

Vergaderjaar 2013–2014

**29 282**

## **Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector**

**Nr. 181**

### **BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 25 oktober 2013

Iedere Nederlander heeft recht op toegankelijke, kwalitatief hoogwaardige en betaalbare zorg. Nu en in de toekomst. Daarom hebben wij een ambitieuze en noodzakelijke agenda in gang gezet in de curatieve zorg, de langdurige zorg en ondersteuning en de jeugdzorg<sup>1</sup>. Noodzakelijk omdat de eisen die we stellen aan de organisatie van de zorg veranderen en omdat de zorg al jaren sterker groeit dan we op termijn als maatschappij aan kunnen. Ambitieuze vanwege onze inzet om een omslag te maken van het denken in systemen naar het denken in mensen. Ook ambitieuze omdat we heel veel van partijen en mensen vragen in een relatief korte tijd. We nemen maatregelen die op bijna alle terreinen van de zorg gevolgen hebben.

Dat betekent dat cliënten, zorgprofessionals, zorgaanbieders en zorginkopers te maken krijgen met veranderingen in de zorg. Deze veranderingen zijn niet altijd gemakkelijk. Toch bieden zij perspectief op een systeem dat minder kost en meer tevredenheid oplevert. Tevredenheid bij zowel de mensen die in de zorg werken, als de mensen die er gebruik van maken. Want een toekomstbestendige zorg met tevreden cliënten, patiënten, professionals én premiebetalers, dat is ons doel.

Uw Kamer heeft gevraagd om een visie op de arbeidsmarkt in de zorg. Deze visie is onlosmakelijk verbonden met onze visie op de zorg, zoals wij die hebben verwoord in onze strategische agenda «Van systemen naar mensen».

Op basis van onze visie op de zorg schetsen wij in hoofdstuk 1 wat dit betekent voor de arbeidsmarkt in de zorg, voor welke afwegingen wij staan en hoe wij daar mee om zullen gaan. Deze hoofdlijnen worden vervolgens uitgewerkt. Hoofdstuk 2 beschrijft de verwachte arbeidsmarkteffecten. In hoofdstuk 3 en 4 zetten wij uiteen hoe wij partijen gaan

<sup>1</sup> Hierna samengevat onder de term «zorg».

ondersteunen bij het realiseren van de noodzakelijke veranderingen en hoe deze veranderingen verantwoord, met oog voor cliënten en professionals, kunnen worden gerealiseerd.

## 1. Visie op de arbeidsmarkt in de zorg

In de afgelopen decennia is er veel veranderd in de zorg. De medische mogelijkheden zijn drastisch toegenomen en daarmee de hoeveelheid zorg en de kwaliteit van zorg. We zijn ook meer gaan vragen van de zorg. Steeds meer ongemakken en maatschappelijke problemen zijn in de zorg beland. Met als gevolg dat de zorg zo sterk groeit dat we dat op termijn als maatschappij niet alleen financieel, maar ook qua bemensing niet meer aan kunnen. Zo kan het aandeel zorg in de totale werkgelegenheid volgens een recente scenariostudie van het CPB oplopen van 12,8% in 2010 naar 22% of 29% in 2040<sup>2</sup>. Dat leidt niet alleen tot dreigende personeelstekorten, ook de beschikbaarheid van voldoende arbeid in andere belangrijke sectoren van de economie in het geding.

De toekomstbestendigheid van de zorg wordt echter bepaald door meer dan alleen de groei van de uitgaven of het beslag van de zorg op de arbeidsmarkt. Een toekomstbestendige zorg betekent ook adequaat inspelen op maatschappelijke trends en veranderende eisen uit de maatschappij. Zo zien wij bijvoorbeeld dat het onderscheid tussen cure en care vervaagt. Samenwerking tussen professionals, tussen instellingen en tussen gemeenten en verzekeraars wordt daardoor steeds belangrijker. Bovendien willen mensen zo lang mogelijk in de eigen omgeving blijven wonen en participeren. De zorg moet daarom zo veel mogelijk thuis en dicht in de buurt worden georganiseerd. Professionals moeten cliënten, mantelzorgers en vrijwilligers vaker als gelijkwaardige partner zien. Dat vergt ook aandacht voor de informele zorg in de opleidingen. Tot slot wordt het omgaan met nieuwe medische technologieën, maar ook het integreren van technologieën die buiten de zorg al heel normaal zijn, steeds belangrijker. In de meeste sectoren bieden technologische ontwikkeling en veranderingen in arbeidsrelaties mensen de mogelijkheid om zelf bepaalde zaken te organiseren (zelfmanagement) en het proces van dienstverlening efficiënter te maken, bijvoorbeeld via taakher-schikking. In de zorg gaat dit vaak nog te langzaam.

Het toekomstbestendig maken van de zorg vraagt om een transformatie. De plaats waar we de zorg organiseren, op welke manier we de zorg verlenen en wie de zorg verleent zal komende jaren veranderen. Om deze transformatie te bestendigen nemen wij verschillende maatregelen. Deze maatregelen hebben onvermijdelijk ook effecten op de arbeidsmarkt in de zorg. Dit geldt zowel voor de kwantiteit (de effecten op de werkgelegenheid in de verschillende zorgsectoren) als voor de kwaliteit (het benodigd opleidingsniveau en competenties van professionals zullen veranderen). In **hoofdstuk 2** worden deze effecten uitgebreid in kaart gebracht.

Wij zijn ons zeer bewust dat deze veranderingen niet altijd makkelijk zullen zijn. Wij achten ze echter noodzakelijk voor een toekomstbestendige zorg. Heel Nederland betaalt verplicht mee aan de zorg. Daar moeten we zuinig en zorgvuldig mee omgaan. Ook wanneer dat (op korte termijn) soms leidt tot onzekerheid en verlies van banen. De zorg draait immers primair om het verschaffen van goede én betaalbare zorg voor wie dat nodig heeft. Tegelijkertijd moeten de noodzakelijke veranderingen en de daarmee gepaard gaande verschuivingen op de arbeidsmarkt op een verantwoorde manier verlopen. Dat betekent dat de continuïteit en

<sup>2</sup> CPB – Toekomst voor de zorg (2013) p.56.

kwaliteit van zorg moet zijn gewaarborgd en dat we oog hebben voor de arbeidsmarktpositie van medewerkers in de zorg. Wij staan dus voor een belangrijke uitdaging. Een uitdaging die de komende jaren centraal staat in ons arbeidsmarktbeleid voor de zorg. Aan de ene kant moet de arbeidsmarkt in de zorg flexibel genoeg zijn om de noodzakelijke veranderingen te realiseren. Anderzijds moet diezelfde arbeidsmarkt in de zorg voldoende zekerheden geven om de veranderingen verantwoord te laten verlopen.

Een heldere verantwoordelijkheidsverdeling is daarbij van belang. Instellingen zijn en blijven primair verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering en personeelsbeleid. Brancheorganisaties en vakbonden opereren vanuit hun verantwoordelijkheid voor het behartigen van de (collectieve) arbeidsmarktbelangen van hun leden. Gemeenten en verzekeraars, als zorginkopers, spelen geen directe rol op de arbeidsmarkt in de zorg, maar zijn indirect bepalend voor de loonruimte en de (samenstelling van) de vraag naar zorgprofessionals. Zij bepalen bij welke zorgaanbieders en tegen welke prijs-kwaliteitverhouding zij zorg inkopen.

Het onderlinge gedrag van deze partijen, binnen de context van de geldende instituties (wet en regelgeving, overlegstructuren, akkoorden, afspraken etc.), is bepalend voor de manier waarop de zorgsector zich aanpast. De overheid is hieraan complementair en richt zich met name op de borging van de belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Bij geleidelijke veranderingen zoals bijvoorbeeld demografische ontwikkelingen is het voor deze partijen eenvoudiger om tijdig en adequaat in te spelen op veranderingen in de zorg. De komende jaren staan we voor grote veranderingen die in een relatief kort tijdsbestek moeten gaan plaatsvinden. Het risico op onbedoelde effecten is dus groter dan voorheen.

Daar waar onbedoelde effecten plaatsvinden, zien wij voor onszelf daarom een ondersteunende en soms ook corrigerende rol weggelegd. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer de continuïteit en kwaliteit van de zorg in gevaar komt, wanneer uitvoerings- en frictiekosten ten koste gaan van de zorg of wanneer medewerkers in de zorg niet op een verantwoorde manier van werk naar werk worden begeleid.

In **hoofdstuk 3** formuleren wij daarom drie uitgangspunten waar het verloop van de transities in de curatieve en de langdurige zorg in onze ogen aan zou moeten voldoen – voor zover het de arbeidsmarkt betreft – en schetsen wij in **hoofdstuk 4** een agenda waarmee wij partijen zullen ondersteunen bij het realiseren van de noodzakelijke veranderingen. Centraal in deze hoofdstukken staat het streven de verschuivingen op de arbeidsmarkt op een verantwoorde manier te laten plaatsvinden, zonder dat de noodzakelijke veranderingen worden belemmerd.

