

Vergaderjaar 1999–2000

26 801

Zorgnota 2000

Nr. 40

**BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKS-
GEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 18 mei 2000

Bij de behandeling van de Zorgnota 2000 verzocht de Tweede Kamer in het voorjaar van 2000 de Kamer te rapporteren over een integrale visie van de overheid op de personeelsproblematiek in de zorgsector en deze visie te voorzien van een plan van aanpak.

Hierbij doen wij de Kamer de rapportage toekomen, ten behoeve van het AO over de arbeidsmarkt met de vaste commissie voor VWS op 24 mei a.s. De notitie combineert informatie die de Kamer al eerder ontving, onder andere bij het Algemeen Overleg over de arbeidsmarkt op 9 december 1999, met een beschrijving van de visie op de personeelsvoorziening in de zorg, een overzicht van de knelpunten en van de lopende aanpak. Een belangrijk onderdeel is het Jaarplan 2000 van het Convenant Arbeidsmarkt Zorgsector. Hierover hebben wij op 22 mei een bestuurlijk overleg met de convenantspartijen. De uitkomst van dit overleg kunnen wij op 24 mei tijdens het AO meedelen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. M. Vliegthart

Notitie aan de Tweede Kamer over personeelsvoorziening in de zorg

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	3
2.	Knelpunten in de personeelsvoorziening op hoofdlijnen	3
2.1.	Belangstelling en instroom	3
	– Verpleging, verzorging en sociaal-agogische beroepen	3
	– Artsen, tandartsen, verloskundigen en paramedici	4
2.2.	Aantrekkelijker werken, met name voor verpleegkundigen en verzorgenden	5
2.3.	Zorg en zorgberoepen in beweging	6
3.	Visie	7
3.1.	Arbeidsvoorwaarden	7
3.2.	Ontwikkelingen in zorg, beroepen en opleidingen	7
3.3.	Capaciteit, kwaliteit en aantrekkelijkheid van de opleidingen	8
3.4.	Loopbanen, behoud, doorstroom en arbeidsomstandigheden	8
4.	Aanpak	9
4.1.	Vooraf	9
	– Verantwoordelijkheden arbeidsmarkt en arbeidsvoorwaarden	9
	– Verantwoordelijkheden opleidingen en beroepen	10
4.2.	Belangstelling bevorderen	10
	– Beeldvorming	10
	– Doelgroepen	10
	– Herintreders	11
	– Techniek in de zorg	11
4.3.	Voldoende opleidingsplaatsen	11
	– Verpleegkundigen en verzorgenden	11
	– Verloskundigen	12
	– Paramedici	12
	– Artsen en tandartsen	12
	– Clustervorming en multi-professioneel onderwijs	13
5.	Nabeschouwing	14

1. Inleiding

Gezondheidszorg is mensenwerk. Een goede gezondheid is van groot belang voor elk individu. En de zorgsector is een belangrijke maatschappelijke en economische factor. Zo werken er ruwweg 800 000 personen in de zorg, in velerlei functies van gemiddeld hoog niveau. De vergrijzing van de samenleving zal de vraag naar personeel ook in de toekomst alleen maar doen toenemen. Ruwweg mag worden aangenomen dat in de komende 10 jaar het personeelsbestand met ongeveer 200 000 mensen zal toenemen.

Deze notitie geeft onze visie weer op de huidige personeelsvoorziening in de zorgsector naar aanleiding van de motie-Buijs c.s. (TK, 1999–2000, 26 801, nr. 8). De visie op deze belangrijke maatschappelijke kwestie is geënt op een analyse van de knelpunten en een inschatting van de wenselijke en haalbare oplossingen. De analyse is ontleend aan vele rapporten en documenten die ook aan de Kamer zijn toegezonden, waaronder de jaarlijkse Zorgnota.

De gunstige economische ontwikkelingen van dit moment hebben ertoe geleid dat in veel sectoren van de economie de spanning tussen de vraag naar en het aanbod van personeel is toegenomen. De zorgsector heeft ook met deze spanning te maken, waarbij aard en omvang per onderdeel verschilt. Op basis van eerdere lange termijn schattingen van benodigd personeel zijn reeds initiatieven genomen binnen de zorgsector om dreigende knelpunten op te lossen. Daartoe is onder meer het Convenant Arbeidsmarkt Zorgsector (CAZ) afgesloten in december 1998. Er worden dus veel activiteiten ondernomen, door de verschillende partijen afzonderlijk maar ook in goede samenwerking met elkaar. Deze activiteiten krijgen dan ook een prominente plaats in deze notitie. Op grond van de overwegingen die uit de genoemde onderdelen voortvloeien wordt duidelijk hoe we verder kunnen werken aan deze problematiek.

De notitie is als volgt opgebouwd: na een globale schets van de belangrijkste knelpunten in hoofdstuk 2, presenteren wij onze visie op onderdelen van de personeelsproblematiek in hoofdstuk 3. Hoofdstuk 4 beschrijft de aanpak, zoals deze in gang is gezet door en met de verschillende betrokken partijen. Het rapport sluit af met een nabeschuiving.

2. Knelpunten in de personeelsvoorziening op hoofdlijnen

2.1. Belangstelling en instroom

– Verpleging, verzorging en sociaal-agogische beroepen

De belangstelling van schoolverlaters voor een zorgopleiding is heel behoorlijk. Een op de zes jongeren zegt belangstelling te hebben. Niettemin is in het afgelopen decennium de instroom in de opleiding voor verpleegkundigen en verzorgenden gedaald. In 1998 is een lichte toename te constateren, met uitzondering van de HBO-V-opleiding, die ook in 1999 is gedaald. De belangstelling voor sociaal-agogische opleidingen is gelukkig groot en steeds meer afgestudeerden vinden hun baan in de zorg, met name in de gehandicaptenzorg en de psychiatrie. Als de instroom voor de kwalificatieniveaus 2 tot en met 5 voor verpleegkundigen, verzorgenden en helpenden in 1992 op 100 wordt gesteld dan is de index in 1998 gedaald tot 74. Gelet op de opleidingstijd werkt deze daling met een vertraging van 2 tot 5 jaren door in de instroom in het beroep. Dat is een zorgelijke ontwikkeling, evenals het feit dat niet iedereen het diploma haalt en niet iedereen met een diploma feitelijk gaat

of blijft werken in een zorgberoep. Daarom moet naast de instroomvergroting ook het studie- en beroepsrendement worden verhoogd. Bij de keuze van potentiële beroepsbeoefenaren speelt ook het imago van de zorgsector een rol. Dat is niet in alle opzichten positief. Positieve en negatieve beelden bestaan naast elkaar. Er is kennisgebrek over de vele soorten instellingen, werksituaties, functies en opleidingen. Landelijke en regionale voorlichting en beeldvormingscampagnes proberen daar verandering in te brengen. Maar concrete resultaten mogen niet op korte termijn worden verwacht.

Een belangrijk knelpunt bij de opleidingen ligt in de beschikbaarheid van voldoende beroepspraktijkvormingsplaatsen op de juiste niveaus en van voldoende kwaliteit. Er zijn overigens grote regionale verschillen. Dat matchingsprobleem, waarbij onderwijs- en zorginstellingen zijn betrokken, verdient volle aandacht. De omvorming van het inservice-onderwijs naar het nieuwe opleidingsstelsel in 1997 heeft onduidelijkheid teweeggebracht.

