verassend te zien dat u in dit rapport weer terug komt bij de aanbesteding van opleidingsplaatsen voor aios op basis van prijs en kwaliteit, terwijl de pilot studies hier van eerder mislukten en men koos voor het “Etalagemodel”. Dit maakt ook dat de LVAG sterk de indruk heeft dat dit rapport een hoge mate van **‘selffulfilling prophecy’** heeft. Anders gezegd; de vraagstelling en aannames daarbij laten al geen mogelijkheden meer open om tot andere conclusies te komen dan hetgeen nu geconcludeerd wordt. Al met al kan de LVAG dan ook niet anders als met teleurstelling reageren op dit rapport.

De LVAG zal met name die consultatievragen met gevolgen voor aios toelichten, of daar waar deze gaan over bovengenoemde hypothesen.

Hoofdstuk 2: Schaarste aan Medisch Specialisten?

Consultatievraag 1: Deelt u de analyses van de bovengenoemde rapporten en onderzoeken over de schaarste bij medisch specialisten?

Uniek voor de situatie in Nederland is de centrale rol voor het capaciteitsorgaan in de lange termijn planning van het aantal op te leiden geneeskunde studenten en aios. In de adviezen van het Capaciteitsorgaan worden zaken als vergrijzing, meer complexere zorg, deeltijd werken, meer vrouwelijke artsen, etc. uitgebreid afgewogen. Deze ramingen zijn dus goed gefundeerd en onafhankelijk. In het Capaciteitsplan 2008 van het Capaciteitsorgaan komen de volgende feiten aan bod: het aantal studenten geneeskunde dat jaarlijks instroomde is omhoog gegaan van ongeveer 2.000 naar 2.850 (+42.5%). Bovendien is de jaarlijkse instroom in nagenoeg alle medische vervolgoopleidingen (sterk) toegenomen. Zo ging het aantal aios omhoog met bijna 2.200, een groei van 66%. De minister heeft hierbij al jaren de gewoonte de bovenzijde van de door het Capaciteitsorgaan aangegeven bandbreedte aan te houden. Ook is het aantal werkzame specialisten in de periode 2000-2007 in totaal gegroeid met ruim 4.000 van 25.540 naar 29.570 (+15.7%) Vergeleken met 2000 is de situatie dan ook aanmerkelijk verbeterd. Het huidige instroomniveau zorgt ervoor dat de beschikbare capaciteit van medisch specialisten in 2025 circa 50% hoger is dan thans het geval is. Over een brede linie van medische specialismen in de ziekenhuizen bestaat vrijwel evenwicht tussen vraag naar en aanbod van zorg. (referentie: Antwoorden op Kamervragen van Agema over tekort aan artsen, d.d. 9-11-2009).

De LVAG pleit voor een dusdanige afstemming van het aantal opleidingsplaatsen voor artsen dat in de redelijkerwijs beraamde zorg vraag goed kan worden. **Een onnodige grote verruiming van het aantal artsen in opleiding gaat ten koste van de kwaliteit van de opleidingen, en daarmee de kwaliteit van de toekomstige zorg in Nederland.**

Tenslotte nog een kanttekening bij de door u gepresenteerde data. De data in figuur 3 op pagina 21 worden geanalyseerd aan de hand van een determinatiecoëfficiënt die het verklaarde percentage variantie weergeeft (R^2). Met andere woorden: uit de figuur valt af te leiden dat 56% van de variatie in het relatieve inkomen van specialisten te verklaren is vanuit de variatie in het aantal specialisten per 1000 inwoners. Hiertegen maken wij een methodologisch bezwaar; wanneer namelijk de gebruikte brongegevens worden uitgezet in een zogenaamde "detrended Q-Q-plot, dan is er een systematisch patroon zichtbaar voor de variabele specialistendichtheid. Deze variabele is dus niet normaal (volgens Gaussiaanse curve) verdeeld, waardoor deze determinatiecoëfficiënt niet mag worden gebruikt.

Consultatievraag 4: Deelt u de visie op de gevolgen van de schaarste aan specialisten voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van zorg?

