

**Reactie van de Orde van Medisch Specialisten op NZa Consultatiedocument
‘Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg’.
Subtitel ‘De positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen’.**

Dit NZa Consultatiedocument kan niet los worden gezien van een aantal andere activiteiten van de NZa.

Daarbij zijn ondermeer te noemen:

‘Prestatiebekostiging binnen medisch specialistische zorg. Door de NZa uitgezette vragenlijst inzake ‘Opleiding en governance-structuren’.

De reactie van de Orde op het rapport ‘Marktimperfecties in de medisch specialistische zorg’ met als subtitel ‘De positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen’ zal dan ook in lijn zijn met de eerder door de Orde uitgebrachte reacties.

1) Algemeen

- a. De titel van dit Consultatiedocument is misleidend. Het roept op dat er marktimperfecties zijn op de markt, die gaat over medisch specialistische zorg. Het gaat dan om de relatie tussen de zorgaanbieders van medisch specialistische zorg en de afnemers van deze zorg. In de befaamde driehoek zorgaanbieder-patiënt-zorgverzekeraar gaat het dan om de relatie zorgaanbieder-patiënt c.q. zorgaanbieder-zorgverzekeraar. Deze relaties zijn niet of nauwelijks aan de orde.
- b. Ten aanzien van de subtitel wordt de relatie tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten besproken. Daarbij wordt een analyse is gemaakt, die geen analyse is, maar uitgaat van een aantal veronderstellingen, die als waarheid worden aangenomen.
Het fundament van het Consultatiedocument is uiterst wankel en als zodanig is de analyse wankel. Er is een groot aantal vragen te stellen, die eerst goed moeten worden beantwoord alvorens een redenering op te stellen, die tot conclusies en een stellingname leidt.

2) Ad. Managementsamenvatting

“Met de invoering van gereguleerde concurrentie tussen aanbieders van medisch specialistische zorg neemt het marktgedrag van ziekenhuizen toe”.

Waarom neemt het marktgedrag van ziekenhuizen toe? Er zijn meer aanbieders van medisch specialistische zorg, die overigens alleen door medisch specialisten kan worden geleverd. Als zodanig is dus de zorg door ziekenhuizen niets meer of niets minder dan een afgeleide van de zorg, die door medisch specialisten wordt geleverd. Het zou goed zijn om dit als fundamenteel uitgangspunt te nemen.

De marktimperfectie dient dan ook nader vanuit dit beginpunt te worden onderzocht. Als er onvoldoende aanbod zou zijn, zouden de wachtlijsten uit dit decennium niet zijn weggewerkt. De credits hiervoor komen in eerste aanleg toe aan de medisch specialisten, waarbij uiteraard ook de ziekenhuizen een rol hebben gespeeld.

Ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening staat Nederland aan de top, die niet wordt bereikt via de bureaucratie van de Raden van Bestuur, maar via de medisch specialistische zorgverlening en de handen aan het bed.

De NZa constateert dat medisch specialisten belangrijke spelers in het hele zorgproces zijn, maar trekt daaruit niet de consequenties dat dit zorgproces en dus de belangrijkste spelers daarin centraal moeten blijven staan in dit proces ook als er geen marktwerking is. Belangrijke spelers zijn nu eenmaal belangrijker dan ‘Clubbestuur of coaches’.

Onder marktwerking in de ziekenhuiszorg wordt aangegeven dat de schaarste aan medisch

specialisten de overheid noopte tot regulering van de honoraria van medisch specialisten. De regulering leidt tot inefficiëntie bij de zorgproductie en hindert de concurrentie. In hoeverre dit tot inefficiëntie leidt kan men zich afvragen als de wachtlijsten zijn weggewerkt. Het zou wel eens kunnen zijn dat er ondanks de regulering zeer efficiënt is gewerkt en ook samengewerkt. Het is maar de vraag of concurrentie in deze even efficiënt zou hebben gewerkt.

3) Onder 'schaarste'

Als de Raad van Bestuur van een ziekenhuis ondanks de geboden ruimte, die de wet nu al biedt, onvoldoende in staat is om op kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te sturen zegt dat veel, zo niet alles, over de kwaliteit van de Raad van Bestuur.

In een aantal gevallen wordt namelijk wel goed bestuurd en ook intensief samengewerkt met de medisch specialisten. Het is dus een blijk van voor ingenomenheid van de opstellers van dit consultatiedocument om aan bestuurszwakte geen enkele aandacht te besteden en zonder meer te stellen dat de macht van medisch specialisten debet is aan dit onvoldoende optreden van de Raad van Bestuur.

De conclusie dat de mogelijkheden van de Raad van Bestuur om slagvaardig en efficiënt te sturen beperkt zijn, is contrair met de eerder vermelde mogelijkheden, contrair met de situaties waar het wel goed gaat en ook contrair met de redenering dat de bedrijfseconomische belangen van ziekenhuis en medisch specialisten divergeren. Als dat zo wordt gevoeld, hoort een kwalitatief goede Raad van Bestuur dit ook te managen.

