

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een aantal vragen en opmerkingen voorgelegd aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voor Langdurige Zorg en Sport en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap over de brief van 13 juni 2023 over het Capaciteitsplan 2024-2027 (Kamerstuk 29 282, nr. 521).

De vragen en opmerkingen zijn op 11 juli 2023 aan de ministers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, voor Langdurige Zorg en Sport en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap voorgelegd. Bij brief van 25 september 2023 zijn de vragen beantwoord.

De voorzitter van de commissie,
Smals

De griffier van de commissie,
Esmeijer

Inhoudsopgave

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie
Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie
Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

II. Reactie van de bewindspersonen

I. Vragen en opmerkingen vanuit de fracties

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie hebben met interesse de ramingen van het Capaciteitsorgaan en de kabinetsreactie daarop gelezen. Zij hebben hier nog een aantal vragen en opmerkingen over.

De leden van de VVD-fractie vragen wat de parameters zijn die door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn ingebracht als input voor de ramingen. Op welke manier zijn deze afgestemd op de meest recente maatschappelijke ontwikkelingen? Hoe is er hierbij bijvoorbeeld rekening gehouden met verticale taakherschikking? Hoe staan de ramingen in verhouding tot het Integraal Zorgakkoord (IZA), is dit voldoende meegenomen? Zijn regionale verschillen ook vastgesteld als een specifieke parameter? Het Capaciteitsorgaan houdt rekening met implementeerbaarheid van instroomaantallen Het kabinet ook, lezen we in de stukken. Gebeurt dit nu dubbel, zoals bij psychologen en artsen voor verstandelijk gehandicapten (VG)? Voorts vragen deze leden hoe er in de ramingen en met name de toekomstige, rekening gehouden wordt met de meerjarige transitie die het kabinet met het IZA in de zorg in wil zetten, met daarbij de verschuiving van zorg naar, en versterking van de eerstelijnszorg. Hoe worden het Capaciteitsorgaan en ook de zorgopleidingen meegenomen in deze transitie? Zijn de ministers het met de leden van de VVD-fractie eens dat de focus de komende jaren in de ramingen en bij de opleidingen vooral zou moeten liggen op het opleiden van personeel ‘buiten het ziekenhuis’, zoals huisartsen, tandartsen en wijkverpleegkundigen?

Voorts vragen de leden van de VVD-fractie hoe er rekening gehouden is met beroepen die vrij nieuw zijn en waar geen ramingen zijn. Genoemde leden denken hierbij bijvoorbeeld aan ziekenhuisarts generalisten, jeugdverpleegkundigen, orthopedagoog generalisten, toegepaste psychologen. Graag ontvangen zij per beroepsgroep een separate reactie op de hiervoor gestelde vraag. Wordt er bij de opleiding van gezondheidszorgpsychologen (GZ-psychologen), waarbij het aantal dat opgeleid gaat worden fors lager is dan de raming, nog gekeken naar een groeipad om meer GZ-psychologen op te leiden?

Wordt er bij het meenemen van de ramingen rekening gehouden met de inzet van hbo-verpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen? De leden van de VVD-fractie kunnen zich voorstellen dat sommige gespecialiseerde artsenopleidingen minder verruimd hoeven te worden als voorgenoemde verpleegkundigen effectiever ingezet worden. Hoe wordt dit vanuit het kabinet opgepakt?

Wordt het opleidingsreservoir van basisartsen wel voldoende benut? Kan er met betrekking tot dit punt gekeken worden naar eventuele verbeterpunten en wat is het werkelijke aantal basisartsen dat er is?

Op dit moment is de wachttijd voor master bij de studie Geneeskunde al zes maanden. Kan met dit in gedachten nog wel voldaan worden aan het opleiden van goede artsen met het huidige aantal dat opgeleid wordt?

Moet er in dat kader niet meer ingezet worden op meer opleiden van andere zorgprofessionals om zo de kloof tussen arts en verpleegkundige kleiner te laten worden?

Ook hebben de leden van de VVD-fractie enkele vragen met betrekking tot de mondzorgramingen. Ze zijn verheugd met de reactie van de ministers op dit punt en sporen hen aan om snel werk te maken van de uiteengezette stappen. Genoemde leden ontvangen dan ook graag een tijdspad met betrekking tot hoe we gaan komen tot het extra opleiden van tandartsen. Ook vragen genoemde leden hoe er wordt toegewerkt naar het verkorten van de tandartsenopleiding. Het veld is hier ook aan zet, maar de leden van de VVD-fractie kunnen zich voorstellen dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport hier ook een rol in pakt. Zijn de ministers het hiermee eens? Kunnen zij daarnaast voorbeelden geven van Europese landen waar tandartsen in vijf jaar worden opgeleid en hoeveel van die tandartsen in Nederland werkzaam zijn? Ook is het van belang dat er oog is voor regionale tekorten. Als het duidelijk is dat een extra opleiding het beste is om regionale tekorten op te vangen, waarom wordt hier dan niet harder op ingezet? Of hebben de leerwerkplekken in Limburg van het Radboud UMC een meetbaar effect op de regionale spreiding van tandartsen? Hoeveel leerwerkplekken zijn er in Limburg? Wat zijn de kosten per leerwerkplek?

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het nieuwe Capaciteitsplan. De urgentie om de personeelstekorten in de zorg aan te pakken staat buiten kijf. Daarom vinden deze leden het ook van groot belang dat een onafhankelijke partij, het Capaciteitsorgaan, onderbouwd advies geeft over de opleidingsplekken binnen de zorg. Met name omdat een groot deel van deze opleidingen vanuit zorgpremies worden vergoed. Deze leden hebben nog enkele vragen en opmerkingen van algemene aard én nog wat meer inhoudelijke vragen.

De leden van de D66-fractie constateren een verschil tussen praktijk en het advies van het Capaciteitsorgaan. Wat doen de ministers eraan om dit verschil te verkleinen. Ook komen er signalen uit het veld dat er meer opgeleid kan worden dan dat er nu wordt toegekend. Kunnen de ministers daarop reageren? De ministers schrijven dat de instroom voor extramurale artsen al enige tijd achter blijft bij het advies. Dat is zorgelijk, want dat zijn juist beroepen die we hard nodig hebben in de beweging naar passende zorg en preventie, schrijven de ministers terecht. Kunnen de ministers toelichten welke acties zij inzetten om deze instroom toch te verhogen? Welke factoren zorgen er volgens hen voor dat studenten niet meer voor deze beroepen kiezen? Daarnaast, uit berichten bleek dat ook de uitval hoog was binnen zorgopleidingen. Hebben de ministers scherp wat daar de redenen toe zijn? Zo ja, welke maatregelen nemen zij daarvoor, zo vragen de leden van de D66-fractie? Tenslotte, we leiden op voor de professionals van de toekomst (bijvoorbeeld generalistischer en meer digitaal-opgeleid). Raamt het Capaciteitsorgaan ook met die bril op de toekomst?

De leden van de D66-fractie lezen dat de ministers wat betreft de beroepen in de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) beroepen de beschikbaarstelling presenteren als een toename. Dat zou ook logisch zijn, gezien de toenemende vraag en de aanhoudende druk binnen de GGZ. Echter, de praktijk is weerbarstiger, constateren de leden van de D66-fractie. Het Capaciteitsorgaan heeft 1885 opleidingsplekken voor GZ-psychologen geadviseerd, waarvan de ministers er 965 plekken toekennen. Dat is een toename ten opzichte van vorig jaar, maar nog steeds bijna een halvering van wat het orgaan adviseert. Kunnen de ministers toelichten in hoeverre dit aantal volgens hen toereikend is om het groeiende personeelstekort in de GGZ op te vangen? Kunnen de ministers onderbouwen waarom het advies van het Capaciteitsorgaan niet wordt gevolgd?

Daarnaast zijn er grote aantallen master-psychologen die nu niet opgeleid kunnen worden tot het basisberoep van GZ-psycholoog. De ministers gaan in hun motivatie geheel voorbij aan het feit dat in het kwaliteitsstatuut is afgesproken welke Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) professionals onder welke condities, welke patiëntencategorieën mogen indiceren. De masterpsychologen vallen hierbuiten. Zonder BIG-geregistreerde psychologen kan geen behandeltraject worden gestart. Kunnen de ministers hierop reflecteren, zo vragen de leden van de D66-fractie.

Tenslotte, meerdere externe partijen wijzen erop dat een beroepsgroep volledig buiten de raming is gelaten: de orthopedagoog-generalist. Deze partijen wijzen op de bijdrage die de orthopedagoog-generalist kan leveren bij het terugdringen van de wachtlijsten en bij de verbetering van de kwaliteit van zorg. Deze leden willen graag van de ministers weten wat de onderbouwing is om deze beroepsgroep buiten beschouwing te laten en of zij willen overwegen om deze alsnog toe te voegen?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

De leden van de PVV-fractie hebben kennisgenomen van de beleidsreactie van de ministers op het Capaciteitsplan 2024-2027. Deze leden vinden het jammer dat de ministers het aantal opleidingsplaatsen in de zorg slechts minimaal verhoogd hebben en tegelijkertijd voor bezuinigingen kiezen om die extra opleidingsplaatsen te kunnen betalen. Deze leden vinden dat de ministers gewoon de portemonnee moeten trekken om meer medisch personeel op te leiden. De ministers trekken toch ook gewoon de portemonnee voor tienduizenden immigranten? Deze leden hebben daarom nog enkele vragen en opmerkingen.

Het Capaciteitsorgaan adviseert voor veel medische vervolgopleiding een stijging in de capaciteit. Het valt de leden van de PVV-fractie op dat bij de meeste opleidingen het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan niet (direct) opgevolgd wordt. Waarom stellen de ministers hiervoor niet voldoende budget beschikbaar? Waarom proberen ze niet alles op alles te zetten om voldoende studenten te werven voor deze opleidingen, in plaats van vooraf al de handdoek ik de ring te gooien? Om welke medische vervolgopleidingen gaat het? Hoeveel patiënten krijgen hierdoor straks geen zorg? Waarom laten de ministers het

Capaciteitsorgaan berekenen hoe groot de capaciteit aan medische vervolgoopleidingen moet zijn, als zij er vervolgens niks mee doen?

De leden van de PVV-fractie constateren dat de ministers kiezen voor verhoging van het aantal opleidingsplekken voor tandartsen tot 345, het minimaal benodigde aantal dat het Capaciteitsorgaan adviseerde. Jammer, deze leden hadden liever een verdere verhoging gezien. Dat de ministers er vervolgens voor kiezen om de tandartsopleiding met een jaar te verkorten om het hogere aantal opleidingsplaatsen te bekostigen, vinden genoemde leden absurd. Wie dit bedacht heeft hecht blijkbaar geen belang aan kwaliteitsnormen. Bezuinigen op de opleiding zien deze leden dan ook niet als oplossing voor het tandartsenprobleem en ze roepen de ministers op dit onzalige plan te schrappen. Waarom is er nog steeds een numerus fixus op de opleiding tandheelkunde als er grote tekorten verwacht worden? Wie verzint zoiets absurds? Hoeveel mensen gaan er momenteel niet regelmatig naar de tandarts? Hoeveel tandartsen zijn er extra nodig om alle Nederlanders van voldoende tandartszorg te voorzien?

De leden van de PVV-fractie vragen voor welke opleidingen de ministers voornemens zijn te kiezen voor loting (gewogen of ongewogen)? Voor welke opleidingen geldt nog steeds een numerus fixus? Hoe vaak komt het nog voor dat studenten afgewezen worden voor een opleiding? Hebben buitenlandse studenten gelijke kansen bij loting en numerus fixus? De numerus fixus zou in 2010 toch worden afgeschaft ter voorbereiding op de vergrijzing? Waarom is dat niet gebeurd? Wanneer is dat besloten?

De leden van de PVV-fractie zijn bezorgd dat het aantal opleidingsplekken voor huisartsen weliswaar verhoogd wordt, maar nog altijd achter blijft bij de aantallen die het Capaciteitsorgaan adviseerde. Hoe is het mogelijk dat de ministers, als het gaat om de zorg, niet eens de basis op orde willen hebben met voldoende huisartsen voor alle Nederlanders? De huisarts heeft de rol van poortwachter naar de ziekenhuizen. Als er te weinig huisartsen zijn, hoe wordt de toegankelijkheid van de specialistische zorg dan geborgd? Zijn de ministers niet op de hoogte van de enorme tekorten in de huisartsenzorg, zo vragen deze leden? Duizenden Nederlanders kunnen nu al geen huisarts krijgen. De helft van alle huisartsenpraktijken neemt geen nieuwe patiënten meer aan omdat de werkdruk te hoog is. Hoe denken de ministers het huisartsentekort op te lossen als er niet fors meer opgeleid worden? Het verbaast de leden van de PVV-fractie dat er onvoldoende kandidaten beschikbaar zijn voor de huisartsopleiding. Is het zo dat er onder afgestudeerde artsen te weinig animo is om huisarts te worden? Gaarne een uitleg van de ministers of dit klopt en zo ja, wat is hier de verklaring voor? Voorheen was de huisartsenopleiding tenslotte een van de populairste opleidingen voor jonge basisartsen. Hoeveel huisartsen zijn er? Welk deel van hen werkt in deeltijd? Wat is de deeltijdfactor? Wat hebben de ministers gedaan om fiscale belemmeringen weg te nemen zodat deeltijd werkende huisartsen meer uren kunnen gaan werken zonder er in inkomen op achteruit te gaan? Hoeveel huisartsen zouden we extra hebben in FTE als de deeltijdfactor onder huisartsen verhoogd zou worden naar 0,8? Wat kost het op macroniveau extra aan totale loonsom als de deeltijdfactor onder huisartsen naar 0,8 zou gaan?

Hoe komt het dat er een hoge onvervulde vraag naar specialisten ouderenzorg is ondanks dat het aanbod en de instroom ten opzichte van de vorige raming zijn toegenomen? Zijn er te weinig basisartsen die zich willen specialiseren in de ouderenzorg? Hebben de ministers hier een verklaring voor? Zijn er in de afgelopen jaren te weinig basisartsen opgeleid? Deze leden vragen een toelichting van de ministers.

Kunnen de ministers aangeven of er specifieke vervolgopleidingen zijn die voor het verkorte opleidingstraject in aanmerking komen? Of kan iedere arts met een vervolgopleiding in dit aangepaste traject instromen?

De leden van de PVV-fractie dringen er al jaren op aan om de administratieve lasten in de zorg, dus ook voor huisartsen, massief terug te dringen. Wanneer gaan de ministers dit nu eens echt aanpakken, zodat zorgverleners daadwerkelijk verschil merken? Op welke manier gaan zij dit doen?

Het gematigde advies voor wat betreft het aantal artsen voor verstandelijk gehandicapten klinkt de leden van de PVV-fractie als de omgekeerde wereld in de oren. Zou het niet zo moeten zijn dat er dan nog meer gedaan moet worden dan men nu al doet om dit vak meer onder de aandacht te brengen van de studenten Geneeskunde en de net afgestudeerde basisartsen, temeer daar mensen met een verstandelijke beperking specifieke behoeftes en zorgvragen hebben zoals de ministers zelf, terecht, constateren? Deze leden vragen een toelichting van de ministers. Kunnen de ministers uitleggen wat “inzet op flankerend beleid ter bevordering van de instroom” betekent?

Kunnen de ministers aan de leden van de PVV-fractie uitleggen waarom er 965 opleidingsplaatsen worden toegekend voor Gezondheidszorgpsychologen, terwijl het Capaciteitsorgaan er 1885 adviseert? Wat is het nut van een Capaciteitsorgaan als de ramingen daarvan niet worden opgevolgd en er zelfs sterk van afwijken? Denken de ministers soms dat de wachtlijst 80.000 patiënten in de GGZ-sector vanzelf oplost? Zo nee, wat doet dit besluit van de ministers met de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de GGZ?

Geneeskunde instellingen kunnen een selectiemethodiek hanteren die ervoor zorgt dat de juiste student wordt geselecteerd met het oog op de beweging die de zorg maakt. Bestaat de kans dat studenten door deze selectiemethodiek afgewezen worden?

De leden van de PVV-fractie constateren tot slot dat het doemdenken over de hoge zorgkosten nu ook de opleidingensector heeft bereikt. Niet langer is toegankelijkheid, beschikbaarheid, kwaliteit of patiëntveiligheid de norm, maar de kosten bepalen de opleidingscapaciteit. Deze leden vragen de ministers met dit beleid te stoppen en te investeren in zorgopleidingen volgens de ramingen van het Capaciteitsorgaan met bijhorende structurele opleidingsbudgetten en het geld weg te halen bij de ongebreidelde massa-immigratie.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben kennisgenomen van de brief van de ministers met betrekking tot het Capaciteitsplan 2024-2027. Deze leden hebben hier enkele vragen bij.

De vervolgopleidingen waarover het Capaciteitsorgaan adviseert worden deels vanuit zorgpremies, deels vanuit de begroting van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en deels vanuit de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gefinancierd. De leden van de CDA-fractie vragen of deze versnippering van financiering het gevolg is van een historisch gegroeid model, of dat dit juist een beoogde verdeling is. Zorgt deze versnippering niet voor onnodige en onwenselijke verschillen in financiering van vervolgopleidingen in de zorg?

Kunnen de ministers hun standpunt daarover toelichten, mede naar aanleiding van het onderzoek van de werkgever van deze artsen in opleiding (SBOH) waaruit blijkt dat voor artsen in opleiding buiten het ziekenhuis minder financiering beschikbaar is dan voor artsen in opleiding binnen een ziekenhuis? In hoeverre denken de ministers dat dit verschil van financiering bijdraagt aan het tekort aan basisartsen die kiezen voor een vervolgopleiding buiten het ziekenhuis, die worden bekostigd vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (zoals jeugdartsen en artsen Maatschappij en Gezondheid)?

Voor wat betreft het opleiden van huisartsen worden in de gesprekken met veldpartijen ook de opleidingsinstituten betrokken waarbij de verbetering van landelijke spreiding en allocatie van opleidingsplaatsen (zowel huidige als extra) onderwerp is van gesprek, zo schrijven de ministers. De leden van de CDA-fractie vragen of de ministers hier iets uitgebreider op in kunnen gaan. Welke doelstellingen worden beoogd met deze gesprekken? Op welke termijn moet bewerkstelligd zijn dat er voor heel Nederland voldoende opleidingsplekken zijn voor huisartsen? Op welke manier wordt hierop gestuurd?

Zeeland en Flevoland hebben de laagste tandartsdichtheid van Nederland. Een structurele oplossingsrichting voor het tekort in Zeeland zou kunnen zijn een nieuwe opleidingsplaats in Zuidwest Nederland, zoals in de initiatiefnota Van den Berg inzake "Mondzorg: een goed begin is het halve werk"¹ bepleit. De ministers schrijven nu over het starten van een nieuwe opleiding dat de ministers onafhankelijk advies van de Commissie Doelmatigheid Hoger Onderwijs (CDHO) ontvangen. De leden van de CDA-fractie vragen op welke termijn dit advies verwacht wordt, en of de Kamer hier vervolgens ook over wordt geïnformeerd. Waarom kunnen de ministers niet gewoon besluiten waar een opleidingsplaats komt en waar de extra tandartsen opgeleid gaan worden?

De instroom van de orthopedagoog-generalist blijft achter bij de behoefte in de jeugdhulp, langdurige zorg en GGZ18+. In de raming 2024-2026 van het Capaciteitsorgaan is de orthopedagoog-generalist slechts gedeeltelijk meegenomen omdat ze niet werkzaam zijn in

¹ Kamerstuk 35 882, nr. 2.

het ‘voorliggend veld’. Op basis waarvan stellen de ministers dat een opleiding niet zou kunnen worden bekostigd als beroepsbeoefenaren (ook) werkzaam zijn in het ‘voorliggend veld’? Op welke gegevens baseren de ministers zich als zij stellen dat orthopedagoog-generalisten (OG-ers) voor een groot deel werkzaam zijn in het ‘voorliggend veld’? Kunnen de ministers ingaan op het pleidooi van Jeugdzorg Nederland, de Nederlandse GGZ, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, De federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL), de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) en het HOOG (Hoofdopleiders OG) om zo snel mogelijk actie te ondernemen om bekostiging van de opleiding tot orthopedagoog-generalist te regelen, en als daarvoor een raming van het Capaciteitsorgaan nodig is, het Capaciteitsorgaan per direct opdracht te geven tot uitvoering van een volledige tussentijdse raming? Zo nee, waarom niet?

In antwoord op vragen van het lid Van den Berg (CDA) aan de minister voor Langdurige Zorg en Sport over de raming en opleiding van Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV) (Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1437) geeft de minister aan dat zij wel bereid is om eenmalig de vacaturegraad bij sociaal psychiatrisch verpleegkundigen te onderzoeken, om zo een beeld te krijgen of er daadwerkelijk sprake is van een opvallend tekort aan sociaal psychiatrisch verpleegkundige en mogelijk via het IZA input te geven voor een gesprek over taakherschikking. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister hier een stand van zaken van kunnen geven.

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte of het klopt dat de opleidingen tot Verpleegkundig Specialist (de MANP-opleidingen) afgelopen jaar meer dan 700 reserveringen hebben ontvangen voor de 450 opleidingsplaatsen die zij mogen vullen, waardoor de MANP-opleidingen al voor een groot deel vol zitten voor 2024? Zo ja, zien de ministers mogelijkheden om budgetneutraal de verruimingen van het aantal opleidingsplaatsen die voorgenomen zijn voor 2025 en 2026 naar voren te halen (bijvoorbeeld door gebruik te maken van onderuitputting van andere vervolgopleidingen)?

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie hebben met interesse kennisgenomen van het Capaciteitsplan 2024-2027. Deze leden zijn benieuwd waar de ministers afwijken van het advies van het Capaciteitsorgaan, kunnen de ministers hier een overzicht van geven? Deze leden moedigen aan dat de er bij het verdelen van de nieuwe instroomplaatsen voor de medische-specialistische opleidingen aandacht zal zijn voor de regionale verschillen tussen zorgvraag en –aanbod. Kunnen de ministers ook een overzicht geven van de verdeling van opleidingsplaatsen onder provincies op basis van de aandacht voor regionale verschillen?

De leden van de PvdA-fractie zijn blij dat het advies van het Capaciteitsorgaan voor spoedeisende hulp (SEH)-artsen wordt overgenomen. Wel zijn deze leden benieuwd welke toekomstvisie over de organisatie van de acute zorg het Capaciteitsorgaan heeft meegenomen in hun raming. Zij constateren dat er op dit moment SEH’s zijn die moeite hebben om voldoende gekwalificeerde artsen op de SEH te laten staan. In de visie van de ministers zit

een deel van de oplossing voor dit probleem in het sluiten van SEH's of het omzetten van SEH's in spoedposten. Voor deze leden van de aan het woord zijnde fractie is dit geen wenselijke oplossing. Is het Capaciteitsorgaan in haar raming ervan uitgegaan dat alle bestaande SEH's openblijven in de toekomst?

