

Vergaderjaar 2016–2017

**32 620**

## **Beleidsdoelstellingen op het gebied van Volksgezondheid, Welzijn en Sport**

**33 578**

## **Eerstelijnszorg**

**Nr. 188**

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

Vastgesteld 15 maart 2017

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft op 21 februari 2017 overleg gevoerd met mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over:

- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 14 maart 2014 inzake stand van zaken rondom de bekostiging van de mondzorg (Kamerstuk 32 620, nr. 112);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juni 2016 inzake taakherschikking mondzorg (Kamerstuk 32 620, nr. 173);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 13 december 2016 inzake stand van zaken inzake mond- en tandzorg (Kamerstuk 32 620, nr. 184);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 maart 2016 ter aanbieding van het IGZ-rapport «De klinische revalidatie op weg naar verdere professionalisering» (Kamerstuk 31 765, nr. 198);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 12 april 2016 ter aanbieding van de juridische analyse goodwill Landsadvocaat (Kamerstuk 33 578, nr. 23);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 6 juni 2016 inzake planning verzamelbrief: Advies Zorginstituut over fysiotherapie (Kamerstuk 29 689, nr. 719);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 juni 2016 inzake rapport NIVEL «Samenwerking tussen huisarts en openbaar apotheker» (Kamerstukken 33 578 en 29477, nr. 29);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 8 juli 2016 inzake zorg voor kwetsbare ouderen thuis (Kamerstukken 33 578 en 29389, nr. 33);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 7 juli 2016 inzake de Substitutiemonitor – afsprakenmonitor 2016 (Kamerstuk 33 654, nr. 21);**
- **de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 5 juli 2016 inzake analyse vergunningensystematiek apothekhoudend huisarts (Kamerstuk 33 578, nr. 31);**

- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 16 september 2016 inzake rapport «Scenario's voor de differentiatie van het inschrijftarief huisartsenzorg op basis van zorgzwaarte» (Kamerstuk 33 578, nr. 34);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 30 september 2016 inzake onderzoeksrapport «De Mededingingswet in de eerstelijnszorg» (Kamerstuk 29 689, nr. 771);
- de brief van de Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 4 november 2016 inzake het actieplan casemanagement bij dementie (Kamerstukken 29 689 en 25 424, nr. 780);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 29 november 2016 inzake stand van zaken toegankelijkheid farmaceutische ANZ-zorg (Kamerstuk 29 477, nr. 398);
- de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 15 december 2016 inzake toegankelijkheidsnormen eerstelijnszorg (Kamerstuk 29 689, nr. 796);
- de stand-van-zakenbrief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 december 2016 inzake moties en toezeggingen (Kamerstuk 34 550 XVI, nr. 129).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand geredigeerd woordelijk verslag uit.

De voorzitter van de commissie,  
Lodders

De griffier van de commissie,  
Post

**Voorzitter: Pia Dijkstra**  
**Griffier: Clemens**

Aanwezig zijn vijf leden der Kamer, te weten: Bruins Slot, Pia Dijkstra, Van Gerven, Rutte en Wolbert,

en mevrouw Schippers, Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Aanvang 16.05 uur.

**De voorzitter:**

Goedemiddag. We starten iets later met dit algemeen overleg, want in de plenaire zaal was de regeling van werkzaamheden aan de orde en een aantal sprekers bij dit AO moesten daarbij aanwezig zijn. Ik denk dat we nu redelijk compleet zijn. Ik heet de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport alsnog van harte welkom; daar had ik eigenlijk mee moeten beginnen. Zij is vandaag in gezelschap van één persoon. Ik heet hem ook van harte welkom. Er zijn ongetwijfeld nog meer ambtenaren van het ministerie aanwezig, maar die zitten niet zichtbaar achter de tafel. Ze zijn verdekt opgesteld.

Het woord is als eerste aan de heer Van Gerven. We hebben een spreektijd van vier minuten afgesproken.

**De heer Van Gerven (SP):**

Voorzitter. Het is trammelant in mondzorgland. Alweer enkele maanden geleden organiseerde de Tweede Kamer een rondetafelgesprek over de mondzorg. Daarbij waren 25 mensen en organisaties aanwezig. We zagen een groot gapend gat in de mondzorg, een groot aantal problemen die dringend om oplossingen vragen. Het gaat niet goed met de mondzorg van veel ouderen. Er zijn risicojongeren voor wie adequate tandzorg dringend geboden is. Er is een grote tegenstelling met betrekking tot de taakherschikking, waarbij werk van de tandarts naar de mondhygiëniste gaat. Daarnaast is er een groot tekort aan Nederlandse tandartsen. En wat heeft de Minister gedaan? Zij heeft haar hoofd in het zand gestoken en de zaak op zijn beloop gelaten. Zij heeft vastgehouden aan de gedachte dat met taakherschikking alles wel goed zou komen. Sterker nog, de Minister heeft zonder overleg met de Kamer het Capaciteitsorgaan de opdracht gegeven om te stoppen met de planning en monitoring van mondhygiënisten en tandartsen. Het Capaciteitsorgaan heeft zich daar overigens tevergeefs over beklagd. Hup, alle kennis en expertise op dat gebied zijn in het putje gegooid. Het laatste mondzorgadvies dateert alweer van 2013. De Minister heeft dit gedaan op een moment waarop van alle kanten wordt geroepen dat er een tekort is aan tandartsen. We leiden nu jaarlijks 240 tandartsen op, van wie er ruim 200 daadwerkelijk aan de slag gaan als tandarts. De komende jaren stoppen elk jaar circa 300 tandartsen. Dit gapende gat wordt opgevuld door buitenlandse tandartsen. Er zijn er nu al circa 3.000 geregistreerd. Er zijn elk jaar 200 nieuwe registraties vanuit het buitenland. In het laatste jaar waren dat er zelfs 260, terwijl we er zelf jaarlijks 240 opleiden. De Minister baseert de huidige capaciteitsplanning op het advies uit 2013 van het Capaciteitsorgaan, maar is dit verantwoord? Kan de Minister ingaan op de effecten van het inzetten van buitenlandse tandartsen op de lange termijn? Tast dit niet de kwaliteit van de tandzorg aan? Is het een wenselijke ontwikkeling dat we steeds afhankelijker worden van buitenlandse tandartsen? Is de Minister bereid het Capaciteitsorgaan te vragen per direct een nieuw advies mondzorg uit te brengen om de actuele situatie haarscherp in beeld te brengen? Ik heb daarover een motie klaarliggen.

In deze snelkookpan van tekorten wil de Minister ook nog eens een taakherschikking doorvoeren. De mondhygiëniste moet het tekort aan tandartsen opvullen met meer bevoegdheden en moet de rol van

poortwachter overnemen. Kan de Minister ingaan op de kostenbesparing die deze taakherschikking zou moeten opleveren? Is het juist of onjuist dat het maken van röntgenfoto's bij de opleiding voor mondhygiënist exact hetzelfde gaat als bij de opleiding voor tandartsen? Daar is de nodige discussie over ontstaan. Hoe zit dat precies?

Hoe zit het met het nagenoeg volledig weggelakte verslag van 4 februari 2016, gemaakt door senior-beleidsmedewerkers van VWS? Dat was een verslag van een gesprek tussen het ministerie en de mondzorgopleidingen in Amsterdam en Utrecht over taakherschikking. De Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT), die toch een versie van het verslag heeft bemachtigd, bestrijdt de lezing van het ministerie. Waarom is dit verslag zwartgelakt door het ministerie in het kader van de WOB-procedure met de ANT?

De Minister wil de taakherschikking erdoorheen drukken. Tijdens het experiment met taakherschikking moet worden bekeken of het herschikken van taken zal leiden tot een kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg. Maar hoe is het gesteld met de kwaliteitsverbetering in relatie tot de kostenbesparing? En welke rol krijgt de tandarts in dat experiment? Veel tandartsen zijn het overigens niet eens met die taakherschikking. Het kan toch niet zo zijn dat het devies van de Minister is: minder opgeleid is goedkoper? Daar gaat het toch niet om in de gezondheidszorg? Het gaat om de kwaliteit. De hamvraag is: hoe gaat de Minister het geheime gapende gat in de mondzorg oplossen?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Voorzitter. Dit algemeen overleg gaat zowel over de eerstelijnszorg als over de mondzorg. Een probleem dat speelt in de ziekenhuiszorg, in de eerstelijnszorg en ook veel in de langdurige zorg, is natuurlijk het probleem van de kwetsbare ouderen. We hebben het daar vandaag in het vragenuur ook al uitgebreid over gehad. Zonet heb ik de Minister gevraagd hoelang het gaat duren voordat we dat probleem van de goede zorg op de juiste plek voor kwetsbare ouderen in het ziekenhuis en in de eerste lijn hebben opgelost. De Minister kwam met het antwoord dat we op alle gebieden proberen te versnellen. Zij zei: daar waar ik het nu kan doen, doe ik het nu, maar er zijn ook gebieden waarop het langer duurt, zoals bij de opleiding van verpleegkundigen. We krijgen deze signalen echter nu al anderhalf jaar. De vraag is dus nog steeds: wanneer is de grootste pijn weg? Wanneer zal het grote probleem dat er nu is, zijn teruggebracht tot een probleem van normale omvang? Kan de Minister die vraag beantwoorden?

De huisartsen geven aan dat ze echt problemen hebben om die eerste lijnsbedden te vinden. Die eerste lijnsbedden, die tussentijdse voorziening, is enorm belangrijk om ouderen op de juiste plek zorg te kunnen geven. De Minister zegt echter, ook in haar antwoorden eerder deze middag, dat we voldoende geld hebben en dat er voldoende bedden zijn. Hoe kan het dat dit verschil nog steeds zo ontzettend groot is? Hoe kunnen we dit op korte termijn wel inzichtelijk maken voor de huisartsen?

Er is nog een andere vraag. Wie is nu eigenlijk verantwoordelijk als er in een ziekenhuis geen plek is op de spoedeisende hulp, maar ook niet voor een kwetsbare oudere? Wie is er dan verantwoordelijk voor om toch uiteindelijk in die eerste lijn of elders een goede plek te vinden? We hebben naar aanleiding van een eerder overleg hierover een brief van de Staatssecretaris gehad. Voorts heeft de Minister een reactie gegeven op de motie-Bruins Slot/Volp die specifiek over dit probleem ging. De Staatssecretaris kondigt aan dat hij laat onderzoeken of de Wet langdurige zorg een oplossing voor de opheffing van de crisisregeling kan bieden.

Het CDA vindt het prima om dat te onderzoeken. Wij vonden het ook van belang om daar verder naar te kijken. Neemt de Minister in dat onderzoek ook mee dat we daarbij ook weer een risico lopen dat er nieuwe vergeten groepen ontstaan, zoals ouderen met een volledig pakket thuis?

Ik kom te spreken over de mondzorg. Het CDA maakt zich zorgen over het aantal tandartsen dat in Nederland wordt opgeleid. Inmiddels worden ongeveer net zo veel tandartsen uit het buitenland gehaald als dat we zelf opleiden. De komende tien jaar gaat een grote hoeveelheid tandartsen met pensioen. Het komt eigenlijk niet vaak voor dat een beroepsgroep zelf aangeeft dat de opleidingscapaciteit moet worden uitgebreid, maar hier dus wel. Waarom gebeurt dat niet? Hoe komt het dat het Capaciteitsorgaan al sinds 2013 hierover geen rapportages meer uitbrengt? Hoe staat het met de taakherschikking? Welk percentage van de mondzorg denkt de Minister hiermee te kunnen verschuiven? Het CDA is altijd voorstander van taakherschikking, maar ziet ook wel de ingewikkeldheid van de discussie die hierover plaatsvindt. Welke stappen kan de Minister zetten waaraan beide beroepsgroepen ook volop willen meewerken om hier uiteindelijk een succes van te maken? De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT) heeft uitgebreide kritiek op dit punt geleverd. Zij zegt: eigenlijk gaat deze taakherschikking ertoe leiden dat de mondzorg duurder en slechter wordt en dat patiënten zelf willen bepalen wie de verdooving geeft. Kan de Minister nog een reactie geven op deze kritiek?

Een volgend punt is de preventie in de mondzorg. Het CDA wil de beroepsgroep complimenteren voor het feit dat die de preventie voor ouderen steeds meer op de kaart wil zetten en in breder verband werk wil maken van preventie. Hoe kan de Minister ervoor zorgen dat de preventie in de mondzorg nog verder verbeterd wordt? Een aandachtspunt daarbij is ook dat veel kinderen uit gezinnen met een laag inkomen niet meer naar de tandarts gaan. Ouders denken vaak dat die zorg niet vergoed wordt, terwijl dat wel het geval is. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat al die ouders er weer voor gaan zorgen dat kinderen toch naar de tandarts gaan?

Ik wilde nog iets zeggen over casemanagement dementie.

**De voorzitter:**

Dat kan straks in tweede termijn.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Dat moet ik dan tot de tweede termijn bewaren.

**De voorzitter:**

Tenzij iemand hierover een vraag wil stellen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik wilde het namens de ChristenUnie en mijzelf inbrengen. Maar ja.

**De voorzitter:**

Doet u het maar even.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik heb ook namens de ChristenUnie een vraag over de voortgang van het Actieplan casemanagement dementie. We krijgen signalen dat aanbieders en verzekeraars tot houtje-touwtjeoplossingen overgaan om het tekort aan deskundig casemanagement te compenseren. Erkent de Minister dit? Wil zij de Kamer rapporteren over de voortgang van het actieplan, met daarbij een overzicht van de signalen en daadwerkelijke oplossingen voor de patiënten en de mantelzorg?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Voorzitter. We hebben het vandaag over de mondzorg en de eerstelijnsgezondheidszorg. Het is inderdaad het laatste algemeen overleg over deze onderwerpen. Ik moet echt de neiging onderdrukken om terug te kijken naar de afgelopen vierenhalf jaar waarin we in mijn beleving vooral over

het onderdeel eerstelijnsgezondheidszorg hier veel gesprekken hebben gevoerd. Er hebben veel overleggen plaatsgevonden en we hebben voor mijn gevoel, in ieder geval in de richting die de Partij van de Arbeid voorstaat, ook stappen gemaakt. We zijn begonnen met een andere financiering van de huisartsenzorg, zodat er in ieder geval meer ruimte kwam voor samenwerking en innovatie. We hebben op allerlei manieren een inzet gepleegd om de eerste lijn te verstevigen. Ik hoor het de Minister nu zelf ook zeggen, maar ik kom straks nog uitgebreid terug op de wijkverpleegkundigen. Ik heb daar vorige week in een campagnedebat ook nog over gesproken. In de afgelopen jaren heeft elke huisartsenpraktijk in Nederland er eigenlijk een wijkverpleegkundige bij gekregen. Waar zijn mensen tevreden over als het gaat om veranderingen in de zorg? Dan noem ik de versteviging van de eerstelijnsgezondheidszorg. Er moet nog veel anders en er kan ook nog heel veel beter, maar dat is toch wel een grote verandering geweest waar mensen positief over zijn. Ik kom straks nog te spreken over een aantal zaken die beter zouden kunnen, maar ik ben terugkijkend daar in ieder geval heel tevreden over. Ik hoop dat mevrouw Bruins Slot dat ook is.

