

Consultatievraag 1:

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

De vraag van schaarste moet geplaatst worden in het perspectief van de veranderende markt. De NVZ vereniging van ziekenhuizen (NVZ) is altijd een voorstander geweest van een iets ruimer aanbod aan medisch specialisten zodat er keuzevrijheid en onderhandelingsruimte is voor de ziekenhuizen.

Het Capaciteitsorgaan maakt een raming die is afgestemd op een evenwicht tussen vraag en aanbod in een bepaald jaar (bijvoorbeeld 2020). Het ministerie van VWS neemt vervolgens een besluit over de opleidingscapaciteit die zij wil bekostigen. In de afgelopen 10 jaar heeft het ministerie telkens gekozen voor het evenwichtsscenario. Alleen minister Hoogervorst is daar één keer van afgeweken door iets meer instroom toe te staan dan geraamd. In het licht van de beoogde marktwerking is er door VWS dus onvoldoende rekening gehouden met het creëren van een licht overschot.

De onderzoeken waaraan de NZa Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) refereert moeten genuanceerd worden bekeken. Voor een reactie op deze onderzoeken wil de NVZ ook verwijzen naar de reacties die het Capaciteitsorgaan indertijd heeft gegeven. De wet van vraag en aanbod zal ook gelden voor een vrije markt van medische specialistische zorg, namelijk bij schaarste zal de prijs omhoog gaan. Dit betekent echter niet dat een hoge prijs het bewijs is voor schaarste omdat de markt van medisch specialisten sterk gereguleerd is. De analyse van de NZa schiet op dat punt tekort. Waarschijnlijk is in de afgelopen jaren deze markt sterker beïnvloed door de wet- en regelgeving van VWS en de NZa dan door deze economische wetmatigheid. Het beste voorbeeld daarvan is de enorme inkomensstijging bij de vrijgevestigde medisch specialisten als gevolg van de DBC-systematiek. Met andere woorden, in een vrije markt is prijsstijging een gevolg van schaarste maar in een niet vrije markt kent prijsstijging meerdere oorzaken.

In algemene zin ziet de NVZ op dit moment een redelijk evenwicht en zijn er geen grote knelpunten die de gezondheidszorg bedreigen. Wel zijn er regionale en specialisme specifiek tekorten. Er is echter nog geen sprake van het licht overschot dat de NVZ graag zou zien.

Tabel 1 geeft een vertekend beeld over de toegenomen dichtheid van specialisten en dient gecorrigeerd te worden voor vergrijzing en de 'autonome' groei van de zorgvraag.

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?

De NVZ beschikt over de Enquête Jaarcijfers Ziekenhuizen (EJZ) en de Loonkostengegevensbestand (LKG) - beiden voor langjarige periodes - waarin veel data over aantallen medisch specialisten per specialisme en het onderscheid tussen vrijgevestigden en loondienst, respectievelijk de trends in loonsom en de structuur ervan voor AMS'ers. Deze data kunnen onder bepaalde voorwaarden worden geleverd.

Consultatievraag 3:

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

Die conclusies zijn juist. Daarbij wil de NVZ opmerken dat de arbeidsmarkten worden beïnvloed door grote maatschappelijke, culturele en economische verschillen per regio.

De arbeidsmarkt van medisch specialisten is drastisch aan het veranderen. Het aantal vrouwen stijgt sterk en velen hebben een hoogopgeleide partner die ook een baan wil. In sommige regio's is dat voor deze mensen beduidend moeilijker te realiseren. Het is zeer de vraag of meer opleiden de oplossing voor dit probleem is. Het Capaciteitsorgaan maakt een landelijke raming zonder regionale differentiatie.

Om te voorkomen dat er landelijk een tekort bij een medisch specialisme ontstaat, moeten de ramingen van het Capaciteitsorgaan tenminste worden opgevolgd. Via het BOLS zijn/worden alle specialismen opgeroepen om zich aan de raming te conformeren. Met uitzondering van enkele specialismen is ondertekening geen groot 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?

Deze conclusie van de NZa behoeft een nuancering. De toegankelijkheid, kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg worden beïnvloed door een groot aantal factoren en niet alleen het aanbod van medisch specialisten.

De toegankelijkheid komt bij grote tekorten in gevaar zoals we bij het tekort aan MDL-artsen zien. Dit zijn echter uitzonderingen. Binnen het systeem kan veel worden opgevangen door de herinrichting van werkprocessen en taakherschikking. Het zelfde geldt voor kwaliteit.

Ten aanzien van de betaalbaarheid scoort Nederland in internationaal perspectief overigens niet slecht. Als de NZa internationale vergelijkingen naar voren haalt, dan moeten deze vergelijkingen ook in het rapport worden opgenomen.

Consultatievraag 5:

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

De overheid neemt niet haar verantwoordelijkheid om het evenwichtscenario van het Capaciteitsorgaan op te hogen en zodoende een licht overschot te creëren. Daarentegen heeft de overheid het opleidingsfonds zo ingericht dat de beschikbare middelen niet volledig worden ingezet. In de afgelopen jaren is er subsidie voor honderden opleidingsplaatsen niet benut. Onder het regime van het opleidingsfonds zijn de krachten gericht op een realisatie die onder het evenwichtsscenario ligt.

In het consultatiedocument noemt de NZa een aantal argumenten waarom het opleidingsfonds is opgericht. Voor de NVZ was het primaire doel het voorkomen van marktverstoring via een prestatiegerichte bekostiging. Andere doelen zoals, toetsbare criteria voor de verdeling, transparante kostprijzen, aanbesteden enz. zijn nooit het primaire doel bij opzet van het opleidingsfonds geweest.

Bij de overgang van de oude naar de nieuwe systematiek is gekozen voor een macro en micro budgettair neutrale overgang per instelling. De vergoedingsbedragen zijn het resultaat van overleg tussen VWS, NZa, ZN, NVZ en NFU. Al deze partijen hebben daarmee ingestemd.

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?

De blik van het consultatiedocument is te veel beperkt tot de medisch specialist alleen. Daarmee gaat de NZa voorbij aan het feit dat hij/zij een schakel is in een keten van andere professionals die binnen en buiten het ziekenhuis werken. In die keten kan sprake zijn van taakherschikking die door de overheid wordt nagestreefd. De NVZ steunt dit streven en werkt mee aan de opleiding van Nurse Practitioners en Physician Assistants. Jaarlijks starten er nu 400 NP's/PA's met hun opleiding. De overheid moet de bevoegdheden en bekostiging van deze nieuwe professionals nu snel gaan regelen. Het zou goed zijn als de NZa in het consultatiedocument hier nadrukkelijker aandacht aan besteed.

Consultatievraag 7:

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

Bij sommige specialismen zien we een relatief groot aandeel buitenlandse specialisten. Dit is bijvoorbeeld bij de anesthesiologie zeer duidelijk het geval. Volgens de NVZ is hierbij sprake van verborgen schaarste.

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?

BOLS is geen acroniem zoals op pagina 41 staat. BOLS is de naam van een stichting die is opgericht door NFU, Orde en NVZ met als doel instroomvoorstellen te maken voor het opleidingsfonds. Inmiddels is er een nieuw college in de plaats gekomen voor de CCMS. Dit is het College voor de Geneeskundige Specialismen en is een stuk evenwichtiger samengesteld dan de huidige CCMS. De OORs hebben allemaal een reglement dat getoetst wordt aan het landelijk vastgestelde BOLS model. Daarin wordt geregeld hoe alle opleidingsinstellingen in een regio betrokken worden bij het opstellen van de verdeelplannen. Dit reglement moet voorkomen dat het UMC zijn machtspositie misbruikt.

De NVZ vindt dat UMC's geen enkele opleiding de samenwerking mogen ontzeggen als deze een positieve visitatie van de MSRC heeft. Bij de verdeling van de nieuwe instroom zijn de nieuwe erkende opleidingen altijd als eerste bedeed.

Consultatievraag 9:

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

Opleiden van aios is een complexe dienstverlening met een zeer kritische logistiek. Er moet voor de aios continu gezocht worden naar de beste leersituatie in een 24/7 uur bedrijf met in zichzelf al een complexe dynamiek. Daarbij komt dat die opleidingscurricula op dit moment grondig worden verbouwd om ze klaar te maken voor de toekomst.

De NZa noemt de Modernisering van de Medische Vervolgopleidingen in het geheel niet.

Consultatievraag 10:

Onderschrijft u de conclusies? Zo nee, waarom niet?

De NVZ onderschrijft de conclusies van de NZa niet. Er kan pas sprake zijn van een nadeel van de systematiek als het beoogde doel niet bereikt wordt of wanneer er ongewenste neveneffecten zijn. Het opleidingsfonds heeft nooit als primair doel gehad om iets met kwaliteit te doen. Gezien de enorme operatie rondom de modernisering van de opleiding kan eerder worden gesteld dat de kwaliteit ondanks het opleidingsfonds nog dagelijks verbeterd.

Ook de doelmatigheid van de opleidingen is nooit een kwestie geweest bij de oprichting van het opleidingsfonds. Het doel van het opleidingsfonds was een prestatiegericht en budgettair neutraal bekostigingssysteem. Dit doel is gehaald en in die zin is de beoogde doelmatigheid gerealiseerd. De ziekenhuizen hebben het budget voor het opleiden zelf ingeleverd en krijgen het pas na levering van een afgesproken prestatie terug. Om pragmatische redenen is er voor gekozen om de vergoedingsbedragen niet al te veel te differentiëren. Natuurlijk verschillen de kosten per opleidingsjaar per specialisme per instelling, per stage en ga zo maar door. Het tarief kan zover worden gedifferentieerd zodat er al snel honderden verschillende tarieven zijn. Ter illustratie: 33 specialismen * gemiddeld 5 opleidingsjaren * gemiddeld 2 verschillende opleidingsinstellingen leidt al tot meer dan 300 verschillende tarieven die je zeer regelmatig weer moet actualiseren. Het is de vraag wat je met deze informatie kunt doen. Er valt maar zeer beperkt mee te sturen. De opleidingsplannen liggen voor een groot deel vast in de regelgeving of worden bepaald door de voorkeur van de aios zelf.

De gekozen differentiatie van het tarief had de expliciete instemming van de veldpartijen en VWS. Omdat alle instellingen toch een mix van opleidingen hebben vond iedereen dit acceptabel. De conclusie van de NZa dat er sprake is van suboptimale doelmatigheid kan de NVZ derhalve niet plaatsen.

Het grootste probleem dat het veld van het opleidingsfonds ondervindt noemt de NZa niet, namelijk de enorme bureaucratie. De NVZ hoopt dat Commissie Administratieve lasten van VWS daar binnenkort een uitspraak over doet.

Consultatievraag 11:

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

Ja, nadrukkelijk. De overheid moet wel snel werk maken van de bevoegdheden van nieuwe professionals en de bekostiging van hun inzet.

Consultatievraag 12:

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

Ja, voor werk dat op afstand kan en niet acuut is.

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?

Dit risico is zeer groot, waarmee dit scenario voor de NVZ is uitgesloten. Op kwalitatieve gronden mogen niet alle instellingen voor alle specialismen opleiden. Als het wel zou kunnen dan zou het op bedrijfseconomische gronden geen reëel scenario zijn omdat de opleidingsproductie dan niet meer in verhouding staat tot de investeringen in de infrastructuur.

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?

Bij de inventarisatie die het BOLS jaarlijks maakt onder de opleidingsregio's, blijkt de opleidingscapaciteit ruim voldoende om bij de meeste en zeker de grotere specialismen 10 tot 20% meer instroom te accommoderen. Als de instroom nog verder omhoog moet kunnen er nieuwe opleidingsinstellingen bij komen.

Consultatievraag 15:

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

Consultatievraag 16:

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

Consultatievraag 17:

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

Optie 1 ligt het meest voor de hand. De overheid kan er voor kiezen om het model van het Stagefonds te gaan hanteren. Dat is gebaseerd op vergoeding achteraf voor de geleverde prestatie tegen een maximale prijs binnen een gegeven budget. Dit kan de bureaucratische lasten voor het veld enorm reduceren en houdt voor de overheid geen risico in. In de periode voor het opleidingsfonds is het veld ook in staat geweest om de benodigde opleidingscapaciteit te ontwikkelen.

Consultatievraag 18:

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

Optie 1 heeft de voorkeur. De kwaliteit van de medische vervolgoopleidingen in Nederland is goed. Daarbij vindt er momenteel een omvangrijke modernisering plaats.

Optie 2 gaat te veel tijd, bureaucratie en transactiekosten vergen. In het licht van de wens om de capaciteit snel uit te breiden is dat niet wenselijk. Pas bij een krimpscenario en een uitgewerkt kwaliteitssysteem komt dit scenario in beeld.

Optie 3 is niet haalbaar omdat de investering te hoog is en niet gedaan kan worden door alle spelers. Dit scenario kan alleen werken met een uitgebreid transfersysteem en lange contracttermijnen. Het is zeer de vraag of dergelijk systeem binnen de Europese regelgeving houdbaar is.

Optie 4 is zeker een mogelijkheid om de kaders voor de opleiding te verruimen. Daarbij moet echter gekeken worden naar het effect van deze toetredingsdrempel voor artsen tot de opleidingsmarkt. Dit scenario kan de kwaliteit bevorderen omdat een aiOS die zelf (mee) betaalt voor zijn opleiding kritischer is op het product wat hij geleverd krijgt. Als artsen, ten gevolge van deze maatregel, niet/minder in opleiding gaan dan is dat niet bevorderlijk voor de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg.

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?

Ja. De NVZ wil dat de relatie zo wordt vormgegeven dat de belangen c.q. prikkels in het behalen van resultaten voor ziekenhuizen en medisch specialisten gelijk lopen of op elkaar aansluiten. Het gaat om kwaliteit, kwantiteit en continuïteit van de medisch specialistische zorg. Terecht wijst het rapport op de huidige ongewenste situatie waarin de belangen uiteenlopen. Bijvoorbeeld daar waar sommige DBC's voor de medisch specialist profijtelijk zijn en voor het ziekenhuis niet.

Het is van belang de verantwoordelijkheidsverdeling tussen ziekenhuis en medisch specialist helder in de juridische relatie vast te leggen. De RvB (Raad van Bestuur) is eindverantwoordelijk voor de geïntegreerde medisch specialistische zorg in het ziekenhuis en de medisch specialist de eerste verantwoordelijke voor de door hem geleverde zorg. Vanzelfsprekend horen daar de bevoegdheden bij die het mogelijk maken om het ziekenhuis aan te sturen en deze verantwoordelijkheden daadwerkelijk waar te maken.

De NVZ is met de Orde in overleg om de huidige toelatingsovereenkomst opnieuw te formuleren aan de hand van bovengenoemde uitgangspunten.

Consultatievraag 20:

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

De belangrijkste knelpunten die tot belemmering in flexibiliteit bij de keuze van rechtspositie zijn in de analyse genoemd: de problematiek rond goodwill, onvoldoende onderhandelingsmacht voor het bestuur, uiteenlopende belangen, gebrekkige sturingsmogelijkheden, collectivisering medisch specialisten, schaarste aan medisch specialisten.

Consultatievraag 21:

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

De belangrijkste maatregel om veel van de in het rapport genoemde knelpunten op te lossen is het vergroten van het aanbod van medisch specialisten om daarmee de onderhandelingsmacht van de ziekenhuisbesturen te vergroten.

Maar ook met het opheffen van de geconstateerde schaarste blijft de goodwillproblematiek ongewijzigd. De aanpak hiervan verdient daarom eveneens prioriteit. Voor de korte termijn is het van groot belang dat de (juridische) relatie tussen ziekenhuis en vrijgevestigd medisch specialist opnieuw gedefinieerd wordt op de wijze zoals bij consultatievraag 20 is aangegeven.

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?

Nog afgezien van discussie omtrent deelregulering honoraria versus integrale tarieven merkt de NVZ op dat de verhouding tussen de RvB en (vrijgevestigd) medisch specialist op dit moment zwaar onder druk staat door de ongelijk gerichte bekostiging van het ziekenhuis en de medisch specialist in het A-segment en het dreigende Z-waarde model over de totale zorg in 2011. Medisch specialisten en ziekenhuis functioneren in verschillende bekostigingsmodellen en hebben daardoor niet altijd gelijkgerichte belangen. Dergelijk ongelijk gerichte bekostigingsmodellen werken verlamdend en dit vormt in de visie van de NVZ een grote belemmering voor het adequaat functioneren van het ziekenhuis. Onderhavig probleem belemmert de dynamiek van het ziekenhuis en legt een zeer grote druk op de verhouding tussen RvB en (vrijgevestigd) medisch specialist. De NVZ bepleit gelijk gerichte bekostiging van het ziekenhuis en medisch specialist.

De NVZ houdt op termijn en onder bepaalde voorwaarden rekening met integrale DBC-tarieven. Dit houdt in dat voor het vrije B-segment het ziekenhuis met de verzekeraar een all-in prijs overeenkomt waarbij de RvB onderhandelt met de vrijgevestigd medisch specialist over diens inzet en honorering (uurtarief en normtijd worden afgeschaft). De NVZ meent dat integrale tarieven optimaal invulling geven aan de lokale zorgprestatie.

Dit kan in ieder geval niet eerder dan dat of loondienst voor iedereen geregeld is of de nieuwe toelatingsovereenkomst een feit is en de RvB werkelijk voldoende onderhandelingsmacht heeft. Bij loondienst moet ook het goodwill probleem voor de huidige vrijgevestigde medisch specialisten eerst worden opgelost.

Voor het A-segment zal dit overigens niet gelden. Hiervoor zal altijd sprake blijven van landelijke regulering. Integrale DBC-tarifiering (dus het loslaten van de deelregulering) is slechts mogelijk wanneer (I) er voldoende aanbod is van medisch specialisten en (II) de onderhandelingsmacht tussen RvB en medisch specialist in balans is. De randvoorwaarden (I) en (II) hangen met elkaar samen, maar een voldoende aanbod van medisch specialisten garandeert nog niet dat er sprake is van evenwichtige onderhandelingen tussen de RvB en medisch specialisten.

Voor de korte termijn dient in de visie van de NVZ de deelregulering voor het B-segment gehandhaafd te blijven, met name wegens krapte op de arbeidsmarkt.

De NVZ tekent hierbij overigens aan dat de disbalans in machtsverhouding tussen RvB bij medisch specialisten in loondienst geringer kan zijn dan die bij vrijgevestigden. Een beweging richting loondienst zou in dat licht een goede stap zijn. Een negatief aspect van de loondienst (AMS) is de vooralsnog beperkte sturingsmogelijkheden van de RvB in termen van prestatieprikkels door middel van variabele beloning en dergelijke.

Als gedachte-experiment geeft de NVZ het volgende in overweging. Uiteindelijk ontstaan integrale tarieven waarbij de RvB onderhandelt met de vrijgevestigde medisch specialist. De invoering van integrale tarieven en afschaffing van de deelregulering voor het B-segment kan via een 'big bang' verlopen, maar er kan ook gekozen worden voor de weg van de geleidelijkheid. Hierbij wordt jaarlijks bezien welke specialisme gereed is hiervoor. Voor 2011 kan bijvoorbeeld gedacht worden aan een landelijk traject waarbij de deelregulering van de honoraria voor kindergeneeskunde en heelkunde (B-segment) wordt opgeheven. Hierbij kan de sector wennen aan de nieuwe wijze van bekostiging en kan expertise en ervaring worden opgebouwd. Dergelijk proeftraject lijkt de NVZ verstandiger dan een 'big bang'.

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?

Jawel, dergelijke initiatieven kunnen zeker helpen. Wat deze voorbeelden kenmerkt is dat de instellingen zelf tot verschillende keuzes zijn gekomen die passen bij de door hen gewenste inrichting van het ziekenhuis.

De les voor de centrale instituties is dat ze zich moeten concentreren op het wegnemen van de belemmeringen die op maat gemaakte ziekenhuiszorg in de stad en regio in de weg staan. Naast het oplossen van de in het rapport opgesomde knelpunten rond het aanbod en de positie van de medisch specialisten, is het van belang dat er meer ruimte komt voor het bestuur van het ziekenhuis.