Deze leden lezen dat het aantal geadviseerde opleidingsplaatsen voor huisartsen niet op korte termijn ingevuld kan worden, omdat er niet meteen genoeg kandidaten zullen zijn. Daarom wordt er een lager aantal opleidingsplaatsen beschikbaar gesteld dan geadviseerd. Is het niet verstandiger om het maximale aantal opleidingsplaatsen beschikbaar te maken, zodat alle artsen die zich willen laten opleiden tot huisarts daadwerkelijk een plek kunnen vinden? Mogelijk klopt de inschatting van het aantal kandidaten niet. En geldt hetzelfde niet voor andere opleidingen, zoals specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten?

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom het advies van het Capaciteitsorgaan niet wordt gevolgd voor het aantal opleidingsplaatsen voor Gezondheidspsychologen en Klinisch psychologen. Klopt het dat het advies van het Capaciteitsorgaan is gebaseerd op de inschatting van de zorgvraag en van de gewenste ontwikkelingen zoals die zijn vastgelegd in de zorgakkoorden? Zo ja, waarom wordt het advies van het Capaciteitsorgaan dan niet gevolgd? Wat zijn de gevolgen hiervan voor de toenemende druk op de GGZ-sector, de wachtlijsten voor GGZ, de werkdruk in de GGZ-sector en het nu al bestaande tekort aan voldoende opgeleide professionals in de GGZ-sector? Deze leden vragen op welke wijze gezorgd wordt voor voldoende supervisors voor masterpsychologen zonder post-master beroepsopleiding die het werk doen van GGZ-psychologen en Klinisch psychologen. Kan uitgebreid worden uitgelegd waarom het advies van het Capaciteitsorgaan niet wordt gevolgd, zowel wat betreft financiële als zorginhoudelijke argumenten en hoe dit is te rijmen met de afspraken in de zorgakkoorden (IZA en Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ)).

De leden van de PvdA-fractie begrijpen niet dat de ministers er niet voor kiezen om het benodigde budget om het aantal opleidingsplaatsen tandheelkunde te verhogen vrij te maken. Al vinden deze leden dit wel in lijn met het gebrek aan prioriteit van de ministers aan de toegankelijkheid van mondzorg. Deze leden zijn benieuwd wat een opleidingsverkortening betekent voor de kwaliteit van de opleiding. Kunnen de ministers dit uitgebreid onderbouwen en kunnen de ministers aangeven hoe het effect van deze verkorting van opleiding wordt gemonitord? Deze leden delen de ambitie om de spreiding van tandartsen over Nederland te verbeteren en moedigen de ministers aan om haast te maken met de uitwerking van verschillende oplossingsrichtingen.

De leden van de PvdA-fractie lezen in de brief dat er gefaseerd wordt toegewerkt naar het voorkeursadvies voor physician assistants (PA's). Waarom wordt er gefaseerd toegewerkt naar de instroom van het voorkeursadvies en niet in een jaar? Is dat alleen vanwege budgettaire redenen? En krijgen PA's dus een andere prioriteit dan Medisch specialisten?

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie hebben kennisgenomen van het Capaciteitsplan 2024-2027. Zij zijn verbaasd over de hoeveelheid adviezen die niet worden opgevolgd en hebben daarom nog een aantal kritische vragen en opmerkingen.

De leden van de SP-fractie constateren dat veel adviezen die door het Capaciteitsorgaan zijn opgesteld niet worden opgevolgd door het kabinet. Zij vragen wat het nog voor nut heeft om het Capaciteitsorgaan om adviezen te vragen als die daarna vaak toch genegeerd worden.

De leden van de SP-fractie stellen daarbij dat er heel vaak adviezen niet worden opgevolgd, omdat het kabinet het benodigde budget er niet voor vrij wil maken. Is het niet logischer om dan daadwerkelijk het geld vrij te maken, in plaats van om te weinig zorgverleners op te leiden? De problemen die ontstaan door het gebrek aan zorgverleners leiden immers ook vaak tot extra kosten.

De leden van de SP-fractie lezen dat het volgens het kabinet niet realistisch is “te veronderstellen dat het geadviseerde aantal opleidingsplaatsen (1190) [voor huisartsen] op korte termijn ingevuld wordt”. Zij vragen waarom het kabinet niet heeft geanticipeerd op dit advies en niet eerder is begonnen met het voorbereiden van de verhoging van de capaciteit.

De leden van de SP-fractie lezen daarnaast dat het besluit om het advies van het Capaciteitsorgaan voor het aantal opleidingsplekken voor huisartsen niet op te volgen deels gebaseerd is op een verwacht gebrek aan kandidaten. Zij vragen echter wat er gebeurt als er onverwacht toch meer kandidaten dan het nu gestelde maximum zich aanmelden. Worden er dan mensen afgewezen, of wordt dit maximum dan alsnog verhoogd?

De leden van de SP-fractie vragen de ministers of er ook niet moet worden gekeken naar de grote achteruitgang in salaris waar veel basisartsen mee te maken krijgen wanneer zij beginnen met een medische vervolgopleiding buiten het ziekenhuis. Zijn de ministers het ermee eens dat het lastig blijft om voldoende kandidaten te vinden voor die opleidingen als artsen daarvoor tussen de 571 en 2552 euro aan brutosalaris voor moeten inleveren?

De leden van de SP-fractie vragen waarom het aantal opleidingsplekken voor artsen voor verstandelijk gehandicapten dat wordt vastgesteld voor 2024 (27) zoveel lager ligt dan het advies (43). Waarom is er niet geanticipeerd op het advies om het aantal plekken fors op te hogen? Was dit niet te verwachten, gezien de grote tekorten de afgelopen jaren?

De leden van de SP-fractie zijn ook verbaasd over het besluit om in 2024 965 opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen beschikbaar te stellen, terwijl het Capaciteitsorgaan 1885 plaatsen had geadviseerd. Waarom kiest het kabinet ervoor om zo sterk af te wijken van het advies?

De leden van de SP-fractie vragen de ministers waarom zij niet meegaan met het advies van

het Capaciteitsorgaan om “de masterpsychologen, die nu het werk van een GZ-psycholoog doen, op te leiden tot GZ-psycholoog”. Zijn de ministers het er wel mee eens dat de opleiding tot GZ-psycholoog een toegevoegde waarde heeft bovenop de opleiding tot masterpsycholoog? Zo ja, waarom doen zij dan bewust niets om masterpsychologen die nu het werk van GZ-psychologen gedeeltelijk doen de mogelijkheid te geven om daar ook die opleiding voor te volgen?

De leden van de SP-fractie zijn er helemaal klaar mee dat het kabinet voor de zoveelste keer weigert om echt naar het advies van het Capaciteitsorgaan te luisteren om voldoende tandartsen op te leiden. Is het kabinet zich ervan bewust dat het een politieke keuze is om daar onvoldoende geld voor vrij te maken voor mondzorg? Is het kabinet zich ervan bewust dat vermijdbare mondproblemen de samenleving miljarden kost?

De leden van de SP-fractie vragen daarnaast waarom het kabinet nu ervoor kiest om zich te mengen in de inhoud van de opleiding tandheelkunde. Was dit een initiatief van de onderwijsinstellingen en de sector of kwam het kabinet zelf met dit idee? Is er onderzocht wat de gevolgen van dit besluit voor de kwaliteit van zorg zullen zijn?

De leden van de SP-fractie vinden het ook zeer apart dat het kabinet weigert om het advies van het Capaciteitsorgaan om voldoende artsen infectieziektebestrijding op te leiden op te volgen, omdat het geld er niet zou zijn. Beseft het kabinet na de Coronacrisis niet hoe belangrijk het is om te investeren in de publieke gezondheid?

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie hebben de brief over het Capaciteitsplan 2024-2027 gelezen en hebben hier nog vragen over.

De leden van de GroenLinks-fractie maken zich grote zorgen over het huisartsentekort en de plannen van het kabinet om nu minder huisartsen op te leiden dan het Capaciteitsorgaan heeft geadviseerd. De eerste vraag die genoemde leden hebben is hoe deze plannen zich verhouden tot het coalitieakkoord, waar juist in was afgesproken meer huisartsen te gaan opleiden.

Kunnen de ministers toelichten waarom de sector het niet realiseerbaar acht om het geadviseerde aantal opleidingsplaatsen te realiseren en/of benutten?

De leden van de GroenLinks-fractie zien dat er in de regio grote huisartsentekorten zijn en vragen de ministers of zij een overzicht kunnen geven van het aantal huisartsen die worden opgeleid per opleidingslocatie. Ook vragen zij of er bij bepaalde locaties nog plaatsen over zijn, terwijl er op andere plekken mensen worden afgewezen. Kunnen de ministers ook delen hoeveel mensen zich hebben aangemeld voor de huisartsenopleiding, hoeveel er zijn aangenomen en hoeveel er uiteindelijk zijn geplaatst bij een opleidingsinstituut. Hoeveel huisartsen zijn er uiteindelijk niet aangenomen omdat er geen opleidingsplaatsen meer waren bij de instituten van hun voorkeur en kan de capaciteit op deze plaatsen niet worden uitgebreid om zo toch meer huisartsen op te leiden? En op welke wijze kunnen er artsen worden verleid om op locaties buiten de randstad de opleiding tot huisarts te volgen, als daar de capaciteit nog niet volledig is benut.

De leden van de GroenLinks-fractie maken zich ernstige zorgen over het tekort aan

specialisten ouderengeneeskunde (SO's). Kunnen de ministers toelichten waarom de sector het niet realiseerbaar acht om het geadviseerde aantal opleidingsplaatsen te realiseren en/of benutten?

Het kabinet is van plan om ouderen nog langer thuis te laten wonen, maar er zijn nog niet voldoende specialisten ouderengeneeskunde actief in de wijk om ook de zorg voor deze kwetsbare ouderen te realiseren. En terwijl de plannen om ouderen langer thuis te laten wonen doorgang vinden, blijft de instroom van SO's achter. De leden van de GroenLinks-fractie vragen de ministers welke stappen er vanuit het kabinet worden gezet om de instroom voor de opleiding tot SO te vergroten?

Ook vragen zij de ministers wat er gebeurt als er toch meer mensen zich aanmelden dan er beschikbare plekken zijn. Worden zij dan afgewezen of krijgen zij wel een opleidingsplaats? Kunnen de ministers ook een schematisch overzicht delen van het aantal mensen dat zich heeft aangemeld voor de opleiding tot SO, hoeveel er uiteindelijk zijn aangenomen en waar deze mensen precies in opleiding zijn?

De leden van de GroenLinks-fractie hebben de brief over het Capaciteitsplan 2024-2027 gelezen en zijn teleurgesteld en verbaasd hoe de ministers omgaan met het advies van het Capaciteitsorgaan omtrent de GGZ-beroepen. Genoemde leden lezen dat het Capaciteitsorgaan geadviseerd heeft om jaarlijks 1885 opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen vrij te maken. De ministers kiezen echter voor 965 plekken. De leden van de GroenLinks-fractie vinden dit onuitlegbaar, als je kijkt naar de al jarenlange enorme wachtlijsten in de GGZ (meer dan 80000 mensen op een wachtlijst). Kunnen de ministers uitleggen waarom er gekozen is om af te wijken van het (onafhankelijke) advies van het Capaciteitsorgaan? Hoe leggen de ministers dit uit aan mensen die al heel lang op een wachtlijst staan op zoek naar passende hulp? Delen de ministers de mening dat gezien de omvang van de huidige wachtlijsten, met name als het gaat om complexere zorg, dat meer master-psychologen moeten worden opgeleid tot GZ-psychologen zodat meer behandelcapaciteit (met name regie-behandelaren) beschikbaar komt? Zo ja, waarom kiezen de ministers hier dan niet voor? De leden van de GroenLinks-fractie lezen in de brief dat de ministers aangeven dat zij in gevallen waarin afgeweken wordt van het advies van het Capaciteitsorgaan contact zoeken met veldpartijen om hier afstemming over te vinden. Genoemde leden begrijpen dat ondanks herhaalde brieven van het veld om mee te denken over ingroeiscenario's, dit niet is gebeurd. Kunnen de ministers uitleggen waarom dit niet is gedaan en er geen reactie op deze brieven is gegeven? Zijn de ministers bereid om met het veld in gesprek te gaan over ingroeiscenario's voor meer opleidingsplekken voor GZ-psychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten zodat er voldoende regie-behandelaren beschikbaar zijn?

De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat de achtergronden zijn van deze keuze van de ministers. Ligt er onder de keuze een financieel motief of achten de ministers de voorgestelde bewering van het Capaciteitsorgaan ook op inhoudelijke gronden onjuist? Zijn de ministers,

als dat laatste het geval is, bereid een nadere onderbouwing te geven van het advies van het Capaciteitsorgaan? De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe het afwijken van de ramingen zich verhoudt tot de ambitieuze afspraken die in het IZA zijn gemaakt over het wegwerken van de wachtlijsten in de GGZ? Zeker gezien het feit dat er nog geen afname te zien is bij de wachtlijsten?

Genoemde leden vragen of het klopt dat in het kwaliteitsstatuut GGZ is geregeld dat alleen BIG-geregistreerde zorgprofessionals mogen indiceren en dat alleen BIG-geregistreerde zorgprofessionals regiebehandelaar mogen zijn? Zo ja, betekent dit dat masterpsychologen hier niet voor ingezet mogen worden en er dus meer regie-behandelaren nodig zijn? En zo ja, betekent dit ook dat masterpsychologen alleen onder supervisie van een BIG-geregistreerde psycholoog mogen werken? Klopt het dat dit blijft gelden als uitbereiding van de delegatie plaats gaat vinden?

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat de ministers ook tegen het advies van het Capaciteitsorgaan ingaan voor het aantal opleidingsplaatsen voor klinisch psychologen. Ook dat lijkt genoemde leden niet wenselijk. De ministers geven als reden dat de instroom en het voorkeursadvies voor 2024 niet wordt gehaald en de ministers het aantal plekken realistisch willen invullen. Genoemde leden vragen waarom er niet gekozen wordt voor een ambitieuze invulling in plaats van een realistische. Zeker kijkend naar de zeer ambitieuze afspraken die zijn gemaakt in het IZA met betrekking tot de wachtlijsten. Waarom kiezen de ministers niet voor het aantal plekken conform het advies van het Capaciteitsorgaan en gaan de ministers daarnaast de instroom voor deze plekken bevorderen de komende jaren? Wat doen de ministers er op dit moment aan om deze plekken beter gevuld te krijgen en wat gaan de ministers in de toekomst hieraan doen?

De leden van de GroenLinks-fractie hebben ook nog vragen over het beroep van orthopedagoog-generalist. In de raming van het Capaciteitsorgaan wordt op verschillende plekken over dit beroep gesproken, de ministers reppen echter met geen woord over deze beroepsgroep. Kunnen de ministers uitleggen waarom niet? De huidige ruim 2000 orthopedagogen-generalisten werken in de jeugdhulp, gehandicaptenzorg, de GGZ18+, het onderwijs en de ouderenzorg. Genoemde leden vragen waarom de ministers ervoor hebben gekozen om geen raming te vragen voor dit beroep? Zeker gezien het oog op de personeelstekorten en de toenemende druk op de zorg, is dit van belang. Zien de ministers ook dat de orthopedagoog-generalist, met zijn domein overstijgende inzetbaarheid een unieke vorm van zorg biedt? Een vorm van zorg die volgens genoemde leden bij uitstek een bijdrage levert aan politiek-bestuurlijk gewenste ontwikkelingen in de diverse werkvelden binnen de zorg? Zo ja, zijn de ministers bereid om het Capaciteitsorgaan opdracht te geven tot een tussentijdse raming voor orthopedagoog-generalist? En zijn de ministers bereid om de opleiding tot orthopedagoog-generalist te bekostigen? Zo niet, waarom niet?

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie heeft kennisgenomen van het voorgenomen Capaciteitsplan en de

daarbij gevoegde beslisnota. Hier zijn nog een aantal vragen.

In de stukken valt te lezen dat er voor een groot deel gevolg wordt gegeven aan de adviezen die het Capaciteitsorgaan geeft. Bij veel medisch- specialistische opleidingen wordt er opgeschaald in capaciteit. Echter valt hierbij ook te lezen dat andere opleidingen hierop moeten inleveren en dat bijvoorbeeld de tandheelkunde opleiding van zes naar vijf jaar gaat. Het lid van de fractie-BBB is verheugd te vernemen dat er wordt opgeschaald in opleidingsplekken in deze krapteberoepen, echter vraagt het lid van de fractie-BBB ook wat alle negatieve neveneffecten zijn bij andere opleidingen zoals zojuist beschreven?

Toch volgen de ministers het Capaciteitsorgaan niet op als het gaat over de geestelijke gezondheidszorg. Opleidingen die opleiden tot geestelijke zorgprofessionals hadden behoefte aan 1885 plekken, maar hebben er maar 965 gekregen. Waarom doen de ministers dit? GGZ veldpartijen waren hiervan op de hoogte en hebben meermaals contact gezocht om mee te doen in ingroei scenario's voor psychologen. Hier is geen gehoor aan gegeven. Waarom niet en zijn de ministers bereid dit alsnog te doen?

De krapte ten aanzien van het aantal medisch- specialistische beroepen zijn vooral in landelijke gebieden een groot probleem. Een voorbeeld zijn de tandartsen en mondhygiënist in de provincie Zeeland. Het lid van de fractie-BBB heeft vanuit deze provincie meerdere alarmerende berichten ten oren gekregen en maakt zich hier zorgen over. Het lid van de fractie-BBB wil graag heel precies van de ministers weten hoe er zorg gedragen wordt voor de landelijke gebieden? Hoe gaan de ministers ervoor zorgen dat de medisch- specialistische opleidingsplekken overal in Nederland ten goede komen?

Meer opleidingsplekken beschikbaar maken is een oplossing voor de middellange termijn. Over zes à zeven jaar kunnen wij hierdoor een stijging zien in zorgaanbod. Echter is het probleem nu ook al erg hoog. Een citaat uit de Volkskrant luidt als volgt: "Er belt iedere dag wel een nieuwe eilandbewoner die we moeten teleurstellen. Toeristen die 's zomers op het eiland verblijven of statushouders en Oekraïners die er worden opgevangen, kunnen ze zelfs bij spoed niet helpen." Hebben de ministers ook kortetermijnoplossingen voor gebieden waar de problematiek zo hoog is als in dit geval?

II. Reactie van de bewindspersonen

Vragen en opmerkingen van de leden van de VVD-fractie

De leden van de VVD-fractie vragen wat de parameters zijn die door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport zijn ingebracht als input voor de ramingen.

Bij de ramingen maakt het Capaciteitsorgaan gebruik van het ramingsmodel dat samen met het Nivel is ontwikkeld. De parameters van het ramingsmodel staan in bijlage 1 van het

De leden van de VVD-fractie vragen op welke manier deze zijn afgestemd op de meest recente maatschappelijke ontwikkelingen.

Het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan maakt onderscheid tussen zorgaanbod en zorgvraag. Voor de toekomstige zorgvraag worden per beroepsgroep demografische en niet-demografische ontwikkelingen (epidemiologie, sociaal-cultureel en werkproces) in kaart gebracht. De meest recente relevante maatschappelijke ontwikkelingen komen tot uiting in, of werken door in de waarden van deze parameters. De informatie voor deze waarden van de zorgvraagparameters wordt per beroepsgroep verzameld op basis van literatuuronderzoek, kwalitatief en kwantitatief onderzoek, ontsluiting van data, veldgesprekken en sessies met experts.

Ook vragen de leden van de VVD-fractie hoe hierbij bijvoorbeeld rekening is gehouden met verticale taakherschikking.

Verticale taakherschikking is een van de parameters van het werkproces in het ramingsmodel. Op basis van beschikbare bronnen, onderzoek en input van experts is een inschatting gemaakt van de verwachte verticale taakherschikking voor de desbetreffende beroepsgroep.

De leden van de VVD-fractie vragen hoe de ramingen in verhouding staan tot het Integraal Zorgakkoord (IZA). Zij vragen of dit voldoende is meegenomen.

Het Capaciteitsorgaan heeft de meeste data en informatie voor de ramingen verzameld vóór sluiting van het Integraal Zorgakkoord (IZA). In de opgehaalde informatie is de geest van het IZA reeds zichtbaar. Vooralsnog is in de meeste ramingen sprake van groei van de zorgvraag door ontwikkelingen in demografie, beleid, samenleving en werkprocessen. De impact van beleidseffecten is een van de redenen waarom de raming elke drie jaar wordt herhaald, om eventuele aangepaste inschattingen van (ook nieuwe) beleidseffecten mee te nemen in de volgende raming. De gevolgen van het IZA zullen geleidelijk aan duidelijk en zichtbaar worden. Met experts wordt in de volgende ramingscyclus gekeken naar verwachte effecten van het IZA en wat dit betekent voor de opleidingsaantallen.

De leden van de VVD-fractie vragen of regionale verschillen ook zijn vastgesteld als een specifieke parameter.

Momenteel is dit nog geen regulier onderdeel van het landelijke ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan. Voor diverse beroepsgroepen worden eventuele regionale verschillen wel globaal benoemd. Voor de FZO-beroepen (gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel) zijn regionale verschillen al wel inzichtelijk omdat de landelijke

² [Capaciteitsplan-2024-2027-Integraal-overzicht-DEF.pdf \(capaciteitsorgaan.nl\)](#)

raming voortvloeit uit aangeleverde gegevens van afzonderlijke instellingen. Het Capaciteitsorgaan is momenteel voor verschillende beroepsgroepen bezig inzicht te krijgen in verschillen tussen regio's. Het Capaciteitsorgaan is voornemens om via regionale inzichten en/of regionale ramingen regionale (dis)balans tussen zorgaanbod en zorgvraag onderdeel te laten worden van de ramingscyclus.

De leden van de VVD-fractie constateren dat zowel het Capaciteitsorgaan als het kabinet rekening houdt met implementeerbaarheid van instroomaantallen. Deze leden vragen of dit nu dubbel gebeurt, zoals bij psychologen en artsen voor verstandelijk gehandicapten (VG).

De beschikbaarheid van opleidingscapaciteit, de belangstelling voor de vervolgopleiding en de daaruit volgende haalbaarheid van de raming kan in de expertsessies worden meegenomen als relevante factor. Bij de raming van de arts verstandelijk gehandicapten (arts VG) is dit bijvoorbeeld nadrukkelijk aan bod gekomen. In de nieuwe ramingscyclus van het Capaciteitsorgaan zal 'haalbaarheid' van instroom in opleidingen expliciet onderdeel gaan uitmaken van de overwegingen voor een instroomadvies in de opleiding.

Rekening houden met haalbaarheid betekent overigens niet altijd dat de geadviseerde instroom direct haalbaar is. Bijvoorbeeld bij het advies voor arts VG wordt genoemd dat de geadviseerde instroom een hoge opgave is en dat blijvende investeringen nodig zijn om het vak onder de aandacht te brengen. Daarom wordt soms in overleg met de sector gekozen voor een ingroeipad naar het voorkeursadvies.