De tekorten aan afgestudeerde jongeren zijn tot dusver gecompenseerd door herintreders. De zorgsector maakt in ruime mate gebruik van herintreders, zowel in beroepen in het primaire proces als in niet-directe zorgfuncties. Bij een oplopende vraag zal de concurrentie rond herintreders toenemen. De sector moet daarom voor hen zeer aantrekkelijk zijn. Scholing, functiedifferentiatie, aanpasbare arbeidstijden en kinderopvang zijn daarbij wezenlijke instrumenten. Deze vragen echter geld, tijd en organisatieverandering, waar niet altijd voldoende aandacht en faciliteiten voor zijn.

– Artsen, tandartsen, verloskundigen en paramedici

Geldt voor opleidingen van verpleegkundige, verzorgende en sociaal-agogische beroepen een ongewenste afname van belangstelling, voor de opleidingen voor artsen, tandartsen, verloskundigen en de meeste paramedische beroepen geldt daarentegen een instroombeperking; er wordt maar een beperkt aantal studenten toegelaten. De verschillen in benadering hangen samen met de aard van de opleidingen (duur, kosten) en de verschillen in beroepsperspectief. De ervaring leert dat artsen, tandartsen, verloskundigen en paramedici vrijwel allen hun beroep blijven uitoefenen. Een zekere mate van capaciteitsplanning is gewenst om overschotten te voorkomen. Het opleiden van (tand)artsen en verloskundigen is bovendien kostbaar. Verpleegkundigen en verzorgenden daarentegen verlaten soms na de opleiding of na enkele jaren werkervaring de sector.

De capaciteitsplanning van (tand)artsen en verloskundigen is complexer geworden door ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. Deeltijd-beroepsuitoefening is bijvoorbeeld gebruikelijk geworden. Daarnaast lijken ontwikkelingen in de zorgvraag een zodanige werkdruk op te leveren, dat meer sprake is van burn-out en vroegtijdige beëindiging van de beroepsuitoefening. De lange opleidingstijd bij met name artsen verhindert bij de gebruikelijke capaciteitsplanning een snelle reactie op deze ontwikkelingen. De huidige capaciteitsplanning voor (tand)artsen en paramedici resulteert regelmatig in een advies aan de minister van OCenW inzake de instroom geneeskunde, tandheelkunde en paramedische opleidingen. In 1999 besloot de minister van OCenW de numerus fixus geneeskunde en tandheelkunde te bepalen op respectievelijk 1875 en 240 opleidingsplaatsen – een verhoging ten opzichte van voorgaande jaren – en verzocht hij de hogescholen een behoedzaam capaciteitsbeleid te voeren voor de paramedische opleidingen.

Met het tot stand komen van een onafhankelijk Capaciteitsorgaan voor de planning van de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen is de aansluiting tussen vraag naar en aanbod van capaciteit in handen gekomen van belanghebbenden: vertegenwoordigers van beroepsorganisaties, ziektekostenverzekeraars en opleidings- en werkgeversorganisaties. Het heeft enige tijd geduurd voordat het Capaciteitsorgaan

operationeel werd. Inmiddels is de basis gelegd voor een ramingsmodel en zijn de kamers voor de diverse specialismen ingesteld. Het Capaciteitsorgaan verwacht in maart 2001 een eerste capaciteitsplan uit te brengen, ten behoeve van het begrotingsjaar 2002. Het capaciteitsplan wordt door mij vastgesteld.

2.2. Aantrekkelijk werken, met name voor verpleegkundigen en verzorgenden

Behoud van personeel is cruciaal. In opdracht van VWS heeft de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek onderzoek laten doen naar de werkbeleving en tevredenheid. Positieve punten die hoog scoren zijn: inhoudelijk leuk werk, zinvol werk, waardering van cliënten, prettige sfeer op de afdeling en werk dat voldoening geeft. Negatieve punten zijn loopbaanperspectieven, beloning, werken onder tijdsdruk en weinig tijd voor cliënten.

Uit onderzoek in opdracht van het Landelijk Centrum voor Verpleging en Verzorging (LCVV) naar vertrekredenen en de condities waaronder vertrek voorkombaar was, blijkt dat onduidelijk loopbaanperspectief, weinig ontplooiingsmogelijkheden, het niet benutten van capaciteiten, niet combineerbare werktijden/roosters en het klimaat op de afdeling van groot belang zijn. Bij de volgorde van belangrijkheid zijn er verschillen tussen verpleegkundigen en verzorgenden. Bij mannen (verpleegkundigen met name) komt daarbij nog de onvoldoende beloning en bij vrouwen staat het weinig flexibele arbeidspatroon bovenaan. Verpleegkundigen en verzorgenden voelen zich nog te weinig aangesproken op hun professionele kwaliteiten en op het ontwikkelen en benutten daarvan. In het algemeen is sprake van zeer betrokken medewerkers die volwaardige zeggenschap in de organisatie van hun werk wensen, evenals invloed op het instellingsbeleid. Men wil daartoe onder andere door scholing worden toegerust.

Daarmee kan ook worden bereikt dat de verwachtingen van medewerkers over de invulling van hun beroep beter worden afgestemd op de alledaagse realiteit van de zorgvraag waarmee men wordt geconfronteerd. Het ziekteverzuim (exclusief zwangerschap- en bevallingsverlof) in de zorgsector lag begin 1999 2,7%-punt hoger dan het landelijk gemiddelde (excl. overheid). Het verschil is sinds 1995 ieder jaar groter geworden. Hiervoor bestaat geen simpele verklaring. Het verzuim in grote bedrijven en onder vrouwen is in alle sectoren van de economie hoger. Beide factoren doen zich voor in de zorgsector, maar er is meer. Instellingsgebonden factoren en de combinatie van tijddruk, psychische en fysieke belasting zijn eveneens van invloed. Daar wordt verder onderzoek naar gedaan, evenals naar handvatten om het verzuim tegen te gaan. Interessant is een benchmarkonderzoek in de thuiszorg uit 1999. Daaruit blijkt dat de best presterende organisaties in termen van klanttevredenheid en doelmatigheid een lager ziekteverzuim hebben. Dat duidt erop dat een instelling met goed management op een breed front beter presteert.

Ons inziens zijn uit het voorgaande belangrijke indicaties af te leiden voor verbeteracties om het werk aantrekkelijker te maken. Het blijkt dat mensen met een verpleegkundig, verzorgend en begeleidend beroep door intrinsieke factoren worden gemotiveerd. De werkomstandigheden moeten beter. Het feit dat personeel in de zorg zo gemotiveerd is door de inhoud is hoopgevend. Maar het verplicht tevens alle betrokkenen, de beroepsgroepen en het management, te blijven werken aan de kwaliteit van zorg, de kwaliteit van arbeid en de kwaliteit van de beroepsuitoefening.

2.3. Zorg en zorgberoepen in beweging

De zorg is in beweging en dit heeft consequenties voor de beroepsbeoefenaren:

- De zorgvraag ontwikkelt zich evenals de technische mogelijkheden om hierop met het zorgaanbod in te spelen. Dat vergt ontwikkeling in kennis en vaardigheden van de beroepsbeoefenaar, soms zelfs nieuwe soorten of typen hulpverleners.
- De aard van de zorgvraag verschuift doordat – met de vergrijzing – de chronische en complexe ziektebeelden (co-morbiditeit) toenemen. Het accent in het zorgaanbod verschuift naar care en naar coördinatie van het zorgaanbod tussen verschillende zorgaanbieders.
- De patiënt is mondiger geworden en stelt zich actiever op in de behandelrelatie. Communicatieve vaardigheden van de hulpverlener zijn van toenemend belang.
- De organisatie van de zorg verandert: meer vraag- of klantgericht (kanteling zorgproces) en met meer oog voor doelmatigheid. Door protocollering van de zorg kunnen beroepsbeoefenaren, met name verpleegkundigen, zelfstandiger optreden dan voorheen. De rollen van verschillende hulpverleners ten opzichte van elkaar veranderen, teamwork verdringt de autonomie van afzonderlijke beroepsbeoefenaren, met name van (tand)artsen.