#### **Box 1: kerncijfers arbeidsmarkt zorg**

- In 2011 was de werkgelegenheid in de zorg ongeveer 770.000 fte (ongeveer 1,1 mln. personen). Dit is exclusief ongeveer 20.000 fte alfahulpen (ca. 60.000 personen).
- Tussen 2006 en 2011 is de werkgelegenheid in de zorg gestegen met ongeveer 14.000 fte per jaar (ongeveer 28.000 extra personen per jaar).
- De vacaturegraad in de zorg (aantal vacatures per 1.000 werknemers) is gedaald van 16 in 2009 naar 11 in 2012. Ter vergelijking, de vacaturegraad in de economische sectoren was 13.

- Het ziekteverzuim in de zorg is gedaald van 4,9% in 2009 naar 4,6% in 2012. Gecorrigeerd voor de personeelssamenstelling en bedrijfsgrootte is dit vergelijkbaar met het Nederlands gemiddelde.
- Het netto verloop onder verplegend, sociaal-agogisch en verzorgend (VOV) personeel is gedaald van 6,4% in 2008 naar 5,2% in 2011. Dit is inclusief de werknemers die met pensioen gaan.
- ROC's en hogescholen krijgen meer studenten die een zorg- en/of welzijnsopleiding volgen. Het aantal studenten is gestegen van 260.000 2009 naar 278.000 in 2012.
- De ervaren werkdruk in de zorg en welzijn is afgenomen en is voor het eerst lager dan gemiddeld. In 2009 gaf 33,3% van de werknemers aan «erg snel te moeten werken» t.o.v. 29% in 2012 (gemiddeld: 31,2%). Ook voor de categorieën «heel veel werk» daalde het percentage van 44,6% in 2009 naar 40% in 2012 (gemiddeld 39,6%). Hetzelfde geldt voor het percentage werknemers dat «extra hard moest werken». Dit was in 2009 27% en in 2012 24,7% (gemiddeld 26,2%).
- Werknemers in de zorg geven aan meer te maken te hebben met agressie dan andere werknemers. Zo ondervond in 2012 20,7% van de werknemers in de zorg lichamelijk geweld door klanten, ten opzichte van 6,4% van alle werknemers. Wel is een lichte daling zichtbaar over de afgelopen 2 jaar (21,5% naar 20,7%). Ook hebben zorgwerknemers (31,3%) meer te maken met intimidatie door klanten dan andere werknemers (19,1%). Hierin is een lichte daling zichtbaar over de afgelopen 2 jaar (32,7% naar 31,3%).
- Werknemers in de zorg en welzijn zijn meer tevreden over hun baan dan werknemers in andere sectoren. In 2012 zijn 82,7% van de mensen die in de zorg en welzijn werken (zeer) tevreden over hun baan vergeleken met 78,2% van alle werknemers.
- De mate waarin men in deeltijd werkt verschilt sterk per branche. In de huishoudelijke hulp werken ongeveer 110.000 medewerkers (waarvan ongeveer 60.000 alfa-hulpen) gemiddeld 12 uur per week. In academische ziekenhuizen en de jeugdzorg werkt men gemiddeld 30 uur in de week.

## 2. Effecten op de arbeidsmarkt in de zorg

Wij houden de arbeidsmarkteffecten van onze agenda voor de zorg nauwlettend in de gaten. Dit doen wij onder andere met arbeidsmarkteffectrapportages die samen met brancheorganisaties en sociale partners in de zorg worden opgesteld. In mei 2013 is de Arbeidsmarkteffectrapportage Transitie Jeugdzorg naar uw Kamer verzonden<sup>3</sup>. Bijgaand treft u, zoals toegezegd, de eerste arbeidsmarkteffectrapportage (AER) Langdurige Zorg en Ondersteuning<sup>4</sup>.

De AER is primair bedoeld om ervoor te zorgen dat partijen zich zo goed mogelijk kunnen voorbereiden op de beoogde veranderingen in de zorg. Het is in deze fase geen nauwkeurige beschrijving van de effecten. Inschattingen van toekomstig gedrag van partijen in de zorg zijn onvermijdelijk met veel onzekerheid omgeven. De AER beoogt vooral inzicht te geven in de kansen en risico's van de beoogde transities. Geconsulteerde partijen hebben hun verwachtingen moeten baseren op de richting die is aangegeven in het regeerakkoord, de HLZ-brief van 25 april<sup>5</sup> en de

<sup>3</sup> Kamerstuk 31 839, nr. 290.

<sup>4</sup> Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer

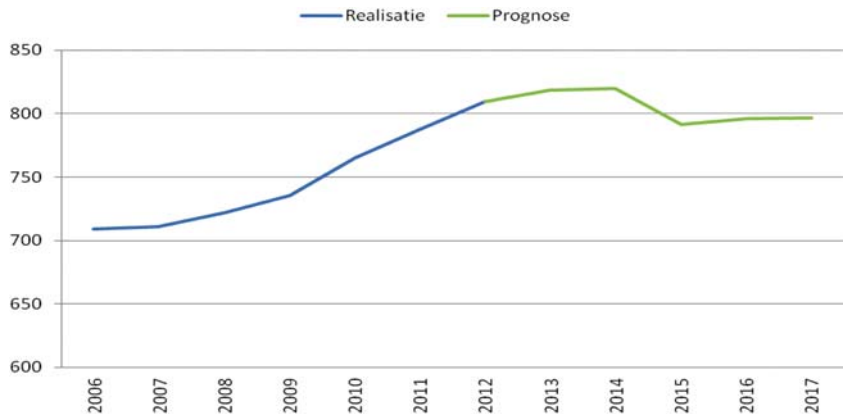
<sup>5</sup> Kamerstuk 30 597, nr. 296.

HLZ-brief van 9 juli<sup>6</sup>. Er vindt nog nadere besluitvorming plaats over onder andere de langdurige GGZ, de persoonlijke verzorging en de verpleging. Deze besluitvorming is niet meegenomen in de AER.

### Werkgelegenheid op macroniveau

De AER begint met een nulscenario. Dat nulscenario gaat uit van de middelen die, na de voorgenomen hervormingen, beschikbaar zijn voor zorg. De ontwikkeling in de werkgelegenheid volgt in grote lijnen de ontwikkeling van de financiële middelen<sup>7</sup>. Er wordt in dit nulscenario geen rekening gehouden met de effecten van een andere organisatie van de zorg. Het is dus geen realistisch scenario, maar geeft gevoel voor de omvang van de werkgelegenheidseffecten op macroniveau.

**Figuur 2.1: ontwikkeling werkgelegenheid (x1000 fte).**



Bron: VWS op basis van: SEOR, Panteia, E'til: »Arbeidsmarktprognoses van VOV-personeel in Zorg en Welzijn 2013–2017« en »Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn 2012«, aangevuld met een schatting voor de alfahulpen.

Op basis van dit nulscenario is de inschatting dat de werkgelegenheid in de bij de AER betrokken branches – verpleging en verzorging, thuiszorg (excl. alfahulpen), langdurige geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en jeugdzorg – in 2015 ongeveer 22 duizend fte (36 duizend personen) lager ligt dan in 2013. In dat jaar zijn de verwachte effecten op de werkgelegenheid als gevolg van de bezuinigingen het grootst. Na 2015 neemt de werkgelegenheid weer toe als gevolg van autonome groei (de onderliggende groei van de zorguitgaven als gevolg van demografische en epidemiologische ontwikkelingen). Hierdoor ligt in 2017 de werkgelegenheid ongeveer 15 duizend fte (25 duizend personen) lager dan in 2013, maar is de werkgelegenheid alweer hoger dan in 2011 (figuur 2.1).

De AER houdt geen rekening met de ongeveer 20 duizend fte alfahulpen (60 duizend personen) werkzaam in de huishoudelijke hulp en ook niet met de ontwikkelingen in de Zvw. In tabel 2.1 wordt daar wel rekening mee gehouden. Voor de gehele zorg ligt de werkgelegenheid in 2015 op basis van dit nulscenario naar verwachting ongeveer 27 duizend fte (ongeveer 54 duizend personen) lager dan in 2013. Na 2015 loopt het werkgelegenheidsverlies terug naar ongeveer 23 duizend fte (ongeveer 46 duizend personen) in 2017.<sup>8</sup> Ter vergelijking, tussen 2006 en 2011 is de

<sup>6</sup> Kamerstuk 30 597, nr. 368.

<sup>7</sup> Bij een gelijkblijvend ziekteverzuimpercentage, deeltijdfactor en verdeling in functies. Voor de GGZ wordt standaard rekening gehouden met productiviteitsgroei. Hierdoor groeit de werkgelegenheid net iets minder hard dan de budgetten.

<sup>8</sup> Het nulscenario in de AER geeft de gevolgen weer voor personeel in loondienst van zorginstellingen. Alfahulpen zijn niet in loondienst van zorginstellingen.

werkgelegenheid jaarlijks gestegen met ongeveer 14 duizend fte (28 duizend personen) per jaar, oftewel een totale stijging van ongeveer 70 duizend fte (140 duizend personen). De arbeidsmarkt in de zorg bevindt zich daarmee in een goede uitgangspositie. De afgelopen jaren was sprake van een krappe arbeidsmarkt met dreigende tekorten. Die zijn voorlopig afgewend. Hoewel de ontwikkeling van de werkgelegenheid een dip kent in 2015 zal deze naar verwachting structureel blijven groeien. Echter wel in een beter houdbaar tempo.