**De voorzitter:**

Mevrouw Bruins Slot heeft een vraag voor u.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Ik kan merken dat dit, na vele jaren in de Kamer, het laatste algemeen overleg voor mevrouw Wolbert is. Het CDA maakt zich zorgen over een aantal zaken. Wij wilden ervoor zorgen dat zorg uit de tweede lijn zou worden overgeheveld naar de eerste lijn, ook omdat er meer zorg in de buurt zou moeten komen. En als er iets traag gaat, als iets gewoon langzaam gaat en echt niet van de grond komt, dan is dat wel die substitutie: het terugbrengen van ziekenhuiszorg naar de eerste lijn, waarin zeer goede hulp- en zorgverleners actief zijn die dat werk buitengewoon goed zouden kunnen doen.

**Mevrouw Wolbert (PvdA):**

Daar ben ik het mee eens. Wat mij betreft hadden we nu ook verder mogen zijn met die substitutie, helemaal als je ziet dat 30% van de ziekenhuisactiviteiten verplaatst kan worden naar de eerste lijn en dan dichterbij de mensen aangeboden zou kunnen worden. Ik zeg daar echter tegelijkertijd bij dat die eerste lijn daar acht of tien jaar geleden nog echt te dun voor was geweest. De eerste lijn is inmiddels steviger geworden. Voor een overheveling moet de plek van ontvangst stevig zijn. Wat mij betreft, zou die substitutie nu ook met volle vaart vooruit moeten worden gerealiseerd. Ik vraag me echter af of dat acht of tien jaar geleden al mogelijk was geweest.

**Mevrouw Bruins Slot (CDA):**

Het CDA vond het in de afgelopen tien jaar al vanzelfsprekend dat huisartsen en fysiotherapeuten een heel sterke positie in de eerste lijn hebben. Zij verlenen daar ook al vele jaren heel goede zorg. Dat had dus veel sneller kunnen gaan. Waarom heeft de PvdA dat ook in dit kabinet niet voor elkaar gekregen?

**Mevrouw Wolbert (PvdA):**

Ik ben het daar niet mee eens. Als je zorg overhevelt, moet er ook een financierings- en betalingsstructuur zijn waarin je dat weg kunt zetten. Wij weten allebei hoe het afloopt als je huisartsen alleen maar vraagt om alsmaar meer te doen terwijl je daar geen budget tegenover zet. Je moet er eerst voor zorgen dat de financieringsstructuur op orde is. Je moet ervoor zorgen dat de capaciteit op orde is. Je moet er overigens ook voor zorgen dat degenen die dat moeten doen, dat ook willen. Je moet ervoor

zorgen dat de geesten rijp zijn. Vervolgens moet je voldoende capaciteit in de eerste lijn hebben om dat op te vangen. We weten met name van dat laatste punt dat dat best spannend is. Je kunt dus eigenlijk soms ook niet sneller dan de polsstok je de ruimte geeft om te springen, omdat je gewoon een aantal voorwaarden op orde moet hebben. Ik denk dat daar in de afgelopen jaren door de eerste lijn waanzinnig hard aan gewerkt is. Ik vind dat de mensen die daar werken, daar best een compliment voor verdiend hebben.

**De voorzitter:**

Ik verzoek u om uw betoog te vervolgen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ik ga toch even naar de mondzorg. Het Zorginstituut heeft op basis van TNO-onderzoek gesignaleerd dat de kwaliteit van de mondzorg in Nederland zo goed is als de sociaaleconomische status (SES) van de ouders van de kinderen. Dat is de Partij van de Arbeid uiteraard een doorn in het oog. Wij hebben het daar de vorige keer met de Minister over gehad. Toen zei ze dat er veel gebeurt in de experimenteersfeer, maar noemde ze eigenlijk alleen het project GigaGaaf! in Groningen. Dat is een heel mooi project, maar dat gaat over kinderen van 0 tot 6 jaar, en dan alleen in Groningen. In 2018 komt er pas een nieuw Signalement. De Partij van de Arbeid vindt dat een beetje mager. Kan de Minister iets meer zeggen over de ambitie in dat nieuwe Signalement, behalve dat nieuw onderzoek straks weer opnieuw bevestigt dat die sociaaleconomische status de kwaliteit van de gebitten van de kinderen bepaalt? Ik zou er voorstander van zijn om juist bij heel jonge kinderen de mondhygiëniste een stevige plek te geven. Dat kan gebeuren op een consultatiebureau of in een dagverblijf. Hoe denkt de Minister erover om juist in de preventie-sfeer die beroepsgroep veel steviger in te zetten?

Ik wil een paar woorden zeggen over de taakherschikking. De Partij van de Arbeid is daar niet per se tegen, maar zij heeft wel twijfels als de beroepsgroepen die ervoor nodig zijn, niet goed door één deur lijken te kunnen. Het lijkt wel alsof die hele discussie tussen gynaecologen en verloskundigen zich hier herhaalt, maar dan toch een beetje anders. Ik herinner me hoe de Minister dat indertijd vlot getrokken heeft en wil haar vragen wat zij zelf in de aanbieding doet om te voorkomen dat een en ander escaleert. Ik vraag haar om juist toe te werken naar meer samenwerking rond die taakherschikking.

Ik kom te spreken over de wijkverpleegkundigen. In het algemeen overleg van 1 februari jongstleden is daar uitgebreid over gesproken. Wij hebben toen echter niet gesproken over het tekort aan wijkverpleegkundigen dat dreigt te ontstaan. Nu hoorde ik dat de Hogeschool van Amsterdam alle studenten verplicht om het eerste halfjaar stage te lopen in de wijk. Dat leidt tot een betere kennis van het vak en tot het vaker kiezen voor het vak van wijkverpleegkundige. Kan de Minister dat project samen met haar collega Bussemaker verbreden? Is daar ook bijvoorbeeld een financiële incentive voor nodig?

Tot slot wil ik het in het verlengde daarvan hebben over de opleidingscapaciteit in de regio. Ik was in een huisartsenpraktijk waarin werd gezegd dat er de laatste tien jaar alsmaar meer problemen rond het tekort aan oogartsen zijn. Huisartsen hebben van alles in de aanbieding gedaan om dat tekort aan te vullen door zelf in de eerste lijn van alles te doen, maar ze redden het daar niet mee. Ik las in Medisch Contact dat onderzoek heeft uitgewezen dat medisch specialisten niet verhuizen, dus hun regio niet verlaten, omdat het leven van hen en hun gezin in die regio op orde is.

**De voorzitter:**

Wat is uw vraag?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Er is dus één regio waarin als gevolg daarvan sprake is van een structureel tekort aan opleidingscapaciteit. Dat is het noordoostelijke deel. Daar is ook een tekort aan oogartsen.

De **voorzitter**:

U wilt weten wat de Minister daarvan vindt?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ik wil graag weten wat de Minister doet op het gebied van het regionaal bepalen van opleidingscapaciteit.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik wil nog even terugkomen op de mondzorg. Mevrouw Wolbert heeft het terecht over een tekort aan oogartsen, maar hoe kijkt de Partij van de Arbeid aan tegen het tekort aan tandartsen, tegen het feit dat we jaarlijks 240 mensen opleiden, dat er in de toekomst jaarlijks 300 tandartsen stoppen en dat er dus een enorm tekort dreigt aan tandartsen? Dat tekort is er overigens feitelijk al. Wat vindt de Partij van de Arbeid daarvan? Zou de opleidingscapaciteit voor tandartsen niet fors moeten worden uitgebreid?

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Als er een tekort is, moet je dat vooral doen. Laten we ook bekijken wat er in de taakherschikking nog mogelijk is met de mondhygiënisten. Dat lijkt mij een mooie combinatie. Het verbaasde me dat de heer Van Gerven het daar niet over had. Als je zo'n punt maakt van het enorme tekort aan tandartsen, is de volgende stap om te bekijken hoe je in de dagelijkse uitvoering het werk in de praktijk zo kunt verdelen dat de paar tandartsen die er nog over zijn, in ieder geval doen waarin ze goed zijn. Wat mij betreft zijn dit twee onderwerpen die je met elkaar moet willen verbinden. Ik heb overigens helemaal geen problemen met tandartsen uit het buitenland. Ikzelf heb jarenlang een tandarts gehad die in Duitsland was opgeleid: helemaal goed. Zolang wij de Nederlandse kwaliteitseisen en -normen hanteren, heb ik daar geen problemen mee. Nogmaals, als er een tekort aan mensen is, moet je opleiden. Dat geldt zowel voor tandartsen als voor andere specialisten.

De heer **Van Gerven** (SP):

Begrijp ik nou goed dat de Partij van de Arbeid geen probleem heeft met het volgende? Als ik de laatste cijfers tot me laat doordringen, waren er het laatste jaar 260 registraties van buitenlandse tandartsen. Zelf leidden wij maar 240 tandartsen op. Mevrouw Wolbert hoort het goed: in het welvarende Nederland komen kennelijk meer tandartsen uit het buitenland dan dat wij er zelf opleiden. Dat kan toch niet de oplossing zijn van de grote problemen in de mondzorg? We zien dat risicogroepen niet goed worden behandeld. We zien enorme tekorten. We zien de vergrijzing. Is de conclusie dan niet dat wij als rijk, welvarend land voor een balans moeten zorgen? Wij moeten onze eigen tandartsen opleiden voor onze eigen bevolking, voor onze eigen behoefte. Dat moet het uitgangspunt zijn. De capaciteit moet dus omhoog.

De **voorzitter**:

De vraag is duidelijk.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Volgens mij heb ik een drieslag gemaakt. De eerste slag: als er een tekort aan mensen is, moet je mensen opleiden. De tweede slag: als je door een taakherschikking van mondhygiënisten en tandartsen ervoor kunt zorgen dat je minder tandartsen nodig hebt of hoeft op te leiden, lijkt me dat ook



de moeite waard. De derde slag: ik heb geen problemen met goedopgeleide mensen uit het buitenland.

**De voorzitter:**

Dank u wel. U was aan het einde van uw betoog, dus ik geef nu het woord aan de heer Rutte van de VVD.

**De heer Rutte (VVD):**

Hoeveel minuten heb ik, voorzitter? Vier of vijf?

**De voorzitter:**

Het is inmiddels tussen de vier en de vijf minuten geworden.

**De heer Rutte (VVD):**

Tussen de vier en de vijf; nou, we gaan eens even kijken.

**De voorzitter:**

Als u wilt, kan ik u bij vier minuten een signaal geven, zodat u kunt afronden.

**De heer Rutte (VVD):**

Het knipperende lampje. Dat komt goed, voorzitter.

Voorzitter. De samenstelling van de Nederlandse bevolking verandert in een heel hoog tempo. We worden met elkaar steeds ouder. Dat is hartstikke mooi. Dat komt vooral doordat de gezondheidszorg heel erg goed is. Dat heeft als bijeffect dat steeds meer mensen op hoge leeftijd nog thuis wonen en een heel andere vorm van zorg nodig hebben dan de dertiger die toevallig eens iets krijgt en naar de dokter moet; ik zeg het maar even eenvoudig. Voor de vergrijzende bevolking is het van groot belang dat zij zo dicht mogelijk bij huis de zorg kan krijgen die zij nodig heeft. De eerstelijnszorg speelt daarin een cruciale rol.

Ik ben het eens met mevrouw Wolbert dat het terugbrengen van de wijkverpleegkundige in de wijk, dat in deze kabinetsperiode is gebeurd, een cruciale stap is geweest om dat mede mogelijk te maken. We zijn er echter nog lang niet. Als je complexe oudere patiënten goed wilt kunnen begeleiden vanuit de eerste lijn, zul je bijvoorbeeld een specialist ouderengeneeskunde structureel een plek moeten geven in de eerste lijn. Dat staat in het verkiezingsprogramma van de VVD. Volgens mij zijn meerdere partijen het daarmee eens. Het is vooral van belang dat de inrichting van de gezondheidszorg veel integraler wordt bekeken. In het verleden heb ik daar al vaak naar gevraagd, maar in dezen doe ik een specifiek verzoek aan de Minister. Als zij weer in bestuurlijk overleg is met zorgverzekeraars, bijvoorbeeld over een nieuw hoofdlijnenakkoord, wil zij het dan eens hebben over de huidige manier van inkopen? Nog te vaak zit er bij de tweede lijn een heel andere inkoper dan bij de eerste lijn. Je moet dan twee keer een verhaal houden over substitutie, dus welk deel je verplaatst naar de eerste lijn en welk deel juist niet. Dat komt heel moeilijk van de grond. Kan dat niet anders? Kan hierover goed worden nagedacht? Er zijn heel veel initiatieven om het anders en beter te doen, maar die verhalen komen op dit moment nog wat moeizaam bij elkaar.

De mondzorg is een onderwerp waarover wij het in Den Haag bar weinig hebben. Om die reden namen de heer Van Gerven en ik eerder dit jaar het initiatief om daar toch eens een rondetafelgesprek over te organiseren. Ik moet zeggen dat het een indrukwekkend rondetafelgesprek was. Heel veel beelden van de mondzorg in Nederland gingen over tafel. Er was veel gedeelde problematiek, met name bij de mondzorg voor ouderen. Bij de ouderenpopulatie wordt het steeds ingewikkelder om de mond gezond te houden. Tandartsen hebben daarin een rol, net als mondhygiënisten en eigenlijk ook huisartsen en wijkverpleegkundigen.

Als je alles afpelt, komt steeds één probleem naar voren, of het nu gaat om de zorg voor oudere patiënten, voor kinderen of voor volwassen patiënten: in het veld van de mondzorg zijn partijen het niet eens over de kwaliteit. Er liggen geen integrale richtlijnen. Er wordt al heel lang over gesproken. Partijen hebben ongetwijfeld heel goede bedoelingen, maar komen er niet uit. Ondertussen ligt er een voorstel voor taakherschikking, dat wellicht een idee zou zijn. Als het echter aan de VVD ligt, zetten we de partijen nog één keer onder druk om het met elkaar eens te worden over goede kwaliteit van zorg. Alle partijen aan tafel zeyden dat ze de patiënt centraal zetten. Dat biedt een oplossing. Ik zou zeggen: nodig de Patiëntenfederatie uit en laat die heel actief meepraten over wat de centraal gestelde patiënt aan goede kwaliteit ervaart. Vervolgens moet men de mondzorg met elkaar inrichten op een manier die voldoet aan de kwaliteitsrichtlijn. Een stip op de horizon kan zijn dat er in die richtlijn niet alleen naar de standaardpatiënt wordt gekeken, maar ook een doorkijkje wordt gegeven naar de zorg voor de veel complexere oudere patiënt. Wie doet wat? Beperk dat dan niet tot de tandarts en de mondhygiëniste, hoe belangrijk die ook zijn, maar kijk ook naar de huisartsen en de wijkverpleegkundigen. Dat biedt perspectief op een goede kwaliteit van zorg, maar het biedt ook perspectief om die zorg weer een beetje verzekeraar te maken. Dat is bij de mondzorg op dit moment niet of nauwelijks het geval.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik zeg de heer Rutte na dat ik blij ben dat wij dat rondetafelgesprek hebben georganiseerd. Er waren meer dan 25 partijen bij aanwezig. Er moet structuur in komen; daaraan moet worden gewerkt. Nu heeft de Minister in haar wijsheid besloten om de mondzorg niet meer te monitoren. Het laatste advies is van 2013. Vindt de VVD met de SP dat die monitoring er als de wiedeweerga moet komen? Vindt de VVD daarnaast ook dat er een disbalans is? Daarmee bedoel ik dat er een disproportioneel aantal tandartsen van buiten komt om het gapende gat in Nederland op te vullen en dat we meer tandartsen zouden moeten opleiden.

De heer **Rutte** (VVD):

Het is oprecht fijn dat de heer Van Gerven mij deze vraag stelt. Dat biedt mij de kans om een slagje dieper te gaan. Ik vind het echt essentieel dat de partijen in de mondzorg na meer dan tien jaar ruzie ... Het is niet alleen maar ruzie, ze werken ook echt wel samen, maar het is essentieel dat ze het na meer dan tien jaar eens worden over een kwaliteitsrichtlijn. Ze moeten het eens worden over wat goede zorg voor de patiënt is en hoe die op de beste manier kan worden georganiseerd. Ik zou zeggen dat we hun daarvoor nog een halfjaar de tijd geven, met het kwaliteitsinstituut als stok achter de deur. Ik heb er vertrouwen in dat men het toch eens wordt. Als de richtlijn er is, kan op basis daarvan worden beoordeeld welke capaciteit nodig is. Als er extra beoordelingscapaciteit nodig is om dat goed te kunnen doen, zien we dat op dat moment. Je kunt de capaciteit niet beoordelen als je onvoldoende weet hoe je de zorg wilt inrichten. Volgens mij is dat de positie waarin we nu zitten. Ik vind het dus niet de meest logische stap om nu na te denken over capaciteit. Op termijn moet dat wellicht wel.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik heb geen antwoord gekregen op mijn tweede vraag, de vraag over de disbalans. Reagerend op het antwoord van de heer Rutte op mijn eerste vraag, zeg ik dat de kwaliteitsvraag nadrukkelijk aan de orde is. Er is in Nederland een gapend gat in de mondzorg. De mondzorg is gewoon niet op orde. Er zijn te weinig mondhygiënisten en er zijn te weinig tandartsen. Daar moeten we iets aan doen. Natuurlijk moeten de partijen eruit komen.

Ze moeten aangeven wat de beste zorg is en wie wat kan doen. Ze moeten dat samen doen, want wij kunnen dat niet. Het veld moet dat doen. Daarnaast moet er een onafhankelijk capaciteitsorgaan zijn. We hebben zo'n orgaan gehad, dat uitstekende adviezen uitbracht. Die adviezen kwamen de Minister niet uit, maar dat is weer een ander verhaal. Kwaliteitsontwikkeling is nodig, maar daarnaast hebben we toch ook een nieuwe capaciteitsdoorrekening nodig, die adequaat is en die niet is gebaseerd op de gegevens van 2013?

De heer **Rutte** (VVD):

Laat ik met de disbalans beginnen. Mevrouw Wolbert had een Duitse tandarts. Die van mij komt uit Iran. Hij spreekt uitstekend Nederlands en levert goede zorg. Althans, ik ben tevreden.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Uit Turkije.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik hoor nu dat de tandarts van mevrouw Wolbert zelfs uit Turkije kwam, maar in Duitsland was opgeleid. Het wordt almaar internationaler! Zonder gekheid, ik vind het uiteindelijk van belang dat een tandarts zijn of haar werk goed doet. Daar begint het voor mij. Of iets nu goed is of niet goed is, je zult het uiteindelijk in goede richtlijnen moeten vastleggen. Ik sluit datgene wat de heer Van Gerven bepleit overigens niet uit. Als je eenmaal weet hoe de inrichting van de zorg eruit moet zien, moet je wellicht ook een goede beoordeling van de benodigde capaciteit hebben. Ik sluit dat niet op voorhand uit, maar ik vind het nu niet het moment om daarover een beslissing te nemen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik hoor de heer Rutte zeggen dat hij dit niet het moment vindt om een beslissing te nemen. Over het opleiden van tandartsen gaan echter vele, vele jaren heen. Als je tot de conclusie komt dat je er meer nodig hebt, ben je alweer zes jaar verder voordat de eersten überhaupt in staat zijn om te gaan werken. Zou het toch niet verstandig zijn om het capaciteitsorgaan toch weer een monitor te laten uitvoeren? Tot 2013 was men prima in staat om dat te doen.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik begin met het laatste punt van mevrouw Bruins Slot. Tot 2013 was men daartoe ook niet zo goed in staat, omdat er ook toen al geen duidelijkheid was over de inrichting van het mondzorglandschap. Laten we de dingen in de goede volgorde doen. Natuurlijk heeft mevrouw Bruins Slot gelijk dat opleiden tijd kost. Dat mag echter geen reden zijn om nu te zeggen dat we gaan opleiden, terwijl we nog niet weten hoe de inrichting eruitziet. De dingen moeten echt in de goede volgorde gebeuren. Het moet niet op de lange baan worden geschoven; daar ben ik niet voor. Ik wil druk zetten op de richtlijnen, maar wel in deze volgorde.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Jaarlijks komt nu al de helft van de tandartsen uit het buitenland. Ondertussen gaan heel veel tandartsen die vijf dagen per week werken, met pensioen. Er komen relatief veel vrouwelijke tandartsen voor terug, die vaak aangeven dat ze in deeltijd willen werken. Ook mannelijke tandartsen geven dat overigens aan. De heer Van Gerven zei al dat een groei van het aantal mondhygiënist zeker mogelijk is. We zullen de komende periode tot een taakherschikking moeten komen, maar we zullen waarschijnlijk ook meer tandartsen nodig hebben. Daarom stel ik de heer Rutte nogmaals de vraag of het niet verstandig zou zijn om nu te beginnen met nadenken in plaats van drie, vier jaar te wachten om er

vervolgens achter te komen dat we drie, vier jaar te laat zijn begonnen met het zetten van stappen.

De heer **Rutte** (VVD):

Ik pleit voor druk op de ketel. Er moet snel een goede richtlijn komen waarin helder staat wat goede zorg is en wie die zorg moet leveren. Het gaat daarbij om een breder speelveld dan alleen dat van de tandartsen en de mondhygiënist. Ik noem nadrukkelijk de wijkverpleegkundigen, die ook mondzorgdingen kunnen doen. Als we die richtlijn hebben, kunnen we fatsoenlijk beoordelen welke capaciteit daarvoor nodig is. Dat duurt geen drie, vier jaar; dat zou niet goed zijn. Ik wil druk op de ketel. We moeten deze stap nu echt eens zetten, want anders modderen we maar door en doen we de dingen in de verkeerde volgorde. Dat zou ik niet willen.

De **voorzitter**:

Dank u wel. Ik vraag de heer Van Gerven om het voorzitterschap even van mij over te nemen, zodat ik namens de fractie van D66 mijn inbreng kan leveren.

**Voorzitter: Van Gerven**

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Je zou kunnen zeggen dat de eerstelijnszorg de eerste bouwsteen is van de zorg: dicht bij huis, laagdrempelig beschikbaar en van goede kwaliteit. Ik heb al eerder gesproken over «positieve gezondheid», waarbij de patiënt centraal staat. Juist in de eerste lijn is dat van cruciaal belang. Continu moeten de volgende vragen centraal staan. Wat is er nodig? Hoe houden we de kwaliteit van leven hoog? Welke welzijnsvragen leven er bij patiënten?

Het overleg van vorige week over ziekenhuizen en acute zorg ging niet door. Aangezien dit de laatste week is voor het verkiezingsreces, heb ik toch nog een paar vragen. In het vragenuur hebben we besproken hoe het zit met de acute zorg voor kwetsbare ouderen en in hoeverre de eerstelijnszorg daarbij wordt meegenomen. De Minister heeft op een aantal vragen al antwoord gegeven, maar bij mij leeft de volgende vraag nog. Uit recent onderzoek blijkt dat een derde van de zorg in het ziekenhuis niet in het ziekenhuis had hoeven te worden gegeven. Het lijkt me dus heel belangrijk om te bezien hoe die zorg kan worden verdeeld. Ik krijg daarop graag een reactie van de Minister.

De druk op de huisartsenpraktijken neemt toe, onder andere door de vergrijzing. Het instellen van een POH (praktijkondersteuner in de huisartsenpraktijk) ouderenzorg kan drukverlagend werken voor de huisarts. Ook hierop krijg ik graag een reactie van de Minister. Zij heeft aangegeven dat op verschillende plekken wordt bekeken hoe kwetsbare ouderen die op de eerste hulp terechtkomen maar daar eigenlijk niet horen, kunnen worden opgevangen. Ik sluit me aan bij de vraag van de heer Rutte hoe je de goede voorbeelden kunt uitrollen in het land. In allerlei sectoren in de zorg stuiten we daar voortdurend op.

Voorzitter. Er is onderzoek gedaan naar eventuele knelpunten in de Mededingingswet in de samenwerking in de eerste lijn. Uit meerdere onderzoeken blijkt dat het daar vaak niet knelt maar wel in de samenwerking met de zorgverzekeraars. Het onderlinge wantrouwen speelt daarbij een rol. De Minister denkt dat regels over transparantie in de zorginkoop bijdragen aan meer vertrouwen en ze wijst zelf verder vooral naar het veld. Wil de Minister ook toezeggen dat ze zich zal inspannen voor een betere verstandhouding?

Iedereen heeft het al over mondzorg en preventie gehad; beide staan op de agenda. Dat is ook voor D66 heel belangrijk. Maar de financiering van preventieve mondzorg is in de praktijk nog erg gecompliceerd. Dat is heel

erg jammer, want hierdoor laten we kansen liggen. Transparante richtlijnen en protocollen – anderen hebben het er ook al over gehad – zijn hard nodig. Er is gesproken over de haast die het heeft en de druk die we erachter moeten zetten en daarom vraag ik de Minister wanneer we de eerste richtlijnen kunnen verwachten. Wordt daarbij ook gekeken naar de financiering van preventie?

De Minister stelt dat de aanbieders een stijgende lijn zien bij het op orde hebben van de mondzorg voor kwetsbare ouderen. Wat betekent die stijgende lijn concreet en hoe ervaren ouderen het zelf?

Omdat de anderen het al over een aantal onderwerpen hebben gehad, kijk ik even welke onderwerpen ik zelf nog aan de orde wil stellen. Dat is in ieder geval de taakherschikking, want daar maak ik me ernstige zorgen over. Dat de verschillende beroepsgroepen zo moeizaam met elkaar in gesprek zijn, is natuurlijk heel lastig. Het is tegelijkertijd wel heel belangrijk dat de gevolgen voor de patiënten goed in kaart worden gebracht. Ik zou daarom graag van de Minister horen hoe het staat met de onderlinge verhoudingen tussen de beroepsgroepen en de gesprekken daarover met de Minister.

Ik sluit me graag aan bij wat de vorige sprekers hebben gezegd over het tekort aan tandartsen. Dat is een aspect waar ook ik mijn zorgen over wil uitspreken. In het verlengde van de vragen van de SP en het CDA zou ik de Minister zelf willen vragen om met een monitor te komen om te bepalen wat er echt nodig is. Ik zou verder graag van de Minister horen hoe zij in het kader van de taakherschikking aankijkt tegen het inzetten van de mondhygiëniste. Ik denk daarbij vooral aan preventieve taken, want die zijn heel erg belangrijk. Preventie is echt ongelofelijk belangrijk voor de mondgezondheid van jongeren!

Voorzitter, daar wil ik het voor dit moment bij laten.

**De voorzitter:**

Ik zie dat niemand wil interrumperen en dat maakt het mogelijk om het voorzitterschap terug te geven aan mevrouw Dijkstra.

**Voorzitter: Pia Dijkstra**

**De voorzitter:**

We zijn hiermee gekomen aan het einde van de eerste termijn van de kant van de Kamer. Ik kijk even naar de Minister, want zij moet mij aangeven hoelang zij wil schorsen voor de voorbereiding van de beantwoording.

**Minister Schippers:**

De beleidsmedewerkers zullen ervan schrikken, maar ik zou meteen willen beginnen met de beantwoording.

**De voorzitter:**

Heel goed. Dan gaan we meteen door naar de beantwoording in eerste termijn door de Minister.

**Minister Schippers:**

Voorzitter. Ik begin met de opmerking dat de samenstelling van de bevolking verandert. De heer Rutte zei het al. We zien een heleboel gebeuren in de zorg en als je je dan afvraagt waardoor dat komt, denk je in eerste instantie aan het beleid. Er gebeurt echter wel degelijk wat in onze samenleving; zie maar hoe de samenstelling van de bevolking verandert. Die verandering heeft grote gevolgen voor de zorg, ongeacht het beleid. Het beleid dat we voeren, is erop gebaseerd dat we complexe zorg concentreren, omdat we zien dat de resultaten beter worden als de behandelende artsen een complexe behandeling vaker hebben gedaan. Het team raakt daardoor op elkaar ingespeeld en dat leidt ertoe dat de overlevingskansen stijgen.

Tegelijkertijd zetten we in op de deconcentratie van niet-complexe zorg. Dat vraagt nogal wat van de zorg in de buurt. Als gevolg van die deconcentratie gaat er niet-complexe zorg naar het regionale ziekenhuis. Daardoor heb je hier en daar een «anderhalfstelijs» centrum staan maar dat niet alleen: er komt daardoor ook ongelofelijk veel op de huisartsen af. Ik heb vaak gesprekken met huisartsen en die zeggen mij dan: alles goed en wel, maar ik heb dit vak niet gekozen om manager te worden; ik wil niet een miniziekenhuisje in de buurt worden.

De meeste huisartsen hebben inmiddels een POH-ggz en verschillende andere vormen van ondersteuning. Een POH-ouderenzorg is, gezien alle ontwikkelingen, ongelofelijk belangrijk. We hebben hier al eerder gesproken over de inzet van de ouderenspecialist in de eerste lijn. Dat soort ontwikkelingen is heel erg belangrijk, maar ik denk tegelijkertijd dat we nog wel wat uit te knobbelen hebben om het heel goed te organiseren in wijken en buurten. Je ziet in de praktijk – ik kan me dat goed voorstellen – dat het heel verschillend wordt georganiseerd omdat het afhankelijk is van de omgeving.

We zien in de hele zorg dat taakherschikking een belangrijk onderwerp is. In de discussies daarover merk je vaak dat artsen drempelvrees hebben als er sprake is van taken die moeten worden afgestaan aan verpleegkundigen. We hebben dat bijvoorbeeld gezien bij de verpleegkundig specialist en de physician assistant, maar niet alleen daar, ook bij de verloskundige in de gynaecologie. Een van de leden zei terecht dat dat spanningen heeft opgeleverd. Desondanks zie je dat het breed wordt toegepast.

Ik wil nu eerst dat we ook in de mondzorg met elkaar goed gaan bekijken hoe we het op zo'n manier kunnen doen dat beide beroepsgroepen elkaar beter kunnen vinden. Het is echt heel erg jammer dat het in deze sfeer wordt bediscussieerd. Dat wil ik toch gezegd hebben voordat ik concreet op de vragen over de mondzorg inga. Het is ook de reden waarom we in een bestuurlijk overleg met elkaar hebben afgesproken dat we alle dingen waarover geen overeenstemming bestaat, nog eens nauwgezet met elkaar gaan doorakkeren.

De heer Van Gerven had het in dit verband over manipulatie van een verslag, maar het ging daarbij om persoonlijke aantekeningen van een medewerker. Die worden inderdaad gelakt, want dat doen we nu eenmaal bij persoonlijke aantekeningen. Kloppen die? Dat weten we niet, want ze zijn niet rondgestuurd ter accordering. Het zijn echt gewoon persoonlijke aantekeningen geweest. Ik denk dat we uit die sfeer weg moeten komen en met elkaar moeten bekijken wat we daadwerkelijk kunnen betekenen voor de mondzorg.

Hoe kunnen we daar een echte slag maken? Laten we eerlijk zijn: mondhygiënist worden niet pas sinds een jaartje opgeleid om dit allemaal te kunnen doen; die worden al heel lang opgeleid om dit te kunnen doen. De eersten zijn al in 2006 afgestudeerd! Dat is al even geleden. Elf jaar! De beroepsgroep van de mondhygiënist heeft zich enorm ingespannen en om die positieve energie vast te houden, wil ik hen niet demotiveren. Zij moeten niet gaan denken: ik heb nu wel voor dit vak gekozen, maar kan ik er straks nog wel wat mee? Tegelijkertijd wil ik ook van tafel hebben dat de tandartsen zeggen: die opleidingen zijn niet gelijk en daar moeten we nu eerst naar kijken. Laten we alles open en bloot op tafel leggen en alles met elkaar goed doorakkeren. Dan kunnen we aan het einde van dat traject bekijken waar iedereen staat. Ik benadruk dat, omdat we dan in ieder geval het traject goed hebben gedaan. Ik zet me er nu dus voor in om dat nu eerst met elkaar te doen.

Voor een goede toekomst van de eerste lijn moeten we nu echt op zoek naar nieuwe oplossingen. Dat kan niet anders, want we krijgen nu eenmaal een kleinere beroepsbevolking. Dat betekent dat we aan de ene kant te maken hebben met een grote zorgvraag en aan de andere kant met minder beschikbare mensen door de krimp van de beroepsbevolking. Ik zet echt in op meer mensen voor de opleidingen. Dat is echt nodig! We

hebben meer spoedeisendehulpverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen nodig. Daarover is helemaal geen discussie. Ik ga er overigens niet over; ik doe het in samenwerking met mijn collega van Onderwijs. Er zitten grenzen aan en op een gegeven moment zullen we die bereiken. We zullen daarom op zoek moeten gaan naar innovatieve werkwijzen. Zijn er oplossingen te vinden in de e-health? Kunnen we misschien dingen integreren, bijvoorbeeld dat de cardioloog niet de nazorg doet in het ziekenhuis maar de huisarts in zijn huisartsenpraktijk of in een zorgcentrum? We zien in de oogzorg heel belangrijke ontwikkelingen, die kunnen leiden tot een enorme verlichting van de druk op de capaciteit. Dergelijke mogelijkheden zullen we daadwerkelijk moeten gaan inzetten. Mevrouw Wolbert zei terecht dat de eerste lijn heel vaak onderwerp van gesprek is geweest en ik voeg daaraan toe dat ik zeker weet dat dit de komende jaren in de Kamer ook onderwerp van gesprek zal blijven. Niet gisteren maar al in 2014 heb ik besloten om het Capaciteitsorgaan niet meer te laten kijken naar de initiële opleidingen, waaronder die tot tandarts. Dat zijn opleidingen en daarom beslis niet ik maar de Minister van Onderwijs hoeveel mensen er worden opgeleid. Ik heb dat op 21 januari 2014 aan de Kamer geschreven en dat is dus drie jaar geleden. Het Ministerie van OCW gaat over het aantal opleidingsplaatsen en ik ga dus niet zelf over het aantal opleidingsplaatsen voor verpleegkundigen, basisartsen en tandartsen. Dat valt echt onder Onderwijs. Ik ga over de vervolgoopleidingen voor medisch specialisten. De vraag hoeveel cardiologen er worden opgeleid, ligt bij VWS. Wat ga ik nog wel doen? Ik zal samen met Onderwijs een breed onderzoek uitzetten om een actueel en compleet beeld te krijgen van de capaciteit in de mondzorg. Daarbij zullen we kijken naar alle beroepsgroepen in de mondzorg, dus: tandartsen, mondhygiënisten én preventieassistenten. Verder wordt er daarbij rekening gehouden met de veranderende zorgvraag, want we krijgen nu eenmaal steeds meer ouderen en dus ook een steeds grotere vraag van ouderen naar mondzorg. Verder hebben we in de jeugd nog het een en ander te doen. We zullen dat onderzoek breed opzetten en daardoor liggen eind van het jaar de feiten op tafel. Op basis van die feiten kunnen we exacte keuzes maken, besluiten nemen en uitstippelen wie we waar gaan opleiden.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Ik heb een vraag ter verduidelijking. Gaat het dan vooral om de inzet van de curatieve capaciteit in een sector breed of kijkt de Minister ook naar wat er in preventief opzicht nodig is om überhaupt te voorkomen dat je al die curatieve inzet nodig hebt?

Minister **Schippers**:

Ik noemde al de preventieassistenten, maar we gaan dus gewoon breed bekijken wat er nodig is.

De NZa geeft aan dat er geen indicatie is dat de toegankelijkheid in de mondzorg is verminderd. De NZa zal dit de komende jaren blijven volgen. Door de taakherschikkingsgesprekken die wij nu voeren, de gesprekken over het experimenteerartikel en het brede onderzoek zullen wij daarover daadwerkelijk met aarde onder de voeten een besluit kunnen nemen, om het zo maar te zeggen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Ik wil toch nog even terugkomen op het weglakken in het verslag van die ambtenaar. De Minister zegt dat het een persoonlijke notitie is en dat het daarom is gebeurd. Voor zover ik het kan overzien, is het weggelakt in het verslag, dat wel is toegezonden aan de opleidingen van Amsterdam en Utrecht, omdat het verslag werd geïnterpreteerd als zijnde onjuist. De conclusie die de opleidingen trokken, was 180 graden anders dan de conclusie die het ministerie trok. Mijn vraag is gewoon of het ministerie

dat verslag openbaar kan maken. Iedereen kan er dan kennis van nemen en iedereen kan er dan gewoon over spreken. Ik weet dat de discussie tussen de mondhygiënisten en de tandartsen volledig gepolitiseerd is en om daaruit te kunnen komen, moet er volstrekte openheid zijn over de vraag wat er toen precies is besproken en wat precies de feiten en de cijfers zijn. Daarbij passen transparantie en openbaarheid en zeker geen discussie over de concrete vraag of de opleiding voor röntgenologie voor mondhygiënisten en tandartsen wel of niet dezelfde is. Het moet toch zeker allemaal volstrekt transparant en open zijn? Er mag toch zeker geen discussie over mogelijk zijn? Dat is wat ik de Minister zou willen voorhouden.

**Minister Schippers:**

Dat is ook zo. Natuurlijk is het te makkelijk gedacht dat wij ons op een verslagje zouden baseren. Natuurlijk baseren wij dat experimenteel daar niet op. Natuurlijk heb ik ook gezien dat die inhoudelijke onenigheid enigszins is geëscaleerd. Ik heb ook brieven gekregen van de ANT die ik nauwelijks publiek zou durven maken, want zo bot schrijven we normaliter geen brieven naar elkaar. We hebben dat met elkaar besproken en toen hebben we tegen elkaar gezegd: we moeten ook een stapje verder kunnen komen. Ik zet daar echt op in, want ik wil dat we een stap verder komen. Ik vraag de opleiders aan tafel. Ik vraag de experts aan tafel. Als de ANT of de KNMT er iemand anders bij wil hebben, kan dat, want wij boren het nu gewoon echt uit. Maar ik werp echt de suggestie verre van mij dat wij persoonlijke aantekeningen van een medewerker niet in het daglicht willen zetten omdat wij het zouden willen manipuleren of omdat er allerlei oneigenlijke dingen zouden zijn gebeurd. Zo moeten wij dat gesprek niet met elkaar voeren. Wij hebben regels in de wet opgenomen over wat je publiek mag maken in een WOB-procedure en wat je niet publiek mag maken in een WOB-procedure en daarom hebben wij die stukken op deze manier openbaar gemaakt. Ik ga geen persoonlijke notities eraan toevoegen. Wat ik wel zeg, is dat ik het ermee eens ben dat er geen verschil van inzicht moet zijn over wat er gewisseld is, wie erbij zaten en wie wat heeft gezegd. Dat is ook de reden waarom ik in het bestuurlijk overleg het hele opleidingspunt wil uitboren, met de experts van de opleidingen erbij, om met elkaar vast te stellen hoe de vlag erbij hangt.

**De heer Van Gerven (SP):**

Ik heb daar geen goed gevoel bij. We hebben op andere ministeries dat bonnetje van Teeven gehad. We hebben bij WOB-verzoeken altijd discussie over dingen die worden weggelakt of zwart gemaakt. Ik heb dat document. Wat verzet zich ertegen om het openbaar te maken? Die aantekeningen zijn toegestuurd aan Amsterdam, aan Utrecht. Wat belet ons om ze openbaar te maken en uit te discussiëren of ze kloppen en of er nog een aanpassing moet plaatsvinden? Dat vraag ik temeer omdat de Minister zich in haar communicatie naar de Kamer baseert op wellicht verkeerde aannames. En er zit dus nog een vervolg aan vast. In de brief die wij van de Minister kregen, staat letterlijk dat de opleiding röntgenologie voor mondhygiënisten en tandartsen identiek is, terwijl dat betwist wordt door de opleidingsinstelling. Die zegt dat de opleidingen niet identiek zijn. We krijgen wel dat verhaal van de Minister. Als dat hangt op zo'n brief, is het heel erg belangrijk om geen enkel misverstand te laten bestaan. Ik snap dat de Minister haar ambtenaren moet beschermen, maar ik denk dat hier niets bijzonders in het geding is en dat niets zich ertegen verzet om het stuk openbaar te maken, zodat we ook een fatsoenlijke discussie kunnen voeren.

**Minister Schippers:**



Niets belet u om het door een stencilmachine te gooien en het aan iedereen uit te delen aan wie u wilt. Ik heb mij aan de wet te houden. Ik kan tijdens een WOB-procedure ook geen eigenhandige aanpassingen doen. Dat ga ik dus ook niet doen. Er staat verder niets geheims in. Het zijn persoonlijke aantekeningen van een medewerker. Doe ermee wat u wilt. Mij kan het eigenlijk helemaal niets schelen. Wat ik belangrijk vind, is het bestuurlijk overleg dat wij gaan houden en waarin we in ieder geval over de feiten overeenstemming moeten krijgen. Wat zijn de feiten? Op basis van die feiten kun je andere besluiten nemen of tot andere standpunten komen. Dat kan. Dat moeten we daarna bekijken. Maar we moeten eerst over de feiten geen misverstanden laten bestaan. Ik ben ervaren genoeg om te weten dat als je vier experts op een rijtje zet, je vier verschillende adviezen krijgt. Dat zit er ook in. Iedereen kan z'n mensen aanleveren. Wij gaan dat inhoudelijk stap voor stap doen. Ik heb er zelf een enorme hekel aan, maar als partijen eraan hechten, als dat heel belangrijk is, gaan we overal verslagen van maken en moet iedereen daarna de notulen doorlezen en tekenen. Ik vind het allemaal prima. Waar het mij uiteindelijk om gaat, is dat wij een besluit nemen waarvan in ieder geval de partijen aan tafel zeggen: hier zijn wij het mee eens, feitelijk. Misschien met het besluit dat daarop volgt, maar wel over de feiten.

