

Vergaderjaar 2011–2012

**29 282**

## **Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector**

**Nr. 154**

### **VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG**

Vastgesteld 10 mei 2012

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport en de vaste commissie voor Onderwijs, Cultuur en Wetenschap hebben op 10 april 2012 overleg gevoerd met minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Zijlstra van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap over:

- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 februari 2010 ter aanbieding van het RVZ-advies Numerus fixus geneeskunde (29 282, nr. 93);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 23 maart 2010 inzake het RVZ-advies Numerus fixus geneeskunde (29 282, nr. 94);**
- **de brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 17 februari 2012 over capaciteit en selectie van opleidingen in de gezondheidszorg (29 282, nr. 148).**

Van dit overleg brengen de commissies bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Smeets

De voorzitter van de vaste commissie voor Onderwijs, Cultuur en Wetenschap,  
Van Bochove

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
Teunissen

**Voorzitter: Smeets**  
**Griffier: Teunissen**

Aanwezig zijn acht leden der Kamer, te weten: Smeets, Kuiken, Voortman, Straus, Joldersma, Gerbrands, Dijkstra en Van Gerven,

en minister Schippers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en staatssecretaris Zijlstra van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap, die vergezeld zijn van enkele ambtenaren van hun ministeries.

De **voorzitter**: Ik open dit algemeen overleg. Ik wijs erop dat een aantal leden nu nog in de plenaire zaal is; zij schuiven zo dadelijk aan. Er is enige overlap, maar wij hebben ervoor gekozen het overleg toch niet te verschuiven. Op de agenda staat de numerus fixus voor de opleiding geneeskunde. Ik stel voor een spreektijd van vier minuten per fractie te hanteren.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA): Voorzitter. Het is positief dat studenten in de toekomst worden geselecteerd op basis van hun kwaliteiten en/of motivatie in plaats van op toeval. In dat opzicht is mijn fractie positief over het voorstel om de numerus fixus af te schaffen. Het is echter maar een gedeeltelijke afschaffing, omdat maar een deel van de studenten wordt betaald. Ik heb daarom nog een aantal vragen, zowel over de uitvoering als over de doelen die met de afschaffing van de numerus fixus worden behaald.

Het kabinet heeft laten weten dat het nog met een plan van uitvoering komt dat specifiek is dan de voornemens die het nu heeft geformuleerd. Wat is het tijdsframe van dit plan? De RVZ heeft geadviseerd om het plan in principe pas over vijf jaar te laten ingaan, opdat de universiteiten zich daarop kunnen voorbereiden.

Mijn volgende vraag heeft betrekking op de betaling. Het aantal plaatsen waarvoor geld is gereserveerd, zal met een x-aantal plaatsen worden verruimd. Voor die andere plaatsen is geen financiering beschikbaar. Wie betaalt de extra opleidingsplaatsen waarvan wel gebruik wordt gemaakt? Zullen de ziekenhuizen die betalen of de studenten? Ik hoor graag hoe dit in zijn werk zal gaan.

Zal met dit plan de huidige kunstmatige schaarste aan medisch specialisten en basisartsen worden weggenomen? De RVZ is van mening dat dit probleem niet met de afschaffing van de numerus fixus zal worden opgelost. Hoe wordt dit aangepakt?

Het Centraal Planbureau schrijft in zijn rapport dat elk aanbod een eigen vraag creëert. Als er meer medisch specialisten zijn, zal de zorgvraag toenemen. Dit is ook afhankelijk van de vraag waar die medisch specialisten precies komen. Zal het kabinet een integrale reactie op dit rapport van het CPB uitbrengen? Kan de minister alvast aangeven hoe zij zelf aankijkt tegen het probleem van enerzijds de schaarste die men zelf in stand houdt en anderzijds de wetenschap dat ieder aanbod een eigen vraag creëert?

In een informeel gesprek met onder andere het Capaciteitsorgaan heb ik gehoord dat men zich zorgen maakt niet zozeer over de toestroom van basisartsen en medisch specialisten, als wel over de uitval van basisartsen en medisch specialisten na de opleiding. Beschikt het kabinet over cijfers over de uitstroom van het aantal basisartsen en medisch specialisten na de opleiding? Wij komen die mensen overal tegen, ook in de Tweede Kamer, maar het is toch zonde als er € 176 000 of meer in een opleiding wordt gestoken en dit kapitaal vervolgens niet wordt gebruikt voor het doel waarvoor het is bestemd.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik moet een beetje lachen omdat mevrouw Kuiken zegt dat het zonde is dat je in de Tweede Kamer terechtkomt nadat je opleiding zo veel geld heeft gekost.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA): Daar kost je dan natuurlijk ook nog het nodige. Het gaat mij echter niet zozeer om de opleidingskosten als wel om de behoefte aan basisartsen en medisch specialisten. Samenvattend kan ik zeggen dat de fractie van de PvdA positief staat tegenover de afschaffing van de numerus fixus. Dit geldt ook voor de manier waarop het kabinet die afschaffing wil realiseren. Er is een bepaalde mate van regulering omdat de RVZ dit ook adviseert, maar ik heb nog wel de nodige vraagtekens bij de uitvoering. Ik wacht de reactie graag af.

Mevrouw **Voortman** (GroenLinks): Voorzitter. De fractie van GroenLinks is voorstander van het afschaffen van de numerus fixus, niet alleen omdat daardoor meer mensen in staat worden gesteld de opleiding van hun keuze te volgen, maar vooral omdat die artsen gewoonweg nodig zijn. In 2025 is een kwart meer specialisten nodig om de zorgvraag te kunnen opvangen. Het afschaffen van de numerus fixus is dus van belang. Daarmee zijn wij er echter nog niet. Het tekort aan artsen is niet alleen een kwestie van aantallen. Ik zou graag zien dat de volgende punten worden meegenomen in het plan van uitvoering.

De eerste twee punten breng ik in mede namens mevrouw Wiegman van de fractie van de ChristenUnie, want zij brengt intussen in de plenaire zaal een motie van mijn hand in over de administratieve lasten in de care. Ik begin met de verdeling over het land. Er willen meer mensen arts worden dan nu de kans krijgen om dat te doen. Lossen we hiermee het probleem op dat in sommige regio's bestaat? Een tijdje geleden is bijvoorbeeld gesproken over het tekort aan gynaecologen in Meppel. Een volgend punt betreft de kosten. Wat kost het nu eigenlijk om de numerus fixus af te schaffen en te vervangen door decentrale selectie? Net als bij verzorgenden is het ook hier belangrijk om mensen te behouden voor de sector. Elke studie kent mensen die niet gaan werken in de sector waarvoor zij zijn opgeleid. Geneeskunde is een dure studie en mensen dromen er vaak al als kind van om dokter te worden. Dan is het extra zuur. Wat kan er gedaan worden om mensen voor de sector te behouden en de uitstroom te beperken? Ik meen dat verwachtingsmanagement hierin een stevige rol speelt. Mensen dromen ervan om chirurg, neuroloog of oncoloog te worden, maar wij hebben juist ook ouderensartsen, psychiaters en arboartsen nodig. Zou het niet logisch zijn om per sector te kijken waar vooral artsen nodig zijn en mensen van tevoren te vertellen hoe groot de kans is dat zij een felbegeerd specialisme kunnen volgen? Daarnaast zou er tijdens de studie meer aandacht kunnen worden besteed aan specialismen waarnaar meer vraag is.

Bij allerlei specialismen wordt gewerkt met coschappen, maar juist aan bijvoorbeeld de ouderengeneeskunde wordt weinig aandacht besteed. Ook de financiering is soms een probleem. Zo wordt de opleiding voor arboartsen privaat gefinancierd. Waarom wordt deze niet uit dezelfde pot betaald als andere opleidingen voor specialisten? Vorig jaar waren er maar twaalf nieuwe studenten, terwijl er 150 nodig waren. Als er nu geen maatregelen worden genomen, dreigt er een dramatisch tekort aan arboartsen.

Een andere oplossing kan natuurlijk worden gevonden in taakherstelling. Het kabinet erkent dit, maar echt concreet wordt het nog niet. Ik heb eerder pleidooien gehoord van naar ik meen de NFU om naast specialisten ook artsen op te leiden met een bredere deskundigheid, dus tussen basisarts en specialist in. Wat vindt het kabinet hiervan?

De minister heeft gezegd dat zij zal bekijken of academisering van de opleiding verloskunde een oplossing kan bieden voor het tekort aan

gynaecologen. Zou een dergelijke oplossing ook voor andere specialismen soelaas kunnen bieden?

Kortom, het is goed om de numerus fixus af te schaffen, maar zonder aan de andere oorzaken van het tekort aan artsen te werken, zal dit slechts een druppel op een gloeiende plaat zijn. Een breder beleid om het aantal artsen te doen toenemen, is nodig om zoden aan de dijk te zetten.

Mevrouw **Straus** (VVD): Voorzitter. Vandaag is het begin van het einde van ruim dertig jaar numerus fixus in de opleiding geneeskunde. Dit is goed nieuws voor de zorg, want een grotere beschikbaarheid van voldoende gekwalificeerd zorgpersoneel is nodig om aan de toenemende zorgvraag te voldoen.

Conform het advies van de RVZ stelt het kabinet voor, het aantal benodigde opleidingsplaatsen tot 3050 te verhogen. De vraag naar medisch personeel groeit met gemiddeld 1,9% per jaar. Er wordt echter niet zozeer meer van hetzelfde gevraagd, de wens is ook om te komen tot meer differentiatie in de medische beroepskolom.

Mijn fractie is voorstander van decentrale selectie. Waar je goed in bent en wat je leuk vindt, gaan vaak hand in hand. Selecteren op motivatie, maar ook op bepaalde competenties en vaardigheden is een eerlijker systeem dan de huidige loting. Universiteiten mogen zelf een selectiesysteem inrichten en daarmee kunnen zij zich ten opzichte van elkaar onderscheiden en profileren op de kwaliteiten en bijzondere kenmerken van hun opleiding. Studenten krijgen zo beter inzicht in wat de studie inhoudt en kunnen bewuster kiezen voor een bepaalde opleiding. In de medische beroepsgroep wordt om meer differentiatie gevraagd. Zorgverleners moeten die taken doen waarin zij het beste zijn. Door taakherschikking en de creatie van nieuwe beroepen kunnen zorgprofessionals efficiënter en effectiever worden ingezet om de groeiende en veranderende zorgvraag op te vangen. Gebleken is dat daar waar de kwaliteit verbetert en, cruciaal, het werken in de zorg aantrekkelijker wordt gemaakt, ook loopbaanmogelijkheden worden uitgebreid. Juist de combinatie van kort en breed opgeleide zorgprofessionals en supergespecialiseerde en langer opgeleide artsen is nodig om aan de toekomstige groeiende zorgvraag te kunnen voldoen.

Het gaat vandaag dus niet alleen om voldoende opleidingen voor artsen en verplegers, maar ook om de kwaliteit daarvan. De geringe belangstelling van basisartsen voor sommige medisch specialistische opleidingen is een probleem. Er is een nijpend tekort bij de minder populaire specialismen zoals het specialisme ouderengeneeskunde. Ondanks het feit dat er voldoende opleidingsplaatsen zijn voor deze richting, zijn er gewoonweg onvoldoende basisartsen die voor deze specialisatie kiezen. Deze tekorten treffen grote groepen kwetsbare chronisch zieke patiënten. Dat is nu juist de doelgroep die de komende jaren explosief zal groeien. Door het tekort aan artsen voor deze specifieke doelgroep komt de kwaliteit van de medische zorg voor hen onder druk te staan.

Als je hierover spreekt met mensen uit de praktijk, dan blijkt dat het imago van deze specialisaties in de schaduw staat van het ideaalbeeld van de dokter in het ziekenhuis. Mijn fractie maakt zich hierover zorgen. Wat zal de minister doen om het imago van deze specialisaties te verbeteren en de instroom in deze richtingen te stimuleren?

In een artikel in NRC Opinie stelt een docent geneeskunde dat in de basisopleiding veel te weinig aandacht is voor ouderen. Daarom is het belangrijk dat universiteiten ervoor zorgen dat studenten al tijdens hun studie geïnspireerd worden door bevlogen docenten op dit gebied. Zij moeten tijdens hun coschappen kennis kunnen maken met deze specialisaties.

In de brief schrijven de bewindslieden dat zij werken aan een actieplan voor deze «tekortopleidingen». Kunnen zij misschien al een tipje van de sluier oplichten?

De beroepsvereniging van de specialisten ouderengeneeskunde vraagt om artikel 8 van het Besluit zorgaanspraken aan te passen, opdat zij ook los van de instelling behandelingen kunnen uitvoeren. De fractie van de VVD verwacht dat hierdoor de aantrekkelijkheid van het vak specialist ouderengeneeskunde een impuls kan krijgen. Hoe kijkt de minister daar tegenaan?

Ik heb afsluitend nog drie korte vragen. De RVZ geeft aan, op termijn toe te willen naar een systeem van een tripartiete verdeling van de kosten van vervolgopleidingen. Ik hoor graag hoe de bewindspersonen hierover denken.

