

Vergaderjaar 2007–2008

29 282

Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector

Nr. 68

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 17 juli 2008

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestond er bij enkele fracties behoefte een aantal vragen en opmerkingen voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 28 april 2008 inzake het Capaciteitsplan 2008 (Kamerstuk 29 289, nr. 57 herdruk).

De op 2 juni 2008 toegezonden vragen en opmerkingen zijn met de door de minister bij brief van 16 juli 2008 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Smeets

Adjunct-griffier van de commissie,
Clemens

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Halsema (GL), Kant (SP), Snijder-Hazelhoff (VVD), Ferrier (CDA), Ondervoorzitter, Joldersma (CDA), De Vries (CDA), Smeets (PvdA), Voorzitter, Van Miltenburg (VVD), Schippers (VVD), Omtzigt (CDA), Koşer Kaya (D66), Willemse-van der Ploeg (CDA), Van der Veen (PvdA), Schermers (CDA), Van Gerven (SP), Wolbert (PvdA), Heerts (PvdA), Zijlstra (VVD), Ouwehand (PvdD), Agema (PVV), Leijten (SP), Bouwmeester (PvdA), Wiegman-van Meppelen Scheppink (CU) en Vacature (algemeen).
Plv. leden: Van der Staaij (SGP), Vendrik (GL), Van Velzen (SP), Neppéus (VVD), Vietsch (CDA), Uitslag (CDA), Ormel (CDA), Van Dijken (PvdA), Verdonk (Verdonk), Dezentjé Hamming-Bluemink (VVD), Atsma (CDA), Van der Ham (D66), Çörüz (CDA), Gil'ard (PvdA), Smilde (CDA), Langkamp (SP), Vermeij (PvdA), Arib (PvdA), Kamp (VVD), Thieme (PvdD), Bosma (PVV), Luijben (SP), Tichelaar (PvdA), Ortega-Martijn (CU) en De Wit (SP).

Inhoudsopgave	blz.
I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties	2
1. Algemeen	2
2. Specialisten	3
3. Tandartsen	5
4. Huisartsen	5
5. PA/NP en de POH	6
6. Numerus fixus	6
II. Reactie van de minister	7

I. VRAGEN EN OPMERKINGEN VANUIT DE FRACTIES

1. Algemeen

De leden van de CDA-fractie hebben zich al meerdere malen uitgesproken voor een uitbreiding van de opleidingscapaciteit. Deze uitbreiding is in de ogen van deze leden noodzakelijk vanwege de onzekerheid over de vraagontwikkeling, de noodzaak van kortere wachtlijsten, een betere bereikbaarheid, lagere tarieven en meer onderlinge competitie op kwaliteit. Deze leden wijzen op de motie-Jan de Vries/Schippers van 27 maart 2008 (Kamerstuk 29 282, nr. 54), waarin de regering daarom wordt gevraagd te streven naar een overcapaciteit voor alle medische specialismen. Het kabinet constateert terecht dat het Capaciteitsorgaan streeft naar een evenwicht tussen vraag en aanbod. Het kabinet streeft naar «een ruim voldoende aanbod», terwijl de Kamer met de eerder genoemde motie heeft uitgesproken dat dat te weinig is. Waarom heeft het kabinet het oordeel van de Kamer niet gevolgd? Naar het oordeel van deze leden had dat moeten leiden tot een hogere instroom dan de bovenkant van het advies van het Capaciteitsorgaan. Er is nu maar sprake van een «lichte stijging» van de capaciteit. Het kabinet maakt ook niet duidelijk waarom die capaciteit niet verder verhoogd kan worden. Deze leden vragen alsnog een deugdelijke onderbouwing van die keuze. De leden van de CDA-fractie zijn beducht voor afscherming van het aanbod door zittende specialisten en huisartsen. Zij vragen of en in hoeverre de door het kabinet voorgestelde capaciteit zal leiden tot lagere tarieven.

De leden van de PvdA-fractie hebben met instemming kennis genomen van het Capaciteitsplan 2008, te meer daar het vorige capaciteitsplan stamt uit 2005. Met het kabinet zijn zij van mening dat de toenemende zorgvraag vroegtijdige afstemming van de opleidingen noodzakelijk maakt. Desalniettemin hebben deze leden nog een aantal vragen. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de zorgvraag zich de komende jaren zal ontwikkelen bij een toenemende marktwerking. Het Capaciteitsorgaan stelt immers de vraag of het «ramen» bij echte marktwerking, met vrije tarieven, nog wel voldoende betrouwbaar zal zijn. Het Capaciteitsorgaan vraagt zich ook af of «ramen» nog wel zinvol is wanneer de overheid zich nog verder terugtrekt. Graag vernemen zij hierop een reactie van de minister.

De leden van de PvdA-fractie vragen ook hoe de conclusie dat het Capaciteitsorgaan met de schatting van de groei van de zorgvraag naar de lage kant tendeert in verhouding staat tot de vraag naar meer en vraaggerichte zorg.

Met gemengde gevoelens hebben de leden van de SP-fractie kennis genomen van het standpunt van het kabinet. Deze leden vinden het weinig ambitieus gezien het geringe aantal artsen in ons land vergeleken

met de ons omringende landen zoals België en Duitsland en het bestaan van wachtlijsten in de zorg. Zij vragen of het niet wenselijker is de numerus fixus voor geneeskunde op te heffen en de opleidingscapaciteit voor specialistische vervolgopleidingen fors uit te breiden vanwege de groeiende zorgvraag en de toename van parttime werken in de zorg. Meer artsen zal de bereikbaarheid van de zorg verbeteren en ongewenste instroom van buitenlandse artsen tegengaan en kan een matigende invloed hebben op de salarissen van artsen. Is loting niet een onrechtvaardig middel waardoor jonge mensen met de wil en het talent om dokter te worden onterecht worden geweerd?

De leden van de SP-fractie vragen of het kabinetsstandpunt geheel in lijn is met de behoefteraming van het NIVEL dat een kwart meer artsen nodig acht in 2025.

De leden van de VVD-fractie hebben met belangstelling kennis genomen van het Capaciteitsplan 2008. Zij hebben hier enkele vragen en opmerkingen bij.

De leden van de VVD-fractie vragen de minister naar zijn mening over de daling van de gemiddelde arbeidstijd van zowel specialisten als huisartsen. Zij zien hierin een zorgelijke ontwikkeling in het licht van de door het Capaciteitsorgaan en de minister gesignaleerde toenemende zorgvraag.

2. Specialisten

Met het opleiden van specialisten zijn hoge kosten gemoeid. Met het kabinet achten de leden van de CDA-fractie een hoge uitval in de opleidingen ongewenst. Hoe verklaart het kabinet de verschillen tussen de verschillende opleidingen en wat gaat het doen om die grote uitval en verspilling van talent en middelen te verminderen?

De leden van de CDA-fractie zijn nog niet overtuigd van de noodzaak om voor de arts verstandelijk gehandicapten de minimale variant te volgen. Zij vragen aan het kabinet een nadere onderbouwing van het aspect «haalbaarheid». De aan het woord zijnde leden vragen waarom het kabinet ook zo voorzichtig is in de uitbreiding van de capaciteit voor verpleeghuisartsen en jeugdartsen. De leden van de CDA-fractie zien, gezien de stijgende vraag in de ouderenzorg en zorg voor jeugdigen en de bijbehorende beleidsontwikkeling, nu al meer reden voor een structureel ruimere opleidingscapaciteit.