De LVAG vindt dat bovengenoemde stelling een eenzijdige weergave van de werkelijkheid is. **De toegankelijkheid van de zorg en het ontstaan van wachtlijsten wordt niet alleen bepaald door het aantal medisch specialisten maar door tal van factoren**, waaronder de manier waarop het systeem van eerste, tweede en derdelijns zorg wordt gehandhaafd, de beschikbaarheid van ondersteunende personeel zoals verpleegkundigen en operatieassistenten, de beschikbare faciliteiten, etc. **Kwaliteit heeft niet alleen te maken met werkdruk en wachttijden**, maar ook met de aanwezigheid van protocollen, het naleven van protocollen, de bedrijfscultuur, de scholing van het personeel over de volledige lijn, de kwaliteit van de genoten opleidingen, voor de LVAG in het bijzonder de kwaliteit van de medische vervolgoopleidingen. Het is te veel 'eer' om te menen dat alleen de schaarste aan medisch specialisten deze drie belangrijke onderwerpen bepalen. Daarnaast is het de vraag of de Nederlandse gezondheidszorg slecht scoort op deze onderwerpen. In het recente rapport "Euro Health Consumer Index 2009 report" wordt vermeld: "The Netherlands is the only country which has consistently been among the top three in the total ranking of any European Index the Health Consumer Powerhouse has published since 2005. The 2009 NL score of 863 points is by far the highest ever seen in a HCP Index. The NL shares the sub-discipline victory with Denmark only on e-Health and Pharmaceuticals, and the large victory margin seems essentially due to that the Dutch healthcare system does not seem to have any really weak spots, except possibly some scope for improvement regarding the waiting times situation, where some central European countries excel." En nogmaals, deze wachtlijsten worden niet alleen bepaald door het aantal medisch specialisten, zoals u zelf ook aangeeft met uw opmerking dat ook bij specialismen met weinig vacatures wachtlijsten voor komen (pag. 23).

De LVAG vreest bovendien voor het ontstaan van een situatie waarin de professionele autonomie van de arts om doelmatige zorg te verlenen het aflegt tegen de noodzaak om de patiënt als klant aan zich te binden. Het inzetten van medisch zinloze behandelingen of aanvullend onderzoek kan het gevolg zijn.

Hoofdstuk 3: Factoren die het aanbod van medisch specialisten bepalen

De consultatievragen beperken zich tot de schaarste aan medisch specialisten. Voor de opinie van de LVAG ten aanzien van de numerus fixus verwijzen wij graag naar het advies van de LVAG aan de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (d.d. 14 mei 2009, referentie LVAG/40a/09/jc/351). Samenvattend **pleit de LVAG tegen een ongegronde uitbreiding van de numerus fixus daar deze ten koste van kwaliteit van opleiding, geld en talent zal gaan en leidt tot onnodige werkloosheid.**

Consultatievraag 5: Bent u het eens met de analyse naar de factoren die het aanbod bepalen bij specifieke specialismen?

De LVAG is het eens met de stelling dat het aantal medisch specialisten wordt bepaald door de combinatie van instroom vanuit de opleidingen en het buitenland en uitstroom uit het beroep of naar het buitenland. Ook is de LVAG het eens de stelling dat de instroom bepaald wordt door drie partijen; overheid, zittende specialisten/opleidende instellingen en aios. Maar er zijn wel een aantal kanttekeningen:

- Ook de uitstroom hoort ter discussie te staan, zeker in een tijd waarin er veel discussie is omtrent de AOW leeftijd. Uitstroom wordt bepaald door diverse factoren, waaronder leeftijd, gezondheid, loopbaanperspectieven, arbeidssatisfactie, etc. Dit zijn wel degelijk te beïnvloeden factoren die de zorg ten goede kunnen komen.
- Ook de vroegtijdige uitstroom uit de opleidingen behoeft aandacht. Van de medisch specialistische vervolgoopleidingen is bekend dat gemiddeld 10% van de aios vroegtijdig met de opleiding staakt, waarbij er een grote variatie is tussen de verschillende specialismen en geen registratie is over de redenen waarom aios besluiten te stoppen. (referentie: Medisch Contact 2 april 2009, pag. 580-583).
- Onder de factoren die de populariteit van de specialismen bepalen (pag. 32) ontbreekt de belangrijkste: de inhoud van het vakgebied en het type taken van het betreffende specialisme.
- 'De totale instroom in de specialistenopleidingen wijkt niet systematisch af van de aantallen die de minister heeft vastgesteld. Wel is er een scheve verdeling.' Er dient onderzocht te worden waarom in bepaalde specialismen meer of minder aios instromen dan vastgesteld.
- 'Het is gebleken dat het voor verschillende specialismen (voornamelijk jeugdgezondheidszorg, verpleeghuisartsen en artsen verstandelijk gehandicapten) lastig is om voor de opleiding voldoende geschikte kandidaten te werven. Om in voldoende geschikte aios te voorzien, is een ruime 'pool' van basisartsen dan ook bijzonder wenselijk' (pag. 34). De LVAG is het niet eens met deze stelling. Het is nauwelijks wenselijk te noemen om aios te forceren te kiezen voor deze specialismen omdat er een grote pool concurrerende basisartsen is. Het zou beter zijn na te gaan waarom deze, en andere vakken met schaarste, moeite hebben met het werven van voldoende geschikte aios en op basis daarvan hun aanbod te verbeteren.
- Uit uw conclusie: 'De numerus fixus probeert rekening te houden met het daadwerkelijk benodigde aantal artsen. Daarbij wordt de noodzaak van een concurrerende ziekenhuismarkt onvoldoende meegenomen.' Het aantal opleidingsplaatsen hoort een reële afspiegeling te zijn van de vraag aan medisch specialisten. Onnodig studenten en aios opleiden leidt tot hogere opleidingskosten, minder