Ook geeft de RVZ aan dat het huidige opleidingsstelsel niet flexibel en transparant genoeg is om in te spelen op fluctuaties in de zorgvraag. Hoe beoordelen de bewindspersonen dit, niet alleen op basis van de nu voorgestelde uitbreiding, maar ook met het oog op de toekomst?

Momenteel loopt ook een herregistratie van artsen voor de Wet BIG. Wij horen dat er met name onder profielartsen nog veel onduidelijkheid bestaat over wat dit voor hen zal betekenen. Ik hoor graag hoe de minister hierover denkt, want diegenen die arts zijn, moeten toch zo veel mogelijk voor de professie worden behouden.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Voorzitter. Mijn voorgangers hebben gezegd dat de numerus fixus wordt afgeschaft en ik vraag aan de bewindspersonen hierover helderheid te verschaffen. Wordt de numerus fixus afgeschaft of wordt die verruimd? In het advies van de RVZ wordt onderscheid gemaakt tussen een soort eerste fase en een vervolgfase. Ik heb de indruk dat wat nu wordt voorgesteld, overeenkomt met de eerste stap die de RVZ benoemt. Daarna zou het moeten worden losgelaten volgens de RVZ. De RVZ schrijft aan welke voorwaarden zou moeten worden voldaan als het wordt losgelaten. Aan een van die voorwaarden wordt door de regering voldaan, namelijk het aantal bekostigde overheidsplaatsen in de hand houden. Een andere voorwaarde is dat studenten meebetalen aan de vervolgopleidingen. Daarover heb ik in de brief niets gelezen. Kunnen de bewindslieden daarop nu ingaan? Het onderscheid dat in het RVZ-rapport wordt gemaakt tussen de eerste, de tweede en de derde numerus fixus is relevant, want dat bepaalt juist hoe wij met deze opleidingen kunnen omgaan.

Studenten die net voor het examen zitten, maken zich grote zorgen over de vraag wanneer de voornemens worden gerealiseerd. Zij vragen zich af of zij straks moeten loten en of zij zich al bij verschillende universiteiten kunnen aanmelden. Kan de staatssecretaris hierover helderheid verschaffen? Wanneer zal een en ander aan de studenten kenbaar worden gemaakt?

Een onderdeel van het RVZ-rapport, de verruiming van de particuliere mogelijkheden, komt ook terug in de brief van het kabinet. Ik ben heel benieuwd of de bewindslieden verwachten dat de universiteiten hieraan gevolg zullen geven. Nu doen alleen Groningen en Maastricht dit, zo heb ik begrepen.

De brief roept bij mij nog een vraag op over de initiële opleidingen. Hoe zal de zijinstroom in de masteropleidingen plaatsvinden? Hoe worden de zijinstromers geselecteerd? Zij zullen waarschijnlijk nog wat deficiënties moeten oplossen. Verloopt dat via een selectiegesprek in de masterfase of geldt hiervoor ook een vorm van decentrale selectie?

De CDA-fractie is voorstander van de afschaffing van de loting. Het is terecht dat mensen met een 8+ nog steeds rechtstreeks mogen instromen. Ik maak mij echter zorgen over de manier waarop de decentrale selectie zal worden uitgevoerd. De universiteiten mogen eigen selectiecriteria vaststellen. Ik heb begrepen dat zij af en toe uit de medische hoek wel wat adviezen krijgen over de manier waarop er geselecteerd kan worden. Het lijkt mij wel goed als juist uit de hoek van het hoger onderwijs naar de kwaliteit van de decentrale selectie wordt gekeken. Je kunt dergelijke

gesprekken heel goed voeren, maar ook heel slecht. Wordt daarmee op enige manier rekening gehouden? Is er iemand die daarnaar zal kijken? Is het iets voor de VSNU of voor CHEPS (Centre for Higher Education Policy Studies)?

Er is al gesproken over de vervolgoopleidingen en de tekorten bij ouderengeneeskunde. Ik heb er nog eens alle coschappen op nagekeken en dan blijkt dat de coschappen voor bijvoorbeeld verpleeghuizen bijna nul komma nul zijn. Ik begrijp dat universiteiten de coschappen zelf kunnen invullen. De minister komt nog met een brief en een soort actieplan. Ik kan mij verschillende oplossingen voorstellen. Misschien moet worden gedacht aan een verplichte maatschappelijke stage, dus een soort verplicht coschap. Nu komen studenten in hun opleiding voor maximaal 2% met ouderen in aanraking. Ziet de staatssecretaris dit als een mogelijkheid?

Een andere manier zou zijn om te kiezen voor selectieve toewijzing van de nieuwe plaatsen. Het is toch heel bijzonder dat er 120 plaatsen zijn voor ouderengeneeskunde en dat daar nu maar 85 van worden opgevuld. Als dit wordt verruimd, zal er straks nog een tekort zijn aan mensen met ouderengeneeskunde. Zou een selectieve toewijzing bijvoorbeeld voor ouderengeneeskunde een optie zijn?

In het Raamplan 2009 is de opleiding vastgelegd, evenals een aantal randvoorwaarden voor de opleiding. Zou het wenselijk zijn om daarin iets op te nemen opdat ouderengeneeskunde ook kan worden bediend?

Het is een goed voorstel dat de opleidingen in het hbo worden verruimd. Over de vormgeving van die opleidingen is echter weinig vastgelegd. Kan ervoor worden gezorgd dat die opleidingen passen in het hele beroepenspectrum? Kan daarvoor een soort raamplan worden ontwikkeld?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Meer artsen betekenen betere selectie en selectie bevordert kwaliteit. Schaarste doet dit niet. Meer artsen betekenen meer keuze voor de patiënt en betere dienstverlening door bijvoorbeeld meer avond- en weekendsprekuren. Mijn fractie is dan ook van mening dat de numerus fixus allang afgeschaft had moeten worden. Hoewel die afschaffing in het regeerakkoord is aangekondigd, schrijft de minister in haar brief niet over afschaffen maar over het verruimen van het aantal te bekostigen opleidingsplaatsen. Ik hoor graag van de minister dat over vijf jaar niet langer sprake is van verruiming, maar van een werkelijke afschaffing van de numerus fixus.

De minister wil verder inzetten op taakherschikking en zij stelt voor om het aantal opleidingsplaatsen voor verpleegkundig specialisten en physician assistants uit te breiden. Dat is prima, maar waarom zet zij ook niet in op taakherschikking tussen specialisten? De RVZ gaf hiervan een mooi voorbeeld. Er zijn chirurgen die liever de eenvoudige en de meest voorkomende ingrepen willen uitvoeren dan grote en ingewikkelde operaties. Zij hoeven daarvoor dan ook niet te worden opgeleid. Hier is dus eveneens ruimte voor differentiatie en taakherschikking. Wellicht kunnen medical schools zoals de Brabant Medical School hierop inspelen. Ik krijg hierop graag een reactie van de minister.

Zowel de NZa als de RVZ oppert de mogelijkheid van een variabele eigen bijdrage voor vervolgoopleidingen. Dit lijkt mij behalve een kostenbesparing voor de overheid, ook een prima sturingsinstrument dat kan worden ingezet om studenten te laten instromen in de minder populaire specialismen zoals de ouderengeneeskunde, maag-, darm- en levergeneeskunde en reumatologie. Waarom gaat de minister hier niet op in? Wil zij dit alsnog doen? Wat vindt zij van de suggestie om de productie van de aio's te verrekenen?

Het lotingsysteem wordt afgeschaft; het wordt vervangen door decentrale selectie. Studenten worden dan beoordeeld op kwaliteit en motivatie. Eindelijk komt er een einde aan deze rampzalige loterij waardoor potentieel bekwame artsen buiten de boot vallen, zonder dat zij dit zelf



kunnen beïnvloeden. Wanneer wordt de loting precies afgeschaft? De zinsnede «op termijn» is mij wat te vaag. Welke criteria zullen gelden voor de decentrale selectie? Wie bepaalt die en hoe wordt dit gecontroleerd? Voorkomen moet worden dat straks de helft van de opleidingsplaatsen wordt gekocht door studenten uit Arabië, omdat het ziekenhuis krap bij kas zit zoals nu onder andere in Groningen het geval is. Ik krijg hierop graag een reactie van de minister.

Het verbaast mij dat de minister schrijft dat zij de rol van de raden van bestuur en de sturing op kwaliteit niet nu wil behandelen. Zowel de RVZ als de NZa wijst erop dat de machtsverhoudingen tussen bestuur en medisch specialisten dan wel de maatschap een negatieve invloed hebben op het aanbod van medisch specialisten. Wanneer komt dit onderwerp wel aan de orde?

De minister schrijft dat de CPB-toets niet uitwijst dat de ramingen te laag zijn. Ik heb daar echter vraagtekens bij. Hoe denkt de minister over de stelling van de RVZ dat het orgaan een onafhankelijke positie moet krijgen?

Mijn fractie wil dat er een einde komt aan de schaarste en het tekort aan artsen. Om direct een paar knelpunten op te lossen, doe ik twee voorstellen. Laat studenten die uitvallen een deel van de studiekosten terugbetalen. Laat pas afgestudeerden die niet fulltime aan de slag gaan als arts, eveneens een deel van de studiekosten terugbetalen.

De heer **Van Gerven** (SP): Mevrouw Gerbrands zegt dat het wellicht een loterij is als de universiteiten studenten mogen selecteren. De ene loterij wordt mogelijk door een andere vervangen en zal misschien tweedeling tot gevolg hebben doordat instellingen als het ware plaatsen kunnen verkopen. Ik ben het eens met de fractie van de PVV dat we dat niet moeten willen. Is het dan niet beter om mensen gewoon te laten beginnen waarna tijdens de studie een selectie plaatsvindt? Dat zou ik eerlijker vinden, want dan kan iedereen gewoon beginnen.

Hoe kan naar de mening van de PVV de numerus fixus binnen vijf jaar worden afgeschaft? Welk voorstel heeft mevrouw Gerbrands daarvoor?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Bij de toelating van studenten moeten objectieve criteria worden gehanteerd. Het lijkt mij niet zo'n goed idee om iedereen maar toe te laten en dan na het eerste jaar te selecteren. Dat is zonde van de tijd en van geld en energie. Ik ben het er echter mee eens dat er objectieve criteria moeten worden gesteld.

Overigens heb ik al aan de staatssecretaris gevraagd hoe kan worden voorkomen dat plaatsen worden verkocht.

Ik heb de minister gevraagd hoe zij wil toewerken naar een definitieve afschaffing van de numerus fixus. Ik ben benieuwd naar haar antwoord.

De heer **Van Gerven** (SP): We wachten even het kabinetsstandpunt over de situatie over vijf jaar af. Ik verwacht dat hiervoor een breed draagvlak is in de Kamer, ook aan de linkerkant, en dat is toch niet altijd zo. Ik nodig de bewindslieden uit om een bespiegeling te geven over de situatie over vijf jaar.

Mijn fractie vreest dat de selectie aan de poort leidt tot een zekere willekeur. Het zal niet allemaal expres gebeuren, maar er ontstaan verschillen. Mevrouw Gerbrands spreekt over objectieve criteria, maar het beste criterium is natuurlijk: aan de opleiding beginnen. Gedurende de studie medicijnen vallen veel studenten af, omdat het een zware opleiding is. Mijn voorstel is dat er goede voorwaarden worden gesteld, maar een selectie op basis van degenen die erdoor komen, lijkt mij beter dan een selectie aan het begin. Onderschrijft mevrouw Gerbrands dat?

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik heb net gezegd hoe ik het zie. Wij moeten inderdaad spreken over de vraag hoe de criteria worden vastgesteld en wie dat zullen doen. Daar blijf ik bij.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Door vergrijzing en toenemende zorgvraag hebben wij meer artsen nodig. De fractie van D66 is daarom blij dat de minister streeft naar 25% meer artsen in 2025. Daarvoor worden jaarlijks 200 extra artsen en 300 extra masterverpleegkundigen opgeleid. Mijn fractie steunt het schrappen van de loting voor de opleiding geneeskunde, omdat de opleidingen dan de beste en meest gemotiveerde studenten kunnen selecteren. Ik heb echter wel vragen over de specifieke invulling van de maatregelen.

De overheid stelt geld beschikbaar voor extra opleidingsplaatsen tot arts en master verpleegkunde, maar meer studenten vragen om meer docenten, meer onderwijsruimte, meer faciliteiten en meer plaatsen voor coschappen. Worden daarvoor voorbereidingen getroffen? Wij weten immers dat er nu al wachtlijsten zijn voor de coschappen en ook voor vervolgoopleidingen.

Het kabinet vervangt de numerus fixus door decentrale selectie of eigenlijk moet ik zeggen dat het de numerus fixus verruimt door de decentrale selectie. Onderwijsinstellingen mogen zelf selecteren op basis van motivatie en kwaliteit. Het is dan ook belangrijk dat die procedure voor studenten en universiteiten transparant en duidelijk is. Hoe moet ik die selectie concreet zien? Zullen bijvoorbeeld alle universiteiten naast motivatiegesprekken en eindcijfers bijvoorbeeld ook een selectie instellen? Zal dit per instelling gebeuren of worden daar landelijk normen aan gesteld? Kun je in beroep gaan als je het niet eens bent met het feit dat je wordt afgewezen voor een studie? Hoe zal de Onderwijsinspectie hiermee omgaan? Zal de inspectie bijvoorbeeld de kwaliteit van de selectie controleren? Moeten instellingen zich ook verantwoorden voor hun selectiemethoden?