Naast knelpunten in de kwantitatieve personeelsvoorziening bestaat derhalve behoefte de beroepsinhoud van de zorgverleners en de verhouding tussen de verschillende beroepen in herbeschouwing te nemen. De personeelsproblematiek in de zorg beperkt zich niet tot de beschikbaarheid van voldoende hulpverleners, de beroepen- en opleidingsstructuur vergt eveneens aandacht. Kwantiteit en kwaliteit staan niet los van elkaar. De aantrekkelijkheid van de beroepen in de zorg hangt samen met moderne werkverhoudingen in een heldere beroepenstructuur, met mogelijkheden tot professionele ontplooiing, met diversiteit en flexibiliteit. De lange opleidingstijd van bijvoorbeeld artsen en de organisatie van deze opleiding belemmeren flexibel inspelen op de behoefte aan bepaalde specialismen.

Met de invoering van de wet BIG (Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) zijn de verhoudingen tussen de verschillende professionals flexibeler dan ten tijde van de Wet Uitoefening der Geneeskunst (WUG). De wet BIG geeft ruimte voor herbezinning op de beroepenstructuur. Het recent verschenen rapport van de Verkenningcommissie Hoger Gezondheidszorgonderwijs (HGZO) van de HBO-raad, «De toekomst van het hoger gezondheidszorg onderwijs» (februari 2000) signaleert al trends in deze lijn zoals: samenwerking in multidisciplinaire teams, rationalisering van het beroepsmatig handelen en verschuiving en substitutie van taken tussen verschillende beroepen.

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft op 17 april 2000 een advies uitgebracht over professionals in de zorg. Ook de RVZ signaleert het belang van multidisciplinaire samenwerking en verschuivingen in de taakverdeling tussen beroepsbeoefenaren. De aanbevelingen van de RVZ zijn als volgt kort te karakteriseren:

- het budget van de zorg dient beter afgestemd te worden op de inhoud en omvang van de zorg, als belangrijke voorwaarde voor de professionele beroepsuitoefening;
- meer «evidence based» richtlijnen voor de beroepsbeoefenaren;
- meer duidelijkheid over de rollen van professionals en de ordening in het beroepenveld;
- meer gestructureerd inhoudelijk overleg tussen overheid en beroepsgroepen;
- de opleidingen aanpassen aan de ontwikkelingen in de zorg.

Ik constateer dat zowel het advies van de HGZO als het advies van de RVZ

aanknopingspunten bieden voor een verdere modernisering van de beroepenstructuur en van de opleidingen.

3. Visie

3.1. Arbeidsvoorwaarden

Het salaris is voor iedereen belangrijk. Beloning mag niet demotiveren; die moet in balans zijn met de functiezwaarte, maar is in de huidige situatie in de zorg geen doorslaggevende factor. Over het werken in de zorgsector wordt nogal eens gezegd dat het weliswaar mooi en dankbaar werk is, maar dat er slecht betaald wordt. Uit een aantal recente studies (zie ook mijn brief aan de Tweede Kamer van 10 november 1999; kenmerk MEVA\BA2016474) komt naar voren dat die bewering tenminste enige nuancering behoeft. Zo blijkt dat in de periode 1987–1997 de salarissen in de zorgsector met gemiddeld 3,4% zijn gestegen ten opzichte van gemiddeld 2,8% in de marktsector. Het feitelijk bruto-uurloon (1997) in ziekenhuizen zit op het landelijk gemiddelde, de verpleeg- en verzorgingshuizen zitten daar wat onder. Vrouwen en deeltijders verdienen in de zorg meer dan elders. Voor hogere functies is het uurloon naar functieniveau gemiddeld genomen lager dan in de markt en bij de overheid. Maar daarbij moeten we wel bedenken dat de kans dat bijvoorbeeld een HBO'er daadwerkelijk een functie van dat niveau bezet in de zorg groter is. Ook blijkt dat schoolverlaters doorgaans in de zorg een wat hoger startsalaris hebben dan in het bedrijfsleven.

In zijn algemeenheid blijkt hieruit dat de zorgsector redelijk betaalt naar functiezwaarte. Dat moet door alle partijen meer over het voetlicht worden gebracht. De overheid draagt bij aan blijvende arbeidsmarktconforme CAO-ontwikkelingen door de overheidsbijdrage aan de arbeidskostenontwikkeling te baseren op de gemiddelde ontwikkeling in het bedrijfsleven.

Het zijn veel meer de secundaire arbeidsvoorwaarden en faciliteiten van instellingen die beter en moderner moeten. Daarbij gaat het om verlof-faciliteiten, kinderopvang, buitenschoolse opvang en flexibele vormen van 24-uursopvang. Hoewel de zorgCAO's niet slecht scoren wat betreft verlof-faciliteiten, gaat het om het feitelijk gebruik van regelingen in instellingen. Hetzelfde geldt voor kinderopvang en op maat gesneden arbeidstijden en roosters. In verschillende levensfasen en omstandigheden zijn er wisselende wensen ten aanzien van de omvang van de arbeidsduur en de spreiding over dagen en weken. Uit onderzoek is bekend dat ongeveer 25% van het personeel meer wilde werken en ook ongeveer 25% minder. Het saldo was dat de gemiddelde arbeidsduur met 1% zou toenemen. Op instellingsniveau moet ons inziens meer aandacht aan deze potentie worden besteed. De CAO's zouden daartoe ook expliciet ruimte moeten geven, zoals ook inmiddels in de ziekenhuis-CAO is gebeurd.

De secundaire arbeidsvoorwaarden en de feitelijke toepassing daarvan in een modern en levensfasebewust personeelsbeleid van instellingen behoeven grote aandacht, zowel van sociale partners en instellingen als van de overheid. Hier ligt ook een belangrijke taak voor het management van instellingen.

3.2. Ontwikkelingen in zorg, beroepen en opleidingen

Wij zijn van mening dat een adequate personeelsvoorziening in de zorg verder gaat dan het voorzien in voldoende aantallen hulpverleners. In principe is de zorgvraag en de zorgorganisatie uitgangspunt voor het benodigde aanbod van beroepen. Wij achten taakherschikking tussen de verschillende beroepsgroepen een goede manier om tot een meer adequate inzet van beroepsbeoefenaren te komen. Opleidingen volgen in

principe de beroepsinhoud en de behoefte aan beroepsbeoefenaren. Waar we in de zorg meer gaan werken met clusters en ketens zal dat consequenties hebben voor de taakverdeling tussen de beroepen en de samenwerking.

Een meer multi-professionele benadering van opleidingen kan deze werkwijze ondersteunen.

Zowel werkwijze als opleidingen vergen voor de beroepsgroepen een ingrijpende omslag ten opzichte van de verhoudingen in het verleden. Wij zijn van mening dat deze modernisering sterk gestimuleerd moet worden om de noodzakelijke vernieuwing in de personeelsvoorziening te realiseren en wij willen die ontwikkeling dan ook ondersteunen.

