



Nederlandse Zorgautoriteit
Secretariaat Directie Ontwikkeling
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

Kenmerk: VRA/PJ/10.05

Betreft: Consultatiedocument "marktimperfecties in de medisch specialistische zorg: de positie van medisch specialisten binnen ziekenhuizen"

Utrecht, 14-01-2010

Geachte mevrouw, heer,

Allereerst dank voor de geboden mogelijkheid om een reactie te geven op bovenstaand document. Het moet ons wel van het hart dat de geboden tijd beperkt genoemd mag worden wanneer we in ogenschouw nemen dat binnen de reactietijd de feestdagen vielen. Het is dan ook om die reden dat we twee weken uitstel gevraagd en gelukkig gekregen hebben, waarvoor onze dank. De VRA vindt het document te belangrijk om een onvolwaardige reactie op te geven. Na uitgebreide bestudering en bespreking is de bijgaande reactie geformuleerd, gedragen door het bestuur van de VRA. In de reactie wordt antwoord gegeven op de diverse consultatievragen.

Los daarvan willen we opmerken dat in het gehele stuk zwaar het accent gelegd wordt op de financiële aspecten van een en ander, daar waar kwaliteit naar de mening van de VRA uitgangspunt zou moeten zijn.

In het stuk wordt daarbij op geen enkele wijze uitgegaan van de situatie zoals de revalidatiegeneeskunde die kent: opleiding in opleidingscircuits. Bij de beantwoording van consultatievraag 9 wordt daar van de kant van de VRA op ingegaan.

In dat kader zou het correcter zijn (voor wat betreft in ieder geval de revalidatiegeneeskunde) niet individuele instellingen te beschouwen als aanbieder op de markt van opleidingsplaatsen, maar ook opleidingscircuits (met hun specifieke samenhang) te erkennen als dusdanig.

Tevens willen we opmerken dat er in het document, zowel ten aanzien van opleidingsvisitaties als ten aanzien van kwaliteitsvisitaties, onjuistheden gemeld worden. Zoals in de beantwoording van consultatievraag 8 gemeld, wordt de visitatie van opleidingsinstellingen niet gevisiteerd door een commissie van de omvang en samenstelling zoals verwoord op bladzijde 42.

Op bladzijde 74 wordt gemeld dat het ondergaan kwaliteitsvisitaties gebaseerd is op vrijwilligheid. Dit is niet het geval. Om voor herregistratie in aanmerking te komen dient de medisch specialist meegewerkt te hebben aan een kwaliteitsvisitatie. Daarnaast wordt ook de IFMS dwingend opgelegd.

Tot slot wil de VRA nog een opmerking plaatsen ten aanzien van de tekst op bladzijde 49. De huidige systematiek heeft naar de mening van de VRA ook tot gevolg dat opleidingsinstellingen geen stimulans ondervinden om te investeren in de kwaliteit van hun opleidingen. Er is geen reden om aan te nemen dat zulke investeringen zich in extra opleidingsplaatsen vertalen of garantie geven voor de toekomst. De verdeling is immers gebaseerd op de handhaving van de status quo. De systematiek werkt zelfs demotiverend: door de onvoorspelbaarheid van de subsidietoekenning en de zeer late vaststelling van de definitieve instroomcijfers is het niet mogelijk op een normale wijze aiOS te werven en/of toezeggingen te doen en kunnen ingerichte en vrijkomende opleidingsplaatsen door uitblijven van subsidie onbezet blijven met grote inefficiëntie als gevolg. De huidige situatie heeft ook een perverse prikkel in zich: het is niet "aantrekkelijk" om disfunctionerende aiOS uit de opleiding te zetten: financiering van de opvolging is immers niet zeker, met mogelijke consequenties voor de bedrijfsvoering en/of continuïteit van de opleiding. Vergaande financiële consequenties kunnen leiden tot het op de markt komen van potentieel disfunctionerende medisch specialisten, met alle gevolgen van dien.

We hopen erop u hiermee voldoende geïnformeerd te hebben.

Met vriendelijke groeten.



G.A.Balk, revalidatiearts / secretaris VRA

Contactpersoon voor verdere informatie:
de heer P. Janssens, revalidatiearts
Maasstadziekenhuis, tel.nr.: 010-2913132
email: janssensp@maasstadziekenhuis.nl

Consultatievraag 1:

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

VRA: Het antwoord kan kort maar krachtig zijn: ja.

Consultatievraag 2:

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

VRA: Deze zijn ons niet bekend.