Voorts vragen de leden van de VVD-fractie hoe er in de ramingen en met name de toekomstige, rekening gehouden wordt met de meerjarige transitie die het kabinet met het IZA in de zorg in wil zetten, met daarbij de verschuiving van zorg naar, en versterking van de eerstelijnszorg. Hoe worden het Capaciteitsorgaan en ook de zorgopleidingen meegenomen in deze transitie?

Met de akkoorden (IZA, Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA)) en programma's (Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg (TAZ) en Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen (WOZO)) wordt een transitie in de zorg vormgegeven. Deze transitie naar passende zorg zal zich in toenemende mate gaan uitkristalliseren en naar verwachting ook doorwerken in de volgende raming van het Capaciteitsorgaan. De impact van beleidseffecten is een van de redenen waarom de raming elke drie jaar wordt herhaald, om eventuele aangepaste inschattingen van (ook nieuwe) beleidseffecten mee te nemen in de volgende raming. Met experts wordt in de volgende ramingscyclus gekeken naar verwachte effecten van het IZA en de andere akkoorden en programma's en wat dit betekent voor de opleidingsaantallen.

De leden van de VVD-fractie vragen of de ministers het eens zijn met de leden dat de focus de komende jaren in de ramingen en bij de opleidingen vooral zou moeten liggen op het opleiden van personeel 'buiten het ziekenhuis', zoals huisartsen, tandartsen en wijkverpleegkundigen.

De komende jaren zal moeten worden geïnvesteerd in het verstevigen van de eerstelijnszorg en andere extramurale zorgberoepen. In het veranderende zorglandschap zijn deze beroepen noodzakelijk om de beweging in te zetten naar meer preventie en meer zorg in de thuissituatie. Dat neemt niet weg dat er ook een opgave ligt voor de overheid en de sector om voldoende zorgprofessionals voor de tweede- en derdelijnszorg op te leiden. De ramingen van het Capaciteitsorgaan geven nuttige inzichten in de behoefte aan zorgprofessionals in de verschillende domeinen.

Voorts vragen de leden van de VVD-fractie hoe er rekening gehouden is met beroepen die vrij nieuw zijn en waar geen ramingen zijn. Genoemde leden denken hierbij bijvoorbeeld aan ziekenhuisarts-generalisten, jeugdverpleegkundigen, orthopedagoog-generalisten, toegepaste psychologen. Zij ontvangen graag per beroepsgroep een separate reactie op de hiervoor gestelde vraag.

Wanneer een beroepsgroep wordt geraamd dan wordt in detail naar zoveel mogelijke feitelijke en kwantitatieve gegevens gezocht over de beroepsgroep. Er wordt als het ware een ‘kwantitatieve dwarsdoorsnede van de beroepsgroep’ op dat moment gemaakt. Wanneer bij het verzamelen van gegevens over de toekomstige zorgvraag naar een beroepsgroep blijkt dat nieuwe beroepsgroepen in beeld zijn dan wordt dit meegenomen in het bepalen van de waarden van de zorgvraagparameters. Dit komt dan bijvoorbeeld tot uitdrukking in de ontwikkelingen in het werkproces, zoals substitutie. Omdat kwantitatieve gegevens over een nieuwe beroepsgroep niet altijd tot in detail beschikbaar zijn, zullen ontwikkelingen in het werkproces dan vooral afhankelijk zijn van kwalitatieve inschattingen.

De leden van de VVD-fractie vragen of er bij de opleiding van gezondheidszorgpsychologen (GZ-psychologen), waarbij het aantal dat opgeleid gaat worden fors lager is dan de raming, nog gekeken is naar een groeipad om meer GZ-psychologen op te leiden.

In het Capaciteitsplan 2024-2027 heeft het Capaciteitsorgaan voor de GZ-psycholoog drie scenario's uitgewerkt. Het kabinet heeft gekozen voor het scenario dat tegemoet komt aan het groeiend volume en de stijgende complexiteit van de zorgvraag, maar niet de extra kwaliteitswens van de sector om de masterpsychologen die middels taakherschikking een deel van de taken van GZ-psychologen hadden overgenomen, op te leiden tot GZ-psycholoog. In het rapport van het Capaciteitsorgaan wordt dit verticale substitutie genoemd. De belangrijkste overwegingen hiervoor zijn:

a. De noodzakelijkheid van de verticale substitutie moet worden gezien in het licht van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ, omdat er op wordt vertrouwd dat de taken voor masterpsychologen passend zijn bij de kwaliteitseisen die in dit kwaliteitsstatuut zijn geformuleerd. In het kwaliteitsstatuut worden kwaliteitseisen gesteld aan de regiebehandelaren. De masterpsycholoog is conform het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ niet inzetbaar als regiebehandelaar, maar wel als (mede)behandelaar, net als vele andere disciplines binnen de GGZ. Werkgevers zijn binnen de kaders van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ verantwoordelijk voor de verhoudingen waarbinnen zij functies en disciplines willen inzetten. De taakverdeling waarbij masterpsychologen worden ingezet in

de diagnostiekfase, psycho-educatie, E-health en gestandaardiseerde behandeling vindt al enige tijd plaats en is passend bij de kwaliteitseisen die geformuleerd zijn in het kwaliteitsstatuut GGZ. Als er extra kwaliteitseisen worden gesteld aan (mede)behandelaren zou dit daarin zijn beslag moeten krijgen.

b. Het overnemen van het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan strookt niet met de IZA-afspraken die betrekking hebben op de verdere ontwikkeling van taakherschikking. De ambitie zoals in het IZA staat verwoord, is om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Het IZA zet in op taakherschikking, inhoudende dat taken breed in de organisatie worden toevertrouwd op basis van competenties en bekwaamheid in plaats van enkel het opleidingsniveau. Volgen van het voorkeursadvies heeft tot onwenselijk gevolg dat de taakherschikking die heeft plaatsgevonden in de afgelopen periode wordt teruggedraaid.

De taakherschikking moet breder worden gezien en niet alleen binnen de verhouding masterpsycholoog en GZ-psycholoog. Verschillende taken die op dit moment worden uitgevoerd door de masterpsycholoog kunnen mogelijk belegd worden bij HBO-psychologen, GGZ-agogen, en Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen.

c. Er is geen financiële ruimte in het budgettaire kader van de vervolgopleidingen om het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan volledig te volgen. Het gaat om meer dan een verdubbeling van het voorkeursadvies dat in 2020 is afgegeven (920 extra instroomplekken door verticale substitutie). Met het IZA zijn de budgettaire kaders voor de curatieve GGZ voor de komende vier jaar vastgelegd. Dit is een resultante van de vastgelegde afspraken. Het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan is geen onderdeel hiervan, zodat verticale substitutie als wens voor een extra kwaliteitsimpuls moet worden beschouwd als een directe intensivering op die afspraken. Hier moet formeel een extensivering binnen het kader tegenover staan, hetgeen de druk op de zorg zou vergroten. De voorgestelde verticale substitutie zal hoogstwaarschijnlijk kostenverhogend gaan werken en daarmee de toegankelijkheid van de zorg juist verder onder druk zetten.

Zoals hierboven is toegelicht heeft het kabinet gekozen voor het scenario waar wel de groeiende zorgvraag wordt meegenomen maar niet is meegegaan met de extra kwaliteitswens van de sector om de masterpsychologen die middels taakherschikking een deel van de taken van GZ-psychologen hadden overgenomen, op te leiden tot GZ-psycholoog. Bij het gekozen scenario is een ingroeimodel niet aan de orde. Er zijn namelijk geen signalen zijn dat de opleidingscapaciteit niet toereikend is bij het aantal plaatsen dat beschikbaar wordt gesteld voor 2024 en verder.

De leden van de VVD-fractie vragen of er bij de ramingen rekening wordt gehouden met de inzet van hbo-verpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen. De leden van de VVD-fractie kunnen zich voorstellen dat sommige gespecialiseerde artsenopleidingen minder verruimd hoeven te worden als voorgenoemde verpleegkundigen effectiever ingezet worden. Zij vragen hoe dit vanuit het kabinet wordt opgepakt.

De ramingen van het Capaciteitsorgaan kennen een demografisch scenario en een expertscenario. Voor het expertscenario bespreken experts uit het veld in zogeheten kamers

alle relevante factoren die invloed hebben op de demografische ramingen. Relevante ontwikkelingen zoals taakherschikking worden daarbij meegenomen. HBO-verpleegkundigen en gespecialiseerd verpleegkundigen hebben hierin geen andere status dan andere beroepen. Voor de gespecialiseerd verpleegkundigen is er overigens een eigen raming. Ook daar geldt dat wanneer in de praktijk blijkt dat zij meer taken toebedeeld krijgen, dit in de expertscenario's zal worden meegenomen.

De leden van de VVD-fractie vragen of het opleidingsreservoir van basisartsen wel voldoende wordt benut. Kan er met betrekking tot dit punt gekeken worden naar eventuele verbeterpunten en wat is het werkelijke aantal basisartsen?

De bestaande omvang van het opleidingsreservoir berust op een schatting. Het opleidingsreservoir bestaat uit basisartsen die niet in opleiding zijn, maar wel in opleiding zouden willen. Er lijkt sprake van een relatief groot opleidingsreservoir, waarbij wordt opgemerkt dat de voorkeuren van basisartsen voor een opleiding niet altijd corresponderen met de openstaande opleidingsplekken. Bovendien zijn er ook basisartsen die om diverse redenen (eerst) willen werken als basisarts. Omdat de omvang van het opleidingsreservoir met onzekerheden is omgeven, doet het Capaciteitsorgaan op dit moment aanvullend onderzoek. Voor het bepalen van de numerus fixus worden in dit aanvullend onderzoek voor het eerst ook alle parameters meegenomen van het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan.

De leden van de VVD-fractie merken op dat op dit moment de wachttijd voor de master bij de studie Geneeskunde al zes maanden is. Deze leden vragen of met dit in gedachten nog wel voldaan kan worden aan het opleiden van goede arts en met het huidige aantal dat opgeleid wordt. Moet er in dat kader niet meer ingezet worden op meer opleiden van andere zorgprofessionals om zo de kloof tussen arts en verpleegkundige kleiner te laten worden?

Bij het bepalen van de numerus fixus is nog niet expliciet rekening gehouden met wachttijden. In het aanvullend onderzoek naar basisartsen dat momenteel plaatsvindt, is wel aandacht voor de wachttijden en de duiding daarvan voor het benodigde aantal Geneeskundestudenten. In het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan wordt bij het bepalen van het zorgaanbod rekening gehouden met de duur van de opleiding en het effect op het aantal benodigde opleidingsplaatsen. In termen van het ramingsmodel raakt het meer opleiden van andere zorgprofessionals de parameter taakherschikking. Dit is een reguliere parameter in het ramingsproces. Er wordt nagegaan of experts verwachten dat andere zorgprofessionals in de toekomst taken van de arts zullen gaan overnemen.

Ook hebben de leden van de VVD-fractie enkele vragen met betrekking tot de mondzorgramingen. Ze zijn verheugd over de reactie van de ministers op dit punt en sporen hen aan om snel werk te maken van de uiteengezette stappen. De leden van de VVD-fractie ontvangen dan ook graag een tijdspad met betrekking tot hoe we gaan komen tot het extra opleiden van tandartsen. Ook vragen de leden van de VVD-fractie hoe er wordt toegewerkt naar het verkorten van de tandartsenopleiding. Het veld is hier ook aan zet, maar de leden van de VVD-fractie kunnen zich voorstellen dat het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn

en Sport hier ook een rol in pakt. De leden van de VVD-fractie vragen of de ministers het hiermee eens zijn.

Het streven is om vóór het einde van dit jaar afspraken te hebben gemaakt met de tandheelkundige opleidingen en de KNMT over het proces van aanpassing van de opleidingsduur, zodat de numerus fixus Tandheelkunde vanaf het collegejaar 2025-2026 in stappen kan worden verhoogd. De eerste gesprekken hierover met het veld (tandheelkundige opleidingen en de KNMT) hebben reeds plaatsgevonden.

De leden van de VVD-fractie vragen of zij daarnaast voorbeelden kunnen geven van Europese landen waar tandartsen in vijf jaar worden opgeleid en hoeveel van die tandartsen in Nederland werkzaam zijn?

Er zijn meerdere Europese landen, bijvoorbeeld Noorwegen en Zweden, die een opleidingsduur van vijf jaar hanteren voor de studie Tandheelkunde. Enkele van deze landen stellen wel aanvullende eisen in de vorm van een klinische stage (post qualification vocational training). Het gaat bijvoorbeeld om België en het Verenigd Koninkrijk.

Op de peildatum 22 augustus 2023 waren er 11.466 actieve registraties van tandartsen in het BIG-register, waarvan 2.578 tandartsen die in het buitenland zijn opgeleid. Er zijn geen cijfers bekend van het aantal tandartsen die in vijf jaar zijn opgeleid in andere Europese landen en op dit moment in Nederland werkzaam zijn. Alleen bij de aanvragen voor erkenning met een niet Europees diploma (verklaring van vakbekwaamheid) wordt de opleidingsduur vastgelegd.

De leden van de VVD-fractie vinden het ook van belang dat er oog is voor regionale tekorten. Als het duidelijk is dat een extra opleiding het beste is om regionale tekorten op te vangen, waarom wordt hier dan niet harder op ingezet? Of hebben de leerwerkplekken in Limburg van het Radboud UMC een meetbaar effect op de regionale spreiding van tandartsen? Hoeveel leerwerkplekken zijn er in Limburg? Wat zijn de kosten per leerwerkplek?

Het is aan instellingen en het werkveld om te bepalen of zij een nieuwe opleiding willen starten. Zij kunnen hiertoe dan een aanvraag indienen. Het Radboudumc geeft aan voor de leerwerkplekken gebruik te maken van haar netwerk aan stageplaatsen waaronder in regio's met een tekort aan tandartsen zoals de provincie Limburg. Het ministerie van OCW is hierbij niet betrokken en heeft geen verdere informatie ontvangen van Radboudumc over het effect en de kosten per leerwerkplek. Wel zijn de ministeries van OCW en VWS in gesprek met het veld (de tandheelkundige opleidingen en de KNMT) over de aanpassing van de opleidingsduur en de numerus fixus Tandheelkunde. De rol die leerwerkplekken kunnen spelen in het curriculum (en bij het opvangen van regionale tekorten) kan hierbij worden betrokken.

Vragen en opmerkingen van de leden van de D66-fractie

De leden van de D66-fractie constateren een verschil tussen de praktijk en het advies van het Capaciteitsorgaan. Zij vragen wat de ministers eraan doen om dit verschil te verkleinen.

Er zijn verschillende redenen waardoor de praktijk achterblijft ten opzichte van het advies van het Capaciteitsorgaan. Het kan gaan om een beperkte interesse voor het vakgebied, een beperkte ruimte voor het aantal opleidingsplekken en een tekort aan opleiders. Zowel het veld als het kabinet hebben diverse acties lopen om de tekorten tegen te gaan. Dit is dan ook de reden waarom in een aantal gevallen in overleg met het veld is gekozen voor een ingroeipad naar het advies van het Capaciteitsorgaan. Het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn (TAZ) is een belangrijke stap om de tekorten in bredere zin tegen te gaan. Met de thema's innovatieve werkvormen, behoud van personeel en leren en ontwikkelen, richt het zich op de fundamenteën om zorgberoepen aantrekkelijker te maken. Met betrekking tot de sociale geneeskunde is het relevant om te noemen dat er een onderzoek wordt gestart naar de motivaties van basisartsen. Hiermee hoopt het kabinet een beeld te krijgen van de beweegredenen om wel of niet voor bepaalde tekortberoepen te kiezen.

De leden van de D66-fractie vragen of de ministers kunnen reageren op signalen uit het veld dat er meer opgeleid kan worden dan dat er nu wordt toegekend.

Bij een aantal vervolgopleidingen is bekend dat er meer vraag is naar opleidingsplaatsen dan dat het aantal dat het Capaciteitsorgaan adviseert, bijvoorbeeld bij de studie Geneeskunde en de vervolgopleidingen tot medisch specialist.

De adviezen van het Capaciteitsorgaan hebben onder andere als doel het juiste aantal opleidingsplekken beschikbaar te stellen om aan de toekomstige zorgvraag te voldoen. Het is belangrijk om niet te weinig, maar ook niet te veel op te leiden. Te weinig opleiden leidt tot tekorten aan zorgprofessionals. Te veel opleiden leidt tot onnodig hoge opleidingsuitgaven en uiteindelijk tot overschotten aan zorgprofessionals. Voor de opleidingen tot basisarts en tot medisch specialist geldt om die reden dat het aantal beschikbare opleidingsplaatsen kleiner is dan de opleidingscapaciteit of de interesse in die opleidingen.

De ministers schrijven dat de instroom voor extramurale artsen al enige tijd achterblijft bij het advies. De leden van de D66-fractie vragen of de ministers kunnen toelichten welke acties zij inzetten om deze instroom toch te verhogen. Welke factoren zorgen er volgens hen voor dat studenten niet meer voor deze beroepen kiezen? Daarnaast, uit berichten bleek dat ook de uitval hoog was binnen zorgopleidingen. De leden van de D66-fractie vragen of de ministers scherp hebben wat daar de redenen toe zijn. Zo ja, welke maatregelen nemen zij daarvoor, zo vragen de leden van de D66-fractie.

Om beter inzicht te krijgen in de beweegredenen van Geneeskundestudenten en basisartsen om al dan niet voor een bepaalde opleiding te kiezen, doet het Capaciteitsorgaan daar nader onderzoek naar. Daarbij wordt ook gekeken naar zaken als burn-out en uitval tijdens de opleiding. Bij dit onderzoek worden alle relevante partijen betrokken. Het kabinet hoopt dat

het onderzoek uitwijst welke factoren doorslaggevend zijn bij de keuzes van basisartsen, zodat daarmee in het beleid beter rekening kan worden gehouden. Intussen wordt erop ingezet om verschillende zaken aan te pakken die een rol lijken te spelen bij de achterblijvende instroom. Zo is het van belang om in de geneeskunde-opleiding meer aandacht aan deze vakken te besteden, zodat de bekendheid hiermee onder studenten wordt vergroot. Samenwerking vanuit verschillende (veld)partijen hierop is essentieel. Vanuit het programma TAZ wil het kabinet afspraken maken over hoe te komen tot meer instroom in tekortberoepen. Dit is een gezamenlijk en urgent probleem dat ook een gezamenlijke aanpak verdient. Deze integrale aanpak is besproken tijdens een bijeenkomst op 5 juni jl. met een groot aantal veldpartijen. Er is afgesproken om gezamenlijk toe te werken naar concrete acties op de korte, middellange en lange termijn om dit probleem met elkaar op te lossen.

We leiden op voor de professionals van de toekomst (bijvoorbeeld generalistischer en meer digitaal opgeleid), zo stellen de leden van de D66-fractie. Deze leden vragen of het Capaciteitsorgaan ook raamt met die bril op de toekomst.

Het ramingsmodel van het Capaciteitsorgaan maakt onderscheid tussen zorgaanbod en zorgvraag. Voor de toekomstige zorgvraag worden per beroepsgroep demografische en niet-demografische ontwikkelingen (epidemiologie, sociaal-cultureel en werkproces) in kaart gebracht. De meest recente relevante maatschappelijke ontwikkelingen komen tot uiting in of werken door in de waarden van deze parameters. De informatie voor deze waarden van de zorgvraagparameters wordt per beroepsgroep verzameld op basis van literatuuronderzoek, kwalitatief en kwantitatief onderzoek, ontsluiting van data, veldgesprekken en sessies met experts. De impact van beleidseffecten is een van de redenen waarom de raming elke drie jaar wordt herhaald, om eventuele aangepaste inschattingen van (ook nieuwe) beleidseffecten mee te nemen in de volgende raming.

Het Capaciteitsorgaan heeft 1.885 opleidingsplekken voor GZ-psychologen geadviseerd, waarvan de ministers er 965 plekken toekennen. Dat is een toename ten opzichte van vorig jaar, maar nog steeds bijna een halvering van wat het orgaan adviseert. De leden van de D66-fractie vragen of de ministers kunnen toelichten in hoeverre dit aantal volgens hen toereikend is om het groeiende personeelstekort in de GGZ op te vangen. Voorts vragen de leden van de D66-fractie of de ministers kunnen onderbouwen waarom het advies van het Capaciteitsorgaan niet wordt gevolgd.

In het Capaciteitsplan 2024-2027 heeft het Capaciteitsorgaan voor de GZ-psycholoog drie scenario's uitgewerkt. Het kabinet heeft gekozen voor het scenario dat tegemoet komt aan het groeiend volume en de stijgende complexiteit van de zorgvraag, maar niet de extra kwaliteitswens van de sector om de masterpsychologen die middels taakherschikking een deel van de taken van GZ-psychologen hadden overgenomen, op te leiden tot GZ-psycholoog. In het rapport van het Capaciteitsorgaan wordt dit verticale substitutie genoemd. De belangrijkste overwegingen hiervoor zijn:

a. De noodzakelijkheid van de verticale substitutie moet worden gezien in het licht van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ, omdat er op wordt vertrouwd dat de taken voor

masterpsychologen passend zijn bij de kwaliteitseisen die in dit kwaliteitsstatuut zijn geformuleerd. In het kwaliteitsstatuut worden kwaliteitseisen gesteld aan de regiebehandelaren. De masterpsycholoog is conform het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ niet inzetbaar als regiebehandelaar, maar wel als (mede)behandelaar, net als vele andere disciplines binnen de GGZ. Werkgevers zijn binnen de kaders van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ verantwoordelijk voor de verhoudingen waarbinnen zij functies en disciplines willen inzetten. De taakverdeling waarbij masterpsychologen worden ingezet in de diagnostiekfase, psycho-educatie, E-health en gestandaardiseerde behandeling vindt al enige tijd plaats en is passend bij de kwaliteitseisen die geformuleerd zijn in het kwaliteitsstatuut GGZ. Als er extra kwaliteitseisen worden gesteld aan (mede)behandelaren zou dit daarin zijn beslag moeten krijgen.

b. Het overnemen van het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan strookt niet met de IZA-afspraken die betrekking hebben op de verdere ontwikkeling van taakherschikking. De ambitie zoals in het Integraal Zorgakkoord (IZA) staat verwoord is om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Het IZA zet in op taakherschikking, inhoudende dat taken breed in de organisatie worden toevertrouwd op basis van competenties en bekwaamheid in plaats van enkel het opleidingsniveau. Volgen van het voorkeursadvies heeft tot onwenselijk gevolg dat de taakherschikking die heeft plaatsgevonden in de afgelopen periode wordt teruggedraaid.