Rond de mondzorg en de oogzorg ontstaan de eerste contouren van een clustergewijze benadering van zorg, beroepenstructuur en multi-professioneel onderwijs. Wij zijn van mening dat deze benadering navolging verdient en zullen hier stimulerend in optreden. Juist deze benadering biedt de gewenste ontplooiingsmogelijkheden voor met name verpleegkundig en verzorgend personeel.

3.3. Capaciteit, kwaliteit en aantrekkelijkheid van de opleidingen

Dergelijke beroepsinhoudelijke vernieuwingen hebben ons inziens ook positieve gevolgen voor de aantrekkelijkheid van werken in de zorg. Een heldere beroepen- en opleidingsstructuur biedt ontplooiings- en doorstroommogelijkheden. De sector biedt het merendeel van de beroepsbeoefenaren nu beperkte mobiliteit en flexibiliteit. Gemotiveerde hulpverleners zijn een belangrijke bijdrage aan de kwaliteit van de zorg, zorg is immers mensenwerk. Wij zien het daarom als een belangrijke taak om – binnen de verdeling van verantwoordelijkheden met de veldpartijen – de beoogde vernieuwingen te stimuleren.

Ons inziens dienen de betrokken partijen, in samenwerking met de overheid, de komende decennia de beroepenstructuur en de opleidingen grondig te herzien. Belangrijke doelstellingen zijn daarbij: multi-professionele afstemming in opleiding, capaciteit, bevoegdheden en kwaliteitsbeleid (protocollen), daarnaast meer aandacht voor mobiliteit en ontplooiingsmogelijkheden.

Wij zijn ons bewust van het belang van voldoende opleidingscapaciteit en van de gedeelde verantwoordelijkheid met de bewindspersonen van OCenW en de veldpartijen. Voor verschillende beroepsgroepen gelden verschillende knelpunten. Van afstemming van capaciteit tussen de beroepsgroepen is vooralsnog geen sprake. Toch mag worden verwacht dat bij een verdere ontwikkeling van de clusterbenadering in de zorg, gepaard gaande met taakherschikking, ook de capaciteitsbehoefte niet langer per discipline wordt vastgesteld, maar een meer integrale benadering krijgt.

3.4. Loopbanen, behoud, doorstroom en arbeidsomstandigheden

Bij een gespannen arbeidsmarkt neemt het belang van de secundaire arbeidsvoorwaarden in de concurrentie om personeel toe. Goed personeelsbeleid speelt zich af op instellingsniveau en is door de centrale overheid nauwelijks direct te beïnvloeden. De afspraken in CAZ-verband ondersteunen indirect de individuele instellingen. Het is van wezenlijk belang dat dergelijke afspraken met de gehele sector zijn gemaakt zodat onderlinge concurrentie, waarmee de sector als geheel niet gediend is, zoveel mogelijk wordt vermeden. Naar onze mening kan uit de samenwerking tussen de zorgsectoren nog meer winst behaald worden, bijvoorbeeld in het loopbaanbeleid. Regionale samenwerking kan daarvoor een

basis zijn. Daarom hebben wij extra geld uitgetrokken om de regionale structuur te versterken.

De populariteit van deeltijdbanen in de zorg is een gegeven en kan tevens de aantrekkelijkheid van de sector vergroten. De combinatie van werken en zorgen (thuis) is immers een relevant aandachtspunt in het arbeidsmarktbeleid. De belangrijkste factoren in de keuze van een studie zijn interesse in het onderwerp van studie, de mogelijkheid tot zelfontplooiing en een goed vooruitzicht op een betaalde baan. De beschikbaarheid en kwaliteit van beroepspraktijkvormingsplaatsen moet beter. Wij willen vooral de beroepsbegeleidende leerweg (werkend leren) bevorderen. Deze blijkt een beter studie- en beroepsrendement te kennen. Wij hebben in 1999 voor deze opleidingen extra geld beschikbaar gesteld, naast de fiscale faciliteit. Betere samenwerking en afstemming, vooral op regionaal niveau, tussen zorg en onderwijs is een belangrijke koers.

Uit de paragraaf over de knelpunten blijkt dat de aantrekkelijkheid van het werk in hoge mate beïnvloed wordt door zaken die te maken hebben met de inhoud van het werk, de zelfstandigheid, ontplooiing en perspectieven van de beroepsuitoefening en met de organisatie en arbeidsomstandigheden.

Daar moet en kan veel verbeteren, zowel uit oogpunt van kwaliteit van arbeid als vanuit de zorg voor voldoende gekwalificeerde medewerkers. Dat is in hoge mate een zaak voor sociale partners en instellingen, waarbij de overheid voorwaarden schept en faciliteert in financiële zin en door onderzoek en monitoring.

4. Aanpak

4.1. Vooraf

Voor arbeidsmarkt, arbeidsvoorwaarden, (vervolg-)opleidingen en beroepenstructuur zijn meerdere partijen verantwoordelijk, zowel in het veld als bij de overheid. Communicatie tussen partijen, convenanten en meerjarenafspraken leiden tot grotere samenhangen in de personeelsvoorziening in de zorg.

– Verantwoordelijkheden arbeidsmarkt en arbeidsvoorwaarden

De zorginstellingen zijn zelf verantwoordelijk voor hun personeelsvoorziening, als basis voor een voldoende niveau van dienstverlening en voor de continuïteit daarvan. De primaire verantwoordelijkheid voor het arbeidsvoorwaarden- en arbeidsmarktbeleid ligt bij de werkgevers- en werknemersorganisaties. Zij maken daartoe collectieve afspraken. Daarnaast hebben de sectorfondsen tot taak een vernieuwend arbeidsmarktbeleid te voeren, inclusief scholing, opleiding en werkgelegenheid. De sectorfondsen ondersteunen de instellingen bij het personeels- en arbeidsmarktbeleid. De fondsen worden (mede) gefinancierd door VWS en bestuurd door de sociale partners.

Door sociale partners en overheid is in december 1998 een gezamenlijke, structurele en integrale aanpak van de arbeidsmarkt afgesproken in het CAZ. In het AO Arbeidsmarktbeleid van 9 december 1999 hebben wij de plannen van het CAZ uitvoerig met de Kamer besproken. In relatie daarmee worden ook over de personeelsvoorziening en werkdruk afspraken gemaakt in het kader van de meerjarenafspraken tussen sectoren en overheid.

Op grond van het CAZ is een meerjarig beleidskader 2000–2004 opgesteld met doelstellingen op zes speerpunten: arbozorg, instroom, behoud, beeldvorming, infrastructuur en onderzoek. In de bijlage wordt daar verder op ingegaan.

Het arbeidsvoorwaardenbeleid is de exclusieve verantwoordelijkheid van de sociale partners. VWS stelt, zoals hierboven beschreven, wel de hoogte van de overheidsbijdrage aan de arbeidskostenontwikkeling vast.

De inbreng van VWS op het arbeidsmarkt- en arbeidsvoorwaardenbeleid wordt dus gekenmerkt door een bij de verantwoordelijkheidsverdeling passende convenantstructuur en wordt gevoerd aan de hand van algemene doelstellingen: een beheerste ontwikkeling van arbeidskosten, een adequaat functionerende arbeidsmarkt (landelijk, regionaal en lokaal), de bevordering van het algemene arbeidsmarkt- en werkgelegenheidsbeleid en een heldere informatievoorziening en monitoring van afspraken met het veld.

