

Aan mw. drs. C.C van Beek MCM,
Voorzitter a.i. van de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Amsterdam, 5 januari 2010.

Geachte mevrouw van Beek,

Hierbij voeg ik mijn reactie op het rapport "Marktimperfecties". Het is overigens een persoonlijke reactie.

Hoogachtend,

Dr. A.D. Montauban van Swijndregt

Vraag 1, 2, 3, 4:

Het document gaat in op een signaal van schaarste van medisch specialisten, en de mogelijke negatieve gevolgen hiervan op goede, betaalbare en toegankelijke zorg. Tevens wordt een relatie gelegd tussen schaarste en het kunnen afdwingen van hoge inkomens van medisch specialisten. De hoofd conclusie is dat schaarste geen algemeen fenomeen is, maar terug te vinden is op regionaal niveau en bij een aantal specialismen

Uit de beschikbaar gestelde gegevens kan niet worden geconcludeerd dat in Nederland sprake is van een schaarste aan specialisten, laat staan dat een relatie gelegd mag worden met eventuele negatieve gevolgen hiervan. Zie ook de beschreven onzekerheden naar aanleiding van het rapport van de OESO (blz 21). De verdere discussie hierover is dan ook hypothetisch, en zal in Nederland zelf aanleiding moeten geven voor het doen van onderzoek.

Een definitie van goede zorg, met bijvoorbeeld een nulmeting van te halen of niet gehaalde speerpunten ontbreekt. Het document geeft bijvoorbeeld geen inzage in de huidige wachttijden, zonodig gedifferentieerd naar regio en specialisme.

Nederland is een klein en dicht bevolkt land, de vraag is of evenveel specialisten per inwoner aantal noodzakelijk zijn. Het zorgaanbod is dan per oppervlakte eenheid goed beschikbaar. Patiënten hebben het er zeer waarschijnlijk voorover om een zekere afstand te overbruggen, en zorg in een andere regio op te zoeken. Als voorbeeld van een (zelfs) overschot aan zorgaanbod mogen de randsteden dienen en dan met name de regio Amsterdam. Uw rapport geeft reeds aan dat de eventueel gesignaleerde achterstand met andere landen is teruggebracht (CO). Dat in specifieke specialismen een tekort ontstaat valt nooit geheel te voorkomen. Dit heeft vaak te maken met onverwachte ontwikkelingen binnen dit vakgebied. Het is dan ook onverstandig ongedifferentieerde maatregelen te nemen. Overigens is een gezonde concurrentie met een ruimer aanbod van specialisten op de arbeidsmarkt goed. Dit komt immers de keuze naar kwaliteit in het aanbod van specialisten ten goede, en daarmee de zorg.

Het document gaat in op goede, betaalbare en toegankelijke zorg en de suggestie wordt gedaan dat de honoraria van specialisten (kosten) hierop een negatieve invloed hebben. De relatie is niet duidelijk omdat de kosten van honoraria slechts 4% van de totale kosten binnen de gezondheidszorg vormen. Het is misschien eerder zinvol een inhoudelijke medisch/ethisch politieke discussie te voeren over: 'wat is goede zorg'? Of kan men beter spreken over 'zinvolle' zorg? Wat is dus essentiële (verplicht verzekerde) zorg. Veranderende medische (evidence based) inzichten in de zorg zullen ook potentieel kosten kunnen genereren. 'Patiënten blijven langer leven met meer morbiditeit, hetgeen aanvullende zorg en dus kosten met zich meebrengt'. Het document behandelt dit politiek gevoelige thema niet. Het document gaat niet in op de verschuivende behoeftes van de samenleving, die een snel en laagdrempelig beroep wensen te doen op medische zorg. De vraag is of de discussie over aanbod geïnduceerde vraag correct is. De zorgvraag komt immers uit de samenleving zelf. Een sterke en goede positie van medisch specialisten is goed voor de patiëntenzorg, omdat patiëntenbelangen worden verdedigd in het krachtenspel tussen ziekenhuisbestuurders en verzekeraars.

Medisch specialisten mogen geen uitvoerders worden. Het is een beroepsgroep die hoge verantwoordelijkheden kent, echter wel aangesproken mogen en moeten worden op transparant functioneren en het leveren van goede, betaalbare en toegankelijke zorg.

Het document behandelt niet de huidige invloed van de ZBC's op het zorgaanbod, die reeds een erkende belangrijke bijdrage leveren. Het document gaat ook niet in op de effecten van ZBC's op het patiënten aanbod in de ziekenhuizen.

