

Vergaderjaar 2018–2019

**29 282**

## **Arbeidsmarktbeleid en opleidingen zorgsector**

**Nr. 362**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 mei 2019

Hierbij stuur ik u de resultaten van het onderzoek «Regionale balans in vraag en aanbod naar medisch specialisten»<sup>1</sup>. De aanleiding voor het onderzoek waren verschillende signalen over tekorten aan bepaalde medisch specialismen in sommige regio's. Dit ondanks het landelijke – en onlangs bevestigde – beeld, dat de vraag naar en het aanbod van medisch specialisten landelijk gezien in balans is<sup>2</sup>. Daarom heb ik aan uw Kamer een aanvullend onderzoek naar de beschikbaarheid van medisch specialisten toegezegd.

#### **Context van het onderzoek**

Voldoende en gekwalificeerd personeel is voorwaardelijk voor goede zorg. Zonder goede mensen is er geen goede zorg. Dit is voor mij, samen met de Minister en Staatssecretaris van VWS één van de belangrijkste opgaven waar ik aan werk. Ik zorg ten eerste voor stevige randvoorwaarden. Dit doe ik met kostendekkende financiering voor de opleiding van artsen, gespecialiseerd verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel (jaarlijks circa € 1.3 miljard). Specifiek in de ziekenhuiszorg geldt een grote behoefte aan meer (gespecialiseerde) verpleegkundigen en medisch ondersteunend personeel<sup>3</sup>. Ook voor deze extra vraag is kostendekkende financiering beschikbaar voor de opleiding. Ik ben met betrokken veldpartijen in gesprek over wat nog meer nodig is om tegemoet te komen aan deze grote behoefte. Een van de vraagstukken is hoe het zorgpersoneel mee kan groeien met de ontwikkelingen in de zorg. Daarom heb ik in het Hoofdlijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg (Kamerstuk 29 248, nr. 304 en 311) met veldpartijen afgesproken om opnieuw circa € 200 miljoen per jaar beschikbaar te maken voor bij- en

<sup>1</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

<sup>2</sup> Dit beeld wordt bevestigd door de meest recente ramingen van het Capaciteitsorgaan, die ik u stuurde op 19 maart (Kamerstuk 29 282, nr. 357).

<sup>3</sup> Dit beeld wordt bevestigd in het meest recente capaciteitsplan FZO-beroepen van het Capaciteitsorgaan, dat ik u op 14 december 2018 stuurde (Kamerstuk 29 282, nr. 344).

nascholing van personeel. Hiervoor heb ik de subsidieregeling Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg (KIPZ) verlengd.

De personele opgave vraagt ook om specifieke oplossingen. De ene organisatie is de andere niet. Bovendien ziet de arbeidsmarkt in bijvoorbeeld Zeeland er heel anders uit dan in Amsterdam. Met het Actieprogramma *Werken in de Zorg* (Kamerstuk 29 282, nr. 303) zet ik hier – samen met de Minister en Staatssecretaris van VWS – stevig op in. In iedere regio werken werkgevers, zorgverleners, onderwijs en anderen met regionale actieplannen samen aan regionale oplossingen die zijn gericht op meer personeel én het behoud van personeel. Bijvoorbeeld met afspraken over stages, of leerwerktrajecten voor mensen die nog niet eerder in de zorg hebben gewerkt. Deze regionale actieplannen ondersteunen we onder andere met de landelijke campagne *Ik Zorg* en de subsidieregeling Sectorplanplus. Het is goed om te zien dat de instroom van personeel in de sector toeneemt. Maar we zien ook dat nog meer gedaan kan worden om personeel voor de sector te behouden, en dat zorgorganisaties nog veel meer van elkaar kunnen leren. Dat laatste stimuleren we ook met het actieprogramma *Werken in de Zorg* en met het actieleernetwerk. U ontvangt separaat de uitkomsten van de eerste monitor van het Actieprogramma *Werken in de Zorg* (Kamerstuk 29 282, nr. 361) en de aanvullende maatregelen die we in dit kader nemen.

Voor de medisch specialistische zorg bieden transformatiegelden (€ 425 miljoen van 2019 tot en met 2022) ziekenhuizen extra financiële ruimte om zorg anders te organiseren. Dat heeft ook effect op het werken in de zorg. Denk bijvoorbeeld aan de deelname, op verschillende plekken in Nederland, van medisch specialisten aan het spreekuur van huisartsen. Hiermee kunnen patiënten meteen geholpen worden, wat veel tijd scheelt voor patiënt en zorgverleners.