**Tabel 2.1: werkgelegenheid en natuurlijk verloop per branche (x1000 fte)**

| Branche                                 | 2012         | 2013         | 2015         |              | 2017         |                            | Netto verloop |          |
|---|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|----------------------------|---------------|----------|
|   |              |              | Tov 2013     | Tov 2013     | Per jaar     | Doorloop tijd <sup>1</sup> |               |          |
| Langdurige Geestelijke                  |              |              |              |              |              |                            |               |          |
| Gezondheidszorg                         | 21,6         | 21,9         | 21,2         | -0,7         | 21,5         | -0,3                       | 1,3           | 6        |
| Gehandicapenzorg                        | 119,8        | 120,9        | 118,3        | -2,6         | 121,2        | 0,3                        | 7,3           | 4        |
| Verpleging en Verzorging                | 173,9        | 170,0        | 161,1        | -8,9         | 154,4        | -15,6                      | 11,7          | 9        |
| Jeugdzorg                               | 27           | 26,2         | 25,2         | -1,0         | 22,3         | -3,9                       | 2,5           | 5        |
| Thuiszorg (excl. alfahulpen)            | 88,5         | 92,0         | 82,9         | -9,1         | 96,6         | 4,6                        | 9,4           | 12       |
| * Wv extramurale V&V                    | 72,5         | 75,7         | 71,0         | -4,7         | 85,0         | 9,3                        | 7,7           | 7        |
| * Wv huishoudelijke hulp (HH)           | 16,0         | 16,3         | 11,9         | -4,4         | 11,6         | -4,7                       | 1,7           | 31       |
| <b>Totaal AER<sup>2</sup></b>           | <b>430,8</b> | <b>431,0</b> | <b>408,7</b> | <b>-22,3</b> | <b>416,0</b> | <b>-14,9</b>               | <b>34,8</b>   | <b>8</b> |
| Thuiszorg HH: alfahulpen                | 20,0         | 20,4         | 14,9         | -5,5         | 14,6         | -5,8                       | 2,1           | 31       |
| Ziekenhuizen                            | 212,3        | 215,4        | 215,5        | 0,1          | 212,5        | -2,9                       | 13,4          | 0        |
| Curatieve Geestelijke                   |              |              |              |              |              |                            |               |          |
| Gezondheidszorg                         | 44,2         | 45,2         | 45,4         | 0,2          | 45,3         | 0,0                        | 2,7           | 0        |
| Eerstelijnszorg                         | 104,8        | 107,2        | 107,9        | 0,7          | 107,9        | 0,7                        | 12,4          | 1        |
| <b>Totaal Zorg en Jeugd<sup>2</sup></b> | <b>812,1</b> | <b>819,2</b> | <b>792,4</b> | <b>-26,8</b> | <b>796,3</b> | <b>-22,9</b>               | <b>62,7</b>   | <b>5</b> |

<sup>1</sup> De doorlooptijd is de tijd (in maanden) waarin het werkgelegenheidsverlies kan worden opgevangen door het netto verloop.

<sup>2</sup> Exclusief de sectoren Welzijn & Maatschappelijke Dienstverlening en kinderopvang. In deze tabel worden alleen sectoren meegenomen waar VWS budgettair voor verantwoordelijk is.

Bron: SEOR, Panteia, E'til: Arbeidsmarktprognoses van VOV-personeel in Zorg en Welzijn 2013–2017, bewerking VWS voor de verdeling van de sector thuiszorg in extramurale AWBZ en huishoudelijke hulp WMO, alsmede voor de effecten op de circa 20.000 fte alfahulpen.

De verwachte daling in de werkgelegenheid kan deels worden opgevangen door verloop van personeel. Het netto verloop in de huidige AWBZ is ongeveer 35 duizend fte (55.000 personen) per jaar (63 duizend fte per jaar voor de hele zorg). Het netto verloop is al het verloop exclusief personeel dat binnen de zorg van baan verandert. Het netto verloop lijkt voldoende om, op macroniveau, de daling in de werkgelegenheid tot 2015 op te vangen (het netto verloop is hoger dan het werkgelegenheidsverlies). Per branche is dit beeld wel verschillend. Zo is het verlies aan werkgelegenheid in de huishoudelijke hulp op te vangen met bijna drie jaar netto verloop (31 maanden). In de langdurige GGZ is ongeveer een half jaar netto verloop voldoende, in de gehandicapenzorg ongeveer vier maanden.

Het ligt in de lijn der verwachting dat een deel van de werkgelegenheid niet verdwijnt maar verschuift van het publieke naar het private domein. Zo kunnen mensen die straks geen huishoudelijke hulp meer ontvangen, deze hulp privaat inkopen bij thuiszorgorganisaties. Deze verschuiving naar het private domein is niet opgenomen in de AER en in de hieronder gepresenteerde cijfers. Dat dempt de negatieve werkgelegenheidseffecten, met name in de huishoudelijke hulp.

Tot slot kunnen de werkgelegenheidseffecten worden gedempt door een gematigde loonontwikkeling. Een gematigde loonontwikkeling biedt ruimte voor meer volume en daarmee voor meer personeel in de zorg. Zo is in het Zorgakkoord ruimte voor incidentele loonontwikkeling verruild voor een verlaging van de korting op de huishoudelijke hulp, waarmee de

werkgelegenheidseffecten van deze maatregel zijn beperkt. Een verdere matiging van de lonen kan de werkgelegenheidseffecten nog meer beperken, maar dat is aan sociale partners.

### Verschuivingen op microniveau

Naast de verschuivingen op macroniveau gaat de AER ook in op de verwachte gevolgen voor de individuele aanbieders en professionals: de veranderingen op microniveau. De AER verwacht dat de dynamiek op de arbeidsmarkt groot zal zijn vanwege de decentralisaties, de nieuwe financieringsstructuur, gemeentelijke beleidsvrijheid en regie, de (gedeeltelijke) cultuuromslag en de efficiëncyslag. De gevolgen voor individuele aanbieders en professionals zijn groter dan de gevolgen op macroniveau suggereren.

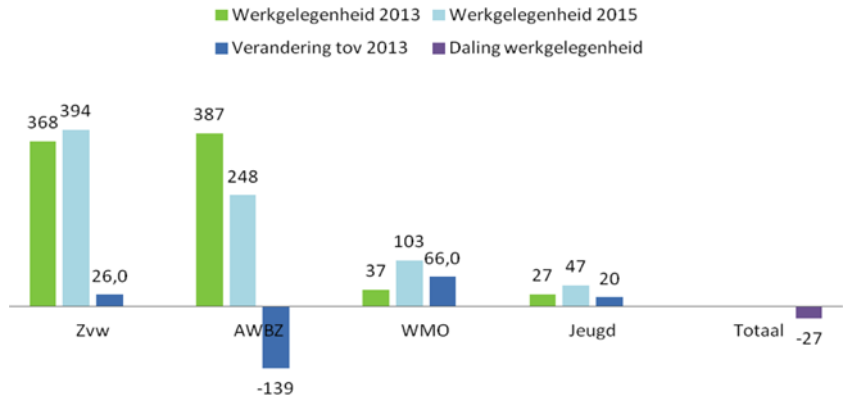
Verwacht wordt dat de gewenste hervormingen vragen om een andere werkwijze van zorgpersoneel, waardoor bezuinigingen vooral neerslaan bij bepaalde groepen werknemers. Zowel het gevraagde opleidingsniveau als de gevraagde competenties van professionals veranderen. Veel banen krijgen een bredere invulling, zoals bijvoorbeeld het bijdragen aan de poortwachterrol, signalering en begeleiding van mantelzorg. Bovendien zal de nadruk op eigen regie en zelfredzaamheid gevolgen hebben voor de werkgelegenheid op de lagere opleidingsniveaus. Kortom, er is anders en hoger opgeleid personeel nodig in de zorg. Dat leidt tot een verschuiving van werkgelegenheid van lager naar hoger opgeleid personeel.

Om de verschuivingen op microniveau nader te illustreren presenteren wij, in aanvulling op de AER, in figuur 2.2 de verschuivingen tussen de verschillende financieringsbronnen. Als gevolg van extramuraliseren en overhevelingen verschuift er ongeveer 139 duizend fte (229 duizend personen) uit de AWBZ en komt er werkgelegenheid bij in de Zvw (+26 duizend fte, 45 duizend personen), de WMO (+66 duizend fte, 93 duizend personen) en de jeugdzorg (+20 duizend fte, 28 duizend personen).<sup>12</sup> Dit betekent niet dat deze mensen ook allemaal van baan zullen wisselen. Neem bijvoorbeeld een wijkverpleegkundige in dienst van een thuiszorgorganisatie die extramurale AWBZ zorg levert. Op dit moment wordt deze instelling vanuit de AWBZ betaald. Inkopers (gemeenten en verzekeraars) kunnen de zorg bij dezelfde thuiszorgorganisatie blijven inkopen. In dat geval kan de wijkverpleegkundige in dienst blijven bij de thuiszorgorganisatie.