De meeste geneeskundefaculteiten passen al selectie toe op een deel van hun studenten. Welke ervaringen zijn daarmee opgedaan? Zijn er knelpunten? Is er sprake van minder uitval onder geselecteerde studenten ten opzichte van gelote studenten? Is men hier al ver genoeg mee dat het als best practice zou kunnen dienen voor het verder invoeren van de decentrale selectie?

De RVZ adviseert om voor het vervangen van de loting bij geneeskunde een overgangstermijn van vijf jaar te hanteren. Zal de minister daaraan vasthouden? Welke stappen ziet zij voor zich om daar te komen?

De toegang tot de vervolgoopleidingen is moeizaam en de verdeling is niet transparant. De beroepsgroepen hebben daarin een belangrijke zeggenschap; zij hebben sterke invloed op het aantal plaatsen. Dat lijkt mij niet wenselijk. Ik krijg hierop graag een reactie van de minister.

In het pakket kabinetsmaatregelen ontbreekt het versoepelen van de toegang tot de arbeidsmarkt voor medisch specialisten. Ziet de minister dat ook als probleem? Gaat zij daaraan iets doen? De RVZ wijst erop dat de toegang tot de arbeidsmarkt voor artsen vaak een probleem is doordat zij moeten toetreden tot een maatschap. Zo'n maatschap is een belemmering voor de raad van bestuur van een ziekenhuis om beleid te voeren voor het aantal artsen in huis en voor hun kwaliteit. De minister schrijft daarover niets in haar brief. Ik krijg hierop dan ook graag alsnog een reactie.

Ten slotte, je kunt nog zo veel artsen opleiden, als je het curriculum niet aanpast aan het soort artsen dat je nodig hebt, schiet je daarmee niets op. Er bestaat grote vraag naar specialisten ouderengeneeskunde, maar in het huidige curriculum is daarvoor nauwelijks aandacht. Het kabinet zal deze zomer een actieplan voor specifieke tekorten uitbrengen. Worden daarin ook meegenomen veel meer onderwijs in ouderengeneeskunde en de bijbehorende financiële middelen voor deze onderwijsvernieuwing?



De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Er is een enorm tekort aan artsen en dat wordt een steeds groter probleem, ook in de toekomst als het aantal chronisch zieken zal toenemen. Het is goed dat er meer artsen worden opgeleid. Het kabinetsbeleid bijvoorbeeld inzake preventie dat nog veel beter zou kunnen, zal er naar ik vrees toe leiden dat er nog veel meer artsen nodig zullen zijn.

Het tekort aan artsen leidt ook tot allerlei slechte ontwikkelingen. Het sluiten van ziekenhuizen is onder meer het gevolg van een tekort aan specialisten en van oppermachtige maatschappen die van alles regelen en bedisselen in strijd met het algemeen belang. Ik noem Dokkum, maar dat is slechts een van vele. Die beweging kan worden gekeerd door meer artsen op te leiden. De SP-fractie is het met de bewindslieden eens dat marktwerking in die zin goed is. Dan heb je wat te kiezen, maar marktwerking is een vriendelijke cobra; er kleven ook veel nadelen aan.

Daarover zullen wij een andere keer spreken.

De plannen voor de numerus fixus leiden onder meer tot een andere vorm van selectie. Ik hoef niet te herhalen wat ik eerder heb gezegd. Ik ben bang dat mensen die een vlotte babbel hebben of een papa of mama die de weg weet, de bekende kruiwagen, het beter doen. Hoe kan worden voorkomen dat er willekeur ontstaat bij selectie aan de poort? Is het niet toch veel beter om in het eerste en tweede jaar een pittige selectie toe te passen? Dan krijgen degenen die dat willen, de kans om zich te bewijzen, op eigen kracht en niet op een toetsmoment aan het begin. Ik betwijfel of de laatstgenoemde werkwijze het beste selectiemiddel is. Als je een vwo-diploma en het goede pakket hebt, zou je eigenlijk toegang moeten hebben. Dan heb je laten zien dat je geschikt bent voor het wetenschappelijk onderwijs.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik begrijp heel goed wat de heer Van Gerven bedoelt. Iedereen zou moeten kunnen worden toegelaten tot een studie geneeskunde. Aan de andere kant weten we dat het uitgesloten is om alle studenten vervolgoopleidingen te bieden, coschappen te laten lopen enzovoort. Hoe denkt de heer Van Gerven dat te financieren? Er zullen heel veel studenten toestromen die een paar jaar de studie volgen en dan alsnog uitvallen. De bedoeling van de decentrale selectie is natuurlijk toch dat je zo veel mogelijk inschat of de student het zal halen.

De heer **Van Gerven** (SP): Als je een perfecte selectie had, zou je kunnen zeggen dat degenen die het meest geschikt zijn, moeten voorgaan. Dat is echter niet de praktijk. Daarom pleit ik ervoor dat de mensen die daarvoor de papieren hebben, beginnen met de opleiding. Dat kost extra geld, maar de baten zijn ook groot, want wij krijgen een betere gezondheidszorg. Wat gebeurt er nu? Er worden veel mensen afgewezen en die gaan een andere opleiding doen. Dat kost de samenleving ook veel geld. Zij volgen dan mogelijk een opleiding die hen minder zint. Dat is jammer. Daarom herhaal ik mijn pleidooi om maximaal in te zetten op de mogelijkheid dat iedereen die dat wil, de kans krijgt om zich te bewijzen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Hoe ziet de heer Van Gerven dit voor zich? Als je daaraan vasthoudt, moet je ook wat kunnen bieden. Stel dat die studenten allemaal zo gemotiveerd zijn dat zij allemaal doorstromen? Hoe zal dat in de praktijk uitwerken?

De heer **Van Gerven** (SP): Dan krijgen we veel meer specialisten en huisartsen. Daar is nu een enorm tekort aan. In Nederland is er één huisarts per 2350 inwoners. Dat is het hoogste gemiddelde in Europa. Er kunnen echt duizenden specialisten bij. Ik ben er niet zo bang voor dat die werkeloos zullen toezien. De werkloosheid onder artsen is in Nederland praktisch nihil, ook al worden zij geen specialist. Ik ben dus niet zo bang

dat zij niet goed terecht zullen komen en geen bijdrage zullen leveren aan de samenleving.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik heb twee vragen. De heer Van Gerven pleit voor een ongelimiteerde uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor geneeskunde. In het RVZ-rapport wordt echter gesteld dat aanbod ook vraag schept. Daarmee zou de vraag naar opleidingsplaatsen dus ook toenemen.

Als iedereen moet worden bediend, zullen er nieuwe medische faculteiten moeten bijkomen. Of wil de heer Van Gerven dat de kwaliteit van de bestaande faculteiten vermindert?

De heer **Van Gerven** (SP): Natuurlijk vraagt dit om uitbreiding van de capaciteit. Ik verwacht dat Brabant heel graag een universiteit erbij wil hebben. Als je die vraag aan Eindhoven en Tilburg stelt, verwacht ik dat zij daarvoor zeker in zijn.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Wat doet de heer Van Gerven dan met de kosten?

De heer **Van Gerven** (SP): In het regeerakkoord staat dat de numerus fixus over vijf jaar wordt opgeheven. Het gevolg is dan dat je de onderwijscapaciteit moet uitbreiden. Daarvoor is geld nodig. Dat is de consequentie en als wij dat allen willen, kan het ook. Moet ik het nog een keer noemen: minder JSF, meer onderwijs enzovoort? Het is een politieke keuze.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA): Een van de eerste vragen die ik aan mijn medewerker stelde was: hoeveel kost het als we alles vrijgeven. Een voorlopig rekensommetje levert een uitkomst van ruim 83 mln. op. Dat is veel geld, maar waarschijnlijk kost het nog veel meer. Hoe kijkt de heer Van Gerven tegen die kosten aan?

De heer **Van Gerven** (SP): Ik denk dat de staatssecretaris in dat geval onmiddellijk naar de minister van Financiën zal gaan om een deal te sluiten. Het is waarschijnlijk een veelvoud ervan.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA): Excuus, ik liet een nul weg. Het loopt waarschijnlijk tegen de 1 mld.

De heer **Van Gerven** (SP): De mensen die nu niet worden toegelaten, kiezen voor een andere studie en die kost misschien de helft. Het gaat mij erom dat mensen een kans moeten krijgen om te beginnen. Als wij op enig moment toch aan de knoppen moeten draaien om een en ander bij te buigen, dan doe ik dat liever door goede studie-eisen te stellen, waardoor alle mensen in ieder geval een kans krijgen. In eerste instantie kan ik leven met het voorstel van de RVZ dat ook breed wordt gesteund.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA): Ik versprak mij. Het gaat inderdaad om een bedrag van zo'n 1 mld. Daar schrik ik van. De selectie moet zorgvuldig zijn, dat geldt ook voor andere opleidingen. Mensen moeten niet willekeurig starten; zij moeten weten wat zij willen. Laten wij aan de bewindspersonen vragen hoe hoog het bedrag naar hun mening zal zijn. De heer Van Gerven kan zijn ogen daarvoor toch niet sluiten?

De heer **Van Gerven** (SP): Er is ook een belangrijk principe dat wij in een rijk land als Nederland mensen met bepaalde kwaliteiten en talenten de mogelijkheid bieden om te doen wat zij willen. Nu gaan mensen met veel talent noodgedwongen iets anders doen. Dat is ook verlies van maatschappelijk kapitaal. We krijgen voor die andere werkwijze veel terug,

namelijk een betere gezondheidszorg en een besparing van de kosten voor de gezondheidszorg.

Dan het aspect van de alternatieven. Het kabinet wil inzetten op nurse practitioners and physician assistants. Die capaciteit wordt verdubbeld. We hebben toch niet voor niets academisch geschoolde artsen opgeleid voor bepaalde taken en bevoegdheden? Degradeert het kabinet hiermee niet het vak van de arts? Wat bedoelt het kabinet met de opmerking dat dit de dynamiek van de markt zal bevorderen? Krijgen wij straks hbo-dokters voor de gewone man of vrouw, en academisch geschoolde artsen voor de rijken?

Waarom leiden we geen extra tandartsen op? De minister kan niet blijven volhouden dat er genoeg tandartsen zijn. De vrije tarieven leiden tot allerlei rare prijsstijgingen en niet tot keuzevrijheid. Ik krijg hierop graag een reactie. Het is toch ongerijmd dat de capaciteit bij de tandartsen een paar jaar geleden op een kunstmatige manier met 20% tot 30% is verminderd, terwijl de nood eigenlijk steeds hoger wordt.

Mijn laatste opmerking gaat over de goodwill. De SP is een groot voorstander van het afschaffen van de maatschap. Die is niet meer van deze tijd, maar dan moet er wel iets goeds voor terugkomen. Ons voorstel zijn artsen in loondienst, vooral als we het over specialisten hebben. Dan is echter de pensioenvoorziening een groot probleem en het inkopen van artsen die nu in een maatschap zitten. Graag hoor ik een reactie op het idee van de SP om de goodwill af te schaffen en het systeem van de huisartsen ook in te voeren voor specialisten.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan zijn wij aan het einde gekomen van de eerste termijn van de kant van de Kamer. Ik schors de vergadering voor tien minuten en daarna gaan wij luisteren naar het antwoord van de bewindslieden. Is stel voor dat wij ons beperken tot twee interrupties. We hebben immers nog een tweede termijn.

Minister **Schippers**: Voorzitter. We spreken vandaag over de toegankelijkheid van de zorg. Fundamenteel daarbij is niet alleen het geld, maar ook dat we voldoende zorgverleners hebben. We hebben te maken met een zorgvraag die niet alleen toeneemt, maar ook verandert. Dat stelt ons voor extra uitdagingen. We moeten in de toekomst kunnen beschikken over voldoende artsen. Dat betekent extra groei ten opzichte van de huidige populatie artsen. We hebben nu ruim 34 000 artsen in Nederland. Naast de kwantiteit gaat het echter ook om kwaliteit. Het gaat niet alleen om het aantal artsen dat je opleidt. We willen artsen die minstens zo goed zijn opgeleid en minimaal dezelfde kennis hebben als de artsen die we nu hebben in Nederland.

Taakherschikking is een cruciaal element. We hebben daar al verschillende malen over gesproken. De herschikking van taken dient niet zozeer ter vervanging van een arts, maar de zorgvraag verandert en er zijn zich herhalende taken, waarvan artsen ook zelf zeggen dat die ook heel goed door een hoogopgeleide verpleegkundige gedaan kunnen worden. Wij moeten open kijken naar de juiste zorgverlener op de juiste plek. We moeten niet zeggen: we doen het al heel lang op dezelfde manier, dus er mag niets veranderen. Nee, we moeten gewoon kijken welke kwalificaties iemand nodig heeft om een bepaalde taak te doen. Wie kan die taak het beste vervullen? Wie is daar het beste voor opgeleid? In de plannen die we gepresenteerd hebben, zetten we in op een grote sprong in de taakherschikking, ook door substantieel meer verpleegkundigen een masteropleiding te laten volgen.