### **Toelichting op het onderzoek**

Het onderzoek is, in goede samenwerking met de veldpartijen, uitgevoerd door Nivel<sup>4</sup>. In het onderzoek staan de volgende onderzoeksvragen centraal:

1. Wat is de huidige beschikbaarheid van medisch specialisten per specialisme per regio en zijn daarin verschillen tussen specialismen en regio's?
2. Hoe wordt de beschikbaarheid aan medisch specialisten regionaal/ lokaal ervaren? Hoe verschilt hierin de opvatting van de betrokken ziekenhuizen, de wetenschappelijke verenigingen en de zorgverzekeraars?
3. Welke oorzaken hebben de als problematisch ervaren verschillen in beschikbaarheid van specialisten? En tot welke gevolgen leiden deze verschillen? Wat is hierin het perspectief van de medisch specialisten zelf?
4. Welke oplossingsrichtingen zijn hiervoor in de praktijk (al dan niet succesvol) gehanteerd en welke alternatieven zijn denkbaar daar waar problemen worden geconstateerd?

#### *Beperkte regionale verschillen en diverse problemen*

Gekeken naar de **dichtheid** (aantal specialisten ten opzichte van het aantal inwoners), zijn er lichte verschillen tussen provincies. De dichtheid

---

<sup>4</sup> De klankbordgroep bestond uit het Capaciteitsorgaan, de Federatie Medisch Specialisten (FMS), de Jonge Specialist, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), het samenwerkingsverband van regionale werkgeversverenigingen (Regioplus).

is wat lager in Drenthe, Flevoland en Zeeland. Daarbij gaat het vooral om kinderartsen, anesthesiologen en maag-darm-lever-artsen (mdl-artsen). Dit beeld sluit in grote lijnen aan op het antwoord op de vraag naar **ervaren knelpunten**. De meeste organisaties, ongeacht de regio, ervaren knelpunten in het aantrekken van spoedeisendehulp-artsen (seh-artsen). Het onderzoek geeft geen uitsluitsel over de omvang van de knelpunten. Het geeft derhalve geen inzicht in de vraag of het voor ziekenhuizen moeilijk is om te werven, of dat het helemaal niet lukt om voldoende specialisten aan te trekken. Zo noemt het onderzoek dat wetenschappelijke verenigingen vooral knelpunten ervaren in het vervullen van tijdelijke functies en in werkdruk.

Volgens het onderzoek speelt bij een ervaren tekort doorgaans een combinatie van oorzaken, die elke situatie zeer specifiek maken. Landelijk speelt de toenemende vraag naar medisch-specialistische zorg als gevolg van vergrijzing en de ontwikkeling van nieuwe behandel- en diagnosemogelijkheden. Voor ieder van de hierboven genoemde specialisten gelden ook nog specifieke vraagstukken. Daarnaast is een ziekenhuis meer of minder aantrekkelijk als werkgever onder invloed van strategische en financiële keuzen en vraagstukken. Concentratie en herallocatie van zorg, kwaliteits- en volume-eisen kunnen de continuïteit van bepaalde specialisten in een ziekenhuis onder druk zetten. Tenslotte zijn (jonge) specialisten kritischer in de loopbaan- en locatiekeuze wat betreft de verhouding tussen werk en privé en ontwikkelkansen.

*Specifieke vragen om specifieke oplossingsrichtingen: geen «one size fits all»*

De conclusie van de onderzoekers is dat er niet één overkoepelende (of «one size fits all») oplossing is. Het gaat om maatwerk en maatregelen op zowel de kortere als lange termijn. Het onderzoek biedt een breed pakket aan mogelijke praktische oplossingsrichtingen. Deze zijn geordend in vier categorieën:

- (1) de vraag naar medisch specialisten: het anders organiseren van werk met onder andere taakherschikking, digitalisering en e-health;
- (2) het aanbod en werven van medisch specialisten: strategisch personeelsmanagement (zoals langdurige contracten, een partnerprogramma) en opleidingsbeleid, verlaging van de werklust, taakherschikking
- (3) de context van de arbeidsmarkt van medisch specialisten (de randvoorwaarden): onder andere meerjarenafspraken tussen ziekenhuizen en verzekeraars en regionale samenwerking op het terrein van personeels- en opleidingsbeleid en breder. Bijvoorbeeld samenwerking in de vulling van avond-, nacht- en weekenddiensten, of specialisten die in meerdere ziekenhuizen werken voor een interessanter werkpakket.

*Aanbevelingen voor toekomstig beleid: samenwerking en van elkaar leren*

De belangrijkste observatie van de onderzoekers is dat veel oplossingen in de praktijk al beschikbaar zijn, maar dat nog veel winst te behalen is door deze meer te benutten. Daarom is het bevorderen van (regionale) samenwerking en van elkaar leren de belangrijkste aanbeveling. Hiervoor is het volgens de onderzoekers belangrijk om te bouwen aan een «coalitie van bereidwilligen», die op lokaal, regionaal, landelijk én bestuurlijk niveau zich committeert aan de acties die nodig zijn voor het implementeren van deze oplossingen. De belangrijkste aanbeveling is daarom om voort te bouwen op bestaande initiatieven zoals de Juiste Zorg op de Juiste Plek, RAATs (Regionale Actieplannen Aanpak Tekorten), het ROAZ (Regionaal Overleg Acute Zorgketen) en regionale «zorgtafels» (zoals in

Drenthe). Ook bij kruisbestuiving tussen bestaande lokale en regionale maatregelen is het zo dat betrokkenen bereid moeten zijn om compromissen te sluiten.