Consultatievraag 3:

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

VRA: De VRA deelt deze mening met de kanttekening dat voor de revalidatiegeneeskunde wellicht een andere regionale verdeling geldt. Het idee leeft dat anders dan bij andere specialismen juist schaarste in het westen van het land bestaat wellicht doordat er relatief meer opleidingscapaciteit buiten de Randstad is.

Consultatievraag 4:

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

VRA: Op zich deelt de VRA deze visie, echter wederom met een kanttekening: ons inziens is het wrang te noemen dat de schaarste vooral een gevolg lijkt van restrictief (lees: budgettering) beleid van overheidswege ingegeven door angst voor aanbodgedreven groei van de vraag. Daarnaast worden toegankelijkheid, kwaliteit en de betaalbaarheid van de zorg door meer factoren beïnvloed dan louter en alleen door het aantal medisch specialisten.

Consultatievraag 5:

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

VRA: Ja, wel wordt voorsnog voorbijgegaan aan het mogelijk bestaan van een na-ijleffect van de budgettering. Specialismen met jarenlange opgelegde krapte zullen wellicht niet erg geneigd zijn om nu in uitbreiding te investeren, ook al is er een tekort.

Consultatievraag 6:

Bestaan er andere factoren die het aanbod van medische 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?

VRA: Een niet genoemde factor is de relatieve onbekendheid van het vak revalidatiegeneeskunde bij basisartsen doordat het vak in het basiscurriculum (over het algemeen) nauwelijks aan de orde komt. Daarnaast vindt een groot deel van de revalidatiegeneeskunde plaats in revalidatiecentra waar niet of nauwelijks coassistenten komen.

Tot slot is het op het oog een vakgebied zonder heroïek, revalidatiegeneeskunde heeft geen "sexy uitstraling".

Consultatievraag 7:

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

VRA: Ons niet bekend.

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?

VRA: De procesbeschrijving is o.i. juist weergegeven. Alleen valt er een opmerking te plaatsen over de door de NZa weergegeven samenstelling van visitatiecommissies. Deze komt o.i. niet overeen met de realiteit waarbij de visitatiecommissie bestaat uit een tweetal (in ons geval) revalidatieartsen en een aios.

Consultatievraag 9:

Bent u het eens met de analyse van de knelpunten? Is deze analyse volledig? Zo nee, waarom niet?

VRA: Allereerst enige kanttekeningen: in de revalidatiegeneeskunde hebben UMC's (het UMCG uitgezonderd) geen erkenning voor de volledige opleiding, hetzelfde geldt voor STZ-ziekenhuizen. De opleiding wordt gegeven in opleidingscircuits daar er (UMCG uitgezonderd) geen instellingen bestaan die de gehele opleiding kunnen bieden. Opleiding vindt dan ook plaats (uitgezonderd de opleiding in het UMCG) in 2 of meer erkende opleidingsinstituten. De opleidingscircuits komen (geografisch) niet altijd overeen met de OOR's. Opleidingscircuits bestaan uit meerdere erkende opleidingsinstituten: revalidatiecentra, UMC's en/of algemene ziekenhuizen.

In de analyse komt niet naar voren dat de huidige, instellingsgerichte verdelingssystematiek nu al tot kwaliteitsverlies leidt doordat de interne samenhang van opleidingscircuits wordt verstoord. Zo wordt instroom opgelegd aan instellingen waar echter vanuit het oogpunt van kwaliteit beter doorstromen zou moeten plaatsvinden, bijvoorbeeld omdat bepaalde aspecten van de opleiding beter tot zijn recht komen aan het einde van de opleiding, niet aan het begin of juist andersom.

De genoemde regio's die UMC's vervullen, c.q. recent gekregen hebben, leidt m.n. bij de revalidatiegeneeskunde nogal eens tot problemen daar waar van oudsher de regio's lag bij revalidatiecentra en de revalidatiegeneeskunde zeker niet in alle UMC's tot volle wasdom is gekomen.

Consultatievraag 10:

Onderschrijft u de conclusies? Zo nee. Waarom niet?

VRA: Ja, behoudens dat op geen enkele wijze rekening gehouden wordt met het gegeven dat de opleiding van revalidatieartsen niet plaatsvindt in individuele instellingen (academisch, algemeen of categoriaal) maar in circuits.

Helaas wordt in de conclusie voorbijgegaan aan het gegeven dat het instellen van het opleidingsfonds gepaard gaat met een forse toename van de bureaucratie, waarbij voorbijgegaan wordt aan kwaliteitsaspecten en waarbij iedere voeling met de dagelijkse praktijk lijkt te ontbreken.