Ik ben eigenlijk best trots op het resultaat dat we hier presenteren in tijden van grote bezuinigingen, namelijk een forse groei in opleidingsplaatsen. 200 extra plaatsen voor de opleiding geneeskunde tot basisarts, 300 in de medische vervolgoopleidingen en 300 voor de masterzorgopleidingen. Dat vind ik een fikse uitbreiding. Daarmee geven we uitwerking aan het

regeerakkoord, dat de groeiende zorgvraag tegemoet wil treden met 25% meer artsen in 2025. We hebben de verplichting tot loting vervangen door een decentraal selectiesysteem. Collega Zijlstra zal daar verder op ingaan. Ik wil dan maar meteen overgaan tot het beantwoorden van de vragen en begin met die van mevrouw Kuiken. De eerste paar vragen waren voor mijn collega. Wordt met dit plan de kunstmatige schaarste weggenomen? Eigenlijk is schaarste een relatief begrip. Een aantal van de leden zei het al: nieuw aanbod schept ook nieuwe vraag. Het ligt er maar aan hoe je ernaar kijkt. Over de hele linie constateren wij nu geen schaarste. In de afgelopen jaren is al meer opgeleid en dus ook veel ingelopen. Er wordt conform de adviezen van het Capaciteitsorgaan zo veel mogelijk beschikbaar gesteld. Het kabinetsbeleid is 25% meer artsen in 2025 en met de ingezette maatregelen komen we daar waarschijnlijk nog net wat boven uit. We zullen dus nog net wat ruimer opleiden. Hoe wordt de kunstmatige schaarste aangepakt? Wij kijken naar de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Dat plant en aan die planning proberen wij tegemoet te komen. Zoals ik al zei, halen de maatregelen dat ruimschoots.

Een nieuw, integraal advies van het Capaciteitsorgaan is voorzien voor eind 2013. Dan komt er een nieuwe raming van alle medisch specialisten, profielartsen, huisartsen, opleidingsfonds eerste tranche, tweede tranche en de huisartsenopleiding. Het Capaciteitsorgaan zal rekening houden met de aanbeveling van het CPB om aandacht te geven aan de macro-economische factoren die de zorgvraag in de toekomst zouden kunnen drukken. Over de manier waarop dat het beste kan, vindt overleg plaats tussen het Capaciteitsorgaan en het CPB. Zo houden we ook rekening met de visie van het CPB hierop. Ik heb hier een heel aardig schema. Daar vroegen mevrouw Voortman en mevrouw Kuiken naar. Het gaat over de uitval. Ik laat het kopiëren, dat lijkt mij handiger dan het op te lezen. Op het schema is te zien dat de studie geneeskunde met 541 uitvallers echt wel een behoorlijke uitval kent, maar dat die in het vervolgetraject niet meer zo voorkomt.

Dan de tekorten bij medische beroepen. We zien een grote diversiteit in specialisaties in de opleiding na de basisarts. Mensen willen inderdaad vaak dezelfde specialismen, terwijl andere specialismen minder populair zijn. We hebben tekorten bij de specialismen ouderenzorg, bedrijfsarts en jeugdarts. De overheid levert een bijdrage aan de oplossing door het beschikbaar stellen van voldoende opleidingsplaatsen, door taakher-schikking mogelijk te maken en andere beroepsgroepen bepaalde zorgtaken te laten verrichten. Het veld investeert ook door het vak in de opleiding onder ieders aandacht te brengen. Er zijn carrièredagen en er wordt ook in de opleiding veel meer aandacht besteed aan deze specialismen.

Laten we kijken naar wat er gedaan is aan de instroomtekorten in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde. SOON, de Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland, en Verenso, de beroepsvereniging van specialisten in de ouderengeneeskunde, hebben in samenwerking met derden een scala aan activiteiten opgestart om het vak en de opleiding voor het voetlicht te brengen. Ik noem de volgende. Carrièredagen met jonge specialisten ouderengeneeskunde als rolmodel; opzet instroomcursus voor basisartsen die nu in verpleeghuizen werken, maar veelal wachten op een opleidingsplaats voor een ander specialisme – afgelopen jaar is 60% van deze doelgroep gestart met de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde – overleg met onderwijspar-tijen om de ouderenzorg en het vakgebied van de specialist ouderenge-neeskunde meer aandacht te geven in de opleiding; inbreng van meer wetenschap in de opleiding; faciliteren van zijnstroom, onder andere door het opzetten van een systematiek voor de erkenning van elders verworven competenties. Dit jaar zijn alle beschikbare opleidingsplaatsen ingevuld. Medio juli 2012, als de aanvraagperiode voor het volgende studiejaar is

afgerond, zal duidelijk worden of dit stand houdt en of dat ook geldt voor de situatie van volgend jaar.

Wat doen wij om het tekort aan bedrijfsartsen tegen te gaan? Ik heb hiervoor de aandacht gevraagd van mijn collega van SZW. Wij hebben al in eerdere AO's gewisseld dat dit tot het beleidsterrein van SZW behoort. SZW heeft mij laten weten, hierover in overleg te zijn met de sector, zodat ook in de toekomst een volwaardige inzet van voldoende bedrijfsartsen gewaarborgd blijft. Het is en blijft in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de sociale partners, arbodiensten en de beroepsgroep van bedrijfsartsen. De dagelijkse zorg voor gezondheid op het werk krijgt vorm binnen de arbeidsrelatie. Mevrouw Voortman vroeg wat ik vind van meer profielartsen en breder opleiden. De discussie in het veld over de inzet van meer generalisten en specialisten in de medische beroepsuitoefening is bij ons bekend. Binnenkort wordt er vanuit VWS verder gesproken met het veld over de ontwikkelingen op dit gebied. Innovaties en gesprekken over de juiste zorgverlener op de juiste plaats juich ik van harte toe. We hebben recent een pilot van ziekenhuisartsen ondersteund. Het is zeker een ontwikkeling met perspectief.

Er is gevraagd wat ik vind van de vernieuwingen die geopperd zijn voor de medisch specialist van straks. Die voorstellen staan in de discussienota van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de NFU. Dat is een interessante nota met moderniseringsplannen voor de inzet van specialisten en generalisten en de bijbehorende opleiding. Ik heb het initiatief genomen om met het veld in gesprek te gaan over de punten die in het rapport zijn beschreven. In Europa is eveneens discussie over de medische opleidingen en dat ondersteunt het belang van een gesprek met het veld over de discussienota van de NFU.

Mevrouw Straus en mevrouw Gerbrands vroegen wat ik vind van de aanbeveling van de RVZ om de assistent in opleiding en de zorginstelling aan de opleiding te laten meebetalen, de tripartiete financiering. Ik beraad mij momenteel over de aanbeveling om de aio's en de zorginstellingen te laten meebetalen. Ik zal daar binnenkort, naar verwachting voor de zomer, bij de Kamer op terugkomen. Als je dit soort maatregelen bekijkt, is het goed om af te wegen in welk breder kader een en ander zich afspeelt. Je moet niet geïsoleerd hiernaar kijken. Ik zal daarop terugkomen.

Dan de herregistratie van de profielartsen. De overheid is verantwoordelijk voor de basisartsen, artikel 3 van de Wet BIG. Het register van profielartsen is een privaat register, waar de overheid geen verantwoordelijkheid voor draagt. Het is een register van de artsen zelf. Herregistratie is eigen beleid van de KNMG en als dat valt binnen de eisen van de publieke registratie, kan het dienen als bewijslast.

Dan kom ik bij de vragen van mevrouw Joldersma. Zij vroeg onder meer wanneer dit nu allemaal ingaat. Het gaat per direct in, per studiejaar 2012/2013 gaan wij ophogen. We gaan het aantal studieplaatsen meteen verruimen met de aantallen die ik heb aangegeven.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): We schaffen dus ook direct de loting af?

Minister **Schippers**: De staatssecretaris zal straks ingaan op de decentralisatie, de gesprekken, de loting enzovoorts.

Er is gevraagd om meer aandacht voor vervolgoopleidingen in de basisopleiding. Op die vraag heb ik net al antwoord gegeven. Die aandacht gaan we versterken, met name voor de ouderenspecialismen. Er komt een raamplan voor taakherschikking. Taakherschikking is meegenomen in de ramingen. We gaan goed monitoren welk effect een forsere inzet op taakherschikking zal hebben.

Kunnen de extra vervolgopleidingsplaatsen ten goede komen aan de opleidingen waaraan nu tekorten zijn? Wat we altijd doen, is plaatsen beschikbaar stellen per specialisme. Dan zie je dat een aantal specialismen ontzettend populair is, terwijl de plaatsen voor andere specia-

lismen heel moeilijk vol te krijgen zijn. Dat is natuurlijk lastig. Iedereen heeft toch ook de vrije keuze in wat hij of zij wil worden. Het probleem zit hem in het invullen van de plaatsen. Het is niet zo dat er een tekort aan plaatsen is. Ik heb net opgesomd hoe het veld investeert om de specialismen beter onder de aandacht van aio's te brengen. Dat heeft bij de ouderengeneeskunde zichtbaar effect gehad. We hopen dat dit volgend jaar consistent doorzet. We zetten in op taakherschikking. Wat we bij de ouderenzorg hebben gedaan en ook wat de sector heeft gedaan, heb ik net al aangegeven.

De inzet van opgeleiden die een master hebben, wordt meegenomen in de ramingen van de medisch specialismen, de ramingen van de masteropleidingen zelf niet, maar dat zullen we ook weer monitoren.

Mevrouw Gerbrands vroeg wanneer een en ander wordt afgeschaft. Met deze maatregelen hebben wij invulling willen geven aan het regeerakkoord. Iemand vroeg of ik nu eens kan uitleggen wat het verschil is tussen verruimen en afschaffen. Dat is heel erg lastig, omdat ergens de numerus fixus staat voor een lotingssysteem. Dat schaffen we af, maar geven we dan alle plaatsen helemaal vrij? Dat is een heel moeilijke keuze. De kosten variëren van ongeveer 1,1 mld. tot ongeveer 1,3 mld. Dat is zo'n beetje waar je aan moet denken. Als je het dus helemaal wilt vrijgeven, zodat iedereen geneeskunde kan gaan studeren, moet je je ook afvragen of de euro op deze wijze op de best denkbare manier wordt besteed, of dat er andere zaken zijn waar je die euro beter aan zou kunnen besteden. Komt taakherschikking wel van de grond als wij dat doen? Is het eigenlijk wel verstandig om het helemaal vrij te geven? De numerus fixus wordt als lotingssysteem afgeschaft, maar of er sprake kan zijn van helemaal vrijgeven, is een andere vraag. Ons plan is in ieder geval een forse verruiming. Als je kijkt naar het aantal opleidingsplaatsen, dan kun je ook spreken van een forse verruiming.

Taakherschikking is nodig tussen specialismen. Daar ben ik het mee eens. We hebben bijvoorbeeld de klinisch technologie in voorbereiding in het kader van de taakherschikking. Dat gesprek wordt wel degelijk gevoerd. Ik ben er echt voorstander van om altijd te bezien wat nodig is, in plaats van door te gaan op de automatische piloot die je ooit hebt ingesteld.

Op de eigen bijdrage voor de opleiding en de productie van de aio's ben ik eigenlijk al ingegaan. Ik kom op de eigen bijdrage terug. Wat de verrekening betreft van de productie van de aio's: de kostprijs is de prijs van de opleiding en niet die van de productie die men draait. De huidige prijzen per opleiding zijn bij de start van het opleidingsfonds door de NZa vastgesteld. Op verzoek van het ministerie van VWS heeft Berenschot in 2008 onderzoek gedaan naar de kostprijs van opleiden. Dat heeft geen betere onderbouwing of andere inzichten opgeleverd dan waarmee sinds de start van het opleidingsfonds wordt gewerkt. Dat is aan de Kamer begin 2009 gemeld. De kostprijs is lastig precies vast te stellen, omdat gegevens ontbreken, ook over verschillen tussen opleidingen en instellingen. Periodiek kijken we of de gehanteerde kostprijs nog voldoet. Dat moeten we ook doen, omdat Brussel overcompensatie niet zal accepteren.