Het wettelijk kader, dat de honoraria van medisch specialisten reguleert, is niet anders dan voor andere zorgverleners en de toelating (MTO) staat vol met plichten (meer dan rechten) voor medisch specialisten.

4) Onder gevolgen voor publieke belangen

De toegankelijkheid kan in gevaar komen doordat schaarste wachtlijsten en scherpe prioritering tot gevolg heeft.

Als er echte schaarste is, zouden er wachtlijsten zijn en die zijn nu juist weggewerkt.

Daarenboven wordt steeds gehamerd op efficiëntie.

Juist scherpe prioritering is een van de voornaamste kenmerken van efficiëntie. Hieruit blijkt dat te pas en te onpas argumentatie in een soort tunnelvisie wordt gebruikt.

Voorts is er geen enkele analyse gemaakt van de vraag wanneer er schaarste is. Er wordt gesproken over kans op fouten bij te weinig medisch specialisten. Er wordt gerefereerd aan de maatschappelijke kosten bij wachttijden en fouten en vervolgens wordt er gedaan alsof medisch specialisten hoge salarissen kunnen onderhandelen met het ziekenhuis.

Echter: er zijn wettelijk vastgestelde tarieven voor medisch specialisten, waarbij een economisch delict plaatsvindt als er meer wordt gedeclareerd en voor medisch specialisten in dienstverband is er de AMS(HAMS).

Dus: hoezo onderhandelen?

Daarnaast is tot nu toe steeds kwaliteit in relatie tot de kosten. Als daarbij de maatschappelijke kosten samenhangend met wachttijden als gevolg van fouten worden betrokken, moet er dan ook eens naar de maatschappelijke baten worden gekeken. Zelfs wanneer daar eventueel hoge kosten van de zorg naast deze 'verliesposten in maatschappelijk opzicht' tegenover worden gezet. Het zou de analyse goed doen als zulks ondanks marktimperfecties worden meegenomen.

5) Disfunctionerend specialisten

Zie de opmerking over de kwaliteit van Bestuurders. Aantoonbaar is dat bij goede dossiervorming ontslag in veel gevallen wordt voorkomen, maar dat zo'n dossiervorming in

het uiterste geval ook tot ontslag kan leiden. Wederom de mogelijkheid is er, maar de kwaliteit van Bestuurders schiet te kort.

Bij een klein overschot aan medisch specialisten zou het systeem van gereguleerde marktwerking goed of adequaat kunnen functioneren. Maar bij een vraaggestuurde markt is het nog maar de vraag of de vraag in de hand kan worden gehouden. Het verschil tussen latente vraag en aanbod geïncorporeerde vraag is niet scherp te stellen. Daarvoor is onderzoek en zijn criteria nodig maar daarvan wordt geen melding gemaakt.

6) **Schaarste**

De aanname die ten grondslag ligt aan dit document is **schaarste** aan medisch specialisten in Nederland. Deze vermeende schaarste vormt de bron van potentiële marktperfectionen. Onder markt wordt hier verstaan de zorgmarkt van medisch specialistische zorg zoals gedefinieerd in de Wet Marktverordening Gezondheidszorg (Wmg). De opleiding van medisch specialisten onderbrengen in de huidige definitie van zorgmarkt in de Wmg is een faux pas omdat aansluiting bij de huidige praktijk van het opleiden ontbreekt naast het beantwoorden van de wetsvraag of opleiden een markt is. Het gedachtegoed van dit consultatiedocument doet dan ook geen recht aan de werkelijkheid van alledag. Ter illustratie: de conclusie van de suboptimale kwaliteit van het opleiden. Nederland leidt goede medisch specialisten op resulterend in een goede kwalitatieve gezondheidszorg. De complexiteit van het meten van kwaliteit van de opleiding in kwantificeerbare parameters, mag niet leiden tot een diskwalificatie van de aanwezige kwaliteit. Voor het hogere doel –de introductie van het marktdenken in de verschillende domeinen van de zorg- maakt men de aanwezige kwaliteit gemakkelijk ondergeschikt. Een zorgelijke ontwikkeling omdat men de verantwoordelijkheid van de gevolgen hiervan niet kan ontlopen. Menig medisch specialist, betrokken bij het opleiden van de nieuwe generatie medisch specialisten herkent weinig van de context bij het lezen van dit -door marktdenken gedomineerd- consultatiedocument en het eerder verschenen Ecri rapport (2009). Het vervreemden van de professional door het ontnemen van sturing op het primaire proces van het opleiden, is een reëel gevaar. Wij zijn echter in de bevoorrechte positie om lering te kunnen trekken uit de desastreuze gevolgen die in Verenigd Koninkrijk in een vergelijkbare situatie ontstonden. (referentie 8 Regulation in postgraduate medical education. 2009, NZa / Tilec).