De taakherschikking moet breder worden gezien en niet alleen binnen de verhouding masterpsycholoog en GZ-psycholoog. Verschillende taken die op dit moment worden uitgevoerd door de masterpsycholoog kunnen mogelijk belegd worden bij HBO-psychologen, GGZ-agogen, en Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen.

c. Er is geen financiële ruimte in het budgettaire kader van de vervolgopleidingen om het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan volledig te volgen. Het gaat om meer dan een verdubbeling van het voorkeursadvies dat in 2020 is afgegeven (920 extra instroomplekken door verticale substitutie). Met het IZA zijn de budgettaire kaders voor de curatieve GGZ voor de komende vier jaar vastgelegd. Dit is een resultante van de vastgelegde afspraken. Het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan is geen onderdeel hiervan, zodat verticale substitutie als wens voor een extra kwaliteitsimpuls moet worden beschouwd als een directe intensivering op die afspraken. Hier moet formeel een extensivering binnen het kader tegenover staan, hetgeen de druk op de zorg zou vergroten. De voorgestelde verticale substitutie zal hoogstwaarschijnlijk kostenverhogend gaan werken en daarmee de toegankelijkheid van de zorg juist verder onder druk zetten.

Daarnaast zijn er grote aantallen master-psychologen die nu niet opgeleid kunnen worden tot het basisberoep van GZ-psycholoog. De ministers gaan in hun motivatie geheel voorbij aan het feit dat in het kwaliteitsstatuut is afgesproken welke Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) professionals onder welke condities, welke patiëntencategorieën mogen indiceren. De masterpsychologen vallen hierbuiten. Zonder BIG-geregistreerde psychologen kan geen behandeltraject worden gestart. De D66-fractie vraagt of de ministers hierop kunnen reflecteren.

Sinds de invoering van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ is geborgd dat middels

taakdifferentiatie niet BIG-geregistreerde disciplines inzetbaar zijn in de behandeling van mensen met ernstige psychische problemen. Masterpsychologen werken al enige tijd binnen de Geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en worden onder andere ingezet in de psychodiagnostiek, psycho-educatie, en voeren gestandaardiseerde onderdelen van het behandeltraject uit. Daarbij werkt de masterpsycholoog onder toezicht van een regiebehandelaar. De masterpsycholoog kan veel diagnostisch voorwerk uit handen nemen, en na indicering een gedeelte van de behandeling uitvoeren.

Tenslotte, meerdere externe partijen wijzen erop dat een beroepsgroep volledig buiten de raming is gelaten: de orthopedagoog-generalist. Deze partijen wijzen op de bijdrage die de orthopedagoog-generalist kan leveren bij het terugdringen van de wachtlijsten en bij de verbetering van de kwaliteit van zorg. Deze leden van de D66-fractie vragen aan de ministers wat de onderbouwing is om deze beroepsgroep buiten beschouwing te laten en of zij willen overwegen om deze alsnog toe te voegen.

De opleiding tot Orthopedagoog-generalist (OG) wordt niet centraal bekostigd vanuit de Rijksbegroting en daarom is er vanuit het Rijk geen aanleiding om het Capaciteitsorgaan te verzoeken voor deze opleiding te ramen en daarover advies uit te brengen in termen van aantallen te bekostigen opleidingsplaatsen.

Het kabinet deelt de opvatting dat de OG een waardevolle bijdrage kan leveren in de diagnostiek, behandeling en begeleiding van kinderen en jeugdigen en ook volwassenen die soms complexe leer-, gedrags- of ontwikkelingsstoornissen vertonen, en sterk afhankelijk zijn van de pedagogische kwaliteiten van hun directe omgeving.

Dit alleen is echter geen reden om de opleiding te bekostigen vanuit de Rijksbegroting en daartoe een raming door het Capaciteitsorgaan te laten uitvoeren. Bekostiging van opleidingen kan op verschillende manieren, via de prestaties en tarieven al dan niet aangevuld met eigen betalingen door de opleideling. Bekostiging vanuit de Rijksbegroting wordt alleen ingezet als bekostiging in de markt niet of onvoldoende tot stand komt of kan komen, terwijl de beroepsbeoefenaar waartoe wordt opgeleid wel noodzakelijke zorg levert in het licht van een van de geldende zorgwetten die niet of onvoldoende door een andere beroepsbeoefenaar geboden kan worden. Voor wat betreft de OG geldt dat op dit moment niet voldoende is aangetoond dat hiervan sprake is. Daar komt bij dat bekostiging vanuit de Rijksbegroting ook dekking zou vereisen. Dit betekent dat naast voornoemde inhoudelijke vereisten aan bekostiging vanuit de Rijksbegroting ook vereist is dat er draagvlak is in de sectoren waar de OG actief is en wordt opgeleid, inclusief concrete dekking vanuit deze sectoren. Dit is nodig om te borgen dat een overstap naar bekostiging vanuit de Rijksbegroting budgetneutraal kan worden vormgegeven, met draagvlak vanuit de sectoren. Draagvlak dat zich mede uit in de bereidheid om financieel bij te dragen hieraan.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PVV-fractie

Het valt de leden van de PVV-fractie op dat bij de meeste opleidingen het voorkeursadvies

van het Capaciteitsorgaan niet (direct) opgevolgd wordt. De leden van de PVV-fractie vragen waarom de ministers hiervoor niet voldoende budget beschikbaar stellen.

Zoals staat beschreven in de kabinetsreactie op het Capaciteitsplan 2024-2027, worden de adviezen van het Capaciteitsorgaan zoveel mogelijk opgevolgd, mits dat financieel inpasbaar is en haalbaar voor de sector. Een enkele keer wordt het voorkeursadvies niet gevolgd vanwege inhoudelijke redenen, bijvoorbeeld als het voorkeursadvies niet of voor een deel niet aansluit bij de afspraken die zijn vastgelegd in het Integraal Zorgakkoord (IZA) (Kamerstuk 31 765, nr. 655).

De leden van de PVV-fractie vragen waarom de ministers niet alles op alles zetten om voldoende studenten te werven voor deze opleidingen, in plaats van vooraf al de handdoek in de ring te gooien? Om welke medische vervolgopleidingen gaat het? Hoeveel patiënten krijgen hierdoor straks geen zorg? Waarom laten de ministers het Capaciteitsorgaan berekenen hoe groot de capaciteit aan medische vervolgopleidingen moet zijn, als zij er vervolgens niks mee doen, zo vragen deze leden.

Er is een tekort aan artsen in de sociale Geneeskunde en de eerstelijns geneeskunde (verslavingsartsen, huisartsen, artsen verstandelijk gehandicapten en specialisten ouderengeneeskunde). Het Capaciteitsorgaan adviseert een forse stijging van de instroom voor de komende drie jaren (2024-2026). De instroom in deze opleidingen en op de arbeidsmarkt voor extramurale artsen blijft al enige tijd achter bij het aantal dat, volgens het advies van het Capaciteitsorgaan, nodig is en beschikbaar kan worden gesteld. In het veranderende zorglandschap zijn deze beroepen noodzakelijk om beweging te realiseren naar meer preventie en meer zorg in de thuissituatie. De tekorten zijn een fundamenteel en groot probleem. Hoewel deze problematiek niet een-op-een is te vertalen naar een concreet aantal patiënten dat in de toekomst geen zorg meer zal ontvangen, zullen bij ongewijzigd beleid de tekorten en de daarmee samenhangende problemen in de komende periode verder groeien. Om dit probleem aan te pakken is samenwerking door verschillende (veld)partijen essentieel. Vanuit het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn (TAZ) worden afspraken gemaakt over hoe te komen tot meer instroom in tekortberoepen en kraptere regio's. Daarnaast doet het Capaciteitsorgaan onderzoek naar de motivaties van basisartsen. Hiermee hoopt het kabinet een beeld te krijgen van de beweegredenen om wel of niet voor bepaalde tekortberoepen te kiezen.

De leden van de PVV-fractie vragen waarom er nog steeds een numerus fixus op de opleiding tandheelkunde is als er grote tekorten verwacht worden.

De opleiding Tandheelkunde wordt door het ministerie van OCW bekostigd. Het Capaciteitsorgaan adviseert periodiek over de hoogte van de gewenste instroom in de opleiding. Het advies van het Capaciteitsorgaan is mede gebaseerd op de verwachte ontwikkelingen van de zorgvraag, ontwikkelingen binnen het vakgebied en ontwikkelingen op personeelsvlak zoals uitstroom. Omdat de tandartsopleiding in vergelijking met andere opleidingen kostbaar is, maakt het ministerie van OCW, op basis van het advies van het

Capaciteitsorgaan en het beschikbare budget, aanvullende afspraken over het aantal op te leiden studenten. Dit vertaalt zich in de numerus fixus voor de opleiding Tandheelkunde.

De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel mensen er momenteel niet regelmatig naar de tandarts gaan. Voorts vragen zij hoeveel tandartsen er extra nodig zijn om alle Nederlanders van voldoende tandartszorg te voorzien.

Volgens het CBS ging in 2020/2021 77,2% van de mannen en 80,8% van de vrouwen naar de tandarts. Bij mannen varieert dat sinds 2014 tussen de 77,1 en 87,0%, bij vrouwen tussen de 80,5 en 82,7%. De afgelopen jaren zijn de cijfers waarschijnlijk wat lager vanwege de covidpandemie.³ Ten aanzien van de toekomstige zorgbehoefte adviseert het Capaciteitsorgaan de instroom in de opleiding tandheelkunde op te hogen naar minimaal 345 en maximaal 406. Het Capaciteitsorgaan spreekt daarbinnen zijn voorkeur uit voor ophoging van de instroom naar het gemiddelde van 375 opleidingsplaatsen voor de opleiding tandheelkunde. Het minimumadvies van 345 opleidingsplaatsen is 86 plaatsen hoger in vergelijking met de 259 opleidingsplaatsen die nu door het ministerie van OCW worden bekostigd.

De leden van de PVV-fractie vragen voor welke opleidingen de ministers voornemens zijn te kiezen voor loting (gewogen of ongewogen).

Op grond van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek⁴ (WHW) mogen instellingen binnen de grenzen van de wet zelf bepalen op welke wijze zij selecteren bij bacheloropleidingen met een numerus fixus⁵. Loting is één van de wijzen waarop vanaf 1 september 2023 geselecteerd kan worden bij bacheloropleidingen. Er zijn momenteel meerdere instellingen die overwegen om te gaan loten bij opleidingen. Op dit moment is nog niet te zeggen welke instellingen daadwerkelijk – en op welke termijn - overgaan tot loting. De overstap naar gewogen of ongewogen loting vergt aanpassing van interne processen en tijdige communicatie richting aspirant-studenten. De overgang dient zorgvuldig te verlopen en vereist ook betrokkenheid van de medezeggenschap die gebruik moet kunnen maken van zijn adviesrecht.

De leden van de PVV-fractie vragen voor welke opleidingen nog steeds een numerus fixus geldt.

In 2022 hanteerden in totaal 104 bacheloropleidingen een numerus fixus: 63 bacheloropleidingen in het WO en 41 bacheloropleidingen in het HBO⁶. In het hoger onderwijs hanteerden in totaal 50 zorgopleidingen in de bachelor in 2022 een numerus fixus. Stichting Studielink publiceert ieder jaar een actueel overzicht van bacheloropleidingen die

³ StatLine - Gezondheid en zorggebruik; geslacht, leeftijd, persoonskenmerken (cbs.nl).

⁴ Bij de beantwoording van deze vragen is uitgegaan dat de leden van de PVV-fractie doelen op bachelor- en masteropleidingen als bedoeld in de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

⁵ Artikel 7.53 Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek.

⁶ Monitor beleidsmaatregelen 2022, 40.

een numerus fixus hanteren. De complete lijst is [via studiekeuze123.nl](https://studiekeuze123.nl) te raadplegen.⁷

De leden van de PVV-fractie vragen hoe vaak het nog voor komt dat studenten afgewezen worden voor een opleiding.

De monitor beleidsmaatregelen biedt inzicht in toelatingen en afwijzingen van studenten die te maken krijgen met een selectieprocedure bij de overgang naar een bacheloropleiding in het hoger onderwijs. In 2022 heeft ongeveer een derde (34%) van alle eerstejaars studenten in het hoger onderwijs in 2022 ten minste éénmaal een selectieprocedure doorlopen. Dat is vergelijkbaar met voorgaande jaren. Bijna twee derde van deze groep (20% van het totaal) is geselecteerd en heeft de mogelijkheid om de opleiding van eerste voorkeur te volgen. Een kleiner deel (9% van de totale instroom) werd wel ergens afgewezen, maar heeft aangegeven alsnog een opleiding van eerste voorkeur te kunnen kiezen. Ongeveer vijf procent van het totaal kreeg te maken met een afwijzing en is toen begonnen aan de opleiding die eigenlijk de tweede keus was⁸.

De leden van de PVV-fractie vragen of buitenlandse studenten gelijke kansen hebben bij loting en numerus fixus.

Binnen het systeem van decentrale selectie dienen instellingen bij bacheloropleidingen te selecteren op basis van minstens twee kwalitatieve selectiecriteria, ongewogen loting of bepaalde combinaties van kwalitatieve selectiecriteria en loting.⁹ Het is niet toegestaan om binnen dit systeem te selecteren op basis van persoons- of achtergrondkenmerken of nationaliteit. Dat betekent dat internationale studenten gelijke kansen hebben binnen de huidige wettelijke kaders.

De leden van de PVV-fractie menen dat de numerus fixus in 2010 zou worden afgeschaft ter voorbereiding op de vergrijzing. Deze leden vragen waarom dat niet is gebeurd. Voorts vragen de leden van de PVV-fractie wanneer dat besloten is.

De toegankelijkheid van het hoger onderwijs is een van de uitgangspunten van de WHW. Om de kwaliteit te waarborgen kan een instelling, conform de WHW, het beschikbare aantal plaatsen vaststellen zodat het aantal studenten de beschikbare capaciteit van een opleiding niet overtreft. Bij opleidingen zoals Geneeskunde en tandheelkunde adviseert het Capaciteitsorgaan over de benodigde capaciteit aan zorgprofessionals, mede in verband met de hoge kosten van deze opleidingen.

In het Regeerakkoord 'Vrijheid en verantwoordelijkheid' van september 2010 is de volgende passage opgenomen: 'om aan de vraag van een kwart meer artsen¹⁰ in 2025 tegemoet te

⁷ [Numerus fixus - Studiekeuze123](https://studiekeuze123.nl).

⁸ Monitor beleidsmaatregelen 2022, 84.

⁹ Er is uitgegaan van de situatie vanaf 1 september 2023. Dan treedt het wetsvoorstel decentrale loting in werking (*Stb.* 2023, *nr.* 177).

¹⁰ Onder het begrip arts wordt verstaan: medisch specialisten, huisartsen, profiel-artsen (zoals Spoedeisende

komen wordt de numerus fixus in lijn met het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in vijf jaar afgeschaft'. Om in de toekomst aan de groeiende zorgvraag te kunnen voldoen heeft het kabinet destijds besloten¹¹ het aantal bekostigde opleidingsplaatsen bij de studie Geneeskunde, de medische vervolgopleidingen en de hbo-zorgmasteropleidingen te verhogen in plaats van de numerus fixus af te schaffen. Met deze maatregel zouden voldoende basisartsen beschikbaar komen voor de door het kabinet gewenste ophoging van de instroom in de medische vervolgopleidingen die moest leiden naar 25% meer artsen in 2025.

De leden van de PVV-fractie zijn bezorgd dat het aantal opleidingsplekken voor huisartsen weliswaar verhoogd wordt, maar nog altijd achter blijft bij de aantallen die het Capaciteitsorgaan adviseerde. De leden van de PVV-fractie vragen hoe het mogelijk is dat de ministers, als het gaat om de zorg, niet eens de basis op orde willen hebben met voldoende huisartsen voor alle Nederlanders. De huisarts heeft de rol van poortwachter naar de ziekenhuizen. Als er te weinig huisartsen zijn, hoe wordt de toegankelijkheid van de specialistische zorg dan geborgd? Zijn de ministers niet op de hoogte van de enorme tekorten in de huisartsenzorg, zo vragen deze leden. Duizenden Nederlanders kunnen nu al geen huisarts krijgen. De helft van alle huisartsenpraktijken neemt geen nieuwe patiënten meer aan omdat de werkdruk te hoog is. De leden van de PVV-fractie vragen hoe de ministers denken het huisartsentekort op te kunnen lossen als er niet fors meer opgeleid gaat worden.

Het is belangrijk om de beschikbare opleidingscapaciteit voor de huisartsen te waarborgen en verder uit te bouwen. Echter, met enkel meer opleidingsplaatsen beschikbaar stellen worden de tekorten niet opgelost. Daarom zijn in het IZA met partijen afspraken gemaakt over het landelijk invoeren van 'meer tijd voor de patiënt' (MTVP). Het doel hiervan is dat huisartsen meer tijd in de spreekkamer krijgen om het goede gesprek met patiënten te voeren, zodat de zorg kwalitatief beter en doelmatiger wordt en huisartsen meer werkplezier hebben. Huisartsen hebben aangegeven dat dit een van hun grootste prioriteiten is voor de komende jaren. Samen met de zorgverzekeraars hebben de huisartsen de in het IZA beschreven afspraak de afgelopen maanden verder uitgewerkt. Het resultaat hiervan is dat zorgverzekeraars MTVP vanaf 2023 (via een addendum) in de contracten opnemen met als doel om 100% van de huisartsenpraktijken die aan de gezamenlijk vastgestelde voorwaarden voldoen per 2024 te laten deelnemen aan 'meer tijd voor de patiënt'.

Het verbaast de leden van de PVV-fractie dat er onvoldoende kandidaten beschikbaar zijn voor de huisartsopleiding. Is het zo dat er onder afgestudeerde artsen te weinig animo is om huisarts te worden? De leden van de PVV-fractie vragen om een uitleg van de ministers of dit klopt en zo ja, wat hier de verklaring voor is. Voorheen was de huisartsenopleiding tenslotte een van de populairste opleidingen voor jonge basisartsen.

Hulparts), artsen verstandelijk gehandicapten, specialisten ouderengeneeskunde en sociaal geneeskundigen.

¹¹ Kamerstuk 29 282, nr. 148, p. 1.

Er zijn op dit moment te weinig kandidaten om alle opleidingsplaatsen voor huisarts in te kunnen vullen. Desondanks is de huisartsenopleiding nog steeds de meest populaire opleiding voor basisartsen die een carrière buiten het ziekenhuis ambiëren en het lukt dan ook om ieder jaar meer huisartsen op te leiden. Om meer inzicht in te verkrijgen in de voorkeuren van basisartsen doet het Capaciteitsorgaan op dit moment onderzoek naar de concrete samenstelling van verschillende groepen basisartsen alsmede de redenen voor het wel of niet doorstromen van basisartsen naar bepaalde geneeskundige vervolgoopleidingen.

De leden van de PVV-fractie vragen hoeveel huisartsen er zijn. Welk deel van hen werkt in deeltijd? Wat is de deeltijdfactor? De leden van de PVV-fractie vragen wat de ministers gedaan hebben om fiscale belemmeringen weg te nemen zodat deeltijd werkende huisartsen meer uren kunnen gaan werken zonder er in inkomen op achteruit te gaan. Hoeveel huisartsen zouden we extra hebben in FTE als de deeltijdfactor onder huisartsen verhoogd zou worden naar 0,8? Wat kost het op macroniveau extra aan totale loonsom als de deeltijdfactor onder huisartsen naar 0,8 zou gaan?

Het aantal huisartsen is de afgelopen jaren sterk gestegen, van 8.626 (2000) naar 12.766 (2019), evenals het aantal FTE's, van 7.353 (2010) naar 9.496 (2020). Ook het aantal praktijkondersteuners is sterk gestegen, zeker na de introductie van de Praktijkondersteuner Huisarts – Geestelijke Gezondheidszorg. Uit het Niveaurapport 'De werkweek van de Nederlandse huisarts in 2018' komt naar voren dat huisartsen gemiddeld 44,1 uur per week werken. Uitgaande van het door de huisartsen zelf in de voor-enquête gerapporteerde aantal FTE, betekent dit dat één FTE gemiddeld staat voor een werkweek van 59,3 uur. Het aandeel praktijkhouders is sterk gedaald, van 84% in 2000 naar 51% in 2021. Uit de meest recente data van het Capaciteitsorgaan blijkt dat het aantal huisartsen ook blijft stijgen, per 2022 zijn dit er inmiddels 13.492. De stijging van het aantal huisartsen in Nederland zet dus ook de afgelopen jaren door. Overigens kiest 87% van de afgestudeerde huisartsen direct na de opleiding voor het waarnemerschap. Dit geeft flexibiliteit en de mogelijkheid om ervaring op te doen in meerdere praktijken op verschillende plekken. Hiermee kan onderscheid gemaakt worden tussen bijvoorbeeld een stadspraktijk en een plattelandspraktijk. Daarnaast is er veelal ook een partner in beeld die een carrière ambieert, waarbij onzekerheden qua woonplaats een rol kunnen spelen. Ook geeft het waarnemerschap de ruimte om in deeltijd te werken. Voor zover bekend zijn er geen fiscale belemmeringen om meer te werken zonder er qua inkomen op achteruit te gaan.

De leden van de PVV-fractie vragen hoe het komt dat er een hoge onvervulde vraag naar specialisten ouderenzorg is ondanks dat het aanbod en de instroom ten opzichte van de vorige raming zijn toegenomen. Zijn er te weinig basisartsen die zich willen specialiseren in de ouderenzorg? De leden van de PVV-fractie vragen of de ministers hier een verklaring voor hebben. Zijn er in de afgelopen jaren te weinig basisartsen opgeleid? De leden van de PVV-fractie vragen een toelichting van de ministers.

Er is een tekort aan specialisten ouderengeneeskunde. De instroom in deze opleiding blijft al een aantal jaar achter bij het aantal dat volgens het advies van het Capaciteitsorgaan nodig is

en dat beschikbaar kan worden gesteld. In het veranderende zorglandschap is de specialist ouderengeneeskunde juist noodzakelijk om de beweging in te zetten, naar meer preventie en meer zorg in de thuissituatie. Er is weliswaar een stijgende lijn zichtbaar in het aantal artsen dat start met de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde, maar tegelijkertijd adviseert het Capaciteitsorgaan opnieuw een forse stijging van de instroom de komende drie jaar. Daarnaast duurt het een aantal jaar voordat een basisarts die start met de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde, daadwerkelijk aan het werk is.

Op dit moment is er onvoldoende duidelijkheid en inzicht in de redenen voor het wel of niet doorstromen van basisartsen naar bepaalde geneeskundige vervolgopleidingen. Tegelijkertijd lijkt de tijd tussen afronden van de basisopleiding en het starten van een vervolgopleiding op te lopen. De oorzaken hiervan zijn op dit moment onbekend. Dit onderstreept het belang van goed onderzoek. Het Capaciteitsorgaan doet op dit moment onderzoek naar het ‘reservoir’ van basisartsen.

De leden van de PVV-fractie vragen of de ministers kunnen aangeven of er specifieke vervolgopleidingen zijn die voor het verkorte opleidingstraject in aanmerking komen. Of kan iedere arts met een vervolgopleiding in dit aangepaste traject instromen?

De SBOH heeft samen met ActiZ en de Samenwerkende Opleidingen tot specialist Ouderengeneeskunde Nederland (SOON) een regeling voor een verkort opleidingstraject opgesteld. Deze regeling geldt alleen voor de vervolgopleiding tot specialist ouderengeneeskunde. De regeling is bedoeld voor de ervaren medisch specialist, SEH-arts KNMG en ziekenhuisarts KNMG.

De leden van de PVV-fractie dringen er al jaren op aan om de administratieve lasten in de zorg, dus ook voor huisartsen, massief terug te dringen. De leden van de PVV-fractie vragen wanneer de ministers dit nu eens echt gaan aanpakken, zodat zorgverleners daadwerkelijk verschil merken. Op welke manier gaan zij dit doen?

De aanpak van regeldruk is complex, onder andere omdat regeldruk in de zorg uit veel verschillende hoeken komt: van financiers, toezichthouders, overheid, branche- en beroepsverenigingen en ook vanuit zorginstellingen zelf. Het ministerie van VWS pakt met het programma (Ont)Regel de Zorg (ORDZ) hierin de regie om regeldruk aan te pakken. Om de regeldruk daadwerkelijk te verminderen moeten ook echt alle betrokken partijen hieraan een bijdrage leveren. Om regeldruk in de huisartsenzorg aan te pakken werkt het ministerie van VWS sinds 2018 samen met de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV), Vereniging Praktijkhoudende Huisartsen (VPH), Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Zorgautoriteit om concrete afspraken te maken om regeldruk te verminderen. Enerzijds door het schrappen van regels en formulieren, anderzijds door ervoor te zorgen dat de reeds gemaakte afspraken daadwerkelijk bekend zijn bij en nageleefd worden in de praktijk. In de communicatie over gemaakte afspraken werkt het ministerie van VWS dan ook samen met de LHV en VPH om zodoende de huisartsen te bereiken.

Het gematigde advies voor wat betreft het aantal artsen voor verstandelijk gehandicapten klinkt de leden van de PVV-fractie als de omgekeerde wereld in de oren. De leden van de PVV-fractie vragen of het niet zo zou moeten zijn dat er dan nog meer gedaan moet worden dan men nu al doet om dit vak meer onder de aandacht te brengen van de studenten Geneeskunde en de net afgestudeerde basisartsen, temeer daar mensen met een verstandelijke beperking specifieke behoeftes en zorgvragen hebben zoals de ministers zelf, terecht, constateren. De leden van de PVV-fractie vragen een toelichting van de ministers.

Het Capaciteitsorgaan adviseert een verlaging van de instroom in de opleiding arts voor verstandelijk gehandicapten (arts VG). De belangrijke reden hiervoor is dat het vorige advies uitging van een stagnerende verticale substitutie, terwijl de praktijk uitwijst dat dergelijke substitutie meer en meer voorkomt, bijvoorbeeld door de inzet van de physician assistant en de verpleegkundig specialist. Dit is een belangrijke oplossingsrichting gebleken voor de schaarste aan artsen VG en deze trend heeft het Capaciteitsorgaan ook meegenomen in de raming. Daarnaast heeft het Capaciteitsorgaan de nog steeds beperkte belangstelling voor de vervolgopleiding tot arts verstandelijk gehandicapten meegewogen. Van een advies dat ver boven de tot nu toe gerealiseerde instroom uitstijgt kan een demotiverende werking uitgaan, omdat het voor de eerstkomende jaren niet realistisch is. Ook het voorkeursadvies van 43 opleidingsplaatsen vergt een forse inspanning van het veld. Overigens wordt de belangstelling voor het beroep onder basisartsen en zij-instromers wel groter. Dit blijkt uit de toenemende vraag naar coschapplaatsen en meeloopdagen. Dit vertaalt zich echter nog niet direct in een hogere instroom. Het vereist dus aanhoudende aandacht en actie om het vak van arts VG onder de aandacht te brengen en aantrekkelijker te maken. Daarom zet het ministerie van VWS ook samen met het zorgveld in op flankerend beleid om de instroom in de opleiding te bevorderen. Onderdeel hiervan is een promotieproject van de SBOH gericht op het op de kaart zetten van artsenberoepen buiten het ziekenhuis bij studenten Geneeskunde en basisartsen.

De leden van de PVV-fractie vragen of de ministers kunnen uitleggen wat “inzet op flankerend beleid ter bevordering van de instroom” betekent.

Bij een aantal (medische) vervolgopleidingen blijft de instroom achter bij het aantal dat volgens het advies van het Capaciteitsorgaan nodig is en dat beschikbaar kan worden gesteld. Bij deze opleidingen is het noodzakelijk dat naast het beschikbaar stellen van voldoende opleidingsplaatsen, ook wordt gekeken hoe een passende instroom kan worden bewerkstelligd. Het waarborgen van voldoende instroom in deze (dreigende) tekortberoepen vergt een gezamenlijke aanpak met de verschillende zorgpartijen. Met het programma TAZ zet het ministerie van VWS in op het maken van afspraken tussen zorginkopers, werkgevers, brancheorganisaties en onderwijs om samen te zorgen voor een meer passende instroom in deze opleidingen. Een voorbeeld daarvan is het stimuleren van een verschuiving van aangeboden stages, leerwerkplekken en coschappen van de intramurale naar extramurale zorg.

De leden van de PVV-fractie vragen of de ministers aan de leden van de PVV-fractie kunnen

uitleggen waarom er 965 opleidingsplaatsen worden toegekend voor Gezondheidszorgpsychologen, terwijl het Capaciteitsorgaan er 1885 adviseert? Wat is het nut van een Capaciteitsorgaan als de ramingen daarvan niet worden opgevolgd en er zelfs sterk van afwijken? Denken de ministers soms dat de wachtlijst 80.000 patiënten in de GGZ-sector vanzelf oplost? Zo nee, wat doet dit besluit van de ministers met de beschikbaarheid en bereikbaarheid van de GGZ?

In het Capaciteitsplan 2024-2027 heeft het Capaciteitsorgaan voor de GZ-psycholoog drie scenario's uitgewerkt. Het kabinet heeft gekozen voor het scenario dat tegemoet komt aan het groeiend volume en de stijgende complexiteit van de zorgvraag, maar niet de extra kwaliteitwens van de sector om de masterpsychologen die middels taakherschikking een deel van de taken van GZ-psychologen hadden overgenomen, op te leiden tot GZ-psycholoog. In het rapport van het Capaciteitsorgaan wordt dit verticale substitutie genoemd. De belangrijkste overwegingen hiervoor zijn:

- a. De noodzakelijkheid van de verticale substitutie moet worden gezien in het licht van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ, omdat er op wordt vertrouwd dat de taken voor masterpsychologen passend zijn bij de kwaliteitseisen die in dit kwaliteitsstatuut zijn geformuleerd. In het kwaliteitsstatuut worden kwaliteitseisen gesteld aan de regiebehandelaren. De masterpsycholoog is conform het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ niet inzetbaar als regiebehandelaar, maar wel als (mede)behandelaar, net als vele andere disciplines binnen de GGZ. Werkgevers zijn binnen de kaders van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ verantwoordelijk voor de verhoudingen waarbinnen zij functies en disciplines willen inzetten. De taakverdeling waarbij masterpsychologen worden ingezet in de diagnostiekfase, psycho-educatie, E-health en gestandaardiseerde behandeling vindt al enige tijd plaats en is passend bij de kwaliteitseisen die geformuleerd zijn in het kwaliteitsstatuut GGZ. Als er extra kwaliteitseisen worden gesteld aan (mede)behandelaren zou dit daarin zijn beslag moeten krijgen.
- b. Het overnemen van het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan strookt niet met de IZA-afspraken die betrekking hebben op de verdere ontwikkeling van taakherschikking. De ambitie zoals in het IZA staat verwoord, is om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Het IZA zet in op taakherschikking, inhoudende dat taken breed in de organisatie worden toevertrouwd op basis van competenties en bekwaamheid in plaats van enkel het opleidingsniveau. Volgen van het voorkeursadvies heeft tot onwenselijk gevolg dat de taakherschikking die heeft plaatsgevonden in de afgelopen periode wordt teruggedraaid.

De taakherschikking moet breder worden gezien en niet alleen binnen de verhouding masterpsycholoog en GZ-psycholoog. Verschillende taken die op dit moment worden uitgevoerd door de masterpsycholoog kunnen mogelijk belegd worden bij HBO-psychologen, GGZ-agogen, en Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen.

- c. Er is geen financiële ruimte in het budgettaire kader van de vervolgopleidingen om het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan volledig te volgen. Het gaat om meer dan een verdubbeling van het voorkeursadvies dat in 2020 is afgegeven (920 extra instroomplekken door verticale substitutie). Met het IZA zijn de budgettaire kaders voor de curatieve GGZ voor de komende vier jaar vastgelegd. Dit is een resultante van de vastgelegde afspraken. Het

voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan is geen onderdeel hiervan, zodat verticale substitutie als wens voor een extra kwaliteitsimpuls moet worden beschouwd als een directe intensivering op die afspraken. Hier moet formeel een extensivering binnen het kader tegenover staan, hetgeen de druk op de zorg zou vergroten. De voorgestelde verticale substitutie zal hoogstwaarschijnlijk kostenverhogend gaan werken en daarmee de toegankelijkheid van de zorg juist verder onder druk zetten.

Zoals in de brief van 13 april¹² wordt aangegeven is het vraagstuk van de toegankelijkheid van de GGZ en specifiek de wachttijden een breed maatschappelijk probleem. Zoals het Trimbos-instituut in zijn onderzoek 'GGZ uit de knel' constateert, vraagt dit om een aanpak die wordt omschreven als 'én, én, én: vernieuwing binnen de GGZ, vernieuwing buiten de GGZ, en de stimulering van de onderlinge samenhang daartussen'¹³. Hierbinnen nemen de GGZ-psychologen een belangrijke rol in, maar kijken we ook veel breder naar de domeinen van zorg en ondersteuning en de beschikbaarheid van personeel hierbinnen, juist omdat voorkomen moet worden dat mentale problemen zich ontwikkelen tot een mentale aandoening en mensen een beroep gaan doen op de GGZ. Met de huidige opleidingscapaciteit wordt dan ook niet verwacht dat de IZA-doelstellingen in het geding komen gegeven de 'beweging naar de voorkant' die het kabinet wil inzetten.

Geneeskunde-instellingen kunnen een selectiemethodiek hanteren die ervoor zorgt dat de juiste student wordt geselecteerd met het oog op de beweging die de zorg maakt, zo stellen de leden van de PVV-fractie. Deze leden vragen of de kans bestaat dat studenten door deze selectiemethodiek afgewezen worden.

Binnen het systeem van decentrale selectie dienen instellingen bij bacheloropleidingen te selecteren op basis van minstens twee kwalitatieve selectiecriteria, ongewogen loting of bepaalde combinaties van kwalitatieve selectiecriteria en loting.¹⁴ Bij het ontwerpen van de selectieprocedure dienen instellingen de kwalitatieve selectiecriteria zo goed mogelijk af te stemmen op de inhoud van de opleiding. Geneeskunde-opleidingen doen er goed aan om een duidelijke doelpopulatie te formuleren die ook aansluit bij de toekomstige kwalitatieve arbeidsmarktvrage. Opleidingen kunnen verschillen in profiel, qua curriculum en doelpopulatie. Studiekezers die graag willen instromen in de studie Geneeskunde kunnen bij hun keuze rekening houden met het profiel en de selectiemethode. Er bestaat daarbij echter altijd een kans dat studenten worden afgewezen.

Vragen en opmerkingen van de leden van de CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie constateren dat de vervolgopleidingen waarover het Capaciteitsorgaan adviseert deels vanuit zorgpremies, deels vanuit de begroting van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap en deels vanuit de begroting van het

¹² Kamerstuk 25 424, nr. 649

¹³ Zie [AF2059-Ggz-uit-de-knel.pdf \(trimbos.nl\)](#)

¹⁴ Er is uitgegaan van de situatie vanaf 1 september 2023. Dan treedt het wetsvoorstel decentrale loting in werking (Stb. 2023, nr. 177).

ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport worden gefinancierd. De leden van de CDA-fractie vragen of deze versnippering van financiering het gevolg is van een historisch gegroeid model, of dat dit juist een beoogde verdeling is. Zorgt deze versnippering niet voor onnodige en onwenselijke verschillen in financiering van vervolgoopleidingen in de zorg? De leden van de CDA-fractie vragen of de ministers hun standpunt daarover kunnen toelichten, mede naar aanleiding van het onderzoek van SBOH waaruit blijkt dat voor artsen in opleiding buiten het ziekenhuis minder financiering beschikbaar is dan voor artsen in opleiding binnen een ziekenhuis.

De bekostiging van de (medische) vervolgoopleidingen sluit aan bij de bekostiging van de zorg waarvoor wordt opgeleid. Voor het overgrote deel van de zorgopleidingen vindt bekostiging plaats door middel van een beschikbaarheidsbijdrage. Deze wordt gefinancierd vanuit de zorgpremies (volgend uit de Zorgverzekeringswet en de Wet langdurige zorg). De (medische) vervolgoopleidingen in de publieke gezondheidszorg worden via aparte subsidieregelingen gefinancierd uit de algemene middelen, omdat de publieke gezondheidszorg geen onderdeel is van de Zorgverzekeringswet of de Wet langdurige zorg.

Voor de initiële opleidingen is de minister van OCW stelselverantwoordelijk. De bekostiging van deze opleidingen vindt plaats via de OCW-begroting. De opleidingen tot verpleegkundig specialist en physician assistant hebben een duaal karakter. Ze kennen zowel binnenschoolse als buitenschoolse elementen. De bekostiging volgt dit duale karakter: het binnenschoolse deel wordt gefinancierd door OCW, het buitenschoolse deel door VWS. Gegeven de wettelijke kaders en de geldende stelselverantwoordelijkheid, is voor alle bekostigde opleidingen voor de meest passende financieringsvorm gekozen.

In hoeverre denken de ministers dat dit verschil van financiering bijdraagt aan het tekort aan basisartsen die kiezen voor een vervolgopleiding buiten het ziekenhuis, die worden bekostigd vanuit het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (zoals jeugdartsen en artsen Maatschappij en Gezondheid)?

Het Capaciteitsorgaan doet op dit moment onderzoek naar de concrete samenstelling van verschillende groepen basisartsen alsmede de redenen voor het wel of niet doorstromen van basisartsen naar bepaalde geneeskundige vervolgoopleidingen. Of verschillen in financiering van invloed zijn op de keuze voor een opleiding binnen of buiten het ziekenhuis is niet bekend. Daarover is geen informatie beschikbaar.

Voor wat betreft het opleiden van huisartsen worden in de gesprekken met veldpartijen ook de opleidingsinstituten betrokken waarbij de verbetering van landelijke spreiding en allocatie van opleidingsplaatsen (zowel huidige als extra) onderwerp is van gesprek, zo schrijven de ministers. De leden van de CDA-fractie vragen of de ministers hier iets uitgebreider op in kunnen gaan. De leden van de CDA-fractie vragen welke doelstellingen worden beoogd met deze gesprekken. Op welke termijn moet bewerkstelligd zijn dat er voor heel Nederland voldoende opleidingsplekken zijn voor huisartsen? Op welke manier wordt hierop gestuurd?

Het streven is om voor huisartsen een zo evenredig mogelijk spreiding van opleidingsplekken over Nederland te realiseren. Elk jaar wordt door de huisartsenopleidingen, op basis van bevolkingsaantallen, berekend wat de optimale spreiding is van de opleidingsplekken. Eerst wordt per gemeente bekeken hoeveel inwoners er zijn. De gemeenten vallen in een regio van een opleidingsinstituut. Vervolgens wordt het aantal opleidingsplekken naar rato verdeeld. In overleg met de hoofden van de acht opleidingsinstituten wordt de verdeling per locatie besproken. In totaal zijn er twaalf opleidingslocaties, daarnaast is in Zeeland een pilot gestart voor een nieuwe opleidingslocatie. Een hoofd van een opleidingslocatie kan aangeven of voor een locatie meer opleidingsplekken gewenst zijn, bijvoorbeeld in verband met een huisartsentekort in een regio. Met de hoofden van de opleidingsinstituten wordt vervolgens bekeken of uitbreiding van het aantal opleidingsplekken waar om wordt verzocht, per locatie gerealiseerd kan worden. Vragen die aan bod komen zijn onder andere of er voldoende opleiders zijn, voldoende stageplekken voor het tweede jaar van de opleiding en voldoende (huisarts)docenten. In een periode van vijf jaar wordt toegewerkt naar het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan. Vooralsnog zijn er voor de komende drie jaar concrete afspraken gemaakt over een ingroeimodel waarbij voorgaand proces ieder jaar doorlopen wordt. Bij een volgende raming van het Capaciteitsorgaan zal opnieuw worden bezien of deze doelstelling nog in lijn is met nieuwe advies.

De ministers schrijven nu over het starten van een nieuwe opleiding dat de ministers onafhankelijk advies van de Commissie Doelmatigheid Hoger Onderwijs (CDHO) ontvangen. De leden van de CDA-fractie vragen op welke termijn dit advies verwacht wordt, en of de Kamer hier vervolgens ook over wordt geïnformeerd. De leden van de CDA-fractie vragen waarom de ministers niet gewoon kunnen besluiten waar een opleidingsplaats komt en waar de extra tandartsen opgeleid gaan worden.

Het ministerie van OCW heeft een vastgesteld proces voor het eventueel starten van een nieuwe te bekostigen opleiding. Het is aan instellingen in samenspraak met het werkveld om te bepalen of zij een nieuwe te bekostigen opleiding willen starten. Zij kunnen hiertoe dan een aanvraag indienen. Hoewel er wel plannen bestaan voor een nieuwe bekostigde opleiding, is er nog geen aanvraag ingediend. De Commissie Doelmatigheid Hoger Onderwijs (CDHO) brengt op basis van de regeling macrodoelmatig opleidingsaanbod hoger onderwijs advies uit aan de minister van OCW over een eventuele aanvraag voor een nieuwe te bekostigen opleiding, op basis waarvan de minister van OCW vervolgens besluit. Daarbij wordt getoetst aan onder meer de arbeidsmarktbehoefte en de ruimte in het bestaande opleidingsaanbod. De macrodoelmatigheidsbesluiten van de minister van OCW met de bijbehorende adviezen van de CDHO zijn te vinden op de website van de CDHO. Tevens dient de opleiding geaccrediteerd te worden door de Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie (NVAO).

De instroom van de orthopedagoog-generalist blijft achter bij de behoefte in de jeugdhulp, langdurige zorg en GGZ18+. De leden van de CDA-fractie vragen op basis waarvan de ministers stellen dat een opleiding niet zou kunnen worden bekostigd als beroepsbeoefenaren (ook) werkzaam zijn in het 'voorliggend veld'.

De leden van de CDA fractie vragen op welke gegevens ministers zich baseren als zij stellen dat orthopedagoog-generalisten (OG-ers) voor een groot deel werkzaam zijn in het 'voorliggend veld? De leden van de CDA-fractie vragen de ministers om in te gaan op het pleidooi van Jeugdzorg Nederland, de Nederlandse GGZ, de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, De federatie van psychologen, psychotherapeuten en pedagogen (P3NL), de Nederlandse Vereniging van Pedagogen en Onderwijskundigen (NVO) en het HOOG (Hoofdopleiders OG) om zo snel mogelijk actie te ondernemen om bekostiging van de opleiding tot orthopedagoog-generalist te regelen, en als daarvoor een raming van het Capaciteitsorgaan nodig is, het Capaciteitsorgaan per direct opdracht te geven tot uitvoering van een volledige tussentijdse raming. Zo nee, waarom niet?

Dat veel orthopedagogen-generalisten (OG) werkzaam zijn in het voorliggende veld is gebaseerd op gegevens van het CBS statline (2021). Hieruit blijkt dat 515 van de 1.900 BIG-geregistreerde OG-ers werkzaam zijn buiten de zorgsector.

Met het voorliggend veld worden de domeinen jeugd en onderwijs bedoeld. Deze sectoren vallen niet onder de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wlz. Dat betekent dat de opleiding tot OG niet bekostigd kan worden via de beschikbaarheidsbijdrage, omdat dat instrument alleen kan worden ingezet ten behoeve van zorg bij of krachtens de Zvw en Wlz. Op de vraag waarom de opleiding tot OG niet wordt bekostigd vanuit de Rijksbegroting, wordt hieronder antwoord gegeven.

De opleiding tot Orthopedagoog-generalist (OG) wordt niet centraal bekostigd vanuit de Rijksbegroting en daarom is er vanuit het Rijk geen aanleiding om het Capaciteitsorgaan te verzoeken voor deze opleiding te ramen en daarover advies uit te brengen in termen van aantallen te bekostigen opleidingsplaatsen.

Het kabinet deelt de opvatting dat de OG een waardevolle bijdrage kan leveren in de diagnostiek, behandeling en begeleiding van kinderen en jeugdigen en ook volwassenen die soms complexe leer-, gedrags- of ontwikkelingsstoornissen vertonen, en sterk afhankelijk zijn van de pedagogische kwaliteiten van hun directe omgeving.

Dit alleen is echter geen reden om de opleiding te bekostigen vanuit de Rijksbegroting en daartoe een raming door het Capaciteitsorgaan te laten uitvoeren. Bekostiging van opleidingen kan op verschillende manieren, via de prestaties en tarieven al dan niet aangevuld met eigen betalingen door de opleideling. Bekostiging vanuit de Rijksbegroting wordt alleen ingezet als bekostiging in de markt niet of onvoldoende tot stand komt of kan komen, terwijl de beroepsbeoefenaar waartoe wordt opgeleid wel noodzakelijke zorg levert in het licht van een van de geldende zorgwetten die niet of onvoldoende door een andere beroepsbeoefenaar geboden kan worden. Voor wat betreft de OG geldt dat op dit moment niet voldoende is aangetoond dat hiervan sprake is. Daar komt bij dat bekostiging vanuit de Rijksbegroting ook dekking zou vereisen. Dit betekent dat naast voornoemde inhoudelijke vereisten aan bekostiging vanuit de Rijksbegroting ook vereist is dat er draagvlak is in de sectoren waar de OG actief is en wordt opgeleid, inclusief concrete dekking vanuit deze sectoren. Dit is nodig

om te borgen dat een overstap naar bekostiging vanuit de Rijksbegroting budgetneutraal kan worden vormgegeven, met draagvlak vanuit de sectoren. Draagvlak dat zich mede uit in de bereidheid om financieel bij te dragen hieraan.