Consultatievraag 11:

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

VRA: De VRA acht de mogelijkheden binnen het specialisme beperkt, inzet van substitutie zal waarschijnlijk wel leiden tot verbetering van kwaliteit, echter naar verwachting niet tot een wezenlijke bijdrage aan de oplossing van het schaarsteprobleem.

Binnen de revalidatiegeneeskunde wordt van oudsher al het nodige uitbesteed, binnen behandelteams, aan andere teamleden. De revalidatiearts is echter binnen het team degene die de complexiteit en de indicatiestelling overziet. Het is niet wenselijk deze overzichthoudende taak te delegeren.

Consultatievraag 12:

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

VRA: Specifiek voor de revalidatiegeneeskunde worden geen mogelijkheden gezien. Op voorhand lijken er geen mogelijkheden te bestaan om delen van het werk op afstand te laten uitvoeren door derden.

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?

VRA: Deze kans wordt groot geacht. De neiging zal ontstaan om anderen de kastanjes uit het vuur te laten halen, de opslag te incasseren zonder zelf op te leiden.

Daarbij wordt eveneens voorbij gegaan aan de noodzakelijkheid van de aanwezigheid van een kwalitatief goed opleidingsklimaat in de ruimste zin. Het creëren van een dergelijk klimaat brengt kosten met zich mee die vervolgens niet te verhalen zijn, bedrijfseconomisch derhalve ongewenst.

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 het risico dat niet aan deze voorwaarden wordt voldaan?

VRA: Dit zal wisselen per specialisme. Specialismen die al lange tijd een overschot kennen zullen geneigd zijn hun instroom laag te houden. Het tegenovergestelde geldt voor die specialismen die al lange tijd kampen met tekorten. Zij zijn het die nu de toewijzing van VWS overschrijden.

Er mag naar de mening van de VRA geen beletsel zijn om als nieuwe opleidingsinstelling te starten, mits dat echter niet leidt tot discontinuïteit bij bestaande opleidingsinstellingen (binnen bestaande circuits) hetgeen erkend een kwaliteitsprobleem zal geven. Daarbij moeten de eisen gesteld aan een nieuwe opleidingsinstellingen niet anders zijn dan te stellen aan de bestaande opleidingsinstellingen, met andere woorden: geen voorkeursbehandeling. Afbreken van bestaande, kwalitatief goede opleidingen mag geen gevolg zijn van het toelaten van nieuwe aanbieders.

Verdeling van de opleidingsplaatsen over meer instellingen (als effect van marktwerking) zal zeker niet leiden tot verbetering van de kwaliteit van de opleiding in het algemeen.

Consultatievraag 15:

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

VRA: Geen aanvullingen van de kant van de VRA

Consultatievraag 16:

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

VRA: Naar mening van de VRA zijn er niet meer zinvolle opties te verzinnen / denkbaar.

Consultatievraag 17:

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

VRA: Optie 1 lijkt het meest voor de hand te liggen met wel een verruiming van de numerus fixus (en vervolgens de opleidingscapaciteit), niet opheffing.

Consultatievraag 18:

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

VRA: Optie 1

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?

VRA: Vanuit de revalidatiegeneeskunde is er geen reden de situatie te veranderen. Alle revalidatieartsen zijn in loondienst, ongeacht het type instelling waar men werkt. Daardoor zijn de belangen van de instelling over het algemeen in overeenstemming met de belangen van de individuele revalidatiearts.

Uiteraard is het de VRA bekend dat dit bij andere specialismen totaal anders kan liggen, dit zal echter per specialisme en/of per instelling verschillen. Een lokaal probleem vraagt dan ook een lokale oplossing.

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?

VRA: Ja

Consultatievraag 21:

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

VRA: Neen. De geschetste maatregelen betreffen een situatie die niet herkenbaar is vanwege het gegeven dat revalidatieartsen zoals eerder geschetst allen in loondienst zijn. Het aangeven van een prioritering in deze lijkt de VRA dan ook niet gepast.

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?

VRA: In het verlengde van het antwoord op consultatievraag 21 heeft de VRA hier geen mening over.

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? Licht uw antwoord toe.

VRA: Ja, het valt niet te ontkennen dat financiële prikkels sterk gevoeld worden. Toch is de VRA van mening dat de meeste specialisten met name gestuurd worden door kwaliteitsoverwegingen en inhoudelijke betrokkenheid bij de patiënt.