kwalitatieve opleidingen, meer druk op de opleidende instellingen in een mogelijk meer concurrerende markt, verlies van potentieel en onnodige en onethische werkeloosheid. Nogmaals, de effecten van deze beoogde concurrentie zijn niet onderzocht, laat staan bewezen. Dit soort grote gevolgen mogen niet op aannames gebaseerd zijn. Daarnaast dient men zich te realiseren dat opleidingsinstellingen ook een eigen numerus fixus kunnen instellen.

- Uw stelling name in de managementsamenvatting dat een toename van de aanbodsgéïnduceerde zorg niet waarschijnlijk is in Nederland (pag. 10) wordt niet onderbouwd op pagina 36-37 en kan daarmee niet zo gesteld worden.

Hoofdstuk 4: Verdeling van de opleidingsplaatsen

Consultatievraag 9: Bent u het eens met de analyse van de knelpunten? Is deze analyse volledig?

De LVAG is het eens met het uitgangspunt dat in de ideale situatie de verdelingssystematiek bijdraagt aan een zo hoog mogelijke kwaliteit van de opleidingen tegen een zo laag mogelijke prijs. Wel benadrukt de LVAG dat de **verdelingssystematiek niet het enige middel mag zijn om kwaliteit te verhogen of prijs te verlagen**. Men dient zich te allen tijde te realiseren dat de **verdelingssystematiek over aios gaat, niet over puur getallen**. De afwegingen die gemaakt worden mogen niet ten koste van de belangen van de aios gaan.

- Knelpunt 4.4.1. Suboptimale kwaliteit. De LVAG is het niet eens met het uitgangspunt om de beste opleiders de meeste opleidingsplaatsen te geven. Hier zitten meerdere haken en ogen aan. Allereerst is niet alleen de opleider bepalend voor de kwaliteit van de opleidingsplaats, maar ook de opleidingsgroep, het patiëntenaanbod, de werkzaamheden, arbeidstijden, arbeidsomstandigheden, opleidingsklimaat, etc. Zoals u zelf ook aangeeft ontbreken adequate en gevalideerde kwaliteitsindicatoren voor extern gebruik. Ten derde wordt er met dit uitgangspunt geen rekening gehouden met de praktijk. Een goede opleiding heeft een balans tussen het aantal aios en het aantal patiënten/ het leeraanbod. Een goede opleiding die steeds meer aios krijgt (immers, een opleiding zal niet het ene jaar heel goed en het volgende jaar heel slecht scoren), ondervindt hier dus nadelen van. Terwijl een opleiding die slecht is wordt alleen maar slechter als er minder aios worden toegewezen en de werkdruk daardoor verder oploopt. Individuele aios kunnen dus nadeel ondervinden door een dusdanig gestuurde verdelingssystematiek. **De LVAG pleit voor een duidelijke, transparante verdelingssystematiek waarbij niet over de aios maar door de aios wordt beslist**. Meer specifiek; een toewijzingskader wat publiek inzichtelijk is en waarbij de aios op basis van kwaliteit van opleiding, leerdoelen en persoonlijke overwegingen hun sollicitaties kunnen richten. De betere opleidingen zullen beter aios trekken en worden zo alsnog bevoordeeld. Het project “De

opleidingsetalage” is een alternatief waarin kwaliteit en keuzes van aios hand in hand gaan, en opleidingen gestimuleerd worden om aios binnen te halen. Wanneer het aanbod aios erg groot is (bijvoorbeeld na afschaffing van de numerus fixus) verdwijnt deze kwaliteitsprikkel voor de opleidingsinstellingen.