**De voorzitter:**

Kunt u iets zeggen over het termijn waarop het bestuurlijk overleg plaatsvindt?

**Minister Schippers:**

Dat loopt nu.

**De voorzitter:**

Dat loopt op dit moment.

**Minister Schippers:**

We hebben een eerste bijeenkomst gehad. Mij lijkt dat het niet heel erg lang hoeft te duren om feiten met elkaar vast te stellen. Ik hoor hier dat de volgende bijeenkomst op 15 maart is. Dan hoop ik in ieder geval een aantal stappen te zetten. Ik vind het lastig om een einddatum te noemen. Als iets wat langer nodig heeft, is dat ook niet erg. Het gaat uiteindelijk om het resultaat.

Ik hecht eraan te benadrukken dat mondhygiënisten al tien jaar op deze manier worden opgeleid en ervaring hebben opgedaan. Wij vinden sowieso de taakherschikking belangrijk. Nu zijn er drie elementen in de taakherschikking. Over één ervan bestaat helemaal geen discussie. Over de twee andere wel. Ik zou eerst het overleg verder willen voeren. Gaat het hierbij over kosten? Dit gaat ook over de doelmatige inzet van de capaciteit. Dit gaat ook over de juiste persoon met de juiste opleiding op de juiste plek. Het gevolg daarvan is dat tandartsen dan veel complexere dingen krijgen, waar zij dan weer meer tijd en aandacht voor hebben. Hoe kan de preventie in de mondzorg worden verbeterd? Ik denk dat die verbeterd moet worden. Mevrouw Wolbers zei ook al dat het dood- en doodzonde is dat kinderen gratis naar de tandarts kunnen, maar toch niet gaan. Zij verwees ook naar GigaGaaf!, een project onder leiding van ZonMw dat gericht is op het vroegtijdig leiden van ouders en kinderen naar de tandarts of de mondhygiënist. Dat wordt uitgevoerd samen met de consultatiebureaus. Ik zal ZonMw ook expliciet vragen om hier vervolgstappen op te zetten, want je kunt iets hebben wat het in een regio goed doet, maar – die vraag komt vaker terug – hoe overtuig je dan andere regio's om dat over te nemen? Ik ga ZonMw ook vragen om de kennis die in deze projecten is opgedaan, te vertalen naar de andere consultatiebureaus. Ik zal de Kamer verslag doen over hoe ZonMw dat gaat doen en op welke termijn.

De heer Van Gerven vroeg of de mondhygiënisten dezelfde kostenvergoeding krijgen als tandartsen. De tarieven op grond van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) zijn functioneel en niet gekoppeld aan de soort behandelaar.

Wanneer komen de richtlijnen? Het Kennisinstituut Mondzorg (KiMo) streeft ernaar om de eerste richtlijn eind van dit jaar gereed te hebben. De Gezondheidsraad had er ook op gewezen dat die richtlijnen echt nodig waren. Er is al een richtlijn voor jeugdmondzorg, vooral gericht op preventie. Deze richtlijn wordt geactualiseerd en hanteerbaarder gemaakt. Het is ongelofelijk belangrijk dat we de richtlijnen van de grond krijgen. We hebben nu dat instituut. Ik vind het al heel goed van de sector dat die stap gezet is. Nu is het zaak om ervoor te zorgen dat we de richtlijnen echt van de grond gaan krijgen.

De heer **Rutte** (VVD):

Het is goed dat het KiMo laat weten dat de richtlijnen eind van het jaar gereed zijn. Ik heb een vraag over de samenhang der trajecten. Aan de ene kant is de Minister in intensief bestuurlijk overleg met alle partijen om elkaar weer een beetje te verstaan; zo voel ik het maar. Ik denk dat het moet kunnen, want in de gesprekken die ik heb gevoerd, lijken de standpunten niet wereldwijd uit elkaar te liggen. Toch is het nodig om het gesprek te voeren. Aan de andere kant wordt er aan een richtlijn gewerkt. Het zijn twee aparte trajecten, maar die raken elkaar ook weer ergens. Kan de Minister aangeven hoe dat samenhangt? Of is er helemaal geen samenhang?

Minister **Schippers**:

Het eerste punt gaat over de taakherschikking. Wat ik belangrijk vind, zijn de richtlijnen. De professionals in Nederland stellen zelf vast wat goede zorg is volgens de stand van de wetenschap. Dat moet echt veel meer van de grond komen. Ik ben ongelofelijk blij met het KiMo, dat aan de slag is op basis van een experimenteerartikel. Het is van groot belang dat richtlijnen van de grond komen waarin omschreven staat wat goede zorg is en hoe je die verleent.

De heer **Rutte** (VVD):

Daar waar de Minister alle partijen gezamenlijk aan tafel heeft, heb ik ze elk apart aan tafel gehad. Ieder gesprek begon met: wij staan voor goede zorg voor de patiënt. Ik geloof overigens dat iedereen dat uitgangspunt hanteert. Tegelijkertijd lag de taakherschikking heel erg moeilijk. Als aan de ene kant van de tafel een richtlijn wordt gemaakt en tegelijkertijd aan de andere kant van de tafel over de taakherschikking wordt gepraat, komt dat dan op een goed moment wel bij elkaar? Het moet niet zo zijn, zoals de Patiëntenfederatie mij zei, dat de richtlijn de basis gaat vormen voor een definitief oordeel over de taakherschikking.

Minister **Schippers**:

Ik wil dat proces niet nog meer belasten. We zijn nu tien jaar bezig met taakherschikking. Het gaat er niet om of de taakherschikking snel gaat of niet. Die richtlijnen moeten er gewoon komen. Ik wijs op de ervaringen met het experimenteerartikel rond de physician assistant en de verpleegkundig specialist, maar ook op de richtlijnen die huisartsen hebben. Maar ja, die hebben ook een POH en ze krijgen straks weer een POH ouderenzorg, een POH somatiek, en ggz. Dat wil niet zeggen dat de richtlijnen die erachter zitten, daarvan moeten afhangen. Het is een proces. Die richtlijnen hebben we echt heel erg hard nodig. Ik wil niet dat het een op het ander gaat wachten. Beide trajecten hebben tempo nodig. Voorzitter. Over de röntgenopleiding hebben we afgesproken dat we 15 maart gaan bespreken of die wel of niet verschillen.

Over de richtlijn wil ik nog zeggen, in antwoord op de heer Rutte, dat er primair aandacht zal worden besteed aan klinische richtlijnen in relatie tot mondzorg voor ouderen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Er is een vraag gesteld over het Capaciteitsorgaan. Is de Minister bereid om een nieuw advies mondzorg te laten opstellen door het Capaciteitsorgaan? Het laatste mondzorgadvies is uit 2013. Ik vraag dit ook in het kader van de hele discussie over de hoeveelheid tandartsen en mondhygiënisten die we nodig hebben in Nederland.

Minister **Schippers**:

Ik ben daar mijn inleiding mee begonnen. Ik zet een breed onderzoek uit naar tandartsen, mondhygiënisten en preventieassistenten, dus de brede capaciteit van de mondzorg. Dat is eind van dit jaar klaar.

De heer **Van Gerven** (SP):

Dat wordt uitgevoerd door het Capaciteitsorgaan?

Minister **Schippers**:

We zijn in overleg met het onderwijs. We doen het samen met Onderwijs, omdat dit primair op het onderwijsterrein ligt. Dat ministerie bekijkt zelf wie het onderzoek het beste zou kunnen uitvoeren.

De **voorzitter**:

Vooruit, mijnheer Van Gerven, nog één korte vraag.

De heer **Van Gerven** (SP):

We kregen altijd mondzorgadviezen van het Capaciteitsorgaan om de twee à drie jaar. Is de Minister bereid om dat te herintroduceren, los van het brede onderzoek, waar ik mij natuurlijk niet tegen verzet? Ik denk dat dat gewoon goed zou zijn voor nu en voor de toekomst.

Minister **Schippers**:

Ik heb toegezegd dat er een breed onderzoek wordt gedaan naar de mondzorg. Het besluit dat drie jaar geleden is genomen en ook drie jaar geleden met de Kamer is gecommuniceerd, was dat we het Capaciteitsorgaan niet meer inschakelen voor initiële opleidingen. Dat is dus veel breder dan alleen mondzorg. Die keuze hebben we gemaakt. Ten aanzien van de mondzorg heb ik nu een breed onderzoek toegezegd.

We krijgen meer kwetsbare ouderen in Nederland. Daar hebben we het net al over gehad rond de spoedeisende hulp. Kwetsbaarheid van ouderen is overal in de zorg zichtbaar door het beleid. Maar dat is niet alleen als gevolg van het beleid. Het is ook het gevolg van het gewoon langer thuis blijven wonen. Het aantal thuiswonende 80-plussers stijgt gestaag in een vaste lijn. Vier van de vijf 80-jarigen woont thuis. Dat betekent wel – dat heb ik zelf ook gezien – dat als een 90-jarige mevrouw met hulp van haar 92-jarige buurvrouw de ramen gaat wassen op een trapje, er weleens iets heel erg mis kan gaan. Dan komt iemand die kwetsbaar is en letsel oploopt, in het ziekenhuis. Dan zegt het ziekenhuis: deze kwetsbare dame kunnen wij medisch-specialistisch niet verder helpen. Ze is dan niet goed genoeg om terug naar huis te gaan. Dan krijg je, wat je nu ook in verschillende huizen ziet, dat de spoedeisende hulp verstopt raakt.

Daar hebben we de eerstelijnsbedden voor in het leven geroepen. De contractering op eerstelijnsbedden ligt op schema. We hebben ongelukkig veel meer geld vrijgemaakt voor eerstelijnsbedden. Ik geloof dat we tegen de 100 miljoen begonnen en we zitten nu op 250. Op verzoek van de Kamer hebben we ook een quickscan gedaan. We doen nu ook een grondig onderzoek naar aanleiding van wat wij in een regio te horen

kregen. De zorgverzekeraar zei «wij hebben eerstelijnsbedden gecontracteerd», maar een aantal aanbieders zei daar niets van te merken. Nu zijn we op detailniveau aan het kijken wat is gecontracteerd en wat niet. Daar krijgen we dus veel gedetailleerder inzicht in. Wij hebben natuurlijk een andere manier van zorgopbouw voor ogen. Het is wel zaak dat een en ander gelijke pas houdt. Wij hebben in ieder geval gezegd dat het niet aan het budget kan liggen. Het is namelijk van belang dat die eerstelijnsbedden worden opgebouwd.

Het is ontzettend belangrijk dat wij inzicht hebben in de beschikbaarheid van de bedden, zodat de patiënt op het juiste moment kan worden doorgestuurd. Ik heb dat net in het mondelinge vragenuurtje ook gezegd. In Noord-Nederland heb je daar een prachtig realtime inzicht in. In het afgelopen halfjaar is de drukte op de spoedeisende hulp steeds toegenomen. Wij zijn bij het Vlietland gaan kijken toen dat 's nachts tijdelijk dicht moest wegens gebrek aan spoedeisendehulpverpleegkundigen, omdat die zwanger of anderszins niet in de running waren. Wij hebben toen ontdekt dat het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorgketen) daar eigenlijk niet functioneerde zoals wij willen dat het functioneert. In het ROAZ moet alles en iedereen bij elkaar komen, het liefst voordat er knelpunten ontstaan. Mensen moeten met elkaar bespreken hoe zij het doen in de keten. Ik ben ook naar Alkmaar geweest. Daar zit iedereen aan tafel. Iedereen heeft er inzicht in wie wat doet en hoe men met elkaar samenwerkt. Ook daar is het druk. Ik ga dat helemaal niet bagatelliseren. Het is gewoon overal druk. Je ziet echter wel dat het daar beter opgevangen wordt. In regio's waar het ROAZ minder functioneert, is dat minder. Als wij ergens met het praktijkteam komen, proberen wij dus meteen een ROAZ te activeren, zodat men afspraken met elkaar kan maken en elkaar daadwerkelijk weet te vinden.

Ik heb met de zorgverzekeraars afgesproken dat zij ervoor zorg dragen dat er één regionaal loket wordt ingericht waar men terecht kan met vragen over vervolgzorg voor patiënten. Dan is er dus één loket en hoef je niet de een na de ander af te bellen. Op de website van het Praktijkteam Zorg op de juiste plek staan goede voorbeelden van hoe dit opgepakt kan worden. Ik heb de Nederlandse Zorgautoriteit gevraagd in maart een update van de quickscan te leveren, met daarin bijzondere aandacht voor de manier waarop de aanbeveling over de coördinatieopgaven is opgevolgd door zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Mevrouw Bruins Slot heeft gevraagd wie verantwoordelijk is voor het zoeken naar de juiste plek voor kwetsbare ouderen. Degene bij wie de patiënt op dat moment is, heeft de verantwoordelijkheid voor de patiënt en kan die ook niet afschuiven, totdat hij de patiënt ook daadwerkelijk heeft overgedragen.

Mevrouw Bruins Slot heeft gevraagd of ik in het onderzoek meeneem of het afschaffen van de crisisregeling van de Wet langdurige zorg nieuwe vergeten groepen kan opleveren. Dat nemen wij mee. We bekijken de mogelijke oplossing voor alle mensen die nu gebruikmaken van de eerstelijnsbedden en de crisisbedden in de Wet langdurige zorg. Bij de laatste categorie horen ook de mensen met een volledig pakket thuis. Voor de zomer komt er een reactie naar de Tweede Kamer.

Hoelang gaat het probleem van kwetsbare ouderen duren? Deze verschuiving is nu heel zichtbaar, extra zichtbaar omdat we op de spoedeisende hulp ook de griep hebben en een aantal ziekenhuizen geconfronteerd worden met een aantal virussen. Dat maakt het extra zichtbaar. Dat voert de druk op, wat ook wel kan helpen om dingen te versnellen. Ik denk dat dit de komende periode de verschuiving in onze samenleving gaat zijn. Wij zullen ons daar allen op moeten voorbereiden. In het bestuurlijk overleg van de medisch specialistische zorg van 13 februari is met betrokken partijen, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de NFU en het Zorginstituut Nederland, gesproken over deze problematiek. Alle aanwezigen hebben het belang van de regionale

aanpak gesteund en gezegd dat zij hun medewerking zullen verlenen aan het oplossen van de problemen in de regio.