---

<sup>12</sup> Het gaat daarbij om de overhevelingen van de begeleiding en de persoonlijke verzorging 18+ naar gemeenten, de overheveling van de langdurige GGZ 18+ en de extramurale verpleging naar de Zvw en de overhevelingen in het kader van de Jeugdwet.

**Figuur 2.2: verandering werkgelegenheid naar financieringsbron (x1000 fte).**



Bron: VWS.

Een precieze inschatting van de gevolgen is, aldus de AER, op voorhand moeilijk te maken. De AER stelt dat de gevolgen ernstiger worden naarmate:

- 1) De onduidelijkheid over de in te zetten veranderingen langer voortduurt;
- 2) Gemeenten een groter deel van het budget aanwenden voor uitvoeringskosten of uitgeven aan andere onderdelen binnen het sociale domein;
- 3) Minder werknemers van werk naar werk begeleid kunnen worden;
- 4) Aanbieders van intramurale zorg meer te kampen krijgen met transitiekosten als gevolg van bijvoorbeeld ontslag en leegstand.

Een kwalitatieve inschatting van huidige aanbieders en sociale partners is dat vanwege de verschuiving van werkgelegenheid, huidige aanbieders 20–25% minder omzet zullen hebben in 2017. Zij verwachten omzet te verliezen aan nieuwe aanbieders en deels verwachten zij dat uitvoeringskosten en frictiekosten ten koste gaan van het aantal werknemers. Het aantal verschuivingen kan oplopen tot ongeveer 200 duizend personen. Dit is inclusief normale mobiliteit. Voor een deel gaan mensen werken bij een andere werkgever in een vergelijkbare functie of bij dezelfde werkgever in een andere functie. Er zullen ook functies worden vervangen door andere functies doordat de gevraagde competenties veranderen. Competenties die beter aansluiten bij de wensen van de cliënt.

Wij vinden dat er ruimte moet blijven voor dit proces van zorgvernieuwing omdat het de kwaliteit en betaalbaarheid van zorg verbetert. Zo zullen zorginstellingen die hun bedrijfsvoering op orde hebben en goed inspelen op deze veranderingen profiteren, terwijl andere zorginstellingen zullen moeten inkrimpen. Daarnaast ontstaat er ruimte voor nieuwe innovatieve toetreders en voor aanbieders die een hogere kwaliteit van zorg tegen een goede prijs kunnen leveren. Het proces van zorgvernieuwing en kwaliteitsverbetering leidt soms nu eenmaal tot het verdwijnen van oude banen en het creëren van nieuwe. Het is dan ook goed om te weten dat de afgelopen drie jaar ongeveer 200 duizend mensen van baan zijn gewisseld binnen de huidige AWBZ. De zorgsector kan een dergelijke verandering aan. Het verschil is dat de mobiliteit een meer gedwongen karakter krijgt dan voorheen.

Wij zijn ons zeer bewust dat deze veranderingen soms niet makkelijk zullen zijn en onzekerheid meebrengen voor professionals en cliënten. Voor personen (en hun gezinnen) die ontslagen worden of met ontslag bedreigd worden, kunnen de gevolgen ingrijpend zijn. Ondanks dat deze verschuivingen noodzakelijk zijn om de zorg zowel financieel als qua



bemensing toekomstbestendig te maken, verdienen de professionals en de cliënten dat alle partijen zich maximaal inzetten om de negatieve gevolgen zoveel mogelijk te beperken.

Wij formuleren daarom onderstaande uitgangspunten waaraan de transitie in onze ogen zou moeten voldoen voor zover het de arbeidsmarkt in de zorg betreft. Deze uitgangspunten worden in hoofdstuk 3 nader uitgewerkt.

- 1) De continuïteit en kwaliteit van de zorg zijn gewaarborgd.
- 2) Uitvoerings- en frictiekosten worden zoveel mogelijk beperkt.
- 3) Werknemers worden verantwoord van werk naar werk begeleid.

Goed is om te kunnen constateren dat de sociale partners in de AER bijna unaniem (met uitzondering van Abvakabo FNV) de noodzaak van de hervormingen onderschrijven en dat zij vanuit een positieve grondhouding, gericht op het omarmen van de nieuwe visie, hard werken aan de (voorbereidingen op de) transitie. Wij zullen hen daarbij zoveel mogelijk ondersteunen. In hoofdstuk 4 beschrijven wij hoe wij dat gaan doen. De aandachtspunten zoals door sociale partners en brancheorganisaties naar voren gebracht in de AER zullen wij nadrukkelijk adresseren in ons beleid.

### **3. Hervormingen op een verantwoorde manier realiseren**

#### Uitgangspunt 1: De continuïteit en kwaliteit van zorg zijn gewaarborgd.

##### *Zo snel mogelijk duidelijkheid*

Voor de continuïteit en kwaliteit van zorg is het van groot belang dat zorginkopers (gemeenten en verzekeraars) en aanbieders spoedig tot concrete afspraken komen over zorginkoop en zorglevering. Anders bestaat het risico dat zorgorganisaties uit onzekerheid keuzes maken die vanuit de individuele bedrijfsvoering gezien op dit moment misschien het meest logisch lijken, maar die niet optimaal zijn voor de zorg als geheel. Dit geldt bijvoorbeeld wanneer een teveel aan ontslagen de continuïteit en kwaliteit van zorg in gevaar brengt.

Duidelijkheid over de zorginkoop is alleen mogelijk wanneer wij duidelijkheid bieden vanuit het Rijk. De verschillende akkoorden die we hebben gesloten met de partijen in de zorg beogen duidelijkheid, rust en stabiliteit te brengen in het beleid voor de komende jaren en de bijbehorende budgetten. Belangrijke stappen die we daarbij hebben gezet zijn het Zorgakkoord, de Onderhandelaarsresultaten Beperking Uitgavengroei Curatieve Zorg en het Transitieplan Jeugdzorg. Binnenkort wordt het Transitieplan Langdurige Zorg aan uw Kamer verzonden. Wij streven ernaar uw Kamer onze wetsvoorstellen voor de langdurige zorg en de nieuwe Wmo voor de kerst te doen toekomen.

Vervolgens is het aan gemeenten en verzekeraars om zo spoedig mogelijk afspraken te maken met zorgaanbieders. Waar nodig ondersteunen wij hen bij het opstellen van (regionale) transitieplannen. In deze plannen wordt nadrukkelijk rekening gehouden met de arbeidsmarkt. Betrokken partijen hebben aangegeven regionale afstemming te willen zoeken over de arbeidsmarkteffecten. Ook bieden wij gemeenten een rekentool die kan helpen bij het maken van overeenkomsten met aanbieders. Alles met als doel zo snel mogelijk concrete en verantwoorde afspraken te kunnen realiseren tussen gemeenten en aanbieders.

### *De relatie cliënt-professional zoveel mogelijk in stand houden*

Wij hechten er belang aan dat bij wisseling van aanbieders van zorg en ondersteuning de relatie tussen cliënt en hulpverlener zoveel mogelijk in stand blijft. Om dit te realiseren zullen gemeenten tijdig moeten starten met het inkopen van de zorg en ondersteuning en zullen zij een stevige invulling moeten geven aan de toezichtverplichting die zij op grond van de Wmo hebben. 2014 is daarbij een belangrijk jaar. Gemeenten zullen inkooptrajecten starten om de zorg en ondersteuning vanaf 1 januari 2015 volgens de nieuwe wet te kunnen uitvoeren. De Vereniging Nederlandse Gemeenten stelt een ledenbrief op waarin ook aandacht wordt besteed aan het belang van het tijdig afronden van een procedure van gunning en het belang van het zoveel mogelijk in stand houden van de relatie cliënt hulpverlener.

Daar laten wij het niet bij. Wij hebben de korting van € 89 miljoen in 2014 op de huishoudelijke hulp teruggedraaid. Dat geeft extra ruimte voor gemeenten om de bestaande relaties tussen cliënt en hulpverlener zoveel mogelijk te behouden.

### *Aanbestedingsprocedures moeten zorgvuldig verlopen*

De continuïteit van zorg moet niet onder druk komen te staan door onnodige onzekerheid bij partijen in het aanbestedingsproces. Het kan zijn dat een werknemer voor ontslag wordt voorgedragen omdat er voor een instelling onzekerheid bestaat over de uitkomst van een nieuwe aanbestedingsronde. Daarbij is een aantal situaties te onderscheiden, te weten de situatie waarbij een (thuis-)zorginstelling (1) alvast ontslag aanvraagt voor de werknemers terwijl de instelling meedoet met een aanbesteding, (2) aangeeft het voornemen te hebben mee te doen met een nieuwe aanbesteding of (3) daarover geen duidelijkheid geeft in de ontslagprocedure. In die gevallen verleent UWV geen ontslagvergunning als er daardoor geen zekerheid bestaat over het structureel vervallen van arbeidsplaatsen. Dat betekent dat er voor werkgevers enige mate van onzekerheid zal bestaan (en financiële risico's worden gelopen), maar dat is inherent aan een systeem waar aanbesteding onderdeel van uitmaakt.