Geconcludeerd moet misschien wel worden dat na jaren van budgettering de negatieve effecten hiervan op goede, betaalbare en toegankelijke zorg bijna zijn verdwenen. Dit mede door de inspanningen van medisch specialisten. Wederom ingrijpende veranderingen kunnen vergaande effecten hebben op de gezondheidszorg die pas na een lang interval duidelijk zullen worden.

Vraag 5.

In grote lijnen wel. Het is belangrijk de wetenschappelijke verenigingen een reactie te vragen naar tabel 3. Deze tabel kan dan beter op zijn inhoud worden beoordeeld. Een discrepantie van -23 voor de radiologie heeft kennelijk niet geleid tot een schaarste. Ramingen blijven dus ramingen.

Vraag 6.

Vraag ter beantwoording voor de wetenschappelijke verenigingen.

Vraag 7.

Geen inzage in. Vraag voor de wetenschappelijke verenigingen.

Vraag 8.

Ja.

Vraag 9.

Het is een goed streven de beste opleiders de meeste opleidingsplaatsen toe te bedelen. De analyse van de gestelde knelpunten zal in de praktijk tot problemen leiden, los van het feit dat geen criteria/parameters zijn vastgesteld, waaraan een goede opleiding moet voldoen. Opleiden is een arbeidsintensieve dagtaak voor de gehele opleidingsgroep. Naast het feit dat de capaciteit van de opleiding op basis van reglementen is gemaximeerd via het CCMS, kan de opleider/opleidingsgroep niet ongelimiteerd AIOS opleiden. Er bestaat ook een fysieke capaciteitsbeperking, zoals de aanwezigheid van bijvoorbeeld voldoende werkplekken/ruimtes, skillslabs, en patiënten aanbod. De discussie bevoegd en bekwaam is hierin belangrijk. Een AIOS moet voldoende de gelegenheid kunnen krijgen zich te bekwamen in zijn handelen/competenties, zodat hij/zij aan het eind van de opleiding niet alleen bevoegd is, maar vooral ook bekwaam. Wanneer de capaciteit wordt uitgebreid nemen de mogelijkheden af zich voldoende te bekwamen, omdat de 'koek' moet worden gedeeld met meer AIOS. "Wilt u liever geopereerd worden door een jonge chirurg die een procedure 10 of 50 keer heeft gedaan". De opleider zal dus niet zomaar ongelimiteerd de opleiding, waar hij/zij voor verantwoordelijk is, willen uitbreiden. Het uitgangspunt productieneutraliteit zal een utopie zijn. Op basis van autorisatie (kaderbesluit CCMS) krijgt een AIOS steeds meer bevoegdheden. Pas aan het eind van de opleiding krijgt een AIOS de kans om zelfstandig te functioneren in de volle omvang van het vakgebied, en dan nog kan worden teruggevallen op supervisie. Een gemiddelde opleiding duurt al snel 5 jaar, zodat assistenten eigenlijk niet productief kunnen zijn, en dus ook niet productieneutraal zijn. Onevenwichtige verhoudingen tussen de academie en de periferie hoeven zich in de praktijk niet voor te doen mits de afhankelijkheid wederzijds is. Een UMC zal functioneren als aanspreekpunt, beslissingen worden OOR breed genomen.

Vraag 10.
Neen, zie vraag 9.

Vraag 11.
Neen, substitutie functioneert als een verlengde arm constructie, waarbij oneigenlijke taken van met name de AIOS en ANIOS worden overgenomen. Dit zal niet leiden tot een afname van specialisten.

Vraag 12.
Outsourcing leidt tot het verlies van specifieke vaardigheden die nodig zijn voor het behoud van de opleiding. Outsourcing leidt dus tot het verlies van de opleiding, en is derhalve niet aan te bevelen. Dit punt leidt tot een voorwaarde bij opleidingsvisitaties.

Vraag 13.
De vergoeding voor de opleiding moet als opleidingsgeld herkenbaar blijven, wat de transparantie ten goede komt. Het is dan ook niet verstandig e.a. op te nemen in de DBC's. Opleiden en productie zijn twee verschillende entiteiten, die elkaar in de praktijk bijten. Wanneer de vergoeding uit één en hetzelfde budget komt, dan zal dit een negatief effect hebben op de opleiding.
Voor een goede balans tussen productie en opleiding binnen een vakgroep/maatschap, is het wenselijk dat de verantwoordelijkheid voor productie en opleiding wordt ingevuld door twee verschillende personen. De unitvoorzitter is meestal verantwoordelijk voor de productie, en de opleider voor de opleiding.
Ziekenhuizen kunnen onvoldoende het effect van extra opleiden inschatten, en moeten dan ook niet deze verantwoordelijkheid alleen krijgen toebedeeld.

Vraag 14.
Zie vraag 9. De opleidingscapaciteit is gelimiteerd door het CCMS en door de fysieke capaciteit, zoals beschikbare ruimtes, skillslabs, voldoende oefenings mogelijkheden. Er moeten niet alleen dokters worden opgeleid die bevoegd zijn, maar ook bekwaam. Er speelt dus een zeer belangrijk kwaliteitsprobleem bij het ruim openstellen van het aantal opleidingsplaatsen. Het nieuwe kaderbesluit CCMS, dat per 1-1-2011 van kracht wordt, vereist bovendien een transparante vergaande intensivering van het opleiden en strikte kwaliteitseisen aan de opleidingsgroep en vooral de opleider.
Opleiders zullen problemen ondervinden de, door het CCMS vastgestelde maatregelen, te implementeren, laat staan dat zij een extra verruiming van de opleiding aan kunnen, zonder verlies van de kwaliteit. Een belangrijk punt van kritiek op het opleggen van 'het nieuwe opleiden' is dat er nooit een nulmeting is verricht, uitgesplitst per specialisme. De nieuwe opleidingsplannen kennen een groot aantal administratieve handelingen en verplicht door te voeren wijzigingen in de bedrijfsvoering, die de efficiëntie in de dagelijkse praktijk niet ten goede komt. Het huidige subsidie systeem wordt gekenmerkt door een ontoelaatbare starheid in de toekenning, wat een onwerkzaamheid met zich meebrengt in de dagelijkse praktijk. Het probleem van capaciteitsuitbreiding licht dus niet bij de opleiders maar aan het pakket van maatregelen dat over de opleiders wordt afgeroepen. Wanneer de opleiders in de nabije toekomst niet aan de eisen kunnen voldoen, dan zal het aantal beschikbare opleiders zelfs afnemen. Het is namelijk niet ondenkbaar dat opleiders keuzes gaan maken en kiezen voor de patiëntenzorg.

Vraag 15 en 16.

Zie vraag 9 en 14

Vraag 17.

De opleidingscapaciteit moet centraal worden bepaald door bijvoorbeeld een 'Raad' waarin alle betrokken partijen zitting hebben, zodat geen der partijen een monopolie positie verkrijgt. Het voorzitterschap wisselt tussen de betrokken partijen. De beslissingen moeten transparant kenbaar worden gemaakt. De wetenschappelijke verenigingen hebben goede inzage in de in- en uitstroom van specialisten.

Een combinatie van optie 1 en 2.

Vraag 18.

Geen van de opties. Zie vraag 9 en 14. Het is een gegeven dat de vraag naar gezondheidszorg toe zal blijven nemen, en deze daardoor duurder zal blijven worden. Het lijkt dus zinvoller om de politieke discussie te voeren over wat essentiële (verplicht verzekerde) zorg is en wat niet.

Vraag 19.

Het is noodzakelijk dat medisch specialisten een belangrijke positie blijven in nemen binnen ziekenhuizen. Bedrijfseconomische maatregelen van ziekenhuisbestuurders en/of overheid hoeven geenszins in het belang te zijn van goede patiëntenzorg en/of de opleiding. Moderne bedrijfsvoering kent ook goede samenwerkingsvormen. Een goed ziekenhuisbestuurder zal hier invulling aan weten te geven. Een goede bedrijfsvoering is ook in het belang van de medisch specialist. Voorbeelden worden aangegeven in het document (blz 75).

Vraag 20.

Ik kan onvoldoende inschatten of de analyse compleet is.

Vraag 21.

Transparantie in de gezondheidszorg is belangrijk, ook in het handelen van de medisch specialist. Overigens wordt in de dagelijkse praktijk hier al veel invulling aan gegeven. De medisch specialist is een belangrijke gesprekspartner in het zorgproces. Het is onverstandig op basis van de voorgestelde maatregelen, deze gesprekspartner buitenspel te zetten.

Vraag 22.

Onvoldoende kennis van zaken.

Vraag 23.

Kan ik onvoldoende beoordelen.