De vraag over de profielarts en de ziekenhuisarts heb ik net al beantwoord. We hebben een pilot toegewezen aan een ziekenhuis in Brabant en de Medical School doet hieraan mee. Is het Capaciteitsorgaan onafhankelijk of bepaalt de beroepsgroep eigenlijk de uitstroom in de vervolgoopleidingen? Het Capaciteitsorgaan heeft voor zijn ramingen een model ontwikkeld waarin tal van factoren zijn opgenomen die een rol spelen bij de ontwikkeling van de zorgvraag. De medische ontwikkelingen, epidemiologische vakontwikkeling, niet-medische factoren zoals demografie en sociaal-culturele factoren. De adviezen van het Capaciteitsorgaan zijn op dit model gebaseerd en niet op de mening van een bepaalde beroepsgroep. Juist omdat weleens wordt gesteld dat het Capaciteitsorgaan te veel het artsenbelang zou dienen – wat te vertalen is als schaarste creëren



of in stand houden – is er een plausibiliteitstoets uitgevoerd door het CPB. Die geeft geen aanleiding om te veronderstellen dat het Capaciteitsorgaan de belangen van bepaalde groepen onevenredig zwaar zou laten wegen. De samenstelling is als volgt: een derde beroepsgroep, een derde opleidingsinstellingen en een derde verzekeraars.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik vond het nogal tekenend dat zowel de RVZ als de NZa vraagtekens zet bij de samenstelling van het Capaciteitsorgaan. Wij kunnen natuurlijk wel zeggen dat het waarschijnlijk geen invloed heeft, maar als twee onafhankelijke instituten daar vraagtekens bij zetten, dan moet er toch wel iets aan de hand zijn, denk ik. Uit de rapporten blijkt dat de beroepsgroep toch wel een heel dikke vinger in de pap heeft als het gaat om opleidingsplaatsen en dat soort zaken. Ik zou dat niet zo makkelijk opzij willen schuiven.

Minister **Schippers**: Dat hebben wij ook niet gedaan. Wij hebben het CPB gevraagd om ernaar te kijken, ook naar aanleiding van geruchten dat het Capaciteitsorgaan niet objectief zou zijn of aan de leiband zou lopen van wie dan ook. Het CPB heeft geconstateerd dat de modellen waarop het raamt, wel onafhankelijk zijn en dat het Capaciteitsorgaan onafhankelijk is. Anders moet je het aanpassen en dat is dan toch wel lastig, als je het net hebt laten onderzoeken en men komt tot deze conclusie. Dan kom ik bij de vragen van mevrouw Dijkstra. Een aantal antwoorden heb ik langzaam maar zeker al gegeven.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): De minister heeft al antwoord gegeven op vragen die ik heb gesteld over het curriculum ouderengeneeskunde. Ik neem aan dat zij daarop niet meer verder ingaat. Ik heb daar nog wel een vraag over, want de inspanningen die zij noemt, zijn natuurlijk nog maar pas ingezet. De vraag is of je niet ook bij het specialisme ouderengeneeskunde weer heel veel uitval zult zien. Hoeveel tijd staat ervoor om te bezien of al die aandacht voor het specialisme ouderengeneeskunde echt werkt?

Minister **Schippers**: Zodra je dat constateert, zou je daarnaar moeten kijken. We hebben gezien dat de beroepsgroep het zelf heeft opgepakt, met carrièredagen, met intensief kennis laten maken, met de hele riedel die ik net heb genoemd. Je ziet dat het effect heeft. Nu moeten we kijken of het effect aanhoudt en of de opleidingsplaatsen in het komende jaar ook weer gevuld worden. Dat weten we nog niet. Daar zullen we naar moeten kijken.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik zeg het ook omdat er in de opleiding zelf, ook in de basisopleiding, zo weinig aandacht is voor ouderengeneeskunde. In totaal moet een student 360 studiepunten behalen, en daarvan zijn er maar 12 punten verplicht, die specifiek over ouderengeneeskunde gaan. Misschien moet ik dat met de staatssecretaris wisselen. Dat zou ook heel goed kunnen.

Minister **Schippers**: Die is daar al helemaal klaar voor, begrijp ik van hem.

De RVZ adviseert een overgangstermijn van vijf jaar, maar wij gaan er met ingang van komend jaar meteen mee aan de slag.

Er is gevraagd waarom ik de instroom in de opleiding tot tandarts niet verhoog. Daar heb ik de Kamer recent een brief over gestuurd. Het punt is dat wij in de tandheelkunde echt heel fors hebben ingezet op taakherschikking met de mondhygiënisten. De taken van de mondhygiënisten worden uitgebreid. Zo kunnen hoogopgeleide mondhygiënisten ook vullingen zetten bij hun patiënten. Wij zetten bij de mondzorg dus in op taakherschikking. Tandheelkunde is een ontzettend dure studie. We

moeten heel goed kijken naar het rendement van de euro's die daaraan worden besteed. Vandaar de forse inzet op een herschikking van de taken in de tandheelkunde.

Dan de uitbreiding van de masteropleidingen. De juiste mensen moeten op de juiste plek zitten. Het is natuurlijk onzin om te zeggen dat we verschillende soorten dokters zullen krijgen voor verschillende inkomensgroepen. Wij hebben hier een systeem waarin iedereen geaccepteerd moet worden door de verzekeraar, waarin iedereen een premie betaalt die los staat van de vraag of men een hoog risico heeft, ziek is dan wel gezond, oud dan wel jong. Voor lage inkomensgroepen hebben we een compensatiesysteem via een zorgtoeslag. Dus wordt er helemaal niet gekeken naar het inkomen. Je bent gewoon verzekerd bij een verzekeraar en die verzekeraar koopt zorg voor je in. We hebben een inspectie die op de kwaliteit van de zorg moet toezien, maar het is echt onzin om te denken dat de manier waarop we het nu georganiseerd hebben, de beste manier is. Taken die nu door artsen worden uitgevoerd, kunnen door verpleegkundigen worden overgenomen, ook omdat zij een heel ander soort opleiding met een heel andere invalshoek hebben gevolgd. Dat geldt zeker voor routinematige zorg en voor zorg waarbij het patiëntenperspectief heel belangrijk is. We hebben de Wet BIG daarop aangepast. Daarover hebben we destijds ook een debat gevoerd.

Het afschaffen van de goodwill heeft een enorme consequentie. Dat weet de heer Van Gerven ook. Het gaat om heel grote bedragen als je de goodwill afschaft. Ik ben helemaal niet van plan om dat van bovenaf af te dwingen. Ik wil gewoon dat een ziekenhuis de beste zorg levert voor de scherpste prijs. Hoe men dat organiseert, is een interne kwestie. 55% van onze artsen is in loondienst en 45% werkt in maatschappen. We hebben onderzoek laten doen door SEO. Daaruit is niet gebleken dat het ene model veel beter zou zijn dan het andere. Ik zie dus ook daarin geen argument om het af te dwingen. Ik zie ook geen verschil in kwaliteit, want dat is evenmin geconstateerd. Ik vind dat ziekenhuizen het vooral zelf moeten weten.

De heer **Van Gerven** (SP): De goodwill is een groot probleem. Dat was het ook bij de huisartsen, maar daar is het op een mooie manier opgelost. Ik wil toch vragen of bijvoorbeeld onderzocht kan worden of wij voor alle nieuw intredende specialisten een nieuw systeem kunnen opzetten. Dan lost het probleem zich vanzelf op. Zich inkopen in een maatschap betekent financieel erg gebonden zijn. Als er dan een probleem is, wordt de oplossing geblokkeerd door financiële belangen. Dat is een heel ongezond en achterhaald systeem. Kan daarnaar niet toch onderzoek gedaan worden? Ik sta hier zeer zeker niet alleen in.

Ik heb ook nog een vraag over het Capaciteitsorgaan. De minister haalt het CPB aan. Het CPB heeft kritiek geuit op de rekenmethode van het Capaciteitsorgaan. Het CPB vraagt zich bijvoorbeeld af hoe het mogelijk is dat in Nederland de artsendichtheid relatief gezien zo laag is. Ik noem het aandeel maar even, het is 1,9 in Nederland, terwijl het in andere OESO-landen 2,7 is per 1000 inwoners. Dat is toch een behoorlijk verschil. Het Capaciteitsorgaan zegt dat er geen krapte is, terwijl het CPB toch duidelijk zegt: eigenlijk is er wel krapte, waardoor bijvoorbeeld ook de inkomens zo hoog zijn. Daar hoor ik graag een reactie op van de minister.

Minister **Schippers**: Als ik het SEO-rapport goed lees en als er geen kwaliteitsverschil wordt aangetoond, dan zie ik geen aanleiding om van bovenaf bepaalde organisatievormen waar men zelf vrij voor kiest, te gaan verbieden of om daar onderzoek naar te doen? We hebben net onderzocht wat het verschil is. Ik ben niet van plan om een blauwdruk op te leggen. Ik vind dat de mensen zelf moeten weten hoe zij zich organiseren en hoe zij werken. De een kiest voor loondienst en de ander kiest voor een maatschap. Ik ben niet van mening dat ik me daarmee moet

bemoeien of dat ik daarin moet ingrijpen. Ik zie de toegevoegde waarde van zo'n onderzoek niet. De heer Van Gerven is heel sterk voorstander van één model. Ik vind dat we gewoon de beste zorg voor de scherpste prijs moeten zien te krijgen van een ziekenhuis. Hoe men dat in het ziekenhuis intern organiseert, moet men vooral zelf weten.

Dan de kritiek door het CPB op de artsendichtheid. Het CPB concludeert uiteindelijk in zijn rapport dat het Capaciteitsorgaan aan de hoge kant zit met zijn raming. Dat strookt dus niet helemaal met de conclusie die de heer Van Gerven eruit trekt. Wij hebben die ramingen overgenomen en vullen ze eigenlijk nog iets ruimer in. Niet heel veel, een paar procent, maar toch. Waar het mij om gaat, is dat het Capaciteitsorgaan onafhankelijk moet zijn. Het moet niet gestuurd worden door een bepaald specialisme of iets dergelijks. Die onafhankelijkheid is geconstateerd. Dat vind ik het allerbelangrijkste, want anders kun je ook niet op een Capaciteitsorgaan bouwen.

De heer **Van Gerven** (SP): De kosten van het vrije ondernemerschap zijn hoger. In een indrukwekkend artikel in Economisch Statistische Berichten werd onlangs gesteld dat het vrije ondernemerschap leidt tot meer productie. Dat zou de minister toch moeten aanspreken. Maar nu even concreet: het tekort aan specialisten leidt tot hogere inkomens van de specialisten. Dat zegt de OESO en dat suggereert eigenlijk ook het CPB in zijn notitie over het Capaciteitsorgaan. Het moet de minister toch aanspreken als wij met meer mensen voor hetzelfde geld dit werk zouden kunnen doen? Is de minister bereid tot dat onderzoek?

Minister **Schippers**: Ik heb anderhalf jaar geleden afspraken gemaakt met de specialisten, waarin sprake is van een forse reductie van de inkomens en waarbij we de toekomstige productie hebben vastgesteld op 2,5%. Dus we hebben daar afspraken over gemaakt, en of ze nu in loondienst werken of in een maatschap, dat maakt niet uit. Afspraak is afspraak. Een handtekening van de orde is een handtekening van de orde. Daar gaan wij van uit. Dat zijn de afspraken die wij hebben gemaakt. De heer Van Gerven trekt allerlei conclusies die ik zo niet zou durven trekken in de kwestie maatschappen versus loondienst.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dan gaan wij naar de staatssecretaris.

Staatssecretaris **Zijlstra**: Voorzitter. Het is altijd weer een genoegen om in deze commissie aanwezig te mogen zijn. Ik zat hier een tijd geleden met een andere pet op.

Ik loop even de bijdragen van de verschillende leden langs en beantwoord de vragen die de minister nog niet heeft beantwoord. Generiek proef ik bij het overgrote deel van of misschien wel bij de hele commissie instemming met de beweging die het kabinet heeft ingezet op het gebied van de numerus fixus, namelijk uitbreiding van plaatsen en verruiming en afschaffing van de loting, die breed als een steen des aanstoets is gezien. Dat geldt overigens niet alleen voor de studie geneeskunde. Dit kabinet schaft de centrale loting in zijn totaliteit af, dus ook voor allerlei andere opleidingen waar nu nog voor geloot moet worden.

Het ideaalbeeld is – zeg ik tegen de heer Van Gerven – dat iedere student de opleiding kan kiezen die hij of zij graag wil. Om allerlei redenen is dat in de praktijk niet altijd mogelijk. Bij geneeskunde heeft dat bijvoorbeeld te maken met de kosten. Zo'n opleidingsplaats kost € 30 000, terwijl een gemiddelde opleidingsplaats € 6 000 kost. Dus daar wil je wel wat sturing op houden. Wij hebben een maximum aantal bekostigde plaatsen. Er mogen meer studenten worden opgeleid. Mevrouw Kuiken en mevrouw Voortman vroegen wie dat dan betaalt. Dat doet de student, door instellingscollegegeld te betalen. Die mogelijkheid is er.

We zien soms ook dat buitenlandse studenten in Nederland opleidingen volgen. Zij betalen dan eveneens instellingscollegegeld, al zit daar wel een grens aan.

De vraag is gesteld wat het kost als we het helemaal zouden vrijgeven. De minister is daar al op ingegaan. Als je kijkt naar de aanmeldingen, dan verwachten wij zo'n 1250 extra studenten te moeten inschrijven, boven de huidige 3050. Dat kost OCW zo'n 200 mln. Vervolgopleidingen voor VWS kosten inderdaad zo'n 800 mln. puur voor de opleiding, maar dan moet je ook nog vier nieuwe UMC's bouwen, want ze moeten toch ergens opgeleid worden. Ik moet nog vier nieuwe faculteiten geneeskunde ergens neerzetten. Met die kosten erbij kom je tot een totaalsom van ruim boven 1 mld. Om dit te kunnen betalen, moeten de salarissen van al die artsen bij elkaar opgeteld – dat is de redenering die de heer Van Gerven volgde – met meer dan 1 mld. zakken. Dat is ook het advies van de RVZ geweest. Dan is de vraag in hoeverre dat mogelijk is en hoe snel je zoiets kunt opzetten. Daarom staat er in het regeerakkoord dat er 25% meer artsen moeten komen in 2025 en dat gaan we ook halen.

Wanneer gaan we dat doen? De minister gaf al aan dat in het collegejaar 2012/2013 de opgehoogde aantallen plaatsen beschikbaar zijn. De decentrale selectie begint in 2013. Dat heeft te maken met het feit dat het nu wettelijk nog niet mogelijk is. Het wetsvoorstel ligt volgens mij nog bij de Raad van State. Kort na dat advies gaat het naar de Tweede Kamer. Er zitten overigens meerdere kwaliteitsverhogende maatregelen in voor het hoger onderwijs en er zit ook deze maatregel in voor selectie aan de poort. Dat betekent niet dat meteen in 2013 voor alle opleidingen de decentrale selectie ingaat. Omdat het een nogal grote operatie is, doen we de invoering in fases. We zijn met de universiteiten in gesprek over de vraag welke lichting in 2013 ingaat en welke daarna pas. Als het allemaal in één keer zou moeten, kan men het niet goed behappen en dan krijg je kwalitatieve problemen met een goede selectieprocedure.

Hoe werkt die selectieprocedure? Ook die vraag hebben bijna alle woordvoerders gesteld.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA): Ik heb een heel specifieke vraag. De RVZ heeft geadviseerd om een periode van vijf jaar te nemen om het ordentelijk in te voeren. Het kabinet kiest er nu voor, de invoering gefaseerd te doen. Geven de universiteiten zelf aan dat ze dit kwalitatief en kwantitatief aan kunnen?

Staatssecretaris **Zijlstra**: De universiteiten hebben aangegeven dat aan te kunnen. Ze hebben echter ook aangegeven dat we een probleem krijgen als we het in één keer zouden doen, conform het advies van RVZ. Dan moet je namelijk in 2013 in één keer voor al die opleidingen – het gaat immers niet alleen om geneeskunde – decentrale selectieprocessen invoeren. Wij hebben met de universiteiten afgesproken dat zij bezien in welk cluster van opleidingen de invoering in welk jaar geschiedt. Dan duurt het dus een paar jaar voordat het in de volle breedte is ingevoerd.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA): Geldt dat ook voor het vervolg? Je zit in de schoolbanken, maar er komt ook een vervolg in praktische zin. Instroom levert uitstroom. Als je nu start, in 2012/2013, dan krijg je op een gegeven moment een grotere uitstroom en die mensen moeten ook weer hun opleiding kunnen doen.

Staatssecretaris **Zijlstra**: Wij zorgen er nu voor dat de instroom in 2012 groter is. Dan heb ik het over aantallen plaatsen. Als die mensen straks van hun opleiding afkomen, heeft VWS ervoor gezorgd – dat is al in gang gezet, daar is VWS nu mee bezig – dat er opleidingsplaatsen in de ziekenhuizen zijn. Die mensen moeten immers kunnen doorstromen. Ze mogen niet blijven hangen in de basisartsfase, omdat wij tegen hen

moeten zeggen: sorry, we waren even vergeten om specialistenopleidingen te regelen. Dat is in gang gezet. OCW krijgt in mei van de universiteiten en medische centra te horen wie welke aantallen extra studenten gaat opleiden. Dan hebben we het totaalplaatje. Men is dus nu ook al bezig met de werving. Dat hele proces loopt nu.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Kunt u ervoor zorgen dat de informatie die u ons nu hebt gegeven over wie wat doet en wanneer wat in gang is gezet, ook bij de universiteiten en bij de aankomende studenten terechtkomt? Die mensen zitten nu in hun eindexamenfase en horen opeens iets en vragen zich af wat er precies zal gebeuren.

Staatssecretaris **Zijlstra**: De universiteiten weten dit al. Die zijn druk bezig met de invoering. Ze zijn ook druk bezig, de studenten te enthousiasmeren om voor hun universiteit te kiezen om de geneeskundeopleiding te volgen. Via de gebruikelijke voorlichtingskanalen wordt nu ook gecommuniceerd dat er meer opleidingsplaatsen zijn. Overigens hoeft je daar niet echt reclame voor te maken. We hebben sowieso meer aanvragen dan opleidingsplaatsen, ook zonder dat dit in gang is gezet. Men is ervan op de hoogte, sterker nog, men is ermee bezig om de aantallen extra plaatsen te communiceren. Via die voorlichtingsroute horen studenten dus ook van de universiteiten dat er meer mogelijkheden zijn.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Wij horen van studenten dat zij zich op dit moment afvragen hoe het straks gaat. Moeten zij zich straks via de gewone loting aanmelden? Gaat het straks via die decentrale selectie? Wat voor soort gesprekken krijgen zij? Het gaat mij om de studenten die nu eindexamen doen. Ik merk dat daar nog veel onduidelijkheid over is en vraag me af of dat niet via de decanen kan worden gecommuniceerd.

Staatssecretaris **Zijlstra**: Er lopen twee dingen door elkaar, namelijk de selectie en het aantal plaatsen. De selectie is helder. Die loopt. De decentrale selectie gaat in 2013 in. Wij gaan dus nu niet communiceren dat de decentrale selectie komend jaar zal veranderen, want dat is niet zo. Als we de geneeskundeopleiding als eerste laten gaan, dan zal komend jaar inderdaad aan de studenten worden medegedeeld dat de decentrale selectie eruit gaat. Het is best een operatie om dat netjes te laten landen, daarom doen we het ook gefaseerd.

Mevrouw Kuiken vroeg naar een plan van uitvoering. Dat loopt via deze lijn.

Dan ga ik naar mevrouw Voortman. De minister is al ingegaan op de taakherschikking. Die is ook terug te zien in de plannen. We doen niet voor niets ook zo veel opleidingen in het hbo. Dat is juist een uitvloeisel van de taakherschikking. Ik noem de nurse practitioner en dergelijke.

Mevrouw Joldersma vroeg hoe we die opleiding vormgeven. Die opleidingen zijn er al. We breiden nu alleen het aantal plaatsen uit. Er wordt zoals gebruikelijk in overleg met het veld gekeken welke vereisten nodig zijn voor de taken in kwestie. Daaraan wordt het curriculum van de opleiding aangepast.

Wat het curriculum betreft: bijna alle leden hebben gevraagd hoe het zit met de ouderengeneeskunde en hoe we meer mensen enthousiast krijgen voor die opleiding. We kunnen de studenten er immers niet met de zweep naartoe jagen. Het curriculum wordt vormgegeven door de universiteiten. Je ziet ook verschillen. Bijvoorbeeld in Leiden heeft de universiteit recentelijk al in het begin van de masterfase vakken voor ouderengeneeskunde neergezet om studenten daar kennis mee te laten maken. Het is ook meer vormgegeven in alle overige vakken, want ouderengeneeskunde heeft natuurlijk allerlei raakvlakken met bijna alle vormen van geneeskunde. Het is niet te knippen – ik geloof dat mevrouw Dijkstra zei dat het 12 studiepunten zijn op een totaal van 360 – want het loopt dwars door

elkaar heen. Bij de universiteiten en de overkoepelende VSNU is daar wel aandacht voor. Men ziet dat er plaatsen zijn, maar dat die niet worden ingevuld. Universiteiten schenken er in hun curriculum meer aandacht aan, maar aan het eind van de rit moet de student toch de keuze maken: wil ik neuroloog worden of wil ik de ouderengeneeskunde in? Wij kunnen die keuze niet afdwingen. Wij proberen nu alle informatie te geven, waardoor studenten hopelijk verleid worden en kunnen zien dat ouderengeneeskunde fantastische mogelijkheden voor de toekomst biedt en een zeer dankbare specialisatie is.

Dan kom ik bij mevrouw Straus. De studenten maken tijdens hun studie al kennis met specialisaties. De mate waarin dat gebeurt, verschilt per universiteit en hangt ook af van de specialisatie die universiteiten kiezen. We vragen van universiteiten meer profilering, een sterkere identiteit, dat geldt ook op dit vak. Leiden is een voorbeeld. Ik ben het zeer met mevrouw Straus eens dat het decentrale selectiesysteem een veel eerlijker systeem is dan het systeem van centrale loting, want dat was juist een vorm van willekeur. Je kon met heel veel motivatie en een fantastische cijferlijst aankomen en dan toch worden afgewezen. Dat gaat er natuurlijk uit. Hoe voorkom je willekeur? Dat is een zorg van mevrouw Joldersma, de heer Van Gerven en mevrouw Dijkstra. De instellingen bepalen zelf de selectiecriteria. We hebben wettelijk vastgelegd dat je bij decentrale selectie, als je gebruikmaakt van cijfers, altijd nog een ander criterium erbij moet hanteren. Je kunt dus nooit zeggen: iedereen met een acht of hoger komt per definitie binnen. Ook bijvoorbeeld motivatie is dan iets wat je kunt gebruiken.

Die instellingen hebben er een heel groot belang bij, die selectie goed te laten verlopen. Een deel van hun financiering is immers afhankelijk van de vraag of studenten ook werkelijk afstuderen. Je kunt dus wel iemand met een kruiwagen naar binnen laten komen – de heer Van Gerven kwam daar geloof ik mee – maar als die student de eindstreep niet haalt, kost dat gewoon geld. Vanuit het weloverwogen eigenbelang van een universiteit is dat niet heel erg verstandig. De universiteiten hebben er belang bij, dat goed te doen.

Als men afgewezen wordt, dient die afwijzing heel deugdelijk gemotiveerd te zijn. Er moet ook in reglementen vastgelegd zijn, op welke wijze de selectie verloopt, welke criteria daarbij worden gehanteerd en hoe die gewogen worden. De student kan daartegen in beroep gaan, zeg ik in antwoord op een vraag van mevrouw Dijkstra. In eerste instantie kan dat bij de instelling zelf. Als dat tot niets leidt, bij het college van beroep. De inspectie kijkt er niet specifiek naar, maar zij gaat risicogericht toezicht houden op het hoger onderwijs. Dat betekent dat de inspectie, als er signalen komen dat zaken scheef zitten, ook in de selectie, op dat punt zal doorvragen.

Mevrouw **Straus** (VVD): Ik heb een verhelderende vraag. De staatssecretaris geeft aan dat cijfers alleen niet voldoende zijn voor de selectie. Hij geeft aan dat er ook altijd een aanvullend criterium moet zijn. In de brief die we gekregen hebben, staat echter dat er voor studenten met een 8+ een uitzondering gemaakt wordt. Hoe moet ik dat met elkaar rijmen? Misschien begrijp ik de staatssecretaris niet goed. Wil hij dat nog een keer uitleggen?

Staatssecretaris **Zijlstra**: Dat zit in de eerste fase. Het beeld dat ik u nu schets, is het eindplaatje. De studenten met een 8+ zijn nu al een tijdje bezig. Hun situatie is vanwege de voorgeschiedenis een andere. Voor alle nieuwe instroom geldt echter dat de procedure werkt zoals ik net schetste. Mevrouw Joldersma vroeg hoe het met de masterfase zit. Voor studenten die in de masterfase instromen, geldt dat eventuele deficiënties in de vooropleiding in maximaal een jaar moeten worden weggewerkt. Dan volgt het driejarige programma. Ook bij die instroom vindt er feitelijk een



soort selectie plaats. Er wordt gekeken of de deficiënties dusdanig zijn dat men die kan overwinnen. Voorts wordt gezien of de student het vak een beetje in zich heeft. Als een student oogchirurg wil worden, moeten zijn handen niet te veel trillen, anders is hij niet zo geschikt. Op dat soort zaken wordt nu al gelet en dat zal ook in de toekomst gebeuren.

Hoe zit het met de vormgeving van de hbo-opleidingen? Daar ben ik net al op ingegaan. Mevrouw Joldersma vroeg dit. Een en ander gebeurt in afstemming met het veld en naar aanleiding van de vereisten uit de Wet BIG.

Mevrouw Gerbrands vroeg naar de extra plaatsen en het instellingscollegegeld. Ik ben er ook op ingegaan wanneer dit ingaat.

Mevrouw Dijkstra vroeg naar de voorbereiding. Daar ben ik op ingegaan. Volgens mij heb ik ook die vragen beantwoord.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Ik heb ook gevraagd naar de ervaringen die zijn opgedaan door de geneeskundefaculteiten die nu al decentrale selectie toepassen. Daar zijn verschillende voorbeelden van. Ik heb onder andere gevraagd of er knelpunten zijn en of er sprake is van minder uitval onder geselecteerde studenten dan onder gelote studenten. Wat gebeurt er met die ervaringen?