Als uit een aanbesteding blijkt dat er minder vraag is naar thuiszorgmedewerkers of dat het niveau van werkzaamheden anders is dan het niveau waar een thuiszorgmedewerker voor is gekwalificeerd, kan er uiteraard wel aanleiding zijn voor ontslag, om te voorkomen dat een thuiszorginstelling werknemers in dienst moet houden waar geen (geschikt) werk meer voor zal zijn. Dat kan ook het geval zijn – vanwege de daaraan verbonden financiële risico's – als er een grote mate van onzekerheid bestaat over overname van personeel bij het verliezen van een aanbesteding al dan niet in combinatie met een niet tijdige aanbesteding.<sup>13</sup>

Hieruit blijkt het belang van een tijdige aanbesteding en het tijdig afronden daarvan door zorginkopers (gemeenten en verzekeraars). Daardoor worden werkgevers en hun medewerkers niet onnodig in onzekerheid gelaten over de eventueel te nemen maatregelen (werknemers aanhouden als de aanbesteding gunstig voor de werkgever eindigt, in overleg gaan met andere werkgevers over overdracht indien de aanbesteding voor anderen gunstig is uitgevallen, of ontslag aanvragen

<sup>13</sup> Overigens is het zo dat, evenals in andere sectoren, ontslagen in de zorg soms onvermijdelijk zijn vanwege andere bedrijfseconomische redenen. Denk bijvoorbeeld aan een slechte financiële situatie, beëindiging van (een deel van) de bedrijfsactiviteiten, technologische veranderingen (bijvoorbeeld automatisering), bedrijfsorganisatorische redenen en bedrijfsverhuizing, maar dat staat hier los van.

voor medewerkers waar geen werk meer zal zijn). Een tijdig afgeronde aanbesteding is cruciaal en biedt mogelijkheden voor werkgevers om werknemers die niet worden overgenomen op een goede manier van werk naar werk te begeleiden. Er ligt dus een grote verantwoordelijkheid bij zorginkopers.

De Staatssecretaris van VWS heeft tijdens het algemeen overleg op 11 september jl. over het ontslag van thuiszorgmedewerkers toegezegd dat hij bereid is om te bezien of de regels in de huidige en de nieuwe Wmo aangescherpt kunnen worden. Naar huidig inzicht kan een dergelijke aanscherping zich toespitsen op de tijdige afronding van een inkoopprocedure van een gemeente zodat er voldoende tijd is om zorgvuldig met de gevolgen om te gaan voor cliënten en werknemers en het in stand houden van de bestaande relatie tussen cliënt en hulpverlener. Dat geldt naast de al bestaande regels met betrekking tot de vaststelling van basistarieven die het aanbieders mogelijk maakt om cao-lonen te hanteren. De Staatssecretaris van VWS zal hierover in overleg treden met gemeenten, aanbieders en werknemersorganisaties.

Wij gaan er vanuit dat de colleges van B&W zich bij de uitvoering van de huidige en de nieuwe Wmo aan de wet houden en dat de gemeenteraden daarop toezien. Wanneer er desondanks toch signalen komen dat gemeenteraden er niet in slagen om hun colleges te bewegen zich aan de wet te houden, kunnen wij gezien onze verantwoordelijkheid voor het systeem van de Wmo als toezichthouder ingrijpen. Hierover hebben wij u uitgebreid geïnformeerd in onze brief van 18 februari jl. over het interbestuurlijk toezicht<sup>14</sup>.

De Minister van SZW en de Staatssecretaris van VWS hebben naar aanleiding van de casus Sensire een onafhankelijke waarnemer benoemd om zicht te krijgen op het proces rondom de aanbesteding van de huishoudelijke hulp en de overname van personeel in de Achterhoek. Mede op verzoek van de AbvaKabo/FNV zal deze waarnemer volgen en evalueren hoe uitvoering wordt gegeven aan de afspraken die de Staatssecretaris van VWS tijdens zijn bezoek aan de Achterhoek met de betrokkenen heeft gemaakt. Tevens zal deze waarnemer zich een beeld vormen van de uitvoering van de gemaakte afspraken met als doel informatie te vergaren voor toekomstige vergelijkbare situaties tijdens de transitie naar een nieuwe langdurige zorg.

#### Uitgangspunt 2: Uitvoerings- en frictiekosten worden zoveel mogelijk beperkt

##### *Uitvoeringskosten gemeenten*

In de AER is door brancheverenigingen en sociale partners de zorg geuit dat de uitvoeringskosten van gemeenten ten koste gaan van het beschikbare budget voor de zorg, waardoor de werkgelegenheid verder onder druk komt te staan.

De hogere uitvoeringskosten zijn gedeeltelijk onontkoombaar. Het bieden van maatwerk door beter aan te sluiten bij de wensen van de cliënt gaat namelijk niet vanzelf. Voor het overige kunnen gemeenten de uitvoeringskosten beperken door regie op de resultaten in plaats van op het proces. Mocht bijvoorbeeld de inzet van professionals nodig zijn dan kunnen gemeenten hen de nodige handelingsvrijheid bieden. De brede verantwoordelijkheid die gemeenten krijgen in het sociale domein biedt kansen om uitvoeringskosten verder te verlagen door infrastructuur te delen met andere decentralisaties. Ook kunnen schaalvoordelen in de uitvoering

<sup>14</sup> Kamerstuk 29 538, nr. 142.

behaald worden door gebruik te maken van de bestaande infrastructuur rond de Wmo en door gemeentelijke samenwerking. Tot slot bieden standaardisatie van monitoring en verantwoording kansen om uitvoeringskosten te verlagen.

#### *Frictiekosten en transitiekosten aanbieders*

In de AER wordt verwacht dat de veranderingen in de zorg leiden tot frictiekosten. De belangrijkste frictiekosten die door partijen in de AER worden verwacht zijn kosten verbonden aan verwachte overschotten aan personeel voor individuele aanbieders en leegstand van vastgoed. Daarnaast verwacht men extra kosten voor de bedrijfsvoering gerelateerd aan de transitie. Deze kosten kunnen, aldus de AER, het budget voor personeel onder druk zetten.

Er is deels sprake van historische trends die versneld worden, deels van bestaand beleid dat wordt doorgezet en deels van nieuw beleid. Extramuralisering speelt al sinds begin deze eeuw. De Normatieve Huisvestingscomponent (NHC) werd in 2009 aangekondigd. In 2010 werden plannen gemaakt voor scheiden wonen en zorg, en in 2011 voor versnelde extramuralisering van lichtere ZZPs. De decentralisatie van begeleiding was voorzien voor 2013 en de Jeugdwet is in 2010 aangekondigd. Partijen hebben al langer de tijd om zich voor te bereiden op de extramuralisering en de decentralisaties. Veel instellingen zijn dan ook al sinds 2010 bezig met nieuwe toekomststrategieën.

Daarnaast is de solvabiliteit van instellingen gestegen. In de curatieve zorg is de gemiddelde solvabiliteit gestegen van 10,8% in 2007 naar 16,9% in 2011. De solvabiliteit van Universitair Medische Centra is gestegen van 12% naar 17,5%, van algemene ziekenhuizen van 8,8% naar 15,1% en van categorale ziekenhuizen / revalidatie-instellingen van 16,3% naar 22,6%. De solvabiliteit in de langdurige zorg is gestegen van 20,3% in 2007 naar 29,8% in 2011. Voor de Verpleging en Verzorging is de solvabiliteit gestegen van 19,6% in 2007 naar 31,1% in 2011, voor de Gehandicaptenzorg van 24,2% naar 34,5%.<sup>15</sup> Een deel van het budget voor de zorg is de afgelopen jaren niet naar meer personeel gegaan, maar naar de opbouw van reserves. Dat biedt ruimte om transitie- en frictiekosten te dekken zonder dat het ten koste gaat van personeel.

Tot slot is er € 590 miljoen beschikbaar voor cofinanciering van sectorplannen voor «van werk naar werk» inspanningen en voor om- en bijscholing. Ook de zorg kan hierop een beroep doen. Daarnaast geven we een impuls aan het stagefonds en komt er een kwaliteitsimpuls algemene en categorale ziekenhuizen. Via In voor Zorg&Ondersteuning! worden aanbieders in de langdurige zorg en ondersteuning ondersteund bij het tijdig maken van de noodzakelijke omslag.

#### Uitgangspunt 3: Werknemers worden verantwoord van werk naar werk begeleid.

##### *Sectorplannen*

Daar waar ontslag onvermijdelijk is, moeten mensen zo snel mogelijk van werk naar werk worden geholpen, bij voorkeur in de zorg. Wij onderschrijven de signalering in de AER dat investeringen in het arbeidsmarktbeleid nodig zijn om de hervormingen en de arbeidsmarkt in de zorg de komende jaren zo goed mogelijk op elkaar te laten aansluiten. In de

<sup>15</sup> CBS, Financiële kengetallen zorginstellingen 2011.

periode 2013 tot en met 2015 heeft het kabinet € 590 miljoen beschikbaar gesteld voor cofinanciering van sectorplannen.

Wij zijn verheugd om te constateren dat sociale partners in de zorgsector al volop bezig zijn met het opstellen van sectorplannen. Wij zullen dit verder faciliteren. Dit doen wij onder andere door het bieden van een platform. Wij zijn momenteel in overleg met sociale partners in de zorg, de VNG, het UWV en RegioPlus (de landelijke stichting waarbij regionale samenwerkingsverbanden van werkgevers in de zorg zijn aangesloten). Voor het slagen van een sectorplan is een stevig draagvlak immers onontbeerlijk.