In antwoord op vragen van het lid Van den Berg (CDA) aan de minister voor Langdurige Zorg en Sport over de raming en opleiding van Sociaal-Psychiatrisch Verpleegkundigen (SPV) (Aanhangsel Handelingen II 2022/23, nr. 1437) geeft de minister aan dat zij wel bereid is om eenmalig de vacaturegraad bij sociaal psychiatrisch verpleegkundigen te onderzoeken, om zo een beeld te krijgen of er daadwerkelijk sprake is van een opvallend tekort aan sociaal psychiatrisch verpleegkundige en mogelijk via het IZA input te geven voor een gesprek over taakherschikking. De leden van de CDA-fractie vragen of de minister hier een stand van zaken van kunnen geven.

Het ministerie van VWS heeft het Capaciteitsorgaan verzocht om ad hoc advisering over de opties om de vacaturegraad van de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (SPV'er) te bepalen. Van het aantal SPV'ers in Nederland en het aantal fte SPV'ers bestaan geen betrouwbare schattingen. Dat komt doordat SPV'ers onder het algemene BIG beroep verpleegkundige vallen. Hoewel de meeste SPV'ers werkzaam zijn in de GGZ zijn er ook andere verpleegkundigen werkzaam in de GGZ, zowel op HBO-niveau als op MBO-niveau. Het is lastig om de SPV'ers als aparte groep binnen de brede groep verpleegkundigen af te bakenen. Het Capaciteitsorgaan geeft aan dat een degelijke bepaling van de vacaturegraad SPV een uitgebreid kwantitatief onderzoek vergt, vergelijkbaar met de ramingen.

De leden van de CDA-fractie vragen ten slotte of het klopt dat de opleidingen tot Verpleegkundig Specialist (de MANP-opleidingen) afgelopen jaar meer dan 700 reserveringen hebben ontvangen voor de 450 opleidingsplaatsen die zij mogen vullen, waardoor de MANP-opleidingen al voor een groot deel vol zitten voor 2024. Zo ja, dan vragen de leden van de CDA-fractie welke mogelijkheden de ministers zien om budgetneutraal de verruiming van het aantal opleidingsplaatsen die voorgenomen zijn voor 2025 en 2026 naar voren te halen (bijvoorbeeld door gebruik te maken van onderuitputting van andere vervolgopleidingen).

De opleidingen tot Verpleegkundig Specialist geven aan dat de interesse voor de opleiding tot Verpleegkundig Specialist groter is dan het huidige aantal opleidingsplaatsen dat jaarlijks beschikbaar wordt gesteld. Het kabinet ziet geen mogelijkheden om budgetneutraal de verruiming van het aantal opleidingsplaatsen die voorgenomen zijn voor 2025 en 2026 naar voren te halen. Voor de geadviseerde verhoging van de instroom bij de tweejarige variant van opleiding tot Verpleegkundig Specialist wordt vanaf het studiejaar 2025-2026 in twee jaar toegewerkt naar het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan. Enerzijds is dit vanwege budgettaire redenen, anderzijds om de opleidende instellingen de tijd te geven om te voldoen aan de gevraagde opleidingscapaciteit.

Vragen en opmerkingen van de leden van de PvdA-fractie

De leden van de PvdA-fractie zijn benieuwd waar de ministers afwijken van het advies van het Capaciteitsorgaan, en vragen of de ministers hier een overzicht van kunnen geven.

Dit staat in de bijlage bij de kabinetsreactie op het Capaciteitsplan 2024-2027. Voor de medisch-specialistische vervolgopleidingen zijn de voorkeursadviezen volledig opgevolgd.

De leden van de PvdA-fractie moedigen aan dat de er bij het verdelen van de nieuwe instroomplaatsen voor de medische-specialistische opleidingen aandacht zal zijn voor de regionale verschillen tussen zorgvraag en –aanbod. De leden van de PvdA-fractie vragen of de ministers een overzicht kunnen geven van de verdeling van opleidingsplaatsen onder provincies op basis van de aandacht voor regionale verschillen.

Bij het verdelen van de nieuwe instroomplaatsen voor de medisch-specialistische opleidingen is voor 2024 gekozen voor de adherentie (de patiëntenpopulatie die door een ziekenhuis wordt bediend) van alle ziekenhuizen in een regio, waarbij een even zwaar gewicht wordt toegekend aan opleidingsziekenhuizen en niet-opleidingsziekenhuizen. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de motie van het lid Paulusma¹⁵ en wordt een eerste stap gezet in een betere spreiding van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten over Nederland. Het uiteindelijke doel is om te komen tot een verdeelmethodiek waarbij de regionale verschillen tussen zorgvraag en zorgaanbod inzichtelijk worden gemaakt en tot uitdrukking komen in een verdeling van de opleidingsplaatsen over het land. Het Capaciteitsorgaan doet momenteel onderzoek naar een dergelijke methodiek. Het streven is om de uitkomsten van dit onderzoek bij de verdeelronde voor 2025 te kunnen gebruiken.

De leden van de PvdA-fractie zijn blij dat het advies van het Capaciteitsorgaan voor spoedeisende hulp (SEH)-artsen wordt overgenomen. Wel zijn deze leden benieuwd welke toekomstvisie over de organisatie van de acute zorg het Capaciteitsorgaan heeft meegenomen in hun raming. Zij constateren dat er op dit moment SEH's zijn die moeite hebben om voldoende gekwalificeerde artsen op de SEH te laten staan. In de visie van de ministers zit een deel van de oplossing voor dit probleem in het sluiten van SEH's of het omzetten van SEH's in spoedposten. Voor deze leden van de aan het woord zijnde fractie is dit geen wenselijke oplossing. De leden van de PvdA-fractie vragen of Capaciteitsorgaan in haar raming ervan uit is gegaan dat alle bestaande SEH's openblijven in de toekomst.

Voor de toekomstige verandering van de zorgvraag neemt het Capaciteitsorgaan trends mee waarvan een grote mate van zekerheid bestaat dat deze zullen plaatsvinden. Zo worden sterke sociaal-culturele veranderingen verwacht, zoals veeleisender patiënten die eerder naar de SEH komen, en vakinhoudelijke veranderingen, zoals complexere patiënten en meer behoefte aan SEH-artsen vanwege superspecialisatie bij andere specialismen. Beide factoren zijn twee keer hoger ingeschat dan het gemiddelde van deze factoren bij de andere medische specialismen.

In het Capaciteitsplan is genoemd dat de verwachting bestaat dat de trend van afnemende

¹⁵ Kamerstuk 29 247, nr. 369

SEH's in de afgelopen jaren zich zal voortzetten. Een visie voor het sluiten van SEH's of het omzetten van SEH's in spoedposten boven op de huidige trend, is echter niet meegenomen. Dat is pas aan de orde als er een grote mate van zekerheid bestaat dat dit zal gaan gebeuren.

Voor de volledigheid wordt nog opgemerkt dat bij de bezetting op de SEH uiteraard de norm van het Kwaliteitskader Spoedzorg geldt. Om daaraan te voldoen is de aanwezigheid van een SEH-arts KNMG niet noodzakelijk. Ziekenhuizen kunnen ook medisch specialisten of ervaren basisartsen inzetten voor het opvangen van patiënten op de spoedeisende hulp. Dit laat onverlet dat in de laatste capaciteitsraming een aanzienlijke onvervulde vraag van SEH-artsen wordt aangegeven van 12,5%. Ter vergelijking: de onvervulde vraag is gemiddeld 0,6% over alle andere geraamde medische specialismen. Voor het uiteindelijke instroomadvies is daarnaast nog een groot aantal andere parameters meegenomen.

De leden van de PvdA-fractie lezen dat het aantal geadviseerde opleidingsplaatsen voor huisartsen niet op korte termijn ingevuld kan worden, omdat er niet meteen genoeg kandidaten zullen zijn. Daarom wordt er een lager aantal opleidingsplaatsen beschikbaar gesteld dan geadviseerd. De leden van de PvdA-fractie vragen of het niet verstandiger is om het maximale aantal opleidingsplaatsen beschikbaar te maken, zodat alle artsen die zich willen laten opleiden tot huisarts daadwerkelijk een plek kunnen vinden. Mogelijk klopt de inschatting van het aantal kandidaten niet. En geldt hetzelfde niet voor andere opleidingen, zoals specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten?

Op dit moment kunnen alle basisartsen die de vervolgopleiding tot huisarts wensen te volgen een opleidingsplek vinden. De opleidingsplaatsen die door het ministerie van VWS beschikbaar worden gesteld worden op dit moment niet allemaal benut. Naast opleiders en praktijkopleiders (opleidingsinstellingen) zijn ook voldoende kandidaten nodig, en die zijn volgens Huisartsen Opleiding Nederland (HON) niet per direct in voldoende mate beschikbaar. Daarom wordt het aantal plaatsen beschikbaar gesteld waarvan het veld het realistisch acht dat het kan worden ingevuld. Dit geldt ook voor de opleidingen tot specialist ouderengeneeskunde en arts verstandelijk gehandicapten. Mochten er onverwachts meer kandidaten zijn voor de vervolgopleiding tot huisarts dan het aantal dat nu beschikbaar is gesteld, dan worden in samenspraak met de werkgever van deze artsen in opleiding (SBOH) en de opleidingsinstellingen de mogelijkheden bezien om de opleidingscapaciteit zo snel mogelijk op te schalen.

De leden van de PvdA-fractie vragen waarom het advies van het Capaciteitsorgaan niet wordt gevolgd voor het aantal opleidingsplaatsen voor Gezondheidspsychologen en Klinisch psychologen. De leden van de PvdA-fractie vragen of het klopt dat het advies van het Capaciteitsorgaan is gebaseerd op de inschatting van de zorgvraag en van de gewenste ontwikkelingen zoals die zijn vastgelegd in de zorgakkoorden? Zo ja, waarom wordt het advies van het Capaciteitsorgaan dan niet gevolgd? De leden van de PvdA-fractie vragen wat de gevolgen hiervan zijn voor de toenemende druk op de GGZ-sector, de wachtlijsten voor GGZ, de werkdruk in de GGZ-sector en het nu al bestaande tekort aan voldoende opgeleide professionals in de GGZ-sector? De leden van de PvdA-fractie vragen op welke wijze gezorgd wordt voor voldoende supervisors voor masterpsychologen zonder post-master

*beroepsopleiding die het werk doen van GZ-psychologen en Klinisch psychologen.
Kan uitgebreid worden uitgelegd waarom het advies van het Capaciteitsorgaan niet wordt
gevolgd, zowel wat betreft financiële als zorginhoudelijke argumenten en hoe dit is te rijmen
met de afspraken in de zorgakkoorden (IZA en Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg
(TAZ)).*

In het Capaciteitsplan 2024-2027 heeft het Capaciteitsorgaan voor de GZ-psycholoog drie scenario's uitgewerkt. Het kabinet heeft gekozen voor het scenario dat tegemoet komt aan het groeiend volume en de stijgende complexiteit van de zorgvraag, maar niet de extra kwaliteitswens van de sector om de masterpsychologen die middels taakherschikking een deel van de taken van GZ-psychologen hadden overgenomen, op te leiden tot GZ-psycholoog. In het rapport van het Capaciteitsorgaan wordt dit verticale substitutie genoemd. De belangrijkste overwegingen hiervoor zijn:

- a. De noodzakelijkheid van de verticale substitutie moet worden gezien in het licht van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ, omdat er op wordt vertrouwd dat de taken voor masterpsychologen passend zijn bij de kwaliteitseisen die in dit kwaliteitsstatuut zijn geformuleerd. In het kwaliteitsstatuut worden kwaliteitseisen gesteld aan de regiebehandelaren. De masterpsycholoog is conform het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ niet inzetbaar als regiebehandelaar, maar wel als (mede)behandelaar, net als vele andere disciplines binnen de GGZ. Werkgevers zijn binnen de kaders van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ verantwoordelijk voor de verhoudingen waarbinnen zij functies en disciplines willen inzetten. De taakverdeling waarbij masterpsychologen worden ingezet in de diagnostiekfase, psycho-educatie, E-health en gestandaardiseerde behandeling vindt al enige tijd plaats en is passend bij de kwaliteitseisen die geformuleerd zijn in het kwaliteitsstatuut GGZ. Als er extra kwaliteitseisen worden gesteld aan (mede)behandelaren zou dit daarin zijn beslag moeten krijgen.
- b. Het overnemen van het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan strookt niet met de IZA-afspraken die betrekking hebben op de verdere ontwikkeling van taakherschikking. De ambitie zoals in het IZA staat verwoord, is om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Het IZA zet in op taakherschikking, inhoudende dat taken breed in de organisatie worden toevertrouwd op basis van competenties en bekwaamheid in plaats van enkel het opleidingsniveau. Volgen van het voorkeursadvies heeft tot onwenselijk gevolg dat de taakherschikking die heeft plaatsgevonden in de afgelopen periode wordt teruggedraaid.

De taakherschikking moet breder worden gezien en niet alleen binnen de verhouding masterpsycholoog en GZ-psycholoog. Verschillende taken die op dit moment worden uitgevoerd door de masterpsycholoog kunnen mogelijk belegd worden bij HBO-psychologen, GGZ-agogen, en Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen.

- c. Er is geen financiële ruimte in het budgettaire kader van de vervolgopleidingen om het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan volledig te volgen. Het gaat om meer dan een verdubbeling van het voorkeursadvies dat in 2020 is afgegeven (920 extra instroomplekken door verticale substitutie). Met het IZA zijn de budgettaire kaders voor de curatieve GGZ voor de komende vier jaar vastgelegd. Dit is een resultante van de vastgelegde afspraken. Het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan is geen onderdeel hiervan, zodat verticale

substitutie als wens voor een extra kwaliteitsimpuls moet worden beschouwd als een directe intensivering op die afspraken. Hier moet formeel een extensivering binnen het kader tegenover staan, hetgeen de druk op de zorg zou vergroten. De voorgestelde verticale substitutie zal hoogstwaarschijnlijk kostenverhogend gaan werken en daarmee de toegankelijkheid van de zorg juist verder onder druk zetten.

Zoals in de brief van 13 april¹⁶ wordt aangegeven is het vraagstuk van de toegankelijkheid van de GGZ en specifiek de wachttijden een breed maatschappelijk probleem. Zoals het Trimbos-instituut in zijn onderzoek 'GGZ uit de knel' constateert vraagt dit om een aanpak die wordt omschreven als 'én, én, én: vernieuwing binnen de GGZ, vernieuwing buiten de GGZ, en de stimulering van de onderlinge samenhang daartussen'¹⁷. Hierbinnen nemen de GZ-psychologen een belangrijke rol in, maar kijken we ook veel breder naar de domeinen van zorg en ondersteuning en de beschikbaarheid van personeel hierbinnen, juist omdat voorkomen moet worden dat mentale problemen zich ontwikkelen tot een mentale aandoeningen en mensen een beroep gaan doen op de GGZ. Met de huidige opleidingscapaciteit wordt dan ook niet verwacht dat de IZA-doelstellingen in het geding komen gegeven de 'beweging naar de voorkant' die het kabinet wil inzetten.

Wat betreft de klinisch psychologen is gekozen voor een meer realistische maar toch ambitieuze insteek. Het aantal beschikbare instroomplekken voor 2024 (200) is namelijk nog steeds hoger dan het aantal aanvragen in de afgelopen jaren (ongeveer 175). In het kader van het tweede deel van het Programma Adaptieve Psychologische Vervolgopleidingen (2023-2024) hebben heeft het ministerie van VWS de branche verenigingen expliciet gevraagd om met een implementatieplan te komen om te bevorderen dat meer GZ-psychologen kiezen voor de opleiding tot klinisch psycholoog. Er zijn meer dan 15.000 GZ-psychologen werkzaam die kunnen kiezen voor deze opleiding.

Ten aanzien van de vraag op welke wijze gezorgd wordt voor voldoende supervisors voor masterpsychologen: Regiebehandelaren maken vooraf de inschatting welke taken verantwoord uitgevoerd kunnen worden door masterpsychologen. Hoeveel supervisie en intervisie er wordt geboden is afhankelijk van het gedelegeerde takenpakket.

De leden van de PvdA-fractie begrijpen niet dat de ministers er niet voor kiezen om het benodigde budget om het aantal opleidingsplaatsen tandheelkunde te verhogen vrij te maken. Deze leden zijn benieuwd wat een opleidingsverkortening betekent voor de kwaliteit van de opleiding. De leden van de PvdA-fractie vragen of de ministers dit uitgebreid kunnen onderbouwen en of ministers kunnen aangeven hoe het effect van deze verkorting van opleiding wordt gemonitord. Deze leden delen de ambitie om de spreiding van tandartsen over Nederland te verbeteren en moedigen de ministers aan om haast te maken met de uitwerking van verschillende oplossingsrichtingen.

Algemeen geldt dat inhoudelijk het onderwijs voor de opleiding Tandheelkunde aan de eisen, gesteld in punt 5.3.1 van Bijlage V Richtlijn 2005/36/EG van het Europees Parlement en de

¹⁶ Kamerstuk 25 424, nr. 649

¹⁷ Zie [AF2059-Ggz-uit-de-knel.pdf \(trimbos.nl\)](#)

Raad van de Europese Unie (d.d. 7 september 2005), moet voldoen. De ministeries van OCW en VWS zijn in gesprek met de tandheelkundige-opleidingen en de KNMT. In deze overleggen wordt besproken welke kwalitatieve randvoorwaarden moeten zijn geborgd om een verkorting van de opleiding Tandheelkunde mogelijk te maken. Ook wordt daarin meegenomen hoe het effect van deze verkorting van opleiding in de toekomst kan worden gemonitord.

De leden van de PvdA-fractie lezen in de brief dat er gefaseerd wordt toegewerkt naar het voorkeursadvies voor physician assistants (PA's). De leden van de PvdA-fractie vragen waarom er gefaseerd wordt toegewerkt naar de instroom van het voorkeursadvies en niet in een jaar. Is dat alleen vanwege budgettaire redenen? En krijgen PA's dus een andere prioriteit dan Medisch specialisten?

De opleiding tot physician assistant (PA) heeft een duaal karakter. Het binnenschoolse deel wordt gefinancierd door het ministerie van OCW, het buitenschoolse deel door het ministerie van VWS. Voor de geadviseerde verhoging van de instroom bij de tweejarige variant van opleiding wordt vanaf het studiejaar 2025-2026 in twee jaar toegewerkt naar het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan. Enerzijds is dit vanwege budgettaire redenen bij het ministerie van OCW, anderzijds om de opleidende instellingen de tijd te geven om te voldoen aan de gevraagde opleidingscapaciteit. De medisch-specialistische vervolgopleidingen worden bekostigd via de beschikbaarheidsbijdrage. Dit instrument valt onder de stelselverantwoordelijkheid van het ministerie van VWS. Er is geen sprake van dat de opleiding tot PA een andere prioriteit krijgt dan de opleidingen tot medisch specialist.

Vragen en opmerkingen van de leden van de SP-fractie

De leden van de SP-fractie constateren dat veel adviezen die door het Capaciteitsorgaan zijn opgesteld niet worden opgevolgd door het kabinet. De leden van de SP-fractie vragen wat het nog voor nut heeft om het Capaciteitsorgaan om adviezen te vragen als die daarna vaak toch genegeerd worden. De leden van de SP-fractie stellen daarbij dat er heel vaak adviezen niet worden opgevolgd, omdat het kabinet het benodigde budget er niet voor vrij wil maken. De leden van de SP-fractie vragen of het niet is om dan daadwerkelijk het geld vrij te maken, in plaats van om te weinig zorgverleners op te leiden. De problemen die ontstaan door het gebrek aan zorgverleners leiden immers ook vaak tot extra kosten.

Zoals staat beschreven in de kabinetsreactie op het Capaciteitsplan 2024-2027 worden de adviezen van het Capaciteitsorgaan zoveel mogelijk opgevolgd, mits dat financieel inpasbaar is en haalbaar voor de sector. Daar waar dat niet meteen haalbaar is heeft dit te maken met onvoldoende belangstelling voor het vakgebied en/of een niet voldoende toereikende opleidingscapaciteit. In dergelijke gevallen wordt gebruik gemaakt van een ingroeipad en wordt ingezet op flankerend beleid in samenwerking met de betrokken veldpartijen.

Ten aanzien van de studie Tandheelkunde zijn er wel budgettaire redenen om het voorkeursadvies niet direct op te volgen. Het kabinet heeft het voor deze verhoging

benodigde budget niet beschikbaar. De noodzaak om meer tandartsen op te leiden is evident en daarom is gekozen voor een alternatieve oplossingsrichting, waarbij het kabinet verkorting van de opleiding van zes naar vijf jaar als eerste onderdeel van deze oplossingsrichting ziet. Het kabinet is bereid om in aanvulling op, en onder de voorwaarde van het verkorten van de opleidingsduur van zes naar vijf jaar te komen tot een verruiming van het aantal opleidingsplaatsen Tandheelkunde. De dekking daarvoor wordt, naast de opleidingsverkortings, gevonden in een beperkte verlaging van het aantal opleidingsplaatsen Geneeskunde.

De leden van de SP-fractie lezen dat het volgens het kabinet niet realistisch is “te veronderstellen dat het geadviseerde aantal opleidingsplaatsen (1190) [voor huisartsen] op korte termijn ingevuld wordt”. De leden van de SP-fractie vragen waarom het kabinet niet heeft geanticipeerd op dit advies en niet eerder is begonnen met het voorbereiden van de verhoging van de capaciteit.

Het ministerie van VWS is al jaren in gesprek met de sector over het opschalen van de opleidingscapaciteit voor de opleiding tot huisarts. De afgelopen jaren zijn ook niet alle opleidingsplaatsen die beschikbaar zijn gesteld daadwerkelijk ingevuld. Naast opleiders en praktijkopleiders (opleidingsinstellingen) zijn ook voldoende kandidaten nodig.

De leden van de SP-fractie lezen daarnaast dat het besluit om het advies van het Capaciteitsorgaan voor het aantal opleidingsplekken voor huisartsen niet op te volgen deels gebaseerd is op een verwacht gebrek aan kandidaten. De leden van de SP-fractie vragen echter wat er gebeurt als er onverwacht toch meer kandidaten dan het nu gestelde maximum zich aanmelden. Worden er dan mensen afgewezen, of wordt dit maximum dan alsnog verhoogd?

Voor de komende drie jaar is een ingroeipad afgesproken met een stevige ambitie en een grote opgave om op te schalen. Daarbij wordt ook de animo voor de opleiding tot huisarts gemonitord. Als er meer geïnteresseerden zijn dan het aantal plekken dat nu is voorzien, dan zou dat positief nieuws zijn. Het ministerie van VWS zal dan in samenspraak met de sector de mogelijkheden bezien om sneller richting het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan te groeien.

De leden van de SP-fractie vragen de ministers of er ook niet moet worden gekeken naar de grote achteruitgang in salaris waar veel basisartsen mee te maken krijgen wanneer zij beginnen met een medische vervolgopleiding buiten het ziekenhuis. De leden van de SP-fractie vragen of de ministers het ermee eens dat het lastig blijft om voldoende kandidaten te vinden voor die opleidingen als artsen daarvoor tussen de 571 en 2.552 euro aan brutosalaris voor moeten inleveren.