Staatssecretaris **Zijlstra**: Men heeft positieve ervaringen, maar er is op dit punt maar één wetenschappelijk gefundeerd onderzoek gedaan. Daaruit blijkt dat er minder uitval is. De universiteiten zijn, overigens niet allen voor de geneeskundeopleiding, maar in de breedte, zeer tevreden met twee zaken. Aan de ene kant zijn dat de toelatingsgesprekken. Dat is geen selectie, maar een verkenning. Is deze opleiding geschikt voor je? Wat verwacht je ervan? Spreek eens met een leraar of een huidige student. Dat voeren we nu in het hoger onderwijs breed in. De universiteit of hogeschool krijgt het recht om zo'n gesprek te vragen en de student krijgt dat recht ook. Selectie gaat een stap verder en betekent ook echt dat de instelling aan het eind van het gesprek kan zeggen: sorry, jij vindt deze studie misschien zelf wel een goed idee, maar wij niet. We kunnen je op basis van objectieve criteria niet toelaten. De instellingen die dat al hebben gedaan, geven aan daarmee positieve ervaringen te hebben voor wat betreft het rendement, de voortgang en de kwaliteit van de uitstroom.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Is er minder uitval? Of is het nog te vroeg om dat te zeggen?

Staatssecretaris **Zijlstra**: Om het zo hard te kunnen zeggen, is het nog te vroeg. De eerste signalen wijzen daarop, maar uiteindelijk kun je dit soort conclusie pas wetenschappelijk trekken op basis van degelijk onderzoek en dat is nog niet in de eindfase. Eerst moet de hele cyclus doorlopen worden. Pas aan het eind van de rit – sommige specialisaties duren vijftien jaar – kun je conclusies trekken. Dus wie weet wat we kunnen concluderen als wij elkaar in deze zaal over vijftien jaar weer in deze samenstelling treffen.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Dat gaat me net iets te ver. Het gaat natuurlijk vooral om de eerste fase. In de bachelorfase doet zich de meeste uitval voor. In de vervolgopleiding is de uitval juist heel gering, ook nu al.

Staatssecretaris **Zijlstra**: Voorzitter. Wat ik zei, was een poging tot grapje, maar dat schijnt niet gelukt te zijn. In de bachelorfase is de uitval het grootst. Overigens is die bij geneeskunde ten opzichte van andere studies gering; in de bachelorfase is de uitval gering en in de masterfase is die zeer gering. We kunnen al over ongeveer anderhalf jaar een conclusie trekken over hoe het loopt in de bachelorfase. Dan hoeven we toch geen vijftien jaar te wachten met conclusies trekken.

Dan kom ik op de vragen van de heer Van Gerven. Op de vraag hoe we willekeurig voorkomen, ben ik net ingegaan. Het idee om studenten te laten instromen en dan na het eerste of tweede jaar een pittige selectie door te voeren, is kostentechnisch niet de meest verstandige optie. Het is ook niet in het belang van de student zelf. Het betekent namelijk dat we bewust studenten laten beginnen aan een studie, terwijl we de student in kwestie op basis van objectieve selectiecriteria misschien niet de meest geschikte persoon vinden voor dat vak. Na een of twee jaar vallen studenten dan uit – dat is dan kennelijk ook gepland – en moeten een andere studie gaan doen. Dat is niet alleen verlies van maatschappelijk kapitaal, maar ook verlies van kostbare tijd voor de student zelf. Het is beter om te proberen, studenten aan het begin van hun studie te geleiden naar een studie waarin ze de grootste kans van slagen hebben en de grootste kans op perspectief. Dat is wat we hier doen.

Aan iedereen de mogelijkheid bieden om te studeren wat ze willen, is iets wat we in theorie waarschijnlijk allemaal willen. Ik ben daar net al op ingegaan. Ook op gebieden als kunst, onderwijs en andere bestaan er echter restricties voor het aantal studenten, soms ook gewoon in verband met kwalitatieve eisen. Voor rechtenstudies bijvoorbeeld wordt een numerus fixus ingevoerd, omdat de capaciteit beperkt is. Als er nog meer studenten zouden komen, kan men de kwaliteit van de opleiding onvoldoende borgen. Dat is wat mijn verantwoordelijkheid betreft het allerbelangrijkste: de kwaliteit van de opleiding moet geborgd zijn. Als de kwaliteit in de knel komt, vind ik het belangrijk dat de mogelijkheid er is om te zeggen: nu zetten we een kap op de hoeveelheid studenten. Dat geldt natuurlijk hier ook. Het is zeker niet zo dat we het artsenvak degraderen door middel van taakherschikking. Het is juist heel verstandig om taken, die niet door een veel duurder specialist uitgevoerd hoeven te worden, bijvoorbeeld door een nurse practitioner te laten doen. Dat is in gang gezet en die beweging proberen we te versnellen, zodat we sneller de kritische massa bereiken, die volgens de RVZ bij ongeveer 7000 ligt.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb nog een vraag over de selectie. De ervaringen met de decentrale selectie – het zelf selecteren in plaats van loten – zijn positief, zegt de staatssecretaris. Dat is vanuit de instellingen gezien. Hoe objectief is dat? Is daar ook iets over te zeggen door anderen, die niet in zo'n instelling zitten? Wat vinden de studenten er zelf van?

Staatssecretaris **Zijlstra**: We kunnen nog niet gefundeerd zeggen: het is per definitie goed. Daar moeten we echt meer resultaten voor hebben en meer doorstroom. De positieve beoordeling komt inderdaad uit de instellingen zelf. Zij hebben er positieve ervaringen mee. Daarmee is nog niet gezegd dat het over de volle breedte tot applaus leidt. We hebben geen totaalplaatje van de studenten en ik kan dus niet zeggen: de studenten denken er zus of zo over. Ik denk dat je grosso modo met een beetje boerenverstand kunt zeggen dat de studenten die met goede cijfers en gemotiveerd aan de studie beginnen en binnenkomen, er ongetwijfeld zeer tevreden over zijn, terwijl studenten die de streep niet hebben gehaald, zo hun bedenkingen zullen hebben. Om tot een gefundeerde conclusie te komen, is het echter nodig om het doorlooptraject ook echt af te maken. Dan kunnen er over anderhalf of twee jaar gefundeerde conclusies worden getrokken. Anders zijn het vooral de meningen van één of twee partijen en we willen het totale pakket hebben.

De heer **Van Gerven** (SP): De staatssecretaris haalt zeer terecht een dilemma aan dat de SP ook heeft met de decentrale selectie, namelijk de selectie op basis van punten. Ik vraag dit maar even voor de duidelijkheid: is het niet zo dat iedereen die cum laude afstudeert, straks automatisch geplaatst is? Ik heb in ieder geval de indruk dat het zo is voor 500 studenten. Dan is iemand die een 7 haalt of een 6, wat immers ook

voldoende is, toch in het nadeel. We weten allemaal dat het om cijfers gaat, maar ook om motivatie en allerlei andere factoren.

Staatssecretaris **Zijlstra**: Dat is niet zo. Op dit moment heeft bij de centrale loting ongeveer de helft van de studenten een voorkeurspositie op basis van cijfers. Dat is de huidige situatie. Dat gaat er echter af. Decentrale selectie is echt decentrale selectie. We hebben in de wet vastgesteld, naar aanleiding van een amendement dat in de Kamer brede steun kreeg, dat als je op cijfers wilt selecteren, daar altijd nog een ander selectie criterium naast dient te staan. Je kunt nooit alleen op basis van cijfers selecteren. Je moet ook bijvoorbeeld een motivatiegesprek voeren. Iemand die met een 10 binnenkomt, hoeft niet per definitie een heel geschikte arts te zijn. Je kunt theoretisch goed zijn, maar er zijn ook nog wat andere capaciteiten nodig om een goede arts te zijn. Het kabinet vindt decentrale selectie a priori goed, omdat dan naar alle aspecten van een opleiding, ongeacht of het geneeskunde is of een andere opleiding, gekeken wordt om te bepalen of het verstandig is om de student in kwestie te laten instromen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Ik heb nog gevraagd naar de mogelijkheid die de NZa en de RVZ hebben geopperd voor het invoeren van een variabele eigen bijdrage voor de vervolgoopleidingen, om zo een beetje te sturen op specialismen die echt nodig zijn. Op die vraag heb ik nog geen antwoord gekregen.

De **voorzitter**: Is er nog behoefte aan een tweede termijn? Dan nemen we de vraag van mevrouw Gerbrands aan de minister daarin mee. U hebt twee minuten spreektijd.

Mevrouw **Kuiken** (PvdA): Voorzitter. Ik dank beide bewindspersonen voor hun antwoorden. Ik denk dat we het doel onderschrijven van het afschaffen van de numerus fixus en van het verruimen, zonder de poort zo wijd open te zetten dat we niet bereiken wat we willen. Het was echter ook altijd een onderliggende wens om het aantal artsen en specialisten uit te breiden en daarmee onnodige prijsopdriving in de lonen tegen te gaan. Op dat vlak heeft dit middel geen effect. In mijn optiek zullen we dus andere maatregelen moeten inzetten om dat te realiseren. Er komen in ieder geval nog twee momenten waarop we over dit onderwerp spreken, namelijk als het uitgebreide plan van aanpak er is en als het wetsontwerp er ligt. Ik zit nog met de vraag of de kunstmatige schaarste ook effect heeft op het loon-prijspeil.

Mevrouw **Straus** (VVD): Voorzitter. Ik dank de bewindspersonen voor hun toelichting. Ik denk dat zij een verstandige aanpak kiezen met dit traject, niet alleen vanwege de decentrale selectie, maar ook vanwege de uitbreiding van het bekostigen van plekken voor artsen en vanwege de taakherschikking. Ik acht die combinatie een goede aanpak. Er is één vraag van mij blijven liggen, namelijk die over het Besluit zorgaanspraken AWBZ voor de specialist ouderengeneeskunde. Misschien kan de minister daar nog op ingaan. Ik kijk zeer uit naar het actieplan voor de opleidingen waarover we nog nader zullen spreken, en ik ben benieuwd hoe het systeem van een tripartiete verdeling van de kosten eruit zal zien waarover de minister zich nog wil beraden.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Ik bedank de bewindspersonen voor hun antwoorden. Op een aantal punten vond ik het antwoord heel bevredigend. Andere vragen zijn toch nog blijven liggen. Zo heb ik nog een vraag over de decentralisatie. Ik snap dat dit dus niet in het komend jaar zal gebeuren, maar ik kan mij voorstellen dat studenten daar rekening mee houden. Als komend jaar voor een student de derde loting plaats-

vindt en hij of zij wordt weer uitgeloot, mag hij of zij dan het jaar daarop wel weer meedoen met die decentrale selectie? Ik kan mij ook voorstellen dat studenten zich afvragen hoe het werkt. Mag iemand die nu in 5 atheneum zit en straks geneeskunde wil doen, zich straks aanmelden bij alle acht universiteiten? Dan kan die student overal meedoen en overal op gesprek, en hij rolt er vast en zeker ergens wel doorheen. Wil de staatssecretaris er zo snel mogelijk voor zorgen dat er helder gecommuniceerd wordt met de studenten? Studenten plannen immers ook en denken na over hun toekomst.

Aan de minister heb ik nog een vraag over ouderengeneeskunde. Ik voel erg mee met mevrouw Dijkstra dat het een succes lijkt te zijn komend jaar en dat die plekken gevuld zijn, maar dat het toch een feit blijft dat er in het curriculum van de opleiding geneeskunde heel weinig aandacht wordt besteed aan ouderen, terwijl bijna al onze zorg richting ouderen gaat. Kan de minister er niet toch op een of andere manier voor zorgen dat de gemiddelde arts wat meer feeling krijgt met ouderen? Dat zit hem op alle terreinen. Dat geldt ook voor de bejegening. Het is prima dat er extracurriculaire dingen aangeboden worden en dat het buiten de opleidingen om toch lukt om een aantal mensen te enthousiasmeren, maar wij vinden het ook heel belangrijk dat studenten al in de basisopleiding tot arts eraan gewend raken om met ouderen om te gaan. Zij zijn immers de grootste groep in de zorg. De staatssecretaris zei iets over de kwaliteit van de decentralisatie. Er loopt nog anderhalf jaar een onderzoek, maar het is me niet helemaal helder wat voor onderzoek dat is. Het lijkt mij heel logisch om te zeggen: dat lijkt ons nogal een grote beslissing. We gooien de loting eruit, 8+ betekent blijven, we gaan dat doen voor de grote groep geneeskundestudenten. Dan wil je toch weten of de universiteiten dat slim aanpakken? Het maakt mij niet uit hoe, maar volgens mij zijn er voldoende monitors om de Kamer te kunnen informeren over hoe de decentrale selectie uitpakt. Ik vind het nogal belangrijk hoe die vorm zal krijgen.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Voorzitter. Ik dank beide bewindslieden voor de beantwoording. Volgens mij is het uniek in deze commissie dat zo ongeveer iedereen het eens is, wil ik nog even gezegd hebben.

De **voorzitter**: Dat komt doordat de staatssecretaris op bezoek is.

Mevrouw **Gerbrands** (PVV): Dat is het! Dan moet de staatssecretaris maar vaker aanschuiven, zou ik zeggen. Ik wil graag antwoord op de vraag die ik net nog stelde over de variabele eigen bijdrage als sturingsmechanisme. In eerste termijn heb ik ook nog gevraagd naar de rol van de raden van bestuur en de invloed die zij kunnen uitoefenen. De RVZ stelt namelijk dat het nu heel erg moeilijk is voor raden van bestuur om door middel van het verhogen van de kwaliteit artsen aan te nemen. Ik hoor daarover graag nog de mening van de minister.