Daarnaast faciliteren wij de totstandkoming van sectorplannen door samen met sociale partners in de zorg arbeidsmarkteffectrapportages te laten opstellen. De eerste AER sturen wij u toe als bijlage bij deze brief. Bovendien worden – in gezamenlijke opdracht van sociale partners, Calibris en het Ministerie van VWS – landelijke en regionale arbeidsmarktprognoses opgesteld binnen het Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn. Zowel de AER als de landelijke en regionale arbeidsmarktprognoses kunnen worden gebruikt bij het opstellen van sectorplannen. Doelen en maatregelen van een sectorplan dienen gebaseerd zijn op een analyse van de (inter-)sectorale en regionale arbeidsmarktsituatie, de knelpunten en de toekomstige ontwikkelingen. Ook ligt het in onze ogen voor de hand om bestaande regionale structuren en regionale transitieplannen te benutten bij het uitvoeren van de sectorplannen. De werkgelegenheidseffecten van de transitie in de curatieve en langdurige zorg, alsmede de ontwikkelingen op de langere termijn, verschillen immers aanzienlijk tussen sectoren en regio's.

#### *Oog voor de arbeidsvoorwaarden bij reorganisaties*

Bij een verschuiving van werk naar werk speelt niet alleen de vraag of iemand een nieuwe baan krijgt, maar ook hoe de arbeidsvoorwaarden zich ontwikkelen. Het arbeidsvoorwaarden- en arbeidsmarktbeleid behoort primair tot de verantwoordelijkheid van sociale partners. Toch willen wij hier uitspreken dat een goed arbeidsvoorwaarden- en arbeidsmarktbeleid naar onze mening bijdraagt aan de continuïteit en kwaliteit van de zorg. Daarbij achten wij schijnconstructies niet wenselijk. Hiervan is sprake als de afname van de vraag naar voorzieningen in natura en de toename van het gebruik van het persoonsgebonden budget terug te voeren is op initiatieven van een gemeente -dan wel het uitblijven daarvan- die ertoe leiden dat de keuzevrijheid van de cliënt feitelijk wordt beperkt. Er wordt dan gehandeld in strijd met de Wmo, zoals beschreven in de brief van 15 oktober jl. aangaande de reconstructie van de behandeling van de collectieve ontslagaanvraag door UWV van Sensire.

Voor het Wmo-terrein is het van belang dat de keuze voor ondersteuning via een alfahulp of via een thuiszorgmedewerker (zorg in natura) bij de cliënt ligt. Dus niet bij de gemeente noch bij de werkgever. Dat is wettelijk verankerd door de voorwaarden die in de Wmo zijn verbonden aan het PGB: keuzevrijheid voor de cliënt en voorlichtingsplicht voor de gemeente. Hierdoor is vastgelegd dat zorg in natura niet vervangen kan worden door zorg verleend door alfahulpen tenzij met instemming van de volledig geïnformeerde cliënt. Het is aan gemeenten deze keuzevrijheid te garanderen.

Er zijn diverse instrumenten voor zowel de cliënt, de gemeenteraad als de verantwoordelijke bewindspersoon die ingezet kunnen worden als waarborg voor een goede gemeentelijke uitvoering. Hierbij gaat het om de mogelijkheid van bezwaar en beroep, de horizontale verantwoording aan de gemeenteraad en ingezetenen en de Wet revitalisering generiek

toezicht. Bovendien is wettelijk vastgelegd dat gemeenten basistarieven voor huishoudelijke hulp vaststellen. Voor de zorgvuldige berekening daarvan heeft VWS een rekentool ter beschikking gesteld. Hierdoor is meer ruimte voor concurrentie op kwaliteit van de zorg in plaats van op de arbeidsvoorwaarden van de professionals. Bij de wijziging van de huidige Wmo zal expliciet aandacht zijn voor deze aspecten.

#### *Baanzekerheid in plaats van incidentele loonontwikkeling*

Zoals eerder vermeld, is het arbeidsvoorwaardenbeleid primair een zaak van werkgevers en werknemers, ook in de zorg. Tot nu toe is de salarisontwikkeling in de zorg marktconform geweest. Via de OVA (overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling) krijgen werkgevers in de zorg een vergoeding waarmee de loonkosten in de zorg de gemiddelde stijging van de loonkosten in de markt kunnen volgen. Met het oog op een gematigde ontwikkeling van de loonkosten én om de werkgelegenheidseffecten van de bezuinigingen op de zorg te dempen, hebben we met de partijen in het Zorgakkoord afgesproken dat de vergoeding voor de incidentele loonontwikkeling in de OVA al in 2014 op nul wordt gezet. Dat loopt door tot en met 2017. Overigens was voor de jaren 2016 en 2017 een dergelijke verlaging al voorzien in het regeerakkoord. De opbrengst van deze meerjarenafspraak wordt op verschillende manieren gebruikt, ondermeer door in het regeerakkoord aangekondigde bezuinigingen op de zorg te verzachten. Hiermee worden de werkgelegenheidseffecten, met name in de thuiszorg, gedempt. U bent hierover uitgebreid geïnformeerd in onze brief van 24 april jl.<sup>16</sup>

#### *Balans tussen flexibiliteit en zekerheid*

In het sociaal akkoord hebben sociale partners en het kabinet afspraken gemaakt om te komen tot een nieuwe balans tussen flexibiliteit en zekerheid. Deze afspraken zijn in het Zorgakkoord door partijen in de zorg onderschreven. Over de uitwerking hiervan wordt uw Kamer uiteraard geïnformeerd.

#### *Commissie Kalsbeek Regeling dienstverlening aan huis*

Alfahulpen vormen een belangrijke groep werkenden voor wie een verlicht arbeidsrechtelijk regime geldt. Mede om die reden heeft het kabinet de Commissie Kalsbeek ingesteld om te adviseren over de Regeling dienstverlening aan huis, onder meer in het perspectief van ILO-verdrag nr. 189 inzake domestic workers<sup>17</sup>. Na ommekomst van het advies zullen kabinet en sociale partners hun standpunt bepalen. Uw Kamer wordt hier in de loop van 2014 door onze collega van SZW nader over geïnformeerd.

### **4. Ondersteuning bij noodzakelijke veranderingen**

De noodzaak tot verandering wordt breed gedragen, ook door de partijen die betrokken zijn bij de AER. Nu is het zaak deze omslag daadwerkelijk te maken. Dat zal veel vragen van het aanpassingsvermogen van het stelsel, van aanbieders, van professionals en van de cliënt en sociale omgeving. Wij gaan partijen daarbij ondersteunen. Dit doen wij door: 1) ruimte te creëren voor noodzakelijke veranderingen, 2) te investeren in het aanpassingsvermogen van partijen en mensen en 3) te investeren in de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt.

<sup>16</sup> Kamerstuk 33 566, nr. 29.

<sup>17</sup> Kamerstuk 29 544, nr. 448.

## Ruimte creëren voor een andere organisatie van de zorg

### *Toekomstbestendige arbeidsverhoudingen in het zorgveld*

De noodzakelijke veranderingen moeten niet worden geremd door eventuele belemmeringen in de arbeidsmarktinstuties in de zorgsector. Om die reden vragen wij onder andere advies over toekomstbestendige arbeidsverhoudingen in het zorgveld aan de Sociaal Economische Raad (SER). Centraal in deze adviesaanvraag staat de vraag hoe toekomstbestendig het arbeidsvoorwaarden-, arbeidsmarkt- en personeelsbeleid in de zorgbranches is en kan worden gehouden, gelet op de snel veranderende zorg. Het advies van de SER wordt in 2014 verwacht.

### *Functieveranderingen in het nieuwe sociale domein*

Gelet op de brede verantwoordelijkheid van gemeenten binnen het sociale domein is er ruimte voor dwarsverbanden en nieuwe, innovatieve concepten op lokaal niveau. Wij ondersteunen daarom het project «Functieveranderingen in het nieuwe sociale domein» van Branchebelang Thuiszorg Nederland. Dit project onderzoekt de mogelijkheden van een nieuwe organisatie op het grensvlak van de thuiszorg, begeleiding, maatschappelijke opvang en participatie. Het project heeft als doel te verduidelijken hoe een andere en slimmere organisatie van zorg en diensten vorm kan worden gegeven in het nieuwe brede sociale domein.

### *Ruimte voor taakherschikking*

Taakherschikking biedt een antwoord op de toekomstige stijgende en steeds complexer wordende zorgvraag. Het inzetten van het juiste niveau van deskundigheid voor een bepaalde zorgvraag draagt zowel bij aan de kwaliteit als de betaalbaarheid van zorg. De nieuwe professionals, de verpleegkundig specialist en de physician assistant, zijn sinds begin 2012 bevoegd om zelfstandig routinematige voorbehouden handelingen te indiceren en uit te voeren.