Schaarste aan medisch specialisten

De conclusie van schaarste aan medisch specialisten is onjuist. Naast methodologische bezwaren van het vergelijken van verschillende (inter)nationale studies, klopt deze conclusie met de resultaten uit het Capaciteitsplan 2008 van het Capaciteitsorgaan geformuleerd in de tweede alinea op blz 22. Dit ondergraaft de voornaamste peiler onder dit consultatiedocument en verzwakt daarmee ernstig de zeggingskracht.

Factoren die het aanbod van medisch specialisten bepalen

Het aantal in te stromen medisch specialisten wordt bepaald door het ministerie van VWS in het Toewijzingskader (op advies van het Capaciteitsorgaan) en **niet** door de medisch specialisten en opleidingsinstellingen zoals (onjuist) verwoord op blz 27 in hoofdstuk 3.1. Vervolgens wordt de verdeling van de toegewezen plaatsen over de opleidingsinstellingen en de opleidingsregio's gecoördineerd door het BOLS in een bestuurlijk ordentelijk proces. Leidraad daarbij is dat het BOLS alle toegewezen plaatsen verdeelt. Tabel 3 op blz 30 en de tweede conclusie op blz 39 van 3.4 schetsen een onjuist beeld hiervan. Slechts enkele wetenschappelijke verenigingen waaronder de Oogheelkunde, hebben consequent niet alle toegewezen en door het BOLS toebedeelde plaatsen geacomodeerd vanwege een dispuut met het Capaciteitsorgaan over de juistheid van de raming door het Capaciteitsorgaan. Daarnaast keurt het BOLS het gebruik van prestatie-indicatoren af omdat de huidige

kwaliteitsindicatoren niet voor dit doel zijn ontwikkeld noch zijn gevalideerd (zie verder het commentaar bij hoofdstuk 4).

Verdeling van de opleidingsplaatsen

De CCMS bestaat uit acht medisch specialisten die door de Orde van Medisch Specialisten namens de betreffende wetenschappelijke verenigingen worden voorgedragen (blz 42 hoofdstuk 4.1).

De leden van de OOR's worden gevormd door bestuursleden als vertegenwoordigers van de raden van bestuur **én opleiders** als vertegenwoordigers van de centrale opleidingscommissies van de opleidingsinstellingen. Hiertoe heeft het BOLS een OORreglement geaccordeerd waarin de *coördinerende* rol van de deelnemende UMC's ten aanzien van de overige (zelfstandige) opleidingsinstututen bestuurlijk is verankerd, dit in tegenstelling tot de *regierol* die herhaaldelijk in dit consultatiedocument wordt beschreven (blz 43 hoofdstuk 4.1, blz 48 hoofdstuk 4.3 en blz 50 hoofdstuk 4.4.3).

Prestatie-indicatoren als integrale criteria voor de kwaliteit van de opleiding worden een belangrijke rol toegedicht in dit consultatiedocument voor het verdelen van opleidingsplaatsen. Dit is onjuist omdat nogmaals de huidige kwaliteitsinstrumenten louter zijn ontwikkeld en gevalideerd voor de bevordering van het interne kwaliteitssysteem. Toepassing van deze indicatoren voor het verdelen van opleidingsplaatsen is derhalve ondeugdelijk. Introductie van een dergelijke perverse prikkel leidt tot onwenselijk strategisch gedrag van de betrokken spelers (hoofdstuk 4.1) Evenzo is het gebruik van de opleidingsvisitatie als verdeelinstrument voor opleidingsplaatsen niet opportuun en wenselijk omdat deze voor dit doel niet is ontwikkeld (hoofdstuk 5.2)

De Etalage-pilot, een initiatief van het BOLS, maakt expliciet de kwaliteit van de opleiding zichtbaar en vormt de basis van een gemotiveerde keuze van de aios. In deze pilot wordt de aios van acht – door de MSRC erkende – wetenschappelijke verenigingen in de gelegenheid gesteld om de laatste half tot twee jaar van de opleiding zelf in te vullen binnen de kaders van de wet- en regelgeving.

Gegevens over de vaktechnische inhoud van de stages en de kwaliteit van de opleiding kunnen opleiders, opleidingsafdelingen en ziekenhuizen, (online) presenteren in de *opleidingsetalage*. De vraag welke opleiding kwalitatief het beste is kan immers het beste worden overgelaten aan een goed geïnformeerde aios.

Het Afwegingskader wordt opgesteld *door het BOLS én het CBOG* (blz 45 hoofdstuk 4.3). De afgelopen jaren is de rol van het CBOG ter discussie komen te staan mede door het geringe draagvlak van het CBOG bij de betrokken veldpartijen in het toewijzingsproces. Thans is door het ministerie van VWS een stuurgroep in het levengeroepen ten behoeve van een evaluatieonderzoek van het Opleidingsfonds en het CBOG.

Voor de toewijzing 2010 is éénmalig gebruik gemaakt van een procentueel kader over de OOR's ter correctie van historische scheefgroei (blz 47 hoofdstuk 4.3).