– *Verantwoordelijkheden opleidingen en beroepen*

De verantwoordelijkheid voor de opleidingen in de zorg ligt ook bij meerdere partijen. De initiële opleidingen, die opleiden tot een wettelijk (wet BIG) gereguleerd beroep, zijn vrijwel allemaal geïntegreerd in het hoger- en beroepsonderwijs en onder de onderwijswetgeving gebracht. Op grond daarvan is de minister van OCenW verantwoordelijk voor beheer, financiering en onderwijskundige aspecten (kwaliteit van het onderwijs). De minister van VWS is, op grond van de wet BIG, verantwoordelijk voor de beroepsinhoudelijke eisen die aan de desbetreffende opleidingen worden gesteld. Zij is eveneens verantwoordelijk voor de specialistische opleidingen die op grond van de wet BIG zijn erkend. De financiering loopt uiteen: zowel uit premie- en begrotingsgeldten als door werkgevers of beroepsbeoefenaren zelf. Werkgevers in de zorgsector en de beroepsorganisaties zijn primair verantwoordelijk voor inhoud en financiering van de overige vervolgopleidingen en de niet gereguleerde beroepsopleidingen.

4.2. *Belangstelling bevorderen*

De arbeidsmarkt in geheel Nederland is krap. De zorgsector zal zinnig en zuinig met jongeren en met het huidige personeel moeten omgaan. Gezamenlijk moet de concurrentie met andere bedrijfstakken worden aangegaan en voorkomen moet worden dat de ene deelsector in de zorg z'n probleem oplost ten koste van de andere.

– *Beeldvorming*

Een van de middelen daarbij is een positief-realistische beeldvorming. Er loopt een meerjarige landelijke campagne. Deze fungeert ook als kapstok voor regionale campagnes en voor werving door (gezamenlijke) instellingen. VWS heeft op grond van de convenantafspraken 6 miljoen gulden beschikbaar gesteld voor de landelijke campagne. Tot de campagne behoren niet alleen spotjes op radio en televisie, maar ook allerlei activiteiten op beurzen, voorlichtingsdagen op scholen, contacten met schooldecanen, een campagnebus voor instellingen, een landelijke open dag (16 september) en materiaal (gereedschapskisten) voor regio's en managers.

– *Doelgroepen*

De zorgsector heeft de afgelopen jaren steeds een personeelsgroei gekend van bijna 2,5%. Een groot deel daarvan (ongeveer 20 000 van de 25 000 beroepsbeoefenaren) bestond uit herintreders en instroom uit doelgroepen. Met name door sectorfondsen, samen met Arbvo, is actief beleid gevoerd om doelgroepen (werklozen, allochtonen) te stimuleren in de zorg te gaan werken. Dat wordt in de convenantafspraken verder geïntensiveerd, o.a. via een Doelgroepenkenniscentrum.

– *Herintreders*

Met name voor verpleegkundige en verzorgende beroepen bestaat een potentieel aan reeds opgeleide, maar niet (meer) in de zorgsector werkzame beroepsbeoefenaren. Al geruime tijd is sprake van een forse herintreding; veel instellingen en regio's voeren hierop een actief en succesvol beleid.

Teneinde dit potentieel beter en gericht te benutten wordt binnenkort door Prismant een onderzoek afgerond naar de wensen en voorwaarden waaronder deze potentiële kandidaten eventueel willen terugkeren in de zorg. Intussen wordt gekeken op welke wijze verpleegkundigen en verzorgenden actiever en gericht kunnen worden benaderd voor herintreding, bijvoorbeeld met gebruik van het BIG-register. Een projectgroep van werkgevers, werknemers, arbeidsvoorziening, sectorfondsen en het ministerie van VWS bereiden deze actie voor. Naar verwachting zal na de komende zomer een plan gereed zijn.

– *Techniek in de zorg*

De ontwikkelingen in de technische ondersteuning van de zorg hebben binnen een aantal beroepen een verschuiving teweeggebracht, van zorg naar techniek. Nu wordt op deze ontwikkeling vooral ingesprongen met vervolgopleidingen voor verpleegkundigen (intensive care verpleging, verpleegkundigen bij eerste hulpdiensten, anesthesie-assistenten, enz.). Voor deze specialisaties is echter de vooropleiding verpleegkunde niet langer een vereiste; de beroepsuitoefening bij deze «technische beroepen» kent nauwelijks meer verpleegkundige elementen. In samenspraak met de betrokken zorgkoepels wordt onderzocht of een andere benadering van nieuwe – niet-verpleegkundige – beroepen in de zorg mogelijk is. De basis ligt dan in technisch-medisch handelen, waarbij ondersteuning met hoogwaardige apparatuur een belangrijke rol speelt. Een dergelijke beroepsopleiding heeft minder een «zorgend» en meer een medisch handelend en technisch imago, wat andere groepen schoolverlaters aantrekt. Onderdeel van de lopende oriëntatie is de mogelijkheid om een brede basis voor zo'n beroepsopleiding te kiezen en op basis daarvan naar de sectoren toe te differentiëren. Tussen de verschillende beroepen is op deze wijze horizontale mobiliteit mogelijk. Een dergelijke benadering sluit aan bij de aanbevelingen van zowel de Verkenningscommissie HGZO als de RVZ.

4.3. *Voldoende opleidingsplaatsen*

Voorzien in voldoende opleidingsgelegenheid is een essentieel onderdeel van de personeelsvoorziening in de zorg. Inzake opleidingen bestaan belangrijke verschillen in aanpak tussen de opleidingen tot de diverse beroepsgroepen.

– *Verpleegkundigen en verzorgenden*

Voor deze opleidingen geldt als voornaamste knelpunt de beschikbaarheid van beroepspraktijkvormingsplaatsen (bpv-plaatsen), met name de stageplaatsen voor leerlingen die de BOL-variant (beroepsopleidende leerweg) volgen en de externe stages voor de BBL-variant (beroepsbegeleidende leerweg). De verantwoordelijkheid voor het realiseren van voldoende bpv-plaatsen ligt bij de onderwijsinstellingen, maar zij zijn afhankelijk van de medewerking van zorginstellingen. Door middel van het organiseren van rondetafelconferenties tussen betrokken partijen, samen met het ministerie van OCenW en de OVDB (landelijk orgaan voor het beroepsonderwijs), stellen wij ons actief op om de partijen te stimuleren hiervoor oplossingen te vinden. Bij de laatste rondetafelconferentie op 6 april jl. zijn terzake afspraken gemaakt:

- Regionale samenwerking tussen zorginstellingen en opleidingsinstellingen moet leiden tot voldoende bpv-plaatsen in de eigen regio.
- De koepelorganisaties zullen de vorming van een opleidingsfonds onderzoeken. Een opleidingsfonds kan de participatie van zorginstellingen in het beroepsonderwijs bevorderen.

In het najaar 2000 zal in een derde rondetafelconferentie de voortgang van deze afspraken worden nagegaan. De actuele knelpunten en de sterke

spreiding van verantwoordelijkheden benadrukken het belang van dergelijke, breed samengestelde gremia, die wij zullen blijven stimuleren. Bovendien is in het Jaarplan 2000 van het CAZ extra geld uitgetrokken voor (regionale) activiteiten om ROC's, HBO's en zorginstellingen te laten samenwerken en vraag en aanbod planmatig af te stemmen.

– *Verloskundigen*

Over de uitbreiding van de instroomcapaciteit van de opleiding verloskunde van 120 naar 160 plaatsen en de applicatiecursus voor buitenlandse verloskundigen is de Kamer al geïnformeerd in het AO Verloskundige Zorg op 30 maart jl. Naar aanleiding van onder andere de tussenrapportage van de Stuurgroep Modernisering Verloskunde (u toegezonden op 23 maart, CSZ/EZ-2055289), heb ik als minister van VWS u op de hoogte gesteld van mijn maatregelen inzake verlaging werkdruk, verbeterde honorering en een betere organisatie van de verloskundige praktijk.

– *Paramedici*

De capaciteitsplanning voor paramedici staat op een tweesprong. Evenals voor artsen en tandartsen adviseerde ik als minister van VWS de minister van OCenW op zijn verzoek regelmatig over de vraag naar onder andere fysiotherapeuten, ergotherapeuten en logopedisten en de daarbij behorende instroom. De minister van OCenW nam in het Hoger Onderwijs en Onderzoek Plan dit advies over en besprak dit met de HBO-raad. De HBO-raad bepleitte de laatste jaren een herziening van de ramingsmethodiek. In afwachting daarvan werd aan de hogescholen gevraagd een behoedzaam capaciteitsbeleid te voeren voor de betrokken paramedische opleidingen. Inmiddels heeft de door de HBO-raad ingestelde Verkenningscommissie hoger gezondheidszorg onderwijs advies uitgebracht. Wat betreft de capaciteitsplanning beveelt zij aan dat de studentenstops in het hgzo moeten verdwijnen. Naar haar mening zou er een hgzo-platform moeten komen, waarin opleidingen, zorgaanbieders en beroepsbeoefenaren bijeenkomen en op basis van bestaand onderzoeksmateriaal signaleren hoe naar verwachting de arbeidsmarktperspectieven van verschillende opleidingen eruit zien. Het zwaartepunt komt te liggen bij de zelfregulering van de opleidingen. Een standpunt van de HBO-raad op deze aanbeveling is in voorbereiding.

– *Artsen en tandartsen*

De numerus fixus geneeskunde en tandheelkunde is door de minister van OCenW voor het komende studiejaar 2000/'01 vastgesteld op respectievelijk 2010 en 260 opleidingsplaatsen. Dit is een verhoging ten opzichte van vorig jaar met respectievelijk 135 en 20 plaatsen.

Wat betreft de huisartsenopleiding heb ik als minister van VWS mede op verzoek van de Kamer de instroom in de huisartsenopleiding uitgebreid met 12 extra plaatsen in 1999 en 24 extra plaatsen in 2000. De komende jaren zal de huisartscapaciteit geleidelijk verder worden uitgebreid met nog eens 95 plaatsen tot 456 in 2004. Overeenkomstig mijn toezegging aan de Kamer tijdens het AO Huisartsenzorg op 30 maart jl. heb ik het Capaciteitsorgaan gevraagd om nog eens goed naar de gewenste instroom te kijken en daar ook de Raad voor de Huisartsopleiding bij te betrekken.

Medio mei heeft de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen samen met de Orde van Medisch Specialisten gepleit voor een extra uitbreiding met 50 opleidingsplaatsen voor medisch specialisten. In het kader van de MJA's zijn, zoals reeds bekend, al middelen gereserveerd voor een uitbreiding van de capaciteit van de opleidingen tot specialist. Het lijkt ons verstandig dit pleidooi te betrekken bij de nadere uitwerking van de invulling van de oorspronkelijk gereserveerde middelen.

In het kader van het traject Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW) hebben wij het onderwerp «toetredingbelemmeringen bij medische beroepsbeoefenaren» aangemeld als potentieel MDW-onderwerp. De bedoeling is de formele en materiële belemmeringen voor toetreding tot een aantal medische beroepen systematisch in kaart te brengen en aan te geven wat de voor- en nadelen zijn. Ook de instroombeperking van de initiële opleidingen zal daarbij moeten worden betrokken. In juni 2000 zal het kabinet een besluit nemen over de MDW-onderwerpen van komend jaar.

Voor artsen is voorts van belang nog eens te benadrukken dat de huidige opleidingsstructuur langdurig en inflexibel is. Voor veel artsen geldt na afloop van hun opleiding dat zij «te knap, te oud en te duur» zijn. Op ons verzoek is bij de KNMG en de medische opleidingscolleges een project van start gegaan ter heroverweging van de deskundigheid van de arts en de consequenties daarvan voor de inrichting van de basisopleiding tot arts en de medische vervolgopleidingen. Dit project heeft een looptijd van 3 jaar en zal in samenwerking met andere partners in zorg en opleiding vorm krijgen. Op deze wijze kan aangesloten worden bij de aanbevelingen van de verkenningcommissie HGZO om de afstand tussen de opleidingen voor de zorg in het wetenschappelijk- en hoger beroepsonderwijs te verminderen. Eén en ander kan weer bijdragen aan mobiliteit en ontplooiingsmogelijkheden voor beroepsbeoefenaren in de zorg.

– *Clustervorming en multi-professioneel onderwijs*

Op het terrein van de mondzorg komt volgende maand een rapport van de Adviesgroep Capaciteit Mondzorg beschikbaar. De Adviesgroep, onder voorzitterschap van prof. Lapré, zal de aard en omvang van de personele situatie van de beroepen in de mondzorg in kaart brengen en zal voorstellen doen voor adequate maatregelen voor de korte en langere termijn. Daarin zal veel aandacht worden besteed aan de «ketengedachte». Met andere woorden, er wordt veel aandacht gegeven aan een gestructureerde samenwerking tussen de diverse soorten beroepsbeoefenaren in die sector van zorg, met het oog op een zo goed mogelijke en doelmatig mogelijke zorg. De doelmatigheid van de zorg betekent in dit verband vooral een optimale inzet van de schaarse beschikbare beroepskrachten. Die «ketengedachte» wordt ook voor andere sectoren uitgewerkt. Zo is er het Landelijk Platform Oogzorg waarin de organisaties van alle bij de oogzorg betrokken beroepsbeoefenaren met elkaar overleggen over een zo goed mogelijke inzet van en samenwerking tussen de verschillende deskundigheden.

Het is overigens de bedoeling dat het Capaciteitsorgaan de samenhang tussen de (tand)artsen en andere beroepsbeoefenaren zodanig in de beschouwingen zal betrekken dat ook daar de «ketengedachte» verder gestalte krijgt. Dit betreft dan vooral de kwantiteit.

Ter ondersteuning van ontwikkelingen op het vlak van cluster- en ketenbenadering, opleidingsvernieuwing, nieuwe beroepen en heroverweging van bevoegdheden geven wij Zorgonderzoek Nederland (ZON) opdracht een programma op dit gebied te starten voor projecten, experimenten en onderzoek (peo-programma). Met behulp van dit programma kan ondersteunend onderzoek worden verricht, kunnen vernieuwende impulsen worden vormgegeven en geëvalueerd en kan geëxperimenteerd worden met bijvoorbeeld multiprofessioneel onderwijs. Het programma heeft een looptijd van tien jaar en zal in 2001 van start gaan; per jaar is 1 miljoen gulden beschikbaar. Met dergelijke impulsen steunen wij de betrokken partijen in het verkennen van nieuwe werk- en opleidingsvormen.

5. Nabeschouwing

De zorg is een arbeidsintensieve sector, de hulpverleners *zijn* de zorg. De actuele en dreigende tekorten op de arbeidsmarkt vormen dan ook een bedreiging voor een adequaat kwalitatief zorgaanbod. De personeelsvoorziening in de zorg – en dat gaat verder dan het arbeidsmarktbeleid – verdient daarom meer inzet van alle partijen. Wij willen daarbij nadrukkelijk de verbinding leggen tussen enerzijds de ontwikkelingen in de zorgvraag en de organisatie van de zorg en anderzijds de personeelsvoorziening. Ontwikkelingen in de zorg zelf hebben consequenties voor de zorgverleners.

