

Aan mw. drs. H.C.M. van Beek,

Voorzitter a.i. van de Raad van Bestuur van de Nederlandse Zorgautoriteit.

Utrecht, 4 januari 2010.

Geachte mevrouw van Beek,

Hierbij doen wij u de reactie van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT) op het rapport “Marktimperfecties” toekomen.

Hoogachtend,

W. Stoker, secretaris

1. *Deelt u de analyses van de genoemde rapporten en onderzoeken over schaarste bij medisch specialisten?* Het bestuur van de NVT deelt de door u gestelde conclusie niet dat op grond van de genoemde rapporten en onderzoeken gesproken kan worden van een overall schaarste aan medisch specialisten. De gegevens van de OESO zijn niet zomaar te interpreteren als bewijzend voor schaarste omdat, zoals u zelf al noemt, in deze gegevens alle geregistreerde specialisten en niet alleen de werkzame medisch specialisten zijn betrokken. Daarnaast is de Nederlandse situatie niet zomaar te vergelijken met de andere landen, omdat Nederland een klein en dichtbevolkt land is en derhalve de afstand naar een specialist relatief klein. Verder geven de uitkomsten zoals gepubliceerd door het Capaciteitsorgaan – en u noemt deze uitkomsten zelf ook – al aan dat het tekort aan medisch specialisten in Nederland goeddeels is opgelost. De wachtlijsten voor een open hartoperatie zijn vrijwel weggewerkt.
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?* BHN gegevens over de wachtlijden/-lijsten voor open hartoperaties.
http://www.hartstichting.nl/hart_en_vaten/behandeling/wachtlijst_operaties/lijt_oho/
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?* De rapporten op grond waarvan geconcludeerd wordt dat in specifieke specialismen sprake is van een tekort, zijn niet in dit rapport opgenomen. Wij kunnen alleen vaststellen dat in de huidige situatie er geen tekort aan cardiothoracaal chirurgen bestaat in Nederland. De commissie In- en Uitstroom van de NVT zal binnenkort haar rapport betreffende de behoefteraming aan cardiothoracaal chirurgen in de nabije toekomst afgerond hebben. Voortuitlopend op dit rapport kunnen wij vaststellen dat bij het huidige opleidingsbeleid het aantal opgeleide cardiothoracaal chirurgen ruimschoots aan de behoefte voldoet.
4. *Deelt u de visie op de gevolgen van de schaarste aan specialisten voor de toegankelijkheid, kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg?* Wij delen de

visie op de gevolgen van de schaarste aan specialisten voor de toegankelijkheid, kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg voor wat betreft de situatie van de cardiothoracale chirurgie niet. Voor het leveren van goede kwaliteit van de cardiothoracaal chirurgische zorg is het van belang dat elke werkzame cardiothoracaal chirurg voldoende ingrepen doet. In het verleden is het aantal gewenste operaties vrij arbitrair vastgesteld op minimaal 150 open hartoperaties per jaar per chirurg. Dit minimum aantal wordt door vele collegae niet gehaald. Het recent uitgebrachte rapport van de commissie Lie aangaande de congenitale hartchirurgie in Nederland heeft, op grond van de uit dit rapport voortvloeiende adviezen, ertoe geleid dat de minister van VWS een verdere concentratie van de congenitale hartchirurgie in 3 centra heeft vastgesteld en een beperking van het aantal congenitale hartchirurgen tot 11. Niet alleen voor de cardiothoracaal chirurgen, maar ook voor de overige specialismen van de zorgketen voor de hartchirurgische patiënt (anesthesisten, intensivisten, cardiologen) is een koppeling tussen volume en kwaliteit aangetoond. De situatie zoals die in vele van de ons omringende Europese landen geldt, waarin in centra een gering aantal hartoperaties per chirurg wordt uitgevoerd (soms zelfs minder dan 50 per jaar) is voor het behoud van de kwaliteit van zorg absoluut onwenselijk. Bovendien is nooit aangetoond dat de betaalbaarheid van de zorg bij uitbreiding van het aantal specialisten verbetert. Die veronderstelling gaat ervan uit dat de kosten van de medisch specialistische zorg voornamelijk bepaald worden door het salaris van de medisch specialist. De kosten van de inkomens van de medisch specialist bedraagt echter slechts 4% van de kosten van de gezondheidszorg.