De ideale situatie die geschetst wordt op blz 48 hoofdstuk 4.4 is zeer discutabel. Citaat: *In een ideale situatie betekent dit dat de verdelingsystematiek bijdraagt aan een zo hoog mogelijke kwaliteit van de opleidingen tegen zo laag mogelijke kosten.* Het ontbreken van objectiveerbare prestatie-indicatoren leidt vervolgens tot de conclusie van suboptimale kwaliteit (titel hoofdstuk 4.4.1). Dit getuigt van cirkelredenering en doet geen recht aan de werkelijkheid van alledag en is bovendien schofferend voor de opleider, de medisch specialist en de opleidingsinstelling. Daarnaast wordt op blz 48 en 49 hoofdstuk 4.4 opgetekend dat de opleidingsinstellingen en opleiders niet zouden investeren in het verhogen van de kwaliteit. Dit is onjuist. Het markteconomisch denken wat aan dit consultatiedocument ten grondslag ligt, doet in dit opzicht geen recht aan de werkelijkheid en gaat voorbij aan de recente belangrijke ontwikkeling van de modernisering van de medische vervolopleiding.

De gelden uit het Opleidingsfonds als vergoeding voor het opleiden zijn een bron van discussie. Een onderzoek uitgevoerd door Berenschot heeft geen inzicht gegeven in de werkelijke kosten van de opleiding tot medisch specialist. Dit dient eerst in een deugdelijk onderzoek te worden uitgezocht alvorens men stappen richting aanbesteden zet. Het stellen van een eenvoudige onderzoeksvraag die te beantwoorden is, zal daarbij van belang zijn. Het Berenschot onderzoek stelde onrealistische -te gedetailleerde- vragen. Dit mag geen aanleiding zijn om dan maar over te gaan tot aanbesteding.

Het medicijn voor de vermeende kwaal van schaarste dat op het recept van dit consultatiedocument staat is het –al dan niet gecontroleerd- uitbreiden van het aantal opleidingsplaatsen (hoofdstuk 5.2). Gecontroleerd betekent in deze context meteen centrale aansturing door de overheid op het aantal én het toewijzingsproces van de opleidingsplaatsen, dit alles om de kosten beheersbaar te houden. De introductie van het Opleidingsfonds met haar starre wet en regelgeving heeft voor de praktijk van het opleiden tal van beperkingen opgeleverd en staat daarmee haaks op de gedachte van de (mobiele) aios met het rugzakje. Om ook het toewijzingsproces over te laten aan de overheid met als gereedschap prestatie-indicatoren en aanbesteden is een verwerpelijk idee. De beeldspraak *beauty contest* voor het aanbesteden is misplaatst. Ter illustratie: de Nederlandse situatie van de aios psychiatrie in GGZ instellingen die opgeleid worden voor een aanzienlijk minder bedrag dan in opleidingsziekenhuizen. Een gevolg van opmerkelijke financiële afspraken met als resultaat dat psychiaters zich inferieur voelen opgeleid in de GGZ instellingen. Kortom: het tegenovergestelde van het beoogde effect van een *beauty contest*. Daarnaast is er het gevaar dat de medisch specialist als opleider wordt gefrustreerd doordat de sturing op het vormgeven van het primaire proces van opleiden hem / haar wordt ontnomen. De kans is groot dat er vervreemding optreedt en men zich niet langer verantwoordelijk voelt voor de komende generatie specialisten. Een vergelijkbare situatie heeft zich recent voorgedaan in het Verenigd Koninkrijk.

Beperking van de vergoeding voor opleiders en aios: hoe aantrekkelijk wordt/is opleiding dan nog. Zolang de overheid het aantal opleidingsplaatsen gerealiseerd krijgt, zou er ruimte zijn om te bezuinigen. Reeds eerder is aangegeven dat opleiden niet alleen een kwestie van geld is, maar ook een kwestie van beroepseer. Knippen is echter een verkeerd middel: andere motivering dan geld is eindig.

Ten aanzien van het vrijgeven van de numerus fixus zij opgemerkt dat dit voor de instroom van de aios een vertraging van ca. 6 jaar betekent ten aanzien van de instroom van medisch specialisten een vertraging van ca. 12 jaar.

De allereerste vraag is evenwel of de opleidingsfaciliteiten bij de universiteiten, ten behoeve van de co-schappen en in een later stadium ten behoeve van de opleiding tot medisch specialist toereikend zijn. Elk onderzoek daartoe ontbreekt.

Het is bekend dat ‘grote klassen’, hetgeen de facto wordt bepleit, niet tot optimale opleiding leiden en daarmee wordt het kwaliteitsaspect naar een ondergeschikte plaats geschoven.