Nu komt het er op aan om ook in de bekostiging van de zorg taakherschikking mogelijk te maken, en deze toe te snijden op de zelfstandige inzet van deze professionals. Daar waar bestaande (economische) belangen de gewenste transitie belemmeren, worden deze belangen vanaf 2015 meer in lijn gebracht via de integrale bekostiging van de medisch specialistische zorg. Het integreren van de afzonderlijke budgettaire kaders voor medisch specialisten en ziekenhuizen stimuleert een integrale bedrijfsvoering waarin een betere afweging wordt gemaakt tussen verschillende typen werknemers. Daarnaast vragen wij, zoals aangegeven in onze brief van 22 april 2013<sup>18</sup>, de NZa de regelgeving rond de registratie en declaratie van DBC-zorgproducten per 1 januari 2015 uit te breiden met de verpleegkundig specialist en de physician assistant. Dit stelt deze beroepsgroepen in staat zelfstandig DBC-zorgproducten te openen en te declareren, waar dit nu nog is voorbehouden aan medisch specialisten. De prijs die hiervoor wordt betaald kan worden afgestemd op de behandelaar en valt te differentiëren. Het is de taak van zorgverzekeraars om hier in hun zorginkoop rekening mee te houden.

### *Intensivering van de wijkverpleegkundige zorg en de sociale wijkteams*

Het kabinet trekt jaarlijks € 200 miljoen uit voor meer wijkverpleegkundigen en € 50 miljoen voor sociale wijkteams. Gelet op de arbeidsmarktsituatie in de zorg liggen inwerktrajecten voor Hbo-verpleegkundigen uit

<sup>18</sup> Kamerstuk 29 689, nr. 437.

andere sectoren (bijvoorbeeld de intramurale zorg) het meest voor de hand. In de periode 2014–2015 zullen wij daar samen met de Minister van BZK in investeren door middelen beschikbaar te stellen aan het ZonMw programma «Zichtbare Schakel» dat de inzet van wijkverpleegkundigen stimuleert en onderzoekt.

#### Het aanpassingsvermogen van partijen en mensen vergroten

##### *In voor Zorg&Ondersteuning!*

Sinds 2009 bestaat het «In Voor Zorg!» programma om zorgaanbieders in de langdurige zorg te helpen meer toekomstbestendig te worden. Veel zorgaanbieders hebben met ondersteuning van «In Voor Zorg!» laten zien dat de zorg slimmer kan worden georganiseerd. Daarbij kan zowel winst worden behaald op het terrein van de kwaliteit van zorg als de inzetbaarheid van medewerkers en de kosten. Met name in de thuiszorg is gebleken dat wanneer de professional de ruimte krijgt, het ziekteverzuim daalt, de medewerkertevredenheid en de cliënttevredenheid toenemen en een kostenvoordeel haalbaar is.

Betrokken partijen zullen de komende jaren op een andere manier moeten werken. Dat vraagt om andere organisatievormen. Bijvoorbeeld organisatievormen die flexibelere dienstverlening mogelijk maken, die ruimte geven aan cliënt en hulpverlener, met zo weinig mogelijk bureaucratie. Hoe eerder en beter huidige aanbieders hierop inspelen, hoe minder snel zij terrein verliezen ten opzichte van innovatieve nieuwkomers. Dat voorkomt onnodig ontslag en is goed voor de continuïteit van zorg, terwijl de transitie wordt gerealiseerd. Wij zullen daarom het «In Voor Zorg!» programma omvormen tot «In Voor Zorg&Ondersteuning!».

##### *Duurzame Inzetbaarheid*

Zowel voor het realiseren van de gewenste hervormingen als voor de professionals zelf (gelet op bijvoorbeeld het werkloosheidsrisico) is het van belang dat zij tijdig en adequaat inspelen op de veranderingen in de organisatie van de zorg. Het belang daarvan kan moeilijk worden onderschat. Door RegioPlus is daartoe een programma ontwikkeld ter stimulering van beleid gericht op de duurzame inzetbaarheid van professionals, zoals bij- en doorscholing en mobiliteit. Dit programma maakt onderdeel uit van de versterking van het regionaal arbeidsmarktbeleid in de zorg. Voor de periode 2013–2015 stellen we daarvoor jaarlijks € 7,5 miljoen beschikbaar. Daarnaast zijn «In Voor Zorg&Ondersteuning!» en het programma «Duurzame Inzetbaarheid» van het Ministerie van SZW voornemens om de komende jaren te gaan samenwerken om de duurzame inzetbaarheid van professionals te stimuleren en goede voorbeelden te delen.

##### *De informele zorg versterken, verlichten en verbinden*

De rol van mantelzorgers en vrijwilligers bij de ondersteuning van mensen in hun eigen omgeving wordt groter. Wij willen de informele zorg en ondersteuning versterken, verlichten en verbinden. Versterken, omdat de positie van informele ondersteuning en zorg goed moet worden verankerd in de nieuwe Wmo en de kern-AWBZ. Verlichten, omdat juist vanwege de grote waarde van het geven van hulp en ondersteuning mantelzorgers en vrijwilligers ondersteuning verdienen. Verbinden, omdat de samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionele zorg en de mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben, beter kan en moet. Dat vergt ook aandacht voor de informele zorg in de opleidingen.



Hierover hebben wij u reeds geïnformeerd in de brief «Versterken, verlichten, verbinden» van 20 juli 2013<sup>19</sup>.

### *Arbeid- en zorgtop*

De mogelijkheid om arbeid en (mantel)zorg te combineren is een belangrijk onderwerp. De vraag hoe – met inachtneming van de in hoofdstuk 1 geschetste verantwoordelijkheidsverdeling – de juiste balans kan worden gevonden neemt aan gewicht toe door maatschappelijke, demografische en beleidsmatige ontwikkelingen die voor bepaalde groepen werknemers de combinatie van arbeid en zorg kunnen vergroten. Daarbij gaat het om werkende ouders met jonge kinderen maar ook om mensen die hun werk combineren met mantelzorg voor een (chronisch) zieke partner of een hulpbehoevende ouder. Het maken van afspraken over het combineren van arbeid en zorg is primair aan werkgevers en werknemers. Het kabinet zal onder meer naar aanleiding van de arbeid- en zorgtop bezien of dit verdere ondersteuning behoeft via voorlichting en mogelijk wetgeving.

De Minister van SZW heeft (mede namens de Minister en Staatssecretaris van OCW en de Staatssecretaris van VWS) eerder aangekondigd in gesprek te gaan met sociale partners over arbeid en zorg en de Tweede Kamer te informeren over mogelijke aanvullende stappen om de combinatie arbeid en zorg te verbeteren<sup>20</sup>. Daarbij is tevens aangegeven dat het idee van een «gezinstop» naar Duits model, zoals op 3 april jl. door het lid Heerma (CDA) is gesuggereerd tijdens het algemeen overleg over kindregelingen, wordt overgenomen. Door gezamenlijk op te trekken in een brede top kan een agenda worden geformuleerd die aansluit bij de behoefte op de werkvloer omtrent de combinatie van werk met (mantel-)zorgtaken. Daarbij gaat het om zaken als het stimuleren van een grotere betrokkenheid van mannen bij (mantel-)zorgtaken, het creëren van flexibiliteit in het arbeidspatroon, kinderopvang en de aansluiting daarvan met het onderwijs en om aandacht voor de psychosociale arbeidsbelasting. De arbeid-en-zorgtop zal op 18 november 2013 plaatsvinden. De voorbereidingen zijn in volle gang.

### Investeren in de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt

De huidige aansluiting van het onderwijs op de arbeidsmarkt is voor de zorgopleidingen gemiddeld genomen op orde (tabel 4.1). Het sectorrendement is hoog en de werkloosheid onder afgestudeerden is na anderhalf jaar significant lager dan gemiddeld in Nederland.<sup>21</sup>

**Tabel 4.1: Percentage schoolverlaters dat de aansluiting beoordeelt als voldoende/goed.**

|                        | Vmbo | BOL 2 | BOL 3 | BOL 4 | BBL 2 | BBL 3 | BBL 4 | Hbo |
|------------------------|------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----|
| <b>Gezondheidszorg</b> | 78%  | 79%   | 87%   | 79%   | 95%   | 91%   | 80%   | 85% |
| <b>Gemiddeld in NL</b> | 75%  | 74%   | 77%   | 74%   | 84%   | 84%   | 84%   | 75% |

Bron: ROA, Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt 2012.

Om ook in tijden van grote veranderingen in de zorg deze goede uitgangssituatie te behouden en waar mogelijk te verbeteren is intensivering rond de aansluiting van het zorgonderwijs en de arbeidsmarkt noodzakelijk. De afgelopen periode hebben wij gezamenlijk met het Ministerie van OCW relevante partijen bevraagd op welke zaken rond de aansluiting onderwijs en arbeidsmarkt extra inzet gepleegd moet worden.

<sup>19</sup> Kamerstuk 30 169, nr. 28.

<sup>20</sup> Kamerstuk 32 855, nr. 14.

<sup>21</sup> ROA, «Schoolverlaters tussen onderwijs en arbeidsmarkt 2012», 2012.