De NZa komt met een quickscan. Ik heb al in een brief geschreven dat we in mei ook de verdiepende gegevens hebben. Dan kunnen we veel concreter zien wat waar nodig is en wat versterkt moet worden.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Was dit het einde van het blokje «kwetsbare ouderen»?

De **voorzitter**:

Dat vragen we aan de Minister.

Minister **Schippers**:

Dit staat natuurlijk niet helemaal los van bijvoorbeeld de vraag van de woordvoerder van D66 of de praktijkondersteuner ouderen vaker moet worden ingezet, maar wat de keten betreft was dit het laatste punt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik dank de Minister omdat ze op een aantal punten helderheid heeft geboden. Het CDA maakt zich er wel grote zorgen over hoe kwetsbare ouderen laagdrempelig tussentijdse zorg kunnen krijgen. De huisarts heeft daar natuurlijk een heel belangrijke rol in. Twee jaar geleden schreef de Minister in een brief over het eerstelijnsverblijf al dat de huisartsen die bedden niet kunnen vinden. In de afgelopen weken waren er weer signalen dat huisartsen die bedden nog steeds niet kunnen vinden en dat er veel administratieve drempels zijn om op een laagdrempelige manier toegang te krijgen tot die eerstelijnsbedden. Hoe kunnen we ervoor zorgen dat huisartsen sneller toegang hebben en sneller toestemming krijgen om zo'n eerstelijnsbed aan een patiënt te geven?

Minister **Schippers**:

We hebben niet voor niets dat ene loket ingezet. Dat is belangrijk. Een huisarts hoeft dan niet rond te bellen en zelf te zoeken, maar belt naar dat ene loket. Dan weet hij of die plek er is. Het hangt wel heel erg van de regio af. Ik heb ook met huisartsen gesproken die zelf, met elkaar, eerstelijnsbedden hebben georganiseerd. De eerstelijnsbedden zijn bedoeld voor mensen die niet in het ziekenhuis thuishoren en hierdoor snel uit het ziekenhuis kunnen gaan. Ze zijn er echter ook zeer voor bedoeld om te voorkomen dat mensen in het ziekenhuis terechtkomen als ze daar niet horen. Het verschilt dus van regio tot regio. Dat zal waarschijnlijk ook blijken als we in mei dat overzicht hebben. Dat ene loket moet er echter voor zorgen dat niemand zich een slag in de rondte moet bellen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Dan is het goed om nog even door te vragen op dat ene loket. De Minister bedoelt daarmee dat regionale loket waarnaar de huisarts kan bellen als hij een bed nodig heeft. Zijn die loketten er al? Als die er nog niet zijn, op welke termijn zijn ze er dan wel? Is er dan ook eenduidigheid in hoe je die bedden aanvraagt? Zorgverzekeraars zullen waarschijnlijk in de backoffice zitten van dat regionale loket. Het is mooi als er landelijk dezelfde lijn wordt gehanteerd.

Minister **Schippers**:

Dat ene loket moet er zicht op hebben waar de bedden zijn. Bij dat loket weten ze waar de bedden vol zijn en waar er nog ruimte is. Dan sturen ze iemand dus niet naar A, want daar komt hij voor een dichte deur te staan, maar meteen naar B, omdat daar ruimte is. De verzekeraar moet daarvoor zorgen. In de ene regio zal de verzekeraar het bij zichzelf hebben, in de

andere regio ligt het misschien bij de grootste aanbieder. In ieder geval is de verzekeraar er verantwoordelijk voor dat dat ene loket er komt.

**De voorzitter:**

Nog eentje dan, mevrouw Bruins Slot.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik heb een korte vraag. Kan de Minister zeggen op welke termijn dit gebeurt? Kan zij een overzicht sturen naar de Kamer van de loketten die wij straks over Nederland hebben?

**Minister Schippers:**

In mei stuur ik de brief naar de Kamer die ik heb beloofd naar aanleiding van de motie van mevrouw Bruins Slot en mevrouw Volp. Naar aanleiding van die motie heb ik voorgesteld om eerst een quickscan te doen, omdat die verdiepingen te lang duurden. Ik zal tegelijkertijd met het opleveren daarvan een beeld schetsen van de loketten per regio.

De huisarts krijgt steeds zwaardere zorg op zijn bordje. Om ervoor te zorgen dat de huisarts geen overload krijgt, is de POH-ouderen belangrijk. Het is belangrijk dat een huisarts die in dienst kan nemen. Sommige huisartsen hebben die ook. In het bestuurlijk akkoord eerste lijn hebben we extra groei toegekend aan de eerste lijn, 2,5%, om de toenemende zorgvraag op te kunnen vangen. Daarmee kan men het doen op de manier waarvoor men zelf kiest. Het is belangrijk om aan te geven dat de huisarts er niet alleen voor staat.

Het aantal POH's-ouderen groeit gestaag, maar niet zo hard als het aantal POH's-ggz. Dat is enorm hard gegaan, eerlijk gezegd veel harder dan ikzelf had verwacht. In de eerste lijn moet er een team zijn waarin het sociale domein, de wijkverpleegkundige, de POH-ouderen en de huisarts elkaar goed weten te vinden en als het ware een netwerk vormen in die buurt. Daar hebben ze allen hun eigen rol in. De specialist ouderengeneeskunde is er ook aan toegevoegd. In de Kamer is dit verschillende keren ter sprake gebracht. Er is dus extra budget beschikbaar gesteld voor de specialist ouderengeneeskunde. Daarnaast is er ook de praktijkondersteuner in het eerstelijnsverblijf. Dat is het palet waar we nu op inzetten.

**De voorzitter:**

Ik geef mijzelf toestemming om namens de D66-fractie een vraag te stellen. U zegt dat er groeimogelijkheden zijn en dat het nog lang niet overal aan de orde is. Hoe wordt dit georganiseerd? Waar ligt het initiatief? Waar moet het vandaan komen? In de eerste lijn heb je zo langzamerhand heel veel verschillende vormen van samenwerking. Je hebt de wijkteams, maar ook de GIDS-gelden (Gezond in de Stad-gelden), waarin teams en alle verschillende zorgaanbieders elkaar moeten vinden. Past dit daarin? Of staat het apart ervan?

**Minister Schippers:**

Uiteindelijk wordt de eerste lijn vormgegeven doordat een verzekeraar een aanbieder contracteert. Zo'n beetje alle huisartsen krijgen inmiddels meerjarencontracten. Dat is ook belangrijk, omdat je dan kunt zien waar je staat. Je ziet een bevolkingsontwikkeling in een wijk of een buurt en je ziet welke kant die opgaat. Dan kun je afspraken maken over hoe je een en ander misschien niet in één jaar, maar in een aantal jaren gaat faciliteren. Je ziet dat er door die contracten steeds meer een heel netwerk ontstaat in de buurten. Vergeleken met een paar jaar geleden is het heel erg veranderd. Dat zie je als je op werkbezoek gaat. De wijkverpleegkundige is terug in de wijk en er zijn wijkteams gekomen. In de ene wijk gaat het beter dan in de andere. Wat daar doorheen fietst, is dat er soms ongelofelijk veel thuiszorgorganisaties actief zijn in één wijk. Dat is jammer. We hadden daar een oplossing voor, maar die is helaas afgewezen. Daar hoor

ik weleens klachten over als ik in een wijk ben. Als er tientallen organisaties zijn, is het samenwerken lastiger. Toch is het de opdracht om een en ander in de wijken beter met elkaar te verbinden.

Hetzelfde geldt voor de sociale wijkteams. Daar moet ggz-kennis in zitten. Die zit nog niet in ieder wijkteam, maar moet er echt in komen. Het zijn natuurlijk dingen die heel jong zijn en die zich moeten ontwikkelen. Die hebben enorme potentie om het in de wijken beter te doen. Daar speelt de verzekeraar natuurlijk een grote rol in, ook in zijn contractering.

**De voorzitter:**

Gaat u verder.

**Minister Schippers:**

Wat ga ik doen aan de tekorten in de regio Noordoost-Nederland?

Verzekeraars hebben een zorgplicht. Ik weet dat het moeilijk is, niet alleen in Noordoost-Nederland, maar bijvoorbeeld ook in Zeeland, bij Terneuzen. Hoe heet het daar?

**Mevrouw Wolbert (PvdA):**

Zeeuws-Vlaanderen.

**Minister Schippers:**

Ja, Zeeuws-Vlaanderen. In Zeeuws-Vlaanderen is het ook heel lastig met de tekorten. Ik heb gevraagd wat men eraan probeert te doen. Het grootste probleem is werk vinden voor de partner. Ik heb ook met een aantal mensen in Zuidoost-Drenthe gesproken over de vraag hoe je het in die regio beter kunt doen. Ik ben er zelf opgegroeid, dus het is heel grappig om te zien hoe de dingen daar veranderen. Een aantal huisartsen gaat met pensioen. Dat moet opgevangen worden. Het is ongelofelijk moeilijk. Misschien moet je bekijken of je voor de partner ook leuk werk kunt regelen. Dat is echt een belangrijk obstakel. Het zit veel minder in de zorg, maar in de sociale omgeving eromheen.

**Mevrouw Wolbert (PvdA):**

De Minister, ik en diverse andere Kamerleden hebben daar in de afgelopen jaren echt vaak aandacht voor gevraagd. Alleen is tot dusver de vraag steeds omgekeerd gesteld, namelijk: wat kunnen we in de regio doen zodat artsen zich daar vestigen? Dan kwam ook altijd die partner langs. Uit het onderzoek van Medisch Contact komt iets interessants naar voren, namelijk dat artsen zich zo lang moeten specialiseren dat hun kinderen en hun gezinnen al gesetteld zijn. Dit is dus de reden waarom ze niet meer verhuizen. De lijn is: daar waar je opgeleid wordt, blijf je. Als je dat omzet naar regio's in het land, zie je dat mensen die zijn opgeleid in het noordoostelijke deel, daar blijven, net zoals dat gebeurt in de rest van Nederland. De conclusie moet dus zijn dat er in die regio's structureel te weinig opgeleid wordt, want er is een structureel tekort. Nu is mijn vraag aan de Minister of zij hiernaar goed wil kijken, als verklaring voor het structurele tekort. Daarbij gaat het dus niet om de partners die niet willen en geen werk hebben. Als je daar eenmaal opgeleid wordt, blijf je daar. Dat geldt ook voor het noorden. Het noorden en oosten zijn de enige regio's in heel Nederland waar die tekorten blijven bestaan. We hebben altijd gedacht dat artsen uit andere regio's daar wel naartoe zouden gaan, maar dat is dus niet zo, want die blijven in hun regio.

**De voorzitter:**

Ik denk dat uw vraag voldoende toegelicht is.

**Minister Schippers:**

Het is overigens niet alleen zo in het noorden. Er zijn overal activiteiten om het aantrekkelijk te maken. In Oost-Groningen is een bustour

georganiseerd om jonge huisartsen de mogelijkheden van het gebied te laten zien. In Noord-Holland-Noord is een matchingsprogramma opgezet. In Drenthe zijn extra anderhalvelijnscentra ingericht. Men probeert het dus wel. In Groningen is overigens wel een medische opleiding. Dat is dus al anders dan in Noord-Holland-Noord, dat zo'n opleiding bijvoorbeeld niet heeft. Ik zal bekijken of wij daar iets mee kunnen, mede naar aanleiding van dat artikel, maar in de praktijk is dat ontzettend lastig en heel weerbarstig. Een van de eerste casussen toen ik aantrad als Minister – ik weet dat nog heel goed – was: mag een verpleegkundig specialist een praktijk draaiende houden in Friesland als hij de huisarts inschakelt als er iets is waarvoor echt een huisarts nodig is? Dat soort oplossingen trof je daar aan.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Natuurlijk zijn er al die programma's om het aantrekkelijker te maken om naar die regio's te verhuizen. Die ken ik ook: ik heb proefwonen en proefwerken allemaal voorbij zien komen. Wat nou zo interessant is aan het onderzoek van Medisch Contact, is dat het er volgens de resultaten niet om gaat om een regio aantrekkelijker te maken, maar om voldoende regionale opleidingscapaciteit te organiseren, want mensen die daar eenmaal studeren, blijven daar vaak. Dat is sneu voor Zeeuws-Vlaanderen omdat daar geen universiteit is. Ik hoor mevrouw Bruins Slot zeggen dat je daar wel het University College Middelburg hebt. Mijn punt is: verhoog de regionale capaciteit waar er tekorten zijn, want dat kon weleens een deel van het antwoord op de zoektocht zijn. De Minister zegt dat zij ernaar wil kijken, maar wat bedoelt zij daar precies mee?

Minister **Schippers**:

Ik neem dat mee. Ik kan bezien of dat voor een deel van Nederland bijdraagt aan een oplossing, want voor het andere deel van Nederland geldt dat wij daar geen instellingen met medische opleidingen gaan neerzetten. Ik zal het erbij betrekken.

Voorzitter. Ik kom op de stage in de wijk: er is gevraagd om die te verbreden en er misschien een financiële incentive tegenover te stellen. Dat ging over de wijkverpleegkundige. Ik ken de pilot niet, maar het lijkt mij iets wat een enorme bijdrage kan leveren. Ik kan mij voorstellen dat het enthousiasmeert. Ik ben dus bereid om samen met de Minister van Onderwijs na te gaan wat de knelpunten zijn, waarom het niet in andere delen ook gebeurt. Ik zal dus ook daarnaar kijken. Er is wel een stagefonds. Zorginstellingen die een stageplaats bieden aan studenten, kunnen achteraf uit dit fonds een bijdrage krijgen voor de kosten van de stagebegeleiding. Ik neem dit idee mee.

Mevrouw Bruins Slot vroeg namens de ChristenUnie hoe het staat met het actieplan casemanagement. Op dit moment wordt gewerkt aan rust en herstel. Dat betekent dat niemand casemanagement verliest en dat partijen samen de wachtlijsten in de regio wegwerken. Hiervoor is een signaalteam opgezet, dat op dit moment negentien signalen heeft ontvangen. Het kost natuurlijk tijd om die op te lossen, maar daar wordt aan gewerkt. In het algemeen overleg over de Wmo, de wijkverpleging en de palliatieve zorg heeft de Staatssecretaris toegezegd dat in maart een brief aan de Tweede Kamer gestuurd zal worden, waarin de precieze stand van zaken van het actieplan wordt toegelicht en de wachttijden inzichtelijk worden gemaakt. Een overzicht van de signalen die het signaalteam heeft ontvangen, zal hier ook in opgenomen worden.