Behalve verschillen qua opleidingsfinanciering en salarissen, zijn er ook verschillen in werkomgeving en taken van intra- en extramurale artsen. Over de vraag of, en zo ja hoe, salaris de keuze voor een opleiding binnen of buiten het ziekenhuis beïnvloedt is op dit

moment geen informatie beschikbaar. Het Capaciteitsorgaan doet op dit moment onderzoek naar de beweegredenen van basisartsen die voor de keuze staan om een vervolgopleiding te kiezen.

De leden van de SP-fractie vragen waarom het aantal opleidingsplekken voor artsen voor verstandelijk gehandicapten dat wordt vastgesteld voor 2024 (27) zoveel lager ligt dan het advies (43). De leden van de SP-fractie vragen waarom niet is geanticipeerd op het advies om het aantal plekken fors op te hogen. Was dit niet te verwachten, gezien de grote tekorten de afgelopen jaren?

De instroom in de opleiding tot arts verstandelijk gehandicapten (VG) en op de arbeidsmarkt blijft al enige tijd achter bij het aantal dat volgens het advies van het Capaciteitsorgaan nodig is en dat beschikbaar wordt gesteld.

De belangstelling voor de opleiding is nog onvoldoende en daarnaast is het voor de sector een uitdaging om de bestaande opleidingscapaciteit in de zorgorganisaties uit te breiden. In afstemming met de sector is daarom gekozen voor een realistische, haalbare groei van het aantal opleidingsplaatsen waarbij rekening is gehouden met de verwachte uitbreiding van het aantal aanmeldingen en een realistische opschaling van de opleidingscapaciteiten.

Omdat de belangstelling voor de opleiding al jaren achterloopt op de geadviseerde instroom zet het ministerie van VWS ook samen met het zorgveld in op flankerend beleid om de instroom in de opleiding te bevorderen. Het is de inzet om de komende drie jaar gefaseerd toe te werken naar het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan.

De leden van de SP-fractie zijn ook verbaasd over het besluit om in 2024 965 opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen beschikbaar te stellen, terwijl het Capaciteitsorgaan 1885 plaatsen had geadviseerd. Waarom kiest het kabinet ervoor om zo sterk af te wijken van het advies? De leden van de SP-fractie vragen de ministers waarom zij niet meegaan met het advies van het Capaciteitsorgaan om “de masterpsychologen, die nu het werk van een GZ-psycholoog doen, op te leiden tot GZ-psycholoog”. De leden van de SP-fractie vragen of de ministers het er wel mee eens zijn dat de opleiding tot GZ-psycholoog een toegevoegde waarde heeft bovenop de opleiding tot masterpsycholoog. Zo ja, waarom doen zij dan bewust niets om masterpsychologen die nu het werk van GZ-psychologen gedeeltelijk doen de mogelijkheid te geven om daar ook die opleiding voor te volgen?

In het Capaciteitsplan 2024-2027 heeft het Capaciteitsorgaan voor de GZ-psycholoog drie scenario's uitgewerkt. Het kabinet heeft gekozen voor het scenario dat tegemoet komt aan het groeiend volume en de stijgende complexiteit van de zorgvraag, maar niet de extra kwaliteitswens van de sector om de masterpsychologen die middels taakherschikking een deel van de taken van GZ-psychologen hadden overgenomen, op te leiden tot GZ-psycholoog. In het rapport van het Capaciteitsorgaan wordt dit verticale substitutie genoemd. De belangrijkste overwegingen hiervoor zijn:

a. De noodzakelijkheid van de verticale substitutie moet worden gezien in het licht van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ, omdat er op wordt vertrouwd dat de taken voor masterpsychologen passend zijn bij de kwaliteitseisen die in dit kwaliteitsstatuut zijn

geformuleerd. In het kwaliteitsstatuut worden kwaliteitseisen gesteld aan de regiebehandelaren. De masterpsycholoog is conform het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ niet inzetbaar als regiebehandelaar, maar wel als (mede)behandelaar, net als vele andere disciplines binnen de GGZ. Werkgevers zijn binnen de kaders van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ verantwoordelijk voor de verhoudingen waarbinnen zij functies en disciplines willen inzetten. De taakverdeling waarbij masterpsychologen worden ingezet in de diagnostiekfase, psycho-educatie, E-health en gestandaardiseerde behandeling vindt al enige tijd plaats en is passend bij de kwaliteitseisen die geformuleerd zijn in het kwaliteitsstatuut GGZ. Als er extra kwaliteitseisen worden gesteld aan (mede)behandelaren zou dit daarin zijn beslag moeten krijgen.

b. Het overnemen van het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan strookt niet met de IZA-afspraken die betrekking hebben op de verdere ontwikkeling van taakherschikking. De ambitie zoals in het IZA staat verwoord, is om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Het IZA zet in op taakherschikking, inhoudende dat taken breed in de organisatie worden toevertrouwd op basis van competenties en bekwaamheid in plaats van enkel het opleidingsniveau. Volgen van het voorkeursadvies heeft tot onwenselijk gevolg dat de taakherschikking die heeft plaatsgevonden in de afgelopen periode wordt teruggedraaid.

De taakherschikking moet breder worden gezien en niet alleen binnen de verhouding masterpsycholoog en GZ-psycholoog. Verschillende taken die op dit moment worden uitgevoerd door de masterpsycholoog kunnen mogelijk belegd worden bij HBO-psychologen, GGZ-agogen, en Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen.

c. Er is geen financiële ruimte in het budgettaire kader van de vervolgopleidingen om het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan volledig te volgen. Het gaat om meer dan een verdubbeling van het voorkeursadvies dat in 2020 is afgegeven (920 extra instroomplekken door verticale substitutie). Met het IZA zijn de budgettaire kaders voor de curatieve GGZ voor de komende vier jaar vastgelegd. Dit is een resultante van de vastgelegde afspraken. Het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan is geen onderdeel hiervan, zodat verticale substitutie als wens voor een extra kwaliteitsimpuls moet worden beschouwd als een directe intensivering op die afspraken. Hier moet formeel een extensivering binnen het kader tegenover staan, hetgeen de druk op de zorg zou vergroten. De voorgestelde verticale substitutie zal hoogstwaarschijnlijk kostenverhogend gaan werken en daarmee de toegankelijkheid van de zorg juist verder onder druk zetten.

De leden van de SP-fractie zijn er helemaal klaar mee dat het kabinet voor de zoveelste keer weigert om echt naar het advies van het Capaciteitsorgaan te luisteren om voldoende tandartsen op te leiden. De leden van de SP-fractie vragen of het kabinet zich ervan bewust is dat het een politieke keuze is om daar onvoldoende geld voor vrij te maken voor mondzorg. Daarnaast vragen de leden van de SP-fractie of het kabinet zich ervan bewust is dat vermijdbare mondproblemen de samenleving miljarden kost. De leden van de SP-fractie vragen daarnaast waarom het kabinet nu ervoor kiest om zich te mengen in de inhoud van de opleiding tandheelkunde. Zij vragen of dit een initiatief was van de onderwijsinstellingen en de sector of dat het kabinet zelf met dit idee kwam. De leden van de SP-fractie vragen of er is onderzocht wat de gevolgen van dit besluit voor de kwaliteit van zorg zullen zijn.

Het kabinet ziet de noodzaak om meer tandartsen op te leiden en wil daarom gevolg geven aan ten minste het minimale advies van het Capaciteitsorgaan van 345 opleidingsplaatsen. Helaas zijn de beschikbare financiële middelen beperkt. Het beperken van de opleidingsduur tot vijf jaar is ingegeven door financiële en inhoudelijke overwegingen. Het verkorten van de opleidingsduur zorgt ervoor dat de opleiding per plaats minder kostbaar wordt en er dus meer studenten kunnen worden opgeleid voor hetzelfde geld. Daarnaast is een dergelijke verkorting mogelijk binnen de geldende opleidingseisen die op EU-niveau zijn vastgelegd. In veel Europese landen is de opleidingsduur vijf jaar en in Nederland werken ook buitenlandse tandartsen die in vijf jaar zijn opgeleid.

De leden van de SP-fractie vinden het ook zeer apart dat het kabinet weigert om het advies van het Capaciteitsorgaan om voldoende artsen infectieziektebestrijding op te leiden op te volgen, omdat het geld er niet zou zijn. De leden van de SP-fractie vragen of het kabinet niet beseft na de Coronacrisis hoe belangrijk het is om te investeren in de publieke gezondheid.

In het kader van pandemische paraatheid worden extra middelen vrijgemaakt om in de toekomst meer artsen infectieziektebestrijding op te leiden. Er is besloten het gereserveerde bedrag voor opleidingsplekken met € 2,7 miljoen structureel extra te verhogen. Dat betekent dat vanaf 2026 jaarlijks in totaal € 6,4 miljoen gereserveerd wordt voor opleidingsplekken arts Maatschappij & Gezondheid/artsen infectieziektebestrijding. In overleg met de SBOH wordt de concrete invulling van het advies bepaald. Dit is bijvoorbeeld ook afhankelijk van het aantal opleiders dat beschikbaar is, de behoefte van werkgevers en de animo bij artsen in opleiding.

Vragen en opmerkingen van de leden van de GroenLinks-fractie

De leden van de GroenLinks-fractie maken zich grote zorgen over het huisartsentekort en de plannen van het kabinet om nu minder huisartsen op te leiden dan het Capaciteitsorgaan heeft geadviseerd. De eerste vraag die de leden van de GroenLinks-fractie hebben is hoe deze plannen zich verhouden tot het coalitieakkoord, waar juist in was afgesproken meer huisartsen te gaan opleiden. De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de ministers kunnen toelichten waarom de sector het niet realiseerbaar acht om het geadviseerde aantal opleidingsplaatsen te realiseren en/of benutten.

Het ministerie van VWS is al jaren in overleg met de sector over de opleidingscapaciteit. De sector heeft hierbij de afgelopen jaren grote stappen gezet in het opschalen daarvan. De opleidingsplaatsen die door het ministerie van VWS beschikbaar worden gesteld worden op dit moment echter niet allemaal benut. Naast opleiders en praktijkopleiders (opleidingsinstellingen) zijn ook voldoende kandidaten nodig, en die zijn volgens Huisartsen Opleiding Nederland (HON) niet per direct in voldoende mate beschikbaar. Daarom wordt het aantal plaatsen beschikbaar gesteld waarvan het veld het realistisch acht dat het kan worden ingevuld. De opleidingsinstituten zetten zich de komende jaren in om het afgesproken ingroeipad te realiseren. Vanuit het ministerie van VWS wordt dit ondersteund

door in te zetten op flankerend beleid ter bevordering van de instroom in de extramurale beroepen.

De leden van de GroenLinks-fractie zien dat er in de regio grote huisartsentekorten zijn en vragen de ministers of zij een overzicht kunnen geven van het aantal huisartsen die worden opgeleid per opleidingslocatie. Ook vragen zij of er bij bepaalde locaties nog plaatsen over zijn, terwijl er op andere plekken mensen worden afgewezen. De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de ministers ook kunnen delen hoeveel mensen zich hebben aangemeld voor de huisartsenopleiding, hoeveel er zijn aangenomen en hoeveel er uiteindelijk zijn geplaatst bij een opleidingsinstituut.

De HON publiceert op haar website na iedere sollicitatieronde de aantallen huisartsen die worden opgeleid. Er zijn twee rondes per jaar: in maart en september. In dit jaar zijn er in de ronde van maart 370 kandidaten geselecteerd uit 424 sollicitanten. Er zijn 366 kandidaten geplaatst. De gegevens van de septemberronde komen later dit jaar beschikbaar.

De werkgever van huisartsen in opleiding (SBOH) heeft voor het jaar 2022 het volgende overzicht gepubliceerd over de verdeling binnen Nederland:

<i>Instelling</i>	<i>Aantal aios</i>	<i>Aandeel</i>
AMC	305	12,7%
VU Medisch Centrum	267	11,1%
VU Twente	36	1,5%
Erasmus MC Rotterdam	353	14,7%
LUMC	247	10,3%
Universiteit Maastricht	258	10,7%
Radboudumc	343	14,3%
UMC Groningen	306	12,7%
UMC Utrecht	289	12,0%
Totaal	2.404	100,0%

De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoeveel huisartsen er uiteindelijk niet zijn aangenomen omdat er geen opleidingsplaatsen meer waren bij de instituten van hun voorkeur en vragen of de capaciteit op deze plaatsen niet kan worden uitgebreid om zo toch meer huisartsen op te leiden. De leden van de GroenLinks-fractie vragen op welke wijze er artsen kunnen worden verleid om op locaties buiten de randstad de opleiding tot huisarts te volgen, als daar de capaciteit nog niet volledig is benut.

Er is geen zicht op het aantal huisartsen dat niet is aangenomen omdat er geen opleidingsplaatsen beschikbaar waren bij het instituut van hun voorkeur. De plaatsingsprocedure wordt uitgevoerd door de HON, waarbij de aangeboden opleidingscapaciteit zo optimaal mogelijk wordt benut door de opleidingsinstituten en

waarbij rekening wordt gehouden met een evenwichtige landelijke spreiding. Overigens is er geen garantie dat een huisarts in opleiding na de opleidingsperiode ook gaat werken in de regio waar de opleiding gevolgd is.

De leden van de GroenLinks-fractie maken zich ernstige zorgen over het tekort aan specialisten ouderengeneeskunde (SO's). Zij vragen of de ministers kunnen toelichten waarom de sector het niet realiseerbaar acht om het geadviseerde aantal opleidingsplaatsen te realiseren en/of benutten. De leden van de GroenLinks-fractie vragen de ministers welke stappen er vanuit het kabinet worden gezet om de instroom voor de opleiding tot SO te vergroten. Ook vragen zij de ministers wat er gebeurt als er toch meer mensen zich aanmelden dan er beschikbare plekken zijn. Worden zij dan afgewezen of krijgen zij wel een opleidingsplaats?

De instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde blijft al enige tijd achter bij het aantal plekken dat, volgens advies van het Capaciteitsorgaan, nodig is en dat beschikbaar kan worden gesteld. In het veranderende zorglandschap is dit beroep noodzakelijk om de beweging in te zetten, naar meer preventie en meer zorg in de thuissituatie. Vanuit het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt Zorg & Welzijn (TAZ) worden afspraken gemaakt over hoe te komen tot meer instroom in tekortberoepen en kraptere regio's. Daarnaast doet het Capaciteitsorgaan onderzoek naar de motivaties van basisartsen. Hiermee hoopt het kabinet een beeld te krijgen van de beweegredenen om wel of niet voor bepaalde tekortberoepen te kiezen.

Om tot een hogere instroom in de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde te komen, is voor de komende drie jaar een groeipad afgesproken met een flinke opgave om op te schalen. Als blijkt dat er meer geïnteresseerden voor deze opleiding zijn dan het aantal plekken dat nu is voorzien, dan is dat positief nieuws. Het ministerie van VWS zal dan in samenspraak met de sector de mogelijkheden bezien om sneller richting het instroomadvies van het Capaciteitsorgaan te groeien.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de ministers ook een schematisch overzicht kunnen delen van het aantal mensen dat zich heeft aangemeld voor de opleiding tot SO, hoeveel er uiteindelijk zijn aangenomen en waar deze mensen precies in opleiding zijn.

Er zijn vijf opleidingsinstituten in Nederland, verbonden aan de umc's in respectievelijk Amsterdam, Leiden, Nijmegen, Groningen en Maastricht. De aantallen aanmeldingen voor de opleiding tot specialist ouderengeneeskunde worden niet openbaar gedeeld door de opleidingsinstituten. Deze aantallen liggen ongeveer 10% hoger dan het aantal kandidaten dat wordt aangenomen en ook daadwerkelijk start met de vervolgopleiding. In 2021 zijn 151 kandidaten aangenomen, in 2022 zijn dat er 149 en in 2023 zijn 167 kandidaten aangenomen.

De leden van de GroenLinks-fractie hebben de brief over het Capaciteitsplan 2024-2027 gelezen en zijn teleurgesteld en verbaasd hoe de ministers omgaan met het advies van het Capaciteitsorgaan omtrent de GGZ-beroepen. Genoemde leden lezen dat het

Capaciteitsorgaan geadviseerd heeft om jaarlijks 1885 opleidingsplaatsen voor GZ-psychologen vrij te maken. De ministers kiezen echter voor 965 plekken. De leden van de GroenLinks-fractie vinden dit onuitlegbaar, als je kijkt naar de al jarenlange enorme wachtlijsten in de GGZ (meer dan 80000 mensen op een wachtlijst). De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de ministers kunnen uitleggen waarom er gekozen is om af te wijken van het (onafhankelijke) advies van het Capaciteitsorgaan? Hoe leggen de ministers dit uit aan mensen die al heel lang op een wachtlijst staan op zoek naar passende hulp? Delen de ministers de mening dat gezien de omvang van de huidige wachtlijsten, met name als het gaat om complexere zorg, dat meer master-psychologen moeten worden opgeleid tot GZ-psychologen zodat meer behandelcapaciteit (met name regie-behandelaren) beschikbaar komt? Zo ja, waarom kiezen de ministers hier dan niet voor?

In het Capaciteitsplan 2024-2027 heeft het Capaciteitsorgaan voor de GZ-psycholoog drie scenario's uitgewerkt. Het kabinet heeft gekozen voor het scenario dat tegemoet komt aan het groeiend volume en de stijgende complexiteit van de zorgvraag, maar niet de extra kwaliteitswens van de sector om de masterpsychologen die middels taakherschikking een deel van de taken van GZ-psychologen hadden overgenomen, op te leiden tot GZ-psycholoog. In het rapport van het Capaciteitsorgaan wordt dit verticale substitutie genoemd. De belangrijkste overwegingen hiervoor zijn:

a. De noodzakelijkheid van de verticale substitutie moet worden gezien in het licht van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ, omdat er op wordt vertrouwd dat de taken voor masterpsychologen passend zijn bij de kwaliteitseisen die in dit kwaliteitsstatuut zijn geformuleerd. In het kwaliteitsstatuut worden kwaliteitseisen gesteld aan de regiebehandelaren. De masterpsycholoog is conform het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ niet inzetbaar als regiebehandelaar, maar wel als (mede)behandelaar, net als vele andere disciplines binnen de GGZ. Werkgevers zijn binnen de kaders van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ verantwoordelijk voor de verhoudingen waarbinnen zij functies en disciplines willen inzetten. De taakverdeling waarbij masterpsychologen worden ingezet in de diagnostiekfase, psycho-educatie, E-health en gestandaardiseerde behandeling vindt al enige tijd plaats en is passend bij de kwaliteitseisen die geformuleerd zijn in het kwaliteitsstatuut GGZ. Als er extra kwaliteitseisen worden gesteld aan (mede)behandelaren zou dit daarin zijn beslag moeten krijgen.

b. Het overnemen van het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan strookt niet met de IZA-afspraken die betrekking hebben op de verdere ontwikkeling van taakherschikking. De ambitie zoals in het IZA staat verwoord, is om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Het IZA zet in op taakherschikking, inhoudende dat taken breed in de organisatie worden toevertrouwd op basis van competenties en bekwaamheid in plaats van enkel het opleidingsniveau. Volgen van het voorkeursadvies heeft tot onwenselijk gevolg dat de taakherschikking die heeft plaatsgevonden in de afgelopen periode wordt teruggedraaid.

De taakherschikking moet breder worden gezien en niet alleen binnen de verhouding masterpsycholoog en GZ-psycholoog. Verschillende taken die op dit moment worden uitgevoerd door de masterpsycholoog kunnen mogelijk belegd worden bij HBO-psychologen, GGZ-agogen, en Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen.

c. Er is geen financiële ruimte in het budgettaire kader van de vervolgoopleidingen om het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan volledig te volgen. Het gaat om meer dan een verdubbeling van het voorkeursadvies dat in 2020 is afgegeven (920 extra instroomplekken door verticale substitutie). Met het IZA zijn de budgettaire kaders voor de curatieve GGZ voor de komende vier jaar vastgelegd. Dit is een resultante van de vastgelegde afspraken. Het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan is geen onderdeel hiervan, zodat verticale substitutie als wens voor een extra kwaliteitsimpuls moet worden beschouwd als een directe intensivering op die afspraken. Hier moet formeel een extensivering binnen het kader tegenover staan, hetgeen de druk op de zorg zou vergroten. De voorgestelde verticale substitutie zal hoogstwaarschijnlijk kostenverhogend gaan werken en daarmee de toegankelijkheid van de zorg juist verder onder druk zetten.

De leden van de GroenLinks-fractie lezen in de brief dat de ministers aangeven dat zij in gevallen waarin afgeweken wordt van het advies van het Capaciteitsorgaan contact zoeken met veldpartijen om hier afstemming over te vinden. Genoemde leden begrijpen dat ondanks herhaalde brieven van het veld om mee te denken over ingroeiscenario's, dit niet is gebeurd. De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de ministers kunnen uitleggen waarom dit niet is gedaan en er geen reactie op deze brieven is gegeven. De leden van de GroenLinks-fractie vragen of de ministers bereid zijn om met het veld in gesprek te gaan over ingroeiscenario's voor meer opleidingsplekken voor GZ-psychologen, klinisch psychologen en psychotherapeuten zodat er voldoende regie-behandelaren beschikbaar zijn.

Een ingroeimodel heeft betrekking op het opschalen van de opleidingscapaciteit. Overleg met de sector over de opschaling zou nodig zijn op het moment dat het voorkeursadvies voor de GZ-psycholoog gevolgd zou worden. Op het moment dat het verzoek van de veldpartijen binnenkwam was er nog geen besluit genomen over het aantal opleidingsplaatsen voor 2024 en verder. Zoals hierboven is toegelicht is er gekozen voor het scenario waar wel de groeiende zorgvraag wordt meegenomen maar niet is meegegaan met de extra kwaliteitswens van de sector om de masterpsychologen die middels taakherschikking een deel van de taken van GZ-psychologen hadden overgenomen, op te leiden tot GZ-psycholoog. Een ingroeiscenario is daarom niet aan de orde. Overigens vindt er regelmatig overleg plaats met de brancheorganisaties, beroepsvereniging en opleidingsinstellingen.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen wat de achtergronden zijn van deze keuze van de ministers. Ligt er onder de keuze een financieel motief of achten de ministers de voorgestelde bewering van het Capaciteitsorgaan ook op inhoudelijke gronden onjuist? Zijn de ministers, als dat laatste het geval is, bereid een nadere onderbouwing te geven van het advies van het Capaciteitsorgaan? 'De leden van de GroenLinks-fractie vragen hoe het afwijken van de ramingen zich verhoudt tot de ambitieuze afspraken die in het IZA zijn gemaakt over het wegwerken van de wachtlijsten in de GGZ? Zeker gezien het feit dat er nog geen afname te zien is bij de wachtlijsten?