### **Reactie op het onderzoek**

Dit onderzoek bevestigt het beeld van het Capaciteitsorgaan dat we in Nederland geen groot algemeen probleem hebben wat betreft het aanbod van medisch specialisten. Tegelijkertijd worden wisselende lokale en soms regionale arbeidsmarktproblemen ervaren. Deze zijn zeer divers van karakter, ernst en impact. Voor het aanpakken van deze problemen zijn oplossingen nodig die passen bij de regionale context.

De belangrijkste aanbeveling om regionale samenwerking te bevorderen en voort te bouwen op lopende initiatieven neem ik dan ook graag ter harte. Ik blijf dit doen met onder andere het Actieprogramma Werken in de Zorg, de Juiste Zorg op de Juiste Plek, het ROAZ en de regionale zorgtafels, zoals in Drenthe.

Het onderzoek noemt een aantal specialismen waarvoor krapte wordt ervaren. Voor ieder van deze specialismen geldt een eigen achtergrond. Ik hecht eraan dat in ieder geval conform het advies van het Capaciteitsorgaan wordt opgeleid. Dat is voor de meeste van deze specialismen sinds aantal jaren het geval. Er wordt bij sommige specialismen zelfs meer opgeleid. De seh-arts is een relatief nieuw specialisme dat steeds meer ziekenhuizen inzetten. Dit gaat gepaard met een stijgende vraag naar seh-artsen. Om aan deze vraag te voldoen, leidt de sector sinds 2016 fors meer op dan het Capaciteitsorgaan adviseert. Dat zou op termijn tot een – forse – toename van het aantal seh-artsen moeten leiden.

Ik blijf daarnaast actief en continu op zoek naar aanvullende maatregelen die kunnen bijdragen aan voldoende en gekwalificeerd personeel. Zo stel ik, nog voor de uitkomsten van de ramingen van het Capaciteitsorgaan later dit jaar, ruim € 7 miljoen extra beschikbaar, zodat dit jaar nog 74 extra studenten kunnen starten aan de opleiding tot Verpleegkundig Specialist of Physician Assistant. Verpleegkundig Specialist en Physician Assistant zijn goede voorbeelden van beroepen die een belangrijke bijdrage aan taakherschikking kunnen leveren en zij winnen steeds meer terrein. Voor het komende studiejaar zijn er voor het eerst meer aanmeldingen voor de opleiding dan er middelen beschikbaar zijn. Hieraan kom ik graag tegemoet met de inzet van extra geld. Daarnaast ga ik in overleg met de ziekenhuizen bezien hoe de middelen van de subsidieregeling Kwaliteitsimpuls Personeel Ziekenhuiszorg nog beter kunnen bijdragen aan strategisch personeels- en opleidingsbeleid van ziekenhuizen.

Een specifiek punt dat uw Kamer onder de aandacht heeft gebracht, maar dat in het onderzoek niet uitgebreid naar voren komt, betreft de vraag of het mogelijk is om een deel van de opleiding tot medisch specialist in een regionaal ziekenhuis te volgen. Dit is inderdaad het geval. Daarvoor is het wel nodig, en belangrijk voor de arts in opleiding, dat het ziekenhuis erkend wordt als opleidende instelling en dat de opleidende medisch specialist ook als opleider wordt erkend. Alle ziekenhuizen kunnen hiervoor – onder voorwaarden – een aanvraag doen bij de Raadscommissie Geneeskundig Specialisten. Daarmee wordt de kwaliteit van de opleiding geborgd.

### **Afsluitend**

Dit onderzoek bevestigt het beeld van het Capaciteitsorgaan dat we in Nederland geen algemeen probleem hebben voor wat betreft het aanbod

van medisch specialisten. Dit neemt echter niet weg dat in verschillende regio's problemen worden ervaren. Voor deze problemen bestaat geen «one size fits all» oplossing. Naast de stevige randvoorwaarden, blijf ik actief inzetten op versterkte (regionale) samenwerking die nodig is om de specifieke problemen goed te adresseren.

Ik breng het onderzoek – met de partijen die deelgenomen hebben aan de klankborggroep – breed onder de aandacht. Ik ga daarnaast verder in gesprek in Drenthe, Flevoland en Zeeland, waar de dichtheid van medisch specialisten gemiddeld wat lager is. Deze gesprekken zijn gericht op de vraag welke problemen precies ervaren worden, en wat de mogelijkheden zijn om daar wat aan te doen.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins