

Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie



Nederlandse Zorgautoriteit
Secretariaat directie Ontwikkeling
Postbus 3017
3502 GA UTRECHT

Nederlandse Zorgautoriteit

10D0000896 ontvangen 08/01/2010



Uw kenmerk
EBEE/MZEE/2009/070

Kenmerk
B10.005/RS/pl

Datum
8 januari 2010

Betreft: consultatiedocument "marktimperfecties in de medisch specialistische zorg: de positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen"

Geachte mw. Van Beek,

De Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie maakt graag gebruik van de mogelijkheid commentaar te leveren op het consultatiedocument "marktimperfecties in de medisch specialistische zorg: de positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen". De antwoorden op de consultatievragen treft u onderstaand aan. De heer R.B. Sie treedt op als contactpersoon binnen onze vereniging, te bereiken via telefoonnummer 0621 224 979 of per mail: r.sie@rjnland.nl

1. *Deelt u de analyses van de genoemde rapporten en onderzoeken over schaarste bij medisch specialisten?*
Nee. Het OESO rapport kent teveel tekortkomingen, waaronder de appels-met-peren vergelijking. Dit wordt door de OESO zelf ook erkend, waarmee in onze ogen het stuk grotendeels ontkracht wordt en een onderlinge vergelijking tussen landen niet mogelijk is. De lage specialistendichtheid én het hoge inkomen in Nederland wordt geweten aan schaarste, maar kan net zo gemakkelijk toegeschreven worden aan een hoge efficiëntiegraad of aan harder werken ten opzichte van andere landen. Het NSOB rapport uit 2008 richt zich niet op schaarste gedefinieerd als feitelijk tekort (nergens in het document worden aantallen benoemd), maar op het economische begrip schaarste voortvloeiend uit de noodzaak om beschikbare financiële middelen te moeten verdelen. Daarnaast valt het citaat met als gevolg dat er minder medisch specialisten zijn volledig buiten de onderzoekssfeer van dit document. Het document van EMGO & Nivel uit 2007 doelt eerder op een transparantie/verantwoordingsvraagstuk en niet op het schaarste vraagstuk van dit consultatiedocument.
2. *Kent u nog andere onderzoeken of cijfers over het aanbod van medisch specialisten die relevant zijn voor een analyse over schaarste? (...)* Nee, ons zijn geen andere onderzoeken of cijfers bekend. Interessant zou een document zijn dat de medisch specialistische arbeidsproductiviteit tussen landen vergelijkt.
3. *Wat vindt u van de conclusie van de NZa uit deze onderzoeken dat schaarste aan medisch specialisten een specialismespecifiek en regionaal fenomeen is?* De schaarste aan medisch specialisten is inderdaad een specialismespecifiek en regionaal fenomeen.
4. *Deelt u de visie op de gevolgen van de schaarste aan specialisten voor de toegankelijkheid, kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg?* Nee, de visie is gebaseerd op hypothetische als-dan vergelijkingen, die niet onderbouwd worden.



Pagina 2
 Kenmerk: B10.005/RS/pl
 Datum: 8 januari 2010

Hoofdstuk 3

5. *Bent u het eens met de analyse naar de factoren die het aanbod bepalen bij specifieke specialismen?* Nee, de analyse is te beperkt. Ook de uitstroombestemmingen dienen op z'n minst nader bekeken te worden. Daarnaast kent het ramingsmodel van de opleidingscapaciteit klaarblijkelijk de nodige tekortkomingen gezien de mismatch en specialisme-specifieke schaarste. Interessant in dat kader is het recente proefschrift van Gerard J.A. Baars getiteld *Factors related to student achievement in medical school* (Erasmus MC 30-10-2009).
6. *Bestaan er andere factoren die het aanbod van medisch specialisten bepalen?* Ja, technologische ontwikkelingen en palet aan behandelingsmogelijkheden binnen een specialisme.
7. *Zijn er naast de genoemde specialismen, andere specialismen waar een schaarste aan medisch specialisten aanwezig is?* Ja, de Anesthesiologie, zoals gepubliceerd in een recent artikel in het Medisch Contact (zie <http://medischcontact.artsennet.nl/Artikel/Meer-anesthesiologen-opleiden.htm>)

Hoofdstuk 4

8. *Kunt u zich vinden in de beschrijving van het proces waarin de verdeling van het aantal opleidingsplaatsen tot stand komt?* Ja.
9. *Bent u het eens met de analyse van de knelpunten? Is deze analyse volledig?* Nee, de verdeling van opleidingsplaatsen naar rato van kwaliteit is op dit moment nog een brug te ver en het hele opleidingssysteem is er nog niet op ingericht. Allereerst zal het nieuwe kaderbesluit CCMS goed geïmplementeerd moeten worden alvorens kwaliteitsnormen ingesteld kunnen worden. Tegelijkertijd is het zinloos om bij een overschot aan belangstellenden voor opleidingsplaatsen, het beperkte aantal opleidingsplaatsen op basis van kwaliteitsnormen te verdelen, dit wordt eerder mogelijk als vraag en aanbod in balans is.
10. *Onderschrijft u de conclusies?* Nee, de conclusie dat de huidige systematiek belangrijke nadelen voor de kwaliteit en de doelmatigheid van de specialistenopleidingen heeft, kan alleen hypothetisch benaderd worden en niet feitelijk doordat objectieve en toetsbare kwaliteitscriteria ontbreken.

Hoofdstuk 5

11. *11. Kunt u zich vinden in de stelling dat substitutie een bijdrage kan leveren aan het verminderen van de schaarste aan medisch specialisten?* Nee. Substitutie lijkt interessant maar de praktijk leert dat een anios of nurse practitioner langer bezig is met een bepaalde handeling dan een medisch specialist. Tegelijkertijd zal de medisch specialist supervisie moeten houden wat ook weer tijd kost. Het capaciteitsorgaan berekent dan ook extra benodigde opleidingsplaatsen t.b.v. substitutie. Positief is dat door taakverschuiving toegangstijden en kwaliteit van zorg kunnen verbeteren.
12. *Acht u het wenselijk in dit verband de mogelijkheden voor internationale samenwerking te verruimen door outsourcing van bepaalde diensten?* Mits kwaliteit geborgd kan worden vormt outsourcing een optie. In tegenstelling tot voornoemd voorbeeld in Box 1 zullen de criteria zoals verwoord in paragraaf 3.3 Instroom van medisch specialisten vanuit het buitenland ook hierop van toepassing moeten zijn.
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? Verrekening in de DBC-systematiek is vrijwel niet mogelijk door de verschillende grondslagen tussen A- en B-segment voor zorgaanbieders. Uitgaande van de situatie dat uitsluitend lokale zorgprofielen doorslaggevend zijn voor de prijsstelling zal het voor een zorgaanbieder absoluut moeizamer zijn om de hogere prijs met zorgverzekeraars uit te onderhandelen, mede gebaseerd op eigen lokale ervaringen.*
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?* De huidige opleidingsinstellingen anesthesiologie kunnen in enige mate uitbreiden in het aantal opleidingsplaatsen en dit wordt ook gewenst. Extra opleidingsplaatsen buiten die capaciteit zullen conflicteren met de kwaliteit van de opleidingen zelf. Het zal onmogelijk zijn om in die situatie dezelfde hoeveelheid patiëntcontacten, verrichtingen en operaties te doen als in de huidige situatie (MSRC en CCMS normen).
15. *Welke voor- en/of nadelen van de verschillende opties zijn niet genoemd en wel van belang in dit kader?* Geen.
16. *Welke opties zijn nog denkbaar naast de opties die in hoofdstuk 5 zijn behandeld?* Geen.



Pagina 3

Kenmerk: B10.005/RS/pl

Datum: 8 januari 2010

17. *Welke optie sluit het beste aan bij de situatie in de praktijk?* Verruimen van het aantal opleidingsplaatsen. Optie 1. overheid betaalt de opleidingskosten via subsidieverlening.
18. *Welke optie voorziet het beste in de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?* Verruimen van het aantal opleidingsplaatsen. Optie 1. overheid betaalt de opleidingskosten via subsidieverlening.

Hoofdstuk 6

19. *Vindt u het noodzakelijk dat de verhouding in het ziekenhuis moet veranderen ten opzichte van de huidige situatie?* Ons inziens is er geen noodzaak om de huidige verhoudingen te veranderen. Wel om te komen tot een veranderde attitude ten opzichte van elkaar, waarbij het samenspel en synergie moet worden opgezocht. Medisch specialisten moeten juist meer betrokken worden bij de bedrijfseconomische processen en medeverantwoordelijk worden om in gezamenlijkheid te komen tot een optimaal bedrijfsresultaat.
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?* Nee, wat hier ontbreekt is dat het ook bij de specialist in loondienst buitengewoon lastig is om een dienstverband te beëindigen op basis van disfunctioneren. Dit lukt pas na zeer uitvoerige dossieropbouw, functioneringsgesprekken en dan nog eindigt het vaak met grote afkoopsommen. In UMC's is het nog lastiger omdat deze onder het ambtenarenrecht vallen, een medische specialist is dan vrijwel onaantastbaar. Pas bij een grote reeks missers en duidelijk ontbrekend verbetergedrag van de betreffende specialist wil het dan wel eens lukken om tot ontslag te komen ondanks evident disfunctioneren. Financiële schade voor het ziekenhuis blijft groot.
21. *Kunt u in de maatregelen die genomen moeten worden een prioritering aanbrengen?* Primair transparantie over kwaliteit van zorg, gevolgd door verplichte verantwoording en contractvormen aanpassen bij de rol van de medisch specialist en als laatste collectivisering verminderen. Hybride situaties zouden voorkomen moeten worden, omdat dit intern voor spanningen zal zorgen.
22. *Vindt u dat het loslaten van de honorariumcomponent op de lange termijn de verhoudingen tussen de RvB en de medisch specialisten normaliseert?* Nee, alhoewel het op de lange termijn moeilijk is voorspellingen hieromtrent te doen. Op basis van voorhanden zijnde informatie zal dit tweestrijd binnen ziekenhuizen kunnen leiden tussen medisch specialisten en Raad van Bestuur. Dit zal de kwaliteit van zorg compromitteren.
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?* Nee, prestatie-afhankelijk beloning voor medisch specialisten in loondienst kent dezelfde focus op productie als in vrij beroep.

Met vriendelijke groet,
Namens het bestuur,

R.B. Sie

Bestuurslid en voorzitter BeroepsBelangenCommissie NVA

Rheenen, Janny van

Van: Fax-algemeen-NZa_030-2968296
Verzonden: vrijdag 8 januari 2010 11:22
Aan: Inbox
Onderwerp: From " 0302823290"(Fax Message NO.4314)

Opvolgingsmarkering: Opvolgen
Markeringsstatus: Paars

Bijlagen: 20100108112208897.tif



2010010811220889
7.tif (227 kB)...

This E-mail was sent from "nza-pr030" (IS 2445).

Queries to: nza-pr030@nza.nl