De leden van de CDA-fractie vragen waarom het kabinet niet kiest voor een verdere uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor maag-darm-leverartsen, zoals gevraagd door het Nederlands Genootschap. Klopt het dat nu reeds 10 tot 15 procent van de vacatures niet vervuld is? Dreigen in Drenthe straks twee ziekenhuizen het zonder MDL-arts te moeten stellen? Zijn deze signalen geen reden voor uitbreiding van de capaciteit? Komt met 34 opleidingsplaatsen de continuïteit van een aantal opleidingen orthopedie in gevaar, zoals de Nederlandse Orthopedische Vereniging (NOV) beweert? Zijn er meer opleidingen door de geringe instroom in gevaar, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het klopt dat er structureel minder radiologen zijn opgeleid dan nodig is, omdat zij hun inkomen willen beschermen en vrezende voor beoordelingscentra die vanuit het buitenland goedkoper kunnen werken.

Genoemde leden vragen waar het verschil in opvatting over het benodigde aantal MDL-artsen zit tussen het Capaciteitsorgaan en de MDL-artsen zelf. Betreft dit verschil van inzicht alleen de screening op darmkanker? Is voldoende rekening gehouden met de verwachting dat het screenen van mensen in de toekomst zal toenemen? Deze leden vragen of er binnen het capaciteitsplan voldoende rekening is gehouden met een

toename van het aantal colonkankerpatiënten en de zorg die dit met zich meebrengt. De leden van de PvdA-fractie vragen of er inzicht bestaat in de oorzaken die ten grondslag liggen aan de geconstateerde afname van de gemiddelde arbeidsduur van specialisten. Welke concrete mogelijkheden ziet de minister om de uitval binnen specialistische opleidingen tegen te gaan?

Deze leden vragen waarom de uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor jeugdartsen slechts gedeeltelijk in 2009 wordt gerealiseerd. Wat wil de minister doen om de belangstelling voor de opleiding tot verpleeghuisarts, jeugdarts en arts verstandelijk gehandicapten te vergroten?

Ook vragen de leden van de PvdA-fractie of er binnen de medische zorg voldoende deskundigheid is op het gebied van de verslavingszorg.

De leden van de SP-fractie vragen waarom het aantal opleidingsplaatsen voor maag-darm-leverspecialisten niet wordt verhoogd tot 40 zoals de MDL-artsen gesteund door het NIVEL bepleiten? (zie Notitie benodigde instroom MDL-ziekten, L. F. J. van der Velden, NIVEL, 21 december 2007; Medisch Contact van 11 april 2008)

Deze leden verzoeken de minister toe te lichten waarom het aantal assistenten in opleiding tot specialist (aios) voor plastische chirurgie slechts zeven bedraagt in 2009 tegenover 23 in 2008? Zou de opleidingscapaciteit voor plastisch chirurgen niet verder moeten worden uitgebreid gezien de te verwachten toenemende zorgvraag (meer oncologische patiënten in het hoofd-halsgebied en de huid, reconstructieve chirurgie bij erfelijke borstkankerpatiënten, postbariatrische chirurgie)? Waarom neemt de minister het advies van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie niet over die pleit voor een jaarlijkse instroom van 15 tot 17 plastisch chirurgen om het benodigde aantal van 325 plastisch chirurgen te halen? Dit mede gezien de lange wachtlijsten die er voor plastische chirurgie bestaan.

De leden van de SP-fractie vragen waarom het aantal opleidingsplaatsen voor orthopedie wordt verlaagd van 50 naar 34. De NOV bepleit nagenoeg een verdubbeling van het aantal orthopeden van 550–600 nu naar 1000–1100 in de nabije toekomst, met name door de vergrijzing en de daarmee samenhangende enorme toename van het aantal heupfracturen en knie- en heupoperaties. Dit vergt een jaarlijkse opleidingscapaciteit van 56 tot 60 plaatsen. Is het niet ongewenst dat het aantal orthopedisch chirurgen afneemt terwijl de vraag toeneemt? Wil de minister het advies van de NOV overnemen? Is het overigens waar dat wanneer een arts in opleiding uitvalt zijn of haar plaats niet door een ander mag worden ingevuld? Zo ja, is de minister dan bereid het beleid op dit punt aan te passen om verlies van opleidingscapaciteit te voorkomen?

Deze leden vragen ook wat het kabinet bedoelt met de zinsnede dat de opleidingscapaciteit voor jeugdartsen gedeeltelijk vanaf 2009 wordt gerealiseerd en verdere uitbreiding op haalbaarheid wordt onderzocht. Worden in 2009 de benodigde 142 opleidingsplaatsen niet gehaald die volgens het Capaciteitsplan 2008 nodig zijn? Welk aantal dan wel? Is dit – gezien de wachtlijsten bij de jeugdzorg – niet onacceptabel? Onderschrijft de minister het standpunt dat in de jeugdzorg werkzame artsen minimaal jeugdarts (fase 1 van de opleiding Maatschappij en Gezondheid) moeten zijn? Zo ja, hoe gaat de minister dit bewerkstelligen?

Wat is het standpunt van het kabinet inzake het aanbesteden van het opleidingsfonds? Houdt aanbesteden niet het onacceptabele risico in dat regio's of ziekenhuizen hierdoor buiten de boot vallen en de continuïteit van de opleidingen in opleidingsinstellingen niet meer wordt gegarandeerd? (zie ook Medisch Contact van 11 april 2008)

Gezien de brief van 8 mei 2008 aan het UMC Groningen vragen de leden van de SP-fractie naar de reden dat de minister zich zo formeel opstelt inzake de opleidingscapaciteit in Noord- en Oost-Nederland. Vindt de minister dat het College voor de Beroepen en Opleidingen in de Gezond-

heidszorg (CBOG) de juiste criteria hanteert? Is er niet sprake van een reëel probleem in Noord- en Oost-Nederland dat oplossing verdient?

De leden van de VVD-fractie steunen de minister in zijn voornemen om opleidingen waarvan de kosten hoog zijn en die een relatief hoge uitval kennen (zoals bijvoorbeeld klinische geriatrie en reumatologie) te volgen. Met de minister beschouwen zij deze hoge uitval als ongewenst.

3. Tandartsen

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer het integrale rapport over de mondzorg is te verwachten. Zij achten spoedige besluitvorming over de numerus fixus tandheelkunde noodzakelijk. Is het kabinet van oordeel dat instroom vanuit het buitenland van invloed moet zijn op de hoogte van de numerus fixus? Wordt die instroom ook niet veroorzaakt door tekorten in eigen land, zo vragen de leden van de CDA-fractie.

De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer het nieuwe curriculum tandheelkunde gereed is en wat de reden is om mondhygiënist niet bij de besluitvorming te betrekken.

De leden van de SP-fractie vragen waarom het kabinet het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen met 20% verminderd, van 300 in 2006 naar 240 in 2008, nu blijkt dat – ondanks de taakherschikking – veel tandartsen uit het buitenland worden aangetrokken om tandheelkundige zorg in Nederland te leveren. Is het waar dat de reductie mede is ingegeven omdat de uitbreiding van de tandartsopleiding van vijf naar zes jaar budgettair neutraal moest verlopen?