Algemeen geldt dat de voorkeursadviezen voor de beroepen in de GGZ zoveel mogelijk gevolgd worden. Zoals staat toegelicht in de kabinetsreactie op het Capaciteitsplan 2024-

2027 strookt het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan voor de GZ-psycholoog niet met de IZA-afspraken die betrekking hebben op de verdere ontwikkeling van taakherschikking. De ambitie zoals in het IZA staat verwoord, is om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Het IZA zet in op taakherschikking, inhoudende dat taken breed in de organisatie worden toevertrouwd op basis van competenties en bekwaamheid in plaats van enkel het opleidingsniveau. Volgen van het voorkeursadvies heeft tot onwenselijk gevolg dat de taakherschikking die heeft plaatsgevonden in de afgelopen periode wordt teruggedraaid.

Zoals in de brief van 13 april¹⁸ wordt aangegeven is het vraagstuk van de toegankelijkheid van de GGZ en specifiek de wachttijden een breed maatschappelijk probleem. Zoals het Trimbos-instituut in zijn onderzoek 'GGZ uit de knel' constateert vraagt het om een aanpak die wordt omschreven als 'én, én, én: vernieuwing binnen de GGZ, vernieuwing buiten de GGZ, en de stimulering van de onderlinge samenhang daartussen'¹⁹. Hierbinnen nemen de GZ-psychologen een belangrijke rol in, maar kijken we ook veel breder naar de domeinen van zorg en ondersteuning en de beschikbaarheid van personeel hierbinnen, juist omdat voorkomen moet worden dat mentale problemen zich ontwikkelen tot een mentale aandoeningen en mensen een beroep gaan doen op de GGZ. Met de huidige opleidingscapaciteit wordt dan ook niet verwacht dat de IZA-doelstellingen in het geding komen gegeven de 'beweging naar de voorkant' die het kabinet wil inzetten.

De leden van de GroenLinks-fractie vragen of het klopt dat in het kwaliteitsstatuut GGZ is geregeld dat alleen BIG-geregistreeerde zorgprofessionals mogen indiceren en dat alleen BIG-geregistreeerde zorgprofessionals regiebehandelaar mogen zijn? Zo ja, betekent dit dat masterpsychologen hier niet voor ingezet mogen worden en er dus meer regie-behandelaren nodig zijn? En zo ja, betekent dit ook dat masterpsychologen alleen onder supervisie van een BIG-geregistreeerde psycholoog mogen werken? Klopt het dat dit blijft gelden als uitbereiding van de delegatie plaats gaat vinden?

Het feit dat masterpsychologen geen BIG-registratie hebben, niet kunnen indiceren en niet de rol van regiebehandelaar op zich kunnen nemen, is bekend en is meegewogen. Sinds de invoering van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ is geborgd dat middels taakdifferentiatie niet BIG-geregistreeerde disciplines inzetbaar zijn in de behandeling van mensen met ernstige psychische problemen. Masterpsychologen werken al enige tijd binnen de GGZ en worden onder andere ingezet in de psychodiagnostiek, psycho-educatie, en voeren gestandaardiseerde onderdelen van het behandel traject uit. Zij werken onder toezicht van een regiebehandelaar. Master psychologen mogen niet indiceren maar wel delen van de psychodiagnostiekfase uitvoeren, vergelijkbaar met bijvoorbeeld een HBO psycholoog. Het begrip "onder supervisie" werken is voorbehouden aan masterpsychologen in opleiding tot GZ-psychologen. Afgesproken in landelijk kwaliteitsstatuut en in de Wet BIG is dat de uitbreiding van de delegatie niet zo ver kan gaan dat masterpsychologen mogen indiceren.

¹⁸ Kamerstuk 25 424, nr. 649

¹⁹ Zie [AF2059-Ggz-uit-de-knel.pdf \(trimbos.nl\)](#)

De leden van de GroenLinks-fractie lezen dat de ministers ook tegen het advies van het Capaciteitsorgaan ingaan voor het aantal opleidingsplaatsen voor klinisch psychologen. Ook dat lijkt genoemde leden niet wenselijk. De ministers geven als reden dat de instroom en het voorkeursadvies voor 2024 niet wordt gehaald en de ministers het aantal plekken realistisch willen invullen. Genoemde leden vragen waarom er niet gekozen wordt voor een ambitieuze invulling in plaats van een realistische. Zeker kijkend naar de zeer ambitieuze afspraken die zijn gemaakt in het IZA met betrekking tot de wachtlijsten. De leden van de GroenLinks-fractie vragen waarom de ministers niet kiezen voor het aantal plekken conform het advies van het Capaciteitsorgaan en vragen of de ministers daarnaast de instroom voor deze plekken gaan bevorderen de komende jaren. De leden van de GroenLinks-fractie vragen voorts wat de ministers er op dit moment aan doen om deze plekken beter gevuld te krijgen en wat gaan de ministers in de toekomst hieraan doen.

Wat betreft de klinisch psychologen is bewust gekozen voor een meer realistische maar toch ambitieuze insteek. Het aantal beschikbare instroomplekken voor 2024 (200) is namelijk nog steeds hoger dan het aantal ingediende aanvragen in de afgelopen jaren (ongeveer 175). In het kader van het tweede deel van het Programma Adaptieve Psychologische Vervolgopleidingen (2023-2024) zijn de brancheverenigingen expliciet gevraagd om met een implementatieplan te komen om te bevorderen dat meer GZ-psychologen kiezen voor de opleiding tot klinisch psycholoog. Er zijn meer dan 15.000 GZ-psychologen werkzaam die kunnen kiezen voor deze opleiding.

De leden van de GroenLinks-fractie hebben ook nog vragen over het beroep van orthopedagoog-generalist. In de raming van het Capaciteitsorgaan wordt op verschillende plekken over dit beroep gesproken, de ministers reppen echter met geen woord over deze beroepsgroep. Kunnen de ministers uitleggen waarom niet? De huidige ruim 2000 orthopedagogen-generalisten werken in de jeugdhulp, gehandicaptenzorg, de GGZ18+, het onderwijs en de ouderenzorg. Genoemde leden vragen waarom de ministers ervoor hebben gekozen om geen raming te vragen voor dit beroep? Zien de ministers ook dat de orthopedagoog-generalist, met zijn domein overstijgende inzetbaarheid een unieke vorm van zorg biedt? Een vorm van zorg die volgens genoemde leden bij uitstek een bijdrage levert aan politiek-bestuurlijk gewenste ontwikkelingen in de diverse werkvelden binnen de zorg? Zo ja, zijn de ministers bereid om het Capaciteitsorgaan opdracht te geven tot een tussentijdse raming voor orthopedagoog-generalist? En zijn de ministers bereid om de opleiding tot orthopedagoog-generalist te bekostigen? Zo niet, waarom niet?

De opleiding tot Orthopedagoog-generalist (OG) wordt niet centraal bekostigd vanuit de Rijksbegroting en daarom is er vanuit het Rijk geen aanleiding om het Capaciteitsorgaan te verzoeken voor deze opleiding te ramen en daarover advies uit te brengen in termen van aantallen te bekostigen opleidingsplaatsen.

Het kabinet deelt de opvatting dat de OG een waardevolle bijdrage kan leveren in de diagnostiek, behandeling en begeleiding van kinderen en jeugdigen en ook volwassenen die

soms complexe leer-, gedrags- of ontwikkelingsstoornissen vertonen, en sterk afhankelijk zijn van de pedagogische kwaliteiten van hun directe omgeving.

Dit alleen is echter geen reden om de opleiding te bekostigen vanuit de Rijksbegroting en daartoe een raming door het Capaciteitsorgaan te laten uitvoeren. Bekostiging van opleidingen kan op verschillende manieren, via de prestaties en tarieven al dan niet aangevuld met eigen betalingen door de opleideling. Bekostiging vanuit de Rijksbegroting wordt alleen ingezet als bekostiging in de markt niet of onvoldoende tot stand komt of kan komen, terwijl de beroepsbeoefenaar waartoe wordt opgeleid wel noodzakelijke zorg levert in het licht van een van de geldende zorgwetten die niet of onvoldoende door een andere beroepsbeoefenaar geboden kan worden. Voor wat betreft de OG geldt dat op dit moment niet voldoende is aangetoond dat hiervan sprake is. Daar komt bij dat bekostiging vanuit de Rijksbegroting ook dekking zou vereisen. Dit betekent dat naast voornoemde inhoudelijke vereisten aan bekostiging vanuit de Rijksbegroting ook vereist is dat er draagvlak is in de sectoren waar de OG actief is en wordt opgeleid, inclusief concrete dekking vanuit deze sectoren. Dit is nodig om te borgen dat een overstap naar bekostiging vanuit de Rijksbegroting budgetneutraal kan worden vormgegeven, met draagvlak vanuit de sectoren. Draagvlak dat zich mede uit in de bereidheid om financieel bij te dragen hieraan.

Daarnaast wordt opgemerkt dat op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) de beschikbaarheidsbijdrage alleen kan worden ingezet ten behoeve van zorg bij of krachtens de Zorgverzekeringswet (Zvw) en Wet langdurige zorg (Wlz). De OG is niet alleen werkzaam in de curatieve zorg en de langdurige zorg, maar ook in de jeugdzorg en binnen het speciaal onderwijs.

Vragen en opmerkingen van het lid van de BBB-fractie

Het lid van de BBB-fractie merkt op dat in de stukken valt te lezen dat er voor een groot deel gevolg wordt gegeven aan de adviezen die het Capaciteitsorgaan geeft. Bij veel medisch-specialistische opleidingen wordt er opgeschaald in capaciteit. Echter valt hierbij ook te lezen dat andere opleidingen hierop moeten inleveren en dat bijvoorbeeld de tandheelkunde opleiding van zes naar vijf jaar gaat. Het lid van de fractie-BBB is verheugd te vernemen dat er wordt opgeschaald in opleidingsplekken in deze krapteberoepen, echter vraagt het lid van de fractie-BBB ook wat alle negatieve neveneffecten zijn bij andere opleidingen zoals zojuist beschreven.

Zoals staat beschreven in de kabinetsreactie op het Capaciteitsplan 2024-2027, worden de adviezen van het Capaciteitsorgaan zoveel mogelijk opgevolgd. Daar waar dat niet meteen haalbaar is heeft dit te maken met onvoldoende belangstelling voor het vakgebied en/of een niet voldoende toereikende opleidingscapaciteit. In dergelijke gevallen is in overleg met sector gekozen voor een ingroeipad. Ten aanzien van de studie Tandheelkunde zijn er ook budgettaire redenen om het voorkeursadvies niet direct op te volgen. Het kabinet heeft het voor deze verhoging benodigde budget niet beschikbaar. Dit betekent dat gekozen wordt voor een alternatieve oplossingsrichting, waarbij het kabinet verkorting van de opleiding van zes

naar vijf jaar als eerste onderdeel van deze oplossingsrichting ziet. Het verkorten van de opleidingsduur zorgt ervoor dat de opleiding per plaats minder kostbaar wordt en er dus meer studenten kunnen worden opgeleid voor hetzelfde geld. Daarnaast is een dergelijke verkorting mogelijk binnen de geldende opleidingseisen die op EU-niveau zijn vastgelegd. In veel Europese landen is de opleidingsduur vijf jaar en in Nederland werken ook buitenlandse tandartsen die in vijf jaar zijn opgeleid. Het kabinet is bereid om in aanvulling op, en onder de voorwaarde van het verkorten van de opleidingsduur van zes naar vijf jaar te komen tot een verruiming van het aantal opleidingsplaatsen Tandheelkunde. De dekking daarvoor wordt, naast de opleidingsverkorting, gevonden in een beperkte verlaging van het aantal opleidingsplaatsen Geneeskunde. Om het aantal opleidingsplekken Geneeskunde beter te laten aansluiten bij het advies van het Capaciteitsorgaan zal het maximale aantal opleidingsplaatsen Geneeskunde vanaf studiejaar 2024-2025 worden verlaagd van 3.050 plaatsen naar 3.015 plaatsen.

Toch volgen de ministers het Capaciteitsorgaan niet op als het gaat over de geestelijke gezondheidszorg. Opleidingen die opleiden tot geestelijke zorgprofessionals hadden behoefte aan 1.885 plekken, maar hebben er maar 965 gekregen. De leden van de fractie-BBB vragen waarom de ministers dit doen.

In het Capaciteitsplan 2024-2027 heeft het Capaciteitsorgaan voor de GZ-psycholoog drie scenario's uitgewerkt. Het kabinet heeft gekozen voor het scenario dat tegemoet komt aan het groeiend volume en de stijgende complexiteit van de zorgvraag, maar niet de extra kwaliteitwens van de sector om de masterpsychologen die middels taakherschikking een deel van de taken van GZ-psychologen hadden overgenomen, op te leiden tot GZ-psycholoog. In het rapport van het Capaciteitsorgaan wordt dit verticale substitutie genoemd. De belangrijkste overwegingen hiervoor zijn:

a. De noodzakelijkheid van de verticale substitutie moet worden gezien in het licht van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ, omdat er op wordt vertrouwd dat de taken voor masterpsychologen passend zijn bij de kwaliteitseisen die in dit kwaliteitsstatuut zijn geformuleerd. In het kwaliteitsstatuut worden kwaliteitseisen gesteld aan de regiebehandelaren. De masterpsycholoog is conform het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ niet inzetbaar als regiebehandelaar, maar wel als (mede)behandelaar, net als vele andere disciplines binnen de GGZ. Werkgevers zijn binnen de kaders van het landelijk kwaliteitsstatuut GGZ verantwoordelijk voor de verhoudingen waarbinnen zij functies en disciplines willen inzetten. De taakverdeling waarbij masterpsychologen worden ingezet in de diagnostiekfase, psycho-educatie, E-health en gestandaardiseerde behandeling vindt al enige tijd plaats en is passend bij de kwaliteitseisen die geformuleerd zijn in het kwaliteitsstatuut GGZ. Als er extra kwaliteitseisen worden gesteld aan (mede)behandelaren zou dit daarin zijn beslag moeten krijgen.

b. Het overnemen van het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan strookt niet met de IZA-afspraken die betrekking hebben op de verdere ontwikkeling van taakherschikking. De ambitie zoals in het IZA staat verwoord, is om de zorg voor iedereen toegankelijk, kwalitatief goed en betaalbaar te houden. Het IZA zet in op taakherschikking, inhoudende dat taken breed in de organisatie worden toevertrouwd op basis van competenties en bekwaamheid in

plaats van enkel het opleidingsniveau. Volgen van het voorkeursadvies heeft tot onwenselijk gevolg dat de taakherschikking die heeft plaatsgevonden in de afgelopen periode wordt teruggedraaid.

De taakherschikking moet breder worden gezien en niet alleen binnen de verhouding masterpsycholoog en GZ-psycholoog. Verschillende taken die op dit moment worden uitgevoerd door de masterpsycholoog kunnen mogelijk belegd worden bij HBO-psychologen, GGZ-agogen, en Sociaal Psychiatrische Verpleegkundigen.

c. Er is geen financiële ruimte in het budgettaire kader van de vervolgopleidingen om het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan volledig te volgen. Het gaat om meer dan een verdubbeling van het voorkeursadvies dat in 2020 is afgegeven (920 extra instroomplekken door verticale substitutie). Met het IZA zijn de budgettaire kaders voor de curatieve GGZ voor de komende vier jaar vastgelegd. Dit is een resultante van de vastgelegde afspraken. Het voorkeursadvies van het Capaciteitsorgaan is geen onderdeel hiervan, zodat verticale substitutie als wens voor een extra kwaliteitsimpuls moet worden beschouwd als een directe intensivering op die afspraken. Hier moet formeel een extensivering binnen het kader tegenover staan, hetgeen de druk op de zorg zou vergroten. De voorgestelde verticale substitutie zal hoogstwaarschijnlijk kostenverhogend gaan werken en daarmee de toegankelijkheid van de zorg juist verder onder druk zetten.

De leden van de fractie-BBB geven aan dat de GGZ veldpartijen hiervan op de hoogte waren en meermaals contact hebben gezocht om mee te doen in ingroei scenario's voor psychologen. Hier is geen gehoor aan gegeven. De leden van de fractie-BBB vragen waarom niet en of de ministers bereid zijn dit alsnog te doen.

Een ingroeimodel heeft betrekking op het opschalen van de opleidingscapaciteit. Overleg met de sector over de opschaling zou nodig zijn op het moment dat het voorkeursadvies voor de GZ-psycholoog gevolgd zou worden. Op het moment dat het verzoek van de veldpartijen binnen kwam was er nog geen besluit genomen over het aantal opleidingsplaatsen voor 2024 en verder. Zoals hierboven is toegelicht heeft het kabinet gekozen voor het scenario waar wel de groeiende zorgvraag wordt meegenomen maar niet is meegegaan met de extra kwaliteitswens van de sector om de masterpsychologen die middels taakherschikking een deel van de taken van GZ-psychologen hadden overgenomen, op te leiden tot GZ-psycholoog. Een ingroeiscenario is daarom niet aan de orde. Overigens vindt er regelmatig overleg plaats met de brancheorganisaties, beroepsvereniging en opleidingsinstellingen.

De krapte ten aanzien van het aantal medisch-specialistische beroepen is vooral in landelijke gebieden een groot probleem. Een voorbeeld zijn de tandartsen en mondhygiënist in de provincie Zeeland. Het lid van de fractie-BBB heeft vanuit deze provincie meerdere alarmerende berichten gekregen en maakt zich hier zorgen over. Het lid van de fractie-BBB wil graag heel precies van de ministers weten hoe er zorg gedragen wordt voor de landelijke gebieden. Het lid van de fractie-BBB vraagt aan de ministers hoe zij ervoor zorgen dat de medisch-specialistische opleidingsplekken overal in Nederland ten goede komen.

Bij het verdelen van de nieuwe instroomplaatsen voor de medisch-specialistische opleidingen over de opleidingsregio's, wordt met ingang van 2024 beter aangesloten bij de bevolkingsomvang en daarmee de zorgvraag per regio. Als verdeelsleutel voor 2024 is gekozen voor de adherentie (de patiëntenpopulatie die door een ziekenhuis wordt bediend) van alle ziekenhuizen in een regio, waarbij een even zwaar gewicht wordt toegekend aan opleidingsziekenhuizen en niet-opleidingsziekenhuizen. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de motie Paulusma²⁰ en wordt een eerste stap gezet in een betere spreiding van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten over Nederland. Het uiteindelijke doel is om te komen tot een verdeelmethodiek waarbij de regionale verschillen tussen zorgvraag en zorgaanbod inzichtelijk worden gemaakt en tot uitdrukking komen in een verdeling van de opleidingsplaatsen over het land. Het Capaciteitsorgaan doet momenteel onderzoek naar een dergelijke methodiek. Het streven is om de uitkomsten van dit onderzoek bij de verdeelronde voor 2025 te kunnen gebruiken.

Voor Tandheelkunde is het van belang te bezien hoe een evenwichtige spreiding van tandartsen over het land kan worden bewerkstelligd en of de spreiding van tandartsopleidingen hieraan een bijdrage kan leveren. De regio's waar de tandartsdichtheid het laagst is hebben hierbij de hoogste prioriteit, zoals de provincie Zeeland. Deze provincie vraagt aandacht voor het (groeierende) tandartsentekort in de provincie Zeeland: 39 tandartsen per 100.000 inwoners tegenover bijvoorbeeld 95 tandartsen per 100.000 inwoners in Noord-Holland. Het kabinet maakt zich grote zorgen over de tekorten in deze regio, die in de toekomst alleen maar op zullen lopen. De ministeries van OCW en VWS zijn in gesprek met de tandheelkundige opleidingen en de KNMT over de opleidingscapaciteit. In de voornoemde gesprekken zal ook nader in worden gegaan op regionale spreiding en welke oplossingsrichtingen er zijn.

Meer opleidingsplekken beschikbaar maken is een oplossing voor de middellange termijn, volgens het lid van de BBB-fractie. Over zes à zeven jaar kunnen wij hierdoor een stijging zien in zorgaanbod. Echter is het probleem nu ook al erg hoog. Een citaat uit de Volkskrant luidt als volgt: 'Er belt iedere dag wel een nieuwe eilandbewoner die we moeten teleurstellen. Toeristen die 's zomers op het eiland verblijven of statushouders en Oekraïners die er worden opgevangen, kunnen ze zelfs bij spoed niet helpen.' Het lid van de fractie-BBB vraagt of de ministers ook kortetermijnoplossingen hebben voor gebieden waar de problematiek zo hoog is als in dit geval.

De ministeries van VWS en OCW zijn in overleg met de tandheelkundige-opleidingen en de KNMT over de aanpassing van de opleidingsduur zodat de numerus fixus Tandheelkunde vanaf het collegejaar 2025-2026 in stappen kan worden verhoogd. In deze gesprekken zal ook nader worden ingegaan op regionale spreiding en andere oplossingsrichtingen die op kortere termijn beschikbaar zouden kunnen zijn. Wat betreft de regionale spreiding zou kunnen worden gedacht aan de mogelijkheid om een groot gedeelte van de opleiding te doorlopen in regio's met een lagere

²⁰ Kamerstuk 29 247, nr. 369

tandartsdichtheid, bijvoorbeeld door met regionale dependances te werken die vallen onder de opleidingsinstellingen. Zo is in de regio Limburg een succesvolle pilot gestart door het Radboud UMC in samenwerking met het werkveld waar uitbreiding van werkplekieren bij tandartspraktijken in de regio wordt georganiseerd. Er zijn ook ideeën voor het creëren van een fysieke ruimte in de regio voor de praktische begeleiding inclusief verblijfmogelijkheden voor studenten. Daarnaast is het herschikken van taken in de mondzorg een van de mogelijke oplossingsrichtingen. Het gaat dan voornamelijk om het herschikken van taken tussen de tandarts en de mondhygiënist. Door taken in de mondzorg te herschikken kunnen tandartsen de complexe zorg verlenen en mondhygiënist de focus op preventie leggen. Sinds 1 juli 2020 mogen geregistreerd-mondhygiënist in het kader van een experiment bepaalde voorbehouden handelingen, zoals injecteren. Dit experiment heeft als doel om te verkennen of taakherschikking leidt tot doelmatigere inzet van geregistreerd-mondhygiënist en tandartsen, zonder dat de kwaliteit voor de patiënt in het geding komt. De eindevaluatie wordt verwacht in het voorjaar van 2024 waarna de Kamer nader zal worden geïnformeerd. Verder is het voor de korte termijn van belang dat ook in de mondzorg gebruik wordt gemaakt van de opdrachtregeling en mondhygiënist conform de Wet BIG in opdracht van de tandarts voorbehouden handelingen mogen uitvoeren mits ze hiertoe bekwaam zijn. Zoals ook in de voortgangsrapportage van het programma Toekomstbestendige Arbeidsmarkt in Zorg en welzijn (TAZ) gemeld²¹, is voorlichting in voorbereiding om ervoor te zorgen dat de opdrachtregeling beter benut gaat worden en bijdraagt aan meer flexibiliteit op de arbeidsmarkt.

²¹ Kamerstuk 29 282, nr. 533