5. *Bent u het eens met de analyse naar de factoren die het aanbod bepalen bij de specifieke specialismen?* Voor de situatie van de cardiothoracale chirurgie lijkt het aantal opleidingsplaatsen ruim voldoende voor de vraag. Dit blijkt ook uit het feit dat het aantal daadwerkelijk ingevulde opleidingsplaatsen vrijwel overeenstemt met de behoefteraming van het Capaciteitsorgaan, zoals u dat in uw rapport weergeeft. Een oordeel over andere specialismen kan de NVT niet vellen.
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?* Het bestuur van de NVT kan geen oordeel geven over andere specialismen.
7. *Zijn er naast de genoemde specialismen, andere specialismen waar een schaarste aan medische specialisten aanwezig is? Zo ja, welke?* Hiervoor geldt hetzelfde antwoord als gegeven op vraag 6.
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?* De beschrijving van het proces waarin de verdeling van het aantal opleidingsplaatsen tot stand komt is correct weergegeven. Binnen de NVT bestaan duidelijke afspraken over het aantal opleidingsplaatsen per opleidingskliniek om de kwaliteit van de opleiding te kunnen waarborgen.
9. *Bent u het eens met de analyse van de knelpunten? Is deze analyse volledig? Zo nee, wat is uw opmerking?* Het bestuur van de NVT kan uw analyse van de knelpunten niet onderschrijven. De kwaliteit van de opleiding tot cardiothoracaal chirurg kan alleen gewaarborgd blijven indien de AIOS in

voldoende mate de kans krijgen zich in de hartchirurgische ingrepen te bekwamen. De toename van het aantal complexe ingrepen bij patienten met steeds meer comorbiditeit maakt dat het toewijzen van ingrepen aan AIOS continu onder druk staat. Tot ver in hun opleiding moeten AIOS daarbij gecoached worden door hun opleiders en ook aan het eind van hun opleiding zullen zij bij ingewikkelder ingrepen door hen moeten worden begeleid. Het is in de hartchirurgische situatie dus geenszins sprake van productieneutraliteit. Het productieverlies van de opleiders wordt niet gecompenseerd door de productieve bijdrage van de AIOS, maar door extra inspanningen van de gehele opleidingsgroep. De begeleiding van de AIOS is tot het eind van de opleiding intensief en derhalve is een aanpassing van het subsidiebedrag aan de gevorderdheid van de AIOS niet relevant. Voor wat betreft de opleiding cardiothoracale chirurgie wordt de door u opgemerkte onevenwichtige verhouding tussen UMC's en algemene ziekenhuizen niet herkend. De binnen de NVT gemaakte afspraken over het aantal opleidingsplaatsen per opleidingsziekenhuis maken geen verschil tussen een UMC of algemeen ziekenhuis. De kwaliteit van de opleiding wordt vooral gewaarborgd door de opleidingsvisities. De tot nu toe ontwikkelde instrumenten voor het meten van opleidingskwaliteit, zoals de PHEEM en D-rect enquête, zijn door het kleine aantal opleidingsassistenten per opleidingskliniek niet toepasbaar voor de opleiding tot cardiothoracaal chirurg.

10. *Onderschrijft u de conclusies? Zo nee, waarom niet?* Deze vraag is met de beantwoording van vraag 9 eigenlijk al beantwoord.
11. *Kunt u zich vinden in de stelling dat substitutie een bijdrage kan leveren aan het verminderen van de schaarste aan medisch specialisten?* Substitutie heeft in de cardiothoracaal chirurgische praktijkvoering alleen geleid tot het overnemen van taken van arts-assistenten (AIOS en ANIOS) door NP's of PA's en niet specifieke taken van de cardiothoracaal chirurg en levert derhalve geen verschil in het aantal benodigde cardiothoracaal chirurgen.
12. *Acht u het wenselijk in dit verband de mogelijkheden voor internationale samenwerking te verruimen door outsourcing van bepaalde diensten?* Het bestuur van de NVT acht het niet alleen onwenselijk, maar ook onmogelijk om iets als tele hartchirurgie te bedrijven. Mogelijkheden van teleconferencing zijn er wel. Dit beperkt zich in de dagelijkse praktijk vooral tot patiëntbesprekingen en scheelt in reistijd, maar niet in vergadertijd.
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?* Het is moeilijk in te schatten of ziekenhuizen zullen besluiten het aantal opleidingsplaatsen te beperken als de vergoeding voor het opleiden in de DBC's besloten ligt. Het bestuur van de NVT acht dit echter een zeer onwenselijke situatie. Opleiden moet los staan van productie-inkomsten omdat opleiden en productie elkaar bijten. Opleiden kost tijd, het is belangrijk dat die tijd beschikbaar wordt gesteld en er mag onder geen beding een tijdsdruk ontstaan die de kwaliteit van de in de hartchirurgie toch zeer intensieve ingrepen kan doen verminderen.
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?* Voor wat betreft de situatie in de cardiothoracaal chirurgische opleiding is het onwenselijk zo niet onmogelijk

het aantal opleidingsplaatsen uit te breiden. Er zal dan voor vele cardiothoracaal chirurgen, die een kostbare opleiding - zowel wat eigen inspanning als financiële kosten die door de maatschappij zijn opgebracht betreft - hebben afgesloten geen of niet voldoende werk zijn. Dit betekent een enorm verlies aan talent en verkeerd besteed geld. Daarnaast blijft het van belang dat – om de kwaliteit op peil te houden – elke chirurg voldoende volume aan ingrepen doet. Een situatie zoals die in vele Europese landen bestaat waar cardiothoracaal chirurgen veel te weinig ingrepen per jaar doen, is absoluut onwenselijk. Het is daarbij absoluut noodzakelijk dat een AIOS voldoende opgeleid wordt in de diverse hartchirurgische ingrepen en dat ook nog eens in voldoende mate. Het risico – zoals u dat noemt – dat niet aan de voorwaarde wordt voldaan om de nodige extra opleidingsplaatsen ter beschikking te stellen is dus voor de cardiothoracale chirurgie groot.

15. *Welke voor- en/of nadelen van de verschillende opties zijn niet genoemd en wel van belang in dit kader?* In de verschillende opties die in het rapport worden genoemd wordt volledig voorbijgegaan aan de noodzaak dat een AIOS in opleiding tot cardiothoracaal chirurg in voldoende mate aan de diverse hartchirurgische ingrepen wordt blootgesteld en dat er in zijn of haar opleiding ook een systematische opbouw in de zwaarte en uitgebreidheid van de ingrepen plaatsvindt. Uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen zal – aangezien van het huidige patiënten aanbod in Nederland geen belangrijke toename kan worden verwacht en de productie in de toekomst min of meer gelijk zal blijven of misschien zelfs iets zal dalen – betekenen dat AIOS met een geringer aantal ingrepen genoeg zullen moeten nemen. Nu kost het in veel klinieken al moeite om de AIOS het minimaal verplichte aantal ingrepen te laten doen. Uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen per kliniek kan alleen maar betekenen dat de kwaliteit van de opleiding achteruit gaat. Verschuiving van AIOS, bijvoorbeeld in het laatste jaar, zal om dezelfde reden grote problemen opleveren, zowel voor het “ontvangende” (overcapaciteit van AIOS, minder ingrepen per AIOS) als het “zendende” ziekenhuis (problemen met de continuïteit en de bedrijfsvoering).
16. *Welke opties zijn nog denkbaar naast de opties die in hoofdstuk 5 zijn behandeld?* Het bestuur acht een optie waarbij een belangrijke invloed op het toewijzen van opleidingen wordt toegekend aan de WV's denkbaar. De WV's zijn goed op de hoogte van het aantal benodigde specialisten en de mogelijkheden die de opleidingsklinieken kunnen bieden om daadwerkelijk te voldoen aan de opleidingscapaciteit. Nu doet een enkele keer zich een situatie voor dat een opleidersgroep tegen de afspraken in door hun Raad van Bestuur gesommeerd wordt op grond van de toewijzing van het Capaciteitsorgaan een extra AIOS aan te nemen, terwijl dit op grond van de beschikbare capaciteit onwenselijk zou zijn.
17. *Welke optie sluit het beste aan bij de situatie in de praktijk?* Binnen de gegeven opties is voor de hartchirurgie de bestaande optie 1 (De overheid betaalt de opleidingskosten) het meest geschikt in de huidige praktijk. Aanbesteding (optie 2) is zoals in vraag 15 beantwoord onmogelijk in de hartchirurgie. Optie 3 (ziekenhuizen betalen de opleidingskosten) is onwenselijk omdat markwerking (streven naar meer productie) op gespannen voet kan staan met opleiden. De huidige indicatoren voor de kwaliteit van de opleiding zijn niet geschikt voor opleidingen met een gering aantal

opleidingsassistenten en derhalve ook niet bruikbaar voor de opleiding cardiothoracale chirurgie.

18. *Welke optie voorziet het beste in de publieke belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid?* Optie 1 met een sterkere invloed van de WV's.
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?* Een (licht) overschot aan medisch specialisten zal de verhouding tussen bestuur en medische staven naar onze mening niet veranderen. Het is ondenkbaar dat er een situatie zou bestaan waarin de besturen van de ziekenhuizen de aanstelling van een specialist of het ontslag daarvan zonder steun van de medische staf zou kunnen doen plaatsvinden. De samenwerking binnen een vakgroep of maatschap zou daarmee ernstig worden geschaad, hetgeen de kwaliteit van zorg in sterke mate zou bedreigen. In deze paragraaf wordt wederom de suggestie gewekt dat specialisten uitsluitend uit zijn op eigen gewin en dat initiatieven om de kosten voor de gezondheidszorg verder te beheersen door medisch specialisten worden tegengewerkt. In de huidige situatie, waarin in toenemende mate verplichtingen worden opgelegd om de kwaliteit van zorg transparant te maken, wordt uitgebreid verantwoording afgelegd naar de ziekenhuisbesturen. Dit geldt zeker voor de cardiothoracale chirurgie, het specialisme dat, op nadrukkelijk verzoek van IGZ een landelijke risicogewogen mortaliteitsregistratie heeft op gezet. Vrijwel alle hartchirurgische centra in Nederland publiceren bovendien sinds enkele jaren hun mortaliteitscijfers via publiekelijk toegankelijke media.
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?* Het bestuur van de NVT kan niet beoordelen of de analyse compleet is.
21. *Kunt u in de maatregelen die genomen moeten worden een prioritering aanbrengen?* Het bestuur van de NVT acht de verplichting tot transparantie een haalbare factor. Overige factoren als prestatiebeloning of uitkopen van maatschappen zullen in de hartchirurgie weinig effect hebben. Er is een duidelijk plafond aan ingrepen dat in de verschillende hartcentra kan plaatsvinden. Operatieprogramma's staan veelal al onder druk door een beperkt aantal plaatsen op de IC en beperkingen in operatiekamer capaciteit, mede door tekorten aan ondersteunend personeel.
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?* Het bestuur van de NVT acht het onwaarschijnlijk dat het loslaten van de honorariumcomponent de verhoudingen tussen de RvB en cardiothoracaal chirurgen essentieel zal wijzigen. Hoewel de wachtlijsten voor een open hart operatie sterk zijn gereduceerd is er nog wel enig verschil tussen de wachtlijsten van de centra met een ultra korte wachtlijst van enkele dagen tot enkele weken en die met een wachtlijst van enkele weken tot enkele maanden. Desalniettemin heeft dat niet tot merkbare wijzigingen in patiëntenstromen geleid. Het lijkt ons niet reëel te verwachten dat onderhandelingen van de Raden van Bestuur met

ziektekostenverzekeraars wel tot sterke wijziging in patiënten- stromen zal leiden.

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? Licht uw antwoord toe.* Een initiatief zoals in het OLVG zal een beter inzicht geven in de geldstromen. In het kader van de marktwerking zijn de mogelijkheden voor de cardiothoracale chirurgie echter beperkt. De cardiothoracaal chirurgische zorg is sterk door de overheid gereguleerd in de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen en voorbehouden aan een 16-tal klinieken. De huidige capaciteit lijkt ruim voldoende om aan de zorgvraag te voldoen. Deze capaciteit wordt ook sterk bepaald door factoren in de zorgketen, die continu onder druk staan, zoals personeelstekorten op verpleegafdelingen en intensive care.