Hoeveel tandartsen met een buitenlands diploma hebben zich vanaf 2001 jaarlijks in laten schrijven? Kan dit per jaar worden aangegeven? En hoeveel tandartsen met een Nederlands diploma hebben zich jaarlijks ingeschreven vanaf 2001? Kan dit per jaar worden aangegeven? Wat vindt de minister van deze verhouding?

Het rapport Innovatie Mondzorg geeft aan dat het dalend aantal tandartsen zal worden gecompenseerd door een groeiend aantal mondhygiënist en andere ondersteunende zorgverleners. Of die voortschrijdende delegatie zorginhoudelijk de vraagontwikkeling kan bijbenen is niet zeker. Dat geldt dus evenzeer de prognose of er in de toekomst voldoende tandartsen zullen zijn of niet, te meer daar de mondgezondheid onder jongeren lijkt af te nemen. Waarom wijkt het kabinet met betrekking tot de tandartsopleidingen in negatieve zin af van het Capaciteitsorgaan dat minder optimistisch is, terwijl het voor andere specialismen wel de bovenvariant van het Capaciteitsorgaan kiest? Moet de opleidingscapaciteit niet worden verhoogd in plaats van verlaagd?

De leden van de SP-fractie vragen voorts of het waar is dat, als er tariefsdalingen optreden voor tandheelkundige zorg, dit een onbedoeld negatief effect heeft op het budget voor opleidingen, aangezien het opleidingsbudget voor 20–30% afhankelijk is van inkomsten uit de zorg. Hoe groot is dit bedrag in procentuele en absolute zin? Is de minister bereid dit te compenseren?

4. Huisartsen

De leden van de CDA-fractie constateren met tevredenheid dat het kabinet het advies over de capaciteit voor huisartsen niet volgt en de capaciteit met 84 verhoogt. Maar waarom niet met 160, zo vragen deze leden. Enerzijds vanwege het grote aantal deeltijders onder huisartsen en anderzijds omdat zij met het kabinet namelijk niet overtuigd zijn dat de reservecapaciteit van onder andere waarnemers automatisch zal leiden tot meer instroom. Er is naar hun oordeel altijd behoefte aan waarnemers en er

zullen ook huisartsen blijven die graag als waarnemer fungeren en in deeltijd werken.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het aantal aanwezige waarnemers «regionaal gebonden» is.

De leden van de SP-fractie vragen of de huisartsenopleidingscapaciteit niet nog verder moet worden uitgebreid gezien de groeiende en complexere zorgvraag en de afnemende bereikbaarheid van de huisarts. (zie ook Medisch Contact van 8 februari 2008: «Aantal huisartsenvacatures blijft stijgen»)

5. PA/NP en de POH

De leden van de CDA-fractie zijn overtuigd van de toegevoegde waarde van de nurse practitioner (NP), de physician assistant (PA) en de praktijk-ondersteuner van de huisarts (POH). De substitutie-effecten zijn beperkt maar deze nieuwe groepen hebben gelukkig wel een deel van de toenevende vraag kunnen opvangen.

Wanneer is het onderzoek naar de behoefte aan een uitbreiding tot 400 van de opleiding tot PA en NP gereed, zoals gevraagd in de motie-Smilde c.s.?

Het NIVEL stelt dat de aanwezigheid van een POH in de praktijk voor een huisarts niet lijkt te leiden tot een lagere werklast. Het Capaciteitsorgaan zegt in een nieuwsbericht echter dat er geen tekort aan huisartsen is ontstaan door een sterke groei van de praktijkondersteuners. Deze vangen de groeiende vraag op van vooral chronisch zieken. De leden van de PvdA-fractie vragen hoe deze twee uitspraken te rijmen zijn. Helemaal gezien het feit dat er verderop in het Capaciteitsplan 2008 wordt geconstateerd dat er sprake is van een forse daling van de arbeidstijd van huisartsen, een toename van het aantal vrouwelijke huisartsen (feminisering) – terwijl vrouwen vaker parttime werken dan mannen – en van een ontwikkeling naar meer marktwerking.

Deze leden vragen welke taken de praktijkondersteuners zoal uitvoeren. Kan aangegeven worden hoe bijvoorbeeld de controles van een patiënt met diabetes verlopen, in welke mate worden deze patiënten door de huisarts zelf gezien c.q. beperkt de controle zich tot contact met de POH? De leden van de PvdA-fractie vragen ook of de randvoorwaardelijke wet- en regelgeving inzake de taakherschikking en de inzet van nieuwe beroepen, zoals de NP en de PA, nog in 2008 beschikbaar komt. Zij vragen tevens wat in de toekomst de substantiële bijdrage in de verpleeghuissector en de publieke gezondheidszorg is van de NP en de PA.

6. Numerus fixus

Tevreden constateren de leden van de CDA-fractie dat het kabinet de numerus fixus niet verlaagt. Wel vragen zij of, gezien de door deze leden bepleitte overcapaciteit, er geen verhoging van de numerus fixus voor de hand ligt. Waarom kiest het kabinet daar niet voor? Gezien ook de geringe belangstelling voor bepaalde specialismen zien deze leden daar reden toe. Het bevreemdt hen dat nu pas onderzoek wordt gedaan naar de behoefte aan basisartsen en hun wensen. Wanneer is het onderzoek gereed?

Ten aanzien van de numerus fixus geldt dat de leden van de VVD-fractie al geruime tijd pleiten voor een geleidelijke afschaffing. Zolang deze situatie nog niet gerealiseerd is, zijn deze leden van mening dat de minister de goede weg volgt door conform de opdracht van de Kamer het advies van

het Capaciteitsorgaan niet te volgen en de numerus fixus op dezelfde hoogte te houden in het licht van de toenemende zorgvraag.

II. REACTIE VAN DE MINISTER

1. Algemeen

De leden van CDA-fractie merken op dat zij het wenselijk achten dat het aanbod van medisch specialisten wordt vergroot. In de motie-De Vries/Timmer (Kamerstuk 29 282, nr. 54) is aangegeven dat dit onder meer gewenst is met het oog op de vergrijzing, deeltijdwerk en een toenemende zorgvraag en derhalve wordt het kabinet verzocht de numerus fixus voor de initiële opleiding geneeskunde niet te verlagen. Aan dit verzoek is om andere redenen gehoor gegeven in de kabinetsreactie op het Capaciteitsplan. Vergrijzing, deeltijdwerk, toenemende zorgvraag maken namelijk nadrukkelijk onderdeel uit van de ramingen die het Capaciteitsorgaan maakt. Zo wordt bij variabelen als vergrijzing rekening gehouden met zowel de vergrijzing van zorgverleners (aanbod), als met de vergrijzing van de bevolking (vraag) en de daarmee gepaard gaande verandering van de zorgvraag. Ook calculeert het Capaciteitsorgaan veranderende ziektebeelden in, die niet direct het gevolg zijn van de vergrijzing. Een voorbeeld hiervan is de toename van diabetes. Ook het toenemende deeltijdwerk wordt ingecalculeerd bij het aanbod van zorgaanbieders. Voor het volledige model verwijs ik naar bijlage 1 van het Capaciteitsplan.

Met inachtneming van onder meer bovengenoemde variabelen streeft het Capaciteitsorgaan naar een evenwicht tussen vraag en aanbod, maar geeft een advies af met een forse bandbreedte van bijna 20%: de bovenkant van het advies betreft een verhoging van de huidige instroom van medisch specialisten die noodzakelijk is als men er vanuit gaat dat er geen enkel substitutie-effect optreedt met nieuwe beroepsgroepen, zoals de PA of de NP. De onderkant van het advies betreft een verlaging van de huidige instroom van medisch specialisten die kan plaatsvinden als men er vanuit gaat dat de nieuwe beroepsgroepen wel degelijk een bijdrage leveren aan het opvangen van de toenemende zorgvraag.

Het kabinet streeft naar een ruim aanbod van zorgverleners. Ook verwacht het kabinet dat de nieuwe beroepsgroepen een substantiële bijdrage leveren aan het opvangen van de toenemende zorgvraag. Derhalve creëert het kabinet de mogelijkheid tot zowel uitbreiding van het aantal medisch specialisten als uitbreiding van de nieuwe beroepsgroepen. Recentelijk heb ik de Kamer geïnformeerd over de verhoging van de instroom voor deze nieuwe beroepsgroepen (MEVA/BO-2854566 van 12 juni 2008). Het cumulatieve effect van de verhoging van de instroom van medisch specialisten, als ook van de PA en NP maakt dat er een ruim aanbod wordt bereikt. Het kabinet is namelijk van mening dat een groeiende zorgvraag niet alleen door specialisten wordt opgevangen. Efficiënte inzet van zorgpersoneel is de aankomende jaren ook van belang.

Het cumulatieve effect van de uitbreiding van medisch specialisten, de verhoging van de instroom bij de huisartsenopleiding, de beperkte belangstelling bij bepaalde opleidingen (arts verstandelijk gehandicapten, verpleeghuisarts en tot voor kort bij de jeugdarts), als ook het ongewenste effect van de grote schommelingen bij de initiële opleiding geneeskunde, maken dat het kabinet de numerus fixus niet heeft willen verlagen.

Ten opzichte van het beleid van mijn voorganger zal overigens de opleidingscapaciteit bij medisch specialisten wederom worden uitgebreid met ruim 200 assistenten in opleiding tot specialist (AIOS). Waren er in 2000 nog 3300 AIOS, inmiddels is dat aantal toegenomen tot ruim 5700. De piek van de uitbreiding lag in 2003 en 2004. Dat maakt, rekening houdend met een gemiddelde opleidingsduur van vijf jaar, dat de effecten van deze uitbreiding de aankomende jaren merkbaar zullen worden.

De leden van de CDA-fractie leggen, evenals de leden van de SP, een verband tussen het aantal medisch specialisten, de uurtarieven en de salarissen van medisch specialisten: meer aanbod van medisch specialisten leidt tot een lagere prijs. Dit verband gaat op dit moment met betrekking tot zorgmarkt nog nauwelijks op. Het DBC-tarief bestaat uit twee componenten: een kostencomponent en een honorariumcomponent. De honorariumcomponent wordt bepaald door de normtijd per zorgactiviteit te vermenigvuldigen met het normatief onderbouwde uurtarief (PxQ benadering). Grondslag voor het uurtarief is het rapport van de adviescommissie uurtarief medisch specialisten en het akkoord dat de minister van VWS hierover met de Orde van Medisch Specialisten heeft gesloten. Het uurtarief is hiermee normatief en onderbouwd. Het is een vast tarief met een bandbreedte. Over het uurtarief kunnen ziekenhuizen en/of medisch specialisten niet onderhandelen met de zorgverzekeraar; ook niet in het B-segment. Het ziekenhuis kan intern wel met de medisch specialist onderhandelen over de bandbreedte van € 6,00. Dit heeft echter geen invloed op het honorariumbedrag dat bij de patiënt of de zorgverzekeraar in rekening wordt gebracht.

Naast de honorariumcomponent, bevat een DBC ook een kostencomponent. Deze dient in het A-segment ter dekking van het FB-budget. In het B-segment met vrije prijzen kan over de kostencomponent vrij onderhandeld worden.

Op termijn streef ik ernaar om het uurtarief los te laten en ook voor medisch specialisten over te gaan tot vrije prijsvorming. In dat geval zou het zo kunnen zijn dat, bij voldoende aanbod, de concurrentie een drukkend effect heeft op de tarieven. Op dit moment acht ik het nog niet verantwoord om de honoraria voor medisch specialisten vrij te laten.

De leden van de PvdA-fractie vragen zich naar aanleiding van opmerkingen van het Capaciteitsorgaan af of ramen nog wel zinvol is bij een verder toenemende rol voor de markt en daarbij een terugtrekkende overheid. Ik merk op dat de huidige situatie voorlopig nog niet voldoet aan de criteria van een markt: de tarieven zijn immers nog niet vrijgegeven en inzicht in de prijs en de kwaliteit zijn nog in ontwikkeling. Op dit moment bestaat er eigenlijk nog geen echte markt. Naar verwachting zal dit langzaam toenemen, maar ook dan zal ramen noodzakelijk blijven. Ook dan is het nodig om over informatie te beschikken om ontwikkelingen te signaleren (vergrijzing of toename diabetes) en te betrekken bij het beleid voor zowel overheid als zorgsector.

Voor de beantwoording van de vraag van de leden van de PvdA hoe de groei van de zorgvraag zoals het capaciteitsorgaan deze inschat zich verhoudt tot een meer vraaggerichte zorg, verwijs ik allereerst naar mijn beantwoording van de vraag van de leden van de CDA-fractie. Daarin geef ik aan dat medisch specialisten niet de enige partij zijn die een bijdrage leveren aan het opvangen van de toenemende zorgvraag. Met de uitbreiding van de instroom van medisch specialisten, aangevuld met NP/PA, waar ook de instroom eveneens wordt verhoogd, zal het aanbod ruim voldoende zijn voor het creëren van een meer vraaggerichte zorg.

De leden van de SP-fractie stellen voor om de instroom in de medische vervolgoopleidingen fors te verhogen om zodoende de salarissen van artsen te kunnen matigen en ongewenste instroom van buitenlandse artsen te voorkomen. In aanvulling op het bovenstaande merk ik op dat de instroom in de medische vervolgoopleidingen al jaren stijgt. De huidige verhoging zal dit aantal alleen maar verder laten toenemen, waardoor in dit decennium bijna een verdubbeling van het aantal assistenten in opleiding is bereikt. Het kabinetsbeleid is daarmee in lijn met de behoefte-raming van het NIVEL. Een soortgelijk beeld is overigens zichtbaar bij de opleidingscapaciteit van de initiële opleiding geneeskunde en de huisartsenopleiding. Deze groep van AIOS en huisartsen in opleiding (HAIO's) ronden juist in deze periode hun opleiding af en komen op de markt. Het opleiden van medisch specialisten brengt echter ook forse maatschappelijke kosten met zich mee. Daar komt bij dat als men niet werkzaam is als arts, de eis tot herregistratie maakt dat men na verloop van tijd de titel kan verliezen. Een al te groot overschot van medisch specialisten leidt in dat geval tot kapitaalvernietiging. Tot slot constateer ik dat binnen Europa vrij verkeer van personen en diensten geldt en de instroom van Europese artsen niet als ongewenst kan worden betiteld.

De leden van de VVD-fractie achten de daling van de arbeidstijd een zorgelijke ontwikkeling in het licht van de toenemende zorgvraag. Mijn reactie hierop is als volgt. In het model van het Capaciteitsorgaan wordt steeds rekening gehouden met de toenemende deeltijdfactor van zorgverleners, zo ook in het laatste advies. Hoewel deze toenemende deeltijdfactor wellicht ongewenst is, anticipeert de huidige instroom hier wel op. Tekorten als gevolg van verder afnemende arbeidstijden worden daarmee ondervangen.

De verwachting is overigens dat de daling van arbeidstijd ook het gevolg is van het feit dat men pensioen uitstelt: men blijft langer op de arbeidsmarkt, zij het voor een kleiner dienstverband dan voorheen. Dat zou winst betekenen, omdat men wel langer in het arbeidsproces participeert. Feit blijft dat het kabinet over de hele linie van de arbeidsmarkt graag ziet dat deeltijdbanen zo veel mogelijk worden uitgebreid naar voltijdbanen, om de arbeidsparticipatie onder de beroepsbevolking te vergroten. Het kabinet zou graag zien dat zij hun arbeidstijd uitbreiden. Het deeltijdpercentage onder deze groep impliceert een zekere reservecapaciteit: het zijn reeds goed opgeleide artsen die bij een toename van de vraag meer zouden kunnen gaan werken.

Ik zal het Capaciteitsorgaan verzoeken om bij toekomstige adviezen een uitsplitsing te geven van de arbeidstijd naar leeftijdscohort.

2. Specialisten

Het leden van de CDA- en de PvdA-fractie vragen hoe het kabinet de verschillen per specialisme verklaart in uitval tijdens de opleiding en wat het kabinet er aan gaat doen om hoge uitval te verlagen. Het is relevant om te vermelden dat het Capaciteitsorgaan in dit advies voor het eerst de uitval per specialisme inzichtelijk heeft gemaakt. Waar men voorheen uitging van een uniform uitvalpercentage bij alle specialismen, blijken de verschillen tussen de specialismen in de praktijk fors te zijn. Naar de oorzaak kunnen we vooralsnog alleen gissen, aangezien dit niet eerder bekend was en nooit is onderzocht. Onderzoek is dan ook de eerste stap die gezet moet worden. Zodra de oorzaak van de uitval duidelijk is, kunnen passende maatregelen worden getroffen.

De leden van de CDA-fractie vragen het kabinet het aspect maximale haalbaarheid van de instroom te onderbouwen bij de opleiding tot arts verstandelijk gehandicapten. De inschatting over de haalbaarheid is door

de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland gemaakt. Het is moeilijk om voor deze opleiding voldoende kandidaten te vinden. In overleg met VGN zal worden gezocht naar manieren om de opleidingscapaciteit uit te breiden.

De leden van het CDA-fractie vragen waarom het kabinet terughoudend is met de uitbreiding voor de opleiding tot verpleeghuisarts. Allereerst merk ik op dat het kabinet het advies van het Capaciteitsorgaan één-op-één heeft overgenomen. Het Capaciteitsorgaan maakt een voorbehoud voor de langere termijn, gezien de nodige veranderingen die gaande zijn, en stelt voor het advies over twee jaar te herzien. De opleiding tot verpleeghuisarts is namelijk recentelijk uitgebreid van een tweejarige naar een driejarige opleiding. Daarnaast is de belangstelling voor de opleiding altijd beperkt geweest, maar is de verwachting dat dit, met de toename van basisartsen de komende jaren verandert. Tot slot is het belangrijk om te vermelden dat de verpleeghuisarts niet de enige arts is die een rol heeft in de ouderenzorg: de huisarts, de internist en de klinisch geriater leveren allen een bijdrage aan de ouderenzorg.

De leden van de CDA- en SP-fractie vragen waarom de zorg voor jeugdigen niet nu al meer reden is voor een structureel ruimere opleidingscapaciteit. Voor de opleiding tot jeugdarts was voorheen beperkte belangstelling. De opleiding is herzien en vorig jaar heeft het Capaciteitsorgaan voor deze sector geadviseerd om de instroom te laten toenemen tot 142 per jaar. Dat advies behelst een enorme stijging die slechts stapsgewijs gerealiseerd kan worden. Deze stijging is overigens niet alleen het gevolg van de vergrijzing van de huidige jeugdartsen, maar ook vanwege de kwaliteitsimpuls die de consultatiebureaus willen bewerkstelligen. Bij de thuiszorg/JGZ-instellingen is het overgrote deel van de, vaak in deeltijd werkende artsen, nog basisarts. Zij willen in plaats hiervan op termijn komen tot een niveau van ca. 60% opgeleide jeugdartsen. Voor 2009 is er extra instroom mogelijk gemaakt voor 24 personen, waardoor deze stijgt tot 72. Dit aantal is op basis van het plan dat de koepelorganisaties Actiz en GGD Nederland hebben opgesteld, waarin zij uitwerken hoe een uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor jeugdarts mogelijk is, en welke stappen hiervoor nodig zijn, uitgaande van de bestaande opleidingsinfrastructuur van de opleiding voor jeugdarts.

Leden van het PvdA-fractie vragen wat er aan gedaan kan worden om de belangstelling voor de opleiding tot verpleeghuisarts, jeugdarts en arts verstandelijk gehandicapten te vergroten. Een belangrijke factor voor verandering is gelegen in het aantal basisartsen dat er op de markt komt. Zoals aangegeven is ook de opleidingscapaciteit bij medisch specialisten en huisartsen de afgelopen jaren fors gestegen. De beschikbare basisartsen gaven er in de afgelopen periode de voorkeur aan om medisch specialist of huisarts te worden en in mindere mate sociaal geneeskundige, de groep waar de jeugdarts onder valt. In dezelfde periode is de numerus fixus voor de opleiding geneeskunde verhoogd. Deze «extra» studenten ronden nu en de aankomende jaren hun opleiding geneeskunde af en is de verwachting dat het aantal belangstellenden voor bovengenoemde opleidingen toeneemt. Daar staat tegenover dat het veld zelf verantwoordelijk is voor het werven van kandidaten voor de opleidingen. Voor de opleiding voor jeugdarts pakken de koepelorganisaties Actiz en GGD Nederland dit op.

Leden van de SP-fractie vragen of het standpunt onderschreven wordt dat in de jeugdgezondheidszorg werkzame artsen minimaal jeugdarts (fase 1 van de opleiding arts maatschappij en gezondheid) moeten zijn. Ik ben van mening dat ook in de jeugdgezondheidszorg de artsen, gelet op hun professionele verantwoordelijkheid, bevoegd en bekwaam moeten zijn

om goede zorg te leveren. Over hoe dit verder vormgegeven wordt, ben ik nog in overleg met de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet hierop toe op grond van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de Kwaliteitswet Zorginstellingen.

Ik verwacht dat er met bovengenoemde geleidelijke uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor jeugdartsen een forse kwaliteitsimpuls wordt gegeven aan de jeugdgezondheidszorg.

Dan constateer ik dat de leden van de CDA-, PvdA- en SP-fractie diverse vragen stellen naar aanleiding van signalen van wetenschappelijke verenigingen. In reactie daarop wil ik allereerst uiteenzetten hoe een advies van het Capaciteitsorgaan tot stand komt.

In het voorbereidende traject worden alle wetenschappelijke verenigingen gevraagd om input te leveren: wat verandert er in hun vakgebied? Is er onderzoek gedaan? Alles kan worden gemeld dat van invloed is op vraag en aanbod en voorzover de factoren objectief dan wel aannemelijk zijn, houdt het Capaciteitsorgaan hier rekening mee bij de totstandkoming van het advies.

