

In zijn algemeenheid verrast het de NVvP dat het consultatiedocument is gebaseerd op een studie van de OESO, die vele tekortkomingen kent. Hoewel deze degelijk zijn beschreven in het consultatiedocument, worden de beschreven conclusies klakkeloos overgenomen. Deze conclusie *‘Er bestaat een negatieve correlatie tussen de specialistendichtheid en het specialisteninkomen. Nederland heeft de laagste specialistendichtheid en de hoogste specialisteninkomens. Dit kan duiden op een schaarste aan medisch specialisten’* wordt ook later in het document verder aangestipt. Een studie met zulke tekortkomingen en onduidelijkheden, mag in onze opinie niet de basis zijn van dit document. De verdere conclusies en aanbevelingen die in het consultatiedocument worden gedaan, zijn daardoor gekleurd en niet los te zien van het gebrekkige onderzoek wat hieraan vooraf is gegaan.

Hoofdstuk 2

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

Om redenen die in bovenstaande staat vermeld, deelt de NVvP deze analyses niet.

Consultatievraag 2: Kent u nog andere onderzoeken of cijfers over het aanbod van medisch specialisten die relevant zijn voor een analyse over schaarste?

Nee, dit omdat goede onderzoeken ons inziens niet voor handen zijn. De NVvP zal samen met het Capaciteitsorgaan een onderzoek starten naar mogelijke regionale tekorten van psychiaters en tekorten in aandachtsgebieden zoals de kinder- en jeugdpsychiatrie, ouderenpsychiatrie, verslavingspsychiatrie en forensische psychiatrie, waarna ook duidelijk zal worden of er wel een landelijk tekort bestaat. Mochten er regionale tekorten bestaan, zal vanuit het veld een oplossing ontwikkeld worden, in samenwerking met relevante partijen zoals GGZ Nederland, het capaciteitsorgaan, het CBOG en het ministerie van VWS. In het eerste hoofdstuk wordt meerdere malen verwezen naar de duidelijke schaarste die er bestaat onder medisch specialisten, de onderbouwing hiervan is echter afwezig.

Consultatievraag 3: Wat vindt u van de conclusie van de NZa uit deze onderzoeken dat schaarste aan medisch specialisten een specialismenspecifiek en regionaal fenomeen is?

Dit dient onderzocht te worden, hoewel de NVvP inderdaad de hypothese aanhangt dat er regionale tekorten zijn aan psychiaters. Dit is gebaseerd op een relatief eenvoudige vacaturemonitor en signalen van leden. Anderzijds blijkt dat Nederland een hoog aantal psychiaters per hoofd van de bevolking heeft, vergeleken met andere Europese landen (verwijzing naar WHO onderzoek).

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

Er wordt geen literatuur aangeboden om deze stelling te onderbouwen, waardoor de NVvP deze visie niet kan steunen.

Hoofdstuk 3

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

In de inleiding van dit hoofdstuk wordt beschreven dat de factoren die het aantal medisch specialisten bepalen de volgende zijn:

- De instroom vanuit de opleidingen
- De instroom vanuit het buitenland
- De uitstroom naar het buitenland
- De uitstroom uit het beroep.

Buiten het feit dat de er niet wordt vermeld hoe deze factoren zijn bepaald, en de laatste factor niet behandeld wordt in dit hoofdstuk, is deze analyse wellicht niet allesomvattend. De keuze voor een bepaald specialisme dient verder onderzocht te worden (zie ook antwoord op vraag 6).

Consultatievraag 6: Bestaan er andere factoren die het aanbod van medische specialisten bepalen?