De **voorzitter**:

Mevrouw Bruins Slot heeft een vraag.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):



Die vraag is niet gesteld namens de ChristenUnie, maar door het CDA en de ChristenUnie samen.

Minister **Schippers**:  
Oké.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

«Namens» kan natuurlijk ook, maar mevrouw Dik-Faber en ik trekken samen op voor betere zorg wat betreft casemanagement en casemanagers voor dementie. Fijn dat in de brief de signalen en de daadwerkelijke oplossingen zullen worden opgenomen, maar maart is een lange maand. Gaan we maart echt redden of niet? Wordt het begin of eind maart? Dat vraag ik mede omdat veel van de problemen best dringend zijn.

Minister **Schippers**:

Er staat hier «in maart». Dat heeft de Staatssecretaris toegezegd, dus voordat die maand om is, zal de brief in ieder geval bij de Kamer liggen. In maart dus.

Een derde van de zorg hoeft niet in het ziekenhuis. Ik ben het op dat punt met mevrouw Wolbert eens. Als we tien jaar geleden al de zorg die daar nu gegeven wordt, op de eerste lijn hadden gezet, was het ongelofelijk moeilijk geworden. Dat is iets wat moet groeien. Het is heel belangrijk om op een gegeven moment die omslag te maken, maar ik denk niet dat het overal al in deze mate zou kunnen; het gaat om een derde van de zorg. We hebben in de hoofdlijnenakkoorden ingezet op substitutie. Ik vind het te kort door de bocht om te zeggen dat dat niet van de grond is gekomen. Dat is niet zo. Er is wel gesubstitueerd, maar wij hebben het geld de zorg laten volgen. Ik heb al vaker gezegd dat je het moet omdraaien, wil je hier echt massa mee krijgen: je zult het geld moeten verschuiven en dan volgt de zorg vanzelf. Dat is niet meer aan dit kabinet, maar aan een volgend kabinet. Dat zou een belangrijk besluit kunnen zijn om dit daadwerkelijk van de grond te krijgen. Er zijn ongelofelijk veel goede initiatieven in dit land die voor de patiënt kwaliteit van leven – die is heel belangrijk – en service betekenen, bijvoorbeeld dat je dichtbij dingen kunt halen. Er kan heel veel. Als je dit echt wilt, zul je het moeten omdraaien. Ondertussen loopt het gewoon door. Er wordt nog steeds gewerkt aan een gezamenlijke lijst en budget tussen de zorgverzekeraars, medisch-specialistische zorg en de eerstelijnsparitij. In maart krijg ik hier weer een voorstel voor, maar nogmaals: als je dit echt van de grond wilt krijgen, moet je het omdraaien. Dat is mijn inzicht, maar als er een beter inzicht is, hoor ik dat graag.

Zou de inkoop van zorgverzekeraars niet anders kunnen? Dat was een vraag van de heer Rutte. Die vraag is eigenlijk dezelfde. Het zijn eigenlijk voortdurend dezelfde vragen. We zijn bezig met een hoofdlijnenakkoord voor 2018. Daarin zal dit ook een onderwerp zijn. Wil je dit massaal doen, dan zul je dit in een breder hoofdlijnenakkoord moeten doen, want zo'n hoofdlijnenakkoord is geven en nemen. Wij zullen het er in 2018 ook onderdeel van laten zijn; we zullen zien hoever we daarmee komen. Hoe verspreid je goede voorbeelden? Dat vind ik wel de million dollar question. We zien dat op een heleboel terreinen. We hebben in het ministerie capaciteit verschoven van het maken van nieuwe plannen naar het toepassen van wat er allemaal al is. Wij hebben echt heel veel capaciteit verschoven. Dat is ook zichtbaar in de praktijk. Zo is er bijvoorbeeld het signaleringsteam. Wij proberen dat omdat zorgverleners het onderling moeten doorgeven en overnemen. «Not invented here» is ook de zorg niet vreemd. Wij besteden daar heel veel aandacht aan. Ik heb dat ook in het innovatieoverleg gezegd. We hebben bijvoorbeeld het «fast track»-initiatief. We proberen de implementatie echt veel meer aandacht te geven. Voor implementatie van goede initiatieven doet de NZa ook

onderzoek naar succes- en faalfactoren van nieuwe initiatieven. Dat is in het najaar van 2017 klaar. Dat zou ook nog weleens interessant kunnen zijn.

Ik moet nog één ding rechtzetten. Ik heb gezegd dat ik in 2014 de Tweede Kamer een brief heb geschreven over het Capaciteitsorgaan, maar ik heb die brief natuurlijk geschreven aan het Capaciteitsorgaan. De correspondentie tussen het Capaciteitsorgaan en mijzelf heb ik nog nooit naar de Kamer gestuurd. Ook in dit geval heb ik dat dus niet gedaan.

**De voorzitter:**

Deze correctie is genoteerd. Ik kijk voor de tweede termijn naar de collega's. Het woord is aan ...

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Mag ik een punt van orde maken?

**De voorzitter:**

Ja, u mag een punt van orde maken.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Een heel dierbare collega van mij neemt nu afscheid. In de tien jaar dat ik in de Kamer zit, heb ik nooit een AO eerder verlaten.

**De voorzitter:**

Het moet toch een keer gebeuren, wilde u zeggen.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Nee, daar moet je dus een goede reden voor hebben, wilde ik zeggen, maar die heb ik dus. Ik hoop dat u allemaal begrijpt dat ik nu de vergadering verlaat om mijn collega, die na veertien jaar afscheid neemt, de hand te schudden.

**De voorzitter:**

Wij begrijpen dat en nemen hier afscheid van u.

Mevrouw **Wolbert** (PvdA):

Dank voor het begrip. Ik voel dat we elkaar in een VAO misschien wel weer tegenkomen.

**De voorzitter:**

Dat zou zomaar eens kunnen.

De heer **Van Gerven** (SP):

Voorzitter. Ik kom op het geheime gapende gat in de mondzorg. De Minister heeft nu weer een nieuw onderzoek aangekondigd, maar zij is eigenlijk niet ingegaan op het aantal nieuw geregistreerde tandartsen met een buitenlands diploma. Ik heb hier een grafiekje. Daarin is te zien dat er in 2000 100 en in 2016 264 tandartsen van buiten komen, met een buitenlands diploma. Is dit normaal? Ik maak even een uitstapje naar de huisartsen. We hebben 12.000 huisartsen, geloof ik; het zijn er in ieder geval een heleboel. Stelt u zich eens voor dat de helft van alle huisartsen uit het buitenland zou komen. Daar zouden wij geen goed gevoel bij hebben. Dan zouden wij denken: we doen iets niet goed met onze opleidingen. Natuurlijk mogen er ook artsen van buiten komen – dat is het probleem niet – maar als de verhoudingen zo extreem verkeerd zijn, moet je constateren dat er iets mis is. Is de Minister het eens met de Minister-President, die zegt dat er in Nederland te weinig tandartsen worden opgeleid? Dat heeft hij kennelijk in Arnhem publiekelijk verklaard. De Minister heeft gezegd dat zij onderzoek wil laten doen. Wordt daarbij in principe uitgegaan van tandartsen die wij hier opleiden en worden bij de

analyses niet de buitenlandse tandartsen betrokken die nu vanuit het buitenland hiernaartoe worden gehaald? Als we dat namelijk doen, wordt het probleem alleen maar groter en wordt het vraagstuk niet opgelost.

**De voorzitter:**  
Wilt u afronden?

De heer **Van Gerven** (SP):  
De principiële vraag is: wat vindt de Minister ervan dat die verhouding zo extreem scheef is?

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):  
Voorzitter. Het is goed om te horen dat de Minister een grotere rol ziet voor preventie in de mondzorg. Dat vindt het CDA ook. Daar moet meer werk van gemaakt worden. Het valt mij echter op dat de Minister alleen de kinderen als voorbeeld geeft op een gebied waarop je meer aan preventie zou moeten doen. Hoe kun je in brede zin een grotere rol geven aan preventie in de mondzorg?  
Daarnaast vind ik het goed dat de Minister aangeeft dat de consultatiebureaus er een rol in moeten krijgen om ouders bewust te maken van het feit dat kinderen tot hun 18de gratis naar de tandarts kunnen. Is er op korte termijn geen snellere maatregel te nemen – misschien kan een publiekscampagne worden gestart – om de groepen ouders te bereiken die hun kinderen nu niet naar de tandarts sturen?  
De Minister gaf aan dat zij een uitgebreid onderzoek zal laten doen naar de capaciteit die binnen de mondzorg nodig is. Het is goed dat zij bereid is om verder te kijken en dat zij dit uiterlijk dit jaar helder wil hebben, maar neemt zij daarin wel of niet de verhouding tussen Nederlandse en buitenlandse tandartsen mee? Het CDA vindt echt dat we moeten bezien hoe we meer Nederlandse tandartsen kunnen opleiden.  
Ik kom bij mijn laatste vraag. De taakherschikking vindt plaats, maar leidt het onderzoek nu tot een vertraging in de taakherschikking? We zouden namelijk allang een AMvB, een algemene maatregel van bestuur, hebben moeten krijgen. Of gaat de Minister toch nog een keer kijken naar de resultaten van het onderzoek om in die drie velden een beslissing te nemen over de wijze waarop zij de taakherschikking gaat inrichten?

De heer **Rutte** (VVD):  
Voorzitter. Het is goed om te horen dat de Minister de analyse deelt en dat ook hij ziet dat de samenstelling van de Nederlandse maatschappij snel aan het veranderen is en dat dit heel veel vraagt van de inrichting van de zorg. Het vraagt heel veel van ziekenhuizen om zorg te verplaatsen naar de eerste lijn, zodat alle partijen die in de eerste lijn bezig zijn – ik noem huisartsen, wijkverpleegkundigen, fysiotherapeuten – op een professionele manier invulling kunnen geven aan zorg dichtbij. Ik ben het helemaal met de Minister eens: daar ligt een grote opdracht voor een volgend kabinet. Ik denk wel dat het voorwerk nu al gedaan is en dat is goed om te weten.  
Tot slot kom ik op de mondzorg. Ik ben er met terugwerkende kracht heel blij mee dat de heer Van Gerven en ik dit onderwerp opnieuw op de agenda hebben gezet. Ik zie dat partijen elkaar aan het vinden zijn, dat ze met elkaar in gesprek zijn, deels onder leiding van het ministerie. Ik heb er alle vertrouwen in dat de partijen er samen uit gaan komen. Ik spreek ook uit dat ze er ook echt uit móéten komen. Het zou onbestaanbaar zijn als we aan het eind van dit jaar tot de conclusie zouden komen dat er heel veel is gepraat, maar dat de richtlijnen er niet liggen en dat de partijen niet tot elkaar zijn gekomen.  
Ik eindig met een oproep aan de partijen: zet het goede werk dat u nu aan het doen bent, vooral voort, en word het snel eens. Ik zie knikkende mensen in het publiek. Dat zijn mensen die er iets mee te maken hebben.

Dat geeft vertrouwen, maar the proof of the pudding is in the eating, zeggen de Engelsen, en daar wil ik het bij laten voor vandaag.

**Voorzitter: Van Gerven**

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Voorzitter. Om te beginnen wil ik mij aansluiten bij de laatste woorden van de heer Rutte. Ik denk dat het heel belangrijk is dat de verschillende beroepsgroepen het eens gaan worden over de taakherschikking in de mondzorg. Ik heb over die mondzorg nog wel een vraag aan de Minister. Het betreft iets waar zij niet heel expliciet op is ingegaan, namelijk de mondzorg voor kwetsbare ouderen. De Minister stelt dat de aanbieders een stijgende lijn zien in het op orde krijgen daarvan. Mijn vraag is wat dat concreet betekent, wat er nog moet gebeuren en hoe de ouderen dat zelf ervaren.

Verder dank ik de Minister voor haar antwoorden over het onderzoek naar de capaciteit in de mondzorg. Het is heel belangrijk dat we daar meer helderheid over krijgen en dat we de feiten en cijfers op een rij krijgen. Wat de eerstelijnszorg betreft, deel ik helemaal met de Minister dat je, waar je ook maar komt in het land, enorme ontwikkelingen ziet in de samenwerking, op heel verschillende manieren. Dat is misschien ook de manier waarop het moet gebeuren. Toch moeten we goed voor ogen blijven houden dat in die eerste lijn ook nog wel heel veel meer moet gebeuren.

We zien dat er ten aanzien van de substitutie veel aan de gang is, maar ondertussen volgt het geld nog niet. De Minister zei het zelf ook al: de ziekenhuizen zoeken er weer andere oplossingen voor als ze bepaalde zorg kwijtraken. Ik vind het heel belangrijk dat wij in staat zijn om juist kwetsbare ouderen, die helemaal niet in dat ziekenhuis op de SEH terecht moeten komen, in die eerste lijn te behandelen, dicht bij vertrouwde mensen, vertrouwde verpleegkundigen, vertrouwde huisartsen.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik ben het eens met mevrouw Dijkstra dat we zeker met de eerstelijnsbedden een goede voorziening voor ouderen moeten maken, zodat zij niet tussen wal en schip raken en de juiste zorg op de juiste plek krijgen. Hoe kijkt mevrouw Dijkstra aan tegen de wijze waarop de zorgverzekeraar zijn verantwoordelijkheid met betrekking tot zijn zorgplicht neemt?

Mevrouw **Pia Dijkstra** (D66):

Wat mij betreft moet daar echt een tandje bij, want op dit moment zijn er te weinig eerstelijnsbedden, wordt er te weinig naar verwezen en is er te weinig inzicht. De Minister heeft gezegd dat er goede voorbeelden zijn, waarin dat inzicht in de regio wel beschikbaar is. Ik vind dat de zorgverzekeraars er extra op moeten inzetten om dat goed in zicht te krijgen en om mensen naar die plekken te krijgen waar hun de juiste zorg geboden kan worden.

**De voorzitter:**

Was dat voldoende? Ik zie van wel. Dan geef ik het voorzitterschap terug aan mevrouw Dijkstra.

**Voorzitter: Pia Dijkstra**

Minister **Schippers:**

Voorzitter. Ik denk dat preventie in de mondzorg in brede zin heel belangrijk is. De ontwikkelingen gaan ook in de richting van meer preventie, met de preventie-assistent. Ik kan mij niet heugen dat ik, toen ik jong was, op zo'n manier heb leren poetsen en op zo'n manier begeleid ben als mijn dochter dat momenteel wordt. Ook als je ouder bent wordt er

veel meer ingezet op preventie. Dat is ongelofelijk belangrijk, want ook hierbij is voorkomen beter dan genezen. Er is een punt waarop we het mijns inziens echt nog beter kunnen doen. De tandarts ziet op reguliere basis een heleboel Nederlanders, niet alle, maar wel een heleboel. Tandarts en mondhygiënist kunnen nog veel meer dan nu gebeurt, signaleren dat er misschien met iemand wel meer aan de hand is dan alleen iets met zijn of haar gebit. De tandarts, maar ook de mondhygiënist, kan nog veel meer de samenwerking met de huisarts aangaan. Daarover heb ik met tandartsen ook wel gesproken in het verleden. Ik denk dat we daar nog een wereld te winnen hebben.

**De voorzitter:**

Ik permitteer mijzelf één vraag hierover. Ik had het al over die GIDS-gelden en de manier waarop daar vorm aan wordt gegeven. Zouden daar tandartsen niet ook bij betrokken kunnen worden?

**Minister Schippers:**

Dat zou ik zo niet weten. Dat moet ik even uitzoeken. Maar ja, aangezien we toch altijd brieven schrijven, zullen we dat meteen meenemen. Op consultatiebureaus wil ik dus inzetten. Dat heb ik ook toegezegd, door het ZonMw-programma. Zou een publiekscampagne nut hebben? Dat zou ik moeten uitzoeken. Het gaat om een heel moeilijk te bereiken groep. Ik zal er eens naar laten kijken hoe wij die groep volgens onze experts zouden kunnen bereiken. Ik weet niet of het zou kunnen, maar ik ga het wel voor u uitzoeken. Ik laat dat in dezelfde brief weten waarin ik de andere toezeggingen terugkoppel. Neem ik de buitenlandse studenten mee in dat onderzoek? Natuurlijk neem ik die mee. Dat zal ik doen. We hebben zelf iets andere cijfers dan de heer Van Gerven ten aanzien van het BIG-register. Overigens maakt het voor het beeld niet uit, zeg ik maar even voor de goede orde. We hebben 185 niet-Nederlandse diploma's in het BIG-register ingeschreven in 2016, nieuwe dus, en 196 met een Nederlands diploma. Overigens leidt dat in verhouding met elkaar niet tot een drastisch ander zicht. Wat vind ik daarvan? We zien dat een aantal van de mensen die wij hier opleiden, vertrekken naar het buitenland, en we zien dat dit andersom ook gebeurt. Ik vind wel dat wij een solide opleiding en een solide basis van tandartsen moeten hebben. Daar kan geen misverstand over bestaan. Ik heb regelmatig aan de NZa gevraagd hoe het staat met de toegang tot tandartsen. Heeft iedere Nederlander toegang tot een tandarts? De NZa heeft mij meerdere keren laten weten, daarin geen problemen te zien, maar ik ben ook wel benieuwd wat uit het onderzoek naar de capaciteit zal blijken. Blijven die buitenlandse tandartsen hier een paar jaar, of vestigen zij zich hier en gaan ze nooit meer weg? Ik ben daar wel nieuwsgierig naar en ik zal die instroom van buitenlandse tandartsen dus ook expliciet laten meenemen in dat onderzoek, evenals de vraag hoe lang zij gemiddeld blijven en wat dat betekent.

**De heer Van Gerven (SP):**

Ik wil toch een slag verder. Wat vindt nu de Minister van dat gegeven? Laten we niet kibbelen over cijfers. Het is extreem en het is al jaren zo. Het kan toch niet de bedoeling zijn dat je 240 Nederlandse tandartsen opleidt, terwijl er elk jaar 300 Nederlandse tandartsen stoppen? Als dat een gegeven is, dan komen er dus steeds meer buitenlandse tandartsen en dat zie je ook in de oplopende grafiek: 100 in het jaar 2000 en rond de 200 nu. Dat wisselt per jaar, maar er is een stijgende lijn en die zet dus door. Vindt de Minister niet dat wij in Nederland zo veel tandartsen moeten opleiden dat in principe Nederlandse tandartsen de Nederlandse bevolking kunnen bedienen? Dat doen wij toch met andere beroepen ook? Dat is toch het beste uitgangspunt?

Er is nog een tweede aspect, en wel een kwaliteitsaspect. Bij een buitenlandse tandarts spelen immers kwaliteitsvragen. Er is misschien een taalprobleem, maar er is ook een opleidingsprobleem en er kan een cultuurprobleem zijn, want ze komen overal vandaan. Er kan een financiële kwestie spelen, want waarom komen die tandartsen hier? Wat verdienen ze? Ook dat is belangrijk. Het kan immers zo zijn dat tandartsen uit het buitenland worden aangetrokken om dan in dienst van een Nederlandse tandarts te werken, die daar dan weer aan verdient. Dat zijn constructies ...

**De voorzitter:**

Mijnheer Van Gerven, dat is nog een hele tweede inbreng. Ik denk dat uw vraag wel duidelijk is. De Minister gaat dat verhelderen.

**De heer Van Gerven (SP):**

Ik hoor het graag.

**Minister Schippers:**

De heer Van Gerven zei: nu heeft de Minister weer een nieuw onderzoek aangekondigd, maar volgens mij was dat wel precies wat hij vroeg. Soms krijgt hij wat hij vraagt en dan zegt hij: nu komt er weer een nieuw onderzoek. Ja, dat ga ik dus doen, maar daar vroeg hij ook om. In dat onderzoek laat ik ook bezien wat de komst van tandartsen uit het buitenland betekent en hoe lang ze blijven. Ook aan dat aspect zal aandacht worden besteed; dat heb ik toegezegd. Het is een autonome beweging die we zien in de Europese Unie. Bij sommige beroepen zien we die beweging de ene kant op en in sommige beroepen zien we die beweging de andere kant op. Wat ik cruciaal vind, is dat tandartsen die hier werken, voldoen aan de eisen die wij stellen aan een tandarts om een goede tandarts te kunnen zijn. Daar moet een tandarts wel aan voldoen. De inspectie moet er ook op toezien dat dit gebeurt. Ik zie wanneer de inspectie ingrijpt, en dat gebeurt regelmatig, overigens ook bij Nederlandse tandartsen. Het is belangrijk dat die kwaliteit in orde is en dat de inspectie daar ook op toeziet. Dat vind ik belangrijk. Verder zien wij wel vaker dat we ook bij andere beroepen een soort lek naar buiten hebben, net zoals andere landen weer een lek naar ons land hebben, maar nogmaals: ik vind dat wij zelf ook een robuuste opleiding moeten hebben. Wij moeten ervoor zorgen dat we hier voldoende tandartsen opleiden om geen capaciteitsprobleem te krijgen.

Mevrouw Bruins Slot vroeg wat de taakherschikking betekent. De AMvB is vertraagd. D die heb ik niet bij de Kamer ingediend, want ik wil eerst bestuurlijk overleg en ik wil eerst kijken of we er op een goede manier met elkaar uit kunnen komen. Dat is echt mijn inzet. Ik hoop dat dat lukt, van beide kanten, zowel voor de tandartsen als voor de mondhygiënist. Wij gaan daar ons best voor doen.

Wat is de stand van zaken ten aanzien van de mondzorg voor kwetsbare ouderen? We hebben een plan van aanpak voor mondzorg kwetsbare ouderen gemaakt. Met name de Staatssecretaris heeft daarop ingezet. Preventie is daar een onderdeel van. Dat plan van aanpak loopt. Ik kan in de volgende brief opnemen wat de stand van zaken is, hoeveel jaar het loopt en hoever we nu zijn. Dat zal ik doen.

We hebben bij de eerste lijn de financiering dusdanig aangepast dat ook nieuwe initiatieven mogelijk zijn. Dat is het segment nummer 3. Het is heel erg belangrijk dat de financiering die we nu hebben, daar ook ruimte voor geeft. Het geld volgt nu wel de zorg. We hebben het nadeel dat zorg in het ziekenhuis soms weer wordt opgevuld, maar het geld volgt nu wel de zorg in de substitutie. Ik denk dat je, als je echt een trendbreuk wilt hebben, uiteindelijk moet komen tot «zorg volgt geld». Ik ben het er helemaal mee eens dat wij ervoor moeten zorgen dat ouderen die niet

thuishoren in het medisch-specialistische circuit, niet op de spoedeisende hulp terechtkomen.

Ik heb op dat gebied ook internationaal heel interessante ontwikkelingen gezien. We hebben niet als enige te maken met vergrijzing. Dat is in andere landen ook zo. In andere landen hebben ze ook veel ouderen op de spoedeisende hulp, ouderen die ze heel moeilijk weer uit het ziekenhuis kunnen krijgen, terwijl ze er echt niet horen. Je ziet ook dat het beroep op de spoedeisende hulp enorm afneemt, als je ouderen die heel kwetsbaar zijn, een 24/7-terugvaloptie bij verpleegkundigen biedt. Daar zijn ook internationaal experimenten mee gedaan. We hebben zelf natuurlijk Hospital@Home opgezet en we moeten echt kijken hoe we, door die zorg op die manier te bieden, voorkomen dat er in de spoedeisende hulp knelpunten ontstaan.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

Ik dank de Minister voor haar nadere uitleg over de kwetsbare ouderen. Ik vroeg mevrouw Dijkstra zonet naar de verantwoordelijkheid die de zorgverzekeraar in dit kader heeft, de zorgplicht. In eerste termijn zei de Minister dat de verantwoordelijkheid voor de patiënt bij de zorgaanbieder ligt. Hoe verhoudt dit zich tot de zorgplicht van de zorgverzekeraar?

Minister **Schippers**:

Er is een zorgplicht voor de zorgverzekeraar. Ik benadruk echter dat er ook een zorgplicht voor de aanbieder is. Een aanbieder kan dus nooit zeggen dat hij mensen in de gang laat liggen – dat zou een aanbieder sowieso al nooit doen – omdat hij er niet verantwoordelijk voor is. Als de patiënt bij jou is, is hij jouw verantwoordelijkheid en moet je hem een bed in het ziekenhuis geven totdat er een andere oplossing is. Uiteindelijk heeft de zorgverzekeraar de zorgplicht om voldoende eerstelijnsbedden in te kopen, zodat iemand kan doorstromen. Eigenlijk hebben beide partijen dus een eigen plicht. Ik vind de zorgplicht voor de zorgaanbieder heel belangrijk om te voorkomen dat er mensen tussen wal en schip vallen. Degene bij wie een patiënt in huis is, is verantwoordelijk voor het welzijn van die patiënt. Het oprichten van één loket, het beschikken over voldoende eerstelijnsbedden en het inkopen van voldoende crisisbedden in de Wlz door het zorgkantoor zijn zeker belangrijke verantwoordelijkheden. De NZa ziet er ook op toe dat die worden waargemaakt.

Mevrouw **Bruins Slot** (CDA):

In dat kader heb ik nog een vraag. De Minister gaf net aan dat het ROAZ een belangrijke rol speelt in de samenwerking tussen de verschillende partijen. De VVT (Verpleging, Verzorging en Thuiszorg)-sector is echter niet in alle regio's vertegenwoordigd in het ROAZ. Hoe zal zich dit naar de verwachting van de Minister de komende tijd ontwikkelen? Verpleging en verzorging thuis vormen natuurlijk een belangrijk element in het sluitend krijgen van de keten.

Minister **Schippers**:

Ik denk dat het eerstelijnsverblijf daar het belangrijkste aanhaakpunt is. In een aantal regio's zie ik echter dat de acute keten niet eens is aangesloten. We zetten hier niet voor niets op in. Overal waar we komen, vragen we: is het ROAZ al gebeld? Dat blijkt vaak niet het geval te zijn. Heel veel ROAZ's zijn dus een beetje slapend en moeten echt wakker worden geschud. Daar zijn we druk mee bezig. In regio's waarin de ROAZ's heel goed functioneren, lost men het onderling makkelijker op, al is de spoedeisende hulp daar ook druk; dat wil ik niet bagatelliseren. De ROAZ's zijn heel belangrijk, maar helaas zijn ze soms slapend.

De **voorzitter**:

Ik dank de Minister en de collega's. Ik neem de toezeggingen door.

- Eind 2017 wordt de Kamer bericht over een samen met OCW op te zetten breed onderzoek naar de capaciteit in de mondzorg, inclusief de instroom van buitenlandse artsen.
- De Kamer ontvangt het verslag van de vertaling van het project GigaGaaf! naar consultatiebureaus door ZonMw, inclusief publieks-campagnes.

Ik kan even niet goed lezen wat hier staat, excuses.

**Minister Schippers:**

Het gaat niet zozeer om het verslag. Ik zal ZonMw aanspreken op de wijze waarop dit wordt uitgerold, om het maar zo te zeggen. Daarvan zal ik de Kamer verslag uitbrengen.

**De voorzitter:**

Wanneer wilt u dat doen?

**Minister Schippers:**

Ik denk dat het goed is om na de zomer één brief te sturen met een mondzorgupdate. Mogelijk komt er eerder al een AMvB. Als er eerder aanleiding is om de Kamer iets te sturen, zal ik dat doen. Ik zal de Kamer in ieder geval na het zomerreces een brief over mondzorg sturen.

**De voorzitter:**

Goed.

- De Kamer ontvangt in mei de resultaten van het onderzoek naar het eventueel vervangen van de Wlz-crisisregeling door eerstelijnsbedden, voorzien van een beleidsreactie.
- In maart wordt de Kamer door de Staatssecretaris geïnformeerd over de voortgang van het actieplan Casemanagement dementie.
- De Kamer wordt in de brief over de eerstelijnsbedden nader bericht over de betrokkenheid van de tandartsen bij de GIDS-gelden.
- De Kamer wordt in een brief geïnformeerd over de stand van zaken van het actieplan Mondzorg bij kwetsbare ouderen.

Het wordt allemaal gebundeld en de Kamer krijgt de brief voor de zomer. Ik dank de Minister en de ondersteunde ambtenaren van harte, evenals de collega's. In eerste termijn heeft de heer Van Gerven al aangekondigd een motie te willen indienen. Er zal dus een VAO-debat worden georganiseerd.

Sluiting 18.01 uur.