Wij zien daarin met name ontwikkelingen voor de verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen. Niet alleen verschuift de zorgvraag van cure naar care, hetgeen een accentverschuiving geeft naar deze beroepsgroepen. Wij zien ook veel mogelijkheden in ontwikkelingen als taakherschikking tussen artsen en verpleegkundigen en in cluster- en ketenbenaderingen in de zorg. De positie van verpleegkundigen en verzorgenden dient versterkt te worden in het beroepenveld, zowel wat betreft ontwikkeling van beroepsinhoud, als de ondersteuning van de beroepsgroep, als de positie in de instellingen. Alle betrokken partijen, inclusief de overheid, dienen daar inzet voor te tonen.

De arbeidsmarkt is complex, met in de zorgsector veel partijen en onvoorspelbare dynamiek. De zorgsector kan bogen op een traditie van overleg en gezamenlijke aanpak; de zorg heeft hierin een zekere voorsprong op andere sectoren. Toch is voortdurende aandacht geboden en is continue vernieuwing noodzakelijk om voldoende en adequaat «mensenwerk» in de zorg te behouden. Als omvangrijke sector, met een divers aanbod kunnen we inspelen op wensen als mobiliteit en ontplooiing.

De ontwikkeling van de zorgvraag zal de aandacht voor voldoende en adequaat opgeleid personeel blijven houden. In deze notitie hebben wij aan de hand van een aantal dreigende knelpunten onze visie op de personeelsvoorziening in de toekomst uiteengezet en aangegeven welke aanpak wij, samen met partijen, hebben gevolgd. De resultaten daarvan zijn niet altijd op korte termijn zichtbaar, gegeven de dynamiek van de sector en de arbeidsmarkt. Voor het bereiken van resultaten zijn de partijen in het veld onmisbaar. Wij zullen blijven monitoren op de mate waarin afgesproken initiatieven worden geëffectueerd en waar nodig bijsturen en intensiveren.

Arbeidsmarktconvenant Zorgsector: doelstellingen, effecten en maatregelen

In december 1998 is door werkgevers- en werknemersorganisaties, Arbeidsvoorziening en het Ministerie van VWS het Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector (CAZ) afgesloten. Het geeft richting en binding aan maatregelen van landelijke partijen en van daaruit ook aan regio's en instellingen.

Op grond van het Convenant is een Meerjarig Beleidskader 2000–2004 opgesteld (de Kamer toegezonden bij brief van 25 oktober 1999) met doelstellingen en speerpunten. Ieder jaar worden maatregelen met verwachte effecten en uitkomsten afgesproken en vastgelegd in een Jaarplan. Het Jaarplan is de Kamer toegezonden bij brief van 30 november 1999.

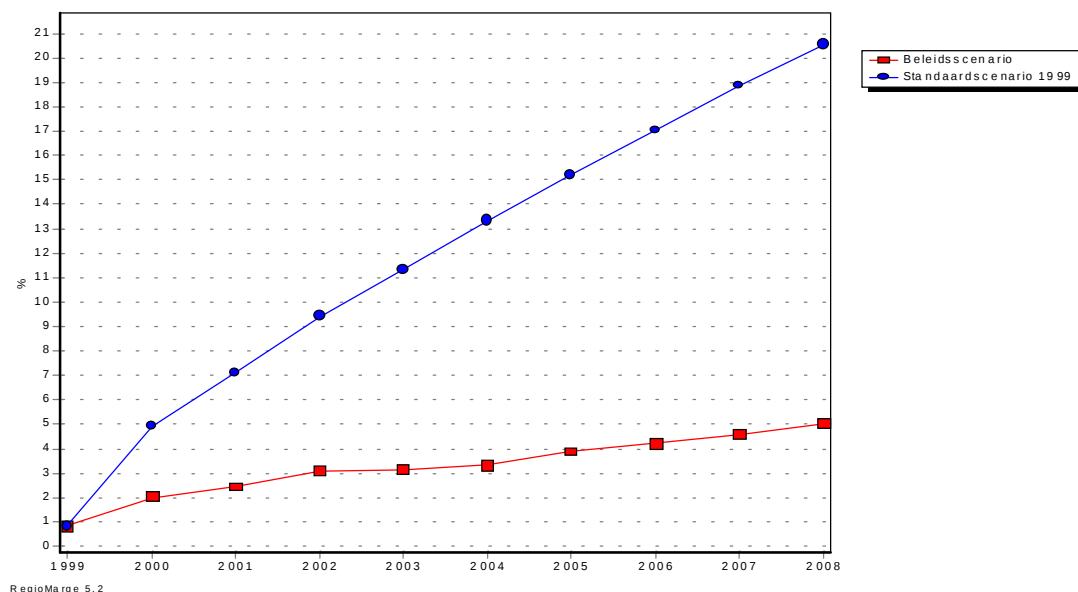
Hoofddoelstelling uit het Meerjarig Beleidskader 2000–2004 is de verwachte personeelstekorten in de verplegende en verzorgende beroepen in een periode van vier jaar terug te dringen tot het niveau van de gebruikelijke frictie op de arbeidsmarkt. In 2004 moeten de volgende doelstellingen zijn bereikt:

1. terugdringing van het verloop met 20%
2. vergroting van de instroom in de opleidingen met 20%
3. afname van de uitval uit de opleidingen met 20% (verhoging studierendement) en vermindering van het deel van de afgestudeerden uit de opleidingen dat niet in de zorgsector gaat werken met 20% (verhoging beroepsrendement)
4. toename van de inzet van agogisch opgeleiden met 20% (in met name de gehandicaptenzorg en organisaties voor psychiatrie)
5. uitbreiding van het contractonderwijs met 50%
6. uitbreiding van de arbeidsduur met 0,5%
7. terugdringing van het ziekteverzuim: een halvering van het verschil tussen het ziekteverzuim in de zorgsector en het gemiddelde niveau daarvan in de gehele arbeidsmarkt. D.w.z. een daling van 1,1%.
8. bevorderen reïntegratie met een streefniveau van 3000 personen extra ten opzichte van niveau 1999 (via 15% meer herintreders in het model)
9. toename van de instroom van doelgroepen (via instroom in opleidingen)
10. terugdringing van de instroom in de WAO (via verloop/ziekteverzuim)

Deze doelstellingen moeten met een veelheid van reeds in uitvoering en deels nieuwe maatregelen worden bereikt.

Figuur 1 laat zien dat de berekende tekorten fors omlaag worden gebracht indien de doelstellingen worden gehaald. In 2004 wordt binnen het beleidsscenario een tekort van 3,3% verwacht, een daling van 10% ten opzichte van het standaardscenario 1999.

Figuur 1: tekort (%), totaal zorgsectoren. Beleidsscenario vs. standaardscenario



De bijdragen van de verschillende doelstellingen aan het totstandkomen van de daling van het verwachte tekort zijn in tabel 2 weergegeven. Voor de verschillende sectoren is aangegeven hoeveel verpleegkundigen en verzorgenden minder tekort zijn in 2004 ten opzichte van het standaardscenario 1999. Het vermelde effect is inclusief de «winst» in de voorgaande jaren. Omdat de maatregelen invloed op elkaar uitoefenen tellen de afzonderlijke effecten niet noodzakelijkerwijs op tot het gecombineerde effect. Het resterend tekort komt overeen met de percentages in tabel 3.