De weging van alle factoren wordt voorgelegd aan de Kamer medisch specialisten. Die moet beoordelen of het bureau van het Capaciteitsorgaan de gegevens juist heeft verwerkt. Vervolgens beslist het plenair orgaan, waarin naast medisch specialisten ook verzekeraars en ziekenhuizen zijn vertegenwoordigd, of het advies juist is.

Als minister ben ik terughoudend bij individuele standpunten van wetenschappelijke verenigingen. In de procedure hebben zij immers een prominente rol. Wel is er te allen tijde de afspraak dat het Capaciteitsorgaan een monitoringsfunctie heeft. Mocht er op basis van voortschrijdend inzicht bestaande uit objectieve feiten een ander beeld ontstaan, dan adviseert het Capaciteitsorgaan mij daarover. Ik zal mij dan beraden of ik het advies over neem. Dit was eind 2006 bijvoorbeeld het geval met een bijgesteld advies over de opleidingscapaciteit huisartsen.

De situatie bij de maag-darm-lever-artsen (MDL) is een discussie tussen de beroepsgroepen. Waar de MDL-artsen een grote groei verwachten voor hun vakgebied, zien de internisten dezelfde groei voor hun vakgebied. De internisten stellen juist dat zij breed inzetbaar zijn en dat deze handelingen niet uitsluitend door MDL-artsen moeten worden verricht, maar ook door de internist, zodat deze de vaardigheid behoudt. Hier is sprake van substitutie tussen MDL-arts en internist. In het buitenland wordt bij dit vakgebied juist vaker gewerkt met gespecialiseerde verpleegkundigen bij de MDL. De samenstelling van het Capaciteitsorgaan en de werkwijze is juist om die reden zodanig ingericht dat een dergelijke discussie daar moet worden gevoerd.

Ik constateer ook misverstanden bij wetenschappelijke verenigingen. Zij stellen dat het Capaciteitsorgaan geen rekening heeft gehouden met zaken, waar dat wel is gebeurd. Het wel of niet meenemen van de vacatures bij de MDL-artsen of het wel of niet meenemen van epidemiologische (waaronder colonkanker) ontwikkelingen zijn hier een voorbeeld van. Het huidige advies van een instroom van 29 MDL-artsen impliceert daarom ook een forse stijging ten opzichte van het voorgaande advies (19).

De leden van het CDA en de SP-fractie stellen soortgelijke vragen over de orthopedie. Ook bij orthopedie is rekening gehouden met epidemiologische factoren, in casu de toename van knie en heupoperaties. Het advies valt echter lager uit, omdat de orthopeden de afgelopen jaren meer AIOS

hebben laten instromen in de opleiding dan het Capaciteitsorgaan adviseerde. Hiermee is de pijn van orthopeden in opleiding vergroot en kan de instroom in de opleiding de aankomende jaren ietwat worden verlaagd om desondanks een evenwicht te bereiken. De orthopeden hebben hiermee zelf een jojo-effect gecreëerd. De leden van de SP-fractie vragen nog specifiek naar de mogelijkheid om uitval van AIOS te mogen vervangen. Het Capaciteitsorgaan houdt in de ramingen specifiek rekening met de uitval die optreedt tijdens de opleiding: immers, om over tien jaar voldoende opgeleide orthopeden te hebben, moet je rekening houden met een zekere uitval tijdens de opleiding. De instroom wordt op voorhand verhoogt, waardoor uitval is ingecalculleerd.

De leden van de PvdA vermoeden inkomensbescherming bij radiologen door minder radiologen op te leiden dan nodig zijn. Bij de radiologie constateer ik dat zij inderdaad achterblijven bij het genoemde advies, maar dat de opleidingscapaciteit sinds 2005 stijgt van 55 naar 77 en steeds beter aansluit bij het advies.

De leden van de SP-fractie vragen zich af waarom er slechts zeven plastische chirurgen worden opgeleid, mede gezien de toenemende vraag bij oncologische patiënten. Hierboven heb ik reeds de werkwijze van het Capaciteitsorgaan, als ook de rol van de wetenschappelijke verenigingen bij de totstandkoming van het advies toegelicht. Op grond van demografische factoren zou er amper instroom hoeven plaatsvinden in de opleiding tot plastisch chirurg. Het feit dat de instroom op zeven wordt gesteld is vrijwel geheel het gevolg van epidemiologische ontwikkelingen (oncologie en oncologische reconstructie). Ik begrijp dat de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie in gesprek is met het Capaciteitsorgaan, omdat de NVPC thans een onderzoek uitvoert dat nieuwe feiten zou bevatten. Ik wacht de reactie van het Capaciteitsorgaan af.

De leden van de PvdA-fractie vragen of er inzicht bestaat in de oorzaken die ten grondslag liggen aan de geconstateerde afname in gemiddelde arbeidsduur. Ik moet daar ontkennend op antwoorden. Er is weinig bekend over de exacte werktijden van medisch specialisten en evenmin over de oorzaken van veranderingen. Het Capaciteitsorgaan geeft in het advies 2008 aan dat het bijvoorbeeld vermoedt dat onverwachte mutaties bij heilkunde in 2006 wellicht het gevolg waren van de onzekerheid over het uurtarief.

De leden van de PvdA-fractie vragen of er binnen de medische zorg voldoende deskundigheid is op het gebied van verslavingszorg. Er bestaat geen specifieke vervolgopleiding voor de verslavingszorg. Dat wil echter niet zeggen dat er binnen de verslavingszorg geen professionaliseringsslag wordt gemaakt. De sector is zelf actief om basisartsen middels cursussen en bij- en nascholing te bekwaamen in de verslavingszorg. Daarnaast worden er (onderdelen van) bachelor en master opleidingen opgezet voor verschillende beroepsgroepen die werkzaam zijn in de verslavingszorg. Tot slot houdt ook de Raad voor Bekwaamheidsontwikkeling zich bezig met bekwaamheidsontwikkeling voor de verslavingszorg.

De leden van de SP-fractie vragen wat het standpunt is van het kabinet inzake het aanbesteden van het opleidingsfonds. Voor de beantwoording van deze vraag verwijs ik eerst naar de brief die de Kamer in februari vorig jaar is toegestuurd, naar aanleiding van het ECRi rapport. In dit rapport is een zorgvuldige analyse opgenomen over de stappen die gezet moeten worden alvorens het verantwoord is om over te gaan tot aanbesteden. De markt dient transparant te zijn, er dient inzicht te zijn in de kostprijs en in de kwaliteit van opleidingen. Ik constateer dat deze randvoorwaarden nog

niet zijn gecreëerd en dat kleine stappen richting een markt worden gezet. Als regio's of ziekenhuizen door aanbesteding buiten de boot vallen, omdat zij kwalitatief onvoldoende en/of duur opleiden, vind ik dat op zich niet onwenselijk.

Tot slot vragen de leden van de SP-fractie naar de positie van de regio Noordoost Groningen en de verdeelcriteria die het CBOG bij de toewijzing hanteert. Het feit dat de regio in 2006 minder hard is gegroeid dan andere regio's is een erfenis van de systematiek uit het verleden. Ik ben overigens niet van mening dat de situatie in de regio Noordoost Nederland nu zodanig uit de pas is gelopen dat het ingrijpen van mijn kant vereist. Het staat iedere partij vrij het CBOG op zijn verantwoordelijkheid te wijzen om rekening te houden met relevante factoren bij de toedeling van opleidingsplaatsen. Het CBOG is bovendien een stichting die bestaat uit veldpartijen en ik verwacht dat het CBOG in staat zijn om rekening te houden met relevante factoren. Ik acht kwaliteit bijvoorbeeld gewenst als factor om rekening mee te houden bij het toedelen van opleidingsplaatsen, zoals ik het CBOG ook heb aangegeven in mijn kader voor 2009.

3. Tandartsen

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer zij het integrale rapport over de mondzorg kunnen verwachten, omdat zij het belang inzien voor de numerus fixus tandheelkunde.

De integrale raming mondzorg betreft een eerste raming van het Capaciteitsorgaan op dit terrein. Het betreft tevens een uitbreiding van medisch en tandheelkundig specialisten naar tandartsen en mondhygiënisten. Derhalve is het Capaciteitsorgaan begonnen met een onderzoek naar de beschikbaarheid en betrouwbaarheid van data op dit terrein, wat meer tijd in beslag heeft genomen dan verwacht. Na de raming voor medisch en tandheelkundig specialisten te hebben opgeleverd, zal dit advies voortvarend ter hand worden genomen. Navraag bij het Capaciteitsorgaan leert dat een integrale raming in de loop van 2009 beschikbaar zal zijn.

De leden van de CDA-fractie vragen of er bij het vaststellen van de numerus fixus rekening moet worden gehouden met de instroom vanuit het buitenland. In het verlengde daarvan vragen zij zich af of die instroom ook niet veroorzaakt wordt door tekorten in eigen land. Mijn reactie op deze vraag is tweeledig. Binnen Europa geldt vrij verkeer van personen en diensten, waardoor instroom vanuit het buitenland in geen geval als ongewenst betiteld kan worden en hier rekening mee gehouden dient te worden. Instroom vanuit landen buiten Europa zie ik anders, in het bijzonder ten aanzien van landen die zelf met schaarste te maken hebben. Overigens verwacht ik dat instroom vanuit het buitenland niet per se het gevolg is van tekorten aan beroepsbeoefenaren, maar wellicht ook van de tarieven of een beter ondernemersklimaat.

De leden van de PvdA-fractie vragen wanneer het nieuwe curriculum van de tandheelkunde gereed is. Naar verwachting leggen de opleidingsinstellingen het nieuwe curriculum dit jaar nog aan de NVAO voorleggen voor de Toets Nieuwe Opleidingen (TNO).

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom de mondhygiënisten niet bij de besluitvorming zijn betrokken door het Capaciteitsorgaan. Ongeacht de reden kan ik aangeven dat ik uitsluitend een advies van het Capaciteitsorgaan zal overnemen waarbij hun data en standpunten zijn meegewogen.

De leden van de SP-fractie vragen waarom de numerus fixus met 20% wordt verlaagd nu blijkt dat ondanks de taakherschikking de instroom van tandartsen uit het buitenland hoog is. De conclusie van de leden van de SP-fractie dat deze instroom vanuit het buitenland «ondanks de taakherschikking» hoog blijft behoeft nuancering. De numerus fixus wordt thans stapsgewijs aangepast voor de opleiding tandheelkunde, waardoor de effecten pas over vijf à zes jaar merkbaar zullen zijn bij uitstroom uit de opleiding. Daar staat tegenover dat pas sinds 2006 de eerste mondhygiënist de vernieuwde opleiding hebben afgerond en taakherschikking mogelijk begint te worden. Bovendien is de afgelopen paar jaar de opleiding tot mondhygiënist pas voor het eerst volledig bezet. Deze extra kandidaten moeten nog uitstromen uit de opleiding. Kortom, de effecten van taakherschikking zijn pas op de langere termijn merkbaar en ik beschouw de instroom vanuit het buitenland in dit verband dan ook als een autonoom gegeven.

De leden van de SP-fractie vragen hoeveel tandartsen met een buitenlands diploma zich vanaf 2001 jaarlijks in hebben laten schrijven in vergelijking met tandartsen met een Nederlands diploma.

	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Registratie Nederlandse Tandartsen	217	200	217	223	221	258
Registratie buitenlandse tandartsen	122	137	178	171	191	196
<i>Vanuit Europa(EER-gebied)</i>	113	109	127	116	140	157
<i>Buiten Europa</i>	9	28	51	55	51	39

Het overgrote deel van de inschrijvingen vanuit Europa is afkomstig uit België en Duitsland. Vooral vanuit België is het bekend dat dit vaak Nederlanders zijn die in België de opleiding hebben gevolgd. Bij deze gegevens moet men zich realiseren dat het feit dat een persoon zich in een bepaald jaar heeft laten inschrijven, niet betekent dat deze persoon nog steeds ingeschreven staat, in leven is of werkzaam is als tandarts. Het zou interessant zijn om bovenstaande cijfers te vergelijken met het aantal Nederlandse (tand)artsen dat in het buitenland werkzaam is, om te kunnen beoordelen wat de consequenties zijn van het vrije verkeer van personen en diensten binnen Europa. Hiervan wordt echter geen registratie bijgehouden.

De leden van de SP-fractie vragen waarom het kabinet in negatieve zin afwijkt van het advies van het Capaciteitsorgaan aangaande de tandartsenopleiding, terwijl het bij het overige advies juist de hoge varianten volgt. Zoals reeds aangegeven in het kabinetsstandpunt op het Capaciteitsplan worden de opmerkingen van het Capaciteitsorgaan over de mondzorg als signaal aangenomen. Het Capaciteitsorgaan beschikt immers nog niet over betrouwbare data van tandartsen en mondhygiënist of het aangepaste curriculum tandheelkunde. Het kabinet beschouwt de uitspraken van het Capaciteitsorgaan als voorbarig en wacht het integrale rapport derhalve af.

De opmerkingen van de leden van de SP-fractie inzake de tariefsdaling en het feit dat dit een onbedoeld negatief effect heeft op het budget voor opleidingen kan ik niet plaatsen. Indien hiermee de tandheerkundige vervolgoopleidingen worden bedoeld komen dergelijke gegevens mij niet bekend voor. Ook mijn ambtgenoot bij OCW herkent deze informatie niet voor de initiële opleiding tandheelkunde.

4. Huisartsen

De leden van de CDA-fractie vragen zich af waarom de opleidingscapaciteit voor huisartsen niet direct met 160 wordt verhoogd, deels vanwege het grote aantal deeltijders en deels vanwege de onzekerheid over de reservecapaciteit van onder andere waarnemers. Mijn reactie daarop is tweeledig. Enerzijds kiest het kabinet voor een gelijkmatige uitbreiding, omdat een forse uitbreiding in het verleden geen sinecure is gebleken. Anderzijds geeft het Capaciteitsorgaan aan dat het onzekerheden waarneemt bij het afgeven van een advies voor de huisartsencapaciteit gezien de minder voorspelbare invulling van het huisartsenvak. Waar men vroeger vooral een solopraktijk had, kan men nu ook kiezen voor een groepspraktijk, een dienstverband (hidha – huisarts in dienst bij een huisarts) of een baan als waarnemer.

Met factoren als deeltijdwerk wordt rekening gehouden in de raming, waardoor eventuele toekomstige verlagingen zijn ingecalculeerd in de huidige instroom. Het aantal waarnemers is echter fors hoger gebleken dan noodzakelijk wordt geacht (zie ook vergaderjaar 2007–2008, 29 282, nr. 64). Of deze «extra waarnemers» vooral huisartsen zijn die hun pensioen uitstellen of net afgestudeerd zijn en op zoek zijn naar een praktijk, moet nog blijken. Het Capaciteitsorgaan heeft aangegeven binnen twee jaar een nieuw advies uit te brengen.

De leden van de PvdA-fractie vragen of het aantal aanwezige waarnemers regionaal gebonden is. Navraag bij het Capaciteitsorgaan leert dat het helaas niet beschikt over dergelijke informatie.

De leden van de SP-fractie vragen of uitbreiding van de huisartsenopleidingscapaciteit niet gewenst is gezien de groeiende en complexere zorgvraag en de afnemende bereikbaarheid van de huisarts. Bij de antwoording van deze vraag wil ik nadrukkelijk wijzen op de rol van praktijkondersteuner van de huisarts (POH) en de nieuwe beroepsgroepen (PA en NP). Ook het Capaciteitsorgaan geeft aan dat deze beroepsgroepen een substantiële bijdrage leveren aan het opvangen van de groeiende zorgvraag. Deze beroepsgroepen vangen de zorg voor chronische patiënten op, waardoor de huisarts ruimte krijgt voor meer complexe zorg. Ik ben van mening dat met de huidige uitbreiding een goede stap is gezet.

5. PA/NP en de POH

De leden van de CDA-fractie vragen wanneer het onderzoek naar de behoefte aan een uitbreiding tot 400 van de opleiding tot PA en NP gereed is, zoals gevraagd in de motie-Smilde c.s. Ik kan aangeven dat op 28 april 2008 de HBO-raad het onderzoeksrapport «De arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan nurse practitioners en physician assistants» heeft aangeboden. Het onderzoek geeft zicht op de bestaande en toekomstige arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte en vormt een waardevolle aanvulling op de beperkte arbeidsmarktanalyse van PA's en NP's in het Capaciteitsplan 2008. In het onderzoek zijn werknemers (afgestudeerde PA's en NP's), werkgevers (managers in ziekenhuizen en andere zorginstellingen) en de opleidingen bevroegd. De verschillende invalshoeken geven een gedetailleerd beeld van de onderhavige arbeidsmarkt. Op basis van de resultaten van dit onderzoek hebben mijn ambtgenoot van OCW en ik besloten om met ingang van 1 september 2008 de jaarlijkse instroom in de opleidingen tot PA en NP te verhogen van 325 naar 400 plaatsen. Daarmee wordt uitvoering gegeven aan de motie-Smilde c.s. (Kamerstuk 30 300 XVI, nr. 42). De Kamer is hier op 12 juni over geïnformeerd (Kamerstuk 29 282, nr. 64).

De leden van de PvdA-fractie vragen hoe de uitspraken van het Capaciteitsorgaan te rijmen zijn dat het enerzijds stelt dat praktijkondersteuners een fors aandeel van de groeiende vraag hebben opgevangen en er derhalve in de afgelopen periode geen tekort is ontstaan, terwijl het Capaciteitsorgaan ook stelt dat de inzet niet leidt tot een lagere werklast. Met deze leden constateer ik een paradox in deze uitspraak. De groeiende vraag, met name bij chronische patiënten heeft de POH een duidelijke bijdrage. Uit vrijwel alle onderzoeken blijkt dat er in ieder geval sprake is van een kwaliteitsverbetering. Dat neemt niet weg, dat een huisarts verantwoordelijkheid blijft voor deze patiënten. Tot slot constateer ik dat er over substitutie tussen verschillende beroepsgroepen beperkt onderzoek voor handen is en al helemaal geen grote groepen beslaat. Enige voorzichtigheid is dus gepast.

De leden van de PvdA-fractie vragen welke taken de praktijkondersteuner van de huisarts (POH) zoal uitvoeren. Bovendien wordt gevraagd of aangegeven kan worden hoe bijvoorbeeld de controles van een patiënt met diabetes verlopen, in welke mate worden deze patiënten door de huisarts zelf gezien c.q. beperkt de controle zich tot contact met de POH? De POH-ers neemt gedelegeerde medisch inhoudelijke taken over van de huisarts, zoals het houden van spreekuren voor geselecteerde patiëntengroepen waarin voorlichting, educatie, adviezen en instructies gegeven worden. Controles van een patiënt verlopen in principe volgens de geldende NHG-standaarden. Bepaalde taken hierin kunnen worden overgenomen door een POH, de feitelijke taken die gedelegeerd worden zijn afhankelijk van de lokale situatie. Deze werkafspraken zijn echter duidelijk vastgelegd en ook is vastgelegd in welke situaties de huisarts moet worden geraadpleegd. De huisarts ziet altijd toe op de kwaliteit van de geleverde zorg.

De leden van de PvdA-fractie vragen ook of de randvoorwaardelijke wet- en regelgeving inzake de taakherschikking en de inzet van nieuwe beroepen, zoals de NP en PA, nog in 2008 beschikbaar komt. Binnen mijn ministerie zijn de voorbereidingen voor de randvoorwaardelijke wet- en regelgeving inzake de taakherschikking en de inzet van de nieuwe beroepen PA en NP in zodanig vergevorderd stadium, dat ik verwacht mijn voorstel inzake de wijziging van de wet BIG nog in 2008 aan de Tweede Kamer te kunnen aanbieden.

Tot slot vragen de leden van de PvdA-fractie wat in de toekomst de substantiële bijdrage in de verpleeghuissector en de publieke gezondheidszorg is van de NP en de PA. Er zijn op dit moment geen concrete cijfers beschikbaar over de bijdrage die de PA en de NP kunnen leveren aan de verpleeghuissector en de publieke gezondheidszorg. Het onderzoeksrapport over de arbeidsmarkt- en opleidingsbehoefte aan PA'ers en NP'ers geeft wel aan dat in deze sectoren in de nabije toekomst grote mogelijkheden lijken te liggen voor wat betreft de inzet van de PA en de NP. VWS zal de komende jaren de ontwikkeling op de arbeidsmarkt systematisch laten monitoren middels een tweejaarlijks onderzoek.

6. Numerus fixus

De leden van CDA- en VVD-fractie vragen of ik bereid ben om over te gaan tot een verhoging van de numerus fixus. Het standpunt inzake de numerus fixus dat ik de Kamer mede namens mijn ambtgenoot in maart 2008 heb toegestuurd is niet gewijzigd. Wel heb ik met de leden van de CDA-fractie behoefte aan meer informatie over basisartsen, in het bijzonder ten aanzien van hun bijdrage aan het zorgproces en de mogelijk tegenstrijdige signalen. Enkele opleidingen geven namelijk aan moeite te hebben met het vinden van kandidaten voor vervolgopleidingen. Ook

constateer ik dat de mogelijke beroepen na afloop van de opleiding geneeskunde aan verandering onderhevig zijn. Zo ontstaan er profielregistraties, zoals de jeugdarts en de seh-arts, en ontstaan er functies als kliniek-arts, waarbij een basisarts een vaste aanstelling krijgt bij een maatschap of vakgroep om de continuïteit te borgen. Hiernaast is het maar de vraag of iedere arts die ooit de opleiding geneeskunde heeft gedaan nog bereid c.q. beschikbaar is voor een medische vervolgopleiding. Reden te meer om hier onderzoek naar te doen.