- Knelpunt 4.4.2. Suboptimale doelmatigheid. **De LVAG distantieert zich van het standpunt dat aios productie neutraal zijn.** De primaire taak van een aios is zorgen dat hij/zij een goede medisch specialist wordt. Een van de taken van een medisch specialist is het maken van productie. Dit is dus een positief nevenproduct van de opleiding. En zeer essentieel; de Nederlandse gezondheidszorg zou instorten op het moment dat alle aios zouden stoppen met hun werk, doordat ook een belangrijk aandeel in de totale productie en organisatie door de aios wordt gedragen. Uiteraard erkent de LVAG het feit dat het opleiden van aios ook kosten met zich meebrengt. Men dient tot een reële afweging te komen van kosten en baten van het opleiden van aios, waarbij een indeling naar specialisme en mate van vordering binnen de opleiding invoelbaar is. Uitspraken over de hoogte van het vergoedingsbedrag per opleidingsplaats laat de LVAG graag over aan de partijen die hier meer ervaring mee hebben. Wel pleit de LVAG voor het **afdragen van verantwoording over de manier waarop de het geld uit het Opleidingsfonds wordt besteed.** In praktijk kan bijna geen enkel opleidingsinstituut verantwoorden hoe men het geld van deze subsidieregeling heeft besteed. Een verantwoording geeft meer inzicht, zorgt er voor dat het geld ook gebruikt wordt waar het voor bedoeld is, en maakt het mogelijk om per aios ook daadwerkelijk de kosten te dekken, ook voor zover die door een aios zelf gemaakt worden.
- Knelpunt 4.4.3. (on)evenwichtige verhoudingen: Academische en perifere centra hebben elkaar nodig om opleidingen te kunnen verzorgen, binnen de kaders zoals gesteld door het CCMS. Als aios ervaren wij weinig problemen op dit gebied.

Consultatievraag 10: Onderschrijft u de conclusies?

In uw conclusie gaat u uit van een suboptimale kwaliteit van de opleidingen. Dit is niet onderbouwd, en gezien het ontbreken van kwaliteitsindicatoren voor extern gebruik ook niet bewezen. **De LVAG is niet van mening dat de kwaliteit van opleidingen bepaald kan en moet worden door de verdelingssystematiek. Wel mag de verdelingssystematiek een prikkel geven om kwaliteit continue te blijven verbeteren.** U gebruikt de term doelmatigheid wanneer u met name de kostenreductie van de vervolgoopleidingen wilt aanpakken. Zoals aangegeven wil de LVAG zich beperken tot het advies om een op maat gesneden vergoeding in te stelling waarbij de manier waarop die vergoeding ingezet wordt voor de opleiding van de aios verantwoordt dient te worden. Uw conclusie dat de verdelingssystematiek leidt tot onevenwichtige verhoudingen tussen UMC's en periferie is niet onderbouwd en leidt voor aios niet tot praktijkproblemen.

Hoofdstuk 5: Ruimte voor verbetering

Consultatievraag 11: Kunt u zich vinden in de stelling dat substitutie een bijdrage kan leveren aan het verminderen van de schaarste aan medisch specialisten? EN Consultatievraag 12: Acht u het wenselijk in dit verband de mogelijkheden voor internationale samenwerking te verruimen door outsourcing van bepaalde diensten?

De LVAG ziet substitutie als een mogelijkheid om een deel van de niet specialistische taken voor zover die nu nog zijn ondergebracht bij medisch specialisten op een goedkopere manier in te vullen. **Wel wil de LVAG benadrukken dat in opleidingsinstellingen alle facetten van een opleiding aan bod moeten komen om aios tot kwalitatief hoogwaardige medisch specialisten op te leiden.** In het genoemde voorbeeld van de teleradiologie (pag. 54) mag het bijvoorbeeld niet zo zijn dat een bepaalde categorie radiologie uitbesteed wordt, waardoor de huidige groep specialisten de vaardigheid kan verliezen en de aios niet de mogelijkheid heeft deze vaardigheid te leren.

Consultatievraag 14: Om opties succesvol te implementeren, is het noodzakelijk dat de 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?

De LVAG kan de omvang van dit reële risico niet inschatten maar maakt zich hier wel zorgen om. Meer geneeskundestudenten opleiden die vervolgens niet een opleidingsplaats kunnen vinden, of meer aios opleiden die vervolgens geen baan als medisch specialist kunnen vinden is onwenselijk gezien de kosten, het verlies aan talent, de beperkte andere mogelijkheden na deze toch als beroepsopleiding te beschouwen scholing.