Tabel 2: effecten beleidsmaatregelen op de tekorten in 2004 per sector

	Sector							Totaal
	ZH	GGZ	GHZ	VPH	VZH	TZ	Ov	
Tekort in 2004 (abs.)	6 245	2 184	5 809	10 144	7 286	11 109	1 508	44 286
Tekort in 2004 (%)	8	10	14	16	14	15	20	13
<i>– vraagzijde</i>								
verloop –20%	2 473	896	2 144	3 260	2 066	3 359	390	14 589
Langer werken 0,5%	202	68	148	231	166	250	27	1 092
Ziekteverzuim –1,1%	691	232	501	733	523	791	88	3 561
Agog.opgeleiden +5%	148	48	266	53	37	37	12	600
<i>– aanbodzijde</i>								
Instroom BBL +20%	254	54	90	599	514	140	3	1 654
Instroom BOL +20%	221	77	236	347	270	655	29	1 835
Uitval opleiding –20%	818	252	507	1 148	690	975	81	4 472
Uitval gediplom. –20%	190	65	166	234	174	431	22	1 283
Herintreders +15%	455	205	373	512	394	645	58	2 644
Contractonderwijs +50%	64	27	– 32	50	67	942	12	1 130
Gecombineerd effect	5 209	1 835	4 536	8 084	4 284	8 754	758	33 462
Resterend tekort	1 036	349	1 273	2 060	3 002	2 355	750	10 824

Op deze manier wordt ook zichtbaar welke variabelen in het model het hoogste rendement opleveren. Dat zijn verloopbeheersing en opleidingen (instroom en uitval).

Tabel 3: tekorten in 2004 naar sector en niveau in %, Standaardscenario 1999 vs. Beleidsscenario

	Beleidsscenario	Standaardscenario
<i>Sector</i>		
Ziekenhuizen	1,4	8,2
Geestelijke gezondheidszorg	1,6	9,9
Gehandicaptenzorg	3,3	14,5
Verpleeghuiszorg	3,3	15,9
Verzorgingshuizen	6,1	14,5
Thuiszorg	3,3	15,3
<i>Kwalificatieniveau</i>		
Verpleegkundige niveau 5	3,9	14,0
Verpleegkundige niveau 4	- 1,1	6,6
Verzorgende niveau 3ig	12,4	21,8
Verzorgende niveau 3	- 1,7	10,3
Helpende niveau 2	4,4	18,1
Totaal	3,3	13,3

Uitgaande van de gebruikelijke frictie (vacaturegraad van maximaal 4%; de centrale doelstelling van convenantpartijen voor 2004) blijkt dat bij realisering van de doelstellingen uit het Meerjarig Beleidskader in 2004 alleen nog ernstige problemen worden verwacht bij de verzorgenden niveau 3ig. Volgens het model zouden er aanzienlijke tekorten overblijven in de verzorgingshuizen. Dit heeft te maken met het feit dat daar veel personeel op niveau 3ig gevraagd wordt dat elders (bij verpleeghuizen) opgeleid wordt. Waar verzorgingshuizen echter al veel met verpleeghuizen samenwerken is het onderscheid in de praktijk waarschijnlijk wat kunstmatig. Dit betekent dat de tekorten van verzorgings- en verpleeghuizen meer naar elkaar zullen tenderen.

De doelstellingen zijn ambitieus. Met name die op het terrein van instroom in en het rendement van opleidingen, het terugdringen van ziekteverzuim/WAO en de reïntegratie van arbeidsgehandicapten zijn fors. Bij het vergroten van de instroom in de opleiding speelt de concurrentieslag om de schoolverlaters.

In het Jaarplan 2000, aan de Tweede Kamer bij brief van 30 november 1999 toegezonden, zijn de in 2000 te treffen maatregelen uitvoerig beschreven, onderverdeeld in de volgende zes speerpunten:

- arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim, WAO en reïntegratie
- instroom (initieel en doelgroepen)
- behoud van zittend personeel (scholing, arbeid&zorg, etc.)
- verbetering van de beeldvorming (de campagne De Zorg. Het echte werk)
- versterken en verbreden van de regionale arbeidsmarktverbanden
- onderzoek en monitoring.

Het Jaarplan 2000 gaat uit van een budget van ongeveer 240 miljoen gulden.

Op de volgende pagina is een samenvattend overzicht («top tien») van maatregelen opgenomen (ook de maatregelen in het kader van het convenant voor de sector welzijn/jeugdhulpverlening zijn daarin vermeld). De maatregelen stimuleren de instellingen en regio's tot planmatige activiteiten en de middelen zijn aanvullend op bestaande middelen in de instellingen. Daar zal uiteindelijk door een doelgerichte, doelmatige en samenhangende inzet een modern en gezond personeelsbeleid moeten worden gevoerd.

De afspraken in het Meerjarig Beleidskader, de maatregelen op de zes speerpunten in het Jaarplan 2000 en de uitwerking daarvan in de

Top-tien jaarplannen 2000 CAZ en CAWJ

Speerpunt	top-tien jaarplan CAZ	top-tien jaarplan CAWJ
arbo, ziekteverzuim, WAO-instroom, reïntegratie	* verbreding peilstations ziekteverzuim tot alle zorgsectoren * in overleg met alle betrokkenen komen tot minimumeisen voor goede contracten met Arbo-diensten en het vervolgens faciliteren van instellingen die dergelijke contracten afsluiten * ondertekening door alle branches van intentieverklaring tot aangaan arbo-convenant nieuwe stijl per 1 juli 2000 en ondertekening door zoveel mogelijk branches van arbo-convenanten * instelling van taakgroep ziekteverzuim, WAO en reïntegratie en oprichting van expertisecentrum	* implementatie verzuimmonitor * stimulering aanpak van werkdruk en fysieke belasting in instellingen * ontwikkeling van kenniscentrum arbo- en verzuimpreventie in samenwerking met AWOZ, AWOB en Cadans
instroom personeel	* verbetering van de beeldvorming en kennis van opleidingsmogelijkheden bij schoolverlaters en herintreders; * kwaliteitsimpuls voor praktijkbegeleiding en voldoende beroepspraktijk- vormingsplaatsen bij instellingen * ontwikkeling en uitvoering gezamenlijke, zorgbrede subsidieregeling, gericht op instroom van personen uit doelgroepen	* creatie van tenminste 800 leer-arbeidsplaatsen in de kinderopvang en de jeugdhulpverlening * intensivering project JEWEL
behoud personeel	* facilitering van scholingsactiviteiten via zorgbrede kader-regeling * uitbreiding faciliteiten voor kinderopvang, inclusief experiment voor aansluiting kinderopvang-faciliteiten bij arbeidstijden	* implementatie van de in 1999 te ontwikkelen scholingsinstrumenten * er worden pilotprojecten flexibilisering kinderopvang gestart
Verbetering beeldvorming	* meerjarige landelijke beeldvormingcampagne en facilitering van regio's en instellingen t.b.v. wervings-activiteiten	* landelijke en regionale wervingscampagnes KO en JHV
versterking en verbreding regionale infrastructuur en herstructurering landelijke infrastructuur	* gezamenlijk, zorgbrede financieringsregeling t.b.v. de regionale infrastructuur en oprichting gezamenlijk projectbureau als aanspreekpunt en ondersteuning voor de regio's en ter uitvoering van de regeling	* in negen regio's wordt regio-coördinator aangesteld en worden regionale activiteiten georganiseerd
Arbeidsmarktonderzoek en -monitoring	* het doen van nulmetingen en evaluaties t.b.v. evaluaties kwantitatieve doelstellingen	* monitoring van in-, door- en uitstroom-problemen bij sociaal-agogische functies in alle deelsectoren