Ten aanzien van aanbesteden van de opleiding komen ziekenhuizen overigens in een spagaat. Enerzijds zal een ziekenhuis zo efficiënt mogelijke moeten produceren, maar met opleiden is tijd gemoeid. Als een aanbesteding moet plaatsvinden zal uitgebalanceerd moeten worden of de tegemoetkoming voor opleiding opweegt tegen het verlies aan efficiëntie. Een bureaucratische benadering is nauwelijks mogelijk, waarbij ook nog komt dat het de opleiders c.q. hun teams zijn, die de facto opleiden en het ziekenhuis zal moeten faciliteren.

7) Relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis

MTO: bestuurders hebben weinig zicht op de kwaliteit, die medisch specialisten in het ziekenhuis leveren.

Op de eerste plaats is al lang en heel breed aangegeven dat medisch specialisten via allerlei kwaliteitsinstrumenten zich ook voor de Raad van Bestuur en verder ook voor andere stakeholders toetsbaar opstellen.

In willekeurige volgorde:

Intercollegiale toetsing

Evidence based richtlijnen

Indicatoren

Complicatieregistratie

Patiëntenvoorlichting

Visitatie

IFMS (Individueel Functioneren Medisch Specialisten)

Wettelijke verankering dient overigens niet verder te gaan en is daarom ook niet nodig en zelfs onwenselijk.

Een Raad van Bestuur die met de huidige middelen niet adequaat kan besturen kan dat met wettelijke middelen evenmin en het gevaar van wapens, die men niet goed kan hanteren, is groter dan de situatie waarin men die wapens niet heeft en die ook niet verkeerd kan gebruiken.

Geen hiërarchische relatie betekent niet dat medisch specialisten zonder meer een hoger bandbreedtetarief kan realiseren. Als dit al gebeurt is, dat in onderling overleg en is er sprake van een win-win-situatie bijvoorbeeld als door efficiënt werken door medisch specialisten kostenreductie voor het ziekenhuis plaatsvindt.

Uitkoop van maatschappen is alleen mogelijk in overleg en op basis van vrijwilligheid.

Ten aanzien van de beleidsregel dat medisch specialisten van een en hetzelfde erkend medisch specialisme niet in het vrij beroep en in dienstverband naast elkaar zouden kunnen voorkomen is de Orde om goede redenen van mening dat deze regeling zo moet blijven. Zoals aangegeven kan alleen worden overgestapt van het vrij beroep naar dienstverband op basis van overeenstemming, waarin tevens opgenomen de voorwaarden met betrekking tot de salariering (AMS), afkoop goodwill, pensioenregeling.

Het naast elkaar hebben van vrij beroep en dienstverband binnen een specialisme leidt tot een onontwarbare knoop ten aanzien van de honoreringsverdeling van DBC's, maar ook van aspecten zoals aansprakelijkheid e.d.

Daarom kan zelfs voor nieuwkomers geen afwijkende regeling gelden ten opzichte van de reeds aanwezige medisch specialisten of het nu om vrij beroep of dienstverband gaat.

8) Ten aanzien van de Inleiding

Meestal wordt in de analyse uitgegaan van een klein overschot. Op pag. 16 regel 3 wordt er gesproken over een ruim overschot.

Onder het doel van het consultatiedocument wordt op pag. 16 vermeld:

“De sector consulteren over mogelijke stappen die noodzakelijk zijn om medisch specialisten optimaal te laten functioneren in een concurrerende ziekenhuismarkt”.

Als dat het doel is dan betekent dat het ziekenhuis de facto faciliterend moet optreden ten behoeve van hun voornaamste productiefactor en deze niet moet plaatsnemen in een situatie van opdracht uitvoeren en verder mond houden.

9) Pag. 19. De signalen

Rapportages van o.a. Nederlandse School voor Openbaar Bestuur, de arbeidsmonitor van Medisch Contact, ziekenhuisstudie van Roland Berger en de OECD-rapportage wordt door de NZa voor zoete koek aangenomen; dit past in hun straatje.

Er zijn buitengewoon kritische beschouwingen die de beweringen van sommige van deze rapporten geheel ontzenuwen. Zo heeft Deloitte de OECD-rapportage van 2003 nauwkeurig ontleed en aangetoond dat er niet te vergelijken cijfers zijn gebruikt.

Het is daarom ook onjuist en ook in strijd met de wettelijk taakopdracht aan de NZa om zich geen eigen mening te vormen over de juistheid van deze rapporten en aangeeft de uitslagen van deze rapporten als een gegeven aan te nemen.

Gevolgen schaarste zie eerder op pagina 24 wordt opeens gewag gemaakt van huidige wachtlijsten: aanwijsbaar?

Pagina 25.

Medisch specialisten kunnen hoge inkomens afdingen (waarschijnlijk wordt afdwingen bedoeld), omdat zij bij VWS bij onderhandelingen over reguleringkaders een sterke positie hebben. Waar heeft de NZa het over? Volstreekte duimzuigerij.

De gevolgen van schaarste op relaties binnen het ziekenhuis. Ook hier weer Bestuurders, die kennelijk niet voor hun taak berekend zijn.

Waarom wordt daaraan geen aandacht gegeven? Vanwege de onbesproken rapporten.

Vervolgens wordt de maatschapverruiming als volgende stacie van het lamenteergedrag van Raden van Bestuur opgevoed.

De maatschappen of vakgroepen zijn van beslissende betekenis voor de continuïteit en dus kwaliteit van de zorgverlening. Bovendien wordt door de Raad van Bestuur geëist dat er in maatschapverband/samenwerkingsverband wordt gewerkt en wil de Raad van Bestuur niet met individuen praten maar met gemandateerde vertegenwoordigers. Naast het MTO en de AMS is een Document Medische Staf (DMS) van kracht dat juist vanwege de collectivisering destijds een eis was vanuit de NVZ lees RvB.

Pagina 27. Een merkwaardige tegenspraak sub § 3.1.

Regel 4 t/m regel 9:

“-De overheid. De financiering van de opleiding vindt, sinds 2007, plaats uit het zogeheten Opleidingsfonds. Dit fonds wordt gevoed uit de inkomensafhankelijke premie en de Zorgverzekeringswet. Het beheer van het Opleidingsfonds is in handen van het ministerie van VWS en wordt uit de staatsbegroting gefinancierd. Het is dus de overheid die de vraag naar opleidingsplaatsen bepaalt.”

De opleidingen worden dus uit de premies betaald, maar VWS heeft ambtenaren, die het premiegeld beheren en uitdelen.

Pagina 28.

Het Capaciteitsorgaan.

Daarin hebben medisch specialisten zitting en gesuggereerd wordt dan specialisten daarin manipuleren. De rol van zorgverzekeraars wordt gemarginaliseerd en de instellingen worden in het geheel niet genoemd.

Pagina 29.

De individuele ziekenhuizen worden beschouwd als aanbieder op de markt voor opleidingsplaatsen. Rol opleiders schijnt weg te zijn.

Pagina 36.

Aanbod geïnduceerde vraag.

Dat kan een latente vraag zijn, die niet kan worden beantwoord in een bepaalde omvang van zorgverleners. Aangegeven wordt dat ook in de literatuur en wetenschappelijk het moeilijk is om hierop een sluitend antwoord te krijgen.

Onderzoek van PWC toont aan dat dit bij medisch specialisten in 2008 geenszins het geval is.

10) Hoofdstuk 6: Positie van medisch specialisten in het ziekenhuis

Zoals eerder aangegeven kunnen Raden van Bestuur die competent zijn samen met de medisch specialisten uitstekend een ziekenhuis aansturen respectievelijk vermarkten. Het zogeheten beperkte aanbod van medisch specialisten betreft slechts enige specialismen, die niet een noemenswaardige rol spelen in de vermeende sterke machtspositie.

Raden van Bestuur die met zorgverzekeraars onderhandelen over medisch specialistische zorg is net zo'n gotspe als vliegtuigpassagiers, die met de directie van een vliegtuigmaatschappij afspreken hoe een piloot een vliegtuig moet besturen.

Beide gesprekpartners zijn niet of zeer onvoldoende geëquipeerd om over kwaliteit zinvolle afspraken te maken. Op deze manier leidt wetgeving tot letterlijk levensgevaarlijke risico's voor patiënten. Het gaat immers over patiënten, die goed moeten worden behandeld door medisch specialisten en andere zorgverleners. Patiënten worden nu eenmaal niet behandeld door Raden van Bestuur en/of zorgverzekeraars.

Ondanks de herhaaldelijke constatering dat in de huidige situatie bestuurders op basis van de wet reeds ruimte hebben om hun rol in te vullen wordt onverdroten verder gegaan op een heilloos en voor patiënten gevaarlijk pad.

Aangegeven wordt dat de Raden van Bestuur hun verantwoordelijkheden lastig in de praktijk kunnen brengen vanwege hun positie ten opzichte van medisch specialisten. In een aantal ziekenhuizen gaat dit goed en dat hangt voor een groot deel samen met de kwaliteit van de Raad van Bestuur.

Al te gemakkelijk wordt er aan voorbij gegaan dat de huidige kwaliteit van zorg gestoeld is op de beschreven historische ontwikkeling.

Dit betekent overigens niet dat de Orde van mening is dat men op zijn lauweren kan gaan rusten.

Wel is de Orde van mening dat het goede van deze historische ontwikkeling moet worden behouden en als basis moet dienen voor ontwikkelingen in de toekomst.

Gebleken is dat de rol van medisch specialisten van doorslaggevende betekenis is voor de kwaliteit van zorg. Die ontwikkeling gaat nog steeds door: op tal van terreinen hebben medisch specialisten het voortouw genomen o.a. veiligheidbeleid dat thans hoog op de agenda staat. Steeds is er daarbij vanuit gegaan dat dit soort initiatieven in goede harmonie met de Raad van Bestuur c.q. koepel van ziekenhuizen ter hand wordt genomen.

Dergelijke initiatieven werken motiverend, omdat ruimte wordt en is geboden aan de mensen, die er in de praktijk mee werken. Dit is gelijk gericht en is ook een basis voor marktwerking. Het feit dat de regelgeving voor ziekenhuizen en voor medisch specialisten niet geheel gelijk gericht is in de markt is pas een echte marktimperfectie, die overigens geheel op het conto komt van de regelgevers en die beslist geen legitimatie vormt om met een nog veel slechtere en levensgevaarlijke regelgeving het eigen falen te verdoezelen.

Het tussenschuiven van een derde laag is bijna op uitdrukkelijk verzoek van de NVZ gebeurd bij de totstandkoming van het MTO 2001/2002 en is neergelegd in het Document Medische Staf (DMS).

De Raden van Bestuur willen niet met medisch specialisten individueel overleg, maar met gemandateerde vertegenwoordigers.

Ten aanzien van de faciliterende rol van het ziekenhuis is destijds in 1975 gesteld dat verrekeningen in verband met facilitering tussen ziekenhuis en medisch specialisten moeten

worden beëindigd: pregnant voorbeeld: medisch specialisten huurden de polikliniekeenheid per uur. Destijds is het tarief van de verwijs- en herhalingskaarten en van de consulten en vervolggconsulten (particulier) structureel verlaagd en zijn de kosten in de verpleegprijs van het ziekenhuis opgenomen.

Als een ziekenhuis slecht in de markt ligt, komt dat door incidenten. Veelal vallen er dan koppen.

Het is al opgemerkt: een elftal wordt niet ontslagen, maar de trainer/coach. Die wetmatige gang geldt ook in de verhouding medisch specialisten (team) en Raad van Bestuur.

Als een medisch specialist het veld ruimt, trekt dat kennelijk minder publiciteit dan wanneer een ziekenhuisbestuurder op non actief wordt gesteld. Het getal speelt ook mee: een van 85 besturen is anders dan één van ca. 10.000 medisch specialisten.

Op pagina 69 wordt gesproken over een inspanningsverplichting van medisch specialisten en een resultaatsverplichting van de Raad van Bestuur. Men vergeet er bij te vermelden dat het over verschillende onderwerpen gaat. De inspanningsverplichting van medisch specialisten heeft betrekking op de individuele patiëntenbehandeling. De resultaatsverplichting heeft betrekking op geaggregeerde gegevens die bovendien, wanneer het over de kwaliteit van de zorgverlening gaat, voor het overgrote deel neerslaat bij de medisch specialisten en als zodanig zelfs een gemeenschappelijke verplichting is.

Bestuurders kunnen ook met wettelijke steun nimmer het sturen op kwaliteit waarmaken.

Waar sprake is van opdracht geven door bestuurders inzake de wijze waarop en de condities waaronder de zorg wordt verleend en hoe hierover verantwoording wordt afgelegd, kan dit alleen wanneer bestuurders zelf kwaliteit ten aanzien van die aspecten in de schaal leggen.

Ten aanzien daarvan is nog een wereld te winnen. Naar analogie van de verplichte bij- en nascholing van medisch specialisten, visitatie waardoor medisch specialisten worden geherregistreerd, zouden Raden van Bestuur ook aan een aantal concrete eisen moeten voldoen en periodiek aan die eisen moeten worden getoetst. Van een dergelijke kwaliteitslag is meer te verwachten dan het in handen geven van wettelijk vastgelegd instrumentarium aan minder competente bestuurders.

11) Ten aanzien van de goodwill

Het gaat niet om een jaarsalaris, maar uitgangspunt voor de goodwill is een jaaromzet waarop enige kostenposten, zoals pensioenpremie en salarislasten door de medisch specialist gedragen, zoals salarislasten van chef de clinique en/of anios en/of (para)medisch hulppersoneel als verloskundigen bij gynaecologen in mindering worden gebracht.

Ten aanzien van overname van de praktijk door het ziekenhuis wordt gedaan alsof het ziekenhuis onder een aantal voorwaarden voordeel zou kunnen halen. Als dat zo is, kan de goodwill worden overgenomen. Echter voor het ziekenhuis is er risico, evenals dat nu voor medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren is. Dit risico wordt kennelijk wel erkend als een ziekenhuis partij is, maar tot nu toe niet voor medisch specialisten. Met andere woorden: ziekenhuizen zouden de kosten mogen afwentelen en medisch specialisten niet. Waar is het level playing field? Opnieuw meten met twee maten? Waar het gaat over de bandbreedtetoeepassing kan dit alleen in overleg. Hier wordt uitgegaan van een mogelijke toepassing op onredelijke gronden van de zijde van de medisch specialisten. Het is een inkleuring die onvoldoende wordt weerlegd door een voetnoot, waarin wordt gezegd dat er geen onderzoek is gedaan naar het gebruik van de bandbreedte. Waarom wordt ook niet eenzelfde suggestieve opmerking geplaatst in de richting van de Raad van Bestuur?

12) Bij contracten

Een toelatingscontract heeft spelregels. Het feit dat medisch specialisten niet zo maar tegelijkertijd voor een ander ziekenhuis kunnen werken heeft niets, maar dan ook niets met een dienstverband te maken. Ook bij aanstelling van een parttime dienstverband is het

mogelijk elders te werken. Bij een full-time arbeidsovereenkomst is dat niet het geval. Afhankelijk van de toelatingsovereenkomst, die individueel wordt aangegaan, is er contractvrijheid; dus als een medisch specialist wil, kan hij/zij met de Raad van Bestuur overeenkomen wel of niet een mogelijkheid te hebben elders te werken.

In de Toelatingsovereenkomst is vastgelegd wat de rechten en de plichten van de contractpartners zijn: het gaat om facilitaire zaken. In een aantal publicaties wordt aangegeven dat medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren mee zouden kunnen of moeten investeren. Daardoor zou de zorg goedkoper worden. Zulke enormiteiten worden met droge ogen gesteld, maar een aan te schaffen apparaat blijft even duur, evenals de afschrijving. Gevolg: kosten, maar ook de tegemoetkoming moeten tussen ziekenhuis en medisch specialisten worden verdeeld. Conclusie: administratieve lasten lopen voor ieder op.

13) Ten aanzien van acquisitie: een taak van het ziekenhuis?

Vele patiënten komen voor de medisch specialist en niet voor het ziekenhuis. Als het ziekenhuis met het oog op de kwaliteit van zorgverlening acquisitie pleegt, is dat pronken met andermans veren.

Ten aanzien van de huidige honorariumregulering wordt gesteld dat er efficiëntieprikkels zijn voor zowel medisch specialisten als ziekenhuizen die evenwel onvoldoende worden doorgevoerd naar de premiebetaler. Uiteindelijk komt de aap uit de mouw: via een veranderde verhouding tussen Raad van Bestuur en medisch specialisten moeten de kosten (lees het honorarium) van de medisch specialist worden verlaagd. Dit wordt overgoten met een sausje van efficiëntie.

Vervolgens wordt het weer als een mogelijkheid gepresenteerd, evenwel zonder ook maar enige zinnige argumenten.

Als er één DBC-prijs komt, zouden de ziekenhuizen kosten voor het gebruik van faciliteiten bij de medisch specialist in rekening kunnen brengen. Dus wordt eerst de honorering afgesproken – en die moet op een hoger zijn dan nu – want daaruit moet al of niet virtueel geld worden teruggeschoven naar het ziekenhuis. Een geweldige optie, die getuigt van ‘helder’ inzicht.

14) Hybride bekostigingsvormen binnen één specialisme

Hierover is reeds voldoende aangegeven dat daarmee zoveel andere aspecten, zoals honorariumverdeling, aansprakelijkheidsverdeling, onduidelijk worden dat dit geen reële optie kan zijn. Echt een oplossing op basis van wellicht enig kennis van economische beginselen, maar die volstrekt voorbij gaat aan wat in de praktijk is gebeurd.

15) MTO aan herziening toe

De Orde heeft buitengewoon veel aandacht in de voorstellen rond een nieuw MTO gepresenteerd die geheel en al beantwoorden aan de vereiste transparantie en aan de juiste verhouding tussen medisch specialist en Raad van Bestuur. Bovendien is de herregistratie verplicht om verder te kunnen functioneren als medisch specialist. Die herregistratie komt niet zomaar aanwaaien, maar wordt slechts verkregen als aan een aantal stringente eisen is voldaan.

Het MTO maakt op basis van de Ordevoorstellen de facto ten aanzien van de kwaliteit van de zorgverlening en de rol die de medisch specialisten en de Raad van Bestuur dienen te vervullen, een wettelijke verankering op basis van de WCZ overbodig. Bovendien is er meer evenwicht in de rolverdeling dan in de voorgenoemde wet voorzien.

Bij de conclusies zijn de meeste punten reeds bovenstaand afdoende besproken en weerlegd.

Ten aanzien van vermindering collectivisering door maatschappen uit te kopen, wordt opgemerkt dat op grond van de DMS de collectivisering niet wordt verminderd, maar wordt verlegd van het collectief (maatschap/stafmaatschap) van vrij beroepsbeoefenaren naar het collectief (vakgroep c.q. collectief van de vakgroepen) van dienstverbanders.

Het is een misvatting om te stellen dat het ondernemersrisico van medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren niet bestaat en staat of valt met kostendoorberekening voor infrastructuur en/of vaste activa. In een normale onderneming wordt dat in de prijzen doorberekend inclusief een risico-opslag. Als dat achterwege wordt gelaten is er geen level playing field. Dit wordt echter nergens in het hele stuk meegewogen. Het risico thans is dat medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren een gelijk risico lopen als het ziekenhuis ten aanzien van overheidsingrijpen (zelfs nog meer), afname patiënten, bedrijfsluiting.