Consultatievraag 15: Welke voor- en/of nadelen van de verschillende opties zijn niet genoemd en wel van belang in dit kader?

In dit hoofdstuk worden drie opties genoemd om de schaarste in medisch specialisten te verhelpen: 1) substitutie, 2) verruimen van het aantal opleidingsplaatsen en 3) het vrijgeven van het aantal opleidingsplaatsen. Het effect van deze maatregelen op de kwaliteit van de medische vervolgoopleidingen wordt beschreven. De LVAG maakt zich zorgen op het effect van deze maatregelen op de kwaliteit van de opleidingen. Men dient zich te realiseren dat de medische vervolgoopleidingen veel al patiëntgebonden zijn, onder begeleiding van de zittende medisch specialisten. **Grote schaalvergroting lijkt tot minder leeraanbod en minder begeleiding.** Ook het toelaten van te veel minder getalenteerde aios is niet bijdragend aan de kwaliteit van opleiding en aan de kwaliteit van de toekomstige zorg. Ook in het geneeskundeonderwijs is een zekere mate van kleinschaligheid nodig om kwaliteit te garanderen.

Consultatievraag 17: Welke optie sluit het beste aan bij de praktijk?

Het verruimen van het aantal opleidingsplaatsen met 5-10% is meer haalbaar dan het vrijgeven van de opleidingsplaatsen. Daarbij dienen alle eerder aangegeven kanttekeningen meegewogen te worden. Substitutie kan aanvullend werken.

Consultatievraag 18: Welke optie voorziet het beste in de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?

De optie om het aantal opleidingplaatsen te verruimen lijkt het beste het evenwicht te bewaren tussen extra investeringen in opleidingscapaciteit en extra kosten in eventuele werkloosheid ten opzichte van de mogelijke voordelen zoals die aangenomen worden in deze concurrentie constructie.

Aanvullend

Een consultatievraag over bekostigingsmogelijkheden van deze opties ontbreekt. Allereerst memoreert de LVAG dat bij de instelling van het Opleidingsfonds in 2007 de ziekenhuisbudgetten opgeschoond zijn om dit Opleidingsfonds te vullen. Inmiddels wordt dit fonds gevoed uit de inkomensafhankelijke premie van de Zorgverzekeringswet. Het beheer is in handen van het ministerie van VWS en wordt uit de staatbegroting gefinancierd. Dus de overheid financiert alleen de praktische uitvoering, niet het fonds zelf. Deze kosten worden gedragen door de Nederlandse bevolking, in de vorm van een deel van hun verzekeringspremies. Er worden in dit hoofdstuk vier mogelijkheden genoemd: 1) financiering vanuit de overheid waarbij bovenstaande constructie wordt bedoeld, 2) een subvorm van optie 1: financiering door de overheid, gestuurd op basis van prijs en kwaliteit, eventueel in een 'beauty contest', 3) financiering door de ziekenhuizen en 4) eigen bijdrage aios.

De LVAG pleit voor een eenvoudige, flexibele en transparante vergoeding. Zoals eerdere aangegeven kan deze eventueel worden aangepast op basis van type specialisme en ervaring per aios waarbij het ook reëel zou zijn als een aios die meer productie maakt meer gaat verdienen. Ook moet er ruimte zijn **opleidingsbudget** dat elke aios naar eigen inzicht kan inzetten om zijn/haar opleiding te optimaliseren. De LVAG pleit ook voor een duidelijke **verantwoording** van de besteding van het opleidingsgeld, zeker wanneer de bron van dit geld een publieke is. Het standpunt van de LVAG ten aanzien van de suggestie om de financiering mede te laten afhangen van de kwaliteit en prijs is eerder aan bod gekomen, zie de consultatievragen bij hoofdstuk 4. Mits deze manier van verdelen geen nadelige gevolgen heeft voor individuele aios kan de LVAG zich vinden in een financiële prikkel om opleidingen uit te dagen zich continu te blijven verbeteren.

De LVAG is pertinent tegen een eigen bijdrage van aios. De aannname in de management samenvatting “Bij aios lijkt ruimte aanwezig voor een beperking in vergoeding” (pag. 13) is ronduit stuitend. Deze is ongegrond en doet geen recht aan het vele goede werk dat aios verrichten, en waar het Nederlandse gezondheidszorg systeem op bouwt. De vergelijking met zogenoemde generalistische opleidingen gaat niet op. Aios, in alle jaren van hun opleiding, dragen essentieel bij aan de productie van zorg en zijn daarmee niet alleen studenten. Zij leveren al een eigen bijdrage aan hun opleiding doordat zij ongeveer 20% van hun werkweek zonder vergoeding werken omdat deze als opleidingstijd is aangemerkt. Daarnaast hebben zij reeds een periode van minimaal twee jaar als coassistent bijgedragen aan hun eigen opleiding. De vergelijking met bijvoorbeeld piloten gaat niet op omdat dit een veel kortere opleiding betreft, zonder maatschappelijke component, zonder productie tijdens de opleiding, en met de mogelijkheid om direct na het afstuderen maximaal te gaan verdienen. Tenslotte betreft het een opleiding van in totaal gemiddeld 12 jaar, in de periode van leven waarin de kosten van huisvesting en het gezinsleven maximaal zijn en waarbij het opstarten van een eigen medische praktijk direct na de opleiding ook gepaard gaat met hoge kosten.

Hoofdstuk 6: Positie van medisch specialisten in het ziekenhuis

Als belangenbehartiger van aios ziet de LVAG af van de mogelijkheid te reageren op de consultatievragen betreffende de positie en salariering van medisch specialisten in het ziekenhuis.

Kwaliteit opleiding tot medisch specialist in gevaar

Het NZa rapport berust op aannames en hypothesen, dusdanig geformuleerd dat de conclusies al bij voorbaat vast lijken te staan. Ook stelt de LVAG haar vraagtekens bij de timing van dit rapport; nog voor het uitkomen van het Advies van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg over de numerus fixus en het van start gaan van het 'Etalagemodel'. Ondanks dat de LVAG wel geïnterviewd is in aanloop naar dit rapport, herkent de LVAG niets van haar standpunten in dit rapport.

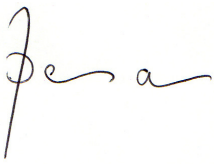
De LVAG onderschrijft niet de hoofdaanname dat er een schaarste is aan medisch specialisten, en daarmee ook niet dat de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg door puur een schaarste aan medisch specialisten bepaald wordt. De LVAG pleit voor een reële afstemming van het aantal opleidingsplaatsen, welke overeenkomt met een zorgvuldig beraamde zorgvraag. Kwaliteit gaat boven kwantiteit.

Het meest verontrustend van dit NZa rapport vindt de LVAG het totale gebrek aan inzicht, en wellicht interesse, in de gevolgen van de voorgestelde maatregelen voor de kwaliteit van onderwijs voor zowel medisch specialisten in opleiding als geneeskundestudenten. De kwaliteit van deze opleidingen bepaalt de kwaliteit van de toekomstige Nederlandse zorg. Er zitten veel haken en ogen aan het inzetten van de verdelingssystematiek om de kwaliteit en kosten van de opleidingen te bevorderen. Goede kwaliteitsindicatoren ontbreken. De verdelingssystematiek mag geen directe nadelige invloeden hebben op individuele aios en niet ten koste gaan van de kwaliteit van de (moderne) opleidingen.

De LVAG is pertinent tegen een eigen bijdrage van aios ter financiering van de opleidingen. Aios dragen essentieel bij aan de productie, investeren 20% van hun werktijd op eigen kosten in hun opleiding en dat na een periode van twee jaar als onbetaalde coassistent. De LVAG pleit voor een eenvoudige, flexibele en transparante vergoeding voor opleidingsplaatsen, waarbij ziekenhuizen dienen te verantwoorden hoe zij dit geld hebben besteed.

De LVAG hoopt met de beantwoording van deze consultatievragen u aanvullende inzichten te hebben geboden met positieve gevolgen voor de Nederlandse aios. Uiteraard zijn wij graag bereid tot verdere toelichting en worden wij graag op de hoogte gehouden van de verdere gang van zaken.

Met vriendelijke groet,



Drs. I.M.E. Desar,
voorzitter

Mr. drs. S.J. Booij,
Bestuurslid LVAG, commissielid Evaluatie Opleidingsfonds

Contactpersoon: I. Desar, i.desar@aig.umcn.nl, 06-52678963.

Bijlage: Advies LVAG numerus fixus, referentie LVAG/40a/09/jc/351

Kopie aan: Ministerie VWS, CBOG, LAD, Orde, Jonge Orde, KNMG