Mevrouw **Dijkstra** (D66): Voorzitter. Dankzij mevrouw Gerbrands kan mijn tweede termijn heel kort zijn, want haar laatste vraag had ik ook gesteld en daar is nog niet op geantwoord. Ik sluit mij daar dus bij aan. Verder wil ik even terugkomen op het curriculum ouderengeneeskunde. De staatssecretaris noemde Leiden als voorbeeld. Juist van de Leiden Academie komt echter de vraag om meer aandacht voor ouderengeneeskunde in het curriculum, ook al in de bachelorfase, en om dit specialisme een veel groter onderdeel te laten zijn van de studie, opdat studenten een realistischer beeld krijgen van wat het nu eigenlijk inhoudt om arts te zijn voor een groep waarvoor men dus heel breed opgeleid moet zijn, omdat men met heel veel verschillende ziektes te maken krijgt. Dit moet aantonen hoe interessant dat kan zijn, in de hoop dat men meer studenten kan werven door daar aandacht aan te besteden. Dat wilde ik nog even toevoegen.

De heer **Van Gerven** (SP): Voorzitter. Het is heel opmerkelijk dat de teneur positief is op het voorstel, en dat in een tijd dat er geen geld is. Het is toch ongelofelijk. Ik zou zeggen: waar een wil is, is een weg. Wat de SP betreft, moeten we nog verder gaan, dat moge duidelijk zijn, maar het is goed dat de opleidingen verruimd worden. Dat wil ik toch ook gezegd hebben. De minister had het over de tandartsen en de herschikking. Zij spreekt zichzelf tegen. De nurse practitioner is er niet zozeer om specialisten te vervangen, als om bepaald ander werk te doen. Ik kan het ook niet anders zien dan dat het bij de tandartsen echt zo is dat die opleiding destijds met een jaar verlengd is, maar het mocht niet meer kosten, dus moest de capaciteit maar met een zesde verlaagd. Dat is niet echt goed onderzoek doen naar de werkelijke behoefte. Daar hoor ik graag een reactie op.

Er is een vraag blijven liggen over betalingen. Als je instroomt in een studie medicijnen en je hebt eerder een andere studie gedaan, hoef je minder te betalen. Zo is het nu geregeld. Ik heb echter begrepen dat je die korting niet krijgt als je eerder een biomedische opleiding hebt gedaan. Dat lijkt mij toch zeer vervelend, want het gaat om grote bedragen, ik meen dat het verschil wel € 10 000 kan zijn. Graag hoor ik daar een reactie op.

Ik wil ook alvast een VAO aankondigen, omdat ik nog met de minister wil doorpraten over de artsen in loondienst, over goodwill en over andere zaken. Er moet nog een hoop gebeuren.

De **voorzitter**: Dank u wel. Dat was de tweede termijn van de kant van de Kamer. Dan gaan wij luisteren naar het antwoord van de minister en daarna van de staatssecretaris. Er lag nog een vraag van mevrouw Gerbrands uit de eerste termijn.

Minister **Schippers**: De vraag van mevrouw Gerbrands over het eventueel variabel maken van de eigen bijdrage voor een vervolgopleiding neem ik mee als ik voor de zomer terugkom op de tripartiete financiering.

Dan de vraag van mevrouw Kuiken. Ik denk wel dat het effect heeft op oplopende inkomenseisen. We leiden namelijk wel fors extra op. Het gaat niet om een paar man en we doen ook fors aan taakherschikking. Het is altijd zoeken naar het evenwicht. Schept nieuw aanbod ook nieuwe vraag? En in hoeverre is het loonopdrijvend als je het heel erg schaars houdt? Daartussen zoeken wij het evenwicht. Dat doen we creatief door taakherschikking er uitdrukkelijk in mee te nemen.

Mevrouw Straus wil ik vragen of zij het goed vindt als wij schriftelijk terugkomen op haar vraag. Blijkbaar is dit iets wat de beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde vraagt.

De **voorzitter**: Kunt u even aangeven waarop u precies schriftelijk wilt terugkomen?

Minister **Schippers**: De beroepsvereniging van specialisten ouderengeneeskunde vraagt om artikel 8 van het Besluit zorgaanpakken aan te passen, opdat ze ook los van een instelling behandelingen kunnen doen. Ik moet echt even navraag doen hoe dat precies zit en wil daar graag schriftelijk op terugkomen.

Dan de rol van de raad van bestuur en de invloed die raden van bestuur hebben. Daar vroegen mevrouw Gerbrands en mevrouw Dijkstra naar. Zij hebben natuurlijk heel veel invloed. We hebben daar in het convenant aandacht aan besteed, evenals aan de verdeling van inkomsten. Daarin is een expliciete rol bedacht voor de raad van bestuur en die is ook toebedeeld. Wij hebben ook voor de kwaliteit een voorstel gedaan in de Wet cliëntenrechten zorg om iemand van de raad van bestuur expliciet verantwoordelijk te maken voor kwaliteit. Daar zit de kwaliteitsborging. De raden van bestuur sluiten op dit moment toelatingsovereenkomsten met

nieuwe artsen. Daarin kunnen zij ook sturen op kwantiteit en kwaliteit. Dat gaat altijd in goed overleg met de medische staf, om een goede samenwerking tussen artsen te bevorderen. Dat is natuurlijk ook in het belang van het ziekenhuis. Er zijn wel verschillende acties ondernomen om dit punt te tackelen.

De heer Van Gerven merkte op dat het goed is dat we de opleiding hebben verruimd. Ik ben blij dat we het daar in ieder geval over eens zijn. Ten aanzien van de taakherschikking van de tandartsen ben ik het niet met hem eens. We hebben de mondhygiënist niet alleen opgeleid, maar hem of haar ook nog een extra opleiding gegeven om bepaalde handelingen te kunnen overnemen van de tandarts, waardoor de tandarts meer ruimte krijgt om patiënten te behandelen. Je ziet dus ook dat de mondhygiënisten in de praktijk echt met een opmars bezig zijn. De nieuwste bevoegdheden hebben ze nog maar pas, dus dat moet zich nog bewijzen. Voorts zijn de opleidingen met een jaar verlengd, juist om meer overzicht in het team te krijgen, zodat de tandarts het team kan aansturen en kan uitbreiden. Dat is ook onderdeel van die opleiding. Het is echt de bedoeling dat de tandarts zich richt op de ingewikkelde zorg en dat hij de meer routinematige zorg overlaat aan de mondhygiënisten. Er is dus sprake van een daadwerkelijke herschikking.

Tegen de goodwill kijken de heer Van Gerven en ik verschillend aan. Ik wil dat ziekenhuizen gestimuleerd worden om zo goed mogelijke zorg te leveren tegen een scherpe prijs. Ik vind echter niet dat de overheid zich moet bemoeien met hoe ze dat doen, of ze dat in één gebouw doen of in meerdere gebouwen en hoe de onderlinge verhoudingen in het ziekenhuis geregeld zijn.

Staatssecretaris **Zijlstra**: Voorzitter. Mevrouw Joldersma vroeg of je mag meedoen aan de decentrale selectie als je uitgeloot bent. Ja. Je mag op dit moment sowieso drie keer meedoen. We zijn de precieze uitwerking van het wetsvoorstel nog aan het bezien. Waarschijnlijk kiezen we ervoor om het los te laten. Als je een aantal keren niet bent toegelaten vanwege bepaalde kenmerken, moet je je natuurlijk wel de vraag stellen hoe verstandig het is om het nog een keer te proberen en hoe groot de kans is als je dat doet. Je mag er echter gewoon weer voor gaan, zeker na 2013. Ik zeg dit ervan uitgaande dat de geneeskundeopleidingen als eerste decentraal gaan selecteren. Als dat zo is, dan wordt het met de nieuwe systematiek natuurlijk toch een beetje anders voor hen die deze studie echt willen gaan doen, maar die afgewezen zijn in de centrale loting. Wanneer gaan we de studenten voorlichten? Eerst zal helder moeten zijn – we zijn dat nu aan het uitzoeken met de universiteiten – welke clusters opleidingen op welk moment overgaan op decentrale selectie. Als dat bekend is, worden studenten voor die opleidingen voorgelicht. Dat gebeurt echter niet door de rijksoverheid, maar door de betreffende opleidingen zelf. Dat is natuurlijk bepalend voor de toelating van studenten tot die opleidingen. Er loopt geen officieel onderzoek, maar we hebben ervaring opgedaan met de in gang gezette maatregelen. Ik vind het prima om gegevens die beschikbaar komen, door te geleiden naar de Kamer, want ik kan mij voorstellen dat de Kamer daar inzicht in wil hebben. Dan doe ik bij dezen toch nog een toezegging.

Mevrouw Dijkstra vroeg naar Leiden. Leiden heeft het naar voren getrokken en zorgt er al voor dat het meer aandacht krijgt. Je hebt 27 specialisaties en die moeten allemaal in die opleiding voorbijkomen. Misschien mag ik een kleine anekdote vertellen. Toen ik aan uw kant van de tafel zat, was ik lid van de commissie-Dijsselbloem. Daar kwamen alle vakverenigingen langs om te vertellen hoe belangrijk het was dat je Duits, Frans, Engels, wiskunde et cetera ging doen in de opleiding. Toen we het aantal uren gingen optellen, bleek het allemaal niet in één dag te passen. Dat geldt natuurlijk hier ook. Alle specialisaties vinden het belangrijk dat ze in die opleiding naar voren komen, maar het is altijd zoeken naar een



balans. Vanwege de ondervertegenwoordiging van de ouderengeneeskunde wordt nadrukkelijk gekeken naar optimalisering in het kader van de vraag of daar nu te weinig aan wordt gedaan. Er zit beweging in, bijvoorbeeld in Leiden, maar de praktijk zal moeten uitwijzen of dat voldoende is. Aan het eind van de rit is het toch de student die kiest. Dat blijft een fragiele balans. Ik wil benadrukken dat Leiden een beweging maakt, maar of die voldoende is, zal de komende tijd moeten blijken. Ten slotte de vraag van de heer Van Gerven over de tweede studie. In 2008 is de vergoeding voor tweede studies afgeschaft. Daarbij is voor lerarenopleidingen en voor geneeskundeopleidingen de uitzondering gemaakt dat men, als men een tweede studie doet, niet het instellingscollegegeld hoeft te betalen, maar slechts het wettelijk collegegeld. Dat geldt echter alleen als men uit een andere sector komt. We hebben tekorten bij leraren en bij geneeskunde. Dan levert het niet zo veel op als men, met reeds een geneeskundige opleiding achter de rug, nog een tweede geneeskundige studie doet. Men zat immers al in die sector. Hetzelfde geldt voor iemand die vanuit een lerarenopleiding naar geneeskunde wil. Dan vul je het ene gat met het andere. Als men rechten heeft gestudeerd en in die richting een vervolgopleiding wil gaan volgen, heeft men wat deficiënties, maar kan de studie wel tegen het wettelijk collegegeld doen. Ik herhaal echter dat het geen zin heeft om mensen die al in de geneeskunde zitten, te heropleiden voor wederom een geneeskundige baan. Daarom geldt voor hen gewoon de gebruikelijke regel dat men voor een tweede studie in principe het instellingscollegegeld betaalt, tenzij die tweede studie al begonnen was toen men nog met de eerste studie bezig was. Als dat zo is, betaalt men eveneens slechts het wettelijk collegegeld. In principe is echter in 2008 afgesproken dat men voor een tweede studie het instellingscollegegeld betaalt en dat geldt ook hier.

De heer **Van Gerven** (SP): Ik heb een vraag op het laatste punt van die tweede studie. Het ging mij om een concreet voorbeeld van iemand die een biomedische opleiding heeft gedaan. Dat is wel een opleiding in medische richting, maar toch meer technisch georiënteerd. Als je dan arts of specialist wilt worden, is dat toch weer een andere tak van sport. Ik snap de redenering van de staatssecretaris, maar ik moet er toch nog over nadenken of die wel helemaal consequent is.

Staatssecretaris **Zijlstra**: De redenering is consequent. Misschien is de vraag eerder of de heer Van Gerven het ermee eens is.

Mevrouw **Joldersma** (CDA): Dank voor de toezegging. Ik heb nog een vraag, namelijk of men straks na invoering van de decentrale selectie aan alle acht medische faculteiten kan meedoen.

Staatssecretaris **Zijlstra**: Die vraag is inderdaad nog niet beantwoord. Men moet een voorkeurslijstje indienen. Volgens mij kun je dan bij drie of vier faculteiten op selectie gaan. Het is niet zo dat je alle acht kunt aflopen.

De **voorzitter**: Dan zijn wij aan het einde gekomen van dit algemeen overleg. We krijgen nog schriftelijk antwoord op een vraag van de VVD-fractie over artikel 8 en er is een VAO aangekondigd door de heer Van Gerven.

Ik dank de minister, de staatssecretaris, de ambtenaren, de geachte afgevaardigden en het publiek op de tribune.