Zoals in het antwoord op vraag 5 is beschreven, dient de keuze voor een bepaald specialisme verder onderzocht te worden. Men kan zich voorstellen dat de mogelijkheid tot deeltijdwerken, carrièreperspectief, aantal werkuren, ontwikkelingen in het vakgebied, zwaarte van de opleiding en dergelijke van invloed zijn op de keuze voor een bepaald medisch specialisme. Ook taakherschikking heeft invloed op de zorgorganisatie en daarmee op het aantal benodigde medisch specialisme. In de GGZ is deze taakherschikking met (klinisch en neuro-) psychologen, psychotherapeuten en specialistisch verpleegkundigen al ver doorgevoerd.

Consultatievraag 7: Zijn er naast de genoemde specialismen, andere specialismen waar een schaarste aan medisch specialisten aanwezig is?

Zoals eerder vermeld, wordt hier een onderzoek naar gestart.

Hoofdstuk 4

Psychiatrie is niet aangesloten bij het BOLS, waardoor de procedure zoals deze is beschreven, niet voor de psychiatrie van toepassing is. De vragen in dit hoofdstuk zijn dan ook niet door ons beantwoord.

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?

Ja, er vindt in de psychiatrie al substitutie plaats naar psychologen, sociaal psychiatrisch verpleegkundigen en dergelijk, zoals weergegeven in ons antwoord van vraag 6. Het belangrijkste hierbij is dat de kwaliteit van zorg gehandhaafd blijft. Specifiek betekent dit dat wanneer er sprake is van zorgvraag met comorbiditeit (twee psychiatrische diagnoses of een combinatie met een somatische aandoening), er behandeld wordt met farmacotherapie, of er sprake is van een ingewikkelde of onbekende zorgvraag, er een psychiater beschikbaar moet zijn voor diagnostiek en behandeling.

Consultatievraag 12: Acht u het wenselijk in dit verband de mogelijkheden voor internationale samenwerking te verruimen door outsourcing van bepaalde diensten.

Deze vraag is voor de psychiatrie minder van belang, daar direct persoonlijk contact met de patiënt een vereiste is voor behandeling.

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?

Wanneer de vergoeding als een standaardopslag in DBC's wordt opgenomen, verwatert het geld en zal dat de bekostiging en daarmee de kwaliteit en kwantiteit nadelig beïnvloeden. Het is zaak om een gerichte financiering te geven, die geen concurrentievoordeel of -nadeel heeft ten opzichte van ziekenhuizen, die niet opleiden.

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?

Het is niet voor alle opleidingsinstellingen mogelijk om hun opleidingscapaciteit uit te breiden. Om de opleidingscapaciteit uit te breiden, dienen er voldoende patiënten met een bepaalde stoornis aanwezig te zijn. Dit is weer afhankelijk van de grootte van het ziekenhuis en in ons geval, ook in de GGZ instellingen. Er zijn ons inziens echter geen formele belemmeringen om uit te breiden of toe te treden. Dat betekent dat aan de voorwaarden voldaan kan worden.

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

Een extra nadeel voor optie 2 is het volgende: het is niet mogelijk om aan te besteden wanneer het niet duidelijk is hoe hoog de kosten voor de opleiding van medisch specialisten werkelijk zijn. Het onderzoek van Berenschot heeft geen duidelijke conclusies opgeleverd. Een nieuw onderzoek, met de juiste uitgangsvraag, is dan ook noodzakelijk. Daarbij zou oneerlijke concurrentie moeten worden uitgesloten: een groot ziekenhuis kan makkelijker verlies leiden op de opleiding dan een kleiner ziekenhuis. Terwijl in een kleiner ziekenhuis wellicht een hele goede opleiding geboden kan worden. In geval van aanbesteding, zou een derde geldstroom uit het ziekenhuisbudget uitgesloten moeten worden.

Consultatievraag 16: Welke opties zijn nog denkbaar naast de opties die in hoofdstuk 5 zijn behandeld?

Wij missen in de notitie de optie om aios rechtstreeks een opleidingsbudget te geven, al dan niet met een eigen bijdrage. Dit zou kunnen naar voorbeeld van de SBOH, de financiering van huisartsen. Maar beter nog is aios een geheel eigen budget te geven. Dan kunnen zij zelf kiezen waar zij hun opleiding gaan genieten en spelen zij een belangrijke rol in het kwaliteitsdenken in opleidingsland. Immers een aios zal dan kiezen voor de beste opleiding en de beste opleider.

Consultatievraag 17: welke optie sluit het beste aan bij de situatie in de praktijk?

Zoals eerder aangegeven, is de basis van dit document niet onderbouwd. Mocht uit onderzoek blijken dat er inderdaad te weinig psychiaters zijn, en dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg, zouden wij ons voor kunnen stellen dat optie 1 het beste aansluit bij de situatie in de praktijk.

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

De veranderbaarheid van de publieke belangen is niet onderzocht, hierop kan dan ook vooralsnog geen antwoord gegeven worden.

Hoofdstuk 6

Consultatievraag 19: Vindt u het noodzakelijk dat de verhouding in het ziekenhuis moet veranderen ten opzichte van de huidige situatie?

De verhouding tussen de medisch specialist en de raad van bestuur ligt bij psychiaters vaak anders. Het overgrote deel van de psychiaters is in loondienst, hetgeen een andere verhouding geeft met de Raad van bestuur. Alleen in enkele ziekenhuizen zijn er vrijevestigde psychiaters.

De NVvP vindt niet dat de verhouding in het ziekenhuis verandert hoeft te worden. Een goed functionerende Raad van Bestuur, met de kwalitatieve input van de medisch specialisten, is een goede verhouding. Wel vinden wij het wenselijk om ook in GGZ -instellingen medische staven in te voeren. Daarmee wordt een duidelijkere structuur gegeven aan de verhouding en samenwerking tussen raad van bestuur en Medische staf.

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?

In de analyse ontbreekt ons inziens een goed onderzoek naar de kwaliteit en het functioneren van de raden van bestuur. Een goed functionerende Raad van Bestuur heeft een goede werkverhouding met de medisch specialistische staf en zij werken samen aan kwalitatief goede patiëntenzorg. Daarvoor zijn geen andere gezagsverhoudingen of bijkomende instrumenten nodig.

Consultatievraag 21: Kunt u de maatregelen die genomen moeten worden een prioritering aanbrenen?

De NVvP is geen voorstander van deze maatregelen en kan deze dan ook niet prioriteren.

Consultatievraag 22: Vindt u dat het loslaten van de honorariumcomponent op de lange termijn de verhoudingen tussen de RvB en de medisch specialisten normaliseert?

Deze stelling gaat uit van de premisse dat de verhoudingen tussen de Raad van Bestuur en de medisch specialisten niet normaal zijn, hetgeen wij bestrijden.

Consultatievraag 23: Kan toepassing van de in paragraaf 6.5 genoemde initiatieven naar uw inzicht bijdragen aan de verbetering van de aansturing van ziekenhuizen in Nederland?

Nee

Tot slot

De NVvP is van mening dat voor wat betreft de psychiatrieopleiding maar één echt probleem opgelost moet worden. Dat is het onderscheid in de bekostiging van de opleiding: GGZ instellingen ontvangen € 45.000 per aios en ziekenhuizen € 108.000. In verband hiermee heeft het ministerie van VWS een scheiding aangebracht in de aiosinstroom in ziekenhuizen (33 per jaar) en GGZ instellingen (117 per jaar). Deze scheiding moet spoedig opgeheven worden, zodat er een vrij verkeer van aios kan ontstaan en niet het geld, maar de kwaliteit bepaalt, waar een aios kan worden opgeleid. Zie hiervoor ook bijgaand onze brief aan het ministerie van VWS d.d. 4 juli 2008.

Voor verdere vragen over onze reactie, kunt u contact opnemen met Peter Niesink, directeur van de NVvP, via 030-2823303 of i.sonderen@nvvp.net.