Uit deze rondvraag bleek een behoefte tot intensivering op een aantal kwalitatieve en kwantitatieve punten. Met partijen wordt de komende periode nader ingegaan op een uitwerking van deze hoofdlijnen. In deze afstemming zal aan bod komen op welke wijze er wordt ingespeeld op de vraag naar anders en hoger opgeleid personeel in de zorg.

Om in generieke zin de aansluiting van het middelbaar beroepsonderwijs op de arbeidsmarkt te verbeteren, onderneemt het kabinet een aantal acties. Acties die ook de aansluiting tussen onderwijs en arbeidsmarkt in de zorg verbeteren. Zo is het programma School-ex in het kader van de «Aanpak Jeugdwerkloosheid» nieuw leven ingeblazen. In dit programma worden studenten door onderwijsinstellingen begeleid naar opleidingen met een goede kans op werk. Voor het schooljaar 2014/2015 komt een digitale studiebijsluiter beschikbaar. Daarmee kunnen studenten het arbeidsmarktperspectief van een opleiding beter inschatten. Tevens wordt de kwalificatiestructuur op basis waarvan instellingen opleidingen kunnen aanbieden grondig herzien zodat deze is uitgerust voor de uitdagingen van de toekomst. Tot slot zal uw Kamer in 2014 het wetsvoorstel Macrodoelmatigheid Mbo ontvangen. In dit wetsvoorstel wordt aangegeven hoe de aansluiting onderwijs en arbeidsmarkt versterkt zal worden.<sup>22</sup>

#### *Impuls voor het stagefonds*

De hervormingen leiden tot een vraag naar anders en hoger opgeleid personeel. Het is daarom van belang dat er voldoende mogelijkheden zijn voor scholing en om- en bijscholing. Van werkgevers wordt verwacht dat zij voldoende en kwalitatief goede stageplaatsen aanbieden die aansluiten bij de veranderende vraag. Het stagefonds zorg biedt daarbij financiële ondersteuning. Daarom hebben we besloten om extra te investeren in het stagefonds. Het bedrag van € 99 miljoen gaat in twee tranches omhoog naar € 106 miljoen in 2013 en € 110 miljoen in 2014 en verder. Daarnaast bieden de eerder genoemde sectorplannen de mogelijkheid tot begeleiding van stagiairs en tegemoetkoming in de loonkosten voor de beroepsbegeleidende leerweg.

#### *Adviescollege hoger gezondheidszorgonderwijs*

Hbo-opleidingen in de zorg hebben via het sectoraal adviescollege hoger gezondheidszorgonderwijs regelmatig contact met het werkveld en beroepsorganisaties. Via dit adviescollege, georganiseerd door de Vereniging Hogescholen, voeren werkgeversorganisaties, werknemersorganisaties en onderwijspartijen overleg over onder andere stageplaatsen, de inhoud van de gezamenlijke competentieprofielen en een goede aansluiting op de beroepspraktijk. Een uiting hiervan betreft de huidige overleggen rond de aanpassing van het opleidingsprofiel van de wijkverpleegkundige. Hier werken de hogere beroepsopleidingen voor verpleegkunde samen met het veld.

### **5. Werken aan structurele uitdagingen in de zorg**

Onze gezamenlijke agenda voor de zorg is gericht op het toekomstbestendig maken van de zorg. Hoewel de focus van deze brief noodzakelijkerwijs op de uitdagingen in de komende vier jaar ligt, benoemen wij hier twee structurele uitdagingen. Uitdagingen die los staan van de veranderingen in de komende jaren.

---

<sup>22</sup> Kamerstuk 31 524, nr. 166.

## De beschikbaarheid van adequaat opgeleide professionals

De sectie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen van het CVZ/NZI adviseert ons over de gewenste ontwikkeling van beroepen en opleidingen in de gezondheidszorg in 2030. Het doel van deze commissie is een toekomstbestendig beroepen- en opleidingscontinuüm te ontwikkelen. Hierbij wordt rekening gehouden met de veranderende zorgvraag, maatschappelijke en technologische ontwikkelingen en de uitgangspunten van de transities in de curatieve en langdurige zorg<sup>23</sup>. Op basis van een eerste verkennende fase in 2012 heeft de commissie een aantal uitgangspunten voor een toekomstbestendig stelsel van beroepen en opleidingen geformuleerd. In 2014 komt de commissie met haar advies. Wij zullen u hierover informeren.

Wij stellen in 2014 een beschikbaarheidsfinanciering ter beschikking van circa € 1 miljard voor de specifieke groep medisch specialistische vervolgoopleidingen. Het Fonds Ziekenhuisopleidingen (€ 143 miljoen in 2014) stimuleert zorginstellingen om meer opleidingen te verzorgen voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel. Het jaarlijks aantal gediplomeerden lijkt zich te stabiliseren rond de 2400 per jaar. Per 1 januari 2014 gaat de huidige begrotingsgefinancierde subsidieregeling over in een beschikbaarheidsbijdrage onder uitvoering van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Daarnaast wordt uit de rijksbegroting de Subsidieregeling opleidingen publieke gezondheidszorg gefinancierd<sup>24</sup>. Hiermee is ca. € 17 miljoen gemoeid.

Onlangs zijn de nieuwe ramingen van het Capaciteitsorgaan voor de medisch specialisten gepubliceerd. In 2014 zullen de ramingen door het Capaciteitorgaan over de toekomstige opleidingsbehoefte voor gespecialiseerde verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel ter beschikking komen.

## Veilig werken in de zorg

Ongeacht de wijze waarop we de zorg organiseren en wie de zorg verleent, agressie en geweld tegen professionals is onacceptabel en moet worden teruggedrongen. Er moeten daarom scherpe lijnen worden getrokken. Om die reden is in maart 2012 het Actieplan «Veilig werken in de zorg» opgesteld met sociale partners in de zorg, de Minister van Veiligheid en Justitie en de Minister van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.

De afgelopen periode heeft het kabinet aangifte onder nummer mogelijk gemaakt en het doen van aangifte door werkgevers gestimuleerd. Hulpverleners zijn verder getraind om agressie en geweld terug te dringen en de-escalerend te werken. Er is in kaart gebracht wanneer hulpverleners hun zorgverlening mogen staken in geval van agressie en geweld. Nog dit jaar wordt dit actief verspreid. De komende periode zetten wij in op het uitvoeren en verspreiden van een gezamenlijk beleid voor de zorg. Waar mogelijk zetten wij in op de verdere verbetering van zowel de preventieve als de juridische aanpak van de veroorzaker.

<sup>23</sup> Waar het SER-advies over toekomstbestendige arbeidsverhoudingen in het zorgveld meer gericht is op de toekomstbestendigheid van de arbeidsmarktinstuties in de zorg gelet op de grote veranderingen in de komende jaren, is de focus van de Commissie Innovatie Zorgberoepen en Opleidingen meer gericht op het beroepen- en opleidingscontinuüm.

<sup>24</sup> Betreft de opleidingen tot Jeugdarts, Arts Infectieziektebestrijding, Medisch Milieukundige en de Arts TBC-bestrijding.

Om het Actieplan extra vaart te geven, stellen wij in de periode 2013–2015 € 3,4 miljoen extra beschikbaar voor het Actieplan (bovenop de eerder begrote € 7 miljoen voor 2012–2015). Werkgevers en werknemers in de zorg krijgen extra ondersteuning bij het implementeren van maatregelen, zoals het vaststellen en actief verspreiden van een gezamenlijke norm (wat is acceptabel en wat niet?). De meldings- en aangiftebereidheid van zorgverleners wordt verder vergroot. Daarnaast ondersteunen we vanaf dit jaar tot en met 2015 jaarlijks nog eens 100 instellingen extra bij het in praktijk brengen van anti-agressiebeleid. Het afgelopen jaar hebben wij 100 zorginstellingen succesvol ondersteund bij de aanpak van agressie en geweld tegen professionals. Gezien het resultaat van die aanpak en de ambities bij zorginstellingen worden dat er de komende jaren 200 per jaar.

Wij zijn verheugd dat, naast alle reeds deelnemende branches en Ministeries, ook de ambulancezorg en huisartsen met ons uitvoering willen geven aan de verdere vermindering van agressie en geweld in de zorg. Voor hulpverleners in de huisartsenzorg en ambulancezorg wordt onder andere ingezet op het geven van een passende reactie naar de veroorzaker. Ook wordt het gebruik van bestaand anti-agressiebeleid geëvalueerd en verder bevorderd. De beste voorbeelden van de aanpak om agressie en geweld tegen hulpverleners worden gedeeld met alle huisartsenpraktijken en ambulanceregio's van het land.

## **6. Tot slot**

Wij staan voor de belangrijke uitdaging om de zorg anders en slimmer te organiseren. Tegelijkertijd moet de continuïteit en kwaliteit van zorg zijn gewaarborgd, uitvoerings- en frictiekosten zoveel mogelijk worden beperkt en daar waar ontslag onvermijdelijk is moeten professionals zo snel mogelijk van werk naar werk worden begeleid. Wij zullen partijen ondersteunen – en soms ook corrigeren – bij het maken van de noodzakelijke omslag naar een toekomstbestendige zorg en blijven werken aan structurele uitdagingen zoals een duurzaam stelsel van beroepen en opleidingen en het terugdringen van agressie en geweld tegen professionals in de zorg.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn